

V

ANTÓNIO CARNEIRO PINTO DE MEIRELES

N.º 136

Sôbre quistos con-
génitos do cor-
dão espermático

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto



Julho — 1922

Tipo-Lit. de A Intermediária, Limitada

R. da Porta do Sol, 30 — Porto

Sôbre quistos congénitos
do cordão espermático

ANTÓNIO CARNEIRO PINTO DE MEIRELES

Sôbre quistos con-

génitos do cor-

dão espermático

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto



Julho — 1922

Tipo-Lit. de A Intermediária, Limitada

R. da Porta do Sol, 30 — Porto

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR INTERINO — Prof. João Lopes da Silva Martins Júnior
SECRETÁRIO INTERINO — Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINÁRIOS


Anatomia descritiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga.
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica	Prof. Dr. António Joaquim de Sousa Júnior.
Bacteriologia e Parasitologia	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidemiologia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior.
Medicina legal	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia topográfica e medicina operatória.	Vaga.
Patologia cirúrgica.	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clínica cirúrgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia médica e clínica de moléstias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clínica médica	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapêutica geral e hidrologia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clínica obstétrica	Vaga.
História da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia	Prof. Dr. Luís de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. António de Sousa Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. António de Almeida Garrett.

PROFESSOR JUBILADO


Pedro Augusto Dias, lente catedrático,

A Faculdade não responde pelas doutrinas defendidas na dissertação.

(Art. 15.º, § 2.º, do Regulamento privativo
da Faculdade de Medicina do Porto, de
3 de Janeiro de 1920).



