

DR. SECCO EICHENBERG

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica — Prof. Guerra Blessmann.

Chefe de Clínica de Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.^a enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.

Médico Chefe da "PROTECTORA" — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

Lipomatose inguinal bilateral

Considerações em tórno dum caso clínico

Separata de «Medicina e Cirurgia»

*Revista da Diretoria de Saúde Pública
de Porto Alegre*

Ano 6 - Setembro à Dezembro 1944 - N. 3, Tomo 6



09-12/1944 - MED-CIRURGIA - LIPOMATOSE
INGUINAL

Livraria Continente
Porto Alegre
— 1944 —

Lipomatose inguinal bilateral

Considerações em torno dum caso clínico

Por *Secco Eichenberg*.

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — catedrático Guerra Blessmann.

Médico Chefe da Protectora, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre

Chefe de Clínica da Enfermaria "Prof. Guerra Blessmann", 18.^a Enf. da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.

Apesar de ser uma afecção encontradíssima, a hernia inguinal ou inguino escrotal, não deixa de apresentar em determinados casos, sérias dificuldades diagnósticas.

Não raramente nos encontramos ante o dilema, existe ou não uma hernia inguinal? E este dilema se torna tanto mais cruel quando se trata de um caso de infortunística do trabalho. Pois nestes casos não é possível nos contentarmos com um diagnóstico de probabilidade, dado que a negativa da existência de uma hernia implica em declarar que o paciente deixa de ter o direito aos benefícios da lei dos acidentados do trabalho.

Quer num como noutro caso, a nossa finalidade é chegar a um diagnóstico o mais perfeito possível, determinando com precisão a afecção do paciente, para que possa ser instituída a conveniente terapêutica.

Mas, no caso da hernia inguinal, tal desideratum nem sempre se dará, e o diagnóstico diferencial em não poucos casos tem sido somente esclarecido pela intervenção, por assim dizer exploradora. Tal acontece com mais frequência nos casos de hernia não muito volumosas, nos bubonocelos, nas hernias incipientes, especialmente em indivíduos obesos, onde a camada de gordura da parede abdominal, mascara os tecidos e formações subjacentes, impedindo que o cirurgião proceda a um exame suficientemente completo, especialmente quanto à palpação.

Com relativa frequência nos fôra dado ob-

servar a dificuldade de diagnóstico quer diante do varicocele, quer do linfocele do cordão espermático, apresentando esta questão interesse especial na infortunística do trabalho.

Os abscessos de congestão, as adenites, as de, o que acontece em certos cistos do cordão espermático.

Mas ainda outra afecção, outro tumor pode aparecer e cujo quadro clínico, como o fomos encontrar no caso clínico que a seguir relataremos, pode dar lugar a sérios embargos. Vejamos pois o caso abaixo, que ilustrará de sobejo o que dissemos:

F. C., 22 anos, branco, italiano, masculino, solteiro, comerciário, paciente do serviço médico da Protectora. Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, processo D. 5002.

Informava o paciente que no dia 27 de setembro de 1943, ao levantar um saco de açúcar, sentira forte dor no lado D do abdômen, na região inguinal D. Esta dor continuava e lhe tolhia os movimentos para o serviço habitual.

Examinado no dia seguinte, encontramos efetivamente na região inguinal D do paciente, um tumor mole, parcialmente redutível e que após relativa redução, deixava examinar o orifício externo do canal inguinal D, demonstrando que a redução se fazia para dentro do canal inguinal. Continuando a explo-

ração, tínhamos de vez em quando a sensação da percepção do choque ao esforço ou à tosse, mas esta sensação nem sempre se repetia, ainda mais quando fazíamos variar a posição do dedo explorador. Exploração dolorosa (paciente assustado). Sem sub-macisso. O esforço, após retirada do dedo, fazia o tumor tomar a feição primitiva. Gânglios inguinoerurais normais. Grossa camada adiposa da parede abdominal.

Ao compararmos o lado D com o E, tivemos a surpresa de encontrarmos idêntica situação, um pouco menos acentuada quanto ao tamanho do tumor. Extranhamos tal encontro especialmente que o paciente de nada se queixava para aquê lado.

