

7054  
190

*N.º 3.*

APONTAMENTOS

SOBRE

**Difficuldades de Urinar**

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

*Antonio Paes Maia*



107/5 EMC

PORTO

Typographia A. F. Vasconcellos, SUCCESSORES

Rua de Sá Noronha, 51

1902

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

DR. ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*

## Corpo Cathedratico

### Lentes Cathedraticeo

- |                                                                                               |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                | Carlos Alberto de Lima.           |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .                                               | Antonio Placido da Costa.         |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .        | Illydio Ayres Pereira do Valle.   |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                 | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.                                                | Clemente J. dos Santos Pinto.     |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.  |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                 | Antonio d'Oliveira Monteiro.      |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .                                            | Antonio d'Azevedo Maia.           |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .                                         | Roberto B. do Rosario Frias.      |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica. . . . .                                      | Augusto H. d'Almeida Brandão.     |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .                                           | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.    |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.                    | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.   |
| 13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene . . . . .                                                  | João Lopes da S. Martins Junior.  |
| Pharmacia . . . . .                                                                           | Nuno Freire Dias Salgueiro.       |

### Lentes jubilados

- |                            |                                                          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } José d'Andrade Gramaxo.<br>Dr. José Carlos Lopes.      |
| Secção cirurgica . . . . . |                                                          |
|                            | } Pedro Augusto Dias.<br>Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

### Lentes substitutos

- |                            |                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } José Dias d'Almeida Junior.<br>José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| Secção cirurgica . . . . . |                                                                    |
|                            | } Luiz de Freitas Viegas.<br>Vaga.                                 |

### Lente demonstrador

- |                            |       |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica . . . . . | Vaga. |
|----------------------------|-------|

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

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

*A minha esposa*

**A MEUS PAES**

---

A minha madrinha

---

A MINHAS IRMÃS

A MEU CUNHADO

O EX<sup>MO</sup> SNR.

*José Joaquim de Moraes*

---

A MEUS CUNHADOS

E A

MEUS SOBRINHOS

A MEU PADRINHO

O EX.<sup>mo</sup> SNR.

*Dr. José de Mattos Viegas e Lima*

---

**A' MEMORIA**

DO REV.<sup>mo</sup> ABBADE

**Dr. José de Mattos Viegas**

---

AO EMINENTE CLINICO

E

Director da Escola Medica do Porto

JLL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

AO JLL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SNR.

GENERAL

Luciano Rego d'Almeida Cibrão

---

A' MEMORIA

DO

EX.<sup>MO</sup> SNR. CORONEL

FERNANDO RODRIGO DO REGO

---

AOS EX.<sup>mos</sup> SNRS.

*Alberto Hyppolito Pereira d'Araujo*  
*Ernesto José Ribeiro*  
*Eduardo Eugenio Pereira Coelho*  
*José da Cunha Osorio Coutinho Rebello*  
*Marcos Pinto.*

---

**Aos meus amigos**

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

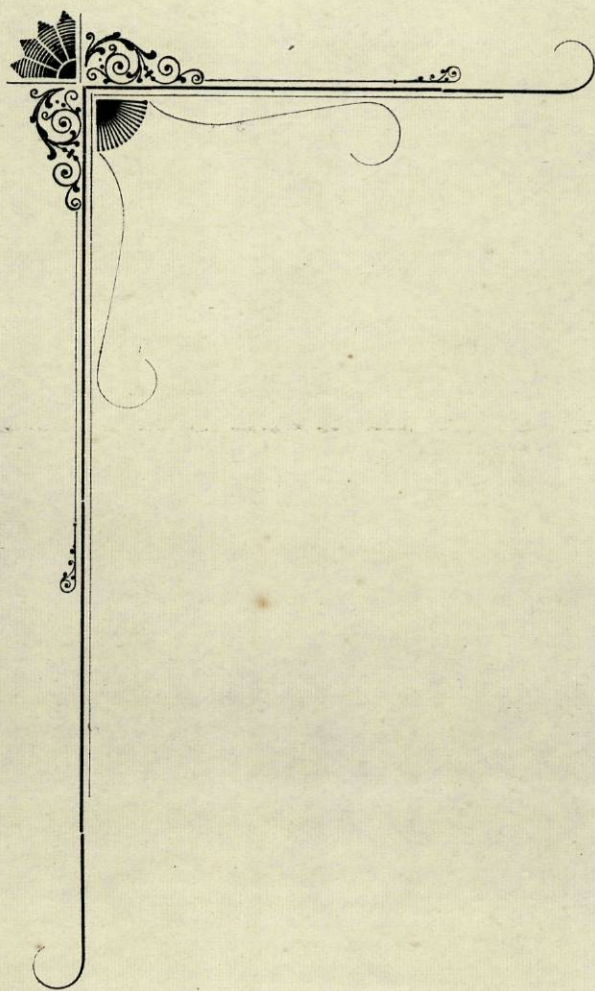
DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Ao meu Dignissimo Presidente

O JLL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Alidio Ayres Pereira do Valle



Somos obrigados por lei a apresentar um trabalho escripto.

Não sabemos quaes as vantagens que possam advir de tal imposição. Quem se sente com forças, não precisa que o obriguem a manifestar a sua intelligencia, o seu saber e as suas faculdades de trabalho. Manifesta-se espontaneamente; ou, se quizerem, obrigado pelas suas proprias forças e não por entidades extranhas.

Não somos o primeiro a manifestar este modo de vêr; alguns medicos o fizeram já, e melhor do que nós, nos seus trabalhos inauguraes.

Mas o facto é que temos de escrever; e, n'estas circumstancias, procuramos tirar algum proveito d'esta imposição da lei. Para isso, e porque nos destinamos ao exercicio da clinica, escolhemos um assumpto que julgamos nos deverá aproveitar mais tarde na pratica: — DIFFICULDADES DE URINAR.

Foi-nos suggerido por uma lição do sabio professor d'esta escola, snr. dr. Roberto Frias, a quem pedimos licença para n'este

logar manifestar o nosso reconhecimento pelo auxilio que se dignou prestar-nos.

Esta lição fez-nos pensar nos embaraços, em que muitas vezes se deve encontrar o clinico; embaraços estes que só a muita pratica faz desaparecer, visto que a maior parte dos auctores, se não todos, não lhes fazem referencias por as considerarem desnecessarias.

Compreende-se que assim seja, quando se trate de clinicos experimentados, com larga e proveitosa pratica; porém, para quem se inicia na clinica, é de toda a conveniencia, para não dizer indispensavel, conhecer e saber resolver estes embaraços.

E' em razão d'estas considerações que nos propomos registrar, como *apontamentos para uso proprio*, algumas notas colhidas dos nossos professores e d'alguns livros, e applicaveis ao caso de DIFFICULDADES DE URINAR.

E attendendo ainda á insignificancia do tempo de que podémos dispor, esperamos merecer a benevolencia do nosso illustre Jury.

## Primeira Parte

---

### I

#### Considerações geraes

Cumpre, em primeiro logar, esclarecer o que entendemos por *difficultades de urinar*. Não as consideramos como uma entidade morbida, nem tão pouco o podiamos fazer; mas, simplesmente, como um symptoma commum a varias entidades morbidas, taes como:— *cystites, tumores vesicaes e extra-vesicaes, prostatites, hypertrophia da prostata, urethrites*— especialmente a *blennorrhagica*—, *apertos, corpos extranhos na bexiga e urethra, phymosis, certas doencas nervosas, etc.*

Não entramos na descripção detalhada d'estas doencas, pois cada uma d'ellas daria, em separado, para um trabalho volumoso e desnecessario para o caso presente, visto que

varios auctores as descrevem muito larga e proficientemente, o que não poderíamos fazer.

E' o symptoma que nós interessa; e este ainda debaixo d'um ponto de vista especial. Em face, d'um doente, que se nos apresenta com *difficuldade de urinar*, como deveremos proceder?

\*

E' claro que o primeiro ponto a resolver deverá ser sempre—averiguar a causa—. O tratamento anti-causal é hoje acceito por todos como sendo o unico racional, pois que ninguém repudia o principio—*sublata causa, tollitur effectus*.

