

1287

190

VARICOCELE

100/10 EMC

JOÃO RODRIGUES SIMÕES

el.º 10

BREVE ESTUDO

SOBRE

VARICOCELE



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
TYPOGRAPHIA UNIVERSAL (A VAPOR)

54, T. de Cedofeita, 56

1904

120/10 EHC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO INTERINO

José Alfredo M. de Magalhães

Corpo Docente

Lentes cathedrauticos

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	Illidio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a cadeira—Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos reem-nascidos	Candido A. 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 e toxicologica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina.	Alberto Pereira d'Aguiar.
13. ^a cadeira—Hygiene privada e publica	João Lopes de S. Martins Junior.
14. ^a cadeira—Histologia normal	José Alfredo M. de Magalhães.
15. ^a cadeira—Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.
Pharmacia	Nuno Dias Salgueiro.

Lentes jubilações

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho A. do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	Vaga. Vaga.
Secção cirurgica	Vaga. Antonio J. de Souza Junior.

Lente demonstrador

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

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

(Regulamento da Escóla de 23 d'Abril de 1840, art.º 255).

A' Saudosa memòria

de MEUS PAIS.

AO SEU EX.^{mo} AMIGO

Dr. João Simões Ferreira Figueirinhas

É a bondade personificada. Encontrei-o sempre. Tudo quanto aqui pude-se dizer seria pouco para testemunhar a minha immensa e eterna gratidão.

A MINHAS IRMÃS

Anna

Candida

Prazeres

Quanto vos devo nem eu mesmo o sei!...
A minha gratidão será eterna.

A MEUS IRMÃOS

A MEU CUNHADO

Agradecido.

A MINHA IRMÃ

Maria

A MEU IRMÃO

Gençalo

Um abraço de muita amizade.

A MEUS SOBRINHOS

Lucinda

Marianna

Laura

Aurelia

A meu sobrinho e afilhado

Samuel

A MEU TIO

Antonio d'Almeida Serra

Obrigado.

As Ex.^{mas} Snr.^{as}

D. Emilia Figueirinhas

D. Encarnação Leitão

D. Candida Furtado

D. Maria Figueirinhas

Obrigado por tudo.

AOS INTIMOS

Dr. José Simões Ferreira Figueirinhas Junior

Dr. Joaquim Pereira de Carvalho

Arthur de Souza Leitão

José Pereira Cardoso

Ao deixar a vida academica não posso deixar de me lembrar do tempo que tantas recordações saudosas me traz.

Oxalá a nossa amizade se prolongue eternamente.

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Antonio Figueirinhas

P.^o José de Figueiredo Seabra

P.^o Henrique Osorio Saraiva

Luiz de Figueiredo Seabra

João Osorio Saraiva

Signal de gratidão.

AOS MEUS CONTERRANEOS

Joaquim Augusto da Costa Furtado

João Pereira Saraiva

Antonio Pereira

Um abraço.

Á MENINA

Laidinha

Um beijo.

Ao meu Ex.^{mo} amigo

José Augusto Oliveira

e sua Ex.^{ma} familia

Muito obrigado.

AO MEU AFILHADO

Curico

Aos meus condiscipulos

Aos meus contemporaneos

Ào

Meu Dignissimo Presidente de These

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

Dr. João Lopes da Silva Martins Junior

*Homenagem ao seu talento
e muito saber.*



OBSERVAÇÃO PESSOAL

R. L., de 24 annos d'edade, solteiro, ferrador, natural de Louzada, deu entrada na enfermaria n.º 1 do Hospital geral de Santo Antonio—clinica cirurgica da Escola —em 18 de junho de 904, queixando-se de que tinha um testiculo inchado.

Exame local—A' inspecção, notava-se um augmento de volume das bolsas, principalmente do lado esquerdo, descendo mais d'este lado. A pelle, delgada, deixava ver por transparencia a rede formada pelas veias sub-cutaneas.

A palpação dáva-nos a sensação d'um tumor molle, flaccido, decompondo-se em ramificações semelhantes a montões de intestinos de gallinha ou de lombrigas. Verificamos ainda, mandando tossir o doente, a existencia de pontas de hernia, á direita e á esquerda.

Exame a distancia — Nada notamos de anormal.

Historia da doença — Ha uns 5 ou 6 mezes pouco mais ou menos, reparou o doente que as bolsas augmentavam de volume, principalmente do lado esquerdo, notando ao mesmo tempo uns cordões escuros, partindo da virilha e que julgava provenientes da hernia. Passados uns 3 mezes, como sentisse algumas dores, foi consultar o medico que lhe mandou tomar banhos frios e usar um suspensorio, sentindo com elle algum allivio; mas como lhe parecesse augmentar um pouco, resolveu vir para o Hospital.

Antecedentes pessoaes — O doente teve uma blennorrhagia, ha 7 annos, e consecutivamente uma orchite. N'esta epoca ainda não tinha o varicocele. Parece-nos que a blennorrhagia, e a orchite devem ter influido bastante na producção do varicocele.

Antecedentes hereditarios — Da parte paterna apenas tem conhecimento d'uma hernia inguinal, não se recordando que seu pae soffresse d'outras doenças.

A mãe foi sempre saudavel. Tem 16 irmãos, sendo 10 vivos e todos saudaveis.

Diagnostic — Baseando-nos no exame local e historico da doença não nos resta duvida de que deve tratar-se d'um varicocele. Não se trata de hydrocele, pois que

lhe falta a renitencia e a sua forma regular. Não se tratava de sarcocele, pois que era molle, flaccido, enquanto que o sarcocele é duro e limita-se, com rigor. Finalmente não se tratava de epiplocele, pois que o tumor formado por este é mais independente do testiculo, menos diffuso e mais consistente. A operação confirmou o nosso diagnostico.

Tratamento—Operado a 24 de junho de 904, sob o chloroformio, pela resecção do escroto. Esta operação foi complicada de hemorragia intensa bastante grande. No dia 29, foram soltos os pontos e feito um penso compressivo. A ferida era polvilhada com pó de tannino e iodoformio. A hemorragia só sustou no dia 1 de julho. Não houve movimento febril algum.

Sahi curado, 28-7-904.

Por informações colhidas recentemente sabemos que tem passado bem.

VARICOCELE

DEFINIÇÃO E HISTORIA

Chama-se varicocele um tumor constituido pela dilatação varicosa das veias espermaticas; é uma affecção *relativamente commum*, deprimindo muitas vezes as forças physicas e mentaes do individuo attingido. Outr'ora dava-se o nome de cirsocele ás massas formadas pela ectasia das veias do cordão e o nome de varicocele ás varizes escrotaes. Esta distincção está hoje posta de parte, por que não é justificada nem pela clinica nem pela etymologia.

Em 1832, Landouzy escrevia: «dificilmente se encontraria no quadro nosologico uma doença que tenha sido menos estudada que o varicocele». Outro tanto se não pode dizer hoje, pois que tem sido largamente tratada e descobertos os methodos operato-

rios para curar esta affecção. Antigamente, Celso e Raul d'Egina seccionavam, entre duas ligaduras, as varizes do cordão.

Os cirurgiões antigos apenas se preocupavam com a therapeutica, não se encontrando nenhum ensaio symptomatico, nenhuma investigação etiologica de alguma precisão. E' preciso chegar a Callisen, Morgagni, J. L. Petit, para encontrar as primeiras bases do estudo symptomatico e da etiologia do varicocele; a este debate, já muito antigo, as investigações modernas pouco têm accrescentado e o capitulo da pathogenia é constituido ainda por estas velhas hypotheses.

No fim do seculo 18, produz-se uma reacção; vemos accidentes graves seguir estas intervenções radicaes, começa-se a estudar as complicações das feridas venosas; a phlebite e a reabsorpção tornam-se dois termos synonymos; e o estudo d'esta complicação arrasta uma grande reserva pelo que diz respeito á cirurgia venosa. A incisão ao bisturi é substituida pelas secções obliterantes, pelos esmagamentos, pela ligadura, pelo attricto, pela cauterisação, pelas operações subcutaneas: a cirurgia perde-se na descoberta de instrumentos e na procura de processos; pinças de Brechet, modificadas por Landouzy; instrumento porta-caustico de Bonnet, de Nelaton; liga-

dura subcutanea de Ricord, enrolamento de Vidal (de Cassis). De 1850 a 1858, deante da impotencia ou do perigo d'estes methodos operatorios, concluíram pela abstenção e é preciso chegar á epoca da antisepsia para rehabilitar as velhas theorias, renovadas d'uma maneira mais precisa e entrar resolutamente no dominio da intervenção sangrenta.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

A frequencia absoluta do varicocele não se pode apreciar segundo o numero dos que tratamos no Hospital ou na clientela; o medico não é consultado e o doente não se inquieta senão pelos grandes feixes varicosos dolorosos e intoleraveis. É, segundo Landouzy, de 60 por 1:000. Henry de New-York, cirurgião da policia, conta que examinando 1970 concorrentes apenas encontrou 41 affectados de varicocele. Os resultados d'estes auctores estão, pois, em completo desaccordo. E' preciso notar, como o faz Henry, que os homens examinados por elle eram individuos robustos, e nós sabemos que o varicocele sobrevem principalmente em individuos adoentados. Quando o encontramos em individuos robustos, é preciso, ordinariamente, procurar como origem o traumatismo. Esta explicação faz comprehender até

certo ponto a divergencia de opinião que todos os dias assignalamos. São as estatisticas militares que nos dão uma ideia mais exacta da frequencia do varicocele. Em Inglaterra, Curling, diz-nos que, em 166:377 individuos examinados durante um periodo de 10 annos, 3911 foram dados como incapazes para o serviço militar por varicocele o que dá uma media approximada de 24 por 1:000, em relação ao numero de individuos examinados. Em França, a proporção é muito menor; attinge apenas 3 por 1:000, mas n'este numero de individuos não estão comprehendidos os reformados alguns mezes depois de sentar praça, por varicocele incompativel com o serviço militar. Em Portugal, por informações que nos forneceram alguns medicos militares, soubemos que se encontra algumas vezes nas inspecções, mas, á falta de estatisticas, nada nos puderam dizer sobre a sua percentagem. Delpesch, dizia, «esta doença é ordinariamente o apagnio dos adultos ou dos velhos; raras vezes a observamos nos novos, mas não é sem exemplos». Está hoje demonstrado que o varicocele é uma raridade no velho; n'elle observamos apenas algumas varicosidades escrotaes.

