

## TUBERCULOSE GENITAL (\*)

ATHAYDE PEREIRA

Cirurgião e Urólogo em S. Paulo

A infestação da tuberculose no organismo humano se faz muito precocemente; nos primeiros annos já 50% das crianças foram contaminadas, sendo que na adolescencia e maturidade 90 a 95% de individuos foram já atingidos pela molestia.

Com maior frequencia se infectam por via aerea (95%), sendo que por via digestiva a occurrencia é mais peculiar a certas zonas ruraes, atravez o leite contaminado.

De inicio, ha sempre um fóco parenchymatoso, e uma adenopathia satellite.

Fóco pulmonar, adenopathia mediastinal, fóco intestinal, adenopathia mesenterial, fóco na amigdala, adenopathia nos ganglios cervicaes.

Mesmo que o fóco inicial se localise na amygdala e intestino, com respectivas adenopathias, a etapa pulmonar se processa por disseminação lymphatica para a circulação.

E' a contaminação pulmonar, com sua alveolite necrotica (fóco primario de Gohn) e typica adenopathia mediastinal (primo-infecção ou complexo primario).

O processo evolue de modo variado; ou passa despercebido, ou tende á fibrose e calcificação.

Ora predomina a infecção ganglionar com desenvolvimento excessivo ou caseificação em massa, donde as disseminações hematogenicas precoces com localisação na prostata, vesiculas, epididymo, raramente nos testiculos, alem da localisação extragenital (pulmão, meninges, rins), ora porem a pulmonar (fócos caseosos gigantes) com invasão dos ácinos pulmonares visinhos (pneumonias de primo-inrecção) e cavernisação final.

Aqui, uma disseminação hematogenica poderá ter como consequencia, tambem uma localização do processo em qualquer dos órgãos genitales acima referidos.

Dos fócos ganglionares caseosos ou cavernosos atravez a circulação lymphatica e sanguinea, os bacillos se albergam em qualquer dos órgãos genitales, desenvolvendo-se o processo tuberculoso com suas lesões typicas e caracteristicas.

---

(\*) Conferencia realisada na Secção de Urologia da Associação Paulista de Medicina.

Os nodulos typicos que nestes orgãos se formam, podem regressar ou evoluir de modo policentrico, occorrendo peculiar á tuberculose genital.

Teremos aqui, uma tuberculose genital, decorrente de uma disseminação hematogenica precoce, no periodo evolutivo da primo infecção.

Por outro lado, esses nodulos inativos e curados durante longo tempo, e portanto já longe da evolução da primo-infecção, podem se exacerbar e dar inicio a uma fase activa da molestia em qualquer dos orgãos indistinctamente ou em mais de um delles.

O que ocorre entretanto para alguns desses orgãos (epididymo, prostata), é que a sua contaminação se faz por disseminação de um complexo primario curado clinicamente.

Uma qualquer causa que enfraqueça ou modifique o organismo, pode provocar exacerbação das lesões inativas dos ganglios do mediastino, cicatrizadas, ou calcificadas; mas, que abrigam bacillos vivos e virulentos durante annos.

Uma disseminação hematogenica se processa, a localização dos embolos microbianos poderá se fazer nas arteriolas da cauda do epididymo (anastomoses da deferencial e espermatica) no intesticio da glandula prostata, nas vesiculas seminaes, no testiculo, e rarisimamente na urethra.

E' o que se designa clinicamente uma infecção tuberculosa genito-primaria.

Essa disseminação póde ocorrer outrotanto, de processos tuberculosos evolutivos extra-pulmonares (articulares, osseos, meninges, rins, etc.).

Ainda a tuberculose genital pode decorrer da tuberculose urinaria por propagação para a prostata e vesiculas, dahi por infecção canalicular ou limfatica para o epididymo e testiculo.

A infecção ectogenica, descripta por Delore e Chalier e outros (contagio da tuberculose da portio, vagina ou vulva), não entra mais nas cogitações dos pathologistas de hoje.

E' portanto, sempre de modo secundario que se processa a tuberculose genital.

Nesse aparelho, os orgãos atingidos, são: o epididymo, o testiculo, a vaginal, o escroto, as vesiculas seminaes, a prostata, a urethra, e o penis.

