

APERTOS URETRAES

94/5 ENC

Adelino Gonçalves Gomes

N.º 5.

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE

Apertos d'uretra

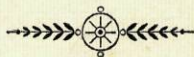
E SEU

TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYP. A VAPOR DE ARTHUR JOSÉ DE SOUZA & IRMÃO

74, Largo de S. Domingos, 76

1899

9415 ENC

No dia ~~11~~ de julho, pelas ~~11~~ horas da manhã

Acordante o Excmo Sr Antonio d'Alencar Alcaide

Excmo Sr
 Candidato Sr. ^{Alcaide} Agostinho Antonio de Sousa
 Candidato Sr. ^{Alcaide} Joao Lopes da S^a Martins
 Candidato Sr. ^{Alcaide} Joao da Valle
 Candidato Sr. ^{Alcaide} Joao da Valle
 Candidato Sr. ^{Alcaide} Joao da Valle

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira - Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia.....	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica,...	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas. Roberto Belarmino do Rosario Frias.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria....	
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica.....	Candido Augusto Correia de Pinho.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica..	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologica..	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica.....	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia.....	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ José de Andrade Gramaxo
	{ Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica.....	Pedro Augusto Dias.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ João Lopes da Silva M. Junior.
	{ Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
Secção cirurgica.....	{ Clemente Joaquim dos Santos Pinto.
	{ Carlos Alberto de Lima.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Luiz de Freitas Viegas.
-----------------------	-------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

△

Meus Paes

À memoria de

MEU SOGRO

A MINHA ESPOSA

A meus queridos filhos

Dallila

Daciano.

A meu irmão

A MINHAS IRMÃS

A meus cunhados

A MEUS SOBRINHOS

A MEUS PARENTES

Aos meus condiscipulos

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Aos meus amigos

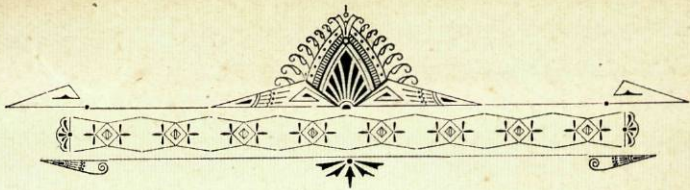
Ao illustre operador

E

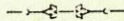
MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio d'Azvedo Maia



Introdução



Por uma lei orgânica d'esta Escola, sou eu obrigado a apresentar uma dissertação que verse sobre qualquer assumpto medico ou eirurgico, condição «sine qua non» da outhorça d'um diploma que me dê foros de profissional.

E foi nas enfermarias de cirurgia, a pesar-me no espirito a dura obrigação, que procurei lobrigar algum caso ou casos que me dessem sahida em afflicção tamanha.

Apertos d'uretra — eis o que, afinal, mais á mão e mais consentaneo com os meus cominhos conhecimentos scientifi-

cos, resolvi erigir em titulo d'esta these, que decerto ninguem lerá.

Assumpto ultra-debatido, não vae decerto a imperfeita observação de um principiante, abrir-lhes mais rasgados horisontes. Não, que nem tal é a ambição de quem, procurando fugir a ostentações balôfas, procura só, honestamente, satisfazer a uma lei dura, mas que é lei, no dizer da conhecida banalidade antiça.





HISTORIA



s apertos d'uretra parecem ser desconhecidos dos antigos.

Hypocrates no seu livro de doenças, nada diz que possa esclarecer-nos n'este assumpto.

Galeno tambem nada menciona sobre esta doença.

Os Arabes, já em epochas remotas, conheceram esta doença e procuraram, desde logo, meios curativos. Rhazés indica a necessidade do catheterismo forçado em certos casos.

Malgaigne diz ter encontrado uma referencia a carnosidades em Gilberto, o Inglez

no seculo XIII e uma allusão ao catheterismo forçado em Jan de Vigo, no meado do seculo xv.

Só em 1553 é que Alphonse Ferri, de Lyon, nos dá a primeira descripção d'um obstaculo na uretra. Menciona este auctor como causas dos apertos d'uretra, fungosidades, calculos, abcessos, feridas, fracturas, etc.

Malgaigne cita ainda como tendo vagamente estudado este assumpto no seculo xvi, os nomes de Amatus Lusitanus e Thierry de Herry.

Gregory diz que um auctor italiano de nome Durante Scacchi, no seculo xvi, aconselhava no tratamento d'esta doença, praticar-se uma incisão até pôr a descoberto a caruncula, que em seguida se extirparia.

Foi Ambroise Paré quem melhor estudou a séde da lesão anatomica e que nos dá uma descripção a mais completa e exacta possivel d'esta doença. Cita-nos além d'um arsenal cirurgico preparatorio da dilatação d'uretra, um grande numero de medicamentos, consistindo em pastas, emplastos e injecções causticas, como unicos remedios efficazes n'esta doença.

No seculo xvii é substituido o uso de

instrumentos cortantes, por injecções causticas e velas de cêra empregadas por Fabrice d'Aquapendente.

No fim do seculo xvii resuscitam de novo as operações sangrentas com o cateterismo retrogrado.

Morgagni n'essa epocha com a sua auctoridade fez abandonar as antigas denominações de carunculas e carnosidades, empregadas até ahi, pela de apertos. Graças á nova concepção dada por Morgagni, a uretrotomia externa foi desde logo indicada e praticada por J. L. Petit, Le Dran e La Taye.

Hunter na Inglaterra prefere á intervenção cirurgica, o emprego de causticos e a dilatação forçada.

Em França até a apparição dos uretrotomos aperfeiçoados de Diffenbach e Amussat, foram combatidos os processos de Hunter, por Desault e Chopart.

Dupuytren é partidario da dilatação mecanica.

Modernamente os trabalhos sobre a anatomia pathologica e tratamento d'esta doença, esclarecem em absoluto este assumpto.



Apertos d'uretra

DEFINIÇÃO E DIVISÃO

A palavra aperto dá-nos idêa d'uma diminuição de calibre d'um órgão ôco.

Ch. Bell designa sob o nome d'aperto de uretra: «Toda a causa que obrigue o canal a perder o poder de se dilatar».

Esta definição assim exposta é demasiado comprehensiva e abrange não só os casos em que a causa da não dilatação provem das proprias paredes do canal, mas ainda, os que são devidos a um obstaculo mecanico, taes como, a compressão da uretra por um tumor, a hypertrophia da prostata, a lithiase, etc.

São tambem pouco precisas as definições que se seguem:

«Designa-se sob o nome de aperto d'uretra uma affecção, caracterisada pela dimi-

nuição do calibre do canal, n'uma extensão mais ou menos consideravel do seu comprimento (Nelaton)».

Thompson define: «Um estreitamento organico e anormal d'uma porção qualquer do canal da uretra».

Não indicam os auctores d'estas duas definições quaes os estreitamentos a que se deva conservar a designação de aperto, com exclusão dos que são devidos em especial aos epitheliomas, carcinomas, etc., d'esta região.

São mais explicitas as seguintes definições, embora ainda muito geraes.

Para Guyon o aperto é «Uma diminuição mais ou menos pronunciada do calibre do canal e cuja causa é um obstaculo permanente e progressivo, determinado por alterações pathologicas das paredes da uretra.

Para Verneuil consiste o aperto n'uma «Diminuição absoluta, permanente ou temporaria do calibre physiologico do canal, diminuição causada por uma alteração hystologica ou funcional dos tecidos constituintes da parede.

