

300

1907

Manoel Joaquim Esteves

av. 1

BREVE ESTUDO

SOBRE

Apertos de Urethra

(A PROPOSITO D'UM CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPRESA NACIONAL
DE Jayme Vasconcellos & Irmão
35, Rua da Picaria, 37

1907

133/1 E.M.C.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedaticos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia . . . Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica Illydio Ayres Pereira do Valle.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria . Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica . . Antonio d'Azevedo Maia.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica . . Roberto B. do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia pathologica Augusto H. d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal . . Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene João Lopes da S. Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physiologia geral José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topografica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- Secção medica José d'Andrade Gramaxo.
- Secção cirurgica } Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto.
Antonio Joaquim de Moraes Caldas.

Lentes substitutos

- Secção medica } Thiago Augusto d'Almeida.
Vaga.
- Secção cirurgica } Vaga.
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, art. 155).



A' sagrada memoria

DE

Meu Pae

*A vós que tão cêdo partistes,
quando eu ainda estava no de-
sabrochar da vida, muito san-
dosamente dedico esta pagina.*

N

Minha santa e querida Mãe

*Tenho sido o vosso filho mais
querido!...*

*Nunca o esquecerei, nem tão
pouco os sacrificios que por mim
tendes feito.*

*Oxalá que bem os possa com-
pensar!...*

À minha noiva

A ti dediquei os entusiasmos da minha mocidade e a ti devo o alento que sempre me inculciste nos momentos difíceis da minha vida académica.

Ahi tens, pois, o meu ultimo trabalho e com elle o ardente desejo de te fazer feliz.

A minha irmã

Meus irmãos

e

Minhas cunhadas

*Com um abraço, o meu eterno
reconhecimento.*

A minhas sobrinhas

Meu sobrinho

e

Afilhado Manecas

Um beijo e muitas felicidades.

A minhas Tias

e a meus Tios

A minhas primas

e a meus primos

*Em retribuição affectuosa
das muitas provas de amiza-
de que de vós tenho recebido.*

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.

Dr. Amadeu Pinto da Silva

e

Dr. José Augusto Pinto da Silva

*Em testemunho da mais viva
sympathia, sincera amizade e
profunda gratidão.*

*Nos queridos condiscipulos
e bons amigos*

*Alvaro da Cunha Ferreira Leite
José Pinto Machado Torres
Antonio Pereira Ramalho
Antonio Francisco da Conceição
Antonio Peixoto Sarmiento e Castro
Antonio Gabriel Cavalleiro
Alfredo Peixoto
Ayres de Carrvalho Junior
João Maria da Fonseca
Henriques Gomes d'Araujo
Albino da Costa Torres
Jayme Pereira d'Almeida
Adriano Figueiredo Fontes
Luiz Baptista d'Assumpção Velho
Adolpho Pinto Leite*

*A todos vós
um leal e sincero abraço do G. . . .*

Aos meus condiscipulos

Aos meus contemporaneos

e

Aos meus amigos

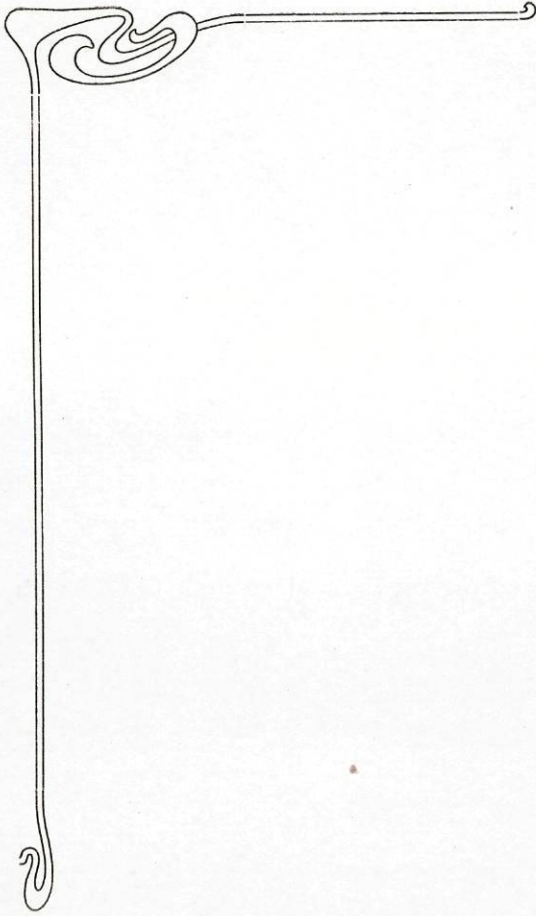
Um abraço de despedida.

Ao meu Ilustre Presidente de These

Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio J. de Souza Junior

*Respeitosa homenagem ao
vossa rara talento e vastissima
saber.*



DUAS PALAVRAS

Em obediencia a um preceito legal vamos apresentar a nossa these. Forçados a attender essa imposição para ultimar a nossa missão escolar, ha muito tempo pensamos no assumpto que haviamos de tratar.

Muitos embaraços e muitas hesitações então nos appareceram, pois todos os assumptos nos seduziam quando os olhavamos de longe para os abandonar logo que, d'elles nos abeirando, lhes reconheciamos as difficuldades.

Afinal um feliz acaso veio proporcionar-nos assumpto para o nosso trabalho, deparando-nos um caso clinico observado na E. Clin. Cirurgica e que, pelo interesse que nos despertou, immediatamente seguimos e aproveitamos.

É este sem duvida, um trabalho banal e que bem merecia ser tratado com mais desenvolvimento; mas os obstaculos, que sempre apparecem quando nos abalançamos a cumprir um dever tão ingrato, nada mais nos permittiram nem nós tambem mais poderiamos dar.

Satisfeita assim a exigencia legal, tanto quanto cabia nos estreitos limites das nossas forças, só nos resta pedir indulgencia ao illustrado jury que hade apreciar o nosso trabalho.

Apertos de urethra

Etiologia e Pathogenia

Define-se geralmente *apêrto de urethra*, uma diminuição mais ou menos pronunciada do calibre do canal, por um obstaculo permanente e progressivo, determinado por alterações pathologicas das paredes da urethra.

Os apêrtos urethraes pódem derivar de duas causas: uma inflammação ou uma lesão traumatica da mucosa; assim as duas especies de apertos — *apertos de origem inflammatoria* e *apertos de origem traumatica*. Os *primeiros* são devidos sobretudo á blennorrhagia e ainda a certas inflammações muito irritantes, que, sem destruir a mucosa, vão todavia inflammal-a. Os *segundos* são produzidos por lacerações da mucosa, consecutivas ás contusões sobre o perineo, ás feridas e rupturas do canal da urethra, ás feri-

das produzidas pela passagem de sondas e calculos, etc.

Os apertos traumaticos desenvolvem-se muito mais rapidamente do que os inflammatorios e chegam a attingir um tal grau que se tornam insuperaveis ás mais finas vélas, sendo portanto a sua gravidade mais consideravel do que a dos inflammatorios. Póde dizer-se, todavia d'uma maneira geral, que um aperto de urethra apresenta sempre uma certa gravidade, qualquer que seja a sua origem, porque apresenta sempre uma marcha continua e acaba por obliterar quasi completamente o canal. Para chegar a este ultimo resultado os apertos inflammatorios demoram por vezes um tempo muito longo, chegando até a manifestar-se só 20 annos depois da urethrite inicial.

