

1191

190



O SARCOCELE SYPHILITICO



121/4 ENC

JOSÉ SILVERIO

N.º 4

BREVE ESTUDO

SOBRE O

SARCOCELE SYPHILITICO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



FAMALICÃO

Typographia Minerva de Gaspar Pinto de Sousa & Irmão

6 — Rua de Santo Antonio — 6

1904

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

Lente Secretario

Dr. Clemente J. dos Santos Pinto

CORPO CATHEDRATICO

Lentes Cathedratricos

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.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
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	João Lopes da S. Martins Junior.
14. ^a Cadeira — Physiologia geral e histologia normal	José Alfredo Mendes Magalhães.
15. ^a Cadeira — Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.

Lentes jubilados

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

Lentes substitutos

Secção medica	Vaga
	Vaga
Secção cirurgica.	Antonio Joaquim de Sousa Junior.
	Vaga.

Lente demonstrador

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

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

(Regulamento da Escóla, de 23 d'abril de 1840, art. 155).

Á saudosa memoria

de minha Irmã

Ludovina

e de meu Tio

Albino

A

Meus Paes

A meu Irmão

José Maria

Nunca esquecerei o

quanto por mim

te sacrificaste. ✠

A minha Irmã

Lucinda



A meus Irmãos

Abraça-vos o vosso

Silverio.

S' Ill.^{ma} e Ex.^{ma} Int.^a

D. Maria Amelia A. G.

Indelevel gratidão.

As meus Primas

Albina e Adeline

Um abraço.

Ao meu Primo e bom Amigo

CONEGO ALBERTO VASCONCELLOS

Illustre Professor do Lyceu de Guimarães

E SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA

Muito reconhecimento.

Ao Ex.^{mo} Snr.

ALEXANDRE RIBEIRO

e Ex.^{ma} Famalia



Ao Ex.^{mo} Snr.

Antonio Julio Vieira de Carvalho

e Vasconcellos

AOS MEUS AMIGOS

DR. HERMENEGILDO TAVARES

DR. CUSTODIO MOURA

DR. ALBERTO TAVARES

P.^e DOMINGOS ARAUJO

GUILHERMINO GOMES

ANIBAL LEITÃO

P.^e FRANCISCO DOS ANJOS

Nos meus condiscipulos

e contemporaneos



Nos meus amigos

Ao Ilustre Corpo Docente

Da

Escola Medico-Cirúrgica do Porto

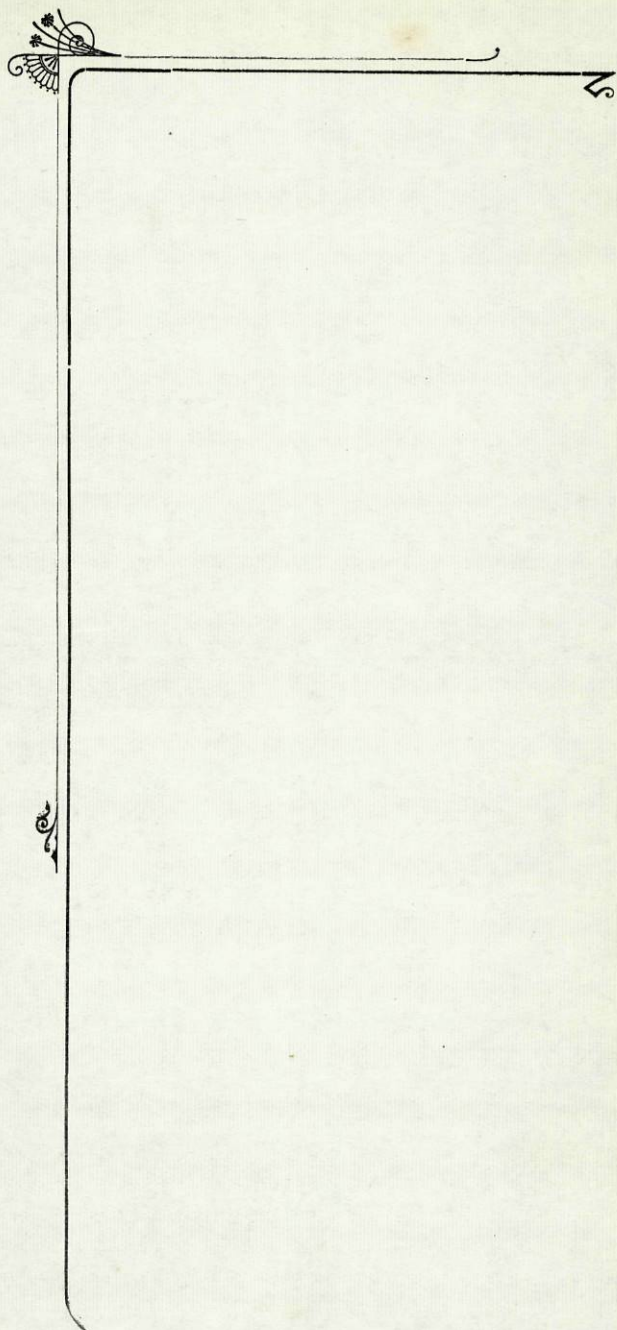
o discipulo muito agradecido.

Ao meu Dignissimo Presidente

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Carlos Alberto de Lima

Homenagem ao seu
talento e caracter
immaculado.





CAPITULO I

Anatomia

Como me pareça indispensavel para a boa comprehensão e disposição do assumpto de que me vou occupar, o conhecimento da anatomia da região em que se localiza o sarcocoele de natureza syphilitica, farei, ainda que muito rapidamente, a descripção das *bolsas* e do *testiculo*.

As bolsas são saccoes de tecidos de natureza muito variada, em que fica contido o orgão secretor do esperma e a sua albuginea. São constituidas de fóra para dentro por sete camadas de natureza muito variavel (Tillaux): pelle, tecido sub-cutaneo, dartos, camada cellular, cremaster, tunica fibrosa commun e tunica vaginal.

PELLE—É a esta parte das bolsas que se reserva em anatomia descriptiva o nome de escroto. Tem a fórma de um cóno de base inferior na criança e é um pouco pediculado no adulto. Commum aos dous testiculos, o escroto tem comtudo um raphé mediano.

É d'uma extensibilidade que todos poderemos avaliar ao lembrarmo-nos da Elephantiasis, e a sua finura é tal que em affecções como o hydrocele é possível vêr-se através d'elle o effeito luminoso d'uma luz collocada posteriormente.