As estatisticas concordam em que o varicocele sobrevem principalmente de 15 a 25 annos, isto é, na idade em que o ho-

mem tem necessidade de todas as suas forças physicas e intellectuaes, divergindo, porém, no seguinte: se, fóra da idade accentuada, o varicocele é mais frequente no adulto ou no adolescente. Delbet diz tel-o observado mais vezes no adulto. A apparição do varicocele parece ser mais ou menos favorecida por certas profissões, como as que obrigam os individuos a uma posição vertical prolongada ou a um esforço abdominal muitas vezes repetido. Estão n'este caso os policias, creados de café, padeiros, etc.

Numerosas têm sido as theorias apresentadas pelos diversos auctores sobre a pathogenia do varicocele; sob este ponto de vista e para facilidade da descripção vamos considerar duas especies de varicocele: symptomatico e idiopatico: (Dantu e Delbet)

I—*Varicocele symptomatico*.—A compressão das veias espermaticas fornece-nos um exemplo nitido d'esta especie de varicocele. Pode produzir-se nas circumstancias seguintes:

1.º *Por uma funda herniaria*.—A influencia da compressão exercida pela funda é interpretada de duas fórmis: assim Reichert e Ravoth consideram-na como um meio therapeutico contra as varizes das veias do cordão; pelo contrario Segond teve occasião de observar n'um individuo um effeito com-

pletamente opposto. Este individuo julgava-se affectado d'uma hernia direita e usava uma funda. Esta prétendida hernia augmentou bruscamente durante o mez que se seguiu á applicação da funda. Suprimindo esta e passando a usar um suspensorio, viu-se diminuir sensivelmente o volume do tumor, verificando-se tratar-se d'um varicocele e não d'uma hernia. Casos analogos têm sido observados por outros auctores. Estas differenças explicam-se pelo grau de pressão que a funda pode exercer sobre as veias do cordão, desempenhando, umas vezes, o papel d'uma valvula sufficiente, outras vezes, comprimindo os vasos a ponto de interromper a corrente sanguinea.

2.º *Por tumores do rim.* — E' interessante recordar que J. L. Petit dizia: «os individuos que têm tumores scirrosos no ventre, ao longo do cordão dos vasos espermaticos, e os que têm glandulas lombares intumecidas, finalmente os que têm os rins affectados ou que possuem algumas pedras retidas, estão egualmente sujeitos ao varicocele, pois que, em todos estes doentes os vasos espermaticos são continuamente premidos e comprimidos».

Durante muito tempo esta doutrina foi desprezada pelos clinicos e foi só em 1881 que Guyon fez entrar o varicocele na symptomatologia dos tumores malignos do rim,

dizendo ter tido occasião de observar 6 vezes o varicocele symptomatico d'um tumor do rim e coisa interessante, 3 vezes á direita e 3 vezes á esquerda. Não ha, pois, razão para ter em conta a predisposição bem conhecida do lado esquerdo para este genero de affecção.

Tuffier e Legeueu consideram o varicocele como um signal quasi constante do tumor renal. Parece-nos, pois, que a compressão exercida pelo tumor sobre as veias espermaticas é, sem duvida, uma das causas do varicocele, e Guillet observou casos em que as veias espermaticas se encontravam não só comprimidas, mas até deslocadas. Deveriamos, pois, encontrar o varicocele em todas as tumefacções do rim, o que não acontece, pois que Legeueu não o tem encontrado nas hydronephroses, nem nas pyonephroses, que attingem muitas vezes um volume mais consideravel que os cancros. De mais, casos ha em que o varicocele nos apparece n'uma epoca em que o neoplasma do rim é tão pequeno que não pôde ser accusado de exercer compressão sobre as veias espermaticas.

Que devemos fazer em taes condições? Recorrer á thrombose da veia renal esquerda ou á das veias espermaticas? Embora esta interpretação seja admissivel, ella pôde quando muito explicar-nos alguns casos

excepcionaes. Nas varias autopsias feitas por Legeueu, diz elle, que o varicocele, quer precoce, quer tardio, resulta da compressão exercida sobre as veias espermaticas pelos ganglios attingidos de adenopathia neoplasica.

Como sabemos, aos ganglios do hilo do rim, seguem-se os ganglios lombares, encontrando-se de cada lado da columna vertebral, para fóra da veia cava e da aorta, ligados aos vasos espermaticos n'uma parte do seu trajecto. Facil é, pois, comprehender que estando estes ganglios muito augmentados de volume possam comprimir as veias espermaticas.

Segundo Legeueu estas veias passam sob uma ponte de ganglios neoplasticos; ora esta adenopathia póde ser precoce ou tardia, podendo, pois, o varicocele ser tambem precoce ou tardio.

Um facto interessante do varicocele symptomatico é que fica muitas vezes estacionario, emquanto que o tumor attinge um grande desenvolvimento. Parece, segundo alguns auctores, que este facto é devido á producção de anastomoses entre as veias espermaticas e as veias capsulares.

3.º *Por neoplasmas e processos phlegmonosos perifuniculares* — Finalmente, tudo o que, quer na região inguinal, quer na fossa illiaca, possa exercer uma compressão sobre

as veias espermaticas póde dar logar á formação d'um varicocele symptomatico. Ex.: as adenopathias tuberculosas, as periadenites, os osteosarcomas pelvicos superiores, etc.

II—Varicocele idiopatico—A pathogenia do varicocele é ainda completamente desconhecida e estamos reduzidos apenas a theorias ou hypotheses. Ha, porem, um facto que Curling, Perier e Escat, teem assinalado como importante; «é o caso das veias não offererem senão rara e tardiamente alterações phlebo-parietaes do processo varicoso, de ficarem cylindricas sem formar ampolas, de se conservarem durante muito tempo delgadas, posto que dilatadas, de perderem lentamente a sua elasticidade e finalmente de se apresentarem vasos ectasiados e não vasos esclerosados». Daqui podemos concluir que as perturbações puramente mechanicas da circulação testicular e as lesões puramente mechanicas das veias espermaticas devem desempenhar um papel preponderante na pathogenia do varicocele e que, segundo todas as probabilidades, as alterações das paredes venosas são, pois, de ordem secundaria e puramente dystrophica.

Posto isto, dividiremos as theorias pathogenicas do varicocele idiopatico em dois grupos: theorias das perturbações dynamicas e theoria das lesões parieto-venosas.

I

THEORIAS DAS PERTURBAÇÕES DYNAMICAS

Segundo esta ordem de ideias, que tendem a separar o varicocele do grupo dos accidentes da phlebo-esclerose, temos a considerar varias hypotheses:

1.º *Fraqueza venosa*—Os antigos auctores, notando a insufficiencia das causas mecanicas banaes, invocaram uma influencia geral que pudesse favorecer a ectasia das veias espermaticas.

Com effeito, Blandin considera a hereditariedade como desempenhando um grande papel; diz ter conhecido 3 irmãos, todos os 3 isentos do serviço militar por varicocele.

O pai era tambem affectado do varicocele. Ora é preciso notar que esta hereditariedade falta a maior parte das vezes nos varicocelosos, mas isso é devido á insufficiencia de investigação clinica. Landouzy diz que é excepcional encontrar a coincidência da phlebectasia dos membros inferiores e do varicocele (1 vez sobre 15); mas é que as varizes espermaticas são a primeira manifestação d'esta diathese varicosa. Devemos, pois, admittir como Gaujot «que se trata, n'este caso, d'uma disposição, quasi sempre hereditária, em virtude da qual o

systema venoso tem uma tendencia a soffrer a alteração varicosa». Esta especie de diathese, assignalada por Landouzy e Billroth é a causa primordial da maior parte das varizes. Se tem sido desconhecida, no que diz respeito á origem do varicocele, isso é devido, primeiramente, a que os doentes não são informados sobre o estado dos seus ascendentes, depois, a que o varicocele marca o começo da disposição varicosa geral, da qual é a primeira e muitas vezes a unica manifestação, durante varios annos. Com effeito, a alteração varicosa não se mostra ao mesmo tempo e no mesmo grau sobre todos os pontos do systema venoso. Invade successivamente os orgãos, escalando as suas manifestações por periodos que correspondem ás differentes edades. Mas cahimos novamente no campo das hypotheses, quando pretendemos explicar em que consiste esta disposição varicosa e a que é devida esta falta de qualidade do «*l'étoffe veineuse*» segundo a expressão de Périer.

a) *Insufficiencia physiologica dos tecidos* — Segundo Tuffier, a fraqueza do «*l'étoffe veineuse*» causa primeira do varicocele, é a manifestação local d'uma insufficiencia dos tecidos, que pode estender-se a todos os orgãos; assim, não é raro verificar em individuos affectados de varicocele, affecções diversas, taes como uma dilatação de estomago, etc.

