

relação ao da vagina, mas ainda da posição da mulher (1).

De todos estes atritos, pressões e contactos, nascem sensações especiais que, reagindo sobre os centros nervosos motores, provocam contracções dos músculos bulbo e ísquio-cavernosos, os quais obrigam o sangue a deslocar-se das raízes dos corpos erécteis para a parte anterior do pénis.

O órgão adquire então o máximo de grossura, de comprimento, de rigidez e de sensibilidade. É neste momento que as impressões resultantes dos atritos do pénis contra as paredes da vagina começam a ser transformadas, nos centros nervosos, em sensações voluptuosas mais ou menos intensas.

A excitação geral, fazendo afluir o sangue ao cérebro, determina a abolição momentânea de todas as faculdades intellectuais. O olhar torna-se incerto e desvairado e, em seguida, os orifícios palpebrais fecham-se para evitar o contacto da luz. A respiração torna-se arquejante; o pulso accelera-se; os membros agitam-se em todos os sentidos; os músculos maxilares contraem-se; a sensibilidade geral torna-se confusa e indefinível e, por vezes, escapam palavras e frases sem nexos, no momento em que todo o organismo é percutido pelas mais vivas e suaves sensações.

(1) A posição da mulher que mais favorece a introdução do pénis é a seguinte: bacia levantada, coxas afastadas e flectidas sobre o abdómen, pernas flectidas sobre as coxas.

CAPÍTULO III

Ejaculação

É no mais alto grau do orgasmo genésico que se faz a projecção do líquido espermático, pela contracção reflexa das vesículas seminais e dos músculos do períneo.

O centro do arco reflexo que preside a êste fenómeno (*centro da ejaculação*) está situado na medula lombar e confunde-se com o da erecção.

As *fibras sensitivas ou centripetas* estão contidas no nervo dorsal do pénis.

As *fibras motoras ou centrifugas* provêm do terceiro e do quarto pares sagrados para os músculos do períneo, do quarto e do quinto pares lombares para as vesículas seminais e para os canais deferentes. A ejaculação é impossível nos coelhos em que se seccionam estes nervos (experiência de RÉMY).

A ejaculação não consiste somente na evacuação do conteúdo das vesículas seminais; é o resultado de uma série de evacuações, sucessivas ou simultâ-

neas, de líquidos variados cujo conjunto constitue o esperma.

A excreção dos produtos segregados pelas glândulas uretrais, isto é, pela próstata, pelas glândulas de COWPER e pelas glândulas de LITRE é provocada pela erecção e precede a ejaculação.

Á medida que se forma nos testículos, o esperma é deslocado para as vesículas seminais, pelos movimentos dos cílios vibráteis das células epiteliaes que revestem os cones eferentes e os canais epididimarios e pelas contracções peristálticas das paredes dos canais deferentes.

Quando as sensações voluptuosas despertadas pelos movimentos do coito são suficientes para excitar o centro génito-espinhal de BUDGE, o que geralmente succede no momento em que essas sensações atingem o máximo de intensidade, o esperma que se encontra nas vesículas seminais é lançado na uretra prostática, através dos canais ejaculadores, e projectado, em seguida, sobre o focinho de tenca, bruscamente, com fôrça e com interrupções.

A evacuação das vesículas seminais é provocada pelas contracções peristálticas, relativamente lentas mas enérgicas, da sua túnica muscular.

Ordinariamente, o utrículo prostático e as betesgas glandulares dos regos laterais do veru montanum esvaziam-se também, nesse momento, juntando os seus produtos de secreção ao líquido seminal elaborado pelos testículos.

O refluxo para os canais deferentes é impossível não só porque estes se encontram habitualmente

cheios de líquido seminal(1), mas ainda e principalmente porque as suas paredes se contraem enèrgicamente, no momento da ejaculação.

A passagem de esperma para a bexiga também não é fácil porque, durante a erecção e principalmente no momento da ejaculação, a porção da uretra situada acima dos canais ejaculadores está completamente obliterada pela congestão do veru montanum(2), pela replecção das veias submucosas do colo da bexiga e pela contracção do esfíncter vesical. É por êste motivo que a micção se torna difícil ou mesmo impossível durante a erecção.

A túnica muscular da bexiga, contraindo-se durante a cópula, faz aumentar a pressão intra-vesical e, por consequência, dificulta também a passagem do esperma para êste reservatório, no momento da ejaculação(3). Como consequência da contracção da parede vesical, quando o coito é praticado durante o estado de replecção da bexiga, a ejaculação é quasi sempre retardada e, ao mesmo tempo, sente-se uma necessidade de urinar, por vezes dolorosa, que diminue consideravelmente a intensidade das sensações voluptuosas.

A fôrça que projecta o esperma resulta da retracibilidade das paredes da uretra, distendidas pelo líquido, e principalmente das contracções peristálti-

(1) O coito excita a secreção e favorece a excreção do esperma.

(2) Alguns autores explicam pela ausência do veru montanum a frequência da emissão involuntária de urina que se observa nas mulheres, no momento do orgasmo genésico.

(3) CH. ROBIN, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, tómo xxxvii, art. *Fécondation*, § II. *De l'Éjaculation*.

cas dos músculos estriados, anexos a cada uma das porções dêste canal.

Lançado bruscamente na uretra prostática pelos canais ejaculadores, o esperma, em contacto com a mucosa, provoca, por via reflexa, uma série de contracções instantâneas e enérgicas dos músculos do períneo anterior.

É principalmente destas contracções que resulta a evacuação rápida da uretra e a projecção brusca do líquido espermático. O primeiro músculo que se contrae é o esfíncter estriado ou esfíncter externo da uretra, o qual esvazia a porção prostática. Em seguida, contraem-se os músculos que cercam a porção membranosa e, por último, os bulbo-cavernosos.

É principalmente pelas contracções rítmicas, bruscas e inérgicas, dos bulbo-cavernosos, que o esperma é projectado a distância, com fôrça e com interrupções. A fôrça de propulsão exercida por êste conjunto de contracções musculares varia, segundo os indivíduos, segundo as idades e segundo o estado de repleção das vesículas seminais.

Em geral, é suficiente para projectar o esperma a uma distância de 10 a 50 centímetros, quando a ejaculação se produz livremente (1).

Os músculos do períneo posterior, principalmente o esfíncter anal e o elevador do anus, contraem-se

(1) Segundo alguns autores, em certos indivíduos, a fôrça de propulsão é suficiente para projectar o esperma a uma distância superior a um metro ou fazê-lo entrar na bexiga, provocando uma dôr mais ou menos viva, quando um obstáculo qualquer (apêrto uretral, constrição do pénis pelos bulbo-cavernosos, pelos constritores da vagina, etc.) dificulta a sua saída rápida para o exterior.

também, mas estes músculos não têm influência sobre a ejaculação.

Quando muito, devemos mencionar a acção do elevador do anus que, puxando bruscamente e enèrgicamente para cima o esfíncter anal e a porção inferior do recto, comprime as vesículas seminais contra a bexiga e favorece, portanto, o seu esvaziamento.

*
* *
*

Resumindo. — No estado de flacidez, as aréolas dos corpos erécteis estão quási vazias porque os orifícios artério-areolares encontram-se, ordinariamente, fechados.

Mas, quando surge uma excitação nervosa — *uma sensação táctil ou visual, uma idea, uma recordação, etc.* — que reage sobre o centro da erecção, estes orifícios abrem-se, as artérias dilatam-se e o sangue arterial entra bruscamente nas aréolas onde se acumula, em virtude do seu escoamento insufficiente pelas veias. Da distensão das aréolas resulta a distensão da albugínea. Esta, comprimindo então as veias que a atravessam, dificulta a circulação de retôrno e, por consequência, concorre para aumentar o volume e a consistência do pênis. Por fim, as contracções dos músculos bulbo e isquio-cavernosos, dificultando a circulação venosa e expulsando o sangue para a parte anterior do órgão, completam a erecção.

Neste momento ou pouco depois, o orgasmo

venéreo, provocado pelos atritos da glande contra as paredes da vagina, atinge o máximo de intensidade e a ejaculação produz-se.

Em seguida a êste fenómeno, o pénis fica, ordinariamente, com uma sensibilidade tão exagerada que, por vezes, costumam a suportar os mais ligeiros contactos com os órgãos genitais da mulher ou com a roupa. Esta sensibilidade diminue à medida que a erecção se torna menos pronunciada e desaparece completamente ao fim de dois ou três minutos.

As contracções musculares cessam, as artérias apertam-se, as veias abrem-se, o sangue entra a pouco e pouco na circulação geral e o pénis cái no estado de flacidez.

A la tempête a succédé le calme (CH. DEBIERRE).

y en el primer punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la verdad, y no el de la utilidad. En el segundo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la naturaleza, y no el de la moral. En el tercer punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la esencia, y no el de la existencia. En el cuarto punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la causa, y no el de la consecuencia. En el quinto punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la ley, y no el de la excepción. En el sexto punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la regla, y no el de la excepción. En el séptimo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la norma, y no el de la excepción. En el octavo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la medida, y no el de la excepción. En el noveno punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la proporción, y no el de la excepción. En el décimo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la armonía, y no el de la excepción.

En el primer punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la verdad, y no el de la utilidad. En el segundo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la naturaleza, y no el de la moral. En el tercer punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la esencia, y no el de la existencia. En el cuarto punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la causa, y no el de la consecuencia. En el quinto punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la ley, y no el de la excepción. En el sexto punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la regla, y no el de la excepción. En el séptimo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la norma, y no el de la excepción. En el octavo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la medida, y no el de la excepción. En el noveno punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la proporción, y no el de la excepción. En el décimo punto de vista, el objeto de la ciencia es el conocimiento de la armonía, y no el de la excepción.

TERCEIRA PARTE

PATOLOGIA DO PÊNIS

TERCEIRA PARTE

PITAGORA DO PARÍS

CAPÍTULO I

Lesões traumáticas

As lesões traumáticas do pênis são muito frequentes. Na literatura médica encontram-se descritos milhares de exemplos e nós tivemos também ocasião de observar alguns nos Hospitais da Universidade de Coimbra, durante e depois da nossa frequência escolar. A sua forma, a sua extensão em superfície e a sua profundidade dependem da natureza do agente traumático e sobretudo da violência do traumatismo. Umaz vezes, o pênis é completamente dilacerado ou amputado; outras vezes, apresenta somente algumas lesões superficiais, ligeiras e insignificantes, ou é a sede de rupturas múltiplas, quer dos vasos dorsais, quer dos órgãos erécteis. As lesões dos corpos cavernosos são sempre graves não só pelas hemorragias abundantes que geralmente se manifestam no momento do acidente e pelos fenómenos de gangrena que surgem, em regra, nos casos em que as artérias dorsais se encontram rôtas ou seccionadas, mas ainda pela formação de cicatrizes

que, obliterando um certo número de espaços sanguíneos, produzem uma impotência definitiva ou dão ao pênis uma direcção viciosa incompatível com as suas funções. A ossificação do tecido cicatricial agrava a impotência e aumenta a deformação do órgão.

Quando as paredes da uretra se encontram também lesadas, o prognóstico é ainda muito mais grave não só pelos fenómenos de infiltração urinosa que surgem, freqüentemente, dois ou três dias após o traumatismo, mas ainda pelos apertos uretrais que se formam, na maioria dos casos, algumas semanas ou alguns meses depois.

Neste capítulo, depois de estudarmos rapidamente as contusões e as feridas do pênis, faremos algumas considerações gerais e ligeiras sobre a etiologia das amputações, apresentando alguns casos que podem servir de exemplos aos incautos e aos que não sabem conhecer as carícias fingidas de quem lhes prepara a armadilha.

A) **Contusões**

No estado de flacidez, o pênis, protegido pela sua situação, pela sua fraca consistência e principalmente pela sua grande mobilidade, consegue escapar algumas vezes à acção dos agentes contundentes, mas esta imunidade desaparece completamente quando o órgão se torna duro, rígido e mais ou menos fixo, isto é, durante a erecção completa ou incompleta.

Mais de sessenta por cento das contusões do

pénis são produzidas, com efeito, quando o órgão se encontra em erecção.

As causas são quasi sempre exteriores (uma pedrada, um pontapé, um couce, uma pancada com a mão ou com um objecto qualquer, etc.), mas, algumas vezes, os agentes contundentes são cálculos ou corpos estranhos encravados na uretra.

Os caracteres anátomo-patológicos, a evolução e o prognóstico destas lesões dependem do seu modo de produção, da violência do traumatismo e do estado do órgão no momento em que foi atingido. A maior parte das vezes, são contusões de aspecto absolutamente vulgar, mas, em certos casos, apresentam uma feição especial, tanto sob o ponto de vista anátomo-patológico como sob o ponto de vista clínico.

Vejamos separadamente as contusões banais, as ruturas dos corpos erécteis, as luxações e a estrangulação circular por corpos estranhos.

1 — Contusões banais

Damos a designação de contusões banais a todas as lesões traumáticas sem solução de continuidade do invólucro tegumentar, que não apresentam qualquer particularidade etiológica, anatómica ou clínica digna de menção especial. O primeiro sintoma objectivo que, geralmente, se manifesta é uma equimose cujas dimensões dependem da abundância do derrame sanguíneo. Se a contusão é ligeira e, sobretudo, se não há lesões de vasos importantes, a equimose é,

em geral, pouco extensa e pouco pronunciada. Se, pelo contrário, o traumatismo é violento, o pênis aumenta consideravelmente de volume, deforma-se e apresenta uma côr violácea carregada, porque, nestas condições, o derrame sanguíneo é quasi sempre muito abundante. Algumas vezes, forma-se um hematoma, mais ou menos volumoso, que se pode reabsorver completamente, no prazo de alguns dias, ou persistir, durante muito tempo, sob a forma de um tumor arredondado, duro ou mole, crepitante ou flutuante.

Os doentes queixam-se freqüentemente de disúria e de retenção de urina.

2 — Rupturas

As rupturas do pênis são lesões traumáticas que consistem em rasgões mais ou menos extensos da albugínea e do tecido erétil dos corpos cavernosos ou do corpo esponjoso da uretra. DEMARQUAY, VOELKER e outros autores chamam-lhes fracturas, mas esta designação é imprópria porque o pênis não tem, normalmente, nenhum osso susceptível de se fracturar(1). Estas lesões são quasi sempre o resultado de movimentos em falso ou de esforços enérgicos e violentos, durante o coito, mas podem também ser produzidas por uma pancada ou por uma queda,

(1) Como veremos no capítulo das inflamações, o pênis pode ser a sede de produções ósseas susceptíveis de se fracturarem sob a influência de qualquer traumatismo, mas os casos d'este género são excepcionais e as lesões são muito diferentes das que caracterizam as rupturas penianas.

quando o pénis se encontra no estado de erecção (1).

A condição absolutamente indispensável é a erecção completa do órgão. Se a erecção é incompleta ou se o pénis se encontra no estado de flacidez absoluta, nenhum traumatismo poderá produzir uma ruptura dos corpos erécteis porque estes são muito flexíveis.

Seja qual fôr a causa da ruptura peniana, a sua produção é anunciada por uma dôr súbita e geralmente violenta, por um ruído sêco, análogo ao que produz um tubo de vidro quando se quebra, e pela suspensão brusca da erecção. Êste último sintoma é absolutamente constante. O pénis passa rapidamente do estado de erecção completa ao estado de flacidez absoluta e, por consequência, o doente não consegue completar o coito.

DEMARQUAY refere-se a uma excepção publicada no *American Journal of the Med. Sciences* de 1842, mas, neste caso, o acidente teve lugar quando começava

(1) DUFOUR (*Gazette Médicale*, 1834) observou um caso de ruptura dos corpos cavernosos produzida por uma criança que, recuando precipitadamente, caiu sobre os órgãos genitais de um homem que se encontrava sentado, com as coxas afastadas e com o pénis em erecção.

BLANDIN (*Gazette des Hôpitaux*, 1837), FONTAN (*Gazette des Hôpitaux*, 1865) e outros autores publicaram também alguns casos de lesões da mesma natureza, produzidas por pancadas violentas com a mão sobre a face dorsal do pénis em erecção. Não é menos interessante o caso observado por VALLENTINE MOTT (*Dublin Medical Press*, 1851). Um homem que se encontrava acidentalmente separado de sua mulher, havia quatro ou cinco dias, tendo acordado tarde e querendo vestir-se depressa, saltou da cama tão precipitadamente que acertou, com o pénis, vigorosamente erecto, numa coluna do seu leito. A consequência do choque foi uma ruptura dos corpos cavernosos.

o orgasmo venéreo e o esperma foi ejaculado sem prazer nem ardor.

O sangue que sai dos vasos, em virtude da ruptura das malhas do tecido erétil, faz aumentar o volume do pénis e produz uma equimose, ordinariamente muito nítida e muito extensa, ou forma um hematoma volumoso ao nível do ponto lesado. Quando a quantidade de sangue derramado é grande e quando a infiltração sanguínea é muito extensa, o pénis pode apresentar uma consistência igual à que apresenta no estado de semi-erecção.

Muitos doentes sem lesões uretrais queixam-se de disúria e de retenção de urina. Pelo contrário, as uretrorragias observam-se somente quando há lesões da mucosa da uretra.

As rupturas do pénis prejudicam consideravelmente as funções génésicas, mesmo depois de curadas. Quando interessam toda a espessura dos corpos cavernosos, só a porção púbica é susceptível de entrar em erecção. A porção anterior, mole e flácida, pende verticalmente entre as duas coxas [PARKER (1)]. Quando só um dos corpos cavernosos se encontra lesado, o pénis toma geralmente uma direcção viciosa [RICHET (2)] e a erecção produz-se, em regra, muito lentamente [DEGUISE (3)].

(1) *Gazette Médicale*, 1849.

(2) *Société de Chirurgie*, 1853.

(3) *Ibidem*, 1853.

3 — Luxações (1)

Diz-se que o pénis apresenta uma luxação, quando, sob a influência de um traumatismo violento, o sistema eréctil abandonou o invólucro cutâneo e se escondeu no tecido celular das regiões vizinhas. NELATON (2) observou uma criança de seis anos cujo pénis se encontrava no tecido celular das bolsas testiculares, e MOLDENHAUSER (3) observou também um caso em que os órgãos erécteis se tinham refugiado no tecido celular da região púbica. Estas lesões são extremamente raras e os seus caracteres anátomo-patológicos variam muitíssimo de um caso para outro. De comum, há somente a deslocação do sistema eréctil e a presença do invólucro cutâneo que pende entre as duas coxas sob a forma de um tubo de consistência elástica, umas vezes vazio, outras vezes cheio de sangue líquido ou coagulado. A sua patogenia é fácil de compreender. Se um agente traumático, animado de grande força viva, actua sobre a parte anterior do pénis e fixa o prepúcio, quando o órgão se encontra no estado de flacidez, o sistema eréctil, vivamente repellido, pode descolar-se do invólucro cutâneo e esconder-se no tecido celular das regiões vizinhas (escroto, pubis, regiões inguinais). O mecanismo é idêntico ao que preside à deslocação de um caroço de cereja, forte-

(1) Êste termo é impróprio para designar uma lesão traumática de um órgão que não tem nenhuma articulação, mas o seu emprêgo é corrente na linguagem médica.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1850.

(3) *Revue des Sciences Médicales*, 1875.

mente comprimido entre os dedos e violentamente projectado para diante. O sistema erétil desliza da mesma forma através do tubo cutâneo que o reveste.

Segundo MONOD et BRUN, uma condição absolutamente indispensável para que se produza uma luxação do pênis é a ruptura completa do freio e da mucosa do sulco balano-prepucial.

Emquanto o prepúcio estiver sólidamente unido ao sulco retro-balânico, dizem os autores citados, toda a pressão exercida sobre a parte anterior do pênis poderá modificar, momentaneamente, a situação normal do órgão, mas não produzirá mais do que um deslocamento passageiro.

4 — Estrangulação por corpos estranhos

Quando o pênis é introduzido num anel ou atado com um fio, com uma fita ou com um cordel, a interrupção das circulações venosa e linfática determina uma hiperemia passiva cada vez mais pronunciada e dá origem a um edema tão abundante que, a maior parte das vezes, o anel de constrição encontra-se completamente coberto pelos tecidos edemaciados. Toda a porção do pênis situada adiante do anel de estrangulação fica necessariamente exposta à gangrena. As fístulas uretrais e as ulcerações da pele são muito freqüentes.

