

nosos. Se estas se encontram intactas, deve fazer-se a ablação de cada uma das metades do neoplasma, de dentro para fora e de baixo para cima, sem destruir os tecidos que não estão invadidos.

No caso contrário, faz-se a amputação, total ou parcial, do pénis.

m) Etiologia

A etiologia das lesões neoplásicas tem dado lugar a largas discussões e a renhidos debates e tem constituído o assunto de muitos milhares de publicações; mas o que hoje se conhece sôbre esta questão resume-se ainda em teorias variadas e em hipóteses diversas. Nada de absoluto, nada de positivo.

A verdadeira causa dos epitelomas do pénis não se conhece melhor do que a de qualquer outro neoplasma, seja qual fôr a sua natureza ou a sua sede, mas há um certo número de factores locais, anatómicos e anátomo-patológicos, que não devemos deixar de mencionar, porque, num grande número de casos, a sua acção sôbre o desenvolvimento da doença parece ser manifesta.

Neste capítulo falaremos sômente sôbre a acção etiológica de certas lesões locais e sôbre o contágio.

Quando tratarmos das anomalias do prepúcio, veremos a influência da fimose.

Inflamações crónicas repetidas, irritações químicas ou mecânicas, traumatismos, cicatrizes de lesões sifilíticas, etc. — As inflamações crónicas, as irritações químicas ou mecânicas e as cicatrizes de queimadu-

ras, de lesões traumáticas ou de doenças venéreas exercem uma certa influência sôbre o desenvolvimento dos epitelomas do pênis. Em trinta e três casos, KAUFMANN encontrou vinte e nove em que a doença tinha sido precedida de balanites crônicas provocadas por secreções irritantes.

THOMSON considera como lesões pre-cancerosas as balanites catarrais crônicas com hiperplasia e descamação do tecido epitelial (psoríase balano-prepucial de SCHUCHARDT).

BUDAY refere-se a um epitelioma da extremidade anterior da uretra, consecutivo a uma elefantíase do pênis, e MARTIN observou, na clínica de RICHET, um caso de epitelioma da glândula, consecutivo a uma blenorragia crônica.

HOTTINGER refere-se também a vários casos em que a doença parece ter sido o resultado de inflamações crônicas repetidas. Os traumatismos do pênis podem exercer, igualmente, uma certa influência sôbre o aparecimento de epitelomas. Alguns autores accusam até o traumatismo da circuncisão.

MARX refere-se a um homem de cinqüenta anos, que, na sua mocidade, se apaixonou por uma mulher com quem esteve amantado durante quatro ou cinco anos.

Esta mulher, exageradamente ciumenta, conseguiu que o seu amante deixasse colocar no prepúcio um cadeado de ouro e, algumas vezes, receando que um cadeado não fôsse bastante, applicava dois.

Quando se afastou da sua amante, êste homem apresentava uma inflamação pronunciada do pre-

púcio e, mais tarde, desenvolveu-se um epitelioma sobre os tecidos inflamados.

Chamado pelo doente, DUPUYTREN observou, na prega prepucial, mais de vinte orifícios. Informado sobre o que se tinha passado, relacionou a origem do neoplasma com as tracções freqüentes e repetidas que o cadeado devia ter exercido pelo seu pêzo e pela distensão do prepúcio, durante as erecções não satisfeitas.

Em Junho de 1921, observámos, no Hospital da Universidade de Coimbra, um caso de epitelioma da mucosa balano-prepucial, que se manifestou dois meses depois de uma parafimose que o doente conseguiu reduzir por manobras mecânicas, variadas e mais ou menos violentas (vid. observação IV).

¿ Não haveria neste caso uma certa relação entre o traumatismo e o aparecimento do neoplasma?

Esta relação é provável, mas estamos muito longe de poder afirmar que a deslocação forçada do anel prepucial para a parte posterior da glande e as manobras de redução tenham feito mais do que despertar um epitelioma latente ou acelerar a marcha de uma lesão epiteliomatosa ainda imperceptível.

Algumas vezes, os epiteliomas do pénis têm, como ponto de partida, lesões papilomatosas antigas, dotadas de uma evolução muito lenta e aparentemente insignificantes.

FABRICE DE HILDEN observou um caso dêste género num homem de oitenta anos, que tinha, desde criança, uma pequena verruga na extremidade da glande.

Emquanto solteiro, o doente nada sofria, mas, de-

pois de casado, os movimentos do coito despertavam dores vivas ao nível da verruga. Esta aumentou consideravelmente de volume e adqueriu, a pouco e pouco, todos os caracteres de um epitelioma.

RICORD, BLACH, CHALVET, KLEBS, FOURNIER, ROGER e outros autores descreveram também vários exemplos de papilomas que se transformaram em epiteliomas sob a influência de irritações mecânicas, repetidas, ou de cauterizações intempestivas e violentas.

« *Cette sorte de cancer*, diz Roux, referindo-se aos epiteliomas do pênis, *est purement locale et produite par une cause également locale irritant le gland d'une façon permanente* ».

DEMARQUAY, PONCET, GUIARD, PETIT, etc., publicaram algumas observações de epiteliomas do pênis que se desenvolveram ao nível de fistulas uretrais.

Nestes casos, é provável que a irritação dos bordos das fistulas, pela urina, tenha desempenhado um papel importante.

ASCHOFF (1) declara que, em muitos casos de epiteliomas do pênis, é possível reconhecer a sua derivação de cicatrizes, especialmente sifilíticas, da glande ou do prepúcio.

Alguns autores consideram a própria sífilis como causa possível; outros inclinam-se a negar-lhe a menor influência etiológica. VOELKER não admite qualquer relação entre as duas doenças.

Pelo contrário, DEMARQUAY, MONOT et BRUN, JAMES

(1) ASCHOFF, *Anatomia Patológica*, tómo II, trad. italiana de TITO CAVAZZANI, Torino, 1914.

EWING e outros autores afirmam que as lesões sifilíticas locais (cancros sifilíticos e suas cicatrizes, placas mucosas, etc.) podem ser o ponto de partida de epiteliomas.

Contágio. — A questão da contagiosidade do cancro começou a ser discutida há aproximadamente dois séculos, e devemos dizer que, de ano para ano, aumenta consideravelmente o número de partidários.

LAPTHORN SMITH, num artigo que escreveu no número 70 da *Presse Médicale* de 1921, afirma que o cancro é uma doença parasitária e contagiosa e que o tecido cicatricial é um esplêndido lugar para o desenvolvimento dos parasitas.

DEMARQUAY, MARTIN e outros autores sustentam que o epitelioma do pénis pode resultar do contacto da glândula ou do prepúcio com um cancro do focinho de tenca ou da vagina.

Realmente, têm sido observados alguns casos de contágio, mas os exemplos dêste género são relativamente pouco freqüentes. O próprio DEMARQUAY, em 134 casos de epiteliomas do pénis, apenas encontrou um em que a mulher do doente tinha um tumor no útero.

GIROU (1) observou um caso de coincidência de um cancro do pénis e de um cancro da vagina, em dois cônjuges, e, pelo interrogatório, julgou poder afirmar que a mulher tinha contagiado o marido, mas não conseguiu obter elementos absolutamente decisivos.

(1) Citado por MAUCLAIRE, *Presse Médicale* de 7 de Fevereiro de 1920.

QUEILLOT (1) refere-se a vinte e três casos de epitelomas do pénis, observados em indivíduos cujas mulheres apresentavam tumores uterinos, e POTHE-RAT (2) observou cinco casos em que a hipótese do contágio pode ser admitida, mas insiste sobre a raridade do cancro do pénis comparado com o do útero e com o da vagina.

A implantação pelo contacto é possível, sobretudo quando o invólucro tegumentar do pénis apresenta uma solução de continuidade que favorece a enxertia das células neoplásicas, mas os casos dêste género são, como acima dissemos, pouco frequentes.

Em Março de 1920, encontrava-se, na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Coimbra, com um cancro inoperável da vagina e do colo do útero, uma mulher que, durante a sua doença, teve relações sexuais com vários indivíduos, e não lhe constava que tivesse contagiado algum.

Em Janeiro de 1922, autopsiámos uma meretriz que faleceu com um cancro ulceroso do colo do útero, na fase de generalização visceral, e não nos consta que esta mulher tivesse contagiado alguém, apesar de ter tido uma vida sexual activa, durante o primeiro ano da sua doença, segundo nos informaram na ocasião da autópsia. Os exemplos dêste género contam-se aos milhares.

Não podemos afastar a possibilidade do contágio,

(1) Citado pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. Luís dos Santos Viegas, no semestre de verão de 1912-1913, numa das suas prelecções sobre etiopatogenia dos tumores.

(2) *Presse Médicale* de 7 de Fevereiro de 1920.

mas, pelo que acabamos de mencionar, êste deve ser pouco freqüente.

2 — Observações

OBSERVAÇÃO I

Epitelioma papilar da glande

Exemplar 543 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar é constituído pela glande e pelo têtço anterior do corpo de um pênis. Mede seis centímetros de comprimento por onze de circunferência. A prega prepucial encontra-se reduzida a um estreito retalho circular, no qual se observam alguns fios de crina unindo o folheto mucoso ao folheto cutâneo. Isto faz-nos supôr que o doente era um fimótico e que o cirurgião, querendo examinar cuidadosamente a glande, circuncidou o prepúcio, um ou dois dias antes de pegar no bisturi para fazer a amputação do pênis.

A forma geral da glande não se encontra muito alterada. A situação, a forma e as dimensões do meato urinário são sensivelmente normais. Na metade superior da corôa da glande e na parte correspondente do sulco balano-prepucial, observa-se uma massa de tecido neoplásico, de superfície vegetante e com aspecto de couve-flor, que penetra na espessura dos tecidos subjacentes e invade as extremidades anteriores dos corpos cavernosos.

Análise histológica. — O fragmento de tecido para análise foi extraído da parte dorsal da corôa da glânde e os cortes foram feitos perpendicularmente à superfície do tumor.

Examinando estes cortes, das camadas superficiais para as partes profundas, observamos:

a) Um epitélio pavimentoso estratificado, do qual partem numerosos cordões ou cilindros de células epiteliomatosas pronunciadamente atípicas. Em certos pontos, estes cordões ramificam-se e anastomosam-se uns com os outros, formando uma rede cujas malhas se encontram cheias de tecido conjuntivo.

b) Ilhotas de células epiteliomatosas, distribuídas por todo o campo do microscópio.

c) Células neoplásicas, isoladas e infiltradas nos interstícios do tecido conjuntivo que constitue o estroma do tumor.

d) Alguns globos epidérmicos.

e) Muitos linfócitos, distribuídos por todo o campo do microscópio.

A parte superficial da glânde encontra-se completamente destruída pelo processo neoplásico. A parte central encontra-se também invadida por algumas células epiteliomatosas em via de divisão activa, mas é ainda possível diagnosticar o órgão pela sua estrutura trabéculo-areolar.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO II

**Epitelioma papilar da glande com invasão do prepúcio
e da parte anterior dos corpos cavernosos**

Exemplar 1.480 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (figs. 15 e 21) é constituído pela metade anterior de um pénis. Mede oito centímetros de comprimento por dezassete de circunferência. O orifício prepucial (vid. fig. 15) apenas deixa passar uma delgada vareta de vidro, e os seus bordos apresentam, em certos pontos, mais de dois centímetros de espessura.

Abrindo a cavidade prepucial, nota-se que as paredes do prepúcio são muito espessas e que a glande está completamente destruída por um neoplasma, de superfície vegetante e com aspecto de couve-flor (vid. fig. 21).

O meato urinário é difícil de encontrar. Os corpos cavernosos, infiltrados de tecido neoplásico, apresentam uma consistência dura e uma cor branca.

Análise histológica. — a) *Glande.* O tecido da glande encontra-se tão desorganizado que a sua estrutura trabéculo-areolar é difícil de reconhecer.

No meio de um estroma pouco abundante, constituído principalmente por fibras conjuntivas, observam-se muitas células epiteliomatosas, consideravelmente volumosas e com núcleos em via de divisão activa. Algumas destas células distribuem-se irre-

gularmente por toda a superfície dos cortes; outras constituem grupos (cordões e lóbulos), de dimensões variadas e de contornos irregulares.

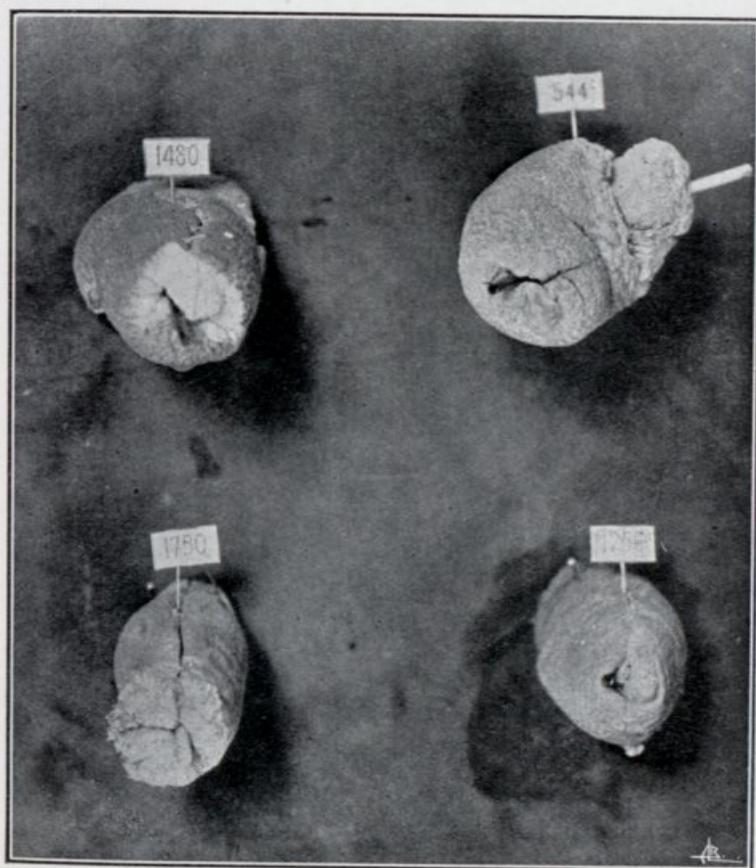
Encontram-se muitos globos epidérmicos em diversos estados de evolução.

b) *Prepúcio*. - As papilas da mucosa do prepúcio encontram-se consideravelmente hipertrofiadas, e, do seu revestimento epitelial, partem numerosas colunas de células volumosas, de contornos poligonais (células do tipo mucoso de MALPIGHI), com disposição recíproca desordenada e com núcleos em via de divisão activa, que penetram na espessura do tecido conjuntivo subjacente. Algumas destas colunas de tecido epitelial ramificam-se e anastomosam-se, outras dividem-se em pequenos lóbulos que se encontram separados uns dos outros por feixes de fibras conjuntivas.

Em certos pontos das preparações, observam-se muitos globos epidérmicos.

c) *Corpos cavernosos*. Examinando um fragmento de tecido extraído do tærço médio dos corpos cavernosos, encontramos muitos globos epidérmicos e um grande número de células epiteliomatosas, não degeneradas, umas isoladas, outras associadas em grupos.

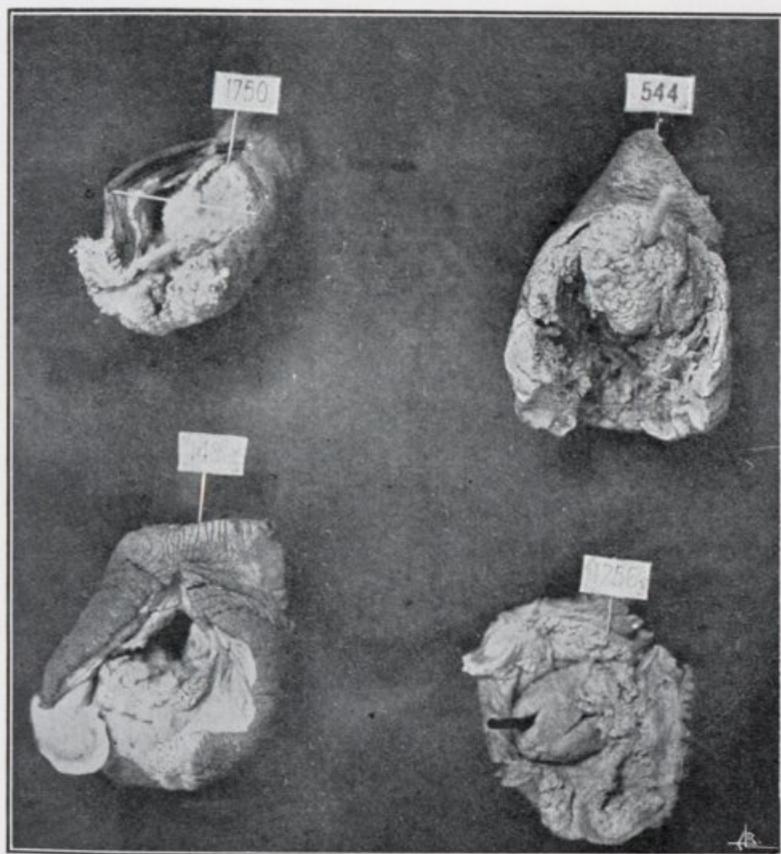
Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.



EPITELIOMAS DO PÊNIS

(Redução de 1/3)

Fig. 15 (Exemplar 1480 do Museu. Observação II)
 — 16 (— 544 — — III)
 — 17 (— 1750 — — IV)
 — 18 (— 1256 — — V)



EPITELIOMAS DO PÊNIS

(Redução de 1/3)

Os mesmos exemplares da estampa anterior, mostrando as lesões da mucosa balano-prepucial

Fig. 19	(Exemplar 1750 do Museu.	Observação IV)
— 20 (— 544	— — III)
— 21 (— 1480	— — II)
— 22 (— 1256	— — V)

OBSERVAÇÃO III

Epitelioma papilar da glande com perfuração da parede lateral esquerda do prepúcio e com invasão dos gânglios inguinais

História clínica⁽¹⁾

J. C., de 45 anos, alfaiate, entrou para a enfermaria de U. H. em 15 de Maio de 1912.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Fimose congénita incompleta. Teve as primeiras relações sexuais aos 44 anos. Não teve doenças venéreas.

H. P. — Dez ou doze meses antes de entrar para o Hospital, observou, na vizinhança do freio do pénis, um pequeno nódulo de consistência dura e de superfície ulcerada. Poucos dias depois, êste nódulo inflamou-se e começou a supurar. O doente fez aplicações locais de diversas substâncias, mas sem resultados favoráveis.

E. A. — Apresentou-se no Hospital com um tumor de aspecto vegetante, implantado sôbre a face lateral esquerda do pénis, sangrando fortemente e tendo perfurado o prepúcio que se encontrava ao lado. Os gânglios inguinais encontravam-se aumentados de volume. O doente queixava-se de dores espontâneas e provocadas pela micção.