Não queremos dizer com isto que não se dêem circumstancias, em que se é obrigado a lançar mão do tratamento symptomatico; os exemplos são numerosos e bem conhecidos, o que nos dispensa de os enumerar n'este logar, em que, verdadeiramente, não têm cabimento.

Averiguada a causa, procura-se removê-la, como se faz em todas as doenças, se o estado actual da sciencia nos fornece os meios precisos. Não se podendo remover a causa, trataremos de combater o symptoma ou os symptomas que mais perigo offerecem para o doente, o que, no caso sujeito, é a *difficuldade de urinar*.

Como a maior parte d'estas difficuldades apparece, geralmente, em certos periodos da vida, fallaremos de cada uma segundo ella é peculiar á *infancia*, *virilidade*, ou á *velhice*, reservando-nos para fallar por ultimo d'aquellas, que se apresentam nas differentes edades.

Antes d'isso, porém, diremos alguma cousa a respeito do catheterismo, visto ser este o meio de que mais vezes teremos de nos servir no tratamento das doenças, que se manifestam por *difficuldade de urinar*.

II

**Catheterismo**

Podemos definir o catheterismo da seguinte fórma:— a introdução, na urethra, de instrumentos apropriados, com fim therapeutico ou semeologico.

N'esta definição fica abrangido o catheterismo explorador; e, ao mesmo tempo, a introdução d'um feixe de velas filiformes,— meio de que algumas vezes teremos de nos servir para conseguir ultrapassar um aperto excêntrico.

\*

Os instrumentos empregados no catheterismo são:— *sondas* ou *algalias*, *cathéteres* e *velas*.

Reserva-se o nome de **SONDAS** aos instrumentos ôcos, destinados a evacuar e a lavar a

bexiga. Podem ser rígidas — taes são as metálicas —, semirígidas e molles — taes são as de gomme elastica, as de cautchouc vulcanizado, etc. —; notando que as ultimas, semirígidas e molles, podem tornar-se rígidas pela applicação do mandril de ferro de Guyon.

Quaes d'estas sondas são as preferiveis? Decerto as duas ultimas; com ellas não nos sujeitamos a produzir os chamados falsos caminhos, que, muitas vezes, originam complicações muito graves.

Basta recordar, que um falso caminho constitue uma affecção a mais n'um orgão já de si doente, para se reconhecer a necessidade de evitar, tanto quanto possivel, a producção d'este incidente.

Mas será possivel pôr completamente de parte as sondas rígidas? Decerto não. Em muitos casos acontece não se conseguir fazer o catheterismo senão com as sondas rígidas, ou com as semi-rígidas e molles tornadas rígidas pela adjuncção do mandril de ferro.

Nos velhos, em que a prostata augmentada de volume produz uma grande incurvação da urethra, é preciso empregar uma sonda rígida, e esta de grande curvatura, pois d'outra fórma não se consegue a maior parte das vezes attingir a bexiga. N'uma urethra, cujas paredes apresentam irregularidades, a sonda molle encontra a cada passo obstaculos, que não con-

segue vencer em virtude da sua fraca consistencia.

Comtudo, parece poder-se estabelecer como regra que — o emprego das sondas rigidias se deve limitar aos casos em que é impossivel a applicação das sondas semi-rigidias e molles.

As varias sondas, de que se faz uso, differem entre si pela sua fórma. Entre as metallicas, ha-as com pequena curvatura — especialmente as applicadas á urethra da mulher —; de grande curvatura — tal é a sonda de Gely —; e ainda a sonda em moleta — constituida por duas porções rectas que se reúnem formando um angulo obtuso, cujo vertice dista dezoito millimetros do bico da sonda, tal é a de Mercier. Todas têm as suas applicações, como veremos mais adeante.

Todas ellas, sondas rigidias, semi-rigidias e molles, podem ser *cylindricas*, *conicas* e *olivares*.

D'uma maneira geral póde dizer-se que todas estas fórmas são susceptiveis de se applicar nas mesmas condições. Comtudo, as conicas têm vantagem n'alguns casos de difficuldade á introducção da sonda, e isto comprehende-se. O bico da sonda penetra mais facilmente n'um aperto da urethra, em virtude do seu pequeno diametro; o restante da sonda segue esta parte mais afilada, que, por assim dizer, faz as vezes de velinha conductora.

As olivares, além de se prestarem ás mesmas applicações das outras fórmás, servem ao mesmo tempo para explorar com uma certa precisão a séde, a extensão e o numero dos apertos.

As cylindricas (molles) são as que melhor se prestam para estabelecer a chamada sonda permanente.

A proposito d'estas ultimas deveremos accrescentar, que já se fabricam e existem no mercado sondas apropriadas a este fim, e que dispensam fios e outros artificios usados para conservar a sonda permanente *in situ*; mencionaremos as de Paget e de Pezzer, que têm um disco molle na extremidade, e a de Malecot com uma especie de azas tambem na extremidade, sendo por meio d'este disco e azas, alargando-se na bexiga, que a sonda fica immovel na urethra.

São de grande commodidade estas sondas; e, se não estão muito vulgarisadas, é decerto devido ao seu preço elevado.

Devemos ainda mencionar as sondas de dupla corrente, applicadas por alguns na lavagem da bexiga.

Para terminar estas breves considerações ácerca das sondas, accrescentaremos que todas ellas são graduadas no seu calibre. Para este fim ha diversas feiras das quaes a mais vulgarisada entre nós é a de Charrière.

\*

Apezar de ser racional que a todo o instrumento empregado no catheterismo se dêsse o nome de cathéter, é esta denominação reservada a um numero muito restricto d'instrumentos.

São os cathéteres instrumentos rigidos, maciços e tendo uma curvatura sensivelmente egual á que a urethra apresenta normalmente. São empregados sómente como conductores.

Os applicados na urethrotomia interna (urethrotomo de Maisonneuve) são munidos, do lado concavo, d'uma canneladura destinada a conduzir a faca triangular.

N'alguns cathéteres a canneladura é aberta do lado convexo, e n'outros não existe canneladura; taes são os usados na urethrotomia externa, talha perineal, etc.

Por isto se vê que, na verdade, é bem restricto o numero e as applicações dos chamados *cathéteres*.

\*

As velas são instrumentos de catheterismo, que differem das sondas ou algalias por serem maciças, e dos cathéteres pela ausencia constante de canneladura. Mas a principal differença está no fim a que são destinadas. Emquanto que as sondas se destinam especial-

mente á evacuação e lavagem da bexiga e os cathéres têm uma applicação muito restricta, como acabamos de vêr, as velas são especialmente destinadas a produzir a dilatação da urethra, a praticar o catheterismo explorador, servindo ainda de conductor ás sondas, aos cathéres ou a outras velas.

O que fica dito, a proposito das sondas, relativamente ao material de construcção e variedade de fórmãs, podemos applical-o ás velas. Assim:—estas podem ser metallicas, tal é a vela Beniqué e suas modificações; semi-rigidas, feitas com gomma elastica, barba de baleia, etc.

A vela Beniqué primitiva não tem conductor; isto é, a vela semi-rigida, de diametro muito pequeno, terminando por uma extremidade filiforme e adaptando-se pela outra extremidade á vela metallica por meio de parafuso.

Guyon modificou-a, accrescentando-lhe este conductor. Bazzi, vendo que o conductor servia algumas vezes de embaraço, dobrando-se dentro da urethra, modificou-a por sua vez applicando um conductor mais curto. O professor, snr. dr. Roberto Frias, vendo ainda que tambem este conductor pôde produzir os mesmos embaraços, applica á vela Beniqué uma oliva metallica, em substituição a qualquer vela conductora.

Da mesma maneira que as sondas, as velas podem ser *cylindricas*, *conicas* e *olivares*. Estas ultimas são d'uma grande commodidade para a exploração dos apertos, sua localisação, fórma e numero. Póde dizer-se que, para fazer uma boa exploração da urethra, é preciso empregar a vela olivar.