Finalmente para Pousson o aperto uretral é uma «Diminuição adquirida, perma-

nente e progressiva do canal da uretra, determinada pela producção na espessura das paredes d'um tecido neoplasico d'origem inflammatoria ou traumatica».

É esta a definição que nos parece mais accetavel por attender sobretudo a pathogenia do aperto e que não differe muito da que nos dá o professor Guyon que é actualmente considerado como auctoridade no assumpto.

Ch. Bell divide os apertos d'uretra em duas classes:

- 1.º — Dilataveis.
- 2.º — Não dilataveis.

Hunter distinguia cinco ordens d'apertos:

- 1.º — Apertos com alteração de estrutura do canal.
- 2.º — Aperto com alteração de estrutura e espasmo.
- 3.º — Apertos espasmodicos.
- 4.º — Apertos com vegetações.
- 5.º — Apertos causados por um tumor, existente fóra do canal.

Para Croper e Nelaton, existem apenas tres especies d'apertos:

- 1.º — Apertos organicos.
- 2.º — Apertos espasmodicos.
- 3.º — Apertos inflammatorios.

Segundo Jaccoud todo o aperto, qualquer que seja a sua séde, é congenital, isto é, produzido antes do nascimento, ou adquirido.

Um aperto adquirido pôde ainda ter por origem:

a) Uma cicatriz dos tecidos que constituem o órgão, consecutiva a uma perda de substancia.

b) Um trabalho inflammatorio agudo ou chronico cuja expressão ultima, foi a formação d'um tecido retractil.

c) Um neoplasma desenvolvido á custa dos elementos que entram na estrutura dos tecidos.

Estes differentes apertos em que a causa reside n'uma alteração material da parede do canal, constituem um grupo que Jaccoud designa debaixo do nome de—*apertos de causa organopathica*, afim de as differenciar do outro grupo que não reconhece como causa da coarctação, senão uma perturbação funcional mais ou menos prolongada ou permanente, mas podendo des-

apparecer sem deixar vestigios — *apertos por perturbação funccional*.

Deve-se finalmente fazer entrar n'este segundo grupo, os apertos que se produzem em canaes, cujas funcções são suspensas desde muito tempo, por exemplo, na uretra, após uma fistula urinaria.

Os apertos organopathicos têm sempre, qualquer que seja a sua origem ou a região que occupam, um cunho especial, sua permanencia e marcha ordinariamente progressiva.

Os apertos por perturbação funccional são apertos relativos, pois que a permeabilidade do orgão pode sempre ser restabelecida, graças a um tratamento apropriado.

Mas de todas as divisões que vimos, aquella que me parece mais completa e a que nos referiremos no nosso trabalho é a que divide os apertos em quatro grupos, segundo a sua etiologia:

- 1.^o— Apertos blennorrhagicos;
 - 2.^o— Apertos traumaticos;
 - 3.^o— Apertos cicatriciaes;
 - 4.^o— Apertos espasmodicos.
-

Etiologia

São innumerables as causas que conduzem aos apertos d'uretra. As principaes são a blennorrhagia, os traumatismos da uretra e perineo e o cancro do meato e canal. D'estas causas, porém, a que a todas sobrepuja é a blennorrhagia.

Logo que se nos apresente um doente com aperto, primeiro que tudo devemos estabelecer pelo interrogatorio os *antecedentes do canal*. E' necessario saber se o doente alguma vez soffreu qualquer traumatismo no perineo ou na bacia, se após o coito notou algum corrimento sanguineo, (*) se foi portador d'alguma blennorrhagia e ha quanto tempo; pela inspecção da

(*) Os excessos genitales são apontados como causa d'aperto (Otis).

glande poder-nos-hemos informar minuciosamente da existencia d'alguma cicatriz, vestigios do cancro anterior. Estas ulceracões cancerosas do meato acarretam este-noses n'este orificio e ainda algumas vezes, na porção navicular da uretra.

Figuram ainda na extensa lista das causas d'esta doença, os traumatismos consequentes a um desastrado ou falso coito; a masturbação, o emprego de injecções ou instillações com agentes causticos, taes como o sulfato de zinco, bichloreto de mercurio, tan-nino e nitrato de prata.

O catheterismo explorador, ainda que feito com a maxima pericia póde conduzir ao aperto, figurando como agente contaminador da uretra. E' essencial, quando esgotados todos os recursos na investigação das causas dos apertos, saber do doente se anteriormente tinha sido catheterisado.

A extracção d'um calculo vesical póde igualmente conduzir ao aperto, pelo traumatismo cirurgico que a sua sahida produz.

Hunter cita ainda como productora d'esta doença o trabalho da dentição nas creanças.



Anatomia pathologica

SÉDE DOS APERTOS

Varia muito, segundo os differentes auctores, a séde dos apertos.

Assim, segundo Home, o aperto existe immediatamente posterior ao bolbo.

Liston diz que o canal se encontra apertado em varios pontos, o mais frequentemente a dez centimetros do meato, algumas vezes perto ou ao nivel d'este orificio, ou ainda na sua passagem atravez da aponevrose media, entre o fundo de sacco do bolbo e o vertice da prostata.

Benjamin Phillips apresenta uma lista em que dá o maior numero de casos de aperto a dez ou onze centimetros do meato e o menor numero na porção anterior do canal, isto é, muito proximo do meato.

Hunter diz nunca ter encontrado aperto

na região perineal e que a região mais predisposta é a bulbar.

Thompson em 270 casos d'apertos uretraes observou que:

215 existiam ao nível da curvatura subpubica, isto é, na reunião da porção esponjosa á membranosa.

51 occupavam o centro da região esponjosa.

54 existiam no orificio do meato.

Este auctor nega por uma fórma absoluta a existencia de apertos prostaticos.

Segundo Bazy os apertos podem existir nas regiões peneana, escrotal e na maior parte da perineal.

Finalmente Guyon considerando as diferentes ordens d'apertos dá a cada uma o logar que lhe compete.

Os apertos blennorrhagicos não attingem senão a uretra anterior; existe muitas vezes um primeiro aperto na fossa navicular na sua parte mais profunda, um segundo na região peneana, proximo do centro, no ponto em que a verga se incurva em algumas uretrites, finalmente o terceiro anel blennorrhagico existe na terminação da uretra anterior, um pouco antes da sua entrada no escroto. Muitas vezes estes anneis

multiplicam-se dando logar a pontos intermedios que nos dão á exploração a sensação de *saltos*.

Nos apertos traumaticos a séde é ordinariamente no penis. Este no estado de erecção submettido a uma inflexão brusca, dilacera os corpos cavernosos, d'ahi o aperto peneano ou precoce que succede a este genero de traumatismo.

Nos casos de traumatismos directos no perineo, como acontece em resultado d'um pontapé, bengalada ou queda escarranchado, então o aperto é perineal ou perineobulbar.

Nos casos de fractura dos ramos da arcada publica o aperto póde ter por séde excepcional, a porção membranosa da uretra.

Nos apertos cicatriciaes, produzidos como já dissemos por ulcerações cancerosas, que atacam o meato e por balanites repetidas, evolucionando sob um prepucio estreito, a séde do aperto é no meato e na porção navicular da uretra.

Para os apertos espasmodicos o logar de preferencia do aperto é na porção membranosa da uretra, constituida exclusivamente por fibras musculares; é porisso frequentes vezes a séde de contracturas que

podem persistir mais ou menos tempo e fazem crêr na atresia do canal uretral. Esta atresia não deveria rigorosamente considerar-se aperto, pois esta expressão importa a idéa de permanencia.