CAMADA SUB-CUTANEA — Pouco abundante na raiz das bolsas, quasi não existe no resto. É muito susceptivel de œdemas pela sua riqueza em vasos lymphaticos.

DARTOS—Caminhando para a profundidade é a primeira camada das bolsas que se acha dividida por um septo médio em duas cavidades, direita e esquerda, destinadas a alojar os respectivos testiculos. É constituida por um grande numero de filamentos avermelhados musculares, lisos, muito entrecruzados e de direcção quasi

vertical. Pela ausencia de tecido sub-cutaneo no fundo das bolsas o dartos está ahi immediatamente em contacto e em adherencia com a pelle, sendo muito difficil a dissecação separada das duas tunicas.

CAMADA CELLULAR — Estabelece uma notavel separação entre o *dartos* e a tunica fibrosa. A sua notavel laxidez impede que entre essas duas tunicas se dêem as adherencias que vimos entre o dartos e a pelle. É n'ella que se fazem as infiltrações e derrames, consequencia dos traumatismos do escroto.

CREMASTER—tambem chamado tunica erythroide, é um involucro do testiculo muito incompleto, composto de variadas fibras musculares estriadas, de numero e espessura muito diversos segundo os individuos. Provêm, na opinião de Cloquet, dos musculos pequeno obliquo e transverso; mas Tillaux pensa que são independentes d'esses musculos e se originam em dous feixes, um nascido da arcada crural, outro da espinha do pubis.

TUNICA FIBROSA — Assim designada por ser commum ao testiculo e epidydimio, adhere intimamente pela face externa ao musculo cremaster que se espalha pela sua superficie. Internamente está intimamente encostada ao folheto externo da tunica vaginal. Constitue, pela sua resistencia, um obstaculo grande ao desenvolvimento de tumores ou derrames dos órgãos collocados interiormente.

TUNICA VAGINAL — É constituida por dous folhetos, parietal e visceral, que tapetam respectivamente a tunica fibrosa commum e a albuginea do testiculo. Estes dous folhetos são reunidos nos fundos de sacco interno e externo formados pela reflexão da serosa sobre si mesma. Comporta-se d'uma maneira muito particular quanto ao epidydimio — sobre a cabeça e cauda, passa directamente applicando-o contra o testiculo, e ao nivel do corpo insinua-se entre os dous órgãos, superior e inferiormente, de maneira a formar um verdadeiro *meso-testis*.

O TESTICULO—é um órgão par de função glandular, destinado á secreção do espermatozoide. Muito movel, a sua consistencia varia segundo o estado de repleção ou de vacuidade dos canaes seminiferos. No estado de repleção, o testiculo é consistente e elastico como o globo ocular explorado no vivo; no estado da vacuidade é molle, deprimindo-se facilmente sob o dedo, não retomando as suas dimensões primitivas depois que cessou a pressão. Collocado entre as coxas ao lado da linha média, tem a fôrma ovoide, de grande eixo obliquo dirigido para baixo, para trás e para dentro, e a sua maior extremidade fica dirigida para diante e para fóra. O ovoide é, no entanto, um pouco achatado lateralmente, de maneira que apresenta no seu conjuncto duas extremidades (superior e inferior), dous bordos (anterior e posterior) e duas faces (interna e externa). É ao seu bordo posterior rectilineo e tambem chamado *hilo* ou *dorso* do testiculo, que está annexo o epididimo, órgão accessorio da função testicular, cujos detalhes não vêem para aqui. O bordo anterior é, pelo contrario, liso, livre e convexo e, as-

sim como as extremidades e faces, não apresenta nada de notavel sob o ponto de vista descriptivo.

Quanto á estrutura, o testiculo apresenta a estudar a sua membrana d'involucro ou albuginea e o parenchyma proprio.

ALBUGINEA — É constituida por uma tunica fibrosa muito resistente, de espessura regulando um millimetro, lisa pela face externa na porção em que é coberta pela tunica serosa, e um pouco espessa nos pontos em que esta lhe falte. É d'ella, ao nivel do bordo rectilineo do testiculo, que parte um prolongamento cuneiforme que penetra na massa testicular e irradiando para a periphéria origina os variados diverticulos em que estão contidos os lobulos do testiculo. É o antro d'Highmore.

PARENCHYMA — É constituido por 150 a 200 lobulos d'uma massa amarellada, filamentosa e molle. Como a estrutura d'um d'estes lobulos dá a ideia da estrutura do conjuncto, sómente descreverei a d'um.

Cada lobulo do testiculo é composto por

dous ou tres *canaliculos seminiferos* muito enrolados sobre si mesmos; estes canaliculos são originados em fundos de sacco collocados profundamente, e depois de varias anastomoses com os canaliculos visinhos tornam-se rectilneos na visinhança do vertice dos lobulos e penetram no antro d'High more. Ahi tomam o nome de canaliculos rectos. Uma vez no antro d'High more anastomosam-se de novo entre si formando a rede d'Haller, d'onde partem dez a quinze *canaes efferentes* que penetram no epidydimo. É a reunião d'estes canaes que fórma o chamado *canal do epidydimo*, que com os seus enovelamentos constitue o orgão do mesmo nome para se continuar depois com o canal deferente.



CAPITULO II

Symptomatologia

Como manifestação precoce ou tardia da syphilis, para bem comprehender o quadro symptomatico que acompanha o sarcocoele, procurarei descrever-lhe duas fórmas, como faz Réclus.

A substancia sclero-gommosa póde evolucionar de duas maneiras distinctas: ou infiltra e oedematiza a glandula e, depois d'um certo tempo, não sendo instituido o tratamento, pela sua retracção, concorre para a atrophia; ou então, se a glandula não readquiriu a sua integridade por um tratamento adequado, acontece que a substancia sclero-gommosa amollece e transforma-se em massas caseosas que se elimi-

nam para o exterior através dos involucros escrotaes depois de préviamente terem formado abcesso. E assim teremos a fórma *sclero-gommosa não suppurada* e a fórma *sclero-gommosa suppurada*.

NA FÓRMA SCLERO-GOMMOSA NÃO SUPPURADA—orchite intersticial ou sarcocele propriamente dito, notamos á simples inspecção, quando o testículo é particularmente volumoso ou a vaginal se encontra distendida pelo liquido, um augmento de volume das bolsas, augmento este que póde ser uni-lateral ou bi-lateral, devendo comtudo dizer-se que, segundo a opinião do nosso illustre professor dr. Roberto Frias e na da maior parte dos auctores, a unilateralidade observa-se mais frequentemente por via de regra. No doente a que se reporta a minha observação, via-se que a tumefacção era unilateral.