Reacção de WASSERMANN — negativa.

(1) As notas clínicas dêste caso foram colhidas no Arquivo da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Análise cito-bacteriológica das urinas — muitos glóbulos de pús, poucos glóbulos vermelhos, bastantes estafilococos e alguns estreptococos.

Tratamento. — Amputação do pênis pela base com esvaziamento ganglionar das duas regiões inguinais.

A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 25 de Junho de 1912, e o doente saíu curado em 2 de Agosto do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 544 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (figs. 16 e 20) é constituído pelos dois têtços anteriores de um pênis. Tem sete centímetros de comprimento por dezassete de circunferência.

O orifício prepucial é muito pequeno (vid. fig. 16) e os seus bordos são muito espessos. Na parede lateral esquerda do prepúcio, a dois centímetros e meio da sua extremidade anterior, encontra-se um orifício circular, com cêrca de três centímetros e meio de diâmetro, cujos bordos são irregulares e estão infiltrados de tecido neoplásico. Através dêste orifício, sai para o exterior uma volumosa massa de tecido cuja superfície se encontra semeada de granações e de vegetações, de tamanhos diversos e de formas variadas (vid. fig. 16).

É a glande que se encontra completamente destruída por tecido neoplásico. O meato urinário é difícil de encontrar. Em certos pontos, observam-se



Fig. 23. — (Ampliação de 155 diâmetros)
Exemplar 544 (Observação III)

CORDÕES E LÓBULOS DE CÉLULAS EPITELIOMATOSAS

PLATE VII

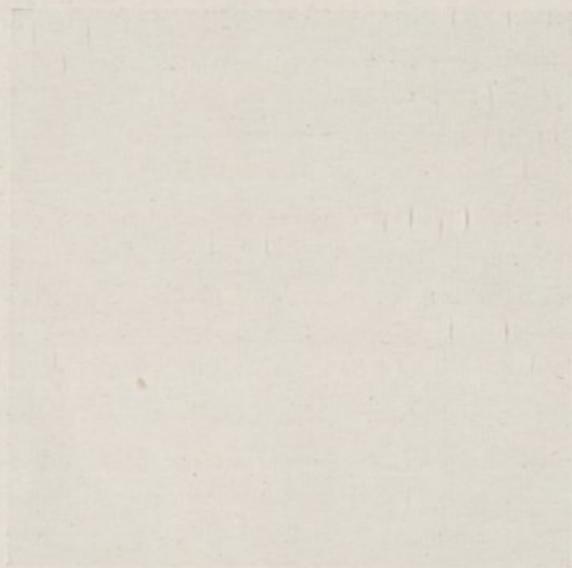


PLATE VIII

[98]

algumas ulcerações. Fazendo o desbridamento da parede lateral esquerda do prepúcio, nota-se (vid. fig. 20) que a mucosa balano-prepucial está completamente destruída por tecido neoplásico.

Análise histológica. — Pela análise histológica, notam-se muitos grupos (cordões e lóbulos) de células epiteliomatosas, distribuídos por toda a superfície dos cortes e separados uns dos outros por feixes de fibras conjuntivas (vid. fig. 23).

Alguns destes grupos encontram-se necrosados na parte central; outros contêm globos córneos ou são formados exclusivamente por células vivas, sem tendência para a evolução epidérmica. O tecido conjuntivo que os separa está infiltrado de linfocitos e de células epiteliomatosas isoladas. A parte central da glande está pouco alterada, mas a parte periférica encontra-se completamente destruída.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO IV

Epitelioma papilar da mucosa balano-prepucial

História clínica

J. P. B., de 75 anos, viúvo, serralheiro, natural de Carvalhais (Figueira da Foz), entrou para a enfermaria de D. S. H. em Maio de 1921 e foi transferido para a enfermaria de U. H. em 30 de Julho do mesmo ano.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Fimose congênita incompleta. Não teve doenças venéreas nem outras lesões do lado do seu aparelho genital.

H. P. — Em Setembro de 1920, no fim de uma descamisada, êste doente, querendo demonstrar aos seus companheiros de trabalho que, apesar de ser um velho de « três quarteirões de anos », ainda conservava a sua virilidade genital e apresentava, como êles, um pênis sem defeitos, « arregaçou » o prepúcio com tal violência que descobriu completamente a sua glande.

A experiência custou-lhe dores violentas e o resultado foi uma parafimose que o doente teve a felicidade de conseguir reduzir, ao fim de vinte e quatro horas. Fez aplicações locais de água quente e, por manobras mecânicas variadas, conseguiu, com certo esforço e depois de várias tentativas, reconduzir o anel prepucial à sua primitiva posição.

Quando isto sucedeu, o doente não notou qualquer lesão sôbre a mucosa balano-prepucial. Um ou dois meses depois, começou a sentir dores espontâneas, ao nível da extremidade livre do pênis, e, pela expressão, fazia sair, através do orifício prepucial, uma substância esbranquiçada, muito irritante e muito fétida. A metade anterior do órgão encontrava-se aumentada de volume e apresentava uma côr avermelhada. A passagem da urina através do vestibulo prepucial provocava uma intensa sensação de ardor. Fez aplicações locais de cosimentos de malvas, durante alguns meses, e, depois disso, con-

sultou um médico que o aconselhou a dar entrada num hospital.

E. A. — A metade anterior do pénis encontra-se aumentada de volume. O anel prepucial está coberto de tecido neoplásico, vegetante e com aspecto de couve-flor. O orifício do prepúcio é muito pequeno; através dêle, sai para o exterior um exsudato esbranquiçado, muito fétido. O doente queixa-se de dores espontâneas e de ardor durante as micções.

Os gânglios inguinais são pouco volumosos, mas apresentam uma consistência dura e são ligeiramente dolorosos à pressão.

Tratamento. — Amputação do pénis com esvaziamento gânglionar das regiões inguinais. A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 8 Agôsto de 1921, e o doente saiu curado em 2 de Outubro do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 1.750 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (figs. 17 e 19) mede sete centímetros de comprimento por doze de circunferência máxima. A sua configuração é mais ou menos semelhante à de uma alcachofra. O orifício do prepúcio é muito pequeno e os seus bordos encontram-se completamente cobertos de uma massa de tecido de nova formação, com aspecto de couve-flor, que apresenta longas e delgadas vegeta-

ções, implantadas perpendicularmente sôbre a pele e sôbre a mucosa do prepúcio (vid. fig. 17).

Algumas destas vegetações, aglutinadas pelo exsudato esbranquiçado a que já nos referimos, formam lâminas mais ou menos semelhantes a pequenas pétalas de malmequer. Abrindo a cavidade prepucial nota-se (vid. fig. 19):

a) que a distância entre o vértice da glande e o orifício do prepúcio é de dois centímetros, o que equivale a dizer que o comprimento do vestibulo prepucial é exagerado;

b) que a forma e as dimensões da glande são sensivelmente normais;

c) que toda a mucosa balano-prepucial se encontra destruída por tecido neoplásico, com aspecto de couve-flor;

d) que êste tecido penetra na espessura da glande e do prepúcio e que invade as extremidades anteriores dos corpos cavernosos;

e) que, dentro da cavidade prepucial, existe uma substância esbranquiçada, de cheiro fétido, de aspecto caseoso e de consistência cremosa.

Análise histológica. — a) *Glande.* O epitélio da glande está consideravelmente aumentado de espessura e os aparelhos papilares encontram-se muito hipertrofiados. Da camada mucosa de MALPIGHI, partem numerosos cordões de células epiteliais, uns simples, outros ramificados, que penetram irregularmente na espessura do tecido trabéculo-areolar da glande, respeitando apenas um pequeno número

de trabéculas, na parte central do órgão. As células apresentam uma disposição recíproca desordenada e encontram-se em via de divisão activa. Na espessura do tecido epiteliomatoso, observam-se alguns globos epidérmicos e, nos interstícios do tecido conjuntivo inter-epitelial, encontram-se muitos linfócitos.

b) *Prepúcio*. As células do revestimento epitelial do prepúcio são volumosas e de contornos irregulares, apresentam uma disposição recíproca desordenada e infiltram-se nos interstícios do tecido conjuntivo subjacente. Na espessura da prega prepucial, encontram-se alguns globos epidérmicos e muitas células epiteliomatosas isoladas. Nas partes superficiais, observam-se lesões de hiperplasia papilar.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO V

Epitelioma papilar da glande e da face mucosa do prepúcio

Exemplar 1.256 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (figs. 18 e 22) é constituído pelo segmento balano-prepucial de um pénis. Tem seis centímetros de comprimento por treze de circunferência máxima.

O orifício prepucial é pequeno e encontra-se quási completamente obturado por uma massa de tecido

neoplásico, de superfície irregular e com aspecto de couve-flor. A espessura, a consistência e o aspecto da metade direita do anel prepucial são sensivelmente normais.

Pelo contrário, a metade esquerda, invadida pelo neoplasma, encontra-se aumentada de espessura e de consistência. Abrindo a cavidade prepucial, nota-se (vid. fig. 22): que a forma e as dimensões da glânde são sensivelmente normais; que não há aderências entre a glânde e o prepúcio; que a metade anterior da mucosa balânica não apresenta lesões materiais macroscopicamente apreciáveis; que a forma e as dimensões do meato urinário são sensivelmente normais; que, na metade posterior da glânde, no sulco balano-prepucial e na metade esquerda da mucosa do prepúcio, se desenvolveu uma massa de tecido neoplásico, de superfície irregular, de forma vegetante e com aspecto de couve-flor.

Análise histológica. — Das camadas profundas do epitélio da glânde, destacam-se numerosas colunas de células epiteliomatosas que penetram, de um modo irregular, na espessura do tecido subjacente. Em certos pontos das preparações, estas colunas dividem-se em pequenos lóbulos, nos quais se observam alguns globos epidérmicos. Nas partes centrais da glânde, encontram-se algumas células epiteliomatosas, isoladas, e muitos linfócitos, mas o órgão conserva, mais ou menos, a sua estrutura areolar. Na espessura da prega prepucial, observam-se também muitos cordões de células epiteliomatosas, alguns dos

quais apresentam globos epidérmicos. Nos interstícios do tecido conjuntivo que os separa, encontram-se muitos linfocitos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO VI

**Epitelioma papilar ulcerado da glande e do prepúcio,
com invasão dos gânglios inguinais esquerdos**

História clínica (1)

L. C., de 67 anos, casado, proprietário, entrou para a enfermaria, de U. H., em 28 de Setembro de 1912.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Fimose congénita incompleta. Teve sessões aos treze anos, uma pneumonia aos quinze e varíola aos dezóito. A mulher não teve filhos.

H. P. — Quatro anõs antes de entrar para o Hospital, appareceu-lhe, na face lateral direita da glande, uma pequena pápula, avermelhada e muito pruriginosa.

Durante três anos e meio, não fez tratamento algum. Quando o prurido era intenso, o doente friccionava com os dedos a extremidade do pénis, chegando, por vezes, a produzir pequenas excoriações.

(1) As notas clínicas dêste caso foram colhidas no Arquivo da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Seis meses antes de entrar para o Hospital, começou a notar que a sua glândea aumentava consideravelmente de volume e que, na vizinhança da pápula a que acima nos referimos, se tinha desenvolvido uma pequena excrescência carnosa, esbranquiçada e indolente. Poucos dias depois, esta excrescência tinha as dimensões de uma ervilha.

Consultou um médico que desbridou o prepúcio, afim de observar e tratar directamente a lesão. Fez, durante algum tempo, lavagens com permanganato de potássio, mas sem resultado favorável.

E. A. — O têtço anterior do pênis encontra-se aumentado de volume e apresenta uma consistência dura. O orifício prepucial é pequeno e os seus bordos estão consideravelmente aumentados de espessura. Nas paredes dorsal e ventral do prepúcio, encontram-se algumas ulcerações, de contornos irregulares, no fundo das quais se observa uma massa de tecido de nova formação, de superfície vegetante e com aspecto de couve-flor.

O doente não se queixa de dores espontâneas nem de ardor provocado pela urina durante as micções. Os gânglios inguinais esquerdos estão aumentados de volume, apresentam uma consistência dura e são dolorosos à pressão. Os gânglios inguinais direitos não apresentam alterações apreciáveis. A temperatura oscila entre trinta e seis e trinta e sete graus e o estado geral é regular.

Tratamento. — Amputação do pênis com esvaziamento ganglionar da região inguinal esquerda. A

operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 5 de Novembro de 1912, e o doente saú curado em 14 de Dezembro do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 871 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (fig. 24) é constituído pelo têrço anterior de um pénis. Tem seis centímetros de comprimento por treze de circunferência. Juntamente, encontram-se alguns gânglios inguinais, volumosos e duros. O neoplasma ocupa o prepúcio, a metade posterior da glande e a parte anterior do corpo do pénis. O orifício prepucial é mais ou menos arredondado e tem aproximadamente oito milímetros de diâmetro. O bordo anterior do prepúcio é espesso, tem uma consistência dura e apresenta, na parte dorsal, uma chanfradura profunda, limitada por tecido neoplásico com aspecto de couve-flor.

Sôbre a face cutânea da parede dorsal do prepúcio, observam-se várias úlceras neoplásicas, mais ou menos arredondadas e de contornos irregulares. Sôbre a parede ventral, encontra-se outra úlcera da mesma natureza e com os mesmos caracteres. Não se notam aderências entre a glande e o prepúcio, mas a mucosa prepucial e a metade posterior da mucosa balânica estão completamente destruídas por uma massa de tecido neoplásico que oferece o aspecto de couve-flor.

Análise histológica. — Pela análise histológica de um fragmento de tecido da parte posterior da glânde notamos:

- a) um epitélio pavimentoso estratificado cujas células proliferam activa e desordenadamente;
- b) vários cordões e alguns lóbulos de células epiteliomatosas, separados uns dos outros por volumosos feixes de fibras conjuntivas;
- c) muitos globos epidérmicos e um grande número de células epiteliomatosas isoladas;
- d) numerosos linfocitos, infiltrados nos interstícios do tecido conjuntivo e distribuídos por todo o campo do microscópio.

Os gânglios inguinais esquerdos encontram-se invadidos por células neoplásicas, mas o tecido ganglionar não está completamente destruído.

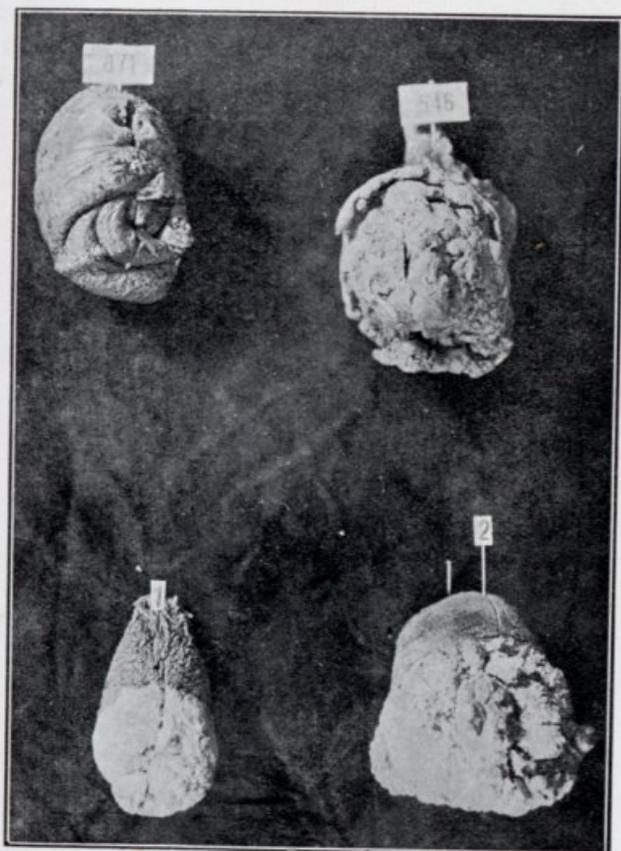
Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO VII

Epitelioma ulceroso da glânde e do prepúcio

Exemplar 546 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

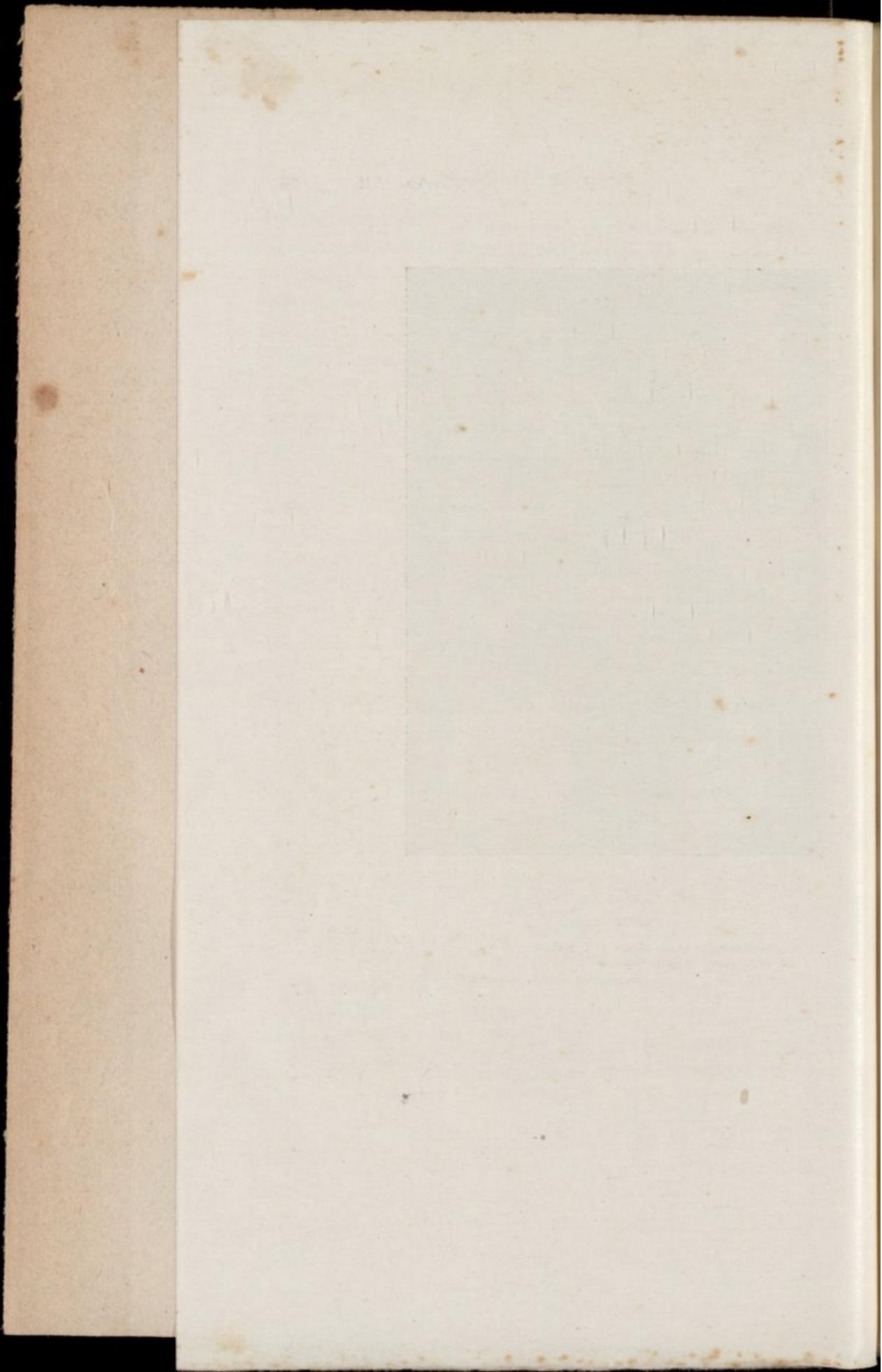
Descrição macroscópica. — O neoplasma (fig. 25) ocupa toda a região balano-prepucial e invade a extremidade anterior do corpo do pênis. A glânde conserva mais ou menos a sua forma normal, mas está consideravelmente aumentada de volume (mede



EPITELIOMAS DO PÊNIS

(Redução de 1/3)

- Fig. 24 (Exemplar 871 do Museu. Observação VI)
 — 25 (— 546 — — VII)
 — 26 (— 1 da colecção dos alunos. Observação VIII)
 — 27 (— 2 — — IX)



seis centímetros de comprimento por quinze de circunferência) e encontra-se destruída por uma massa de tecido neoplásico, com largas e profundas ulcerações. A sua superfície é muito irregular e, em certos pontos, oferece o aspecto de couve-flor.

