

1179

1904

Joaquim Machado da Silva

N.º 2

UM CASO CLINICO

DE

Fistulas urethro-perineo-scrotaes

BREVES CONSIDERAÇÕES



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto

(JULHO DE 1904)



IMPRENSA SOCIAL

Secção da Casa do Povo Portuense

Rua do Almada, 641

1904

120/2 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

José Alfredo Mendes de Magalhães

*

CORPO CATHEDRATICO

Lentes Cathedrativos

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	Antonio Joaquim de Moraes Caldas
5.ª CADEIRA—Medicina operatoria	Clemente J. dos Santos Pinto.
6.ª CADEIRA—Partos, doenças 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 normal	José Alfredo Mendes de Magalhães
15.ª CADEIRA—Anatomia topographica Pharmacia	Carlos Alberto de Lima. Nuno Freire Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica.	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica.	Vaga.
Secção cirurgica	Vaga.
Secção cirurgica	Antonio Joaquim de Souza Junior.
Secção cirurgica	Vaga.

Lente demonstrador

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

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

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



À MEMORIA

DE

Minha Santa Mãe

*A fé que me soubestes inculcar no
espírito, faz-me crer que, do céu, es-
taes assistindo á coroação dos vossos
esforços.*

À memoria de minha avó paterna

Saudade.



A meu Pae

*Este trabalho é exclusivamente vosso.
E, dos vossos sacrificios, um trabalho
pobre e modesto.*

Para que o vosso prazer fosse a felicidade de ver que o vosso filho correspondeu ao incomparavel esforço que por elle fizestes, desejaria offerecer-vos um trabalho melhor, mesmo bom.

Não o consegui, mas se a ventura compensa, estou certo de que, com o prazer de hoje, vos julgareis compensado de tudo.

Quem não julga sufficiente esta retribuição, é o coração do vosso filho

Joaquim.

A meu irmão João

Em ti, tenho achado: como preceptor-tutor, o mais affectuoso dos amigos; como amigo, o mais dedicado dos irmãos; como irmão, o mais terno e amoroso dos pais.

És o anjo bom que sempre me tem auxiliado no mais arriscado da viagem que venho fazendo, atravez da vida.

O meu reconhecimento, grande que seja, será sómente a significação do que te devo.

A minha irmã Anna

*Contribuiste para a aplanção
do caminho que devia conduzir-me
ao dia d'hoje.*

O meu reconhecimento.

A minha irmã Maria

*Não esquecerei que bem cedo
ficaste sem mãe.*

A MEUS IRMÃOS

Antonio, José, Luiz e Manoel

A vida é uma sequencia de
luctas—tarde se acaba uma para
cedo se travar outra.

N'esse eterno combate, encon-
trareis sempre um auxilio no bra-
ço amigo do vosso irmão

Joaquim.

AOS MEUS PARENTES

Um abraço.

À EX.^{ma} SNR.^a

D. Idalina Alzira Pereira da Costa

Nem sómente o que por mim
fizestes, durante a mais grave
das minhas doenças, firma o di-
reito que tens ao meu reco-
nhecimento.

A' familia Alreu

das casas de Villa Pouca e Pestello

Gratidão.

Aos meus mais intimos amigos

e em especial aos Ex.^{mos} Srs.

Francisco Joaquim Marques d'Abreu

Abbade José Maria Pereira

Padre Agostinho Antunes da Silva

José d'Azevedo Leite

José Faria da Cruz

Não olvidarei a vossa amizade.

Um abraço.

Aos meus condiscipulos

e em particular

Alfredo A. da S. Ferreira Coimbra
Eduardo Fernandes Baptista Vieira
Jayme A. de Castro Moraes
Antonio Joaquim Pereira da Silva
H. José da Silva Tavares
Julio Cesar da Fontoura Madureira Guedes
Antonio Teixeira Ribas Junior

Aos meus antigos companheiros de casa

Dr. Manoel Evangelista da Silva
Dr. Joaquim Dias de Sá
Manoel Joaquim Gonçalves
Eurico Taxa Ribeiro

Um abraço.

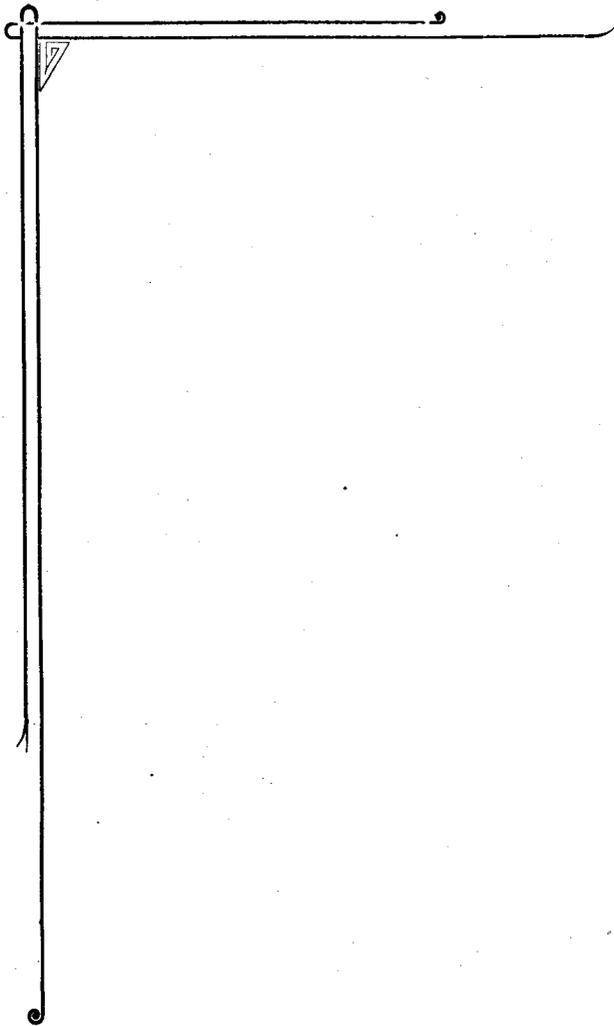
AO MEU PRESIDENTE DE THESE

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

Dr. Allydio Ayres Pereira do Valle

A longa carreira d'ensino significa o Vosso talento e vastissimo saber.

Homenagem.



PALAVRAS PREVIAS

E' difficillimo transpôr os obstaculos, vencer os estorvos com que nos debatemos ao fazer um estudo que, reproduzido nas paginas de um pequeno livro impresso, nos dê o salvo-conducto para a vida pratica, depois de approved pelo Ex.^{mo} Jury que tem de apreciar-o.

E é difficil, não só porque para a elaboração d'um tal trabalho, é pequenissima a bagagem scientifica que temos adquirido e de que podemos dispôr, mas tambem porque, no curto praso d'um anno, aliás demasiado trabalhoso, poucos dados d'observação podemos colher para um exercicio pratico, como deve ser o d'uma these.

D'entre os casos que nos foram distribuidos durante o anno de clinica hospitalar, diligenciamos obter um que melhor podesse satisfazer ao nosso desejo.

Teríamos assim ensejo de, sem prejuizo, alliar os deveres escolares, á necessidade de um trabalho ultimo.

Dos poucos casos de que tivemos a ventura de ser encarregados, escolhemos o que se nos afigurou melhor.

Se o foi, ignoramol-o. Sabemos tão sómente que não correspondeu á nossa expectativa.

Porém, quando o reconhecemos era demasia-
do tarde para recuar. Retroceder e tomar outro assumpto, seria, por escassez de tempo, o mesmo que produzir um trabalho ainda peor que este; desistir de, n'esta epocha, o submeter á Vossa sabia apreciação, seria acarretar para nós mais um periodo de difficuldades, que a nossa me-
lindrosa situação nos não permite.

Nunca tivemos a velleidade da originalidade ou a pretensão de produzir um trabalho bom, mas desejaríamos offerecer o inicio ou encetar um estudo que podesse ser continuado e versado por quem tivesse mais competencia que nós.

Não o conseguimos, mas temos a consolação intima de havermos trabalhado, tanto quanto possivel, para tirarmos o que houvesse de bom no caso que seguimos com o melhor dos cuidados.

Fomos infelizes, erramos na escolha, mas porque nos não foi possível retroceder, vimos sujeitar á Vossa benevola apreciação um trabalho que nada tem de scientifico, pouco de experimental, tudo de modesto e nada de litterario, mas que traz em si a crença de que sereis benevolentes em julgal-o.

