

4

BREVE ESTUDO CLINICO

SOBRE OS

APERTOS D'URETHRA

46/5 EMC

N.º 5

JOÃO BAPTISTA RODRIGUES D'OLIVEIRA

N.º 603

BREVE ESTUDO CLINICO

SOBRE OS

APERTOS D'URETHRA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

IMPRESSA PORTUGUEZA

Rua do Bonjardim, 181

1888

4615 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Vicente Urbino de Freitas. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria | Pedro Augusto Dias. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Manoel Rodrigues da Silva Pinto. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Isidoro da Fonseca Moura. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Secção medica | { João Xavier d'Oliveira Barros. |
| | { José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Antonio Bernardino d'Almeida. |
| | { Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { Antonio Placido da Costa. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge. |
| | { Candido Augusto Correia de Pinho. |

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto Belarmino do Rosario Frias. |
|----------------------------|-------------------------------------|

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

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

À MEMORIA DE MEUS PAES

Á MEMORIA DE MEUS IRMÃOS

Antonio e José

A MEU PADRASTO

A MEUS IRMÃOS

A MEMORIA DOS MEUS CONDISCIPULOS

João Caetano Carvalho

João Baptista da Fonseca Pedrosa

João Pinto da Silva

João Manoel Ribeiro

Joaquim Filippe da Piedade Alvares

José Eduardo Vaz Pinto

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

AOS MEUS AMIGOS

ESPECIALMENTE AOS EX.^{mos} SRS.

Tobias Vargiella

Francisco Laranjeira

Anselmo Evaristo de Moraes Sarmiento

José Alves Bonifácio

AO EMINENTE PROFESSOR

O EX.^{mo} SR.

Dr. Eduardo Pereira Pimenta

O discipulo grato.

AO MEU PRESIDENTE

O EX.^{mo} SR.

DR. ANTONIO PLACIDO DA COSTA

PRELIMINARES

Definição e classificação

Aperto d'urethra é um obstaculo permanente e progressivo ao curso das urinas, com alteração pathologica das paredes do canal.

Todos os auctores, que estudaram as doenças da urethra, propozeram classificações dos apertos. Estas classificações foram propostas em diferentes tempos e variaram conforme as épocas, em que foram apresentadas. Hoje, com os progressos da sciencia, os auctores estão d'accordo em admitir duas variedades — inflammatorias e cicatriciaes. Guyon propõe uma terceira — apertos sclero-cicatriciaes.

Os apertos inflammatorios provém da blennorrhagia, os cicatriciaes do traumatismo ou do cancro do meato, e enfim os sclero-cicatriciaes são devidos a uma inflamação com perda de substancia.

Symptomatologia

Dividiremos os symptomas dos apertos de urethra em funcionaes e physicos.

Symptomas funcionaes

Durante muito tempo, os unicos symptomas, que os doentes apresentam, são as perturbações de micção.

Se o aperto teve por causa uma blenorragia, desenvolve-se elle muito lentamente, e o doente pôde ignorar, por muito tempo, que é portador d'um aperto, porque inconscientemente faz maiores esforços para urinar, e as paredes vesicaes hypertrophiam-se para expellir a urina com maior pressão e assim vencer o obstaculo que se oppõe ao seu curso natural; mas passado certo tempo o doente nota que o jacto se modifica, que a urina cae a pequena distancia e que a duração da micção augmenta.

A columna d'urina, quando atravessa o aperto, deforma-se, tornando-se mais ou menos achatada, ou contornando-se em fórma de verruma, saca-rolhas, bifurcando-se, etc.

Estas modificações do jacto não podem levar-nos á certeza da existencia d'um aperto, porque se dão em muitas outras affecções da urethra e ainda em individuos que não téem affecção alguma do canal. As affecções que

modificam o jacto são, além dos apertos, os polypos da urethra, a hypertrophia prostatica, o espasmo da uretra e as urethrites.

Tambem não podemos ter certeza da não existencia d'um aperto, não havendo modificações do jacto, porque, quando este se desenvolve lentamente, a bexiga hypertrophia-se e o jacto conserva-se normal ou quasi normal durante muito tempo.

A diminuição do jacto, que observamos nos individuos portadores d'apertos, tem importancia, porque nos permite avaliar approximadamente a diminuição do diametro da urethra. A diminuição da distancia, a que a urina é projectada, e quando se dá todas as vezes que o doente tem necessidade de urinar, tambem deve merecer a nossa attenção, e sobre tudo quando a urina cae directamente para o solo, facto que os doentes exprimem, dizendo que urinam sobre as botas. A diminuição na projecção do jacto póde dar-se parcial ou totalmente. Observa-se muitas vezes que ao nivel do meato o jacto se divide em duas partes, uma que é projectada a uma distancia maior ou menor, e outra que cae directamente para o solo, quer gôtta a gôtta, quer em jacto informe, desviando-se ora para a direita, ora para a esquerda.

A intensidade d'estes symptomas vae augmentando, e depois d'um certo tempo observa-se a desaparição completa da projecção do jacto, e este fica reduzido a uma especie de

corrimento, que cae directamente no solo. Ha casos em que esta modificação só se observa depois de muitos annos, porque, como dissemos, a bexiga hypertrophia-se, compensando os obstaculos á emissão da urina. Quando os symptomas attingem uma tal intensidade, os doentes notam que as micções são cada vez mais lentas e que sentem uma necessidade continua d'urinar, porque não podem expellir as ultimas göttas d'urina, ainda que para o conseguir empreguem os maiores esforços.

Incontinencia d'urina.—Um symptoma, que apresentam muitas vezes os individuos que têm apertos d'urethra, é a incontinencia d'urina. Os esforços, que o doente emprega para urinar, determinam uma atonia mais ou menos completa do sphincter vesical. O colo vesical e a porção da urethra posterior ao aperto, dilatam-se, e resulta d'isto a formação d'um segundo reservatorio urinario sob a fôrma de funil com a base voltada para a bexiga e o eixo quasi vertical. A urina, accumulando-se n'este segundo reservatorio e exercendo pressão sobre o aperto, passa götta a götta, e não encontrando mais obstaculos até ao meato corre incessantemente.

A principio esta incontinencia só se observa de dia, quando o doente está na posição vertical, e deixa de observar-se quando o doente está no decubito dorsal, porque a urina não exerce a pressão, que até então exercia sobre o aperto, salvo no caso em que a distensão da

bexiga é completa. A incontinençia augmenta com a frequencia da necessidade d'urina, e o numero de micções pôde ser de 100 nas vinte e quatro horas.