Examinando cuidadosamente o vértice da glândea, conseguimos ainda descobrir o meato urinário. O prepúcio, corroído pelo processo neoplásico, está reduzido a um pequeno número de retalhos, pouco volumosos, de formas variadas e de contornos irregulares, que formam, ao nível do sulco balano-prepucial, uma espécie de colar de medalhas.

Análise histológica. — No meio de um estroma pouco abundante, constituído essencialmente por fibras conjuntivas, encontram-se numerosos lóbulos de células epiteliais volumosas, de contornos mais ou menos poligonais (células do tipo mucoso de MALPIGHI), com disposição recíproca desordenada e com núcleos em via de divisão activa. Estes lóbulos apresentam formas variadas e estão separados uns dos outros por delgados feixes de fibras conjuntivas. Alguns contêm globos epidérmicos em diversos estados de evolução.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO VIII

Epitelioma papilar do anel prepucial com invasão da glande e da maior parte do prepúcio

Exemplar 1 da colecção de peças guardadas para estudo dos alunos das Cadeiras de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Ao nível da extremidade do pénis, encontra-se um neoplasma, de forma mais ou menos arredondada, de superfície irregular e com aspecto de couve-flor, que dá ao órgão a configuração de uma baqueta de tambor (vid. fig. 26).

Este neoplasma desenvolveu-se primitivamente sobre os bordos do orifício prepucial e, em seguida, invadiu quasi todo o prepúcio e uma grande parte da glande, como se conclue do exame da peça.

O orifício prepucial é puntiforme. O prepúcio adere fortemente à glande e apresenta, sobre a face cutânea, alguns cabelos com mais de um centímetro de comprimento.

Análise histológica. — Em análise histológica, observamos muitas papilas hipertrofiadas, cujo epitélío prolifera activa e desordenadamente. Da camada mucosa de MALPIGHI, destacam-se numerosas células, de protoplasma volumoso e com várias figuras de divisão nuclear, que rompem a membrana basal e que penetram na espessura do tecido conjuntivo subjacente.

Algumas destas células encontram-se isoladas e distribuem-se irregularmente por todo o campo do

microscópio; outras associam-se em grupos (cordões e lóbulos), de dimensões variadas e de contornos irregulares. Aqui e ali, observam-se alguns glóbulos epidérmicos.

A prega prepucial encontra-se completamente invadida e destruída por células epiteliomatosas. Encontram-se também alguns linfocitos, infiltrados nos interstícios do tecido conjuntivo.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com glóbulos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO IX

Epitelioma papilar da glande e do prepúcio

Exemplar 2 da colecção dos alunos das Cadeiras de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (fig. 27) é constituído pela metade anterior de um pénis que mede catorze centímetros de circunferência ao nível da região balano-prepucial. A glande, a prega prepucial e a parte anterior dos corpos cavernosos encontram-se completamente destruídas por uma massa de tecido neoplásico, esbranquiçado, duro e friável, no meio do qual dificilmente se observa o meato urinário. A superfície dêste tecido apresenta numerosas vegetações, umas cónicas, outras esféricas, umas simples, outras compostas, que lhe dão o aspecto de couve-flor. A glande adere fortemente ao prepúcio, mas distinguem-se mais ou menos facilmente os limites destas duas formações e nota-se

que, através do anel prepucial, apertado e semeado de vegetações, faz saliência o vértice da glande, igualmente invadido e destruído pelo neoplasma.

Análise histológica. — Em análise histológica, notamos: cordões ou cilindros de células epiteliomatosas, cortados transversal e longitudinalmente; células epiteliomatosas, isoladas e infiltradas nos interstícios de um estroma de tecido conjuntivo muito pouco abundante; muitos globos epidérmicos; alguns linfócitos; uma pequena porção de tecido erétil pouco alterado, embora se encontre infiltrado de células neoplásicas.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO X

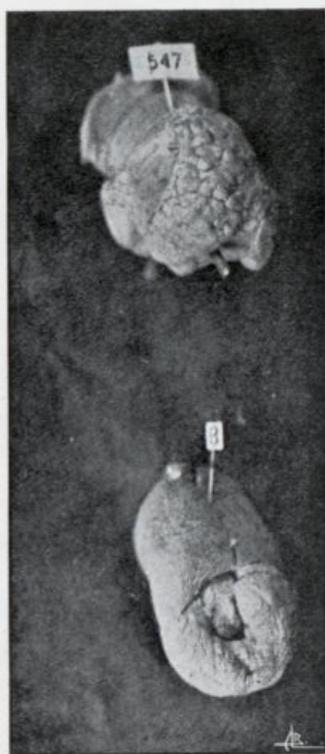
Epitelioma papilar da glande com invasão do prepúcio e da parte anterior do corpo do pénis

Exemplar 547 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (fig. 28) tem seis centímetros de comprimento por catorze de circunferência ao nível da glande. A sua extremidade anterior é mais ou menos arredondada e encontra-se consideravelmente aumentada de volume.

O neoplasma ocupa a glande, o freio, a parede ventral do prepúcio e as extremidades anteriores dos corpos cavernosos.

A sua superfície é irregular e encontra-se semeada



EPITELIOMAS DO PÊNIS
(Redução de 1/3)

Fig. 28 (Exemplar 547 do Museu. Observação X)
— 29 (— 3 da colecção dos alunos. Observação XI)

1870



[1870]

de numerosas vegetações papilares. A glande está completamente destruída, mas o meato urinário não é difícil de reconhecer. A parede dorsal do prepúcio foi deslocada pelo neoplasma para o sulco balanoprepucial (parafimose).

Análise histológica. — Examinando ao microscópio um fragmento de tecido da glande, observam-se numerosos cordões de células epiteliomatosas, uns simples, outros ramificados e anastomosados com os cordões vizinhos (vid. fig. 30).

No tecido conjuntivo que os separa, encontram-se muitas células epiteliomatosas isoladas e um grande número de linfocitos.

Em certos pontos das preparações, notam-se alguns globos epidérmicos, uns do tipo queratósico outros do tipo paraqueratósico.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XI

Epitelioma papilar da glande e do prepúcio com invasão dos gânglios das duas regiões inguinais

História clínica

J. F., de 48 anos, casado, trabalhador rural, natural de Carapineira do Campo, entrou para a enfermaria de P. T. C. H em 28 de Outubro de 1919 e foi transferido para a enfermaria de U. H. em 7 de Novembro do mesmo ano.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Fimose congénita. Não teve nenhuma doença venérea nem outros antecedentes mórbidos do lado do seu aparelho genital. Tem cinco filhos saudáveis. A mulher não teve abórtos.

H. P. — Quatro meses antes de entrar para o Hospital, o doente começou a sentir dores agudas, espaçadas e de curta duração, ao nível da extremidade anterior do pênis. Nessa altura, notou, pela palpação, que, debaixo da parede dorsal do prepúcio, se tinha desenvolvido um pequeno tumor de consistência dura. Consultou um farmacêutico que lhe lavou a cavidade balano-prepucial com permanganato de potássio. Não se queixava de disúria nem de qualquer outra perturbação urinária, mas, como o tumor crescia progressivamente, resolveu consultar um médico que o aconselhou a entrar para um hospital.

E. A. — Sobre a face interna do prepúcio, na vizinhança do seu orifício e ao nível das paredes laterais e superior, observa-se uma massa de tecido neoplásico, vegetante e com aspecto de couve-flor, que sangra abundantemente sob a influência de contactos ligeiros. Este tecido encobre completamente a glande, apresenta uma consistência dura e é doloroso à pressão.

A sua superfície encontra-se coberta de uma substância esbranquiçada, semi-fluida e de cheiro fétido. A mobilidade do prepúcio sobre a glande encontra-se quasi abolida. Os gânglios das duas regiões inguinais estão consideravelmente aumentados de volume e apresentam uma consistência dura, mas não são dolorosos à pressão. O doente queixa-se de dores

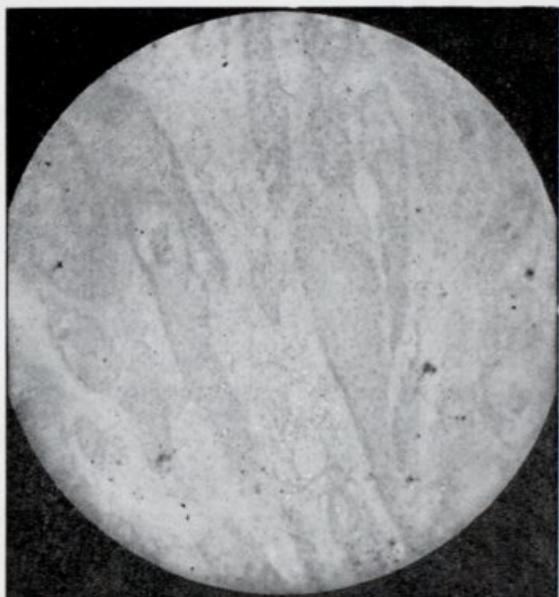


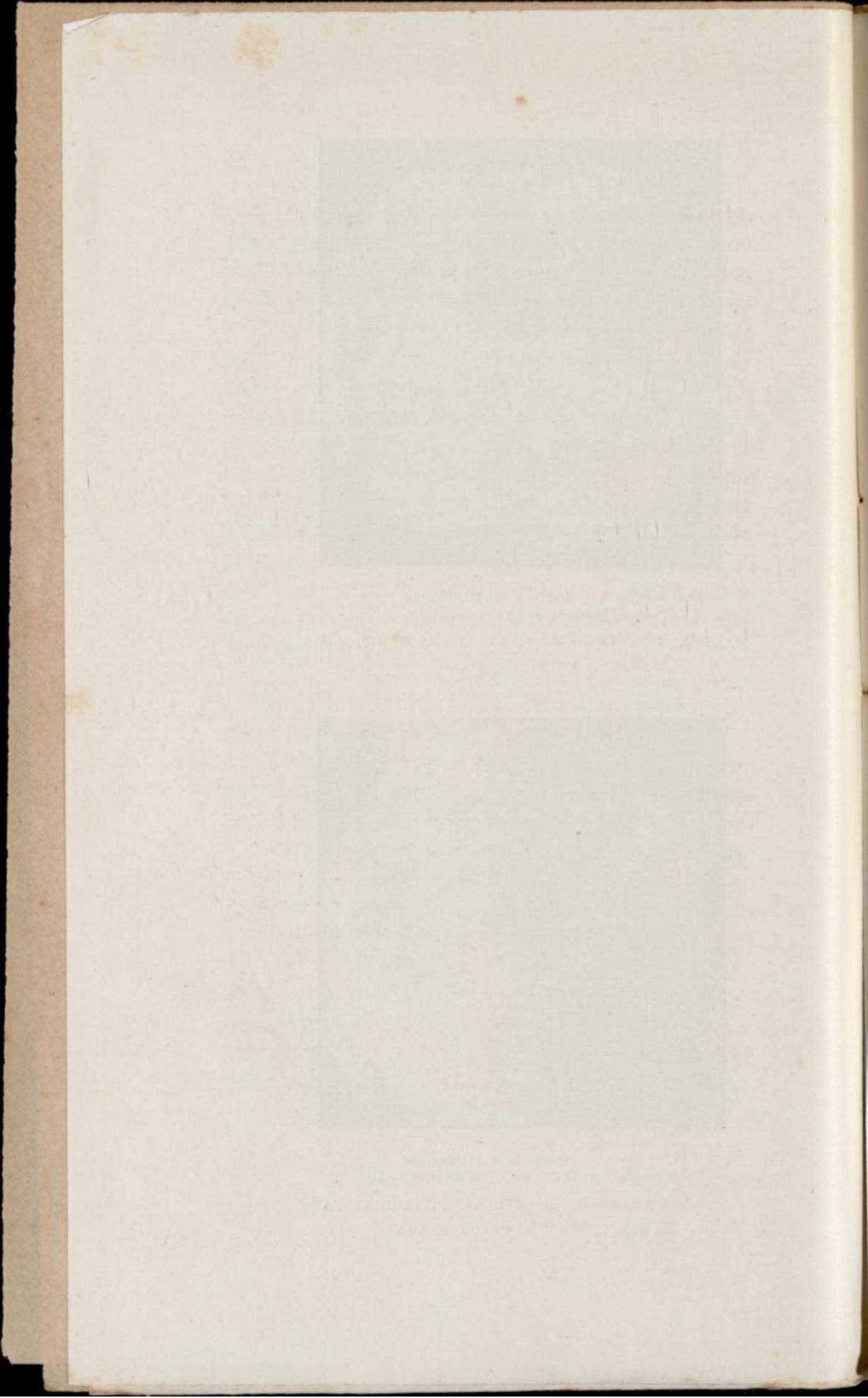
Fig. 30 - (Ampliação de 153 diâmetros)
Exemplar 547 (Observação X)

CORDÕES DE CÉLULAS EPITELIOMATOSAS RAMIFICADOS
E ANASTOMOSADOS



Fig. 31. - (Ampliação de 153 diâmetros)
Exemplar 3 da coleção dos alunos (Observação XI)

CORDÕES E LÓBULOS DE CÉLULAS EPITELIOMATOSAS
COM DISPOSIÇÃO DESORDENADA



espontâneas, ao nível da extremidade anterior do pénis, e de ardor provocado pelo contacto da urina com a mucosa balano-prepucial. A temperatura oscila entre trinta e seis e trinta e sete graus e o estado geral é regular.

Reacção de WASSERMANN — negativa.

Tratamento. — Amputação do pénis com esvaziamento ganglionar das duas regiões inguinais. A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 22 de Novembro de 1919, e o doente saíu curado em 22 de Dezembro do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 3 da colecção dos alunos das Cadeiras de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (fig. 29) é constituído pela metade anterior de um pénis. Mede sete centímetros de comprimento por onze de circunferência. O neoplasma ocupa a glande, o prepúcio e as extremidades anteriores dos corpos cavernosos.

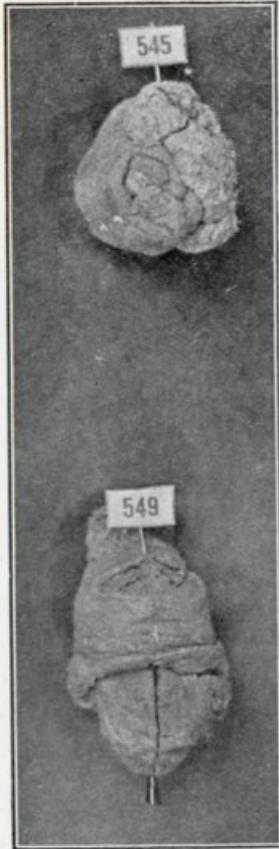
O orifício prepucial é muito pequeno e encontra-se quasi completamente obturado por uma massa de tecido neoplásico, vegetante e com aspecto de couve-flor, que se desenvolveu sobre o vértice da glande. Esta adere ao prepúcio, em diversos pontos da sua superfície, e encontra-se profundamente invadida pelo tumor.

Na parte dorsal do prepúcio, nota-se um orifício, de forma mais ou menos circular, através do qual se observa uma pequena porção de tecido neoplásico, com aspecto de couve-flor, que se encontra implantado sobre a glande. Êste orifício tem dez milímetros de diâmetro e os seus bordos, infiltrados de tecido epiteliomatoso, apresentam uma consistência dura e uma côr esbranquiçada.

Análise histológica. — No meio de um estroma de tecido conjuntivo, constituído essencialmente por fibras que se cruzam em todas as direcções, encontram-se numerosos grupos de células epiteliomatosas com núcleos em via de divisão activa e com uma disposição recíproca desordenada (vid. fig. 31). Alguns dêstes grupos de células neoplásicas são mais ou menos arredondados e encontram-se separados dos grupos vizinhos por feixes de fibras conjuntivas; outros apresentam-se sob a forma de cordões que se ramificam e que se anastomosam, formando uma rêde de malhas largas. Observam-se também muitas células epiteliomatosas, isoladas e infiltradas nos interstícios do tecido conjuntivo. Algumas destas células são do tipo basal, outras são do tipo mucoso de MALPIGHI.

Não se encontram globos epidérmicos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso tubulado.



EPITELIOMAS DO PÊNIS

(Redução de 1/3)

Fig. 32 (Exemplar 545 do Museu. Observação XII)
— 33 (— 549 — — XIII)

OBSERVAÇÃO XII

**Epitelioma papilar da face cutânea do prepúcio
e da mucosa balano-prepucial**

Exemplar 545 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (fig. 32) é constituído pela metade anterior de um pénis. Mede seis centímetros de comprimento por catorze de circunferência ao nível da região balano-prepucial. Sôbre a face cutânea da parede lateral esquerda do prepúcio, encontra-se um neoplasma, de superfície vegetante e de contornos regularmente circulares, que mede aproximadamente cinco centímetros de diâmetro por dois de altura. Sôbre a face cutânea da parte restante da prega prepucial, observam-se alguns cabelos com mais de um centímetro de comprimento.

