

Dr. Eduardo Soares de Barcellos  
Ex-interno de clinica cirurgica do Hospital de  
Misericordia de Porto Alegre  
Pharmaceutico pela Faculdade de Porto Alegre

# *Cura radical do hydrocele*

Defendida a 19 de Dezembro de 1907

Approvada grau 9

LIVRARIA DO GLOBO  
Casa Matriz Casa Filial  
PORTO ALEGRE — Rua dos Andradas n. 272  SANTA MARIA — Rua do Commercio  
1907



T 616.6  
B 242 0  
1907



Faculdade de Medicina e de Pharmacia de Porto Alegre

---

# THESE

apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DE PORTO ALEGRE

a 14 de Outubro de 1907

POR

## Eduardo Soares de Barcellos

Ex-interno de clinica cirurgica, do Hospital de Misericordia de Porto Alegre  
Pharmaceutico pela Faculdade de Porto Alegre

Filho de Miguel Soares de Barcellos e D. Vicentina M. de Barcellos

---

Cadeira de Operações e Apparehos

DISSERTAÇÃO

### Cura radical do hydrocele

#### PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

Defendida a 19 de Dezembro de 1907

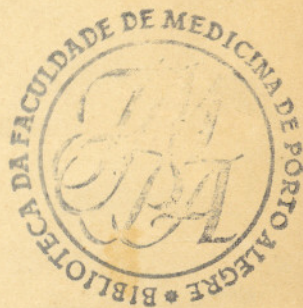
Approvada grau 9

---

1907

TYPOGRAPHIA DA LIVRARIA DO GLOBO, RUA DOS ANDRADAS, PORTO ALEGRE

Casa Filial em Santa Maria, Rua do Commercio



T-0130



Bib. Fac. Med. UFRGS

T-0130

Cura radical do hydrocele



T 616.6  
B 242 C  
1907

## Faculdade de Medicina e de Pharmacia de Porto Alegre

ANNO DE 1907

DIRECTOR — Professor Serapião H. Mariante.

VICE-DIRECTOR — Professor Eduardo Sarmiento Leite da Fonseca.

SECRETARIO — Professor Francisco de Carvalho Freitas.

Cadeiras	Lentes
Historia natural medica.....	Professor Thomaz Sarmiento Barata
Chimica medica.....	» Christiano Felipe Fischer
Anatomia descriptiva.....	» Eduardo Sarmiento Leite da Fonseca
Histologia.....	» João Baptista M. Pereira
Physiologia, 1ª parte.....	» João Dias Campos (interino)
» 2ª ».....	» Olympio Olinto de Oliveira (interino)
Materia medica, pharmacologia e arte de formular.....	» Francisco Carvalho Freitas
Bacteriologia.....	» Manoel Gonçalv. Carneiro
Anatomia e physiologia pathologicas.....	» João Baptista M. Pereira
Pathologia medica.....	» Rodolpho Machado Masson (interino)
Pathologia cirurgica.....	» Diogo Martins Ferrás
Operações e aparelhos.....	» Frederico Guilherme Falk
Anatomia medico-cirurgica.....	» Arthur Franco de Souza
Therapeutica.....	» João Dias Campos
Pathologia, therapeutica e hygiene dentaria.....	» Henrique Riedel
Prothese dentaria.....	» Fructuoso da F. Trindade
CLINICAS	
Propedeutica.....	» Octavio Lisboa de Souza
Dermatologica e syphiligraphica..	» Rodolpho Machado Masson (interino)
Cirurgica, 2.ª cadeira.....	» Carlos Wallau
Ophthalmologica.....	» Francisco F. de Figueiredo (interino)
Cirurgica, 1.ª cadeira.....	» Serapião Henriq. Mariante
Medica, 2.ª cadeira.....	» Luiz Nicolau Masson
Odontologica.....	» José Paranhos
SUBSTITUTO	
13.ª Secção.....	» Cirurgião-dentista Elias Cirne Lima

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

FM - UFRGS

BIBLIOTECA

Reg. n.º 716

Em 05/07/76

1.º) 616.683-008.8-08-039.76

2.º) 616.683-008.8-089



# PREFACIO

---

Nosso fim, apresentando esta these, é satisfazer uma exigência regulamentar a que somos obrigados para obtenção do diploma de medico.

Sendo assim, qualquer assumpto nos serviria; no entanto preferimos para dissertação — Cura radical do hydrocele — por ser de facil feitura e muito frequente na vida clinica.

Filiamos á cadeira de operações e apparatus, razão porque deixam de apparecer observações.

Dividimos o trabalho em quatro capitulos: no primeiro faremos ligeiro historico; no segundo abordaremos a anatomia topographica da região; no terceiro descreveremos os diversos processos operatorios; e no quarto capitulo daremos as conclusões.

