

~~III~~
IV

CARLOS AUGUSTO RODRIGUES BORGES

(2.º Assistente de Cirurgia)

Dis. 20 Julho
12³/₄

Univ. Prof. T. Santos
Asst. Prof. { C. Lima
{ C. Lima

Trentani

" A PROPOSITO DUM CASO DE ~~BI~~CRIPTORQUIDIA "

V. J. P. J. J. J.

(Estudo clinico)

Tése de doutoramento apresentada
á
Faculdade de Medicina do Porto

JULHO DE 1922

190/4 F.M.P

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR - Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
SECRETARIO INT.º - Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE

Professores ordinarios

Anatomia descriptiva - Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia normal e Embriologia - Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial - Vaga
Farmacologia - Vaga
Patologia geral - Dr. Alberto Pereira Pintode Aguiar
Anatomia patologica - Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior
Bacteriologia e Parasitologia - Dr. Carlos Faria Moreira
Ramalhão
Higiene e Epidemiologia - Dr. João Lopes da Silva Martins
Junior
Medicina Legal - Dr. Manoel Lourenço Gomes
Anatomia cirurgica (Anat.ª topografica e Med.ª operat.ª) - Vaga
Patologia cirurgica - Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirurgica - Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia medica e Clinica de moléstias infecciosas - Dr.
Alfredo da Rocha Pereira
Clinica medica - Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapeutica geral e Hidrologia medica - Dr. Alfredo Mendes
de Magalhães
Clinica obstetrica - Vaga
Historia da medicina e deontologia medica - Dr. Maximiano
Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifiligrafia - Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria e Psiquiatria forense - Dr. Antonio de Souza
Magalhães Lemos
Pediatria - Dr. Antonio de Almeida Garrett

Professor jubilado - Dr. Pedro Augusto Dias

A FACULDADE NÃO RESPONDE PELAS DOCTRINAS

REFENDIDAS NA DISSERTAÇÃO

(Art.º 15.º y 2.º do Regulamento privativo da
Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de
Janeiro de 1880)

---:---:---:---:---

PROLOGO

Se, para cumprir a lei escrevi o trabalho que, em poucos dias, vai ter a apreciação duma Juri de illustres Mestres da nossa Escola, para cumprir um dever, são as poucas linhas que vão servir de prologo á minha tése.

Não é bem um prologo; é mais uma confissão, feita com todo o recolhimento menos no intuito de me desculpar da pequenez e quasi pouca competencia do meu trabalho, que para dizer, a quem devo, e que fui a dentro da Escola, as razões que me levaram a escolher o caso que me serve de assunto.

Foi escolhido, estudado e escrito em pouco tempo; desde que circunstancias de valor me obrigaram a abandonar o estudo que desde o principio do ano, eu trabalhava.

As mesmas circunstancias faziam-me escolher, rapido, uma tése.

Aparece-me o caso presente: um caso de CRIPTORQUIDIA BILATERAL.

A sua etiologia continua a ser discutida e por isso duvidosa.

Na literatura medica portugueza nada encontrei publicado relativo a este assunto.

O facto do doente se encontrar internado na nossa enfermaria e de lá ter sido operado, com brilhantes resultados pelo Exm.^o Sr. Professor Teixeira Bastos, levou-me a pensar em aproveitá-lo, estudando-o embora de leve sob alguns pontos de vista, e com mais attenção dentro do pouco tempo que tive, a sua patogenia e o seu tratamento.

Não consegui obter de alguns dos mais illustres cirurgiões de Lisboa, Porto e Coimbra, qualquer referencia a casos desta natureza em que se tivesse realisado uma intervenção cirurgica.

Embora já se tenha tentado terapeutica cirurgica, deve ser a minha observação, a primeira ou das primeiras, arquivada na nossa literatura da especialidade.

É talvez esse o seu unico valor.

693

Ao Exto e illustre Corpo Docente da Faculdade de
Medicina do Porto, que m. honrou nomeando-me seu Assisten-
te, os meus mais sinceros agradecimentos.

AO meu EXM.^o Mestre e Professor Dr. Alvaro Teixeira
Pastos, a quem, a em do reconhecimento de antigo aluno
devo o de me ter feito seu Assistente, o meu indelével agra-
decimento, a que a ora mais tenho de juntar a honra conce-
dida de aceitar a presidencia da minha defesa de tése.

Porto, Julho de 1932.

MANIFOLD

693

DEFINIÇÃO

A presença dos testículos nas bolsas escrotais, não é uma situação primitiva ou original, mas sim uma situação adquirida durante o desenvolvimento onto-genico do embrião.

Como se sabe, o testículo forma-se e desenvolve-se dentro da cavidade abdominal, aos lados da coluna vertebral e junto dos rins.

Mais tarde, aí pelo terceiro mês de vida, intra-uterina, segundo alguns auctores, inicia-se a descida ou migração, atravessando então três regiões, que correspondem a três tempos:

- 1.ª - Região abdomino-lombar;
- 2.ª - Região iliaca;
- 3.ª - Região inguinal.

Por causas que mais tarde estudaremos, o testículo pode fixar-se em qualquer destes estadios que tem de percorrer até alcançar o sacco escrotal e neste caso podemos classificar estas paragens de desenvolvimento com Sebilleau e Descomps, que lhes chamam MIGRAÇÕES PARADAS.

Outras vezes, muito mais raramente o testículo desvia-

se da sua trajectoria abdomino-escrotal para se alojar em regiões vizinhas, e assim podemos-lo encontrar na região pelvica retro-vesical, casos apontados por Charpy e Meriel, na região perineal, etc.

Os mesmos auctores classificam esta variedade com o nome de MIGRAÇÕES ABERRANTES.

Todas as vezes que se encontra um doente com o sacco escrotal vazio tendo-se alojado o testiculo e qualquer ponto mais ou menos afastado das bolsas diz-se que ha ECTOPIA TESTICULAR.

Quaisquer que sejam as variedades da ectopia testicular, quer o testiculo se tenha fixado numa das regiões por onde tem de passar para alcançar as bolsas, ou se desvie para as regiões vizinhas, ha sempre um facto importante a assinalar: é a sua ausencia ao nivel das bolsas.

Convencionou-se então classificar esta anomalia com o nome de CRIPTORQUIDIA.

Se a ectopia testicular é unilateral, diz-se que ha MONO-CRIPTORQUIDIA.

Se a malformação é bilateral, como no nesso caso, clas-

sificá-la-nos de BI-CRIPTORQUIDIA.

Ha ainda as MIGRAÇÕES INTERMITENTES, as quais são rarasimas e podem explicar-se pela persistencia do canal peritoneo-vaginal, e existencia dum pediculo muito longo e movel, permitindo assim ao testiculo ocupar variadas posições.

A nós interessam-nos somente as primeiras . isto é, aquelas em que o testiculo se fixa no seu trajecto habitual, não só por serem as mais frequentes, mas tambem por se relacionarem com o caso que serviu de base a este estudo.

A etiologia da criptorquidia é ainda uma questão muito obscura.

Parece, e é a opinião da maioria dos auctores que a hereditariedade desempenha um papel importante na etiologia desta malformação.

O estudo da anatomia comparada pode levar a crêr que a criptorquidia seja um fenómeno de regressão, e assim é, que em certas espécies zoológicas, como por exemplo nos elefantes e cetáceos, ainda haja estropia testicular como organização normal, encontrando-se os testículos escondidos dentro da cavidade abdominal e desempenhando perfeitamente todas as funções que lhes são adstritas.

A favor desta teoria etiologica da hereditariedade militam as observações dos seguintes auctores:

Gailot, que baseando-se nos estudos feitos por Fargoné e Degive acerca da transmissão hereditaria desta anomalia no cavalo, chega á conclusão que ella é tambem muito frequente na especie humana.

Leconte, que viu uma família, em que o pai, filho e o/ neto eram monorquídicos.

Sébileau e Descomps, que nos apresentaram um caso dum pai ectópico do testículo esquerdo, o mesmo acontecendo a seus três filhos.

Segundo alguns auctores, seria a criptorquidia considerada como um sinal de degenerescencia.

A coexistencia de outras variadas malformações anatomicas, no mesmo individuo, com a ectopia testicular, leva a supor que a sua etiologia possa ser explicada por razões de ordem puramente anatomica. E assim é que os auctores citam em abono desta teoria, variados casos dos quais respicamos os seguintes:

Zitzeff relata o caso de uma criança de alguns dias apenas, na qual alem do seu criptorquidismo duplo havia epispadias e exstrofia vesical.

Fue observou um doente portador duma fistula umbilical por persistencia do uraco o qual ao mesmo tempo era bri-criptorquidico.