Vós, Ex.^{mo} Jury, melhor que ninguem, sabeis que os nossos diminutos conhecimentos, não chegam para quaesquer devaneios scientificos de nossa lavra, nem a frequencia hospitalar nos fornece dados seguros d'observação pratica para um trabalho util.

A' falta, pois, de merecimento, generosidade e benevolencia, eis o que pedimos para o nosso trabalho.

Definição — Plano d'exposição

Entendemos por fistulas urethro-perineo-scrotas — os trajectos accidentaes, em forma de canal, que, abrindo d'um lado na urethra e d'outro no perineo e no scroto, dão passagem a productos de secreção morbida e a liquidos que atravessam normalmente o canal urethral.

Tomando o nosso caso como base de estudo, apresentaremos uma descripção especial em cada capitulo, não deixando, comtudo, de nos referirmos, tão resumidamente quanto possivel, á generalidade.

Principiaremos por dar, a titulo de preliminar em capitulo especial, uma ideia da anatomia do perineo e da urethra; seguidamente apresentaremos o caso, tal como o recebemos no serviço hospitalar, descrevendo depois, em quatro pequenos capitulos, a etiologia e pathogenia, anatomia pathologica, symptomas, diagnostico e prognostico, marcha e tratamento.

ANATOMIA

Perineo

Chama-se perineo ao conjuncto de partes molles de que é formada a face inferior da cavidade pelvica. Esta região é dividida por uma linha ficticia que vae d'um ischion a outro, em duas partes: anterior e posterior.

A primeira está em relação com as vias urina-rias, e porque só ella nos interessa, será a unica que descreveremos.

Tem a forma triangular; o seu vertice, dirigido para diante e para cima, corresponde á symphise publica; a sua base, voltada para baixo e para traz, confunde-se com a linha bi-ischiatica; aos lados, tem por limites os ramos ascendentes do ischion e descendentes do pubis.

Acharemos, ao corte, da superficie para a profundidade:

- 1.º Pelle, pouco espessa, adelgaçando-se de diante para traz, continuando-se, insensivelmente,

com a mucosa rectal, e apresentando na parte media uma saliencia em forma de fita, chamada raphe.

2.º Uma camada de tecido cellular, sub-dividida em duas laminas sobrepostas e separadas por grande quantidade de gordura, em cuja espessura caminha a arteria perineal superficial com o respectivo nervo.

3.º A aponevrose perineal superficial, de forma triangular.

Esta aponevrosé continua-se, adiante com a bainha fibrosa da verga; atraz, reflectindo-se de baixo para cima, com o folheto inferior da aponevrose media; lateralmente, insere-se ao labio anterior da arcada publica.

4.º Loja perineal inferior, limitada, em baixo pela aponevrose superficial; aos lados, pela face interna dos ramos ascendentes do ischion e descendentes do pubis; atraz, pela reunião da expansão da aponevrose superficial com o folheto inferior da aponevrose media; finalmente, em cima, por este folheto, continuando-se, adiante, com a bainha fibrosa da verga.

N'esta cavidade estão alojados o bolbo no meio, a raiz dos corpos cavernosos aos lados, e atraz os musculos transversos superficiaes.

5.º Aponevrose media do perineo, ligamento de Carcassone, ligamento suspensor da urethra, tendo a forma triangular e um centimetro d'espessura; apresenta, no centro, um orificio por

onde passa a urethra e é formado por dois folhetos—superior ou profundo e inferior ou superficial—separados por uma camada muscular.

Esta camada é constituída por um unico musculo—musculo de Guthrie—cujas fibras, da urethra, como ponto de partida, se irradiam em todos os sentidos, para se inserirem á face interna dos ramos ischio-pubicos.

Na essencia, é este plano aponevrotico que constitue, por sua extensão e resistencia, o pavimento ou face inferior da bacia.

O folheto inferior ou superficial corresponde adiante, por seu vertice, ao ligamento sub-pubico; atraz, a base reflecte-se para baixo, tapeta o bordo posterior dos musculos transversos superficiaes, e continua-se com a aponevrose perineal superficial; aos lados insere-se aos ramos da arcada pubica.

Formando a face superior da loja inferior, este folheto cobre todos os orgãos n'ella contidos.

O folheto superior tem a mesma disposição e identicas inserções, excepto atraz, onde, ao contrario do folheto inferior, se dirige para cima, insinua-se entre a prostata e o recto, continuando-se com a aponevrose prostato-peritoneal que, a seu turno, termina no fundo de sacco que separa a bexiga do recto. Alem da camada muscular, na espessura dos dois folhetos, estão contidas as glandulas de Mery e de Cowper, de que fallaremos a proposito da estructura urethral, e a arteria

vergonhosa interna, que costeando o ramo ischio-pubico, dá origem á arteria bolbosa.

6.º Loja perineal superior — é um espaço comprehendido entre o folheto superior da aponevrose media, e a aponevrose superior. Esta loja é subdividida em tres espaços ou pequenas lojas secundarias, por expansões aponevroticas verticaes, dirigidas antero-posteriormente.

Estas laminas ou aponevroses pubio-rectaes são dois planos fibrosos collocados verticalmente d'um e d'outro lado da prostata.

São quadrilateras, e apoiam-se, adiante, á face posterior do pubis; em baixo, á face superior do folheto profundo da aponevrose media, continuando-se atraz aos lados do recto; e em cima com o fascia pelvia.

A prostata é envolvida por uma serie de planos fibrosos que lhe formam uma especie de cavidade ou loja, chamada loja prostatica. Este espaço é limitado adiante e em cima, pelos ligamentos anteriores da bexiga, que, recobrando-a se fixam ao pubis; adiante pela face posterior do pubis; em baixo pelo folheto superior da aponevrose media; aos lados pelas aponevroses pubio-rectaes; finalmente, atraz, pelo prolongamento do folheto superior da aponevrose media ou aponevrose prostato-peritoneal.

N'esta loja, alem da prostata e da urethra, estão contidos o musculo de Wilson e tres plexos venosos, um anterior e dois lateraes.

7.º Fascia pelvia que se insere sobre o recto e sobre a aponevrose lateral da prostata.

8.º Uma camada de tecido cellulo-gorduroso infra-peritoneal.

Urethra

A urethra do homem não é um canal unicamente excretor da urina, como succede na da mulher.

Se da bexiga ao utriculo prostatico, a urethra serve exclusivamente á excreção urinaria, outro tanto se não dá no resto do conducto.

Toda a parte anterior ao utriculo, é percorrida pela urina e pelo sperma. Varias questões teem sido postas, a proposito dos limites terminaes da urethra.

Para Quéñü, este canal tem origem na parte antero-inferior da bexiga, e abre-se, no exterior, por um orificio, chamado meato, situado na extremidade do penis.

Para Sappey a urethra principia no trajecto da perpendicular baixada sobre a symphise, a uma distancia de tres centimetros, isto é, na abertura anterior do collo da bexiga, que está situada no prolongamento da horisontal que corta a symphise no ponto d'união dos seus dois terços superiores com o terço inferior.

Partida d'esta altura, dirige-se para diante e

para baixo até ao ponto em que cruza o eixo da symphise, distando do bordo inferior d'esta articulação dois centímetros aproximadamente. Ao nível, pois, da arcada publica a urethra apresenta o maximo d'abaixamento, visto que d'este ponto, incurvando-se, se dirige para cima até á altura do ponto de inicio, quinze millímetros adiante da articulação publica.

D'ahi em diante a urethra não tem mais uma direcção definida, pois que se póde fazer variar á vontade e em todos os sentidos, dirigindo-se, todavia, para baixo durante o repouso ou flacidez do penis.

O canal urethral, que no estado de erecção do penis apresenta uma incurvação fixa e posterior ao pubis, soffre duas curvaturas no estado de relaxamento e queda natural da verga.

A curvatura posterior, fixa, de concavidade antero-superior, póde determinar-se por tres pontos de referencia: collo vesical, o ponto mais declive, e o logar d'inserção do ligamento suspensor da verga, sendo o primeiro e o ultimo as extremidades d'esta parte ou curva immovel.

A incurvação anterior, de concavidade inferior, apaga-se tão facil e naturalmente, que o clinico não entra em linha de conta com ella.

Em clinica existe tão sómente uma curvatura urethral, ácerca da qual, as opiniões se teem dividido e as ideias multiplicado mui diversamente.

Segundo Malgaigne, Blandin e Velpeau a ure-

thra apresenta uma grande curvatura. Ao contrario, para Amussat, este canal é rectilineo.

