

*Ernesto Barbosa de Magalhães*

*N.º 14.*

TRATAMENTO  
DO  
HYDROCELE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYP. DE A. F. VASCONCELLOS, SUCCESSORES

51, Rua de Sá Noronha, 51

1899

93/14 ENC

2.<sup>o</sup> dia 21 de julho, pelas 11 horas  
da manhã

Presidente ~~Excmo~~ Sr Antonio  
Rafael da Costa

Excmo. Sr.  
Arg<sup>to</sup> { Henrique d'Almeida da Brandão  
Roberto Bellarmino de B. Lima  
Carlos Alberto de Lima  
Luiz de Freitas Viegas }

Arg<sup>to</sup> { Ricardo d'Almeida da Gama  
José Basílio d'Almeida  
Alberto de S. Lins de Aguiar  
Clemente José de S. Lins de Aguiar }

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## Corpo Cathedraticeo

### Lentes cathedraticeos

|                                                                                               |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                | João Pereira Dias Lebre.          |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .                                               | Antonio Placido da Costa.         |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .        | Illydio Ayres Pereira do Valle.   |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                 | Antonio Joaquim de Moraes Callas. |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.                                                | Dr. Agostinho Antonio do Souto.   |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.  |
| 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 . . . . .                                         | Roberto B. do Rosario Frias.      |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica. . . . .                                      | Augusto Henrique d'A. Brandão.    |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .  | Ricardo d'Almeida Jorge.          |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.                    | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.    |
| Pharmacia . . . . .                                                                           | Nuno Freire Dias Salgueiro.       |

### Lentes jubilados

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Secção medica . . . . . | José d'Andrade Gramaxo. |
|                         | Dr. José Carlos Lopes.  |
|                         | Pedro Augusto Dias.     |

### Lentes substitutos

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | João Lopes da S. Martins Junior. |
|                            | Alberto Pereira Pinto d'Aguilar. |
| Secção cirurgica . . . . . | Clemente J. dos Santos Pinto.    |
|                            | Carlos A. de Lima.               |

### Lente demonstrador

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica . . . . . | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

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

*(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)*



À INOLVIDAVEL MEMORIA

DE

MEU PAE



# *A minha mãe*

Nunca esquecerei quanto vos  
devo, minha santa mãe!

A MEUS IRMÃOS

Um abraço.

 minha mulher

E

*A minha filha*

É' vossa toda a minha  
alma!

*A minha sogra*

E

**A meus cunhados**



AO CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

---

AO ILLUSTRE LENTE JUBILADO

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

O EX.<sup>ma</sup> SNR.

*Dr. José Carlos Lopes*

AO NOTAVEL OPHTHALMALOGISTA

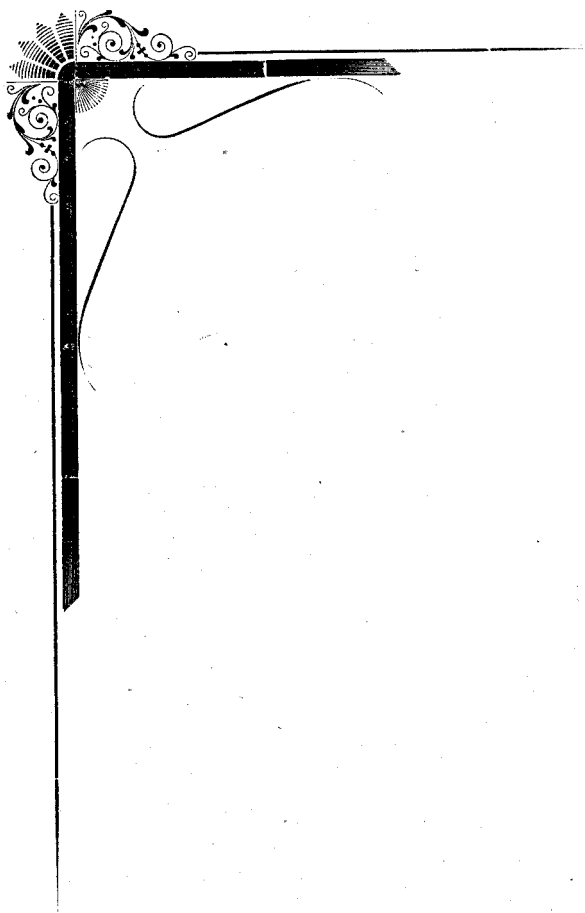
E

MEU PRESIDENTE DE THESE

O Ex.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Antonio Placido da Costa

*Tributo de admiração pelo seu  
grande talento.*



O hydrocele, sendo uma affecção a maior parte das vezes benigna, principalmente quando é simples, idiopathica, não tendo por traz de si uma lesão séria e importante, traz comtudo uma infinidade de inconvenientes e de perturbações que são tanto mais desagradaveis quanto o doente póde ter a certeza de que o seu mal é constante e que não retrocederá com o tempo.

Os inconvenientes a que me refiro são os que resultam do tamanho, por vezes enorme, que adquire o tumor, que é pouco dissimulavel, a difficuldade que esse volume traz á micção e á copulação, os repuxamentos dolorosos que produz na região

lombar, e muitos outros que facilmente se comprehendem dada a natureza e a séde da lesão. Além d'isso o hydrocele é uma constante ameaça da eminencia de complicações mais graves, umas raras, como por exemplo a inflamação do tumor, outras muito frequentes como a ruptura espontanea da vaginal e a transformação do hydrocele em hydro-hematocele.

E já que fallamos de complicações do hydrocele não devemos esquecer uma, que é importante e traz consigo um perigo real: queremos referir-nos ás alterações que esta lesão imprime á vitalidade dos espermatozoides. Assim, a espermatogenese é profundamente alterada, e isto é perfeitamente demonstrado por M. Marimon n'um livro em que, com muito talento, expõe as investigações de Lannelongue sobre este assumpto. Diz o auctor: «O hydrocele provoca um desenrolamento, um alongamento e uma descolação do epididymo que reduz, a uma delgada fita, afastando-o do corpo d'Highmore; esta série de perturbações anatomicas conduz im-

mediatamente a uma diminuição da vitalidade dos espermatozoides, que se alteram a partir da cabeça do epididymo experimentando a degenerescencia granulosa e ficando reduzidos a agglomerados de granulações.»

Por todas estas razões é fácil admittir, sem espanto, que, ha muitas centenas de annos já, os cirurgiões se tivessem posto em campo com os seus variadissimos processos e methodos, tentando curar uma lesão, ás vezes grave e sempre incommoda. Bem poucos doentes teriam a paciencia de punccionar o seu tumor de dois em dois ou de tres em tres mezes e esperar com uma paciencia evangelica uma cura espontanea, que só se produz rarissimamente e sempre á custa d'um accesso de gotta e d'uma grave doença geral como a variola.