*A saúdosa memória
de meu Pai*



A minha Mãe

por tanto que vos devo

A minha Irmã e Cunhado

que jãmais poderei esquecer

A meus Sobrinhos

para que vos sirva de estímulo

no vosso futuro

A minha Tia

D. Ana Augusta L. Meireles

que tanto estimo

A meus Tios

António Moreira de Sá Couto

D. Maria Carneiro Ferreira

A meus primos

Antónia Gil Monteiro Deveza

e

D. Emília Gil Ferreira

porque de vós só tenho recebido amizade

Ào grupo da casa

das máquinas

Aos meus discípulos

e em especial a

Carlos Pinto Meireles

João Lima

Fradique Paula Santos

A. Amâncio Leão

Bernardino Ribeiro

A. Ferreira Cunha

Francisco Bernardes

Jaime de Magalhães

A. Chaves Maia

Aos meus amigos

Dr. Arnaldo Guimarães

Dr. Gumercindo Soares

Dr. Correia de Araújo

Dr. Raul Fernandes

Dr. Carlos Borges

Dr. Gaspar Pestana

Dr. Abílio Machado de Araújo

Dr. José Dias

José Pereira da Silva

Virgílio Fernandes

Arnaldo Pinheiro

Pedro Martins

Afonso Guimarães

Pinto Lopes

Luís Soares

Ao meu ilustre Professor

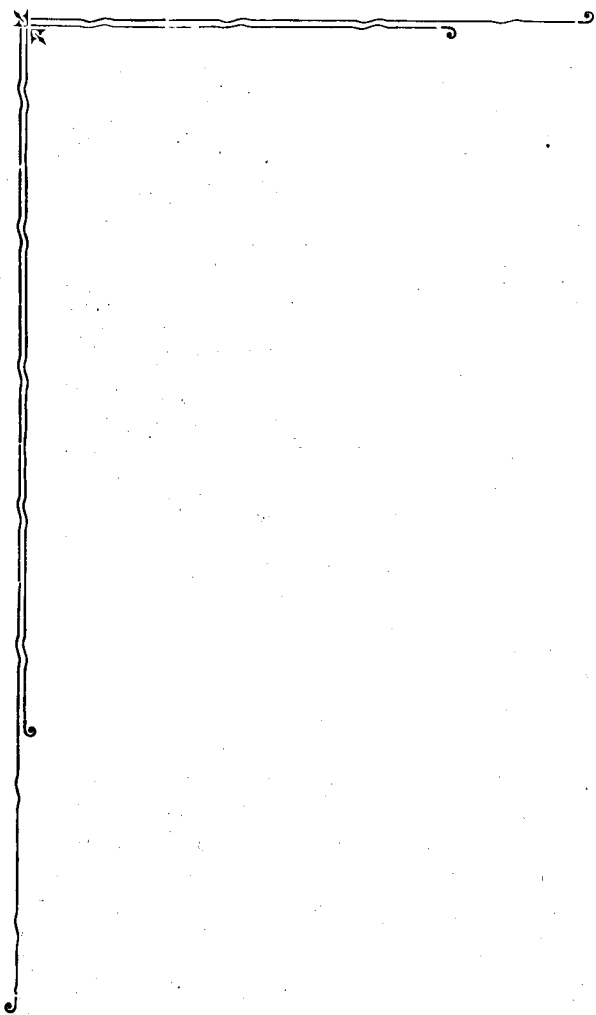
e Presidente de tese

Dr. Almeida Garrett

Ao Corpo Docente

da

Faculdade de Medicina do Porto



PRÓLOGO

Ao começar o ano lectivo, razões de vária ordem me levaram a pensar na necessidade de cumprir, no mais curto lapso de tempo, o preceito legal que nos impõe a apresentação dum trabalho pessoal que é o fecho da nossa carreira académica e a última prova exigida para o exercício da clínica. Nesta ordem de ideias preciso me era colhêr os elementos indispensáveis para a elaboração duma tese, vencendo os obstáculos e dificuldades que se me deparavam, não sendo das menores a natural hesitação na escolha do assunto. Por essa altura o nosso ilustre professor Dr. Almeida Garrett, teve o ensejo de nos fazer uma lição sôbre o caso duma criança

que veio à consulta de pediatria, e que era portadora de dois quistos do cordão espermático esquerdo e dum hidrocelo concomitante. Depois da sua prelecção reconheci que êste assunto era dum certo interesse para a clínica, pelo facto de ser fàcilmente confundido com as hérnias inguinais.

Fiz-lhe sentir a vontade que tinha em conseguir um assunto para tese, e êle incitou-me a que aproveitasse êste, visto que ainda não tinha sido apresentado à Faculdade. E assim é que, muito reconhecido, resolvi começar a elaborar o meu trabalho, registando sem perda de tempo êste caso.

Infelizmente apenas consegui duas observações

•

durante todo o ano, a que junto uma terceira do Dr. Almeida Garrett, interessante pelo facto do volume do quisto ser fôra do normal.

*

* *

Ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Almeida Garrett, a quem, pelas suas óptimas qualidades de cidadão e de professor, rendo homenagem, agradeço a subida honra que me deu em presidir à defesa dêste meu pequeno trabalho, para o qual peço benevolência.

SUMÁRIO:

- I—ETIOLOGIA.
- II—OBSERVAÇÕES.
- III—DIAGNÓSTICO.
- IV—PROGNÓSTICO.
- V—TRATAMENTO.
- VI—CONCLUSÕES.

ETIOLOGIA

Os quistos congénitos do cordão espermático, (assim correntemente chamados, porque a designação que mais pròpriamente lhes convém é a de— *Hidrocelos enquistados do cordão*), foram desde há muito tempo observados por Malgaigne, Gerales e Cooper, que os consideravam como resultantes de restos persistentes do corpo de Wolff.

Kirmisson invoca, no seu *Traité des maladies Chirurgicales d'Origine Congenital*, duas teorias para explicar a sua formação:

1.^a—Estes tumores podem formar-se à custa duma obliteração incompleta do canal peritónio vaginal;

2.^a—Podem formar-se também à custa de restos do corpo de Wolff.

Os partidários da primeira teoria, que são em maior número, teem a seu favor o facto de se terem encontrado algumas vezes, sôbre o trajecto do cordão, pequenos quistos apensos a êste. Se-

gundo a opinião de Kirmisson, isto não exclui a hipótese da formação à custa dos vestígios do corpo de Wolff, porque o mesmo se poderia dar, atendendo a que estes poderiam subir na parte inferior do cordão com o órgão de Gerales.

Estabelecendo uma analogia entre os quistos do cordão e certos quistos do ovário, êste autor inclina-se mais para a segunda teoria. Para a maior parte dos tratadistas, e é esta a opinião que prevalece, os hidrocelos enquistados do cordão resultam exclusivamente duma má formação do canal peritônio vaginal, má formação esta que consiste na sua obliteração incompleta, deixando cavidades onde se acumula um líquido citrino.