Os apertos traumaticos podem existir em um ponto qualquer do canal, mas observam-se sobretudo ao nivel da porção membranosa; os apertos inflammatorios podem igualmente existir em qualquer ponto da porção esponjosa, mas occupam, geralmente, o fundo de sacco do bôlbo.

A principio, o aperto de urethra consiste simplesmente em uma esclerose da tunica mucosa do canal. Mais tarde, porém, a inflammação attinge o tecido peri-urethral e resulta d'ahi a producção de uma especie de

callo mais ou menos inextensivel e até apreciavel atravez das partes molles, quando o ponto alterado é accessivel. A pressão que a urina exerce sobre esta parte apertada faz que as paredes da urethra se distendam pouco a pouco acima do obstaculo e constituam uma especie de diverticulo no qual se accumula a urina. Tillaux cita o caso de um individuo que, tendo cahido de um cavallo, contundiu o perineo; depois via-se, no momento das micções, o canal distender-se acima do obstaculo e adquirir um volume regular para depois a urina sahir gotta a gotta, causando dôres ao doente.

Symptomatologia

PERTURBAÇÕES FUNCIONAES—Os symptomas funcionaes, occasionados pela presença de um aperto, consistem em uma série de alterações na micção e em modificações no volume e na fórmula do jacto.

As perturbações da micção seguem geralmente uma marcha progressiva e obrigam, a principio, o doente a urinar mais frequentemente, vindo em seguida que decorre um certo tempo entre o momento em que elle quer urinar e aquelle em que apparecem as primeiras gottas do liquido, notan-

do mais que para favorecer esta emissão é necessario um certo esforço. Pouco a pouco a fórma do jacto modifica-se, bifurca-se e divide-se, como que sahindo de um regador, ou torcendo-se em verruma.

N'estas condições o jacto em vez de ser projectado a distancia cahe verticalmente quando o doente está de pé. O doente gasta um tempo consideravel para esvasiar a bexiga e quando julga ter acabado sente correr algumas gottas de urina que o incommodam e mancham as roupas. A urina accumulada atraz do obstaculo corre para fóra no intervallo das micções e, por menos frequente que seja, o doente parece estar attingido de incontinencia.

Ha todavia apertos que se complicam com incontinencia de urina, e eis como: a dilatação do canal da urethra para traz do ponto retrahido ganha o collo da bexiga e distende-o a ponto de fazer perder a elasticidade; a urina chega então directamente sobre o ponto apertado que a deixa correr gotta a gotta. A ejaculação faz-se tambem mal e o esperma não corre pelo meato no momento do espasmo venereo, sahindo só depois sem força e lentamente.

Os apertos são habitualmente indolores, podendo no emtanto as micções tornar-se

dolorosas, quando ao aperto se junta uma complicação: ulcerações, cystites, etc.

ANTECEDENTES DO DOENTE—Sendo as blennorrhagias e as lesões traumaticas do canal as causas do aperto, é preciso interrogar o doente para saber quantas blennorrhagias teve e quanto tempo duraram. Relativamente a traumatismos o cirurgião deve além das respostas do doente examinar a região perineal e certificar-se da existencia de alguma cicatriz.

SIGNAES PHYSICOS—CATHETERISMO—Só o catheterismo permite affirmar a existencia, a séde, numero e extensão dos apertos; actualmente pratica-se com vélas exploradoras terminando n'uma extremidade por uma dilatação olivar. Quando se attinge o ponto onde reside o aperto experimenta-se uma sensação de flexibilidade, seguida de uma outra de resistencia vencida, ou então a véla pára. As dimensões da véla introduzida pelo aperto dão-nos o diametro d'este. A localisação do aperto é indicada pela distancia que separa a oliva da véla do ponto correspondente ao meato urinario; o numero é indicado pela série de obstaculos que encontrou a véla exploradora.

Diagnostic

Em face da symptomatologia que apresentamos deve o medico primeiramente saber se o aperto é traumatico ou inflammatorio; e, para isto, um interrogatorio bem dirigido acompanhado de um exame minucioso é, geralmente, o bastante. Mas além dos apertos da urethra existem outras affecções, cuja symptomatologia é identica á dos apertos: espasmo da porção membranosa, impropriamente chamado aperto espasmodico. E' ainda o interrogatorio, em presença d'esta difficuldade, que deve encaminhar o medico.

Admittida a hypothese de o doente ser portador de um aperto, cumpre ao medico saber o seu limite, o calibre, extensão e numero. O limite é-nos dado pela sonda que em geral pára ao nivel do cóllo do bôlbo; é n'este ponto que são mais frequentes os apertos. Retira-se então a sonda e mede-se a porção que foi introduzida no canal, vendo-se logo que o aperto se encontra a 11, 12, 13 centimetros do meato urinario, segundo o comprimento da porção peniana do individuo. Toma-se em seguida uma véla e ensaiam-se successivamente varios numeros até encontrar-se uma que vença o obstaculo. Se se não consegue é porque o aperto é muito

pronunciado, ou mesmo filiforme, e póde-se então fazer a confirmação com o ensaio de vélas urethraes cada vez mais finas. Pela duração da passagem da véla no aperto, pela resistencia que se experimenta, tem-se o preciso para se diagnosticar o limite, o calibre e a extensão do aperto.

Os apertos podem occupar tambem a porção peniana e, outras vezes, existir dois sendo um na porção peniana e outro no bôlbo; n'este ultimo caso, o principal é o do bôlbo. Alguns auctores assignalam ainda uma série de pequenos apertos na porção peniana, mas não explicam a sua pathogenia.

O medico deve ser muito paciente n'um caso de catheterismo, fazendo pressões suaves sobre o pavilhão da sonda para habilituar o canal ao instrumento. Em caso de insuccesso, não deve insistir, mas esperar algumas horas e ás vezes até ao dia seguinte, pois casos ha em que, passado esse tempo, se consegue com relativa facilidade a passagem da sonda.

Marcha e Prognostico

Os accidentes determinados por um apêrto de urethra podem ficar locais du-

rante muito tempo; mas, depois de um prazo mais ou menos longo segundo os individuos, sobrevêm complicações graves que alteram a saude e ás vezes até fazem morrer o doente. Os apêrtos têm uma tendencia constante a augmentar progressivamente; lentamente se a origem é blennorrhagica, rapidamente se é traumatica. Para se estabelecer o prognostico de um apêrto, é preciso attender á sua origem, á natureza das complicações que se apresentam, ao momento em que o doente vem consultar o medico. Independentemente d'estas diversas circumstancias, deve-se saber que nunca é possível obter-se uma cura definitiva; as recidivas apparecerão fatalmente se o doente se não resigna a entreter o canal com dilatações repetidas.

Vamos tratar no capitulo que segue das principaes complicações, pois são estas que o medico mais deve receiar.

Complicações dos apêrtos

Tumores e abcessos urinarios

Os tumores urinarios encontram-se sobre o trajecto da urethra e, quasi exclusivamente, ao nivel do perineo. São de um volume variavel, podendo occupar todo o espaço comprehendido entre os dois ramos ischio-pubicos. Caracterizam-se pela sua situação sobre a linha media, sua grande dureza, sua immobilidade e adherencia ás paredes da urethra. Estes tumores desenvolvem-se lentamente e são indolôres; as perturbações da micção que provocam, derivam da compressão da urethra. Quanto ao modo pelo qual estes tumores se originam e evolucionam, as opiniões são muito divergentes.