Temos, por conseguinte, uma therapeutica curiosa e abundantissima. Raros foram os medicos que não tiveram o seu methodo de tratamento, ora secreto e cuidadosamente occulto, ora abertamente exposto nos seus tratados e comprovado

por estatisticas mais ou menos completas. Já no tempo de A. Paré os meios curativos são numerosos a avaliarmos pelo que diz este auctor no seu livro: *A cura será primeiro tentada por remedios resolutivos e dissicativos, porque por este processo a agua é por vezes reabsorvida. E se por haver grande quantidade d'agua, estes remedios não forem sufficientes é preciso intervir applicando um sedenho atravez do escroto e das membranas onde está encerrada a agua, tendo, comtudo cuidado, para não tocar na substancia do testiculo.*

*Alguns praticos, com uma lanceta, fazem uma abertura profunda e na parte de maior declive, tendo a ferida aberta até á completa evacuação do liquido. Depois fazem a consolidação e cicatrisação.*

Além d'isto, mesmo n'essas épocas muito distantes já, nós encontramos alguns cirurgiões que, corajosos, propõem a abertura da serosa e a sua resecção total ou parcial. Foram, é claro, detidos nas suas atrevidas tentativas pela erysipela, pelo tetano, pela pyohemia e emfim por todas as

septicemias que eram até á descoberta da antisepsia o obstaculo insuperavel a transpôr em todas as arrojadas tentativas cirurgicas.

No desenvolvimento do assumpto que nos propozemos tratar, a nossa classificaçãõ será simples.

Ennumeraremos, primeiro, os meios medicos, depois descreveremos os multiplos processos chirurgicos, reservando para um capitulo especial o tratarmos da cura radical.

---

Antes, porém, de encetarmos o estudo dos factos que dizem respeito a cada um d'estes capitulos, seja-me licito exprimir, n'este logar, a gratidão de que estou possuido para com o professor dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas, meu mestre e meu amigo, a quem devo valiosissimos ensinamentos e conselhos. Nunca me esquecerei do tempo em que fui alumno da



enfermaria n.º 5, de que o mesmo professor é digno director clinico.

Ao dr. Domingos dos Santos Pereira, clinico adjuncto da mesma enfermaria, mil agradecimentos por todas as finezas recebidas.

Ao meu prezado condiscipulo e companheiro de trabalho, Henrique Navarro (alumno interno) a minha gratidão pela sua leal camaradagem e bella collaboração.

A todo o pessoal menor da mesma enfermaria, agradeço as attensões e deferencias que tiveram para commigo.

# I

## Tratamentos medicos

Teem-se preconisado varios preparados pharmaceuticos para a cura do hydrocele.

Breschet diz ter alcançado, na sua clinica no Hotel Dieu, vinte curas com o uso do vesicatorio cantharidado applicado sobre o escroto e Roquetta recommenda o mesmo vesicatorio nas creanças.

Velpeau, n'um bello artigo do *Bulletin de thérapeutique* exalta as qualidades therapeuticas das compressas de digitalis.

Saint Germain e Felizet empregam compressas embebidas em chlorhydrato de ammoniaco, dizendo terem colhido resultado no tratamento do hydrocele das creanças.

Temos ainda a ennumerar: as fricções estibiadas empregadas por Hudson, as applicações de sanguesugas e o emprego da electricidade, feito por Petrequin da seguinte maneira: collocava um dos polos de uma pilha sobre a parte superior e outro sobre a parte inferior do tumor e fazia passar a corrente.

Este methodo foi experimentado por varios clinicos e os resultados que Petrequin dizia ter obtido não foram confirmados.

---

## II

### Tratamentos cirurgicos

---

#### *1.ª Evacuação simples*

Desde ha muito tempo que se pratica a punção simples do hydrocele. Já Galeno a tinha praticado, servindo-se para isso de um instrumento de sua invenção e que elle denominava o *pyulcon*; na idade média varios cirurgiões praticavam esta operação aconselhando fazel-a duas vezes por anno.

Nos ultimos annos o professor Dieulafoy propoz de novo esta intervenção e publicou nove observações de doentes submettidos á sua observação e curados pela evacuação simples com o aspirador de que é auctor.

Comtudo, é preciso sermos reservados

sobre a efficacia d'este tratamento; é possível que alguns casos de cura se tenham dado, mas para affirmar a sua infallibilidade, seria preciso termos um grande numero de observações que infelizmente nos falta.

Immediatamente depois d'este processo veem outros em que o liquido não é tirado para o exterior mas reabsorvido á custa de uma ou varias aberturas feitas na vaginal e no tecido cellular sub-cutaneo.

a) A DISCISÃO SUB-CUTANEA. — Operação proposta por Jobert em 1840 e que consiste na introdução d'um tenotomo fino pela parte superior do tumor e, carregando de cima para baixo, imprimir-lhe os movimentos necessarios para cortar a vaginal sem tocar na pelle. Esta operação foi praticada em França por Guérin e na Allemanha por Bühring; recentemente é praticada em Italia por Bertini que lhe introduziu algumas modificações.

b) A ACUPUNCTURA. — Operação devida a Cumin; não é mais do que a punção re-

petidas vezes feita e em logares differentes, com uma agulha fina.

Quer se trate de tirar o liquido para o exterior ou de o fazer reabsorver nas malhas do tecido cellular sub-cutaneo, estes processos são susceptiveis de censura e de uma fallibilidade quasi certa; não modificam ou pouco modificam a serosa; não determinam nenhuma mudança na secreção d'essa mesma serosa e por conseguinte a sua applicação será quasi que fatalmente seguida d'uma recidiva.

Passaremos agora em revista os methodos de tratamento que tem por fim provocar na superficie interna da vaginal um trabalho inflammatorio intenso, bastante para lhe modificar a vitalidade e a secreção.

## *2.º Irritação da vaginal sem prévia evacuação*

a) A ELECTROPUNCTURA. — Devida a Verzy, foi applicada pela primeira vez em 1859 por Schuster.

Procedia da seguinte maneira: cravava

duas agulhas nos envolveros das bolsas e quando elles chegavam á cavidade vaginal, fazia passar a corrente durante alguns minutos.

Apesar do enorme sussurro de admiração que saudou o seu apparecimento, esta operação foi sendo posta de lado e passados annos não era já praticada por nenhum cirurgião.

b) O PROCESSO DE MANOD. — Consiste na injeção d'algumas gottas do alcool a 90°, no tumor. Faz-se esta injeção sem ter feito primeiro a evacuação do hydrocele e a junção dos liquidos bastava muitas vezes para que o do hydrocele se reabsorvesse. A injeção era praticada com uma seringa de Pravaz. Infelizmente a estatística provou que no maior numero de casos havia recidiva e o processo foi pouco a pouco cahindo em desuso.

### *3.º Irritação da vaginal depois da evacuação*

a) PUNÇÃO SEGUIDA DE MASSAGEM. — Este processo devido a Gillette consistia

em fazer uma ligeira massagem nas bolsas depois de ter evacuado completamente o liquido do hydrocele. Gillette provocava assim um ligeiro traumatismo, que ainda assim era, na sua opinião, bastante para irritar a vaginal e produzir um estado inflammatorio na serosa, modificando-a.