O exame do cordão espermático em ambos os lados nada revelou de anormal, nenhum sinal encontramos que pudesse servir de base para a suspeita dum varicocele ou linfocele. Bolsa escrotal — normal.

O paciente era um obeso, aliás mal de família, e a história hereditária familiar silenciava qualquer outro caso de hernia.

Excluída a possibilidade dum varicocele, ou dum linfocele, igualmente afastada a hipótese dum abscesso de congestão, dada a integridade da coluna do paciente e seu estado geral, bem como não se encontrando apoio para uma adenite, e considerando a nova concepção das hernias, não mais como acidentes do trabalho, e sim como uma moléstia profissional, da hernia que se vai realizando lenta e progressivamente ao correr do tempo, pelos esforços quotidianos, até ser um dia notada pelo paciente, e levando a hipótese de uma hernia incipiente, possivelmente com bôa quantidade de gordura pré-saco, resolvemos intervir, após a normalização duma pielonefrite, da qual o paciente era portador.

Assim a 19 de outubro de 1943, operamos sob anestesia lóco regional com neotutocaina a 1%—200 cc. com 1½ cc. de sol. milesimal de adrenalina, com preparo prévio de 7/10 cc. de Scofedal fraco na veia.

Operador — Dr. Secco Eichenberg.
Auxiliar — Dr. Ernani Carvalho da Costa.

Iniciamos a intervenção pelo lado D, o tumor maior, e após a incisão da pele, tecido

sub-cutâneo, fascia superficial e gordura da parede, encontramos o tumor envolvido em fibras do cremaster. Feita a dissociação, muito cuidadosa, conseguimos com muita facilidade isolar o tumor do cordão espermático, tudo ainda sem a abertura da parede anterior do canal inguinal. Dissociadas as fibras do cremaster encontramos um tumor gorduroso, formado de três corpos de gordura, facilmente dissociáveis entre si e de forma polipoide se continuavam para o canal inguinal, através do orifício inguinal externo.

Ineissão da parede anterior e exploração do canal, o que veio demonstrar estar o canal cheio da massa gordurosa destes três lipomas em forma de polipos de pedículo longo. Fácil extirpação dos mesmos e apesar de todo o cuidado não foi possível encontrar sinal de hernia. Parece posterior resistente igualmente o orifício interno. Diante disso, sutura de reforço da parede anterior e sutura da pele, tudo com fio de algodão.

Do lado esquerdo fomos encontrar idêntica situação só que em lugar de três, somente encontramos dois lipomas, aliás menores que os extirpados a D.

Os lipomas apresentavam aproximadamente os seguintes comprimentos: 2 uns 12 cms., 2 outros uns 8 cms. e o quinto, o menor uns 6 cms. e a largura variava de 5 cms. no máximo para 1½ cms. no mínimo.

Idêntica técnica operatória do lado E, e os ferimentos operatórios cicatrizaram per primam. Paciente obteve alta hospitalar no 10.º dia e sabemos que voltou ao serviço mês e meio após, pois havendo a intervenção demonstrado a inexistência de hernia, não fora possível classificá-lo nem em moléstia profissional, sendo pois classificado como caso clínico em observação.

Tivemos ocasião de observar posteriormente o paciente, que com o regimen que lhe havíamos aconselhado, havia emagrecido 15 quilos, pesando quando o vimos pela última vez 88 quilos, para uma altura de 1m76. Declarou-nos então que se sentia perfeitamente bem e o exame das regiões inguinais demonstrou a presença de cicatrizes operatórias estreitas e resistentes, o orifício inguinal externo normalmente permeável, mas sem tumor.

e gordura da
envolvido em
associação, mui-
muita facili-
ção espermático,
a parede ante-
riores as fibras
o tumor gordu-
de gordura, fá-
e de forma po-
o canal ingui-
nal externo.

or e exploração
encontrar estar o ca-
a destes três li-
de pedículo lon-
mos e apesar de
vel encontrar si-
eriores resistente
o. Diante disso,
anterior e sutu-
algodão.