Dizem uns que a urina infiltrando-se atravez dos tecidos peri-urethraes, produz uma inflammação não suppurativa; di-

zem outros que a inflammação, limitada a principio á mucosa, propaga-se pouco a pouco ás partes visinhas e produz estas massas duras semelhantes áquellas que se notam em redor do utero de tempos a tempos. Outros ainda, divergindo por completo dos primeiros, não admittem estas explicações e dizem em seu auxilio que a urina não se póde infiltrar sem produzir suppuração. O que parece todavia provar, que estes tumores não estão em communicação com a urethra, é o tratamento. Emquanto o apêrto persiste e, juntamente com elle, a inflammação retro-urethral, que é a causa d'estes tumores, elles não desaparecem nem ao menos diminuem. Vê-se, porém, que, restituindo-se ao canal o seu calibre normal e restabelecendo-se uma micção normal, estes tumores desaparecem e nem ao menos deixam vestigios da sua passagem.

Os abcessos urinarios são mais frequentes e mais graves do que os tumores e apresentam um conjuncto de symptomas, que differem completamente dos outros abcessos observados em outras regiões.

Os abcessos têm um ponto de predilecção que é, geralmente, entre a raiz das bolsas e o anus.

Da mesma maneira que os tumores, elles

resultam d'uma inflammação que attinge o tecido peri-urethral a partir da mucosa. Pergunta-se se são os abcessos que dão passagem á urina ou se é esta que, infiltrando-se primeiramente, vae produzir os abcessos. Esta questão tem sido bastante debatida e até hoje ainda nada de positivo ha estabelecido; entretanto Denonvilliers aconselha e insiste muito pela abertura d'estes, mesmo antes de se perceber a fluctuação, dizendo que muitas vezes abriu estes abcessos em começo de formação e nunca viu a urina sahir pelos mesmos, o que só succedia muitos dias depois da operação.

Estes abcessos occupam, como dissemos, a região do bôlbo; e, sob este ponto de vista, pódem ser confundidos com uma inflammação da glandula de Mery. A distincção é, todavia, facil em virtude d'esta ultima ser quasi sempre lateral, enquanto que o abcesso é mediano. Excepcionalmente o abcesso urinario desenvolve-se para cima, ao lado da cavidade de Retzius, dando origem a uma variedade de phlegmão da parede abdominal. O que é preciso ter-se sempre bem presente, é que estes abcessos, mesmo quando contêm no interior uma certa quantidade de pús, conservam-se muito duros e parecem fazer corpo com as partes que os cercam. E' sómente já n'um periodo muito adeantado,

que se percebe a fluctuação; por isto nunca se deve esperar que ella appareça, mas sim fazer a incisão cêdo para dar sahida ao pús. Se um individuo apresenta no fim de muitos annos signaes de apêrto de uretra e tumefacção no perineo acompanhados de dôres e febre, deve-se pensar sempre n'um abcesso urinario.

Examinando o perineo sente-se uma massa mediana, dura, movel, que se estende d'um ramo ischio-pubico ao outro; a micção torna-se cada vez mais difficil, podendo ir até á retenção.

Logo que se firme o diagnostico de um abcesso urinario, cumpre ao medico, mesmo antes da fluctuação se ter manifestado, apressar o mais possivel o seu tratamento que consiste no seguinte: Collocado o doente na posição de talha, faz-se na linha media uma incisão vertical de 2 a 3 centimetros, abrindo os tecidos camada por camada até ao fóco. Uma vez isto feito, evacua-se todo o pús e faz-se a lavagem da cavidade com uma solução antiseptica, collocando-se uma mecha ou um dreno na ferida para a conservar aberta. N'esta occasião, é preciso abandonar qualquer intervenção sobre a urethra, porque ella poderia ser o ponto de partida de accidentes graves. Quer a urina corra pela urethra, quer pela incisão, não deve isto im-

portar; é preciso que antes de restabelecer o calibre da urethra pela dilatação ou urethrotomia, as paredes do abcesso comecem a cicatrizar.

Retenção e incontinencia de urina

A retenção de urina é uma complicação muito frequente dos apêrtos e, apesar do seu diagnostico ser facil, precisa, todavia, o medico estar prevenido contra alguns enganos possiveis, enganos estes que são ás vezes muito prejudiciaes.

Assim um doente póde não ter urinado uma só gotta e todavia não ter retenção, como tambem póde, pelo contrario, ter urinado uma quantidade grande de liquido e ter retenção. Ha doentes que se queixam ao medico da falta de micções; este póde pensar na possibilidade d'uma retenção urinaria e procura então verificar o seu diagnostico, fazendo o catheterismo, que não dá resultado; ainda duvidoso recorre a uma injectão pela sonda e o liquido penetrando na bexiga sahe tal como entrou; n'este caso, o doente não soffre de retenção, mas sim de anuria. Outros doentes ha que, tendo tido accessos de retenção, em breve seguidos de sahida involuntaria da urina, vêm procurar o medico para remediar esta pretensa

incontinencia de urina, que persiste desde um certo tempo.

E' possivel, que n'este ultimo caso a retenção seja verdadeira, ainda que o doente se queixe de incontinencia, estando simplesmente estes phenomenos ligados a uma micção por regorgitamento.

Vejamos, pois, como se dão estas falsas incontinencias, reconhecendo por causa um regorgitamento. O corpo ou collo da bexiga, por uma causa qualquer, podem apresentar lesões a que se segue uma retenção de urina.

Distendendo-se a bexiga rapidamente, as suas paredes depressa attingem o limite maximo de extensibilidade; a urina chegando constantemente ao interior da bexiga e fazendo esforços contra as paredes, chegaria um momento em que ellas se romperiam, se o collo que representa a parte mais fraca, não cedesse determinando assim a sahida da urina.

A retenção de urina é caracterisada pela falta de expulsão da mesma e, sobretudo, pela existencia á palpação de um tumôr periforme que occupa a região hypogastrica.

Nos individuos que têm a parede abdominal muito delgada o exame é relativamente facil, porque o tumôr forma um relevo bastante visivel; porem, n'aquelles em que ella é bastante espessa, algumas difficulda-

des ha n'esse exame, prestando-nos a percussão, n'este caso, algum auxilio. O tunôr occupa a linha media e, sobre este ponto de vista, póde ser confundido com outras affecções, de cujo diagnostico não nos occupamos para não nos afastarmos do nosso assumpto.

Na retenção de urina nunca apparecem phenomenos inflammatorios locaes, mas os phenomenos geraes são muito variaveis. Assim ha individuos, que apresentam dôres atrozes no ventre, outros porem não se lastimam, nem apresentam nenhuma reacção geral e é quasi, por acaso, que se encontra o tumôr formado pela bexiga.

A retenção de urina póde estar ligada a uma obstrucção do canal excretor ou ainda a uma insufficiencia do musculo vesical e da parede abdominal. Póde egualmente reconhecer uma origem vesical, derivando d'uma paralyisia da bexiga.

Em face d'um doente attingido de retenção urinaria, a primeira indicação que o medico tem a preencher é esvasiar-lhe a bexiga por meio do catheterismo. Alguns praticam esta operação de preferencia com sondas metallicas, outros porem acham que deve ser praticada com as de borracha. Nós abraçamos as duas opiniões, pensando que a questão é apenas de circumstancia.