« Todos os tecidos da economia parecem affectados ao mesmo tempo d'uma insufficiencia de vitalidade e de resistencia ».

Esta inferioridade physiologica podia em certos casos attingir apenas o systema venoso, ou uma parte d'este systema; as veias do testiculo, as veias do escroto, conjunctamente ou separadamente. As tunicas venosas não podendo mais resistir á pressão da columna sanguinea, deixar-se-iam distender; depois a affecção não tardaria a constituir-se definitivamente por lesões dystrophicas e irremediaveis das veias.

b) *Aplasia venosa congenita*— Segundo Escat a causa primeira do varicocele reside n'uma anomalia vascular, n'uma aplasia venosa congenita que fere principalmente o lado esquerdo, pois que é sobre este lado que tem logar a atrophia parcial, ou completa de certos troncos venosos, atrophia que substitue por uma disposição asymetrica a disposição primitivamente symetrica do systema venoso. Se o varicocele se não observa senão a partir da puberdade, é porque até esta data o testiculo não é mais do que um orgão inactivo. Chegando á puberdade, graças á aplasia venosa congenita, e ás hyperemias genitales, o varicocele encontra condições favoraveis ao seu desenvolvimento. Escat prova-o apresentando numerosos casos de hereditariedade; pela

anatomia pathologica, mostra que as lesões se não assemelham no seu começo, ás lesões varicosas banaes; pela clinica recorda que não é raro encontrar esta affecção nas creanças de 9 a 15 annos.

2.º *Disposição particular das veias funiculo-testiculares*—Perier divide o systema venoso dos plexos espermaticos em 3 feixes: o feixe anterior (formado pelas veias espermaticas) envolve completamente a arteria espermatica; o feixe medio, representado pelo canal deferente e pela arteria deferencial; o feixe posterior, constituido por duas ou tres veias funiculares, partindo da cauda do epididymo, largamente anastomosadas entre si e com o feixe anterior, e embocando nas veias epigastricas. Entre as circumstancias anatomicas que predispõem ao varicocele é preciso notar a posição em declive, das veias espermaticas, o seu comprimento, a fraqueza das paredes relativamente ao seu trajecto, a insufficiencia das valvulas, as alternativas frequentes de repleção e vacuidade ás quaes estes vasos estão sujeitos, sêgundo as diversas attitudes do corpo. Depois, o facto de se encontrarem situados numa atmospheria cellulosa, determina-lhes um certo disequilibrio que se não manifesta com as outras veias da economia. Emquanto que estas estão situadas entre planos resistentes, taes como, as aponevroses

e os musculos cujas contracções exercem sobre a circulação venosa a acção d'um verdadeiro «coração peripherico», as veias espermaticas mergulham no meio dos involucros das bolsas cuja extensibilidade é grande, podendo por assim dizer, desprezar n'alguns individuos a influencia que pode prestar a tonicidade do dartos e do cremaster á corrente sanguinea da funicular. Todas estas circumstancias perturbam facilmente a circulação, dando logar á formação do varicocele.

3.º *Causas de compressão sobre as veias funiculares.*

a) *Roldana pubica*—J. L. Petit dizia: «os vasos passando sob o anel dos musculos do baixo ventre, são apoiados no pubis como a corda d'um poço o é sobre a roldana, de maneira que o testiculo onde estes vasos chegam, pode perfeitamente ser comparado ao balde que se encontra á extremidade da corda do poço.

Como o balde actua sobre esta corda á proporção do seu peso o testiculo actua igualmente sobre o cordão espermatico, e este sobre o pubis, tambem á proporção do seu peso que, seja qual fôr, tende a obstruir os vasos e a tornar a circulação mais difficil». E' preciso juntar a esta causa, para a tornar mais grave, os anneis do canal in-

guinal e o proprio canal que comprimirão o cordão em certas circumstancias.

b) *O S illiaco* — Callisen e J. L. Petit invocaram para explicar a maior frequencia do varicocele á esquerda, a compressão exercida sobre os vasos espermaticos esquerdos pelas accumulções estercoreaes na porção illiaca do colon, determinando uma estase sanguinea no segmento venoso situado abaixo do ponto comprimido.

Para que o *S illiaco* cheio de materias fecaes endurecidas, pudesse provocar o varicocele, seria necessario suppor uma constipação pertinaz. Ora os velhos constipam-se frequentes vezes e é raro terem varicocele; ao passo que os novos, em geral, livres de ventre, são muito sujeitos.

Alem d'isso os estudos de Landouzy sobre 17 individuos affectados de varicocele esquerdo, deram o resultado de apenas encontrar um que apresentava nos antecedentes uma constipação pertinaz.

Ainda mais, o cecum encontra-se á direita em condições analogas, e no emtanto o varicocele é raro d'este lado. Sob outro ponto de vista, se a pressão fecal fosse efficaç, a perturbação circulatoria deveria ser maior e o varicocele mais desenvolvido no decubito horizontal que na estação vertical. Mas acontece exactamente o contrario: o varicocele augmenta n'este ultimo caso e

diminue no primeiro. Finalmente, Blandin demonstrou que as varizes sobem algumas vezes até á região lombar, isto é, acima do ponto comprimido. Esta hypothese da compressão das veias pelo S illiaco tem perdido todo o valor.

c) *A embocadura da veia espermatica esquerda.* — A situação quasi permanente do varicocele á esquerda é um facto evidenciado pela forma como a veia espermatica encontra o tronco onde vasa o sangue que contem. A veia esquerda mais comprida que a direita encontra a veia emulgente em angulo recto, e, por consequente, n'uma direcção perpendicular á corrente do sangue venoso que vem do rim. As duas correntes não se dirigem, pois, na mesma direcção, o que deve embaraçar a circulação, influenciando principalmente sobre a da veia espermatica. Esta circumstancia favorece a estagnação do sangue do lado esquerdo, e por consequencia a extrema frequencia das varizes d'este lado. A' direita, pelo contrario, a veia espermatica lança-se na veia cava inferior que é vertical; as duas correntes encontram-se quasi parallelas, resultando d'ahi a facilidade na circulação da veia espermatica e menor tendencia á estagnação do sangue do lado correspondente das bolsas, isto é, do lado direito. Vidal (de Cassis) attribuia uma importancia tão grande a

este mecanismo diferencial da circulação testicular e á unilateralidade constante do varicocele á esquerda, que considerava as varizes funiculares direitas como um signal de inversão geral das visceras, o que é um exaggero.

4.º *O esforço abdominal* — Gaujot explica d'uma maneira mais acceitavel a frequencia do varicocele á esquerda. Lenoir tinha já emittido a ideia de que, no esforço, as paredes abdominaes contrahidas comprimiam os vasos espermaticos e perturbavam a livre circulação. *Sistach* fez tambem notar que, o braço direito, sendo mais activo, a contração dos musculos abdominaes inclinava o tronco para a esquerda e retrahia assim o canal inguinal; «esta explicação, diz Gaujot, não é admissivel, porque o orificio do canal inguinal não é notavelmente retrahido durante a contracção dos musculos do abdomen. Se as veias espermaticas fossem sujeitas a uma compressão direita no canal inguinal, a sua dilatação varicosa deveria sempre começar a apresentar o seu mais alto grau immediatamente abaixo do ponto comprimido. Ora, a observação mostra que a alteração das paredes venosas começa ao nivel da parte media do cordão, acima do plexo testicular, subindo em seguida progressivamente para o anel». Podemos, pois, com Gaujot, acceitar que o

esforço augmenta a estase sanguinea do lado esquerdo: «com effeito, diz Gaujot, na maior parte dos exercicios militares que exigem o esforço, o lado esquerdo é immobilizado no estado de contracção, para servir de ponto de appoio e deixar o lado direito actuar livremente. Nesta attitude, os musculos do lado esquerdo, e particularmente os do abdomen, estão em estado de contracção permanente. A repetição d'esta serie de contracções determina nas veias, e em particular nas do cordão esquerdo, uma estase que acaba por produzir a dilatação».

Se, nalguns casos, o esforço parece actuar bruscamente (Curling cita um doente que attribuia o seu varicocele a uma valsa prolongada) é natural que existissem nestes casos, varizes espermaticas desconhecidas, que o esforço pode tornar manifestas, mas não crear espontaneamente. Assim, diz Duplay, se explicariam a formação de certos varicoceles profissionaes (varicocele dos pa-deiros).

5.º *As hyperemias genitales.* — Teem tambem sido incriminadas as hyperemias genitales da puberdade, o coito frequente, a masturbação e as inflammações testiculares. O sangue, penetrando em grande abundancia nos capillares da glandula, sob a influencia das excitações physicas, da imaginação ou da infecção, dilataria considera-

velmente os capillares. Esta dilatação intermitente contribuiria para a formação das varizes nas pequenas veias, porque dilatadas estas as grandes seguiriam identico caminho.

II

THEORIA DAS LESÕES PARIETO-VENOSAS

De todas as causas que acabamos de enumerar é a estase venosa que gosa um papel consideravel na genese do varicocele. E' provavel que a maior parte d'estas causas a ctuem concomitantemente. Dentu e Delbet dizem «tendemos todavia, d'uma maneira geral, a fazer entrar o varicocele, sob o ponto de vista pathogenico, no quadro de todas as dilatações varicosas e, mais particularmente, comparando-o ás varizes do membro inferior, considerando-o como a resultante d'uma alteração chronica das paredes venosas, d'uma perturbação de nutrição, d'uma dystrophia da camada muscular dos vasos, de causa geral, como um dos symptomas, n'uma palavra, da phleboesclerose. Estas lesões são indiscutíveis; a questão primacial que se debate é saber se ellas são primitivas ou secundarias».