Alguns casos de estrangulação do pênis por corpos estranhos são observados em crianças que, com receio de urinarem na cama, atam o órgão com um cordel, com um fio ou com uma fita.

CHASSAIGNAC apresentou à « Société de Chirurgie » de Paris, em 15 de Novembro de 1848, o caso de um indivíduo de 36 anos que, quando era criança, procurou remediar, por êste processo, a sua incontinência nocturna de urina.

Uma fistula uretral, uma cicatriz viciosa dos corpos cavernosos e a impotência absoluta da metade anterior do pénis, tais foram as conseqüências da sua inocente lembrança.

Em 14 de Dezembro de 1859, apresentou GUER-SANT à mesma sociedade o caso de uma criança de cinco anos que, quinze meses antes, tinha ligado o pénis com um fio delgado e resistente, afim de não urinar na cama. Esta criança produziu assim seis fistulas uretrais.

Em qualquer dêstes dois casos e em muitos outros cujas descrições se encontram em vários livros de cirurgia, as crianças procuravam remediar a sua incontinência nocturna de urina, seduzidas somente pelo prazer do asseio ou envergonhadas pelo defeito de urinarem na cama.

Muitas vezes, as manobras de estrangulação não são feitas pela própria criança, mas sim por outra ou por outras. Tal é o caso seguinte, observado numa povoação da Beira Baixa.

Uma criança de oito meses, de sexo masculino, foi confiada, durante algumas horas, aos cuidados de uma irmã que tinha aproximadamente sete anos de idade. Esta lembrou-se de ligar com um fio de torçal o pénis de seu irmão, afim de evitar que este a urinasse. Pouco tempo depois, a criança chorava

bastante e não havia nada que a calasse. A rapariga não conseguiu tirar o fio e, com receio de ser castigada, não se denunciou. Foi por acaso que um indivíduo, a quem devemos a história d'êste facto, observou a extremidade do fio, o qual foi imediatamente seccionado com uma navalha de lâmina estreita. O pênis encontrava-se muito aumentado de volume e apresentava uma côr vermelha mais ou menos violácea, mas, felizmente, não houve nenhuma complicação.

Os casos de estrangulação do pênis são muito mais freqüentes nos adolescentes, nos adultos e nos velhos do que nas crianças. Estas empregam quasi sempre, como acabamos de ver, um fio, uma fita ou um cordel; aquelles servem-se geralmente de instrumentos especiais ou de objectos vulgares, tais como frascos, boiões, garrafas, anéis, tubos e argolas de todas as espécies e de todos os feitios.

DELABARE foi chamado para tratar um velho de sessenta e cinco anos que tinha introduzido o pênis numa argola de ferro, e GARNIER cita um caso semelhante, observado num celibatário de cincoenta e cinco anos que se tinha servido de uma argola de cobre. LEGROS socorreu um rapaz que tinha introduzido o pênis num frasco de essência, e LARREY refere-se a um soldado que fez o mesmo na bainha de uma baioneta.

Num outro caso observado por DUPUYTREN, o pênis tinha sido introduzido na arandela de um castiçal de ferro. BOUDON observou um rapaz de quinze anos que fez passar a glande através de um anel de

cobre. BOURGEOIS foi chamado para tratar um homem que, no momento em que se deitava, introduziu o pênis no anel de uma chave, e SABATIER observou outro caso semelhante.

Estes indivíduos não são desculpados pela sua inocência nem pela incontinência nocturna de urina.

Não é a ingenuidade que explica as suas faltas nem o desgosto de urinarem a roupa da cama que os leva à prática de actos tão extravagantes. São as ideas lubricas que os obrigam a experimentar todos os processos mecânicos pelos quais podem obter sensações novas ou modificar a qualidade e a intensidade das sensações antigas. São geralmente masturbadores saturados pelo onanismo manual, que recorrem a estes processos mecânicos, quando os processos vulgares já não são suficientes para provocar a erecção e despertar o prazer. São pervertidos sexuais e morais que, conhecendo bem os seus defeitos e sabendo quanto a sociedade os detesta, só se denunciam quando não podem deixar de pedir o auxilio do médico. GAUTHIER observou um individuo que, tendo introduzido o pênis e os testículos num anel de ferro, só pediu o seu auxilio passados cinco dias, isto é, quando a tumefacção era tão pronunciada que difficilmente se conseguia ver o anel de constricção. PAMARD observou também um homem que, tendo introduzido o pênis numa argola de ferro, só se denunciou três meses depois. Durante este tempo, sofreu dores violentas e tentou, por várias vezes, libertar-se da armadilha, mas não conseguiu.

Alguns cáem no laço em tais circunstâncias que se não podem libertar sem a intervenção imediata de qualquer pessoa e, por consequência, sem dar a conhecer ao público os seus defeitos. GARNIER (*Onanisme*, trad. brasileira) refere-se a um rapaz que, tendo introduzido o pênis no orifício de uma banheira, quando tomava banho, se viu na necessidade de pedir socorro a várias pessoas que, com grandes dificuldades, conseguiram quebrar o obstáculo e libertar órgão.

Quando são descobertos, estes indivíduos procuram desculpar-se de qualquer forma. Um homem observado por LETEINTURIER dizia que, tendo sido mordido na extremidade da glande por um animal venenoso, introduziu o penis num anel de ouro, afim de evitar que o veneno passasse para o ventre. Um hipocôndriaco observado por GARNIER, dizia que tinha atado o pênis com um fio, afim de se curar e de castigar os seus excessos.

Alguns manifestam uma extraordinária decadência moral e não hesitam até em desmoralizar as suas próprias mulheres, convidando-as a tomar parte nos seus prazeres e nas suas aberrações. NATALIS GUILLOT foi chamado para socorrer um padeiro a quem a mulher, nos primeiros meses do casamento, acariaciava, enfiando-lhe no pênis o anel nupcial.

As consequências que, por vezes, resultam de manobras tão extravagantes não bastam para remunerar estes depravados que fazem do leito conjugal uma escola de vícios.

É a manifestação mais flagrante de uma extraor-

dinária falta de carácter e de um completo desvio de sentimentos. É o cúmulo da perversão moral.

B) Feridas

As feridas do pénis podem interessar somente a pele e o tecido celular sub-cutâneo (*feridas superficiais*) ou atingir o tecido eréctil dos corpos cavernosos e do corpo esponjoso da uretra (*feridas profundas*). As primeiras não apresentam, em geral, nenhum carácter de gravidade, desde que não estejam infectadas; as segundas são quasi sempre graves não só pelas hemorragias abundantes e pelos fenómenos de retenção urinária que se manifestam no momento do acidente, mas ainda e principalmente pelas lesões de gangrena que determinam, pela sua cicatrização viciosa ou pela formação de fistulas uretrais.

Os caracteres anátomo-patológicos, a forma, a sede, as dimensões em comprimento ou em superfície e a profundidade das feridas do pénis dependem da natureza e da violência do traumatismo, da posição do individuo e do estado em que se encontra o órgão no momento em que é atingido.

DEMARQUAY divide as feridas do pénis, segundo as causas que as produzem, em seis grupos principais:

- Feridas contusas;
- Feridas por instrumentos picantes;
- Feridas por instrumentos cortantes;
- Feridas por armas de fogo;

- Feridas por arrancamento;
- Feridas por mordeduras de animais.

1 — Feridas contusas

As feridas contusas do pênis não apresentam, a maior parte das vezes, nenhum carácter absolutamente especial. Distinguem-se das outras espécies de feridas sòmente pela sua irregularidade e pêla dilaceração dos tecidos numa extensão maior ou menor. As suas dimensões em superficie, a sua profundidade e a sua gravidade clínica dependem da natureza do agente vulnerante e, sobretudo, da violência do traumatismo. O pênis pode ser completamente esmagado ou, pelo contrário, ligeiramente ferido. As feridas contusas são produzidas, quási sempre, por causas banais (uma pancada, uma queda, a pressão de uma roda de carro, um couce de cavallo, etc.), mas, em certos casos, o seu modo de produção é curioso e extravagante.

DUPUYTREN (1) observou um homem que, entrando em casa embriagado e querendo urinar para a rua pela janela, esmagou completamente o seu pênis, deixando cair sôbre êle o caixilho móvel. DEMARQUAY (2) foi também consultado por um homem que, tendo relações sexuais com uma mulher incompletamente despida, feriu violentamente a face dorsal do pênis contra uma das varetas do espartilho, e VOILLEMIER (3) refere-se a outro indivíduo que entalou e

(1) *Lancette française*, 1835.

(2) Citado por SÉLIGNAC, *Des accidents du coït*, Paris, 1861.

(3) *Maladies des voies urinaires*, tómo 1.

feriu gravemente o órgão, ao fechar com a parte superior das suas côxas o gavetão de uma cômoda do qual acabava de tirar alguma roupa para se vestir.

Quando as feridas contusas interessam somente as partes superficiais do pênis, as hemorragias são, em regra, pouco abundantes, ainda que a solução de continuidade da pele e dos tecidos subjacentes seja muito extensa. Esta regra não é, todavia, absolutamente constante. Uma ferida pouco extensa e pouco profunda pode dar origem a hemorragias abundantíssimas e difíceis de combater. O caso a que acima nos referimos observado por DEMARQUAY é um dos principais exemplos. A ferida era pouco extensa e pouco profunda, mas a vareta do espartilho tinha rasgado as paredes dos vasos dorsais. A disúria e a retenção de urina são muito freqüentes.

2 — Feridas por instrumentos picantes

As feridas do pênis produzidas por instrumentos picantes são muito raras. DEMARQUAY apenas conseguiu observar um caso, durante a sua longa prática. Tratava-se de um homem que, brincando com um dos seus companheiros, caiu sobre um prego muito comprido e muito agudo. O prego atravessou de um lado ao outro a parte superior da coxa direita e penetrou na espessura do pênis, aplicado contra a coxa esquerda. Estas feridas ocupam geralmente a porção livre do pênis e podem ser produzidas por diversos agentes vulnerantes, tais como uma esquirola óssea, uma faca de lâmina estreita,

um canivete, ou ainda diversos corpos estranhos (ganchos do cabelo, estiletos, etc.) introduzidos violentamente na uretra, mas, a maior parte das vezes, resultam de uma estocada ou de uma baionetada.

O agente vulnerante pode penetrar somente na pele e no tecido celular subcutâneo ou atingir a uretra e os corpos cavernosos. As hemorragias são, em geral, pouco abundantes porque as artérias e as veias dorsais escapam facilmente à acção dos agentes picantes, mas, quando estes vasos são atingidos, forma-se uma equimose extensa ou um hematoma volumoso e, muitas vezes, sai para o exterior uma grande quantidade de sangue. As uretrorragias são constantes nos casos em que a mucosa uretral apresenta lesões extensas. A retenção de urina é frequente, mas passageira. Em geral, quando não há lesões uretrais, os fenómenos de retenção urinária não se manifestam além de vinte e quatro ou quarenta e oito horas.

3— Feridas por instrumentos cortantes

De todas as lesões traumáticas do pénis, as feridas produzidas por instrumentos cortantes são as mais frequentes e as mais interessantes sob o ponto de vista do seu modo de produção. Uma vez, são o resultado de mutilações voluntárias ou de intervenções cirúrgicas; outras vezes, resultam de um acidente ou constituem o corpo de delito de um crime (vid. etiologia das amputações). As feridas da glândula são quasi sempre o resultado de accidentes. A maior

parte das vezes, são produzidas, durante o coito, por um ou mais cabelos que não foram convenientemente afastados ou por qualquer corpo estranho cortante que, por descuido, por ignorância ou por malvadez a mulher deixou ficar na vagina.

NOTTINGHAM (1) foi consultado por um homem que, depois de um coito com uma meretriz, notou sobre a sua glândula uma ferida incisa que sangrava abundantemente. A mulher declarou que estava inocente, mas o doente exigiu um exame médico.

Encontrou-se então um fragmento de vidro, atrás do colo do útero, e verificou-se que êste fragmento pertencia a uma seringa de irrigações vaginais.

Realmente, a mulher tinha-se servido dessa seringa alguns dias antes.

As feridas do pênis produzidas por instrumentos cortantes podem ser *longitudinais*, *oblíquas* ou *transversais* e, em qualquer dos casos, podem interessar somente os invólucros (*feridas superficiais*) ou toda a espessura do pênis (*feridas profundas*). As feridas transversais são muito freqüentes e muito importantes, mas não apresentam nenhum carácter anátomo-patológico digno de menção especial. A disúria e a retenção de urina são freqüentes, mas passageiras. Quando as feridas interessam o invólucro fibroso e o tecido erétil dos corpos cavernosos, as hemorragias são geralmente muito abundantes.

(1) Citado por MONOD et BRUN.

4 — Feridas por armas de fogo

Muito freqüentes em tempo de guerra, as feridas do pênis produzidas por armas de fogo raríssimas vezes se observam na clínica particular e nos hospitais civis. Os projecteis podem ser balas ou estilhaços de granadas. No primeiro caso, as lesões não são, em geral, tão extensas como no segundo, mas podem apresentar a mesma gravidade clínica. Isso depende do seu modo de produção, da sua sede, da sua profundidade, do seu número e, sobretudo, do estado dos órgãos vizinhos. Não é raro que o pênis seja o único órgão lesado, mas, a maior parte das vezes, ás lesões penianas encontram-se associadas lesões mais ou menos graves dos testículos, da bexiga, do recto, das côxas, do períneo e até das vísceras contidas na cavidade abdominal.

Uma só bala pode ferir vários órgãos, antes ou depois de atingir o pênis. A importância das lesões penianas é variável. O órgão pode ser completamente amputado (LARREY, DUPUYTREN, BROUARDEL) ou, pelo contrário, ligeiramente ferido. HOLMES observou dois casos em que o projectil, tendo penetrado entre a glande e o prepúcio, saíu sem lesar o tecido erétil.

As lesões uretrais são muito freqüentes, mas, num grande número de casos, o projectil atravessa os corpos cavernosos e percorre um trajecto mais ou menos sinuoso sem ferir as paredes da uretra. APPIA, VOELKER, OTIS e outros autores publicaram várias observações dêste género. OTIS conseguiu reunir

as descrições de 309 casos, além das suas observações pessoais. Sob o ponto de vista das funções genésicas, as feridas do pênis produzidas por armas de fogo são geralmente graves porque, depois de curadas, dão ao órgão uma direcção viciosa ou tornam a erecção absolutamente impossível. As fistulas urinárias e os apertos uretrais contribuem também para agravar a situação.

5 — Feridas por arrancamento

As feridas do pênis produzidas por arrancamento são geralmente grandes em superfície e pequenas em profundidade. A maior parte das vezes, só a pele é arrancada porque os corpos cavernosos, em virtude da grande mobilidade do invólucro tegumentar, escapam à constrição como um caroço de cereja foge sob a pressão dos dedos.

DEMARQUAY (1), KJÖNIG (2), LABREVOIT (3), RENÉ DUMAS (4) e outros cirurgiões observaram, com efeito, vários casos de arrancamento completo do escroto e da pele do pênis sem lesões apreciáveis dos testículos e sem a mais ligeira contusão dos corpos erécteis. Na literatura médica encontram-se também descritos muitos casos de arrancamento total.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1841.

(2) *Journal de Norvège*, 1869.

(3) *Gazette Médicale de l'Algérie*, 1878.

(4) *Presse Médicale*, Novembro de 1921.

6 — Feridas por mordeduras de animais

Estas feridas são produzidas quasi sempre por animais domésticos (cavalo, burro, cão, porco, etc.), mas o pénis pode também ser mordido por várias espécies de reptis ou por diversos insetos e, em certos casos, as lesões por elles produzidas não são menos graves, embora à primeira vista pareçam insignificantes.

Algumas vezes, as feridas produzidas por mordeduras de animais domésticos apresentam-se com caracteres semelhantes aos das feridas contusas ordinárias (PERIER, WILHAMS) ou aproximam-se, pela sua regularidade, das feridas produzidas por instrumentos cortantes (DELFAU, DEMARQUAY), mas, em geral, distinguem-se facilmente pelo aspecto da superficie de secção e, sobretudo, pela diferença de nível que existe, quasi sempre, entre a ferida cutânea e a ferida dos corpos erécteis. Num caso observado por VEILLIARD, a pele tinha sido dividida immediatamente adiante do pubis e os corpos cavernosos tinham sido seccionados um pouco atrás da glande. Os corpos cavernosos são quasi sempre seccionados, quer immediatamente atrás da glande (FORT, DELFAU, ROSSIGNOL), quer na vizinhança do púbis [observação pessoal (1)], mas, algumas vezes, observa-se, como nas feridas por arrancamento, a desnudação completa

(1) Em 19 de Abril de 1922, entrou nos Hospitais da Universidade de Coimbra, com um abcesso urinoso, uma criança de sete anos cujo pénis tinha sido completamente amputado por um cão. A pele e os corpos erécteis foram seccionados ao mesmo nível pelos dentes do animal.

do sistema eréctil, ficando êste perfeitamente intacto.

As hemorragias não são muito abundantes, mas a infecção é frequente e a cicatrização é lenta.

C) Etiologia das amputações

As amputações do pênis podem ser voluntárias, operatórias, acidentais ou criminais.

1.º — Amputações voluntárias

DUPUY comunicou, em 1872, à « Société Anatomique » de Paris o caso de um homem que, num acesso de delírio alcoólico, amputou o pênis com uma navalha.

Um ano depois, CHEVALIER comunicou à mesma sociedade um caso semelhante observado num alienado.

Existe na Rússia, sob o nome de Skoptzy ou castrados, uma seita religiosa de homens e de mulheres que fazem da continência absoluta a virtude suprema. Alguns, reconhecendo que a simples castração não basta para suprimir de todo os desejos sexuais, vão procurar na emasculação total a sua completa segurança. Para a primeira purificação basta a simples castração, mas para a segunda, que lhes confere mais garantias, é indispensável a emasculação total.

A esta só se submetem, em regra, os mais ambiciosos ou os mais crentes. Alguns eunucos sofrem também a emasculação total. Na Abissínia, houve

uma época na qual a emasculação era considerada como um sinal de carácter, de dignidade, de honra e de valor.

2 — Amputações operatórias

Certas doenças (neoplasmas malignos, gangrena, etc.) exigem, como tratamento, a amputação total ou parcial do pênis. Entre nós, as amputações operatórias ou cirúrgicas são as mais freqüentes.

3 — Amputações acidentais

As amputações acidentais podem ser o resultado de pancadas, de quedas, de mordeduras de animais, ou a consequência de outros traumatismos violentos.

GARNIER (*Impotência física e moral*, trad. brasileira) cita o caso de um palafreireiro a quem um cavalo arrancou completamente os órgãos genitais, e VEILLIARD observou um caso semelhante num rapaz de treze anos.

DELFAU observou um rapaz de quinze anos cujo pênis tinha sido amputado por um jumento, e DEMARQUAY observou um militar cujo pênis fôra amputado por um cão.

Os casos de amputação por arrancamento observam-se principalmente nos indivíduos que trabalham com máquinas.

As amputações por projecteis de armas de fogo são muito raras, mas DUPUYTREN, LARREY, BROUARDEL e outros autores tiveram ocasião de observar alguns casos.

4 — Amputações criminais

As amputações criminais do pénis são os mais cruéis e os mais infames processos de vingança de que se têm servido algumas mulheres, dominadas pelo ciúme. ARLAUD comunicou à « Société de Chirurgie » de Paris, em 1857, um caso de amputação criminal que tinha sido observado, em 1853, por DOBRESKY e por JOSSAND. Um homem de trinta e nove anos visitou, no dia 1 de Abril de 1855, uma mulher que tinha sido sua amante. Esta, sob pretexto de reconciliação, convidou-o a novas relações sexuais e, no momento em que o coito ia começar, empunhou uma faca, que tinha escondida, e amputou o pénis pela base, rápida e violentamente.

GARNIER (*Impotência física e moral*, trad. brasileira) refere-se a um caso semelhante, sucedido a um rapaz que era criado de uma viúva. Quando êste rapaz tratava do seu casamento, a viúva, ciosa, marcou-lhe uma derradeira entrevista, durante a qual lhe amputou traiçoeiramente o pénis com uma navalha.

VÉDRÈNES observou também um cabila, a quem a mulher tinha amputado o pénis pela base, ao sétimo dia do casamento.