Diz, e muito bem, o professor snr. dr. Roberto Frias:—o *catheterismo* é o *dedo do cirurgião prolongado até á bexiga*.—Pois bem; o instrumento que melhor se presta a preencher as funcções do dedo, pela delicadeza das impressões que transmite, é sem duvida alguma a vela olivar.

\*

\*

\*

Feita a rapida enumeração do apparelho instrumental, vejamos agora succintamente as variedades de catheterismo, e algumas das regras que é preciso ter sempre presentes.

Em primeiro logar, o catheterismo póde ser *directo* e *retrogrado*. Directo, quando é feito, como em geral, do meato para a bexiga; retrogrado, quando em sentido contrario, isto é, da bexiga para o meato.

Este ultimo tem logar, especialmente, nos casos de traumatismos produzindo a secção completa da urethra. N'estas circumstancias é, muitas vezes, muito difficil, se não impossi-

vel, encontrar o topo central da urethra, o que traz como consequencia a necessidade de introduzir a sonda pela bexiga, visto a impossibilidade de praticar o catheterismo directo.

Emquanto ao fim, póde este ser *semeologico* ou *therapeutico*. No primeiro caso está o catheterismo EXPLORADOR que, como o nome indica, se pratica com o fim de conhecer o estado do canal da urethra, se ha irregularidades, apertos, sua séde, numero, etc.; é ainda do catheterismo explorador que nos servimos, quando queremos certificar-nos da presença ou ausencia de corpos extranhos na bexiga.

No segundo caso estão:—o CATHETERISMO EVACUADOR, CATHETERISMO DILATADOR, catheterismo na lithotricia, na urethrotomia e em varias outras operações. Pertence ainda a este grupo o catheterismo para lavagens e desinfecções da bexiga.

Emquanto á duração ou permanencia do instrumento no canal da urethra, póde ainda o catheterismo ser PROVISORIO, TEMPORARIO ou PERMANENTE. Como exemplos do primeiro, podemos citar o que se pratica para a lavagem da bexiga, para a dilatação da urethra, para esvasiamento da bexiga, etc.; do segundo, o que se pratica em seguida á urethrotomia interna, em que a sonda permanece na urethra durante 24 a 48 horas; do terceiro, o exemplo mais frisante é o catheterismo nos prosta-

ticos chegados ao ultimo periodo da sua doença, nos quaes a sonda permanece indefinidamente.

N'este ultimo caso está tambem o catheterismo apoz a urethrotomia externa, em que a sonda permanece até que as paredes da urethra se refaçam por completo. Emfim são varias as circumstancias em que é preciso estabelecer a SONDA PERMANENTE.

\*

A um individuo, portador de dificuldade de urinar, deve-se fazer immediatamente o catheterismo? Por outros termos: — o diagnostico de uma dificuldade de urinar deve ser iniciado por meio de catheterismo? Não.

O catheterismo deve ser reservado para confirmar ou modificar o diagnostico já feito por outros meios, diagnostico que, em todo o caso, é apenas provisorio.

Para o estabelecer é preciso, em primeiro logar, proceder ao interrogatorio e ao exame externo do doente, como, de resto, se procede em qualquer investigação semeologica. E' preciso conhecer os anamnesticos, a maneira como se declarou a dificuldade, o modo de urinar, etc., etc., e só depois de fazer o toque rectal, virá o catheterismo transformar o diagnostico provisorio em definitivo.

Na pratica do catheterismo cumpre esta-

belecer bem o seguinte:—Deve-se usar de força ou proceder com brandura? Ou é indifferente proceder d'uma ou d'outra fórma? Estamos convencidos, pelos motivos que a seguir vamos expôr, de que se deve usar sempre do methodo de doçura ou brandura, pondo completamente de parte todo o emprego de força.

Em primeiro logar, corre-se grande risco de produzir *falsos caminhos*, o que succede muito frequentes vezes, usando-se de instrumentos rigidos. Depois, o emprego da força póde dar-nos, em resultado, a producção ou aggravamento dos apertos spasmodicos.

Por outro lado dispomos de artificios que nos permittem, muitas vezes, vencer o obstaculo sem o emprego arriscado da força. Assim:

Applicando o bico do instrumento, sonda ou vela, contra o obstaculo durante dois, um e, por vezes até, meio minuto, e fazendo sempre uma ligeira pressão, o obstaculo é muitas vezes vencido subitamente, o que se conhece facilmente pelo modo rapido e, por assim dizer, livre como o instrumento progride para a bexiga. E' a esta pratica que se deu o nome de CATHETERISMO APOIADO. Não está bem estabelecida a explicação d'este phenomeno; parece, comtudo, que se dá uma paralyzação dos filetes nervosos, trazendo como consequencia o desapparecimento do spasma, causa unica do obstaculo. Seja como fôr, o que importa é

o facto:—vence-se o obstaculo, e consegue-se praticar o catheterismo.

Podemos ainda proceder d'outra fórma. Não se consegue fazer o catheterismo pelo methodo de brandura; pois bem, não se insiste na occasião, e addia-se para nova sessão, passadas duas ou tres horas, e n'este intervallo faz-se tomar ao doente um semicupio bastante prolongado.

N'estas condições, desaparece, a maior parte das vezes, o obstaculo; e na nova sessão o catheterismo é feito sem a menor difficuldade.

Em casos de orificio excentrico, isto é, nos apertos, cujo orificio se encontra fóra do eixo do canal urethral, obtem-se, muitas vezes, resultado, introduzindo um feixe de velas filiformes. De todas ellas, facilmente, póde acontecer que uma ou outra se colloque em correspondencia com o orificio. Reconhece-se este facto premindo contra o obstaculo todo o feixe, e deixando-o depois livre. D'esta fórma, as velas que não attingiram o orificio recuam, ao passo que aquella ou aquellas, que o attingiram, se conservam no logar em que a mão as deixou. Fica assim vencido o obstaculo; retiradas todas as velas que recuaram, basta adaptar o instrumento, de que desejamos servir-nos, áquella que attingiu o orificio, e que, d'esta fórma, servirá de vela conductora.

Ha ainda outros meios de que nos podemos servir, e que, por vezes, nos permitem praticar o catheterismo sem o emprego de força. Assim, podemos ainda vencer um aperto excentrico servindo-nos da *sonda em bayoneta*. Esta sonda, pela fórma especial de sua extremidade, em cotovello, distende a urethra e torna mais facil o accesso ao orificio.

Dá tambem muitas vezes resultado introduzir a sonda até ao aperto, e exhortar o doente a que empregue os esforços para urinar; precisamente no momento da sahida d'uma gotta d'urina tenta-se introduzir a sonda ou vela, e, por vezes, consegue-se. Não se sabe bem a explicação a dar-lhe, mas o facto dá-se, e isto é o que importa.

Consegue-se tambem praticar o catheterismo por um outro processo, fundado no principio de Paschal; consiste no seguinte:—introduz-se na urethra, até chegar ao aperto, uma sonda aberta nas suas duas extremidades (para isso basta cortar o bico a uma sonda ordinaria); por meio d'um tubo que se adapta á sonda por uma extremidade e pela outra a um irrigador collocado á altura d'alguns metros, faz-se descer a agua contida no irrigador para o interior da sonda. Uma vez chegada alli, exerce forte pressão sobre o aperto e as paredes da urethra, o que tudo leva á dilatação do aperto, visto que a dilatação do canal da ure-

thra arrasta comsigo a dilatação do aperto, auxiliando d'esta fórma a cação directa da agua sobre o aperto. São, como se vê, dois os factores da dilatação:—um directo (pressão do liquido contra o aperto), e outro indirecto (pressão do liquido contra as paredes da urethra).

\*

Quando se consiga introduzir na urethra uma vela filiforme, é sempre possível fazer a dilatação; o que póde acontecer é não ser esta dilatação sufficiente quanto é preciso. E isto vê-se bem pelo seguinte facto que é realmente curioso:—introduzida uma vela filiforme, por exemplo, n'uma urethra apertada, póde-se deixar em permanencia sem que impeça a micção, pelo contrario, facilitando-a; a urina escôa-se mais facilmente pela superficie da vela. Mas ha mais; no fim de vinte e quatro horas, em vez da vela filiforme póde já introduzir-se uma outra de numero relativamente elevado — 6, 8 e ás vezes até n.º 10.