A experiencia mostrou que a maior parte dos doentes se apresentavam passados tempos portadores da mesma lesão.

b) O SEDENHO. — Consiste n'um tracto fistuloso sub-cutaneo, de duas aberturas, pelas quaes se fazia a suppuração evitando que cicatrizassem com o auxilio d'uma mecha. Este processo é tão antigo que Galeno descreve-o na sua therapeutica; foi muito usado na idade média pelos arabes, que o indicavam como unico meio therapeutico.

c) IRRITAÇÃO POR UM CORPO ESTRANHO. — Os mais usados foram a canula do trocar e a sonda elastica. Este methodo é tambem antigo. Laney empregava a sonda de gomma que deixava permanentemente.



Recentemente, Zister, modificou este processo, substituindo a canula e a sonda por crinas de Florença e Herbing pratica um processo semelhante que diz ter-lhe dado resultados seguros mesmo nos casos rebeldes a todo o tratamento. Consiste em passar atravez o tumor escrotal uns fios de seda, punccionar o tumor e em seguida amarrar as duas extremidades dos fios. Depois de uma semana de repouso os fios são tirados. Este processo feito com todas as precauções antisepticas não daria supuração e realisaria a soldadura dos dois folhetos da vaginal.

*d)* PROCESSO DE DEFER DE METZ.—Este processo consiste, essencialmente, em introduzir pela canula de trocarer, depois de feita a evacuação, um estylete fino, levando na sua extremidade um cylindro de nitrato de prata puro ou fundido com um terço de nitrato de potassa e cauterisar a superficie do testiculo passando ligeiramente o cauterio sobre elle.

A cura é quasi fatal, as recidivas pou-

co provaveis e comtudo este methodo foi abandonado promptamente mesmo pelos seus mais ferrenhos partidarios. E' que este processo é extremamente doloroso e expõe os doentes a vaginalites suppuradas. Com effeito, apesar das suas vantagens, elle não tirou o primeiro logar á punção seguida de injectão modificadora que ainda hoje é muito praticada e que, pôde dizer-se, foi o grande meio therapeutico até á apparição da cura radical antiseptica.

e) PUNÇÃO E INJECCÃO MODIFICADORA.

— As injectões de soluções medicamentosas nas cavidades fechadas é de uso tão antigo como a propria medicina. Já Hypococrates injectava na pleura uma mistura de vinho e azeite. Comtudo durante toda a idade média, os cirurgiões fizeram cahir em desuso este processo, dando preferencia aos meios que nós vimos de enumerar.

Em 1667, Lembert, medico em Marseilha faz, na vaginal, uma injectão de agua phagedenica.

Ainda d'esta vez o processo foi aban-

donado pelos outros cirurgiões d'esse tempo, e é sómente no seculo passado que Earle o introduz definitivamente na pratica. A partir de então a sua voga foi immensa e tamanha que substituiu por muito tempo todos os outros processos de tratamento do hydrocele. Empregaram-se substancias as mais variadas. Assim vimos Earle empregar o vinho do Porto; Royer, Dupuytren e Dobleau o vinho quente; Gerdy a agua quente; Pricke a agua fria; Levret emprega a potassa dissolvida; Bertrandi o sulfato de zinco; Chaumit o tannino, outros o leite, o alcool, etc. Mesmo os gazes foram injectados por Manieri que empregava o ar puro e por Bonofont que preferia o gaz ammoniaco.

Finalmente temos ainda o chloroformio empregado por Longenbeck e o sulfato de cobre pelo medico portuguez Pereira da Fonseca.

Mais recentemente, tem-se empregado o perchloreto de ferro, o acido chromico e o sublimado a um por cento (preconisado por Richet).

O chloral em solução a 10 por cento tem a preferencia de M. Lée, porque, diz: E' mais barato, não mancha as roupas e porque tem uma acção coagulante que torna menos perigosa do que com a tintura de iodo, sua introduccão no tecido cellullar. Dury aconselha o ether iodoformado e Reclus confirma os seus bons effeitos no tratamento do hydrocele symptomatico d'uma lesão tuberculosa do testiculo.

Polaillon trata o hydrocele com uma solução de chloreto de zinco, que injecta com uma seringa de Pravaz, quer dizer, um gramma da solução, e a sua estatística dá-nos 7 casos de cura em 8 observações.

Nos ultimos annos o acido phenico contou um grande numero de partidarios. Lewis injecta cerca de 2 grammas com algumas gottas de glycerina e um outro medico lava a vaginal, primeiramente evacuada, com uma solução a 15 por cento, drenando a mesma cavidade durante tres ou quatro dias. Benzini modifica este processo, reunindo a face anterior á face posterior do

escroto por meio de pontos de sutura profundos.

Terminaremos, enfim, esta longa enumeração de substancias medicamentosas que foram empregadas para o tratamento do hydrocele por aquella que mais mereceu a confiança dos medicos d'este seculo e que constitue, ainda hoje, para uma grande parte d'elles o methodo preferido.

É a tintura de iodo. Foi Martini que empregou pela primeira vez este medicamento. Tratando innumerous doentes portadores de hydrocele poudo observar tres mil casos.

Velpeau, tendo conhecimento dos esplendidos resultados obtidos por Martini introduziu o seu methodo em França e dentro em pouco era adoptado por todos os cirurgiões do seu tempo. As primeiras observações excitaram enthusiasmo. A tintura de iodo era applicada pura e em solução de 50 por cento, de 25 por cento, de 20 por cento, quente, fria, de todas as maneiras. E, devemos dizel-o, esta questão

da dosagem da tintura de iodo levantou grandes discussões e ainda hoje se não chegou a um accordo. Martini empregava uma parte de iodo para tres de agua; Velpeau uma de iodo para duas de agua; hoje o professor Duplay serve-se da tintura pura e preparada recentemente e alguns cirurgiões preferem soluções iodadas, como as seguintes muito empregadas hoje.

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| Tintura de iodo . . . .    | 40 gr. |
| Iodeto de potassio . . . . | 2 „    |
| Agua distillada . . . .    | 10 „   |

(Fórmula de Richard)

ou

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| Tintura de iodo . . . .    | 2,5 gr. |
| Iodeto de potassio . . . . | 4 „     |
| Alcool . . . .             | 30 „    |

(Fórmula de Curling).

Injectar 12 a 15 gr.

Resumiremos, muito rapidamente, o manual operatorio da punção com injeção iodada, visto ser muito conhecido por todos. Faz-se a antisepsia do escroto e dos instrumentos; depois d'isso, o cirurgião vê

pela transparencia e pela palpação onde está o testiculo para que o não vá ferir com a ponta do trocater. Em seguida enterra o instrumento que deve ter 6 ou 7 millimetros de diametro, atravez os envolveros do testiculo até penetrar na cavidade serosa; retira-o então, deixando ficar a cannula, pela qual deixa escorrer pouco mais ou menos um terço do liquido; injecta, em seguida, uma solução de cocaina (4 ou 5 centigrammas), faz uma ligeira massagem e depois de 4 ou 5 minutos, deixa sahir o resto do derrame. Depois, ou com uma seringa de injectão, ou com um funil, como aconselha o professor Guyon, introduz na vaginal a solução iodada.