NUMERO DOS APERTOS

Na mesma uretra é muito variavel o numero dos apertos.

Os apertos blennorrhagicos são na maior parte multiplos, podem existir ao longo de toda a uretra e verificam-se sempre nos pontos, onde primeiro se encontraram

Hunter, diz ter encontrado na mesma uretra seis apertos; Lallemand, sete; Collot, oito; Leroy d'Etiolles, onze; Thompson, diz não ter encontrado mais de quatro apertos na mesma uretra e attribue a um espessamento ou estrangulamento uniforme de todo o canal, um numero superior ao seu.

Os apertos traumaticos, afóra complicações de apertos blennorrhagicos, são unicos, apparecem apenas na região traumatisada. Assim é unico, o aperto perineal ou perineobulbar que succede a um traumatismo directo sobre o perineo, um pontapé, uma queda em que se fique escarranchado, etc.

Os apertos cicatriciaes são também únicos, localisam-se na maior parte ao nível do meato ou da fossa navicular, o que não extranharemos, sabendo que o cancro, origem d'estes apertos, não passa nunca da fossa navicular.

CALIBRE E GRAO DOS APERTOS

Varia muito conforme o avanço da doença, assim o calibre do aperto oscilla entre o normal e a obliteração absoluta do canal. Na mesma uretra ainda este alargamento é variavel, assim nos apertos blennorrhagicos multiplos, a gradação do aperto vae diminuindo desde que caminhamos com a sonda do meato para a região perineal; o canal apresenta então a forma d'um funil em que a parte mais larga está no meato. Não acontece outro tanto com os apertos traumaticos e cicatriciaes.

Quando se chega a dar a obliteração completa do canal, o que é raro, e que só póde acontecer no caso de haver um tracto fistuloso posterior ao aperto a uretra fica reduzida a um cordão fibroso e resistente, podendo mesmo haver adherencia das paredes do canal. (Voillemier) *Traité des maladies des voies urinaires.*

EPOCHA D'APPARIÇÃO DOS APERTOS

Nos apertos blennorrhagicos e cicatri-
ciaes, como a blennorrhagia e o cancro são
doenças da puberdade, é sobretudo dos vinte
aos quarenta annos que estes apertos mais
apparecem.

Estes differentes accidentes consecutivos
a blennorrhagias, raras vezes apparecem
antes d'alguns annos após a primeira blen-
norrhagia.

Segundo Guyon é muito raro que o
canal d'um blennorrhagico se aperte no de-
curso do primeiro e mesmo do segundo
anno depois da doença.

Lavin diz que os apertos blennorrhagi-
cos observam-se nos individuos de vinte e
cinco a trinta annos, isto é, seis ou oito
annos depois do começo da blennorrhagia,
comtudo tem-se visto, em casos rarissimos,
affectar o canal dois annos ou mesmo pou-
cos mezes depois da doença — *apertos blen-
norrhagicos precoces*.

Thompson apresenta uma estatistica in-
teressante sobre este assumpto.

Em 164 casos de apertos blennorrhagi-
cos observa.

Immediatamente depois da blennorrhagia	10 casos
Um anno depois	71 »
Tres ou quatro annos depois	41 »
Sete ou oito annos depois	22 »
Oito, vinte ou vinte e cinco annos depois.	20 »

Guyon na sua estatistica não vê apparecer apertos senão depois d'um periodo de tempo mais longo.

Assim em 144 casos observou

Durante o 1. ^o anno.	4 casos
De 1 a 2 annos.	10 »
» 2 a 4 »	20 »
» 4 a 6 »	19 »
» 6 a 8 »	24 »
» 8 a 10 »	16 »
» 10 a 15 » e alem d'este tempo.	40 »

Baseando-nos sobre esta estatistica, podemos concluir que apenas 10 % dos apertos, apparecem no decurso dos dois primeiros annos; os 90 % restantes não apparecem senão n'uma epocha ulterior: tardios (apertos).

Os apertos traumaticos podem appare-

cer em epochas mais recentes ou mesmo logo após o traumatismo.

**LESÕES ANATOMO-PATHOLOGICAS
DOS APERTOS**

O aperto consiste n'uma especie de esclerose da tunica mucosa da uretra. A inflammação invadindo o tecido periuretral dá origem a uma *virola fibrosa*, mais ou menos inextensivel, e que se aprecia com o dedo atravez das partes molles, quando o ponto alterado é accessivel.

O exame microscopico do aperto blenorragico mostra-nos a existencia d'uma coarctação em toda a peripheria do canal.

No comprimento existem alterações profundas, que modificam d'uma maneira especial a estructura d'este conducto em que as paredes que no estado physiologico e em repouso, se conservam encostadas, no aperto mostram-se affastadas dando-nos um canal aberto e liso. A inflammação chronica attinge todos os elementos e todos os tecidos que formam a parede do canal, desde o epithelio da mucosa que de cylindrico estratificado que era, se tornou em pavimento estratificado com uma camada cornea

em alguns pontos, até ao envolucro fibroso dos corpos esponjosos.

A derme, de tecido conjunctivo fibroso que era normalmente, acha-se aqui infiltrada de elementos embryonarios tornados espessos por tecido fibroso. A esclerose dissociou a camada elastica. Uma parte maior ou menor dos corpos cavernosos foi obliterada por nucleos volumosos de tecido fibroso puro. Os feixes musculares hypertrophiam-se ou degeneram-se, as grossas arterias são invadidas de endarterite e finalmente as glandulas são atrophiadas. Uma lesão ainda importante na derme mucosa é a formação pathologica de papillas ou vegetações intra-uretraes, constituindo proliferações salientes na luz do canal.

Estas vegetações são constituídas por tecido embryonario revestido d'epithelio e parecem nascer de preferencia, sobre os pontos em que a derme mucosa é invadida por uma abundante infiltração pericellular.

Nos apertos traumaticos e cicatriciaes, devidos a uma perda de substancia, determinada por traumatismo ou neoplasia, a coarctação resulta da neoformação d'um tecido nodular que engloba a mucosa e as camadas subjacentes.

**LESÕES CONSEQUENTES AOS APERTOS
URÉTRAES**

Abandonado a si mesmo um aperto uretral, succedem-lhe um sem numero de consequencias qual d'ellas a mais perigosa. Quer o aperto seja blennorrhagico ou traumatico, de marcha lenta ou rapida, qualquer que seja a sua natureza, a estenose progride sempre e acaba por obliterar quasi completamente a uretra.

Diz Tillaux que para se chegar a este resultado é necessario em alguns casos, um periodo de vinte annos desde o inicio da blennorrhagia, o que não quer dizer que haja n'este ponto variedades individuaes muito numerosas. Tillaux—*Anatom. Topog.* p. 815.

A peor e mais commum de todas as consequencias do aperto é a retenção d'urinas; pôde-se, no entanto, chegar a um periodo ultimo de coarctação uretral sem que se seja attingido de verdadeira retenção nos apertos inflammatorios. O que prova, diz M. Guyon, que «urina-se com a bexiga e não com a uretra.»

