

BREVE ESTUDO CLINICO

SOBRE

APERTOS DA URETHRA

70/8 EMC

751

Eduardo Nunes d'Oliveira

N.º 8

BREVE ESTUDO CLINICO

SOBRE

APERTOS DA URETHRA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typographia de Pereira & Cunha

RUA NOVA DE S. DOMINGOS

1893

70/8 EMC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR

CONSELHEIRO MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

(VISCONDE DE OLIVEIRA)

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

Lentes cathedratcos

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

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramacho. |
| Secção cirurgica | Visconde d'Oliveira. |

Lentes substitutos

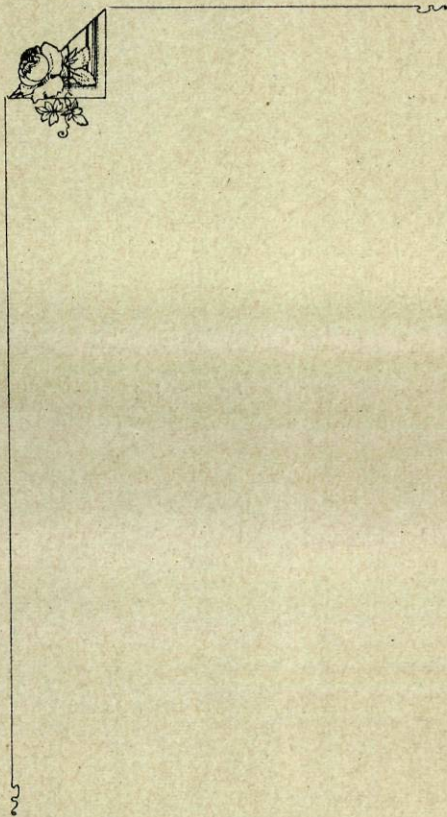
- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { Antonio Placido da Costa. |
| | { Maximiano A. O. Lemos Junior. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge. |
| | { Candido Augusto Correia de Pinho. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto B. do Rozario Frias. |
|----------------------------|------------------------------|

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

(Regulamento da Escóla, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)



A meu Pai e minha Mãe

o filho dedicado.

A MEUS MANOS

E EM ESPECIAL

JOÃO NUNES D'OLIVEIRA

E

JOSÉ NUNES D'OLIVEIRA

Offereço-vos este humilde trabalho em testemunho da minha profunda gratidão.

Do meu bom amigo

O Exc.^{mo} Snr.

Affonso Cardoso Brochado

e sua Exc.^{ma} Familia

Ao Exc.^{mo} Snr.

JOSÉ ANTONIO DA S. E SOUZA

E SUA EXC.^{ma} FAMILIA

AO EXC.^{MO} SNR.

JOSÉ COUTINHO D'ARAÚJO PIMENTA

E SUA EXC.^{MA} FAMÍLIA

Expressão de profunda
sympathia.

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O EXC.^{mo} SNR.

DR. PEDRO AUGUSTO DIAS

O discipulo grato.

Aos Exc.^{mos} Snrs.

Terquato Brochado

Custodio Martins Henriques

Eduardo de Moura

Eduardo Gonçalves de Mattos.

Sempre ao vosso dispôr.

Aos meus condiscipulos

*Um abraço de des-
pedida.*

DUAS PALAVRAS

Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir, dont il ne peut se dispenser, à une obligation, qui lui est imposée, a sans doute, de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

(La Bruyère).

Suggeriu-me o assumpto da minha these a leitura de um trabalho ha mezes publicado em Paris e intitulado *De la cure radicale de certains rétrécissements de l'urethre*, por A. Gouraud.

Em verdade, a serie de observações pessoasas referidas por este illustre cirurgião são para mim sobremodo animadoras e concludentes; porém, a par dos beneficios incontestaveis de que os doentes se louvam, erguem-se difficuldades operatorias que tornam a excisão apenas accessivel aos mais habeis cirurgiões.

Eu desejaria muito poder addicionar á minha these algumas observações sobre a resecção, infelizmente até hoje ainda se não effectuou esta operação entre nós, segundo informações que obsequiosamente me foram prestadas pelos Exc.^{mos}

Snrs. Drs. Azevedo Maia e Eduardo Pimenta. Em vista d'isto resolvi occupar-me egualmente dos outros processos operatorios que mais adeptos têm conquistado no campo clinico, de harmonia com a feição que eu procurei dar a este trabalho.

Dadas estas explicações prévias, eu appello para a benevolencia do illustrado jury que ha de julgar este meu despretencioso trabalho, fructo de uma exigencia da nossa lei.

Preliminares

Definição

Por apertos de urethra não devemos entender simplesmente a diminuição do calibre d'este canal, impedindo mais ou menos o curso das urinas. Com effeito, a micção laboriosa é um symptoma característico d'esta doença, mas ella é commum a outros estados morbidos muito variados, taes como: spasmos da urethra, phlegmasia aguda da mesma, hypertrophia da prostata, compressão da urethra por tumores visinhos, etc. Portanto, podemos definir aperto de urethra, o obstaculo permanente e progressivo á passagem das urinas com alteração pathologica das paredes d'este canal.

D'esta fórma ficam eliminados da definição os differentes estados pathologicos a que acabo de me referir.

Classificação

Sob o ponto de vista etiologico podemos dividir os apertos de urethra em tres variedades: inflammatorios, cicatriciaes e sclero-cicatriciaes ou mixtos.

Apertos iuflammatorios.—Estes apertos têm por causa a blenorragia, e occupam qualquer ponto da porção esponjosa da urethra, havendo todavia uma certa predilecção para o bolbo, sobretudo quando a strictura é unica. Por via de regra, estes apertos são multiplos, mas isto não obsta a que uma strictura unica simule varios apertos por uma retracção desigual do nodulo cicatricial.

O aperto póde abranger toda a circumferencia da urethra ou só parte d'ella; mas na maior parte dos casos elle estende-se a toda a circumferencia, e o canal apresenta o aspecto de dois cones reunidos pelos vertices, ou de um cylindro que apresenta uma depressão circular na sua parte média.

Estes apertos, que chegam a attingir uma extensão relativamente consideravel, apresentam-se por vezes reduzidos a um simples diaphragma membranoso com uma abertura central ou excêntrica. Outras vezes este diaphragma é incompleto, podendo limitar-se a simples bridas que são extremamente variaveis na fórma, extensão, espessura e direcção. D'este modo podem apresentar uma disposição analoga á das valvulas venosas e func-

cionarem como ellas, dificultando a micção sem se opporem ao catheterismo e vice-versa.