Feyer observou um homem que, alem da ectopia testicular esquerda, tinha ausencia da cauda do epididimo, da vesicula

seminal, de metade da prostata, e terminando o canal deferente livremente na prostata.

Ao lado destas ectopias testiculares definitivas ha outras que o não são verdadeiramente.

Quero referir-se ás ectopias testiculares infantis.

Estas, que são típicas, quando a criança nasce, desaparecem muitas vezes passado tempos, umas vezes aos dois annos, outras mais tarde, quando a criança atinge a puberdade, etc.

Dá-se por assim dizer um atraso no caminho a percorrer e só mais tarde é que os testiculos se alojam definitivamente nas bolsas.

Segundo Monot e Terrillon e apoiando-se em estatísticas feitas, as percentagens de crianças ectopicas são de 1,25 por 1000.

Os casos de criptorquidia bi-lateral são relativamente raros.

Assim Marshall tendo procedido ao exame de 10.800 soldados só verificou a ausencia dos dois testiculos a um soldado.

É como se vê uma malformação muito rara e apresentada pelo nosso doente.

quanto á predominancia da criptorquidia unilateral, dum

lado ou dentro é assunto de discussão e de interpretação diversa segundo os varios auctores.

Dentre as varias localizações do testiculo ectopico ha uma mais importante pois aparece mais frequentemente.

É a localizaçào inguinal. Para estas estabelece Codard a percentagem de 67 por cento.

As ectopias iliacas vêm a seguir na percentagem de 12 % e diz-nos Lucas Championnière que em grande numero de ectopias inguino-iliacas somente encontrou seis casos de ectopia abdominal.

Qual a patogenia destas anomalias ?

Varias tem sido as opiniões e teorias emitidas, talvez tantas quantos os auctores, e não poucos, que a este assunto se tem dedicado.

Sem termos a veleidade de arranjar-mos uma nova teoria vamos passar em revista o que ha de mais importante nos varios tratadistas a fim de darmos, ainda que resumida, uma ideia do estado actual da questão.

Para melhor comprehensão e facilitar o nosso trabalho descrevamos como os factos se passam na migração normal, para depois compararmos e explicarmos a migração anormal, isto é, a ectopia testicular.

O testiculo para fazer a sua descida normal executa os seguintes tempos:

- 1.º - Abandona o mesorchinium, isto é, o meso-peritoneu que o contém.
- 2.º - Segue o seu agente conductor, o ligamento inguinal do corpo de Wolff, chamado por Hunter, GUERNACULUM TESTIS.

3.º - Atravessa a parede muscular e fibrosa do abdómen.

4.º - Alonga o seu aparelho vesicular, á maneira da descida e cai no escroto.

Esboçada, ainda que rapidamente a migração, normal nós podemos com os auctores, dividir as causas das ectopias testiculares em dois grandes grupos:

1.º - CAUSAS PATOLÓGICAS

2.º - CAUSAS ANATÓMICAS

sendo estas ultimas as mais importantes.

As principais causas patológicas que motivam a ectopia testicular são:

1.º - Os traumatismos actuando sobre as bolsas ipso-facto sobre os testiculos.

2.º - As inflamações.

O traumatismo actua principalmente deslocando o testiculo da sua posição definitiva para outra qualquer região.

As vezes uma migração retardada é concertida em criptorquidia devido á accção dos traumatismos.

Assis Godard conta-nos que um testículo, tendo acazado a sua marcha e encontrando-se situado no canal inguinal é erradamente tomado como uma hernia e como tal tratado.

Resulta dahi que, a pressão exercida continuamente por uma faixa, provoca a fuga do testículo para a cavidade abdominal onde ele vai contrair adherencias, que o impedem de prosseguir a sua trajetoria.

naqui se infere que uma criptorquidia temporaria se torna definitiva devido a um erro de diagnostico, seguido dum tratamento prejudicial.

Não é este no entanto o caso mais frequente.

As mais das vezes o testículo que já occupava a sua situação definitiva é tornado ectopico devido á accção dum traumatismo.

Temos assim a ectopia testicular adquirida.

Varios casos veem confirmar esta asserção. Bruns e Jurinka examinaram doentes em que a glandula genital foi propelida para traz do pubis em seguida a traumatismos actuando sobre a região escrotal.

Shenkins conta-nos o caso dum doente em que o testículo fugiu para a cavidade abdominal após uma queda sobre um

Kocher relata-nos a observação feita num individuo que tendo apanhado um violento e inesperado susto durante o coito, os testiculos fugiram para as regiões inguinais aí tendo permanecido durante o espaço de 5 mezes.

Dentu cita o caso dum docente de Pastridge que caindo violentamente sobre uma sela, teve uma ectopia perineal definitiva.

Broca observou o seguinte caso: uma criança dava o seu passeio montada numa bicicleta; depara-se-lhe um obstaculo, a bicicleta parte e a criança dá uma violenta pancada no se-
lin.

Imediatamente um testiculo foge das bolsas e aloja-se no perineo, na face interna da coxa.

Como se vê não são poucos os casos apontados sobre este assunto.

Surge no entanto no nosso espirito uma duvida.

Como é que o testiculo se pode fixar na região inguinal, e para fora do canal, lugar para onde muitas vezes é lançado e donde nada na que o obrigue a manter-se nessa posição ?

Os auctores tentam dar uma explicação e dizem-nos então, que nestes casos há, ou uma torsão do cordão ou uma luxação do testículo.

Na verdade os sinais objectivos que nestes casos se oferecem parece não deixarem duvidas sobre a luxação testicular.

Esta que tem sido observada por varios cirurgiões acarreta por vezes accidentes muito graves, podendo mesmo produzir a morte.

Como confirmação citemos o caso observado por Shenkins.

Um individuo que fazia exercicios acrobaticos em cima dum cavalo inesperadamente dá uma queda, apanhando uma violenta ancada nos testiculos; estes desaparecem para as virilhas.

O doente é immediatamente operado, falecendo pouco depois.

quando o doente não é victima desta luxação testicular, as dores produzidas pela atrofia são tão intensas e violentas, que tornam urgente a castração.

INFLAMAÇÕES

Estas podem na realidade provocar adherencias que originem a paragem da descida testicular.

São os processos inflammatorios do peritoneu que motivam as mais das vezes adherencias, que causam a fixação anormal do testiculo.

Este facto tem sido observado e relatado por diversos auctores. não tendo no entanto tanta importancia como á primeira vista pareceria e como eles lhe querem dar.

Os casos apontados não são dos mais felezes.

Assim, dois deles referem-se a um feto, outro, a uma criança falecida em seguida ao nascimento, etc.

Duplay junta a estas adherencias abdominaes outras, que parecem mais importantes: são as adherencias que motivam a fixação do testiculo á face interna do canal peritoneo-vascinal.

Todavia o estudo minucioso destes casos leva á conclusão de que eles são rarissimos.

As adherencias que obrigam o testiculo a fixar-se em qualquer altura do seu trajecto ainda podem parecer como

causa secundaria nos processos inflmatorios resultantes dos traumatismos, o que já atraz ficou apontado.

C USAS ANATOMICAS

Alóra as causas patológicas cuja acção é mais ou menos explicavel como acabamos de vêr, o mecanismo da ectopia testicular é um fenomeno algo complexo, no qual entram em acção diversos factores de ordm morfo-genetica que complicam e tornam por vezes difficil a explicação patogenica destas anomalias.

Assim é que, a coexistencia muito frequente de outras malformações com a ectopia testicular, mostra haver entre estas e essas malformações uma interdependencia que só a embriologia e a anatomia comparada poderão explicar.

Diversas teorias foram postas tendentes a dar uma explicação cabal ás causas da ectopia testicular.

Entre ella citaremos com Sevilleau e Descamps as seguintes:

1.ª - Uma disposição anormal do mesorchium, impedindo o testículo de atravessar o anel inguinal;

2.ª - A paralisia, a ausência com as inserções viciosas do pubernaculum testis.

3.ª - O aperto congênito do orifício exterior do canal inguinal e, inversamente, o volume excessivo do testículo ou a sua apresentação defeituosa.

4.ª - A pequenez do cordão espermático, ou as suas aderências, principalmente ao canal peritoneo-vaginal, impedindo assim o seu alongamento regular e progressão.

5.ª - O desenvolvimento rudimentar do escroto.

Estas considerações que poderão á primeira vista parecer simples hipóteses não o são de facto, tendo sido verificadas por diversos auctores.

A confirmá-las temos o testemunho de:

Kocher - que viu o mesorchium recusar-se á entrada do testículo no canal inguinal.