encontrar idên-
gar de três, sô-
omas, aliás me-

em aproximada-
mentos: 2 uns 12
quinto, o menor
ava de 5 cms. no
nimo.

ria do lado E, e
icatrizaram per-
a hospitalar no
a ao serviço mês
intervenção de-
hernia, não fora
n moléstia pro-
icado como caso

ervar posterior-
regimen que lhe
emagrecido 15
mos pela última
ra de 1m76. De-
tia perfeitamen-
es inguinais de-
crizes operatórias
ício inguinal ex-
el, mas sem tu-

O paciente tivera em última análise uma lipomatose inguinal dupla.

Vemos pois como o lipoma do cordão ou o lipoma inguinal podem tornar extraordinariamente difícil o problema diagnóstico, que em nosso caso somente pode ser firmado uma vez exposto o tumor pela intervenção cirúrgica e completado depois da abertura da parede anterior e exposto a exame o canal inguinal. Fomos encontrar em ambos os lados somente os lipomas sem qualquer grau de hernia, que não existia nem a D, nem a E.

Em muitos casos de lipoma ou lipomato-se do cordão ou inguinal, existe concomitantemente uma hernia, pois a gordura é nesses casos pré-saco ou pré-herniária, favorecendo mesmo o aparecimento da hernia. Age como no caso das hernias da linha branca, e extirpada a gordura encontramos então exposto o saco herniário.

Com frequência encontramos em torno do saco ou ao nível do colo do mesmo, pelotões de gordura, cuja extirpação se faz necessária para que possamos operar convenientemente o tratamento do saco herniário.

Mas no caso vertente, tínhamos bilateralmente os lipomas ao nível de ambos os canais inguiniais, mas sem hernia, com a parede posterior e o orifício inguinal interno intactos.

Dada a grossura do panículo adiposo da parede abdominal deste doente, só foi possível verificar o verdadeiro substrato anatômico dos tumores inguiniais pela intervenção cirúrgica.

Vejam os dados de diagnóstico diferencial das hernias inguiniais, especialmente em lesão com os lipomas, tecendo antes alguns comentários e frizando alguns dados referentes aos lipomas em si.

WAKELEY (1) ao estudar os lipomas declara que os sub-serosos ou melhor os juxta-serosos, podem ser encontrados na parte inferior do abdomen e podem se estender aos canais inguiniais e crurais. Estes lipomas, por tração, podem dar lugar ao aparecimento de uma hernia. Tais lipomas são devidos ao desenvolvimento do tecido gorduroso sub-ou juxta peritoneal.

FORGUE (2) não cita o canal inguinal entre as sédes de formações lipomatosas dependentes de gordura sub-ou juxta perito-

neal, e que interessam a patologia herniária. Ele se refere só a linha branca e ao canal crural. Somos de opinião que neste ponto de vista, WAKELEY seja mais completo, aliás para tanto basta recordar o caso clínico que descrevemos e nos lembrar das numerosas formações gordurosas pré-herniárias que temos encontrado ao operar hernias inguiniais.

Para DEMEL (3) lipomas sub-cutâneos podem ser confundidos com hernias epiploicas. No entanto estes lipomas sempre se encontram para fora do anel inguinal externo e não são pediculados. É fácil de compreender que a hernia inguinal, com conteúdo intestinal, seja mais difícil de ser confundida com um lipoma, dada a diversidade de tonalidade sonora de ambos, prestando-se pois o som maciço ou sub-maciço da hernia epiploica muito mais à confusão.

Entretanto em determinados casos, como em nosso caso clínico, a camada adiposa da parede abdominal pode mascarar a tonalidade do som audível pela percussão que fôr executada.

BASTOS ANSART (4) também chama a atenção para a possibilidade de confusão de um lipoma pré-herniário e uma hernia epiploica.

Para HANDFIELD-JONES (5) os lipomas subserosos ou juxta-serosos, que aparecem relacionados com o peritônio visceral ou parietal, não são infrequentemente ligados a sacos herniários.

