

1226

190

José Leite dos Santos

N.º 4

BREVE ESTUDO

SOBRE A

Orchy-epididymite
tuberculosa

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA DE A. F. VASCONCELLOS, SUC.

1905

12514 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedaticos

- | | |
|---|---|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas
Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | Joao Lopes da S. Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia normal | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica | Carlos Alberto de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | } Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | } Vaga.
Vaga. |
| Secção cirurgica | } Vaga.
Antonio Joaquim de Sousa Junior. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica | Vaga. |
|----------------------------|-------|

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

(Regulamento da Escola, do 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

A meus Paes

A minha avó

A meus irmãos

A meus tios e primos.

Aos Ill.mos e Ex.mos Srs.

Conselheiro Luiz Augusto Teixeira Lobato

e

Dr. Henrique Manoel Ferreira Botelho

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

A TODOS OS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL. A

Dr. Angelo Pereira de Miranda

Dr. Antonio Alfredo Gomes Cascarejo

Dr. Accacio Rufino Pimentel

Dr. Antonio Ferreira da Costa Agarez

Dr. Joaquim Ayres Lopes

Antonio Philippe

Francisco Coelho Pinto Villela

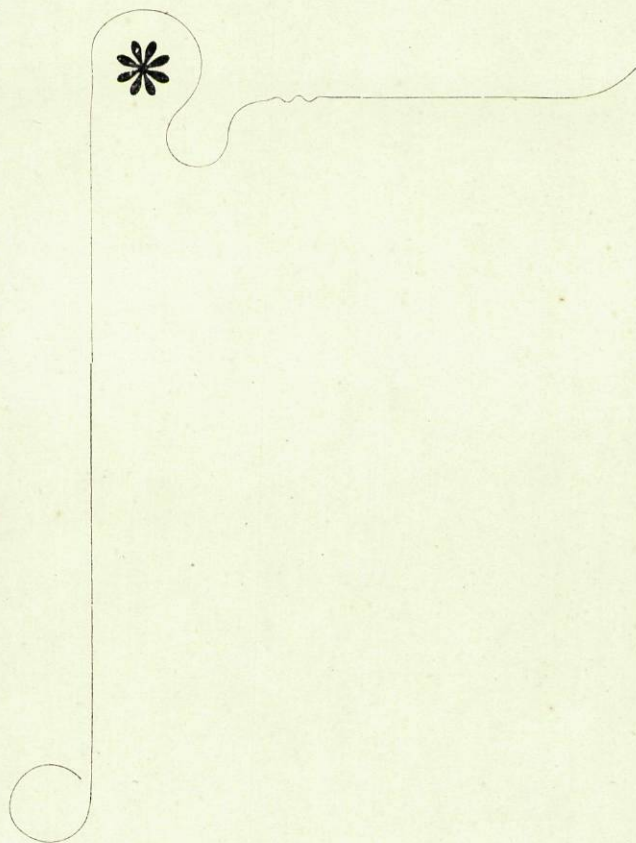
Antonio Antunes de Lemos

José Zeferino Teixeira

AO MEU PRESIDENTE DE THESE

O ILL^{ma} E EX^{ma} SNR.

Dr. Antonio Placido da Costa



Etiologia

A orchy-epididymite tuberculosa apparece com uma frequencia desigual segundo a idade dos individuos. Póde no entanto dizer-se, d'uma maneira geral, que ella é sobretudo frequente dos 15 aos 35 annos, isto é, na epocha em que a glandula gosa de maior actividade funcio-nal.

Antes da puberdade é rara. Dufour, Bar-nier e Papavoine em 183 autopsias feitas em creanças tuberculosas não encontraram senão um só testiculo attingido, d'onde a percentagem approximada de $\frac{1}{2}$ por 100. Segundo Jullien a tuberculose testicular observa-se mais na primeira do que na segunda infancia. Assim, em 20 casos por elle presenceados no hospital Trousseau, 16 d'elles eram referentes a creanças d'idade inferior a 5 annos e 6 d'ellas tinham ainda menos de 1 anno. Lannois cita tambem 4 observações de tuberculose testicular em creanças que tinham respectivamente 5, 6, 7 e 13 mezes; Ashty observou a mesma affecção n'uma creança de 2 mezes d'idade; Jullien refere um caso igual, observado n'uma creança d'um mez; Giraldés encontrou um outro n'uma

creança que tinha alguns dias apenas e Dreschfeld presenciou um caso congenito. Factos como este ultimo são considerados pela maior parte dos auctores como verdadeiramente excepçionaes. Para Jullien, Hutinel, Sebileau e outros a tuberculose genital infantil é quasi sempre adquirida. Segundo Kuss as tuberculosas congenitas localisam-se mais habitualmente no figado, ossos, articulações, ganglios lymphaticos, etc.

A partir dos 35 annos os casos de tuberculose orchy-epididymaria vão diminuindo de frequencia e depois dos 60 annos são considerados raros. No entanto Gibbon, ainda ha pouco fez a castração a um velho de 80 annos, revelando o exame anatomo-pathologico do testiculo que elle estava attingido de tuberculose.

A orchy-epididymite tuberculosa é as mais das vezes uni-lateral no seu começo. Assim Reclus, em 79 casos, observou que 58 eram uni-lateraes e 21 bilateraes e Jullien, em 17 casos, verificou que 12 d'elles eram uni-lateraes. Hutinell, em 9 casos, não constatou senão lesões uni-lateraes. Em epochas mais avançadas da affecção já a bilateralidade se torna muito maior, mas sem que haja regra bem fixa a esse respeito. Uma estatistica, publicada no *Boletim da Sociedade Anatomica de Paris*, referente a 37 casos de gravidade, dá 12 casos de tuberculose uni-lateral e 25 de tuberculose dos dois lados.

Segundo Jullien e Hutinel o testiculo esquerdo, entre as creanças, é mais frequente-

mente ferido do que o direito. As suas estatísticas mostram que em 21 casos de tuberculose uni-lateral a glandula esquerda foi attingida 14 vezes, ao passo que a direita foi só 7. Abaixo dos 2 annos, diz Jullien, os dois testiculos pagam o mesmo tributo; a predilecção do bacillo para o lado esquerdo não se revela senão a partir do momento em que a creança começa a andar. O testiculo esquerdo, como mais declivado que está, é o mais exposto. Esta influencia da declividade parece appoiar-se na ausencia de lesões tuberculosas nos testiculos elevados (Reclus).

Pondo de parte estas relações de frequencia, cabe-nos agora dizer algumas palavras sobre as condições etiologicas que favorecem o apparecimento da affecção de que tratamos.

Como se sabe, não basta que o bacillo chegue ao contacto d'um determinado tecido para que elle possa originar lesões tuberculosas. Com effeito, os tecidos, quando são, defendem-se contra os agentes bacterianos, sendo preciso que certas condições se deem para que se faça leito á tuberculose. As privações, a miseria, as fadigas, vigílias prolongadas, as doenças anteriores actuaem n'este sentido. O terreno n'estas condições está-lhe imminantemente preparado e lançado n'elle o agente pathogenico este terá probabilidades de pullular.

Isto que se dá com o organismo em geral, forçoso é chamal-c aqui conferindo-lhe o valor etiologico que lhe cabe.

Mas, a par d'essas causas geraes, outras ha que podem influir para a colonisação bacillar do testiculo.

O testiculo, como orgão superficial e fluctuante que é, está sujeito a deslocamentos bruscos e intempestivos, a attritos, a choques, a contusões, a traumatismos os mais variados, e estes, como é sabido, são uma causa frequente da chamada do bacillo de Koch. As excitações genesicas, quando repetidas, podem tambem collocar o testiculo em más condições ante a tuberculose. Os corrimentos da urethra e as inflamações anteriores da glandula, determinando um *locus minoris resistenciae*, são igualmente susceptiveis de favorecer a infecção bacillar.

Apezar do que deixamos dito, forçoso é, no entanto, repetirmos com Delbet que, embora estas causas se encontrem d'uma maneira mais ou menos nitida na maior parte das observações, ellas não teem, de per si só, nada d'absoluto na historia da tuberculose testiculo-epididymaria. N'um grande numero de casos o desenvolvimento da doença póde attribuir-se a um traumatismo anterior, a uma orchite blenorragica, a excessos venereos, etc., mas n'outros apparece sem causa nitidamente apreciavel.

A causa determinante é a unica que é bem conhecida — o bacillo de Koch.

Qual é o caminho por elle seguido para infectar o testiculo? É d'isso que vamos tractar no capitulo seguinte.

Pathogenia

São varias as theorias apresentadas para explicar o modo como o testiculo se infecta pelo bacillo de Koch.

Segundo a maneira de vêr dos differentes auctores, essa infecção pôde dar-se por via peritoneal, ou por via sanguinea, ou pelas vias urinarias internas, ou por via urethral, ou, finalmente, por via da prostata e vesiculas seminaes, predominando este ou aquelle processo segundo a variedade dos casos que na clinica podem apresentar-se.

Vejamos em que se appoia cada uma d'essas theorias e consecutivamente o valor pathogenico que lhe cabe.