Gérard-Marchant - que num rapaz de 18 anos "encontrou o testículo no anel exterior, preso por bridas fibrosas, que dependendo do tensão aponevrotico do grande obliquo se fixaram aos pilares.

Bezangon - viu varios doentes em que o pequeno comprimento do cordão espermatico, se opunha á descida testicular.

Outros observadores apontam-nos casos em que a atrofia do escroto é tão grande, que não permite a entrada dos testiculos.

Jalaquier "encontrou bolsas, por assim dizer, fechadas por uma membrana fibrosa, sendo impossivel albergar os testiculos".

Mas, todas estas razões invocadas para servirem de explicação a estas malformações, embora sejam todas plausiveis e sirvam para explicar um certo numero de casos restrictos, não servem no entanto para enquadrar neles uma manêira geral todas as ectopias testiculares que, como temos visto, são frequentes são .

É justo pois procurar uma teoria anatomica geral, dentro da qual todos os casos possam ser considerados.

Foi isto o que tentou Godard, conseguindo arranjar a seguinte teoria, que na verdade é bastante interessante.

Para ele, todas as variedades da ectopia testicular

derivam do GUBERNACULUM TESTIS.

Apoiando-se nas ideias de Carling, o qual dizia que o gubernaculum era formado por três feixes diferentes, um interno, outro externo, e ainda um terceiro medio, Godard dava a cada um destes feixes uma determinada acção fisiologica, que lhe permitia explicar todas as variedades da ectopia testicular.

Assim, o feixe externo tinha por acção levar a glandula genital para o canal inguinal; quando faltava originava a ectopia abdominal.

O feixe interno era o encarregado de trazer o testiculo para fora do anel inguinal; a sua ausencia motivava portanto a ectopia intra-inguinal.

AO feixe ~~XXXXX~~ medio cabia por sua vez o papel de lançar os testiculos dentro do sacco escrotal. As suas inserções anormais produziam as ectopias aberrantes.

É fora de duvida que esta teoria é muito interessante e poderia servir-nos para explicar o mecanismo da ectopia testicular. Mas, infelizmente, assim não acontece.

A dissecação cuidada e minuciosa, feita por varios observadores, do GUBERNACULUM TESTIS, não revelam de for-

na alguma uma divisão em três feixes como queria Curling.

Pelo contrario, o feixe gubernacular é formado por um unico cordão arredondado e independente, que penetra sem divisão alguma no canal inguinal.

Ora, sendo errada a ideia anatomica de Curling, a ação fisiologica que Godard queria attribuir ao gubernaculum cai forçosamente pela base.

Podemos, para remate desta teoria, citar uma frase de Lucas-Championnière. "é preciso acabar com a lenda do gubernaculum".

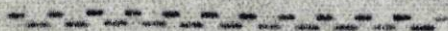
Depois de tanto estudo e de tantas observações algumas das quais, aquelas que mais elucidativas nos pareceram, aqui ficam arquivadas, nós vemos que, ainda não se conseguiu explicar como os factores patogenicos actuan nesta malformação.

Resta-nos finalmente lançar mão da embriologia e da anatomia comparada.

Só estas nos poderá explicar e fazer compreender o mecanismo desta malformação, e as suas diferentes variedades.

Façamos primeiramente algumas considerações que julgo

necessárias para melhor compreensão da maneira como os factos se passam.



Os malferos quanto á localisação dos testiculos podem dividir-se em três grandes classes: na primeira ficam todos aqueles em que os testiculos apparecem escondidos dentro da cavidade abdominal.

Exemplo: cetaceos, muitos desdentados, herbivoros, certos paquidermes, elefantes, rinocerontes, etc.

Na segunda classe collocaremos aqueles em que os testiculos occupando durante a vida intra-uterina, a cavidade abdominal, saem d'ella, atravessando a parede abdominal, ou na finalisação da vida fetal ou nos primeiros mezes após o nascimento.

Como exemplos temos os macacos, carnivoros, ruminantes, etc.

Finalmente na terceira classe agrupam-se aquellos nos quaes os testiculos ficam no abdome e dele saem em epochas determinadas. Assim acontece nos marsupiaes, roedores insectivoros etc.

Daqui se infere que todas as anomalias da migração testicular no homem, são nem mais nem menos que o reflexo do que acontece nos outros mamíferos, sendo assim uma excepção no homem o que nos outros animais é a regra.

Esta hipótese, aclarada, ainda que de maneira um pouco empirica, a patogenia das ectopias testiculares e assim nós teríamos que: uma migração sustada no ventre realizaria o tipo dos animais sem migração, os "testiconda" de Owen; uma migração sustada na virilha reproduziria o tipo dos animais que tem normalmente testiculos inguinais, etc.

As ectopias são pois paragens de migração, ou mal-formações congenitas que derivam desta facto; a realização no homem com caracter permanente eestavel de condições nele transitorias e embrionarias e que nos animais são definitivas e normais.

Esta teoria patogenica baseada na conhecida formula do paralelismo da filogenia com a ontogenia, tem um interesse especulativo apenas.

A observação clinica, anatomica e cirurgica, com as suas dedugões citillitarias e praticas interessa-nos mais.

E assim nós somos a regaes a ser como principio pato-

ênico que, sempre que os tempos da descida testicular normal são sustentados ou anormalizados na sua habitual successão, é porque obstáculos anormais desempenhando papel de causas ocasionais se opõem á sua descida, parando-o, ou desviando-o do seu normal caminho.

São as ectopias inguinaes de todas as mais importantes e para nós o seu interesse é maximo, pois é o caso da nossa observação.

Vamos pois tentar pôr em foco quais os obstáculos comumente fazem parar o testiculo em ectopia inguinal.

De todo o trajecto que o testiculo tem a percorrer para chegar ás bolsas, o mais importante é o inguinal.

De facto, a migração na sua parte abdominal é puramente teorica, pois o testiculo está desde inicio em contacto com a parede inguinal profunda.

Depois da saída do seu trajecto inguinal a migração está de facto acabada, pois a sua queda nas bolsas é um

facto certo apoz a passagem inguinal.

É pois na migração inguinal que se desenvolve toda a historia da ectopia, bem como da migração normal.

A travessia do trajecto inguinal é, antes de mais nada, condicionada pela formação e pela estrutura da parede abdominal.

O canal inguinal não existe previamente formado antes da queda testicular e só é um facto depois desta.

Só no fim do desenvolvimento embrionario existe um canal inguinal tornado permanente pelo cordão espermático.

É pois verosimil admitir que as anomalias da parede muscular aponévrotica da parte inferior do abdomen tenham um grande papel na formação das ectopias testiculares.

Em reforço desta hipótese vem a coexistencia da criptorquidia e anomalias urinarias, como a hipoplasia, quasi ausencia dos musculos da parede antero-lateral do abdomen relatada por Stummé.

Encaremos agora qual o papel do GUBERNACULUM nesta travessia.

O gubernaculum não tem um papel activo, é tão somente o guia, o orientador da queda testicular.

Ha de facto uma retracção do gubernaculum que auxilia a queda do testiculo e faz com que o seu papel não seja inteiramente passivo, mas é pequena a sua importancia.

A verdadeira causa da queda testicular, a causa activa deve encontrar-se no desigual crescimento das partes abdominaes vizinhas que crecem em comprimento e figura enquanto que o testiculo fixamente mantido no seu primitivo lugar pelo seu orientador escrotal nos dá a impressão de que desceu, ao passo que o incompleto desenvolvimento dos planos da parede, lhe deixam passagem livre para as bolsas.

De modo que, quando o testiculo não desce, uma de duas condições se realizou: ou o ligamento gubernacular está ausente ou ha obstaculos anormais da parede á sua queda.

Podem distinguir-se duas variedades de ectopia inguinal: as retro-parietaes, nas quais o testiculo parou atraz do pedunculo obliquo e do transverso e do seu tendão conjuncto e as intersticiaes na qual a paragem se faz depois de

formado parte do trajecto inguinal, atrás do grande obliquo.

O testículo ao passar os dois primeiros músculos não passa sobre o seu bordo inferior como queria Croissant de Garengeot, mas realisa uma verdadeira perfuração como demonstraram Astley Cooper, Cloquet, Rougement e outros.

Dahi, dadas as diferenças de resistencia dos feixes inferiores destes musculos e de extensão da arcada crural, temos uma das causas da ectopia profunda.

Quando é a variedade da ectopia inguinal intersticial que se realisa, é a existencia de fibras unitivas que solidarisam as fibras do tendão do grande obliquo que se pode pedir a causa desta ectopia.