Finalmente, faz sahir a solução á custa de moderadas pressões, sem se preoccupar com a persistencia d'uma pequena quantidade de iodo na serosa. Termina, applicando um penso compressivo.

Em seguida a esta operação sobrevém rapidamente uma reacção inflammatoria muito intensa; febre (38° a 39°), o escroto torna-se vermelho, luzidio, quente e dolo-

roso; o doente accusa dôres variaveis nos lombos e ao longo do cordão.

Ao quarto ou quinto dia a febre torna-se menos intensa e as perturbações locais diminuem de intensidade; comtudo o augmento de volume escrotal persiste e só começa a decrescer do decimo quinto ao vigessimo dia. O doente cura definitivamente passados 30 ou 40 dias.

Foram estes os dados que podemos colher em muitas observações feitas em doentes recolhidos no hospital de Santo Antonio.

Este processo não é seguido rigorosamente por todos os cirurgiões. Introduziram-lhe variantes, das quaes, as mais notaveis são devidas a Nicaise e Neumann. Este ultimo deixa o instrumento na ferida durante 48 horas para ter a certeza da sahida completa do derrame. Nicaise faz 8 dias depois da primeira evacuação, uma segunda, a que elle chama *iterativa*.

Estas modificações são tentativas isoladas e não nos parece que tendam a serem introduzidas na pratica.



### III

#### Processos de cura radical

A incisão da vaginal, diz Curling, é o methodo mais antigo que se conhece. Com effeito, nós veremos que em todas as epochas existiram cirurgiões bastante audazes para praticarem a abertura larga da vaginal e a sua resecção total ou parcial, para praticarem enfim todas as outras operações de cura radical que a pratica da antisepsia devia fazer nascer no espirito dos operadores modernos.

Mencionemos, apenas, o emprego barba-  
ro de fortes cauterios que applicados sobre o escroto produziam uma escara, cuja queda abria a vaginal. Foi usado tambem a mecha de algodão ou gaze entre os bor-

dos da incisão, com o fim de retardar a cicatrisação. Este methodo foi usado por A. Paré.

A incisão cirurgica dos envolveros do testiculo não é tambem recente. A. Paré praticava-a já e com elle Scharp e Pott. N'este seculo, Bôyer empregava-a no hydrocele do condão, Richerand nos casos em que o diagnostico não estava ainda assente, e outros cirurgiões, nos casos em que o hydrocele era multilocular.

Gerdy diz que a incisão é um processo apenas desculpavel nos barbaros e ignorantes cirurgiões dos tempos passados, mas apesar d'isso, apesar de ser uma *má operação*, elle mesmo a emprega nos casos de hydrocele com corpo estranho.

A excisão depois da incisão é igualmente um processo muito antigo. Celso descreve o processo, explicando a maneira como resecava o folheto parietal até ao cordão. Donglas (1753) praticou esta operação tirando uma grande porção da vaginal e um retalho elliptico do escroto. Todos estes operadores enchiam a ferida de fios e

abandonavam-na á inflammação supurativa.

A reunião immediata depois da excisão parcial da serosa foi tentada por Kinder, que punccionava o tumor com uma lanceta, tirava para fóra a serosa, á custa d'um tenaculo e cortava-a. Infelizmente, a irritação communicada á vaginal era muito fraca para poder modificar-lhe a vitalidade e a recidiva do derrame era fatal e rapida.

Finalmente, antes de chegarmos aos processos modernos, citemos ainda a descorticação proposta por Gosselin e empregada por Broca e Demarquacy.

Este processo consistia em enuclear as falsas membranas que recobrem a vaginal, depois da incisão d'esta, e encher a cavidade de fios para provocar a inflammação adhesiva.

Esta enumeração mostra-nos claramente que já ha muito tempo os cirurgiões tinham sentido a insufficiencia da punção com injeccão irritante e os outros meios que a therapeutica d'esses tempos punha á sua disposição para o tratamento do hydro-

cele; tentavam já intervenções mais energicas, mais completas, mais cirurgicas que infelizmente tinham de abandonar, forçados por todas as complicações que até ao nosso tempo era o embaraço magno de toda a cirurgia ambiciosa e um pouco mais atrevida. Logo que a admiravel descoberta da antisepsia supprimiu as barreiras que restringiam a pratica cirurgica, vemos renascer a cura radical do hydrocele, multiplicarem-se os processos operatorios, e crescer todos os dias a tendencia dos cirurgiões actuaes a tornarem este methodo o unico applicavel.

Passaremos agora em revista as diferentes operações e os differentes methodos empregados hoje, começando pela

OPERAÇÃO DE VOLKMANN. — Foi em 1873 que Volkmann praticou pela primeira vez a sua operação; mas a sua descripção só nos apparece em 1876, isto é, tres annos depois; tempo preciso para que o auctor podesse colher o numero bastante de observações.

O doente é anesthesiado pelo chloroformio e collocado no decubito dorsal; o escroto é rapado assim como a pelle vizinha, lavado com uma solução phenicada, escova e sabão. Em seguida o cirurgião cortava o tumor, camada por camada, n'uma extensão de 5 ou 6 centímetros; chegado á serosa, punccionava-a e evacuava o derrame. Depois d'uma lavagem da cavidade com uma solução phenicada a 3 por cento, a serosa era fechada por pontos, para os quaes empregava fios de seda muito finos; ligava todas as arterias com catgut e finalmente suturava a vaginal e o escroto. Se pela sua extensão a serosa se enrugava, Volkmann applicava um dreno; nos outros casos bastava-lhe a compressão para obter a adherencia dos dois folhetos da vaginal.

Penso com gaze antiseptica e algodão salicylado. Ligadura larga e compressiva, cercando o doente desde a cinta até á parte superior das coxas.

Duração da operação e do penso, meia hora.

A simplicidade do methodo Volkmann que não é outra cousa que a incisão anti-psetica, sem excisão nenhuma e principalmente os bellos resultados obtidos fizeram com que um grande numero de clinicos adoptassem a sua pratica.

Estes clinicos introduzem modificações ao processo primitivo, mas essas modificações são tão pouco importantes que nos não deteremos por muito tempo em considerações sobre ellas. Assim, uns cirurgiões querem que a incisão seja pequena, outros que seja grande bastante para que permitta a entrada da polpa do dedo que vae explorar a cavidade vaginal. A cauterisação da vaginal tambem fez divergir as opiniões; uns queriam que ella se fizesse com o acido phenico, outros preferem o chloreto de zinco. Enfim, a questão da drenagem; Volkmann só a pratica no caso de enrugamento da vaginal; Jacobsin usa gaze embebida em oleo phenicado; Kuster, um pequeno feixe de fios de catgut, que tem a vantagem de ser menos irritante que os outros drenos e que dada a sua consti-

tução molecular produz uma aspiração capillar.

Como vemos, estas pequenas modificações não tiram o valor ao methodo de Volkmann que foi e continua sendo muito empregado.