O catheterismo rectilineo que este auctor propoz, embora seja possivel, em rigor, não está em harmonia com a fórma anatomica do canal. Com effeito, se, até certo ponto, póde ser diminuida a curvatura, o ligamento de Carcassone, aponevrose resistente e solidamente fixa aos ramos ischio-pubicos, não permite que de todo se apague.

Quénû demonstrou que a parte fixa da urethra, desce tres a quatro centimetros desde a sua origem ao ponto mais declive e sobe um centimetro desde ahi ao ligamento suspensor da verga, descrevendo, n'este trajecto, um arco de circulo que tem tres centimetros de raio no adulto e seis no velho.

Como, porém, o ligamento suspensor, tem elasticidade bastante para permittir o abaixamento de um centimetro, conclue Quénû que é possivel, na verdade, introduzir na bexiga um instrumento quasi recto.

Levado por este facto, Guyon divide a urethra em anterior, tendo por limite a aponevrose media do perineo (ponto perfurado), e urethra posterior que principia ahi e termina na bexiga.

Subdivide a parte anterior em quatro regiões: navicular, correspondendo á glande; peniana propriamente dita, que vae desde a raiz da glande ao scroto; scrotal, comprehendida na travessia do scroto; e perineo-bulbar, desde a terminação ou limite posterior do scroto á aponevrose media.

O comprimento da urethra varia d'individuo para individuo, e até no mesmo individuo, essa dimensão póde augmentar á custa da porção prostatica, segundo uns, ou da região peniana, segundo outros. Malgaigne, Richet e Sappey, depois d'observações repetidas, concluem, em face dos resultados obtidos, que a urethra tem quinze a dezeseite centimetros de comprimento.

Para Tillaux o canal teria um comprimento variavel desde quatorze a vinte e quatro centimetros.

Segundo varios auctores as suas dimensões variam entre os limites de treze e trinta e cinco centimetros.

O calibre do canal excretor da urina é tão variavel e difficil de determinar, que Malgaigne diz: «La question du calibre de l'urethre est une des plus ardues que presente l'anatomie.»

No estado de repouso o canal urethral apaga-se, ficando reduzido a uma fenda vertical ou transversal, conforme os pontos sobre que incida o corte.

No estado d'actividade as paredes desencostam-se formando um canal cujo calibre não é uniforme, isto é, apresenta tres estreitamentos — meato, collo do bolbo e collo vesical — e tres dilatações — fossa navicular, fundo de sacco do bolbo e porção prostatica.

Guyon affirma que estas dilatações são cavadas á custa da parede inferior, passando a parede

superior, á maneira de ponte, sobre as anfractuosi-
dades deixadas pela parede inferior.

Para facilidade de estudo e limite de narração,
dividiremos a urethra em tres porções: prostatica
ou glandular, membranosa ou muscular e espon-
josa ou erectil.

Porque é sobre a região membranosa que in-
cidem e se concentram as lesões sobre que nos
propomos escrever, limitaremos o nosso estudo
anatomico á sua descripção.

Tem um comprimento de um e meio centime-
tro, invariavel do adulto ao velho, estende-se do
vertice da prostata ao collo do bolbo, formando
com o recto e a pelle um espaço triangular de
base inferior, cutanea. Tem a fórma cylindrica e
corresponde á parte mais declive da urethra, tendo
por limite anterior um ponto situado dois centi-
metros abaixo da symphise, no prolongamento do
eixo da articulação. Sómente a parte antero-infe-
rior da região está comprehendida no ligamento
de Carcassone, o que fez com que Quenú a sub-
dividisse em dois segmentos: um supra-ligamen-
toso, em relação, atraz, com a aponevrose pros-
tato-peritoneal e adiante com o plexo de Santorini
e o musculo de Wilson; e outro intra-ligamen-
toso, relacionado, atraz com as glandulas de
Cowper e o bolbo, tendo a separal-os o folheto
inferior da aponevrose media do perineo. E' en-
volvido, de todos os lados, pelo musculo de Gu-
thrie. A composição muscular d'esta região, ex-

plica cabalmente a contractura que muitas vezes n'ella se manifesta.

A urethra é constituída por uma dupla tunica muscular e uma mucosa, á qual se juntam órgãos e tecidos annexos.

A tunica muscular é formada de feixes de fibras lisas longitudinaes, que atraz se continuam com os da camada reticulada da bexiga, e se estende, adiante, sobre toda a urethra, formando, por justaposição, uma tunica cylindrica, regular, e completa que se adelgaça e termina no meato.

Esta tunica tem o maximo d'espessura ao nivel das regiões membranosa e prostatica; e o minimo na fossa navicular e na cavidade do bolbo.

Por seu lado externo, adhere intimamente ao esphincter urethral, á prostata e ao corpo esponjoso.

Na sua espessura encontram-se filetes nervosos, arteriolas e veias cuja disposição varia em cada região. Os feixes de fibras são unidos entre si por fibras de tecido elastico que ahi se encontram em grande numero.

«La tunique musculaire longitudinale de l'urethre, en reagissant, au moment de l'erection, sur la cause qui l'allonge, a pour usage de tendre la tunique muqueuse, d'en regulariser la sur face, de communiquer, en un mot, aux parois du canal, un aspect parfaitement uni.

Dans l'etat de flaccidité, elle concourt á la re-

traction de la verge et au maintien de cet etat de retraction». (Sappey).

A mucosa urethral principia no meato, continuando-se insensivelmente com a da glande, e estende-se até ao côllo da bexiga, continuando-se com a mucosa vesical.

Tem um millimetro d'espessura e côr pallida, rosada ao nivel da fossa navicular. Graças a uma camada de tecido elastico de que é difficil separal-a, adhere intimamente á tunica muscular sobre que assenta. A superficie livre é lisa transversalmente e cavada de sulcos ou semeada de pregas longitudinaes, que desaparecem pela distenção. A facilidade com que se rompe ao simples catheterismo, menos habilmente realisado, é justificada pela pouca consistencia de que é dotada. Esta mucosa é composta de duas camadas: chorion e epithelio.

O chorion é constituido superficialmente, por uma camada hyalina amorpha, numerosas fibras elasticas, cuja abundancia augmenta na porção membranosa, e fibras laminiformes em feixes ou isoladas.

O epithelio é estratificado, constituido por dois planos de cellulas: um profundo, formado por elementos redondos, nucleares e outro superficial, de cellulas prismaticas, dispostas em varias camadas.

Para os allemães, estas são cellulas cylindricas simples. Segundo Overdieck, o epithelio é

formado de cellulas cylindricas estratificadas, redondas ou ovoides, á profundidade, perfeitamente semelhantes ás do revestimento vesical.

Todavia, algumas vezes, depois d'uma inflamação, vê-se este epithelio transformado em pavimentoso estratificado. Exceptuando o verumontanum, toda a mucosa urethral é semeada de papillas, mais raras nas regiões profundas do canal.

Dois centímetros, pouco mais ou menos, atraz do meato, toda a superficie da mucosa é crivada de orificios, de diametros differentes — foramina e foraminula de Morgagni — orificios estes que são pontos de partida ou de formação de depressões em dedo de luva, chamados seios.

Os seios de Morgagni ou lacunas de Haller, occupam a parede superior do canal, em serie mediana. Os maiores, por sua forma elliptica, assemelham-se á extremidade vesical dos ureteres. D'esta disposição resultam especies de pregas, cuja abertura ou cavidade se dirige para diante. Uma d'estas pregas ou falsas valvulas, é constante e está situada na parede superior — valvula de A. Guerin.

Existem ahi ainda glandulas, folliculos simples ou bilobados, umas — glandulas de Littre, verdadeiras escavações ou depressões da mucosa com uma camada hyalina e epithelio igual; outras, glandulas em cacho, numerosas na parede superior da porção membranosa.

No bolbo, no angulo que o separa da porção

membranosa, estão situadas as glandulas de Mery e Cowper, cujo volume varia do de uma ervilha ao de uma nóz.

São glandulas em cacho, cujo conducto excretor, depois de atravessar a camada muscular longitudinal ou sub-mucosa, se abre na parede inferior do conducto urinario. São duas, de forma mais ou menos arredondada, consistentes, e podem facilmente reconhecer-se pela palpação dos musculos bulbo-cavernosos que as contem na sua espessura. Segregam um liquido opalino e viscoso, que contribue para a lubrificação da parte do canal percorrida pelo sperma.