A accumulacão d'urina no segundo reservatorio determina dôres, que, ou são muito intensas, ou simplesmente uma sensaçã de peso na região perineal. Estas dôres augmentam no fim da micção quando expulsas as ultimas gôttas d'urina. É muito provavel que as dôres estejam ligadas a uma uretro-cystite determinada pela retenção d'urina, e se pela analyse reconhecermos alteraçã da urina, nenhuma duvida nos pôde restar da existencia d'essa phlegmasia.

Encontramos muitas vezes no fundo do vaso um deposito de flocos branco-esverdeados ou de muco-pus, que em casos de lesões mais adiantadas da bexiga tem sangue misturado. Ha casos em que, além do deposito, se tem observado que a urina é turva e lactescente — *urinas renæes de Guyon*, — denunciando-nos por isso a existencia d'uma nephrite. Não é só a urina que é retida atraz do aperto. Ha tambem perturbações de ejaculacão, que se manifestam por dôres, que se irradiam durante um tempo maior ou menor para as regiões perineal e lombar, e algumas vezes um corrimento de sangue ou sangue misturado a esperma.

Em alguns doentes manifesta-se um corrimento purulento urethral. Este corrimento é raro e por isso não pôde admittir-se que o

aperto esteja sempre dependente d'uma urethrite chronica. Jamin observou 61 individuos affectados d'apertos d'urethra, e notou que só 4 tinham corrimento. Depois examinou 103 portadores de urethrites chronicas e só em 10 observou apertos.

D'aqui concluiu que não é indispensavel a existencia d'uma urethrite chronica.

Como explicar este corrimento? É muito provavel que seja devido a urethrites repetidas, ou á presença d'uma ulceração, que suppura mais ou menos abundantemente.

Retenção d'urina.— A retenção d'urina observa-se, quando a doença attinge um periodo mais avançado. N'este periodo o doente, quando effectua a micção, toma um aspecto que mostra bem os soffrimentos por que passa n'esse momento. O doente, para obstar aos soffrimentos e para effectuar a evacuação da bexiga, toma diversas posições. A posição em que mais frequentemente se colloca é a vertical, um pouco inclinado para diante, agarra-se aos objectos que o cercam para contrahir fortemente os musculos abdominaes, que, exercendo pressão sobre a bexiga, auxiliam a evacuação. Succede muitas vezes que estas tentativas são infructiferas e o doente soffre accidentes taes como congestão da face, syncopes mais ou menos prolongadas, e ainda hemorragias cerebraes por vezes observadas. Nota-se tambem algumas vezes a sahida pelo recto de gazes e materias fecaes, e isto devido á pressão que a be-

xiga, distendida, exerce sobre a parte inferior do intestino.

Esta scena renova-se muitas vezes, posto que os doentes imaginem artificios para evitar o soffrimento. Taes artificios são tracções exercidas no penis, immersão da glande em agua fria, semi-cupios, etc., que os alliviam passageiramente. Quasi nunca este estado se prolonga muito tempo com a mesma intensidade, ha remissões e exacerbações que muitas vezes são o resultado de excessos de meza, coito e de ereções muito prolongadas. No momento das exacerbações observa-se algumas vezes uma retenção completa e passageira da urina. Se esta retenção se prolonga muito, o doente fica exposto a accidentes muito graves, como são a infiltração urinosa e a ruptura da bexiga.

Estado geral—O estado geral altera-se. As primeiras d'estas alterações encontram-se no aparelho gastro-intestinal; são digestões difficéis, constipação de ventre, lingua saburrosa e sêcca, o que torna a deglutição difficil—ha dysphagia bucal.

A febre só se manifesta n'um periodo adiantado da docnça. Esta febre tem o typo intermittente, e os intervallos dos accessos vão diminuindo, á medida que os outros symptomas geraes se aggravam.

Os symptomas geraes, que deixamos apontados, não pertencem exclusivamente aos apertos d'urethra, mas a outras doenças do aparelho urinario. Quando não haja intervenção the-

rapeutica adequada, os symptomas progridem e levam o doente á cachexia urinaria.

Symptomas physicos

Posto que os symptomas funcçionaes, que acabamos de enumerar, pareçam sufficientes para fazer o diagnostico d'um aperto d'urethra, não acontece assim, porque pertencem tambem a outros estados morbidos do canal. Os symptomas funcçionaes podem fazer-nos presumir um aperto; mas só adquirimos a certeza da sua existencia, depois de fazermos a exploração directa do canal. Muitos instrumentos foram inventados e usados com tal fim.

Um d'estes instrumentos, por muito tempo empregado, é a velinha de cêra.

O principio fundamental d'esta applicação era que a cêra, em contacto com o aperto por um espaço de tempo maior ou menor, amollecia e conservava a impressão do aperto. As impressões que a velinha apresentava, podiam ser provenientes de pregas da mucosa, que existem normalmente, como se dá no fundo de sacco do bolbo. As velinhas de cêra foram justamente abandonadas, porque não só nos não dão indicações exactas, mas ainda porque podem determinar accidentes, deixando algum fragmento de cêra adherente aos apertos.

Desormeaux inventou um apparelho, a que deu o nome de endoscopio, e que é destinado a permittir o exame directo do orificio anterior

do aperto. Este aparelho, posto que util em alguns casos, é de emprego difficil, e por isso está fóra da pratica.

Amussat empregou um instrumento, que tinha um colchete rombo e que presidia qualquer prega da mucosa. D'aqui se vê que nenhuma indicação segura nos podia elle fornecer e até mesmo era capaz de fazer julgar uma urethra normal apertada. Hoje os cirurgiões empregam para esta exploração uma velinha terminada em oliva, chamada velinha exploradora. Esta velinha é formada por uma haste delgada e flexivel terminada n'uma extremidade em oliva.

Segundo Guyon convém começar por um numero elevado, 20 ou 21 por exemplo, com tanto que não se violente o canal, e se deixe de empregar força, logo que se encontre algum obstaculo. Empregando velinhas volumosas, podemos reconhecer apertos que diminuem muito pouco o diametro da urethra, e que passariam desaperecebidos, se empregassêmos instrumentos d'um calibre muito pequeno. A velinha exploradora permite-nos determinar a sede, resistencia, extensão e numero de apertos, que existem.

Para ficarmos certos da existencia de um aperto é preciso que a velinha nos dê a sensação de salto, e quando existem muitos, dará tantas sensações quantos elles são.

Quando esta velinha é detida, emprega-se outra de dous ou tres numeros abaixo que

passa o primeiro obstaculo, podendo todavia ser detida no seguinte. Quando existem apertos blenorrhagicos, é difficil atravessar a região escrotal com a velinha; n'este caso aconselha Guyon tomar uma velinha de numero baixo, numero 12 por exemplo, e se esta fôr detida, então tomar o numero 8, depois o numero 6, etc. Para determinar o diametro do aperto devemos empregar uma velinha, que o ultrapasse mas que seja a mais volumosa que se possa introduzir.