A existencia destas fibras torna difficil senão impossivel a queda testicular por inexistencia ou atroxia do orificio inferior do canal inguinal.

É esta teoria negada por alguns auctores, mas Sebileau e Descomps e Tillaux provam o seu valor patogenico com a observação de autopsias de ectopicos e de deentes operados.

ANATOMIA E FISILOGIA PATOLOGICAS

Como a etio-patogenia que acabamos de estudar a anatomia e principalmente a fisiologia patologicas do testiculo ectopico tem sido objecto de longos estudos e tem suscitado tambem grandes discussões.

Como fizemos para a etio-patogenia deixaremos aqui relatado o que mais interessante nos pareceu e de mais actualisado houver.

quanto á situação em que podem encontrar-se os testiculos ectopicos já foi feita referencia.

Podem, como já vimos, parar no seu trajecto habitual e assim os vamos encontrar na cavidade abdominal escondidos na região lombar ou na região infra-renal, na região iliaca, ocupando uma vez a fossa iliaca, outras localisando-se immediatamente acima do orificio profundo do canal inguinal.

Finalmente podem achar-se na região inguinal, ou presos no canal inguinal ou então emergindo deste canal.

Quando o testiculo se desvia da sua trajectoria habitual para ocupar regiões vizinhas, origina então as chama-

das ectopias aberrantes e pode ocupar situações as mais diversas.

São estas ectopias muito mais raras que as antecedentes mas no entanto, o testemunho de varios auctores da tem assinalado.

Charpy e Desfor-es-Meriel encontraram o testiculo na pequena bacia e atraz da bexiga.

Weinberger viu um testiculo que tendo emigrado da região pelvica se localizou no perineo.

Varios auctores descrevem nos casos em que o testiculo se alojou na região crural, sendo seguido o trajecto dos varios femorais.

Sertoli menciona o caso dum testiculo ectopico situado na raiz da coxa.

Godard, Bonnet, Laborderie e Feré dizem-nos que encontraram um testiculo, que em lugar de se alojar no sacco escrotal dirigiu-se para a prega crico-escrotal.

Papero observou dois casos em que o testiculo esquerdo occupava a raiz do penis.

Guermompraz e Peupart apontam o caso dum individuo em

que o testículo esquerdo se alojava debaixo da pele do
penis do lado direito.

Na região perineal varios auctores nos apontam casos
de ectopia testicular.

Assim Weniberger aponta 74 observações de ectopia pe-
rineal.



A mobilidade do testículo ectopico é variavel consoante
as/suas localizações e as regiões que ocupa.

Ectopiado na região abdominal-iliaca é geralmente fixo,
mas na região inguinal é provido de oscilações mais ou me-
nos accentuadas.

Nas regiões cruro-escretal e crural superficial muitas
vezes é movel e já na região crural profunda é fixo.

Acontece por vezes que o testículo ectopico sendo movel
na infancia acaba por se fixar, não tendo movimentos no
adulto, isto naturalmente devido a adherencias motivadas de-

qual a disposição e situação do epididimo e canal di-
ferente ?

As mais das vezes vamos-lhe encontrar no mesmo lugar
aonde está alojado o testículo.

Outras vezes, Pollin foi quem o observou pela primeira
vez, na uma dissociação entre o testículo ectópico e o seu
aparelho escretor, encontrando-se este na sua posição nor-
mal enquanto que o testículo ocupa as regiões mais diver-
sas.

Desde Pollin para cá isto tem sido ~~xxxxxxx~~ observado
frequentes vezes por varios cirurgiões no decurso de inter-
venções cirurgicas.

A vaginal comporta-se de varias maneiras com o testi-
culo ectópico.

Este arrasta-a frequentemente para onde quer que se
dirija, o que não quer dizer que as coisas se passam sempre
assim, pois tem-se encontrado varios individuos possuidores
de ectopias testiculares, em que a despeito desta malforma-
ção, a vaginal ocupa a região escrotal.

Isto succede quasi sempre, quando alem da ectopia testicular aparece ou um hidrocele ou uma hernia congenitas.

Nestes casos a vaginal é obrigada, ou pelo liquido ou pelo intestino a percorrer toda a trajectoria albergando-se de tro do sacco escrotal.

Nos casos de ectopia inguinal é muito frequente o aparecimento duma hernia.

Broca diz que só a não notou em dois ou três casos.

Explica-se facilmente a sua aparição pela persistencia do canal peritoneo-vaginal.

Nas outras variedades de ectopia elas não são tão frequentes, todavia em três casos de ectopia perineal observados por Broca, num deles havia um sacco herniario.

encurta

O cordão espermatico ~~XXXXXX~~ se muitas vezes, o que tem sido observado quando se intervem cirurgicamente com o fim de curar esta malformação.

Se isto não se nota nas crianças é por assim dizer habi-

tual nos adultos, sendo necessário fazer grande tração para conseguir que o cordão permita a descida testicular.

As aderências do cordão ao canal peritoneo-vaginal são também muito frequentes.

Estas aderências parece/ serem devidas a um processo de privaginalite motivada por irritação ou inflamação da serosa.

Convém não deixar de falar nas bridas cremasterianas que tantas vezes se notam e que segundo auctores são as causadoras de muitos casos de ectopias testiculares, principalmente na infancia.

No caso que serviu de base a este estudo, e como descreveremos adiante só estas podiam explicar a não descida testicular.

Do lado esquerdo o testículo encontrava-se fóra do orifício externo do canal inguinal, com pedículo longo, nada portanto podendo impedir a sua descida.

Estavam no entanto imensas bridas, formando por assim dizer um feixe fibroso que impedia a descida deste testículo.

quanto ao escroto nos criptorquideos está muito reduzi-

do e sendo a criptorquidia unilateral aparece-nos assimetri-
ca.



A histopatologia e fisiologia patologica dos testiculos ectopiados deram e ainda dão origem a estudos e divergencia de opiniões.

Cizia Godard, que "o testiculo ectopico é simplesmente me-
nos volumoso, não sendo a sua estrutura modificada".

Imediatamente responderam Follin e Goubeaux afirmando
que "o testiculo é muito atrofiado e no seu parenquima se
operava uma transformação fibrosa ou gordurosa que destruiu
os elementos caracteristicos do orgão".

Como se vê a não ser sobre a atrofia testicular que ambos
estão de acordo as opiniões destes dois auctores são perfei-
tamente contradictorias.

No entanto parece que todos tinham razão.

É que Godard tinha feito os seus estudos em testiculos
de criança ao passo que Follin e Goubeaux tinham examinado
adultos.

Na criança, de facto, não existem grandes modificações; há simplesmente ligeiras alterações epiteliais.

No adulto aparecem lesões parenquimatosas; o epitélio desaparece, acentua-se a degenerescência gordurosa e os tubos seminíferos sofrem uma profunda alteração fibrosa.

Aufage e Aubertin comunicaram á Sociedade de Anatomia o caso dum testículo ectópico num individuo adulto, por eles operado e em que foi necessaria a castração, cujo exame histológico revelou uma completa esclerose da glandula genital.

Há no entanto casos, e Sebilleau e Descompe os relatam, em que testículos ectópicos de adultos apparecem sem lesões algumas.

Parece demonstrado que a fixação testicular provoca uma atrofia mais rapida.

É o que se tem verificado em varios casos.

A criptorquidia abdominal accelera a atrofia do testículo, não se dando o mesmo na ectopia inguinal, onde o testículo é provido de mobilidade.

quanto á espermato-genese os auctores mais ou menos es-

pico é testículo infecundo, testículo em que as células macho não são enxertadas.

Várias experiências se tem realizado em animais e todas são unânimes em confirmar esta asserção.

De sorte que, indivíduo portador duma criptorquidia unilateral, ainda pode ser fecundo, o mesmo não acontecendo aos bicriptorquideos.

Esta regra, assim lhe podemos chamar é geral, pelo que algumas excepções apontadas tem suscitado grandes dúvidas.

O caso mais interessante é o relatado por Lucas-Championnière em que um pai bi-criptorquideo teve três filhos.

Estes casos tem sido muito discutidos e parece serem motivados por erros de diagnostico.

MANIFOLD

Vamos agora ver quais serão as alterações gerais produzidas nos indivíduos portadores de ectopias testiculares.

As crianças, nas quais não se completou a descida testicular, são caracterizadas pela sua pequenez, enfraquecidas, macilentas e algumas vezes rachíticas.