Para isso, factores existem que favorecem a eclosão da molestia:

a) o estado constitucional agravado com a hereditariedade, as molestias intercurrentes, a desnutrição, o surmenage, os excessos venereos, a obesidade, certas diatheses etc.;

b) os danos locais, sobretudo os traumatismos, ora creando o "locus majoris dispositionis", ora o "minoris resistentiae", que favorecem a infecção limfatica e hematogenica;

c) molestias locais, se bem que de pouca importancia etiologica no estado actual (blenorragia, uretrites outras);

d) a congestão funcional dos orgãos genitales na fase de vida genital activa (20 aos 40 annos);

e) a tuberculose urinaria.

Na sua incidencia, a tuberculose genital é molestia rara nas creanças, excepcional, nos recém-nascidos, rarissima na puberdade, frequente na adolescencia (20 e 40 annos) e de escassa occorrença na velhice.

Do ponto de vista da sua manifestação inicial, se pretende ora o começo no epididymo (Teutschlander, Benda Cabot, Barney), infecção hematogenica, com desenvolvimento de focos bilaterais sendo a evolução mais rapida em um dos lados (Wildbolz), ora na prostata e vesiculas, infecção hematogenica rara, propagação da tuberculose urinaria mais frequente, sendo que os epididymos são atingidos secundariamente (testipetal, intracanalicular (Simond, Young, Endeslen, Guyon, Roving) ou por via linfatica (Young, Reinecke, Sawamura).

Em clinica, está provado entretanto, que essas possibilidades existem, e o valor desses conhecimentos importam muito na questão do tratamento operatorio.

*No epididymo*, em qualquer das formas de propagação ou de infecção, os tuberculos se localizam primeiro no epitelio, depois nos outros tecidos. Desenvolvidos, ha o catarro bacilar (Simonds), a mucosa se desfaz, os leucocitos invadem o lume, assim como epitelios, gordura, espermatozoides e bacilos tuberculosos. O tecido intersticial se infiltra, ha tuberculos conglomerados ou bem limitados que rapidamente se caseificam.

Ha formação de novos tuberculos externamente e no tecido conjuntivo visinho, tornando o lume do epididymo irregular, caloso mesmo, nos processos antigos.

Com o amolecimento das massas caseosas ha formação de cavernas.

*No testiculo* os tuberculos decorrem da propagação externa daqueles do epididymo; pois que a molestia é quasi sempre secundaria a deste orgão. Tuberculos no testiculo com epididymo integro, só se observa na tuberculose miliar aguda generalizada; mesmo uma tuberculose testicular hematogenica, só existe nessa grave manifestação da molestia.

Menos frequente é a propagação intracanalicular dos tuberculos.

Localizam-se nas paredes e no mediastino testis, fazendo disseminação radiada no Corpo de Higmore (forma tubular). As vezes se propagam por conglomerados, até a caseificação do testiculo. Em muitos casos ha derrame seroso ou sanguinolento na vaginal sem modificações tuberculosas (Hydrocele sintomatica).

*Na vaginal* ha tuberculos na sua superficie e exsudato tipico na cavidade (hydrocele tuberculosa). A tuberculisação da vaginal é de occorrença rara; apresentando-se entretanto sob a forma de hydrocele hemorragica tuberculosa ou de uma verdadeira paqui-vaginalite.

*No escroto* quasi sempre a tuberculisação decorre da propagação da tuberculose do epididymo e do testiculo fistulizadas. Formado o

abcesso tuberculoso, por vezes prolifera o tecido granuloso sob a forma do "fungus testis" benigno.

*Nas vesículas seminais* a tuberculização é frequente, e quasi sempre as duas vesículas estão enfermas. Geralmente enferma-se a vesícula do lado do epididymo tuberculoso.

As modificações anatomicas de caracter tuberculoso são identicas, quer a tuberculização se tenha feito por via hematogenica, canalicular ou linfatica.

Tuberculização sub-epitelial, catarro bacilar de Simonds, tuberculos evolucionados, caseificação, cavernas, ulcerações, proliferação conjuntiva das paredes, massas caseosas no lume.

Em estado mais avançado, transformação fibrosa, desaparecimento do lume, disseminação nos tecidos vizinhos (periespermatite tuberculosa) com formação de abcessos que se abrem no perineo, fossa isquio-rectal, intestino, bexiga, prostata e uretra, ou retração fibrosa (periespermatite fibrosa simples de Teutschlander).