Infecção por via peritoneal — A tuberculisação do testiculo por esta via parece não offerecer duvidas. Graças á persistencia do conducto peritoneo-vaginal nas creanças, admite-se geralmente que o bacillo de Koch pôde ir atravez d'elle inocular-se na serosa e ganhar apoz isso a albuginea e o parenchima testicular onde fixe domicilio. Uma experiencia feita por A. Peron em 1898 e narrada no *Boletim da Sociedade Anatomica de Paris*, reforça consi-

deravelmente esta theoria. Assim elle, injectando na cavidade peritoneal d'um caviá, uma porção de liquido sero-fibrinoso, obtido por meio da paracentese feita a um homem attigido de pleuresia tuberculosa, obteve uma tuberculose caseosa bilateral dos testiculos e dos epididymos do caviá. E, facto interessante, essa tuberculose, que ao cabo d'oito dias foi verificada, achava-se restrictamente localisada n'essas partes, pois que nenhum dos outros orgãos continham bacillos, tuberculos ou massas caseosas. A propria vaginal e o peritoneo escaparam, facto que Peron attribue ás propriedades immunisantes das suas exsudações.

Esta theoria é bem accete pela generalidade dos auctores, mas, forçoso é dizel-o, com bastantes restricções. Perfeitamente justificavel para as creanças pelas rasões anteriormente expostas, ella não póde, com effeito, invocar-se do mesmo modo para o adulto, a não ser que, em consequencia d'uma evolução viciosa, subsista a permeabilidade do conducto peritoneo-vaginal.

Infecção por via sanguinea — A infecção do testiculo pelas vias sanguineas tem um assentimento geral. Com effeito, admittida a existencia d'um foco tuberculoso em qualquer ponto do organismo, basta que os bacillos, á custa da ruptura d'um vaso, ou arrastados pelos leucocytos por diapedese, escapem d'este foco e se lancem na torrente circulatoria, para que, chegados a um territorio em boas condições de receptividade, elles possam colonisar.

O testiculo, sob o influencia de qualquer das causas em que no capitulo anterior fallamos, póde reunir essas condicções e, n'esse caso, a infecção dar-se. A tuberculose testicular será então evidentemente consecutiva a uma lesão preexistente da mesma natureza, mas casos ha em que a tuberculose testicular existe só. Quando assim é, admite-se geralmente que os bacillos de Koch, vindos do exterior, penetrem no organismo á custa d'uma perda de substancia qualquer do revestimento cutaneo ou do revestimento epithelial das vias aerias, digestivas ou outras e, uma vez por elles ganha a onda circulatoria, possam comportar-se da maneira que vimos.

Infecção pelas vias urinarias internas — A hypothese d'uma infecção por estas vias foi priméiramente admittida por Viard, Dufour, Tuffier, Jamin e outros. Durant-Fardel e Baumgarten fizeram, apoz isso, pesquisas valiosas em proveito d'ella e Cayla, em 1887, defendeu-a calorosamente. Segundo elles, os bacillos de Koch, podendo existir no feixe vascular do glomerulo, ainda mesmo que as lesões anatomicas não sejam clinicamente apreciaveis, são susceptiveis de ganhar os tubos uriniferos e, transportados depois pela corrente da urina, lançar-se nos canaes da excreção, inoculando-se de preferencia nos pontos em que o liquido estagna: — calices, bassinete, ureteres, bexiga (sobretudo o baixo fundo) e na parte prostatica da urethra.

A região peniana, ao contrario, situada

para a frente do musculo de Wilson, verdadeiro esphincter do reservatorio urinario, escaparia quasi sempre á infecção, porque a urina, sahindo em jacto, não permaneceria durante muito tempo em contacto com a mucosa. Uma vez chegados á prostata os bacillos penetrariam nas vesiculas seminaes, no canal deferente, no epididymo e, por ultimo, no testiculo onde iriam colonisar. N'esta ultima parte do seu percurso o bacillo caminharia evidentemente n'uma direcção contraria á do esperma, o que vae d'encontro á lei geralmente estabelecida, segundo a qual o transporte do agente infeccioso se faz no sentido da corrente. Segundo elles, porém, a corrente espermatica, sendo intermittente, não se opporia senão transitoriamente ao caminhar do bacillo para o testiculo.

A infecção realisada por este meio parece ser geralmente admittida, mas com certas restricções. Todos os auctores concordam que n'um certo numero de casos é difficil descobrir a tuberculose renal em começo. Admittem mesmo que uma localisação embora minima da tuberculose, em um ponto qualquer das vias urinarias, seja sufficiente para permittir a invasão do testiculo (Jean Petit). Mas o que muitos extranham é que, sendo a tuberculose do aparelho urinario geralmente grave, a tuberculose testicular, originada por aquella, não tenha um prognostico mais sombrio do que aquelle que lhe cabe na grande parte dos casos. E' por isso que, embora admittida a

possibilidade da infecção do testículo pelo processo exposto, muitos auctores pensam que ella se não dá com tanta frequencia como aquella que a Cayla se afigurava.

Infecção por via da urethra — A hypothese de poder dar-se a infecção do testículo por via urethral foi durante muito tempo defendida por Conheim e Verneuil mais tarde por Verchère e Fernet, que apresentaram em apoio d'ella, numerosos factos d'observação. Segundo esses auctores, durante o coito com uma mulher portadora de lesões uterinas ou vaginaes de natureza tuberculosa, o bacillo póde infectar os órgãos genitales do homem. O bacillo de Koch, n'esse caso, implantando-se na mucosa urethral, vae ganhando pouco a pouco os canaes da excreção do esperma até chegar ao testículo, onde se installa.

Esta theoria tem sido posta em brecha por grande numero d'anatomo-pathologistas, alguns havendo até que a não admittem e opinando outros que, embora a infecção testicular por aquelle mechanismo seja possivel dar-se, é comtudo um modo d'infecção rara.

Assim, diz Reclus, não póde negar-se que o mucu utero-vaginal possa conter bacillos de Koch, pois Babés e outros teem-os ahi encontrado; mas o que custa realmente a admittir é que um microbio immovel, sem movimentos proprios, faça uma tal peregrinação sem ser expulso pelos jactos d'urina que varias vezes ao dia fazem irrupção pelo canal. A urethra é, de facto, um domicilio pouco favoravel á evo-

lução do bacillo e o caminho a percorrer por elles longo e cheio d'obstaculos (Petit). Entre alguns doentes e, em particular, entre a creança, não póde esta hypothese ser aceitavel por não haver coito suspeito a incriminar.

Estas considerações e varias outras teem encurtado muito o ambito d'esta theoria, pensando alguns auctores que, se a infecção do testiculo pela tuberculose genital da mulher algumas vezes se realisa, é a via sanguinea e não a via urethral que a isso dá origem. Esta incumbir-se-ia de transportar o agente pathogenico, cuja porta d'entrada seria muitas vezes qualquer ulceração, ranhura ou erosão que na mucosa balano-prepucial existisse anteriormente ao coito, ou se originasse na occasião d'este.

Infecção pela prostata e vesiculas seminaes — Resta-nos para completar este capitulo apresentar a hypothese d'uma bacillose primitivamente localisada na prostata e vesiculas seminaes poder ser o ponto de partida da affecção de que tratamos. Esta hypothese basea-se no facto d'estes dois orgãos serem no decurso da tuberculose orchy-epididymaria tão frequentemente atacados que varios anatomo-pathologistas, entre os quaes Guyon, foram levados a emitir a opinião de que, em alguns casos, o primitivo foco da tuberculose genitalahi póde residir, propagando-se ulteriormente pelos canaes deferentes até ao testiculo. E' quasi sempre difficil precisar se o processo tuberculoso se iniciou aqui ou acolá; mas, diz Petit, a não

considerar senão as provas clinicas e a julgar pela intensidade das lesões encontradas nas autopsias, tudo leva a crer que a hypothese de Guyon tenha real cabimento, sendo por consequencia muito justo que ella tambem prepondere na historia pathogenica da tuberculose orchy-epididymaria.

A tuberculisação prostata-seminal acompanha esta affecção de tal maneira que todos os clinicos experimentados, uma vez em presença dos nodulos epididymarios, de diagnostico causal embaraçoso, solvem muitas vezes pelo toque rectal, que lhes permite avaliar o estado d'esses orgãos, todas as difficuldades que até ahi se lhes levantavam. E' em face d'isto e de tudo o mais que a tal proposito se tem addusido que a prostata e as vesiculas seminaes são consideradas em alguns casos como primitivos leitos da tuberculose, que mais tarde fere o testiculo.

Anatomia pathologica

O escroto raramente apparece são; as mais das vezes veem-se n'elle uma ou mais fistulas por onde escorre um liquido sero-purulento mais ou menos abundante. Essas fistulas teem ordinariamente uma forma arredondada, de bordos talhados a pique e cercados por uma pelle vermelha-violacea. N'um periodo mais avançado os labios d'esses orificios cobrem-se de gommos carnosos determinando um rebordo mais ou menos circular e saliente que persiste emquanto dura o corrimento. Quando este cessa o orificio retrahe-se, fecha-se e a cicatriz resultante, deprimida ao centro, forma uma especie de funil cujo vertice se continua por um cordão duro e resistente até ao testiculo, ao qual adhere profundamente.