O ponto em que a velinha encontra obstaculo, é muito variavel, e quando esse obstaculo está no meato, indica-nos quasi sempre uma atresia congenita. A velinha póde ser detida a pequena distancia do meato, e n'este caso, se o obstaculo é unico, devemos indagar se houve algum traumatismo ou cancro; se os obstaculos são multiplos, e a difficuldade vae augmentando á medida que nos approximamos da parte posterior da urethra, temos grande probabilidade da existencia de apertos blenorrhagicos, que a historia do doente confirmará. Para termos noções exactas dos apertos precisamos, além de saber da sua existencia, conhecer-lhes a sede, numero, grau de estreiteza e extensão.

Para isto servimo-nos do seguinte processo que é muito facil: introduzimos uma velinha na urethra até encontrar a abertura anterior do aperto, impellimol-a até que se torne a encontrar livre; medindo o comprimento da velinha, que foi introduzida, desde que encontrou o obs-

taculo, até que de novo se encontrou livre, temos o comprimento do aperto. Podemos ainda em vez de notar, quando a velinha se tornou livre, retirá-la de traz para diante até encontrar um obstaculo. Estas noções, que assim adquirimos, posto que não sejam muito rigorosas, são comtudo sufficientes para as necessidades da pratica.

Quando o aperto está n'uma das paredes da urethra Voillemier aconselha, para saber em qual d'ellas a introdução d'uma velinha terminada em meia oliva e fazel-a girar até sentir o salto, que revela a sua existencia n'uma parede.

Suppozemos até aqui que o aperto tinha largura sufficiente para permittir a passagem da velinha. Quando assim não succeda não podemos verificar senão a sua existencia e a sede da abertura anterior.

Diagnosticó—Prognostico—Marcha

O diagnostico é indubitavelmente uma das maiores difficuldades que o clinico tem a vencer. No caso que nos occupa, o diagnostico não parece dos mais difficeis. O diagnostico dos apertos d'urethra basea-se em grande parte na historia do doente. Em primeiro logar devemos saber se teve blenorrhagias, por serem a causa mais frequente d'esta affecção, e saber ha que tempo, qual o numero, duração e complicações.

No caso de o doente responder negativamente, então perguntar se houve algum traumatismo na urethra. Por estes traumatismos devemos entender não só as grandes feridas, mas ainda hemorragias aparentemente insignificantes, como as que se dão durante o coito, praticando este durante uma blenorragia ou depois d'uma ruptura de urethra. (1) Finalmente, quando o doente responde negativamente, inquire-se se houve cancro molle intra-uretral.

Se ainda o doente respondeu negativamente podemos então ficar certos de que não existe um aperto d'urethra.

O diagnostico differencial com os calculos vesicaes, cystite e hypertrophia prostatica faz-se pelos commemorativos e por um exame attento. O diagnostico com tumores de visinhança, corpos estranhos e calculos urethraes faz-se pelo exame directo do orgão, e não offerece grandes difficuldades. O diagnostico differencial com o espasmo da urethra é mais difficil. Espasmo de urethra é uma contracção tonica d'um ou mais elementos musculares, diminuindo ou obstruindo o calibre do canal. O espasmo de urethra impede a introduccção de uma sonda de gomma delgada, mas pelo contrario o obstaculo é veu-

(1) Quando a urethra é a sede d'uma inflammacção intensa os corpos cavernosos entrando em erecção formam um arco de que a urethra é a corda. Acontece por vezes que a tracção exercida pelos corpos cavernosos é sufficiente para determinar a ruptura parcial ou total da urethra.

cido muitas vezes, introduzindo uma sonda grossa ou um catheter metallico; ha casos em que o espasmo mesmo assim não é vencido, e então só os commemorativos nos farão presumir a existencia d'um aperto ou d'um espasmo.

Os apertos de urethra constituem uma affecção grave por duas razões; primeira, porque expõe o doente a accidentes que podem determinar a morte; segunda, porque não ha meio algum de tratamento, que previna recidivas que só poderão ser evitadas por um tratamento nunca interrompido. A gravidade da affecção ainda depende da causa, que lhe deu origem. Sob este ponto de vista os traumaticos são muito mais graves do que os blenorrhagicos, por causa da rapidez da sua marcha e dos accidentes que podem sobrevir da therapeutica por lhes serem applicaveis os processos mais perigosos.

A marcha dos apertos de urethra é a indicada, quando estudamos os symptomas. A principio, como dissemos, passam desapercibidos, porque os symptomas são muito pouco accentuados. Os symptomas porém caracterizam-se mais ou menos rapidamente; ha, todavia, casos archivados, que mostram poder a doença ficar estacionaria. A marcha dos apertos, que reconhecem por causa uma blenorrhagia, é muito lenta geralmente; pois que só se manifestam dez, quinze, vinte, vinte e cinco e mais annos depois; a dos traumaticos é muito mais rapida.

Tratamento

O tratamento dos apertos d'urethra é exclusivamente cirurgico, e visa a dois fins, restituir á urethra o seu calibre normal e prevenir recahidas. Entre os methodos a empregar devemos optar sempre pelos que dão mais resultado, são de mais facil applicação, e expõem os doentes a menores perigos.

O tratamento medico não existe; mas é preciso observar algumas regras de hygiene respeitantes ao regimen, e egualmente se torna necessaria a administração de alguns medicamentos internamente para modificar os accidentes.

Os meios de tratamento, que até hoje se tem empregado, são a cauterisação, a dilatação e a urethrotomia.

Vamos estudar cada um d'elles em separado.

Cauterisação

A cauterisação foi o primeiro methodo empregado para destruir as pretendidas carnosidades, que formavam o aperto. A cauterisação era feita com substancias adstringentes e pouco causticas, e talvez os resultados obtidos fossem devidos antes á acção das velinhas que se introduziam para levar os causticos até o aperto, do que á acção dos causticos. Antes da applicação dos causticos fazia-se a secção ou a destruição das carnosidades.

Everard Home observou que vinte a trinta cauterisações eram suficientes para obter a cura; mas encontrou um caso em que foi preciso empregar 1:256.

Os accidentes d'este methodo de tratamento eram muito frequentes, pois que se fazia ás cegas, introduzindo o caustico no orificio anterior e impellindo-o de diante para traz até destruir todo o tecido fibroso.

Entre os accidentes citaremos dôres violentas, que não raras vezes determinaram syncope, febre por vezes intensa, hemorrâgias, que podiam ser abundantes, e ainda grande tumefacção da mucosa, que algumas vezes determinava retenção d'urina, e tornava por isso indispensavel a puncção da bexiga. Os resultados obtidos de modo nenhum compensavam estes accidentes, porque as ulceras produzidas davam lugar a cicatrizes mais duras e retracteis do que o tecido fibroso que havia sido destruido. Póde sem receio affirmar-se que este methodo de tratamento produziu mais apertos do que curou.