Não é facil de conhecer o mecanismo d'estes factos, tanto mais que não se trata de apertos spasmodicos, mas sim de apertos organicos, fibrosos. Em todo o caso, póde ser que se trate d'uma modificação histo-chimica, em virtude da qual se dê um amollecimento das paredes da urethra, permittindo assim o catheterismo com uma vela de maior diametro. Mas,

é forçoso confessal-o, não se sabe verdadeiramente o que se dá.

\*

Em vista de todos estes artificios de que podemos lançar mão para conseguir praticar o catheterismo, e, por outro lado, attentando nos perigos a que expõe o emprego da força, parece fóra de duvida que se deve proceder sempre, no catheterismo, pelo methodo de DOÇURA ou BRANDURA.

\*

Por qualquer das fórmãs que se proceda, é sempre de toda a conveniencia, estabelecido mesmo como lei, proceder préviamente á lavagem e desinfecção da urethra, para o que serve muito bem o soluto de acido borico a quatro por cento. E' verdade que este soluto tem fraco poder antiseptico; mas tambem é certo que é elle o menos irritante de todos os antisepticos, propriedade esta que não é para desprezar no caso sujeito, em que a irritação póde produzir sérios embaraços.

Effectuada a desinfecção, deve-se injectar na urethra um liquido oleoso, previamente esterilizado. Lubrifica-se assim a mucosa urethral, o que evita muitas difficuldades que, sem esta precaução, não deixariam de vir complicar o catheterismo. Por vezes, porém, bastará lubri-

ficar o instrumento com vaselina ou outro corpo gorduroso.

E' só depois d'estes preliminares que se deve proceder ao catheterismo que, em bôa therapeutica, é sempre possível, como muito bem diz o professor snr. dr. Roberto Frias. De facto, comprehende-se que assim seja; nunca é tão grande o aperto que não deixe passar uma gotta d'urina; ora, por onde passa essa gotta, deve forçosamente poder passar uma vela filiforme. A difficuldade maior está em encontrar o orificio do aperto.

Finalmente, convém não esquecer que nem todas as sondas ou velas servem para um determinado caso; torna-se preciso fazer a escolha, como veremos a proposito de cada uma das difficuldades de urinar, de que nos vamos occupar.

## Segunda Parte

---

### I

#### Infancia

Segundo o plano traçado no começo d'esta dissertação, cabe agora a vez de fallar das difficuldades de urinar, que mais especialmente affectam as primeiras edades.

Pondo de parte as monstruosidades e occupando-nos sómente das creanças viaveis, referir-nos-hemos em primeiro logar ás difficuldades de urinar que apparecem durante o espaço de quarenta e oito horas, decorrido desde o nascimento.

\*

A que attribuir estas difficuldades? A distocia é inquestionavelmente uma das causas, ainda que não muito frequente. A má apresentação do feto origina, muitissimas vezes, com-

pressões e até mesmo contusões, que nada têm de innocentes para o feto. Estas compressões e contusões podem muito bem ter logar no perineo, o que succede especialmente nas apresentações de pelve, e d'esta fórma ser attingida a urethra cuja irritação se traduz por difficuldade de urinar e outros symptomas. Em casos de aperto de bacia e n'outros ainda, em que o perineo seja premido contra um plano resistente—os ossos da bacia—, o feto está ainda mais exposto a estes accidentes.

Como proceder n'estas circumstancias? E' bem simples; está indicada a applicação de emollientes, como sejam as fomentações acompanhadas ou não de ligeiras fricções, e o uso de linimentos.

O catheterismo não tem indicação n'este caso; mais do que isso, elle é contra-indicado. Trata-se d'um aperto inflammatorio que o catheterismo aggrava, ao contrario do que nós temos em vista.

\*

Averiguada a não existencia d'esta causa, voltaremos a nossa attenção para o prepucio. Póde dar-se o caso de ser a creança portadora d'uma phymosis mais ou menos apertada, mas sufficiente para lhe perturbar a micção.

Reconhecida esta causa, o que não offerece difficuldades, resta traçar a linha de conducta

a seguir. A' primeira vista parece não haver logar para hesitações: tratar de intervir cirurgicamente, praticando a operação da circuncisão. Não é, porém, assim que se deve proceder.

E' bem sabido que, nas creanças, a menor perda de sangue traz muitas vezes consequências graves; razão bastante para nos abstermos da intervenção, ou, pelo menos, para a addiarmos para epocha mais propicia, que offereça menos perigos.

Não queremos dizer com isto que não se intervenha em caso d'urgencia; deve-se então intervir, mas só n'este caso e não sendo indicada a punção da bexiga.

Mas é preciso fazer alguma coisa, porque a creança, póde-se dizer, não urina; e mais tarde póde dar-se, como veremos, a oclusão completa do prepucio, o que devemos evitar. Para isso servimos-nos d'um filamento rigido, filiforme se fôr preciso, e vamos augmentando gradualmente a sua espessura até obter uma abertura prepucial sufficiente para permittir que a micção se effectue tão facilmente quanto possivel. Procedendo assim, obtem-se resultado todas as vêzes que haja uma abertura, ainda que minima.

Quando a oclusão do prepucio seja completa, não ha que esperar; é necessaria a intervenção sangrenta.

Mas por que meio? Pela circuncisão? Não é preciso tanto. Uma simples incisão longitudinal dorsal é o sufficiente, visto tratar-se de creanças.

O resultado ulterior nada deixa a desejar, pois, ao contrario do que succede no adulto, o prepucio retoma, passado algum tempo, a sua fórma circular sem mesmo deixar vestigios da intervenção.

\*

Abandonadas a si mesmas, estas phymosis podem, n'uma idade mais avançada da creança, tornar-se completas, isto é, produzir-se a oclusão completa do prepucio, como já fica dito. N'estas circumstancias a gravidade é maior, porque ou já existe ou não tarda a declarar-se o estado de intoxicação. A creança apresenta um aspecto caracteristico:—côr terrosa, olhos azulados e mortifcos, pelle fria, ventre proeminente, e dando, á percussão, som maciço desde o pubis até ao umbigo, emfim, todos os signaes d'uma auto-intoxicação pela urina.

A intervenção n'estes casos é d'urgencia, e já não offerece tanto perigo como nos primeiros dias da vida da creança.

E' sufficiente a simples incisão dorsal do prepucio, como fica dito, e pelas razões tambem já apontadas. O estado geral melhora, e

tende a voltar ao normal pela sahida livre da urina, principal vehiculo dos productos toxicos.

\*

Não é muito raro encontrar, em creanças, corrimentos que originam apertos na urethra, e, ás vezes, adherencia do prepucio á glande. D'estes corrimentos, uns são vulgares nas creanças e d'origem talvez constitucional, pois não são bem conhecidas as suas causas; outros são adquiridos na passagem do feto pela vagina, da mesma fórma que as ophtalmias purulentas dos recém-nascidos.

Pelo que se vê, estes apertos são constituídos por tecido de cicatriz, da mesma maneira que a adherencia do prepucio á glande.

O que importa, pois, é destruir estas adherencias, quando existem, e evitar que se estabeleçam de novo, para o que bastará interpôr uma tira de gaze antiseptica que se renovará como em qualquer penso. Relativamente aos apertos, o que decerto convém mais é fazer a dilatação progressiva; por esta fórma evita-se perdas de sangue. Mas, em regra, é-lhes applicavel o *tratamento dos apertos*, de que fallaremos a propósito da virilidade.

\*

Outras causas ha ainda a mencionar, entre as quaes os traumatismos e a presença de cor-

pos extranhos na urethra, taes como fragmentos de calculos destacados da bexiga e outros corpos. Fallaremos d'estas causas mais adiante, no capitulo destinado ás difficuldades d'urinar, que não são peculiares a qualquer dos periodos da vida.

## II

### Virilidade

N'este largo periodo da existencia são muito frequentes as difficuldades de urinar, tendo por origem variadissimas causas.