As arterias da prostata, dos musculos peri-urethraes e do corpo esponjoso, fornecem, por sua divisão, todas as arterias da urethra. A urethra é, pois, indirectamente, arterialisada pela hemorrhoidal media, vesical inferior, bulbosa, dorsal da verga e cavernosa.

As veias da prostata abrem-se nos plexos lateraes; das da porção esponjosa, umas dirijem-se á veia dorsal profunda, enquanto que outras (as da parte media do penis), «contournent les corps caverneux et convergent vers la veine dorsale profonde comme les barbes d'une plume vers leur tige commune». (Sappey). Outras são affluentes do plexo de Santorini.

Os lymphaticos da urethra dispõem-se em radículas que formam uma especie de rede cylindrica que tapeta a superficie interna do conducto,

e se continua no meato com os absorventes da glande.

D'esta rêde partem dois troncos que atravessam as paredes da urethra á altura do freio da verga, indo terminar-se na rêde lymphatica da glande.

A seu turno, esta rêde abre-se em um ou mais troncos, que caminham na face dorsal da verga até ao ganglio superior da prega inguinal, onde terminam.

A urethra é innervada por filetes que lhe veem dos nervos da prostata, dos do corpo esponjoso, do nervo dorsal da verga e do musculo-urethral.

A urethra é sensível, elastica e contractil.

Küss affirma que a sensação da necessidade d'urinar é dada pela sensibilidade da mucosa da porção prostatica.

Explica este auctor que a urina, accumulando-se na bexiga, comprime as suas paredes e distende-as ao maximo funcional; attingindo este limite de distensão, os papeis invertem-se e a urina é, a seu turno, comprimida pelas paredes vesicaes, impellida d'encontro ao collo e á prostata; vencida a sua elasticidade a urina passa á primeira parte da urethra. E' o contacto da urina com esta primeira parte da mucosa urethral que produz a sensação da necessidade d'urinar.

A urethra, em repouso, é uma fenda, como dissemos já; a urina, porém, ao passar n'ella, desencosta as suas paredes e dá um calibre de

canal ao que primitivamente era uma fenda. Terminada a micção, o canal apaga-se.

Durante um catheterismo, a urethra é um canal calibrado; findo elle, as paredes encostam-se. «O calibre artificial dado á urethra normal pela passagem de grossos instrumentos é absolutamente virtual». (Guyon).

O escoamento da urina em jacto contínuo prova a elasticidade da urethra. A sahida intermittente d'este liquido, no fim da micção, demonstra a contractilidade do canal, pois que é devida ás contracções do musculo bulbo-cavernoso que entra em acção para expulsar as ultimas gottas d'urina.

A força, que projecta o sperma, provem da elasticidade da urethra e das contracções peristalticas dos musculos estriados, de cada porção do canal. Estas contracções fazem-se sempre pela mesma ordem e no mesmo sentido; isto é, da prostata para o meato.

CASO CLINICO

A. N., de 35 annos de edade, casado, jornalista, natural de Alfandega da Fé, entrou no Hospital Geral de Santo Antonio, no dia 17 de Fevereiro de 1904, ficando em tratamento na enfermaria n.º 1, sala de S. Paulo (Escola).

Antecedentes hereditarios — Nada de importante ou digno de menção, quer em ascendentes, quer em descendentes.

Antecedentes pessoas, historia da doença — Gozou boa saude até ao dia em que, ha proxima-mente 12 annos, foi ferido de urethrite blenorragica.

Combatida a doença pelas injeções urethraes de permanganato de potassa, sentiu-se, passados tempos, alliviado: o corrimento desapareceu e as dôres cessaram.

«Julguei estar curado, diz elle; infelizmente, porém, enganei-me; isto são doenças que em entrando no corpo, nunca mais o largam.»

E explica que, pouco tempo depois do allivio que tomou por cura, percebeu que, apoz qualquer esforço sexual ou mesmo excesso de bebida, o escoamento da urina se não fazia como de costume, isto é, o jacto era menos forte e mais fino; a urina produzia, á sua passagem na urethra, certa ardencia, ligeira é certo, mas não usada.

Ao mesmo tempo experimentava um pequeno corrimento que percebia principalmente antes da primeira micção do dia.

N'um dado momento, volvidos cinco annos, notou que o escoamento da urina não era normal, isto é, que o jacto não era nem tão cheio, nem tão forte na sua projecção, pois que a sua trajetória foi progressivamente diminuindo, a ponto de quasi lhe cahir aos pés o liquido urinario. A roupa que lhe envolvia a verga era quasi continuamente humida d'urina, porque depois d'urinar sempre lhe corriam algumas gottas d'aquelle liquido.

Este factó prolongou-se, sem alteração apreciavel, durante muito tempo. Havia decorrido perto de onze annos, quando, n'um dia, e repentinamente, foi assaltado por uma dôr viva e violenta no perineo anterior. Acudindo ao rebate, palpou o ponto doloroso e pareceu-lhe existir um engrossamento de toda a parte mediã da região posterior ao scroto, tumefacção esta que se o não

preocupou muito, a principio, o assustou com o seu crescimento continuo e rapido.

Percebendo ser victima d'um abcesso, recorreu ao uso de cataplasmas emollientes, que collocou sobre o tumor já então alargado em toda a região, tomando-lhe ainda parte do scroto.

Não tem mais reminiscencias, sabendo tão sómente que, passados muitos dias, se rompeu o abcesso, deixando correr pela abertura, unica, um pús amarellado e espesso.

As lavagens antisepticas de que fez uso não conseguiram a cicatrizaçãõ do orificio, por onde continuou a escoar-se pús; e, apoz esta, novas aberturas appareceram, por onde a urina começou de correr no momento das micções.

Assim se conservou durante 8 mezes, refugiando-se então no Hospital onde busca a saude perdida.

Etiologia e pathogenia

Relanceando a vista sobre a grande serie de causas que dão logar á formação de fistulas urethro-perineo-scrotaes (apertos, contusões e rupturas da urethra, talha e botoeira perineaes, urethrotomia externa, extracção de calculos, cancro, etc.) e relacionando ou confrontando cada uma de per si com a historia dada pelo doente e com o exame ou exploração urethral, concluimos que a causa etiologica das fistulas, foi a presença dos apertos.

Com effeito, se a historia da doença não bastasse para a formação do nosso juizo, se nos restassem algumas duvidas, essas duvidas varrer-se-nos-iam do espirito, ante o exame do canal urethral.

Por esse exame, verificamos a existencia de tres apertos, sendo um situado dois centímetros

atrás do meato urinário, outro cinco centímetros atrás d'este, e, finalmente, um terceiro localizado no collo do bolbo.

Poder-nos-hão, estes apertos, só de si, sem o concurso de um outro agente, seja qual fôr a sua natureza, explicar a presença das fistulas e justificar a sua formação?

Certamente que não.

A serem elles causa bastante de fistulas, seria logico concluir que os apertos fazem uma selecção de reacções organicas, operando n'uns individuos lesões que não fazem n'outros.

Está demonstrado pratica e scientificamente que tal não succede. Mas, sendo assim, porque motivo ha individuos apertados que nunca se tornam fistulosos, e, ao contrario, doentes apertados, cedo portadores de fistulas?

Evidentemente porque existe elemento ou elementos extranhos que, associando-se á lesão primitiva, cooperem na producção das fistulas; o aperto, só por si, sem o auxilio ou concurso de um outro agente, não faz peri-urethrites, antes fica indefinidamente *in loco*, sem provocar outras complicações que não sejam perturbações de micção ou alterações phisiologicas da bexiga.

A' formação d'estes trajectos preside, pois, uma causa etiologica ou predisponente (o aperto) e uma causa pathogenica ou determinante que, á primeira, secundariamente se associa. A seguir fallaremos, na generalidade, do agente pathoge-

nico e das lesões precursoras das fistulas — invasão e infecção peri-urethral.

.....
 Até 1888, todos os auctores são concordes em crêr que a urina é o unico agente pathogenico dos abcessos peri-urethraes e, consequentemente, das fistulas urethraes. A presença da urina nos tecidos que envolvem o canal urethral, era, pois, universalmente acceita. Se as opiniões divergiam, era simplesmente no modo de interpretação da sua passagem para fóra do canal.

Segundo Hunter, a lesão primordial reside na urethra, immediatamente por detraz do aperto mais posterior. Esta lesão é constituida por uma ulceração que, caminhando em profundidade, vae destruindo, paulatinamente, o tecido urethral.

A urina impellida com violencia pela contração vesical, d'um lado, e por outro sujeita á resistencia do aperto, transuda ou infiltra-se atravez da parede urethral, e derrama-se nos tecidos peri-urethraes onde faz um abcesso.