Em alguns casos o escroto apresenta-se nos espesso, cedematoso, e a sua côr é semelhante á dos tegumentos vizinhos ou um pouco avermelhada, sendo esta hyperhemia proveniente das syphilides cutaneas e fissu-

raes disseminadas pelo escroto, sobretudo na face posterior.

Pela palpação apreciamos o augmento de volume, a fórma, a sua consistencia, o estado da superficie, o grau de sensibilidade e algumas vezes ainda a presença de derrame na vaginal.

A FÓRMA — da glandula modifica-se um pouco apresentando-se-nos como que achatada no sentido do eixo transversal, o que fez com que se comparasse essa fórma á d'um seixo mais ou menos volumoso, segundo o estado das lesões da natureza syphilitica.

NA CONSISTENCIA — é perfeitamente lenhoso e difficilmente se póde deprimir com o dedo. Nem sempre todo o parenchyma se encontra interessado pelo processo sclero-gommoso, e d'esta fórma encontramos um ou mais nucleos d'uma dureza extrema, envolvidos por substancia parenchymatosa, que ainda conserva a sua estructura primitiva.

A SUPERFICIE — da albuginea, ora é lisa e regular, como no caso clinico que apresento, ora é coberta de producções fibrosas em fórma de grãos de chumbo que fazem salientar a albuginea. Estas granulações, d'uma dureza semelhante á da cartilagem, estão irregularmente disseminadas por toda a superficie do testiculo, sendo comtudo mais numerosas na vizinhança da inserção do epidydimio ao testiculo. Estas producções fibrosas podem ainda apresentar-se sob a fórma de placas duras que augmentam a espessura da albuginea d'alguns milímetros, constituindo a *blindagem*, o que contribue para o augmento da consistencia do testiculo. Estas laminas fibrosas encontravam-se perfeitamente no doente a que se reporta a minha observação.

SENSIBILIDADE — Como sabemos, o testiculo é d'uma sensibilidade extrema, o que facilmente se deprehe de sua estrutura. Acontece, pois, que no decorrer do exame, por pressões bastante demoradas e energicas, o doente dá signal de dôr perfeitamente toleravel e por vezes nota-se até

uma indolencia absoluta, segundo o processo degenerativo interessou toda, ou sómente parte da glandula. D'esta fórma podemos estabelecer aqui a conclusão que nos apresentam Duplay e Réclus no seu tratatado de cirurgia (pag. 184): que a sensibilidade está na razão inversa da dureza da glandula.

DERRAME NA VAGINAL — Finalmente, alguns auctores, como M. Gosselin ⁽¹⁾ e M. Boursier ⁽²⁾, consideram o derrame vaginal como sendo um symptoma habitual do sarcocèle syphilitico. Réclus, no seu tratado de syphilis do testiculo (pag. 94), não se conforma com o modo de vêr dos auctores precedentes, e diz: «On s'exposerait à des méprises si l'on comptait trop sur ce caractère. Le liquide manque souvent, et, si nous en croyons nos relevés statistiques, il ferait défaut dans près de la moitié des cas».

⁽¹⁾ *France Médicale* — 1875.

⁽²⁾ *Étude sur hydrocèles symptomatiques des tumeurs du testicule* — 1880.

M. Fournier, nas suas lições magistraes sobre sarcocèle syphilitico, aproxima-se tambem da opinião de Réclus e diz-nos: «L'hydrocèle symptomatique du sarcocèle est toujours minime ou moyenne tout au plus; jamais elle ne devient très volumineuse; jamais elle n'acquiert les proportions qu'on lui voit atteindre en d'autres cas, notamment dans ceux d'hydrocèle simple».

Seguirei a opinião d'estes dois ultimos auctores, visto que na observação que última o meu trabalho não se nota a existencia de derrame.

Em que estado se encontra a função do testiculo?

Se as lesões são superficiaes, isto é, se incidem sómente sobre a albuginea, as perturbações da glandula não serão muito apreciaveis, continuando a persistir os desejos venereos e a frequencia das erecções; mas se ao contrario as lesões são muito profundas, isto é, se as alterações syphiliticas incidem sobre a propria glandula, diminue gradualmente a secreção espermatica, como diminue tambem a actividade sexual.

Póde ainda o processo degenerativo evolucionar até ao ponto de atacar as duas glândulas e n'este caso a esterilidade e a impotencia serão a sua consequencia.

FÓRMA SCLERO-GOMMOSA SUPPURADA —

Como já dissemos, sempre que as lesões syphiliticas do testiculo não sejam entravadas na sua evolução por um tratamento energico e apropriado, tendem, em virtude do processo de degeneração, para a formação de gommas. Como se formam estas gommas?

Os nucleos de natureza lenhosa e cartilaginea proliferam, augmentando consequentemente de volume, o que faz com que a albuginea e mais involucros testiculares que agora se encontram adherentes ao nucleo façam saliencia, manifestando então todas as características d'uma reacção inflammatoria; assim a pelle ao nivel d'esta tumefacção apresenta-se-nos com uma côr vinosa, dando-nos a impressão de que cobre uma collecção purulenta; entretanto, se nos dermos ao trabalho de praticar a palpação, observaremos tecidos duros de

natureza cartilaginea. Se o processo degenerativo progride na sua evolução, o nucleo começa por amollescer no vertice e a pelle que o cobre, sob a influencia da reacção inflammatoria constante determinada pela saliencia do nucleo no vertice, ulcéra, dando assim saída á materia puriforme misturada de grumos esbranquiçados e duros.

Os bordos d'esta ulceração teem uma côr violacea, são descollados, talhados a pique, e circumscrevem uma cavidade mais ou menos anfractuosa, deixando vêr no fundo uma massa esbranquiçada semelhante ao carnicão d'um anthraz e que se fragmenta com facilidade. Expulsas que sejam estas substancias gommosas, que são apenas trabeculas fibrosas com granulações amareladas, outras gommas estão já em via de formação para serem tambem eliminadas.

A gomma póde ser superficial ou profunda.

A superficial evoluciona rapidamente e abre-se expellindo os seus productos sem provocar grande dôr.

A gomma profunda, quando tende a eli-

minar-se, tem uma marcha mais lenta e acompanha-se de dôres vivas, ficando a cavidade muito mais profunda.