As de maior frequencia e importancia são, em primeiro logar, os *apertos urethraes* de todas as especies; veem a seguir a *phymosis*, os *traumatismos*, *myelites* e ainda varias outras.

Porém, nem todas estas difficuldades são peculiares a esta epocha da vida e, por este motivo, fallaremos apenas d'algumas n'este logar. Queremos referir-nos aos apertos e á *phymosis*, notando todavia que não devem ser consideradas como causas exclusivas n'esta idade, mas sómente peculiares, o que é bem differente.

Seguindo a ordem de maior interesse que offerecem estas duas causas, começaremos pelos apertos.

## 1.º Apertos

Os apertos, a maior parte das vezes, reconhecem como causa as blennorrhagias; podem, contudo, ser devidos a varias outras causas, que, em todo o caso, são muito menos frequentes.

Estão n'este ultimo caso os traumatismos, doenças da medulla, substancias causticas e ainda algumas outras.

\*

A primeira divisão que se deve fazer nos apertos é em: — *spasmodicos*, ou *actuaes*, e *organicos*, *cicatriciaes* ou *antigos*. Os primeiros são sempre recentes, são verdadeiros spasmos de origem nervosa ou irritativa. Os segundos são de formação antiga, e tem uma constituição propria — tecido organizado, cicatricial.

Os apertos são ainda susceptiveis d'outras divisões, assim: — podem ser *concentricos* e *excentricos*, segundo que o seu orificio coincide com o eixo do canal urethral, ou se encontra afastado para as paredes da urethra; podem ser UNICOS ou MULTIPLOS; podem apresentar um só ou muitos orificios.

Convem ter sempre bem presentes todas estas variedades, porque o seu conhecimento tem grande importancia, especialmente para a escolha do modo de proceder.

\*

E' por meio do catheterismo que com maior facilidade e segurança se consegue estabelecer o diagnostico. Mas, como fica dito n'outra parte, não é o catheterismo o meio de que nos devemos servir antes de mais nada. Deve elle ser reservado para a confirmação ou modificação do diagnostico, devendo nós, por isso, procurar estabelecê-lo por outros meios.

Os commemorativos prestam valiosos elementos; assim: — O doente teve n'uma epocha mais ou menos afastada, decorridos oito, dez ou mesmo vinte annos, uma blennorrhagia, que curou, segundo elle affirma; porém, passado certo tempo, notou que o jacto da urina se tornava successivamente mais fino. Diz ainda que não dera a este facto grande importancia por não sentir incommodo algum; comtudo, o jacto de urina continuava a tornar-se cada vez mais fino até que, supponhamos, na occasião da consulta só pôde urinar ás gottas.

N'estas condições pôde-se dizer que não resta duvida de que se tracta d'um *aperto organico* d'origem blennorrhagica, como quasi todos.

Se, pelo contrario, o doente nos affirmava que urinava bem, e que foi d'um momento para outro que a micção se lhe tornou impossivel ou quasi impossivel, pode-se muito bem pen-

sar n'um *aperto spasmodico*, o que será ainda corroborado, se o doente fôr portador d'um corrimento.

Ainda quando o doente seja portador d'estas duas especies d'apertos, podemos estabelecer a parte que compete a cada um; assim:— a micção em *jacto fino* pertence ao aperto organico, antigo; a suspensão rapida e instantanea da micção pertence ao aperto spasmodico. Estes dados são tanto mais seguros, quanto é certo que os apertos organicos se estabelecem sempre gradual e lentamente, ao contrario do que succede com os apertos spasmodicos.

Pela inspecção, palpação e toque rectal se poderá averiguar da presença ou auzencia de *phymosis*, de traumatismos, de tumores exercendo compressão sobre a *urethra*, etc.

\*

Feito isto, recorreremos ao catheterismo, que, além de confirmar a existencia do aperto, é o unico meio seguro de que dispomos para conhecer o seu numero, a sua séde e a sua fórma.

Por elle veremos que é raro existir um só, sendo geralmente em numero de dois, dos quaes um situado ao nivel do ligamento de *Carcassone* e o outro perto do bolbo da *urethra*.

Por elle verificaremos se o aperto é excêntrico ou concentrico (se o seu orificio se afasta do eixo do canal da urethra ou se coincide com elle).

Por elle verificaremos ainda se o aperto é UNIFORME, isto é, apresentando egual calibre em toda a sua extensão; se o calibre augmenta ou diminue gradualmente d'um dos seus extremos ao outro, isto é, se é UNIFORMEMENTE VARIADO; e, finalmente, se apresenta alargamentos e estreitamentos no seu calibre, isto é, se elle é MONILIFORME.

Accrescentaremos que é só o catheterismo que nos dá a medida exacta do grau do aperto.

Por tudo isto se vê a grande importancia do *catheterismo* explorador, unico meio seguro para estabelecer um bom diagnostico.

Para a exploração da urethra podemos servir-nos de sondas ou velas, mas os instrumentos apropriados a este fim são as VELAS OLIVARES. E' com estas velas que facilmente conheceremos a extensão do aperto, isto é, onde começa e onde termina o aperto; começa onde o instrumento nos dá a sensação de resistencia, e termina onde a passagem da oliva revela a cessação d'esta resistencia.

Havendo mais de um aperto, ou sendo este moniliforme, muito difficilmente se poderão conhecer estas particularidades com instrumentos que não sejam olivares.

Teem ainda outras vantagens estes instrumentos; fornecem a contraprova ao retirar-se, reproduzindo em ordem inversa as mesmas sensações que forneceram ao entrar.

E' conveniente começar sempre pelos numeros inferiores para evitar a producção de spasmos, por irritação da mucosa. Nada se perde se houver necessidade de empregar um numero mais elevado, porque estamos sempre a tempo de o fazer.

\*

O tratamento differe muito, segundo se tracta de apertos spasmodicos ou de apertos organicos. Ainda mais: o tratamento d'uns é contra-indicado para os outros.

Os spasmodicos, por isso que revelam geralmente um estado inflammatorio, serão beneficiados com applicações emollientes, semicupios, belladona e ainda diureticos. A acção d'estes ultimos é indirecta; actuam diluindo a urina, tornando-a por isso menos irritante. Teem as suas indicações, principalmente nos casos de blennorrhagia, que, muitas vezes, é avivada pela urina concentrada.

O *catheterismo* apoiado, sendo bem feito, póde algumas vezes prestar serviços. Applicando o bico da sonda contra o aperto, e exercendo uma pressão suave e continua, não é raro vencer-se o aperto, progredindo subitamente a sonda para a bexiga.

\*

Bem differente tem de ser o tratamento dos *apertos organicos*, que demandam sempre uma intervenção cirurgica.

A *dilatação progressiva*, a *urethrotomia interna*, a *electrolyse* e a *urethrotomia externa* constituem, d'uma maneira geral, os meios de tratamento d'estes apertos.

### Dilatação progressiva

Consiste em introduzir na urethra velas de diametro successivamente maior, até produzir uma dilatação sufficiente para permittir a passagem livre da urina.

A maior difficuldade está, geralmente, em fazer o primeiro catheterismo, que é muitas vezes laborioso, não se conseguindo por vezes. Taes são os casos de apertos excentricos, e d'aquelles em que o orificio está reduzido ao minimo, não fallando já dos spasmos que muitas vezes sobreveem por motivo das tentativas reiteradas de catheterismo.

Servir-nos-hemos n'estes casos dos artificios de que já fallamos: — emprego da sonda em bayoneta, introdução de um feixe de velas filiformes, applicação do principio de Paschal, exhortar o doente a urinar, e aproveitar o momento da sahida d'uma gotta d'urina para

tentar o catheterismo; e ainda o catheterismo apoiado.

Desde que se consiga introduzir uma vela, ainda que filiforme, esta ficará *in situ* até ao dia seguinte, em que será substituída por outra. Parece um contra-senso, visto que, sendo já penosa a micção por motivo do aperto, mais penosa ficará ainda com o orificio do aperto obturado pela sonda. Mas não é assim que as cousas se passam; a micção faz-se ainda com maior facilidade, e, no dia seguinte, já o aperto admite uma vela de maior diametro, n.º 6 e até n.º 10, como já vimos n'outra parte.