Quando as fistulas são multiplas não é raro encontrar umas abertas e outras fechadas; por vezes ellas se fundem ou estabelecem communicações entre si e pequenos abcessos se podem desenvolver, de preferencia no tecido cellular do escroto, os quaes são susceptiveis de produzir descollamentos que, ultrapassando a zona testicular, podem ir até ás re-

giões visinhas e nomeadamente até ao perineo onde novos orificios fistulosos se podem encontrar. Mas isto é raro e os pontos do escroto que formam a séde mais habitual das fistulas e cicatrizes são aquelles que se encontram para baixo e para trás, isto é, os que estão em relações mais directas com o epididymo.

A vaginal encontra-se sempre mais ou menos alterada. Umaz vezes os seus folhetos apresentam-se soldados em toda a sua extensão; outras vezes, pelo contrario, acham-se separados por um derrame mais ou menos abundante; mas, mais frequentemente, elles adherem em certos pontos, emquanto que n'outros se encontram separados por pequenas collecções liquidas que alguns auctores teem considerado como massas tuberculosas amollecidas, mas que, segundo Reclus, nada mais são do que resto do hydrocele que anteriormente se produziu. Se bem que a analyse bacterologica d'este liquido não tenha revelado a existencia de bacillos, Tuffier, comtudo, inoculando pequenas parcellas d'elle em caviás, obteve lesões tuberculosas bem caracteristicas. Tuffier refere varias observações n'esse sentido. A vaginal em vez das alterações descritas, pôde encontrar-se semeada de granações cinzentas em maior ou menor quantidade. Isso é frequente sobretudo em creanças, e só excepcionalmente se encontra nos adultos, facto que os auctores attribuem á maior facilidade com que a creança se infecta por via peritoneal. Por vezes teem verificado que

essas lesões existem a par das da peritonite tuberculosa.

Quanto ás lesões glandulares, é muito raro que ellas occupem o testiculo com exclusão do epididymo. Pelo contrario, é frequente ver o epididymo lesado, sem que o testiculo o seja. Assim Reclus em 22 casos clinicos verificou que em 10 d'elles havia tuberculos no testiculo e no epididymo e nos 12 restantes, tuberculos no epididymo só. Esta proporção ainda é pessimista para Delbet, porque este auctor em 17 casos que observou diz ter encontrado 3 vezes o testiculo e o epididymo lesados, em quanto que nos restantes só havia lesões epididymarias. A proporção das lesões testiculares augmenta evidentemente com a evolução da doença. Reclus, em 68 autopsias, encontrou 48 vezes tuberculos no epididymo e no testiculo e 20 vezes tuberculos no epididymo só.

O epididymo póde ser atacado na sua totalidade ou em parte. Muitas vezes não existem senão alguns nodulos isolados, residindo tanto na cabeça como na cauda do epididymo. O aspecto d'elles varia segundo o grau d'evolução em que se encontram. Primeiramente constituídos por massas caseosas cruas, limitadas por um tecido mais ou menos denso, amollecem pouco a pouco, transformando-se em um foco cujo contheudo puriforme póde ficar estacionario durante algum tempo; mas, em geral, abre caminho para o exterior atravez dos involucros adherentes, produzindo-se assim uma caverna e uma fistula, cujas paredes

se cobrem de gommos carnosos. Estes, se a materia puriforme é toda evacuada, ou novas cavernas se não abrem na primeira, podem organizar-se e obliterar a cavidade e a fistula, deixando as cicatrizes em funil e os cordões fibrosos em que anteriormente fallamos.

Em vez d'essas massas caseosas o epididymo apresenta por vezes ao corte alveolos muito regulares e numerosos, uns cheios de materia puriforme e outros vasio, mas todos elles circumscriptos por trabeculas muito nítidas. São flexuosidades dilatadas do tubo epididymario, umas das quaes estão ainda obstruídas por productos tuberculosos, emquanto que outras já estão desembaraçadas d'elles.

Quando o epididymo é infiltrado na sua totalidade torna-se por vezes consideravel. Apresenta-se então encurvado em forma de crescente a coifar a maior parte do testiculo e á sua superficie desenham-se bosseladuras nas quaes se podem encontrar pontos salientes de côr amarellada e fluctuantes. Se se examinar ao corte vê-se que o parenchima normal desapareceu, sendo substituido por massas caseosas, separadas umas das outras por feixes de tecido fibroso neo-formado.

As lesões do testiculo, propriamente dito, são muito mais variadas do que as do epididymo. Encontram-se n'elle granulações cinzentas e massas caseosas em todas as phases da sua evolução. Umas e outras se podem encontrar tanto ao centro, como á periphèria do

orgão. Umas vezes uniformemente repartidas por todo o parenchima testicular apresentam-se outras vezes diversamente espalhadas, confluentes aqui, e discretas acolá. Em geral, porém, as granulações predominam mais nas partes periphericas da glandula, tornando-se cada vez menos numerosas ao centro, para desaparecerem completamente ao nivel do corpo d'Hygmore, onde dão logar a focos caseosos semelhantes aos que vimos no epididymo. Por vezes estes focos, desenvolvendo-se, ganham as partes centraes e podem ir mesmo até á periphèria.

Em alguns casos o testiculo pode tornar-se caseoso em toda a sua extensão, apresentando ao corte uma superficie branco-amarelada, resistente, muito analoga á superficie de secção da castanha da India, com alguns pontos amollecidos nas partes que correspondem á cabeça ou á cauda do epididymo. O testiculo póde então attingir proporções enormes. Reclus cita um caso em que o maior diametro do testiculo media 23 centimetros.

Raramente o amollecimento que succede a esta degenerescencia da glandula se faz em toda a sua extensão d'uma maneira perfeitamente egual. Umas vezes o amollecimento começa á periphèria e as partes centraes, ainda caseificadas, formam uma especie de sequestros franjados envoltos em pús; outras vezes o amollecimento começa pelo centro, dando logar á formação d'uma caverna de paredes anfractuosas e cobertas de gommos carnosos a

seu turno cercadas d'uma camada de tecido branco, esclerosado, que as separa do parenchima glandular mais ou menos alterado e da albuginea espessa.

As alterações da tuberculose raramente ficam limitadas aos órgãos em que acabamos de fallar; ellas acompanham-se frequentemente de lesões da mesma natureza do canal deferente, vesiculas seminaes, prostata, bexiga, etc.

O canal deferente, unico de todos estes órgãos de que temos d'occupar-nos aqui, é muitas vezes attingido.

Apresenta-se então endurecido o augmentado de volume, encontrando-se de distancia a distancia nodosidades circumscriptas, separadas umas das outras por segmentos ligeira ou accentuadamente deprimidos, resultando d'esta disposição o aspecto moniliforme, que lhe é caracteristico. Essas alterações são sobretudo frequentes nos primeiros 5 ou 6 centimetros a contar da sua origem, raramente se estendem a todo o comprimento do conducto, mas, encontram-se muitas vezes para a sua terminação, á sua entrada nas vesiculas seminaes.

Symptomatologia

Fôrma aguda — A fôrma aguda da tuberculose orchy-epididymaria é menos frequente do que a fôrma chronica. Foi em 1860 pela primeira vez assignalada por Duplay e por elle descripta sob a designação de tuberculose galopante do testiculo. Apoz isso alguns auctores, entre os quaes Dolbeau, estudaram-na com mais ou menos detalhes, mas foi sobretudo Reclus que, em 1876, lhe deu mais largo desenvolvimento.

A orchy-epididymite tuberculosa aguda apparece as mais das vezes d'uma maneira brusca, sem phenomenos precursores nitidamente apreciaveis. Assim, um individuo, no meio d'uma saude aparentemente boa, quer espontaneamente, quer em seguida a um esforço, a um traumatismo, ou no curso d'uma blenorragia, é accomettido por uma dor violenta na glandula, dor que se exaspera ao menor movimento. á menor pressão, e que irradia ao longo do cordão espermatico, até além do trajecto inguinal.

Em breve o escroto se torna mais tenso, vermelho e luzidio, se tumefaz, em uma pa-

lavra, um derrame na vaginal se produz. A' palpação reconhece-se que o testiculo, ou bem só o epididymo, se apresenta volumoso, duro, de superficie unida, regular e muito doloroso á pressão

Os symptomas geraes não teem grande valor. Por vezes ha curvatura, nauseas, embaraço gastrico, cephalalgia intensa e febre viva, mas estes phenomenos, em regra, são pouco accentuados.