No dia 9 de Novembro de 1916, pelas duas horas da manhã, entrou, no hospital de la Charité (Paris), um marinheiro, a quem a amante, por questões de ciúme, amputou o pénis pela base. Estava de serviço um médico português, dr. José Dinís de Oliveira, a quem agradecemos alguns documentos que nos forneceu, quando êste homem se apresentou com

o pénis na mão. Laqueou alguns vasos e mandou o doente para o hospital Necker.

Em Abril de 1918, entrou, no Hospital da Universidade de Coimbra, um homem de quarenta e oito anos, natural da Castanheira de Pera, a quem a sua amante, impelida por ciúmes, amputou o pénis com uma faca, enquanto êle dormia tranquilamente. Como memória de um crime de tal ordem, o exemplar encontra-se arquivado no Museu de Anatomia Patológica e Patologia geral, com o número 1328.

O sábio professor ABELARD também não escapou à mais infame das mutilações, mas, neste caso, o crime foi praticado por homens. O cônego Fulbert, encolerizado com o procedimento de ABELARD que se tinha amantizado com sua sobrinha Héloïse, não descançou enquanto não mandou aplicar ao grande mestre o mais cruel dos castigos.

CAPÍTULO II

Lesões vasculares (1)

As lesões vasculares do pênis podem ser arteriais, venosas ou linfáticas e, em qualquer dos casos, dividem-se, segundo a sua natureza, em cinco grupos principais: *lesões traumáticas* (feridas e contusões), *lesões inflamatórias* (arterites, flebites e linfangites), *lesões neoplásicas* (arterites, flebites e linfangites cancerosas, endoteliomas, periteliomas, fibromas, miomas, etc.), *lesões degenerativas* (ateroma) e *simples dilatações ou lesões angiectásicas* (aneurismas, varizes e linfangiectasias).

Só nos ocuparemos e rapidamente do ateroma, dos aneurismas, das varizes e das linfangiectasias. As lesões traumáticas, as lesões inflamatórias e as

(1) Este capítulo é destinado exclusivamente ao estudo de certas lesões das paredes dos vasos, que não têm lugar bem definido nos outros capítulos.

Colocamo-lo imediatamente depois do capítulo das lesões traumáticas, porque algumas das doenças, a que nele nos referimos, são, por vezes, o resultado de irritações mecânicas repetidas, de compressões demoradas ou de traumatismos mais ou menos violentos.

lesões neoplásicas encontram-se quasi sempre associadas a lesões idênticas dos tecidos circunvizinhos e, por conseqüência, não devem ser tratadas num capítulo que abrange somente lesões vasculares.

1 — Ateroma

O ateroma é uma lesão crônica, de natureza distrófica, que se desenvolve, sob a influência de causas variadas (1), nas tûnicas interna e média das artérias (2) e que consiste na formação de focos de degenerescência hialina e degenerescência grânulo-gordurosa, com ou sem infiltração calcárea (3).

(1) As causas mais freqüentes do ateroma são: a senilidade; as emoções morais; o excesso de trabalho intelectual; as doenças de nutrição (artrismo, gota diabetes, obesidade); certas doenças do sistema nervoso central ou periférico; a sífilis e quasi todas as doenças infecciosas, principalmente as subagudas e as crônicas; as intoxicações pelo chumbo, pelo alcool, pelo tabaco, etc.

(2) As artérias são constituídas por três tûnicas concêntricas: uma tûnica externa ou adventícia, formada por tecido conjuntivo laxo; uma tûnica média ou músculo-elástica e uma tûnica interna ou endotelial. As tûnicas interna e média, como não têm vasos, são nutridas por diapedese e por infiltração de plasma que transuda dos *vasa-vasorum* contidos na adventícia. A parte mais fracamente nutrida seria o revestimento endotelial se este não fôsse também alimentado pelo sangue que enche a luz da própria artéria; mas, assim, o verdadeiro ponto fraco da parede é a camada peri-endotelial, isto é, a parte da endartéria situada entre o endotélio e a tûnica média. Se, por qualquer motivo, a permeabilidade dos *vaso-vasorum* diminua, os elementos anatómicos que constituem a camada peri-endotelial da endartéria e a parte interna da tûnica média entram imediatamente em degenerescência hialina e, depois, em degenerescência grânulo-gordurosa.

(3) COÛNE (*Traité Élémentaire d'Anatomie Pathologique*, Paris, 1903), ACHARD et LOEPER (*Précis d'Anatomie Pathologique*, Paris, 1908), CORNIL et RANVIER (*Manuel d'Histologie Pathologique*, tûmo III, Paris, 1907) e outros anátomo-patológicas descrevem o ateroma no capítulo das arterites crônicas não só porque as causas que o produ-

Apresenta-se sob a forma de ilhotas ou placas amareladas, de contornos irregulares e de tamanhos variados, que fazem saliência na luz do vaso. Constituídas essencialmente por uma mistura de granulações gordurosas livres com ácidos gordos e coles-terina, estas placas apresentam uma consistência mole e viscosa enquanto se não infiltram de sais calcáreos.

Depois de calcificadas, tornam-se duras e friáveis. Algumas apresentam uma superfície plana e lisa; outras são deprimidas na parte central ou, pelo contrário, são muito salientes e encontram-se semeadas de asperezas, de cristas e de rugosidades. O ateroma das artérias do pênis tem sido observado num grande número de indivíduos velhos. Nos adolescentes e nos adultos, é excepcional. Perdendo a sua elasticidade, as artérias do pênis com lesões de ateroma tornam-se quebradiças e podem romper-se, durante o coito, dando origem a volumosos hematomas ou a extensas hemorragias difusas. Quando a lesão se-
zem são, muitas vezes, de natureza infecciosa, mas ainda e principalmente porque esta lesão é, freqüentemente, precedida de fenómenos reacionais nitidamente inflamatórios.

BÉRIEL (*Éléments d'Anatomie Pathologique*, Paris, 1911), ligando ainda grande importância à inflamação da adventícia e, sobretudo, à inflamação dos *vasa vasorum* como causas da degenerescência aterosomatosa, considera o ateroma como lesão mixta, inflamatória e degenerativa. Seja qual fôr a sua causa e quaisquer que sejam as lesões que o precedem, o ateroma é uma lesão de natureza essencialmente degenerativa. Ainda que tenha como ponto de partida uma inflamação aguda ou crônica das paredes arteriais ou dos seus *vasa-vasorum*, a lesão é sempre uma degenerescência grânulo-gordurosa associada a uma degenerescência hialina. Por outro lado, a senilidade, as emoções morais, a surmenage intelectual, etc., produzem o ateroma sem inflamação prévia das paredes arteriais.

desenvolve para dentro do vaso, êste diminue de calibre e, por vezes, torna-se impermeável. Os tecidos situados a jusante podem entrar em necrose por falta de nutrição ou por nutrição insuficiente. RECLUS (1) observou um velho com gangrena sêca da glande e da extremidade anterior do corpo do pênis produzida por lesões ateromatosas das artérias dorsais.

Em geral, as erecções produzem-se também mais lentamente: o pênis torna-se preguiçoso.

2 — Aneurismas

Os aneurismas são dilatações arteriais bem limitadas. Podem ser *fusiformes*, *sacciformes* ou *cupuliformes*.

Quando existe uma solução de continuidade das tûnicas interna e média ou sòmente da endartéria, algumas vezes, forma-se, na espessura do vaso, entre a adventícia e a meso-artéria ou entre esta e a tûnica interna, um saco de sangue líquido circulante, uma espécie de hematoma pulsátil, a que se dá o nome de *aneurisma dissecante*. Ao lado dos aneurismas por dilatação das paredes das artérias, isto é, dos aneurismas pròpriamente ditos, *aneurismas circumscritos* ou *aneurismas verdadeiros*, quási todos os autores descrevem, sob o nome de *aneurismas difusos* ou *falsos*, os hematomas de sangue arterial líquido e circulante, que comunicam com os vasos que lhes deram origem através de orifícios geralmente pequenos.

(1) Citado por MONOD et BRUN, *loc. cit.*

Estas lesões não são aneurismas porque não consistem em dilatações de qualquer segmento da árvore arterial. A designação de *hematomas aneurismóides* parece-nos mais apropriada porque não dá tão facilmente lugar a confusões.

Os aneurismas verdadeiros das artérias do pênis são muitíssimo raros. Quási todos os casos que se encontram descritos são de aneurismas falsos (hematomas aneurismóides) produzidos por contusões ou resultantes de ferimentos por instrumentos picantes.

3 — Varizes

Varizes são dilatações venosas permanentes ou, pelo menos, de longa duração. As varizes ou flebectasias do pênis dividem-se em dois grupos: *varizes do prepúcio ou do invólucro cutâneo do corpo do pênis e varizes da glande*.

As primeiras não apresentam, a maior parte das vezes, nenhum carácter especial e encontram-se geralmente associadas a dilatações varicosas das regiões vizinhas (escroto, membros inferiores, regiões inguino-púbicas, etc.); as segundas desaparecem completamente durante a erecção e, em geral, não são acompanhadas de dilatações vericosas nos outros departamentos do organismo. As varizes do prepúcio e as do invólucro cutâneo do corpo do pênis são muitíssimo mais freqüentes do que as da glande. Observam-se em muitos casos de vegetações balano-prepuciaes e acompanham, algumas vezes, os epiteliomas.

4 — Linfangiectasias

As dilatações dos vasos linfáticos do pénis podem ser *reticulares* (ectasias dos reticulos linfáticos) ou *tronculares* (ectasias dos troncos linfáticos).

As primeiras desenvolvem-se geralmente sôbre o prepúcio, na vizinhança do freio, e apresentam-se sob a forma de pequenos cordões arredondados, moles e transparentes, umas vezes de calibre regular e igual em todo o comprimento, outras vezes moniliformes; as segundas notam-se, pela inspecção ou pela palpação, ao longo da face dorsal do corpo do pénis, e apresentam o aspecto das ectasias linfáticas tronculares dos outros departamentos do organismo.

O líquido extraído dos cordões varicosos é limpido e aquoso.

As linfangiectasias do pénis podem ser devidas a contusões [RIZET (1), TRÉLAT (2)], a atritos violentos e freqüentes durante o coito [BEAU (3)], a variadas lesões locais que alteram as paredes dos vasos linfáticos ou que dificultam a circulação da linfa e até a adenites inguinais repetidas.

No nosso quinto ano médico, tivemos ocasião de observar, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, um rapaz de dezassete anos (J. M. F.) com uma elefantíase genital muito pronunciada e com ectasias linfáticas escroto-penianas consecutivas a adenites inguinais crónicas que, durante seis anos, se mani-

(1) *Bulletin Médical du Nord*, 1868.

(2) *Société de Chirurgie*, 1869.

(3) *Revue Médico-chirurgicale*, 1851.

festaram repetidas vezes. Os gânglios das duas regiões inguinais, completamente destruídos, tinham sido substituídos por tecido conjuntivo.

FRIEDREICH (1) observou também um caso em que as ectasias linfáticas desapareceram após a incisão de adenites inguinais, e na literatura médica encontram-se outros exemplos semelhantes.

(1) Citado por MONOD et BRUN, *loc. cit.*

CAPÍTULO III

Lesões flegmáticas

A) Inflamações agudas

1 — Erisipela

A erisipela é uma doença infecciosa produzida pelo estreptococo de FELHEISEN e caracterizada essencialmente por placas de dermite aguda edematosa, com ou sem lesões de flebite e de linfangite reticular. A erisipela do pênis não apresenta nenhuma particularidade interessante, tanto pelo que diz respeito aos seus caracteres anátomo-patológicos como à sua evolução clínica. O seu aspecto é idêntico ao das inflamações da mesma natureza que se manifestam nas outras regiões do organismo. Algumas vezes, desenvolve-se primitivamente sôbre o pênis e não é acompanhada de sintomas gerais muito pronunciados, enquanto não invade as regiões vizinhas; outras vezes resulta da propagação de uma erisipela da parte inferior do abdómen, do escroto ou da parte superior das coxas e apresenta toda a sintomatologia

geral e local da erisipela ordinária. Nos casos em que a doença se manifesta primitivamente sobre o pênis, a porta de entrada dos germes é geralmente uma erosão insignificante ou uma excoriação ligeira.

A erisipela dos órgãos genitais termina quasi sempre por resolução, mas, em certos casos, dá origem a flegmões, a abscessos e até a lesões de gangrena.

2 — Linfangites simples

As inflamações banais dos vasos linfáticos do pênis surgem em circunstâncias muito variadas e, por consequência, os seus caracteres anátomo-patológicos e clínicos variam consideravelmente de um caso para outro.

Distinguem-se, sob o ponto de vista anátomo-patológico, três variedades principais de linfangites simples ou banais: *linfangite reticular* (inflamação das rêsdes linfáticas), *linfangite troncular* (inflamação dos troncos linfáticos) e *linfangite reticulo-troncular* (inflamação das rêsdes e dos troncos linfáticos). Alguns autores dão a esta última variedade a designação de linfangite total, mas este nome parece-nos impróprio porque serve também para designar a inflamação de todos os vasos linfáticos do pênis. As variedades mais freqüentes são a reticular e a reticulo-troncular. As inflamações limitadas exclusivamente aos troncos linfáticos raríssimas vezes se observam. O primeiro sintoma das linfangites simples do pênis é geralmente uma sensação de pêsso ou de tensão, ao longo dos corpos

cavernosos e ao nível da raiz do pênis. Esta sensação transforma-se, a pouco e pouco, numa dôr aguda, cada vez mais viva, que irradia para as coxas, para o púbis e para a região inguinal. Passado pouco tempo, o prepúcio torna-se vermelho, aumenta consideravelmente de volume e perde a sua mobilidade. A infiltração edematosa estende-se ao invólucro cutâneo do corpo do pênis, o qual aumenta de espessura e de consistência, oferecendo, ao mesmo tempo, uma resistência mais ou menos elástica.

Rubor e hipertermia local são dois sintomas quasi constantes. O rubor ocupa principalmente o prepúcio, donde partem várias faixas vermelhas que se dirigem para as regiões inguinais, seguindo ao longo da face dorsal do pênis e descrevendo algumas flexuosidades.

Pela palpação, notam-se alguns cordões arredondados, duros, resistentes, regulares e sem nodosidades, que vão terminar nos gânglios inguinais, ordinariamente tumefactos e dolorosos. Os fenómenos locais são, muitas vezes, acompanhados de um ligeiro grau de reacção febril.

As linfangites simples sucedem geralmente a balanopostites banais, a ligeiras erosões ou a insignificantes soluções de continuidade da pele e da mucosa balano-prepucial, mas, muitas vezes, apesar de pesquisas minuciosas, não encontramos nenhuma lesão material capaz de explicar a sua origem. ROLLET, BILLET e outros autores admitiam que, nestas circunstâncias, a inflamação dos linfáticos penianos era a consequência de excessos de coito ou o efeito

de qualquer outra causa mecânica. Hoje, sabe-se que as linfangites simples, aparentemente espontâneas, são quasi sempre o resultado de picadas insignificantes ou a consequência de lesões inflamatórias ocultas (uretrites crônicas banais, etc.). As linfangites simples de causa geral são excepcionais.

3 — Linfangites gangrenosas

Toda a inflamação dos vasos linfáticos do pênis, seja qual fôr a sua origem ou a sua natureza, pode, num dado momento, complicar-se de gangrena e revestir formas clínicas e anátomo-patológicas variadas, segundo a sede e a extensão das lesões primitivas. A maior parte das vezes, os primeiros fenômenos que chamam a atenção dos doentes são os sintomas locais (tumefacção, rubor, dor espontânea ou provocada pela pressão, hipertermia local, etc.), mas na literatura médica encontram-se alguns exemplos de linfangites gangrenosas (JALAGUIER, FOURNIER, etc.) que se anunciaram por fenômenos gerais (febre, cefalalgia, vômitos, prostração, etc.). No seu início, a linfangite gangrenosa do pênis não difere, em regra, de uma linfangite vulgar.

A diferença estabelece-se somente quando se manifestam as primeiras placas de gangrena. Estas surgem, segundo os casos, algumas horas (LALLEMAND) ou alguns dias (JALAGUIER) depois dos primeiros fenômenos mórbidos observados pelo doente. Algumas vezes, a mortificação dos tecidos manifesta-se tão cedo e evoluciona tão rapidamente que nós não temos

ocasião de verificar se foi uma linfangite que se complicou de gangrena ou se a doença consistia primitivamente numa gangrena essencial, complicada, mais tarde, de ângio-leucite. Não nos admiramos, portanto, que, quando a linfangite e a gangrena são contemporâneas, a mesma lesão seja etiquetada com nomes diferentes pelos médicos e pelos cirurgiões que se dedicam ao estudo destas duas doenças. MONOD et BRUN e outros autores não consideram mais do que exemplos de linfangites gangrenosas os casos publicados por FOURNIER, em 1883, na *Semaine Médicale*, sob o nome de gangrena fulminante do pênis, e por LALLEMAND, em 1884, com a designação de gangrena fulminante espontânea dos órgãos genitais externos do homem.

4 — Penites e cavernites

Chamam-se penites as inflamações da totalidade do pênis, seja qual fôr a sua natureza ou a sua origem, e designam-se pelo nome de cavernites todos os processos flegmáticos que interessam somente os corpos cavernosos.

As penites agudas foram, várias vezes, confundidas por clínicos muito distintos, tais como DEMARQUAY, MOULINIÉ e outros, com as inflamações mais ou menos extensas e violentas do sistema envolvente do pênis. Isto não nos surpreende porque estas duas variedades de lesões apresentam, por vezes, uma sintomatologia idêntica. Em geral, o aumento de volume do pênis, a tumefacção e o rubor da pele,

a dor espontânea ou provocada pela pressão e as perturbações urinárias (micções difíceis e dolorosas ou acompanhadas de ardor, retenção urinária, etc.), que caracterizam as penites, observam-se também nas inflamações superficiais. Nas penites, os fenómenos inflamatórios são, em regra, mais pronunciados, mas, muitas vezes, só se consegue fazer o diagnóstico pela evolução da doença.

MONOD et BRUN devidem as penites e as cavernites, sob o ponto de vista etiológico, em dois grupos principais: *penites e cavernites primitivas*, *penites e cavernites secundárias*. As primeiras surgem sem causa aparente (penites e cavernites espontâneas) ou têm como ponto de partida uma lesão local insignificante; as segundas são o resultado de lesões locais apreciáveis (uretrites banais ou blenorragicas, inflamações diversas dos tegumentos do pênis, lesões traumáticas, etc.) ou a consequência de doenças infecciosas gerais (varíola, febre tifoide, pioemia, etc.).

As cavernites agudas têm uma duração variável, segundo a natureza, a intensidade e a extensão das lesões locais e segundo o tratamento instituído.

Também não é menos variável a sua terminação. Algumas vezes, a flogose termina por resolução ou evoluciona para a cronicidade, mas, em muitos casos, surgem fenómenos de supuração ou de gangrena que agravam bastante o prognóstico. DUPLAY, VOILLEMIER e outros cirurgiões observaram vários casos de morte por septicémia consecutiva a penites supuradas, e DEMARQUAY cita um caso de pioemia que surgiu nas mesmas condições, mas, em geral, o prognós-

tico imediato das penites e das cavernites é pouco grave.

Emquanto ao prognóstico afastado, temos a re-crear a incapacidade funcional do pênis (erecção incompleta, direcção viciosa) determinada por cicatrizes viciosas ou por nodulos fibrosos inflamatórios dos corpos cavernosos.

5 — Flegmões e abscessos

Os flegmões e os abscessos do pênis não apresentam nenhum carácter absolutamente especial. Quando muito, devemos mencionar que se podem dividir, segundo a sua origem, em três grupos principais :

- *Flegmões e abscessos de origem traumática;*
- *Flegmões e abscessos angioleucíticos;*
- *Flegmões e abscessos glandulares.*

Os flegmões e os abscessos glandulares observam-se freqüentemente e são quasi sempre consecutivos a uretrites banais ou gonocócicas, agudas ou crónicas, complicadas de litrites e de peri-litrites. Os abscessos de origem blenorrágica desenvolvem-se principalmente ao nível do bolbo e da fossa navicular; os abscessos e os flegmões banais de origem glandular desenvolvem-se em qualquer ponto do corpo esponjoso e estendem-se, depois, em diversas direcções, dando, algumas vezes, origem a fistulas uretrais de trajectos irregulares e flexuosos.