Este abcesso, por evolução posterior, rompe-se no exterior, na urethra, ou na urethra e no exterior ao mesmo tempo, constituindo, respectivamente, uma fistula cega interna, cega externa ou completa.

Ducamp, associando-se a Hunter, affirma que a abertura urethral da fistula, é sempre consecutiva ao abcesso.

Perreve, porém, avança mais e diz que, embora

seja admissivel, em alguns casos, a opinião de Hunter não pode ser tão exclusivista como elle pretende. E' de parecer que as paredes da urethra, attingindo a gangrena, por evolução do processo inflammatorio que se dá por traz do aperto, podem facilmente fender-se, ao menor esforço de micção, dando depois logar ao abcesso.

Perreve, portanto, com quanto não contradiga cathegoricamente a Hunter e Ducamp, admite a possibilidade de se fazer, anteriormente ao abcesso, a abertura interna da fistula. Não teve, porém, adeptos a ideia de Perreve; antes todos eram unanimes em crêr que o orificio interno dos trajectos fistulosos, era uma consequencia da abertura do abcesso no conducto excretor da urina.

Foi então que Civiale sahiu a campo para dizer que, acceitando a ulceração da urethra como lesão primeira, não julgava indispensavel a contracção forte da bexiga, para que se dêsse a passagem da urina para o tecido cellular peri-urethral.

E continuava affirmando que retencionistas havia, portadores de fistulas, embora a bexiga, n'esse estado, tivesse perdido o seu poder contractil; e conclue apresentando um caso de abcesso urinoso n'um individuo não portador d'apertos. Infelizmente para elle, Civiale não explica a passagem da urina atravez das paredes do canal.

Voillemier, um dos que mais se dedicou ao

assumpto, produz então uma profunda revolução na sciencia. Nega a ulceração de Hunter e admite a ruptura da urethra, antes de qualquer infiltração. E accrescenta: a ulceração não é precisa para explicar a presença da urina no perineo, ou, mais precisamente, nos tecidos peri-urethraes; a urethrite, que sempre segue os apertos, basta para nos explicar o phenomeno; essa inflammção, progredindo, torna tão friaveis as paredes do canal, que ellas se rompem, ao menor esforço, deixando uma fenda por onde se escoa a urina. Voillemier foi victoriado e a sua doutrina acceita, com uma annotação de Simon: sómente a urina alcalina produz, em contacto com os tecidos, abcessos e gangrena; a urina acida, reabsorve-se sem dar lugar, á sua passagem, a qualquer accidente ou modificação.

Como todas as coisas, pouco durou a preponderancia d'esta doutrina; depressa a bacteriologia se intrometteu, a fim de melhor explicar as peri-urethrites, lançando as bases de uma nova theoria que cedo predominou.

Cabe ao *colibacillo* a honra de primeiro encontrado no pús d'abcessos peri-urethraes e a Albaran e Hallé a gloria de seus descobridores, em agosto de 1888.

Seguindo as pisadas d'estes sabios, outros auctores lançam vistas sobre o campo da bacteriologia, e o colibacillo volta a ser visto só, ou associado a outras especies microbianas, como sejam:

coccus, micrococcus, streptococcus, staphylococcus branco, Proteus e outros anaerobios.

As theorias mecanicas, postas por Voillemier, soffrem, então, grave perda na sua importancia, pois que a sciencia, combatendo-as acerbamente a exemplo de Pierre Delbet, attribue-lhes um papel muito secundario na pathogenia da infecção. Este auctor proclama, e a sciencia escuta-o e aceita-o: não ha ruptura da urethra, mas sim a passagem de microbios, atravez das suas paredes, para os tecidos que a cercam, e onde provocam uma suppuração. Escat diz mais: essa ruptura, quando exista, é muito secundaria; é a consequencia da abertura, na urethra, de uma collecção peri-urethral.

Os micro-organismos que, partindo do canal, estabelecem o seu campo de manobras e batalha nos tecidos peri-urethraes, teem diversas origens.

Uns, saprophitas na urethra phisiologica, tornam-se pyogenicos, virulentos, no canal pathologico. Outros são levados do exterior, ou por meio dos liquidos de injecção, ou nos instrumentos de manobras e catheterismo urethral.

Outros, finalmente, são trazidos pela urina, quer do rim, quer da bexiga. E' d'este reservatorio que, geralmente, vem o colibacillo, um dos mais frequentes nas suppurações peri-urethraes. Este agente emigrando do intestino, passa á bexiga onde, não raras vezes, se encontra.

Evidentemente, a urethra normal é impropria

para a emigração microbiana, que, em tal caso, se não faz.

Porém, desde que as paredes sejam alteradas, quer por um traumatismo accidental ou cirurgico, quer por um processo inflammatorio ou neoplasico, póde dar-se essa penetração de microbios, que (repetindo) ou são levados de fóra por incompleta asepsia, ou veem na urina, ou constituem a flora da urethra, n'este caso de virulencia exaltada.

Uma vez nos tecidos peri-urethraes, estes agentes provocam n'elles um processo inflammatorio, que dá logar a uma collecção purulenta. Esta collecção, abrindo-se, constitue a fistula por onde a urina corre, impedindo a sua cicatrisação.

II

Anatomia pathologica

O perineo é duro, de consistencia fibrosa, de resistencia callosa mesmo, em varios pontos. Apresenta quatro orificios cutaneos, de fórma e aspecto sensivelmente eguaes, dois a dois.

Dois d'elles, de abertura nitida e franca, são respectivamente a extremidade externa de uma fistula cega interna que se dirige de fóra para dentro e de traz para diante n'uma extensão de dois centimetros.

Estes orificios são symetricamente collocados, d'um e d'outro lado do raphe ano-scrotal, distando tres centimetros um do outro e um e meio centimetro do recto.

Das duas restantes, especie de vegetações abrançaçadas, uma está situada á direita e junto do raphe ano-scrotal, á altura da união dos seus dois terços posteriores com o terço anterior; ou-

tra collocada no raphe scrotal, á altura da extremidade anterior do seu terço posterior.

A primeira constitue a terminação cutanea de um trajecto sensivelmente rectilineo, que se dirige obliquamente de traz para diante e um pouco de fóra para dentro, na extensão de quatro centimetros, abrindo-se francamente na urethra por um orificio unico.

A segunda é a extremidade livre de um outro trajecto fistuloso, que se dirige para traz e para cima, abrindo-se, quasi perpendicularmente, no anteriormente descripto, á distancia de um centimetro da urethra.

Os dois trajectos formam, por sua junção, dois angulos quasi rectos sendo a abertura d'um antero-inferior, e a do outro, antero-superior. No momento da operação a que se submetteu o doente, verificou-se que estes canaes eram como que forrados por uma membrana de tecido e aspecto semelhante ao da mucosa, mas differente na consistencia relativamente grande. O tecido cellular envolvente era espesso e endurecido.

.....
Nem sempre se apresentam analogamente as lesões anatomo-pathologicas das fistulas urethroperineo-scrotaes; antes são variabilissimas, quer sob a forma e direcção dos trajectos, quer ainda debaixo do ponto de vista das suas terminações ou aberturas internas ou externas.

Se, como no nosso caso, o orificio interno é

muitas vezes unico, não é raro vêr casos em que sejam multiplas as aberturas fistulosas na urethra.

E' certo que alguns casos ha em que essas aberturas não conduzem directamente ao trajecto fistuloso, mas a bolsas urinosas d'onde partem, secundariamente as fistulas.

Os orificios cutaneos, são egualmente d'uma grande variabilidade em numero; Civiale diz ter visto um individuo portador de fistulas d'esta natureza com cincoenta e dois orificios cutaneos.

E' facil comprehender o mecanismo de formação d'estes trajectos, se attendermos a que a urina, irritando em diferentes graus os tecidos perineaes, provoca a formação de abcessos tardios, que, abrindo por baixo da pelle, deixam, após si, novos trajectos com as suas respectivas aberturas.

A direcção dos trajectos varia desde a simples recta, á mais sinuosa das linhas, de comprimento vario, podendo mesmo attingir uma extensão de dez centimetros.

III

Symptomas, diagnostico e prognostico

A primeira porção d'urina eliminada, por mição, é fortemente purulenta, o que nos revela a existencia d'uma inflammação urethral.

Esta urethrite, frequentissima nas urethras portadoras d'apertos, é attribuida á estagnação da urina por traz da cicatriz.