---

---



## CAPITULO I

### ⇒ ⇒ Historico ⇐ ⇐

Conhecido desde os tempos chamados, por Hippocrates, de remotissimos, o hydrocele muito preoccupou aos medicos, principalmente aos dos seculos passados, elles que caminhavam ás escuras no terreno das causas. Conheciam os effeitos materializados: como as causas tanto mais fugiam quanto mais pesquisadas, era natural que os esforços para attingil-as fossem grandes: que os homens e os mysterios são forças que se attráem na razão directa das distancias.

Hippocrates affirmando que esses tumores eram renitentes e transparentes, disse tanto como Celso, os Arabes, Ambrosio Paré e a Academia real de cirurgia: pois a etiologia, os symptomas, o modo de desenvolvimento, esses eram desconhecidos: as hypotheses, sim, eram muitas e erroneas. Pouco sabemos sobre a historia do hydrocele até os 20 primeiros annos do seculo passado; o que de mais palpitante se encontra, é nas obras de Paré: — o hydrocele é um tumor do escroto devido ao accumulamento, feito pouco a pouco, de agua. E mais ainda, o



processo, para diagnostico, da transparencia por meio da luz.

A therapeutica, esta era admiravel em sua audacia: tinham quasi todos os cirurgiões de então, eminentes pelo talento, processos particulares de cura, verdadeiras fontes de renda; sendo assim, é claro que o maior sigilo era guardado. Os que aspiravam á gloria, publicavam os processos proprios, acompanhados de muitos attestados de authenticidade. Dahi as reivindicações constantes, muitas discussões.

Uns tinham processos dissecativos, outros iam até a escisão da vaginal: e se não tivessem de lutar com a supuração, aquelles homens de uma audacia maior que a ignorancia da época, o que não teriam feito?

E' necessario chegarmos até Astley, Cooper, Velpeau e Curling para termos alguns esclarecimentos sobre a etiologia e as variedades de derrames; depois as memorias apresentadas multiplicaram-se e vemos Gosselin, Lannelong, Panas e Cocker fazer a luz sobre a anatomia-pathologica e a etiologia.

Aberto o trilho, nelle lançaram-se os nossos Mestres em medicina; elles vieram de victoria em victoria até os nossos dias; e se não attingiram á perfeição no estudo do hydrocele, é porque *nada é perfeito neste mundo.*

---



## CAPITULO II

# Anatomia topographica da região escrotal

limitada aos envolucros do testiculo

Em condições de normalidade physiologica, salvo os casos teratologicos, os dois testículos, a partir do nono mez da vida fetal, encontram-se nas bolsas escrotaes, tendo feito a sua descida costumeira. A bolsa escrotal acha-se adeante do perineo; ella é dividida em duas cavidades, direita e esquerda, por uma membrana estirada, o septum escrotal ou, melhor, septo do dartos, porquanto a pelle é commum aos dous testiculos.

Partindo-se de fóra para dentro, encontra-se:

A pelle, enrugada e guarneçada de pellos (depois de certa idade). Ella é reforçada pelo dartos, composto de fibras musculares lisas, muito contracteis, em geral verticaes e cruzadas em todos os sentidos. Em seguida ha uma camada conjunctiva, muito frouxa, que se continúa com a camada cellulosa do penis, camada conjunctiva que separa o dartos do plano sub-jacente, representado pelo cremaster.



Cremaster, ainda chamado tunica erythroide, é disposto em forma de alças: affirmam os auctores que elle é formado pela continuação das fibras musculares vindas do pequeno obliquo e transversal do abdomen. Para dentro do cremaster encontra-se a tunica fibrosa commum, a qual prolonga-se sobre o cordão, revestindo a superficie interna do trajecto inguinal, continuando-se com o fascia transversalis. Abaixo desta encontra-se a tunica vaginal, serosa com dous folhetos. Por seu folheto visceral envolve o testiculo ao qual é intimamente ligada, a ponto de confundir-se com a albuginea; por seu folheto parietal é unida á tunica precedente.

Nada mais é, a vaginal, que um diverticulo peritoneal, arrastado pelo testiculo em sua descida. A parte superior desse diverticulo é fechada.

Entre os dous folhetos da vaginal existe um espaço virtual sujeito, nos casos pathologicos, a transformar-se em espaço real: haja vista os derrames de sangue (hematocele), de serosidade (hydrocele).

A folha parietal da serosa, ao nivel do bordo posterior do testiculo e um pouco para dentro desse bordo, reflecte-se sobre elle, continuando-se com a folha visceral.

Essas diversas camadas formam os envolucros do testiculo, nos quaes encontram-se ainda: arterias, veias, lymphaticos e filetes nervosos.

As arterias provém das pudendas externas (superior ou superficial e inferior ou profunda), ramos da femoral, e da pudenda interna, ramo da hypogastrica que fornece a arteria do septo.