Na adolescência conservam geralmente o mesmo aspecto infantil; o penis não se desenvolve, as regiões pilosas continuam glabras; são habitualmente crianças tímidas e efeminadas, mudando às vezes bruscamente para nos apresentarem todos os atributos do seu sexo, quando se completa nesta altura a descida testicular.

A puberdade dos criptorquídicos quasi passa despercebida, não apresentando nenhuma das modificações que são o seu apanágio.

Certos doentes, no entanto, e é observação de varios autores, quando alcançam a puberdade apresentam-nos todos os caracteres e atributos do sexo masculino.

Todas estas alterações que se produzem, parecem serem motivadas pela falta da secreção interna dos testiculos tal qual se dá nos indivíduos submetidos á castração.

Quinard descreve assim o homem castrado.

Apresenta a pele branca e desprovida de pelos; é alto, com os membros superiores e inferiores muito compridos; espaldas estreitas e bacia larga; formas arredondadas, seios mais ou menos desenvolvidos, voz infantil e penis muito atrofiado.

Estas modificações aparecem principalmente quando a castração é realizada em criança.

Todavia nos adultos, ela traz por vezes ~~alterações~~ alterações tanto ou mais pronunciadas ainda.

Estes indivíduos geralmente conservam a ereção, podendo ter relações sexuais.

Nos indivíduos bicristerquidos as alterações descritas, são mais ou menos ~~as mesmas~~ aquelas.

Donde parece poder concluir-se que nestes, como naqueles há a ausência da secreção interna.

SIATOCEATOLOGIA

DIAGNOSTICO

O que nos impressiona em primeiro lugar é a ausencia do testiculo, ou testiculos no sacco escrotal.

Este encontra-se muito diminuido de volume, e, quando a criptorquidia é unilateral ha um acentuado desvio do rafe mediano para o lado da bolsa escrotal vazia.

quando isto acontece compete-nos procurar a região onde se alberga o testiculo ectopiado.

Não é difficil a pesquisa quando ele se encontra na região inguinal.

Pondo o doente em pé e obrigando-o a executar qualquer esforço, tosse por exemplo, o testiculo apparece-nos immediatamente sendo então facil a palpação que nos fornecerá os necessarios elementos para o diagnostico.

Quando ele se aloja na região iliaca, só uma palpação profunda nos permitirá localisa-lo.

Encontramos então uma massa tumoral com a forma e consistencia do testiculo e que causa dores ao doente se a

palpação se executa com mais ou menos força.

Temos no entanto desarmados para a migração abdominal.

Para esta não temos elementos esoléticos necessários que permitam dizer onde o testículo se alberga.

Em algumas localizações da migração aberrante não é também difícil encontra-se o testículo. Por exemplo:

nas regiões cruro-perineal, crural, raiz do penis, etc.

Quando encontramos em qualquer destas regiões, um órgão que se nos assemelha a testículo, e, sabendo previamente que ele fica na região escrotal, temos a obrigação de estudar o seu volume e consistência, mobilidade, dor, etc., pois executando assim um exame metódico não nos é muito difícil o diagnóstico.

É bom todavia não nos habituarmos a precisar um diagnóstico por um simples exame, pois como já sabemos, o testículo muitas vezes é, por assim dizer, flutuante, emigrando das bolsas com relativa facilidade, para voltar a ocupá-las após qualquer esforço mais ou menos violento.

Como já ficou relatado, a quando do estudo da patogenia desta malformação é muito frequente a coexistência duma hernia inguinal.

Temos então a obrigação de fazer o seu estudo, pois neste caso, o quadro torna-se muito mais sombrio, se atendermos a que esta, pode por qualquer motivo estrangular-se.

Nem sempre é facil o diagnostico duma hernia inguinal nestas condições.

E digo isto, porque muitas vezes ella esconde-se atraz do testiculo, não se conseguindo apanhá-lo, nem mesmo obrigando o doente a tossir, pois este esforço ~~faz~~ faz somente progredir o testiculo, que é empurrado pela hernia.

É claro que me refiro neste caso á hernia inguinal coexistindo com a variedade de ectopia inguinal, sendo tambem este o caso mais usual.

Em frente duma creanga criptorquidica, ainda temos de indagar se se trata duma ectopia definitiva, se duma mi-

gração retardada, pois, já foi também mencionado que, muitas ectopias testiculares infantis desaparecem ou, logo em seguida ao nascimento, ou então no decorrer da adolescência e mesmo na época da puberdade.

Temos alguns elementos de que podemos lançar mão se bem que não sejam infalíveis.

Assim, quando estivermos em frente duma ectopia inguinal, na qual o testículo esteja situado para fora do anel inguinal e tenha também alguma mobilidade, é de presumir que, mais tarde, devido a qualquer esforço ele venha ocupar definitivamente o seu lugar dentro das bolsas.

Isto que *á priori* parece que sempre devia suceder, nem sempre acontece, e devido principalmente ás bridas cremasterianas, que já mencionei, e que obstatm á completa migração.



Feito este exame local, devemos então pesquisar quais as alterações gerais, que esta malformação acarreta.

COMPLICAÇÕES

O prognóstico da ectopia testicular é geralmente benigno.

Podem no entanto surgir algumas complicações de maior ou menor gravidade.

Entre estas, seja-nos permitido citar em primeiro lugar, aquela que, por ser a mais frequente e acarretar por vezes uma certa gravidade merece especial menção.

Refiro-me á hernia inguinal. Esta pode motivar um estrangulamento intestinal, cujas eventualidades, por serem de todos bem conhecidas, nos parece desnecessário apontar.

Vem em seguida as dores, que aparecem principalmente na ocasião de jogos, esforços, etc.

Muitas vezes nestes casos dá-se uma subida do testículo ectopiado, no seu trajecto.

Estas dores podem ser tão violentas, ter tal intensidade, que occasionar por vezes uma verdadeira colica, com vomitos, accidentes convulsivos, etc. chegando até a simular uma crise appendicular e motivando uma intervenção cirurgica.

NOS CASOS DE LUXAÇÃO TESTICULAR originada por traumatis-
mos actuando sobre a região escrotal, já vimos que, o
prognostico é por vezes tão sombrio, finalizando a morte
esta complicação.

Consideremos agora as doenças do testículo ectopiado.

As principais são:

ORQUI-EPIDIDIMITE e VAGINALITE E OS NEOPLASMAS.

Vejamos em primeiro lugar a orqui-epididimite.

Diz Ledouble que um individuo monocriptorquideo que se-
ja atingido com a infecção blenorragica, esta ataca de pre-
ferencia o testículo ectopiado.

A orquite dos criptorquideos é de gravidade variavel,
consoante a disposição da vaginal, ao contacto da qual se
dá a evolução.

Assim, se o canal peritoneo vaginal é largo, pode muito
facilmente sobrevir uma peritonite, que generalizando-se
facilmente ocasiona a morte.

Se o canal peritoneo vaginal está fechado todo o perigo desaparece pois a infecção fica localizada.

-:-:-:-

Parece demonstrado que, sendo o testículo ectopiado muito facilmente atacado por infecção e principalmente pela infecção blenorragica, é todavia poupado pela tuberculose e pela sífilis.

São estas as conclusões a que, após muito estudo, chegaram tubercuologistas e sífillografos eminentes.

-:-:-:-

MANNEFOLD

693

NEOPLASIAS

Varios cirurgiões tem assinalado a frequencia de tumores malignos, desenvolvendo-se nos testiculo ectopico, parecendo que a ectopia abdominal é a unica que é propada a esta terrivel lesão.

Bland Sutton dá-nos a seguinte e impressionante informação: em 67 casos de tumores testiculares operados no hospital de Londres, 48 tinham-se desenvolvido em testiculos ectopiados.

É, como se vê, uma percentagem esmagadora.

E, apoiando-se nesta estatística dizia ele, que testiculo ectopiado devia ser castrado para evitar a degenerescencia cancerosa.

No entanto, observações e estatísticas ultteriores não coincidem com as de Bland Sutton, antes pelo contrario diminuem muito a percentagem dos neoplasmas desenvolvendo-se em testiculos ectopiados.

INDICAÇÕES OPERATORIAS

As indicações operatorias diferem consoante se trata de ectopias aberrantes ou de ectopias por migrações anstadas.

No caso de ectopias aberrantes só a intervenção cirurgica poderá fazer com que os testiculos se dirijam para o sacco escrotal.

Por isso todas as vezes que estajamos em frente dum caso de ectopia testicular aberrante, e que o testiculo se encontre em região que permita a orquidopexia, devemos intervir cirurgicamente.

Nas migrações anstadas temos de considerar a situação do testiculo ectopiado.