Um estylete introduzido pela abertura que reside junto do raphe ano-scrotal, toca uma sonda que, previamente, tinhamos mettido na urethra, o que nos assegura a franca communicação dos dois canaes: urethra e fistula.

Embainhado, porém, em qualquer das restantes aberturas, o estylete depressa é detido na sua marcha; depois de um curto trajecto dá-nos a impressão de ter tocado em um ponto espesso, além do qual não passa, apesar de todos os esforços.

A proposito dos signaes anatomicos da lesão, referimo-nos já a cada um d'estes trajectos em particular.

Exercendo compressão sobre o perineo e scroto, vê-se escoar pelas fistulas um liquido purulento, espesso e amarellado, de cheiro urinoso.

Este mesmo liquido corre continuamente pelos canaes fistulosos, por isso que um penso secco, collocado sobre a região cuidadosamente lavada, levanta-se, vinte e quatro horas depois, empastado de pús que cheira a urina.

Por estes mesmos trajectos sahem no fim da micção, algumas gottas d'urina purulenta.

Este facto bastaria para nos convencer de que estamos em presença de uma fistula completa e urethral, se não tivéssemos tido a felicidade de o verificarmos pela sondagem.

Com effeito, nas fistulas cegas internas a urina não corre nos trajectos, como se dá no nosso caso; demonstraria igualmente que a fistula era urethral, porque, nas vesicaes, a urina escoar-se continuamente e não durante as micções como aqui succede; ainda mais: o facto de a urina sahir gotta a gotta, mostra-nos que os apertos não são tão fechados que obriguem a urina a correr em grande quantidade pela fistula. Este conhecimento tem summa importancia para o tratamento a seguir, como veremos a seu tempo.

Onde tem origem o pús que se elimina pelas fistulas?

Difficil nos parece responder, mas cremos que seja, ao mesmo tempo, um producto do processo inflammatorio que se faz na urethra e na fistula.

O pouco variado e limitado quadro symptomatico, que apresentamos, mostra bem que tivemos a felicidade de encontrar, para o nosso estudo, um caso de diagnostico facil.

Nem sempre assim succede, confessamol-o; e, porque assim é, vamos passando á generalidade, fallar em symptomas menos claros, e indicar os meios de que se póde lançar mão para os interpretar, tanto quanto possivel, para que se não pratique um erro de diagnostico.

.....

As fistulas de que nos occupamos, fornecem quasi sempre, como signal principal, a sahida d'urina durante a micção (o que, como dissemos, permite distinguil-as das fistulas vesicaes, em que o corrimento d'urina é continuo); este escoamento é variavel; ás vezes a urethra, muito apertada ou mesmo fechada, não deixa passar uma unica gotta d'urina, e o doente urina pelos trajectos fistulosos —mija em regador— conforme a expressão consagrada; outras vezes o liquido urinario passa em parte pela urethra e em parte pelas fistulas; outras, finalmente, o producto de excreção renal, quer por causa da estreiteza da fistula, quer por motivo das sinuosidades do trajecto, escoase gotta a gotta no fim da micção. Casos ha, em que é difficil, á primeira vista, dizer

se a fistula communica com a urethra e dá passagem á urina; isto acontece quando sómente algumas gottas se embainham nos conductos pathologicos, misturando-se com os productos de secreção morbida, e molham o doente algum tempo depois de terminada a micção.

O cheiro urinoso, que o liquido possa apresentar, não basta sempre para poder affirmar-se a natureza do escoamento.

Dieffembach aconselha, n'estes casos, que se comprima a glande durante os esforços da micção, a fim de forçar a urina a refluir para a fistula.

Este processo, embora util para a investigação e exploração das fistulas do penis, parece-nos ter, nos casos de que fallamos, o inconveniente de favorecer o alargamento do orificio profundo, o que prejudicaria o tratamento.

Reconhecido este inconveniente, recorreu-se a um outro meio que em alguns casos tem sido de grande alcance.

Consiste em injectar um liquido corado, quer pela fistula, quer pelo meato e comprimir o perineo, de modo a conservar encostadas as paredes da urethra situada por traz do ponto onde se suppõe resida a comunicação.

O cordão ligamentoso que, nas fistulas pouco numerosas e sem complicações, se dirige do orificio cutaneo para a urethra, permite, muitas vezes, seguir o trajecto atravez do scroto e do perineo.

O meio mais seguro d'investigação é, sem duvida, o que empregamos no nosso caso: o catheterismo da fistula, combinado com o da urethra.

Ha casos em que é impossivel fazer tocar as sondas, sem que se possa affirmar que a continuidade não existe; é que a sinuosidade dos trajectos ou a sua terminação em uma bolsa, d'onde, a seu turno, parte a fistula communicante, torna, ás vezes, o catheterismo impossivel de fazer-se.

Vimos já como se distinguem estas fistulas, das que se abrem na bexiga; resta-nos differencial-as das que se abrem no recto e das que são entretidas por alterações osseas (osteite, carie, necrose) que incidem sobre o esqueleto da bacia.

As fistulas rectaes dão sahida a materias fecaes ou gazes, signal pathognomonic de distincção entre ellas e as urethraes; além d'isso os orificios cutaneos são mais largos, o seu trajecto mais directo e facil de sondar; combinando a sondagem da fistula com o toque rectal, ou o estylete se sente directamente ou se percebe atravez da pequena espessura das partes molles que o separam do dedo.

As que são alimentadas por uma lesão ossea, distinguem-se das urinarias, quer pelos caracteres macroscopicos do liquido que se escoa (pouco abundante, de côr cinzenta e sem cheiro urinoso) quer ainda pela sensação que dá o estylete, levado até ao contacto do osso lesado.

Tem summa importancia fazer uma apreciação

exacta das causas e das complicações que alimentam as fistulas.

Não nos parecem de gravidade as fistulas do nosso doente. Os seus antecedentes, quer hereditarios, quer pessoas não nos indicam nada que possa oppôr-se á sua cicatrisação.

Por outro lado, a idade do doente, a sua constituição regular e a idade das fistulas, relativamente recentes, quasi nos asseguram um bom exito para o trabalho que com elle tenhamos.

Crêmos, porém, dever ser de longa duração o tratamento a que deve submitter-se, e muito demorada a cura completa.

MARCHA E TRATAMENTO

O tratamento, feito sob a direcção do illustro professor de clinica cirurgica, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Roberto Frias, foi dividido em dois tempos:

1.º **Tratamento Preliminar**, dirigido á causa, isto é, destinado a combater os apertos, de modo a restituir á urethra o seu calibre primitivo e a dar á urina o seu curso normal.

Antes de entrarmos na descripção d'este tratamento, parece-nos util fallarmos, ainda que succintamente, do modo de evolução d'um aperto; para que mais facilmente possamos apreciar o grau de estreitamento, a sua consistencia e consecutivamente o processo de combate.

A evolução do aperto depende da sua natureza; a retracção é mais rapida e maior quando é d'origem traumatica.

Todavia, póde dizer-se que um aperto d'urethra, qualquer que seja a sua natureza (traumatica

ou inflammatoria) apresenta uma marcha continua, mais ou menos rapida, terminando por obliterar a urethra quasi completamente.

A marcha d'esta affecção, varia ainda de individuo para individuo, como variam tambem os respectivos signaes funcionaes.

Com effeito, ha individuos portadores d'apertos extremamente estreitos (filiformes) que não apresentam accidentes apreciaveis, emquanto que outros os apresentam, muitas vezes serios, produzidos por estreitamentos de quatro millimetros de diametro.

A retenção é um dos accidentes a que mais está sujeito um apertado. Esta retenção não é, em geral, devida á obturação completa do canal.

Principalmente nos estreitamentos d'origem inflammatoria, a atresia não é tal que não deixe um orificio por onde a urina se escape, gotta a gotta, quando mais não seja.

- Porém, um pequeno movimento congestivo basta para, muitas vezes, produzir uma obliteração completa, embora momentanea, seguida de retenção.

O aperto traduz-se, a principio, por uma especie de sclerose da mucosa urethral, que passa despercebida á pressão; o processo inflammatorio continuando, ganha pouco e pouco em extensão e profundidade, attinge o tecido peri-urethral, constituindo assim uma especie de virola ou anel fibroso, consistente e firme, que rodeia o canal

urethral e é perfeitamente apreciavel ao dedo, nas regiões accessiveis, atravez das partes molles.