Apertos cicatriciaes.—Estes apertos resultam de um traumatismo ou de um cancro. A sua séde varia, pois, com a causa que os determinou. Assim, os traumaticos occupam de preferencia as regiões perineo-bolbar e membranosa; e os de origem cancerosa o meato e a fossa navicular. Estes apertos apresentam uma gravidade superior aos inflammatorios em razão da extrema retractilidade e diminuição da extensibilidade da cicatriz formada. São caracterizados por uma evolução rapida podendo gastar apenas alguns dias para o seu completo desenvolvimento; e ainda, por serem aquelles que mais frequentemente determinam a obliteração completa da urethra, com formação de abcessos seguidos de fistulas que dão passagem á urina.

Apertos sclero-cicatriciaes ou mixtos.—A etiologia d'estes apertos é mais variada. Com effeito, elles podem resultar de um traumatismo incidindo sobre uma urethra inflammada, de injeções extremamente causticas, de erecções prolongadas e finalmente de um coito impetuoso durante uma urethrite aguda.

Estas stricturas, por via de regra multiplas, tem a sua séde na região espongiosa.

Symptomatologia

Para o diagnostico de um aperto recorreremos a duas ordens de symptomas, funcçionaes e phisicos.

Symptomas funcçionaes

A rapidez com que se manifestam os symptomas de um aperto variam com a causa que o determinou. Nos traumaticos as perturbações podem apparecer logo ou alguns dias depois do accidente; nos blenorrhagicos já não succede o mesmo. N'estes as alterações estabelecem-se e desenvolvem-se tão lentamente que o doente póde ignorar por muito tempo o estado em que se acha.

Os primeiros symptomas que por ordem chronologica se manifestam são as perturbações da micção.

A principio a necessidade de urinar torna-se frequente, o doente nota que medeia um certo espaço de tempo entre o momento em que elle pretende expellir a urina e a apparição das primeiras gottas d'este liquido.

A emissão d'este é precedida de esforços progressivamente maiores, á custa da hypertrophia da bexiga, a fim de vencer o obstaculo que o aperto oppõe á sua expulsão natural.

Passado algum tempo a duração da micção augmenta, e o jacto modifica-se na fórma, volume e força.

Assim a columna liquida, atravessando o aperto, deforma-se, tornando-se mais ou menos achatada, ou contorna-se em fórma de parafuso, saca-rolhas, etc. Todavia estas alterações na fórma do jacto, de maneira alguma nos podem levar a uma conclusão leal, pois que ellas são communs a outras affecções da urethra, e até mesmo se manifestam em individuos cujo canal urethral se acha intacto.

As lesões, exceptuado o aperto, em que se mostram estas perturbações, são o polypo e o spasma da urethra, a hypertrophia da prostata e as urethrites. Da mesma forma, a ausencia d'esta modificação no jacto nem por isso nos leva a excluir definitivamente a presença de um aperto, pois que a bexiga hypertrophiando-se tende a mascarar a lesão, tornando o jacto sensivelmente normal.

A diminuição do volume do jacto é importante porque podemos avaliar approximadamente o grau

do aperto. A distancia a que a urina é projectada vae diminuindo progressivamente de maneira que o apertado acaba por urinar sobre a botas gotta a gotta.

Por ultimo este symptoma exaggera-se, e o jacto desaparece substituido por um corrimento.

Todavia esta supressão do jacto só se póde effectuar na ultima phase da evolução da doença, pois que, a hypertrophia progressiva da bexiga sustenta por muito tempo uma lucta victoriosa contra a resistencia que offerece o aperto á expulsão da urina. Porém, a esta hypertrophia succede-se fatalmente uma atonia mais ou menos completa do sphinter vesical, e a incontinnencia estabelece-se.

Com effeito, desde o momento em que as contracções vesicaes se tornam impotentes para a emissão da urina, esta accumula-se no collo da bexiga e no canal da urethra posterior ao aperto, determinando uma dilatação d'esta parte das vias urinarias de maneira a formar-se um segundo reservatorio conico de base voltada para a bexiga.

A urina, accumulada n'este reservatorio exerce pressão sobre o aperto e vae cahindo gotta a gotta se não encontrar obstaculos á sua passagem. E' o que succede quando o doente está de pé; todavia, observar-se-ha igualmente o mesmo phenomeno no decubito dorsal se a distensão da bexiga fôr completa, pois que n'este caso a influencia da gravidade é insignificante, comparada com a pressão desenvolvida no reservatorio, sob a acção da qual se opéra a incontinnencia.

Perturbações analogas se observam na ejaculação do sperma, o qual não sendo projectado no momento proprio, acarreta a infecundidade do apertado.

Na ultima phase da doença manifesta-se um outro phenomeno notavel pelas suas consequencias. Quero referir-me á retenção das urinas. Sempre que o doente deixe progredir a sua enfermidade até este ponto, elle experimenta um verdadeiro supplicio que se repete a cada tentativa de micção.

O apertado, para obstar aos seus soffrimentos e evacuar a bexiga, toma diversas posições de que a mais frequente é a vertical e um pouco inclinado para diante; então, agarra-se aos objectos que o cercam para contrahir mais fortemente os musculos abdominaes, a fim de produzir a evacuação da bexiga pela pressão desenvolvida sobre ella.

Em regra, estas tentativas de micção são infructiferas a despeito dos esforços colossaes empregados pelo doente, que póde, n'estes casos, ser surprehendido por syncopes mais ou menos prolongadas, hemorragias cerebraes, e evacuações involuntarias de fezes e gazes pelo recto. Accidentes estes que não são mais do que o resultado da enorme pressão desenvolvida nas cavidades thoraxica e abdominal a cada tentativa de micção.

Se esta situação se prolonga o doente fica exposto á ruptura da bexiga e á infiltração urinosa, á qual se succederá a morte.

Symptomas physicos

Para um diagnostico seguro bastarão simplesmente os symptomas precedentemente expostos? De certo que não. Perturbações semelhantes não constituem apanagio exclusivo dos apertos de urethra, pois que ellas são egualmente tributarias de outros estados morbidos.

Em verdade, os symptomas funcçionaes necessitam ser corroborados pelos dados da exploração directa do canal. E, para a realisação d'este desideratum, se inventaram varios instrumentos. Entre estes, disputa a primazia a velinha de cêra, sob o ponto de vista chronologico.

O seu emprego era fundado em que a cêra, pelo contacto mais ou menos prolongado com o aperto, se amollecia e tomava a sua fórma.

Porém, em breve se reconheceu que este instrumento não satisfazia aos fins da sua invenção, visto que não só podia apresentar impressões provenientes de pregas da mucosa, como as que se observam normalmente no fundo de sacco do bolbo; como ainda podia tornar-se funesto pelos accidentes que o seu manejo poderia acarretar. Ao endoscopio de Desormeaux succedeu outro tanto, por ser de um emprego pouco exequivel na prática.