Estabelecido o tratamento, nos casos favoráveis termina o processo degenerativo, para dentro em pouco começar o trabalho de reparação pela formação de granulações que vão enchendo a cavidade formada na substancia do testiculo, deixando uma cicatriz em fórma de funil adherente ao parenchyma, que dentro em pouco tambem será reabsorvida.

Estas granulações, existentes no fundo da cavidade deixada pela expulsão da gomma e que teem por fim a sua separação, em virtude da sua grande actividade, proliferam muito rapidamente, formando uma saliencia em fórma de cogumelo ao nivel de perfuração. É esta proliferação activa das granulações que os auctores designam por *fungosidade benigna* do testiculo. Eis o que se me offerece dizer a proposito da evolução da gomma suppurada.

Descrevâmos em seguida quaes os symptomas que mais frequentemente se nos

apresentam na fôrma suppurada do sarcocele syphilitico.

DÔR — Ao contrario do que acontece na formação não suppurada, é aguda, contínua e lancinante, com exaerbações nocturnas. Umas vezes é localizada ao testiculo, outras irradia-se para a região dos lombos, seguindo o trajecto do cordão espermatico ou para a raiz da côxa. Ha casos, porém, em que a dôr é perfeitamente toleravel e só se torna mais intensa alguns dias antes da ulceração da pelle e eliminação da gomme. Não é a presença da gomme no testiculo que provoca a dôr, mas sim a reacção inflammatoria occasionada pelas rugosidades e dureza cartilaginea do nucleo que vae soffrer a evolução caseosa.

ULCERAÇÃO — Póde produzir-se, quer espontaneamente em virtude do augmento da pressão da collecção caseosa, ou então como consequencia de qualquer alteração nos involucros testiculares, como seja a picada d'uma sanguessuga ou mesmo a punção d'um hydrocelo. Quasi sempre a ulce-

ração tem uma séde constante — a parte anterior do escroto. A fórma sclero-gommosa suppurada é tão rara que Gosselin dizia nunca ter visto o testiculo com lesões de natureza syphilitica passado ao estado de suppuração.

Como acima dissemos quando tratavamos muito resumidamente do trabalho reparador da ulcera consecutiva á gomma, vimos que quando as cellulas reparadoras proliferavam muito activamente davam occasião á formação de fungosidades que tomavam a fórma de cogumelo. É muito raro observarem-se estas fungosidades; entretanto alguns auctores, como Gosselin e Taylor, em algumas das suas observações falam da sua existencia.



CAPITULO III

Diagnostico

Não é tão facil, como á primeira vista deveria parecer, em virtude da superficialidade do testiculo e portanto d'uma exploração relativamente facil, separar uma lesão syphilitica pelos seus caracteres objectivos, de lesões de natureza diversa que muito frequentemente atacam este orgão. Comprehende-se que assim seja, porque, por vezes, alguns dos caracteres fornecidos por uma exploração, aliás muito cuidadosa, são tão semelhantes que facilmente nos podem induzir em erro. Isto acontece sobretudo na fórmula sclero-gommosa do sarcocele não suppurado. E aqui deveremos dizer que é de grande importancia estabelecer

um diagnostico differencial seguro, pois citam-se casos em que individuos portadores de syphilis do testiculo, soffreram uma castração em virtude de préviamente ter sido feito um diagnostico errado.

Quando a syphilis do testiculo se faz acompanhar de todos os seus caracteres objectivos habituaes, como augmento de volume nas bolsas com flacidez dos tegumentos, existencia de liquido na vaginal em minima ou média quantidade, granulações duras do tamanho de grãos de chumbo ou placas de consistencia lenhosa, bilateralidade da lesão e finalmente o testiculo formando massa unica com o epididimo e tomando a fórmula achatada no sentido transversal (seixo), digo, quando a lesão nos apresenta todos estes signaes, o diagnostico impõe-se-nos sem que seja necessario baseal-o no tratamento e na existencia de accidentes syphiliticos actuaes ou anteriores.

O sarcocoele poderá confundir-se com outras affecções do testiculo — tuberculose, cancro, hematocele, etc.

Vejâmos quaes os caracteres clinicos que

nos poderão servir para estabelecer a diagnose differencial entre estas diversas entidades morbidas.

TUBERCULOSE — O diagnostico differencial entre o sarcocoele syphilitico e a tuberculose é por vezes muito delicado. É facil na fórmula aguda da tuberculose testicular, em que por via de regra se trata d'um individuo com uma tuberculose intestinal e peritoneal, sendo no meio d'uma *poussée* peritoneal que apparece a orchite. O ventre é então volumoso, empastado e mais ou menos doloroso. Emquanto ao escroto, é vermelho e empastado. O testiculo augmenta de volume e torna-se a séde de dôres; ha adherencia aos tegumentos, amollecimento e adenopathia inguinal.

Na fórmula chronica da tuberculose testicular as lesões evolucionam a frio e muito lentamente, como acontece no sarcocoele syphilitico, e só por acaso as podemos perceber. A lesão tuberculosa, podemos reconhecer-a pela palpação em virtude da ausencia de derrame na vaginal, para o que recommenda Tillaux tomar n'uma das

mãos o testiculo e com o dedo pollegar e indicador da outra percorreremos as faces lateraes do tumor, nota-se então que o testiculo se encontra perfeitamente separado do epidydimo e que a lesão de natureza tuberculosa está localizada n'este ultimo. Effectivamente é no epidydimo que com maior frequencia se desenvolvem os nucleos tuberculosos, e só muito excepcionalmente no testiculo. Além d'isso o processo tuberculoso não se limita sómente ao epidydimo; póde invadir ao mesmo tempo o canal deferente, prostata e vesiculas seminaes. Quando assim acontece, o canal deferente perde então a sua fórma cylindrica habitual e toma a fórma d'um cordão nodoso; continuando a observação encontraremos tambem na prostata alterações que se traduzem por um ou mais nucleos de configuração arredondada.

Estes fócos tuberculosos, depois da sua phase de amollecimento, tendem a eliminar-se, formando-se a abertura por onde se eliminam estes productos de natureza tuberculosa na parte posterior e não na parte

anterior, como sempre acontece na affecção syphilitica do testiculo.

Por esta fistula sáo um liquido seropurulento, em que pelo exame bacteriologico podemos encontrar o bacillo de Koch. Para obtermos maior exactidão no diagnostico, devemos com todos os cuidados indispensaveis d'antisepsia recolher os productos suspeitos de natureza tuberculosa e fazer a inoculação no peritoneo d'um caviá, o que determinará o apparecimento d'uma tuberculose typica com generalização pelos principaes órgãos, morrendo o caviá ao fim d'um periodo mais ou menos variavel.