Como já vimos em trabalhos anteriores (6 e 7) os lipomas podem ter as mais variadas localizações e KARSNER (8) os encontrou ao nível das membranas sinoviais, ao longo dos nervos, dentro da cavidade abdominal, nos rins e outras vísceras, inclusive o coração.

NAEGELI (9) ao se referir ao diagnóstico dos tumores herniários, afirma que aí os lipomas são análogos a outros lipomas pré-peritoneais. Simulam hernias epiploicas quando são redutíveis pelo canal inguinal. Tem a forma lobulosa e som maciço, quando este pode ser percebido de maneira nítida.

Creemos que NAEGELI seja um pouco confuso, pois não restará dúvida que a dificuldade de diagnóstico será muito maior quando o lipoma tiver o característico de reduti-

bilidade, mas não deveremos esquecer que a hernia epiploica é a que por suas aderências à parede interna do saco herniário apresenta o maior número de casos de irredutibilidade. Por isso, mesmo sem a redutibilidade, o diagnóstico permanece difícil. Enquanto à maneira nítida de perceber o som maciço, não deveremos deixar de levar em conta a camada adiposa sub-cutânea.

A título de ilustração nos seja permitido reproduzir a classificação dos lipomas, segundo GESCHICKTER e que encontramos no Yearboock de Cirurgia de 1942 (10).

- 1 Lipomas benígnos.
 - a) solitários.
 - b) múltiplos.
- 2 Lipomas recorrentes.
 - a) fibro-(myxo)-lipomas
 - b) embryoma (xantho)-lipomas
- 3 Liposarcomas.
 - a) secundários a um lipoma benigno.
 - b) maligno primitivo.

Como já vimos adiante, o diagnóstico de uma hernia inguinal nem sempre é fácil e a perfeita classificação do que nos seja permitido chamar de tumor herniário, nem sempre termina por encontrar uma hernia, especialmente em se tratando das hernias inguinais.

WAKELEY (11) lembra entre outras afecções citadas no diagnóstico diferencial da hernia inguinal, tumores constituídos de gordura ou outros tecidos, que ocasionalmente podem ser encontrados no canal inguinal, mas são caracterizados pelo limite de seu bordo superior. Chama também a atenção que por vezes o saco herniário se encontra dentro de uma massa lipomatosa, que o circunda completamente.

Não concordamos plenamente com esta nitidez do bordo superior, anotada por WAKELEY, principalmente quando o tumor, como no nosso caso, penetrava no canal inguinal, ocupando-o. Nestes casos, bem como na maioria dos lipomas pré-herniários, este bordo superior não é tão facilmente palpável e os tumores são, pois tão facilmente caracteri-

záveis, do que provem naturalmente a dificuldade diagnóstica.

De QUERVAIN (12) manda levantar três hipóteses diagnósticas ao ser encontrado um tumor pediculado e irredutível do cordão espermático ou da bolsa escrotal, se nos parece melhor, da região inguino-escrotal, tumor que ofereça ao tato a sensação lomulada:

- a) hernia epiploica.
- b) lipoma do cordão espermático.
- c) lipoma pré-herniário.

Acha de QUERVAIN que o epiploon é mais finamente granulado que o lipoma. Mas não cremos que seja possível chegar num caso clínico até este detalhe em distinguir tais diferenças, pois nunca nos deveremos esquecer que entre nossos dedos que apalpam e o substrato anatômico que é a déde destas granulacões, existirá sempre uma camada variável de tecido especialmente em espessura, que mascarará o nosso tacto.

De QUERVAIN finalmente julga a confusão do lipoma pré-herniário e da hernia epiploica, mais fácil na hernia inguinal direita e na crural, que na hernia inguinal indirecta.

KESLER (13) ao estudar o diagnóstico diferencial das hernias inguinais sob ponto de vista da infortunística do trabalho, apresenta a seguinte relação:

- a) hernia inguinal - bubonocele.
hidrocele do cordão - encistado
abscesso de congestão
adenite inguinal
criptorquidia inguinal
hematocele (?)
- b) hernia inguino - escrotal.
hidrocele (cremos que vaginal)
varicocele (?)