Como em outra parte dizemos, a urina, impellida pela contracção vesical, indo d'encontro ao aperto, exerce pressão sobre as paredes lateraes do canal, e forma assim uma dilatação em ampola; especie de bexiga urethral, onde se accumula uma certa quantidade d'urina que se escoo depois da micção, algumas vezes muito depois mesmo, similhando incontinencia.

D'este facto veem complicações gravissimas, tão graves que chegam a produzir a morte.

Além dos abcessos urinosos e fistulas de que fallamos, podem sobrevir lesões da bexiga ou mesmo de todo o apparelho urinario.

Resumindo: um aperto urethral, abandonado a si mesmo, nunca caminha para a cura, antes progride até á producção de todo um cortejo de phenomenos dolorosos e graves.

Por isto se vê quanto o tratamento d'estes apertos deve prender a attenção do clinico.

Os apertos podem combater-se, como é sabido, por qualquer de tres processos cirurgicos— dilatação continua e progressiva, urethrotomia interna e urethrotomia externa.

A dilatação tem por fim dar ao canal não o calibre sufficiente para a expulsão da urina, mas o calibre bastante para receber, sem esforço ou pressão, uma vela de dimensões eguaes ao seu calibre normal— oito millimetros.

A dilatação é a base de todo o tratamento, pois que, embora se recorra á incisão ou destruição chimica do estreitamento, a dilatação ou uso de velas, ulteriormente, é sempre necessario para a cura radical.

As urethrotomias, são sómente o principio de tratamento nos casos em que não possa iniciar-se pelo emprego de velas.

A dilatação, desde o inicio, é praticavel quando os apertos são molles e não elasticos (que não voltam a retrahir-se apoz a retirada da sonda); quando, sendo franqueaveis, não ha retenção urinaria que exija uma intervenção evacuadora immediata.

A urethrotomia interna, é, ao contrario, preferivel nos casos em que os apertos são muito elasticos, ou inversamente, muito duros; nos casos d'apertos multiplos e dispostos como os degraus d'uma escada, ao longo das paredes urethraes; quando o aparelho urinario do individuo portador d'apertos é tão infectado que reage a cada sessão dilatadora, ou, finalmente, nos retentionistas ameaçados de grandes complicações, e em que seja urgente dar sahida ao liquido urinario.

E' indicada a urethrotomia externa quando se haja de vencer apertos infranqueaveis, ou que, sendo franqueaveis, sejam tão duros que resistam ao urethrotomo, e ainda nos casos de recidivas consecutivas a varias urethrotomias internas.

Antes, pois, de se decidir por um methodo a adoptar, procedeu-se á exploração cuidadosa da urethra.

Tendo resultado d'esse minucioso exame, concluir-se que a dilatação estava indicada, immediatamente se encetou o melindoso trabalho — melindroso, porque é absolutamente necessario ser, não só rodeado de todos os cuidados d'asepsia, mas cercado das mais cuidadosas precauções no catheterismo, a fim de evitar as infecções urinosas.

A primeira vela levada até á bexiga foi a numero doze da feira Charriere — sonda molle, conica e de ponta olivar.

Apoz esta, foram introduzidas as de numeros treze, quatorze e quinze, n'uma mesma sessão.

O doente descansou um dia, para novamente serem levadas além dos apertos as de numeros treze, quatorze, quinze e dezeseis.

E assim continuaram as sessões em dias alternados, e principiando sempre pela sonda segunda introduzida na sessão precedente, até se fazer passar a vela numero 20.

Foi então que pondo de parte as velas molles, se principiou a usar os catheteres metallicos de Beniqué.

O primeiro que forçou os apertos foi o de numero 26.

Depois d'este e na mesma sessão, fizeram-se passar os de numeros 27, 28 e 29.

Na sessão immediata introduziram-se os de numeros 27, 28, 29 e 30.

As sessões eram feitas segundo o processo usado com as sondas molles, e chegou-se a fazer passar o Beniqué numero quarenta e quatro.

Convem notar que a temperatura, oscillando sempre entre 36° de manhã e $36,6$ e alguns dias 37° , de tarde, soffreu algumas elevações durante o catheterismo, alterações estas que o fizeram interromper emquanto permaneciam.

D'essas alterações a primeira verificou-se no dia tres de março. Na tarde do dia dois, o thermometro marcava $36,2$ e na manhã de tres 37° ; na tarde d'esse dia a temperatura subia a $38,9$, para baixar a 37° na manhã de quatro e $37,8$ de tarde. No dia cinco marcou o thermometro $36,9$, de manhã e $37,5$ de tarde, para voltar ao estado habitual nos dias seguintes.

A segunda elevação deu-se no dia 15 do mesmo mez.

Na manhã d'esse dia a temperatura era de $37,6$; na tarde subia a $38,7$; em 16 a columna mercurial marcou 39° de manhã e $37,6$ de tarde, para nos dias immediatos voltar ao normal.

Esta hyperthermia foi combatida pelas hostias de bi-sulfato de quinino a vinte e cinco centigrammas—quatro hostias por dia.

Qualquer d'ellas foi febre urinosa do segundo grau.

De resto, nada mais houve de incidentes durante a dilatação.

2.º Meios dirigidos contra as fistulas — Tornando livre o canal urethral, desembaraçado dos obstaculos que offerecia ao curso da urina, todos os esforços se voltaram contra as fistulas.

Ao estabelecer o plano de combate, teve-se em vista duas coisas essenciaes: modificar as paredes dos trajectos, tornando-as proprias para a cicatrização, e impedir, consecutivamente, que a urina banhasse os tecidos modificados.

O primeiro d'estes trabalhos verificou-se no dia vinte e quatro de Março, como pôde vêr-se a fl. 33 do livro d'operações feitas na enfermaria da Escola, e onde se lê mais ou menos o seguinte:

Doença que motivou a operação — Fistulas urethraes e peri-urethraes.

Methodo e processo operatorio — Desbridamento e curetagem.

Anesthesico empregado — Chloroformio.

Operador — Professor Roberto Frias.

Ajudantes — Alumnos do 5.º anno.

Resultado relativo á operação — Bom.

Technica operatoria — Depois de anesthesiado, lavado o campo operatorio com agua e sabão e cuidadosamente desinfectado com um soluto aquoso de sublimado e alcool, foi o doente collocado na posição da talha.

Uma vez assim, e explorados novamente os trajectos, foi introduzida uma sonda metallica pela abertura scrotal, de modo a fazel-a percorrer todo o trajecto fistuloso correspondente, e uma outra pela abertura mais anterior do perineo, fazendo-a caminhar até que as extremidades das duas sondas se tocassem na profundidade.

Feito isto, foram as duas sondas confiadas a um ajudante que as susteve n'essa posição, emquanto o operador fazia uma incisão longitudinal e comprehendida entre os dois estyletes que serviam de guia e limite.

Esta incisão foi levada a fundo vagarosamente e, por vezes, com difficuldade, porque a isso se oppunha o grande endurecimento e espessura dos tecidos comprehendidos entre as fistulas. Aquelle endurecimento era tal, em sitios, que se ouvia distinctamente, a crepitação que o bisturi fazia ao cortal-os.

Completa a incisão, que abrangeu da base ao vertice, todo o triangulo de tecido limitado e circumscripto pelos dois trajectos, foi introduzido na urethra um catheter cannelado.

Este catheter teve por fim guiar e conduzir o operador no trabalho de desbridamento do resto

do trajecto, isto é, do canal comprehendido entre a urethra e o ponto d'união das ramificações precedentes.

A seguir curetaram-se as paredes d'aquelle canal e cortaram-se, á thesoura, todos os nodulos tuberosos e endurecimentos do tecido visinho das fistulas, de modo a deixar sómente tecidos sãos e proprios para a cicatrisação.

Uma vez isto feito, fez-se á ferida um penso iodoformado e deixou-se na urethra uma algalia permanente, que impedisse a urina de banhar as novas paredes.

Este penso foi mudado todas as vinte e quatro horas, soffrendo a ferida uma rigorosa desinfeção todas as vezes que elle se substituiu.

Pela algalia injectava-se, egualmente todos os dias, um soluto fraco d'acido borico, destinado não só a lavar a bexiga, mas a desembaraçar a sonda de quaesquer depositos muco-purulentos que, á custa da urina, se fossem accumulando ao longo das suas paredes.

A algalia era, a principio, substituida de nove em nove dias.

Tendo, porém, o arsenal da Santa Casa, deixado de fornecer d'estas que, por tal espaço de tempo, podiam permanecer na bexiga, sem se alterarem grandemente e resolvido liquidar um grande saldo de algalias velhas, molles, difficeis de manobrar e profundamente alteraveis, fomos

obrigados a mudar, de tres em tres dias, a algalia permanente.