Por ultimo, se nos dermos ao cuidado de examinar o apparelho pulmonar, geralmente não o encontramos indemne, pois que a tuberculose testicular é quasi sempre uma consequencia da tuberculose pulmonar, isto é, uma tuberculose secundaria. Em resumo, tomarei para base do diagnostico differencial os elementos seguintes: localização das lesões tuberculosas mais frequentemente no epidydimo e propagação consecutiva ao canal deferente e prostata; coexistencia frequente d'outras manifesta-

ções tuberculosas, como arthrites tuberculosas, tuberculose ossea, otites, fistulas do anus, escrophulas, etc.; ausencia de derrame na vaginal e perfeita separação entre o testiculo e o epidydimo.

CANCRO — Offerece grande difficuldade o diagnostico differencial entre a neoplasia do testiculo e o sarcoccele, a ponto de syphiligraphos muito distinctos, como Verneuil e outros, errarem quando tratavam da separação d'estas duas entidades morbidas.

Geralmente o cancro é unilateral, emquanto que o sarcoccele affecta a maior parte das vezes os dois testiculos; entretanto convém notar que não devemos confiar demasiado n'esta caracteristica, porquanto tumores ha, como o lymphadenoma, que se nos apresentam tambem com a possibilidade de invasão bilateral, notando que o lymphadenoma tem uma evolução rapida e não se limita por muito tempo aos órgãos genitales. Tratando-se d'um tumor, não encontramos a dureza typica do sarcoccele syphilitico; a albuginea não coberta de producções fibro-cartilagineas nem mesmo

apresenta granulações duras, próprias do sarcocoele; o tumor não é indolente, como acontece no sarcocoele, em que ella é absoluta. No cancro o augmento do volume é mais consideravel que no sarcocoele, o que faz com que alguns auctores como Simon Duplay e Demoulin designassem esta lesão por *testiculo de toiro*.

O PESO — que está em relação com o volume, é sempre maior na neoplasia cancerosa do que na infecção syphilitica.

FÓRMA — É ovoide, regular e conserva quasi a fôrma da glandula quando se trata de tumor; o testiculo é achatado no sentido do eixo transversal nos casos de sarcocoele.

CONSISTENCIA — Elastica, pseudo-fluctuante e carnuda nas primeiras manifestações do cancro; gradualmente vae augmentando a sua molleza, até que em certos pontos chegamos a observar uma fluctuação bem nitida, indicando-nos a presença d'um abcesso ou d'um kysto.

Ha infiltração ganglionar na região lombar em casos de tumor do escroto e não se observa na syphilis do testiculo.

MARCHA—muito lenta no sarcocele, que depois de augmentar de volume tende para a atrophia (haricoccele de Ricord) quando o tratamento apropriado não tenha sido prescripto, é mais rapida no cancro, que vae augmentando de volume até á ulceração. Além d'isso o estado geral do individuo portador d'uma neoplasia cancerosa dá-nos a impressão d'um cachetico, e em curto espaço de tempo veremos apparecer em outros órgãos neoformações da mesma natureza.

Por ultimo, os commemorativos, os accidentes actuaes e anteriores e a efficacia do tratamento especifico, permittirão chegar a um diagnostico provavel, que poderá ser comprovado pela punção seguida do exame histologico em casos que se nos apresentem duvidosos.

Quando houver derrame abundante na cavidade vaginal devemos fazer uma punção prévia, afim de evacuarmos o liquido

e com maior facilidade procedermos ao exame da glandula. Com todos os caracteres que venho de enumerar, haverá todas as probabilidades de estabelecermos uma diagnose relativamente segura.

HEMATOCELE — Iguaes surpresas se nos apresentam quando procuramos estabelecer o diagnostico differencial entre o hematocele e o sarcocele de natureza syphilitica. As suas numerosas variedades de fórma, volume e consistencia approximam-no de lesões tão dissimilhantes, que só uma incisão exploradora feita com todas as precauções antisepticas poderá elucidar-nos no diagnostico (Réclus, *Syphilis du testicule*, pag. 148).

Este tumor é quasi sempre espherico, perfeitamente regular, liso, renitente ou fluctuante, de consistencia igual em todos os pontos, indolente e de marcha lenta. Com estes caracteres, com uma punção exploradora e ainda com a falta de commemorativos no sentido de syphilis, podemos chegar ao diagnostico. Parece-nos ter apresentado os caracteres das affe-

ções que mais frequentemente invadem o testículo e o modo por que se poderão distinguir.

Como fazer a destrição d'uma gomme de natureza syphilitica d'outra de natureza tuberculosa? O exame attento da lesão bastará para nos elucidar sobre o diagnostico. Assim, o testículo apresenta-nos na sua parte anterior uma bosseladura perfeitamente indolente, mas que n'um determinado momento, em virtude da sua adherencia aos involucros, avermelhados por uma viva reacção inflammatoria, se torna dolorosa, formando-se uma ulceração por onde se escapam massas puriformes e amareladas. Em presença d'estes caracteres não se nos offerecerá duvida alguma de que se trata d'uma gomme de natureza syphilitica. No que diz respeito á gomme tuberculosa, esta localiza-se no epididimo e mais raras vezes no testículo; evoluindo para a ulceração, esta localiza-se quasi sempre na parte posterior do testículo, ao contrario do que succede no caso de gomme syphilitica. De resto o producto d'eliminação offerece-nos alguma diffe-

rença: massa puriforme mais dura na syphilis do que na tuberculose. Finalmente, tratando-se de tuberculose, esta invade, como já vimos, concomitantemente o canal deferente, prostata e vesículas seminaes. Por ultimo, as fistulas resultantes da perda de substancia encontrar-se-hão atrás ou adiante, segundo se trate d'uma lesão tuberculosa ou syphilitica.



CAPITULO IV

Prognostico

As lesões de natureza syphilitica do testiculo não compromettem a vida do doente; quando muito, serão a expressão d'uma syphilis grave no testiculo, de que uma outra manifestação localizada a um órgão mais essencial á vida poderá provocar a morte; a gravidade do prognostico estará, pois, em connexão com as alterações que a syphilis produz no testiculo e que terão como consequencia a diminuição ou a supressão da função genital ou ainda uma diminuição de resistencia do órgão, predispondo-o para que mais tarde seja a séde d'uma neoplasia cancerosa. Assim, Ricord relata o facto de um doente

que, curado d'um sarcocele, apresenta seis mezes mais tarde um encephaloide do mesmo orgão. É operado, sobrevem-lhe a recidiva e pouco depois a morte. Fournier viu apparecer n'um dos seus doentes um cancro no testiculo que anteriormente tinha sido atacado de syphilis.