*Na prostata*, seja a contaminação hematogenica, seja a tuberculização decorrente da tuberculose urinaria ou da propagação do processo vesicular ou do epididymo, ha destruição do epitelio glandular, infiltração sub-epitelial, formação de tuberculos disseminados ou conglomerados, caseificação, formação de abcesso que se esvasia na uretra, no recto, no perineo ou na bexiga, transformando a prostata em uma ou mais cavernas.

Raramente o abcesso é encapsulado pela fibrose com calcificação ou cicatrização, tornando-se a prostata retraída e esclerosada.

Na supuração tuberculosa cronica, a prostata se fistulisa para o exterior ou para os tecidos e orgãos vizinhos.

*Na uretra*, raramente se aceita o processo tuberculoso; muito mais raro ainda na urethra feminina (14,2% no homem, 1% na mulher).

Quasi sempre é um processo secundario provindo da tuberculose urinaria ou da tuberculose da prostata, vesiculas, e epididymo.

Citam-se casos entretanto de contaminação pelo coito, assim como no decurso da operação da phymose ritual.

Em clinica, apresenta-se sob a forma da urethrite tuberculosa, do estreitamento tuberculoso, e da periurethrite tuberculosa.

A lesão tuberculosa aqui sofre a mesma evolução classica: granulacões, ulcerações, degeneração caseosa e infiltração dos tecidos circumvizinhos.

São pequenos nodulos avermelhados, cercados de mucosa edematosa e infiltrada, posteriormente os nodulos se ulceram formando pequenas crateras que penetram profundamente.

O estreitamento, é de manifestação mais frequente (35% dos casos de urethrite tuberculosa) e localiza-se de preferencia na parte prostatica e pars pendula.

Não são estreitamentos como na blenorragia; mas sim, diminuição do lume da urethra por granulacões tuberculosas e infiltrações da mucosa com ou sem fibrose, ou espessamento e edema do tecido

conjunctivo sub-epithelial, infiltrado perivascular, e nodulos tuberculosos sub-mucosos.

A periurethrite tuberculosa só excepcionalmente se manifesta por infecção hematogenica. Ella póde advir da tuberculose da prostata, glandulas de Cowper, por propagação da lesão tuberculosa para os tecidos peri-urethraes, e mesmo penetração no tecido esponjoso gerando as cavernas.

Outrotanto, os infiltrados perineaes, os abcessos as fistulas são consequencias dessa propagação do processo.

Na mulher, a penetração do ulcus, produz fistulas uretho-vaginaes.

No *penis*, a tuberculose é rara; e, desenvolve-se quasi sempre de conjunto com a tuberculose genital ou urinaria. Citam-se casos de contagio operatorio (phymose), por coito oral, etc.

Desenvolve-se com frequencia na glande, visinhanças do orificio da urethra, ou no prepucio sob a forma de pequenos nodulos, depois ulcus recobertos de massa caseosa (Backler).

Muita vez provem da tuberculose da urethra (mucosa) de nodulos e infiltrados do corpo cavernoso ou da albuginea. Raramente desenvolve-se a custa de infecção hematogenica peri-urethral primaria (Halle e Motz).

*Do ponto de vista evolutivo e symptomatico*, no epididymo a tuberculose se manifesta de modo agudo ou sob a forma de molestia chronica.

Na forma aguda, o estado geral não é perturbado, ha dor local ou irradiada para o cordão, e para a região sacral, e edema do escroto. A pelle é rubra, tensa e brilhante, o cordão endurecido é sensivel.

Por vezes febre, a dor local se intensifica, porem o aspecto do orgão melhora, o epididymo se torna palpavel, os nodulos tuberculosos são sentidos na cauda, sendo que raros na cabeça.

Algumas vezes o processo evolue para o abcesso, que se esboça na vermelhidão do escroto abrindo-se em fistula.

O processo tuberculoso se propaga para o testiculo de modo que em certo limite não se póde distinguir as duas moestias.

Tambem essa propagação para o testiculo pode chegar ao abcesso e fistulisação, alem de se propagar a molestia para o cordão, prostata e vesiculas.

Nos casos chronicos, evolue a tuberculose sem perturbações.

Os doentes são surprehendidos com o augmento de epididymo e ligeira dôr.

A' palpação verificam-se nodulos typicos na cauda, raros no corpo e mais raros ainda na cabeça do epididymo.

Se a molestia se estende por todo o epididymo, elle augmenta, tem consistencia diversa, no inicio endurecido, depois ha fluctuação por amolecimento dos fócios.

Tambem o cordão apresenta nesses estados avançados da molestia, nodulos typicos.