Não acontece outro tanto nos apertos cicatriciaes em que a estrictura pôde conduzir á obturação completa do canal. Mas,

se não devemos chamar retenção ao facto de um portador d'apêrto urinar em fio delgadissimo ou mesmo ás gottas, o atrazo da micção que elle experimenta, dão-lhe os mesmos soffrimentos, e o doente procurando urinar faz esforços sobrehumanos e nem uma gotta d'urina consegue trazer ao meato. Este estado dura ás vezes um pequeno espaço de tempo, outras vezes horas, depois de que a urina sae como antes do accidente, até que nova crise se produza.

E' sobretudo depois da persistencia no decubito, ao despertar da manhã, depois de excessos de qualquer ordem ou ainda depois de manobras irregulares do tratamento, que o paciente sente esta angustia.

Além da retenção cujo fim é a infiltração urinosa, os apertos determinam ainda cystites com hypertrophia da bexiga, incontinencia, abcessos e fistulas urinarias.

Estes accidentes podem ficar locaes durante um grande numero de annos, mas depois de um periodo de tempo maior ou menor, sobrevêm perturbações graves que alteram a saude e produzem a morte.

A bexiga resente-se por tempo dos effeitos do aperto: sobrevem a cystite. O aparelho renal é invadido e o doente suc-

cumbe apresentando o cortejo symptomatico da infecção uremica.

Um aperto abandonado a si mesmo nunca cura, a sua marcha é constantemente progressiva.



Symptomatologia

O que primeiro chama a atenção do doente é a frequência da necessidade d'urinar. A principio passa desapercibida esta necessidade ao doente e assim se conserva na illusão da sua doença, até que reparando com mais atenção no seu estado e vendo que urina differentemente dos outros individuos, pois as suas micções se reproduzem em intervallos curtos, recorre ao medico.

As micções reproduzem-se a principio de duas ou de tres em tres horas e durante a noite; esta frequência vae até o doente ser obrigado a urinar com intervallos de meia hora e mesmo com intervallos mais curtos. Sem ser tão imperiosa como na cystite do collo, a necessidade d'urinar nem por isso deixa de ser penosa para o doente,

perturbando-lhe o somno e impressionando-o moralmente.

O jacto toma formas diversas do normal, umas vezes é achatado ou bifurcado podendo ainda ser em borrifo ou em forma de sacca-rolhas.

O volume da urina diminue a ponto de não sahir senão gotta a gotta e se as micções não tem uma duração muito longa é pelo facto de serem mais frequentes.

O tempo que o doente gasta a esvaziar a sua bexiga é muito longo e quando julga ter terminado, a micção continua fazendo-se gotta a gotta e por tal forma que o paciente fica com o vestuario manchado.

A distancia e portanto a impulsão do jacto é consideravelmente diminuida, chegando mesmo o apertado a urinar verticalmente ou sobre os pés.

A ejaculação do esperma é muito dificultada, o esperma sae a custo e muitas vezes, não na occasião do espasmo, mas momentos depois; a sua sahida é dolorosa e é babando o meato que a ejaculação se faz.

O prazer sexual é muito diminuido e a passagem do esperma termina por se fazer não para o exterior mas refluindo para a

bexiga onde se vae misturar com a urina ali existente.

A lentidão ou a quasi ausencia de ejaculação do esperma nos apertados faz d'elles o mais das vezes, homens estereis.

De ordinario os doentes não sentem dôres á micção.

Os esforços que os apertados fazem para fazer sahir a sua urina não são por vezes sem grandes perigos; assim, sobrevêm muitas vezes a estes esforços, hemoptyses, hernias, congestões cerebraes, etc.

Em resumo — o que caracteriza os apertos uretraes sem complicações é: diminuição do jacto de urina e deformação d'esse jacto á sahida do canal, a duração mais prolongada da micção e necessidade frequente de urinar.



Diagnostic

O conjunto de symptomas que descrevemos de combinação com os dados etiológicos expostos quasi nos levam ao diagnostico d'uma estenose uretral.

O doente consultando-nos queixa-se de difficuldade na micção, diminuição ou alteração no calibre do jacto, grande demora ou esforço quando urina e sahida d'algumas gottas d'urina após a micção. Investigando os antecedentes pessoaes chegamos ao conhecimento de blennorrhagias anteriores, queda ou traumatismo sobre o perineo ou uretra ou a existencia do cancro siphilitico, proximo do meato e sendo assim devemos desde logo suspeitar com fundadas razões d'um aperto uretral.

Não bastam, porém, estes dados para

firmarmos o nosso diagnostico com segurança. Recorreremos desde logo ao exame da uretra por meio do toque intra-uretral de combinação com a palpação.

A investigação do aperto pelo toque intra-uretral faz-se com a sonda exploradora olivar molle de Guyon.

N'esta exploração começaremos sempre por uma vela de calibre igual ou quasi igual ao da uretra normal.

Empregaremos desde logo uma vela de 7^{mm} que corresponde na feira Charrière — ao n.º 21.

Tentêmos introduzil-a na uretra do doente sem attricto nem provocando dôres. No caso de aperto é impossivel a entrada d'uma sonda d'este calibre, desceremos pois na feira, de dois ou de tres em tres numeros até que encontremos uma sonda que possamos introduzir. No caso d'um aperto traumatico n'um individuo virgem de alguma blennorrhagia, a oliva apenas para ao nivel do obstaculo. Nos apertos blennorrhagicos já não acontece outro tanto; como o calibre do canal vae diminuindo desde o meato, temos, para conseguir a introduccão em toda a uretra d'uma sonda, de experimentar a cada obstaculo velas de

calibres menores. Os apertos blennorrhagicos são como já dissemos multiplos e isso constata-se nas sensações de *salto* que se observam em cada um dos pontos estruturados ao introduzir a sonda, podendo nós mesmos contal-os e notar a sua espessura, no decurso d'uma exploração.

Ao mesmo tempo que fazemos passar na uretra a oliva d'uma sonda podemos com a palpação tirar pormenores interessantes da espessura e da séde dos apertos.

As regras de introducção dos exploradores são faceis. O instrumento tendo sido lubrificado com oleo ou vaselina boricada é apresentado ao meato, a verga presa entre os dedos pollegar e indicador da mão esquerda e um pouco estendida. Faz-se penetrar o instrumento gradualmente sem nos preoccuparmos com a direcção a percorrer, pois que o instrumento sendo flexivel accommodar-se-ha ao trajecto no qual penetra.

Se o explorador pára, dá-se um impulso um pouco mais forte ou sustenta-se n'esta posição durante algum tempo; se a paragem se torna definitiva aprecia-se pela palpação da oliva atravez dos tecidos, a séde do aperto. Tenta-se um explorador de numero inferior até encontrar nova resistencia

que se fixa, como disse já anteriormente e assim podemos saber a séde de todos os apertos, ponto de grande utilidade no tratamento.

A impressão de *salto* á entrada ou á sahida do explorador, permite o diagnostico differencial d'um aperto com o espasmo da uretra. A sensação dada pelo espasmo, parecendo apertar ou reter a oliva do instrumento simula por vezes um anel um tanto rigido, mas não offerece a sensação particular que pertence aos aneis fibrosos e nunca dá uma successão de *saltos*.

Na investigação do diagnostico das afecções da uretra tem-se inventadoapparelhos especiaes entre os quaes figuram os endoscopios de Desormeaux.

A proposito d'este aparelho diz Henry Thompson no seu *Tratado de doenças das vias urinarias*, versão franceza.