METHODO DE REVERDIN. — O principio da operação é o mesmo que no processo de Volkmann. Cortada a vaginal, tira-se para fóra o testiculo que se examina e que se faz reentrar no seu logar; em seguida enche-se a vaginal com uma solução phenicada a 5 por cento e fricciona-se muito fortemente com uma esponja. Une-se a serosa com a serosa para que ella se não venha interpor entre os labios da ferida.

Não colloca dreno entre o escroto e a vaginal nem resaca esta ultima; raspa-a energicamente com uma cureta e tira as pseudo-membranas, se ellas existem.

PROCESSO DE JULLIARD. — Este auctor operava sem anesthesia geral que reputava perigosa; não fazia tambem anesthesia lo-

cal porque, dizia elle, o resfriamento provocava hemorragias capillares que podiam impedir a reunião por primeira intenção. E' preciso notar que no seu tempo ainda se não empregava a cocaina como anesthesico.

*Antisepsia rigorosa.* A incisão dos tegumentos era larga, o que offerecia a vantagem de se poder fazer uma inspecção cuidadosa á cavidade vaginal e aos órgãos encerrados n'ella e de facilitar a resecção da vaginal e a formação d'uma nova se-rosa exactamente applicada sobre o testiculo e o cordão. E, de resto, alguns centimetros a mais na incisão não vinha de maneira nenhuma retardar a cura. Depois de feita a hemostase da ferida cutanea, faz-se uma botoeira na parte superior da vaginal, por onde se introduz um dedo, sobre o qual, com o auxilio d'uma thesoura, se corta de cima para baixo.

Depois do exame attento da cavidade vaginal e do testiculo, tira-se aquella para fóra, resea-se, deixando unicamente a quantidade necessaria para cobrir o testi-



culo e o cordão. Esta parte da operação deve ser feita com o máximo cuidado. Em seguida, procede-se á hemostase da cavidade, por meio d'um tampão e á sutura da serosa com catgut muito fino. Deixa-se um dreno entre a serosa e o escroto que é suturado com crina de Florença. Penso compressivo e antiseptico.

PROCESSO DE BERGMANN. — Consiste no isolamento e extirpação completa de todo o folheto parietal da serosa. Descrevamos rapidamente o manual operatorio.

*Anesthesia geral chloroformica.* O cirurgião pratica uma longa incisão desde a parte superior á parte inferior do tumor.

A vaginal é também cortada na mesma extensão. Em seguida com uma thesoura o cirurgião estirpa, tão completamente quanto possível, o folheto parietal da serosa que resea até ao testículo e ao epididymo.

Faz a hemostase seja por meio de fios de catgut, seja por meio d'um tampão, lava cuidadosamente a vaginal com uma solu-

ção phenicada a 3 por cento. Sutura com crina de Florença e colloca um dreno, que vae até ao testiculo.

O penso não tem nada de particular e deve ser renovado dois dias depois, supprimindo-se, n'essa occasião, o dreno. A cura effectua-se rapidamente.

Este processo que foi atacado por alguns cirurgiões, tem comtudo dado excellentes resultados a outros.

PROCESSO DE NICAISE. — Este processo distingue-se dos precedentes em que a fibrosa é respeitada; a incisão é feita unicamente na serosa. Tendo principiado a operação como Volkmann, quando chega á vaginal, prende-a com uma pinça e descola-a da fibrosa: esta manobra, muitas vezes facil, effectua-se sem bisturi; basta uma simples tracção e a pressão dos dedos. Este descolamento é feito até uma certa distancia do epididymo e sómente a serosa é resecada, não se conservando senão a parte indispensavel para cobrir o testiculo. Os dois labios da tunica fibrosa

são suturados superficialmente com catgut fino.

Nicaise invoca dois argumentos anatomicos para justificar o seu processo: 1.º a fibrosa tem por fim não só sustentar o testículo, mas ligar entre si todas as partes de que se compõe o cordão espermático; d'onde resulta que resecando esta tunica, podemos facilmente ir lesar os vasos a que ella serve de substratum e expol-os a uma mortificação consecutiva; 2.º a tunica fibrosa tem principalmente na sua parte externa numerosos vasos, que augmentam consideravelmente de volume quando ella se hypertrophia; d'onde o perigo de hemorragias violentas.

Mas, se o processo de Nicaise põe o operador ao abrigo de hemorragias, da infiltração sanguinea no tecido cellular, da mortificação de testículo, tem, comtudo pontos vulneraveis por onde possa ser atacado. Em primeiro lugar o descollamento das duas tunicas nem sempre é possível, em segundo lugar a recidiva appareceu em muitos casos tratados por Reclus, reci-

divas que elle explicava pela falta de irritação da serosa que friccionava fôrtemente com alcool.

PROCESSO DE SCARENZIO.—Este processo é engenhoso e tem a vantagem de exigir um manual operatorio extremamente simples. Apesar d'isso, não se generalizou.

Consiste em punccionar a vaginal através uma pequena incisão feita nos tegumentos e envolveros que a recobrem; depois, á medida que o liquido se evacua, ir puxando o folheto escrotal para fóra, descollando-o com os dedos. Quando a maior parte da vaginal está fóra e se sente o testiculo no bordo da ferida, resecca-se entre duas pinças, sutura-se, e faz-se reentrar a parte que deixamos ficar.

Este methodo não permite o exame da serosa nem do estado do testiculo e em alguns casos o hydrocele volta de novo.

INVERSÃO DA TUNICA VAGINAL. — Este processo é empregado actualmente por varios cirurgiões.

Anesthesia geral e antiseptia rigorosa. Incisão de 25 millímetros na parte antero-inferior das bolsas e abertura da serosa, tendo o cuidado de a sustentar, por meio de duas pinças, ao nível da abertura externa. Depois da evacuação do liquido, tira-se para fóra a totalidade da vaginal, desprendendo-a do seu envolvero conjuntivo. O testiculo faz hernia atravez da abertura da serosa, que se encontra completamente invertida.

Em seguida, tudo é posto no seu lugar e a incisão cutanea é fechada com dois ou tres pontos de sutura. Esta simples operação não provoca hemorragia; a reacção geral é insignificante e a cura rapida.

Comtudo as observações e estatisticas faltam-nos e não podemos saber, por consequente, se esta cura é sempre definitiva e isenta de recidivas.

PROCESSO DE ROUTIER. — Routier, cirurgião do hospital Necker, foi um dos primeiros a empregar o processo de Volkmann; porém, em breve reconheceu a sua

insufficiencia, visto a irritação produzida por elle sobre a vaginal não ser sufficiente para lhe modificar a vitalidade e impedir a volta da hydropsia.

Routier, adopta na sua pratica um novo processo que nós tentaremos descrever ligeiramente.

O doente sendo purgado na vespera é conduzido para a sala d'operações onde é anesthesiado pelo chloroformio ou pela cocaína. O escroto e regiões visinhas são lavados com alcool, escova e sabão e com uma solução de sublimado a um por mil.