Somos de opinião que existe nesta relação, no livro de KESSLER um engano de impressão, com a troca de dois nomes na lista acima.

Esta troca consiste ao nosso ver entre as palavras hematocele e varicocele, pois não se compreende a possibilidade da confusão

diagnóstica dum bubonocele com uma hematocoele vaginal e mais ainda a varicocele, se confunde muito mais facilmente com a bubonocele que com uma hernia inguino-escrotal. Fazemos êste reparo, pois a lista a que nos refferimos foi reproduzida da página 425 da obra de KESSLER — Accidental Injuries. Os pontos de interrogação são nossos, bem como o reparo à hidrocele.

HOMANS (14) no diagnóstico diferencial das hernias inguino-crurais, cita os tumores de tecidos moles, especialmente os lipomas.

CEMACHI (15) e ERDMANN (16) citam igualmente a possibilidade de confusão com um lipoma do cordão, o primeiro e dom um lipoma da região inguinal, o segundo.

HABERLAND (17) é de opinião que na maioria dos casos, o diagnóstico entre as hernias epiploicas e os lipomas pré-herniários só é possível durante o ato operatório. Ao se referir à dificuldade diagnóstica que apresentam certas adenites inguinais com hernias irreductíveis, COLE e ELMAN (18) declaram que idêntica dificuldade existe com os lipomas que se encontrem situados por cima ou no canal inguinal.

Para STONE (19) a diferenciação entre uma hernia irreductível que não contenha intestino e tumores benígnos, como lipomas ou pequenos cistos, pode ser quase impossível.

Segundo GARRÉ BORCHARD (20) os lipomas do cordão espermático são raros. Ou são arredondados e circunscritos, ou se adossam ao cordão em forma de rolos.

Estudando os tumores próprios do canal inguinal, tumores que se desenvolveram de uma das estruturas teciduais do mesmo, OGILVIE (21) os classifica em lipomas, fibromiomas, varicocele, criptorquidias inguinais ou hidroceles do cordão.

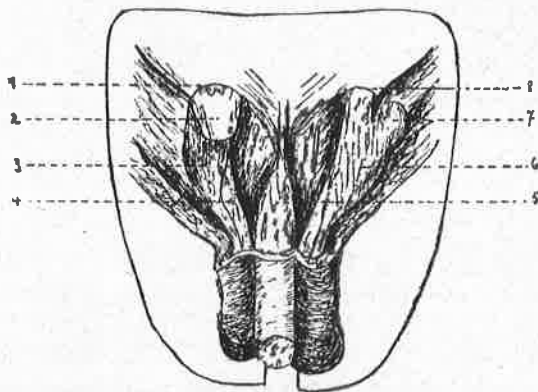
O lipoma é mais mole que a hernia e sòmente dá a sensação de impulso pela tosse, si acompanhado de sacco herniário e raramente atinge tamanho suficiente e produz encomodos suficientemente importantes para atrair a atenção do paciente.

Quanto à consistência, como já vimos, haverá condições nas quais será difícil qualquer diferenciação. Entretanto nosso caso clí-

nico contrária as outras assertivas de OGILVIE, pois êle tinha, ainda que imperfeitamente o impulso à tosse, visto que para tanto também contribue a pressão intra-abdominal que pode ser transmitida através de paredes íntegras a um tumor que dilate e preencha o canal inguinal saindo pelo orifício inguinal externo. Fôra disso nosso paciente teve a sua atenção atraída pelo volume e dôr e desconforto que o mesmo produzia ao esforço, tanto que procurou o serviço médico da seguradora para operar-se, pois julgava haver adquirido uma hernia inguinal durante o serviço.

LEJARS (22) chama o lipoma prévesical de primeira variedade das hernias gordurosas. São os lipomas pré-herniários. Na segunda variedade, não existe sacco, nem ao menos em estado rudimentar; o anel e o canal inguinal estão cheios e distendidos por uma massa gordurosa que desce mais ou menos ao longo do cordão: é um verdadeiro lipoma funicular. Pode ser confundido com uma epiploite.