6 — Balanites, postites e balano-postites

Chamam-se *balanites* as inflamações da mucosa da glande, *postites* as inflamações da mucosa do prepúcio e *balano-postites* as inflamações simultâneas da mucosa da glande e da mucosa do prepúcio.

Estas inflamações são muito freqüentes. Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, observam-se, por ano, muitas dezenas de casos e na literatura médica encontram-se estatísticas com milhares de exemplos.

As balano-postites podem ser *agudas*, *sub-agudas* ou *crônicas* e, em qualquer dos casos, podem ser *banaes* ou *específicas*, *ligeiras* ou *muito pronunciadas*, *superficiais* ou *profundas* (intersticiais), *generalizadas* a toda a mucosa balano-prepucial ou *limitadas* a uma pequena porção da glande e do prepúcio.

Uma sensação de prurido intenso, uma sensação de calor ou de ardor, um corrimento branco-amarelado, mais ou menos abundante, e um certo grau de tumefacção e de rubor da extremidade livre do pénis são geralmente os primeiros sintomas que chamam a atenção do doente para o seu aparelho genital.

O prepúcio, edemaciado, vermelho e doloroso, cobre, em regra, a glande e, a maior parte das vezes, só pode ser retirado para trás depois de aplicações locais de substâncias emolientes, antiflogísticas e adstringentes ou de lavagens freqüentes com anti-septicos fracos. Os doentes queixam-se de erecções dolorosas e de dôres espontâneas ou provocadas pela pressão.

Descobrimo a glande, observam-se, sôbre a mucosa balano-prepucial, vermelha e edemaciada, numerosas erosões ou úlcerações superficiais, cobertas de um exsudato purulento, untuoso, esbranquiçado, amarelado ou ligeiramente esverdeado e mais ou menos fétido.

Em certos casos, as ulcerações são profundas, extensas e irregulares, a infiltração edematosa inflamatória é pronunciada, tanto sôbre o prepúcio como sôbre a glande, e a cavidade prepucial encontra-se completamente cheia de pús.

Nestas condições, o pénis apresenta quási sempre a forma de um badalo de sino.

Se o doente tem uma fimose congénita ou adquirida, os únicos sintomas apreciáveis são a tumefacção e o rubor do prepúcio, o corrimento purulento que sai através do orifício prepucial, uma dor viva, expontânea ou provocada pela pressão, e ardor provocado pela passagem da urina através do infundíbulo prepucial. Algumas vezes, a cavidade do prepúcio está completamente cheia de pús e, pela palpação, notam-se perfeitamente fenómenos de flutuação.

Como complicações freqüentes das balano-postites agudas, devemos mencionar as linfangites, as adenites inguinais, as penites, a gangrena do prepúcio ou da glande, a fimose acidental e a parafimose.

Esta última complicação é quási sempre o resultado de tracções intempestivas exercidas pelos doentes que procuram descobrir a glande e observar directamente as suas lesões, mas, algumas vezes, produz-se expon-

tâneamente, sobretudo quando o prepúcio é muito curto e a glande aumenta consideravelmente de volume.

Os condilomas, as aderências balano-prepuciaes, o edema crónico do prepúcio, o esclerema prepucial de RICORD, a fimose accidental duradoira e persistente (fimose permanente ou definitiva de alguns autores), etc., desenvolvem-se freqüentemente sob a influencia de balano-postites agudas repetidas, mas, a maior parte das vezes, são o resultado de balano-postites sub-agudas ou crónicas.

A duração das balano-postites agudas depende da natureza, da origem e da intensidade dos phenomenos inflamatórios, do tratamento instituído, do cuidado dos doentes e da conformação anatomica do prepúcio.

Segundo MELCHIOR ROBERT (1), a terminação das balano-postites é tanto mais rápida quanto mais larga é a abertura do prepúcio. Se o doente apresenta uma fimose natural ou accidental, a doença pode prolongar-se e tornar-se crónica.

Quando tratarmos das anomalias do prepúcio, estudaremos mais desenvolvidamente as relações que existem entre a fimose e as balano-postites.

B) Inflamações crónicas

1 — Tuberculose

Primitiva ou secundária a lesões da uretra, da próstata, da bexiga, dos rins ou dos testiculos, a tu-

(1) *Nouveau Traité des Maladies Vénériennes*, Paris, 1861.

berculose do pénis desenvolve-se principalmente sobre a glande, na vizinhança do meato urinário, e reveste quási sempre a forma ulcerosa. A forma granúlica pura e a infiltração caseosa ditusa são variedades muitíssimo raras.

Em geral, as lesões tuberculosas da glande apresentam-se sob a forma de pequenas úlceras indolentes, de bordos irregulares, violáceos e ligeiramente descolados, semeadas de granulações amareladas e cobertas de substância caseosa com alguns glóbulos de pús.

Os gânglios inguinais aumentam quási sempre de volume, adquirem uma consistência dura e oferecem uma resistência elástica, mas, passado algum tempo, amolecem e supuram.

A tuberculose do pénis é excepcional como lesão primitiva e rara como lesão secundária.

«Les cas de tuberculose primitive du glande, dizem LEGUEU et PAPIN (1), sont de pures curiosités».

As linfangites tuberculosas observam-se algumas vezes, mas são também pouco freqüentes. Podem ser a consequência de embolias microbianas (penetração de bacilos de Kock nos vasos linfáticos e transporte a distância pela linfa) ou o resultado da extensão contínua das lesões tuberculosas ao longo das paredes dos linfáticos. No primeiro caso reveste a forma trônculo-nodosa ou trônculo-nodular de MOREL-LAVALLÉE; no segundo, os vasos linfáticos inflamados apresentam-se sob a forma de cordões

(1) LEGUEU et PAPIN, *Précis d'Urologie*, Paris, 1921.

duros, brancos, opacos e de espessura sensivelmente igual em todo o comprimento.

A linfangite trônculo-nodosa (linfangite em rosário) é muito mais freqüente do que a linfangite troncular de tipo contínuo.

Do fundo das ulcerações tuberculosas, partem alguns cordões nodosos, duros, brancos e opacos, que se dirigem para a raiz do penis. Passado algum tempo, as pequenas nodosidades que se encontram ao longo dos linfáticos dorsais, entrando em fusão caseosa, adquirem uma consistência mole e algumas abrem-se espontaneamente.

2 — Actinomicose

O pénis e o escroto podem ser a sede de actinomicoses cutâneas primitivas, mas os casos dêste género são muito raros. A maior parte das vezes, as lesões actinomicósicas dos órgãos genitais resultam da propagação de focos que se desenvolvem primitivamente na vizinhança do ceco ou da ansa sigmoide do colon descendente. A actinomicose primitiva do pénis apresenta-se, no início, sob a forma de pequenos nódulos de consistência lenhosa, que se tornam confluentes, formando largas placas dérmicas ou hipodermódérmicas, avermelhadas ou violáceas. Estas placas de infiltração inflamatória estendem-se, tanto em superfície como em profundidade, e, passado algum tempo, supuram em diversos pontos, formando pequenos abscessos que apresentam uma grande tendência para a fistulização. As fistulas

são geralmente estreitas, profundas e anfractuossas.

O pús é mal ligado, quasi sempre pouco abundante e algumas vezes fétido.

3 — Elefantíase

A elefantíase é muito freqüente na Ásia, na África e na América. É endêmica no Brasil, no Egito, na Índia, nas ilhas de Sandwich e em certas regiões da Oceania.

Entre nós, não é tão freqüente como nos países tropicais, mas observa-se também bastantes vezes.

Durante a nossa freqüência escolar, tivemos ocasião de observar alguns casos nos Hospitais da Universidade de Coimbra e, presentemente, encontra-se num quarto particular um indivíduo com uma elefantíase monstruosa do escroto.

Os membros inferiores e os órgãos genitais externos do homem e da mulher (escroto, pênis, grandes e pequenos lábios vulvares) são lugares de eleição para o seu desenvolvimento. No homem, a elefantíase genital raras vezes se encontra limitada ao pênis. O escroto e o pênis são, em regra, interessados simultaneamente. Se, como sucede várias vezes, o processo mórbido começa pelo prepúcio, o resto do aparelho genital externo é invadido, a pouco e pouco, e, por fim, predominam quasi sempre as lesões escrotais.

Em 113 casos de elefantíase genital que, durante sete anos, foram operados no hospital da Escola Mé-

dica de Calcutta, apenas três doentes se apresentavam com lesões exclusivamente prepuciais e um com lesões exclusivamente penianas. Nos 109 casos restantes, a elefantíase ocupava o pênis e o escroto.

Em regra, as lesões escrotais são, como dissemos, predominantes. Isolada ou associada a lesões idênticas do escroto, a elefantíase do pênis consiste num aumento considerável da espessura do invólucro tegumentar e do tecido celular subcutâneo, produzido por um edema inflamatório, duro, crônico e quasi sempre de origem linfangítica.

O órgão da cópula encontra-se geralmente bastante deformado e adquire, por vezes, dimensões tão grandes que a sua introdução na cavidade vaginal torna-se absolutamente impossível. GARNIER diz que já se têm visto casos em que o pênis atinge o volume do corpo de uma criança. A hipertrofia da pele determina, muitas vezes, por compressão, um certo grau de atrofia dos corpos erécteis e da glande.

As causas da elefantíase dos órgãos genitais são variadas.

A elefantíase dos países tropicais é quasi sempre o resultado de linfangites filarianas ou de simples obliterações dos linfáticos por filarias adultas e pelos seus embriões. A elefantíase dos países temperados resulta geralmente de angioleucites banais crônicas e repetidas ou é a consequência de erisipelas sucessivas que evoluem para a cronicidade, dando origem a dermites fibrosas hipertróficas e a endolinfangites obliterantes.

As lesões dos gânglios inguinais desempenham também um papel importante, como tivemos ocasião de ver no capítulo das lesões vasculares (linfangiectasias). Quando a obstrução dos linfáticos é completa ou quasi completa, a linfa infiltra-se em grande quantidade na espessura da pele e do tecido celular subcutâneo, contribuindo para a formação de uma lesão anatómica especial que FUCHS(1) designa sob o nome de *paquidermia lactifluente*.

4 — Induração plástica dos corpos cavernosos

A induração plástica dos corpos cavernosos é uma doença caracterizada pela presença de nodosidades de consistência dura (2), únicas ou múltiplas, situadas debaixo da albugínea ou na sua espessura e quasi sempre sobre a face dorsal, na vizinhança do septo.

Estas nodosidades são conhecidas por diversos nomes: *concreções plásticas*, *concreções fibro-plásticas*, *nodos*, *gânglios dos corpos cavernosos*, etc. Apresentam-se geralmente sob a forma de placas arredondadas ou alongadas, paralelas ao eixo do pênis, sem saliência apreciável, de superficie lisa, de bordos nitidamente limitados e de espessura variável.

Não aderem à pele, mas aderem intimamente aos corpos cavernosos subjacentes. Algumas vezes, fazem lembrar um engaste de um anel, mas, quando

(1) Citado por COÿNE, *obr. cit.*

(2) DEMARQUAY fala em nodosidades moles, mas a maior parte dos autores declaram que só observaram nodosidades de consistência dura, às vezes quasi petrea.

se desenvolvem na espessura do septo pectiniforme, revestem quasi sempre, segundo TUFFIER, a forma de uma cunha cuja base corresponde aos vasos dorsais e cujo vértice penetra entre os dois corpos cavernosos, como o corpo de HIGHMORE penetra no testículo.

O número e as dimensões destas nodosidades são variáveis. A maior parte das vezes, encontra-se apenas uma, de pequenas dimensões ou, pelo contrário, tão grande que forma sobre a face dorsal do pénis uma verdadeira couraça de consistência dura, mas, em certos casos, observam-se várias, distribuídas irregularmente ou dispostas em rosário.

Duras, imóveis e deformantes, as concreções fibro-plásticas do pénis constituem um obstáculo mecânico e doloroso para as funções genitais (erecção, coito, ejaculação) e, muitas vezes, a própria micção é também dificultada.

Durante a erecção, obrigam o órgão a descrever uma curva cuja concavidade corresponde à sede da lesão e, quando há vários nodos mais ou menos afastados uns dos outros, o pénis toma uma configuração irregular.

Nestas condições, o coito, além de ser doloroso, torna-se muito difícil ou mesmo impossível.

Constituídos essencialmente por tecido fibroso no meio do qual se encontram algumas ilhotas de células conjuntivas embrionárias e de fibroblastes, os nodos dos corpos cavernosos apresentam-se em circunstâncias tão variadas que a sua etiologia está longe de ser completamente esclarecida.

RICORD considerou-os como variedades especiais

de flebites plásticas e NÉLATON como o resultado da organização de derrames sanguíneos consecutivos a rupturas do tecido cavernoso. VERNEUIL, MARCHAL DE CALVI e DUPLOUY acusaram a diabetes e o reumatismo. KIRBY, PAGET, CAMERON e outros incriminaram a gota e a sífilis. Em trinta e cinco descrições de induração plástica dos corpos cavernosos, TUFFIER encontrou vinte e seis em que os antecedentes pessoais dos doentes se encontravam mencionados e notou que quinze desses doentes eram gotosos e onze eram diabéticos.

LEGUEU et PAPIN e muitos autores ingleses consideram a doença de que nos ocupamos como um processo de esclerose artrítica e senil. A influência da idade sobre o desenvolvimento das nodosidades fibro-plásticas dos corpos cavernosos é incontestável. Estas formações observam-se geralmente em indivíduos velhos e manifestam-se, quasi sempre, depois dos cinquenta ou dos sessenta anos.

TUFFIER observou um caso num homem de vinte e seis anos, mas os exemplos deste género são excepcionais.

A sua evolução é muito lenta e, por vezes, o seu crescimento estaciona sem causa aparente.

As concreções fibro-plásticas essenciais, distinguem-se bem das gomas sífilíticas, das nodosidades de origem blenorragica, das cicatrizes de lesões traumáticas, dos nódulos cancerosos, etc. O diagnóstico estabelece-se, com efeito, facilmente pelos commemorativos e pelo exame do doente.

5 — Penites crónicas ossificantes

As penites ossificantes são muito raras e as produções ósseas que as caracterizam limitam-se quasi sempre ao septo pectiniforme. Os corpos cavernosos e o corpo esponjoso da uretra poucas vezes se encontram ossificados.

A designação de septites ossificantes parece-nos, portanto, preferível.

VOELKER apresenta, no *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, tómo xxvi, artigo *Pénis*, um desenho, em tamanho natural, de um pénis com uma ossificação do septo pectiniforme, que foi amputado a um indivíduo de cincoenta anos e conservado no Museu de Anatomia Patológica de Viena com o número 2.542.

A produção óssea é bifurcada na parte posterior e mede aproximadamente seis centímetros de comprimento.

MAC CLELLAN(1) observou um homem de cincoenta e dois anos, cujo pénis formava uma curva de concavidade superior e apresentava, na sua parte central ou axial, um osso que se estendia desde a base da glande até à parte posterior do corpo esponjoso. As erécções eram difíceis e dolorosas e o coito tornou-se absolutamente impossível. Afim de diminuir a curvatura do órgão e facilitar as micções, MAC CLELLAN fracturou o osso, mas, passado pouco tempo, o doente encontrava-se no mesmo estado. Resolveu então extrair toda a massa óssea e obteve um resul-

(1) *Nouveau Journal des Sciences Médicales*, 1828.

tado esplêndido. VELPEAU(1) observou também dois casos de ossificação parcial do pênis, mas recusou-se a intervir cirurgicamente.

As lesões de ossificação do pênis observam-se quasi sempre em indivíduos velhos. Quando surgem na idade viril, o que é excepcional, o coito é geralmente difficil e bastante doloroso, tanto para o homem como para a mulher.

Nas *Éphémérides des curieux de la nature* (1687), encontra-se a história de um homem cujo pênis, quasi completamente ossificado, apresentava uma consistência tão dura que a sua mulher sofria dores muito violentas durante o coito.

C) Doenças venéreas

De todas as lesões inflamatórias do pênis, as doenças venéreas são as mais freqüentes e também as mais importantes, quer sob o ponto de vista anátomo-patológico e clínico, quer sob o ponto de vista social. O homem paga-lhes um pesado tributo e, num grande número de casos, começa a pagar os seus impostos em plena adolescência ou até nos últimos anos da sua infância. Durante a nossa freqüência escolar, tivemos ocasião de observar, na Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, vários casos de cancros sifilíticos, de cancros moles e de blenorragias, em rapazes de onze, de dez e até de nove anos.

(1) *Médecine opératoire*, tómo IV, 1859.

Nos adultos, a freqüência destas doenças é verdadeiramente assustadora, como se pode avaliar não só pelo grande número de casos que se encontram nos hospitais, mas ainda pela enorme quantidade de doentes que recebem os seus curativos em consultórios médicos.

Pouco escreveremos sobre doenças venéreas porque êste assunto é tão vasto e tão complexo que não pode ser tratado convenientemente num capítulo de uma tese em que se estuda a anatomia, a fisiologia e a patologia do pênis, reünindo e apreciando generalidades que se encontram mais ou menos dispersas. Em matéria de doenças venéreas, encontra-se assunto não só para uma tese, mas para algumas dezenas de teses diferentes e volumosas. Pouco se pode dizer em meia dúzia de linhas e por isso limitar-nos-hemos a pouco mais do que mencionar algumas destas doenças.

1 — **Blenorragia**

A blenorragia é uma doença infecciosa, extremamente freqüente, produzida pelo gonococo de NEISSER. No homem, manifesta-se principalmente sob a forma de uretrites e, mais raras vezes, sob a forma de balano-postites. Apesar de a mucosa balano-prepucial estar muito mais exposta ao contágio que a mucosa da uretra, as balano-postites blenorragicas são menos freqüentes do que as uretrites, porque o revestimento epitelial da primeira destas duas mucosas é mais espesso, mais resistente e mais fácil de desin-

fectar do que o da segunda. As uretrites blenorragicas podem ser *agudas* ou *crônicas*. As primeiras têm geralmente uma sintomatologia aparatosa (corrimento uretral abundante, prurido e rubor do meato, rubor e tumefacção da glande ou do prepúcio, lesões de linfangite⁽¹⁾, dôr expontânea e ardor provocado pela micção, erecções nocturnas freqüentes e dolorosas, ejaculações também dolorosas, micções difíceis, encurvação do pênis para baixo, etc.); as segundas apresentam quasi sempre uma sintomatologia ligeira (gota militar ou gota matinal, ardor provocado pela passagem da urina através da uretra, micções freqüentes, erecções e ejaculações ligeiramente dolorosas, perdas seminais, urinas turvas e com filamentos, etc.) e, por isso, não preocupam tanto os doentes como as primeiras.

As peri-uretrites difusas (flegmões peri-uretrais) ou circunscritas (abcessos urinosos) são complicações freqüentes da blenorragia crônica.

2 — Cancros moles

Vulgarmente conhecidos pelo nome de *cavalos*, os cancros moles, cancros simples ou ulceras moles, são lesões de origem venerea produzidas pelo estreptobacilo de UNNA-DUCREY. Em geral, surgem dois ou três dias depois do coito em que se transmite da mulher ao homem a matéria infectante.

Desenvolvem-se principalmente na face mucosa

(1) Os caracteres anátomo-patológicos da linfangite blenorragica são idénticos aos da linfangite simples.

do prepúcio, no sulco balano-prepucial ou sobre a glande, na vizinhança do freio, mas, muitas vezes, encontram-se sobre o invólucro cutâneo do corpo do pénis ou sobre a face externa da prega prepucial. Apresentam-se sob a forma de úlceras mais ou menos arredondadas, de bordos irregulares, denteados, talhados a pique e deslocados. O fundo, acinzentado ou avermelhado, desigual e irregular, encontra-se geralmente coberto de tecido necrosado e de pús com alguns bacilos de DUCREY. A base apresenta ordinariamente uma consistência mole. A infiltração leucocitária que se produz em tôrno destas perdas de substância é, em regra, pouco extensa.

Levados pelos vasos linfáticos aos gânglios inguinais, os bacilos de DUCREY produzem, quási sempre, uma adenopatia aguda mono-ganglionar que geralmente amolece e supura no prazo de poucos dias (bubão inguinal).