«Si quelqu'un a la main légère et un peu habituée à la pratique, avec une bonne dose d'intelligence, je ne crois pas qu'ilgagne grand'-chose á se servir de l'endoscope; s'il n'a pas ces qualités, il ne lui servira á rien. Il y a quelques cas exceptionnels dans lesquels on peut lui accorder quelque valeur; mais ne vous attendez pas a ce que l'endos-

cope fasse merveilles dans le diagnostic des affections chirurgicales des voies urinaires. Dans 19 cas sur 20, vous pouvez arriver aux informations nécessaires sans son secours, et ce n'est point la chose la plus facile du monde que de l'appliquer. Comme je l'ai déjà remarqué, un homme ne doit pas être soumis, sans nécessité, aux douleurs et aux inconvénients que lui procure une sonde ou un cathéter; mais l'examen avec l'endoscope est quelque chose de bien plus irritant et plus fatigant. Dans certains cas exceptionnels, dans lesquels vous ne pouvez pas arriver à une conclusion sans lui, vous pouvez l'employer avec quelque avantage.»



Tratamento

No tratamento dos apertos uretraes o que temos em vista é restituir ao canal não só um calibre sufficiente para a expulsão da urina, mas o seu calibre normal que oscilla entre 7 e 8 millimetros de diametro. E' necessario pois, para que uma uretra seja normal, que permitta a introducção d'uma vela d'este calibre. D'aqui a unica indicação a tirar no tratamento d'esta doença, a dilatação.

Para conseguirmos a dilatação, torna-se necessario o emprego de velas mais ou menos volumosas.

Se em certos casos recorremos á uretrotomia interna ou externa, ao emprego de agentes chimicos ou á divulsão, temos em vista apenas dar passagem ás velas dilata-

doras, podendo-se, pois, considerar estas operações como adjuvantes da dilatação.

Tillaux considera no tratamento dos apertos tres ordens de casos: casos faceis, casos difficeis e casos excepçionaes.

Os casos faceis são aquelles em que a vela penetra facilmente, em que a virola é elastica e se deixa distender sem grande resistencia.

Os casos difficeis são aquelles em que o aperto é muito estreito, intolerante, duro e d'uma resistencia consideravel á dilatação. A introducção das velas faz-se n'estes casos por tentativas.

Nos casos excepçionaes o aperto é disposto de tal fórma, que as mais habeis e mais persistentes tentativas não podem conseguir a introducção da mais delgada vela; são os apertos chamados clinicamente *intransitaveis*.

DILATAÇÃO

Este processo considerado desde sempre, como o primeiro dos methodos de tratamento dos apertos, tem como razão de ser a sua acção modificadora e physiologica sobre o canal.

Os instrumentos empregados n'este tra-

tamento são as velas conicas olivares, velas de estanho curvas de Béniqué ou ainda as velas finas em bayoneta. Os primeiros, isto é, as velas conicas olivares da fieira de Charrière são graduadas a um terço de millimetro e devem terminar por uma extremidade romba olivar, para evitar a abertura de falsos trajectos. Na applicação d'estes instrumentos devemos usar com toda a brandura; depois de insinuarmos a vela no circuito do orificio actua-se com uma pequena pressão e sem attrito obedecendo ao caminho que o proprio instrumento parece querer seguir; conforme o grau de resistencia que se encontre, deveremos ou não proseguir na mesma sessão ou reservarmos-nos para outra. Este meio de doçura, aconselhado por Guyon, parece ser o mais usado no tratamento de apertos e o que se deverá seguir, com quaesquer dos outros instrumentos empregados na dilatação.

As velas metallicas curvas de Béniqué são as mais usadas e a sua curvatura torna estes instrumentos os mais proprios para a dilatação nos apertos da parte prostatica e escrotal da uretra. São graduados a um sexto de millimetro e têm na sua extremidade vesical um pequeno orificio onde se

adapta ou uma vela conductora que permita introduzir o instrumento com mais precisão, doçura e com um minimo de pressão, ou ainda uma oliva do mesmo metal.

Nos casos de apertos peneanos muito espessos, duros e extensos, aos quaes se não possa applicar a curvatura dos instrumentos de Béniqué, usaremos as velas metallicas rectas.

Nos casos difficeis em que o orificio dos apertos é, em geral, excentrico, usaremos as velas em bayoneta. Com esta fórma faremos percorrer toda a circumferencia da uretra, o que não acontece com a fórma recta em que a vela não deixa a parede inferior.

No tratamento d'um apertado pelo processo de dilatação, segundo se trata d'um caso facil ou difficil assim se deve ou não permittir ao doente andar de pé. E' preferivel em todos os casos o repouso, quasi absoluto durante o tratamento.

Na dilatação dos apertos ligeiros começaremos por introduzir no canal uma sonda molle de extremidade ovalar, d'um calibre proximamente egual ao da uretra; subindo na escala das velas chegaremos a encontrar uma cuja entrada seja feita com attrito; é prudente não insistir mais. Na ses-

são seguinte, isto é, passados dois dias recommencamos a dilatação pela penultima vela que conseguimos introduzir na sessão antecedente e continuando a subir na escala encontraremos uma que já não entra sem difficuldade.

Deixaremos para outras sessões o progresso da dilatação, procedendo sempre d'esta mesma fórma. Segundo a maior ou menor susceptibilidade do canal, assim podemos deixar que a ultima vela permaneça algum tempo introduzida na uretra. Logo que possamos chegar a um numero já bastante elevado da feira Charrière, substituiremos com vantagem o uso das velas de gomme elastica pelas de Béniqué. Tres ou quatro sessões com estas velas restituirão á uretra, nos casos ligeiros, o seu calibre normal.

Nos casos difficeis, isto é, nos casos de apertos quasi invenciveis, tentaremos fazer passar na uretra uma vela de pequeno calibre; para isso servimos-nos d'uma sonda molle a que podemos com os dedos dar a fórma que se queira e assim percorreremos toda a circumferencia da uretra até encontrarmos um orificio de entrada N'estes apertos exige-se muita paciencia, para conseguir-

mos introduzir uma sonda por mais delgada que seja.

Quando não possamos n'uma sessão introduzir uma vela, mesmo depois de termos recorrido ás velas *em baioneta*, reservaremos para a seguinte uma nova tentativa depois de o doente ter tomado um banho e urinado antes da sessão. Se o aperto não fôr muito duro podemos n'estes casos tirar algum resultado com a dilatação, porém se elle fôr d'uma dureza e espessura grande como de ordinario o são, não se conseguindo pela dilatação passar além d'um calibre pequeno, devemos recorrer então á *uretrotomia interna*.

Nos apertos chamados clinicamente *inveníveis* — isto é, aquelles que não permitem a introdução d'uma vela filiforme e em que portanto se torna impossivel a introdução do conductor do uretrotomo, é desde logo indicada a *uretrotomia externa* ou ainda o *catheterismo retrogado*.

URETROTOMIA INTERNA

A uretrotomia interna é uma operação que tem por fim fender o canal de den-

tro para fóra, isto é, da mucosa uretral para a pelle.

Esta operação simples, pois não demanda grande quantidade de conhecimentos cirurgicos, pratica-se com o auxilio de instrumentos especiaes, uretrotomos, dos quaes os mais conhecidos são de Maison-neuve, de Sedillot e de Voillemier.

O primeiro, o mais usado, o de Maison-neuve compõe de quatro peças principaes:

1.º — Uma vela conductora de gomma elastica, delgada e muito flexivel, terminada d'um lado em cone e do outro por um cylindro metallico de diametro egual que serve para ajustar na haste cannelada.