A' parte os inconvenientes que poderiam advir d'um catheterismo repetido todos os tres dias, d'este incidente resultou um manifesto prejuizo para o doente e evidente desvio no andamento da doença.

Com effeito, dobrando-se a algalia no interior da urethra, ao menor movimento executado pelo doente, essa dobra iria, evidentemente, provocar e presidir á formação de um deposito do muco vindo na urina, deposito este que offereceria um maior ou menor obstaculo ao escoamento urinario.

Este obstaculo obrigaría este liquido nas micções, a circular, em maior ou menor quantidade, entre a sonda e as paredes urethraes, sahindo pela fistula e impedindo assim a sua cicatrisação.

Foi o que succedeu.

Se a principio a ferida evolucionou rapidamente para a cicatrisação, tão rapidamente que, em dado momento, tentamos a approximação dos seus labios por meio de tiras de adhesivo, depressa reconhecemos, apoz o uso d'esta algalia, uma paragem d'essa evolução.

Estimulamos os tecidos, tocando-os com nitrato de prata todos os tres dias, mas o resultado foi pequeno. A ferida continuava a ser banhada pela urina e assim difficultada a sua cicatrisação.

Ao mesmo tempo manifestou-se uma urethrite intensa, cujo producto purulento se escoava em grande parte pela fistula.

Em consequencia d'isto. resolveu-se supprimir a algalia permanente, e usar a sonda de Nelaton no momento das micções.

Evitaremos os inconvenientes da algalia e impediremos a urina de correr pela ferida. Mais uns toques com nitrato e a ferida caminha novamente para a cicatrisação.

N'esta altura, porém, (19 de maio) sobreveio um ataque de erysipela da face que fez com que o doente fosse removido para o isolamento no dia 20.

Ahi obrigaram o doente a urinar naturalmente, isto é, sem algalia.

Voltando no dia 27 á nossa enfermaria, sala de S. Pedro, continuou a urinar sem a sonda de Nelaton, visto que a urina não corria pela fistula. Como, porém, o calibre urethral fosse diminuindo pouco a pouco e algumas gottas d'urina viessem, no momento da micção, humedecer as paredes da ferida já muito reduzida, novamente se recorreu ao uso das sondas de Beniqué. Principiou-se o catheterismo pela sonda n.º 36 e seguindo o mesmo methodo que se havia adoptado no principio, introduziu-se na urethra o Beniqué n.º 44.

Em meio do trabalho de nova dilatação, a urina deixou de correr pelo trajecto accidental, a ferida, inflammando-se, de novo se cobriu de gommos carnudos e as paredes foram-se approxi-

mando, isto é, o processo de cicatrização proseguiu de uma maneira continua e progressiva.

O doente pôde levantar-se e passear pela sala da enfermaria, sem impedimento ou embaraço de qualquer natureza, e urinar sem qualquer esforço ou dificuldade. Sendo forçado, n'esta altura, a dar como findo este nosso trabalho, não podemos registrar a sua sahida do hospital.

É-nos, porém, permittido afirmar que a nossa missão junto do doente, está prestes a terminar e assegurar que, a não sobrevir qualquer imprevisto incidente, em breves dias voltará, curado, ao desempenho do seu mister de jornaleiro.

Resta-nos ainda referir, em resumo e d'um modo geral, os diversos methodos de que se pode lançar mão, no tratamento d'estas fistulas.

Além do processo seguido pelo nosso illustre professor de clinica-cirurgica, os methodos que, com mais ou menos resultado util, teem sido empregados, são: *injecções*, *cauterisação* e *sutura*.

Injecções. — Este methodo consiste em fazer percorrer as fistulas por um liquido ligeiramente irritante. Este liquido pôde ser injectado pela urethra ou pelas fistulas. Lançado pela urethra, lava as fistulas e arrasta o pús; injectado pelas fistulas, o liquido pôde sahir entre a canula e o orificio, pelos orificios visinhos ou pelo canal urinario; este segundo modo de injecção é preferivel.

E' da maxima conveniencia introduzir o mais

profundamente possível, nas fistulas, a canula destinada a conduzir o liquido.

Pode-se primeiro injectar agua simples para lavar os trajectos, e depois a substancia medicamentosa destinada a modificar a vitalidade das paredes.

Estas injecções fazem desaparecer os endu-
recimentos e, sobretudo, favorecem a cicatrisação
dos trajectos, em todos os pontos ao mesmo tempo.

Cauterisação. — Os processos de cauterisação
datam de meados do seculo passado.

Em 1855, Bonnet, de Lyon, expunha á Socie-
dade de cirurgia os methodos que empregava nos
casos de fistulas urethro-perineaes e urethro-scro-
taes.

Ao contrario do que ordinariamente se faz,
Bonnet, em logar de se occupar, antes de tudo,
dos obstaculos que a urina encontra ao eliminar-
se e que são a causa primeira das fistulas, começa
por tratar essas fistulas.

Para isso, faz um largo desbridamento de to-
dos os trajectos por mais longos e numerosos que
sejam. Estes desbridamentos devem ir até á aber-
tura interna da fistula, isto é, até á urethra, e
atingir todos os ramos secundarios.

As multiplas incisões, praticadas nos tecidos
indirecta e chronicamente inflammados, são muito
favoraveis á resolução dos engorgitamentos de que
são attingidas as partes molles do perineo.

Comtudo Bonnet, temendo qualquer accidente, particularmente a infiltração, e julgando insufficientes aquelles desbridamentos, crê indispensavel associar-lhes a cauterisação com o ferro em braza.

Esta cauterisação, diz elle, deve ser feita com energia, sem esquecer o menor ponto, e mesmo ser bastante profunda.

Apezar dos bellos resultados que os alumnos de Bonnet asseguram e attribuem ao seu methodo, parece-nos preferivel usar de processos menos pavorosos.

O emprego do nitrato de prata ou do galvanocauterio, introduzidos pelas fistulas, é certamente menos para temer e de resultados positivos, sempre que se impeça a urina de banhar os tecidos modificados.

Este processo tem o inconveniente de não poder ser aproveitado quando os trajectos forem muito sinuosos.

N'este caso, porém, ainda a cauterisação pode fazer-se com as injecções causticas de nitrato ou tintura d'iodo.

Sutura. — E' um processo que, embora tenha sido applicado, cremos deve ser regeitado d'um modo absoluto. Com effeito, não podendo a sutura incidir sobre a abertura urethral da fistula, mas sómente sobre o seu orificio externo e primeira parte do trajecto, quando muito, não pode

nem offerecer segurança nem impedir que a urina banhe o orificio profundo.

Fallamos n'elle a titulo de simples curiosidade.

Resumindo:

Os preceitos que devem guiar o clinico no tratamento das fistulas urethro-perineo-scrotales, consistem em: combater a causa que produziu e entretém a fistula; modificar os orificios e as paredes do trajecto, quer pelas cauterisações, quer pelas injecções irritantes, quer, finalmente, pelas incisões e desbridamentos; pela algalia permanente ou catheterismo repetido, obstar a que a urina se escoe por aquelle trajecto.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva—Na urethra não ha tecido celular sub-mucoso.

Anatomia topographica—O conhecimento da anatomia regional é indispensavel ao cirurgião.

Histologia normal—A mucosa urethral é, de todas, a mais rica em fibras elasticas.

Physiologia—O figado é um dos orgãos que mais defende o organismo das toxi-infecções.

Pathologia geral—O estudo da medicina é factor etiológico de muitas doenças.

Materia medica—A pilocarpina augmenta as secreções por uma acção indirecta.

Anatomia pathologica—A insufficiencia hepatica é sempre acompanhada de lesões renaes.

Pathologia medica—No tratamento symptomatico da tuberculose pulmonar, prefiro a via hypodermica, sempre que seja possivel.

Pathologia cirurgica—No tratamento das fistulas urethro-perineaes, a urethrotomia externa é, muitas vezes, preferivel á dilatação progressiva.

Medicina operatoria—O cirurgião deve dar á esthetica uma importancia toda secundaria.

Obstetricia—Reprovo a operação cesariana quando haja de fazer-se sete a nove horas depois de morto ó feto.

Medicina legal—Poucas vezes se pode distinguir o aborto provocado do aborto espontaneo.

Hygiene—Os raros dos confessionarios d'egreja, são causa de muitos males.

Visto.

O Presidente,

Allydic de Wall.

Pode imprimir-se.

O Director,

Moises Caldas.