Se se trata duma ectopia infra-inguinal, isto é duma ectopia, em que o testiculo atravessou o anel externo do canal inguinal, não devemos operar, principalmente tratando-se de crianças, pois segundo afirmam diversos auctores e já foi feita referencia atrás, o testiculo á maneira que

se desenvolve, vai descendo ao, longo da sua trajetória dirigindo-se para o seu saco escrotal.

No caso de coincidir esta ectopia com uma hernia inguinal, a intervenção está indicada, para evitar possíveis estrangulamentos.

Se se trata duma ectopia supra-inguinal, com coexistência de hernia, a operação é necessária.

Alguns auctores aconselham nestes casos o uso duma funda.

Como já foi dito, esta, em lugar de vantagens só nos fornece desvantagens.

Assim, uma migração testicular que se tenha atrozado na sua descida, ficando o testículo preso por causa da pressão exercida pela funda, converte-se em migração sustada definitivamente, sendo então necessaria a intervenção operatoria.

Quando a paragem do testículo é alta, mais indicada está a operação, pois poucas ou nenhuma são as probabilidades de continuação da descida.

Quando a migração não apparente herniaria, são diversas as opiniões dos auctores. Uns inclinam-se para a operação immediata, outros para a abstenção.

Nós, pelo que ficou exposto, inclinamo-nos para a intervenção cirúrgica, e mais principalmente se a anomalia é dupla, isto é se na bi-criptorquia.

CONCLUSÃO

Em que altura se deve operar uma migração sustada ?
Deve ser na infância, na puberdade ou na idade adulta ?
Quer-nos parecer que a intervenção deve ser regulada pela fisiologia do testículo, pela existência da hernia inguinal e pelas complicações precedentes.

Nos primeiros anos da vida extra-uterina o cirurgião deve esperar.

E digo isto, porque a descida pode completar-se.

No entanto, se houver qualquer complicação, como torções ou até cólicas violentas, a intervenção não se deve fazer esperar.

Na puberdade já deve estar realizada a intervenção.

É como se sabe nesta altura da vida que se inicia por assim dizer, a fisiologia do testículo.

Por esta razão ele deve ocupar a sua situação definitiva para se desenvolver completamente.

A grande maioria dos trabalhos contemporâneos sobre este assunto, dão-nos a segunda infância, como a melhor época da vida para a realização da operação. Isto só traz vantagens; a criança está em muito melhores condições para sofrer uma intervenção cirúrgica, e além disso já sabemos se se dá ou não a descida tardia, pois fora desta idade ela é extremamente rara.

Alguns autores aconselham fazer-se a castração.

A não ser em casos de ectopia aberrante, em que seja completamente impossível a orquidopexia, e por causa das neoplasias que tão frequentemente se enxertam nos testículos ectopiados, não vejo razão alguma para assim se proceder.

Tratando-se da bicriptorquidia ainda com muito mais razão se devem conservar os testículos pois são bem conhecidos de todos, os inúmeros inconvenientes originados pela castração dupla.

Quando estivermos diante dum adulto portador de ectopia testicular, devemos atender principalmente á urgência realizando então a cura radical.

Se a ectopia é unilateral, e não na maneira de se realizar a orquidoquexia, poder-se há fazer a hemicastração.

Se a anomalia é dupla devemos conservar sempre os testículos.

Em resumo:

1.º - A melhor idade para se realizar a operação é a segunda infância;

2.º - Nunca se deve fazer uso da funda;

3.º - Sempre que seja possível conservar-se não os testículos;

4.º - No caso de ectopias que acarretem graves perturbações é permitida a operação nos primeiros anos da vida extra-uterina.

TÉCNICA OPERATORIA

São por assim dizer imensos os processos operatorios usados para a fixação testicular.

Isto explica-se facilmente pelas recidivas tão frequentes.

Antes de descrevermos o nosso caso vamos deixar, ainda que a título de curiosidade, aqui arquivados alguns desses processos.

A operação pode dividir-se em dois tempos:

no 1.º faz-se a cura radical da hernia, que muitas vezes acompanha a ectopia;

no 2.º liberta-se o testículo do seu pedículo e realiza-se então a fixação ao saco escrotal (orquidopexia).

Descrevamos em primeiro lugar o processo usado por Ambredaune.

Este procede diferentemente consoante a criptorquidia é uni ou bilateral.

No primeiro caso a técnica que aconselha é a seguinte:

Depois do doente estar convenientemente preparado procede-se á desinfeccção local e limitação do campo operatorio

com roupa esterilizada.

O operador coloca-se á direita do doente quer a mono-criptorquidia seja direita ou esquerda.

Inicia-se a operação pelo chamado TEMPO INGUINAL.

Incisão exactamente igual á usada para a cura radical da hernia inguinal, medindo em media 4 a 3 centímetros de comprimento, interessando pele e tecido celular sub-cutaneo.

Seccciona-se o tendão do grande obliquo cujos bordos ficam pingados.

Aparece agora o testiculo no canal peritoneo-vaginal.

Sem abrir o canal, descola-se o testiculo e os seus envoltorios do canal inguinal.

Levanta-se o testiculo e liberta-se o cordão até ao orificio interno inguinal profundo.

Se o canal peritoneo vaginal está permeavel, abre-se e faz-se a sua laqueação.

Passa-se um fio de catgut no fundo vaginal testicular dum lado, e no canal peritoneo vaginal do lado oposto ao canal deferente e á altura do polo superior do testi-

culo.

Não se cortam estes fios de catgut, deixando-os presos com uma pinça.

TEMPO ESCROTAL.

Com duas pinças de Kocker, segura-se o rafe mediano do escroto.

O operador com grande cautela abre caminho para o fundo da bolsa correspondente á operação.

Com a mesma cautela abre-se o septe escrotal, introduzindo o dedo na bolsa escrotal oposta e que faz subir o testículo não ectopiado.

Faz-se agora uma incisão pequena, servindo o dedo de guia, no saco escrotal, pingando-se os bordos com pinças de Kocker.

A ansa de catgut que estava passada ao testículo ectopiado, sai agora pela bolsa escrotal do lado oposto e fazendo-se tração, obriga-se o testículo a atravessar o septe escrotal e dirigir-se para a bolsa onde estava o outro testículo.

Fixa-se nesta bolsa o testículo e sutura-se a ferida.

da operatoria.

Em resumo: colocou-se o testículo ectopiado, imediatamente abaixo do testículo normal.

Completa-se a operação restaurando a parede da região inguinal.

Para isso faz-se primeiramente uma sutura de catgut unindo adiante do cordão, a arcada de Falopio ao pequeno obliquo.

Uma sutura une os bordos do grande obliquo.

Agrafes Michel suturam a pele.

Se a CRIPTORQUIDIA É BILATERAL a tecnica aconselhada por Ombredaune é a seguinte.

Depois de ter procedido á desinfeccão local, inicia a operação pelo tempo inguinal direito.

Operador á direita do doente ficando neste lugar durante todo o decurso da operação.

Abre o canal inguinal direito e faz a libertação deste canal, segundo a tecnica exposta.

Com o dedo abre caminho até ao fundo do escroto e passa ao segundo tempo inguinal (lado esquerdo).

Executa desta lado exactamente o que fez á direita, passando em seguida ao

1.º TEMPO ESCROTAL.

Com duas pinças de Locker segura o rafe escrotal, introduzindo então o indicador e querdo pelo angulo inferior da ferida inguinal direita. Faz então uma abertura a bisturi de 2 centimentros e meio, na bolsa escrotal, por onde introduz uma pinça que vai buscar o testiculo do lado oposto.

2.º TEMPO ESCROTAL.

Procede-se analogamente para com o outro sacco escrotal fazendo com que o testiculo oposto o venha ocupar. Temos então os dois testiculos cruzando-se na botueira praticada no septo das bolsas e o testiculo esquerdo saindo pelo sacco escrotal direito e inversamente.

Fixam-se os testiculos, suturam-se as feridas operatorias nas bolsas e completa-se a operação pela restauração das paredes inguinais.

Ha varios metodos diferindo muito pouco do que fica descrito.

Entre esses citamos os de Waltner, Sebilleau e Descomps,

etc. Todos estes auctores procedem ao cruzamento testicular.

O mesmo não faz A. Broca. Diz este auctor no seu tratado de cirurgia infantil que, nada ainda demonstra que se tenha tizado com estes processos mais ou menos complicados, melhores resultados que suturando o canal inguinal acima do testiculo descido, e deixando este do mesmo lado.

Diz Broca que este é o processo que vem seguindo ha mais de vinte anos e com ottimos resultados, tendo unicamente realisado três castrações por testiculos tornados muito dolorosos.