As veias comitantes dessas arterias e em numero duplo, lançam-se: umas na saphena interna e outras na pudenda interna e outras na dorçal do penis.

Os lymphaticos, muito numerosos, vão ter aos ganglios inguinaes.

Os nervos são fornecidos pelos grande e pequeno abdomino genitales e inguinal interno, provenientes do plexo lombar, e pelos pudendos internos, oriundos do plexo sacro.

E' de importancia, para as operações de hydrocele (puncções simples ou injeccão) verificar a situação exacta do testiculo: normalmente acha-se na porção posterior e inferior da bolsa escrotal.

O epydidimo é approximado do testiculo por um revestimento seroso commum; e uma gotteira, que corre na parte posterior do testiculo, serve de limite entre elles.

Da cabeça do epydidimo sae o canal deferente, o qual recebe os canaes escretorios do testiculo e epydidimo, subindo depois pelo interior do cordão espermatico.

Sendo dadas estas leves noções de anatomia, vamos agora passar aos diferentes processos da cura operatoria do hydrocele.

---



## CAPITULO III

# Processos operatorios

Pódem ser distribuidos nos tres grupos seguintes:

I Puncção simples.

II Puncção seguida de injeção de substancias irritantes.

III Abertura franca do tumor (\*)

### I PUNCÇÃO SIMPLES

Consiste simplesmente na evacuação do liquido por meio de um trocater. — Eis a descripção do manual operatorio.

Sendo bem determinada a posição do testiculo, cousa necessaria por causa da inversão anterior, achando-se elle no logar do costume, isto é, para baixo e para traz, o operador, collocado á direita do operando, tendo a bolsa doente fixada pela mão esquerda, procura enuclear o tumor para deante.

Assim os tegumentos ficam mais tensos e a tensão intra-vaginal torna-se maior.

---

(\*) A discisão sub-cutanea proposta por Jobert (1840) é hoje completamente abandonada.



Munido de um trocater de 3 a 4 milímetros de diametro, limitando, com o index da mão direita, a parte do trocater a introduzir, que é de 2 à 3 cent., fal-o penetrar perpendicularmente á superficie do escrotum, de um golpe secco, procurando evitar as veias mais calibrosas. Retira depois o conductor-fazendo com que a canula penetre mais alguns milímetros, depois de ter a *sensação de resistencia vencida*, basculando-o para os lados e certificando-se assim de sua mobilidade.

Evacuado o liquido, retira o instrumento de um golpe secco, fixando bem as partes molles que rodeiam a canula, com os dedos da mão esquerda. Cobre o orificio de entrada com algodão collodionado ou com algodão sem mais nada, por ser irritante, muitas vezes, o primeiro.

Tão simples o processo, seria de grande estima que fosse de resultados satisfactorios: infelizmente a reproducção do mal é quasi infallivel.

## II PUNÇÃO SEGUIDA DA INJECCÃO DE SUBSTANCIAS

### IRRITANTES

O manual operatorio consiste em dous tempos:

O primeiro é igual ao que acabamos de descrever;

O segundo consiste na injeccão de substancias irritantes, quer sejam solidas, quer sejam liquidas, cuja acção a therapeutica explica.

Em via de regra, as substancias são empregadas sob a fórma liquida: talvez não seja sempre as-



sim para que não se diga que não ha regra sem excepção, pois no emprego das substancias em estado solido, as vantagens são negativas. Defer, pela canula, fazia penetrar um estylete, concavo em sua extremidade, para levar alguns cristaes fundidos de nitrato de prata á superficie do testiculo. Esse processo, que teve discipulos fervorosos, acarretaria a cura. Outros operadores limitavam-se á irritação mecanica: malaxação; outros á injecção de vinho quente, agua albuminosa e todas as especies de liquidos julgados capazes de curar.

Depois dos successos obtidos em Calcutta por Martin, que tratou mais de 800 hydroceles pela tintura de iodo, essa substancia é hoje a mais preferida, contando-se os casos de cura pelos milhares.

E' justo pois que tomemos para typo de nossa descripção a injecção da tintua de iodo, citando apenas, das outras substancias irritantes tambem empregadas, as dózes e algumas particularidades.

São essas outras substancias :

acido phenico,

sublimado,

nitrato de prata,

iodoformio,

chlorureto de zinco a  $\frac{1}{10}$ ,

chloral,

perchlorureto de ferro,

ergotina, chloreformio, acido chromico.



## a) Tintura de iodo.

Evacuado o liquido, anesthesia-se a vaginal para proceder-se depois á injeccão da tintura. Para aquelle fim, a cocaína é o mais preferido dos anesthetics; foi empregada pela primeira vez por Burdel, de Vierzon, em 1884.