O tumor é em seguida cortado até á vaginal por uma incisão de tres centimetros de extensão. Reconhece-se facilmente a serosa pela côr azulada que apresenta e que é devida a distensão occasionada pelo liquido que encerra.

Antes de puccionar a vaginal, separa-a das tunicas fibrosa, musculosa e cellulosa que a recobre, descollando-a com o dedo ou com o estylete; em seguida, com o bisturi, faz na vaginal uma incisão egual á incisão cutanea. Enquanto que escorre o

liquido pathologico, prende-lhe os dois labios com duas pinças; então, a serosa, que foi préviamente descollada, faz hernia através da ferida escrotal, arrastando com ella o testiculo. É n'este momento que examina o estado do testiculo, do epididymo, cordão, que inspecciona a vaginal, vendo se ella tem corpos estranhos livres ou pediculados, se ella é espessa, etc. Somos chegados ao momento delicado da operação; a resecção do todo o folheto parietal da serosa. E, digo delicado porque é absolutamente necessario não lesar nem o epididymo nem o canal deferente, nem a arteria espermatica, nem enfim, nenhum dos outros elementos do cordão cuja secção traria terriveis complicações.

É preciso, por conseguinte, não reconhecer estes órgãos simplesmente pelo toque mas vê-los, precisando attentamente o lugar que occupam.

Feita a resecção da vaginal faz-se a hemostase com cuidado.

Finalmente o testiculo é de novo collocado no seu logar e a incisão dos tegumen-

tos é fechada com dois ou tres pontos de sutura, com crina de Florença.

A ferida é simplesmente recoberta com gaze iodoformada e as bolsas são cercadas de algodão hydrophilo; a compressão é feita por meio de uma ligadura em T.

Os pontos de sutura são retirados ao fim de seis ou sete dias, epocha em que a cicatrisação se acha realisada.

Pelas estatisticas do cirurgião Routier podemos vêr que as complicações que sobreveem depois da operação são muito pouco importantes. Assim, diz elle, o hematoma foi observado tres vezes; e, de resto, proveniente da indocilidade dos doentes. Routier cita ainda certa tumefacção que apparece quasi sempre e que occupa a cauda do epididymo; esta tumefacção attenua-se e desaparece rapidamente sem deixar vestigios.

O testiculo privado da serosa parietal adhere, sem duvida ao tecido cellular ambiente, quer dizer, á fibrosa commum; mas esta adherencia não é seguida, como se receiava, da atrophia do órgão. Com effeito,



Routier, diz ter visto passados tempos bastantes dos seus operados, em que o testículo estava tão movel nas bolsas como se estivesse cercado pela vaginal.

## IV

Estamos quasi chegados ao fim.

Resta-nos um pequeno capitulo cujo programma se resume em estabelecer um parallello entre os differentes tratamentos mais ou menos detidamente expostos nos anteriores, para, racionalmente, podermos assentar uma opinião segura sobre este assumpto.

Muitos d'estes tratamentos não tem, hoje, para o clinico senão um interesse historico; outros, que, até ha pouco tempo, tinham fervorosos partidarios foram, pouco a pouco, sendo abandonados e não nos fi

cam no campo senão dois: a punção com injeção iodada, e os processos de cura radical. Mas, entre estes dois meios therapeuticos a lucta é ainda viva, e apesar dos numerosos trabalhos publicados sobre este assumpto, o accordo está longe de ser estabelecido.

Examinemos, pois, estes dois tratamentos e vejamos as suas vantagens e os seus inconvenientes.

*a) Punção com injeção iodada*

N'uma epocha em que a mais timida intervenção cirurgica estava fatalmente exposta a terribes complicações, em que o desconhecimento dos anesthesicos complicava toda a operação, a descoberta da punção seguida de injeção iodada marcava, com certeza, um progresso notavel na historia dos tratamentos do hydrocele e o seu emprego, acolhido com enthusiasmo, devia generalisar-se rapidamente.

A grande simplicidade do manual operatorio, a cura que se realisa quasi sempre

(pelo menos temporariamente), constituem duas vantagens importantes e indiscutíveis e explicam a preferencia que muitos medicos lhe deram e ainda lhe dão.

Mas, mesmo na epocha em que mal se fallava na cura radical, já se reconhecia a insufficiencia, em certos casos, d'este processo, dada a sua inefficacia frequente. A prova d'isto está no grande numero de substancias propostas para substituir a tintura d'iodo, facto que não aconteceria se a efficacia do tratamento fosse indiscutivel.

Passemos, pois, aos inconvenientes da punção com injeção iodada e ás censuras que têm sido dirigidas a este processo.

Começaremos por aquelles que são pouco graves e muitos raros e que por consequente têm pouco valor.

*Contractura e paralysisia passageira depois da injeção iodada*: — Citemos a titulo de curiosidade a observação apresentada por Boursier e Loumeau: contractura e paralysisia passageira dos musculos da lingua e dos musculos innervados pelo mediano e cubital. Esta observação isolada é

interessante, mas não vem prejudicar em nada o valor do processo de que tratamos.

*Iodismo.* — Alguns observadores têm notado accidentes d'iodismo (lacrimação, corysa, etc.) consecutivos á injeccão de tinctura d'iodo nas bolsas. Comtudo, este accidente é extremamente raro e facil de evitar, empregando a tinctura pura e cuidadosamente preparada e tendo a precaução de não deixar ficar nas bolsas uma grande quantidade d'ella. Esta mesma precaução evitará um outro accidente assignado tambem pelos auctores: uma parte do iodo em contacto com a serosidade precipitaria debaixo da fórma de finas agulhas que, depositando-se sobre a canula, poderiam, no momento em que esta se retira, cortar um vaso e provocar um hematoma.

*Syncopes e convulsões.* — No momento da punção o trocater póde ferir o testiculo. Estes accidentes são, naturalmente, devidos á dôr e, com certeza, se não deram depois da descoberta da anesthesia cocainica.

*Picadura do testiculo.* — No momento da punção o trocater póde ferir o testiculo.

Este accidente é raro, porque o cirurgião tem o dever de se certificar da situação do órgão. Comtudo Velpeau cita um caso acontecido a elle proprio e outro a Dupuytren. Na maior parte dos casos a picadura não é seguida de complicações graves, podendo, comtudo, este accidente produzir um hematocele traumatico.

*Orchite.* — Apparece, por vezes, em seguida á injectão iodada, uma ligeira orchite que cura rapidamente.

*Vaginalite aguda e vaginalite suppurada.* — A presença da tinctura d'iodo na vaginal, determina sempre uma reacção energica, uma vaginalite aguda. Quando a tinctura não é empregada em solução, quando se deixa uma grande quantidade em contacto com a serosa ou se deixa permanecer ahi por muito tempo, a reacção inflammatoria pôde ser muito intensa e determinar phenomenos de mortificação. Quanto á vaginalite suppurada, diremos que é um accidente devido, sem duvida alguma, á falta de antisepticia e portanto, absolutamente indesculpavel hoje.

*Injecção nas lamínas cellulares do escroto.* — Este inconveniente é mais serio e também mais frequente que os antecedentes.