Outra questão também ainda muito discutida é saber se, feito o catheterismo, deve ou não ficar uma sonda permanente. Apesar das varias opiniões emittidas sobre esta questão, parece-nos que a maior parte dos auctores se pronunciam negativamente, allegando que a permanencia da sonda se torna por vezes muito dolorosa e determina algumas complicações, taes como cystites, urethrites, etc.

Em seguida ao esvaziamento da bexiga, é conveniente fazer uma lavagem com uma solução de agua borica fria, afim de excitar as contracções do musculo vesical.

Nos casos em que é impossivel o catheterismo, é necessario recorrer á punção da bexiga acima do pubis com auxilio d'um aspirador. E' preciso, todavia, não abusar d'este meio, recorrer a elle só depois de exgottadas todas as tentativas de catheterismo e tomar a precaução de não interessar o peritoneo.

Ao lado da retenção de urina figura um accidente opposto — a *incontinencia*. Este phenomeno consiste, como seu nome indica, na impossibilidade que o doente tem em reter a urina na bexiga, resultando então ella correr gotta a gotta e molhar as roupas do doente impotente para a reter.

Nos individuos apertados, a incontinen-

cia depende da dilatação do canal acima do aperto estender-se até á bexiga e de todo o aparelho esphincteriano vesico-urethral não funcionar mais. N' estes casos o proprio aperto representa o cóllo e, como elle não é contratil, a urina passa atravez d' esta fieira e corre para o exterior.

No principio a incontinençia é parcial e não sobrevem senão depois da micção; o doente urina, mas a micção acabada, ainda corre gotta a gotta uma certa quantidade de liquido que a bexiga expelliu e que ficou accumulada na urethra para traz do aperto.

Mais tarde a incontinençia é sobre tudo diurna, porque na posição vertical o aperto que representa a ponta do cone urethro-vesical, encontra-se no ponto mais declive; quando o doente está deitado o orificio urethral de sahida é mais elevado e a bexiga póde sem se esvasiar encher-se por mais tempo.

Nos periodos avançados a incontinençia existe noute e dia, porque a deformação acima do aperto chegou ao maximo e toda a contracção muscular desapareceu.

A unica maneira de combater esta incontinençia nos individuos que tem aperto de urethra é fazer cessar a causa que a produz—o *aperto*; e, se depois de desaparecida essa causa, ainda a tenacidade do cóllo

é pouca, podemos recorrer á electricidade sob a fórma de correntes continuas para a despertar.

Infiltração urinaria

Denomina-se infiltração urinaria—a penetração no tecido celllar de urina sahida das suas vias naturaes, quasi sempre motivada pela perfuração d'essas vias.

Todas as partes do apparelho urinario podem dar logar a infiltrações de urina; porém nós apenas trataremos das infiltrações tendo por ponto de partida uma lesão da urethra.

Todas as vezes que a urina se infiltra atravez dos tecidos e se põe em contacto com elles, determina a sua destruição e, em seguida, a producção d'um phlegmão gangrenoso; é este o phenomeno mais geral resultante da infiltração urinaria.

Vamos ver os seus principaes symptomas. As partes invadidas pela urina ficam a principio tumefactas e edemaciadas, offerecendo em breve uma renitencia comparavel á do phlegmão; a pelle tensa, luzidia e d'uma côr vermelha, torna-se depois escura por placas e esphacela-se, dando livre passagem a uma mistura de pús, urina a retalhos de tecido celllar, cuja queda põe abso-

lutamente a descoberto alguns órgãos e sobretudo o testiculo.

Ao lado d'estes symptomas locaes, apparecem symptomas geraes, cuja intensidade se subordina á gravidade das desordens locaes e ao estado antecedente do doente: o doente apresenta grande arrepio, arrefece e não é possível aquecel-o, apesar das bebidas estimulantes e envolveros quentes; a pelle cobre-se de suores frios, o pulso é pequeno, o facies alterado, a sede viva e, se não se intervem activamente dando livre sahida á urina infiltrada, a morte arrasta o doente no meio d'um coma profundo.

Os symptomas e a marcha da infiltração urinaria só podem ser bem comprehendidos tendo-se presentes as disposições anatomicas da região perineal.

O perineo apresenta sob o ponto de vista da infiltração urinaria duas regiões distinctas e separadas uma da outra pela aponevrose media: uma anterior, outra posterior. Na primeira encontra-se o bolbo da urethra, na segunda a prostata.

Segundo a infiltração se faz n'uma ou n'outra d'estas regiões, os signaes são inteiramente differentes. A infiltração na loja anterior dá logar a phenomenos apreciados anteriormente e, por consequencia, faceis de apprehender; a infiltração na loja poste-

rior provoca accidentes que são pouco visíveis e, portanto, muito insidiosos.

Quando a infiltração se dá na loja anterior, a urina sahe da urethra ao nivel do bolbo e espalha-se na loja peniana, sendo portanto o penis o primeiro que se tumefaz; o liquido depressa attinge as diversas camadas do escroto em virtude da aponevrose superficial do périneo offerecer-lhe pouca resistencia. Se, n'este ponto, se detem a marcha da infiltração intervindo depressa, a isto pódem os estragos ficar limitados; mas, se esta occasião de intervenção passa, vê-se em breve a vermelhidão attingir a préga da virilha, a região publica, subir para o umbigo e mesmo invadir a parede do thorax até ás axillas, se o doente até então não tiver succumbido ou se placas grangrenosas da pelle não tiverem dado sahida á urina pela sua eliminação.

Toda esta marcha da emigração da urina para fóra da loja peniana facilmente póde ser comprehendida, se nos lembrarmos que ao nivel da face dorsal do penis a loja é incompleta podendo por ahi a urina attingir facilmente a parede abdominal.

Phenomenos bem differentes se passam quando a infiltração se dá na loja posterior. A urina attinge primeiramente a loja prostatica e, não podendo descer para o perineo

em virtude da aponevrose media, facilmente ultrapassa esta loja, pois a resistencia offerecida pela aponevrose prostato-perineal é pequena, ganha o tecido cellular das fossas iliacas e, sobretudo, dirige-se para traz para o recto, fossas ischio-rectaes e contorno do anus.

E' sómente n'este periodo, quando já uma grande parte da pequena bacia está infiltrada, que os signaes exteriores se revelam, mas ainda d'um modo pouco perceptivel. Vê-se, pois, que são os phenomenos geraes que predominam n'esta forma de infecção, ficando os phenomenos locaes primitivamente tão occultos que só se manifestam quando já as lesões são irreparaveis.

O tratamento da infiltração urinaria deve obedecer a duas indicações: evacuação da urina infiltrada e opposição aos progressos da infiltração. Para isto devem-se fazer longas e profundas incisões nos pontos atingidos, notando que sendo enorme a tumefacção nas partes compromettidas, isto força o cirurgião a levar profundamente o bisturi.

No caso de infiltração perineal, que é a mais frequente, a primeira das incisões deve ser feita sobre a linha mediana do perineo e chegar até á urethra; as outras incisões serão praticadas, com intervallos convenientes.

tes, sobre as bolsas, penis e em geral sobre todas as partes infiltradas, fazendo-se seguir de irrigações d'um liquido antiseptico.

A segunda indicação será preenchida pela introdução de uma sonda permanente com o fim de trazer a urina para fóra e oppôr-se á sua infiltração no tecido cellular.