Para LEJARS o lipoma do cordão não é



- 1 — anel inguinal subcutâneo ou externo
- 2 — lipoma circunscrito
- 3 — lipoma difuso
- 4 — 5 — túnica vaginal comum e cremaster
- 6 — lipoma difuso
- 7 — lipoma
- 8 — anel inguinal subcutâneo ou externo.

Fig. n.º 1

(Reprodução da figura n.º 38 — página 119 — do Tomo III do Tratado de Patologia y Clínica Quirúrgicas de Wullstein e Wilms)

raro e pode apresentar-se sob a forma de um tumor arredondado que se assemelha a um cisto, mas não é translúcido. Pode ser bastante longo e se prolongar superiormente para dentro do canal inguinal e pode simular um epiplocele ou descer para a bolsa escrotal, envolvendo e mascarando o testículo.

WULLSTEIN (23) acha que no diagnóstico das hernias inguinais, as maiores dificuldades de diagnóstico diferencial são com os chamados lipomas do cordão espermático que nascem no tecido adiposo pré-peritoneal e distendem o fascia infundibiliforme e a túnica vaginal comum separando-os do cordão, como se fora uma hernia inguinal indireta adquirida. Mais adiante descem pelo canal inguinal junto com o cordão e finalmente aparecem diante do anel inguinal sub-cutâneo ou externo de modo muito semelhante a uma verdadeira hernia, si bem que não envoltos por mais tecidos que a túnica vaginal comum. Nuns casos podem simular um espessamento difuso do cordão espermático e em outros casos revestem a forma de um tumor circunscrito.

No primeiro caso o diagnóstico diferencial é mais fácil que no segundo, pois neste podem apresentar até certo grau, o sinal do aumento pela tosse ou pelo choque (impulso).

Tivemos, pois ocasião de observar um caso de lipomatose inguinal dupla ou bilateral, concomitante e cujo diagnóstico só pode ser

estabelecido operatòriamente, tais as dificuldades diagnósticas existentes.

Da comparação com a opinião dos diversos tratadistas consultados, vemos que se bem que apresentasse nosso caso certas semelhanças com o que haviam observado, no entanto não se enquadrava completamente nas diversas descrições anotadas.

As características sintomatológicas que não permitiam excluir nem confirmar o diagnóstico de hernia inguinal em indivíduo extremamente obeso, a dificuldade apresentada ao exame pela parede abdominal de camada adiposa espessa, a sensação de choque ou impulso, presente se bem que imperfeitamente, certo grau de redutibilidade, tais foram as dificuldades de diagnóstico, esclarecido pela intervenção, que demonstrou claramente a simples existência de vários lipomas do canal inguinal, três a D e dois a E.

Considerada hoje a hernia como moléstia profissional, já que decaiu o conceito de hernia traumática, cujo tipo clássico, só raras vezes pode ser observado, o diagnóstico diferencial preciso se impõe, no sentido duma conduta terapêutica certa, tanto quanto a técnica operatória em si, como da responsabilidade do tratamento, quando da infortunística do trabalho.

Nem sempre é fácil, e como vimos os lipomas do canal inguinal, os lipomas pré-herniários ou os lipomas do cordão espermático, são elementos de fácil confusão, mas às vezes de difícil diagnóstico diferencial com as hernias inguinais.