O orifício do prepúcio é mais ou menos arredondado e tem oito milímetros de diâmetro. Através dêle, observa-se uma massa de tecido neoplásico, vegetante e com aspecto de couve-flor.

Abrindo a cavidade prepucial nota-se:

- a) que a metade direita do prepúcio está completamente separada da glande;
- b) que a sua consistência e a sua espessura são sensivelmente normais;
- c) que a metade esquerda está, pelo contrário, aderente;
- d) que a glande está aumentada de volume e que

a mucosa balano-prepucial se encontra completamente destruída por uma massa de tecido de nova formação, de superficie vegetante e com aspecto de couve-flor;

e) que o neoplasma prepucial a que acima nos referimos, infiltrando-se nos tecidos subjacentes, invadiu toda a parede lateral esquerda do prepúcio e penetrou profundamente na espessura da glande.

Análise histológica. — Pela análise histológica, nota-se que o tecido da metade esquerda da glande se encontra desorganizado e completamente destruído por volumosas massas de células epiteliomatosas que se distribuem irregularmente por toda a superficie dos cortes. Algumas destas massas de tecido neoplásico são mais ou menos arredondadas; outras revestem a forma de cordões ou cilindros, de contornos irregulares e de tamanhos variados, alguns dos quais se encontram necrosados nas partes axiais (vid. fig. 34).

Em certos pontos, observam-se alguns glóbulos epidérmicos. Encontram-se também alguns linfocitos infiltrados nos interstícios do tecido conjuntivo e muitas células epiteliomatosas isoladas e distribuídas irregularmente por todo o campo do microscópio.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com glóbulos epidérmicos.

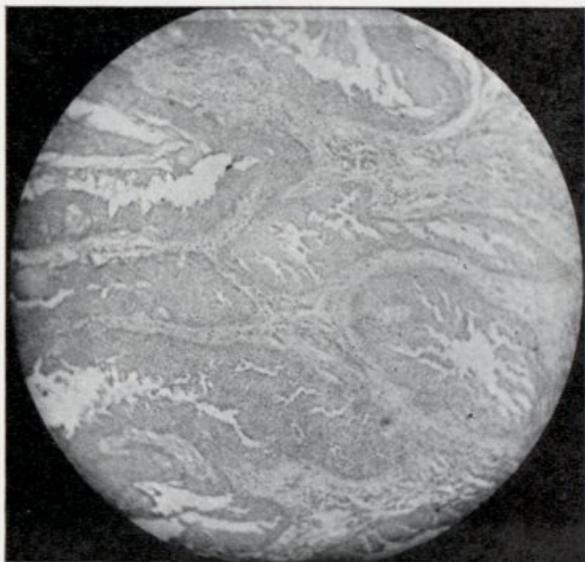


Fig. 34. — (Ampliação de 153 diâmetros)
Exemplar 545 (Observação XII)

CORDÕES E LÓBULOS DE CÉLULAS EPITELIOMATOSAS
NECROSADOS NA PARTE CENTRAL

1891



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

[1891]

OBSERVAÇÃO XIII

Epitelioma ulceroso da glande e do prepúcio

Exemplar 549 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Na metade postero-superior da glande, na face mucosa do prepúcio e nos bordos do orifício prepucial, observa-se uma massa de tecido neoplásico, de forma papilar ou vegetante, que invade o tço anterior do corpo do pénis.

A superfície dêste tecido apresenta algumas ulcerações, de contornos irregulares e de tamanhos diversos. O neoplasma ocupa sòmente o prepúcio, a metade postero-superior da glande e a parte anterior do corpo do pénis. A forma, o aspecto e as dimensões da metade antero-inferior da glande são sensivelmente normais. A prega prepucial, corroída na sua maior parte pelo processo neoplásico, cobre apenas o tço posterior da glande. Sôbre a face dorsal do corpo do pénis, encontra-se uma úlcera, de forma elíptica, de bordos irregulares e de fundo desigual, cujo eixo maior está orientado no sentido transversal e mede aproximadamente quinze milímetros de comprimento (vid. fig. 33).

Análise histológica. — Em análise histológica, observam-se muitos lóbulos de células epiteliomatosas, com núcleos em via de divisão activa e dispostas desordenadamente. Estes lóbulos são volumosos, estão separados uns dos outros por delgados feixes

de fibras conjuntivas e encontram-se semeados de globos epidérmicos. Nas partes dos cortes que correspondem à superfície da glande, observa-se um epitélio pavimentoso estratificado, do qual partem largas colunas de células do tipo mucoso de MALPIGHI que penetram na espessura do tecido subjacente.

Encontram-se também muitas células epiteliomatosas isoladas e alguns linfocitos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XIV

Epitelioma papilar da glande com invasão dos gânglios das duas regiões inguinais

História clínica

J. B., de 59 anos, casado, ferro-viário, natural de Nelas, entrou para a enfermaria de U. H. em 21 de Fevereiro de 1920.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Fimose congénita incompleta. Aos vinte e cinco anos, teve uma blenorragia, um cancro mole e uma adenite supurada na região inguinal esquerda.

H. P. — Em Agosto de 1919, observou, sobre a face dorsal da glande, um pequeno nódulo avermelhado, duro e indolente, que crescia rápida e progressivamente, invadindo, em pouco tempo, quasi toda a superfície da mucosa balânica. Em Novem-

bro do mesmo ano, o vértice da glânde ulcerou-se em vários pontos e cobriu-se de um exsudato purulento, esbranquiçado e fétido. O doente fez aplicações locais de um soluto de permanganato de potássio a um por mil, mas não se encontrou melhor com este tratamento.

E. A. — A extremidade anterior do pénis está aumentada de volume. O órgão tem a configuração de um badalo de sino. Através do orifício prepucial, conseguimos observar o têrço anterior da glânde, cuja superfície é irregular e está semeada de vegetações exuberantes que lhe dão o aspecto de couve-flor. Pela palpação, nota-se que o pénis tem uma consistência dura (consistência lenhosa), ao nível do têrço anterior, e que os gânglios das duas regiões inguinais são volumosos e ligeiramente dolorosos à pressão. A temperatura oscila entre trinta e seis e trinta e sete graus e o estado geral do doente é regular.

Tratamento. — Amputação do pénis com esvaziamento ganglionar das duas regiões inguinais. A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 28 de Fevereiro de 1920, e o doente saiu curado em 26 de Março do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 1.552 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar (fig. 35) é constituído pela metade anterior de um pénis que

tem dez centímetros de circunferência ao nível da glândula. Juntamente, encontram-se alguns gânglios inguinais, consideravelmente volumosos e duros. O neoplasma ocupa toda a glândula e invade as extremidades anteriores dos corpos cavernosos. O meato urinário está mais ou menos escondido no meio do tecido neoplásico. O orifício prepucial é muito pequeno, mas a espessura, a consistência e o aspecto do prepúcio são sensivelmente normais.

Análise histológica. — No meio de um estroma de tecido conjuntivo, constituído essencialmente por fibras, encontram-se muitas células epiteliomatosas, cujos núcleos são volumosos e apresentam numerosas figuras de divisão. Algumas destas células distribuem-se irregularmente por todo o campo do microscópio, infiltrando-se nas malhas do tecido conjuntivo; outras formam grupos (cordões e lóbulos), de contornos irregulares e de tamanhos variados, que se distribuem também por todo o campo do microscópio, dissociando desorganizando as fibras e as células do tecido esquelético. Alguns destes grupos de células epiteliomatosas apresentam vários globos epidérmicos (vid. fig. 39). Aqui e ali, observam-se alguns linfócitos, infiltrados nos interstícios do tecido conjuntivo. Nos cortes praticados em dois gânglios inguinais, não se encontram células epiteliomatosas, mas observam-se lesões de esclerose.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XV

Epitelioma papilar da face cutânea do prepúcio

Exemplar 548 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Este exemplar (fig. 36) é constituído pela metade anterior de um pénis que apresenta, sobre a face cutânea da parede dorsal do prepúcio, um volumoso neoplasma cuja superfície se encontra semeada de longas e delgadas vegetações. Este neoplasma mede sete centímetros, no sentido do comprimento do pénis, por oito, no sentido transversal, e faz lembrar um ouriço, tanto pela sua forma como pelo seu aspecto.

O orifício prepucial encontra-se quasi completamente fechado e os seus bordos têm uma espessura considerável, mas não apresentam sinais evidentes de infiltração neoplásica. Abrindo a cavidade prepucial, nota-se: que a glande conserva mais ou menos a sua forma e as suas dimensões normais; que a distância entre o vértice da glande e o orifício prepucial é de vinte e cinco milímetros; que a metade posterior da glande e as extremidades anteriores dos corpos cavernosos se encontram infiltradas de tecido neoplásico; que não há aderências entre a glande e o prepúcio.

Análise histológica. — Em análise histológica, notam-se muitas células de contornos mais ou menos poligonais, de protoplasma volumoso, com disposi-

ção recíproca desordenada e com numerosas figuras de divisão nuclear. Algumas destas células encontram-se completamente isoladas e distribuem-se irregularmente por todo o campo do microscópio; outras formam grupos (cordões e lóbulos), de dimensões variadas, que estão separados uns dos outros por um pequeno número de elementos conjuntivos. Encontram-se alguns globos epidérmicos em diversos estados de evolução e, nos interstícios do tecido conjuntivo, observam-se muitos linfócitos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XVI

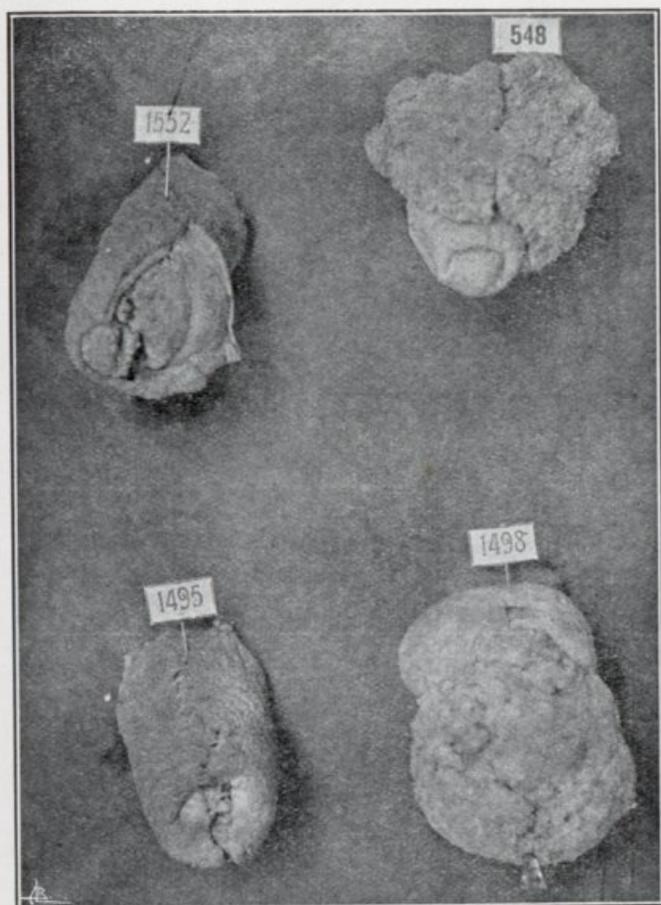
Epitelioma papilar da glande

Exemplar 1.495 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — O orifício prepucial é pequeno e tem uma forma mais ou menos arredondada (vid. fig. 37). A metade inferior do prepúcio é muito espessa e apresenta uma consistência dura; a metade superior é sensivelmente normal, tanto pelo que diz respeito à sua espessura como à sua consistência.

Abrindo a cavidade prepucial nota-se:

a) que a metade ventral do prepúcio adere fortemente à glande e que a sua metade dorsal não apresenta nenhuma aderência;



EPITELIOMAS DO PÊNIS

(Redução de 1/3)

Fig. 35 (Exemplar 1552 do Museu. Observação XIV)
 — 36 (— 548 — — XV)
 — 37 (— 1495 — — XVI)
 — 38 (— 1498 — — XVII)

b) que a glande está completamente destruída por um neoplasma, de superfície vegetante e com aspecto de couve-flor ;

c) que as extremidades anteriores dos corpos cavernosos se encontram também invadidas por tecido neoplásico.

Análise histológica. — Pela análise histológica, nota-se que o epitélio da glande está consideravelmente aumentado de espessura. Da camada basal e da camada mucosa de MALPIGHI, destacaram-se numerosas células que perderam alguns dos seus caracteres individuais e penetraram irregularmente na espessura do tecido conjuntivo subjacente. Algumas destas células distribuem-se por todo o campo do microscópio, outras formam cordões e lóbulos que se encontram separados uns dos outros por trabéculas de tecido conjuntivo.

Em certos pontos das preparações, observam-se alguns globos epidérmicos e, nos interstícios do tecido conjuntivo inter-epitelial, encontram-se muitos linfocitos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XVII

Epitelioma papilar da glânde com invasão dos gânglios inguinais**História clínica**

A. D., de 30 anos, casado, trabalhador rural, natural de Mioma (S. Pedro do Sul) entrou para a enfermaria de D. S. H. em 27 de Setembro de 1919 e foi transferido para a enfermaria de U. H. em Outubro do mesmo ano.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Teve varíola aos dez anos e uma blenorragia aos vinte. Até à idade de dez anos, descobria facilmente a sua glânde, mas, nesta altura, tendo umas... «brincadeiras» com uma rapariga, traumatizou a extremidade livre do pênis e, depois disso, nunca mais conseguiu retirar o prepúcio para trás (fimose quási completa). Muitas vezes, sentia um prurido intenso ao nível da coroa da glânde. Como não conseguia descobrir êste órgão, limitava-se a friccioná-lo, com os dedos, através do prepúcio. O mais ligeiro friccionamento fazia sair, através do orifício prepucial, uma substância esbranquiçada, de aspecto caseoso e de cheiro desagradável. Não fez tratamento algum.

H. P. — Sete meses antes de entrar para o Hospital, o doente notou, pela palpação através do prepúcio, que, na face superior da glânde, se tinha desenvolvido um pequeno nódulo, do tamanho de um grão de milho, duro e quási insensível à pressão.

Alguns dias depois, consultou um farmacêutico, o

qual, depois de ter feito o desbridamento ventral do prepúcio, encontrou, sôbre a glande, um tumor avermelhado e de superficie ulcerada, que sangrava abundantemente sob a influênciã dos mais ligeiros contactos. Cauterizou-o com nitrato de prata e cobriu-o, em seguida, com um pó branco. Quinze dias depois, o farmacêutico cauterizou-o novamente e começou a fazer applicações locais de um pó amarello. Durante os dois meses seguintes, o doente lavava, freqüentes vezes, a glande com um líquido fornecido pelo farmacêutico, applicando, no fim de cada lavagem, o pó amarello a que acima nos referimos.

Como o tumor continuava a crescer cada vez mais, o doente consultou um médico que lhe mandou fazer lavagens com um soluto de borato de sódio, dando-lhe, ao mesmo tempo, quatro injeções de neo-arsenobenzol BILLON. Os resultados dêste tratamento foram também nulos.

E. A. — O pénis tem a configuração de um badalo de sino. A glande está transformada num volumoso tumor, de forma esférica, de superficie irregular e com aspecto de couve-flor, que sangra abundantemente sob a influênciã de contactos ligeiros. Êste tumor tem aproximadamente oito centímetros de diâmetro, apresenta uma consistência dura, é pouco sensível à pressão e encontra-se coberto de um exsudato purulento, branco-amarelado e extraordinariamente fétido. A urina sai para o exterior por diversos pontos da massa neoplásica. O prepúcio foi deslocado para trás e encontra-se separado

do neoplasma por um sulco circular que mede cêrca de cinco milímetros de profundidade. O escroto, os testículos e a raiz do pênis não apresentam lesões materiais fâcilmente apreciáveis. Os gânglios inguinais estão aumentados de volume e apresentam uma consistência dura. O doente queixa-se de dores espontâneas e de ardor provocado pela micção.

Fizeram-se duas reacções de WASSERMANN. O resultado da primeira foi negativo e o da segunda fracamente positivo. A temperatura tem oscilado entre trinta e sete e trinta e nove graus e o estado geral do doente não é muito satisfatório.

Em 24 de Outubro de 1919, foi transferido para a enfermaria de U. H. e, em 31 do mesmo mês, foi operado pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, que amputou o pênis pela base sem esvaziamento ganglionar das regiões inguinais porque, tendo o doente uma temperatura elevada (38,5 a 39°) e havendo na extremidade do pênis um tumor coberto de um exsudato purulento, era evidente que ao processo neoplásico, tanto peniano como inguinal, se tinha associado um processo flegmático. Se fizesse a extirpação dos gânglios infectados, teria de operar num campo séptico e abriria duas feridas de difícil e demorada cicatrização.

Estava indicado suprimir primeiramente o foco infectante — o pênis — e secundariamente os gânglios inguinais, depois de extinta a infecção.

Fez, por consequência, a amputação do pênis numa primeira sessão, e mandou aplicar, nos dias seguintes, pomada mercurial dupla sôbre as regiões

inguinais, a fim de debelar a adenite inflamatória associada à adenite neoplásica.

Em 25 de Novembro, a ferida operatória do pénis estava completamente cicatrizada, mas os gânglios inguinais tinham aumentado muito de volume, eram dolorosos à pressão e os do lado direito começavam a abrir espontaneamente. A pele que os cobria estava já ulcerada. O tratamento era cuidadosa e rigorosamente feito, mas o estado geral do doente tornou-se cada vez mais grave: emagrecimento considerável de dia para dia, temperatura entre trinta e oito e trinta e nove graus, anorexia, diarreia, pulso fraco e freqüente, etc.

Foi neste estado que o doente faleceu em 28 de Dezembro de 1919.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 1.498 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — A glande encontra-se completamente destruída por um volumoso neoplasma, de forma mais ou menos esférica, de superfície irregular e vegetante, que oferece o aspecto de couve-flor (vid. fig. 38). O meato urinário é difícil de encontrar no meio deste tecido tão exuberante e tão irregular.

Entre o tumor e o invólucro cutâneo do corpo do pénis, encontra-se o prepúcio que forma um anel de estrangulação, duro e espesso, ao nível do sulco balano-prepucial (parafimose). As extremidades an-

teriores dos corpos cavernosos estão infiltradas de tecido neoplásico.

Análise histológica. — No meio de um estroma de elementos conjuntivos, encontram-se muitas células epiteliais volumosas, de contornos irregulares e com núcleos em via de divisão activa, que se distribuem por todo o campo do microscópio, de uma forma irregular, desordenada e anárquica (vid. fig. 40).