Fistulas urinarias

Chamam-se fistulas urinarias—aberturas ou trajectos anormaes que dão passagem á urina.

As fistulas urinarias podem ser congenitas ou accidentaes.

As primeiras são muito raras e as segundas frequentes, podendo ter como origem um ponto qualquer do aparelho urinario.

N'este capitulo só estudaremos as fistulas urinarias da urethra, que se podem reunir em tres grupos: penianas, perineaes e rectaes, segundo a região em que se abre o seu orificio externo.

FISTULAS URETHRO-PENIANAS—Estas tem quasi sempre uma origem traumatica e apparecem em seguida a uma ferida simples ou contusa do canal. Podem ser consecutivas aos abcessos urinaes, assim como tam-

bem resultar d'uma blennorrhagia chronica em que a urethrite follicular se propaga á atmosphaera cellular circumvisinha, formando-se um nucleo de peri-folliculite que se amollece e se abre, deixando um trajecto fistuloso.

A passagem da urina e do esperma pelo trajecto fistuloso, a irregularidade da erecção, em grau variavel, segundo a dilatação dos orificios, constituem a symptomatologia das fistulas urethro-penianas. A urina corre ao mesmo tempo pelo meato e pela fistula, sendo o volume reciproco dos dois jactos variavel com as disposições anatomicas. Se a fistula é larga e os seus orificios não estão obliterados por uma valvula mucosa ou cutanea, quasi toda a urina segue o canal de derivação; no caso contrario, a via normal só deixa correr algumas gottas de urina misturadas com algum pus.

Entre estes graos extremos encontram-se muitos outros intermediarios.

Na maioria dos casos a sutura depois do avivamento dos bordos, constitue o melhor methodo de tratamento. Se a fistula é muito estreita bastará a cauterisação; no caso contrario, é preciso recorrer á autoplastia.

Uma sonda permanente ou o catheterismo repetido, protegerão contra o contacto da urina as linhas de sutura.

FISTULAS URETHRO-PERINEAE—Estas fistulas são as mais frequentes de todas e um facto domina a sua etiologia: a quasi totalidade d'estes doentes são portadores de apêrtos que chegaram á fistula perineal em seguida a um abcesso urinoso.

Acima d'um apêrto intenso uma fissura se pôde produzir no canal e, como consequencia d'este facto, a urina vae-se espalhando pouco a pouco nas camadas cellulares do perineo; um abcesso se forma cuja dupla abertura na urethra e na pelle vae constituir um trajecto fistuloso completo, entretido pela passagem irritante da urina e productos septicos que acarreta. As rupturas traumaticas da urethra, as incisões mal cicatrizadas praticadas sobre este canal para extrahir um corpo extranho, as suppurações da prostata, as cowperites suppuradas, são outras tantas causas que dão origem, muitas vezes, a esta variedade de fistulas.

O corrimento de urina durante a micção é o symptoma caracteristico que pôde variar segundo o grao do apêrto urethral, segundo o diametro e a orientação do orificio interno. As urinas pôdem sahir na totalidade pelo perineo, ou ainda vêr-se a maior parte correr pelo meato normal e uma menor quantidade pelos meatos fistulosos do perineo, manchando e molhando a pelle

visinha que se apresenta então macerada e erythematosas.

A exploração directa da fistula, combinada com o catheterismo urethral, permite completar o diagnostico ou estabelecê-lo nos casos duvidosos.

As indicações geraes do tratamento das fistulas urethro-perineaes consiste em restabelecer a permeabilidade do canal e derivar para a urethra o curso da urina, modificar os trajectos anormaes e suscitar a sua cicatrização.

FISTULAS URETHRO-RECTAES — Na maioria dos casos estas fistulas resultam das lesões suppurativas ou das degenerencias neoplasicas que, occupando o espaço inter-urethro-rectal, tendem a arranjar uma dupla sahida para um e outro canal. As suppurações quentes e frias da prostata e da zona cellular peri-prostatica occupam, sob este ponto de vista, o primeiro logar: o pús d'um abcesso d'esta glandula póde, atravessando a sua parede posterior e a aponevrose prostatico-peritoneal, lançar-se no recto estabelecendo assim uma comunicação entre esta parte da urethra e o recto.

A sahida da urina pelo anus, a sahida de gases ou materiaes intestinaes pela urethra estabelecem, sem contestação, a exis-

tencia d'uma fistula urethro-rectal. A urina passando constantemente sobre a mucosa rectal determina a producção d'uma rectite de tal maneira dolorosa, que torna a defecação n'estes doentes um verdadeiro martyrio.

Estas fistulas são em geral muito difficéis de curar e, se ha casos simples e recentes em que se tem observado a cura passadas algumas semanas, póde dizer-se que esta terminação feliz é excepcional.

As indicações de tratamento são as mesmas que para toda a fistula urethral: afastar a urina do fóco e provocar a cicatrização d'este ultimo.

Tratamento dos apêtos

O fim ideal no tratamento dos apêtos de urethra é obter a restituição *ad integrum* do canal.

E' claro que este resultado só se pôde obter nos casos mais ligeiros, devendo contentarmo-nos, na maioria dos casos, em facilitar a micção ao doente e evitar-lhe os desgostos e os perigos das complicações que podem derivar do apêto.

Serão portanto considerados melhores methodos therapeuticos aquelles que, com menor perigo, conduzem rapidamente a este resultado, fixando-o por mais tempo.

A dilatação é o methodo geral, muitas vezes sufficiente, sempre inteiramente necessario nas outras intervenções, cujos effeitos operatorios ella conserva ou desenvolve. E' verdade que a dilatação não faz desapparecer os tecidos esclerosados, mas amollece-os e dá-lhes elasticidade, temporaria sem

duvida, mas muitas vezes sufficientemente longa para, com o auxilio de novas dilatações, largamente espaçadas, prolongar essa elasticidade quasi indefinidamente.

A dilatação comprehende duas variedades—permanente e temporaria.

DILATAÇÃO PERMANENTE—Este methodo de dilatação é principalmente indicado nos apêrtos muito estreitos, muito difficeis de vencer e para os quaes é preciso muita paciencia e vélas filiformes, sendo n'estes casos a persistencia d'estas no canal o preludivio da urethrotomia interna. Esta dilatação consiste em deixar e fixar no canal a véla que venceu o apêrto; o contacto da véla determina então nos tecidos esclerosados um amollecimento tal que não sómente a urina corre dentro em pouco com mais facilidade, mas ainda no fim de poucos dias é possivel substituir a véla por uma outra de calibre maior.

DILATAÇÃO TEMPORARIA (METHODO DE BENIQUE)—Consiste em introduzir vélas d'um calibre crescente, começando pelas que o apêrto admite sem difficuldade. Introduz-se quatro ou cinco a seguir umas ás outras, podendo a ultima ficar no fim de cada sessão durante meia hora no canal. Nas sessões

seguintes começa-se pelo ultimo numero da sessão antecedente, podendo completar-se a dilatação substituindo as vélas molles por vélas de estanho chamadas de Beniqué.

Todas as vezes que a dilatação é insufficiente, não restituindo ao canal sensivelmente o seu calibre normal; sempre que a introdução das vélas é dolorosa e provoca accessos de febre, a urethrotomia interna é indicada.

A URETHROTOMIA INTERNA — É uma operação que tem por fim cortar o canal de dentro para fóra, sendo portanto só applicavel, quando é possível introduzir-se um conductor na bexiga.