B I B L I O G R A F I A

- 1 — WAKELEY, Cecil P. G. — Rose & Carless Manual of Surgery — 17.^a ed. — Vol. I — 1943 — London.
- 2 — FORGUE, E. — Précis de Pathologie Externe — Vol. I — 1928 — Paris.
- 3 — DEMEL, Rudolf — Diagnostik Chirurgischer Erkrankungen — 1935 — Viena.
- 4 — BASTOS ANSART, Manuel — Tratado de Patologia Quirurgica General — Ed. Labor. SA. — 1932 — Espanha.
- 5 — HANDFIELD-JONES, R. M. — The Essentials of Modern Surgery — William & Wilkins — 1938 — USA.
- 6 — SECCO EICHENBERG — Considerações em torno dum caso de Lipoma Pendulado. Medicina e Cirurgia T. 2 — n.º 2 — Ano II de 1940 — pág. 169.
- 7 — SECCO EICHENBERG — Considerações em torno dum caso de lipoma intramuscular do deltoide. Medicina e Cirurgia — T. 5. — n.º 3 — A. V. 1943.
- 8 — KARSNER, Howard T. — Human Pathology — 6.^a ed. Lippincott — 1943.
- 9 — NAEGELI, Th. — Diagnóstico clínico de los tumores del vientre — Tr. del aleman — 1927 — Barcelona — Mrin ed.
- 10 — HOGUE, Philip N — Lipomas (West. J. Surg. 50:332 338-1942) — in Yearbook of General Surgery 1943 — 155/6.
- 11 — WAKELEY CECIL P. G. — Rose & Carless Manual of Surgery — 17.^a ed. — Vol. II — 1943 — London.
- 12 — de QUERVAIN, F. — Tratado de Diagnóstico Cirúrgico — Tr. da 7.^a ed. alemã. — 1922 — Labor — Barcelona.

te, tais as dificuldades.

Opiniões dos diversos autores, vemos que se nesse caso certas se-
viam observado, não
ava completamente
notadas.

Entomatólogicas que
n confirmar o diag-
il em indivíduo ex-
uldade apresentada
dominal de camada
o de choque ou im-
ue imperfeitamente,
ade, tais foram as
co, esclarecido pela
strou claramente a
os lipomas do canal
a E.

hernia como molés-
decaiu o conceito de
tipo clássico, só ra-
bservado, o diagnós-
e impõe, no sentido
a certa, tanto quan-
em si, como da res-
ento, quando da in-

e como vimos os li-
il, os lipomas pré-
do cordão espermá-
cil confusão, mas às
tico diferencial com

lipoma intramuscular do
Cirurgia — T. 5. — n.º

T. — Human Patholo-
cott — 1943.

Diagnóstico clínico de los
Tr. del alemán — 1927
ed.

— Lipomas (West. J.
) — in Yearbook of Ge-
- 155/6.

P. G. — Rose & Carlsson
- 17.ª ed. — Vol. II —

— Tratado de Diagnós-
la 7.ª ed. alemã. — 1922
na.

- 13 — KESSLER Henry — Accidental Injuries —
2.ª ed. — 1941 — Lea & Febiger — USA.
- 14 — HOMANS, John — A Textbook of Surgery —
5.ª ed. 2.ª impressão — 1943 — USA.
- 15 — CEMACH, A. J. — Chirurgische Diagnostik
in Tabellenform — 5.ª ed. — 1931 — Mu-
nich.
- 16 — ERDMAN, Seward — Hernia in Nelson
Loose Leaf Surgery — Vol. IV — Cap. VI
— pág. 589.
- 17 — HABERLAND, H. F. O. — Die Differential-
diagnose chirurgischer Erkrankungen—1935—
Berlin — Ed. de Gruyter.
- 18 — COLE, Warren H. & ELMAN Robert — Text-
book of General Surgery — 2.ª ed. — 1939
— Appleton — USA.
- 19 — STONE, Harvey B. — Hernia in DEAN
LEWIS Practice of Surgery — Vol. VI —
Cap. 9 — pág. 9.
- 20 — GARRÉ, C. & BORCHARD, A. — Lehrbuch
der Chirurgie — 7.ª ed. — 1933 — Berlin.
- 21 — OGILVIE, W. Heneague — Hernia in Rod-
ncy Maingt's Post-graduate Surgery — Vol.
III — pág. 3620
- 22 — LEJARS, Felix — Exploration Clinique et
Diagnostic Chirurgical — 2.ª ed. — 1927 —
Masson — Paris.
- 23 — WULLSTEIN & WILMS — Tratado de Pa-
tologia y clínica Quirúrgicas — Tr. dea 4.ª
ed. alemã. — Marin ed. — 1915 — Barcelona.