ANATOMIA PATHOLOGICA

Como já dissemos, Perier divide as veias que sahem da glandula genital em 3 grupos: o anterior, muito mais volumoso, cerca a arteria espermatica, o medio acompanha a arteria deferencial e o canal deferente e o posterior é formado pela reunião de algumas veias que sahem da extremidade inferior da glandula e da cauda do epididymo. Admitte-se classicamente que, no varicocele, o grupo venoso anterior é o primeiro attingido e que, se os dois plexos, espermatico e funicular, são ectasiados, a dilatação é mais forte no grupo anterior que no posterior. As investigações de Horteloup têm annullado esta asserção; elle inverte a proposição: para elle a maior parte das vezes, no varicocele—1.º é o plexo das veias funiculares que primeiro se torna varicoso;—2.º se os dois plexos são varicosos, o posterior

é-o mais que o anterior. Em 18 casos verificou que a phlebectasia existia 11 vezes mais accentuada no plexo funicular. Seja como fôr, no varicocele total, as flexuosidades são principalmente nitidas na visinhança da glandula genital. O feixe varicoso toma a forma d'um cone cujo vertice é superior, e cuja base corresponde ao testiculo. O testiculo, algumas vezes, ultrapassado de todas as partes, parece escondido no meio d'estas flexuosidades venosas que se tem comparado a uma agglomeração de lombriças ou intestinos de gallinhas. Estas veias varicosas, ligadas por numerosas anastomoses, fôrnam uma massa inextrincavel, no meio da qual o canal deferente parece perder-se.

O processo varicoso pára muitas vezes ao nivel do orificio externo do canal inguinal, embora isto nada tenha de absoluto, pois que temos visto nos casos de varicocele volumoso, o estado varicoso prolongar-se sobre toda a altura das veias espermaticas. As alterações parietaes no varicocele são as mesmas que as das varizes em geral. Recordemos no emtanto, novamente, a distincção estabelecida por Perier: «no varicocele, as veias ficam delgadas, posto que dilatadas, durante um tempo muito mais longo que as veias dos membros; parecem perder menos rapidamente a sua elasticidade».

dade, e por outro lado as veias espermaticas affectadas de varizes não chegam mais ao mesmo grau d'alteração; geralmente a dilatação fica cylindrica e generalisada, sem apresentar tumores mais ou menos circumscriptos comparaveis a aneurysmas.»

Depois d'um periodo de simples dilatação, sobrevem o verdadeiro estado varicoso, caracterisado pela dilatação das veias, com hypertrophia das suas paredes, isto é, pelas lesões da phlebite chronica. A tunica interna é a que menos se resente d'esta inflammacão chronica. A tunica media, pelo contrario, é a sede d'uma hypertrophia consideravel do tecido conjunctivo, transformando-se em tecido fibroso. Quando o estado varicoso tem chegado ao ultimo grau da sua evolução, a parede venosa torna-se desconhecida; até algumas vezes podemos encontrar, como nas varizas do membro inferior, concreções calcarias enterradas no meio das trabeculas fibrosas. A espessura da tunica media, diz Cornil, «é duas a dez vezes maior que no estado normal; a dilatação tem logar não só no tronco da veia, mas tambem em todas as veinulas e nos vasa-vasorum».

Geralmente o tecido cellular no qual banham os elementos do cordão fica isento de toda a alteração. Na maior parte dos casos é facil dissociar estes elementos, pal-

pando-os atravez dos involucros das bolsas, o que demonstra bem a flexibilidade do tecido conjunctivo que os cerca. Todavia casos ha em que o tecido cellular participa da inflammação chronica, transformando-se em tecido fibroso. Então as veias espermaticas dilatadas perdem-se no meio d'um tecido endurecido e lardaceo, e o conjuncto constitue um tumor cuja consistencia e forma poderiam passar por um neoplasma. Esta disposição é rara, mas Escalier tem observado alguns casos.

A' medida que augmenta a ectasia dos troncos venosos principaes, as veinulas secundarias desenvolvem-se, alargam-se, repletam e comprimem a substancia testicular, escondem os canaliculos seminiferos em pouco tempo alterados, d'onde a diminuição de volume e a atrophia do testiculo. A atrophia testicular é algumas vezes incompleta e segmentar: Reclus em dois casos em que o varicocele existia ao nivel da cauda do epididymo, encontrou na autopsia uma esclerose completa do segmento inferior da glandula, onde os canaliculos estavam substituidos por um tecido conjunctivo opalino. O processo anatomo-pathologico d'esta atrophia é por emquanto mal explicado; provavelmente liga-se á existencia d'uma nevríte intersticial, provocada pela dilatação varicosa dos vasa-nervorum. E' provavel,

com effeito, que a degenerescencia nervosa inter e intra fascicular observada por Quènn nas varizes do membro inferior, exista em certos varicoceles, e que seja a causa das dores e das perturbações trophicas que se passam do lado da glandula genital.

SYMPTOMATOLOGIA

Sob o ponto de vista symptomatico, e segundo o seu começo, o varicocele pode ser agudo ou chronico. Varicocele agudo é aquelle que começa bruscamente. N'este caso o varicocele augmenta rapidamente de volume; observa-se principalmente nos novos soldados. «Não é raro, diz Gaujot, ver homens chegados ao exercito sem o menor vestigio de varicocele, ou com um varicocele muito ligeiro, apresentar no fim de seis mezes, um anno, ou dois, quando muito, uma dilatação varicosa que se torna em pouco tempo consideravel».

Varicocele chronico é aquelle cujo começo é insidioso. N'este caso evoluciona progressivamente. Pode ainda apresentar-se sob duas formas differentes: uma lentamente progressiva, e a outra por ataques successivos, sobrevindo sob a influencia de

esforços, fadigas, excessos venereos, contusões, etc.

Quando a affecção attingiu um certo grau de desenvolvimento, os signaes physicos que apresentam estas tres formas são quasi os mesmos, qualquer que seja o seu modo de começo. A intensidade dos symptomas funcionaes parece estar em relação com a rapidez da evolução do processo morbido, notando-se que não é só o varicocele agudo que os provoca. Casos ha de varicocele agudo que não produzem ulteriormente nenhuma perturbação grave, e de varicocele chronico, que n'um dado momento produzem graves perturbações funcionaes. Não podemos, pois, pela clinica, justificar plenamente esta divisão. Sob o ponto de vista clinico temos a considerar no varicocele duas formas principaes: o varicocele banal, muitas vezes indolor, ou provocando apenas perturbações ligeiras, e o varicocele doloroso e complicado de perturbações psychicas ou de atrophia testicular. A maior parte dos varicoceles que observamos pertencem á primeira forma, e na maior parte do tempo a affecção evoluciona por progressos continuos e regulares. Na parte media do cordão desenvolve-se um rosario de nós varicosos, e n'este periodo de começo a phlebectasia não é, em geral, nem incommoda nem dolorosa; o doente ignora a sua

doença. Passado algum tempo, o feixe varicoso augmenta de volume, a elasticidade das bolsas é vencida, o escroto torna-se pendente, pesado e incommodo, em consequencia d'uma marcha, d'um excesso, d'uma fadiga, d'uma estação prolongada, etc. Então os doentes experimentam a necessidade de levar a cada instante a mão ás bolsas para levantar os testiculos, pendentes e dolorosos.

Accusam uma sensação de peso no testiculo que se estende até á virilha e até á região lombar, um peso importuno e um abalo incommodo sobre o trajecto do cordão. Se o doente é um sedentario, se pode affastar as causas profissionaes que hyperemiam os plexos espermaticos, o varicocele pode ficar durante muito tempo limitado a estes caracteres. O varicocele é então mais incommodo que doloroso e o suspensorio é muitas vezes sufficiente. Na segunda fôrma não só observamos uma perturbação e um peso permanente que fatigam o doente, mas tambem dôres. Estas dôres partem da região inguino-escrotal e irradiam em todas as direcções, para o perineo, verga e rins.

Sobrevem sob a fôrma de accessos e algumas vezes tão intensos, em certos individuos nervosos, que «vemos chegar, diz Landouzy, os doentes offegantes depois da

menor carreira, os traços alterados, o rosto banhado em suor, inquietos e anciosos. Um doente que Breschet operou dá-nos uma ideia dos seus soffrimentos dizendo na sua linguagem vulgar, mas expressiva, que depois de ter dado 200 passos estava como o peixe na areia». Vidal (de Cassis) diz ter encontrado doentes que procuram no suicidio o termo da sua doença. Os symptomas dolorosos não estão em proporção directa com o desenvolvimento do varicocele; ha pequenos tumores intoleraveis, que exigem uma intervenção radical. Ao contrario, massas volumosas podem não causar senão o incommodo e o peso escrotaes. As dôres augmentam não só sob a influencia da menor fadiga, mas tambem sob influencias exteriores banaes. Assim: quando o tempo está quente e muito hygrometrico as bolsas relaxam-se e tornam-se flaccidas; as dôres exaggeram-se. Pelo contrario, o frio, a posição sentada ou deitada trazem consigo uma diminuição da bolsa escrotal que levanta os testiculos e esvasia as veias engorgitadas. D'uma maneira geral, é preciso reconhecer que estes phenomenos dolorosos são influenciados pelas modificações da circulação testicular, que augmentam sob a influencia de tudo que pode provocar a estagnação do sangue no testiculo, e que, pelo contrario, diminuem ou desaparecem durante algum

tempo, desde que a descongelação do plexo espermatico se effectue. Landouzy e outros mencionam individuos que encontravam no coito um meio therapeutico muito efficaç. Esta influencia do coito é muito nitida na maior parte dos doentes; soffrem enquanto dura a excitação genesica; desde que esta é satisfeita, as dôres calmam. Depois, ha perturbações reflexas de toda a ordem; arrepios, accessos de calor, dôres de cabeça, fadiga ocular, pruridos cutaneos, nevralgias intercostaes, paresthasias diversas, hypersudação, sensação de frio, etc. Em pouco tempo estas perturbações augmentam de tal modo que o varicocele se torna um dia uma verdadeira enfermidade, pelas dores provocadas e pelas inquietações de que é origem. As funcções genitales comportam-se differentemente segundo os casos: n'uns effectuam-se duma maneira normal; n'outros o sentido genital está diminuido ou desviado.