Quando isto se não pôde fazer, quando o apêrto é insuperavel recorre-se então á urethrotomia externa.

A urethrotomia interna é uma operação muito facil e o seu aparelho instrumental tambem muito simples, constando do urethrotomo, véla conductora e lamina.

A technica é a seguinte: introduz-se a véla conductora untada com vaselina, depois adapta-se o urethrotomo e em ultimo logar faz-se passar a lamina até á sua penetração na bexiga. Feito isto retira-se tudo e colloca-se uma sonda de borracha que deve permanecer na urethra durante 24 horas, findas

as quaes tambem é retirada. Depois d'isto deixa-se descançar o doente durante cinco ou seis dias e, no fim d'este tempo, póde então começar-se a fazer as dilatações com a sonda de Guyon.

Vistos assim rapidamente os casos em que é indicada a urethrotomia interna, vejamos agora aquelles em que ella o não é, mas sim a *urethrotomia externa*.

Esta operação convem a certos apêrtos traumaticos, sobretudo aos apêrtos invençiveis, aos complicados de abcessos e de tractos fistulosos.

Póde fazer-se esta operação sobre conductor ou sem conductor.

Quando se faz sobre conductor começa-se por collocar na urethra um conductor e, se não se póde, aparafusa-se sobre a véla-conductor, o fio conductor do urethrotomo Maisonneuve.

Esses instrumentos são destinados a servir de guia e permitem encontrar facilmente a urethra atravez dos tecidos, muitas vezes indurecidos do perineo.

Collocado o conductor metalico pratica-se sobre a linha médiana do perineo uma incisão de 6 a 8 centímetros e procura-se o conductor com o dedo introduzido na ferida; corta-se a parede inferior da urethra sobre conductor e prolonga-se a incisão de maneira

a ultrapassar para adiante e para traz o ponto apertado. Guiando-se pelo conductor, introduz-se na bexiga, pelo perineo, uma véla fina, sobre a qual se aparafusa a haste metalica do conductor de Maisonneuve; sobre esta haste faz-se penetrar na bexiga uma sonda com a ponta cortada, cujo pavilhão sahe n'este momento pela ferida perineal. Introduz-se então pelo meato uma véla conica, cuja extremidade ponteaguda vem sahir ao perineo e colloca-se esta extremidade no interior do pavilhão da sonda com extremidade cortada.

Não resta mais do que tirar a véla pelo meato para arrastar com ella a extremidade periferica da sonda, cuja extremidade central já está na bexiga.

URETHROTOMIA EXTERNA SEM CONDUCTOR
— Quando se não pôde passar um conductor atravez do apêrto, começa-se por introduzir pelo meato até ao ponto apertado um instrumento metalico bastante grosso para ser facilmente sentido no perineo: uma véla Beniqué.

Pratica-se em seguida uma longa incisão perineal que deve ir das bolsas até um centimetro adeante do anus; seccionam-se as partes molles, sobre a linha mediana, procura-se o instrumento e, quando sobre

elle, secciona-se a parede inferior da urethra para deante do apêrto. Colloca-se então sobre cada um dos dois lados da ferida urethral um fio de sêda que servirá para afastar a ferida. Procura-se em seguida com o estylete botonado ou velas filiformes o orificio do apêrto, guiado pela parede superior da urethra que está intacta.

Se não se pôde encontrar o orificio, o melhor é seccionar francamente o apêrto e chegar até a aponevrose media do perineo; procura-se então, apalpando, por cima do ligamento sub-pubico, o orificio da extremidade posterior. Esta tentativa dá algumas vezes resultado, todavia ha casos em que a extremidade posterior da urethra se esconde de tal maneira que é impossivel encontrá-la.

Resta-nos n'este caso um unico recurso para reconstituir a urethra, é o — catheterismo retrogrado.

A manobra é simples e consiste em praticar a talha hypogastrica longitudinal, fazendo uma curta incisão na bexiga; introduz-se em seguida pelo cóllo um instrumento metalico que vem fazer saliencia na ferida perineal e desde então é facil terminar a operação como na urethrotomia externa sobre conductor.

Depois d'isto tudo feito, sutura-se a be-

xiga, deixa-se uma sonda de permanencia na urethra, espera-se que a cicatrização se dê e, quando esta ultima está terminada, a urethra acha-se reconstituída.

Com estas considerações que acabamos de fazer sobre apêrtos urethraes concluímos a primeira parte do nosso trabalho. Vamos agora apresentar um caso observado nos primeiros mezes do anno escolar na enfermaria de clinica cirurgica, deixando aqui bem patente o nosso reconhecimento ao condiscipulo amigo Assumpção Velho, então servindo de chefe de clinica cirurgica, pelos valiosos elementos que nos forneceu para a elaboração do relatorio que se segue.

Observação

C. A. F., 44 annos, casado, jornaleiro agrícola, natural de Tahlde, Bragança, occupa na sala de S. Paulo, enfermaria n.º 5, a cama n.º 3.

EXAME OBJECTIVO—Individuo robusto, de torax desenvolvido, *plastron* esternal de systema piloso exhuberante, musculos peitoraes notaveis.

Nada se nota de extraordinario a não ser nas regiões genital externa e nadegueira. O penis, extremamente pequeno, apresenta-se quasi reduzido á glande e, por debaixo d'esta, encontra-se reunido todo o prepucio apresentando o seu aspecto habitual, dando a ideia d'um segundo penis appenso e subjacente á glande. Esta encontra-se quasi collada á parede abdominal, na posição de erecção, o meato voltado para cima, não se achando congestionada.

Junto á linha inguinal direita encontra-se uma crista ligeiramente saliente, perdida por entre os pellos do pubis com o aspecto de tecido cicatricial; esta crista apresenta-se humedecida e, no dizer do doente, transuda alguma serosidade.

Em direcção á linha inguinal esquerda acha-se outra producção esclerosa linear, mas esta absolutamente secca. Na nadega esquerda, junto ao sulco internadegueiro e no seu terço inferior, nota-se uma tumefacção bosselada, vermelha, dolorosa, com uns orificios punctiformes marcados pelo deposito de serosidade sanguinolenta coagulada.

HISTORIA DA LESÃO — Ha cerca de cinco mezes este doente, que por esse tempo se encontrava na sua terra, recolheu á cama, queixando-se de fortes dores por todo o corpo, mas principalmente pelo peito e braços, tendo febre.

Já ha alguns dias se queixava de anorexia, dores pelo corpo e canção, attribuindo isto a uma forte coryza aggravada por um esforço violento que fizera afim de erguer ao ar um tronco de castanheiro muito pesado.

Uma vez na cama, mandou chamar dois curandeiros os quaes lhe ministraram uma infinidade de drogas, entre ellas duas a que

o doente dá o nome de *purgas* e que não lhe produziram effeito algum parecido com o effeito habitual dos medicamentos purgativos.

Em compensação, conta o doente que, logo depois da ingestão d'essas *purgas*, toda a parede anterior do tronco a partir da linha bimamillar até ao baixo ventre, e as côxas, lhe começaram a inchar extraordinariamente, tornando-se muito dolorosas á mais ligeira pressão; por esta occasião o penis e bolsas cedemaciaram-se enormemente a ponto que o doente se viu obrigado a soerguer os testiculos com um lenço.