Algumas vezes, aparecem também, sobre o dorso do pénis, várias faixas vermelhas de linfangite troncular, que se dirigem para uma ou para duas regiões inguinais. O órgão adquire uma côr vermelha difusa, aumenta de volume e é a sede de dores espontâneas, agudas. Pela palpação, nota-se que, debaixo das faixas vermelhas a que acabamos de nos referir, existem cordões duros, resistentes, dolorosos à pressão e semeados de nodosidades que se dispõem como as contas de um rosário, desde a lesão primitiva até à raiz do pénis (linfangite em rosário).

Esta linfangite pode terminar por resolução (*res-*

titutio ad integrum) ou por supuração. Segundo RICORD, em 45 por cento dos casos, a angioleucite determinada pelo bacilo de DUCREY supura. As nodosidades transformam-se em pequenos abcessos que abrem espontaneamente, se, antes disso, os não incisamos. Formam-se assim, ao longo do pênis, várias úlceras idênticas à lesão inicial, tanto sob o ponto de vista da sua evolução e dos seus caracteres anátomo-patológicos como sob o ponto de vista da inoculabilidade dos seus produtos.

3 — Sifilis

ACIDENTES PRIMÁRIOS. — O *cancro sifilítico* começa geralmente por uma pequena pápula avermelhada, luzidia e de consistência dura, que, em poucos dias, se transforma numa ulceração superficial, de forma mais ou menos circular ou ovalar, de superfície lisa e de bordos muito nítidos. Esta ulceração repousa sobre uma base dura que nos dá a sensação táctil de uma rodela de cartão ou de um nódulo de tecido cartilágneo. O seu aspecto histológico distingue-se facilmente do da úlcera mole pela infiltração linfocitária que é muito mais extensa e muito mais profunda. A corôa da glande, o freio, a face interna do prepúcio, os lábios do meato urinário, a fossa navicular, etc., são os lugares de predilecção do sifiloma primitivo,

Algumas vezes, o seu aspecto macroscópico afasta-se consideravelmente do tipo habitual a que acima nos referimos, o que pode dar lugar a grandes difi-

culdades de diagnóstico. Assim, além de cancros múltiplos, puros ou mixtos, podemos observar um cancro muito grande (*cancro gigante*) ou muito pequeno (*cancro anão*); um cancro profundamente excavado e cupuliforme (*cancro ulceroso e terebrante*); um cancro muito saliente sobre os tecidos vizinhos (*cancro hipertrófico*) ou, pelo contrário, reduzido a uma simples fissura (*cancro fissurário*), a uma ligeira erosão de base pouco dura (*cancro erosivo*); etc.

Os gânglios inguinais que recebem os vasos linfáticos da região infectada aumentam de volume e de consistência, mas são pouco dolorosos à pressão e poucas vezes apresentam lesões de empastamento periférico.

A adenopatia sífilítica é característica: o gânglio atingido em primeiro lugar está rodeado de uma pléiade de gânglios mais pequenos. Em geral, quando não existem fenómenos de infecção secundária, nenhum desses gânglios supura.

Em certos casos, desenvolvem-se lesões de linfangite entre o cancro e os gânglios inguinais atingidos.

Segundo BASSEREAU, a linfangite sífilítica do pénis observa-se em vinte por cento dos casos de cancros duros da glande ou do prepúcio. Em oitenta por cento dos casos, não existem fenómenos de linfangite ou esta, em virtude da sua indolência e da ausência de fenómenos locais característicos, não é notada pelo doente nem pelo médico.

A maior parte das vezes, a dôr, a tumefacção e o rubor da pele não se manifestam, com efeito, tão intensamente como nas outras variedades de linfangi-

tes e, por conseqüência, uma angioleucite ligeira pode evolucionar sem incomodar o doente nem despertar a atenção do médico.

Todavia, num grande número de casos, o tecido celular subcutâneo ou sub-mucoso apresenta, na vizinhança dos cordões linfáticos inflamados, uma infiltração edematosa e linfocitária mais ou menos pronunciada e o diagnóstico de linfangite impõe-se.

Algumas vezes, os cordões linfáticos são regulares e bem calibrados, mas, na maioria dos casos, apresentam numerosas nodosidades, de forma mais ou menos olivar, separadas umas das outras por intervalos aproximadamente iguais (linfangite em rosário).

A linfangite sífilítica termina geralmente por resolução, mas ROLLET, FOLLIN, VACCA, RICORD, BASSE-REAU, LANCEREAUX e outros autores, citam vários exemplos de supuração. É de supor que, nos casos observados por estes clínicos, houvesse infecções secundárias.

ACIDENTES SECUNDÁRIOS. — As *roséolas*, as *pápulas* e as *placas mucosas*, que caracterizam o período secundário das infecções sífilíticas, desenvolvem-se, algumas vezes, sobre o pênis ao mesmo tempo que se manifestam noutras regiões do organismo. Nenhuma destas lesões oferece qualquer particularidade interessante e absolutamente especial, quer sob o ponto de vista anátomo-patológico, quer sob o ponto de vista clínico. Os quatro tipos de placas mucosas que FOURNIER distingue (*tipo erosivo*, *tipo*

ulceroso, tipo pápulo-erosivo e tipo hipertrófico ou vegetante) apresentam, sobre a glândula e sobre a face interna do prepúcio, o mesmo aspecto que em qualquer outra mucosa.

ACIDENTES TERCIÁRIOS. — FOURNIER divide as lesões sífilíticas do período terciário em *sífilides tuberculosas* ou *tuberculo-ulcerosas* e *sífilides gomosas*.

As sífilides tuberculosas ou tuberculo-ulcerosas do pênis aparecem principalmente na face dorsal da glândula e no sulco balano-prepucial. O seu número, a sua forma e as suas dimensões são variáveis. O seu aspecto varia também de um caso para outro, mas, em geral, não apresenta nenhum carácter absolutamente especial. As sífilides gomosas desenvolvem-se sobre a glândula, sobre as paredes da uretra ou no tecido celular do corpo do pênis e evoluem também como nos outros departamentos do organismo.

D) Gangrena (1)

A gangrena do pênis pode ser *parcial* ou *total*. A gangrena parcial interessa, por ordem de frequência, o prepúcio, a glândula, o invólucro cutâneo do corpo do pênis, o corpo esponjoso da uretra e, finalmente, os corpos cavernosos.

(1) Descrevemos neste lugar a gangrena, não como inflamação especial, mas sim como terminação comum de vários estados inflamatórios diferentes e como complicação frequente não só de lesões traumáticas, mas ainda de lesões vasculares e de circulação.

A gangrena total ocupa, simultâneamente, os corpos erécteis e o sistema envolvente. A gangrena parcial pode ser *superficial* ou *profunda*.

A primeira interessa exclusivamente o sistema envolvente do pénis e estende-se, sobretudo, em superficie. A segunda ocupa os corpos cavernosos ou o corpo esponjoso da uretra e determina, em regra, uma grande perda de substância.

1 — Etiologia

As causas da gangrena do pénis podem ser locais ou gerais.

a) Causas locais. — Balano-postites; herpes; penites; linfangites; cancros fagedénicos, moles ou sífilíticos; fimose; parafimose inflamatória; estrangulação por corpos estranhos; traumatismos violentos (contusões e, sobretudo, feridas profundas); cálculos ou corpos estranhos encravados na uretra; lesões de circulação (embolias); lesões vasculares (ateroma), etc.

b) Causas gerais. — Variola (ROSTAN); escarlatina; febre tifóide (MARC BOYER, LEDER); erisipela; certas intoxicações, tais como o ergotismo, o cantaridismo (CABROL, BOYER) e o alcoolismo (FOURNIER, JALAGUIER, GOSSELIN, LALLEMAND); febres palustres (SCHTSCHASTNY, PETIT, VERNEUIL, GAUTIER, HENROT, MARC BOYER); diabetes (MARCHAL DE CALVI, BEAUVAIS), etc.

As intoxicações e um grande número de doenças gerais que muitos autores apresentam como causas de gangrena do pénis não são mais do que factores

adjuvantes que complicam a evolução de lesões locais insignificantes e, por vezes, quasi imperceptíveis.

MASSARY publicou, na *Presse Médicale* de 6 de Julho de 1921, um caso de gangrena do pénis consecutiva a uma gangrena muito grave da faringe, mas este autor não apresenta nenhum facto que demonstre uma relação de causa para efeito entre as duas doenças.

2 — Caracteres anátomo-patológicos e clínicos

A gangrena do pénis é quasi sempre de tipo húmido, mas na literatura médica encontram-se vários exemplos de escaras secas, duras e de contornos bem limitados. Como dissemos no capítulo das lesões vasculares, RECLUS observou um caso muito interessante de gangrena seca da glande num velho com atheroma das artérias dorsais do pénis.

Tumefacção pronunciada e côr violácea da pele, diminuição da sensibilidade e formação de flictenas são, geralmente, os primeiros sintomas da gangrena húmida superficial.

A pouco e pouco, a pele toma uma côr violácea escura, enegrece e entra em esfacelo. As flictenas rompem-se, dando origem a ulcerações superficiais mais ou menos extensas.

As escaras apresentam, geralmente, uma côr negra pronunciada, mas alguns autores (MAURIAC, JALAGUIER, FOURNIER, QUESNAY, etc.) observaram vários casos de escaras amarelas (côr de banana) e até bran-

cas como falsas membranas ou como placas leitossas. Esta variedade de gangrena, quasi sempre de origem angioleucitica, é conhecida pelo nome de gangrena branca ou gangrena de QUESNAY. O numero e as dimensões das escaras variam consideravelmente de um caso para outro. Quando se formam sobre o prepúcio, este pode ser somente perfurado ou, pelo contrario, completamente destruido.

Em quatro individuos cujos pênis se encontravam infectados por bacilos de DUCREY, por treponemas e por perfringens, BLOCH et SCHULMANN(1) observaram quatro tipos diferentes de gangrena do prepúcio: placa gangrenosa simples, perfuração do prepúcio, circuncisão expontânea incompleta, circuncisão expontânea completa.

MILIAN et MOUQUIN(2) observaram também um caso interessante de gangrena do prepúcio com perfuração, num individuo que apresentava lesões inflamatórias penianas produzidas por estreptococos e por micro-organismos fuso-espirilares. Este homem tinha uma fimose congênita e apresentava um edema muito pronunciado em todo o comprimento do pênis. A glândula passou através do orificio resultante da queda da escara e os fenomenos gerais, que eram muito acentuados, atenuaram-se rapidamente.

A gangrena dos corpos erécteis é, geralmente, uma complicação de abcessos ou de flegmões urinosos penianos(3). A sua sintomatologia pouco difere da

(1) *Presse Médicale* de 18 de Fevereiro de 1920.

(2) *Idem*, de 24 de Novembro de 1920.

(3) Segundo MINET (*Presse Médicale* de 30 de Outubro de 1920) a

que caracteriza estas duas doenças. Quando muito, devemos mencionar os fenómenos de pseudo-priapismo, as septicémias e as pioemias que são relativamente freqüentes.

3 — Evolução e prognóstico

Na evolução da gangrena húmida distinguem-se, geralmente, três períodos:

a) *período inicial* (período inflamatório ou flegmático);

b) *período de estado* (período de mortificação ou período das escaras);

c) *período final* (período de eliminação dos tecidos necrosados).

O prognóstico é muito variável. Geralmente favorável quando a gangrena é superficial, êle deve ser reservado quando o processo mórbido interessa as partes profundas.

Neste caso, além das hemorragias abundantes e das fistulas uretrais que surgem freqüentemente quando as escaras se destacam, o médico deve contar ainda com as deformações cicatriciais que podem prejudicar bastante a erecção e impedir o coito.

A variedade mais importante de gangrena do pênis é a descrita por LALLEMAND, em 1884, sob o nome

gangrena do corpo esponjoso, consecutiva a flegmões ou a abscessos peri-uretrais, é favorecida pelas coagulações sanguíneas na espessura do invólucro fibroso.

de *gangrena fulminante expontânea dos órgãos genitais do homem* (1).

É produzida, geralmente, por estreptococos que penetram nos tecidos através de uma pequena e, muitas vezes, imperceptível solução de continuidade da pele ou da mucoça balanio-prepucial. Quási sempre superficial, esta variedade de gangrena apresenta-se freqüentemente sob a forma de uma ou mais placas de necrose, isoladas ou confluentes, situadas sôbre a glande, sôbre o prepúcio ou sôbre a pele do corpo do pênis. O que a caracteriza é a sua evolução rápida, a sua expontaneidade aparente e a intensidade dos seus sintomas gerais (febre, taquicardia, náuseas, vômitos, língua sêca, cefalalgia, delírio, prostração, adinamia, etc.).

Rubor, tumefacção edematosa do pênis, sensação de queimadura, formação de um ou mais focos de necrose, lesões de linfangite, etc., são os sintomas locais mais importantes e mais freqüentes.

Apesar do seu grande aparato sintomático, a mortalidade da gangrena fulminante expontânea dos órgãos genitais é geralmente pequena, mas a senilidade, o enfraquecimento geral e a decadência orgânica tornam o prognóstico imediato um pouco reservado. A bronco-pneumonia é uma complicação freqüente.

(1) Não se deve confundir a gangrena fulminante expontânea dos órgãos genitais externos, que é geralmente superficial, com a gangrena massiça fulminante dos corpos erécteis, que é profunda e quási sempre consecutiva a uma infecção peri-uretral ou prostática.

CAPÍTULO IV

Lesões neoplásicas

A) Lipomas, fibromas e mixomas

1 — Lipomas

Os lipomas do pênis desenvolvem-se geralmente na espessura da túnica celular e apresentam-se quasi sempre sob a forma de pequenos tumores circunscritos (1), capsulados, moles ou de consistência pastosa, móveis e sem aderências á pele nem aos tecidos subjacentes. São constituídos por lóbulos de células adiposas separados uns dos outros por septos de tecido conjuntivo, na espessura dos quais se observam alguns vasos sangüíneos e linfáticos que se ramificam e que se anastomosam, formando redes de malhas geralmente largas. Os lipomas são neoplasmas benignos, isto é, não produzem caquexia, não se generalizam nem recidivam.

2 — Fibromas

Os fibromas são também neoplasmas benignos constituídos por feixes de fibras conjuntivas que se

(1) Os lipomas difusos do pênis são excepcionais.

entrecruzam em todos os sentidos ou que se dispõem concêntricamente em tórno de centros múltiplos.

Os fibromas do pênis apresentam-se geralmente sob a forma de pequenos tumores arredondados, duros, capsulados e móveis. São brancos ou levemente nacarados e gritam ao corte. A maior parte das vezes, desenvolvem-se no tecido celular sub-cutâneo ou na espessura da derme, mas podem aparecer também na túnica elástica, na albugínea, no septo pectiniforme, nas trabéculas do tecido erétil ou na derme da mucosa da uretra. Neste último caso, são quasi sempre pediculados.

3 — Mixomas

Os mixomas desenvolvem-se quasi sempre no tecido celular sub-cutâneo do corpo do pênis ou na espessura da prega prepucial e apresentam-se sob a forma de tumores moles, capsulados, umas vezes sesséis, outras vezes pediculados. São neoplasmas benignos constituídos por tecido mucoso de nova formação.

B) Miomas, condromas, osteomas, nevromas, angiomas e linfangiomas

1 — Miomas, condromas, osteomas e nevromas

Os miomas do pênis, isto é, os neoplasmas constituídos por tecido muscular liso (*leiomiomas*) ou estriado (*rabdomiomas*) são excepcionais. As fibras

musculares lisas do dartos peniano, dos vasos e das trabéculas dos órgãos erécteis podem dar origem a leiomiomas, mas os autores clássicos limitam-se a mencionar esta variedade de neoplasmas e os casos que se encontram descritos nas revistas médicas são quasi todos de fibromiomas desenvolvidos na espessura da túnica muscular da uretra. Também não são muito mais freqüentes os condromas, os osteomas e os nevromas, isto é, os tumores constituídos, respectivamente, por tecido cartilágneo, por tecido ósseo e por fibras nervosas de nova formação.

Os condromas e os osteomas desenvolvem-se principalmente no septo pectiniforme e são quasi sempre de pequenas dimensões. Os nevromas desenvolvem-se geralmente na espessura dos invólucros e coexistem freqüentemente com o síndrome da neurofibromatose generalizada.

2 — Angiomas

Os angiomas são neoplasmas constituídos por vasos sanguíneos de nova formação, dilatados, flexuosos, moniliformes, enrolados em espiral ou em sacarrôlhas e anastomosados. Dividem-se em *angiomas simples* e *angiomas cavernosos*. Os primeiros são ordinariamente planiformes ou pouco salientes, apresentam uma cor avermelhada ou violácea e dão-nos a sensação táctil de uma massa de vermes entrelaçados; os segundos apresentam-se, a maior parte das vezes, sob a forma de massas circunscritas, moles e capsuladas. Os angiomas do pénis são geral-

mente angiomas simples e desenvolvem-se quási sempre na espessura dos invólucros. Os angiomas da uretra dão origem a uretrorragias freqüentes.

3 — Linfangiomas

Os linfangiomas do pénis, isto é, os neoplasmas constituídos por vasos linfáticos de nova formação poucas vezes se observam. Dividem-se também em dois grupos principais: *linfangiomas simples* e *linfangiomas cavernosos*. Os primeiros são quási sempre superficiais e apresentam-se sob a forma de tumores moles, depressíveis, de contornos mal limitados, aderentes ao invólucro tegumentar ou, pelo contrário, completamente livres; os segundos resultam de uma transformação dos primeiros e desenvolvem-se, algumas vezes, em pleno tecido eréctil ou nas camadas profundas do sistema envolvente.

C) Sarcomas

Os sarcomas são neoplasmas malignos constituídos por tecido conjuntivo embrionário dotado de grande poder angiogénico. Distinguem-se, sob o ponto de vista histológico, cinco variedades principais: sarcomas *globo-celulares*, sarcomas *fuso-celulares*, sarcomas de *células polimorfas*, sarcomas *giganto-celulares* e sarcomas *melânicos*. Os sarcomas do pénis desenvolvem-se em qualquer parte do órgão (uretra, corpos cavernosos, glande, prepúcio,

etc.) e são geralmente globo-celulares, fuso-celulares ou de células polimorfas.

Os sarcomas gigante-celulares (sarcomas de mieloplaxes) e os sarcomas melânicos do aparelho da cópula são excepcionais.

Os sarcomas globo-celulares desenvolvem-se e generalizam-se muito rapidamente. PODRAZKI observou um caso em que o neoplasma matou o indivíduo no prazo de um ano por caquexia e por intoxicação do organismo.

ZIELEWICZ, BATISFALVI e outros cirurgiões tiveram também ocasião de observar vários casos de sarcomas do pénis de evolução muito rápida.

Em Abril de 1913, entrou para o Hospital da Universidade de Coimbra um homem de setenta e dois anos, natural de Figueiró dos Vinhos, que apresentava, na face interna da parte dorsal do prepúcio, um sarcoma, do tamanho de uma amêndoa, que se tinha desenvolvido em pouco mais de um mês (1).

O pénis foi amputado pela parte média e a análise histológica mostrou que se tratava de um sarcoma de pequenas células redondas.

Em geral, as outras variedades de neoplasmas malignos não se desenvolvem tão rapidamente.

A idade dos doentes é variável. Os sarcomas aparecem, a maior parte das vezes, em indivíduos novos, mas acabamos de nos referir a um caso de sarcoma do pénis observado num indivíduo de setenta

(1) Arquivos inéditos da 2.ª Clínica Cirúrgica, 1913, doente n.º 92.

e dois anos e na literatura médica encontram-se muitos exemplos semelhantes. O doente observado por PODRAZKI tinha cinquenta anos.

D) Adenomas e carcinomas

1 — Adenomas

Os adenomas do pênis, isto é, os neoplasmas constituídos por uma hiperplasia simples e circunscrita de tecido glandular, podem ter a sua sede em qualquer ponto do invólucro tegumentar (adenomas sebáceos, adenomas sudoríparos), mas, a maior parte das vezes, desenvolvem-se na espessura das paredes da uretra, à custa das glândulas de LITRE.

São neoplasmas benignos, arredondados, móveis e geralmente pequenos. Os adenomas superficiais não prejudicam as funções do órgão enquanto são pequenos; os adenomas profundos, isto é, os adenomas que se encontram situados na espessura do corpo esponjoso da uretra, dificultam a saída do esperma e da urina.