Acontece, por vezes, que ao dar-se a injecção iodada, a canula do trocater desloca-se e a injecção não penetra na serosa, mas entre os dois folhetos cellulares do escroto, produzindo ahi um phlegmão que póde destruir o tecido cellular das bolsas e mesmo o do abdomen. E' uma complicação grave e que póde mesmo produzir a morte. O professor Guyon aconselha, a fim de evitar esta complicação, não fazer a injecção com uma seringa, mas com um tubo adaptado a um funil; a pressão não será tão forte que possa desviar as malhas do tecido cellular e a tintura não poderá infiltrar-se.

*Transformação do hydrocele em hematocele.* — Este accidente é frequente e observado ha muito tempo. E' devido á ruptura produzida nos vasos do testiculo e dos seus involucros pelo trocater. Muitas vezes os vasos feridos são os do cordão, que se acham dilatados.

*Lentidão da cura.* — A injeccão de tintura d'iodo na vaginal é sempre acompanhada de phenomenos de reacção local e mesmo de phenomenos graves como, por exemplo, a febre.

A permanencia no leito é, pois, absolutamente necessaria emquanto que duram estes phenomenos.

Ora, os auctores, dizem-nos que a tumefacção escrotal fica estacionaria ou ainda augmenta um pouco até ao duodecimo dia. Terrilon, partidario do tratamento do hydrocele pela punccão e injeccão iodada diz que a permanencia no leito é pelo menos de 12 a 15 dias. E' preciso ajuntar, que se a marcha é impossivel durante este tempo, ella se torna muito penosa d'ahi por diante porque o derrame se absorve muito lenta e gradualmente até ao trigesimo ou quadragesimo dia, epocha da cura definitiva.

Temos, pois, 15 dias no leito, 15 dias de permanencia na enfermaria, tempo em que a marcha é quasi impossivel pelas dôres e repuxamentos que o tumor provoca na re-



gião lombar. São, portanto, trinta dias, o tempo minimo de permanencia no hospital para se effectuar a cura d'um hydrocele pela punção e injeccão iodada.

*Recidivas.* — E esta cura não é, muitas vezes, senão temporaria. Com effeito, a recidiva do hydrocele depois da punção com injeccão iodada é muito frequente: de resto, isto concebe-se facilmente.

A tinctura d'iodo modifica bem a vitalidade da serosa pelo trabalho inflammatorio que provoca, mas não supprime a causa do derrame que póde ser um corpo estranho, um kysto do epididymo ou do cordão, uma lesão do testiculo que passou despercebida. N'estes casos a recidiva é fatal porque a causa de irritação subsiste. Emfim, ha mesmo casos, em que um hydrocele, o mais simples na apparencia, recidiva depois da punção com injeccão iodada feita com todos os preceitos e todas as cautelas.

Não ha, é claro, estatisticas que nos mostrem a frequencia d'estas recidivas; seriam muito difficeis de fazer; os cirurgiões, de ordinario, não tornam a vêr todos os

seus operados algum tempo depois da intervenção, mas o que é certo é que ellas existem em grande numero e que constituem um argumento de grande valor contra a punção seguida de injeccão iodada.

*a) Cura radical*

Vejamos agora os inconvenientes attribuidos á cura radical e as vantagens que esta operação póde apresentar.

*Anesthesia geral.* — Alguns partidarios da punção seguida da injeccão iodada, tem atacado os processos de cura radical, dizendo que, entre outros perigos, a *anesthesia geral* pelo chloroformio ou pelo ether é perigosa. Sabemos bem quanto é banal este argumento e com que facilidade se pratica diariamente a *anesthesia*. Além d'isso, mesmo que ella tivesse perigos, ainda podiamos lançar mão da *anesthesia cocainica* que é absolutamente inoffensiva.

*Difficuldade do manual operatorio.* — Não dizemos que esta operação seja, como o querem alguns auctores, tão simples co-

mo a punção seguida de injeção iodada. Contudo, é uma operação simples; não ha n'ella nenhum tempo que requeira para a sua execução qualidades excepçionaes, não ha difficuldades grandes a transpôr, nenhuma manobra delicada. A cura radical exige poucos instrumentos; duas ou tres pinças de Péan, um bistouri, um estylete, uma agulha, emfim uns instrumentos que, por via de regra, os medicos trazem sempre comsigo.

*Accidentes devidos á operação.*—Alguns auctores teem attribuido á operação da cura radical accidentes variados taes como a orchite, a retenção d'urina, o hematoma, etc.

Vamos passar em revista estes differentes casos.

A orchite que se segue á intervenção é sempre benigna, e desaparece depressa, sem deixar vestigios. Traduz-se, é verdade por dôr violenta, que, de resto, não o é mais do que a que produz a tinctura d'iodo em contacto com a vaginal. Esta orchite é pouco frequente.

A retenção d'urina que algumas vezes apparece cede d'ordinario a um unico catheterismo, não tendo, por consequencia, importancia.

As hemorragias post-operatorias são mais interessantes, sabendo nós que esta região é particularmente favoravel á producção de hematomas. Para os evitar tem-se cuidado com a hemostase restando-nos ainda o recurso de cauterisarmos com o thermo-cauterio a ferida da vaginal.

E, de resto, o hematoma não constitue um accidente grave; reabsorve-se geralmente depressa e parece não retardar a cura.

A suppuração da ferida é um accidente devido á falta d'asepcia que não póde de modo nenhum contraindicar esta intervenção; e nós sabemos que na punção com injeccção iodada este incidente póde apparecer se a operação não fôr feita com os cuidados precisos.

Passemos agora ao estudo das vantagens da cura radical.

*Maior rapidez da cura.*—Já vimos atraz

que a cura d'um hydrocele por meio da punção com injeção iodada requer bastante tempo. Muitas vezes é preciso um mez ou quarenta dias para que esta cura se effectue.

A cura radical leva muito menos tempo. Como vimos, ao expôr os differentes processos, no fim de 15 dias, o maximo, os doentes sabem dos hospitaes completamente curados podendo desde logo entregar-se ás suas occupaões.

E, não insistiremos mais sobre este ponto.

*Menor frequencia das recidivas.* — Consultando rapidamente as estatisticas, vêmos claramente que as recidivas se dão muitas vezes quando se emprega a punção e muito poucas com os processos de cura radical. Não quer dizer que não haja recidivas em todos os processos de cura radical; á medida que elles foram sendo aperfeiçoados essas recidivas foram diminuindo até desaparecerem por completo com o emprego do methodo de Bergmann.

Isto não nos deve espantar porque é

absurdo esperar que a hydropsia se reproduzisse n'uma serosa a que se supprimiu um folheto sem reconstituir a cavidade.

*Diagnostic.* — O diagnostico do hydrocele é facil; mas a sua variedade particular e a sua fórma especial reconhecem-se menos facilmente.