Em presença d'isto e entregando-se ainda aos cuidados de individuos não diplomados, consentiu que lhe collocassem sobre a região publica cataplasmas de linhaça, levantadas as quaes lhe collocaram sobre a mencionada região uma espessa camada de folhas de *bella-lucia* (?) passadas por brasas e untadas em azeite; esta applicação deu em resultado ulcerar-se-lhe e necrosar-se-lhe toda a pelle da região, seccionando-lhe assim toda a raiz do prepucio e as visinhanças das pregas das virilhas.

D'aqui resultou o seguinte: o prepucio ficou perfurado na sua raiz originando uma especie de annel atravez do qual passou a glande, ficando esta a occupar a parte dor-

sal do penis e o prepucio juntou-se ao pé do freio, cicatrizou e ficou formando uma especie de côto adherente áquelle, sem comtudo perder a fórma do limbo.

Este estado prolongou-se por quasi dois mezes, durante os quaes esteve em estado quasi continuo de delirio, com perda de conhecimento, apenas com ligeiros intervallos. Num d'estes intervallos chamou um medico, o qual só passados seis ou sete dias o examinou; este facultativo excisou, á thesoura, transversalmente, toda a porção necrosada da raiz do penis, que no dizer do doente pesava alguns kilos; em seguida, comprimindo toda a parede inferior do tronco, fez sahir pela abertura inferior muito pús e sangue, tudo extremamente fetido. Depois d'isto lavou-lhe largamente todo esse extenso fóco subcutaneo; tentou a seguir fazer-lhe o catheterismo urethral, mas infructiferamente; por esta occasião o medico fez um prognostico muito sombrio, dando apenas cinco dias de vida ao doente.

A seguir a este tratamento o estado do doente foi melhorando, á medida que o pús se ia evacuando, mas então começou-lhe a apparecer uma tumefacção muito dolorosa na nadega esquerda, junto ao perineo; foi tratado com papas de linhaça, mas não veio á suppuração; em razão d'isto o doente por

conselho do medico, applicou sanguesugas, mas nem sequer conseguiu diminuir a tumefacção.

Este estado durou perto d'um mez, ao fim do qual o doente diz que principiou a reparar que lhe sahia urina pelos orificios de prêza das sanguesugas que applicara, assim como pela secção transversal do pubis, ainda não cicatrizada. Continuou ainda durante um mez este estado, entregando-se o doente aos seus affazeres de campo, embora com grande sacrificio e difficuldade.

No fim d'este segundo mez foi a Bragança consultar um medico, o qual lhe disse que tinha de vir para o Porto tratar-se, porque só aqui poderia curar-se. Esteve ainda perto d'um mez na terra sem outro curativo que não fossem lavagens locaes com agua borica. No fim d'esse mez veio para o Porto, indo para casa d'uma pessoa de familia; foi todos os dias ao hospital, durante uns quinze dias; receitaram-lhe uma agua branca (agua vegeto mineral?) e uma pomada branca.

Depois d'esses quinze dias recolheu ao hospital, para onde entrou no dia 11 de novembro de 1906.

Examinado n'essa occasião, notou-se que o doente se queixava de intensas dôres ao longo do cordão espermatico esquerdo, na

sua porção inferior; o jacto urinario era ar-
ciforme, devido á posição forçada da parte
peniana da urethra e as micções acompa-
nhavam-se de dôres. O fóco inflammatorio
nadegueiro não é intensamente doloroso,
embora incommode o doente.

ANTECEDENTES PESSOAS—Não teve doen-
ça alguma nem durante a infancia nem na
adolescencia. Aos 23 annos soffreu uma fra-
ctura do terço inferior da perna, accidente
de que se curou sem difficuldade. Aos 27
annos teve uns tres ou quatro accessos de
sezonismo, endemia da sua terra natal; por
vezes tem tido coryzas e ligeiras bronchites
que o impossibilitam de trabalhar, apenas
um dia ou dois.

Ha uns dois annos principiou a sentir
dôres ao urinar, dôres agudas e passageiras,
localisadas no meato; isso não o incommo-
dava e muito em breve desapareceram ex-
pontaneamente, não voltando a produzir-se.

Algum tempo antes de, ha cinco mezes,
recolher á cama, estando entregue ao ser-
viço de partir lenha com um machado, acon-
teceu que este escapou-se-lhe das mãos, indo
o cabo bater-lhe com violencia na região
perineal; a dôr foi intensa, obrigando-o a
largar immediatamente o serviço em que se
occupava; mas como não se produziu con-

tusão alguma externa, nem solução de continuidade visível e como a dôr fosse diminuindo pelo repouso, no dia seguinte retomou os seus affazeres, não dando importancia ao succedido; de resto nenhum incommodo se manifestou, resultante de tal acontecimento; simplesmente notou que d'ahi em diante o jacto da urina que até alli era grosso e forte, passou a tornar-se delgado e fraco: dir-se-ia que urinava menos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS—Tem o pae vivo e é muito saudavel; a mãe morreu aos 69 annos, de uma doença que o doente não sabe definir, mas que parece ser infecciosa; d'esta mesma doença esteve atacada uma irmã do doente que d'ella escapou, vindo mais tarde a fallecer d'um parto. Tem cinco irmãos vivos, todos fortes e saudaveis e uma filha de uns 18 annos de idade, egualmente robusta; não teve mais filhos.

DIAGNOSTICO—Segundo as melhores probabilidades, o ponto inicial de todo este complexo clinico encontra-se no traumatismo que o doente soffreu no perineo, motivado pelo machado que se lhe soltou das mãos, quando partia lenha.

A urethra membranosa foi lesada, mas não seccionada; em seguida cicatrizou, ori-

ginando um apêrto (jacto urinario delgado). Passam dias e quer pelos esforços que o doente dispendia quotidianamente no seu trabalho, quer pelo tal esforço violento com o erguer do castanheiro, a urethra distende-se-lhe acima do apêrto, a urina accumulou-se e principiou uma infiltração urinosa, lenta mas continua.

Deram-se circumstancias favoraveis ao enfraquecimento organico e que adjuvaram a infecção urinosa que se estava produzindo — bronchite ou coryza (dores pelo peito, anorexia, canção, etc.) Aparecem os curandeiros e fornecem-lhe qualquer droga que faz estalar a febre urinosa com o seu delirio; forma-se o grande phlegmão da parede thoraco-abdominal que é aberto e esvasiado; o abcesso nadegueiro que resta, é ainda o resultado da infiltração d'urina. A cicatrização das secções pubicas operatorias repuxa a glande e dá-lhe a fórma actual; os corpos cavernosos, pela posição forçada, prolongam-se nas bolsas e acabam por se atrophiar: o doente está positivamente sem penis.

MARCHA CLINICA — Emquanto não é marcado o dia da intervenção cirurgica, mantem-se a conveniente antisepsia local: penso

humido de sublimado no abcesso nadegueiro, penso secco na raiz do penis.

Dia 17 — Em vista das dores que atormentam o doente, ligeiras de dia mas pronunciadas durante a noute, não lhe permitindo o somno, applicou-se-lhe ao fim da tarde, uma cataplasma laudanizada sobre o abcesso nadegueiro, a qual fica toda a noute.

Dia 18 — O doente passou bem a noute, dormindo; resolve-se applicar a cataplasma dia sim, dia não, á noite. Não tem hyperthermia.

Dia 19 — Tenta-se fazer a sondagem do canal urethral com as mais finas vélas, quer entortando uma em bayoneta quer encurvando outra em helice; nenhuma consegue atravessar o canal que se verifica estar apertado em mais d'um ponto; esta mesma sondagem, aproveitando uma micção, é egualmente infructifera.