Tal é de começo a expressão symptomatica da orchy-epididymite tuberculosa aguda, a qual, como vemos, se assemelha a manifestações d'outra natureza, e, em especial, á orchy-epididymite blenorrhagica. Mas estes symptomas duram pouco. Assim, a partir do 4.º ou 5.º dia, os phenomenos precedentes diminuem gradualmente d'acuidade e a tumefacção começa a baixar, sem comtudo desaparecer, um endurecimento regular persiste. Na terceira semana, o tumor entra a bosselar-se, a amollecer e a adherir á pelle, que se oedematiza, e em breve esta se acumina e ulcera, despejando-se um abcesso no exterior.

Esta supuração rapida é uma das characteristics principaes da tuberculose orchy-epididymaria aguda. Apoz a evacuação do puz, que em geral é bem ligado, vê-se, por vezes, o foco cicatrisar rapidamente; mas esta cicatrização é excepcional e quasi sempre uma fistula persiste que dá passagem a serosidade grumosa. O que a partir d'então se passa é como na fórmula chronica ordinaria.

Forma chronica — E' esta a fórma clinica mais habitual da orchy-epididymite tuberculosa. Em alguns casos consecutiva á fórma que acabamos de descrever, estabelece-se no entanto as mais das vezes chronica *d'emblée*. O seu começo é quasi sempre obscuro e a sua marcha lenta e insidiosa, o que faz com que a attenção do clinico, em geral, só para ella seja chamada quando vae já n'um estado mais ou menos avançado da sua evolução.

Não é sempre do lado do testiculo que se descobrem os primeiros symptomas da tuberculose genital. Póde anterior ou parallelamente lavrar, d'uma maneira mais ou menos insidiosa, na prostata, nas vesiculas seminaes, bem como em qualquer dos orgãos do apparelho urinario, manifestando-se então por um certo numero de symptomas que incontestavelmente possuem grande valor mesmo sob o ponto de vista da affecção que nos occupa. Taes são elles: hematurias precoces, em geral pouco abundantes e raras, mas cuja causa real muitas vezes escapa; perturbações urinaes, umas vezes traduzidas por um certo grau de tenesmo, outras pelos desejos frequentes d'urinar; perdas seminaes abundantes e repetidas; corrimentos sero-purulentos, não dolorosos, mas persistentes e rebeldes a qualquer tratamento instituido, etc. Varios auctores teem insistido sobre a vantagem que ha em reconhecer a tempo estas perturbações, bem como a sua causa, pois são ellas as que muitas vezes nos permitem descobrir locali-

sações tuberculosas testiculo-epididymarias que até ali possam ter passado ignoradas. Quando estas existem o seu quadro symptomatico apresenta-se, em geral, da maneira seguinte:

São as alterações epididymarias as que, ordinariamente, mais se salientam de começo. Sem dor ou reação inflammatoria que sirvam d'avisio ao doente, esse orgão apparece parcial ou totalmente augmentado de volume, notando-se á palpação que nodulos duros, regulares e arredondados, teem a sua séde em qualquer das partes de que se compõe, mas principalmente na cabeça ou na cauda. Essas nodosidades multiplicam-se, por vezes, sobre o mesmo epididymo, que, por via de consequencia, póde attingir proporções enormes. Apresenta-se então sob a fórma d'um tumor allongado, semi-cylindrico, quasi sempre mais inchado nas extremidades, de superficie irregular e semeado de bosseladuras.

A tuberculose genital, nos seus primeiros tempos, póde limitar-se exclusivamente ao epididymo. Bastantes casos de lesões tuberculosas ali acantonadas se tem registado sem que, graças a um tratamento apropriado, tivessem tempo d'irradiar para as outras partes do apparelho genital.

O testiculo, nos começos da affecção, póde, pois, ficar completamente indemne. Para muitos auctores, as lesões tuberculosas testiculares não são, na grande maioria dos casos, mais do que o resultado da propagação d'al-

terações epididymarias da mesma natureza. Quando, porém, o seu ataque se faz, a sua flexidez normal desaparece e algumas nodosidades se podem encontrar á sua superficie, principalmente nas proximidades do corpo de Higmore. A sua constatação é, comtudo, por vezes difficil, em virtude da resistencia que a albuginea oppõe.

O canal defferente, sobretudo nas suas primeiras porções, isto é, nas visinhanças do epididymo, póde ser que se apresente tambem augmentado de volume e semeado de nodulos.

Até aqui o escroto conserva a sua habitual mobilidade e o que n'elle, em geral, apenas se nota são as alterações proprias da distensão a que se vê submettido, já pelo accrescimento de volume dos orgãos lesados, já pela accumulção de liquido que por vezes se faz na vaginal. Na terça parte dos casos, segundo as estatisticas de Reclus, observa-se, com effeito, o hydrocele. O derrame em geral é mediocre, mas casos ha em que elle se torna abundante, constituindo assim um obstaculo á exploração dos orgãos profundos.

Tambem para obviar a este inconveniente, digamos de passagem, se tem aconselhado a que se faça a sua evacuação sem demora e, sobretudo, se ha rasões para se suppor a existencia de lesões testiculares, que são as que com mais facilidade o derrame esconde. Ao cabo d'algun tempo o liquido derramado, ainda mesmo que seja abundante, póde ser completa ou incompletamente reabsorvido.

A tuberculose orchy-epididymaria pôde permanecer n'este primeiro periodo de lesões, sem apresentar fundição caseosa clinicamente apreciavel. As nodosidades, segundo a expressão d'alguns auctores, dormem então durante um tempo maior ou menor sem provocar perturbações funcçionaes nem dôres. O coito continua a effectuar-se regularmente e os desejos genesicos podem até ser augmentados. O erethismo genital acompanha, com effeito, esta affecção em alguns doentes. As erecções tornam-se n'elles mais frequentes e seguidas de rapidas ejaculações e alguns ha mesmo que se queixam de polluções nocturnas. Tem-se explicado este exagero funcional pela excitação permanente que as granulações tuberculosas provocam nos orgãos genitae.

A partir de certa altura, porém, as nodosidades do testiculo e do epididymo, d'aquella forma tornadas estacionarias, sob a influencia d'uma *poussée* inflammatoria sub-aguda, determinam uma certa ordem de phenomenos que fazem com que a affecção mude completamente d'aspecto.

O doente começa a experimentar uma dôr surda do lado do testiculo lesado, ao mesmo tempo que a tumefacção augmenta; dentro em pouco uma ou mais bosseladuras se fundem e amollecem. O escroto, até ahi movel, torna-se em um dos seus pontos, habitualmente para baixo e para traz, ou por outra, ao nivel do epididymo, adherente ás partes profundas, avermelha-se, œdematiza-se e acu-

mina-se; depois perfura-se e o contheudo do abcesso, assim formado, é lançado no exterior deixando apoz elle uma fistula. No primeiro dia o puz vem quasi sempre misturado com materia tuberculosa amollecida; nos dias seguintes vê-se apenas correr pelo orificio um liquido seroso, tendo em suspensão grumos abundantes. Alguns auctores, entre os quaes Berard, pensavam que esta substancia continha esperma. Bauchet e Reclus, nas suas repetidas analyses, nunca encontraram espermatozoides no puz ou serosidade d'uma tal proveniencia.

Em alguns doentes o corrimento é continuo; n'outros, porém, a fistula fecha-se apoz a evacuação mais ou menos demorada dos productos tuberculosos, deixando, como traços da sua existencia, uma cicatriz deprimida, adherente á glandula por um cordão fibroso e duro. Esta adherencia, como algures dissemos, pode desapparecer ao cabo de mais ou menos tempo, recuperando o escroto a sua habitual mobilidade.

A par d'estes casos, outros ha, comtudo, e esses extremamente frequentes, em que os abcessos se apresentam ou succedem em maior ou menor quantidade, resultando de tudo isto o escroto se apresentar ás vezes crivado de fistulas. O futuro d'estas póde ser o mesmo que acima expomos; mas casos ha em que ellas se fusionam, determinando uma perda de substancia escrotal, capaz de pôr a albuginea á mostra. Como complicação pode então

surgir o fungo benigno superficial do testiculo. Os gommos carnosos desenvolvidos á custa da proliferação da albuginea, sahindo atravez da abertura da pelle, espalham-se no exterior em uma massa exuberante de maior ou menor volume.

O fungo parenchimatoso, ou profundo, caracterisado segundo Brodrie, Curling, Seyme, etc., pela sahida do envolvero escrotal de tubos seminiferos recobertos de gommos carnosos, e, segundo Cooper e Hennequin, simplesmente pela sahida d'estes ultimos, pois que, a seu ver, os tubos seminiferos, n'essa altura, foram já destruidos pela suppuração, é considerado como uma complicação rara da affecção de que tratamos. Alguns dos casos registados n'esse genero teem mesmo sido postos em duvida por Reclus, allegando que os gommos carnosos dos tuberculosos possuem uma tão fraca vitalidade que difficilmente poderão franquear a ulceração escrotal para se derramarem exteriormente em uma massa fungosa.