Ha ainda outros auctores que vão procurar pontos de apoio para a fixação do testiculo como a aponevrose dos adultos (Peyret e Gouligoux), a região crural, etc.

Quer nos parecer que os dois processos descritos, de Ombrédaine e de Broca, são os mais interessantes, não sendo os outros mais que variantes destes.

- OBSERVAÇÃO -

Doente Jeronimo T.R.

18 anos, aprendiz de sapateiro.

Naturalidade, Porto.

Entrado para a enfermaria 1, em 17 de Abril de 1923.

ESTADO ACTUAL.

EXAME LOCAL.

Procedendo ao exame local do doente, o que primeiro nos impressionou foi o pequeno volume das bolsas escrotais, dando-nos o aspecto de completa ausencia dos testiculos.

Estando o doente na posição de decubito dorsal e mandando-o tossir notam-se, ás primeiras vezes, duas saliências de tamanho aproximadamente igual e situadas a meio das arcadas crurais.

São estas tumefacções oblongas, com o seu maior eixo paralelo a estas arcadas, e com o aspecto e forma das glândulas genitais.

Desde que cessa a tosse tudo desaparece.

Mandando colocar o doente na posição vertical, e obrigando-o a tossir não se notam com tanta nitidez estas tumefacções, acentuando-se este facto mais do lado esquerdo.

Examinando o doente em diversas ocasiões e em varios dias e mandando-o provocar a tosse, umas vezes estas saliências apresentavam-se mais nitidas, para deixarem de aparecer outras vezes.

A palpação confirmou a inexistencia dos testiculos dentro das respectivas bolsas escrotais e sem provocar a tosse ao doente nada revelou.

Colocando o doente em decubito dorsal e obrigando-o a tossir, conseguimos, ainda que com relativa dificuldade, fazer a palpação de duas saliências no lugar em que nos apareciam pela inspecção.

Estas tumefacções são do tamanho aproximado dos testiculos, estão colocadas ao meio da distancia das espinhas iliacas antero superiores ás espinhas do pubis, e provocam dor ao doente quando a palpação é realizada com um pouco de força.

Pela palpação ainda conseguimos ver que tinham pouca mobilidade, parecendo adherentes aos planos subjacentes.

quando o doente passa da posição de decubito dorsal para a posição vertical, a palpação destes tumores torna-se mais difícil, principalmente do lado esquerdo.

Apezar de repetidos exames não consegui, pelo simples exame, clinico, averiguar se haveria ou não existencia de hernias inguinais.

Isto não nos deve admirar pois é de todos sabido, que em tais casos, podem existir e existem as mais das vezes hernias, que ficando escondidas atraz dos testiculos, tornam impossivel o seu diagnostico.



O exame dos demais aparelhos do doente revelou uma perfeita integridade de todas as suas funções.

A reacção de Wassermann feita no Laboratorio da Faculdade deu resultado negativo.

O doente pesa 28,500 gr.

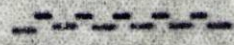
A sua altura é de 1,30^m

Como se vê, está bem desenvolvido para a idade que tem (13 anos).

É muito esperto, rischoso, e com uma vulgaridade fora

XX

do vulgar, não apresentando caracteres alguns de infantilismo, sintomas estes que não se coadunam com a atrofia testicular, tão frequente em casos analogos.



HISTORIA DA DOENÇA

Em pouco se resume a historia da doença.

Segundo informações colhidas na família, a ausência dos testículos nas bolsas escrotais data desde o nascimento.

Pequenas tem sido as perturbações ocasionadas.

Diz-nos o doente, que fazendo uma caminhada longa ou correndo bastante tempo, sente ligeira dor ao longo das arcações de Poupart, o mesmo acontecendo quando o tempo está frio.

Foi isto que levou a família a interná-lo no Hospital, a fim de ser operado.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Nada se apurou; tem sido saudavel.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Pai falecido de tuberculose pulmonar.

A mãe contriu matrimonio duas vezes. De primeiro
nouve três filhos, sendo dois vivos e saudaveis, o tercei-
ro é o doente que estanca a estudar.

Do segundo matrimonio teve um abroto e um filho, que
é saudavel.

Informa a mãe que o segundo marido é sifilitico, tendo-
se ela sifilizado após este segundo casamento.

TRATAMENTO

Vamos em primeiro lugar descrever o tratamento aplicado ao nosso doente e depois faremos algumas considerações sobre se estava indicado, se devíamos intervir nesta altura, se o metodo empregado era o melhor, etc.

PREPARAÇÃO DO DOENTE

Começou-se a preparar o doente dois dias antes da operação, tendo-se administrado o sulfato de soda e feito lavagens locais com agua e sabão, applicando-se em seguida pensos fenicados.

Como tónicos cardíacos usamos a esparteina, estrichnina, óleo canforado e adrenalina.

OPERAÇÃO

Anestesia chloroformica

n

Começo da anestesia, - 10,55

Fim da anestesia, - 11,45

Começo da operação, - 11,5

Fim da operação, - 11,45

Procedeu-se em primeiro lugar á desinfectão com a mistura de biiodetos (biiodeto de potassio, biiodeto de mercurio, e alcool a 75%) e á limitação do campo operatorio com toallhas esterilizadas.

A operação foi realisada em duas sessões: na primeira fez-se a intervenção do lado direito, e quando tudo estiver cicatrizado far-se ha a segunda intervenção.

Podemos para facilidade de descripção esquematizar a operação nos seguintes tempos:

1.ª - INCISÃO DA PELE E ABERTURA DO CANAL INGUIAL.

A incisão da pele é idêntica á da vulgarmente realisada, para a cura radical da hernia inguinal: é uma incisão de sete centimetros de comprimento, na direcção da bissectriz do angulo formado pela linha media e arcada crural, e partindo do inicio do sacco escrotal.

Feita esta incisão, procedeu-se á laqueação de todos os vasos superficiaes que sangravam, e separado o tecido celular sub-cutaneo, appareceu-nos a aponevrose, do grande obliquo e o orificio externo do canal inguinal.

Introduziu-se por este uma sonda canula, realisando então a secção desta aponevrose, tendo o cuidado de a pin-

gar com pinças de nove dentes.

2.º - ISOLAMENTO E ABERTURA DO SACO FIBROSO COMUM AO TESTICULO E AO CORDÃO.

Realizada esta ~~manobra~~ secção, apareceu-nos o testiculo, o epididimo e a nidatide.

Havendo fortes aderencias de cremastes ao testiculo e ao cordão, procedeu-se á sua libertação.

Não havia aderencias á parede posterior do canal inguinal, e verificamos que o testiculo não se apresentava atrofiado.

Isolou-se o cordão do canal peritoneo-vaginal e passou-se então ao

3.º Tempo - ABERTURA DA VAGINAL E DO CANAL PERITONEO VAGINAL.

Fez-se agora a abertura da vaginal prolongando-se a incisão para cima afim de se abrir tambem o canal peritoneo vaginal.

Feita esta incisão, verificamos que o testiculo não apresentava alteração alguma, aparecendo-nos imediatamente gordura peritoneal e uma ansa intestinal.

Por aqui se vê, que coexistindo com a criptorquidia

havia também a hernia inguinal, tufando lá no fundo.

4.º tempo - FICHA O PERITONEO. FAZER A RECONSTITUIÇÃO DA VAGINAL E RESECAR O CANAL PERITONEO-VAGINAL.

Tendo-se realizado a dissecação do canal peritoneo vaginal fez-se a sua laqueação o mais alto possível, cortando-o então.

Com os fios de catgut que serviram para o fechar na sua parte superior realizou-se a manobra de Baker.

Como a vaginal tinha sido aberta, foi agora fechada com continua de catgut.

Muitas vezes é necessário fazer um alongamento do cordão pois como vimos, uma das causas da criptorquidia, é a sua pequenez.

No nosso caso não foi preciso a realização deste tempo operatorio, pois o cordão era suficientemente longo para permitir a descida testicular.

Não foi necessário também restaurar a parede posterior do canal inguinal.

5.º tempo - FIXAÇÃO TESTICULAR.

É agora que se entra propriamente na operação da criptorquidia: a ORQUIDOPTIXIA.

No dia 27 do mesmo mez foi o doente submetido á segunda parte da operação (lado esquerdo).

Preparação idéntica á da primeira operação.

Anestesia - Éter e cloroformio.

	n
Começo da anestesia	11,10
Fim da anestesia	12,20

Começo da operação	11,20
Fim da operação	12,30

Estando o doente anestesiado e feita a desinfecção local procedeu-se á incisão da pele, incisão esta que tem a mesma orientação da do lado direito, sendo no entanto mais extensa, para melhor se poder realizar a cura radical da hernia inguinal.