Se por ventura o sarcocele tem um começo inflammatorio e doloroso (o que é uma raridade) o prognostico será menos grave do que quando é indolente e aphlegmasico. Comprehende-se a menor gravidade, porque a dôr e os symptomas agudos do doente levam a encaminhar-se no sentido de consultar o medico, que institue o tratamento apropriado a combater a affecção, e d'esta maneira obsta a que as lesões progridam para sua incurabilidade.

Quando as alterações do testiculo se nos apresentam unilateraes, a glandula que se encontra ainda em verdadeiras condições physiologicas, suppre perfeitamente a insufficiencia da outra que está affectada, assegurando-nos ainda a conservação da funcção genital, se bem que um pouco atenuada; mas se os dois testiculos são attin-

gidos, a supressão da funcção é absoluta e definitiva; as glandulas atrophiam-se, produzindo um estado que Ricord designa por *castração sub-albuginea*; ou então sofrem o processo degenerativo com formação de gommas que se eliminam, não existindo mais da glandula senão alguns fragmentos perfeitamente informes.

Comtudo devemos dizer que estas terminações que occasionam a destruição da espermato-genese, são excessivamente raras quando o individuo se encontra debaixo do dominio da therapeutica, antes que venha o periodo da sclerose ou suppuração.

Como se suprime a funcção genital?

Pela falta de secreção ou excreção da glandula. Quando ha falta de secreção por motivo da suppuração da glandula ou mesmo pela sclerose, alguns tubos seminferos podem persistir ainda, notando-se enfraquecimento nos desejos venereos sem que comtudo sejam abolidos, encontrando-se ainda no producto de secreção alguns espermatozoides. Casos ha, porém, em que os espermatozoides faltavam, voltando comtudo a apparecer sob a influencia da

prescrição d'um tratamento adequado (Dentu e Delbet, pag. 216).

A falta dos espermatozoides pôde também attribuir-se a que a excreção se encontre entravada, quer pela retracção do tecido de sclerose, quer pela obliteração das vias excretoras por tecido conjunctivo de nova formação, ou por algum deposito gommoso que pôde reabsorver-se e dar passagem franca aos espermatozoides formados nas porções inalteradas da glandula.

Para a explicação d'este facto Gosselin apresenta-nos esta observação: refere-se a um doente portador de sarcocele syphilitico duplo, não tendo erecções nem desejos venereos; submettido ao tratamento especifico administrou-lhe em primeiro logar as fricções com unguento napolitano nas bolsas; pouco depois prescreveu-lhe o iodeto de potassio, chegando até á dóse de cinco grammas. Seis semanas depois as erecções e ejaculações reapparecem, observando no esperma a existencia de grande quantidade de espermatozoides. Réclus, na sua obra *Syphilis du testicule*, pag. 164, cita-nos também uma observação analoga que alguns

esclarecimentos nos fornece; refere-se a um individuo portador de sarcocele syphilitico duplo por tal modo indolente que o doente chegára a ignorar a sua existencia. Este individuo casa-se e ao fim de dois annos ainda se conserva esteril; submettido ao tratamento pelo iodeto de potassio, verifica que o parenchyma testicular recupéra a sua elasticidade e a esterilidade desaparece em pouco tempo.

Pela apreciação d'estas observações vê-se que a funcção genital perturbada ou mesmo abolida pela affecção syphilitica póde reapparecer, sem que comtudo readquirira a perfeição primitiva.

Esta reaparição dos espermatozoides tem dado origem a largas discussões, e Réclus é de opinião que as partes da glandula que ainda conservam a sua integridade, continuam a segregar espermatozoides cuja secreção é por algum tempo impedida pela existencia de depositos gommosos ou tecido de nova formação nas vias excretoras, cuja permeabilidade será possivel depois que o doente tenha sido submettido a um tratamento energico e

apropriado. N'estas condições o individuo encontrava-se em estado de *infecundidade transitoria*; ao contrario haveria *infecundidade permanente* sempre que as lesões fossem muito profundas de modo a interessar o epithelio, sendo o iodeto de potassio incapaz de provocar a sua regeneração.

Feitas estas considerações, diremos que o prognostico varia, portanto, segundo a uni ou bilateralidade da lesão e segundo a existencia, oportunidade e duração do tratamento. Se este intervem energicamente antes do periodo de retracção atrophica (haricoccele de Ricord), restitue ao órgão o seu volume, e a funcção e as perturbações funcçionaes vão cessando á medida que o órgão regressa ao estado normal. Se o tratamento não intervem, o doente póde curar, mas com probabilidades de ficar esteril, o que vae prejudicar a especie.



CAPITULO V

Tratamento

O sarcoccele syphilitico não cura espontaneamente; progride ou fica estacionario, e se por vezes pela simples inspecção nos convencemos que tende a melhorar, é que o testiculo evoluciona para a sua atrophia. É, pois, para obviar ás terminações d'esta lesão, a que já nos referimos no decorrer d'este humilde trabalho, e que quasi sempre teem como consequencia a supressão da funcção genital, que se torna indispensavel a pratica d'um tratamento energico e apropriado.

Duas são as medicações que a therapeu-

tica nos fornece para o tratamento de lesões d'esta natureza:

- Medicação mercurial;
- Medicação iodada.

Durante muito tempo se pensou que quando o sarcocoele fosse considerado manifestação precoce da syphilis, isto é, accidente secundario, estava indicada a medicação mercurial, emquanto que se o considerassemos manifestação tardia ou accidente terciario, cabia a vez á medicação iodada.

Esta separação tão absoluta das duas medicações não se manteve por muito tempo, pois que a observação nos mostra que numerosos são os casos de syphilis terciaria em que a não efficacia da medicação iodada sendo manifesta, e instituido ulteriormente o tratamento mercurial, as lesões apresentam passado pouco tempo, modificações que fazem pensar n'uma cura não muito demorada. É n'estes casos que a associação dos dois grandes agentes therapeuti-

cos, alternada ou concomitante, estará indicada.