A hernia do testiculo tambem tem sido citada, como accidente, embora muito excepcional, da affecção tuberculosa orchy-epididymaria, quando, como nos casos precedentemente expostos, houvesse ulceração mais ou menos larga das bolsas. Uma vez parcial, torna-se outras vezes completa, de modo a não ficar a dentro do envolvero escrotal senão o canal deferente e o epididymo mais ou menos alterados. Este accidente, que Deville e outros dizem ter observado no decurso da affecção de que

nos occupamos, é contestado, no entanto, por Reclus. Segundo este auctor a hernia testicular, n'estes casos, teve por origem não uma tuberculose glandular, mas a fundição de focos caseosos depositos primitivamente nas bolsas. A integridade relativa do testiculo e do epididymo, as lesões insignificantes que n'estes órgãos tem encontrado, quando tal accidente se produz, são argumentos de que, entre outros, Reclus se serve para provar que o processo tuberculoso se não iniciou por elles. E' a tuberculose escrotal primitiva que, a seu ver, deve incriminar-se. Mas, quando as lesões testiculares sejam extensas, diz o mesmo auctor, as probabilidades de o testiculo herniar-se menores serão ainda, bridado como habitualmente se vê enfão por adherencias e tecidos neoformados. A opinião de Quenu, porém, é que, se muitas vezes a hernia deriva d'uma tuberculose primitivamente escrotal, casos ha em que é, não o escroto, mas o testiculo ou o epididymo o ponto de partida do processo tuberculoso.

Tacs são, em resumo, as variadas feições clinicas que a orchy-epididymite pode offerer. Mas, forçoso é outra vez recordarmos que, emquanto essa tuberculose assim se manifesta, profundas alterações, quer sejam primitivas, quer concomitantes ou consecutivas, podem fazer-se em outros órgãos, nomeadamente na prostata, bexiga, ureteres e rins, juntando-se então ao quadro symptomatico da tuberculose orchy-epididymaria todos os demais sympto-

mas que exprimem as lesões d'esses órgãos, aggravados ou attenuados segundo a intensidade do mal.

O estado geral do doente que, quando a affecção se limita ás partes externas do apparelho genital, é frequentemente bom, altera-se então em maior ou menor escala, o emmagrecimento começa a produzir-se e a febre a apparecer e a accender-se, tornando-se o prognostico tanto mais grave quanto maior fôr o campo da sua propagação e a importancia dos órgãos lesados.

Diagnostico

O diagnostico da orchy-epididymite tuberculosa, é, em geral, facil; mas casos ha em que ella se apresenta com symptomas tão caracteristicos d'outras doenças que cirurgiões, ainda mesmo os mais experimentados, tem sido levados á pratica de graves erros. Convem, pois, acercal-o de todos os meios d'investigação ao nosso alcance, nunca deixando de fazer-se um exame circumstanciado não só do testiculo e de epididymo, mas tambem do cordão, da prostata, das vesiculas seminaes e de todos osapparelhos, a começar pelo urinario, que, em casos duvidosos, nos podem servir de poderoso auxilio.

E' a forma aguda da affecção a que todos os clinicos reputam, sob o ponto de vista semiotico, como a mais meticulosa e difficil.

Com effeito, o seu começo é o de todas as orchy-epididymites agudas: — ha a mesma vaginalite, a mesma tumefacção, as mesmas dores espontaneas, etc. Por vezes, nas que são de natureza tuberculosa, a tumefacção e a vermelhidão do escroto é menos accentuada e a dôr mais facilmente cede; mas isto nem sem-

pre se observa, e, demais, a subtileza d'esses dados é tal que só uma longa experiencia e um grande tino clinico é que póde apprehendel-os. Deve ser, pois, na etiologia e no estado geral que procuraremos esclarecer-nos. Para isso devemos, antes de mais, indagar se ha uma urethrite concomitante e, no caso affirmativo, precisar qual a sua natureza, se o doente está sob a influencia da febre-typhoide, da febre parotidiana, da febre palustre, da gotta, do rheumatismo, etc., ou enfim, se houve um traumatismo a que possamos attribuil-a. O microscopio, a bacteriologia e os resultados obtidos pela inoculação podem, no primeiro caso apontado, prestar-nos grandes serviços.

Se as nossas pesquisas são infructiferas, isto é, se chegamos ao conhecimento de que a affecção sobreveio sem causa nitidamente apreciavel; mas se, por outro lado, os symptomas geraes são pouco alarmantes e o individuo portador d'ella é um anemico, um lymphatico, um tuberculoso, rasões então teremos para suppor que se tracte d'uma orchite bacillar.

Ainda mesmo n'estes casos, porém, devemos ser tanto quanto possivel reservados. Factos d'observação se citam em que phytisicos confirmados, foram accommettidos d'orchites blennorrhagicas que evoluíram até á cura. A existencia d'alterações prostaticas e seminaes tem aqui incontestavelmente mais valor. Quando a sua constatação possa fazer-se o signal de certeza quasi é obtido.

Mas as maiores difficuldades diagnosticas residem verdadeiramente nos casos em que a orchite tuberculosa fere individuos robustos, sem passado morbido e no goso d'uma saude excellente. Essas difficuldades tornam-se então quasi sempre, senão sempre, insuperaveis. Só a evolução da doença é que póde apagar-nos as duvidas. Com effeito, a resolução não se faz senão parcialmente, o epididymo conserva-se um tanto doloroso, perde d'ali a pouco a sua regularidade, bossela-se e o apparecimento da suppuração firma o diagnostico.

Podemos dizer, em resumo, que a orchy-epididymite tuberculosa aguda, quando em começo, só presumptivamente, as mais das vezes, póde diagnosticar-se, e que só mais tarde a presença da suppuração, com os caracteres que lhe são proprios, é que vem conferir-lhe verdadeiramente o valor semiotico que lhe pertence. Não queremos, nem podemos concluir d'aqui, que a suppuração seja exclusivamente caracteristica das orchites agudas de natureza tuberculosa. Nas orchites das febres graves, e muito excepcionalmente nas d'outra proveniencia, sabido é que tambem ella póde observar-se. O seu valor casual, porém, é outro e o conhecimento d'elle basta para separal-as.

O diagnostico da fórma chronica da orchy-epididymite tuberculosa vamos referil-o os dois principaes aspectos clinicos com que ella ordinariamente se apresenta.

Quando o epididymo é ou parece ser só attigido, os nodulos tuberculosos epididymarios

podem confundir-se com os endurecimentos deixados por uma epididymite blenorragica ou com uma epididymite terciaria syphilitica. Para estabelecermos o seu diagnostico differencial é preciso, pois, pormos em relevo os caracteres proprios de cada uma d'estas variedades.

Em primeiro lugar, o nódulo endurecido deixado pelas epididymites d'origem urethral e, em particular, a epididymite blenorragica estabelece residencia ao nivel da cauda do epididymo, respeitando, d'uma parte, o canal deferente que o continua e, d'outra parte, o corpo e a cabeça do epididymo. Os seus limites não são precisos e os tecidos alterados continuam-se insensivelmente com os tecidos sãos. Apresentam-se renitentes e elasticos, sem vestigios de bosseladuras. A cauda do epididymo, reflectindo-se de baixo para cima, ao longo do bordo interno do testiculo, descreve uma ansa cujos contornos podem ser nitidamente apreciados. Sente-se com a maior facilidade a depressão que esta ansa circumscreve. Na tuberculose nada se passa de semelhante. Os nodulos caseosos offerecem outras localisações e, quando elles teem a sua séde na cauda, englobam todas as flexuosidades d'esta n'uma massa compacta.

Em casos de duvida, porém, a historia clinica do doente, o seu passado urethral, a data d'apparição do nódulo, por um lado, e, pelo outro, o exame do canal deferente e da prostata, etc., podem prestar-nos indicações

preciosas. O mesmo diremos a respeito do exame do esperma. Jaksch, inoculando esperma proveniente d'individuos atacados de tuberculose epididymaria, em caviás, viu-os succumbir ao cabo d'algum tempo com os estragos d'uma tuberculose generalizada.

Quanto á epididymite syphilitica, esta differença-se da epididymite tuberculosa por invadir mais frequentemente do que esta a totalidade do epididymo e a sua massa conservar, em face do testiculo, uma independência mais persistente. E', além de tudo, uma localisação syphilitica bastante rara e póde acompanhar-se d'outros accidentes de natureza especifica. Estes caracteres só de per si bastam; mas, em casos pouco nitidos, o tratamento anti-syphilitico póde servir-nos de pedra de toque, porque, não exercendo nenhuma influencia sobre as lesões tuberculosas, faz pelo contrário retroceder as lesões syphiliticas.

Quando se tracta d'uma fórma anatomica mais avançada do sarcocele tuberculoso, isto é, quando o testiculo e o epididymo se apresentam ambos lesados e ha fócios tuberculosos abertos no exterior, ou prestes a abrir-se, o diagnostico, em geral, offerece poucas difficuldades. No entanto a confusão ainda é possível havel-a e mórmente quando as partes profundas são veladas pela existencia d'um hydrocele volumoso, o que é raro. E' preciso, pois, em taes casos puncional-o. As affecções que com ella, n'esta altura, podem ter pontos de semelhança são a syphilis e os tumores do tes-

ticulo. E' portanto entre a tuberculose, a syphilis e os tumores testiculares que se deve estabelecer um diagnostico differencial.