Galvano-caustica chimica.—A galvano-caustica chimica funda-se em que, applicando uma corrente electrica aos tecidos vivos, no polo positivo forma-se uma escara dura e retractil, semelhante á que produzem os acidos, e no polo negativo outra escara molle e pouco retractil, semelhante á que determinam os alcalis Maller e Tripier, levados pela observação da molleza e pouca retractibilidade da escara no

polo negativo, lembraram-se de applicar a electricidade ao tratamento dos apertos d'urethra.

Jardin inventou um aparelho semelhante ao urethrotomo de Maisonneuve, para a applicação das correntes electricas. Colloca-se o polo positivo n'uma côxa e o negativo na urethra, por meio d'um conductor metallico coberto d'uma substancia isoladora para que se possa destruir só o aperto. No momento da passagem da corrente o doente sente uma dôr violenta, que vae diminuindo á medida do augmento da escara, e é nulla no fim d'um tempo, que varia entre 1 e 5 minutos; então o aperto está destruido. Cirurgiões notaveis, que empregaram este methodo, notaram que muitas vezes a cicatriz é muito dura e muito retractil, e além d'isso tem inconvenientes difficeis de remediar, para o cirurgião, a difficuldade da operação, por ter de empregar instrumentos muito complicados e para o doente dores e hemorrhagias. Apesar dos inconvenientes que a galvano-caustica tem, ha ainda hoje quem a empregue, preferindo-a aos outros meios de tratamento.

Dilatação

A dilatação é o methodo que hoje se emprega mais frequentemente.

Os antigos já empregavam a dilatação sem o saber, quando por meio de velinhas introduziam substancias causticas ou medicamentosas na urethra. O tratamento por este methodo é

feito com velinhas cada vez mais volumosas para restituir á urethra o seu calibre normal.

Este methodo a principio foi empregado simplesmente como auxiliar da cauterisação. Hunter foi o primeiro cirurgião que o empregou só, e mostrou as condições em que devia ser applicado.

Os instrumentos que estão em uso para obter a dilatação são as velinhas.

O modo de usar as velinhas não offerece grandes difficuldades. Os symptomas funcçionaes podem fornecer-nos probabilidades para escolha da velinha que devemos introduzir em primeiro lugar; mas só podemos usar a velinha de volume conveniente depois de fazer o exame previo da urethra por meio de exploradores.

Depois de escolhida a velinha, porque devemos começar a dilatação, introduzimos-a na urethra, e notamos a resistencia que encontra ao passar o aperto, devendo lembrar que é preciso não empregar violencia.

No caso em que a velinha escolhida não passe sem emprego de violencia, devemos substituil-a por outra de menor calibre. Ha casos e não raros, em que a velinha não ultrapassa o aperto, e por isso muitos meios mais ou menos engenhosos foram inventados para vencer o obstaculo. O meio que dá melhores resultados é o de Leroy d'Étiolles. Leroy d'Étiolles propoz o emprego de velinhas finas, cuja extremidade vesical é contornada em saca-rolhas,

verruma, etc., e coberta de collodio — *velinhas torcidas*. Para vencer o obstaculo é preciso ter á disposição velinhas de formas variadas e empregar-as umas apoz outras e ao acaso, por não se conhecer a situação nem a direcção do orificio anterior do aperto.

Logo que se consiga introduzir uma velinha, devemos operar a dilatação lenta e progressiva, que se pôde fazer, deixando a velinha permanente ou retirando-a no fim d'um tempo, que é variavel, mas curto. D'aqui resultam os dois processos — dilatação lenta, progressiva, permanente e dilatação lenta, progressiva, temporaria — os quaes vamos estudar.

Dilatação lenta progressiva permanente. — Pratica-se este processo, introduzindo uma velinha e fixando-a com o fim de não ser expellida ou de não cair na bexiga.

É necessario ter todo o cuidado em que a velinha não ultrapasse o collo vesical para não determinar irritação da bexiga.

No fim de tres horas observa-se um embaraço á emissão d'urina. Muitas vezes para supprimir este obstaculo basta retirar a velinha alguns millimetros. Esta constricção é passageira em todos os casos, e succede-lhe uma dilatação, que torna a micção mais facil. Não decorre muito tempo sem que se manifeste um corrimento muco-purulento na urethra, e desde então podemos introduzir uma algalia de maior calibre. O corrimento é acompanhado de dôres, que variam de intensidade, e que a algalia não

havia provocado. Também se tem observado algumas vezes uma cystite ou uma epididymite.

O tempo, durante o qual a algalia deve estar permanente, varia. Voillemier, pretendendo obter uma suppuração abundante, conservava-a durante cinco ou seis dias. Hoje é costume retirar-a no fim de dous ou tres dias, podendo ser mais cedo se ha dores ou o doente a não supporta. É preciso evitar grande constricção sobre a algalia. Acontece muitas vezes depois de retirar uma poder-se introduzir outra d'um calibre superior de dous ou tres numeros.

Guyon suspende a dilatação lenta, progressiva permanente, quando a urethra tem a largura sufficiente para a passagem sem difficuldade d'uma algalia de numero 10 ou 12.

Este methodo de tratamento é applicavel quando o diametro do aperto é muito reduzido, quando assim não succeda emprega-se a dilatação temporaria.

Dilatação lenta progressiva temporaria.— Este processo de tratamento pratica-se introduzindo na urethra, em intervallos mais ou menos proximos, velinhas de mais a mais volumosas. Podemos empregar, em vez das velinhas de gomma, catheters metallicos. Actualmente em França empregam-se as velinhas curvas de Beniqué.

Se a velinha é detida por algum obstaculo, basta na maioria dos casos ligeiros movimentos para a desembaraçar.

Os obstaculos, que a velinha póde encontrar, são normaes ou pathologicos.

Entre os normaes citaremos a valvula de Guerin, que existe atraz da meato na parede superior da urethra. Desembaraçamo-nos facilmente ou não encontramos este obstaculo, levando a velinha encostada á parede inferior da urethra. O tratamento pôde ser iniciado pela dilatação temporaria ou esta seguir-se á dilatação permanente.

Em qualquer dos casos a primeira sessão de dilatação temporaria deve ser muito pouco demorada. A pressão intra-urethral não deve ser muito violenta, porque, sendo-o, pôde determinar ulcerações, e d'ahi provéem complicações, entre as quaes citaremos o envenenamento urinoso.

Diz Guyon que a pressão intra-urethral deve ser tão regulada como a administração de substancias medicamentosas toxicas. Em cada sessão deve introduzir-se primeiro a velinha mais volumosa, que se havia introduzido na anterior.