2 — Carcinomas

Os carcinomas são neoplasmas epiteliais de origem glandular caracterizados essencialmente pela formação de ninhos ou alvéolos de células volumosas, de contornos mais ou menos poligonais, com disposição recíproca desordenada e com núcleos em via de divisão activa.

Os cancros epiteliais do pénis são geralmente epiteliomas de revestimento. Os carcinomas são pouco frequentes e raríssimas vezes se desenvolvem na espessura do invólucro tegumentar, à custa das células epiteliais das glândulas sebáceas ou das glândulas sudoríparas. Geralmente, formam-se na espessura da mucosa da uretra, onde têm como ponto de partida o epitélio das glândulas de LITRE, e apresentam-se sob a forma de tumores ulcerados, difusos, mal limitados, que se infiltram na espessura do corpo esponjoso e dos corpos cavernosos e que se propagam por via linfática aos gânglios inguinais e aos gânglios pélvicos.

A sua evolução é rápida e as perturbações urinárias são freqüentes e precoces.

E) Quistos

Os quistos do pénis dividem-se em seis grupos :

a) quistos resultantes da evolução anormal de um tecido glandular (*quistos de neoformação* ou *quistos « néogènes » de BROCA*);

b) quistos resultantes de inclusões embrionárias (*quistos mucóides* e *quistos dermóides*);

c) quistos de origem traumática (*quistos epidermóides* ou *por inclusão epidérmica*);

d) *quistos parasitários*;

e) *quistos serosos congénitos* (1);

(1) Muitas das formações a que damos a designação de quistos serosos congénitos são linfangiomas quísticos.

f) *quistos de retenção e dilatação glandular* ou *quistos « progènes »* de BROCA.

As cinco primeiras variedades de quistos são muitíssimo raras.

Na literatura médica encontra-se, com efeito, um pequeno número de observações e são quasi todas de quistos mucóides e de quistos dermóides do rafe peniano ou da face inferior do prepúcio (1).

Pelo contrário, os quistos sebáceos observam-se muitas vezes e apresentam-se geralmente sob a forma de tumores mais ou menos arredondados, moles, flutuantes e de contornos regulares, situados no tecido celular sub-cutâneo (*quistos infra-dérmicos*) ou na espessura da derme (*quistos intra-dérmicos*). A maior parte das vezes, desenvolvem-se na espessura do prepúcio, entre os folhetos cutâneo e mucoso; mas, em certos casos, encontram-se no tecido celular sub-cutâneo do corpo do pênis (FOCHIER). A parede é formada por uma cápsula de tecido conjuntivo, revestida interiormente por um epitélio estratificado; o conteúdo apresenta uma consistência sólida, semi-sólida ou líquida e é

(1) Os quistos mucóides e os quistos dermóides do pênis são geralmente pequenos e não apresentam nenhuma particularidade anátomo-patológica absolutamente especial, mas infectam-se facilmente porque são superficiais e, sobretudo, porque os atritos do coito abrem a porta aos agentes das doenças venéreas.

PAYENNEVILLE comunicou ao Congresso de Urologia de 1919 um caso de quisto dermóide do rafe peniano, que se encontrava invadido por gonococos (*Journal d'Urologie*, 1922, t.º xi, n.º 3).

constituído por substância sebácea com muitas células epiteliais em degenerescência gordurosa ou grânulo-gordurosa.

A forma, o número e as dimensões dos quistos sebáceos do pênis variam muito de um caso para outro. CRUVEILHIER (1) observou um que tinha a forma e as dimensões de um ovo de galinha, e FANO (2) examinou uma criança de dois anos, cujo prepúcio se encontrava semeado de quistos sebáceos, uns do tamanho de ervilhas, outros pequenos como grãos de painço. Uma criança de tres anos observada também por FANO apresentava somente um quisto intra-prepucial, pequeno, arredondado e móvel.

F) Papilomas

Papilomas são neoplasmas benignos que se desenvolvem sobre a pele ou sobre as mucosas dermo-papilares e que resultam de uma hipertrofia e de uma neoformação de papilas. São hiperplasias exuberantes e verrugosas que interessam ao mesmo tempo o epitélio e a derme ou córion dos aparelhos papilares (3) e em que os elementos conjuntivos, vasculares e epiteliais entram numa proporção sensivelmente igual.

(1) CRUVEILHIER, *Traité d'Anatomie Pathologique*, tómo III.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1867.

(3) As papilas compõem-se de duas partes: uma parte central (eixo conjuntivo-vascular, derme ou córion) constituída por tecido conjuntivo adulto com numerosos vasos sanglíneos e uma parte periférica (revestimento epitelial) formada por um epitélio pavimentoso estratificado.

Em certos casos, nota-se uma certa desproporção entre o desenvolvimento destas diferentes partes, mas a diferença é geralmente pouco pronunciada. Umás vezes, é a hiperplasia epitelial que predomina ligeiramente sôbre as neoformações vasculares e conjuntivas; outras vezes, observa-se precisamente o contrário, isto é, uma produção maior de elementos conjuntivos e de formações vasculares do que de células epiteliais. Nestas circunstâncias, os papilomas aproximam-se muito dos fibromas moles pediculados e dos polipos mucosos com estroma fibromixomatoso, tanto pelo seu aspecto como pela sua estrutura.

ROKITAŃSKY, VIRCHOW, HEBRA, RINDFLEISCH, ROBIN, LANCERAUX e outros anátomo-patologistas, admitindo que a lesão inicial e predominante era a hiperplasia do tecido conjuntivo das papilas, consideravam os papilomas como tumores conjuntivos e davam-lhes o nome de fibromas papilares ou fibropapilomas. FÖRSTER, baseado sôbre a existência de uma grande quantidade de vasos de nova formação, considerou-os como tumores vasculares e deu-lhes a designação de angiomas papilares.

Hoje, todos os anátomo-patologistas declaram que os fenómenos de hiperplasia se observam em toda a espessura das papilas e consideram os papilomas como produções, ao mesmo tempo, conjuntivas, vasculares e epiteliais.

CORNIL e RANVIER (1) descrevem-os, juntamente

(1) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'Histologie Pathologique*, tómo 1, Paris, 1901.

com os adenomas e com os quistos, num capítulo especial intitulado *tumores compostos*, mas parece-nos mais natural e mais lógico que sejam descritos, como fazem os autores alemães e a maioria dos autores franceses modernos, no capítulo dos neoplasmas epiteliais de revestimento, ao lado dos epitelio-
mas propriamente ditos, porque a hiperplasia do epitélio que reveste as papilas é absolutamente constante e característica (1). É por esta hiperplasia que se distinguem os papilomas de certas variedades de polipos fibrosos ou fibro-angiomatosos.

O revestimento epitelial, aumentado de espessura, forma saliências e depressões, de dimensões variadas, e apresenta geralmente numerosos prolongamentos ou botões que penetram mais ou menos profundamente nas camadas subjacentes, ocupando os espaços inter-papilares e distendendo a membrana basal sem a romper. Estes botões podem ser tomados por lóbulos ou cordões de epitelioma, mas, em geral, os histo-patologistas estabelecem facilmente o diagnóstico pela integridade da membrana basal, pela ausência de infiltrações epiteliais ao nível da base das papilas, pela situação superficial do epitélio inter-papilar e pela ausência de fenómenos de atipismo celular individual ou de relação (2). Todas

(1) ZIEGLER (*Tratado de Anatomia Patológica*, tómo 1, tradução francesa de G. AUGIER e VAN ERMENGEM, Bruxelas, 1910) descreve-os no grupo dos tumores epiteliais, sob o nome de epitelio-
mas típicos de revestimento, mas, entre nós, a designação de *epitelio-
mas* não é prática nem corrente, posto que seja justificada sob o ponto de vista científico (vid. epitelio-
mas).

(2) Todavia, o diagnóstico diferencial entre um papiloma e um epi-

as camadas do revestimento epitelial se encontram aumentadas de espessura, mas a proliferação celular pode manifestar-se com maior actividade ao nível de uma delas. Umavez é a camada superficial (camada córnea, quando se trata da pele ou de uma mucosa com leucoplasia) que sofre um aumento maior de espessura (hiperqueratose); outras vezes é a camada granulosa que mais se hiperplasia (hipergranulose) ou são as células da camada mucosa de MALPIGHI que mais activamente proliferam (acantose).

Sob êste ponto de vista, podemos dividir os papilomas em dois grupos principais: *papilomas córneos* e *papilomas mucosos*. Os primeiros são caracterizados, essencialmente, por uma hiperprodução de células córneas; os segundos caracterizam-se por uma hiperplasia que interessa ao mesmo tempo o eixo conjuntivo-vascular das papilas e as camadas profundas (camada basal e camada de MALPIGHI) do

telioma pode ser bastante difícil porque estes elementos de que nos servimos para o estabelecer nem sempre se apresentam com uma nitidez perfeita e, além disso, observam-se frequentemente lesões especiais de disqueratose ou degenerescencia córnea que alguns autores consideram como lesões pre-cancerosas.

Ao nível de certas mucosas, as camadas superficiais do epitélio sofrem, quasi sempre, como na maioria dos epitelomas, a evolução epidérmica (leucoplasia) e, muitas vezes, observam-se também, na espessura do corpo mucoso de MALPIGHI, produções córneas unicelulares ou pluricelulares que se não podem destacar porque estão separadas da periferia por elementos não queratinizados. As produções córneas constituídas por vários elementos celulares, uns queratinizados, outros em via de queratinização e obrigados a evolucionar concêntricamente, são conhecidas pelo nome de globos córneos ou globos epidérmicos.

Estas produções são muito mais frequentes e muito mais numerosas nos epitelomas pavimentosos do que nos papilomas.

seu revestimento epitelial. Vejamos rapidamente os papilomas córneos e os papilomas mucosos do pênis.

1 — Papilomas córneos

a) Calos

Os calos do pênis são neoplasmas muitíssimo raros que se desenvolvem em qualquer ponto da superfície do órgão sob a influência de pressões repetidas ou de irritações mecânicas freqüentes. São caracterizados, essencialmente, por uma hiperprodução de células córneas que exercem pressão sobre os eixos conjuntivo-vasculares das papilas.

Como conseqüência dessa pressão, a derme atrofia-se consideravelmente e as papilas desaparecem.

A camada córnea forma uma espécie de cône (cône epidérmico) cuja base corresponde à superfície da pele ou da mucosa e cujo vértice penetra profundamente na espessura da derme, formando o que vulgarmente se chama espigão do calo.

b) Cravos ou verrugas

Os cravos ou verrugas desenvolvem-se principalmente sobre o invólucro cutâneo do corpo do pênis e sobre a face externa do prepúcio. São contagiosos e coexistem geralmente com formações análogas noutras partes do corpo, principalmente nas mãos, nas coxas e na região púbica. Há aproximadamente um mês, tivemos ocasião de observar um rapaz de

dezanove anos, cujo pênis apresentava quatro pequenas verrugas, uma sôbre o prepúcio e três sôbre a face dorsal do corpo. Êste rapaz apresentava também numerosas formações papilares, verrugosas, nos braços, na face dorsal das mãos, nas pernas e na face dorsal dos pés.

O seu aspecto e as suas dimensões são variáveis. Se todas as papilas hipertrofiadas e hiperplasiadas estão envolvidas por uma camada epitelial comum, o neoplasma apresenta uma superfície lisa e perfeitamente regular. Pelo contrário, se a massa neoplásica se divide em vários lóbulos pequenos, cada um dos quais tem um revestimento epitelial, o tumor é desigual e fendilhado.

c) Cornos cutâneos ou hastes epidérmicas

Os cornos cutâneos são papilomas verrugosos cujas células superficiais, queratinizadas, não sofrem a descamação rápida normal.

As células epidérmicas soldam-se como nas unhas, sobrepõem-se e imbricam-se, formando apêndices duros e de superfície rugosa. As hastes epidérmicas do pênis desenvolvem-se geralmente sôbre a glande, na vizinhança do sulco balano-prepucial, mas podem ter a sua sede em qualquer outro ponto da superfície do órgão. O seu comprimento é variável.

CARON(1) observou um caso em que a produção epidérmica tinha quinze a dezóito milímetros de comprimento. O coito era absolutamente impossível, por causa das dôres que provocava e pela difi-

(1) *Bulletin de la Société Anatomique*, 1854.

culdade na intromissão do pênis. O número destas produções varia também de um caso para outro.

A maior parte das vezes, observa-se apenas uma, mas, em certos casos, encontram-se várias, próximas umas das outras ou mais ou menos afastadas.

Num caso observado por DEMARQUAY, encontravam-se três hastes epidérmicas, no sulco balano-prepucial, a pouca distância uma das outras. As irritações crônicas repetidas parecem ser as causas principais.

A idade não tem nenhuma influência sobre o seu desenvolvimento.

BRESCHET, CARON e outros autores publicaram vários casos observados em indivíduos velhos, mas JEWETT e muitos outros cirurgiões publicaram também alguns casos observados em adolescentes e em adultos. Em certos casos o seu crescimento é muito rápido.

GOUBEAU (1) observou uma excrescência córnea que se tinha desenvolvido em pouco mais de dois meses, sobre uma cicatriz antiga da região do freio do pênis.

2—Papilomas mucosos

Os papilomas mucosos são muitíssimo freqüentes e desenvolvem-se principalmente no sulco balano-prepucial, na corôa da glândula e na face interna do prepúcio, isto é, nos pontos em que o invólucro tegumentar do pênis é mais delicado, mais vascularizado e mais húmido.

(1) *Presse Médicale* de 28 de Abril de 1920.

Umaz vezes, são volumosos e revestem o aspecto de couve-flor ou de cristas de galo; outras vezes, apresentam-se sob a forma de pequenas excrescências carnosas, sesséis ou pediculadas, duras ou moles, vermelhas ou violáceas, que fazem lembrar medronhos, morangos ou amoras verdes.

Em geral, sangram abundantemente sob a influência de traumatismos ligeiros porque são muito vascularizados. A simples excisão determina, por vezes, hemorragias abundantes e difíceis de combater.

Em certos casos, a superfície dêstes neoplasmas ulcera-se e cobre-se de um exsudato purulento ou simplesmente seroso, que, quando seca, forma uma crôsta dura, espessa e fortemente aderente aos tecidos subjacentes.

*
*
*

Sôbre a mucosa balano-prepucial, desenvolvem-se, freqüentemente, excrescências papilares, de origem inflamatória ou irritativa, que são absolutamente semelhantes aos verdadeiros papilomas mucosos, tanto pelo seu aspecto macroscópico como pelos seus caracteres histológicos.

Estas produções são conhecidas, vulgarmente, pelo nome de *esponjas* e, entre nós, pelo nome de *condilomas acuminados*. A blenorragia, a sífilis, as infecções produzidas pelo bacilo de DUCREY e as irritações da mucosa balano-prepucial provocadas pela urina ou pelos produtos de decomposição do

esmegma são as principais causas destas neoformações papilares a que nos referimos.

No campo do microscópio, não se distingue um condiloma acuminado de um papiloma verdadeiro.

O diagnóstico estabelece-se somente pelos comemorativos e pelo exame clínico dos doentes.

G) Epiteliomas (1)

1 — Estudo anátomo-patológico e clínico

Frequência. — Idade dos doentes. — Sede. — Principais variedades anátomo-patológicas. — Origem e desenvolvimento. — Lesões iniciais. — Extensão local. — Extensão regional. — Generalização. — Complicações, perturbações funcionais e anemia cancerosa. — Evolução. — Duração e prognóstico. — Diagnóstico. — Etiologia.

a) Frequência

Os epiteliomas do pênis são muito freqüentes. No ano lectivo de 1919-1920, tivemos ocasião de obser-

(1) Alguns anátomo-patologistas e muitos cirurgiões chamam epiteliomas a todos os neoplasmas malignos constituídos por tecido epitelial de revestimento ou glandular. Outros, principalmente os alemães, baseados sobre as regras da nomenclatura dos tumores, dão este nome a todos os neoplasmas epiteliais benignos e malignos, qualquer que seja a natureza e a actividade proliferativa das células que os constituem.

Realmente, a palavra epitelioma significa todo e qualquer tumor cujo tecido fundamental apresenta os caracteres do tecido epitelial e não específica a natureza do epitélio que lhe deu origem nem a influência que o tecido neoplásico exerce sobre o organismo, mas, entre nós e na maioria das escolas francesas, este termo tem uma significação mais restrita: serve para designar somente os neoplasmas malignos constituídos por tecido epitelial de revestimento. É, com efeito,

var quatro casos nas enfermarias de U. H. e D. S. H. dos Hospitais da Universidade de Coimbra, num prazo de sete meses.

Durante êste tempo, deram também entrada, no Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral, dois pênis com a mesma doença, um amputado pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA a um doente dos quartos particulares, outro amputado pelos Ex.^{mos} Srs. Dr. JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA e Dr. FRANCISCO CAVACO a um indivíduo que os consultou.

Nos Arquivos da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina de Coimbra, encontram-se registados muitíssimos casos de epiteliomas do pênis, tratados pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, desde 1910 a 1922, e, na Secretaria dos Hospitais, estão arquivadas as papeletas de vários indivíduos com a

com esta significação que a palavra epitelioma se encontra na maioria dos livros nacionais e estrangeiros, publicados desde os meados do século XIX, isto é, desde os primeiros anos da escola micrográfica. Antes de ter sido feito o estudo histológico dos neoplasmas, os cirurgiões tinham notado que certas formas de tumores cancerosos — as úlceras cancerosas da pele — evoluçionavam muito lentamente e não recidivavam nem se generalizavam com tanta frequência nem em tão pouco tempo como as formas ordinárias do cancro. ECKER chamou-lhes falsos cancros ou pseudo-cancros e LEDRAN deu-lhes a designação de cancróides.

Mais tarde, HANNOVER, examinando estes tumores ao microscópico, notou que eram constituídos por células epiteliaes de revestimento (células epidérmicas) e deu-lhes o nome de epiteliomas. Êste nome dominou imediatamente os primeiros; hoje emprega-se para designar todos os cancros constituídos por tecido epitelial de revestimento. É com esta significação que nós o empregamos. O termo cancróide designa uma variedade de epitelioma — o epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

mesma doença, operados pelos falecidos Professores Sousa Refóios e Costa Alemão.

Em Lisboa, nos hospitais de S. José, do Destêrro e Escolar, deram entrada, no prazo de quatro anos, pelo menos vinte e sete casos de epiteliomas do pénis, como se pode verificar pelo quadro seguinte, elaborado segundo algumas notas que nos foram fornecidas pelo Sr. Dr. ANTÓNIO M. DA CUNHA VAZ a quem manifestamos o nosso reconhecimento.

Anos	Hospital do Destêrro	Hospital de S. José	Hospital Escolar
1915	3 casos	2 casos	3 casos
1916	2 "	3 "	2 "
1917	4 "	3 "	1 "
1918	2 "	2 "	-

Os casos que se encontram na literatura médica contam-se aos centos e até aos milhares.

Muitos autores referem-se a dezenas de observações pessoais e outros apresentam estatísticas com centenas de exemplos.

Segundo PAGET e BILLROTH(1), um a três por cento dos cancros do homem são epiteliomas do pénis.

b) Idade dos doentes

Os epiteliomas desenvolvem-se geralmente na segunda metade da vida (depois dos quarenta anos),

(1) Citados por JAMES EWING, *Neoplastic Diseases*, Philadelphia and London, 1919.

mas resta-nos saber se os epiteliomas do pénis não fazem uma excepção, desenvolvendo-se de preferência na época de maior actividade sexual, isto é, entre os vinte e os quarenta anos.

Como é na idade adulta que os órgãos genitais estão mais sujeitos aos traumatismos e às doenças venéreas, poderá supôr-se, realmente, que é também neste período da vida que os epiteliomas do pénis são mais freqüentes, mas não succede assim.

Combinando várias estatísticas, VOELKER (1) reuniu 237 casos e notou que apenas 100 doentes tinham menos de cinquenta anos.

RICORD (2) não observou um único caso antes dos quarenta anos.

Quási todos os doentes observados por êste cirurgião eram indivíduos de cinquenta a sessenta anos.

Segundo E. KAUFMANN (3), pelo menos trinta e três por cento dos epiteliomas do pénis desenvolvem-se entre os cinquenta e os setenta anos.

