

BREVE ESTUDO

SOBRE OS

APERTOS DA URETHRA

6012 ENC

7.<sup>o</sup> dia 25 de fecho de 1891,  
pela hora da tarde

Presidente - O Sr. Dr. Agos.  
Finko Tutorio do Sauto

Dr. Sr. Sr.

Isidoro Agos Per.<sup>o</sup> do Valle

Eduardo Per. Pimenta

Arg. } Augusto H. d'Almeida Brandão

Maximiano Augusto d'Oli-  
veira Lemos Joo

*N.º 2*

*N.º 691*

VIRIATO BRANDÃO

---

BREVE ESTUDO

SOBRE OS

APERTOS DA URETHRA

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto

---

PORTO  
IMPRENSA NACIONAL

Rua da Picaria n.º 35

1891

60/2 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO MANOEL MARIA DA COSTA LEITE  
(VISCONDE DE OLIVEIRA)

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTEs CATHEDRATICOS

1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia.....	Vicente Urbino de Freitas.
3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medica- mentos. Materia medica.....	Dr. José Carlos Lopes.
4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e thera- peutica externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria.....	Pedro Augusto Dias.
6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulhe- res de parto e dos recém-nascidos...	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e Thera- peutica interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira—Clínica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira—Clínica cirurgica.....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. <sup>1</sup> Cadeira—Anatomia pathologica.....	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene pri- vada e publica e toxicologia.....	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semeiolo- gia e historia medica.....	Illydio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

### LENTEs JUBILADOS

Secção medica.....	José Andrade Gramacho.
Secção cirurgica.....	Visconde de Oliveira.

### LENTEs SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} Antonio Placido da Costa. } Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica.....	

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica. . . . .	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
---------------------------	--------------------------------------

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

(*Regulamento da Escola*, de 24 de abril de 1840, art. 155).

A MEU PAE

VENERAÇÃO

À inolvidavel memoria

DE

MEU QUERIDO IRMÃO DAMAZO

Para traduzir as grandes dores,  
não ha expressão mais eloquente que  
uma lagrima silenciosa.

AO MEU PREZADO PRIMO E AMIGO

José C. de Pina Brandão

E SUA EX.<sup>ma</sup> FAMÍLIA

HOMENAGEM DO MEU CORAÇÃO RECONHECIDO

À SAUDOSA MEMORIA

DOS MEUS CONTEMPORANEOS E AMIGOS

*José Eduardo Vaz Pinto*

*José Gonçalves Martins*

Nunca mais desaparecerá o vacuo  
por vós deixado no meu coração.

AO MEU DEDICADO AMIGO

# MANOEL PEREIRA JUNIOR

Um dos motivos que torna agradável para mim o dia d'hoje, é o de poder tributar-te aqui, meu velho amigo, toda a gratidão que te devo, pelas generosas finezas, que sempre me prodigalisas a tua pura amizade.

Aceita, pois, com a offerta d'este modesto trabalho, que nada vale, a sincera gratidão da minha alma.

A

# NUNO RANGEL

Inscrever aqui o teu nome é relembrar uma pagina querida do meu passado, em que as nossas existencias tão intimamente se entrelaçaram, e ao mesmo tempo prestar homenagem ao amigo leal, ao companheiro inseparavel de tantas vicissitudes e de tantas illusões que o tempo cruelmente pulverisou.

AO MEU AMIGO E COMPANHEIRO DA INFANCIA

João P. da Silva Alvarenga

E SUA EX.<sup>ma</sup> FAMILIA

*Em signal de muita affeição*

# Aos meus condiscipulos

ESPECIALMENTE

*D. Maria Paes Moreira*

*Antonio Caetano Ferreira de Castro*

*Manoel José Pinhal*

*Francisco de Amorim Novaes*

*José Jorge Pereira*

*José Pinto de Queiroz Magalhães*

*Francisco Beirão*

*Scipião José de Carvalho*

*Bernardino Moreira da Silva*

*Bernardino Mourão*

Um adeus saudoso

Aos meus amigos

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

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

Dr. Agostinho Antonio do Souto

Dignissimo lente de Partos

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

*Dr. Antonio de Azevedo Maia*

*Dr. Eduardo Pimenta*

*Dr. José Carlos Lopes*

*Dr. Roberto Frias*

*Dr. Moraes Caldas*

*Dr. Pedro Dias*

*Dr. Almeida Brandão*

## ANTES DE COMEÇAR

---



ASSUMPTO da minha these não offerece novidade. Em compensação é d'uma importancia pratica de primeira ordem.

Na alternativa de escolher entre um assumpto novo, palpitante, d'esses que as notabilidades medicas lançam todos os dias á publicidade, e um assumpto modesto, pratico e praticavel, já consagrado pela clinica, eu não hesitei em decidir-me por este ultimo.

Procedendo assim, dizia-me a consciencia que, ao mesmo tempo que cumpria a lei, não desaproveitava o tempo empregado no estudo d'um assumpto, que tantas vezes apparece na pratica a reclamar os cuidados do clinico.