Quanto tempo deve a velinha ficar permanente na urethra? Diz Thompson que se deve retirar logo apoz a introduccão e Guyon segue a mesma pratica. Ha todavia casos em que se nota grande resistencia na introduccão da velinha, e é n'estes casos que os cirurgiões aconselham que se conserve permanente durante um tempo, variando de meia a uma hora. Procedendo assim, tem-se observado que no fim de dous ou tres dias se pôde continuar uma dilatação que se julgava impossivel.

Os cirurgiões que se tem dedicado mais ao

tratamento das doenças das vias urinarias, aconselham que logo que a urethra seja facilmente permeavel a uma velinha de numero 13 ou 15 se cõtinúe a dilatação por meio dos catheters metallicos de Beniqué, e Guyon ainda preceitua com o fim de não fazer falsos caminhos que a extremidade do catheter seja munida de rosca de parafuso para permittir a adaptação d'uma velinha conductora de Maissonneuve. Os catheters usados com este fim são cylindricos, excepto na extremidade vesical que é conica para não passar sem transição do diametro da velinha ao do catheter.

Este tratamento para ser efficaç é necessario que seja feito muito lentamente, e que em cada sessão se não eleve o volume do catheter de mais um millimetro ou millimetro e meio. A dilatação não deve dar á urethra um calibre exagerado; por isso deve suspender-se, logo que se introduzam catheters com o numero 60 da escala Beniqué ou 24 da Charrière. Depois de obter assim a dilatação, o doente deve operar o catheterismo, com intervallos, que serão primeiro de quinze dias, depois de mez, de dous mezes e maiores com catheters de numero 17 ou 18. A dilatação sendo feita até que a urethra tenha um calibre normal ou quasi, o doente fica menos sujeito a recidivas, e no caso de se darem, a dilatação opera-sê muito mais facilmente.

Observam-se muitas vezes, quando se emprega este methodo de tratamento, complica-

ções locais como são cystite e epididymite. Estas complicações podem não apparecer, se as manobras intra-urethraes forem bem dirigidas; mas ha individuos em quem apparecem, apesar de todas as precauções.

Ha uma contra-indicação para este methodo de tratamento, que é a febre.

Se a febre se manifesta por accessos e é intensa, devemos abandonar este methodo e substituil-o por outro que não obrigue a manobras intra-urethraes repetidas.

Como actua a dilatação lenta sobre o aperto? No estado actual da sciencia a resposta é impossivel. Muitas hypotheses foram aventadas para explicar esta acção, sem que até hoje se possa dar uma explicação satisfatoria de tal modo de acção. Hunter admittia que o principio vital actuava de modo que as partes se adaptassem á sua nova posição depois de destruidas por ulceração.

Bichat modificou a hypothese de Hunter, admittindo que a compressão e inflammção determinavam uma maior adherencia aos tecidos visinhos, o que impedia as recahidas.

Dupuytren admitte duas acções, mechanica e vital. A explicação que dá de tal modo d'acção é a seguinte: «a dilatação vital actua, quer excitando uma força expansiva, quer determinando uma secreção de mucosidades e, por conseguinte, a desobstrucção das partes. Eu estou convencido que é preciso admittir alguma cousa de vital. Mas é por uma especie de força

expansiva opposta á força contractil e provocada pela presença d'um corpo estranho, ou por uma secreção que opera uma especie de resolução e que diminue a espessura das paredes do obstaculo? É isto que nós não ousariamos decidir». Durante muito tempo esta theoria foi accete e defendida por distinctissimos cirurgiões.

Para muitos cirurgiões a inflammação tinha um papel importante. Um d'elles, Voillienier, dizia que a inflammação actuava differentemente, segundo se fazia a dilatação lenta temporaria ou permanente.

No primeiro caso a inflammação determinava a absorpção dos elementos do aperto — dilatação inflammatoria atrophica; e no segundo determinava ulceração da mucosa e destruiu o aperto — dilatação inflammatoria ulcerativa.

Como vimos, quando se pretende fazer o tratamento por meio da dilatação permanente, se se produz uma ulcera, devemos consideral-a como um accidente, porque d'ella resulta uma cicatriz que, sendo retractil, expõe o doente a ficar peor do que antes do tratamento.

Tambem se affirmou que as camadas externas do aperto eram modificadas pela dilatação e as partes internas eram eliminadas, e Thompson disse que era racional suppòr que «a desappareição do aperto é devida a uma desaggregação molecular resultante da desorganisação dos tecidos, que tem um pequeno grau

de vitalidade, determinada pela influencia da pressão».

Ainda se pretendeu que a presença continua d'uma algalia excitasse anormalmente os vasos absorventes, provocando assim absorção do tecido pathologico. Nenhuma das hypotheses propostas para a explicação do phenomeno parece accetavel.

O contacto da algalia determina modificações no tecido pathologico.

Este tecido inflamma-se, amollece de modo que torna a urethra permeavel a instrumentos de maior volume. Para que haja modificação não é preciso destruir o tecido, basta o simples contacto.

O facto clinico de modificações no tecido pathologico é innegavel. Como explical-o? Como acabamos de vêr não ha sobre este assumpto senão hypotheses, e por isso devemos esperar que alguém um dia determine a evolução de taes modificações.

Descrevemos os methodos que visam a restituir á urethra o seu calibre normal lentamente. Ha outros que tentam obter o mesmo fim rapidamente; esses vamos descrever.

Catheterismo forçado.— Este meio foi aconselhado por Desault e Chopart; Boyer fez d'elle um methodo geral de tratamento.

O manual operatorio consiste na introdução d'uma sonda conica, munida de estilete para lhe dar mais consistencia, até o aperto; ahi exerce-se pressão até o ultrapassar, dei-

xa-se permanente por tres ou quatro dias e passado este espaço de tempo substitue-se por outras successivamente mais volumosas, que se mudam em tempo conveniente.

Este methodo expõe o doente a muitos accidentes, taes como perfuração do bolbo, infiltração urinosa, etc. Foi este o primeiro methodo proposto e usado para restituir á urethra rapidamente o seu calibre normal.

Dilatação rápida.— Por este methodo a dilatação obtem-se por meio de instrumentos que tendo ultrapassado o aperto, actuam como uma pinça afastando os ramos. A primeira applicação d'este methodo é attribuida ao cirurgião Luxmoor por meio d'um instrumento composto de quatro laminas, que se afastavam. Muitos instrumentos foram inventados, quer para dilatar a urethra no logar do aperto, quer em toda a extensão. Os dilatadores inventados por Michelena e Rigaud compõem-se de dous semi-cylindros d'aço ligados por pequenas laminas metallicas articuladas, collocadas obliquamente, quando o instrumento está fechado, e formando um catheter de dimensões variaveis.