2.º — Uma haste metallica de 1 a 2 millimetros de diametro, curva, muito flexivel, lisa e cannellada fundamente na sua convexidade ou na sua concavidade. Na sua extremidade vesical existe um pequeno parafuso que recebe o cylindro metallico da velinha conductora; no seu pavilhão existe um anel destinado a segurar o aparelho.

3.º — Uma haste de aço flexivel e solida que deslisa na cannelura da segunda peça. Na sua extremidade vesical tem esta haste uma lamina de forma triangular, de 5 a 7 millimetros de altura, romba no ver-

tice e cortante nos seus bordos anterior e posterior. Na sua extremidade externa termina por um botão pelo qual se pega no instrumento, quando se faz correr no sulco do catheter.

4.^o -- Uma haste do mesmo metal, macissa, recta ou curva, perfeitamente lisa, na extremidade da qual se póde fixar solidamente a vela conductora.

Algumas palavras sobre o modo de operar com este aparelho.

Prepara-se o doente para a operação administrando-lhe previamente um purgante e na vespera e dias seguintes uma poção com quatro grammas de borato de soda, de fórma a tornar asepticas e inoffensivas as urinas em contacto com a ferida. Tambem desde que a sonda seja collocada devemos com frequencia e suavemente lavar a bexiga com acido borico a 4 % e nitrato de prata a $\frac{1}{1000}$.

Esterilizados na estufa os instrumentos de que se necessita para esta operação taes como sondas, velas, seringas e uretrotomos, o operador dispõe o doente na posição mais favoravel, deitado no decubito dorsal com as coxas flectidas e affastadas uma da outra. Introduz com lentidão a vela conductora

na uretra até passar os apertos; depois de os ter atravessado, aparafusa esta vela á haste cannelada e conservando bem firme com a mão esquerda a verga, procura seguir com a haste cannelada o caminho já seguido pela vela. Logo que tenha atravessado a coarctação fixa-se solidamente a haste e com a terceira peça do uretrotomo deslizando na cannelura d'esta haste de fóra para dentro e de dentro para fóra, consegue-se cortar a parte coarctada. Retiram-se em seguida estas peças á excepção da velinha que se adapta agora á quarta peça do uretrotomo. Introduce-se esta haste macissa na uretra até á bexiga e faz-se em seguida sobre esta peça correr uma sonda larga, aberta nas duas extremidades; retira-se novamente a velinha e a haste macissa e deixa-se durante quarenta e oito horas esta sonda no canal.

N'esta operação quasi se torna inutil o emprego de anesthesicos. Porém, quando a susceptibilidade exaggerada do doente o exija recorrer-se-ha ao chloroformio administrado *à la Reine*. Preconisou-se o emprego da cocaina n'esta operação, mas verificou-se que com este anesthesico não havia nem segurança, nem constancia de effeitos.

Quando descrevemos a segunda peça do uretrotomo de Maisonneuve dissemos que podia ter uma canelura do lado convexo ou do lado concavo. Esta ultima canelura é a que preferem a maior parte dos cirurgiões na uretrotomia interna. Os vasos venosos que constituem o plexo de Santorini, reunidos por baixo da symphyse, estão separados da parede superior da uretra membranosa por uma notavel espessura de tecidos. Não poderiam, pois ser atingidos senão por uma incisão profunda na porção membranosa. Este ponto da uretra nunca é apertado a não ser nas lesões traumaticas consecutivas a fracturas da bacia; é este o unico caso em que ha vantagem em fazer a uretrotomia sobre a parede inferior, aproveitando aqui a canelura da parte convexa do instrumento. A fora este caso, fundando-nos nos conhecimentos anatomicos da região, escolheremos com preferencia a parede superior chamada por Guyon a *parede cirurgica*.

A proposito diz Guyon: «Elle merite ce nom parce qu'ille nous offre: le chemin plus court, le plus court, le plus régulier, le plus sûr, le plus constant dans sa forme et dans sa direction; le plan le plus uni et le

plus ferme, le moins capable de fuir et de se modifier sous la pression instrumentale; la plus grande resistance aux déchirures et à la pénétration par le fait même de ses rapports anatomiques; enfin, grâce à sa structure, le territoire le moins vasculaire.»

INDICAÇÕES. — Deve-se recorrer a uretrotomia interna quando:

a) O aperto não é extensível, quer pela natureza e volumes do seu tecido, quer pela sua séde.

b) O aperto supporta uma dilatação moderada, todavia chegado a um certo numero é impossivel atravessal-o.

c) A dilatação ainda que facil, a retracção é de tal fórma rapida que d'uma sessão de dilatação á seguinte, perde-se o que se conseguiu.

d) Cada sessão de dilatação é seguida de calefrios, dôres vivas, cystites ou accidentes do lado dos rins.

São em resumo, estes os casos em que deve ser preferida a uretrotomia interna a qualquer outro methodo.

URETROTOMIA EXTERNA

A uretrotomia externa é a divisão do aperto de fóra para dentro. Esta operação tem em vista, fazendo-se incisões a partir da superfície do perineo até a uretra inclusivamente, dividir completamente todos os tecidos doentes e assegurar em seguida uma reunião gradual do labio da ferida. Póde praticar-se esta operação com ou sem conductor.

Algumas palavras sobre o modo d'operar com o conductor cannelado.

Logo que seja decidida a operação deve-se antes de tudo fazer uma ideia nitida da situação exacta e da extensão do aperto. As condições necessarias para o bom resultado da operação consistem na divisão completa de toda a porção apertada comprehendendo uma pequena porção de uretra sã, adiante e atraz do aperto. Estas condições faceis de conseguir exigem muito cuidado, paciencia e dextreza da parte do operador.

Primeiramente determinar-se-ha a distancia que separa o aperto do meato o que é facil se introduzirmos uma sonda e notarmos o ponto onde ella primeiro encon-

tra resistencia. Determinado este limite anterior, no caso de ser possivel vencer o aperto, com uma sonda olivar, graduada em centimetros ou não, percorrel-o-hemos até a sonda se encontrar livre, nota-se esse ponto pela distancia a que foi introduzido o instrumento e ter-se-ha o limite posterior. E' conveniente que esta determinação da séde e extensão do aperto seja feita com antecedencia d'alguns dias para que esteja a uretra em repouso na occasião de se operar.

O instrumento que serve n'esta operação, o catheter de Syme, macisso e espesso na sua parte recta, tem uma curvatura de menor diametro cannelada na sua convexidade que se faz atravessar a coarctação. Depois de introduzido este conductor e collocado o doente em posição de talha com a pelve elevada, e sob a acção do chloroformio, um ajudante mantendo firme o conductor com a mão esquerda e levantando o escroto com a mão direita, o operador faz uma incisão de cinco centimetros de extensão de diante para traz, seguindo bem a linha media para atravessar os tecidos interpostos entre a pelle e o conductor, de que se vae sentindo a ranhura á medida que se vae approximando.

Póde-se então distinguir a parte espessa do catheter e guiar-se por este meio para encontrar a séde do aperto. Então o operador pega n'outro bisturi de lamina mais delgada com a mão direita e com o conductor bem firme contra o aperto, na esquerda, introduz a ponta do bisturi na cannelura do conductor a 2,50 centímetros proximamente abaixo da parte massisa da sonda. Corta em seguida de baixo para cima n'essa distancia, guiando a ponta do bisturi com o dedo indicador. Como a parte anterior do aperto póde não ter sido completamente seccionada, convem recuar alguns millímetros o catheter e prolongar a incisão n'essa distancia. Depois de bem seccionado todo o aperto, retira a sonda cannelada e colloca-se uma sonda n.º 21 da feira Charrière na uretra que se conserva durante quarenta e oito horas, no fim das quaes se tira depois de esvasiar a bexiga. Passados quatro a cinco dias depois que se retirou a sonda podem-se começar as dilatações, no caso de não haver obstaculo na introdução d'estes instrumentos.