D'uma maneira geral a syphilis predomina no testiculo, emquanto que a tuberculose predomina no epididymo. Na syphilis o cordão e a prostata são excepcionalmente atingidos, ao passo que nada mais frequente é do que a sua alteração na tuberculose.

A gomma syphilitica, quando se fórma, tende sempre a evoluir para a frente do escroto, abrindo caminho por um ponto correspondente ao bordo anterior do testiculo; na tuberculose as fistulas ou ulcerações encontram-se, antes, para baixo e para traz, isto é, ao nivel do epididymo. O pus tuberculoso, tanto pelos seus caracteres proprios, como pelo resultado da sua inoculação no caviá, difere dos productos da gomma syphilitica. D'um lado tracta-se d'um liquido sero-grumoso de mistura com pequenas porções de materia tuberculosa ainda não completamente amollecida — do outro tracta-se d'uma lama puriforme, um tanto amarellada e viscosa, analoga a uma solução de gomma arabica.

Resta-nos para terminar este capitulo dizer algumas palavras sobre os tumores malignos do testiculo — carcinomas e sarcomas — que é possivel confundirem-se com a orchy-epididymite tuberculosa.

Estes tumores, em geral, são mais volumosos e cobrem-se de bosseladuras mais accentuadas do que na tuberculose; são uni-la-

teraes e ferem mais frequentemente o testiculo do que o epididymo; tornam-se além de tudo notaveis pelas dores lancinantes que provocam. Mais tarde a marcha da doença, o estado dos ganglios, o apparecimento da phlegmacia, a dilatação das veias do escroto, a ulceração d'este e a presença d'um fungo sangrento e fetido, são signaes que, não fallando em favor da tuberculose, nenhuma duvida pelo contrario nos deixam sobre a natureza maligna do tumor.

Prognostico

O prognostico da affecção de que tractamos é extremamente variavel. Como Tuffier, Reynier e outros fazem observar, ella affecta marchas tão variadas que é impossivel precisar, no começo d'uma tuberculose testicular, como ella se comportará, se ficará estacionaria, se se estenderá aos orgãos visinhos. Tal tuberculose testicular parecerá benigna e não o será, enquanto que tal outra, d'apparencia muito benigna, póde tomar d'um momento para o outro um character de seria gravidade. D'aqui a difficuldade extrema de se colherem noções prognosticas que possam aproveitar-nos.

D'uma maneira geral, comtudo, são consideradas como pouco graves aquellas formas em que a tuberculose se limita ao epididymo, sem invasão testicular nitidamente apreciavel, d'evolução lenta, não dolorosa, fria, em uma palavra.

Os doentes continuam a exercer as suas occupações habituaes e o seu estado geral é bom, pois tracta-se d'uma lesão completamente local, sem reacção geral sobre o orga-

nismo. Tuberculosos assim, se bem que as mais das vezes se desenvolvam, terminam em muitos casos pela cura espontanea. Os nodulos tuberculosos enkistam-se e massas bastante volumosas podem mesmo ser reabsorvidas de maneira a não deixarem, como vestigios da sua passagem, senão um ou mais nodulos fibrosos.

A tuberculose então apaga-se, por assim dizer. Todas as tuberculosos, a começar pela pulmonar, podem seguir o mesmo processo. Para d'isso nos convencermos basta recordarmos os numerosos factos que se tem archivado de, em autopsias sobre os pulmões d'individuos mortos, com affecções differentes, se ter constatado a existencia d'antigos focos tuberculosos curados, sem que anteriormente d'elles se suspeitasse.

As curas pela maneira acima obtidas são muitas vezes constantes e definitivas; outras vezes porém não são mais do que illusorias ou temporarias. Ao cabo d'um lapso de tempo maior ou menor, sem que a este proposito haja nada absolutamente de fixo, a tuberculose póde apparecer novamente, para depois seguir os seus variados tramites. Quenu refere o caso d'um homem morto de cholera e na autopsia do qual foi encontrar uma tuberculose epididymaria suppurada enkistada, cujo começo remontava ha alguns annos. Taes enkistamentos no vivo, faz elle observar, não podemos consideral-os como focos tuberculosos curados, porque qualquer causa póde reanimal-os.

Quando os doentes apresentam lesões supuradas do testiculo e, particularmente abcessos e fistulas escrotaes, o prognostico toma um aspecto mais serio. Casos ha em que a evolução se torna favoravel. Apoz a evacuação mais ou menos demorada dos productos tuberculosos a caverna póde obliterar-se e a fistula ou fistulas que existiam transformar-se em cordões fibrosos e resistentes. Massas tuberculosas que tenham ficado, ou que de novo se formem, podem como nos casos anteriores, ser reabsorvidas, fibrosar-se ou então soffrer a transformação cretacea. Bastantes curas teem sido d'esta forma obtidas; mas, como dissemos, ellas estão muito longe de ser constantes. Na grande maioria das observações, refere Petit, os doentes, embora pareçam curados da sua doença, apresentam mais cedo ou mais tarde lesões semelhantes na prostata, vesiculas seminaes, ou no testiculo do lado opposto. O estado d'estes orgãos, no decurso da affecção de que tratamos, nunca de modo algum podemos deixar de o explorar. O seu ataque póde ser tardio, como nas fórmulas aparentemente benignas em que vimos de fallar, mas n'outras é precoce ou coincide com a fistulisação d'abcessos epididymarios e então, quer d'uma, quer d'outra forma, o prognostico acha-se consideravelmente aggravado. Se bem que a retrocessão das lesões prostaticas e seminaes muitas vezes se faça, como varios auctores, entre os quaes Berger, Lejars e Poirier teem verificado, mais frequentemente ellas evoluem com o cor-

tejo symptomatico que lhes é peculiar. O campo d'acção da tuberculose é então grande e tende a augmentar cada vez mais. A par dos abcessos e fistulas escrotaes e prostaticas, producções d'identica natureza se podem desenvolver do lado de perineo, que em alguns casos se tem apresentado como que crivado, e profundas alterações se podem fazer na urethra, bexiga e rins, o que vae tornar a situação mais desesperada. Os doentes, sujeitos a suppurações grandes e prolongadas, principiam a emmagrecer, o seu estado geral a alterar-se e a febre a apparecer e activar-se.

O estado dos doentes torna-se n'esses casos quasi sempre irremediavel e a morte sobrevem por esgotamento, se é que uma qualquer complicação visceral, diarrhea, phtysica pulmonar, pleurisia, meningite, peritonite, pyelonephrite, os não teem anteriormente exterminado.

Podemos dizer, em resumo, que a tuberculose testicular é, sob o ponto de vista mais geral, uma affecção grave, porque ella tem, afora alguns casos de cura espontanea e definitiva e afora outros de curas obtidas por um tratamento cirurgico conveniente, uma tendencia natural á invasão progressiva dos outros órgãos. Mas não é uma affecção mortal de per si mesmo. Em regra, ella não se torna mortal senão pela adjuncção d'outras tuberculosas.

Considerado o prognostico sob o ponto de vista da funcção dos testiculos, assumpto com que vamos terminar este capitulo, diremos que

ella varia segundo o periodo da evolução tuberculosa e a unilateralidade ou bilateralidade das lesões resultantes.

Ao principio, como n'outra parte dissemos as funcções genitaeas cumprem-se bem ou exacerbam-se; mais tarde, se os tubos seminiferos estiverem alterados ou não segregarem mais animalculos, ou se, segregando-os, elles não podem atravessar os canaes epididymarios obliterados pelas massas tuberculosas, o doente, se as lesões são bilateraes, perde a faculdade da reprodução — fica infecundo. A potencia, no entanto, pode conserval-a.

Algumas vezes se tem pensado, que o testiculo privado das suas vias d'excreção é um orgão inutil. «É um grande erro, diz Delbet, e a prova é que depois das resecções epididymarias o testiculo se não atrophia, o que prova que elle funciona. Não é de todo um testiculo destruido; sabe-se que os individuos que tiveram uma epididymite dupla ficam perfeitamente potentes. São infecundos, mas potentes. Um homem sem epididymos não é um eunuco.»

Bastam alguns fragmentos testiculares para que a faculdade da erecção se conserve (Lucas Championnière).

Tratamento

O que n'este capitulo vamos estudar não é applicavel a todos os doentes portadores de lesões tuberculosas testiculares. É simplesmente applicavel aquelles em que essas manifestações não apparecem juntamente com outras d'identica natureza, localisadas no pulmão, no intestino, na bexiga, nos rins, etc., pois a linha de conducta do clinico passa a ser então aquella que tem por fim combater os accidentes que põem a vida do paciente em risco; e os phenomenos testiculares, em face d'elles, não são as mais das vezes senão um episodio de pequena importancia.

Alguns meios da therapeutica applicada á affecção testicular isolada lhe podem servir, mas então a maneira de ver do clinico, modifica-se completamente, e ao que elle se limita as mais das vezes é a alguns cuidados locais.