Um parafuso collocado na extremidade do instrumento permite tornar as laminas perpendiculares aos semi-cylindros e afastal-os. As laminas executam movimentos de basculo, movendo-se em sentido inverso dos semi-cylindros, d'onde resultam tracções perigosas da mucosa e d'ôr.

Para remediar este inconveniente, Perrève

substituiu as laminas por um estilete que permite afastar os semi-cylindros.

Perrève em cada sessão introduzia estiletos cada vez mais volumosos até attingir o diametro de seis millimetros.

O defeito principal do instrumento é de não actuar sobre toda a urethra, mas sómente em duas paredes oppostas. O seu effeito é exercer antes uma tracção do que uma dilatação. Charrière para remediar este defeito modificou o apparelho de Perrève de maneira que fosse formado de quatro peças em vez de duas. Ainda com esta modificação o apparelho não pôde dilatar regularmente o canal, e além d'isso apresenta arestas salientes, que expõe o doente a lacerações e consecutivamente a accidentes graves.

Este methodo de tratamento ainda foi executado com instrumentos differentes d'estes. Entre esses instrumentos citaremos o catheter composto de Buchanan e os dois dilatadores de Corradi, denominados dilatador em rosario e dilatador em arco.

Por mais differentes e complicados que sejam estes apparelhos, teem todos o mesmo fim, o de restituir á urethra rapidamente o seu calibre normal.

A recidiva dá-se mais rapidamente quando se faz a dilatação rapida ou a dilatação lenta? Dizem os partidarios da dilatação rapida que por este processo não se fere a mucosa, porém as hemorragias, que frequentemente se obser-

vam, provam que nem sempre se consegue evitar o ferimento. Por mais superficial que seja este ferimento ha de dar logar a uma cicatriz, que pela sua retractilidade diminuirá o calibre do canal. A observação clinica demonstra que uma dilatação rapida e não repetida é insufficiente para determinar modificações profundas no tecido pathologico do aperto. Os apparatus de Perrève e de Corradi dão logar a accidentes como são hemorragias abundantes, inflamação intensa, etc. Ha ainda casos em que a morte sobreveio e foi determinada por infecção purulenta. Civiale mostrou que muito frequentemente a dilatação vae além do calibre normal da urethra,—ha supra-distensão. Quando assim succede nota-se que ha dores violentas, hemorragia, retenção d'urina e um estado de irritabilidade da urethra semelhante á que se observa quando se pratica mais rapidamente do que se deve a dilatação lenta.

Por este methodo fazem-se feridas na urethra, que tornam facil a infiltração d'urina e mais facil ainda quando as paredes vesicaes estão hypertrophiadas, como acontece frequentemente nos individuos portadores de apertos.

Dilatação immediata progressiva.—O primeiro cirurgião que empregou este methodo de dilatação dos apertos, foi Maisonneuvè, em 1855. Para operar a dilatação Maisonneuve empregava uma velinha conductora munida n'uma das extremidades de parafuso para a adaptação

de sondas de volume crescente até que se obtivesse a dilatação n'uma só sessão.

Le Fort substituiu as sondas de gomme, que empregava Maisonneuve, por catheters metallicos. Le Fort introduz primeiro um catheter de numero 12 da escala Charrière, retira-o e substitue-o por outro de numero 17 e por ultimo este por um ultimo de numero 22.

Depois de terminada a operação, deixa permanente na urethra durante tres ou quatro dias uma algalia de numero 16 ou 18. Passados poucos dias introduz algalias de numero 23 ou 25.

Diz Le Fort que este methodo deve ser preferido á dilatação lenta, porque a cura é mais rapida e expõe menos a recidivas.

Divulsão.—A divulsão consiste em dividir um aperto rapidamente. A differença que existe entre esta operação e a dilatação rapida, é que esta é instantanea e a dilatação rapida pretende alargar o aperto sem ferida da mucosa.

Este methodo de tratamento não pôde ser empregado senão quando o diametro do aperto não é muito diminuido. O mais perfeito dosapparelhos de divulsão é o de Voillemier, que se compõe: 1.º d'um conductor formado de duas laminas d'aço soldadas na extremidade vesical e curvas como uma sonda, representando um catheter de dous millimetros de diametro; 2.º d'um estilete conico n'uma extremidade, cylindrico no resto da sua extensão e tendo aos lados duas gotteiras onde se encaixam as lami-

nas conductoras. O manual operatorio consiste em introduzir o conductor e depois impellir bruscamente o estilete. Feito isto retira-se o aparelho, primeiro o estilete e em seguida o conductor.

Terminada a operação colloca-se uma algalia permanente que deve ter, segundo Voillemier, um diametro menor do que o do aparelho, um e meio millimetro.

Urethrotomia

Definiremos urethrotomia uma operação em que se cortam as paredes urethraes com o fim de restabelecer o curso normal da urina.

De dous modos se pratica a urethrotomia; ou o corte é feito de dentro para fóra, ou de fóra para dentro, e d'ahi as duas denominações—*urethrotomia interna* e *urethrotomia externa*.

Já no seculo xvi os cirurgiões tinham concebido a ideia de cortar os obstaculos que se oppunham ao livre curso da urina no canal.

O primeiro urethrotomo foi imaginado por Physick, cirurgião norte-americano, em 1795, e compunha-se d'uma canula, em que se introduzia um estilete terminado em lamina pontcaguda, cortante, semelhante a uma lanceta e destinada á secção do aperto. A partir d'esta época, muitos instrumentos foram inventados e em 1824 Amussat apresentou á Academia de Medicina um urethrotomo munido de conductor

e destinado a seccionar os apertos de diante para traz, e passado pouco, um escarificador destinado tambem á incisão dos apertos, mas em sentido inverso. A Amussat seguiram-se muitos outros cirurgiões, que inventaram urethrotomos destinados a operar a secção quer de traz para diante, quer de diante para traz. Entre os primeiros citaremos os urethrotomos de Ricord, Charrière, Reybard e Thompson, e entre os segundos os escarificadores de Leroy d'Etiolles, Reybard, Civiale e os urethrotomos de Horteloup e Maisonneuve.

As secções de traz para diante tem o defeito de ser preciso préviamente fazer a dilatação urethral para o instrumento poder passar, e é esta uma das razões que fez com que a urethrotomia interna, que operava a secção de traz para diante, fosse justamente abandonada.

Hoje o instrumento mais empregado na pratica d'esta operação é o urethrotomo de Maisonneuve, que tem sobre os outros a vantagem de ser mais facil de empregar. Este urethrotomo permite, depois de fazer uma incisão de diante para traz, fazer outra de traz para diante. No Porto, o urethrotomo que se emprega é o de Maisonneuve; por isso limitar-nos-hemos á descripção da urethrotomia interna feita com este instrumento.