De forma que hoje as explorações da urethra são feitas com as velinhas olivares. Estas são constituídas por uma haste delgada e flexivel, apresentando uma extremidade mais volumosa em forma de oliva.

Começa-se sempre por uma velinha exploradora n.º 18 ou 20, que se introduzirá suavemente e sem violencia até que ella encontre obstaculo. E' conveniente n'estas explorações empregarmos velinhas volumosas, pois que podemos reconhecer apertos insignificantes que passariam desapercibidos com velinhas de pequeno calibre. Estes instrumentos são de primeira necessidade e utilidade, pois não só nos permitem determinar a séde, como ainda a resistencia, extensão e o numero de apertos que possam existir.

Para adquirirmos a convicção de um aperto é preciso que a velinha nos dê a sensação de salto que se repetirá tantas vezes quantos apertos houver. Se a velinha fôr detida, introduzem-se successivamente outras de menor calibre, até que uma possa transpôr a urethra. O grau de aperto é então fornecido pelo calibre da velinha mais volumosa que se conseguiu introduzir. Esta póde ser detida logo á entrada do meato, e isto indicanos em regra uma atrezia congenita; mas se ella fôr impedida a pequena distancia do meato e o obstaculo sendo unico, devemos investigar se houve algum traumatismo ou cancro; e finalmente, se os obstaculos são multiplos devemos presumir que sejam apertos blenorrhagicos que a historia da doença confirmará.

Para determinar a séde do aperto basta notar pela palpação exterior o ponto onde foram detidas as velinhas que não passaram. A extensão da strictura é avaliada pelo espaço que a oliva percorre com difficuldade.

Diagnosticco

Por via de regra, o diagnosticco d'esta doença não constitue uma tarefa espinhosa para o medico, pois que elle dispõe sempre de um valioso recurso que é a historia da doença.

Em primeiro logar devemos investigar se houveram blenorrhagias anteriores e ha que tempo, qual o numero, duração e complicações.

Em caso de resposta negativa, devemos inquerir de algum traumatismo ou cancro molle intra-urethral. Se o doente ainda se não manifestar pela affirmativa, desde logo podemos excluir um aperto de urethra.

O diagnosticco differencial com os calculos vesicaes, cystites e hypertrophia da prostata, será feito de harmonia com a historia da doença auxiliada pelos resultados da observação attenta do doente. O diagnosticco com tumores da visinhan-

ça, corpos extranhos e calculos urethraes, obedecerá á exploração directa do orgão. Em quanto ao spasmo é tambem facil o diagnostico, visto que n'este estado a urethra não permite a introdução de uma sonda de gomma de pequeno calibre, e dá pelo contrario accesso a outra de calibre superior ou a um catheter metalico.

Todavia ha casos em que o spasmo não cede, e então só os commemorativos nos poderão elucidar; mas ainda assim, poderiamos recorrer a uma solução de cocaina a 2 ‰, que injectada na urethra posterior faria desaparecer o spasmo, permitindo ingresso facil ao catheter.

Prognostico e Complicações

O aperto da urethra torna-se grave, já pelos accidentes a que dá logar se o cirurgião não intervem a tempo, já porque os meios therapeuticos empregados realisam uma cura incompleta.

Pelo que diz respeito á primeira causa de gravidade, são indubitavelmente os apertos traumaticos que apresentam um prognostico menos favoravel, pois é n'estes que mais temos a temer a intoxicação urinosa; ao passo que os blenorrhagicos estão até certo ponto a coberto d'este accidente, desde que sejam cuidadosamente observados pelo doente.

Emquanto á segunda causa de gravidade achase hoje consideravelmente attenuada se não suprimida pela prática da recente e engenhosa intervenção cirurgica. Verdade é que esta só aproveita aos apertos traumaticos, mas são tambem

estes que mais tem preocupado os cirurgiões em razão da tenacidade que offerecem á cura.

Entre as complicações dos apertos, mencionarei em primeiro logar a retenção de urinas que póde apresentar-se mesmo em stricturas pequenas, mas n'este caso é passageira e não offerece gravidade.

Porém, o quadro symptomatico da intoxicação urinosa não se fará esperar se ella se tornar permanente.

Outra complicação digna de menção é a infiltração urinosa que obedece a apertos acompanhados de ulcerações. Não passarei tambem em silencio a esterilidade que se póde manifestar no apertado. Desde o momento em que a urina não transponha o aperto senão gotta a gotta, o sperma não poderá egualmente ser projectado com força atravez do meato, e sahirá mais tarde com ella.

Finalmente, a titulo de complicações remotas, mencionarei as inflammações da bexiga e dos ureteres, consecutivas a apertos desprezados.

Tratamento

Era da maxima importancia que o diagnostico nos podesse informar ácerca do grau de dilatabilidade dos apertos, para que a nossa linha de conducta não fosse vacillante e obedecesse a um plano certo e determinado.

O tratamento dos apertos da urethra é exclusivamente cirurgico; mas de entre os varios meios operatorios, o cirurgião deverá preferir o que lhe parecer mais adequado ao caso em questão. Até hoje tem-se empregado a cauterisação, a divulsão, a urethrotomia, a dilatação e recentemente a resecção.

Não me preocuparei com a cauterisação, pois que esta intervenção é mais prejudicial que benéfica.

Os resultados de fórma nenhuma compensam os accidentes a que expõe o apertado. Por moti-

vos analogos abandono á historia a divulsão, passando a occupar-me exclusivamente dos que actualmente se acham em voga.

Dilatação

A dilatação é uma operação que consiste na introduccção de velas no canal da urethra, de um modo suave e sem violencia, retirando-as em seguida ou deixando-as ficar mais ou menos tempo. Este methodo é baseado no amollecimento e dilatabilidade que experimentam os tecidos pathologicos e duros em contacto mais ou menos prolongado com as velas. A dilatação foi usada primitivamente associada á cauterisação, mas sem que os cirurgiões reconhecessem n'ella um meio therapeutico tão precioso. Hunter foi o primeiro que a erigiu em methodo de tratamento e estatuiu as suas indicações.

Os instrumentos de que nos servimos para esta operação são as velinhas.

O calibre d'estas por que devemos iniciar a dilatação é, em regra, determinado por um exame prévio do aperto com sondas olivares. Verdade é que muitas vezes se encontram grandes difficuldades em transpôr o aperto, mesmo com instrumentos de calibre muito pequeno; mas n'este caso deveremos injectar na urethra oleo d'amendoas doces, glycerina ou uma solução de cocaina.