Horteloup operou um doente que não tinha erecção senão com um suspensorio. Finalmente outros queixam-se de erecções incompletas. Jamin conta ter observado um homem de 26 annos em que «a emissão espermatica não era nunca acompanhada d'uma erecção sufficiente para conduzir a verga no canal vaginal; esta impotencia genital não deixou de influenciar muito in-

commodamente o character do doente que confessava com as lagrimas nos olhos ser assaltado pelas ideias mais tristes». N'outro a erecção não era possível senão no decubito dorsal. Esta impotencia não pode ser attribuida, senão em casos excepçoes, á atrophia testicular, porque a atrophia só produz a impotencia com a condição de ser dupla. Segundo Terrier e Berger, é preciso incriminar principalmente o estado mental do individuo, a neurasthenia, a hypocondria, em que caem um certo numero de individuos affectados de varicocele e tambem é á conta d'esta nevropathia que é preciso registrar as perturbações reflexas de que já fallamos. A situação é algumas vezes complicada pela atrophia do testiculo. Emquanto á causa d'esta atrophia as opiniões divergem. Pajét dizia ser bastante commum «encontrar um varicocele em homens inteiramente sãos, que, sendo sufficientemente indifferentes ou sensatos para fazer uma ideia justa d'isso não soffrem nem moralmente nem physicamente; n'uma palavra, aquelles em que o varicocele é mais que uma coisa insignificante são raros». Cooper dizia, «o varicocele merece com pezar o nome de doença, porque na maior parte dos casos, não produz nem dôr, nem perturbação, nem diminuição das faculdades geradoras».

Pelo contrario, Celso e Callisen observaram casos de atrophia testicular. Pott cita 3 observações de varicocele de atrophia; mas n'um caso a ectasia complica-se de orchite traumatica, e nos outros trata-se de phlebite do plexo varicoso. Pela estatistica de Barwill, em 100 casos que observou, vê-se que o varicocele tende a modificar a vitalidade testicular; mas só o faz se attinge um certo volume, ou, se existe desde certo tempo. Ha individuos affectados d'um varicocele, mesmo um varicocele volumoso ou doloroso, que conservam a mentalidade perfeitamente equilibrada e outros que caem na hypocondria. Sempre tristes, concentram toda a attenção na doença e não tentam distrair o espirito de maneira alguma. Exaggeram tudo o que sentem e observam-se com uma meticulosa inquietação, lendo todas as obras que tratam d'esta doença. Passam a vida a combinar a melhor maneira de attenuar os seus soffrimentos. E assim elles mudam muitas vezes ao dia o algodão do suspensorio, modificam continuamente a funda. São inquietos, impressionaveis, preguiçosos, deprimidos e não ha nada de viril nas suas concepções e nas suas obras. Gastam toda a sua actividade pensando na sua ideia fixa: — perder o testiculo, ficar ou tornar-se impotente. Esta depressão moral acompanha-se d'um

enfraquecimento das forças phisicas; fatiga-os o mais insignificante exercicio. (*Dentu e Delbet*) Finalmente, como diz Vidal (de Cassis), muitos individuos são frequentemente assaltados pelas ideias do suicidio.

DIAGNOSTICO

Diagnostic.—Se, no começo da affecção e nas formas ligeiras mas dolorosas, pode haver algumas hesitações, a doença confirmada é facilmente reconhecida. Apresenta-se então sob o aspecto d'um tumor molle e nodoso, as bolsas pendentes, flaccidas, mais descidas á esquerda que á direita; pela inspecção, verificamos ainda um symptoma que Landouzy foi o primeiro a mencionar: o augmento da secreção cutanea escrotal, principalmente do lado affectado. Esta secreção é n'alguns doentes tão grande que são obrigados a guarnecer o lado do suspensorio que corresponde ao tumor.

Alguns doentes tem sobre este ponto das bolsas um prurido que é para elles uma verdadeira tortura. O volume do tumor diminue em geral no decubito horisontal, e augmenta, pelo contrario, sob o influxo de esforços, fadigas, e posição vertical prolon-

gada, isto é, sob a acção de tudo quanto possa favorecer a congestão dos plexos espermaticos.

O tumor tomado entre os dedos dá a sensação d'uma massa pastosa, molle, fugidía, decomponivel em ramificações enroladas que se teem comparado a montões de lombricoides, a enlaçamentos de sanguesugas, novellos de cordas enroladas, intestinos de gallinhas. No começo o tumor reduz-se a algumas pequenas saliencias sobre a porção media do cordão; á medida que augmenta a phlebectasia, o cordão enche-se de novellos, feixes tortuosos que descem até abaixo do testiculo e enchem o fundo do sacco escrotal.

N'estes casos o escroto pode attingir um desenvolvimento consideravel; as veias do septo são ectasiadas e formam algumas vezes um pequeno tumor varicoso medio, de volume variavel. Os ramos subcutaneos desenham-se n'uma rede saliente. A' palpação sente-se este enlaçamento venoso penetrar em pleno canal inguinal; no meio d'esta rede, com custo agarramos o canal deferente. Entre estes vasos uns são regularmente calibrados e dão a sensação de tubos membranosos, de paredes molles e fluctuantes; outros são espessos, calcareos e resistem ao dedo; outros emfim são delgados, distendidos, bosselados, e n'alguns pontos incrustados em segmentos duros e rigidos.

Diagnostic differencial.—Na maior parte dos casos, palpar um varicocele, é reconhecer-o. No entanto ha algumas difficuldades diagnosticas devidas a irregularidades ou a complicações que alteram a physionomia symptomatica do varicocele. Um especialista herniario tem algumas vezes infligido a um varicoceloso o uso intempestivo d'uma funda: Pott, Bojer, Landouzy citam casos d'esses. Cooper tem discutido bastante este ponto de diagnostico differencial.

Que para um epiplocele de consistencia molle, de forma mal definida, de redução silenciosa, tenhamos algum embaraço, isso é possível; mas então a manobra aconselhada por Curling é decisiva: fazemos deitar o doente e reduzimos o tumor, ao passo que o cirurgião comprime moderadamente contra o canal, para conservar a redução, e não para impedir a circulação na arteria espermatica; fazemos levantar o doente: se se trata d'uma hernia, o tumor não se reproduz; se se trata d'um varicocele, os plexos varicosos enchem-se e o tumor reconstitue-se. Ha ainda um outro meio mais simples e talvez mais seguro; é a applicação de compressas quentes sobre o tumor; o calor dilata o varicocele e não muda em nada o volume do tumor formado pela hernia. Se fizermos tossir o doente enquanto está deitado, o

tumor, em lugar de ser projectado para baixo, como no caso de epiplocele, é, pelo contrario, levantado a cada esforço de tosse; temos ainda a attender á reproducção do tumor depois da redução; a hernia desenvolve-se de cima para baixo, o varicocele enche-se em sentido inverso. De mais o epiplocele forma um tumor mais isolado, mais independente do testiculo, menos difuso, mais pastoso, mais consistente; além d'isso é provido d'um pediculo abdominal tangivel e duro que falta no varicocele.

Distingue-se do hydrocele porque não tem nem a forma regular nem a renitencia d'este.

O sarcocele distingue-se pela sua dureza e pela sua limitação exacta.

A phlebite pode apoderar-se do varicocele e modificar-lhe a evolução; então descobrimos algumas vezes a phlebectasia preexistente, e deante d'este estado inflammatorio cre-se n'um phlegmão escrotal, n'uma orchi-epididymite sobre-aguda, n'um estrangulamento herniario, como nos casos observados por Escallier. Apesar das semelhanças que existem entre o varicocele inflammado e o estrangulamento d'uma hernia inguinal, um exame comparativo permitirá estabelecer o diagnostico; o tumor do varicocele apresenta nodosidades mais ou menos accentuadas, no seio das quaes encon-

tramos uma especie de corpo solido, mas desprovido de tensão e de elasticidade; o annel inguinal é livre, o ventre não é tenso, e os symptomas geraes simulam o estrangulamento, pertencente a esta symptomatologia banal de todas as phlegmasias do abdomen, excepto os vomitos estercoraes. E' preciso notar que estes casos se observam principalmente em individuos vindos de climas tropicaes.

Prognostico e complicações.—O varicocele banal, que não dá logar a perturbação funcional alguma, é d'um prognostico benigno. E' apenas um incommodo, que a maior parte das vezes é attenuado pelo uso e boa adaptação d'um suspensorio, que não perturba em nada a vida do individuo que o usa. O mesmo não acontece com o varicocele doloroso ou volumoso que determina perturbações psychicas, de que já fallamos, ou coincide com ellas. N'este caso o prognostico é mais grave. No varicocele symptomatico dos tumores do rim, o estado varicoso das veias espermaticas não tem, por si só, nenhuma significação prognostica.