Urethrotomia interna.—O urethrotomo de Maisonneuve não teve á principio a mesma fôrma que hoje, posto que a ideia, que presidiu á invenção, fosse a mesma—o emprego d'um

conductor que, seguindo uma velinha, permitisse dirigir com segurança a lamina cortante.

O urethrotomo compõe-se d'um conductor metallico curvo, d'uma velinha conductora e d'um estilete com a lamina cortante.

O conductor metallico é provido em toda a sua extensão d'um sulco que, segundo está na face concava ou convexa, permite fazer a incisão na parede superior ou inferior da urethra. N'uma das extremidades ha um parafuso que serve para fixar uma velinha de gomma elastica conica n'uma extremidade, e que tem na outra uma peça metallica ôca com passo de parafuso. O conductor tem na outra extremidade um anel que serve para o fixar depois de introduzido na urethra. A lamina cortante tem a fôrma triangular e continua-se pela base com um estilete que se justa perfeitamente no sulco, e ali é sustentado por duas azas lateraes.

O vertice do triangulo formado pela lamina é rombo e os dois lados cortantes, e permitem por esta disposição dividir o aperto de diante para traz e de traz para diante e só os pontos apertados, porque as outras partes são desviadas pelo vertice rombo da lamina.

Manual operatorio— a) Cuidados previos.— Logo que a urethrotomia interna esteja indicada, devemos administrar ao doente um purgante e, se houver recio d'algum accesso febril, sulfato de quinina na dose de 50 a 75 centigrammas algumas horas antes da operação.

Antes de operar, o cirurgião deve examinar

com todo o cuidado o instrumento para se certificar que funciona bem.

É preciso que o conductor metallico e a velinha se fixem solidamente e que não haja erro de construcção sufficiente para impedir que o estilete caminhe com facilidade no conductor.

b) Operação.—Introduz-se primeiro a velinha até á bexiga, fixa-se-lhe o conductor por meio do parafuso e impelle-se até á bexiga. Depois d'isto o cirurgião estende o penis sobre o conductor com a mão esquerda, e com a direita introduz no sulco a lamina e impelle-a em toda a extensão do canal, podendo executar movimentos de vaivem para fazer mais do que uma incisão e fazel-as de traz para diante. Depois de feita a operação, o cirurgião introduz uma algalia, que não deve ser superior ao numero 16 ou 17 da escala Charrière, porque se o fôr, vedando completamente a urethra, pôde dar lugar á infiltração d'urina, que se deve sempre evitar.

A incisão costuma fazer-se na parede superior, por ser mais regular e a hemorrhagia ser quasi nulla. Entre a parede superior e os vasos ha uma grande espessura de tecido, que permite uma incisão profunda sem o ferimento d'elles.

Se fizermos a incisão na parede inferior, temos a certeza de haver uma hemorrhagia muito maior, porque esta parede é rodeada de tecido spongio-vascular. A maior regularidade da parede superior provém de que a urethra é muito

adherente á gotteira dos corpos cavernosos por meio de tecido fibroso.

Esta regularidade faz com que a incisão seja nítida, porque a mucosa não fórma pregas, como acontece operando na parede inferior.

N'esta operação só em casos excepçionaes se deve empregar o chloroformio, porque a dôr não é muito intensa, dura pouco, e porque o anesthesico póde provocar vomitos que impedem o doente de conservar a algalia.

Para terminar o tratamento faz-se a dilatação lenta e progressiva. Para tornar as paredes da urethra elasticas e regulares, é preciso usar os catheters Beniqué. O doente, depois de curado, deve fazer o catheterismo com intervallos maiores ou menores para prevenir recidivas.

c) *Accidentes*.—A urethrotomia interna feita, como acabamos de dizer, é uma operação benigna, e os accidentes, que se observavam outr'ora, hoje são rarissimas excepções.

Durante o nosso curso vimol-a praticar muitas vezes no hospital de Santo Antonio pelo ex.^{mo} sr. dr. Pimenta, e observamos que os casos de cura attingiram o numero dos operados.

Os accidentes observados são os que vamos em seguida descrever:

1.^o *Hemorrhagia*.—A hemorrhagia é frequente; mas apenas d'algumas gotas e rarissimas vezes abundante. Diz Guyon que em 500

urethrotomias observou apenas 5 hemorragias abundantes; mas nenhuma d'ellas sufficiente para determinar a morte.

2.º *Infiltração d'urina.*—A infiltração d'urina tem-se observado muito poucas vezes.

O melhor meio de se obstar a este accidente é a introdução d'uma algalia de medio calibre depois de praticada a urethrotomia. A extremidade da algalia deve ficar aberta para que a urina se esgote com facilidade. Nos casos, em que haja hemorragia, e por isso se receie a obstrucção da algalia por coagulos, deve injectar-se de espaço a espaço uma solução de acido borico.

Fazendo a operação com o urethrotomo de Maisonneuve, não se observam as bolsas urethraes como quando se emprega o de Roybard, praticando incisões profundas na parede inferior da urethra.

3.º *Prostatite.*—Tem-se observado esta affecção algumas vezes depois de praticada a urethrotomia interna.

4.º *Infecção purulenta.*—Este accidente muito poucas vezes se nota, e parece antes devido a contagio ou doenças concomitantes do que á ferida urethral.

Hoje esta affecção observa-se poucas vezes por causa do emprego dos meios anti-septicos.

5.º *Accessos febris—Nephrite.*—Algumas vezes manifesta-se febre no terceiro dia depois da operação. É devida a uma exasperação da nephrite que os doentes soffriam antes da ope-

ração. Tem-se observado a nephrite preexistente, sendo a morte determinada pelo progresso das lesões renaes.

Urethrotomia externa

* A urethrotomia externa consiste na incisão da urethra de fóra para dentro.

A origem d'esta operação foi a incisão perineal em botoeira que se fazia quando a urina não podia percorrer o canal.

São dois os processos, que se seguem na pratica d'esta operação, segundo se poder ou não introduzir um conductor na urethra — *urethrotomia externa sobre conductor e urethrotomia externa sem conductor.*

Urethrotomia externa sobre conductor. — Para a pratica d'esta operação introduz-se um catheter canclado na urethra, e faz-se sobre elle uma incisão de quatro ou cinco centímetros, e n'esta extensão dividem-se as partes molles até encontrar a canula do catheter. Feito isto introduz-se a ponta d'um bistouri recto na canula, que serve para dividir o aperto em toda a sua extensão. Faz-se em seguida a hemostase, e substitue-se o catheter por uma algalia permanente.

Urethrotomia externa sem conductor. — Quando é impossivel introduzir o catheter na urethra esta operação é muito mais difficil. O manual operatorio consiste em introduzir uma sonda até o aperto e em seguida fazer uma incisão de tres ou quatro centímetros na linha

mediana até encontrar a extremidade da sonda. Feito isto introduz-se um estilete ou uma sonda canelada de diante para traz para poder cortar o aperto em toda a sua extensão; feita a hemostase introduz-se uma algalia até a bexiga.