O testiculo pode tambem ter sofrido a invasão da molestia; havendo nodulos superficiaes, infiltração do corpus Hyggori, e em estados mais adiantados, pachi-vaginalite.

Nos estados agudos, o estado geral é consideravelmente perturbado, enquanto nos estados chronicos muito pouco.

A urina é clara, pode conter bacillos; entretanto quando purulenta deve-se pensar no compromettimento das vias urinarias.

A potencia generandi é conservada mesmo na bilateralidade (Furbringer).

Na tuberculose das vesiculas, a evolução é demorada, sem symptomas apparentes. As vezes somente quando surge a epididymite, é que ao toque rectal, se certifica da existencia de uma tuberculose das vesiculas.

No inicio, pode-se notar sensibilidade dolorosa á pressão lombar, dôr na côxa, irradiada para o perineo, perturbações urinarias (tenesmo, pollakiuria), hematuria inicial ou terminal quando a prostata tambem está compromettida.

Póde haver hemospermia, não ha dôr na ejaculação, a urina normal no inicio, podendo conter posteriormente pús e bacillos.

Pelo toque no inicio nenhuma modificação; depois, quando os tuberculos já estão desenvolvidos, caseificados, calcificados, percebem-se as nodosidades typicas.

Nos estados mais adiantados, quando a prostata foi já envolvida no processo, difficil se torna distinguir signaes typicos.

Na tuberculose da prostata ha poucos symptomas iniciaes; as vezes somente os banaes e uma prostatite chronica (dysuria, pollakiuria, sensação de peso).

Em estados mais adiantados da molestia, tenesmo, sensação de queimadura na glande, no fim da micção, pollakiuria, peso perineal, as vezes ligeira retenção, secreção serosa ou sanguinea no fim da micção.

Não raro os enfermos apresentam uma syntonmatologia rectal: dôr á pressão perineal, tenesmo intestinal, evacuação dolorosa, alem dos symptomas urinarios.

A urina, no inicio clara, póde conter bacillos.

Nos casos adiantados, de cavernas prostaticas, ella é purulenta, tanto no inicio como no fim da micção.

Com a extensão da molestia para o collo, surge a incontinencia e em virtude da arosão de vasos apparece o sangue.

A ejaculação é dolorosa, ha hemospermia, e nos casos adiantados, obstrucção dos canaes ejaculadores.

Ao toque, na forma periurethral da tuberculose da prostata, quasi nenhuma modificação é notada. As vezes, o orgão é pouco augmentado, porem consistente, com endurementos sensiveis ou nodosidades irregulares typicas.

Somente nos casos avançados da molestia e de franca caseificação, ella é augmentada a ponto de se sentir o tumor pelo toque.

No abcesso cavernoso aberto, ao toque segue-se o esvaziamento do conteúdo na urethra.

Se a prostata foi tuberculizada em sua periferia, os nodulos da infiltração são logo percebidos pelo toque.

Nos casos de disseminação grande, não se distingue mais o tecido da prostata; a infiltração atinge as vesiculas e os tecidos de visinhança.

A evolução da tuberculose da prostata é chronica, e muitas vezes estacionaria; sobretudo quando decorre da tuberculose urinaria.

Muita vez, apesar de longo periodo de latencia, evolue para o abcesso, fistula, ou infiltrado peri-urethral, com infiltração urinosa, infecção mixta e sepsis.

Raramente a tuberculose da prostata se restringe a este órgão; pois, precoce ou tardiamente se propaga para as vesiculas, urethra posterior, e epididymo.

Se existem perturbações vesicaes, pensar em manifestações decorrentes da tuberculose urinaria, propagada para a propria bexiga.

Na tuberculose da urethra, consequente á tuberculose urinaria, os symptomas se confundem com os dessa molestia. No homem, palpa-se ou se sente com a sonda exploradora, os infiltrados, os estreitamentos, constata-se a fistula perineal ou peniana, alem de corrimento sero purulento ou sanguineo, com bacillos.

A micção é perturbada, as vezes ha incontinnencia como symptoma premonitorio, e signaes de cystite com dor e hematuria terminal. Tambem a erecção é dolorosa.

No penis, as manifestações da tuberculose são constatadas na glande e no prepucio, são insensíveis, havendo induramentos typicos no corpo cavernoso e sua albuginea.