Quanto aos perigos d'esta operação, são elles mais para temer do que n'algun dos outros methodos de tratamento dos apertos.

O perigo propriamente da operação é pouco consideravel; mas os individuos em quem ordinariamente se praticam estas operações, são na maioria portadores d'affecções chronicas da bexiga ou dos rins, circumstancia que torna muito contingente o resultado de semelhante operação. A hemorrhagia que raras vezes sobrevem sustem-se por meio de tampões de gaze no sitio da ferida.

Thompson aconselha que se administre doses fortes d'opio ao operado no caso d'elle soffrer dôres.

A proposito do emprego do chloroformio nos individuos atacados de lesões renaes, diz Guyon: «Nous terminous en disant qu'il n'y a pas contre-indication à l'emploi du chloroforme dans les cas où les altérations rénales sont évidentes et même lorsqu'elles sont avancées.»

CATHETERISMO RETROGRADO

Quando depois de fazermos a uretrotomia externa, se esgotem todas as tentativas para introduzir a sonda na parte posterior da uretra, uma unica indicação temos para refazer o canal — o catheterismo retrogrado — operação que consiste em fa-

zer passar uma sonda do interior da bexiga para o perineo.

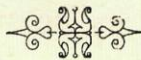
Introduz-se uma sonda na extremidade anterior da uretra até ao aperto, faz-se uma incisão no perineo, sobre a linha media até á uretra e faz-se sahir a sonda por esta ferida. Abre-se em seguida a bexiga acima do pubis e com o dedo procura se o orificio interno do collo, que se encontra immediatamente abaixo da symphyse publica; afastando os bordos da ferida vesical vê-se este orificio e é facil então introduzir uma vela metallica que se confia a um ajudante. O doente estando collocado em posição de talha, faz-se salientar a vela no perineo e se ainda não chega a sair na extremidade posterior da uretra, corta-se até se pôr a descoberto a extremidade do instrumento.

Tendo á mão um tubo longo de cautchouc faz-se com que uma das extremidades saia pelo meato e a outra pela ferida vesical; depois de se ter aberto buracos no tubo para dar sahida á urina mergulham-se estas duas extremidades n'um vaso collocado ao lado do doente para receber as urinas, dão-se alguns pontos de sutura na ferida hypogastrica e deixa-se a perineal fechar por si sobre o tubo.

Quando se reconhecer que o trajecto da uretra está reconstituído retira-se o tubo e colloca-se em seu logar uma sonda permanente, que se manterá até á completa cicatrização da ferida perineal. A ferida hypogastrica não tarda tambem a fechar.

Esta operação apesar de complexa parece dar serias garantias de segurança e successo.

Quanto aos outros processos de tratamento dos apertos uretraes, divulsão, electrolyse, emprego d'agentes causticos, etc., mencionamos apenas, porque nem a sua importancia é grande nem mesmo a latitude d'este pequeno trabalho permite mais largas considerações sobre elles.



Observação I

Hospital de Santo Antonio. Enfermaria n.º 1 da Escola

José Ferreira Ortigueira, 39 annos d'edade, casado, serralheiro, natural de Gouveia.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Gosou excellente saude até ha proximamente oito annos, epocha em que contrahiu uma blennorrhagia; não a tendo tratado convenientemente, esta doença passou ao estado chronico. Persistiu bastantes mezes este estado até que mais tarde desapareceu, ou pelo menos tornou-se para o doente, tão insignificante o corrimento que lhe passou desaperebido.

HISTORIA DA DOENÇA. — Em abril de 1898 o doente começou a notar perturbações na micção, diminuição no volume do jacto que por vezes era bifurcado, a urina cahia quasi verticalmente e quando julgava terminada a micção notava que a urina lhe cahia ás gottas, tinha além d'isto frequente necessidade d'urinar.

Foi-lhe indicada a dilatação progressiva, com

que o doente melhorou, mas mais tarde fazendo elle proprio o tratamento e achando que o catheterismo lhe provocava dôres, abandonou a dilatação. Depois d'isto os symptomas foram-se aggravando, o jacto diminuiu e a micção tornou-se dia a dia mais frequente. Um dia depois de excessos de bebidas alcoolicas o doente teve retenção d'urinas. Sobrevieram-lhe dôres violentas no hypogastro.

As urinas começaram a turvar-se e o doente sentia necessidade d'urinar trinta a trinta e cinco vezes por dia. Ha proximamente tres mezes, como consequencia d'este estado, esteve o doente quarenta dias de cama com calefrios, acompanhados d'um tremulo generalizado, suores profusos, dôres por todo o corpo e ligeiro embaraço gastrico. Melhorou um pouco d'este estado, mas em breve lhe sobreveiu novo accesso que o obrigou a recolher ao hospital.

ESTADO ACTUAL. — O doente deitado no decubito dorsal tem um vaso entre as pernas, onde cae continuamente a urina gotta a gotta. Na região hypogastrica nota-se um tumor, produzido pela bexiga dilatada pela accumulção d'urina.

Apresenta calefrios, febre de typo remittente, 95 a 110 pulsações por minuto. Prostração e fraqueza geral. As urinas contêm albumina. Feito o catheterismo da uretra, com grande difficuldade e com catheter extremamente fino, notou-se a existencia de dois apertos, um a poucos centimetros do meato ainda facilmente vencivel e outro mais affastado, na região bulbar que só foi

possível atravessar depois de repetidas tentativas e com uma vela mais delgada ainda do que a primeira.

Clinicamente foi diagnosticada esta doença como um aperto de uretra complicado com uma cystite catarrhal. O estado geral do homem alliado aos symptomas que apresentava, fizeram crêr que se tratava d'um caso de febre urinosa do 2.º typo da classificação de M. Guyon.

TRATAMENTO. — Foi indicado desde logo a este doente a uretrotomia interna. A tentativa de introdução do conductor do uretrotomo no primeiro dia foi sem resultado. Foi feita a punção da bexiga por o estado do doente assim o reclamar e deixou-se a operação para o dia seguinte. Fez-se a uretrotomia interna e logo o estado do doente melhorou consideravelmente. Tres dias depois começou-se a dilatação progressiva com as sondas Nelaton e dois dias depois com as velas Beniqué, chegando-se logo no primeiro dia que se fez uso d'estas velas ao n.º 31, na 3.ª sessão chegou-se ao n.º 37. Devido a um embaraço gastrico do doente foram suspensas as sessões de dilatação, aproveitando-se este intervallo para as lavagens da bexiga com nitrato de prata a $\frac{1}{1000}$, depois de lavagens previas com agua borica. No fim de cinco dias recommçaram as sessões de dilatação que em pouco tempo permittiram a introdução d'uma vela Beniqué de n.º 42.

N'esta occasião o doente pediu alta, tendo sahido senão completamente curado, pelo menos muito melhor.

Observação II

Hospital de Santo Antonio. Enfermaria n.º 1

Manoel Macedo, de 28 annos, solteiro, jornalista, natural de Sinfães entrou para o hospital em dezembro de 1898.