Em muitos casos os cirurgiões mais habéis experimentam difficuldades grandes em encontrar a urethra, por isso introduziram modificações na pratica da urethrotomia externa sem conductor.

Estas modificações são urethrotomia externa em dois tempos, urethrotomia externa pelo thermo-cauterio, urethrotomia sub-cutanea, combinação da urethrotomia externa e interna, excisão ou resecção do aperto, formação d'um canal lateral, incisão da região membranosa e catheterismo retrogrado. Descreveremos muito rapidamente estas modificações.

Urethrotomia em dois tempos.—Foi Civiale o primeiro que praticou a urethrotomia externa em dois tempos. No primeiro dia cortava a pelle e callosidades até o aperto e no segundo incitava o canal e collocava a algalia permanente.

Urethrotomia externa pelo thermo-cauterio.—Verneuil, em 1880, fez uma communicação á sociedade de cirurgia, de dous casos de urethrotomia externa praticada com o thermo-cauterio. Affirma Vernuil que no fim de quatro dias a ferida estava coberta de gomos carnudos de bom aspecto, e que a operação é mais facil e mais innocente.

Urethrotomia sub-cutanea.—Teevan fazia

uma urethrotomia sub-cutanea. O processo empregado consistia em introduzir um conductor até o aperto, fazer uma punção no ponto onde se detinha, e por esta introduzir um bistouri recto de lamina estreita, com que dividia o aperto sem augmentar a ferida.

Combinação da urethrotomia interna e externa.—Foi Otis que aconselhou este processo. Consiste em praticar uma abertura perineal, por onde se introduz até a bexiga uma velinha conductora de Maisonneuve, e adaptar a esta o conductor do urethrotomo, para praticar a urethrotomia na parede superior.

Excisão ou resecção do aperto.—Este meio foi aconselhado para a retractilidade do tecido cicatricial não formar novo aperto. Esta operação foi praticada por cirurgiões distinctos, como Bourguet, Voillemier, Labbé, etc. A operação é muito difficil de praticar, sobre tudo quando o aperto tem por séde a região peniana, e ainda porque custa a distinguir o que pertence á urethra ou ao tecido indurecido que se pretende tirar. Voillemier cita um caso em que foi preciso tirar as partes molles em grande extensão, e no fim d'um anno o doente ainda tinha uma ferida de 5 centimetros de comprimento. A operação é perigosa para o doente, e a pretensão de remover a recidiva não é justa, porque, depois da cura, a cicatriz é muito extensa. A recidiva dá-se depois de pouco tempo, e o doente fica a soffrer mais do que antes de ser operado.

Formação d'um canal lateral.—A formação

d'um novo canal tem o inconveniente de não ter a mesma direcção que o natural, e tornar por isso impraticavel um catheterismo ulterior, que pôde ser necessario.

Incisão da região membranosa.—Esta incisão permite a introdução d'uma velinha de traz para diante.

Pôde, por esta incisão, introduzir-se uma algalia até a bexiga e a urina ser evacuada por ella.

Catheterismo retrogrado.—O catheterismo retrogrado é praticado da bexiga para a urethra. Segundo Sedillot, esta operação foi praticada, a primeira vez, por Verguin, no hospital de Toulon, em 1757.

Verguin fez a punção da bexiga no hypogastro, e por essa abertura introduziu o catheter. Sedillot julga que se deve praticar o catheterismo retrogrado, quando n'uma primeira sessão d'urethrotomia externa se não encontra a extremidade posterior do aperto; mas é preciso ter feito préviamente a talha hypogastica.

Follin diz que recorreu a este meio n'um caso d'aperto insondavel, e que a operação foi seguida de cura.

Terminada a operação de urethrotomia externa devemos deixar uma algalia permanente, que será conservada até que a ferida perineal cicatrize completamente.

O accidente que devemos temer mais n'esta operação, é a hemorragia.

Se a laqueação dos vasos não é sufficiente para fazer a hemostase, devemos praticar o tampão da ferida.

Os outros accidentes, que se podem observar, não são exclusivos d'esta operação, mas pertencem a todas as feridas.

Em presença d'um caso d'apertos d'urethra qual é o methodo de tratamento que devemos empregar?

A cauterisação deve ser posta de parte pelas razões que apontamos, quando a descrevemos. O mesmo não pôde dizer-se da galvano-caustica chimica, porque ainda conta defensores, entre os quaes citaremos Gaujot e Le Fort em França e Magalhães no Rio de Janeiro. A galvano-caustica chimica tem dado logar a accidentes graves, e sob o ponto de vista das recahidas não ha um número sufficiente de factos para a poder recommendar.

O catheterismo forçado já não se emprega.

A dilatação rapida conserva como principal defensor Le Fort, que diz empregar este meio com exclusão dos outros, que em sua pratica não teve um insuccesso e que as recahidas foram raras.

Este meio empregado por outros cirurgiões tem dado logar a accidentes mortaes até, e a recahidas em breve lapso de tempo.

A dilatação lenta é o meio de tratamento que hoje tem mais defensores.

A urethrotomia interna foi considerada como um meio de cura radical dos apertos d'urethra, mas infelizmente os factos não confirmaram esta asserção.

Hoje a urethrotomia interna é considerada como o melhor adjuvante no tratamento pela dilatação progressiva.

A urethrotomia externa parece que só em casos excepcionaes deverá ser praticada, porque é uma operação difficil e bastante perigosa.

PROPOSIÇÕES

Anatomia— Existe continuidade entre a fibra muscular e tendinosa.

Physiologia— Os musculos intercostaes não tem funcção bem determinada.

Materia medica— As substancias chamadas abortivas actuam pela sua toxicidade e não por uma acção especial sobre as fibras musculares uterinas.

Pathologia externa— A therapeutica dos apertos d'urethra só poderá ser instituida depois do exame do doente.

Medicina operatoria— Rejeitamos o emprego do chloroformio na pratica da urethrotomia interna.

Partos— O melhor meio de tratamento da eclampsia é operar a deplecção do utero.

Pathologia interna— É por vezes muito difficil ou impossivel o diagnostico entre o cancro do estomago e a ulcera do mesmo orgão.

Anatomia pathologica— A lesão dos apertos inflammatorios da urethra é principalmente sub-mucosa.

Medicina legal— A presença d'hymen nem sempre exclue a possibilidade de gravidez.

Pathologia geral— A agua é o vehiculo do agente da febre typhoide.

Visto,

A. Placido da Costa.

Póde imprimir-se.

O directór,

Visconde de Oliveira.