De um do geral o *diagnóstico* da tuberculose (genital) se faz pela inspecção, palpação, toque dos órgãos atingidos, alem da prova de inoculação, da prova da tuberculina, da reacção da propria urina segundo Wildbolz, da punção, e da excisão de prova.

Tudo depende do órgão atingido isoladamente ou da disseminação do processo para mais de um, ou de todos em conjuncto.

Pela palpação, já se conhece o derrame da vaginal, as nodosidades do epididymo e do testiculo, pelo toque as características da prostata e das vesiculas.

A dificuldade reside quando ha concomitancia com a blenorragia e molestias infecciosas agudas capazes de por via hematogenica produzir uma prostatite, uma orchite, ou epididymite.

A epididymite aguda tuberculosa, difficilmente se distingue da epididymie a germens outros. Nos casos antigos é possivel a confusão com as demais variedades de epididymite, de vez que mesmo os exames bacteriologicos e a propria historia clinica podem não esclarecer.

Demais diz Wildbolz: pode haver tuberculose do epididymo sem desenvolvimento de nodulos tuberculosos.

Quando a urina é limpida, e não existem modificações inflammatorias da prostata e vesicula, é difficil o diagnostico da tuberculose

do epididymo, e sua distinção com a epididymite das demais molestias inflammatorias.

E' o caso da incisão de prova aconselhada por Schmieden, Kappis, Reinecke, Rovsing e outros.

O diagnostico diferencial com a epididymite blenorrhagica quando não se encontra o gonococco na secreção urethral, não é tão simples; pois que em ambas o infiltrado é na cauda.

Com a epididymite syfilitica tambem ha dificuldades. Muita vez se recorre ao tratamento especifico. Se a epididymite é influenciada, fala em favor da syphilis como causa etiologica.

No estado de fistulização, diz-se que sua localização dianteira fala em favor da syphilis e posteriormente em favor da tuberculose.

E' preciso entretanto estar attento com a inversio testis.

Os cystos congenitos, os tumores primarios (fibrômas, lipomas) raramente trazem confusão ao diagnostico.

Entretanto, deve-se ter em consideração que uma epididymite bilateral é sempre suspeitada como de natureza tuberculosa.

Na pratica, cuidar de um exame systematizado de accordo com a suspeita que possa induzir a historia clinica e o exame geral do doente. Ter em consideração: a) a reacção de Wassermann, b) a reacção do antígeno, c) a prova da tuberculina, d) o controle da temperatura, e) o controle radiologico do pulmão, f) o exame do fluor urethral, g) o exame cysto-urethrosopico, h) o exame da urina (pesquisa directa, inoculação, cultura Hohn-Lowenstein).

O diagnostico da tuberculose das vesiculas seminaes, sobretudo quando os demais orgãos são normaes, é difficil.

Se ha nodulos no epididymo, e na prostata, pensar que as modificações inflammatorias das vesiculas são de natureza tuberculosa.

Examinar entretanto o ejaculado: exame directo, inoculação, cultura Hohn, e microcultura typo Colombino-Gironçoli.

Na suspeita de tuberculose urinaria, comprová-la pelos methodos habituaes de exame (cystoscopia, exames da urina, urografia excretora, etc., etc.).

A uretrosopia no intuito de descobrir tuberculos na urethra posterior e nos orificios dos ejaculadores, raramente tem indicação, pois o diagnostico faz-se sem ella.

Jamais, fazer massagem para obter material para exame; ha o perigo de disseminação lymfatica e hematogenica (infiltração perivesicular, meningite, tuberculose miliar aguda).

Quando as vesiculas são nodulosas, (estados mais avançados) não ha dificuldade de diagnostico. Mesmo quando ha infiltração total da prostata e vesical, ou peri-anal, o diagnostico e bem viavel.

A evolução da tuberculose das vesiculas, é benigna e duradoura; mas, as vezes ha propagação para a prostata, e perfuração no intestino e perineo, com infecção mixta sepsiurinaria levando ao exito.

Outras vezes o estado geral é bom, -e surge a disseminação meningéa ou a generalisação do processo (miliar aguda).

O prognostico é grave sempre. Não se pode contar com uma cura certa.

O diagnostico da tuberculose da prostata nem sempre é facil, principalmente no inicio da molestia.

Para isso tem grande significado o encontro do bacillo na secreção prostática, ou na urina.

A prova da tuberculina é recommendada por Krämer, enquanto Wildbolz usa a reacção da propria urina.

A expressão prostática pode acarretar disseminação hematogénica (meningite, tuberculose miliar aguda).