Os antecedentes hereditarios nada nos dão de importancia.

ANTECEDENTES PESSOAS — Teve em creança variola e em junho de 1898 uma febre typhoide.

HISTORIA DA DOENÇA — Ha tres annos, oito dias depois d'um coito, sobreveio-lhe uma blennorrhagia e junctamente uma *adenite* e uma *balanite*. Esteve em tratamento d'estas doenças durante dois mezes e meio, mas apenas conseguiu curar-se da adenite e da balanite; o corrimento apesar da continua applicação de injeccões uretraes persistiu durante todo este tempo. Resolveu o doente não se tratar e assim esteve durante dois annos sem qualquer tratamento até que lhe appareceu uma epididymite de que se curou em poucos dias.

ESTADO ACTUAL — O doente queixa-se d'uma

forte comichão ao nível da porção membranosa da uretra, o que lhe provoca a saída de grande quantidade de pus pelo meato e juntamente gotas d'urina. A injeção dá-nos além da persistencia do corrimento uretral, um symptoma de grande valor para o diagnostico do aperto d'uretra; o jacto urinario, embora continuo e lançado com força regular, é reduzido de volume e apresenta a sua saída uma forma espiralada. Palpando todo o canal da urethra nota-se uma exagerada tensão e dureza.

Fizemos a exploração com o auxilio do catheter e logo verificamos a difficuldade na sua introdução que não permittia senão um calibre diminuto. Havia tres apertos: um primeiro situado ao nível da fossa navicular; o segundo antes do bolbo; o terceiro, na região bulbar. Estes apertos impediam successivamente a passagem da sonda e contribuíam talvez para a estagnação da urina que pouco a pouco ia sahindo misturada com o pus do corrimento.

DIAGNOSTICO.—Foi diagnosticada esta doença um aperto blennorrhagico.

TRATAMENTO.—Procurou-se a principio tratar o corrimento blennorrhagico, com o auxilio de injeções e o tratamento mercurial, porém nada se conseguiu. Pareceu vêr-se a causa do nenhum resultado da cura na existencia do aperto. Tratou-se pois de o combater por meio da dilatação progressiva temporaria.

Usaram-se as velas Béniqué de calibre successivamente crescente, introduzindo-se até qua-

tro de dois em dois dias e mantendo-os durante algum tempo no canal. Este processo não foi levado até final por se reconhecer a sua impotencia. O retrahimento não era extensivel, supportava apenas uma dilatação moderada; no intervallo das sessões seguia-se á dilatação uma retracção de tal modo rapida que d'uma sessão á seguinte se perdia tudo o que se havia conseguido, acontecendo até da ultima vez que praticamos a dilatação o aperto augmentar por tal forma que só permittia a sahida da urina ás gottas. Finalmente a cada sessão seguia-se uma elevação de temperatura, dôres muito vivas e hematuria. Decidiu-se, pois abandonar este methodo e recorrer a uretrotomia interna.

Fez-se a operação com o uretrotomo de Maisonneuve e em seguida introduziu-se uma sonda de gomma, que se fixou aos pellos do pubio e á corôa da glande, lavando-se repetidas vezes a bexiga com agua borica. A hemorragia foi abundante e tanto que passadas poucas horas o doente tinha uma retenção d'urinas devida á obstrucção da abertura vesical da sonda por coagulos sanguineos. Foram-lhes prescriptas injeções de morphina, ergotina e sôro. Extrahidos os coagulos, por meio da aspiração com uma seringa de pressão conseguiu-se melhorar o estado do doente, que apresentava já symptomas evidentes de infecção uremica. Logo que melhorou d'este estado, continuaram-se as sessões de dilatação conseguindo-se obter consideravel resultado na uretra d'este individuo, que sahio curado.

Observação III

Hospital de Santo Antonio. Enfermaria n.º 2

Felisberto Cunha de 16 annos, solteiro, creado, natural de Mouriz, concelho de Paredes, entrou para o hospital em março de 1899.

HISTORIA DA DOENÇA — Em dezembro de 1897 foi victima d'um traumatismo na região publica, produzido pela pata d'um boi. Resultou-lhe do desastre nas 24 horas que se seguiram, uma ecchymose na parte contundida e uma emissão sanguinea constante e ás gottas pelo canal da uretra, isto acompanhado de dôres fortissimas.

Passado o primeiro dia sustou-se-lhe a uretrorrhagia e a ecchymose tornou-se mais intensa. Não podia então urinar, havendo completa retenção d'urinas durante mais d'um dia.

Chamado o medico, este tentou algalial-o, o que não conseguiu, pois a sonda não penetrava á bexiga e trazia sangue na sua extremidade.

Foram-lhe applicadas sanguesugas, após o que urinou abundantemente, continuando sempre a urinar, porém com curtos intervallos e pouco de cada vez. Continuou algum tempo n'este estado até que principiaram a ser mais pequenos os intervallos das micções que então se

faziam quasi ás gottas. Como este estado se aggravasse, deu entrada no Hospital.

ESTADO ACTUAL. — O doente não tem dores, apresentando apenas os symptomas que lhe motivaram a entrada no Hospital. Feita a palpação no perineo nada se constatou. Tentado o catheterismo, achou-se absolutamente impossivel a passagem da sonda na porção membranosa da uretra.

DIAGNOSTICO. — Attendendo a historia da doença, e seu estado actual, o exame directo e o intervallo de tempo entre a contusão e o retrahimento da uretra o diagnostico que desde logo se impunha era o da existencia d'um *aperto cicatricial da uretra* em virtude de ruptura.

TRATAMENTO. — Tentado o catheterismo, sem resultado, esteve o doente mais de um mez no uso de varios medicamentos, entre os quaes o hydrato de chloral que visava o espasmo, a que se attribuia na maior parte, a impossibilidade de introduzir até á bexiga a sonda.

Em principio d'abril foi-lhe feita a uretrotomia externa, que correu sem incidentes dignos de nota. Durante vinte dias esteve o doente algaliado com uma sonda n.º 7. De cada vez que se mudava o instrumento havia uma certa hematuria, devida ao traumatismo da bexiga pela extremidade vesical da sonda.

Retirada que foi esta sonda notava-se ainda o espasmo que cedeu pela dilatação progressiva. Continuou algaliado por mais algum tempo até que no fim de um mez e meio depois da operação já o doente urinava bem e com intervallos grandes.

Julho de 1899.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — As relações anatomicas da glandula parotida com os vasos que a cercam, explicam a frequencia dos tumores erectis d'esta região.

Physiologia. — A secreção interna do ~~pancreas~~ é um fermento soluvel.

Materia medica. — No tratamento da colica nephretica prefiro como calmante a antipyrina á morphina.

Anatomia pathologica. — A falsa membrana não caracteriza a diphtheria.

Pathologia geral. — A degenerescencia é a dissolução da hereditariedade.

Pathologia interna. — O diagnostico dos tumores dos rins é mais difficil para o rim direito, do que para o esquerdo.

Pathologia externa. — Prefiro no tratamento do cancro do seio, as preparações arsenicaes á intervenção operatoria.

Operações. — Só nos casos extremos e como operação previa, admitto o desbridamento nos apertos uretraes.

Partos. — Nas intoxicações gravidicas, o papel do feto, nas permutas toxicas, é secundario.

Hygiene. — Ao cardiaco deve ser defeso o clima frio e humido.

Visto,
Azevedo Maia.

Imprima-se,
Dr. Souto.