Se ainda assim as nossas tentativas forem frustradas, deveremos addiar por algumas horas

a nossa sessão, pois que a mucosa urethral irritada pelo catheterismo conjestiona-se offerecendo ainda mais resistencia.

Introduzida uma velinha, devemos dar principio á dilatação que se póde operar, já deixando-a permanente e depois substituindo-a por outras de um calibre progressivamente maior, já retirando e substituindo-a na mesma sessão por outras de calibre successivamente maior. D'aqui dois processos: dilatação lenta, progressiva e permanente; e dilatação lenta, progressiva e temporaria.

Dilatação permanente. — N'este processo, a velinha introduzida é fixada para não ser expellida ou cahir na bexiga, mas de fórma que não ultrapasse o collo sob pena de determinar uma inflamação d'aquelle orgão.

No fim de algumas horas a emissão da urina torna-se laboriosa á custa de uma constrictão passageira, á qual se succederá uma emissão facil se retirarmos a velinha alguns millimetros. Desde que se manifeste o corrimento muco-purulento na urethra, a sonda deverá ser substituida por outra de calibre superior. Hoje, em regra, não se espera por este corrimento, e a substituição effectua-se no fim de 2 ou 3 dias ou mesmo antes, se o doente não pudér supportar a algalia.

Esta intervenção operatoria não póde ser continuada por muito tempo, pois que em geral, a urethra não tolera com insistencia velas de grande calibre. Por isso Guyon, quando ella admitte o n.º 12 da escala franceza, começa a dilatação temporaria.

Dilatação temporaria. — Como acima disse, esta operação consiste na introdução de velas mais ou menos volumosas, em intervallos de tempo mais ou menos proximos. Este methodo é por via de regra um complemento do precedente.

Para operarmos a dilatação lenta e progressiva devemos preferir as velas Beniqué que são graduadas a $\frac{1}{6}$ de millimetro, permittindo-nos assim em uma mesma sessão, um grau consideravel de dilatação da urethra sem que ella seja violentada. Resultado este que se não póde obter com as de gomma cuja graduação é de $\frac{1}{3}$ de millimetro. Eis a razão porque a maior parte dos cirurgiões rematam a dilatação pelos catheters metallicos de Beniqué, logo que a urethra admitta uma vela de gomma n.º 13 ou 15.

Para que este tratamento nos dê os resultados desejados, devemos principiar as sessões pelo catheter mais volumoso que a urethra recebeu no dia anterior, e não levar a dilatação além de millimetro e meio em cada sessão. A dilatação será suspendida logo que a urethra admitta um catheter n.º 60 da escala Beniqué ou 24 da Charrière; todavia, o doente deverá continuar a algaliar-se uma vez pelo menos em cada mez, sob pena de o aperto recidivar.

Conclusão

A dilatação temporaria é seguida de bons resultados em apertos simples, recentes, não traumaticos.

E' innocente sempre que o operador observe os preceitos antisepticos e manuaes.

A duração do tratamento que, em regra, não é superior a 30 dias, não excede a dos outros methodos.

Não condemna o doente ao repouso da cama, visto que póde entregar-se ás suas occupações habituaes durante o seu tratamento.

A recidiva não é mais frequente nem mais prompta com este methodo do que com os outros.

Não cura radicalmente o apertado mas os outros methodos, exceptuando a resecção, são igualmente seguidos de recidivas desde que o tratamento consecutivo seja desprezado pelo doente.

O effeito curativo da dilatação temporaria não é instantaneo, apparece lenta e gradualmente; por isso nos casos em que se torna urgente restabelecer immediatamente o curso das urinas devemos preferir a urethrotomia interna.

Em casos de manifestação de accessos febris repetidos, devemos recorrer a outros que exijam manobras urethraes menos repetidas.

Este processo torna-se impotente contra os apertos irritaveis. E' prejudicial quando hajam flegmiasias dos orgãos urinaes.

A dilatação permanente é um processo que não póde ser applicado de um modo geral.

Ella não offerece nenhuma das vantagens do processo precedente, sob o ponto de vista da sua innocencia e da duração dos resultados.

Este processo tem a vantagem de effectuar

uma dilatação rápida sem que se possa confiar na sua duração, tão prompta é a recidiva.

Graças a esta vantagem, a dilatação permanente dá resultado ás vezes quando o processo temporario se tornou impotente; associada, como elemento accessorio a outros meios de tratamento, póde prestar serviços quer no principio ou no curso da dilatação temporaria (apertos muito consideraveis; apertos irritaveis); quer como tratamento preparatorio da urethrotomia interna.

Urethrotomia

A urethrotomia é uma operação que consiste na incisão das paredes da urethra com o fim de restabelecer o curso normal das urinas. De dois modos se póde effectuar esta secção: de dentro para fóra, e de fóra para dentro; no primeiro caso a urethrotomia é interna, no segundo externa.

E' a Physick, cirurgião norte-americano, que cabe a honra da descoberta do primeiro urethrotomo, o qual se compunha de uma canula em que se introduzia um estylete terminado em uma lamina ponteaguda e cortante, semelhante a uma lanceta e destinada á secção do aperto.

Posta em prática a primeira tentativa dirigida n'este sentido, não tardou que uma numerosa pleiade de cirurgiões, seguindo os passos de Physick, imaginassem uma serie de urethrotomos mais aperfeiçoados. D'estes, uns operavam a secção de

traz para diante, outros de diante para traz. Os primeiros têm o inconveniente de exigir uma dilatação prévia da urethra para o instrumento poder passar, é esta uma circumstancia por que hoje se acham banidos da prática, e são preferidos os segundos.

O instrumento que eu tenho visto manejar é o de Maisonneuve que faz duas secções, uma á entrada, outra á sahida do aperto; por isso limitar-me-hei á descripção da urethrotomia interna feita com este instrumento.

Urethrotomia interna.—O instrumento de Maisonneuve compõe-se: 1.º de um conductor metallico, curvo, apresentando um sulco em toda extensão da sua concavidade, de 1 a 3 millímetros de diametro e 30 centímetros de comprimento; 2.º de uma vela fina de gomma elastica bastante comprida, com uma extremidade conica livre, e outra ôca em passo de parafuso pela qual se fixa uma extremidade do conductor; 3.º de um estylete com o comprimento de 30 centímetros, armado em uma extremidade de uma lamina sensivelmente triangular, mas de vertice rombo e bordos levemente concavos e cortantes, a qual se ajusta ao sulco do conductor e n'elle é sustentada por duas azas lateraes.

Estas laminas são de dimensões diversas, mas as geralmente usadas, são as de n.º 20 a 24.