Segundo C. KAUFMANN (4), a maior freqüência observa-se na sexta, na quinta e na sétima décadas da vida.

VILLIÈS (5), consultando quarenta e quatro histórias clínicas em que a idade dos doentes se encon-

(1) *Loc. cit.*

(2) Citado por MONOD et BRUN, *loc. cit.*

(3) E. KAUFMANN, *Tratado de Anatomia Patológica*, trad. italiana de MARIO SAPEGNO, Milão, 1913, t. II.

(4) Citado por JAMES EWING, *obr. cit.*

(5) VILLIÈS, *Essai sur le cancroïde de la verge*, Paris, 1873.

trava mencionada, estabeleceu a seguinte estatística:

Idade dos doentes	Número de casos
De 20 a 30 anos	2
De 30 a 40 anos	3
De 40 a 50 anos	11
De 50 a 60 anos	11
De 60 a 70 anos	10
De 70 a 80 anos	6
De mais de 80 anos	1

Estudando também sob o ponto de vista da idade dos doentes noventa e sete observações, DEMARQUAY (1) encontrou:

Idade dos doentes	Número de casos
De 20 a 30 anos	9
De 30 a 40 anos	14
De 40 a 50 anos	18
De 50 a 60 anos	23
De 60 a 70 anos	23
De 70 a 80 anos	10

Investigando a idade de alguns doentes que, nos últimos anos, deram entrada no Hospital da Universidade de Coimbra e em alguns Hospitais de Lis-

(1) DEMARQUAY, *Maladies chirurgicales du pénis*, Paris, 1877.

Como acabamos de ver, os epitelomas do pénis desenvolvem-se principalmente nos dois últimos períodos da vida do homem, isto é, na idade de declinação (1) e na velhice (2). A sua freqüência aumenta a partir dos quarenta anos.

Poucas vezes se observam dos vinte aos trinta anos e são excepcionais no primeiro e no segundo decénios da vida.

Na estatística de DEMARQUAY, encontram-se nove casos em que a doença se desenvolveu entre os vinte e os trinta anos, e, na de VILLIÈS, encontram-se mais dois, mas a percentagem não chega a ser de oito por cento e é de supor que os doentes tivessem atingido os últimos anos do seu terceiro decénio.

CURTIS refere-se a um caso de epiteloma do pénis observado num rapaz de dezóito, anos e CREITE observou outro caso numa criança de dois anos, mas para se verificar que os casos dêste género são raríssimos, basta ver que a observação de CREITE é o único exemplo que, numa estatística de 616 casos, figura com menos de vinte anos.

Em conclusão, os epitelomas do pénis são excepcionais no primeiro e no segundo decénios da vida, raros no terceiro, pouco freqüentes no quarto e muito freqüentes no quinto, no sexto e no sétimo.

c) Sede

Os epitelomas não se desenvolvem com a mesma

(1) Chama-se idade de declinação o período da vida compreendido entre os quarenta e os sessenta anos.

(2) A velhice conta-se a partir dos sessenta anos,

freqüência em todos os segmentos do pênis, como se pode verificar pelo exame dos que se encontram ainda no início da sua evolução ou que apresentam um fraco desenvolvimento local. Desenvolvem-se quási sempre na região balano-prepucial, quer sôbre a glande, quer sôbre a face interna do prepúcio, principalmente ao nível da zona de transição da pele para a mucosa.

Os epitelomas da superfície externa do prepúcio, os do invólucro cutâneo do corpo do pênis e os da uretra são muito mais raros. Em setenta e um casos, DEMARQUAY notou que o neoplasma ocupava:

Só o prepúcio	8 vezes
Só a glande	17 »
O prepúcio e a glande.	26 »
O prepúcio e o invólucro cutâneo do corpo do pênis	4 »
A glande e os corpos cavernosos.	11 »
O prepúcio, a glande e os corpos cavernosos	5 »

Esta estatística mostra que a glande e o prepúcio são os lugares de eleição dos epitelomas do pênis.

Segundo C. KAUFMANN, estes neoplasmas desenvolvem-se de preferência na face interna e na margem do prepúcio, isto é, na zona de transição da pele para a mucosa, mas a estatística de DEMARQUAY mostra que os epitelomas da glande são muito mais freqüentes do que os do prepúcio.

Segundo BARNEY, em sessenta e nove por cento dos casos, a sede da lesão inicial é a glande.

VOELKER, ENGLISH, THOMSON, FORGUE, LEGUEU et PAPIN, etc., afirmam também que o lugar de eleição é o sulco balano-prepucial e a face dorsal da glande,

na vizinhança da corôa. Examinando alguns doentes e estudando as peças que se encontram no Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra, notámos igualmente que os epiteliomas da glande são muito mais freqüentes do que os do prepúcio (vid. observações).

Algumas vezes, desenvolvem-se nos lábios do meato urinário ou sôbre as paredes da uretra, principalmente na vizinhança da fossa navicular, mas os casos dêste género não são muito freqüentes. O verdadeiro lugar de eleição é, como dissemos, o sulco balano-prepucial ou a corôa da glande.

d) Principais variedades anátomo-patológicas

VARIÉDADES MACROSCÓPICAS. — Podemos dividir os epiteliomas do pénis, sob o ponto de vista dos seus caracteres macroscópicos, em quatro grupos principais :

Epiteliomas papilares ou vegetantes;

Epiteliomas granulosos;

Epiteliomas infiltrantes e ulcerosos;

Epiteliomas lobulados não papilares.

Epiteliomas papilares. — Os epiteliomas papilares ou vegetantes apresentam-se geralmente com aspecto de couve-flor, adquirem, por vezes, dimensões consideráveis e encontram-se, quási sempre, cobertos de um exsudato purulento ou simplesmente seroso, esbranquiçado ou branco-amarelado e muito fétido.

FABRICE DE HILDEN (1) observou um caso em que o neoplasma tinha o volume da cabeça de um recém-nascido e exalava um cheiro tão fétido que o doente deixou de ser vizitado pelos seus amigos, pelas pessoas da sua família e até pelos próprios médicos, depois de esgotados todos os recursos da terapêutica.

Ao nível do ponto de implantação, o epiteloma papilar do pênis apresenta uma consistência dura e emite numerosos prolongamentos ou raízes que penetram irregularmente na espessura dos tecidos subjacentes, invadindo, por vezes, a maior parte do órgão.

Entre estes prolongamentos compactos de tecido epitelial, o microscópio mostra-nos uma infiltração difusa e irregular de células neoplásicas também epiteliais. A côr, a consistência e o aspecto das superfícies de secção variam com o tipo histológico e, sobretudo, com a quantidade maior ou menor de tecidos esqueléticos, mas, em geral, essas superfícies são brancas, duras e mais ou menos semelhantes à de uma fatia de nabo.

Epiteliomas granuloses. — O aspecto dos epitelios granuloses é mais ou menos semelhante ao de um tecido de granulação. A sua superfície, semeada de pequenas formações papilares arredondadas (grãos papilares), faz lembrar, com efeito, certas formas de tecido granuloso que se observam frequen-

(1) Citado por LISNARD, *Quelles variétés présente le cancer du pénis sous le rapport de l'anatomie pathologique*, Paris, 1842.

temente ao nível das soluções de continuidade da pele ou das mucosas em via de cicatrização. Êstes neoplasmas manifestam ordinariamente uma grande tendência para a ulceração. O seu estroma é constituído principalmente por tecido conjuntivo embrionário.

Epiteliomas infiltrantes e ulcerosos (cancros corrosivos, terebrantes ou consumptivos). — Os epiteliomas infiltrantes e ulcerosos desenvolvem-se quasi sempre sobre a glande, sobre a face interna do prepúcio ou sobre os bôrdos do orifício prepucial e caracterizam-se por uma grande tendência para a infiltração dos tecidos e para a ulceração.

À medida que as partes profundas do neoplasma vão penetrando na espessura dos tecidos subjacentes ou circunvizinhos, as camadas periféricas necrosam-se e destacam-se, formando uma úlcera (1), sangrenta e de aspecto fungoso, que se estende progressivamente em superfície e em profundidade.

O fundo desta úlcera, duro e desigual, encontra-se, quasi sempre, coberto de um líquido sanioso, esbranquiçado ou branco-amarelado e muitíssimo fétido.

Os bôrdos são irregulares, fungosos e ligeiramente proeminentes.

Emquanto o neoplasma se infiltra na espessura do prepúcio, da glande e dos corpos cavernosos, a úlcera atinge dimensões consideráveis, torna-se anfractuosa e corróe toda ou uma grande parte da ex-

(1) Algumas vezes, observam-se várias úlceras que se mantêm isoladas ou que se tornam confluentes.

tremidade livre do pênis, se a doença é entregue à sua própria evolução.

No Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra, encontra-se, com o número 546, um exemplar de epitelioma corrosivo, no qual se observa, além da destruição quási completa do prepúcio, um grande número de ulcerações profundas da glande (vid. observação vii). O exemplar 549 apresenta também várias ulcerações, uma das quais é de forma elíptica e mede aproximadamente quinze milímetros no sentido do eixo maior (vid. observação xiii).

Na enfermaria de U. H. encontra-se um homem de sessenta e dois anos (F. R.) com o têtço anterior do pênis completamente corroído por várias úlceras epiteliomatosas que exalam um cheiro fétido e que sangram sob a influênciã do mais leve contacto.

DEMARQUAY refere-se também a um caso em que toda a metade direita da glande e toda a metade direita do prepúcio tinham sido destruídas por uma ulceração fungosa, de bordos irregulares, que se encontrava coberta de um líquido sanioso, muito fétido.

Os epiteliomas corrosivos são, em geral, mais malignos e dotados de uma evolução mais rápida do que os papilares, os granulados e os lobulados. A generalização visceral e as metastases ganglionares são também mais freqüentes.

Epiteliomas lobulados não papilares. — Os epiteli-

mas lobulados não papilares distinguem-se facilmente pelo exame da sua superfície que, como o seu nome indica, é lobulada e não apresenta formações papilares. Os diferentes lóbulos que se observam nas partes superficiais da massa neoplásica apresentam uma superfície lisa e encontram-se separados uns dos outros por sulcos de profundidade variável.

Estes neoplasmas desenvolvem-se principalmente sobre a glande e podem atingir o volume de um punho ou mais.

VARIEDADES MICROSCÓPICAS (tipos histológicos). — Os epitelomas do pênis são geralmente de tipo pavimentoso e dividem-se, sob o ponto de vista dos caracteres e da evolução das células que os constituem, em três grupos principais:

Epiteliomas pavimentosos lobulados;

Epiteliomas pavimentosos tubulados;

Epiteliomas pavimentosos perlados.

HEURTAUX, MALHERBE e outros autores mencionam ainda os *epiteliomas polimorfos* e os *epiteliomas calcificados*, mas estas duas variedades correspondem a caracteres anatómicos secundários.

Epiteliomas pavimentosos lobulados. — Os epitelomas pavimentosos lobulados são muito mais frequentes do que os tubulados e os perlados (vid. observações). Constituem o tipo clássico dos cancroídes.

Em cortes perpendiculares à sua superfície, ob-

servam-se numerosos lóbulos de células epiteliais do tipo mucoso de MALPIGHI, unidos uns aos outros por cordões de células da mesma natureza, e nos cortes paralelos à superfície, encontra-se um grande número de lóbulos completamente isolados por trabéculas de tecido conjuntivo-vascular.

Em muitos dêstes lóbulos e em alguns dos cordões que os unem, as células sofreram, do centro para a periferia, uma evolução absolutamente semelhante à que se observa normalmente ao nível da epiderme.

Na periferia encontra-se uma camada de células cúbicas ou cilíndricas implantadas perpendicularmente sôbre o tecido conjuntivo que constitue o esqueleto do neoplasma. São células do tipo basal ou células da camada geradora.

Continuando para o centro do lóbulo, encontramos, sucessivamente, uma camada de células do tipo mucoso de MALPIGHI, uma camada de células carregadas de eleidina e, por fim, uma massa de células córneas dispostas em camadas concêntricas e imbricadas em bolbo de cebola. Estas formações especiais, resultantes da evolução epidérmica das células neoplásicas, chamam-se *globos córneos*, *globos epidérmicos* ou *pérolas de cancróide*.

A degenerescência córnea das células epiteliais faz-se geralmente de uma maneira insensível e gradual, do centro dos lóbulos para a periferia, e, por consequência, não se observam limites nítidos entre as diferentes camadas que constituem os globos epidérmicos.

O número de globos é variável. Em geral, são

tanto mais numerosos quanto mais próximo das partes iniciais do neoplasma é o tecido examinado.

Nas regiões mais afastadas, as células epiteliomatosas tornam-se cada vez mais atípicas e chegam a perder completamente a propriedade de evolução epidérmica. Os epiteliomas pavimentosos lobulados apresentam uma consistência desigual, de uns pontos para outros, e são quasi sempre muito friáveis: esfarelam-se e fragmentam-se com facilidade. CRUVEILHIER deu-lhes, por este motivo, o nome de cancrós frágeis.

Epiteliomas pavimentosos tubulados. — Os epiteliomas pavimentosos tubulados ou baso-celulares são constituídos por longos cordões ou trabéculas de células epiteliais atípicas, oriundas da camada basal e sem tendência para a evolução epidérmica (vid. observações xi e xvii). Estes cordões de tecido epitelial cruzam-se em todas as direcções e anastomosam-se uns com os outros, formando uma rede, nas malhas da qual se observam alguns feixes de fibras conjuntivas, muitas células embrionárias, formações vasculares e, por vezes, uma grande quantidade de linfocitos.

Alguns cilindros de tecido epiteliomatoso necrosam-se na parte central, formando tubos cujas paredes apresentam uma espessura desigual de uns pontos para outros.

Epiteliomas pavimentosos perlados. — Os epiteliomas perlados são raros e distinguem-se dos epite-

liomas lobulados pela queratinização de todas as células que constituem os diferentes lóbulos. Não se encontram, em geral, camadas concêntricas de células epiteliais em diversas fases de evolução epidérmica. Os lóbulos são constituídos, exclusivamente, por camadas de células córneas chatas, imbricadas em bolbo de cebola. Algumas destas formações encontram-se isoladas no meio de um estroma de tecido conjuntivo, outras estão ligadas por trabéculas ou cordões de células córneas.

d) Origem e desenvolvimento

Quando o revestimento epitelial da glândula, do prepúcio, da uretra ou do invólucro cutâneo do corpo do pênis é a sede de uma hiperplasia pronunciada, os prolongamentos interpapilares aumentam consideravelmente de volume, distendem a membrana basal e, se esta se rompe, as células da camada mucosa de MALPIGHI e da camada geradora penetram na espessura da derme sob a forma de cilindros ou cordões, de contornos irregulares e mal limitados, que se ramificam e que se anastomosam uns com os outros.

À medida que se afastam dos pontos de origem, as células epiteliais multiplicam-se mais activamente, tomam uma disposição recíproca desordenada, perdem alguns dos seus caracteres individuais, tornam-se atípicas e infiltram-se irregularmente nos interstícios dos tecidos subjacentes ou circunvizinhos.

Em geral, estas células tornam-se tanto mais atí-

picas e manifestam uma actividade proliferativa tanto maior, quanto mais se afastam do ponto inicial do neoplasma e quanto maior é a diferença de estrutura dos tecidos que elas vão atravessando.

As lesões iniciais de hiperplasia simples são substituídas, a pouco e pouco, por neoformações metaplásicas e heteroplásicas.

O tecido esquelético, irritado pelos elementos neoplásicos, é a sede de uma reacção inflamatória crónica que se traduz por uma hiperprodução de células conjuntivas embrionárias, por uma infiltração de linfocitos ou mesmo de leucocitos (1), por neo-formações vasculares, etc.

Em certos casos, o tecido conjuntivo embrionário é tão abundante que o estroma do neoplasma toma o aspecto de tecido sarcomatoso. Da hiperplasia do tecido conjuntivo-vascular circunvizinho resulta, algumas vezes, a formação de uma espécie de cápsula que dificulta mais ou menos a difusão das células epiteliomatosas, mas esta barreira de defesa, construída entre o processo mórbido e os tecidos ameaçados, é geralmente insuficiente para impedir, por muito tempo, a expansão local da doença, sobretudo quando os elementos neo-formados são de carácter pronunciadamente agressivo. As células cancerosas vivem numa anarquia absoluta e, por consequência, não reconhecem balisas.

(1) Quando o tecido conjuntivo é vivamente irritado, observam-se, quasi sempre, numerosos leucocitos mono e polinucleares, e, se a superfície do neoplasma está ulcerada, podemos encontrar também muitos glóbulos de pús.

Muitas vezes, enquanto estes fenómenos se produzem nas partes profundas do neoplasma, as células das camadas superficiais degeneram, necrosam-se e destacam-se, dando origem a uma ou a várias ulcerações que crescem progressivamente, tanto em superfície como em profundidade. Estas ulcerações encontram-se, quasi sempre, cobertas de um líquido sanioso, acinzentado, esbranquiçado ou branco amarelado e muito fétido. Nestes casos, a infecção e a supuração são freqüentes.

f) Lesões iniciais

Os epitelomas do pênis começam ordinariamente por uma pequena excrescência papilar ou verrugosa; por um pequeno nódulo de consistência dura; por uma pápula avermelhada, que se ulcera espontaneamente ou sob a influência de qualquer traumatismo; por uma ligeira fenda que se cobre de uma crosta amarelada e que, a pouco e pouco, se transforma numa ulceração; por uma fissura de cicatrização rebelde, etc., mas, algumas vezes, a lesão inicial apresenta-se, desde os primeiros dias, sob a forma de uma pequena úlcera, de bordos irregulares e fungosos, que se estende progressivamente em superfície e em profundidade. Nos indivíduos em que o prepúcio é demasiadamente longo e, sobretudo, em que o orifício prepucial é tão pequeno que não deixa descobrir o vértice da glande, o epiteloma da mucosa balânica, subtraído à observação directa, pode evolucionar durante alguns meses ou mesmo durante alguns anos sem cha-

mar a atenção do doente ou, pelo menos, sem ser diagnosticado.

Umaz vezes, o primeiro sintoma que se manifesta é um certo aumento de volume e de consistência do pênis, uma sensação de ardor ao nível da mucosa balano-prepucial ou uma dôr viva, provocada pelo coito ou espontânea; outras vezes, o primeiro sinal de alarme é a saída de um exsudato purulento, esbranquiçado, muito irritante e muito fétido, através do orifício prepucial.

Finalmente, em certos casos, a doença evoluciona durante muito tempo sem se manifestar por sintomas objectivos ou subjectivos fácilmente apreciáveis.

Nestas circunstâncias, é quasi sempre pela palpação que o doente descobre o seu mal, notando, com os dedos, um pequeno tumor sub-prepucial, como succedeu com os indivíduos das observações XI e XVII.

g) Extensão local

Dotado de um crescimento progressivo e excêntrico, o núcleo primitivo ou inicial emite numerosos prolongamentos, de forma dendrítica, que invadem o prepúcio, a glande, a parte anterior dos corpos cavernosos ou mesmo a totalidade do pênis.

Nestas circunstâncias, o órgão aumenta consideravelmente de volume e adquire uma consistência dura. O neoplasma pode estender-se em superfície e em profundidade ou somente numa destas direcções.

Nos casos em que se desenvolve sôbre o prepúcio ou sôbre o invólucro cutâneo do corpo do pé-

nis, estende-se principalmente em superfície e, algumas vezes, invade o escroto, a região púbica ou a face interna das coxas sem invadir os corpos cavernosos nem a glande. Tal é o caso observado por CULLERIER num homem de cinqüenta e seis anos.

O pênis, a região púbica, os três quartos superiores do escroto e a pele da face interna das coxas formavam uma larga superfície saliente, vermelha e granulosa, que sangrava ao menor contacto; os corpos cavernosos encontravam-se completamente sãos, como se verificou na autópsia.

Em regra, os epitelomas da superfície externa do prepúcio e os do invólucro cutâneo do corpo do pênis mantêm a sua situação superficial durante muito tempo e invadem muito lentamente os corpos cavernosos, mas esta regra apresenta algumas exceções.

BURET observou um cancroide do invólucro cutâneo do corpo do pênis, que, no prazo de cinco meses, invadiu toda a espessura dos corpos cavernosos. Quando se infiltra de tecido neoplásico, o prepúcio aumenta de espessura, adquire uma consistência dura e perde a sua mobilidade (fimose cancerosa).