Acontece que os melhores clinicos, habituados a verem centenas de casos, julgam classico um hydrocele congenital ou um hydrocele multilocular; consideram como simples um hydrocele com espessamento da vaginal, com corpo estranho, com co-existencia de kysto espermatico; diagnosticam como idiopathico um derrame que é, afinal, symptomatico d'uma lesão do testiculo ou dos seus annexos.

Isto acontece, naturalmente; porque as differentes variedades de hydrocele não apresentam sempre symptomas differenciaes de tal modo evidentes que um exame attento possa facilmente reconhecer. Ora, com a incisão, todo o diagnostico falso ou incompleto será necessariamente assente e estabelecido e a cura radical fará desappa-

recer a lesão, que tratada pela punção com injeção iodada será fatalmente seguida de uma recidiva.

Terminaremos, enfim, o nosso trabalho pela exposição das indicações que a cura radical encontra na etiologia, na pathogenia e na anatomia pathologica do hydrocele; d'aqui resultará, naturalmente, a razão decisiva que deve forçar o cirurgião a empregar sempre e em todos os casos a intervenção sangrenta.

A velha divisão em hydrocele symptomatico e hydrocele idiopatico não exprime completamente a verdade e não deve ser conservada senão porque mostra bem que algumas hydropsias da vaginal são unicamente epiphenomenos acompanhando uma lesão importante do testiculo, enquanto que outras constituem a lesão predominante reclamando o seu tratamento proprio. Diferentes trabalhos mais ou menos importantes estabeleceram, indiscutivelmente, que a vaginalite chronica era quasi sempre consecutiva ou a uma lesão

da propria serosa ou a uma lesão de vislhança interessando o testiculo, o epididymo, o cordão, etc.

E, de resto, a analyse do liquido do derame, basta para fazer pôr de parte a hypothese de essencialidade do hydrocele; a fibrina, os globulos rubros e os globulos de pus que contém, estabelecem nitidamente a sua origem inflammatoria.

A cura radical offerecerá, pois, a vantagem de permittir ao clinico observar as lesões descriptas em multiplos trabalhos; de lhe evidenciar, por exemplo, as desordens produzidas por um antigo hydrocele sobre o epididymo que afasta do corpo de Hyghmose, que alonga, que reduz a uma fita, desenrolando-o e atrophizando os cones seminiferos. O clinico faz, por assim dizer, anatomia pathologica *de visu*.

A incisão antiseptica permittindo observar as lesões macroscopicas da vaginal, a resecção da serosa fornecendo occasião de praticar o seu exame microscopico fizeram conhecer a anatomia pathologica d'esta lesão tão pouco estudada até o ap-



parecimento d'estes novos processos de cura.

Desde então tem-se visto a frequencia de alterações de todas as especies que se produzem na cavidade vaginal, mesmo nos casos de hydrocele, parecendo simples e classicos.

Vejamos rapidamente quaes são estas lesões e a parte que ellas desempenham na producção e na recidiva do derrame pathologico.

*O espessamento da vaginal* é a mais frequente das alterações da serosa; é devida a camadas sobrepostas de feixes conjunctivos com cellulas achatadas ou estrelladas em diversos sentidos; é o maior ou menor numero d'estes folhetos que determina a variação de espessura que se observa mesmo a olho nú.

A superficie externa da vaginal é muitas vezes recoberta de GRANULAÇÕES. Tiram o brilho á serosa e communicam-lhe um aspecto chagrinado.

São devidas a ilhotas de capillares situados immediatamente por debaixo do en-

dothelio; algumas d'estas granulações são castanhas e constituem evidentemente restos de hemorragias intersticiaes antigas.

As *falsas membranas* podem tambem tapetar os dois folhetos serosos, umas vezes sem os fazer adherir outras vezes reunindo-os por bridas mais ou menos extensas. Dão á cavidade vaginal um aspecto especial que é comparado por alguns auctores a uma teia d'aranha. Estas falsas membranas podem organisar-se, infiltrar-se de saes calcarios ficando a serosa revestida d'uma casca renitente, que póde occupar toda a sua superficie, o que é raro, ou ficarem disseminadas em placas mais ou menos numerosas.

Téem-se descripto os *polypos*. Estas vegetações destacam-se da parede externa da vaginal sob a fórma de gommos carnu-dos, alongados e pediculados; a sua extremidade é arredondada e parecem formadas exclusivamente por cellulas embryonarias.

Nos velhos têm sido encontrados *corpos estranhos* de aspecto cartilagineo, de consistencia lenhosa e em numero variavel.

Algumas vezes são pediculados, outras estão livres na cavidade.

Apparecem tambem alguns kystos do tamanho de uma ervilha; estes kystos parecem preferir para séde o folheto visceral da serosa e são geralmente muito numerosos.

Estas producções morbidas, estes productos de degenerescencia, estas alterações da vaginal encontram-se frequentemente mesmo nos casos mais simples na apparencia.

Antes do emprego de incisão antiseptica suspeitava-se apenas a existencia de todas estas lesões que podem ser e são, por vezes, o ponto de partida do hydrocele. A vaginal, com effeito, não repousando sobre nenhum plano resistente está exposta a continuas irritações produzidas por todo o corpo estranho, pelos kystos, emfim, por toda a neoformação que faz saliencia na sua cavidade e que determinará a inflamação e a hypersecreção do liquido seroso que a lubrifica; d'ahi, resultará um derrame de causa irritativa, e como esta

causa persiste e a serosidade não tem tendências a reabsorver-se, o tumor augmentará sempre.

A simples enumeração d'estes factos constitue a mais eloquente defeza que é possível fazer-se em favor da cura radical; mostra-nos que esta intervenção constitue o unico tratamento do hydrocele que corresponde ás indicações pathogenicas d'esta affecção, aquella que nos permite reconhecer a causa do derrame e nos diz o meio de actuarmos directamente sobre ella, a unica, emfim que é verdadeiramente cirurgica e nos permite operar com conhecimento de causa.



# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — A conformação anatomica da articulação escapulo-humeral, explica a maior frequencia das deslocações d'esta região.

**Physiologia.** — Os saes de calcio dissolvidos no sangue são uma condição indispensavel da coagulação.

**Materia medica.** — Todos os antithermicos modernos não lograram desthronar os saes de quinina.

**Pathologia geral.** — Condemno em absoluto a vaccina de braço a braço.

**Anatomia pathologica.** — Quer nas urethrites, quer nas vaginites só pelo exame microscopico se póde differencar a fórma simples da fórma blenorragica.

**Pathologia interna.** — O meio mais seguro de diagnostico do cancro do estomago é a laparotomia.

**Pathologia externa.** — No tratamento das hypertrophias da prostata prefiro o methodo antigo: pela sonda permanente.

**Operações.** — A principal contraindicação da lithotricia é-nos dada pela consistencia do calculo.

**Partos.** — A febre puerperal é, por via de regra, uma consequencia imperdoavel da ignorancia das parteiras.

**Hygiene.** — Na esterelisação domestica da agua, prefiro a ebullição á filtração.

---

Visto,  
A. Alacido da Costa.  
PRESIDENTE.

Imprima-se,  
Dr. Souto.  
DIRECTOR INTERINO.