Dia 21 — Repetem-se as manobras da sondagem urethral; são introduzidas inutilmente tres vélas; resultado nullo.

Dia 26 — Consegue-se fazer passar uma véla muito fina atravez dos apertos; essa véla fica na urethra até ao dia seguinte, marcado para operação.

TRATAMENTO — A operação feita a 27 de Novembro, consistiu no seguinte: A véla

que havia ficado desde o dia 26, havia dilatado por amolecimento os apêrtos e isso permittiu que se mettessem vélas successivamente mais grossas e depois d'estas uma algalia, que ficou permanente. Na pelle da região hypogastrica existia uma pequena fistula que resumava pús; foi aberta e incisado largamente o pequeno fóco purulento supra-pubico. Do mesmo modo foi aberto e curetado o abcesso nadegueiro.

Dia 28 — Levantou-se o penso; nada de suppuração; fez-se o curativo e introduziu-se algalia um pouco mais grossa.

Dia 5 de Dezembro — Tirada a algalia, foram introduzidos os Beniqué 27, 29 e 31. Novamente introduzida uma algalia. O doente não tem febre, conserva o appetite e só se queixa das dôres consecutivas á entrada forçada dos Beniqué.

Dia 8 — Introducção dos Beniqué de 25 a 35.

Dias 10 e 11 — Introducção dos Beniqué até 40.

Dia 13 — Introducção dos Beniqué até 44 (ultimo numero).

Dia 18 — Depois d'um descanso de quatro dias, tentou fazer-se nova introducção dos Beniqué 40 e 44, mas nenhum entrou, nem mesmo dos numeros inferiores; com o prolongado descanso, estreitava-se o canal.

Dia 26—Depois de varias tentativas infructiferas de dilatação, nos dias antecedentes, fez-se a urethrotomia interna e introduziu-se uma algalia n.º 11.

Dia 28—Introdução algum tanto custosa (pela pequenez do penis) dos Beniqué 25 a 35.

Dia 2 de janeiro—Introdução dos Beniqué até 40; em virtude da difficuldade na introdução dos Beniqué, fez-se o toque rectal e reconheceu-se haver uma hypertrophia do lobo esquerdo da prostata; este obstaculo junto ao da pequenez do penis impede a introdução rapida dos dilatadores.

Dia 8—Tem sido feita durante estes dias a dilatação lenta da urethra por meio dos ultimos numeros dos Beniqué, os quaes entram com facilidade; o doente não se queixa de dôres senão quando, ao introduzir-se a algalia, o bico d'esta passa ao nivel da porção prostatica da urethra; n'estes momentos surge pús no meato e a quantidade d'esse pús augmenta pela pressão feita na prostata, por occasião do toque rectal. E' evidente que existe uma urethrite prostatica.

Dia 9—O doente queixou-se de que, pela manhã, ao urinar, reparava que sahira urina pelo orificio do antigo abcesso nadegueiro que ainda não cicatrizou. Lavou-se-lhe a

bexiga; depois introduziu-se-lhe agua e retirou-se a algalia; effectivamente a agua repuxou pelo citado orificio; a antiga fistula urethro-cutanea persiste, pois. Não se tem notado no doente nem pyrexia, nem anorexia.

Dia 10—Afim de desinfectar bem a bexiga e por consequencia tornar a urina menos irritante para a fistula urethro-cutanea, principiam a ser applicadas lavagens abundantes á bexiga com um soluto de oxicyaneto de mercurio a $\frac{1}{10000}$; espera-se assim promover a cicatrização da fistula.

Dia 26—Desappareceu inteiramente a urethrite prostatica, visto que já não apparece pús no meato; mas a fistula urethro-perineal persiste, em virtude de um nodulo de tecido escleroso que se formou á volta d'ella e que impede a sua oclusão. Decide-se incisar esse nodulo. A urethra suppõe-se já bem calibrada, pois que os Beniqué entram sem a minima difficuldade e sem causarem dôr; a algalia permanece.

Dia 30—Procedendo-se a excisão do nodulo, onde primitivamente se encontrava o abcesso nadegueiro (aberto e curetado a 27 de Novembro), foi completamente enucleado á thesoura; em seguida foi convenientemente suturada a excavação que ficou, com duas ordens de suturas: profunda

(urethral) e superficial cutanea; a hemorragia foi minima.

N'esta mesma occasião se normalisou mais ou menos o aspecto do penis que ainda continuava com o appendice prepucial. Este ultimo foi incisado longitudinalmente, um pouco dissecado de modo a desdobrar-se em dois folhetos os quaes foram depois conduzidos, d'um lado e d'outro, por sobre o penis e suturados conjuntamente e á pelle da raiz do orgão; o resultado d'esta especie d'autoplastia é mais ou menos bom sob o ponto de vista da esthetica.

Dia 3 de Fevereiro—Como o doente se queixasse de dôres na bexiga e de querer urinar sem poder, desfez-se-lhe o penso e tirou-se-lhe a algalia. Observamos o seguinte: a algalia estava destruida por pús secco, o que impedia a urina de sahir; a sutura do perineo estava em bom estado, mas os pontos das suturas do prepucio á parede abdominal tinham cedido fazendo afastar os bordos da ferida; o prepucio encontrava-se edemaciado.

Dia 6—Cortamos os pontos das suturas prepucial e perineal; n'esta ultima região não havia suppuração, mas, nas incisões da base do penis, havia alguma, embora pouco importante. Penso secco; continua a algalia.

Dia 22—Encontramos o doente com

bom aspecto e satisfeito; é-lhe retirada a algalia ás 12,30 horas da tarde; a passagem das primeiras urinas é um pouco penosa, mas á noite já urina bem sem sentir ardor na urethra. A ferida operatoria do perineo está completamente curada; a ferida do prepucio ainda não fechou de todo, principalmente na parte inferior, junto á base da glande.

Dia 23 — Permittiu-se ao doente alguns passeios pela enfermaria, visto que tenciona pedir alta no dia 25. Effectivamente sahiu n'este ultimo dia completamente curado.

O doente foi aconselhado a adquirir uma véla Porgés n.º 18 com a qual deve fazer catheterismos urethraes de tres em tres dias, durante dois mezes.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A curvatura lateral da columna vertebral não é devida á presença da aorta.

Physiologia — Na physiologia da digestão, o duodeno tem uma importancia muito superior á do estomago.

Pathologia geral — E' impropria a designação de abcesso metastatico.

Anatomia pathologica — A diapedése é um phenomeno activo.

Pathologia externa — A massagem intra-urethral é a parte mais importante dos apêrtos de urethra.

Materia medica — A diurese medicamentosa, nas doenças infecciosas, tem o valor d'uma lavagem do sangue.

Medicina operatoria — Sempre que me seja possível, substituirei nas minhas intervenções o bisturi pela thesoura.

Hygiene — A rega das ruas com aguas inquinadas é um crime hygienico.

Pathologia interna — Ha casos de croup em que a tracheotomia é totalmente inutil.

Obstetricia — As hemorragias mais graves da prenhez são as que se observam em casos de placenta prévia.

Medicina legal — A presença de ecchimose retropharingea, é o melhor signal de asphyxia por enforcamento.

Visto.

O presidente,

Souza Junior.

Pode imprimir-se.

O director,

Moraes Caldas.