Em geral o diagnostico se faz pela palpação; salvo nos casos iniciais nos quaes o órgão não apresenta modificações apreciaveis.

A tuberculose se differencia de outras enfermidades, pelo seu infiltrado característico nodular na superficie do órgão, salvo na forma periurethral das manifestações typicas da molestia.

A prostatite, os abscessos, se distinguem com facilidade pela sua consistencia.

Se existem já tuberculos no epididymo, o diagnostico fica facilitado. Outrotanto, se as vesiculas são nodulosas, o processo prostático deve ser suspeitado, ou mesmo julgado tuberculoso.

Pouca duvida póde surgir, quando já existe uma tuberculose urinaria, que se comprova pelos exames habituaes.

v. Fritsch e Wildbolz, acham que a urethroscopia não tem grande valor diagnostico. Nos estados adiantados, com cavernas abertas, ella póde constata-las, como igualmente se consegue com a urethrografia.

O *diagnostico differencial* se faz com os tumores, (sarcoma, carcinoma) cujos nodulos são muito duros, com o adenoma, com a lithiase da prostata, e a syphilis.

Velhos infiltrados calcificados, e phlebolithos, tornam o diagnostico as vezes bem difficil.

O diagnostico da tuberculose da urethra é muito mais facilitado. O aparecimento de sensação de queimação na uretra, no inicio e depois da micção, corrimento renitente, vontade frequente de urinar, em portador de tuberculose urinaria, é para pensar na tuberculose da urethra.

O exame da secreção póde estabelecer o diagnostico, differenciando-o do cancer, da lues, e de outras urethrites.

Infiltrados duros em cordão, nodulos sensiveis na parte baixa da urethra, levam á suspeita da tuberculose urethral.

O exame histologico de granulações das visinhanças de fistulas, e de fragmentos retirados póde esclarecer o diagnostico; sobretudo excluir as gommas syfiliticas raras na urethra.

A urethroscopia é perigosa, pela possibilidade da disseminação hematogénica.

Os estreitamentos tuberculosos apresentam algumas características á exploração, e symptomatologicas, que levadas em conta com a historia clinica do enfermo, não deixam duvidas quanto á sua natureza.

O prognostico não é muito favoravel. Em alguns casos, a molestia fica estacionaria; e, mesmo pode se curar, desde que o fóco primario seja extirpado.

Certos casos progridem rapidamente, ou pela formação de estreitamento que agrava a tuberculose urinaria, ou propagando-se, localmente, com fistulisação, infiltração urinaria, infecção mixta, e sepsis mortal.

No penis, no inicio ha confusão com o *ulcus durum*. Nos casos pouco claros, em que o *ulcus* não é liso e bem limitado, os bordos salientes, o exame da secreção esclarece o caso.

O diagnostico differencial se faz ainda com o *ulcus molle* e o cancer.

O *tratamento* da tuberculose genital comporta um tratamento conservador, e um tratamento radical. Suas indicações estão subordinadas á localisação do processo no aparelho genital. No que concerne ao tratamento conservador, elle diz respeito a um certo numero de medidas de ordem geral capazes de beneficiar a resistencia fisica do enfermo; a medidas fisio-therapicas passiveis de fazer regredir ou estacionar o processo pela encapsulaçao ou cicatrizaçao da lesão tuberculosa, e por fim medicações capazes de minorar os symptomas locais que o processo tuberculoso tambem pode acarretar.

O estado geral é beneficiado por medicações constantes de oleo de figado de bacalhau, ferro, arsenico, iodo, creosoto, guayacol, modernamente, vitaminas A e D, etc.

As curas climaticas em altitude ou beira mar são outrotanto recommendadas.

A heliotherpia (luz solar) é bastante recommendada, e com resultados para a cura do processo localizado.

Ella produz uma grande latencia do fóco tuberculoso, pois que os bacillos permanecem capsulados. Wildbolz acha entretanto que só em poucos casos dá resultado.

O tratamento medicamentoso parenteral, pela proteinotherapia, injeções de iodoformio e glicerina, tem sido aconselhado por Leschneff e outros.

Localmente, quando o processo se localisa no testiculo, epididymo, bolsas, penis etc., podem ser usadas a estase de Bier (Kummel), a luz solar, o ichtiol, o iodo em pastas absorviveis, alem de medidas capazes de minorar a dor, como o uso de suspensorio, compressas quentes, pastas opiadas e belladonadas.