Fournier tomando em consideração a idade da syphilis diz que, tratando-se d'uma syphilis antiga as suas manifestações cedem amplamente á administração do iodeto e só no caso das lesões se mostrarem rebeldes a este tratamento é que aconselha a medicação mixta. Seguiremos Fournier n'este modo de vêr, pois que o doente a que se refere a nossa observação, com este methodo de tratamento obteve a cura em curto espaço de tempo.

Réclus baseando-se na sua experiencia aconselha associar sempre a medicação mercurial á iodada, para obter resultado mais satisfatorio. Como actuam estes medicamentos? O mercurio, d'uma maneira directa sobre o virus e a sua acção explica-se pela seguinte experiencia de Boeck: misturando uma gotta de pús syphilitico com uma gotta de soluto de sublimado a $\frac{1}{1000}$ e fazendo a inoculação d'esta mistura, o resultado é negativo, o que mostra que o mercurio exerce uma acção destruidora sobre o agente productora da syphilis e

suas toxinas. O iodo actua d'uma maneira indirecta, pois, que feita a inoculação com uma mistura de pús syphilitico e soluto iodado, a infecção póde dar-se. Como medicamento indirecto que é, actua, pois, estimulando a actividade nutritiva, as trocas organicas, o appetite, regularisando os actos digestivos, etc.

É em consequencia d'este augmento de actividade nutritiva produzida pela administração dos preparados iodados, que o organismo adquire maior coefficiente de resistencia organica eliminando o *virus syphilitico*, o que determinará a sua cura. O fim que se deseja obter com estas duas medicações é destruir e eliminar o *virus syphilitico* o que se realisa em algumas semanas, quer as lesões sejam antigas ou recentes.

Para a prescrição do mercurio podemos utilizar tres vias, cuja escolha depende das susceptibilidades individuaes e ainda da maior ou menor rapidez com que precisamos de actuar.

a) VIAS DIGESTIVAS — É certamente o processo menos fiel e aquelle de que menos vezes nos podemos servir, visto que em regra geral todos os preparados mercuriaes são d'uma irritabilidade extrema para as vias digestivas, o que será motivo para uma contra-indicação absoluta quando tenhâmos conhecimento prévio de que as funcções digestivas se encontram perturbadas. Este processo de administração do mercurio não convem ás fórmulas rebeldes da syphilis secundaria. Antes se applica aos casos de syphilis latente, em que precisamos de conservar o organismo sob a acção d'uma mercurialização pouco intensa mas prolongada. Geralmente prescreve-se o proto-iodeto de mercurio sob a fórmula pilular:

Proto-iodeto de mercurio	cinco centigrammas	
Extracto d'opio.....	um	»
Extracto de genciana....	dez	»

para uma pilula, tomando duas por dia ;

ou então o licôr de Van Swieten na dóse d'uma colher de sopa n'um copo d'agua com

assucar ou então em leite. Segundo a opinião de Fournier este preparado deve ter preferencia, por isso que a sua acção sobre a mucosa bucal, sendo pouco accentuada, obsta á formação da stomatite mercurial.

b) **METHODO DAS FRICÇÕES** — É o mais antigo e o que ainda hoje mais frequentemente se emprega. Consiste na applicação de pomadas mercuriaes, geralmente o *unguento napolitano*, por meio de fricções nas partes do organismo em que a pelle se nos apresenta mais fina, como barriga das pernas, face interna das côxas, partes lateraes do abdomen e thorax, dorso e superficie de flexão do membro superior. Geralmente a dóse que costuma empregar-se por dia, nos adultos é de quatro grammas, podendo, comtudo, augmentar-se até cinco e mesmo seis grammas, se da parte do individuo ha a tolerancia indispensavel.

Alguns auctores, como Sigmund, costumam fazer as fricções em regiões symetricas do corpo: assim, no primeiro dia, na barriga das pernas; no segundo, na face interna das côxas, tendo o cuidado

devido com a região inguinal; no terceiro, partes lateraes do abdomen e thorax, não attingindo os mamilos; no quarto, a superficie de flexão do membro superior; e no quinto, o dorso. No sexto dia o doente toma um banho, para começar novamente o tratamento no setimo dia.

Este methodo é muito vantajoso, sobretudo quando temos necessidade de actuar muito rapidamente, o que acontece nos casos em que as lesões interessam órgãos importantes e ainda nas lesões de character ulcerativo que tendem a produzir deformidades.

Este methodo apenas será contra-indicado nos individuos em que a pelle é de uma delicadeza tal que uma fricção, ainda que muito ligeira, terá como consequencia a producção d'um eczema agudo que tornará impossivel uma applicação ulterior.

c) METHODO SUB-CUTANEO—em que a introduccção do mercurio no organismo se faz por meio de injeccões. Primitivamente as injeccões faziam-se muito superficiaes,

e d'ahi resultava a formação de nodulos muito dolorosos que mais tarde podiam tornar-se collecções purulentas.

Para evitar a formação d'estes nodulos, as injectões devem ser profundas, intra-musculares, o que torna a dôr perfeitamente toleravel.

As vantagens d'este processo são: acção mercurial tão energica como a das fricções; conhecimento preciso da quantidade de mercurio introduzido no organismo e ainda a não repugnancia do doente para este modo de administração do mercurio. Este methodo tem o grande inconveniente, que os outros não apresentam, de não podermos suspender immediatamente a introdução de mercurio no organismo, logo que se manifestem os primeiros symptomas de intoxicação pelo mercurio. Por isso devemos começar sempre por uma injectão d'uma dóse pequena de mercurio e ir augmentando o intervallo das injectões, afim de obviar á accumulção, em virtude de a sua absorpção se fazer muito lentamente.

MEDICAÇÃO IODADA — a que já me referi quando muito resumidamente descrevi o modo d'acção do mercurio e do iodo, depois de introduzidos no organismo com o fim de combater as affecções de natureza syphilitica.

A administração dos differentes preparados do iodo póde ter igualmente alguns inconvenientes; a prescrição d'este medicamento deverá ser feita em dóses pequenas, que augmentaremos gradualmente, para d'esta fórma conseguirmos a tolerancia, do individuo e obviarmos ás perturbações que o iodo póde produzir — *iodismo*. Para conseguirmos, pois, esta tolerancia, deveremos começar pela dóse, de meio gramma no primeiro dia, e ir augmentando gradualmente essa dóse, até cinco ou mesmo oito grammas, se assim julgarmos necessario.