Umam são do tipo basal, outras são do tipo mucoso de MALPIGHI. Em certos pontos das preparações, estas células afastam-se umas das outras e infiltram-se nos interstícios do tecido esquelético, mostrando, desta forma, a perda completa da fôrça vital que rege a associação celular. Noutros pontos, formam grupos (cordões e lóbulos), de dimensões diversas e de contornos irregulares, que se encontram separados uns dos outros por uma pequena quantidade de tecido conjuntivo. Nas regiões dos cortes que correspondem à superfície do neoplasma, observam-se numerosos linfocitos e alguns leucocitos (mono e polinucleares) em picnose. Mais profundamente, notam-se numerosos vasos sanguíneos rolhados de hemácias. Não encontramos globos epidérmicos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso tubulado.



Fig. 39. — (Ampliação de 153 diâmetros)
Exemplar 1552 Observação XIV)

TECIDO EPITELIOMATOSO COM MUITOS GLOBOS
EPIDÉRMICOS

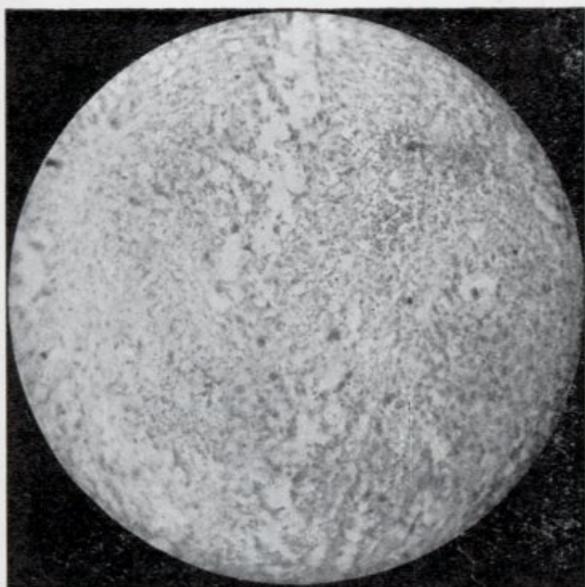


Fig. 40. — (Ampliação de 306 diâmetros)
Exemplar 1498 (Observação XVII)

CÉLULAS EPITELIOMATOSAS INFILTRADAS NOS INTERSTÍCIOS
DO TECIDO CONJUNTIVO

OBSERVAÇÃO XVIII

Epitelioma papilar da face mucosa do prepúcio

História clínica (1)

J. F., de 47 anos, entrou para um quarto particular dos Hospitais da Universidade de Coimbra em Novembro de 1921.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Fimose congénita. Não teve doenças venéreas.

H. P. — Um ano antes de entrar para o Hospital, começou a notar que uma pequena excrescência carnosa obturava o orifício do seu prepúcio e encobria completamente o vértice da glande. Cauterizou-a com nitrato de prata, mas não foi muito feliz com esta terapêutica. O tumor continuou a crescer cada vez mais.

E. A. — Através do orifício prepucial faz saliência para o exterior uma pequena exuberância carnosa, vermelha e de aspecto papilar, que sangra abundantemente sob a influência de contactos ligeiros. Esta massa de tecido de nova formação encontra-se implantada sobre a face mucosa da parede lateral direita da prega prepucial. A sua base tem aproximadamente três centímetros de diâmetro, apresenta uma consistência dura e estende-se até à corôa da glande, passando pelo sulco balano-prepucial.

(1) As notas clínicas dêste caso foram-nos fornecidas pelo Ex.^{mo} Sr. Dr. Luís AUGUSTO DE MORAIS ZAMITH.

Tratamento. — Circuncisão e excisão do neoplasma. A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. DR. ANGELO DA FONSECA.

Estudo anátomo-patológico

Análise histológica. — No meio de um estroma de tecido conjuntivo, no qual se observam muitas células embrionárias, alguns linfócitos e um grande número de vasos esclerosados, encontram-se numerosos cordões de tecido epiteliomatoso, cujas células apresentam uma disposição recíproca desordenada e proliferam activamente.

Observam-se também alguns globos epidérmicos, uns em via de formação, outros completamente formados. Em certos pontos das preparações, o tecido conjuntivo procurou reagir, proliferando e condensando-se na vizinhança das colunas de células que o ameaçavam. Formando uma espécie de cápsula que parece ter dificultado a difusão das células neoplásicas, o tecido esquelético procurou, até certo ponto, salvar-se, mas não conseguiu evitar completamente que algumas células, destacadas das massas principais, se infiltrassem nos seus interstícios. Estas células, por divisões sucessivas, constituíram várias ilhotas de contornos irregulares e de dimensões variadas.

Nas camadas mais profundas do tecido que examinámos, não se encontravam células neoplásicas, o que equivale a dizer que a infiltração era superficial.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XIX

Epitelioma papilar da mucosa balano-prepucial

História clínica

J. A. P., de 67 anos, casado, natural de Semide, entrou para a enfermaria de U. H. em 19 de Fevereiro de 1922.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Antes de se casar, êste doente mobilizava facilmente o prepúcio, mas, poucos anos depois de casado, começou a notar grandes dificuldades em descobrir a glande e, em certa altura, observou que o anel prepucial se encontrava aumentado de espessura e de consistência.

H. P. — Há aproximadamente seis anos, começou a sentir, ao nível da extremidade anterior do pênis, dores espontâneas, ligeiras, e ardor provocado pelo contacto da urina com a mucosa balano-prepucial. Quatro ou cinco anos depois, as dores tornaram-se mais vivas, o pênis aumentou de volume e adquiriu uma consistência dura. Através do orifício prepucial, começou a sair um exsudato esbranquiçado, fétido e irritante. Limitou-se a fazer aplicações locais de água quente.

E. A. — O orifício do prepúcio, pequeno e arredondado, deixa observar somente o vértice da glande com o meato urinário. A extremidade anterior do

pênis está aumentada de volume e apresenta uma consistência dura. O doente queixa-se de prurido, de dores espontâneas e de ardor provocado pelo contacto da urina com a mucosa do prepúcio.

Tratamento. — Amputação do pênis com esvaziamento ganglionar das duas regiões inguinais. A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 24 de Fevereiro de 1922, e o doente saiu curado em 14 de Abril do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 1.838 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — Êste exemplar é constituído pela glande, pelo prepúcio, pela metade anterior do corpo do pênis e por alguns gânglios inguinais. A glande encontra-se completamente coberta de uma camada de tecido de nova formação, esbranquiçado e com aspecto de couve-flor. O prepúcio está aumentado de espessura e a sua mucosa encontra-se, como a da glande, completamente destruída por tecido neoplásico, de superfície irregular e vegetante. O corpo do pênis não apresenta lesões materiais macroscopicamente apreciáveis. Os gânglios inguinais estão aumentados de volume e apresentam uma consistência dura.

Análise histológica. — a) *Glande.* As células epiteliaes da mucosa balânica encontram-se em via de

divisão activa e irregular. Umam constituem cordões que se ramificam e anastomosam na espessura do tecido subjacente, outras distribuem-se irregularmente por todo o campo do microscópio. O tecido conjuntivo-vascular das papilas está também hipertrofiado. Profundamente, observa-se uma massa de tecido eréctil, cujas trabéculas estão infiltradas de linfocitos e de células conjuntivas embrionárias.

b) *Prepúcio*. — As células epiteliaes da mucosa do prepúcio estão dispostas desordenadamente e apresentam numerosas figuras de divisão nuclear. Da camada mucosa de MALPIGHI, partem alguns cordões de células epiteliaes, volumosas e de contornos mais ou menos poligonais, que se ramificam e anastomosam na espessura do tecido subjacente. Aqui e ali, observam-se algumas células neoplásicas isoladas. Encontram-se também alguns globos epidérmicos, em via de formação, e bastantes glóbulos brancos distribuídos por todo o campo do microscópio.

c) *Gânglios inguinais*. Não se encontram células neoplásicas. Observam-se, sobretudo, lesões de esclerose. Aqui e ali, nota-se um ou outro folículo linfóide hipertrofiado.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

OBSERVAÇÃO XX

**Epitelioma papilar do prepúcio e da metade posterior da glande
com invasão dos gânglios das duas regiões inguinais****História clínica**

J. R. S., de 33 anos, casado, natural de Pinhanços (Ceia), entrou para a enfermaria de D. S. H. em 17 de Fevereiro de 1922, e foi transferido para a enfermaria de U. H. em 7 de Março do mesmo ano.

A. H. — Sem valor.

A. C. — Sem valor.

A. P. — Êste doente nunca conseguiu deslocar o prepúcio para trás durante a erecção, mas descobria mais ou menos facilmente a sua glande quando o pénis se encontrava no estado de flacidez. Teve uma blenorrágia aos vinte e cinco anos.

H. P. — Há aproximadamente dois anos, observou, na parte dorsal da face mucosa do prepúcio, um pequeno nódulo branco e duro que lhe fazia lembrar a cabeça de um alfinete. Procurou extraí-lo com as unhas, mas não conseguiu. Começou então a lavá-lo com água fria e, como não lhe parecia de natureza venérea porque, depois de casado, só teve relações sexuais com a sua mulher, não lhe ligou grande importância nem se preocupou muito com o seu tratamento. Pouco tempo depois, êste nódulo começou a ulcerar-se e a estender-se em superficie.

Passados sete meses, ocupava quási toda a mucosa do prepúcio e, nesta altura, já lhe custava muito descobrir a sua glande, mesmo quando o pénis se encontrava no estado de flacidez absoluta. Umas

vezes, sentia um prurido intenso debaixo do prepúcio; outras vezes, tinha dores espontâneas tão violentas que o não deixavam dormir. Consultou um médico que, depois de fazer o desbridamento dorsal do prepúcio, lavou a mucosa balano-prepucial com um soluto de permanganato de potássio. O doente esteve, durante algumas semanas, submetido a este tratamento.

Mais tarde, como a reacção de WASSERMANN era positiva, submeteu-se a um tratamento anti-sifilítico intensivo, mas sem resultados favoráveis.

No fim de Janeiro do ano corrente, consultou um médico que se comprometeu curá-lo, excisando o prepúcio, mas, depois da operação, ficou ainda pior.

Um curandeiro fez-lhe uma cauterização violenta com nitrato de prata e, alguns dias depois, fez-lhe outra com um termo-cautério. O doente teve relações sexuais com a sua mulher, que é nova e saudável, durante os primeiros dezasseis meses da sua doença. Há apenas oito meses que não exerce o coito porque a intromissão do pénis é muito difícil e desperta dores violentas.

Em Dezembro de 1921, a mulher deu à luz uma criança robusta e aparentemente saudável, contrariamente à opinião de alguns médicos que prognosticaram o nascimento de uma criança miseravelmente doente e irremediavelmente perdida.

E. A. — O doente queixa-se de dores espontâneas ao nível da metade anterior do pénis. Essas dores são, por vezes, tão violentas que o não deixam dormir durante a noite. O prepúcio encontra-se quasi com-

pletamente destruído e a metade posterior da glande está infiltrada de tecido de nova formação, esbranquiçado e com aspecto de couve-flor, que exala um cheiro fétido. Os gânglios inguinais encontram-se aumentados de volume, apresentam uma consistência dura e são ligeiramente dolorosos à pressão.

Tratamento. — Amputação do pénis com esvaziamento ganglionar das duas regiões inguinais. A operação foi feita pelo Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, em 10 de Março de 1922, e o doente saíu curado em 3 de Abril do mesmo ano.

Estudo anátomo-patológico

Exemplar 1.846 do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra.

Descrição macroscópica. — O prepúcio encontra-se reduzido a um pequeno retalho circular, infiltrado de tecido neoplásico e termo-cauterizado em vários pontos. O neoplasma ocupa os dois têtços posteriores da glande, o sulco balano-prepucial e a parte anterior dos corpos cavernosos. Apresenta-se sob a forma de um colar de tecido esbranquiçado, de aspecto vegetante, com largas e profundas ulcerações. O vértice da glande é sensivelmente normal.

Análise histológica. — No meio de um estroma de tecido conjuntivo, constituído principalmente por fibras, encontram-se numerosas células, de protoplasma volumoso, de contornos mais ou menos po-

ligonais (células do tipo mucoso de MALPIGHI), com disposição recíproca desordenada e com núcleo em via de divisão activa. Umam formam cordões e lóbulos de tamanhos variados e de contornos irregulares; outras encontram-se distribuídas quasi uniformemente por todo o campo do microscópio. Em certos pontos das preparações, observam-se alguns vasos sanguíneos cheios de glóbulos vermelhos, muitas hemacias derramadas nos interstícios do tecido, muitos linfocitos e um pequeno número de leucocitos mono-nucleares. Notam-se também muitos globos epidérmicos. Os gânglios inguinais encontram-se também invadidos e alguns completamente destruídos por cordões de células epiteliomatosas, nos quais se observam muitos globos epidérmicos.

Diagnóstico. — Epitelioma pavimentoso lobulado com globos epidérmicos.

CAPÍTULO V

Anomalias e suas conseqüências

§ I — CONSIDERAÇÕES GERAIS

« Anomalia é todo o desvio do tipo específico(1) ou, por outras palavras, toda a particularidade orgânica que apresenta qualquer indivíduo comparado com a maioria dos indivíduos da mesma espécie, da mesma idade e do mesmo sexo » [ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE(2)].

Esta definição abrange todas as particularidades anatómicas, seja qual fôr a sua natureza e qualquer que seja a capacidade funcional dos órgãos ou dos aparelhos anómalos.

E. CHAUVIN(3) considera como anomalias somente as particularidades anatómicas que alteram a morfologia do tipo estabelecido como característico da espécie.

(1) Dá-se o nome de tipo específico ao conjunto dos caracteres comuns à maioria dos indivíduos que constituem uma espécie.

(2) GEOFFROY SAINT-HILAIRE, *Traité de Tératologie*, tomo 1, Paris, 1832.

(3) CHAUVIN, *Précis de Tératologie*, Paris, 1920.

As diferenças de volume, por vezes enormes, que apresentam os órgãos ou os aparelhos de certos indivíduos são descritas por este autor sob o nome de *variações individuais*, quando não há desvio morfológico do tipo específico.

Não estamos de acôrdo com esta opinião porque ao tipo específico está ligada a noção do tamanho e, por consequência, as diferenças de volume, quando são consideráveis, devem pertencer ao grupo das anomalias.

Não podemos, com efeito, deixar de considerar o nanismo, o gigantismo, a exigüidade ou o excesso de volume dos órgãos desvios do tipo específico, quando estes fenómenos são muito pronunciados.

A distinção entre certas anomalias e simples variações individuais torna-se difficil porque não é possível estabelecer, com precisão, onde terminam estas e onde começam aquelas, mas a questão simplifica-se, colocando no grupo das anomalias somente as diferenças de volume pronunciadas e pouco frequentes. O que não devemos é considerar como simples variações individuais as enormes e raras diferenças de volume dos órgãos, dos aparelhos ou de todo o organismo. Para nós, anomalia é toda a particularidade anatômica apreciável e pouco frequente, seja qual fôr a sua natureza e a sua importância.

GEOFFROY SAINT-HILAIRE divide as anomalias em dois grupos: *anomalias simples ou hemiterias* e *anomalias complexas*.

As primeiras compreendem as *variedades e os ví-*

cios de conformação; as segundas dividem-se em *heterotaxias*, *hermafroditismo* e *monstruosidades*.

Vejamus rápidamente a significação de cada um destes termos.

O termo *hemiteria*, que etimologicamente significa semi-monstruosidade, serve para designar as anomalias ligeiras sob o ponto de vista anatómico e pouco graves sob o ponto de vista funcional.

Variedades são hemiterias ou anomalias simples que não prejudicam nenhuma função.

Vícios de conformação são anomalias ligeiras sob o ponto de vista anatómico, mas prejudiciais sob o ponto de vista funcional. *Variedades* e *vícios de conformação* podem ser anomalias da mesma ordem e do mesmo grau, sob o ponto de vista anatómico; a diferença consiste somente na influência, nula num caso e nociva no outro, que estas anomalias exercem sobre as funções dos órgãos ou dos aparelhos.

Heterotaxias (1) são anomalias complexas caracterizadas pela inversão das vísceras sem alteração sensível das suas funções.

A *inversão esplâncnica*, *transposição visceral* ou *situs inversus* pode ser total ou parcial.

Nos animais assimétricos, ao contrário do que se observa nos simétricos, estas anomalias invertem, em regra, a conformação exterior do animal. Nestas condições, diz-se que a inversão é geral.

Simple inversão esplâncnica e *inversão geral* são

(1) Não necessitamos de empregar este termo no nosso trabalho, mas apresentamo-lo aqui porquanto nos referimos à classificação das anomalias por GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

duas ordens em que GEOFFROY SAINT-HILAIRE divide o grupo das anomalias heterotáxicas.

Hermafroditismo é uma anomalia caracterizada pela reunião dos órgãos genitais dos dois sexos no mesmo individuo (*hermafroditismo verdadeiro*) ou somente pela presença simultânea de alguns caracteres aparentes do macho e da fêmea (*pseudo-hermafroditismo*).

Monstruosidades são anomalias muito graves caracterizadas por conformações anatómicas muito diferentes das que apresentam os tipos específicos.

As anomalias do pênis não são tão raras como geralmente se julga. Muitas escapam à observação dos próprios doentes, outras são completamente despresadas por êles, quando não causam sofrimentos nem prejudicam as funções do órgão.

Certos individuos, quando sabem que os seus defeitos são incuráveis, procuram ocultá-los; outros, por um excesso de pudor que se não explica no homem, preferem sofrer as conseqüências de uma anomalia remediável do que mostrar os seus órgãos genitais.

É por todas estas razões que a maior parte das anomalias do pênis são observadas, por acaso, nos cadáveres autopsiados, nos individuos submetidos a exames médico-legais, nos recrutas e nos homens em que surge qualquer doença grave, aguda ou crônica,

do aparelho urinário, do aparelho genital ou das regiões vizinhas. Mesmo assim, não se passa um só ano em que não sejam observados os mais monstruosos exemplos.

§ II — ANOMALIAS DA TOTALIDADE DO PÊNIS

A) Ausência congénita (*Aplasia*)

A ausência congénita do pênis pode ser real ou aparente.

A primeira é mais freqüente do que a segunda e encontra-se, quasi sempre, associada a anomalias variadas dos órgãos vizinhos, principalmente dos testículos, do escroto, da uretra e da bexiga.

NÉLATON(1) observou, em Janeiro de 1854, um recém-nascido de dois dias que não apresentava vestígios de pênis nem de meato urinário. Depois de um exame prolongado, êste cirurgião descobriu uma comunicação entre a bexiga e o recto.

GOSCHLER(2) examinou também um recém-nascido que apresentava as mesmas anomalias, e DEMARQUAY observou um caso absolutamente semelhante num homem de vinte e sete anos, forte, saudável e aparentemente bem conformado.

RÉVOLAT(3) observou um caso de ausência com-

(1) NÉLATON, *Éléments de Pathologie Chirurgicale*, tómo v.