O prognostico torna-se principalmente grave pelas complicações a que o varicoccele dá logar, algumas das quaes vou mencionar:

Está provado que os varicoceles volumosos occasionam accidentes graves, taes como

o hematocele do escroto ou a phlebite: espontaneamente ou em consequencia d'um traumatismo, as veias rompem-se, e forma-se no interior das bolsas um derrame sanguineo trazendo, em certas circumstancias, complicações graves; outras vezes, as veias varicosas inflammam-se mais ou menos vivamente, a phlebite desenvolve-se com todas as suas consequencias. Vidal (de Cassis) relata dois casos de phlebite; n'um caso sobreveio em consequencia d'um pontapé, n'outro foi devido a uma epididymite, propagando-se a inflammação até ás veias.

Escallier, n'uma memoria que apresentou á Sociedade de Cirurgia em 1851, cita dois casos de phlebite espontanea, produzindo a morte no fim de alguns dias; feita a autopsia encontrou-se pus nas veias espermaticas; Michon, Monód e Nelaton, encarregados de fazer o exame da memoria apresentada por Escallier, concluíram que o meio mais seguro de se oppor ao mal que matou os dois doentes era a operação.

Como já dissemos a secreção cutanea do escroto irrita a pelle das bolsas e produz algumas vezes um prurido insupportavel.

Como todas as varizes, em geral o varicocele produz um abaixamento das forças physicas. «E' da maior importancia, diz Vidal (de Cassis), distinguir esta fraqueza da maior parte das varizes, da fraqueza dos

velhos affectados de dilatações varicosas sobre varias partes do corpo. Aqui a fraqueza é o effeito da idade, é anterior ás varizes e é muitas vezes uma das suas principaes causas; ao passo que no portador d'um varicocele, são as proprias varizes que, por assim dizer, deprimem as forças; a fraqueza é então o effeito e não a causa.

Parece que a presença das varizes espermaticas diminue a resistencia do testiculo e cria n'elle uma predisposição á inflammacão. «Quando a blennorrhagia cahe nas bolsas d'um individuo affectado de varicocele, diz P. Reclus, localisa-se quasi sempre do lado que corresponde á ectasia venosa, e, em logar de curar francamente, apresenta uma tendencia perigosa ás recidivas». E' talvez assim para as orchites por infecção vascular; mas nada permite affirmal-o.

A dor, que acompanha o varicocele, pode ser insupportável e é susceptivel de desaparecer pelos processos de cura radical.

O varicocele é algumas vezes a causa d'uma malformação physica exaggerada.

Em quasi todos os individuos novos, que são affectados de varicoceles sufficientemente accentuados para chamar a sua attenção, existe um grau de depressão intellectual e hypocondria sexual, sufficiente em certas circumstancias para tornar a vida intoleravel.

O varicocele pode tambem ser uma causa de reforma e quebrar assim uma vocação militar.

O varicocele occasiona algumas vezes gastralgias violentas ou ainda perdas seminaes abundantes, arrastando a chlorose e palpitações.

TRATAMENTO

Dividiremos, a exemplo de todos os auctores, o tratamento, em *palliativo* e *curativo*.

TRATAMENTO PALLIATIVO DO VARICOCELE.

Consiste:

1.º Em fazer de manhã ao levantar, á tarde ao deitar, uma grande loção fria sobre a região do escroto e do perineo; esta póde ser feita quer com agua pura, quer addicionada d'um liquido adstringente. A loção póde, com grande vantagem, ser substituída por um banho local frio, d'uma duração de tres a cinco minutos. Estes meios despertam a tonicidade dos tecidos das bolsas, facilitam a sua retracção e fazem-nos retomar a sua elasticidade.

2.º Devemos evitar a constipação e conservar a liberdade do ventre, para o que se aconselha tomar de manhã em jejum uma colher-de-café de oleo de ricino.

3.º Usar um suspensorio; é necessario que abrace bem o escroto, o sustente e o levante, não sendo necessario que seja muito amplo, mas sufficientemente grande para que uma parte das bolsas (a região posterior) não se escape, o que tem acontecido muitas vezes; é conveniente adaptar ao suspensorio sub-coxas.

TRATAMENTO CURATIVO.

Recapitulando o que temos dito, reduziremos as indicações em que não só podemos, mas devemos intervir aos casos seguintes:

1.º Quando o varicocele é volumoso e augmenta, mas sem occasionar dôr, e nos varicoceles que, não sendo dolorosos nem muito volumosos, existem em doentes que solicitam da cirurgia a cura radical da sua ligeira enfermidade. N'este caso a operação é feita por complacencia;

2.º Quando, pequeno ou grande, é muito doloroso;

3.º Quando é uma causa de reforma, ou de incapacidade para o trabalho;

4.º Quando o testiculo do lado doente se atrophia, principalmente se o do lado opposto não está são por causas diversas;

5.º Quando o varicocele tem uma influencia accentuada sobre o equilibrio das faculdades mentaes;

Tuffier diz: as variedades que comporta

o varicocele são de trez ordens, a saber; A) a ectasia venosa pura e simples; B) a orchidoptose sem dilatação venosa; C) a variedade mixta que reúne as duas precedentes.

Embora esta descripção seja um pouco eschematica, pois que não existe varicocele sem fraqueza nem alongamento do escroto, vamos segui-la porque simplifica muito as indicações operatorias e facilita a descripção.

Facilmente se comprehende que querer oppor uma mesma therapeutica a estados pathologicos differentes é illogico e deve conduzir a fatalidades. A supressão de toda a causa de perturbação de circulação de retorno das veias espermaticas constitue o primeiro remedio, quer esta perturbação seja occasionada por uma funda herniaria, uma hernia comprimindo o cordão, um tumor illiaco abdominal ou renal, uma constipação ou esforços repetidos.

Preenchida esta primeira indicação, o tratamento varia segundo cada uma das variedades mencionadas.

A) *Tratamento curativo do varicocele com ectasia pura e simples* — N'este caso convem a ligadura simples, ou melhor, a ligadura com reseccão venosa.

Tuffier executa a operação da maneira seguinte: «Praticamos na parte superior da

face anterior do escroto uma pequena incisão de tres centímetros, parallela ao trajecto do cordão espermatico, enucleamos os elementos do cordão atravez esta incisão, depois isolamos o feixe venoso posterior, ligamol-o em dois pontos differentes e re-seccamol-o.

Esta operação necessita d'uma precaução capital que consiste em bem isolar o canal deferente e a arteria espermatica. Na observação apresentada por Tuffier as suturas foram cortadas ao quinto dia e o doente sahi do Hospital sem suspensorio».

B) Tratamento curativo do varicocele com orchidoptose, sem dilatação venosa. — Comprehende-se que o tratamento* da segunda variedade do varicocele, *orchidoptose simples*, deve ser differente do tratamento da primeira variedade, visto que as veias são normaes e que o apparelho é o unico defeituoso. Aqui o tratamento palliativo occupa o primeiro logar. Se o suspensorio artificial é insufficiente, é preciso recorrer ao suspensorio natural: n'este caso convem pois, quer a simples restauração escrotal, quer a resecção escrotal associada á excisão, na ferida operatoria, do segmento inferior das veias funiculares que se apresentam.

1.º *Restauração escrotal*.—Pode executar-se de maneiras diversas.

a) *Pela ligadura subcutanea, em bolsa, do escroto*.—Esta operação deve-se a Nimier e consiste em ligar o escroto abaixo dos testiculos, depois de os ter repellido para o canal inguinal. Antes de Nimier já varios auctores, reconhecendo que era muito difficil o suspensorio ficar sempre bem applicado, de maneira que os testiculos e os plexos varicosos não podiam ser efficazmente sustentados, modificaram este modo de suspensão, servindo-se de laços com os quaes diminuiam a capacidade das bolsas.

Hervez de Chegoin aconselhava repellir os testiculos contra os anneis inguinaes externos e apertar as bolsas, conservando-as unidas com a ajuda d'uma fita, applicada directamente abaixo dos testiculos.

Larrey substituiu a fita de Hervez de Chegoin por uma fita de diachylon.

Richard (du Cantal) substituiu estes meios por uma lamina de caoutchouc não vulcanizado, de 2 centimetros de altura e d'um comprimento proporcional á espessura do escroto que queremos reseccar.

Wormald empregou um anel formado por um conjuncto de fios de prata, recobertos de algodão e de coiro fervido. Todos estes anneis ou laços teem por fim apertar as bolsas e supportar, melhor que um

suspensorio, os testiculos e os plexos varicosos: Ora a operação de Nimier é, por assim dizer, a reproducção d'estas ligaduras escrotaes. Nimier descreve o processo da maneira seguinte:

« O ajudante colloca-se á sua direita; com a mão esquerda em pronação repelle os testiculos contra o pubis, deixando passar o escroto entre o indicador e o medio; com a mão direita segura e estende o escroto. O cirurgião collocado á esquerda do doente, está munido d'uma agulha comprida de Reverdin, que introduz no bordo esquerdo do escroto estendido rente dos dedos do seu ajudante; ajudando-se da mão esquerda, dirige transversalmente a agulha contra a face profunda da derme cutanea da parede anterior do escroto da qual perfura o bordo direito.

Retira em seguida a agulha arrastando uma das extremidades d'um fio de seda, e assim é collocada a metade da ligadura subcutanea. Para collocar a outra metade, reintroduzimos a agulha pela primeira picadura que lhe deu passagem sobre o bordo esquerdo do escroto, e segue a face profunda da derme cutanea da parede posterior, depois sahe pelo buraco do bordo escrotal direito. Agarramos a segunda extremidade do fio de seda e reconduzimo-la á esquerda. N'este momento, abaixo dos de-

dos esquerdos do ajudante, vemos uma ansa do fio sobre o bordo direito do escroto; as suas duas extremidades emergem do bordo esquerdo.