CAPITULO VI

Observação

G. T., de 30 annos, marceneiro, natural da Regoa, entrou para o Hospital-Geral de Santo Antonio em 12 de janeiro de 1904, sendo na mesma occasião requisitado para a enfermaria da Escóla (clinica cirurgica), sala de S. Paulo. O motivo da entrada era uma tumefacção dolorosa dos testiculos.

Antecedentes hereditarios

O pae morreu na idade de 50 annos, *pôdre* de venereo segundo a propria expressão do doente. Interrogado sobre se

saberia da data em que elle contrahira a syphilis, declarou que fôra dous annos antes do nascimento do doente.

Sua mãe ainda vive e tem sido sempre saudavel. Dos irmãos, tem vivo o mais velho, que gosa excellente saude, e morreu-lhe outro com 20 annos d'idade, não sendo possivel apurar a causa determinante da morte.

Antecedentes pessoases

Parece ter sido sempre muito doente, desde a primeira idade, mas não póde dar-nos informações ácerca d'essa molestia que o incommodou durante os primeiros annos. Que se lembre, só aos dezanove annos é que começou a soffrer. Appareceram-lhe n'essa occasião intensas dôres nos joelhos e pernas, que o impossibilitaram da marcha e o obrigaram a recolher ao leito.

Á falta de meios com que pudesse tratar-se convenientemente na propria casa, resolveu recolher-se a este hospital, sendo internado na enfermaria n.º 2. Uma vez

ahi, esteve em uso d'um remedio muito amargo que tomava ás colheres e que parece ter sido o iodeto de potassio.

As melhoras foram sensiveis com este tratamento e depois de vinte dias d'estada no hospital, sentindo-se já com forças bastantes, pediu alta e retirou-se. Mas as melhoras obtidas no hospital foram passageiras e nos annos consecutivos appareceram-lhe pelo corpo varias feridas. Consultou então um medico da localidade, que lhe receitou uma pomada para tratamento das feridas e um xarope que elle tomava ás colheres e que provavelmente era o de *Gibert*. O resultado d'este tratamento foi excellente, porque desde então para cá, no decurso de quatro annos, nunca mais lhe tornaram a apparecer essas feridas.

Historia da doença

Nos primeiros dias de dezembro do anno passado, começou o doente a sentir uma ligeira tumefacção nos testiculos. Esta tumefacção foi augmentando gradualmente,

a ponto de o impedir de trabalhar no seu officio; ao mesmo tempo, os testiculos tornaram-se d'uma sensibilidade extrema, despertando-lhe dôres violentas ao menor contacto. Foi n'estas condições que recorreu de novo ao hospital, onde foi tratado durante alguns dias na consulta; como as melhoras se não accentuassem, foi aconselhado pelo medico de serviço a internar-se, afim de ser mais convenientemente tratado. Assim o fez, entrando, como fica dito, para a enfermaria da Escóla.

Exame do doente

a) LOCAL — Á inspecção, nota-se uma tumefacção bastante accentuada das bolsas, mas sem vestigios inflammatorios. Effectivamente não ha differença de coloração do escroto.

A palpação mostra-nos alterações do testiculo quanto ao seu volume e quanto á sua consistencia. O primeiro estava excessivamente augmentado e notava-se facilmente que o testiculo direito tinha ap-

proximadamente um volume duplo do do esquerdo. Quanto á consistencia, os testiculos pareciam blindados, tal era a sua dureza, firmeza e insensibilidade. Era em vão que se tentava deprimil-os com a polpa do dedo.

Fórma sensivelmente normal. Não notei alteração alguma quanto á fórma do ovoide testicular.

b) A DISTANCIA — O exame dosapparelhos digestivo, respiratorio, circulatorio, urinario e do systema nervoso nada me revelou d'anormal.

Diagnosticó

Considerando os antecedentes hereditarios paternos e a historia pessoal do doente, assim como os signaes fornecidos pelo exame local do testiculo e tendo em vista ainda, que este doente nas diversas phases da sua molestia colheu os melhores resultados com o tratamento anti-syphilitico, não nos póde restar duvida de que se trata d'um caso de *Sarcocele syphilitico*.

Prognostico

A affecção é de molde a provocar a perda da funcção genital, não contando já com outras manifestações provaveis em quem contrahisse a syphilis. O prognostico pôde, porém, tornar-se benigno com um tratamento adequado e bem dirigido.

Tratamento

O iodeto de potassio, na dóse de um a um e meio gramma por dia, tem aqui sua plena indicação.

Marcha da doença

Nos primeiros dias foi-lhe administrado o iodeto de potassio na dóse acima indicada. Como passado algum tempo lhe apparecesse diarrhêa, suspendeu-se a medicação iodada por espaço de cinco dias, sendo substituida por cachets de subnitro de bismutho. A diarrhêa desappa-

rece e continuou a fazer uso da medicação com que havia principiado.

As melhoras accentuam-se progressivamente e o doente pôde retirar-se no dia 9 de fevereiro com os testiculos reduzidos ao seu volume normal e sem a dureza lenhosa com que se havia internado na enfermaria.

Proposições

Anatomia — A disposição anatomica das synoviae nos dedos pollegar e minimo, explica a gravidade dos traumatismos d'estes dedos.

Physiologia — As acções dos musculos do estribo e martello são antagonicas.

Materia medica — Só as fórmulas magistraes estão d'accôrdo com a pathologia.

Medicina operatoria — A infiltração dos ganglios supra-claviculares contra-indica a operação no carcinoma do seio.

Pathologia geral — Entre pyohemia e septicemia ha apenas uma differença de graus: são a expressão d'um estado morbido unico.

Pathologia externa — O tratamento medico dos lymphadenomas é preferivel, em começo, ao tratamento cirurgico.

Pathologia interna — Nem todas as diarrhêas verdes são devidas a bacillos chromogeneos.

Anatomia pathologica — O processo sclerogeneo é quasi sempre de natureza toxica.

Obstetricia — A redução d'uma inversão uterica, uma hora após o parto, nem sempre é impossivel.

Hygiene — A desinfecção é insufficiente e inefficaz na luta social contra a tuberculose.

Medicina legal — A relativa frequencia da syphilis paterna simplifica em casos duvidosos o diagnostico ethiologico do aborto.

Visto.

O PRESIDENTE,

Lima,

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Moraes Caldas.

CORRECÇÕES

Pagina	Linha	Onde se lê	Deve lêr-se
50	5	Exaherbações	Exacerbações
51	5	Passado	Passar
57	4	Bacteriogico	Bacteriologico
90	4	Uterica	Uterina