¿O que é o canal peritônio vaginal? É um conduto formado à custa do peritoneu, que é trazido adiante do testículo quando êste faz a sua migração desde o abdómen até às bôlsas. Normalmente êste canal oblitera-se, desde que o testículo se tenha instalado na bôlsa testicular.

São freqüentes nas crianças do sexo masculino, nomeadamente nos dois primeiros anos da vida, como mostram as estatísticas que eu tive o cuidado de fazer, percorrendo os livros da consulta de pediatria de 1917 a 1922 dêste hospital. Posso dizer que as dos anos de 1918 e 1919 não devem estar completas, pelo facto de que as consultas não estavam todas registadas. Todavia também já se tem

TAMANHO NATURAL



FOTAGR. I



TAMANHO NATURAL

FOTOG. 11

observado, embora raras vezes, alguns casos nas crianças do sexo feminino. O ilustre professor Dr. Almeida Garrett cita um caso da sua clínica. Êstes quistos localizam-se no ligamento redondo (nomeadamente no trajecto inguinal) e outras vezes no canal de Nuch e mesmo nos grandes lábios.

O tamanho dos hidrocelos enquistados do cordão, varia desde o dum grão de milho ao duma noz. Contudo pode excepcionalmente tomar proporções maiores, como se vê nas fotografias I e II, que foram tiradas de quatro exemplares que se encontram no nosso Museu de Anatomia Patológica. Em regra são unilaterais, e aparecem com mais freqüência à direita, como mostram as estatísticas. O número também é variável: umas vezes aparece um só, o que é mais freqüente, outras aparecem em número de dois, tomando uma forma bilobada, outras ainda em número superior a dois, tomando a forma de rosário.

Freqüentes vezes existe concomitantemente um hidrocelo verdadeiro da vaginal, como aconteceu nas observações I e II. Outras vezes existe juntamente com uma hérnia que, ora sobrepõe o quisto, ora se coloca por diante ou por detrás dêle.

A localização dêstes tumores é variável. Geralmente ocupam a região inguinal; todavia podem localizar-se também no escroto, tornando mais difícil o diagnóstico.

**Estatística dos casos de Hidrocelos enquistados,
da Consulta de Pediatria
do Hospital Geral de Santo António**

ANO DE 1918

Mês	Nome	Doença	Idade
2—VII	M. P. B. (m)	Quisto do cordão esquerdo	2 anos

ANO DE 1919

Mês	Nome	Doença	Idade
27—V	C. M. P. (m)	Quisto do cordão	1 1/2 anos

ANO DE 1920

Meses	Nomes	Doença	Idade
19—IV	C. M. P. (m)	Quisto do cordão esquerdo	2 anos
14—V	P. S. D. (m)	Quisto do cordão	18 dias
15—V	A. L. C. (m)	Quisto do cordão direito	3 anos
27—V	A. A. A. (m)	Quisto do cordão direito	7 anos

ANO DE 1921

Meses	Nomes	Doença	Idade
3—II	M. H. G. (m)	Quisto do cordão esquerdo	1 1/2 anos
4—IV	F. S. (m)	Quisto do cordão direito	2 meses
6—IV	S. L. (m)	Quisto do cordão direito	5 meses
14—VI	D. M. S. (m)	Quisto do cordão direito	4 anos
18—VI	F. S. F. (m)	Quisto do cordão direito com hérnia inguinal direita	14 meses
22—X	J. C. P. (m)	Quisto do lado direito	5 anos
14—XI	M. C. S. (m)	2 quistos do cordão esquerdo e hidrocelo concomitante	9 anos
13—XII	M. P. S. (m)	Quisto do cordão direito e hidrocelo concomitante	24 meses

Quando êle ocupa a parte superior do trajecto inguinal escapa-se muitas vezes para o abdómen ao tentarmos apanhá-lo. É por vezes mesmo difficil conseguir sustê-lo entre os dedos. Escapa-se com rapidez para o abdómen, dando-nos uma sensação idêntica à que se experimenta quando comprimimos entre os dedos um caroço de cereja. Neste caso é de fácil confusão com uma hérnia inguinal redutível. Quando ocupa o escroto pode confundir-se com um hidrocelo vaginal, com uma hérnia escrotal, ou com um testículo supranumerário, que, segundo alguns autores, não existe.