Exercendo tracção por estas duas extremidades, fazemos desaparecer a ansa no sacco escrotal, apertamos, atamos, cortamos rente da pelle, abaixo da qual o nó é completamente escondido, sem que, por assim dizer, possamos descobrir os buracos da agulha e do fio. Apertada a ligadura, a parte inferior do escroto enrugada pende abaixo do suspensorio natural que contem os testiculos. Em volta d'este fio desenvolve-se tecido fibroso; o segmento inferior das bolsas deshabitado e obliterado voltaria completamente sobre si proprio.

Nimier chama ainda a attenção sobre dois pontos:—1.º é preciso vigiar a mão esquerda do ajudante. E' a dupla parede da parte inferior do escroto, e não a pelle anterior só, que deve ultrapassar entre o indicador e o medio. E' necessário que depois da ligadura posta, o sacco deshabitado seja, em relação ao suspensorio, inferior e não anterior. Quando é anterior, os testiculos repousam sobre a parede posterior do suspensorio escrotal e pouco a pouco elles a desfundam e o varicocele reproduz-se. — 2.º A ligadura deve ser moderadamente apertada; basta que impeça a descida dos testi-

culos; não deve estrangular a fundo os tecidos, pois que provocaria uma dôr viva ».

b) *Pelo reviramento da tunica vaginal* — O reviramento da vaginal tem sido empregado por F. Parona no tratamento do varicocele. Eis o processo: «Fazemos sobre o escroto uma incisão que comece um pouco acima do anel externo do canal inguinal e que desça obliquamente para baixo sobre uma extensão de 5 a 6 centímetros. Descubrimos a embocadura do canal inguinal, atraímos o testículo e isolamos-o dos tecidos circumvisinhos, tendo o cuidado de não ferir a tunica vaginal que o cobre e que muitas vezes é muito delgada.

Levantando então o testículo e o cordão, fazemos na parte anterior da tunica vaginal, ao nível do epididymo, uma incisão sufficientemente larga para dar livre passagem ao testículo e para permittir em seguida erguer o sacco para cima, de maneira que a abertura pela qual sahiu o testículo venha juntar-se com o anel externo do canal inguinal; o cordão espermatico e as suas veias varicosas ficam no sacco invertido. Para que os vasos dilatados possam encontrar logar na vaginal, cuja capacidade tem sido assim reduzida, basta levantar o testículo durante alguns instantes, manobra essa que tem por fim esvasiar rapidamente as veias. Feito isto, fixamos por

meio de 5 ou 6 pontos de sutura os lábios da incisão da tunica vaginal aos bordos do anel inguinal externo depois de ter a certeza de que o testículo se encontra na sua situação normal e que o cordão não tem soffrido torsão. Quando os feixes venozos são muito grossos, isolamos na parte superior do cordão as veias mais volumosas, incisamos-as entre duas ligaduras e aproximamos em seguida os topos. Se a capacidade da vaginal é excessiva podemos restringil-a por uma sutura em serzadura, applicada no sentido longitudinal. O escroto reduz-se ao seu volume normal, deixa-se deslocar sobre o testículo cuja mobilidade se encontra um pouco diminuida em consequencia do espessamento e do encurtamento do cordão.»

2.º *Resecção do escroto*—Cooper foi o primeiro que em 1831 fez a resecção do escroto. Em 1844 Velpeau empregou o mesmo processo. Em 1854 Voillemier praticou a resecção do escroto com excellent resultado n'uma creança de 14 annos. Esta operação ficou depois no esquecimento até 1871, epoca em que foi praticada por Henry de New-York e depois adoptada por Edmond Wickham, Lucas-Championniere, Reclus, Segond, Bazy e muitos outros.

A resecção do escroto pode praticar-se

por diversos processos: pela excisão simples, pela excisão com clamps especiaes e pela excisão com clamps ordinarios.

a) *Processo da excisão simples*. — Este processo empregado por Lucas-Championniere é descripto por Doubre da maneira seguinte:

«Os testiculos sendo conservados contra os aneis por um ajudante, incisa a pelle e o tecido cellular, que logo se retrahem e põem a nú as camadas subjacentes; depois comprehende todas as outras tunicas n'uma sutura em cadeia, analoga á que emprega na ligadura do sacco, na cura radical da hernia. Sendo a cadeia completa, incisa para deante d'esta todos os tecidos e a hemostase sendo bem verificada sobre a superficie de secção, reúne sobre esta primeira linha de suturas profundas, perdidas, feitas com catgut, a pelle escrotal por um segundo plano de suturas superficiaes».

Este processo é absolutamente seguro e põe ao abrigo de todo o perigo de hemorrhagia, mas de execução bastante longa e difficil.

b) *Processo da excisão com clamps especiaes*. — Sem fallar em Henry, Horteloup, Wickham, Delorme, teem ultimamente recorrido para a cura radical do varicocele, a clamps especiaes Dardignac, Baissas e ou-

tros. Com o clamp especial de Baissas a resecção, a passagem dos fios, a sutura fazem-se ficando o aparelho no logar, de tal maneira que, tirado este, não resta mais senão applicar o penso.

O aparelho compõe-se de duas laminas metallicas destinadas a pinçar o escroto, incurvadas com um raio de 75 millimetros, e um comprimento de 18 centimetros, de tal maneira que podem abraçar todo o escroto d'um adulto, desde a sua inserção anterior na raiz da verga, até á sua inserção posterior no perineo, apresentando já a primeira vantagem de a operação se poder fazer n'um só tempo. O bordo convexo das laminas é dentado n'uma profundidade de 6 millimetros; cada uma das fendas que separa dois dentes termina n'um buraco destinado á passagem dos fios de sutura; estes buracos distam 4 millimetros. As laminas são symetricas e podem unir-se exactamente, de maneira que as fendas e os buracos se correspondem exactamente d'uma lamina á outra.

Esta disposição guia o cirurgião na disposição das suturas. Em cada uma das extremidades d'um dos ramos (ramo macho) existem parafusos de fixação. A's extremidades do outro (ramo femea) existem uns encaixes destinados a receber os parafusos. Para assegurar o affrontamento das duas

laminas em todo o seu comprimento, existem, ao centro do aparelho, dois buracos que servem para passar um fio de sêda que apertamos e atamos. Como em todos os outros processos, começamos por fazer conservar por um ajudante os testiculos no anel, por fazer estender em leque, por um outro ajudante, toda a porção do escroto a reseccar, depois o cirurgião applica o aparelho; verificamos, antes de apertar os parafusos, se a presa está bem feita, segundo a direcção do raphe escrotal, desde a raiz da verga até á inserção escroto-perineal, não deixando do escroto senão a extensão indispensavel para cobrir os testiculos e, para a raiz da verga, a quantidade sufficiente para permittir a erecção. Feito isto o cirurgião faz passar n'um segundo tempo, atravez o escroto, por meio d'uma agulha de Reverdin, sobre a concavidade do aparelho, isto é, entre elle e o testiculo, crinas de Florença em cada um dos buracos destinados a esse fim. Cada uma das extremidades d'estes fios é recebida por pinças de forcipressura conservadas por um ajudante tão lóngo quanto possível do campo operatorio para não perturbar o cirurgião que n'um terceiro tempo, quer d'uma ou duas vezes, excisa, rasando o bordo convexo do clamp não excisando a metade superior senão quando todos os fios

da metade anterior tiverem sido ligados, ligadura successiva de todos os fios. A operação é assim terminada a branco, e com uma segurança perfeita; não resta mais que tirar o clamp (Doubre).

c) *Processo da excisão com pinças-clamps ordinarias.* — Parece ter sido Le Dentu o primeiro que empregou as pinças clamps ordinarias para a resecção do escroto. Eis como elle descreve o processo da excisão escrotal que pode ser de cima para baixo ou de baixo para cima, preferindo elle o segundo processo.

Excisão de cima para baixo. — Colloca-se o doente em posição de talha. Com uma primeira pinça collocada de tal maneira que a *concauidade* dos seus ramos olhe *para cima*, agarramos a porção do escroto visinha da verga. Collocamos uma segunda pinça de maneira que a *concauidade* dos ramos olhe *para traz* e que a sua extremidade livre encontre a primeira pinça pelo seu meio. Sem nos occuparmos por um momento da porção posterior do escroto livre, atravessamos o escroto com uma agulha de Reverdin, ou melhor, com agulhas de sutura ordinarias, munidas de crinas de Florença, um pouco para traz dos ramos da primeira pinça, até ao encontro da segunda.

Destacamos então com um bisturi a

porção do escroto situada para deante d'esta primeira pinça, o que permite tiral-a.

Atamos em seguida, para deante d'esta primeira secção escrotal, os 3 ou 4 fios postos antecipadamente. Se a aproximação dos labios da incisão não basta para a hemostase, completamol-a com alguns fios de catgut e apertamos as suturas. Executado este primeiro tempo, collocamos a pinça que tiramos, para traz e abaixo da segunda já posta, afim de agarrar a porção livre do escroto. Passamos os fios para traz da segunda pinça, e destacamos em seguida o segundo terço do escroto. Atamos os fios como da primeira vez. O terceiro tempo é a repetição dos dois primeiros ao nivel da terceira pinça. Como as partes molles tem algumas vezes tendencia a escapar-se da pinça, é conveniente estar munido d'alguns alfinetes de sutura que collocaremos para deante das pinças e que serão tirados com a porção correspondente do escroto.