A indicaçao da radiotherapia profunda ou superficial depende da localisação do processo; faz regredir, encapsula, ou cicatriza a lesão. Se bem que não tenha influencia sobre a secreção interna do testiculo, ella acaba com a espermatogenese.

Koeneck só a aconselha nos casos bilateraes.

Nuvoli junta-a a intoforese.

Os methodos radicaes constam de operações que tem por fim retirar parcial ou totalmente um dos orgãos enfermos, ou todo sistema genital.

Alem disso, manobras cirurgicas parciais são usadas quando não se torna possível uma actuação cirurgica parcial ou radical; são as decisões de fistulas, aberturas de abcessos, resecção diathermica de fungus exuberantes, etc.

No processo localizado no epididymo, com ou sem propagação para o testiculo duas são as medidas aconselháveis: a epididymectomia, e a castratio (semicastratio ou ablasio testis).

A epididymectomia deve ser uma operação precoce.

Wildbolz diz:

Ich sehe in der Anzeige zur Frühoperation der tuberculösen Epididymitis eine gewisse Parallele zu der Anzeige sur Frühoperation bei Appendizitis.

É considerada operação de escolha na tuberculose inicial do epididymo.

Na operação correcta o testiculo não se atrofia. O estado geral do enfermo é bem influenciado pela operação. (A extirpação do foco faz desapparecer a fonte de toxinas), e sobretudo os bacillos que podem invadir a circulação.

Tambem o testiculo se beneficia quando conservado: fica livre da propagação, e tambem seus focos iniciaes podem regredir e curar após a operação.

Fronstein obervou 80% de recidivas.

A operação tambem é indicada na bilateralidade do processo.

Na extirpação do orgão um cuidado se impõe: não abrir focos na ferida operatoria.

von. Bungener aconselha injectar glicerina iodoformada no deferente.

Uma biopsia intra-operatoria do testiculo é aconselhada por Lay, Legueu e outros.

Anastomose do deferente com o testiculo não deve ser praticada porquanto este pode tambem estar enfermo.

A castratio (semicastratio), é tão bem aceita como a epididymectomia.

Em geral, sem a semicastratio, o testiculo opposto enferma em 50% dos casos, enquanto que com a operação somente 23% (v. Burn).

A resecção parcial do testiculo não deve ser praticada (Simon).

Ainda Schwartz diz: a castração é a operação de escolha, mesmo que não se possa evitar a recidiva da molestia no outro testiculo.

Wallener observou, apesar da castratio, persistencia da libido e da potencia viril.

Essas intervenções teem indicações mais ou menos dependentes do estado evolutivo da molestia como da idade do enfermo.

Na creança, em que a molestia da glandula genital evolue de modo benigno ou maligno, a questão é difficil de resolver, diz Wildbolz.

Nessa idade, a tuberculose começa pelo testículo; de modo que a castração se impõe á epididymectomia. O tratamento em climas de altitude, beira mar, sol, luz de quartzo, vitamina D, e outros preparados, ajudam a cura ou a melhora do enfermo.

No adulto, a epididymectomia deve ser preferida. A castração, só deve ser feita quando ha certeza da tuberculose do testículo, dada á frequencia da molestia no outro testículo.

No velho, certa é a indicação da castratio. Deve predominar sempre o ponto de vista de Woldbolz, de livrar o doente o mais depressa possivel do seu fóco tuberculoso.

As curas climaticas serão melhor succedidas depois da operação.

Ambas as operações não veem contra-indicação mesmo quando exista tuberculose manifesta de outros órgãos inclusive pulmão. Nesses casos de preferencia escolher a castração.

Na localisação vesicular do processo tuberculoso, grande numero de autores aconselham cuidado no tratamento conservador, medicamentos resorbentes, em forma de iodureto de potassio, ichtyiol, instillações de oleo ou glicerina iodoformada, etc.).

O tratamento geral do doente, curas climaticas, luz solar etc., ajudam a melhorar ou estacionar a molestia.

O tratamento da tuberculose do testículo e epididymo melhora evidentemente a tuberculose das vesiculas.

Raramente a molestia pode curar com certeza. Se não ha outro fóco, é recommendavel a extirpação das vesiculas (via ischio-rectal á Voelcker, ou perineal á Young).

Young aceitando que na tuberculose genital o fóco inicial está de preferencia na vesicula, vae mais alem na indicação radical: faz a extirpação total do systema genital.