Ao contrário dos epitelomas do prepúcio, os epitelomas da glande desenvolvem-se principalmente em profundidade e invadem rapidamente os corpos cavernosos. Estes perdem o seu aspecto esponjoso, adquirem uma consistência dura e apresentam uma côr branca, mais ou menos semelhante à de uma fatia de nabo.

O pénis toma quasi sempre a configuração de um badalo de sino (vid. observações x e xvii).

Nos casos em que a glande se encontra coberta pelo prepúcio, êste pode apresentar um ou mais orificios resultantes da corrosão dos tecidos pelo processo neoplásico.

Através dêstes orificios, saem, quasi sempre, algumas vegetações de tecido epiteliomatoso e, por vezes, até a própria glande (vid. observação iii). A maior parte das vezes, as paredes da uretra não são invadidas pelos epiteliomas que se desenvolvem sobre o revestimento epitelial da glande, do prepúcio ou do invólucro cutâneo do corpo do pénis.

Em 134 casos, DEMARQUAY só encontrou dois em que a uretra tinha sido invadida, e, num dêles, o neoplasma tinha começado pelos bordos de uma fistula uretral antiga.

h) Extensão regional (linfangites e adenites epiteliomatosas)

Na sua origem, o sistema linfático é formado por cavidades fechadas em dedo de luva, cujas paredes são constituídas por uma camada de células endoteliais, directamente encostadas a feixes de fibras conjuntivas.

O tecido conjuntivo é, segundo a expressão de RANVIER, uma verdadeira esponja linfática. Os espaços e as fendas que separam os feixes de fibras conjuntivas são lacunas linfáticas, onde nascem capilares que se reünem, depois de um curto trajecto, formando troncos linfáticos cada vez mais volumosos. Estes dirigem-se para os gânglios regionais, e

a linfa que neles circula não entra no canal torácico ou na grande veia linfática sem atravessar o sistema lacunar (1) de vários filtros ganglionares.

Os vasos linfáticos são verdadeiras estradas, através das quais marcham exércitos de agentes nocivos ao organismo, e os gânglios representam vedêtas ou guardas avançadas capazes de lutar até à morte de todos os seus elementos para salvar a integridade do sangue e das vísceras.

A acção dos gânglios manifesta-se em todas as infecções locais e principalmente nos tumores malignos de natureza epitelial. O tecido epiteliomatoso invade o sistema ganglionar por embolia simples, por extensão contínua ou, simultâneamente, pelos dois processos.

No primeiro caso, as células embolizadas podem aderir às paredes dos vasos linfáticos, em diversos pontos do seu trajecto, e dar origem a linfangites cancerosas nodulares ou em rosário, mas, a maior parte das vezes, são arrastadas pela linfa até aos gânglios regionais, onde formam tumores secundários, cujo volume pode ultrapassar o do neoplasma primitivo, e não dão origem a lesões de linfangite.

Pelo contrário, quando um êmbolo de células neoplásicas obtura completamente a origem de um vaso linfático, a linfangite é quási constante. A corrente

(1) Nos gânglios linfáticos temos a considerar dois sistemas: *a) sistema folicular*, constituído pelos foliculos linfóides e pelos cordões foliculares; *b) sistema lacunar*, formado pelos seios linfáticos, isto é, pelos seios infra-capsulares ou peri-foliculares, pelos seios inter-foliculares, pelos seios cavernosos e pelos seios eferentes. A linfa atravessa, sucessivamente, estes diversos seios.

da linfa, interceptada pelo êmbolo, não consegue dissociar, destacar e transportar a distância as células que o constituem e, por conseqüência, essas células, continuando a proliferar, progridem lentamente ao longo do vaso, dando origem a linfangites cancerosas contínuas.

Os vasos linfáticos apresentam-se então sob a forma de cordões brancos, duros, semi-transparentes ou opacos, e encontram-se cheios de células epiteliomatosas. No seu trajecto, desenvolvem-se, algumas vezes, várias úlceras cancerosas.

As linfangites tronculares são pouco freqüentes, porque os troncos linfáticos deixam passar facilmente as células neoplásicas, mas não são excepcionais os casos em que os linfáticos dorsais do pénis se encontram repletos de células epiteliomatosas, e, algumas vezes, até os linfáticos da região púbica e os da porção infra-umbilical da parede anterior do abdómen se encontram obturados.

As células epiteliomatosas são transportadas pela linfa, através dos vasos linfáticos superficiais, para os gânglios inguinais e, através dos linfáticos profundos, para os gânglios pélvicos e prevesicais. Quando a doença tem alguns anos ou, pelo menos, alguns meses de evolução, os gânglios inguinais encontram-se quasi sempre invadidos.

Em quarenta e oito casos de lesões epiteliomatosas do pénis, KAUFMANN só encontrou oito em que os gânglios inguinais não tinham sido invadidos.

A invasão do sistema linfático não termina ao nível dos gânglios inguinais: se a doença é entregue à

sua própria evolução, os gânglios pélvicos, os gânglios ilíacos externos, os gânglios lombares, etc., são invadidos sucessivamente. Algumas vezes, as adenites pélvicas e prevesicais desenvolvem-se antes da invasão dos gânglios inguinais, como em dois casos observados por KÜTHNER, mas os exemplos dêste género são excepcionais.

A invasão faz-se, como deixamos dito, por embolia ou por propagação de linfangites epiteliomatosas dos vasos eferentes das regiões invadidas pelo neoplasma. Num certo número de casos, a invasão ganglionar é tardia.

TAYLOR amputou um pénis, no sexto ano da doença, sem esvaziamento das regiões inguinais, e o doente viveu ainda dez anos sem que se manifestassem metástases ganglionares. Conduzidas pelos vasos linfáticos aos gânglios inguinais ou aos gânglios pélvicos, as células epiteliomatosas infiltram-se nas malhas do retículo dos seios infra-capsulares, multiplicam-se aí activamente e, em seguida, invadem todo o sistema lacunar, destruindo, sucessivamente, os seios inter-foliculares, os seios cavernosos e os seios eferentes. O sistema folicular é o *ultimum moriens* do gânglio linfático. Quando as células neoplásicas começam a invadir os seios infra-capsulares, as fibrilhas que constituem o tecido reticular dos outros seios hipertrofiam-se, formando uma espécie de barreira diante do processo mórbido que as ameaça.

As malhas do retículo linfático diminuem de tamanho ou desaparecem completamente e, por con-

seqüência, a marcha das células epiteliomatosas é mais ou menos dificultada, mas êste processo de defesa do tecido ganglionar tem uma importância mínima.

Os gânglios invadidos aumentam de volume e de consistência.

No início da invasão, são móveis e conservam a sua independência recíproca habitual; mais tarde, sob a influência de lesões de periadenite inflamatória ou cancerosa, formam massas volumosas, duras e irregulares, que aderem à pele e aos tecidos subjacentes ou circunvizinhos. Algumas vezes, desenvolvem-se, sôbre a pele, ulcerações fungosas e sangrentas que revestem, a pouco e pouco, todos os caracteres anátomo-patológicos do neoplasma primitivo (vid. observação xvii).

i) *Generalização (metástases viscerais)*

A fase de generalização dos epiteliomas do pênis é, como a de todos os outros tumores malignos, caracterizada pela formação, a distância, de nódulos secundários que reproduzem o tipo histológico do neoplasma primitivo. O fígado, os pulmões, os rins, o coração, o estômago e o sistema nervoso central são os lugares de eleição para o desenvolvimento dos nódulos secundários.

Na autópsia de um homem vitimado por um epitelioma do pênis, MONOD e BRUN encontraram seis nódulos secundários na face dorsal do fígado. Um doente de RICORD, vitimado pela mesma doença, apresentava os dois pulmões semeados de nódulos

secundários, uns do tamanho de ervilhas, outros do tamanho de avelãs.

Num outro caso publicado por DEMARQUAY, encontravam-se quinze pequenos neoplasmas secundários no pulmão esquerdo.

E. KAUFMANN refere-se também ao caso de um homem de trinta e dois anos com metástases nos gânglios inguinais, na pele, nos músculos, no figado, nos pulmões e no coração.

As células epiteliomatosas que conseguem atravessar os diferentes filtros ganglionares, situados no trajecto das vias linfáticas, cáem no canal torácico, entram no sistema venoso e são transportadas pelo sangue até aos pulmões.

Quando se encontram isoladas, estas células atravessam facilmente os capilares pulmonares, entram nas cavidades cardíacas esquerdas e são, em seguida, distribuídas por quási todas as vísceras, começando, em geral, pelas mais vascularizadas (figado, rins, baço, cérebro, etc.).

Pelo contrário, quando formam retalhos tão volumosos que não podem passar através das arteriolas pulmonares, é no pulmão que se desenvolvem os primeiros nódulos secundários. Em certos casos, as células epiteliomatosas penetram directamente nas veias e nos capilares dos tecidos vizinhos ou mudam de caminho ao nível dos primeiros gânglios que encontram no trajecto das vias linfáticas.

«... si la propagation se fait ordinairement d'un ganglion à l'autre en suivant l'ordre préétabli par le courant de la lymphe, dizem os histo-patologistas

CORNIL e RANVIER (1), *immédiatement au voisinage du ganglion, l'épithélioma rencontre des veines qui offrent à la généralisation une voie beaucoup plus directe* ».

A ausência de adenites cancerosas, apreciáveis clinicamente, não basta, portanto, para se poder afirmar a ausência de metástases viscerais. Os gânglios inguinais podem ser quasi inapreciáveis, pela palpação, em casos de generalização visceral manifesta. Os casos dêste género são, todavia, muito pouco freqüentes.

Os epiteliomas do pénis, à semelhança dos cancros do ovário, generalizam-se muito mais raras vezes e muito mais lentamente do que os epiteliomas das outras regiões do organismo, mas, num grande número de casos (em quinze por cento segundo JAMES EWING), os doentes sucumbem somente depois da generalização visceral.

A formação de nódulos secundários nas vísceras seria muito mais freqüente se a doença fôsse entregue à sua própria evolução, e, mesmo assim, observar-se-hia muitas mais vezes se todos os individuos vitimados por êste mal fôsssem autopsiados.

Em geral, a maior parte dos doentes são operados numa altura em que a terapêutica é coroada de esplêndidos resultados e, por outro lado, aqueles que se apresentam na fase de inoperabilidade ou que se não querem deixar operar escapam quasi todos à autópsia. A freqüência da generalização visceral dos

(1) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'Histologie Pathologique*, tómo 1, Paris, 1901.

epiteliomas do pênis não é, portanto, fácil de estabelecer.

f) Complicações, perturbações funcionais e anemia cancerosa

As complicações mais freqüentes dos epiteliomas do pênis são as hemorragias, os fenómenos de retenção urinária e as fistulas uretrais. Num caso observado por THOMAS MACHELL, a uretra encontrava-se completamente obliterada, e, atrás do obstáculo, notavam-se quatro fistulas uretrais.

Um doente observado por BOYER urinava gôta a gôta e a sua bexiga, distendida pela urina, subia até ao umbigo. Feita a amputação do pênis, a urina saía livremente e os fenómenos de retenção urinária nunca mais se manifestaram. Uma vez, a impermeabilidade da uretra é a consequência de uma simples compressão ou o resultado da obliteração, quasi completa, por um nódulo de tecido neoplásico que se desenvolve sobre a mucosa uretral; outras vezes, os fenómenos de retenção urinária são produzidos por um neoplasma que se desenvolve sobre a glândula e que obtura, completa ou incompletamente, o meato urinário.

Neste último caso, a urina saía através de vários orifícios escondidos no meio do tecido neoplásico, como se notou no doente da observação XVII.

Finalmente, a retenção de urina pode resultar da coarctação do orifício prepucial (fimose cancerosa), como num caso observado por DEMARQUAY.

No período final da doença, manifestam-se, em geral, os sintomas habituais da caquexia cancerosa:

falta de apetite alimentar; emagrecimento; côr amarelada da pele (côr de palha); palidez das mucosas; diminuição da taxa da hemoglobina; alteração da forma e diminuição do número de glóbulos vermelhos; aumento do número de glóbulos brancos (hiper-leucocitose)(1); diminuição da quantidade de fosfatos, de cloretos e de ureia na urina, etc.

A maior parte das vezes, a alteração do estado geral só se manifesta depois da invasão dos gânglios inguinais e pélvicos, mas, em certos casos, surge algum tempo antes. Nas formas ulcerosas com desenvolvimento rápido, a caquexia cancerosa é, ordinariamente, mais pronunciada e mais precoce do que nas formas vegetantes e de evolução lenta.

b) Evolução, duração e prognóstico

A fôrça de crescimento e de expansão local dos epitelomas depende, como a de qualquer outro neoplasma, da energia da proliferação celular e das reacções de defeza do tecido conjuntivo.

A evolução dos epitelomas do pénis é geralmente lenta, mas na literatura médica encontram-se muitos exemplos de desenvolvimento rápido, e nós tivemos também ocasião de observar alguns.

A evolução lenta observa-se sobretudo nos epitelomas papilares ou vegetantes do invólucro cutâneo do corpo do pénis e da face externa do prepúcio.

A evolução rápida observa-se principalmente nos

(1) Algumas vezes nota-se, pelo contrário, uma hipo-leucocitose pronunciada.

epiteliomas granuloses e ulcerosos ou corrosivos da uretra, da glândea e da face mucosa do prepúcio.

BARNEY refere-se a onze casos de epiteliomas do pênis com mais de cinco anos de evolução e a um com onze.

LEBERT refere-se também a cancróides com dez anos, e DEMARQUAY observou alguns com quinze e até com vinte.

Os casos em que estes neoplasmas evoluem, pelo contrário, tão rapidamente que matam os doentes em menos de oito, de seis ou mesmo de dois meses são muito raros, mas não excepcionais.

A duração média é :

Segundo DEMARQUAY	2 a 3 anos
Segundo BARNEY	1 a 4 anos
Segundo MONOD et BRUN	2 a 4 anos
Segundo LEGUEU et PAPIN	3 a 4 anos
Segundo LEBERT	4 1/2 anos

Sob o ponto de vista das recidivas, o prognóstico dos epiteliomas do pênis é relativamente pouco grave, desde que a amputação do órgão seja feita além dos limites do neoplasma e em ocasião oportuna.

A maior parte dos doentes vivem bastantes anos depois da operação e morrem, quasi sempre, de outras doenças. A mortalidade é, segundo JAMES EWING (1), de trinta e dois por cento. Uns desenvolvem metástases viscerais; outros sucumbem somente com lesões pélvicas e locais. Sob o ponto de vista das funções genésicas, o prognóstico é dos

(1) JAMES EWING, *obr. cit.*

mais graves, se o órgão é amputado pela base; nos casos em que a amputação é feita ao nível da parte média, alguns indivíduos conseguem ainda exercer a cópula e fecundar as suas mulheres.

FABRICE DE HILDEN, referindo-se a um indivíduo a quem fez uma amputação parcial do pénis, escreve:

« Il me dit, en outre, plusieurs fois qu'il était très-souvent porté aux plaisirs de l'amour ».

1) Diagnóstico

O diagnóstico dos epiteliomas do pénis é geralmente fácil, mas, em certos casos, a confusão com outras lesões é possível e até certo ponto desculpável.

Na literatura médica encontram-se, com efeito, muitos exemplos de erros de diagnóstico, cometidos por clínicos com largos anos de observação e de experiência e até por histo-patologistas de longa prática.

BELL, RICORD, FOURNIER, GALLIGO, VIDAL DE CASSIS e outros autores referem-se a alguns casos.

A idade do doente, a sede, a forma, o aspecto, a extensão e a profundidade das lesões locais, o seu desenvolvimento inicial e a sua evolução, o rebate sôbre os gânglios ou sôbre todo o organismo são valiosos focos luminosos colocados no caminho do diagnóstico, mas a confusão com lesões sifilíticas, com papilomas, com vegetações papilomatosas de origem venérea (condilomas) e até com nódulos fibro-plásticos dos corpos cavernosos não deixa de ser possível.

O êrro pode ser cometido nos dois sentidos, isto é, podemos tomar um epiteloma por qualquer outra formação mórbida (cancro sifilítico, condiloma, etc.) e, reciprocamente, uma lesão não cancerosa por um epiteloma.

Os epiteliomas ulcerosos que se desenvolvem sobre o prepúcio e principalmente sobre a glande apresentam, no seu início, uma certa semelhança com as ulcerações sifilíticas ou tuberculosas e, por consequência, se os commemorativos não são suficientes para esclarecer a questão, o diagnóstico só pode ser feito pela evolução da doença, por um tratamento de prova ou pela análise histológica.

Não são somente as úlceras sifilíticas, primárias, secundárias ou terciárias, que se podem confundir com as úlceras epiteliomatosas. Os cancros sifilíticos vegetantes e hipertróficos apresentam, por vezes, tal semelhança com os epiteliomas papilares, levemente ulcerados, que o diagnóstico diferencial entre as duas doenças é muito difícil e, em certos casos, absolutamente impossível sem o auxílio dos laboratórios. A análise histológica e a reacção de WASSERMANN são, muitas vezes, indispensáveis.

As dificuldades de diagnóstico dos epiteliomas do pênis são, ordinariamente, tanto maiores e tanto mais freqüentes quanto mais recentes são estas produções mórbidas, mas, num grande número de casos, principalmente naqueles em que se apresenta a hipótese de um papiloma, sucede precisamente o contrário.

Nos casos em que são acessíveis à vista, os papi-

lomas da glande diagnosticam-se facilmente, emquanto são pequenos. Mais tarde, ulceram-se, quer espontaneamente, quer sob a influência de tópicos vários ou de traumatismos repetidos, e, algumas vezes, à medida que aumentam de volume, perdem os seus caracteres próprios e adquirem, a pouco e pouco, o aspecto exterior dos epitelomas papilares.

Compreende-se facilmente que, nestas circunstâncias, as dificuldades de diagnóstico podem ser grandes.

« Os condilomas acuminados e ulcerados, diz BELL, confundem-se tão facilmente com os epitelomas papilares que, em certos casos, até os próprios especialistas se encontram seriamente embaraçados ».

As dificuldades são ainda maiores nos casos em que as produções mórbidas, papilomatosas ou epitelomatosas, se desenvolvem debaixo do prepúcio.

Nestes casos, o médico deve fazer, sistematicamente, o desbridamento da prega prepucial.

Pelos commemorativos, podemos chegar à conclusão de que uma dada produção mórbida era, no seu início, um simples papiloma, mas nada nos autoriza a afirmar que esta produção não sofreu, espontaneamente ou sob a influência de qualquer traumatismo local, uma evolução epiteliomatosa, tanto mais que as hiperplasias papilomatosas são frequentemente os pontos de partida de epitelomas, principalmente nos indivíduos de idade avançada.

Em tais circunstâncias, só no campo do microscópio se consegue estabelecer o diagnóstico e, por vezes, até este processo pode deixar dúvidas.

Entre os mais puros papilomas e os que se encontram em início de evolução epiteliomatosa franca, há uma transição insensível e gradual, uma espécie de «terra de ninguém» ou, por outras palavras, uma série de tipos de lesões intermediárias que podem embaraçar seriamente o histo-patologista e obrigá-lo a repetir a análise com outros fragmentos do mesmo tecido.

Relativamente fácil é o diagnóstico dos nódulos epiteliomatosos que se desenvolvem sobre os corpos cavernosos, porque o seu crescimento progressivo, a sua tendência para a ulceração, o aumento de volume dos gânglios inguinais e a presença de um neoplasma sobre a glândula, sobre o prepúcio ou sobre o invólucro cutâneo do corpo do pênis excluem qualquer outra hipótese.

Feito o diagnóstico de epitelioma, é necessário determinar o grau da sua extensão em superfície e, sobretudo, em profundidade, porque, em certos casos de cancróides superficiais e pouco extensos do prepúcio ou do invólucro cutâneo do corpo do pênis, podemos poupar o doente à mais chocante e à mais horrível das mutilações. A simples ablação do neoplasma tem dado, nestes casos, resultados tão bons como a amputação do pênis. Pela forma, pelo aspecto, pelo volume e pela consistência dos tecidos vizinhos, avalia-se, mais ou menos, o grau de extensão em profundidade.

Nos casos duvidosos, podemos, como fazia LISFRANC, incisar o tumor, no sentido do comprimento do penis, até atingir as albugíneas dos corpos caver-