O inconveniente da operação de cima para baixo é que a terceira pinça é difficil de bem collocar, razão porque Le Dentu recommenda antes o processo seguinte:

Excisão de baixo para cima — «O doente deitado, as pernas estendidas sobre o leito e muito ligeiramente affastadas. Collocamos a primeira pinça sobre a parte do escroto

visinha do perineo, a concavidade dos ramos voltada para os testiculos. Collocamos em seguida uma segunda pinça sobre o terço medio das bolsas, a concavidade voltada para traz e a extremidade dos ramos d'esta tocando a primeira pinça pelo meio dos ramos.

Pomos as suturas para traz da pinça posterior, excisamos a porção correspondente do escroto e atamos. Fazemos o mesmo ao nivel da segunda pinça, mas depois de ter agarrado a porção superior das bolsas. As unicas differenças entre as duas maneiras de actuar consistem na posição do individuo e na direcção dos ramos da primeira pinça. No primeiro caso a sua concavidade olha para deante, no segundo olha para traz. Para que esta excisão em varios tempos dê um bom resultado é necessario:—1.º collocar os fios pelo menos meio centimetro para traz das pinças:—2.º fazer a hemostase com cuidado:—3.º sustentar bem o que fica do escroto por um penso compressivo iodoformado: 4.º—tirar as suturas por duas vezes, ao quarto e ao sexto dia, (de preferencia ao sexto).

Complicações—Quer se empreguem clamps ou pinças, quer com estas pinças e estes clamps se agarre sómente as paredes escrotaes, ou ainda, com as paredes escrotaes, um feixe mais ou menos consideravel,

das veias funiculares posteriores, o processo tal como é empregado pela maior parte dos cirurgiões, repousa sobre o facto de os fios serem collocados atraz ou atravez dos ramos metallicos e de fazermos a sutura, desde que o instrumento é tirado sem nos preocuparmos com a hemostase. D'esta maneira o processo é perigoso, expondo o doente a complicações durante ou depois da intervenção. Durante a operação podemos abrir a vaginal; devemos fechala immediatamente por uma sutura perdida de catgut ou de seda fina. Depois da intervenção, podemos assistir á formação d'um hematoma.

Foi esta complicação que se deu na nossa observação.

Dardignac diz que «nenhum processo operatorio escapa a esta complicação e que todos os cirurgiões que têm praticado a resecção sabem que esta complicação é algumas vezes observada, inevitavelmente, sem mesmo ser sempre possivel ou facil explicital-a por qualquer falta».

A hemorrhagia, com effeito, é devida não só á muito rica vascularisação das tunicas escrotaes, mas tambem á differença da sua elasticidade e da sua retracção. «Estas variações são taes, diz Bonnet, que o escroto escapa invariavelmente aos ramos da pinça, por melhor applicada

que seja, desde que tem sido seccionado rente d'esta pinça, e se a hemostase não foi assegurada antes d'esta secção, torna-se impossivel encontrar no meio dos tecidos os innumerados pequenos vasos fechados momentaneamente pela contracção do darto e que, mais tarde quando o darto se distende, tornados livres, sangram abundantemente». A hemorragia postoperatoria é devida a maior parte das vezes á arteria do septo; esta retrahe-se com a maior facilidade, no tecido cellular sub-escrotal, se não é apertada pela ligadura, antes da suppressão dos meios de contenção.

Como já dissemos, obstamos a este inconveniente tanto pelo processo de Lucas Championnier como pelo processo de Baissas no qual a operação é terminada a branco e com uma segurança perfeita.

Dardignac, diz: «não temos mais observado hematoma desde que temos adoptado a regra de collocar invariavelmente dois pontos de sutura — o escroto estendido ao seu maximo entre os ramos do clamp — por cada centimetro de secção escrotal».

C) *Tratamento curativo do varicocele com orchidoptose e dilatação venosa.* — N'este caso a operação logica consiste em reseccar o escroto e as veias, quer o feixe anterior, quer o feixe posterior, segundo a séde maxima da lesão. Algumas vezes é preciso re-

seccar os dois feixes. Convem, pois, a operação combinada. Varios cirurgiões tem combinado a resecção do escroto á ligadura do plexo anterior: assim Guyon resume o seu processo aos tempos seguintes; 1.º incisão elliptica, de grande diametro transversal, da pelle, praticada sobre a parte anterior das bolsas; 2.º a ablação do retalho circumscripto por esta incisão; 3.º ligadura dupla do plexo venoso anterior dô cordão, atravez da vaginal não incisada, e a tunica fibrosa commum; 4.º sutura da pelle.

O processo de Guyon pode approximar-se do de Henry Lee.

Este cirurgião preconisa a ablação d'uma porção da pelle anterior das bolsas e a divisão das veias. Todos os tempos da operação são praticados pela ferida. As veias são temporariamente comprimidas; cortamol-as; cauterisamol-as ao nivel da secção ao thermo-cautero e fazemos a sutura. A reunião por primeira intenção faz-se rapidamente.

Boening (de Philadelphia) pratica simultaneamente a resecção d'uma parte do escroto e a excisão das veias varicosas entre duas ligaduras de catgut. Wickham observa que resecamos assim uma muito pequena quantidade do sacco escrotal e que os resultados que assegura esta intervenção são devidos, não á excisão do escroto, mas sim á ligadura venosa. Ora para fazer uma

operação completa, dizem Dentu e Delbet, é preciso que, depois de fazer a reseccão das bolsas e a excisão das veias posteriores, (excisão que segundo Tuffier deve fazer-se tomando e ligando separadamente as veias que descobre a ferida escrotal, e não agarrando em massa, nos ramos do clamp, o escroto e as veias), reseccar as veias funiculares anteriores. Com effeito, sobre toda a altura do cordão (do qual devemos antes de mais nada determinar bem a situação, tomando-o entre o pollegar e os dedos e fazendo rolar os seus elementos sob a polpa que explora), desde o orificio externo do canal inguinal até ás bolsas, incisamos primeiro a pelle; depois cortamos camada por camada, levantando os tecidos com pinças; depressa chegamos ao feixe funicular, junto do qual alguns lobulos de gordura, que o cercam e o protegem para deante, indicarão a sua presença.

As grossas veias anteriores são as primeiras que se apresentam. A sua ligadura e a sua excisão parecem faceis, mas ha dois perigos que é preciso evitar: 1.º o canal deferente; 2.º a arteria espermatica. Para evitarmos estes perigos é preciso lembrarmos da topographia do cordão. Abaixo da pelle, do dartos, do tecido cellullar e das fibras cremasterianas, encontramos no meio da gordura, um rico feixe de veias; são

primeiro as veias funiculares anteriores; e atraz d'estas a arteria espermatica, muito mais comprida que as veias. Atraz está o canal deferente, contra o qual caminha a pequena arteria deferencial. Finalmente, mais para traz ainda, encontramos as veias funiculares posteriores, entre as quaes desce a arteria do cordão. E' facil evitar a ligadura do canal deferente, pois que este é duro, espesso, cylindrico, rolando debaixo do dedo; o mesmo não podemos dizer da arteria espermatica: sendo pequena, não se tem podido perceber as suas contracções quer pela inspecção, quer pela palpação.

Pode, pois, ser facilmente comprehendida na ansa do fio ao mesmo tempo que as veias visinhas.

Para alguns cirurgiões este facto tem pouca importancia, pois que a funicular e a deferencial a recompensariam, fornecendo ao testiculo uma alimentação sufficiente. Ora parece que não é bem assim, e o melhor é poupar a arteria se for possivel e como pela dissociação isso será muito difficil, é preferivel não comprehender na ansa dos fios toda a espessura do feixe das veias anteriores, havendo d'esta maneira probabilidades de poder escapar. Resta fazer ligaduras em dois pontos e depois secção das veias entre estas duas ligaduras. Sutura e penso secco (Dentu e Delbet).

BIBLIOGRAPHIA

- VIDAL (DE CASSIS) — Traité de pathologie et médecine opératoire.
- ESCAT — Etiologie du varicocele, *Presse médicale* n.º 12 1898.
- DENTU ET DELBET — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
- DARDIGNAC — Sur le varicocele et son traitement, *revue de chirurgie*, n.º 9, septembre 1895.
- H. NIMIER — Sur traitement du varicocele, *revue de chirurgie*, n.º 10, 10 octobre 1898.
- EDMOND VICKHAM — De la cure radicale du varicocele par la resection du scrotum.
- DOUBRE — Cure radicale du varicocele, *bulletin, médicale* 2 de juin 1897.
- LE DENTU — De la cure radicale du varicocele 1897.
- TUFFIER — Les varicoceles et leur traitement, *Presse médicale*, 20 septembre 1899.
- M. F. PARONA — Nouveau procédé de cure opératoire du varicocele, *semaine médicale* 1 de fevrier 1899.



PROPOSIÇÕES

Anatomia = O anel inguinal externo é interno.

Anatomia Topographica = O limite superior da região supra-hyoidêa não é o maxillar inferior.

Histologia = A membrana não é parte essencial da cellula.

Physiologia = O rim não é um simples filtro.

Pathologia Geral = Condemno a vaccina de braço a braço.

Materia Medica = As doses fazem do alcool medicamento ou veneno.

Anatomia Pathologica = A cellula gigante não caracteriza o folliculo.

Pathologia Externa = O varicocele é mais frequente á esquerda do que á direita.

Pathologia Interna = No tratamento dos vomitos incoerciveis está indicada a injeccão do soro physiologico.

Operações = A thoracentese está indicada nos casos de derrame pleural.

Partos = A applicação do forceps pôde fazer do parto um benemerito ou um criminoso.

Medicina Legal = A integridade do hymen não prova a virgindade da mulher.

Hygiene = Não se deve dar alta a um typhoso enquanto existir bacillo d'Eberth na urina.

Visto

Lopes Martins

Póde imprimir-se

Moraes Caldas