Diz mesmo, que é esta a operação de escolha, e uma necessidade pratica.

Legueu só a admite, quando ha abcesso formado (epididymo, testículo, vesiculas e prostata).

Pauchet exige á sua pratica, a não existencia da tuberculose urinaria.

Cholzoff, só a emprega, quando a castratio ou a epididymectomia não fazem regredir a molestia da vesicula.

Wildbolz, diz por fim, que não se pode extirpar as vesiculas em tecido livre e são.

A radiotherapia é usada com frequencia.

Na localisação prostática, não se cogita melhorar ou curar os enfermos com medidas conservadoras ou cirurgicas radicaes.

Curas climaticas, solares, medicamentosas, melhoram o estado geral. Medicação local (suppositorios de ichtyiol, iodureto de potassio, etc.), aliviam symptomas transitorios.

A extirpação da prostata como complemento da operação radical de Young tambem aqui utilizada, soffre as mesmas criticas atraz referidas; Cabot e Barney acham um tratamento perigoso, pois não se pode operar em tecido sadio. A disseminação miliar aguda e a

meningite podem ocorrer com mais facilidade, em virtude do plexo venoso ahí abundante.

A radiotherapia profunda encontra uma possibilidade de melhora duradoura, desde que não existam cavernas suppuradas para a urethra prostatica.

Na urethra, a tuberculose é só curavel, quando acaba-se com o fóco primario (tuberculose renal por exemplo).

Os estreitamentos requerem a resecção cirurgica, de vez que como lesão irreversivel, elles não melhoram ou não são influenciados pela nefrectomia.

Nos casos adiantados de obstrução calosa, manter uma fistula suprapubica, ou uma urethrostomia perineal (Marion).

No penis, a tuberculose se cura espontaneamente, desde que se extirpe o fóco urinario ou genital.

A resecção diathermica é aconselhada para os "lupos" da glande e da pelle do penis.

As lesões cutaneas ulcerativas são por fim influenciadas pela radiotherapia. O A. termina apresentando 9 observações de tuberculose genital de doentes de sua clinica privada assim descriminadas:

Epididymites .....	} dir. .... 2 esq. .... 1 bilat. .... 2	
Tuberculose do testiculo .....		} miliar .... 1 chronica ... 1
Tuberculose da prostata e vesiculas .....		
Disseminação cutânea escrotal e tuberculose do penis		1

Desses doentes, eram portadores da tuberculose genital:

com tuberculose pulmonar .....	3
com tuberculose pulmonar e urinaria .....	1
com tuberculose urinaria .....	1
sem tuberculose noutro órgão .....	4

A conducta therapeutica foi a seguinte:

Epididymectomy .....	2
Castratio (semi) .....	1
Radiotherapia .....	2
Não operados .....	3
Sem mais indicação therapeutica .....	1

5 ampólas de 2 cc.

# SLOCORT

Combinação dos hormônios da cor-  
tex suprarrenal e vitamina C

Cada ampóla contém: 1.000 (U. I.) de ácido ascórbico (Vitamina C  
cristalizada) = 0,05 gr e 50 unidades cão do cortex suprarrenal correspon-  
dentes a 25 gra. de glandula suprarrenal fresca em saluça saudável.

**ENDOCHIMICA S/A**  
Rua do Paraíso N. 745 — São Paulo

**ESA**  
FARMACIA S/A  
SÃO PAULO - BRASIL

# DEXTROSOL

(GLUCOSE—d)



"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,  
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME  
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER — Usos Terapeúticos das Injeções Endovenosas  
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —  
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.

# ENDOVARINA

— I. S. M. —

— Extracto total de ovario —

Contem os hormonios elaborados pelo ovario; desenvolve acção curativa nas dysendocrinias ovarianas



## INDICAÇÕES:

- *Infantilismo genital*
- *Disturbios da puberdade e da menopausa*
- *Deficiencia, insufficiencia e irregularidade menstrual*

## ACONDICIONAMENTO:

Caixas com 6 amp. de 1 cc.  
Vidros conta-gottas de 30 c. c.  
Vidros com 30 pastilhas

PRODUCTO DO  
INSTITUTO SÔROTHERAPICO MILANEZ

Concessionarios Exclusivos:

NOVOTHERAPICA

G. DE MATTIA & CIA. LTDA.

AVENIDA BRIG. LUIZ ANTONIO, 336 — CAIXA POSTAL, 384  
SÃO PAULO