Obtido este resultado, nada se oppõe a que se inicie a dilatação progressiva.

Tomadas as devidas precauções de anti-sepsia, para o que bastará injectar soluto borico a 4 por cento, e lubrificada a mucosa urethral, começaremos por introduzir uma vela olivar de pequena espessura, n.º 5 ou 6 por exemplo. Retira-se esta e introduz-se a de n.º immediato e assim successivamente, tendo o cuidado de não fazer saltos, isto é, passar algum n.º em claro, para evitar os spasmos.

Faz-se d'esta fórma uma serie de catheterismos *n'uma sessão*, que deve terminar logo que se sinta uma pequena resistencia á sahida da vela. Esta resistencia dá uma sensação muito nitida; atraz da oliva forma-se um principio de spasma, difficultando-lhe a sahida.

Desde este momento não se deve insistir, porque não se faz mais do que aggravar, augmentando o spasma.

Passadas 48 horas recomeça-se o catheterismo, fazendo nova sessão na mesma fórma da primeira.

Ao contrario do que á primeira vista parece, não se deve começar pela ultima vela da sessão anterior. E' preciso contar com a retracção do aperto durante as 48 horas que esteve em descanso, pois sabemos quanto é retractil o tecido cicatricial. E', pois, necessario começar por uma vela de n.º inferior, sendo sufficiente 2 n.ºs abaixo do ultimo empregado.

Seguir-se-ha sempre as regras indicadas para a primeira sessão, e observar-se-ha o intervallo de 48 horas entre as diversas sessões.

D'esta fórma obtem-se uma dilatação muitas vezes sufficiente para que a micção se dê livremente, sem o emprego de força cujos effeitos seriam contra-producentes.

Não é indifferente empregar velas rigidas ou semi-rigidas; deve-se começar por estas ultimas, olivares, até attingir o n.º 20 da fieira Charrière, continuando, d'ahi por deante, a dilatação com as velas rigidas. Com as velas Beniqué, como com todos os instrumentos rigidos, é muito facil praticar falsos caminhos; para o evitar tanto quanto possivel, conduz-se o catheterismo de fórma que o bico da vela

siga encostado á parede superior da urethra, isto depois que se transpôz a valvula de Guerin.

Os beneficios do catheterismo, feito pela fórma que fica indicada, não se limitam á dilatação do aperto.

Ha geralmente um corrimento proveniente de urethrite, que não é de natureza blennorrhagica. Pois bem; este corrimento desaparece com o aperto, devido, em parte ás lavagens anti-septicas, e em parte ao escoamento rapido da urina que varre, por assim dizer, a urethra.

\*

Pelo que fica dito se vê que a dilatação progressiva é um tratamento brando, parecendo mesmo dispensar todas as precauções. Contudo tem-se dado accidentes que cumpre evitar.

Para isso, só se deve fazer o catheterismo estando o doente deitado n'uma cama, com os membros inferiores em semi-flexão e abdução; terminada a sessão, não deve o catheterizado levantar-se immediatamente, mas sim conservar-se em repouso durante algum tempo. O professor snr. dr. Roberto Frias teve na sua clinica um caso de febre urinosa, que attribue á falta de repouso, visto que o doente, logo após o catheterismo, sahiu do consulto-

rio e seguiu a pé para sua casa, não se podendo incriminar qualquer outra causa.

\*

Dissemos que, feito o primeiro catheterismo, facilmente se pratica a dilatação progressiva. Isto é verdade *em principio*, mas as difficuldades podem apparecer, especialmente se o individuo é ao mesmo tempo portador de falsos *caminhos*.

\*

Qual o resultado ulterior da dilatação progressiva? A este respeito offerece-se dizer que não ha tratamento radical dos apertos.

Pela dilatação progressiva, da mesma maneira que pela urethrotomia e electrolyse, não fica o doente dispensado de se catheterisar *indefinidamente*, pelo menos uma ou duas vezes por semana. Se assim não fizer, se não tiver este cuidado, terá que se sujeitar a nova intervenção, decorrido maior ou menor espaço de tempo.

### Urethrotomia interna

O que fica dito tem applicação para os casos de *apertos dilataveis*. Mas nem todos os apertos são susceptiveis de dilatação e, n'estes casos, teremos de recorrer a outros meios, taes como a urethrotomia interna e a electrolyse.

Esta ultima, como veremos, deve hoje ser posta de parte, em vista das suas consequências tardias.

As indicações da urethrotomia interna não se limitam aos apertos *indilataveis*; abrangem todos os casos em que o doente não se possa sujeitar ás differentes sessões da dilatação progressiva por uma irritabilidade exagerada da urethra ao catheterismo, ou porque seja urgente abrir largo curso á urina, cuja permanencia na bexiga ameaça incidentes de gravidade. Abrangem ainda os casos de aperto muito elastico, cedendo facilmente á vela dilatadora, mas voltando immediatamente ao estado anterior, logo que é retirada a vela.

Resumindo: — Todas as vezes que o aperto é permeavel, e que, por qualquer circumstancia, não se póde praticar a dilatação progressiva, é á urethrotomia interna que temos de recorrer.

\*

Apezar de muito simples, esta operação exige alguns cuidados.

Introduzida a vela conductora seguida do cathéter, haverá o cuidado de o levar até á bexiga. D'esta fórma evita-se cortar a vela com a faca do urethrotomo (de Maisonneuve).

E' facil dar-se este incidente, porque a vela póde voltar-se dentro da urethra, e vir collocar-se sobre a cannelladura do cathéter, onde é

apanhada pela faca, o que não succederá se não introduzirmos a faca antes de sentir livre na cavidade da bexiga a extremidade do cathéter.

Tomadas estas precauções, introduz-se a faca que segue, na canneladura do cathéter, com relativa facilidade até ao aperto.

Força-se então um pouco para vencer a resistencia do aperto e retira-se immediatamente logo que esta resistencia deixa de se fazer sentir.

E' assim que se deve proceder sempre para evitar que a faca atinja o colo da bexiga, cuja secção occasiona muito frequentemente hemorragias graves.

Um só córte, como alguns fazem, parece-nos que será muitas vezes insufficiente. Talvez seja mais conveniente fazer dois córtes anteriores aos lados da linha média, ou accrescentar a estes um outro na linha média.

E' d'esta fórma que já temos visto fazer aos mestres.

Feito isto, retira-se a faca e o cathéter com a vela conductora, e introduz-se a sonda de gomma ou cautchouc, que será conservada durante 24 a 36 horas.

Esta sonda deverá ser de n.º 14 a 16 e nunca mais grossa, pois que de nada aproveitava, e expunha á mortificação a mucosa da urethra.

O fim principal da sonda é conservar afastados uns dos outros os retalhos feitos no aperto, para evitar que se reunam de novo. Ora, para isto não é preciso empregar sonda de n.º superior, nem tão pouco para evitar o contacto da urina, o que pouco importa e ainda mais facilmente se consegue com os n.ºs baixos.

Para melhor nos assegurarmos da innocuidade da urina, podemos ministrar ao doente, nos dois ou tres dias que antecedem a operação, um desinfectante interno, o salol na dose diaria de 2 a 3 grammas. O acido phenico, que o salol põe em liberdade, vae collocar a urina e a urethra no estado de asepsia.

Esta pratica tem maior importancia quando o doente apresentar symptomas de febre urinosa. Todavia não é indispensavel; a febre urinosa não é de extrema gravidade, desapparecendo a maior parte das vezes com o repouso e a liberdade de micção, que o doente experimenta depois da urethrotomia.

Decorridas 24 a 36 horas, deve ser extrahida a sonda que não mais se applica, deixando que a urina se escôe livremente pela urethra, o que nada prejudica.

Depois d'um repouso de 4 ou 5 dias, começa-se a fazer a *dilatação progressiva*, que constitue, por assim dizer, a segunda phase do tratamento pela urethrotomia interna.

O doente continuará, depois da dilatação, a algaliar-se uma ou duas vezes por semana, o que é sempre preciso qualquer que tenha sido o processo de tratamento.