(2) Citado por A. POUSSON, *Précis des Maladies des Voies Urinaires*, Paris, 1909.

(3) *Journal de Sédillot*, tómo xxvii.

pleta do pénis numa criança que apresentava, ao nível do umbigo, uma pequena fenda transversal por onde saía a urina e o mecónio. Esta criança tinha, além disso, uma espinha bífida e uma hérnia umbilical.

Em qualquer dêstes quatro casos, o escroto e os testículos eram sensivelmente normais, mas havia, como acabamos de ver, anomalias do aparelho urinário.

Num caso observado por HICKS (1), o escroto e os testículos faltavam também. No seu lugar, encontrava-se um saco fechado onde se abriam a bexiga e o recto.

Na literatura médica, encontram-se também vários exemplos de ausência congénita do pénis sem anomalias dos órgãos vizinhos.

FODÉRE, ORFILA, SHENK, CATLIER (2) e outros autores publicaram alguns casos dêste género.

O caso de FODÉRE foi observado num soldado, forte e robusto, que se queixava de incontinência de urina, e o de ORFILA foi notado, com grande espanto, no exame médico-legal de um indivíduo acusado de crime de estupro.

Em qualquer dêstes casos, encontrava-se, no lugar do pénis, um pequeno botão, cujo vértice apresentava um orifício — o meato urinário. O escroto e os testículos eram sensivelmente normais.

A ausência aparente do pénis não é tão freqüente como a ausência real, mas o médico não deve esque-

(1) Citado por POUSSON, *obr. cit.*

(2) Citados por GARNIER, *Impotência Física e Moral.*

cer esta eventualidade e, sobretudo, não deve deixar de examinar cuidadosamente a região pubo-escrotal para que o seu diagnóstico não seja, mais tarde, desmentido por qualquer colega ou mesmo por qualquer indivíduo estranho à arte.

BOUTEILLER (1) publicou, em 1875, o caso de um recém-nascido que apresentava uma anomalia dêste género. No lugar que o pênis devia ocupar, encontrava-se um pequeno orifício, através do qual saía urina. Palpando cuidadosamente as regiões púbica e supra-escrotal da criança, êste cirurgião reconheceu a presença de um corpo móvel, situado debaixo da pele. Pensou imediatamente que se tratava do pênis e, para se certificar, pegou num bisturi e incizou os tecidos que o cobriam. Libertou um pênis rudimentar.

B) Exigüidade (*Hipoplasia*)

A exigüidade do pênis é uma anomalia que raras vezes se observa em indivíduos bem conformados, fortes e com os testículos regularmente desenvolvidos. Geralmente, encontra-se associada a um certo grau de atrofia congénita de todo o aparelho genital ou a um atraso de desenvolvimento de todo o organismo.

BROUARDEL (2) refere-se a vários casos de atrofia pronunciada do aparelho genital, uns observados

(1) *Union Médicale de la Seine-Inférieure*, n.º 40.

(2) BROUARDEL, *obr. cit.*

por êle, outros observados por RECLUS, e não menciona nenhum de atrofia exclusivamente peniana.

A maior parte das vezes, a anomalia de que nos ocupamos, observa-se nos casos de infantilismo, isto é, nos casos de atraso ou de parada do desenvolvimento geral do corpo.

ROUBAUD (1) observou um estudante brasileiro, de dezanove anos, franzino e imberbe, cujo pênis era quâsi imperceptível, no estado de flacidez, e media sòmente cinco centímetros e meio de comprimento, no estado de erecção completa. Os testículos tinham apenas o volume de uma avelã. A influência destas glândulas sôbre o desenvolvimento do pênis é incontestável.

Os indivíduos castrados em tenra idade (eunucos, skoptzys, etc.) e os que, na infância, tiveram lesões testiculares extensas apresentam, quâsi todos, um certo grau de atrofia peniana.

O coito e, sobretudo, as erecções freqüentes que se manifestam, espontaneamente, na época da puberdade, isto é, quando os testículos começam a funcionar, contribuem muito para o aumento de volume do pênis. As aréolas, distendidas pelo sangue, alargam-se consideravelmente e os elementos anatómicos das trabéculas, nutrindo-se melhor, hipertrofiam-se e multiplicam-se mais activamente. — *A função faz o órgão.* — Quanto mais um órgão ou um aparelho funciona, tanto mais activa é a sua nutrição e, por consequência, tanto maior é o seu desenvolvimento.

(1) Citado por GARNIER, *Impotência Física e Moral.*

Todo o órgão que não funciona é imperfeitamente nutrido e, portanto, atrofia-se ou não se desenvolve.

A natureza, sábia em tudo e mais justiceira do que o homem, recompensa os que trabalham e despreza os que nada fazem. É, todavia, um pouco benévola para os órgãos genitais porque dá à imaginação a faculdade de substituir, até certo ponto, o exercício sexual.

Este não é absolutamente indispensável para que o pénis se desenvolva regularmente. Basta que a imaginação não esteja paralizada. Bastam os desejos sexuais e a recordação dos prazeres genésicos para activar a circulação sanguínea ao nível do órgão e, por conseqüência, para favorecer o seu desenvolvimento.

Quando todos estes factores faltam completamente, o pénis e os testículos são, quasi sempre, pouco volumosos. Assim se explica a atrofia dos órgãos genitais de muitos cantores e atletas da Grécia, citados por GALENO, que se entregavam à castidade e afastavam da sua imaginação toda a idea do prazer genésico, a fim de não perderem as suas forças.

Em geral, os pénis exíguos são, ao mesmo tempo, delgados e curtos, como no caso de ROUBAUD mas, na literatura médica, encontram-se alguns exemplos de pénis muito delgados cujo comprimento era aproximadamente normal e, inversamente, alguns casos de pénis muito curtos cuja grossura era regular.

PLATERUS (1) observou um pénis que era formado somente pela glande e pelo prepúcio.

(1) Citado por NICOLAS VENETTE, *obr. cit.*, t. 1.

O grau de atrofia é muito variável. O pênis dos epispados pubo-penianos e, sobretudo, o dos hipospados escrotais ou escroto-perineais é geralmente muito pequeno (vid. hipospadia e epispadias).

C) Excesso de volume por hipertrofia do sistema eréctil

Encontram-se na literatura médica alguns casos de pênis tão volumosos que nos parecem quasi increditáveis.

DESCOURTILZ(1) observou, em S. Domingos, um preto cujo pênis tinha treze polegadas de comprimento, isto é, mais de trinta e cinco centímetros, e FABRICE DE HILDEN(2) observou um homem de quarenta anos com um pênis cujo volume não era muito inferior ao do corpo de uma criança.

¿ Não estaria FABRICE DE HILDEN em presença de um caso de elefantíase ou de qualquer outra doença do aparelho genital?

Assim julgamos, não só porque é necessário ultrapassar os limites da nossa boa vontade para admitir o diagnóstico de hipertrofia simples dos órgãos erecteis, mas ainda porque os médicos e os cirurgiões dos meados do século passado, incluindo o próprio DEMARQUAY, o pai da patologia peniana, confundiram com a hipertrofia do pênis vários casos de elefantíase.

(1) Citado por GARNIER, *Impotência Física e Moral*.

(2) *Ibidem*.

É indispensável distinguir da hipertrofia simples dos corpos erécteis todos os casos em que o excesso de volume do órgão da cópula é devido a doenças variadas, quer dos invólucros, quer do sistema envolvido, porque o prognóstico e a terapêutica são completamente diferentes.

O diagnóstico nem sempre é fácil, mas, nos casos em que os processos ordinários de exploração clínica não são suficientes para esclarecer a questão, o médico pode incisar os tegumentos e apreciar convenientemente o desenvolvimento ou as lesões dos tecidos subjacentes.

No *Philadelphia Medical Times* de 9 de Janeiro de 1875, encontra-se uma observação de hipertrofia simples dos corpos cavernosos, cujo diagnóstico foi feito somente depois da incisão dos invólucros do pénis.

Trata-se de um chinês, de trinta e três anos, cujo pénis era consideravelmente volumoso desde a sua infância.

O excesso de volume do pénis, quer em grossura, quer em comprimento, tem alguns inconvenientes, sobretudo quando o coito é praticado com mulheres conformadas inversamente.

GARNIER, referindo-se a esta questão, diz que todo o homem encontra sapato para o seu pé, mas, em regra, os que deixam o celibato só tiram as medidas depois de ligados pelos laços do matrimónio, isto é, quando o mal já não tem remédio.

Pela estatura da mulher não se medem as dimensões da sua vagina, como também se não me-

dem as dimensões do pénis pelo tamanho do nariz (1).

Uma mulher forte pode ter uma vagina curta e estreita; por outro lado, um homem de pequena estatura pode apresentar um pénis volumoso. Nestas condições, o coito é geralmente difícil e bastante doloroso, sobretudo para a mulher. Em certos casos torna-se um verdadeiro suplício.

ZACCHIES, citado por GARNIER, refere-se a uma cortezá romana que perdia os sentidos quando tinha relações sexuais com um dos seus amantes, cujo pénis era volumosíssimo.

As dilacerações da vagina, as hemorragias abundantes, as contusões do colo do útero, as erosões e as excoriações da glande, a ruptura do freio, etc., não são acidentes raros, sobretudo nos primeiros coitos.

Para se evitarem devemos recomendar prudência e serenidade, aconselhar a posição que nos pareça mais favorável ou indicar outros meios que estão ao alcance de todas as inteligências.

D) Direcção viciosa

Diz-se que o pénis tem uma direcção viciosa quando o seu eixo longitudinal descreve, durante a erecção, uma linha sinuosa ou quebrada, um arco de círculo ou um ângulo obtuso.

(1) Alguns autores do século passado sustentam que há uma certa relação entre o tamanho do nariz e o tamanho do pénis, mas isso não tem sido confirmado. Os autores modernos, sobretudo os médicos militares que têm tido ocasião de observar muitos milhares de pénis, desmentem esta opinião.

A maior parte das vezes, observa-se só uma curvatura, de concavidade superior, inferior ou lateral, mas, em certos casos, encontram-se duas ou mais, voltadas para o mesmo lado ou para lados diferentes. Nestas condições, o coito é geralmente impossível ou pelo menos bastante difícil.

J. L. PETIT observou, entre outros casos, um indivíduo cujo pénis apresentava uma curva, de concavidade inferior, tão pronunciada que o grande cirurgião francês não hesitou em lhe aconselhar o celibato.

A direcção viciosa do pénis pode ser congénita ou adquirida. A primeira é, em regra, uma consequência do desenvolvimento desigual, em número ou em volume, das aréolas dos órgãos erécteis; a segunda pode ser o resultado de lesões anatómicas variadas, tais como as concreções fibro-plásticas dos órgãos erécteis, a ossificação dos corpos cavernosos, as cicatrizes superficiais ou profundas, os neoplasmas e as inflamações nodulares, a blenorragia, etc.

Para que a direcção do pénis seja rectilínea durante a erecção é absolutamente indispensável que o sangue se distribua de uma maneira regular e uniforme por todo o tecido erétil.

Se, por exemplo, as aréolas do corpo cavernoso direito são mais volumosas ou mais numerosas do que as do corpo cavernoso esquerdo, a metade direita do pénis, recebendo mais sangue do que a metade esquerda, alonga-se mais e, por consequência, o órgão apresenta, durante a erecção, a forma de um arco de círculo cuja concavidade fica voltada

para o lado esquerdo. Sucede o mesmo quando as paredes de algumas aréolas perdem a sua elasticidade ou quando o tecido erétil é destruído, num ou em vários pontos, por qualquer processo mórbido.

E) Torsão

A torsão ligeira do pénis é freqüente e, em regra, não prejudica a micção nem a cópula; os casos em que o órgão, tendo executado um movimento de rotação de 180 graus, se apresenta com a face inferior voltada para cima são, pelo contrário, raros e ordinariamente não são isentos de perturbações funcionais.

A micção, a erecção, a cópula e a ejaculação podem ser, com efeito, muito prejudicadas, sobretudo quando a torsão se encontra associada a outras anomalias dos órgãos genitais (hipospadia, epispadias, curvatura do pénis, sutura escroto-peniana, etc.).

A maior parte dos indivíduos com esta anomalia são hipospados. Nos casos de rotação completa, a face dorsal do pénis repousa sobre o escroto e a face ventral fica voltada para diante.

GODARD, VERNEUIL, GUERLAIN e outros autores publicaram algumas observações d'este género.

F) Sutura ou sínfise peno-escrotal

Esta anomalia é caracterizada pela aderência da face inferior do corpo do pénis ao escroto.

Pode ser congénita ou adquirida.

Nos casos de sutura peno-escrotal congénita, a glande fica geralmente em liberdade, mas, como o meato urinário se encontra, quasi sempre, na face inferior do pénis (hipospadia), a urina e o esperma são lançados sobre a face anterior das bolsas testiculares e escoam-se, babando todo o escroto e a face interna das coxas.

O coito é impossível. A intervenção cirúrgica, que consiste em seccionar a membrana ou o ligamento peno-escrotal, é absolutamente indispensável.

DUPONT, BOUISSON, DUPLAY e outros cirurgiões colheram esplêndidos resultados desta operação, apesar de J. L. PETIT ter recomendado a mais severa abstenção.

Nos casos de sutura peno-escrotal adquirida, as perturbações urinárias são geralmente menos importantes e o coito é possível, embora se torne difficil.

As queimaduras, as feridas, os cancros sifilíticos e os cancros moles do escroto e da face inferior do pénis são as causas mais freqüentes da sutura peno-escrotal adquirida. É necessário que não se esqueça esta complicação quando se faz o tratamento daquelas doenças.

No Hospital da Universidade de Coimbra, encontra-se um homem de quarenta e três anos (C. P. M.), cujo pénis está unido ao escroto porque um curandeiro que o tratou de cancros moles da face inferior do pénis e da face anterior do escroto não soube evitar a sutura ou talvez não soubesse que esta com-

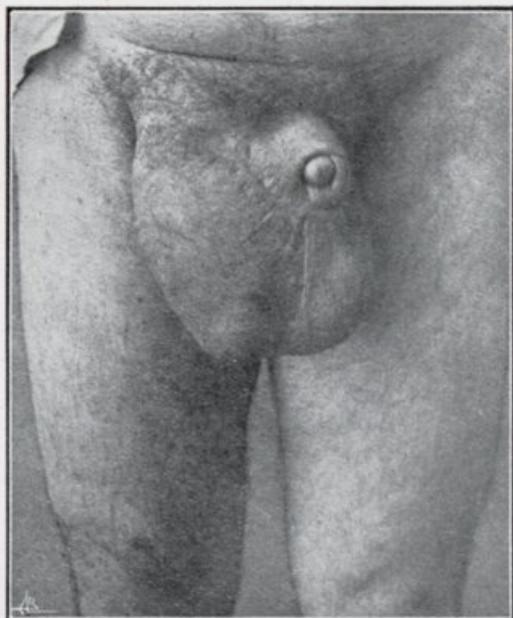


Fig. 41

SUTURA OU SÍNFISE PENO-ESCROTAL ADQUIRIDA

plicação era possível. A face inferior do corpo do pénis encontra-se completamente soldada ao escroto (vid. fig. 41). Apenas o prepúcio e a glande se encontram livres.

O doente declara que o coito é muito difícil.

G) Pénis bífido (*Diphallus partialis*)

Os casos de pénis bífido são muito raros. Na literatura médica, encontram-se vários exemplos, mas são quasi todos de glandes parcialmente bífidas.

Nós apenas encontramos as descrições de dois casos — o caso de FORSTER ET KLEBS (1) e o caso de J. A. PIRES DE LIMA (2) — em que a parte anterior do corpo do pénis estava dividida em duas metades laterais, cada uma das quais apresentava uma glande imperfurada.

Limitar-nos hemos a descrever, muito rapidamente, estes dois casos.

No caso de FORSTER ET KLEBS, a uretra abria-se no ângulo de bifurcação, e a glande esquerda era mais desenvolvida do que a direita. No caso do Professor J. A. PIRES DE LIMA, o meato urinário, largo, arredondado e infundibiliforme, estava situado sobre a face inferior do corpo do pénis, a dois centímetros adiante do escroto, e a parte anterior da uretra pe-

(1) Citado por POUSSON, *obr. cit.*

(2) J. A. PIRES DE LIMA, Professor de Anatomia Topográfica na Faculdade de Medicina do Pôrto, *Note on a case of bifid penis with penial hypospadias* — *Journal of Anatomy and Physiology*, vol. XLIX.

niana era representada por uma goteira profunda, longitudinal e mediana, que se prolongava até ao ângulo de bifurcação. As duas glandes encontravam-se completamente separadas, eram sensivelmente iguais, apresentavam uma forma mais ou menos piramidal e estavam totalmente descobertas porque os dois prepúcios eram muitos curtos.

O pénis, largo e chato na parte anterior, apresentava uma forma cilíndrica na vizinhança da sínfise púbica. No estado de flacidez, o seu comprimento total, medido sobre a face dorsal, era de oito centímetros e meio, pertencendo dois centímetros e meio à região balânica. O comprimento da face ventral era apenas de seis centímetros. Pela palpação, notava-se que os corpos cavernosos, unidos na parte posterior, se afastavam gradualmente de trás para diante.

Um facto a que o autor se refere e que não devemos deixar de mencionar aqui é o de esta anomalia não ter afectado as funções sexuais. O indivíduo observado era um homem de cinqüenta e oito anos, casado, que tinha duas filhas e três filhos, dois dos quais estavam já casados.

H) Multiplicidade

Esta anomalia é pouco freqüente e os casos até hoje observados são todos de duplicidade (*diphallus totalis*).

Algumas vezes, os dois pénis encontram-se sobre-

postos, mas, na maior parte dos casos, estão colocados ao lado um do outro.

ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE(1) observou um homem com dois pênis sobrepostos e completamente independentes, cada um dos quais apresentava uma uretra por onde saía a urina e o esperma. A mulher dêste homem só teve filhos gémeos.

RIBÉRA (2) observou também um caso de dois pênis sobrepostos e completamente independentes, mas, neste caso, além da anomalia peniana, havia duplicidade vesical. Cada uma das bexigas tinha uma uretra e um só uréter.

GIACOMO SANGALLI(3) observou outro caso de duplicidade do pênis com duplicidade vesical, mas os dois pênis estavam colocados ao lado um do outro. Esta é, como dissemos, a variedade mais freqüente.

VELPEAU apresentou, em 1844, à Academia das Ciências de Paris, um caso de pênis duplo observado numa criança de oito meses e meio. Os dois pênis estavam colocados um ao lado do outro e encontravam-se separados por uma distância de quatro centímetros aproximadamente. Cada um deles tinha uma uretra e ambas deviam comunicar com a mesma bexiga porque, durante as micções, a urina saía pelos dois canais, ao mesmo tempo e em igual quantidade (*Comptes rendus de L'Académie des Sciences*, 1844).