Faz-se a introduccão de 5 a 6 cent. de uma soluçãõ de chlorhydrato de cocaína, evacuando-a depois de 5 a 6 minutos,

Pousson aconselhou, achando mesmo preferivel, a introduccão de antypirina a 2 ou 3 % em soluçãõ: cheia a bolsa, ficaria assim de 5 a 10 minutos.

Thiery fazia a injeccão, na vaginal não esvaçada, de 10 a 30 centigr. de uma soluçãõ de cocaína a 1 p. 5 ou 1 p. 10.

*Injeccão.* Prefere-se hoje o emprego da tintura de iodo não dissolvida ao terço ou á metade, como já foi em outros tempos. Costuma-se addicionar q. s. de iodureto de potassio, afim de que a dissoluçãõ, no alcool, seja bem equilibrada.

A quantidade a injectar varia com o volume do hydrocele: 100 gr. da tintura são consideradas como o maximo.

Depois de 3 a 4 minutos faz-se sahir o liquido que a vaginal contenha. Alguns aconselham fazer, logo após, uma injeccão de agua esterilizada até que saia bem clara, tendo acarretado o iodo que poderia ter ficado na serosa. Hillis costuma introduzir 5 a 6 gr. da tintura, abandonando-a na bolsa.



Póde-se fazer a injeccão por meio de um funil munido de um tubo de caoutchouc adaptado, em sua extremidade, de uma canula.

O funil é mantido a uma altura de 20 cent., mais ou menos: recebe o liquido que penetrará com menos pressão, não provocando tantas dores como sóe acontecer com a injeccão feita pela seringa, cujo processo é o seguinte:

Mantida a canula pela mão esquerda, adaptada a extremidade da seringa á canula, faz-se, com a mão direita, leve pressão sobre o pistão: a operacão é terminada desde que haja resistencia.

*Sequencias.* Geralmente, depois da injeccão, o paciente accusa dores que se irradiam pelos cordões, côxas, virilhas, região lombar. Essas dores, as vezes muito intensas, começam a diminuir depois de alguns minutos, desapparecendo depois de meia hora, uma hora.

Do titulo da soluçãõ de iodo, da anesthesia, dependem geralmente as dores: e muito tambem da susceptibilidade do individuo.

Os phenomenos de reacção da inflammação começam a manifestar-se 12 a 24 horas depois da operacão: o escroto augmenta de volume, tornando-se maior do que era antes da evacuaçãõ do liquido. No fim de alguns dias esses phenomenos de irritacão começam a retrogradar, desapparecendo pouco a pouco, em um tempo que varia com os individuos: é avaliado de 15 a 40 dias.



Costuma-se fazer o operado guardar o leito por alguns dias. Suspensorio.

*Accidentes.* Tem-se notado accidentes: isto quando, a bolsa não estando bem tensa, a parede da vaginal cede á impulsão do trocater, o qual não penetra como devia pnetrar na cavidade da vaginal, sendo a canula recalçada para fóra, a medida que a bolsa é esvasiada.

O iodo penetrando assim, no tecido cellular, poderá produzir esphacelo de grande parte do escroto. Outras vezes isto é devido á sahida da canula, da cavidade, ou por movimentos intempestivos do paciente ou por descuido do cirurgião.

b) Acido phenico.

Tambem como o iodo, o acido phenico é muito empregado: ou em solução de 5 ou 3 ‰, não distendendo muito a bolsa, ou, como aconselha Levis, e é considerado perigoso, dissolvido no alcool q. s. ou glycerina q. s. A quantidade seria de 2 gr.

Schroëtzke, de Trebnitz, aconselha uma solução phenicada a 8 ‰.

c) Sublimado.

Dous são os processos mais empregados: de Etienne — 2 injeções consecutivas de sublimado a 1 ‰, seguidas de agua boricada; ou o de Miller, que instilla algumas gottas de uma solução a 0,05 de sublimado para 30 gr. de agua.



## d) Nitrato de prata.

Empregado em solução e estado solido: este ultimo modo de emprego constitue o chamado processo Defer, do qual já falámos. Os cristaes, fundidos pela chamma de uma lampada a alcool, adherem á extremidade concava do estylete.

Faz-se-o passar algumas vezes, em movimentos de espiral, pelas paredes da vaginal, perfeitamente esvasiada.

## e) Ether iodoformado.

Feita a punção por uma agulha fina, conforme o volume do tumor, injecta-se de 3 a 8 gr. de ether iodoformado, tendo-se o cuidado de deixar escapar vapores de ether desde que a tensão da bolsa se torne muito exagerada.

## f) Chloral.

Dous são os processos mais usados: o de Marc Sée: injectão de 6 gr. da solução de 10 %, depois de esvasiada a bolsa, e o de Lampugnani, que consiste em instillar: 1 a 2 gr. na creança, 4 no adulto, 6 no velho, de uma solução, partes eguaes, de chloral crystallizado e agua quente.