Os tempos operatorios realizados foram os mesmos que descrevi para a primeira intervenção, pelo que me abstenho de os tornar a enumerar.

Como particularidade interessante, notava-se a existência de inúmeras bridas cremasterianas que impediam a migração completa do testículo e que eram a causa da dificuldade que a palpação da glandula, deste lado esquerdo, oferecia.

Prendiam-o, tornando impossível a sua propulsão.

Aberta a vaginal e o canal peritoneo-vaginal verificou-se a existencia de hernia inguinal e a ligeira atrofia do testiculo, em relação ao do lado oposto. O processo seguido para a orquidopexia foi ainda o de Breca, que tão brilhante resultado tinha dado na primeira intervenção.

Depois da operação o doente conservou-se bem, sem vomitos e apiretico.

Os resultados obtidos apoz as intervenções foram os mais satisfatorios possiveis.

Passados poucos dias depois de realizada a primeira intervenção o testiculo direito já se apanhava facilmente ao nivel do sacco escrotal.

Quando o doente teve alta da nossa enfermaria em 8 de Julho de 1922, o testiculo direito tinha descido quasi completamente, e o esquerdo já fazia a sua aparição ao nivel do respectivo sacco escrotal.

Como se trata duma criança, queremos acreditar, que á maneira que se for realisando o crescimento testicular, a

Finalmente direi, que para completo restabelecimento
instituímos ao doente o uso de orquidina durante algum
tempo.

369

WYANDHOLD

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO

CASO APRESENTADO

O diagnostico a pôr depreende-se facilmente da apresentação do doente.

Os testiculos faltavam ao nivel das bolsas, e por outro lado encontravam-se nas regiões inguinais duas tumefacções com aspecto, forma e consistencia que elles costumam apresentar.

A pressão exercida com um pouco de força provocava dores ao doente.

Parece não ser difficil neste caso fazer o diagnostico de ectopia testicular bilateral ou briptorquidia.

Haveria hernia inguinal ?

O simples exame clinico não o permitia dizer. Era no entanto presumivel acreditar que sim, pois estes casos de ectopia vem geralmente, como vimos, acompanhados de hernia inguinal.

A intervenção cirurgica demonstrou-nos claramente que ellas existiam, e que era difficil o seu diagnostico, pelo facto de se encontrarem escondidas atraz dos testiculos.

Quais as causas que detiveram os testículos na sua migração ?

A nós quer-nos parecer, que as principais causas que impediram os testículos de completarem a sua migração eram os bridos crematerianos que lhe estavam aderentes.

Este facto, acentuava-se principalmente do lado esquerdo como atrás ficou relatado.

Tivemos mais a confirmação do que deixamos dito, a quando do estudo da etio-patogenia desta malformação.

-:-:-:-

Estava indicada a intervenção cirurgica nesta altura ou deveríamos esperar mais tempo ?

Depois do que ficou exposto, quando me referi ás indicações terapeuticas para casos semelhantes, entendo que a unica terapeutica aqui aconselhada era a intervenção cirurgica.

Varias razões me levam a fazer esta afirmação.

Como vimos é esta a melhor idade para se realizar a operação; o doente está a entrar na puberdade e convem que

já esteja operado nessa altura para o testículo se poder desenvolver e realizar as suas funções fisiológicas.

Se atendermos agora á idade do doente, e á pouca mobilidade dos testículos, não é de presumir que a migração se viesse a completar.

Por outro lado o doente, acusava ligeiras dores ao nível das regiões inguinaes, que se não eram muito violentas, poderiam vir a sê-lo principalmente daqui em diante quando os testículos se começassem a desenvolver.

Se nós não tínhamos clinicamente diagnosticado a coexistencia de hernias inguinaes, presumimos que elas deviam existir, pois são muito frequentes, quasi a regra, em casos analogos; e estas só de per si eram o bastante para ~~XXXXXXXXXXXX~~ justificar uma intervenção cirurgica.

Se o doente não fosse operado nesta idade, a atrofia testicular poderia ocasionar dores tão violentas, que fosse necessaria a castração e tratando-se dum caso de bicriptorquidia, já vimos quais os seus graves inconvenientes.

A facilidade com que se desenvolvem neoplasias nos testículos ectopiados e as frequentes orquites, que aparecem

quando na infecções blenorragicas, podendo motivar tambem graves complicações, indicavam sobremaneira a intervenção cirurgica.

A realização da operação em dois tempos tem pelo menos uma dupla vantagem:

1.ª - O doente esteve muito menos tempo sob a acção anestésica;

2.ª - Depois de realisada a primeira intervenção já nós viamos qual o resultado obtido, e se era conveniente ou não aplicar outro metodo, pois já sabemos que ha varias maneiras de realisar a orquidopexia.

-:-:-:-

FIM

VISTO

PODE IMPRIMIR-SE

Teixeira Bastos
Presidente

Lopes Martins
Director

BIBLIOGRAFIA

- A. Eroca - Chirurgie infantile.
- Forque - Patologie externe
- Ombredaune - Technique Chirurgicale infantile.
- Sebilleau et Descomps - Maladies des organes genitaux de l'homme.
- Tillaux - Traité de chirurgie clinique.
- L. Testat - Anatomie descriptive.
- Le Dentu - Rarété de la tuberculose. Soc. chir. Paris 1902.
- Guibé - Presse med. 1912
- Le Double - De l'épidémie blennorrhagique.
- Le Dentu - Des anomalies du testicule.
- Hes - Persist. de l'ouraque, fistule ombilicale; ectopie inguinale double.
- Reville - De l'ectopie en retour.
- Terrillon - Ann. des mal. des org. gen. urin. 1886.
- De Fajole - Contrib. à l'étude de l'ectopie testiculaire traumatique - Thèse de Montpellier.
- Klein - L'ectopie perinéale du testicule. Thèse de Paris.
- Duplay - Ectopie testiculaire inguinale - Presse med. 1889.
- Gerard-Morçant - Bull. de la Soc. de chir. 1880.
- Lucas-Championniere - Arch. de méd. 1900.

Sappey - Traité d'anat. descriptive.

Raymond - Anat. chir. du testicule en ectopie inguinale -
Thèse de Montpellier 1903.

Charpy et Desforges-Meriel - Ectopie testiculaire pelvien-
ne retro-vesicale - Arch. de chir.

Follin - Etudes anatomiques et pathologiques sur les anoma-
lies de position et les atrophies du tes-
ticule. (Arch. Gen. Med.)

Berger - Traité de chirurgie.

Godard - Étude sur la monorchidie et la cryptorchidie chez
l'homme.

Goubeaux et Follin - De la cryptorchidie chez l'homme.

Antefage et Aubertin - Bull. et Mem. de la Soc. anat. 1903.

Fasano - Hist. path. du test. ectopique (El policlinico
1910).

Souligoux et Lecène - Cancer d'un testicule en ectopie
abdominale opéré pour accidents péritoneaux (Bull. et
Mem. de la Soc. anat. de Paris. 1901).

Broca - Presse médicale. 1905.

Koeppelin - Le testicule ectopique cancéreux (Gaz. des Hôp.
1902).

Tuder - Contr. à l'étude des tumeurs mal. du test. en ecto-
pie inguinal. Thèse de Bordeaux 1904.

Batut - De la contraction dans certaines formes d'ectopie
testiculaire (Soc. méd. franc. 1911).

Perrot - Traitement de l'ectopie testiculaire chez l'en-
Perrot - Traitement de l'ectopie testiculaire chez l'en-
fant. Thèse de Montpellier 1909.

BIBLIOGRAFIA

- Dentu et Delbet - Traité de Chirurgie Clinique et opératoire.
- Forgue - Précis de pathologie externe.
- Gallavardin - La tension artérielle en clinique.
- Gley - Précis de physiologie.
- M. Leconte - Notions récentes sur les phlébites.
- Mabille - Méthode biométrique pour les diagnostic des états variqueux et le choix de leur thérapeutique.
- H. Sergent - Ribadeau Dumas - L. Babonneix - Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée. Appareil Circulatoire (Vaquez, Lian, Hertz, Leconte). Paris 1922.
- H. Vaquez - Les maladies du cœur.
- Villeret, Saint-Girons et Jacquemin Guillaume - Contribution à l'étude clinique de la tension veineuse périphérique. Technique et premiers résultats.

PIM

VISTO
TRIXEIRA BASTOS

Presidente

PODE IMPRIMIR-SE
LOPES MARTINS

Director.