(1) ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE, *obr. cit.*, τόμο II.

(2) RIBÉRA, *Academia Real de Medicina*, Madrid, 4 de Março de 1911.

(3) Citado por POUSSON, *obr. cit.*

HART, VAN BUREN, KEYES (citados por POUSSON), KUTHNER e LANGE (citados por KAUFMANN) observaram outros casos semelhantes.

VAUDESCAL (1) observou uma criança com dois pénis, um aparentemente normal, outro com um ligeiro grau de hipospadia. No escroto, apenas se palpava um testículo.

LOUDARD ET G. JEAN (2) referem-se também a uma peça de duplicidade do pénis, conservada no museu MALLEZ.

O caso observado em Portugal, nos meados do século passado, não é menos interessante do que qualquer destes a que acabamos de nos referir.

Trata-se de um rapaz, natural de Faro, João Baptista dos Santos, nascido em 5 de Setembro de 1845, de quem o Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra possui duas fotografias, tiradas aos dezóito anos. Êste caso, muito falado entre nós e no estrangeiro, foi publicado, em 1864, na *Revista Médica Portuguesa* e figurou, em 1869, nas colunas da *Revue Photographique des Hôpitaux*.

GARNIER, MONOD ET BRUN e outros autores francezes consideram-no como um dos mais interessantes.

Entre os dois membros abdominais, normalmente conformados, existia um terceiro membro, imperfeitamente desenvolvido, que se inseria no períneo, entre o escroto e o anus. Adiante dêste membro suplementar, encontrava-se um aparelho genital com

(1) *Presse Médicale* de 8 de Junho de 1921.

(2) *Journal d'Urologie*, tómo XI, n.º 3, Março de 1921.

dois pénis completamente independentes, bem conformados, razoavelmente desenvolvidos e situados um ao lado do outro. O pénis esquerdo era um pouco mais volumoso do que o direito.

Êste rapaz, contratado, como exhibicionista, por uma companhia de saltimbancos, mostrava, em sessões especiais, todas as suas «habilidades». Urinava e ejaculava o esperma pelas duas uretras.

Os dois pénis entravam em erecção quasi ao mesmo tempo, mas o esquerdo atingia mais rapidamente o estado de erecção completa. Servia-se dos dois, simultaneamente ou alternativamente sem ejaculação simultânea, e, quando queria utilizar-se só de um, dava a preferênciã ao esquerdo, não só porque êste era um pouco mais volumoso, mas ainda porque entrava mais facilmente em erecção.

§ III — ANOMALIAS DOS CORPOS CAVERNOSOS

As anomalias dos corpos cavernosos que mais freqüentes vezes se observam são a ausência (DELBARIER), a atrofia, a hipertrofia (DEMARQUAY, MONOD ET BRUN) e a desigualdade, em número ou em volume, das aréolas dos corpos erécteis (J. L. PETIT). A ausência, a exigüidade, o excesso de volume e a direcção viciosa do pénis traduzem, respectivamente, cada um dêstes defeitos de desenvolvimento do tecido eréctil.

§ IV — ANOMALIAS DA URETRA

A) Hipospadia

A hipospadia é uma anomalia caracterizada pela abertura da uretra na face inferior do pênis, a uma distância variável da extremidade da glande. Esta anomalia é muito freqüente.

No ano lectivo de 1919-1920, observámos alguns casos, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, e, consultando os arquivos da clínica hospitalar do Ex.^{mo} Sr. Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, notámos que, quási todos os anos, se encontram vários hipospados na enfermaria de U. H. — FORGUE, citado por POUSSON (1), encontrou sòmente 235 casos em 280.000 homens do contingente militar, e o nosso compatriota Dr. JOSÉ FERNANDES (2) observou apenas 2 em cêrca de 9.900 recrutas que, durante sete anos, inspecionou nas províncias do Alemtejo e Algarve; mas RENNES (3) observou 10 casos em 3.000 homens, e BOUISSON (4), LEGUEU ET PAPIN (5) e a maior parte dos autores que se referem a êste assunto declaram que se observa cêrca de 1 caso de hipospadia em 300 ou 350 homens.

(1) POUSSON, *obr. cit.*

(2) Citado por J. A. PIRES DE LIMA, *Sur quelques observations de fistules juxta-urèthrales congénitales, Communication au XVIIe Congrès International de Médecine, Londres 6-12 Août 1913, Section I (Anatomie et Embryologie).*

(3) *Arch. de Méd.*, 1831.

(4) BOUISSON, *Tribut à la Chirurgie*, tómo II.

(5) LEGUEU ET PAPIN, *obr. cit.*

A hereditariedade tem sobre esta anomalia uma influência incontestável.

GARNIER(1) refere-se a dois irmãos hipospados que foram operados por GROSS, num hospital de Filadelfia, e DOUSSEAU(2) observou dois irmãos hipospados, cujos filhos apresentavam a mesma anomalia.

RICORD, FRANK, MECKEL, RIGAUD SABATIER, GUYON, etc., publicaram também vários casos de famílias de hipospados.

RICORD(3) observou a anomalia de que nos ocupamos em três indivíduos da mesma família, avô, filho e neto, e FRANK(4) encontrou-a também em três gerações sucessivas. A hipospadia pode ser transmitida pela mãe.

MECKEL(5) publicou o caso de uma mulher, descendente de uma família em que se contavam vários hipospados, que deu à luz dois filhos com o mesmo defeito.

Segundo a posição da abertura anormal da uretra, distinguem-se cinco variedades principais de hipospadias:

- a) *hipospadia balânica*;
- b) *hipospadia peniana*;
- c) *hipospadia peno-escrotal*;
- d) *hipospadia escrotal ou perineo-escrotal*;
- e) *hipospadia perineal*.

(1) GARNIER, *Impotência Física e Moral*, trad. brasileira.

(2) Citado por GARNIER, *Esterilidade*, trad. brasileira.

(3) *Ibidem*.

(4) Citado por E. FORGUE, *Précis de Pathologie Externe*, tómo II, Paris, 1917.

(5) Citado por GARNIER, *Impotência Física e Moral; Esterilidade*.

Hipospadia balânica. — A hipospadia balânica é a variedade mais freqüente. O meato urinário está situado sôbre a face inferior da glande, ao nível da base ou entre o vértice e a base, e apresenta-se, quasi sempre, sob a forma de uma pequena fenda longitudinal. O freio e a metade ventral do prepúcio faltam quasi sempre.

A glande é geralmente achatada de cima para baixo e a sua mucosa continua-se insensivelmente com a mucosa da uretra. Adiante do orificio urinário, encontra-se, quasi sempre, uma goteira, pouco profunda, que se prolonga até ao vértice da glande e que representa a uretra balânica. Esta pode também ser representada por uma betesga, de profundidade variável, situada no lugar do meato normal.

Hipospadia peniana. — O meato urinário encontra-se sôbre a face inferior do pênis, entre a base da glande e o ângulo peno-escrotal, e apresenta-se sob a forma de uma fenda com direcção antero-posterior (1).

Geralmente, observa-se um só orificio por onde sai a urina e o esperma, mas LECROIX, VOELKER e outros autores referem-se a exemplos de dois e de três orificios. A porção da uretra peniana situada adiante do orificio urinário pode ser representada por uma goteira ou por um canal. Durante a erecção, o pênis forma uma curva de concavidade infe-

(1) Algumas vezes, apresenta-se sob a forma de uma fenda transversal ou é arredondado e puntiforme.



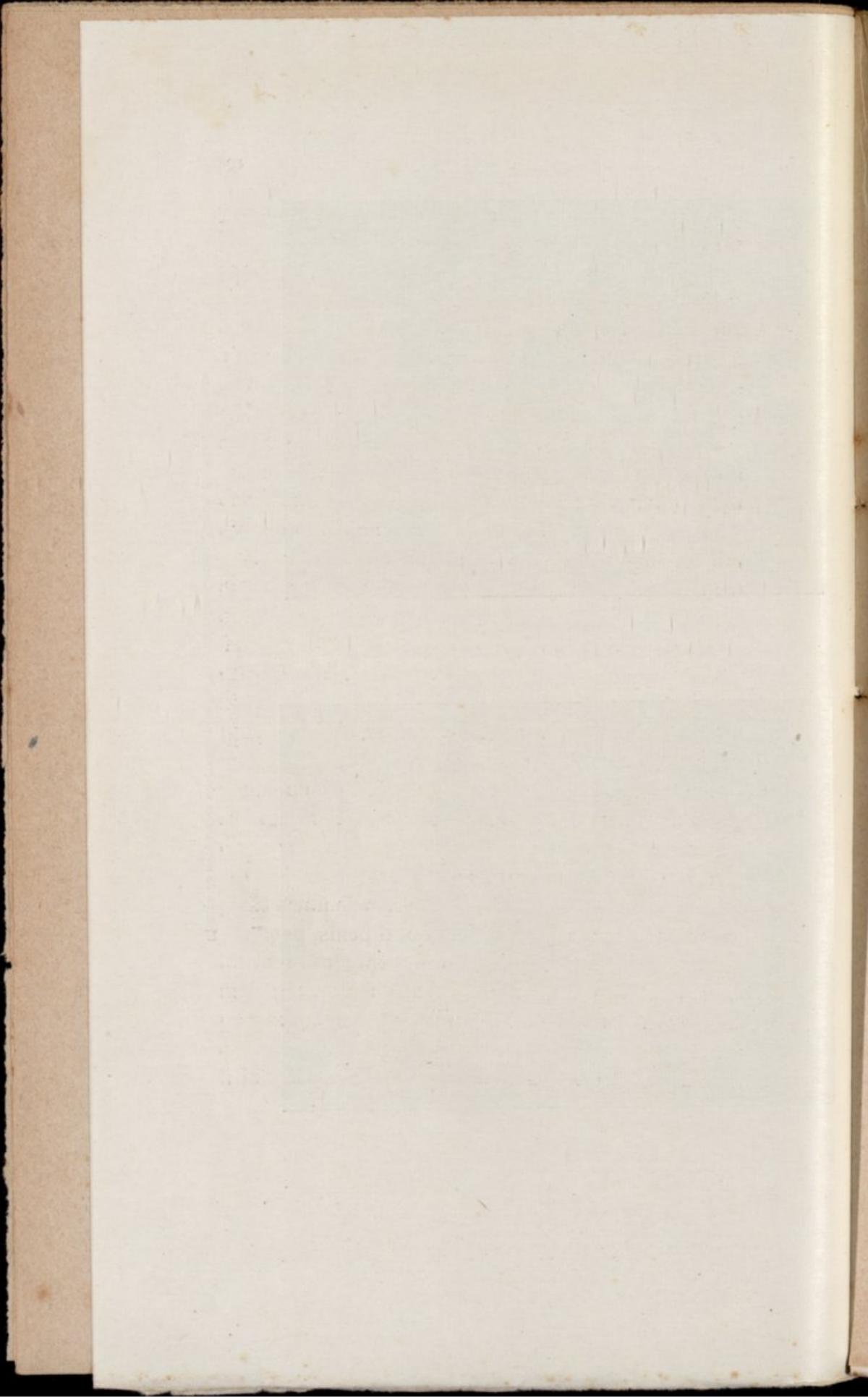
Fig. 42



Fig. 43

HIPOSPÁDIA ESCROTAL

Criança de nove meses observada pelo Ex.^{mo} Senhor Dr. Correia Soares, em Janeiro de 1922



rior. O freio e a metade ventral do prepúcio faltam em quási todos os casos.

Hipospadia peno-escrotal. — A uretra abre-se no ângulo formado pelo pénis e pelo escroto. O pénis é geralmente pequeno e apresenta uma curvatura de concavidade inferior. O escroto é quási sempre normal.

Como na variedade anterior, a *pars pendula* da uretra peniana pode ser representada por uma goiteira longitudinal, situada sôbre a face inferior do pénis, ou por um canal, de comprimento variável, que se abre ao nível do vértice da glande e que é fechado na sua extremidade posterior.

Hipospadia escrotal ou perineo-escrotal. — A hipospadia escrotal é caracterizada pela abertura da uretra no fundo de um sulco antero-posterior que divide o escroto em duas partes completamente independentes (vid. Estampas xvi e xvii).

Esta anomalia apresenta com a vulva uma analogia tão perfeita que DUGUÈS deu-lhe a designação de *hipospadia vulviforme*. As pregas escrotais apresentam a forma e o aspecto dos grandes lábios e encontram-se separadas por uma fenda semelhante à fenda vulvar (vid. fig. 42). Além disso, o pénis, pequeno, imperfurado e curvo, faz lembrar um clitoris hipertrofiado, e o orifício urinário faz lembrar o orifício vulvo-vaginal, tanto pela sua forma como pelas suas dimensões.

Algumas vezes, êste orifício é limitado por duas

pequenas pregas laterais análogas aos pequenos lábios vulvares. Nestas condições, o diagnóstico do sexo nem sempre é fácil. Muitos hipospados escrotais têm sido considerados como mulheres, durante toda a sua vida, e outros como hermafroditas verdadeiros. TILLAUX, citado por VOELKER, observou uma criança de doze anos, que não teria deixado de ser considerada como pertencendo ao sexo feminino, se êste cirurgião, reduzindo uma hernia inguinal, não tivesse palpado os grandes lábios vulvares ou se não tivesse encontrado, na espessura de cada um dêles, um corpo ovoide que lhe fazia lembrar um testículo.

Examinando, em seguida, todo o aparelho genital externo, notou que se tratava de um hipospado escrotal. A confusão é muito mais fácil e muito mais freqüente nos casos em que as bolsas testiculares estão vazias.

Hipospadia perineal. — Esta variedade de hipospadia distingue-se da anterior pela situação mais recuada do orifício urinário e pela ausência de divisão escrotal. A uretra prostato-membranosa abre-se directamente no períneo, entre o escroto e o anus.

O pênis é imperfurado e exíguo e os testículos são geralmente pequenos.

As perturbações funcionais que apresentam os hipospados são tanto mais pronunciadas quanto mais recuado se encontra o orifício uretral. Na hipospadia balânica, a micção, a cópula e a fecundação não apresentam, em geral, alterações ou defeitos fisiológicos muito sensíveis. Na hipospadia peniana,



Fig. 44

HIPOSPÁDIA ESCROTAL

Observação do Ex.^{mo} Senhor Dr. Corrêia Soares (o mesmo caso da estampa anterior)



Fig. 45

o doente urina facilmente, levantando o pénis, e pode exercer o coito, mas a fecundação é incerta porque o esperma não é projectado directamente sobre o focinho de tenca. Nas hipospadias peno-escrotal, perineo-escrotal e perineal, o individuo é obrigado a urinar agachado, para se não molhar, o coito é muito difficil e a fecundação natural é absolutamente impossivel.

B) Epispadias

A epispadias é uma anomalia caracterizada pela abertura da uretra no dorso do pénis, quer sobre a glande, quer na goteira formada pela juxtaposição dos dois corpos cavernosos (goteira supra-cavernosa).

Esta anomalia é muito mais rara do que a antecedente. BARON apenas encontrou dois casos de epispadias para 300 de hipospadia. Segundo a situação do orificio urinário, distinguem-se três variedades de epispadias: *epispadias balânica*, *epispadias peniana* e *epispadias pubo-peniana*.

Epispadias balânica. — O orificio urinário está situado na face dorsal da glande, ao nível da base ou entre a base e o vértice. O pénis é geralmente curto e achatado de cima para baixo; a metade dorsal do prepúcio é pouco desenvolvida ou falta completamente; o freio, longo e espesso, estende-se, quasi sempre, até ao vértice ou até à face dorsal da glande.

Adiante do orifício urinário, encontra-se geralmente uma goteira longitudinal e mediana, que representa a uretra balânica.

Epispadias peniana.— O meato urinário encontra-se na face dorsal do pênis, entre a base da glande e a sínfise púbica. Adiante dêle, existe, quasi sempre, um sulco longitudinal e mediano, de profundidade variável, que se estende até ao vértice da glande.

O pênis é achatado de cima para baixo e, durante a erecção, descreve uma curva de concavidade superior. O freio é geralmente longo e a metade dorsal do prepúcio poucas vezes existe. O corpo esponjoso é difficil de encontrar pela palpação.

Epispadias pubo-peniana.— A epispadias pubo-peniana, ainda conhecida pelo nome de epispadias completa, é caracterizada pela abertura da uretra na face superior do pênis, ao nível do ângulo formado por êste e pela sínfise púbica. O pênis é geralmente pequeno, recurvado para cima e achatado no sentido vertical.

Na sua face dorsal, encontra-se, como na variedade antecedente, uma goteira longitudinal e mediana, que representa os dois têtços anteriores da uretra peniana. O afastamento dos ossos do púbis, a extroversão da bexiga, a atrofia testicular, a criptorquídea, etc. são outras tantas anomalias que acompanham, quasi sempre, a epispadias completa.

As perturbações funcionais determinadas pela epispadias são tanto mais pronunciadas quanto mais

recuado está o orifício urinário e quanto mais importantes são as anomalias que se encontram associadas. Na epispadias balânica, a micção, o coito e a ejaculação não sofrem alterações muito importantes. Pelo contrário, nas epispadias peniana e pubo-peniana, a micção é geralmente irregular, a incontidência de urina é freqüente, a erecção é incompleta, a cópula é difícil e a fecundação natural é, quasi sempre, impossível.

C) Fístulas uretro-cutâneas congénitas

As fistulas uretro-cutâneas congénitas abrem-se geralmente na face inferior da parte livre (*pars pendula*) do pênis ou na região perineal (*fistulas uretro-cutâneas inferiores*), mas, num certo número de casos, dirigem-se para a face dorsal do órgão (*fistulas uretro-cutâneas superiores*) e abrem-se principalmente no sulco balano-prepucial. Algumas são perpendiculares ao canal da uretra; outras são paralelas ou oblíquas numa certa extensão.

O número de fistulas é variável. Geralmente, observa-se apenas uma, mas, na literatura médica, encontram-se exemplos de duas, de três e de quatro. O seu trajecto pode ser rectilíneo ou mais ou menos flexuoso.

D) Divertículos uretrais congênitos

Os divertículos uretrais congênitos são pouco frequentes e, quando se observam, encontram-se principalmente ao nível da metade anterior da *pars pendula* da uretra peniana. Apresentam-se sob a forma de canaliculos estreitos, simples ou ramificados, que terminam em betesga e que comunicam com a uretra por um pequeno orifício. O seu comprimento é variável e a sua direcção varia também de um caso para outro. Alguns são longos e têm uma direcção paralela ao canal da uretra, outros são curtos e atravessam perpendicularmente a bainha esponjosa.

O seu diagnóstico só é possível pelo exame uretroscópico ou, melhor, pelo exame radioscópico, após uma injecção uretral de uma substância impermeável aos raios X.