Tambem n'este nosso modesto estudo nos não occupamos senão do tratamento da fórma chronica da tuberculose 'orchy-epididymaria. A fórma aguda, cuja expressão symptomatica tantas vezes se confunde com a das orchites vulgares, tem como ellas o mesmo tratamento

e, por consequencia, nada d'ellas ha a dizer em especial. A therapeutica d'esta fórma começa a interessar-nos mais, e então a mudar d'aspecto, desde que a phase ruidosa de começo se apaga, isto é, desde que caminha para a chronicidade, altura então em que tanto essas fórmas de começo reveladas agudas, como aquellas que lenta e insidiosamente se estabeleceram, se subordinam a um só tratamento — o da fórma chronica em geral.

É pois d'elle que vamos tratar e, ainda assim mesmo, seremos breve para não alongarmos este nosso modesto trabalho.

O tratamento geral tem aqui uma capital importancia. Com elle podemos não sómente combater os accidentes da tuberculose local, mas ainda prevenir a sua generalisação, o que mais vantajoso é ainda. Todos os individuos accomettidos de tuberculose orchy-epididymaria devem, pois, ser collocados nas melhores condições hygienicas; recommendar-se-lhes-ha uma alimentação abundante e boa, a permanencia no campo, nas praias, o exercicio, a hydrotherapia e tudo o mais que em taes casos aproveita.

As preparações iodadas, o oleo de figados de bacalhau, o arsenico, o gaiacol, a creosota, administrados internamente, são tambem para recommendar. Todos estes meios, sendo susceptiveis de modificar o estado geral, activar a nutrição e augmentar as forças, tornam o individuo mais apto a desembaraçar-se da sua affecção. E' preciso empregal-os, portanto, em

todos os doentes, qualquer que seja o estado em que as suas lesões tuberculosas se apresentem. Este tratamento, só de per si, consegue em alguns casos; mas no maior numero d'elles temos que lançar simultaneamente mão d'outros meios therapeuticos apropriados — é á cirurgia que recorreremos. A sua intervenção no tratamento do sarcocele tuberculoso tem sido diversamente interpretada. Quando se pensava que elle andava ligado a uma doença geral, essencialmente diathesica, o tratamento cirurgico era nullo ou quasi nullo. Um individuo attingido de sarcocele tuberculoso estava de posse da diathese e, por isso, era inutil, senão prejudicial, mutilar um orgão ferido de tuberculose, pois que outros o eram ao mesmo tempo, ou podiam sel-o n'um futuro mais ou menos approximado. Tambem, á parte algumas excepções, mesmo não admittidas por todos os cirurgiões, era regra respeitar-se um testiculo tuberculoso. Quando muito, ser-se-hia auctorisado, nos ultimos periodos da affecção, a desembaraçar os doentes d'uma causa local d'esgotamento, quando a região tivesse sido já destruida por largos e multiplos abscessos. Desde que a tuberculose, porém, começou a ser considerada pela generalidade dos pathologistas como uma doença infecto-contagiosa e se reconheceu que o bacillo podia colonisar no testiculo, independentemente d'outro qualquer orgão, o raciocinio passou a ser outro e a cirurgia começou a ser chamada em seu auxilio. A maneira de a applicar é

que tem variado sempre, segundo o modo de vêr de cada cirurgião.

Na pratica corrente, porém, a que parece actualmente mais accete é a seguinte:

Os casos que podem apresentar-se são variados e multiplos. Supponhamos um — aquelle em que a tuberculose parece acantonada no epididymo, e em que as lesões se manifestam pela pesença de nodulos caseosos duros e frios. Aqui a generalidade dos cirurgiões abstem-se d'intervir. A experiencia tem demonstrado que com um tratamento geral bem dirigido, aquelles são susceptiveis de regressar, de modo a não restarem de futuro, como vestigio da sua existencia, senão nodulos fibrosos, organisados, antigos focos d'uma bacillose transformada. A intervenção para elles é regrada pela presença ou ausencia da suppuração. Quando a não haja, não operam. É assim que pensam Reclus, Sebileau, etc. Outros, porém, receosos do seu amollecimento e da sua generalisação, preferem antes fazer desde logo a epididymectomia ou então a curetagem methodica dos nodulos. Vejamos em poucas palavras como Quenu pratica esta ultima:

«Apanha com a mão esquerda o testiculo e faz salientar o nodule ou nodulos duros sob a pelle; com uma incisão de 3 a 4 centímetros abre o foco e aprisiona com pinças de Kocher os labios da abertura. A seguir, e com a cureta, esvasia os nodulos e limpa com cuidado a caverna resultante. Feito isso, toca a superficie cavitaria, com chloreto de zinco a $\frac{1}{10}$ e, se

a cavidade é pequena, tenta a reunião primitiva com auxilio de cat-guts profundos e superficiaes. Quando o foco tuberculoso é grande, não reúne profundamente, limitando-se a tapar a cavidade com gaze iodoformada».

Quando, como no nosso caso supposto, as lesões pareçam ainda restringir-se ao epididymo, mas ellas, em vez de duras, se apresentem já amollecidas, suppuradas, todos os cirurgiões em geral interveem. Procedem á abertura dos focos, ou á dilatação das fistulas, se existem, para com mais facilidade se obter a evacuação do puz e das massas caseosas e a seguir praticam injeções d'ether, oleo, ou glicerina iodoformada, de tintura d'iodo, de naphthol camphorado, etc.

Quando estas injeções falham, o que frequentemente acontece, recorrem a meios mais energicos. Servem-se então do chloreto de zinco, da potassa caustica, do ferro ao rubro, do thermo-cauterio, etc.

Volkman e muitos outros preferem destruir á cureta as paredes do foco, cauterisando-as em seguida com chloreto de zinco. Bardenheuer, Humbert e outros praticam a epididymectomy, seguida ou não da ressecção do canal deferente.

Com qualquer d'esses processos, as mais das vezes consegue-se o resultado pretendido.

Quando, porém, se reconheça que o testiculo se apresenta augmentado de volume, nodoso, bosselado, quando se reconheça, emfim, que as partes profundas se desorganisaram,

pratica-se a castração. Em alguns casos, todavia, como Lejars, Poncet, Quenu e outros teem demonstrado e ao meretissimo professor Roberto Frias ouvimos, se póde conservar com successo o testiculo, ainda mesmo que no seu interior haja massas tuberculosas, não volumosas ou extensas. Para isso pratica-se a orchidotomia e, uma vez postas a descoberto essas massas, enucléam-se do parenchima glandular, curetando e cauterisando as paredes do foco que as continha e suturam-se em seguida os labios da incisão. Nunca se deve fazer a extracção do testiculo sem detalhadamente o examinar antes e no decorrer do acto cirurgico.

Se-elle está com toda a evidencia lesado tira-se; mas, se se conservarem duvidas, sobre o estado do parenchima, mais vale fêdel-o e examinal-o, conservando-se ou eliminando-se, conforme o resultado da exploração.

Eis resumidamente qual a linha de conducta hoje mais seguida pela maioria dos cirurgiões. Como se vê, são as operações economicas as preferidas, fazendo-se a castração e só em casos ultimos.

A castração precoce é por elles hoje abandonada, baseando-se para isso nos dados que as suas abservações clinicas lhe fornecem. Reconhecida a extrema frequencia com que, principalmente de começo, e ainda mesmo n'um periodo relativamente longo da doença, o epididymo é attingido, sem que o testiculo

o seja, consideram como uma pratica abusiva a das castrações que precocemente alguns cirurgiões fazem, sem justificados motivos. Em muitos dos casos não ha outra indicação a cumprir, diz Lucas Championnière, mas em muitos outros uma operação parcial basta, porque o que o cirurgião deve ter sempre em vista é conciliar tanto quanto possivel a destruição do foco tuberculoso com a conservação do testiculo, attendendo, quando não mais, ao valor funcional d'este orgão.

Antes de terminarmos forçoso é comtudo dizermos que a castração, quer precoce, quer tardiamente feita, por varios cirurgiões ainda hoje é condemnada. A hypochondria em que os doentes cahem apoz ella, a recidiva da tuberculose, que teem visto dar-se no testiculo do lado opposto, na prostata e em varios outros orgãos da economia, são circumstancias que entre outras, os teem tornado seus adversarios confessos.

Os partidarios da castração fazem, no entanto, notar que a perda d'um testiculo em suppuração e coberto de cataplasmas, raramente póde tornar um individuo hypochondriaco.

Um tal accidente observa-se mais nos casos de castração bi-lateral. Pela nossa parte o que podemos verificar é que em tres casos de castração uni-lateral, por nós presencados, a disposição moral dos doentes em nada foi alterada. Dois d'elles submetteram-se até da melhor vontade a ella, mais ou menos

avisados, como anteriormente pareciam estal-o, das más consequencias que da abstenção de tal operação podiam resultar.

Quanto á propagação da tuberculose ao testiculo, deixado são, opina Berger que, em muitos dos casos em que isso se observa, a tuberculose do segundo testiculo não foi influenciada pela amputação do primeiro.