O processo que vamos descrever é o de Polaillon.

*Pequeno hydrocele.* Injecta-se um quarto de seringa de Pravaz da solução a 10 %, depois de se deixar sahir algumas gottas, pelo trocater, do liquido da vaginal.



Hydrocele de medio volume — Injecta-se  $\frac{3}{4}$  de seringa, da mesma solução, alguns minutos depois de se ter feito sahir, pelo trocater, umas 15 grammas do liquido da vaginal.

Hydrocele volumoso. Injecta-se uma seringa cheia, tres a quatro dias depois de uma punção simples.

As outras substancias:

perchlorureto de ferro a 16°, processo de Hauzé, de Aulnoit ;

ergotina, na solução Batley (Walker) ;

chloroformio (Langenbeck) ;

acido chromico, solução aquosa (Melillo), não são muito empregadas.

Aos methodos acima, tendo por fim a irritação directa da superficie interna da vaginal, pôdem ser annexados, pela mesma razão, os seguintes :

drainagem do hydrocele, processo de Reyher e C. Hueter ;

sedinho ;

irritação por corpos extranhos diversos (fios, mecha, canula, etc.)

Trataremos sómente da drainagem, por ser o principal.

Drainagem do hydrocele, processo de Reyher e C. Hueter.

Em todos os processos que já descrevemos, nenhuma vez fizemos referencias aos cuidados de asepcia, absolutamente necessarios, porque hoje não se



admitte uma operação sem asepcia: operação e asepcia se não são synonymos, são quasi um pleonasmio, e a idèa da primeira é tão intimamente ligada á segunda, como, para o metaphysico, a alma, no homem, presidindo ás manifestações da intelligencia.

Si houver quem julgue a omissão como falta, esperamos que esta pequena nota faça desaparecer a culpa.

.....  
 Faz-se uma incisão de 3 cent., mais ou menos, ao nivel da parte mais declive da parede anterior do tumor, que divide a pelle, o dartos e a tunica vaginal, dando sahida á serosidade da bolsa. Duas pinças affastam os 2 bordos da tunica vaginal, á medida que ella se esvasia: sutura-se, em seguida, a vaginal com os bordos correspondentes da pelle do escroto com pontos de catgut, para evitar a infiltração immediata ou consecutiva.

Hueter faz penetrar um draino na cavidade esvasiada; Reyher introduz uma pinça (de aneis) levando em sua extremidade um draino; faz uma incisão fazendo-o passar por ella, ficando elle assim (o draino) com suas duas extremidades no exterior, prompto a funcionar.

Para que o resultado seja de maior certeza, faz-se injecção com uma solução phenicada.

### III ABERTURA FRANCA DO TUMOR

Temos a considerar os seguintes methodos:

- a) incisão simples,
- b) incisão com resecção parcial da vaginal,



- c) incisão com resecção total,
- d) incisão com inversão (Jaboulay) e (Doyen).

a) Incisão simples.

Constitue o que se chama — processo de Volkmann. Consiste numa incisão no tumor, em toda sua extensão, seguida de um chuleio dos labios da ferida. Eis a descripção:

Faz-se uma longa incisão, na direcção do grande diametro do tumor, que abranja a pelle, dartos e tunicas vaginaes, ficando assim o testiculo descoberto.

Prende-se os bordos da vaginal com pinças e sutura-se-os com os bordos correspondentes da pelle; em seguida fecha-se os labios da incisão com largos e profundos pontos de seda. Isto se a vaginal estiver pouco alterada; em caso contrario, isto é, si ella achar-se muito modificada, será excisada parcial ou totalmente, conforme a gravidade do caso.

Essa excisão total da vaginal não excede ao ponto em que ella se reflecte sobre o testiculo.

b) Incisão com resecção parcial da vaginal.

A folha parietal da vaginal é a unica excisada; isto tambem não é difficil de ser comprehendido, porquanto o folheto visceral acha-se intimamente preso ao testiculo, como vimos na — anatomia — topographica.

Dous são os processos classicos de resecção: o de Bergmann e o de Julliard. O primeiro é conhecido pelo nome de — excisão ou resecção total; o



segundo pelo de — excisão ou resecção parcial. Aquelle é indicado quando as alterações da vaginal são grandes; tem a vantagem de não permittir a residiva do mal e, mais ainda, de não offerecer, para o testiculo, consequencias desastrosas; este permite que a vaginal seja restaurada, não garantindo que o mal deixe de se reproduzir. Vamos descrever a resecção parcial.

*Anesthesia.* A anesthesia geral é preferivel á local.

*Operação.* Para maior facilidade do estudo e da technica, a operação é dividida em 6 tempos.