Estes quistos contem um líquido seroso e citrino semelhante ao da ascite, podendo contudo apresentar uma côr avermelhada. A sua transformação em hematocelelo pode dar-se da mesma maneira que nos hidrocelos da vaginal. Gosselin explica êste facto da seguinte maneira: devido à inflamação crónica, podem formar-se falsas membranas contendo vasos no seu interior, e a rutura dêstes vasos dar origem a uma hemorragia. A causa mais freqüente destas hemorragias é o traumatismo.

M. Fervillon cita um caso observado por êle, em que o quisto estava tapetado de membranas antigas, e subia até ao abdómen. Esta observação foi publicada por M. Routier no *Progrès Médical* de 1894.

Até aos quinze ou dezoito meses muitas vezes curam espontâneamente por reabsorpção.

OBSERVAÇÕES

I

M. C. de S., de 9 anos de idade, apresentava na região inguinal esquerda duas tumefacções de consistência dura, indolores, irreductíveis, aproximadamente do tamanho duma noz, situadas uma um pouco abaixo do anel inguinal e a outra na parte superior da bôlsa testicular do mesmo lado. Independentemente destas, havia uma outra que envolvia o testículo esquerdo e apresentava o volume dum ovo de galinha, aproximadamente. Esta massa tumoral era depressível, indolor, irreductível e dava à palpação a sensação de flutuação. O estado geral da criança era bom.

História da doença—Conta a criança que há cêrca de um ano lhe apareceram essas tumefacções, a princípio pequenas mas que se foram desenvolvendo pouco-a-pouco, até atingir o volume que actualmente apresentavam. Aconselhado por um médico fez uso

duma funda, que foi obrigado a tirar ao fim de três dias, porque não podia suportar as dores. Três semanas antes de se internar no Hospital, conta seu pai que, ouvindo a criança chorar em altos gritos, lhe despertou a atenção e imediatamente tratou de ver o que ela tinha. Ao examiná-la notou que apresentava a bôlsa testicular direita muito tumefacta, tumefacção esta que desapareceu passadas poucas horas. Êste facto repetiu-se quatro vezes até à sua entrada para o Hospital.

Antecedentes pessoais — Teve o sarampo e uma bronquite que ainda não curou.

Antecedentes familiares — Seu pai é saudável. A mãe é portadora duma afecção intestinal. Tem dois irmãos saudáveis e um bastante doente. Teve mais dois que faleceram, um após uma operação, e o outro com uma afecção intestinal.

Diagnóstico — Êste doente era portador de dois quistos do cordão esquerdo e juntamente dum hidrocelo do mesmo lado.

Tratamento — Foi operado pelo sr. Dr. Couto Soares, em 22-XI-921. Êste doente entrou para o Hospital no dia 14 de Novembro e saiu a 4 de Dezembro, completamente curado.

II

M. P. dos S., de 28 meses de idade, apresentava na região inguinal direita, um pouco abaixo do anel inguinal, uma tumefacção do tamanho duma noz, aproximadamente, de consistência dura, indolor e irreductível. Na bôlsa testicular do mesmo lado, notava-se também a presença duma massa tumoral envolvendo o testículo, pouco volumosa, depressível, deixando palpar perfeitamente e dando à palpação a sensação de flutuação. O estado geral da criança era bom.

História da doença — Há seis meses apareceu-lhe, segundo diz seu pai, na região inguinal direita, uma pequena tumefacção do tamanho dum grão de milho, que se foi desenvolvendo pouco-a-pouco, sem que a criança sentisse dores. Últimamente tomou uns banhos com água de malvas e fez uso duma pomada de beladona com bastante resultado. Porém como com êste tratamento não conseguisse curar-se, embora experimentasse sensíveis melhoras, resolveu ir consultar um médico, que o aconselhou a vir ao Hospital fazer uma operação, visto que a criança tinha uma hérnia inguinal.

Antecedentes pessoais — Informado por seu pai, apurei que nunca teve doença alguma.

Antecedentes familiares — Nos seus antecedentes familiares não encontrei causas mórbidas dignas de menção.

Diagnóstico — Êste doente tinha um quisto no cordão direito e um hidrocelo do mesmo lado.

Tratamento — Foi operado pelo sr. Dr. Couto Soares, em 17-XII-921. Êste doente entrou para o Hospital em 13 de Dezembro e saíu a 5 de Janeiro, completamente curado.