Tratava-se antes d'uma tuberculose bilateral, em que a cirurgia, por consequencia fallhou, praticando uma castração simples. Segundo Lannelongue estes accidentes tanto se observam entre os tuberculosos não operados como n'aquelles em que se interveio. Reclus considera essas recidivas testiculares, como as que em outros órgãos possam dar-se, como factos excepçionaes. As mais das vezes quando surgem, é volvido já um lapso de tempo tal, que o traumatismo operatorio a seu vêr de modo algum póde ser incriminado. Pelo contrario o estado geral, enfraquecido pela suppuração, tem-o Reclus visto levantar-se após a castração, e em alguns dos seus doentes observou até a retrogradação de lesões pulmonares em começo. Fillaux e Richet possuem factos analogos d'observação. Berger, Lejars, Regniers e outros dizem ter constatado tambem a retrocessão ou attenuação da tuberculose da prostata e das vesiculas seminaes nos seus castrados.

OBSERVAÇÃO

F. casado, de 27 annos, serralheiro. Entrou para a enfermaria de S. Pedro, do Hospital Geral de Santo Antonio, em 1 de novembro de 1904.

Antecedentes hereditarios. — Nenhuns d'interesse, sob o ponto de vista de que se tracta.

Antecedentes pessoaes. — Teve o sarampo em creança. Aos 17 annos teve uma blenorrhagia que tractou com injeções de permanganato de potassio, e que só passados 4 mezes lhe desapareceu. Aos 24 annos fracturou a coxa esquerda (fractura exposta, de que ainda hoje conserva cicatrizes bem visiveis).

Não se lembra de ter soffrido de mais nada.

Historia da doença. — Haveria 6 mezes, pouco mais ou menos, na occasião em que trabalhava na sua officina, recebera uma pancada no testiculo direito, sendo então accomettido d'uma dôr penetrante e aguda, com irradiações para as regiões inguinal, e lombar. Na parte ferida não notou alterações nenhuma, mas a dôr ainda nos dois dias seguintes o apoquentou, se bem que com menor intensidade, sendo só após elles que, sentindo-se completamente alliviado, voltara a exercer as suas occupações.

Um mez mais tarde notou que na parte inferior do testiculo direito (e no ponto correspondente á cabeça do epididymo — pelas indicações que forneceu) existia um tumor duro, do tamanho e fórma d'um feijão; mas, como lhe não acarretasse perturbações algumas, não lhe ligara importancia.

D'ahi por deante começou a notar que esse tumor augmentava gradualmente de volume, e que mais dois outros lhe appareceram para baixo e para traz do primeiro, os quaes pouco e pouco iam engrandecendo tambem, mas sem que com isso soffresse. Passados quatro mezes. principiou a sentir umas dores surdas no testiculo lesado. Essas dores, que nos primeiros dias se faziam principalmente sentir quando se conservasse por muito tempo de pé, ou quando andasse, ou trabalhasse um pouco de mais, tornaram-se por ultimo constantes, pelo que se viu obrigado a recolher á cama. Ao passo que tudo isto se dava, o tumor desenvolvia-se cada vez mais, chegando quasi a attingir as proporções em que hoje se encontra. Chamou então um medico que lhe mandou applicar pomada de belladona e cataplasmas de farinha de linhaça.

Tres ou quatro dias depois de fazer estas applicações o tumor rebentara-lhe, sabindo grande quantidade de puz branco-amarelado e espesso. As dores abrandaram e até hoje nunca mais lhe appareceram, mas o tumor pouco reduziu, tendo até pelo contrario em alguns pontos augmentado mais e a suppuração tem continuado a produzir-se, embora em pequena quantidade.

Consultado de novo o seu medico este aconselha-ra-lhe a que se recolhesse ao hospital do Porto, pois só ahí, lhe dissera elle, é que podia convenientemente tractar-se.

Exame local. — A' simples inspecção notava-se que o escroto do lado direito se apresentava consideravelmente augmentado de volume e menos rugoso do que normalmente costuma encontrar-se, de fórma globulosa, tamanho d'uma laranja e de côr normal, excepto na parte postero-inferior em que elle se apresentava com uma côr vermelha violacea, de superficie lisa e desprovida de pellos, n'uma extensão comparavel á d'uma moeda de prata de duzentos reis. Ao centro d'ella notava-se um orificio de

fôrma proxivamente circular, de pequeno calibre, bordos salientes e vegetantes, banhados por um liquido sero-purulento de côr ligeiramente amarellada. O escroto, movel por todo, não o era n'esta parte, adherindo por um largo pediculo aos orgãos profundamente situados.

A' palpação reconhecia-se que tanto o testiculo como o epididymo entravam na constituição do tumor, formando ambos uma massa de partes incompletamente isolaveis. Ainda assim, percebia-se que a sua maior porção era formada á custa do epididymo que se apresentava para baixo e para trás como uma massa de fôrma semi-cylindrica, allongada, irregular e bosselada, dura em alguns pontos, enquanto que n'outros era molle. O corpo do epididymo parecia fazer parte com o do testiculo, não se distinguindo entre elles senão um ligeiro sulco de separação. A cabeça, pelo contrario, mais volumosa do que o corpo, destacava-se nitidamente da extremidade anterior da glandula, notando-se entre estas partes um angulo reintrante, onde se alojava uma pequena quantidade de liquido.

A cauda, apezar de bastante saliente tambem, já se não destacava tão facilmente do testiculo. Este, abraçado pelo epididymo em mais de metade da sua circumferencia, apresentava-se do tamanho d'um ovo de gallinha, de superficie irregular e consistencia desigual—duro e nodoso em alguns pontos; n'outros bastante flacido e molle. Era pouco sensivel á pressão.

O canal deferente, principalmente nas visinhanças do epididymo, difficilmente se separava dos outros elementos do cordão e achava-se bastante volumoso e tenso, percebendo-se n'elle algumas nodosidades duras, do tamanho de grãos d'ervilha. Proximo do annel inguinal já o canal deferente se isolava bem das outras partes e parecia achar-se intacto.

Exames a distancia. — O testiculo, o epididymo e o canal deferente do lado esquerdo achamol-os

normaes. Feito o toque rectal, nenhuma alteração encontramos na prostata e vesiculas seminaes. Também não havia alterações ganglionares.

Pelo exame que fizemos dos differentesapparelhos da economia e, em especial, dos apparelhos urinario e pulmonar, concluimos que nada existia d'anormal.

Diagnostico. — Orchy epididymite tuberculosa direita (fórma chronica) acompanhada de deferentite da mesma natureza.

Tratamento. — Creosotal no interior. Resolvida pelo meretissimo professor Roberto Frias uma intervenção cirurgica, o que foi levado a effeito, e confirmando-se no decorrer d'ella o estado de profunda desorganisação em que tanto o testiculo como o epididymo se encontravam, foi-lhe, pelo referido Professor, feita a castração uni-lateral direita, seguida de reseccão das partes alteradas do canal deferente e do escroto. Laqueação isolada dos elementos do cordão; sutura completa dos bordos da ferida e tres pontos de *capitonnage*. Penso iodoformado.

O exame bacteriologico, após a operação feita nas partes extrahidas, revelou a presença de numerosos bacillos de Koch.

A cicatrisação começou a fazer-se regularmente, excepto n'uma pequena parte, em que, passados alguns dias, se formou uma collecção purulenta, pelo que dois pontos de sutura foram levantados, procedendo-se em seguida ao seu esvasiamento e fazendo-se lavagens com agua de sublimado. Tampão de gaze iodoformada.

Regularisada assim a cicatrisação, tudo d'ahi por deante caminhou bem e a 5 de novembro o doente, achando-se curado, pediu lhe fosse dada alta.

Pelo exame circumstanciado, a que n'essa occasião foi submettido, reconheceu se que nada d'anormal havia nos orgãos visinhos ou affastados d'aquelles em que a operação incidiu. Por informações ultimamente colhidas, sabemos ser bom o seu estado.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A curvatura lateral da columna vertebral não é devida á presença d'aorta.

Physiologia — A acção physica da saliva é superior á sua acção chimica.

Materia medica — Na maioria dos casos a agua é o melhor antithermico.

Pathologia externa — Póde haver fracturas craneanas que só interessam a lamina interna.

Medicina operatoria — A extirpação dos tumores hemorrhoidarios nem sempre deve praticar-se.

Partos — No utero gravido em prolapso, o feto a partir de certa altura, desempenha o papel de pessario.

Pathologia interna — O signal de Kernig não é pathognomonic da meningite cerebro-espinal.

Anatomia pathologica — A cellula gigante não caracteriza o folliculo tuberculoso.

Medicina legal — Só muito excepcionalmente o medico legista póde declarar se houve ou não intenção de matar.

Pathologia geral — Ha microbios que impedem a infecção.

Hygiene — A palavra é septica.

Visto,

A. Placido da Costa

PRESIDENTE.

Póde imprimir-se,

Moraes Caldas

DIRECTOR.

ERRATAS

Pag. 6, linha 12, onde se lê — consequencia vigorosa, leia-se — consequencia rigorosa.

Pag. 22, linha 17, onde se lê — vestião, leia-se — vertião.