As inflamações dos divertículos uretrais são frequentes e difíceis de tratar.

As diverticulites blenorrágicas resistem, durante muito tempo, a todos os tratamentos e, muitas vezes, dão origem a abscessos penianos ou a fistulas uretrais que o médico não consegue evitar.

E) Dilatação congénita

A dilatação congénita da uretra caracteriza-se clinicamente pela presença de uma bolsa urinosa, de

paredes delgadas (1), ao nível da face inferior do pénis. A sua confusão com as formações quísticas, em comunicação com a uretra, é freqüente, porque, tanto num caso, como noutro, a bolsa enche-se de urina, durante as micções, e esvazia-se, em seguida, pela expressão.

Para RENÉ LE FORT, esta anomalia é o resultado da distensão e da dilatação progressiva de divertículos uretrais. POUSSON invoca a ausência de desenvolvimento da bainha esponjosa. A dilatação congénita da uretra é pouco freqüente, mas, na literatura médica, encontram-se várias observações, além dos casos muito conhecidos de HENDRIKSZ, de ANGER e de DELBOVIER. RENÉ LE FORT conseguiu reunir catorze observações.

F) Apêrtos congénitos

Os apêrtos congénitos da uretra são pouco freqüentes, mas FOISY, citado por POUSSON, conseguiu reunir 104 casos. A maior parte das vezes, resultam da reabsorção incompleta da rólha cloacal ou do muro epitelial, mas, num grande número de casos, só a hipertrofia da válvula de GUÉRIN e das pregas das lacunas de MORGAGNI tem sido observada.

LEGUEU ET PAPIN distinguem quatro tipos de apêrtos congénitos:

a) *apêrtos cilíndricos* ou *anulares*;

(1) As paredes desta bolsa são constituídas somente pela mucosa da uretra e pelo sistema envolvente do pénis.

- b) apêrtos diafragmáticos;
- c) apêrtos valvulares;
- d) bridas.

Os sinais físicos e as complicações dos apêrtos congênitos são absolutamente semelhantes aos dos apêrtos inflamatórios ou traumáticos. A dilatação vesíco-uretero-renal, as cistites, as pielonefrites e a formação de cálculos são, em qualquer dos casos, complicações freqüentes.

Os apêrtos ligeiros, que se não manifestam com sintomas facilmente apreciáveis, constituem uma das principais causas predisponentes dos apêrtos inflamatórios. Muitas vezes, os excessos de masturbação ou as irritações da mucosa uretral por uma urina ácida bastam para transformar estes apêrtos ligeiros em coarctações pronunciadas.

B) Obliteração congénita

A obliteração congénita da uretra pode ser total ou parcial.

A primeira é excepcional e determina, quasi sempre, acidentes mortais inevitáveis; a segunda é mais freqüente e, num grande número de casos, o seu tratamento está ao alcance da cirurgia.

GUYON divide as obliterações parciais em três grupos: *imperfurações do meato*, *oclusões diafragmáticas* e *oclusões cilíndricas* do canal.

As imperfurações do meato são relativamente freqüentes. As oclusões diafragmáticas e as oclusões

cilíndricas são, pelo contrário, muito raras. POUSSON apenas conseguiu encontrar três observações de oclusão diafragmática (observações de DUPARQUE, de ZOHRER e de GOURDON), e GUYON conseguiu reunir somente oito casos de oclusão cilíndrica. Quando não existe qualquer via de descarga urinária, a criança sucumbe, ao fim de pouco tempo, se o cirurgião não intervém imediatamente ou se a anomalia está acima dos limites dos meios cirúrgicos, mas, felizmente, num certo número de casos, a bexiga comunica com o recto ou apresenta um canal de derivação, que se abre em qualquer ponto do pénis ou ao nível do umbigo.

H) Duplicidade da uretra

Os casos de duplicidade da uretra podem ser classificados em dois grupos:

- a) *Duplicidade da uretra com pénis duplo ou bifido.*
- b) *Duplicidade da uretra com pénis único e bem conformado.*

Já nos referimos aos primeiros. Neste lugar, trataremos somente dos segundos.

Os casos de um só pénis com duas uretras, que se prolongam até à bexiga, não são muito frequentes, mas, na literatura médica, encontram-se vários exemplos.

MEISELS (1) observou um rapaz de doze anos que apresentava dois orifícios urinários, um ao nível do

(1) *Wien. Med. Woch.*, 1893, n.º 31.

vértice da glânde, outro sôbre a face inferior do pênis, a cêrca de dois centímetros atrás do primeiro. A urina saía ao mesmo tempo pelos dois orifícios, mas em maior quantidade pelo orifício anormal. Pelo cateterismo e pelo exame endoscópico, MEISELS notou que cada um dêstes orifícios correspondia a um canal que se estendia até à bexiga. Os dois canais comunicavam um com o outro por uma fenda muito estreita.

A. BROCA (1) observou também um rapaz de doze anos que apresentava uma uretra epispada e outra normal. Pelo cateterismo simultâneo dos dois canais, não se sentia o contacto entre as duas sondas e, pelo exame radioscópico, notava-se que estas se encontravam afastadas uma da outra até às proximidades do colo da bexiga.

ANDRÉ BOECKEL (2) observou um caso absolutamente semelhante ao de BROCA (uretra normal com uretra epispada), numa criança de nove anos.

Além dêstes casos, mencionamos as observações de ERIBERTO AIEVOLI ET BONABITACOLA, de SCHWITZER e de ENGLISH [citados por POUSSON (3)], de PAUL DELBET (4), de DUPLAY e de TARUFFI [citados por OUDARD ET G. JEAN (5)].

Em certos casos, a duplicidade da uretra não determina perturbações funcionais e só é notada na

(1) *Presse Médicale* de 1 de Agosto de 1914 e *Société de Chirurgie* de 11 de Dezembro de 1920.

(2) *Congrès d'Association française d'Urologie*, Outubro, 1913.

(3) POUSSON, *obr. cit.*

(4) *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1898.

(5) *Journal d'Urologie*, tómo xi, n.º 3, Março de 1921.

ocasião de uma infecção blenorragica, mas, a maior parte das vezes, sobretudo quando os dois orifícios urinários estão muito afastados um do outro ou quando há outras anomalias, a micção é irregular e, portanto, chama a atenção dos doentes ou de qualquer pessoa da sua família para o lado do seu aparelho genital. A incontidência de urina é freqüente nos casos de uretra epispada suplementar.

I) Canais para-uretrais congénitos

Os *canais para-uretrais*, também conhecidos pelos nomes de *canais uretrais acessórios*, *fistulas juxta-uretrais*, *fistulas « borgnes » externas* ou *diverticulos « borgnes » externos*, são muito freqüentes.

Na literatura médica, encontram-se, com efeito, vastas bibliografias sobre este assunto (1). A maior parte das vezes, os orifícios de entrada destes canais estão situados sobre a face dorsal da glande, quer na vizinhança da corôa (casos de BAILLI, de LEJARS, de PERKOWSKY, de DUFOUR ET JEAN, etc.), quer ao nível do meato urinário (observações de J. A. PIRES DE LIMA, de AMÉRICO PIRES DE LIMA, de BALZER, de

(1) Consultem-se, entre outros, os trabalhos de LEJARS (*Des canaux accessoires de l'urèthre, Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1888), de RENÉ LE FORT (*Annomalies fistuleuses congénitales du pénis, Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1896), de OUDARD ET G. JEAN (*Canaux uréthraux accessoires congénitaux, Journal d'Urologie*, tómo XI, n.º 3, 1921) e de J. A. PIRES DE LIMA (*Sur quelques observations de fistules juxta-uréthrales congénitales, Communication au XVII^e Congrès International de Médecine, Londres. 6-12 Août 1913, Section I (Anatomie et Embryologie)*).

VÉSALE, de MARCHAL de CALVI, de WOODS, de TOUBERT, de RENÉ LE FORT, etc.), mas, num grande número de casos, encontram-se sôbre a face interna do prepúcio, sôbre o freio ou na sua vizinhança (OUDARD ET ESQUIER), sôbre o rafe peniano (MILIAN, LENARTOWICZ), sôbre a face dorsal do corpo do pênis (OUDARD ET JEAN), sôbre a face lateral (LENARTOWICZ), etc.

As formas e as dimensões dêstes orifícios são variáveis.

Uns são pequenos e arredondados, outros são triangulares ou em forma de fenda e apresentam o calibre de um meato normal.

O comprimento dos canais para-uretrais oscila entre alguns milímetros e vários centímetros. Uns são completamente independentes e fechados na extremidade, outros comunicam com a uretra, através de pequenos orifícios ou de fendas estreitas (1). O seu número é variável. A maior parte das vezes, encontra-se apenas um, mas HALLER, VIDAL DE CASSIS e outros autores referem-se a vários casos de glândes com três orifícios.

A infecção blenorrágica dos canais uretrais acessórios é muito freqüente, porque os gérmes não são arrastados pela urina.

Nestes casos, a confusão é possível com fistulas inflamatórias.

(1) CRUVEILHIER observou um canal supra-uretral, superficial e mediano, que, passando entre os dois corpos cavernosos, penetrava na cavidade pélvica e terminava nas duas vesículas seminais, depois de se bifurcar. O orifício de entrada dêste canal encontrava-se sôbre a parte dorsal da corôa da glânde.

J) Ausência congénita da uretra

A ausência congénita da uretra é uma anomalia muito rara e encontra-se, quasi sempre, ligada à ausência ou a um atraso de desenvolvimento do pénis (vid. ausência congénita do pénis).

Nos casos em que a urina encontra uma saída fácil para o exterior, quer pelo recto (fistulas vesico-rectais), quer pelo umbigo (persistência do canal da uraca), esta anomalia é compatível com a existência.

§ V — ANOMALIAS DA GLANDE

As anomalias da glande são muito freqüentes. Algumas não prejudicam sensivelmente as funções génito-urinárias, mas outras perturbam consideravelmente as funções genitais e até a própria micção ou exercem uma influência desfavorável sobre a intensidade das sensações venéreas.

Já nos referimos a várias anomalias da extremidade do pénis. Neste lugar, limitar-nos-hemos a mencionar algumas particularidades de forma e de volume da glande e as principais anomalias do meato urinário.

Anomalias de forma e de volume. — Em certos indivíduos, principalmente nos fimóticos, a glande, longa, delgada e afilada, dá ao pénis uma configuração especial que TARDIEU comparou com a de um

pênis de cão. Noutros, principalmente nos masturbadores, a glande, curta, grossa e pouco afilada, faz lembrar a extremidade livre de um badalo de sino.

Neste último caso, o pênis apresenta a forma de uma cachamorra.

Estes desvios ligeiros de forma e de volume da glande não prejudicam as funções génito-urinárias. Já não sucede o mesmo nos hipospados e nos epispados em que a glande é pequena, achatada e parcialmente bífida.

Em muitos destes, a micção é irregular, a erecção é demorada, o coito é difícil e a fecundação é incerta.

Devemos, todavia, relacionar estas perturbações funcionais com as anomalias da uretra, e não com as anomalias de volume ou de forma da glande, que são também uma consequência das primeiras.

Anomalias do meato urinário. — O meato urinário apresenta-se habitualmente sob a forma de uma fenda vertical, com cêrca de seis a oito milímetros de altura, situada um pouco abaixo do vértice da glande.

Anomalias de forma. — a) Meato circular; b) meato triangular; c) meato em forma de fenda transversal.

Anomalias de calibre. — a) Meato largo; b) Meato estreito.

Anomalias de sede. — a) Meato situado sobre a face inferior da glande (hipospadia balânica); b) meato

situado sôbre a face superior da glande (epispadias balânica).

Anomalias de número. — (vid. duplicidade da uretra e canais para-uretrais).

Imperfuração da glande. — *a)* Simples obliteração congénita do meato; *b)* ausência total ou parcial da uretra; *c)* epispadias peniana ou peno-púbica; *d)* hipospadia peniana, escrotal ou perineal.

§ VI — ANOMALIAS DO FREIO

A) Ausência congénita

A ausência congénita do freio é uma anomalia que rarissimas vezes se observa isoladamente.

Encontra-se, quasi sempre, associada a outras anomalias, tais como a hipospadia ou a ausência congénita do prepúcio.

B) Anomalias de inserção (1)

A inserção do freio sôbre a glande pode ser muito recuada ou demasiadamente avançada.

No primeiro caso, a sua extremidade balânica está muito afastada do meato urinário e do vértice da glande; no segundo caso, insere-se na extremidade do órgão, ao nível da parte inferior do meato urinário, ou

(1) O freio do pénis insere-se habitualmente sôbre a face inferior da glande, cinco a oito milímetros atrás do meato urinário.

estende-se até à parte dorsal do vértice da glande, como se observa na maior parte dos epispados.

C) Anomalias de comprimento

Freios curtos.— Os freios curtos são geralmente largos, espessos e pouco extensíveis. Esta anomalia é freqüente nos indivíduos com fimose hipertrófica. TRAVERS admitia até uma relação de causa para efeito entre a insuficiência de comprimento do freio e a fimose congénita, mas esta relação é admissível somente para a fimose hipertrófica. Quando o prepúcio é curto, o seu orifício pode ser dilatado, lenta e progressivamente, pela glande, logo que se manifestam as primeiras erecções.

Nestes casos, não é indispensável a locomoção do prepúcio e, por consequência, a coarctação do orifício prepucial nada tem com o comprimento do freio. Já não sucede o mesmo quando um freio curto prende à glande um prepúcio longo.

Nestas circunstâncias, a dilatação natural é irrealizável porque o freio não permite a deslocação do anel prepucial até ao vértice da glande e esta, por sua vez, não chega a alcançar a extremidade do prepúcio, durante a erecção. Só nestas condições é que podemos admitir uma relação de causa para efeito entre a insuficiência de comprimento do freio e a fimose congénita.

Freios longos.— O excesso de comprimento do

freio é uma anomalia também muito freqüente. Observa-se em quasi todos os epispados e encontra-se em muitos outros individuos isentos de qualquer anomalia da glande e do prepúcio. O freio é ordinariamente delgado e insere-se quasi sempre ao nível da parte inferior do meato urinário. Em regra, ao excesso de comprimento encontra-se associada a anomalia de inserção a que chamámos adeantada ou avançada.

*
* *
*

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DAS ANOMALIAS DO FREIO. —

Quando o freio é curto, e sobretudo quando se insere na vizinhança do meato urinário, a locomoção do prepúcio é geralmente difficil e, quasi sempre, dolorosa. Algumas vezes, basta a simples erecção para provocar dores. A glande, obrigada pelo freio, volta o vértice para baixo e, por consequência, além da dôr que, por vezes, é tão viva que faz cessar a erecção, o esperma é lançado sôbre a parede posterior da vagina, em vez de ser projectado sôbre o focinho de tenca. Daqui pôde resultar a esterilidade.

A maior parte das vezes, os freios curtos rompem-se, durante os primeiros coitos, mas, num grande número de casos, não succede assim e, portanto, a introdução do pénis na cavidade vaginal continua a ser difficil e bastante dolorosa.

Não há muitos dias, tivemos occasião de observar um homem de vinte e nove anos (A. P.), recém-

-casado, que se queixava de dores violentas e quasi insuportáveis, provocadas pelo coito.

Examinando o pênis dêste individuo, notámos que o freio era muito curto, muito largo e muito espesso.

A parte mediana da parede inferior da prega prepucial encontrava-se, por assim dizer, colada à glande. Seccionámos o freio.

No momento em que escrevemos estas linhas, o doente ainda não exerce o coito, mas diz que desloca o prepúcio, facilmente e sem dôr.

§ VII — ANOMALIAS DO PREPÚCIO

A) Ausência congénita

Embora tenham sido observados vários casos, principalmente entre os judeus e entre os árabes, a ausência congénita do prepúcio é pouco freqüente em qualquer dêstes dois povos e excepcional entre nós. Os árabes consideram-na como um beneficio dos céus e como um sinal da benção de Deus.

Os autores antigos (CELSE, PAUL D'ÉGINE, J. L. PETIT, DIEFFENBACH, etc.) referem-se a muitos casos de ausência completa da prega prepucial, e descrevem uma operação — a *recutilização* ou *restauração do prepúcio* — que, no seu tempo, se praticava freqüentes vezes.

Resta-nos, porém, saber se os casos de ausência completa do prepúcio, a que se referem estes autores, não seriam o resultado de circuncisões mal feitas.

De outra forma, não se explica porque, outrora, era tão freqüente uma anomalia que, hoje, é tão rara.

Alguns autores têm julgado encontrar uma relação de causa para efeito entre a ausência da prega prepucial e um certo grau de impotência ou, pelo menos, uma certa diminuição da intensidade das sensações voluptuosas, despertadas pelo coito.

« *Muitos homens que habitualmente conservam a glande descoberta — diz GARNIER — perdem, por fim, uma grande parte da sensibilidade desse órgão* ».

O mesmo autor cita, no seu livro intitulado *Impotência Física e Moral*, o caso de um homem de vinte e cinco anos que, não apresentando outras anomalias, além da ausência completa do prepúcio, se encontrava completamente virgem e nunca tinha sentido desejos intensos.

Realmente, o prepúcio desempenha um papel importante, na vida sexual, protegendo a delicada sensibilidade da glande e titilando durante a cópula, mas, hoje, está demonstrado que a sua ausência não determina uma impotência muito pronunciada nem prejudica consideravelmente a intensidade das sensações venéreas.

B) Hipertrofia

Em certos indivíduos, o prepúcio, depois de cobrir a glande, forma, adiante desta, um tubo que mede vários centímetros de comprimento. LABARTH circuncidou um que passava quatro centímetros

adiante do vértice da glande, e FABRICE DE HILDEN circuncidou outro que media dezasseis centímetros e meio de comprimento.

Examinando algumas centenas de pênis, tivemos ocasião de observar vários casos de hipertrofia pronunciada da prega prepucial, mas não encontramos nenhum comparável ao de FABRICE DE HILDEN.

Dentre os casos que observámos, destaca-se o de um soldado da G. N. R., não pelo comprimento do prepúcio, que apenas passava dois centímetros e meio adiante do vértice da glande, mas pela sua conformação caliciforme. Apertada ao nível do vértice da glande, a prega prepucial alargava-se, em seguida, em bôca de sino. Esta anomalia não prejudica sensivelmente as funções génito-urinárias, mas favorece a acumulação de esmegma na cavidade prepucial.

Nós tivemos ocasião de observar alguns indivíduos, cuja glande se encontrava completamente coberta de esmegma.

C) Divisão congénita

A divisão congénita do prepúcio é uma anomalia semelhante ao lábio leporino. Pode ser completa ou incompleta.

No primeiro caso, a prega prepucial encontra-se dividida em todo o seu comprimento; no segundo caso, apenas a parte anterior se encontra fendida.

A divisão incompleta não prejudica sensivelmente