Pela simples descripção d'este instrumento se vê que a incisão é feita na parede superior da urethra; porém ha outros que apresentam uma disposição inversa, e que portanto operam a secção

na parede inferior onde, por via de regra, o aperto tem a sua séde. Estes estão hoje abandonados porque a nova cicatriz, indo formar-se sobre um tecido pathologico e duro, iria aggravar a situação do doente, augmentando a retractilidade da strictura preexistente. Actualmente só é fendida a parede superior do canal, pela razão que acabo de expôr.

Technica operatoria

a) **Cuidados prévios.**—Logo que esta operação esteja indicada e quizermos soccorrer-nos da anesthesia, deveremos dar de vespera o classico purgante e conservar o doente em jejum até que a operação esteja concluida. Não quero com isto dizer que o doente se possa logo entregar a uma alimentação mais ou menos abundante, pois que os vomitos que em regra se succedem á chloroformisação determinariam uma expulsão prompta e immediata dos alimentos ingeridos.

Antes de proceder á operação, o cirurgião deverá ainda verificar se o urethrotomo funciona bem; pois é preciso que o conductor metallico se fixe solidamente á velinha, e que o estylete transponha sem difficuldade o sulco do mesmo conductor.

b) **Operação.**—Primeiro introduz-se a vela conductora atravez da urethra até á bexiga, em seguida aparafusa-se-lhe o catheter cannelado que a vela conduzirá igualmente até esse reservatorio.

Depois estende-se o penis com a mão esquerda

ao longo do conductor, e com a direita introduz-se a haste portadora da lamina que se faz correr ao longo do sulco do conductor até á bexiga.

O angulo rombo da lamina levantará as partes extensíveis, emquanto que os bordos cortantes seccionarão os pontos apertados que se lhe offercerem.

Posto isto, retira-se o instrumento e substitue-se por uma sonda permanente durante 48 horas, a qual não deverá ter um calibre superior ao n.º 16 ou 17 da escala Charrière, aliás poderia occasionar uma infiltração de urina pela obliteração do canal urethral.

Passados dez dias poder-se-ha principiar a dilatação lenta e progressiva com as velas Beniqué para se obter uma certa elasticidade das paredes do canal; porém, o doente deverá ulteriormente continuar a algaliar-se a intervallos maiores ou menores, sob pena das paredes urethraes readquirirem novamente a sua dureza e inflexibilidade anteriores.

N'esta operação sacrifica-se de preferencia a parede superior da urethra por ser mais regular e não determinar hemorragia sensivel. Com effeito, entre esta parede e os vasos, ha uma grande espessura de tecidos que colloca os vasos ao abrigo de uma incisão mesmo profunda, ao passo que na parede inferior a hemorragia seria inevitavel, attingindo nós o tecido spongio-vascular sobre que ella assenta. Por outro lado, a maior regularidade da parede superior faz com que a incisão seja nítida, o que não acontece com a inferior, visto que

aquella se acha muito adherente á gotteira formada pelos corpos cavernosos por intermedio de um tecido fibroso.

Por via de regra nunca recorreremos á anesthe-
sia n'esta operação, não só porque a dôr é de curta duração, como ainda pela diffuldade de conservar a algalia na bexiga por causa dos vomitos que se succedem á chloroformisação.

Sempre que o aperto tenha a sua séde no meato ou na fossa navicular, poderemos empregar com muita vantagem o urethrotomo de lamina occulta de Civiale.

Este instrumento compõe-se de um pequeno bisturi occulto que se introduz atravez dos apertos do canal, de forma que para operar basta comprimir o cabo e retiral-o em seguida da urethra.

Terminada a secção da strictura, introduz-se uma mecha de gaze phenicada e séca em uma extensão de dois centimetros e meio para suspender a hemorragia. No fim de duas horas substitue-se por outra, de fórma que passados dois dias já o doente poderá dar começo á sua dilatação durante algumas semanas.

Complicações. — A urethrotomia interna é hoje uma operação do dominio da prática corrente e cuja benignidade me foi permittido apreciar, seguindo os variados casos que eu vi operar pelos Exc.^{mos} Snrs. Drs. Azevedo Maia e Eduardo Pimenta, durante o meu tirocinio hospitalar.

Os accidentes que mais frequentemente vem complicar esta operação, são:

Hemorragia. — A hemorragia que por via de regra acompanha esta operação é insignificante. Em 500 urethrotomias effectuadas por Guyon, apenas 5 foram seguidas de hemorragias, mas nunca assustadoras quanto mais mortaes.

Infiltração de urina. — Esta complicação é menos frequente. O melhor meio de a evitar é introduzir uma algalia de medio calibre depois de praticada a operação.

Prostatite. — *Infeção purulenta.* — A primeira é bastante rara, e a segunda se outr'ora era frequente, tende hoje a desaparecer com o emprego escrupuloso dos anti-septicos.

Accessos febris. — A febre, que os doentes accusam algumas vezes em seguida á urethrotomia, parece resultar de uma exacerbação de alguma nephrite de que o apertado seja portador.

Conclusão

Indicações. — Os apologistas d'este processo alimentaram por muito tempo a pretensão de evitarem as recidivas com a sua prática. Tal era a opinião de Reybard e seus adeptos. Porém a experiencia clinica em breve veio mostrar que as recidivas eram fataes.

Para M. Trélat a urethrotomia não constitue um methodo de tratamento, mas unica e simplesmente um methodo adjuvante no tratamento dos apertos pela dilatação progressiva. Com effeito, assim é. A dilatação é o methodo de escolha pelo qual devemos começar.

A urethrotomia acha-se indicada em todos os casos em que a dilatação lenta e progressiva se torna impossivel ou perigosa. A saber:

Nos apertos duros e fibrosos contra os quaes a dilatação lenta e progressiva se torna impotente.

Nos apertos elasticos em que os resultados da dilatação progressiva permanecem estacionarios, em virtude da retractilidade do tecido fibroso.

Nos apertos cujas sessões de dilatação são acompanhadas de accessos febris.

Nos apertos acompanhados de cystites, nephrites ou retenção de urinas.

E finalmente, nos apertos muito estreitos e não susceptiveis de uma dilatação facil.

Contra-indicações. — Esta operação acha-se contra-indicada nos casos seguintes:

Nos apertos impermeaveis que se não deixam transpôr pelo conductor cannelado, como succede nos traumaticos.

Nos apertos duros e estreitos que permitem a introducção do conductor, mas são acompanhados de indurações e fistulas perineaes. N'estes é preferivel a urethrotomia externa; do contrario teriamos de praticar duas operações, uma para remover o aperto, outra para eliminar as indurações e as fistulas.