III

Observação do Professor Dr. Almeida Garrett

F. M., de 11 anos, natural do Porto, apresentava na região inguinal direita uma massa volumosa do tamanho dum ovo de galinha, como mostra a figura I. Êste tumor era duro, tenso, irreductível, transparente e indolor quer espontâneamente, quer à pressão. Abaixo dessa massa palpava-se o testí-

culo perfeitamente. Veio à consulta do Hospital com o diagnóstico provisório de hérnia, feito lá fora.

História da doença — Segundo informa a família, a doença data de poucos meses.

Antecedentes pessoais — Não há nada digno de registo.

Antecedentes familiares — Igualmente.

Tratamento — Foi operado pelo sr. Dr. Alberto Ribeiro a 11 de Fevereiro de 1920, e a peça encontra-se no Museu de Anatomia Patológica.

DIAGNÓSTICO

O que caracteriza êstes quistos é a sua independência do testículo e do epidídimo. Estas massas tumorais apresentam-se com uma forma ovóide ou arredondada, lisas, duras e resistentes, transparentes, indolores e raras vezes flutuantes; em regra dão a sensação de consistência elástica.

O hidrocelo enquistado do cordão pode ser acompanhado dum saco herniário que se lhe sobrepõe e lhe faz continuação. Êste pode ser de tamanho variável, largo ou estreito, vazio ou cheio. Êste saco está ligado ao quisto pelo ligamento chamado de Cloquet, que não é mais que uma porção maciça ou caniculada do canal peritônio vaginal.

Diagnóstico diferencial — O hidrocelo enquistado do cordão pode confundir-se principalmente com uma hérnia inguinal redutível, quando se encontra localizado junto do anel inguinal, em comunicação com o abdómen. Pode ainda confundir-se com o hidrocelo verdadeiro quando é muito grande

e está localizado junto do testículo, chegando a torná-lo imperceptível; com um testículo supra-numerário quando existe na parte escrotal do cordão, se bem que alguns autores neguem esta anomalia; com o próprio testículo quando êste estiver em ectopia.

Para fazermos a destrição entre uma hérnia inguinal redutível e um quisto situado junto do anel inguinal, precisamos de atender ao seguinte:

1.º—O quisto constitui um tumor completamente isolado, enquanto que a hérnia envia um pedículo para o abdómen;

2.º—Quando comprimimos entre os dedos o quisto, êste escapa-se rapidamente para o canal inguinal, enquanto que a hérnia se reduz lentamente;

3.º—Quando se faz a redução da hérnia, produz-se um gorgolejo que se não ouve no quisto.

O diagnóstico torna-se mais difícil quando existe concomitantemente um quisto e uma hérnia inguinal.

O diagnóstico diferencial entre o quisto do cordão e um testículo ectópico, está feito, uma vez constatada a falta dêste na bolsa e a dor que os doentes experimentam quando o comprimimos. O aspecto, a localização e a resistência do tumor, são os elementos que nos podem levar à confusão.

Além da confusão com estas doenças indicadas pelos tratadistas, devo acrescentar que também se pode confundir com um hidrocelo funículo vaginal,

quando êste se estende desde a bôlsa até ao orifício externo do canal inguinal. Êste facto foi observado por mim, numa criança que veio à consulta do Hospital. O doente apresentava os seguintes sinais clínicos:

Á palpação notava-se que o cordão direito estava espessado em toda a extensão, e que na bôlsa testicular do mesmo lado existia uma massa tumoral, mole, depressível e flutuante, que desaparecia com a pressão e mesmo com o repouso, para voltar de novo. Não podia tratar-se dum hidrocelo comunicante, porque o líquido não se escapava para o abdómen, mas parava junto do canal inguinal.

A acumulação do líquido neste ponto juntamente com a espessura do cordão, dá a impressão nítida dum quisto. E assim é que eu diagnostiquei um quisto, com um hidrocelo concomitante, quando apenas existia um hidrocelo, como verifiquei em face da operação.

O desaparecimento do líquido da bôlsa, pela compressão e pelo repouso, explica-se pelo facto da quantidade do líquido ser pequena e se estender ao longo da vaginal que, neste caso, se prolongava até ao canal inguinal.

É uma vantagem para os doentes portadores destes quistos, que o médico faça o diagnóstico diferencial com a hérnia, não só porque evita que êles gastem dinheiro em aparelhos infrutíferos, mas também porque deixam de curar o seu mal.