1.º tempo. Incisão do escroto. E' feita verticalmente á face antero-externa do tumor em todo o seu grande diametro.

2.º tempo. Abertura da vaginal. A vaginal é logo descoberta pela retracção das tunicas superficiaes incisadas.

Ella é punccionada com o bisturí e os bordos da abertura são presos com pinças de Kocher. Augmenta-se a incisão da vaginal com uma tesoura, guiada pelo dedo, para baixo e para cima, ficando de extensão igual á da incisão cutanea.

3.º tempo. Enucleação do testiculo. Para isso, com os dedos faz se pressão na parte posterior das bolsas sobre o testiculo, o qual traz consigo a serosa revirada em dedo de luva.

4.º tempo. A disseccção e excisão da vaginal.

A disseccção é feita com o auxilio dos dedos, em geral com facilidade.



Algumas vezes a serosa acha-se muito unida á tunica fibrosa, sendo o seu descolamento bastante difficil.

Isto feito, resecca-se então a vaginal, deixando-se della o sufficiente para recobrir o testiculo, sendo a excisão feita por meio de tesouras.

5.º tempo. Hemostasia,

Deve ser feita do melhor modo possivel.

Em seguida sutura-se os bordos da vaginal, reconstituindo-se assim a cavidade serosa do testiculo.

6.º tempo. Sutura e drenagem.

Nova hemostasia perfeita; sutura-se então os bordos da incisão exterior, com pontos profundos, simples ou em U, fazendo-se os nós sobre almofadas de gaze; em seguida, para não haver *cavagamento* dos labios da ferida, e para sua exacta justaposição, procede se a uma sutura fina, superficial.

O draino será fixo á pelle por um ponto de sutura, e sua extremidade exterior passa: ou pela parte inferior da incisão ou por uma contra abertura feita em baixo ou atraz.

Elle serve para garantir o escoamento das serosidades que hão de ser exsudadas.

*Curativo* e cuidados consecutivos.

Por uma spica dupla mantem-se um curativo fortemente compressivo e aseptico.

Para proteger o curativo da urina, intercala-se uma larga peça, impermeavel, ás voltas da spica. Retira-se o draino no dia seguinte ao da operação,



e os fios no fim de 6 a 7 dias, podendo o paciente levantar-se.

c) Incisão com resecção total da vaginal.

A unica differença que ha entre esse processo, chamado de Bergmann, e o descripto, consiste em que a vaginal é reseccada totalmente, isto é, o mais longe possivel.

A excisão é feita a alguns millimetros aquem da união dos dous folhetos parietal e visceral, deixando-se ao redor do epididimo um *rebordo* seroso. Isto é feito assim para que o epididimo, muito achatado e difficil de ser notado, mesmo com os dedos, não seja lesado.

P. Vogt aconselha recobrir, de gaze iodoformada, a incisão do escroto, não a suturando: prefere fazer um grande curativo aseptico compressivo, recobrendo tudo com uma compressa e com uma camada de algodão, fixos por um pedaço de gaze, mantido com o auxilio de uma bandage em T.

d) Incisão com inversão (Jaboulay).

Consiste em inverter, para trás, a vaginal parietal previamente incisada adeante.

A camada epithelial da membrana fica virada assim para a face profunda das bolsas; a cavidade serosa deixa pois de existir, porquanto seu folheto exterior é revirado.

Procede-se primeiro á anesthesia: local ou geral.

E' dividida, a operação, em 9 tempos:

1.º Longa incisão vertical, comprehendendo pelle e dartos, na face antero-externa do tumor;



2.º Descorticação, com os dedos, do folheto fibro-vaginal.

3.º Luxação, para fóra, do testículo com sua vaginal distendida, através da incisão do escroto.

4.º Incisão da fibro-vaginal em toda sua altura, seguindo uma linha que corresponda á face anterior do testículo.

5.º Evacuação do liquido e rompimento das bridas da cavidade, bridas essas de preferencia nos fundos de sacco.

6.º Revirar a vaginal ao redor da parte inferior do cordão e do epididimo, enucleando o testículo de dentro para fóra. A eversão deve ser total e *parelha*, isto é, deve ser feita da mesma maneira sobre toda a periphéria do testículo.

7.º Sobre os labios da abertura da vaginal, uma serzidura de catgut, moderadamente apertada, que os approximarâ e fixará a serosa na sua nova situação.

Legueu aconselha que, por alguns pontos de catgut, se fixe a serosa aos elementos do cordão.

8.º Reintegração dos orgãos na cavidade escrotal.

9.º Sutura cutanea com ou sem drainagem.

#### CURATIVO COMPRESSIVO — PROCESSO DE DOYEN

Esse processo é precioso, e bastaria o nome de Doyen para recommendal-o. Muito simples e muito rapido, diz Chalot que são necessarios apenas 3 a 5 minutos, para sua execução.