Urethrotomia externa

A urethrotomia externa é uma operação que consiste na incisão da urethra de fóra para dentro.

Esta operação tirou a sua origem da boutonnière perineal, quando a urina não podia sahir através do canal urethral.

Segundo um conductor póde ou não ser introduzido na urethra, assim a urethrotomia se effectua por dois processos distinctos: urethrotomia externa sobre conductor, e urethrotomia externa sem conductor.

Urethrotomia externa sobre conductor. — *Operação.*
— Deitado o doente em decubitus dorsal com as coxas em flexão sobre o abdomen, introduz-se na urethra um catheter curvo portador de um sulco na sua convexidade. Feito isto, pratica-se uma incisão de 3 a 4 centímetros de comprimento na

linha média do perineo, abrangendo todas as partes molles até á urethra, depois procura-se o sulco do catheter com a unha do indicador da mão esquerda, e secciona-se o aperto de diante para traz com o gume do bisturi dirigido para baixo. Feita a hemostase substitue-se o catheter por uma algalia permanente.

Urethrotomia externa sem conductor.—Esta operação constitue ás vezes um *tour de force* operatorio,

Operação.—Introduz-se uma sonda até ao aperto e faz-se uma incisão de 3 ou 4 centímetros de comprimento na linha média do perineo, até encontrar a extremidade da sonda.

Feito isto passa-se uma sonda cannelada de diante para traz para se cortar sobre ella o aperto em toda a sua extensão. A situação do doente é a mesma que no processo precedente.

A difficuldade suprema d'esta operação consiste em encontrar o topo posterior da urethra, e para remediar tanto quanto possivel este inconveniente introduziram-se varias modificações na prática d'este processo. Estas são: urethrotomia em dois tempos, urethrotomia externa pelo thermo-cauterio, urethrotomia sub-cutanea, combinação da urethrotomia externa e interna, formação de um canal lateral, incisão da região membranosa, catheterismo retrogrado e resecção do aperto.

Só me occuparei das duas ultimas modificações.

Catheterismo retrogrado.—Praticada a divisão do aperto e não se encontrando o topo posterior da urethra, aconselha Tillaux esperar que o doente

acorde e fazer com que elle urine para vêr se assim se consegue descobri-lo.

Porém, a despeito de toda a paciencia e perseverança de que o operador se ache revestido, as suas tentativas podem ficar mallogradas. E' n'estas circumstancias que elle pratica o catheterismo retrogado.

Esta operação consiste em fazer passar uma sonda da bexiga para a ferida perineal.

Eis como Tillaux opéra:

Introduz uma sonda até ao aperto, fende o perineo sobre a linha média e fal-a sahir por esta abertura.

Depois abre a bexiga acima do pubis, procura o collo com o dedo e faz passar por elle uma sonda metallica até á ferida perineal. Posto isto, poderíamos deixar uma sonda permanente, para o que bastava ligar por meio de um fio a referida sonda metallica á que já se acha na urethra, e assim arrastar esta até á bexiga. Finalmente, retira-se o catheter metallico pela ferida hypogastrica a qual se sutura em seguida.

Tillaux costuma ainda substituir a algalia permanente por um comprido tubo de caoutchouc, com orificios na sua porção vesical, do qual uma extremidade sahe pelo meato urinario e a outra pela ferida hypogastrica, indo ambas mergulhar em um vaso collocado ao pé do doente.

Finalmente, dão-se alguns pontos na ferida hypogastrica e deixa-se granular a ferida perineal. No fim de 15 dias, quando se supponha que o tracto da urethra esteja sufficientemente reconsti-

tuido, retira-se o tubo e substitue-se por uma algalia permanente até á cicatrização completa da ferida perineal. A ferida hypogastrica em breve cicatrizará.

Indicações.—Quando me occupei dos methodos precedentes tive occasião de me referir a ellas, por isso me abstenho de as referir aqui.

Complicações.—O accidente que mais devemos temer n'esta operação é a hemorrhagia. Se a laqueação dos vasos fôr insufficiente para obtermos a hemostose, devemos recorrer ao tampão da ferida.

Como a maior parte dos cirurgiões seguem o plano que acabo de esboçar na prática da urethrotomia externa, eu deixo á historia as restantes modificações e passo a estudar a resecção.

Resecção

Esboço historico da resecção

Esta operação não é absolutamente recente, pois já os nossos auctores classicos lhe fazem referencias. Com effeito, Parisot na sua these (1884) refere algumas tentativas de excisão logo que a urethrotomia externa entrou no dominio therapeutico dos apertos; porém, só depois dos trabalhos de Bourguet d'Aix e sobre tudo de Daniel Mollière, é que a resecção da urethra foi erigida em methodo.

Todavia nós podemos citar antes d'estes dois cirurgiões uma tentativa interessante de J. Roux (1859) o qual, depois de ter praticado a excisão de um aperto, teve a ideia de approximar os labios da ferida por meio de *serres fines*, obtendo assim uma reunião por primeira intensão. Porém, como a communicação feita por Bourguet á Aca-

demia de medicina, fosse mal acolhida por esta, a resecção ficou temporariamente condemnada ao esquecimento, até que Daniel Mollière, eminente cirurgião de Lyon, a fez renascer victoriosamente graças ás suas observações nitidamente relatadas na these do seu discipulo Parisot em 1884.

Tanto em Allemanha como em Inglaterra este processo operatorio tem sido objecto de um estudo aturado desde 1881, como o provam as numerosas observações publicadas por illustres cirurgiões d'aquellas duas nacionalidades.

Em França publicaram-se egualmente um grande numero de trabalhos consecutivos aos de Mollière. Com effeito, no ultimo congresso de cirurgia fizeram-se duas communicações importantes, uma de M. Guyon, outra de M. Albarran. Posteriormente a estes dois cirurgiões, podemos citar M. Joüon e M. Heurtaux de Nantes, e sobre todos M. Vignard o qual acaba de publicar uma interessante memoria sobre a resecção da urethra nos apertos traumaticos.

Technica operatoria

O manual operatorio é extremamente variavel pois cada cirurgiaão tem creado um *modus faciendi* especial.

Nós tomamos para typo da nossa descripção operatoria um aperto nodular, traumatico e pouco extenso com o perineo intacto ou apenas atravessado por uma ligeira fistula produzida algum tempo depois da ruptura.

No decorrer d'esta operação eu procurarei tornar-me o mais fiel possivel ás instrucções indicadas por Heurtaux.