\*

Fallámos em hemorragia produzida por secção no collo da bexiga. Esta hemorragia não se confunde com a que provém da secção do aperto, que é sempre muito pequena e sem importancia.

Póde ser INTERNA OU EXTERNA, segundo se faz para a bexiga ou para a urethra.

Sem duvida a hemorragia interna é a mais grave, pois póde não se manifestar senão tarde, sendo precisos os symptomas geraes d'uma grande hemorragia para nos chamar a attenção. Verifica-se então um augmento de volume no hypogastro, que póde mostrar-se duro pela presença de coagulos na bexiga. N'estas condições urge fazer a deplecção da bexiga, o que, por si só, já é um meio hemostatico.

Para isso introduz-se uma sonda de grande calibre, que permita a sahida dos coagulos, e faz-se a aspiração d'estes e do sangue liquido por meio d'um aspirador ou com uma seringa. Injecta-se em seguida um soluto de tannino a 2 por cento.

Convém lembrar que já tem sido preciso

praticar a talha para fazer a hemostase directa.

As hemorragias externas offerecem menor gravidade, fazendo-se mais facilmente a hemostase, por vezes até espontaneamente.

### Electrolyse

Vejamos o que se deve pensar ácerca d'este methodo de tratamento dos apertos, fazendo umas ligeiras considerações a proposito de cada uma das phases por que passou.

Na primeira phase, chamada *circular* ou *de Trippier*, fazia-se a cauterisação do diaphragma cicatricial em varias sessões. Além de ser doloroso e exigir varias intervenções, tinha este processo o inconveniente de produzir a desorganisação chinica dos tecidos e, consequentemente, uma eschara que, ao destacar-se, não raras vezes dava origem a hemorragia abundante.

Na segunda phase, chamada *linear* ou *de Jardin*, praticava-se uma secção longitudinal, da mesma fórma que na urethrotomia interna.

Segundo Fort, que fez reviver este processo esquecido desde a morte do seu auctor, a electrolyse linear dispensa a algalisação posterior. Não pensa do mesmo modo o professor, snr. dr. Roberto Frias, pois observou na sua

clinica que os doentes que não tiveram o cuidado de se algaliar, tinham que sujeitar-se a nova operação no fim d'um ou dois annos.

O grande valor da electrolyse estava em evitar a formação de cicatrizes, como se suppunha. Porém, procedendo-se a experiencias, verificou-se que não só havia formação de tecido cicatricial, mas ainda este tecido era mais duro, mais inextensivel, e occupava uma zona talvez mais extensa do que pela urethrotomia.

Eis o motivo porque dissemos que a electrolyse devia ser posta de parte.

\*

\*

\*

O que dissemos, até aqui, refere-se aos apertos em que se póde praticar o catheterismo. Casos ha em que esta prática é impossivel, tendo, por isso, de recorrer a outros meios, entre os quaes — a *urethrotomia externa* — a que n'outra parte alludimos.

## 2.º Phymosis

Esta affecção, que póde ser *congenita* ou *adquirida*, encontra-se na creança, especialmente a variedade *congenita*.

Porém é na virilidade que a *phymosis adquirida* é mais frequente.

Esta phymosis reconhece varias causas: — inflammação da mucosa da glande e do prepucio (balano-posthites), que deixa muitas vezes, como *reliquat*, um edema duro do prepucio; cancro duro, cancro molle e syphilides; finalmente, escoriações e ulcerações nos diabeticos, produzidas pela acção irritante da urina.

E' facillimo o diagnostico da phymosis; a maior parte das vezes não é preciso mais que a simples inspecção.

\*

Tem-se proposto varios meios de tratamento: — *dilatação*, *incisão dorsal*, esta incisão com ablação d'um retalho triangular de cada lado, a *circumcisão* e ainda outro.

A dilatação difficilmente cura a phymosis; é antes um palliativo aproveitavel aos casos em que se deve addiar a intervenção sangrenta.

A incisão dorsal do prepucio dá bom resultado nas creanças, nas quaes se deve reduzir ao minimo a perda de sangue; no adulto produz deformidade do prepucio que não mais retoma a sua fórma circular.

A mesma incisão com ablação dos retalhos não tem vantagens quando applicada ás creanças, e não evita a deformidade no adulto.

A circumcisão não deve tambem substituir a simples incisão na creança; no adulto, se não produz deformação do prepucio, sujeita o

doente a uma nova phymosis pela retracção ulterior do tecido cicatricial.

Para esta operação ha uma pinça especial, *pinça de phymosis*, que em caso de necessidade póde ser substituida por um clamp ou uma pinça de dissecção.

Pelo que se vê, todos estes meios de tratamentos deixam muito a desejar.

Ha, porém, outro processo, hoje geralmente seguido e o unico empregado nas enfermarias de clinica cirurgica da nossa Escola, desde 1895 (applicado ao doente da tabella n.º 1062, José Gomes de Carvalho, em 25 de outubro).

Este processo é descripto por G. Marion — *La Semaine Medicale*, 1900, pag. 369 e 370.

Podemos servir-nos d'este processo sem chloroformisar o doente, usando apenas do chloreto d'ethylo. N'este caso convém apertar gradualmente a pinça á medida que o chloreto d'ethylo vae produzindo a anesthesia, e applicar *serres-fines* em vez de fazer a sutura.

Pelo que já tivemos logar de observar, o resultado ulterior d'este processo de tratamento da phymosis é tal, que entendemos dever ser este o unico meio a empregar no adulto.

### III

#### Velhice

Tambem n'esta idade podem ser varias as causas de *difficuldade de urinar*. Ha, porém, uma que lhe é exclusiva, e não apenas *peculiar*, como acontece com aquellas de que fallámos a proposito das outras edades.

Queremos referir-nos á *hypertrophia da prostata*, ou melhor, aos *prostaticos*, visto que n'estes doentes as lesões não se limitam á prostata.

\*

Os prostaticos são individuos affectados de sclerose geral, especialmente arterio-sclerose, de que as alterações do apparelho urinario não são mais que uma manifestação local.

E' ainda muito obscura a sua etiologia. Civiale invoca as circumstancias que excitam a bexiga e a prostata: — calculos, apertos, ca-

theterismo reiterado e inflammações da urethra e da prostata. Os calculos e os apertos podem coincidir com esta affecção, mas não produzil-a; o catheterismo e as inflammações tenderiam antes a produzir a atrophia da prostata em vez de a hypertrophiar.

As circumstancias que favorecem a congestão dos órgãos pelvicos, taes como:—a vida sedentaria, os excessos venereos, afastamentos do regimen e outras—, aggravam indubitavelmente a doença, mas tambem não a originam.

Uma circumstancia necessaria, mas não sufficiente, é a idade. Um individuo não é verdadeiramente prostatico antes dos 50 annos; tambem não começa a sê-lo depois dos 70.

A idade é, pois, indispensavel á formação d'um prostatico.

\*

Estes doentes começam por experimentar *frequencia e difficuldade* da micção, que, a principio, são apenas nocturnas, especialmente na segunda parte da noite; mais tarde passam a ser tambem diurnas.

A principal causa d'estes symptomas é a congestão; por este motivo, todas as circumstancias que a favorecem, taes como —o decubito, a retenção voluntaria, as grandes refeições, o excesso de bebidas, as viagens em ca-

minho de ferro (por causa da trepidação e da retenção voluntaria), os excessos venereos, etc. —concorrem poderosamente para aggravar a situação.

A estas causas deveremos accrescentar o obstaculo mechanico pela hypertrophia da prostata, a atonia mais ou menos pronunciada da bexiga, e a polyuria (visto que attinge 3 litros e mais a urina segregada em 24 horas).

Emquanto as manifestações morbidas se limitam a estes symptomas, bastará, em geral, instituir o tratamento hygienico que consistirá, resumidamente, na observancia dos seguintes preceitos:

1.º—Evitar a permanencia no leito, além do indispensavel para dormir. Dar alguns passeios antes de deitar e antes de urinar, a qualquer hora da noite, tendo sempre o cuidado de não se resfriar.