« Feita a anesthesia, pratica-se uma incisão cutanea de 2 cent. e meio sobre a parte antero-inferior das bolsas; abre-se a vaginal, sendo seus bordos presos com pinças; sae o liquido. Faz-se sahir a vaginal com o testiculo; faz-se a enucleação da vaginal do seu tecido conjunctivo-frouxo; põe-se tudo em seus logares, suturando-se a incisão cutanea com crina de florença. Nenhuma hemorrhagia; a reacção é nulla. » Esse processo é preferivel nos casos de grande alteração da vaginal.

Descriptos os processo de cura, passemos ao capitulo seguinte — ao das conclusões.

---



## CAPITULO IV

### ⇒ ⇒ Conclusões ⇐ ⇐

Apezar de não possuímos pratica e experiencia proprias, animamo-nos a apresentar as seguintes conclusões, baseadas sobre o que temos lido sobre o assumpto.

#### I

A punção simples é palliativa; operação de complacencia.

#### II

Os outros processos não gozam sempre o titulo de cura radical, porquanto o hydrocele frequentemente é symptomatico.

#### III

Na cura radical do hydrocele estão em fóco tres processos:

punção com injeção iodada;  
incisão com excisão da vaginal;  
incisão com inversão da vaginal.



## IV

Visando, todos esses processos, o desaparecimento da cavidade vaginal, a inversão parece preferível:

- a) pela rapidez e simplicidade ;
  - b) principalmente por ser conservador, visto deixar a vaginal que, na qualidade de serosa, não poderia talvez impunemente ser retirada do organismo.
-



# PROPOSIÇÕES



# PROPOSIÇÕES

---

## HISTORIA NATURAL MEDICA

### I

A chlorophylla é um producto do protoplasma cellular.

### II

O protoplasma é a base physica da vida, na expressão de Huxley.

### III

As classes dos vermes mais relacionados com o homem, são: os nematoides, cestoides e trematoides.

## CHIMICA MEDICA

### I

O iodo é um metalloide.

### II

O oxygenio se obtem decompondo pelo calor o chlorato de potassio, ao qual se ajunta um peso igual de byoxido de manganez.



## III

A manteiga é um ether.

## ANATOMIA DESCRIPTIVA

## I

A articulação do cotovello é uma diarthrose do genero trochlea.

## II

Os tuberculos quadrigemeos, em numero de quatro, distinguem-se em anteriores ou nates e posteriores outertes.

## III

O peritoneo consta de duas folhas (parietal e visceral) limitando um espaço virtual—cavidade peritoneal.

## HISTOLOGIA

## I

Os epithelios constituem os elementos mais numerosos que se encontram na economia animal, quer no interior, quer no exterior.

## II

As cellulas nervosas se caracterizam-se pelos seus numerosos prolongamentos.

## III

A estriação muscular é uma orientação do reticulo do protoplasma.



## PHYSIOLOGIA

## I

A systole ventricular executa-se em duas phases successivas.

## II

O estado de vigilia. durante o somno, de algumas regiões do cerebro, explica a producção do sonho.

## III

Ao methodo experimental de Claudio Bernard, muito devem os progressos da physiologia.

## BACTERIOLOGIA

## I

Os processos da inoculação em série, já empregados por Davaine, exaltam a virulencia dos microbios.

## II

Os accidentes produsidos pela introducção das toxinas microbianas, formam tres grupos: manifestações locaes, geraes e electivas sobre certos orgãos, apparatus ou tecidos.

## III

O polymorphismo é uma propriedade inherente aos microbios e dependente de varias causas.



MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE  
DE FORMULAR

## I

A analyse de Jouyh provou que ha mais phosphoro e iodo no oleo de figado de bacalhau escuro, que no claro.

## II

As gommos-resinas das umbelliferas são usadas sob diversas fórmias pharmaceuticas a titulo de antispasmodicos.

## III

A fórmula pilular é um dos modos melhores e mais communs de administração dos medicamentos.

CLINICA SYPHILIGRAPHICA E DERMATOLOGICA

## I

A curabilidade da syphilis, de um modo absoluto, é muito duvidosa.

## II

O augmento da secreção sudoripara constitue a hyperidrose; a diminuição a anhydrose.

## III

A prophylaxia da syphilis requer a regulamentação da prostituição.



## CLINICA PROPEDEUTICA

## I

As pulsações epigastricas pódem ser notadas em individuos sãos.

## II

O conhecimento da auscultação mediada e immediata é indispensavel ao clinico.

## III

Só pela percurssão não se póde fazer uma idéa exata do volume do figado.

## ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

## I

Os tumores são tecidos de nova formação.

## II

A escleróse arterial simplesmente inflammatoria, é muito rara.