Nos dias que precedem a operação devemos examinar escrupulosamente o estado das vias genito-urinarias do doente. Se as urinas revelaram alguma infecção, teremos de effectuar uma anti-sepsia cuidadosa da bexiga e da urethra por meio de soluções de nitrato de prata a $\frac{1}{500}$ ou $\frac{1}{1000}$,

pois que o estado aséptico d'estes órgãos nos garante até certo ponto o successo da sutura urethral.

Posto isto, o doente collocado na posição da talha perineal, procede-se á asepsia do campo operatorio, tendo o penis e as bolsas levantadas por um ajudante. Em seguida, verifica-se a séde do nodulo cicatricial, tarefa que em regra é facil atenta a induração que se sente atravez dos planos superficiaes; se porém houver hesitação sobre a situação da urethra e do aperto recorreremos ao conductor de Syme. Depois pratica-se uma incisão que comece dois centímetros adiante do nodulo e termine um pouco além do seu limite posterior. Assim divididas as partes molles camada por camada até ao canal, o operador deverá novamente certificar-se da direcção da urethra e da séde do nodulo, ainda que para isso tenha de recorrer ao referido conductor.

Em seguida procede-se a uma disseccção minuciosa do nudolo e praticam-se duas incisões perpendiculares á direcção do canal urethral, uma adiante e outra atraz, de modo a tirar-se tudo que se apresente indurado. Depois de praticada a ablação dos tecidos duros, dirigimo-nos á hemostase que se realisa já com pinças de *forcipressur* se ha jactos arteriaes, já por compressão ou irrigação quente se a hemorrhagia se faz em *nappe*. Obtida a hemostase o cirurgião passa ao segundo tempo da operação, a sutura.

Para isso, procuram-se as extremidades do canal dividido; a anterior facilmente se encontra,

emquanto á posterior apparece por via de regra no angulo correspondente da ferida que é o ponto mais sangrante da incisão; muitas vezes porém, esta investigação torna-se enfadonha e rebelde á maxima paciencia de que o operador se possa revestir, sendo obrigado em semelhante conjunctura a recorrer aos artificios a que atraz me referi quando me occupei da urethrotomia externa. Heurtaux triumphá d'estas difficuldades passando os primeiros fios de sutura antes de destacar completamente o nodulo; d'esta fórma o topo posterior da urethra nunca se perde da vista do operador.

Antes de se proceder á sutura deveremos certificar-nos se é possivel a approximação dos dois topos urethraes, porque se elles ficarem muito distantes, disseca-se o canal isolando-o dos tecidos visinhos em uma certa extensão, e n'estas condições effectuar-se-ha a approximação das duas extremidades, graças á elasticidade da urethra.

Posto isto, principia-se a reunião pela parte superior do canal. Mas deverá a sutura ser sobmucosa ou abranger toda a espessura da parede?

Este ultimo modo de operar é mais facil, porém expõe mais a infecção dos fios e da ferida.

Reunida a parte superior do canal por 2 ou 3 fios de sutura, passa-se uma sonda de Nélaton n.º 20 ou 22, tão aseptica quanto possivel, para dar passagem á urina embora pura e impedir o contacto d'esta com a ferida operatoria. Em fim so-

bre ella termina-se a sutura da parte inferior da urethra por tantos fios quantos forem precisos.

Resta-nos a ferida perineal que nós reuniremos camada por camada, deixando ou não um dreno conforme o grau de asepsia observado pelo operador.

Discussão da technica operatoria

Esboçados rapidamente os diferentes tempos da resecção, resta-nos frizar algumas particularidades operatorias ainda hoje em discussão. Esta versa sobre a propria excisão e sobre a sutura.

Alguns cirurgiões movidos pelo exclusivismo pretendem que a resecção seja annelar e total; outros, simplesmente parcial e limitada á parede inferior do canal urethral. Em verdade, nenhuma d'estas asserções é verdadeira em absoluto.

Com effeito; ha casos em que a parede superior se acha indemne, o que se póde verificar pelo toque, e então estará perfeitamente indicada a resecção da parede inferior, como o aconselha Guyon. A excisão parcial offerece indubitavelmente menos difficuldades operatorias, porém expõe mais a recidivas visto que a induração da parede superior póde ser tão insignificante e tão

imperceptível que a sensação de dureza escape ao toque. Por isso a resecção total, com quanto exiga mais pericia da parte do operador, offerece-nos todavia mais garantias de cura radical.

*

* *

Alguns operadores abstem-se de suturar a urethra depois da excisão. Mas poderemos n'estas circumstancias evitar uma recidiva? De certo que não, porque a perda de substancia urethral será reformada por granulação e o doente correrá de novo o risco de uma cicatrisação com stenose consecutiva.

Os adversarios da sutura depois da resecção oppõem-lhe duas objecções que estão a coberto de uma refutação superficial. Assim dizem, a sutura é de difficil execução e estabilidade.

Em verdade, a resecção é uma operação apenas accessivel aos mais habéis operadores, pois demanda uma dissecação da urethra feita com a maxima prudencia.

Pelo que diz respeito á sutura é relativamente facil quando a perda de substancia não exceder 2 a 3 centimetros, porque então os dois topos urethraes podem approximar-se sem difficuldade em virtude da elasticidade da urethra; e sendo preciso, mobilisam-se um pouco dos tecidos visinhos.

Porém se o canal foi reseccado em uma extensão de 5 a 6 centímetros, com o perineo atravessado de fistulas e infiltrado de collosidades, a perda de substancia será evidentemente exagerada e a sutura tornar-se-ha impossivel. N'este caso deveremos recorrer á urethro-perineorrhaphia.

Sempre que a sutura urethral se torne impossivel apenas em parte, poderemos imitar a conducta de Wahl. Este cirurgião, depois de terminada a excisão em um apertado, ficaram-lhe os dois topos á distancia de 3 centímetros e meio, procurou reunil-os mas não o conseguiu senão em parte, depois da sutura ficava-lhe um orificio triangular com 3 millímetros de lado que elle preencheu com partes molles juxta urethraes, sem que pelo perineo passasse ulterioirmente alguma gotta de urina.

*

* *

Um outro ponto ainda actualmente muito debatido é a possibilidade da reunião por primeira intensão depois da sutura.

Com effeito, eminentes cirurgiões e entre elles Duplay e Reclus põem em duvida que a sutura urethral se reuna sempre por primeira intensão, pois têm observado casos em que a urina sahe pelo perineo durante alguns dias depois da operação. Porém, d'aqui não poderemos tambem concluir cathegoricamente que a sutura se não con-

serve sempre em todos os casos; esses factos provam apenas que a reunião por primeira intensão não foi total.

Um factor que frequentemente parece concorrer para impedir a reunião por primeira intensão é a falta de asepsia das vias urinarias do doente. Tanto as urethrites como as cystites, quer pre-existentes, quer consecutivas á operação as quaes se manifestam de preferencia quando a ferida não é sufficientemente protegida pela sonda permanente, são elementos que devemos apressar-nos a combater energicamente sob pena de obtermos um insuccesso.