2.º—Evitar sempre os habitos sedentarios; dar passeios e fazer exercicios moderados. Sendo em excesso produzem o effeito contrario; prejudicam.

3.º—Evitar longas viagens em caminhos de ferro. Estas viagens prejudicam por dois motivos:—porque a trepidação provoca a congestão dos orgãos urinaes, e porque o doente se vê muitas vezes obrigado a *reter* a urina, o que é muito preciso evitar.

4.º—Nunca se devem afastar do regimen

habitual. N'este regimen, a maior refeição deve ser a da manhã; as refeições não devem ser prolongadas nem muito abundantes; devem ser postas de parte as comidas e bebidas estimulantes (mesmo outras bebidas prejudicam, sendo em excesso).

E' preciso, todavia, que o rigor não seja levado a ponto de debilitar o doente; viriam principalmente perturbações digestivas, a que estes doentes estão muito sujeitos.

5.º—Evitar todas as causas de resfriamento, taes como:—humidade e frio de pés, correntes d'ar—especialmente estando o doente a transpirar—, mudanças bruscas de temperatura e exposição ao frio. E' de noite, por causa da difficuldade de urinar, que o doente está mais sujeito a esta ultima causa de resfriamento.

6.º—*Non morari in coitu*—Evitar todos os excessos venereos.

7.º—Evitar a constipação. Para este fim devem ser preferidos os clysteres, e postos de parte os purgantes drasticos, que congestionam os orgãos pelvicos. Os clysteres devem ser mornos, visto que os quentes congestionam e os frios, se algumas vezes dão bom resultado, podem provocar cystite.

8.º—Activar as funcções da pelle, servindo-se para esse fim de fricções seccas, massagens e banhos pouco prolongados (simples ou

adicionados de substancias estimulantes — chloreto de sodio ou outros).

Apezar da observancia d'estes preceitos, será por vezes preciso lançar mão de calman-tes. N'este caso será dada a preferencia á belladona, meimendro, valeriana e brometos, evitando quanto possivel o opio e seus derivados, porque, além de congestionarem os órgãos pelvicos, perturbam a digestão que, já em si, é melindrosa n'estes doentes.

Além da congestão, contra a qual se dirige principalmente os preceitos que enumeramos, ha, n'estes doentes, a arterio-sclerose. Por isso está ainda indicado o uso dos iodetos.

\*

A' frequencia e difficuldade de urinar vem juntar-se, mais tarde, um certo grau de retenção simples, incompleta. N'um periodo mais avançado da doença esta retenção faz-se acompanhar de distensão da bexiga, terminando mais cedo ou mais tarde na incontinencia por *regorgitamento*.

Pela percussão e palpação hypogastricas poderemos conhecer a retenção; porém estes meios podem não nos dar a conhecer uma retenção de 500 a 600 grammas. Para evitar este erro servir-nos-hemos da palpação e toque rectal combinados; por este meio descobriremos a menor retenção (Guyon).

Estabelecida a retenção, está formalmente indicado o catheterismo evacuador, visto que a permanencia da urina na bexiga é causa de frequencia da micção, e, pela sua fermentação, a urina provoca muito facilmente cystite.

E' nos prostaticos que o catheterismo exige maiores precauções.

A desinfecção deve ser rigorosa, e o catheterismo conduzido com toda a prudencia, pois é grande a friabilidade de todos os órgãos.

E' preciso ter bem presentes a fôrma, a extensão e a direcção da urethra, que são modificadas n'estes doentes.

E' preciso nunca esquecer, que a congestão dos órgãos urinarios predispõe a graves accidentes, especialmente *nephrites*, *cystites* e *hematurias* que o catheterismo não faz mais que despertar.

Estes accidentes são tanto mais para temer, quanto é certo que surgem rapidamente depois do catheterismo em individuos em que, até este momento, a apparente benignidade dos symptomas occultava a gravidade da doença.

A hematuria é o accidente que melhor póde ser evitado. Para isso é preciso que a evacuação seja muito *lenta*, porque a evacuação rapida provoca um novo affluxo de sangue que, junto á congestão já existente, conduz á ruptura dos vasos, e portanto á hemorragia.

Será feita a evacuação em varias sessões, em cada uma das quaes se retirará uma pequena quantidade d'urina.

Estas evacuações parciaes serão ainda feitas muito lentamente, usando de sonda de n.<sup>os</sup> 14 a 16 (nunca de n.<sup>o</sup> superior), e estando o doente deitado para evitar qualquer pressão sobre a bexiga.

Por esta fórma, a evacuação completa só tem logar passado algum tempo.

Sendo urgente retirar toda a urina por causa da sua fermentação, proceder-se-ha a injecções de soluto borico, a cada uma das quaes se fará seguir a evacuação d'uma quantidade de liquido igual á do soluto injectado. Por este processo consegue-se substituir a urina por soluto borico.

#### IV

São varias as doenças em cuja symptomatologia se encontra a *difficuldade de urinar*, e que podem manifestar-se indifferentemente em qualquer periodo da vida. Por isso são tambem varias as causas de *difficuldade de urinar*, que deveriam ter logar n'este capitulo.

Na impossibilidade de fallar de todas, apenas nos referiremos a algumas.

Os TRAUMATISMOS são uma causa frequente, principalmente os produzidos por queda *a cavalleiro* sobre um corpo resistente.

Estes traumatismos podem apresentar todos os graus, desde a simples compressão até á laceração dos tecidos, incluindo a urethra.

Emquanto se não dá a laceração da urethra, bastará a applicação de emollientes, banho prolongado d'infusão de málvas por exemplo, e d'um penso ordinario havendo ferida nos tegumentos. Quando isto não baste, e seja urgente esvasiar a bexiga, praticaremos a punção da bexiga, o que não offerece perigo:—em primeiro logar, porque a bexiga, distendendo-

se, offerece largo campo á punção fóra do peritoneo; em segundo lugar, porque, servindo-nos de agulha de Dieulafoy, a ferida produzida é tão pequena que difficilmente deixará passar algumas gottas d'urina para o peritoneo quando este tenha sido interessado; accrescendo ainda que a urina, normalmente aseptica, não offerece grande perigo pela sua penetração na cavidade peritoneal.

Dada a secção da urethra, é preciso fazer o affrontamento dos labios da ferida e a sutura, e estabelecer a sonda permanente, para o que será preciso por vezes praticar o *catheterismo retrogrado*.

Nas inflammações agudas (urethrites, cystites) é contra-indicado o catheterismo e a lavagem da bexiga. Nas cystites chronicas far-se-ha a lavagem, não com a sonda de dupla corrente, mas da seguinte fórma:—por meio d'uma seringa e d'uma sonda ordinaria injecta-se o liquido na bexiga, até que esta reaja, contrahindo-se; n'este momento dá-se um *golpe d'embolo*, deixando em seguida escorrer o liquido. Logo que o jacto começa a enfraquecer, faz-se novã injeção, procedendo sempre como fica dito.

Este processo tem a vantagem de *varrer* a bexiga, o que não se consegue d'outra fórma.

Os CALCULOS, só por si, é muito raro que produzam *difficuldade de urinar*.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — A aorta nem sempre nasce do ventriculo esquerdo.

**Physiologia.** — O rim é mais filtro do que glandula.

**Anatomia pathologica.** — Não ha inflamação sem congestão.

**Therapeutica.** — As doses fazem das bebidas alcoolicas alimento, medicamento ou veneno.

**Pathologia geral.** — Não ha doença sem lesão organica.

**Operações.** — Regeito a electrolyse no tratamento dos apertos da urethra.

**Pathologia externa.** — Não ha ainda meio algum para se obter a cura radical dos apertos.

**Pathologia interna.** — Nunca se dá a transformação da ulcera do estomago em cancro.

**Partos.** — E' raro que uma bacia viciada não seja rachitica.

**Hygiene.** — O desenvolvimento do organismo tem por base a alimentação racional na infancia.

**Medicina legal.** — A presença do hymen não prova virgindade, nem a sua ausencia prova desfloração.

---

Vista,  
Illidio do Valle,  
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se,  
Moraes Caldas,  
DIRECTOR.