PROGNÓSTICO

O prognóstico é muito benéfico, todavia o seu tratamento está formalmente indicado, para evitar qualquer complicação que possa surgir, complicação infecciosa da lesão, principalmente. Além de que, pelo seu volume, pode causar inconvenientes e incómodos, e torna-se prejudicial em certas profissões, sobretudo para os indivíduos que tiverem de fazer equitação.

TRATAMENTO

O tratamento indicado é quasi exclusivamente cirúrgico.

Até aos 15 ou 18 meses, não nos devemos apressar nas intervenções, visto que muitas vezes a sua reabsorpção se faz espontâneamente. Para facilitar essa reabsorpção devemos mandar aplicar sobre a região onde está localizado o quisto, compressas resolutivas, como por exemplo o cloridrato de amónio. Há contudo duas hipóteses que nos devem levar a intervir mesmo nesta idade:

1.^a — Quando existir uma hérnia concomitante em que a aplicação dum fundus se torna impossível;

2.^a — Quando o tumor fôr muito grande, tornando-se incómodo para a criança.

Na primeira hipótese fazemos juntamente a ablação do quisto e a cura radical da hérnia.

Para alguns autores a simples punção seguida dum injeção modificadora, basta para que a cura se efectue. Os líquidos modificadores de que po-

demos lançar mão são os seguintes: Água iodada, licor de Wan Swieten e o álcool puro a 90°.

Embora com êste processo de tratamento se tenham obtido resultados mais ou menos satisfatórios, todavia não o são completamente, visto que aparecem freqüentes vezes recidivas. O melhor processo é aquele que é correntemente empregado no Hospital e que consiste na ablação do quisto.

A técnica operatória a seguir na ablação consiste em:

- 1.º — Desinfecção do campo operatório;
- 2.º — Incisão de 5 a 6 centímetros na região inguinal, dirigida de cima para baixo e de fora para dentro até à parte superior do escroto, interessando a pele e o tecido celular;
- 3.º — Descorticação do quisto, que deve ser feita com o máximo cuidado para deixar o cordão íntegro;
- 4.º — Ablação do tumor;
- 5.º — Sutura da pele e tecido celular com pontos separados de crina de Florença ou agrafes de Michel.

No doente da primeira observação, que era portador de dois quistos do cordão esquerdo e dum hidrocelo concomitante, fez-se a ablação dos tumores e pretendeu-se fazer a incisão e inversão da vaginal para curar ao mesmo tempo o seu hidrocelo.

Porém como a vaginal estava completamente invãdida por focos hemorrágicos, fez-se a castração do testículo.

No segundo doente, que era portador dum quisto do cordão direito e dum hidrocelo concomitante, fez-se a ablação do quisto e a cura do hidrocelo por incisão e inversão da vaginal, visto que esta estava em boas condições.

CONCLUSÕES

I— Tanto para o médico como para o doente, o que há de capital é fazer-se o diagnóstico diferencial entre o quisto e uma hérnia inguinal.

II— Adoptar como tratamento a ablação do tumor, que é o processo preferível.

III— Intervir desde que a criança tenha para cima de um ano.

BIBLIOGRAFIA

- P. TILLAUX—*Traité de Chirurgie Clinique*. Tomo II.—Paris, 1889.
- E. KIRMISSON—*Traité des Maladies chirurgicales d'Origine congénitale*.—Paris, 1898.
- E. KIRMISSON—*Précis de chirurgie infantile*.—Paris, 1906.
- A. BROCA—*Chirurgie infantile*.—Paris, 1890.
- E. FORGUE—*Précis de Pathologie Externe*. Tomo II—Paris, 1912.
- A. BROCA et A. MOUCHET—*Chirurgie des organes genitaux*.
In «*La Pratique des Maladies des enfants*». Tomo VII
—Paris, 1913.

VISTO.

O PRESIDENTE,

Almeida Garrett.

PODE IMPRIMIR-SE.

O DIRECTOR INTERINO,

Lopes Martins.

ERRATA

<i>Página</i>	<i>Linha</i>	<i>Onde se lê</i>	<i>Leia-se</i>
45	9	hérnia inguinal redutível	hérnia inguinal
48	14	afecção	infecção
48	17	afecção	infecção
53	16	hérnia inguinal redutível	hérnia inguinal
54	7	hérnia inguinal redutível	hérnia inguinal