*

* *

Outro ponto de discussão é a sonda permanente.

Alguns cirurgiões allemães e principalmente Heusner e Kaufmann censuram tenazmente a prática da sonda permanente. Dizem elles que a algalia irrita a mucosa e dispõe-na mais facilmente á infecção se a urina do doente não fôr sufficientemente pura; e na verdade a urina, filtrando sempre ainda que em pequena quantidade entre a sonda e o canal, póde comprometter sériamente o resultado da sutura. Mas evidentemente, se nós prescindirmos da sonda permanente, a ferida urethral vae achar-se immediatamente em contacto com a urina e as probabilidades de infecção

serão ainda maiores. Portanto é preferível usar a sonda e retirá-la logo que seja possível, isto é, no 5.º dia o mais tardar.

*

* *

O manual operatorio da sutura também deu lugar a serias controversias.

Deverá a sutura ser sobmucosa ou compreender toda a espessura da parede urethral? Em qualquer dos casos é possível o successo; porém, a sutura sobmucosa com quanto seja de uma execução mais espinhosa expõe menos á infecção dos fios se a urina fôr septica.

Esta sutura leva geralmente 6 pontos, 3 na parede superior e 3 na parede inferior da urethra. Geralmente prefere-se o catgut chromicado á sêda, porque esta eliminando-se rapidamente pôde originar tractos fistulosos.

Indicações

Ha um certo numero de casos em que a resecção está indicada como operação de escolha, sem previamente ensaiarmos outro methodo operatorio.

E, se esta operação é tão exequivel como o pretendem tantos cirurgiões, haveria toda a vantagem em preferil-a a outras emquanto as vias urinarias e o perineo se acham intactos, pois que n'estas circumstancias a operação é de uma execução relativamenre facil.

Os apertos de urethra qualquer que seja a sua origem podem ser divididos em quatro grupos:

Apertos limitados, impermeaveis ou indilataveis. — N'este grupo estão comprehendidos especialmente os apertos de origem traumatica, que constituem o melhor typo dos que se acham sob a alçada da resecção.

Ora se o aperto é impermiavel e indilatavel, um só recurso restaria ao cirurgião: a urethrotomia externa. E de duas uma, ou a incisão incide sobre a parede inferior da urethra e portanto sobre o callo, e n'estas condições ha formação de uma cicatriz talvez ainda mais retractil; ou é feita em uma porção intacta do canal, isto é, na parede superior; mas como attingil-a pela via perineal?

Se o anel indurado fôr completo peor ainda.

Se o aperto é permiavel mas indilatavel estaria indicada a dilatação precedida da urethrotomia interna. Mas n'este caso deveremos contar egualmente com a retractilidade da secção feita no ponto apertado.

Portanto nos casos incluidos n'este grupo convirá a reseccão pela qual se obterá a cura radical. Um segundo argumento em favor d'este processo é a limitação nitida do aperto, circumstancia esta que facilita sobremodo a excisão do callo e o affrontamento dos topos urethraes.

Apertos indilataveis ou impermiaveis, mas muito extensos.—Estes apertos têm por origem uma ruptura completa da urethra seguida de um afastamento consideravel das duas extremidades, cujo espaço assim formado será preenchido por tecidos fibrosos de natureza retractil. Pouco depois o canal apresentará um aperto cuja extensão será variavel com o grau de afastamento que se succeder á ruptura.

N'este caso não devemos esperar cura radical embora tentemos a approximação das duas extre-

midades pela sutura urethral ou juxta urethral, porque a despeito da possibilidade de suturar os dois topos, talvez a sutura se não conserve o tempo sufficiente. Se concorrentemente houver fistulas e indurações perineas, mais duvidosos se tornarão os resultados, porque talvez seja impossivel o affrontamento das extremidades urethraes depois da ablação dos tecidos duros e da parte da urethra n'elles comprehendida. Então, depois de introduzida a sonda permanente, a perda de substancia reformar-se-ha por granulação em volta d'este canal. E' claro, n'estes casos a resecção embora seja a conducta mais racional, será completada ulteriormente por uma dilatação prolongada.

Apertos limitados e dilataveis. — N'estas stenoses a prática da resecção está dependente de circumstancias especiaes. Assim, se o aperto fôr facilmente dilatavel e não apresentar tendencias para se retrahir novamente, de fórma que um catheterismo mensal seja bastánte para conservar um canal de calibre sufficiente ao apertado, a dilatação impõe-se.

Se, porém, a stenose fôr facilmente dilatavel e exigir um catheterismo repetido, poderíamos recorrer á urethrotomia interna, e só depois de praticada repetidas vezes é que nos seria permittido *propôr* a resecção ao doente, mas simplesmente a titulo de cura radical attenta a sua execução facil n'estas condições.

Apertos multiplos. — Este grupo só abrange de preferencia os apertos de origem blenorragica,

que em regra, apenas reclamam uma urethro-
mia interna completada pela dilatação. Todavia
se todos são dilatáveis excepto um que é mais
apertado e bem limitado, ser-nos-hia licito tentar
a sua excisão porque esta iria favorecer a dilata-
ção ulterior dos outros. Mas ainda assim, a re-
secção é n'este caso um mero adjuvante do me-
thodo geral, a dilatação.

Resumindo podemos dizer que os apertos uni-
cos, pouco extensos e facilmente limitáveis, são os
que melhor justificam a intervenção da cura ra-
dical.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—O ligamento rotuliano é uma continuação do tendão do tripíte femural.

Physiologia.—As funcções dos bronchios acham-se perfeitamente subordinadas ao seu calibre.

Anatomia pathologica.—A analyse dos escarros nem sempre nos leva a um diagnostico seguro da tuberculose.

Materia medica.—Como anesthesico geral prefiro o chloroformio ao ether.

Pathologia geral.—A infecção pela arvore bronchica opéra-se principalmente á custa das ultimas ramificações bronchicas.

Pathologia interna.—No tratamento das stenoses aorticas prefiro a sparteina á digital.

Pathologia externa.—No tratamento dos apertos traumaticos da urethra, prefiro a excisão seguida de costura.

Operações.—Prefiro a resecção annelar e total á parcial e limitada á parede inferior da urethra.

Partos.—Nenhum signal certo, para o diagnostico da gravidez, é constante.

Medicina legal.—O apertado com dilatação consecutiva da urethra posterior é infecundo.

Visto.

Pedro A. Dias, Presidente.

Imprima-se.

Dr. Souto, Director interino.