## III

A neoplasia tuberculosa, como tal, não se distingue dos outros neoplasmas infecciosos, sob o ponto de vista histologico.

## PATHOLOGIA MEDICA

## I

A escarlatina é uma pyrexia pertencente ao grupo das molestias eruptivas.



## II

A neurasthenia é um mal antigo, mas seu grande desenvolvimento actual depende do viver de nossos dias.

## III

A séde de predilecção das hemorragias cerebraes é a arteria do corpo estriado (Charcot)

CLINICA CIRURGICA (2.<sup>a</sup> cadeira)

## I

O prognostico das amputações varia conforme são estas traumaticas ou pathologicas.

## II

A thoracentése, a pleurotonia e a operação de Estlander, são as tres intervenções reclamadas pelos exsudatos liquidos.

## III

O methodo de Bier, convenientemente empregado, dá excellente resultado no antrax.

## CLINICA OPHTHALMOLOGICA

## I

A presença do cysticerco, no globo ocular, muitas vezes coincide com a existencia da tenia solium no intestino.



## II

A ophtalmia dos recém-nascidos é notavelmente contagioso e muitas vezes a causa de cegueira.

## III

A applicação mais commum da anesthesia local pela cocaina, em cirurgia ocular, é sob a fórmula de instillação.

## OPERAÇÕES E APPARELHOS

## I

A urethrotomia externa póde ser feita com ou sem conductor.

## II

Os processos de cura radical de hernia, mais empregados, são os de Rocher, L. Championiére e de Bassini.

## III

Os aparelhos usados nas fracturas dividem-se em: amoviveis, inamoviveis e anovo-inamoviveis.

## ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

## I

O pescoço póde ser dividido em duas porções: antero-lateral e posterlor, aquella constando de quatro regiões: supra-hyoidea, sub-hyoidea, carotidiana e supra-clavicular.



## II

Na região esternal as camadas, em numero de quatro, se superpõe na ordem seguinte: pelle, plano celluloso sub-jacente, plano aponevrotico e externo.

## III

Na região da bochecha o que deve preocupar sobretudo o operador, para orientar as suas incisões, é a presença do canal de Stenon, excretor da glandula parotida.

## THERAPEUTICA

## I

A indicação da sangria depende mais do doente do que da molestia.

## II

A ipéca é incontestavelmente um dos melhores vomitivos.

## III

O regimen lacteo exclusivo, em these geral, não satisfaz as exigencias do organismo.

CLINICA MEDICA (2.<sup>a</sup> cadeira)

## I

O ruido de galope não depende da hypertensão.

## II

Actualmente n'nguem põe em duvida a autonomia das nevrites periphericas.



## III

Frequentemente a dyspepsia acompanha as primeiras manifestações da tuberculose.

## CLINICA PEDIATRICA

## I

O aleitamento materno é o meio de alimentação mais racional, seguindo-se o aleitamento mercenário.

## II

O que caracteriza a tuberculose infantil é sua marcha progressivamente invasora.

## III

Na infancia a asthma é mais commum entre dous e dez annos, do que em idade inferior a 2 annos.

## HYGIENE

## I

O unico meio prophylatico contra a variola é a vaccina.

## II

O estabelecimento dos esgottos entre nós torna-se de uma necessidade inadiavel.

## III

A hygiene sabiamente dirigida e severamente respeitada, póde minorar o quadro de mortalidade dependente de tuberculose.



## MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGICA

## I

Em qualquer molestia simulada, um interrogatorio sagaz basta muitas vezes para reconhecer a fraude.

## II

Legran de Saulle dividiu os signaes de identidade em: physiologicos, pathologicos e accidentaes.

## III

Quando no interior do organismo uma substancia é chimicamente neutralisada por outra, dá-se o antidotismo.

CLINIOA MEDICA (1.<sup>a</sup> cadeira)

## I

Toda medição na tuberculose, que perturbar as funcções digestivas, é prejudicial.

## II

As molestias do coração, completamente compensadas, pódem subsistir por muito tempo sem o apparecimento de nenhum symptoma subjectivo, principalmente na insufficiencia aortica.

## III

As perturbações da insensibilidade pódem servir de base para o diagnostico differencial entre a lepra anesthesica e a seringo-myelia.



CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A basiotripsia é uma das operações mutiladoras de resultados mais seguros.

II

O hypnotismo nenhum resultado produz, durante o periodo da expulsão fetal, na diminuição ou supressão das dores.

III

A inversão póde ser feita por manobras internas e manobras externas.

CLINICA PSYCHIATRICA

I

O ataque de catalepsia é geralmante súbito.

II

A loucura é muitas vezes o termo final da evolução psychopathica dos hystericos.

III

O delirio, nas molestias infecciosas, não é raro.

---

---



Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre, 14 de Outubro de 1907.

O Secretario,

*F. Carvalho Freitas.*