Se o estudo foi bem ou mal feito, não o sei eu

dizer; que tem defficiencias, é certo, umas por inexperiencia minha e outras, ainda que poucas, muito de proposito, para não avolumar um trabalho que, pela força das circumstancias, deve ser reduzido.

Modesto de forças e de aspirações, com tempo limitadissimo para compulsar os numerosos livros sobre a materia, não tenho outros desejos perante o illustrado jury que ha-de julgar d'esta minha ultima prova, senão o de merecer-lhe muita benevolencia.

# APERTOS DA URETHRA

---

## DEFINIÇÃO



**A**PERTO d'urethra não é simplesmente a diminuição do calibre d'esse canal, impedindo mais ou menos a passagem da urina.

O obstaculo á passagem da urina é um symptoma, muitas vezes donimante, nos apertos da urethra. Mas muitos estados morbidos, ora passageiros, ás vezes mesmo permanentes, podem determinar este symptoma e sem de modo algum constituir a entidade morbida, de que me occupo.

Segundo Civiale, definirei os apertos da urethra, *estados morbidos permanentes, que tem por effeito diminuir, d'um modo progressivo, a flexidez e dilatabilidade das paredes d'esse canal, reduzindo-lhe gradualmente o diametro.*

Excluem-se, pois, dos apertos da urethra, as stenoses passageiras devidas a uma phlegmasia aguda, congestão ou spasmo; a hypertrophia da prostata, que produz a retenção ou incontinencia d'urinas; e ainda a simples compressão da urethra por tumores visinhos.

# ETIOLOGIA

E

# ANATOMIA PATHOLOGICA

---



As investigações feitas durante os ultimos 30 annos dão-nos noções precisas sobre a etiologia e anatomia pathologica d'esta doença. Sem entrar em largas especializações, vou apresentar nos seus traços geraes os resultados obtidos.

Admittem-se três especies de stricturas da urethra: *apertos inflammatorios*, quasi sempre d'origem blennorrhagica; *apertos cicatriciaes*, que podem ser d'origem thraumatica ou ulcerosa; e *apertos slero-cicatriciaes*, que resultam d'um thraumatismo sobre uma urethra inflamada.

**Apertos inflamatorios**—A séde, fórma e numero d'estes apertos é variavel.

Quando o aperto é unico, existe sempre na região bulbar da urethra, mas se houver mais que uma, e é o caso mais geral, têm a sua séde desde a fossa navicular até á região perineobulbar, podendo n'este caso haver dois, trez, e até mais.

O aperto pôde comprehender toda a circumferencia do canal ou só uma parte d'elle. Na maioria dos casos occupa toda a circumferencia e apresenta geralmente o aspecto de dois cones reunidos pelos vertices ou d'um cylindro apresentando na parte média uma depressão circular em forma de collo de cabaça; a que Thompson dá o nome de *apertos annulares indurados*. Estes apertos annulares podem ter de comprimento até dois centimetros ou reduzirem-se a tenne diaphragma membranosa, com uma pequena abertura central ou extenrica, algumas vezes tão estreita que só dá passagem a uma cabeça de alfinete. Outras vezes este diaphragma é mais ou menos incompleto podendo limitar-se a simples bridas entre dois pontos da urethra. Estas bridas são extremamente variaveis na forma, extensão, espessura, consistencia e direcção. Ora se parecem com valvulas venosas, ora com um crescente. As que se parecem com valvulas podem difficultar a micção sem se opporem ao catheterismo ou vice-versa, conforme a sua disposição.

O tecido pathologico do aperto occupa ás vezes apenas uma parede, ordinariamente a inferior, ao nivel da região perineobulbar. N'estes casos, a induração, geralmente pouco extensa, existe sobre a forma de placas irregulares e levemente salientes no canal.

Outras vezes, essas placas são espalhadas irregularmente de espaço a espaço, o que determina apertos multiplos, de trajecto sinuoso, ao longo do canal.

Muitas vezes, os apertos irregulares e tortuosos, na apparencia multiplos, são devidos a uma retracção desigual das differentes partes d'um unico aperto muito extenso.

Abrindo uma urethra, portadora de aperto, em phase adiantada de evolução, no sentido longitudinal, encontram-se as seguintes alterações anatomicas: Na séde do aperto, o canal distendido não tem mais de 3 a 4 millimetros de largura, por um comprimento quasi igual. A este nivel a mucosa é esbranquiçada, uniformemente lisa, sem signaes de cicatrizes, mas muito adherente ás partes subjacentes. Em certos casos, pelo contrario, a mucosa é rugosa, desigual, confundindo-se absolutamente com o tecido subjacente. Este tecido é duro, e n'um corte apresenta uma camada consistente de dois ou tres millimetros de espessura.

Ao nivel do aperto, o corpo esponjoso é bastante desviado para o centro do canal. Suas malhas são infiltradas d'uma substancia amarella cinzenta, em que muitas vezes se distinguem restos de septuns espessos. Se a alteração é antiga, o corpo esponjoso parece transformado n'uma estreita facha ligamentosa de côr amarellada, apreciavel ao tacto na superficie externa da urethra.

Algumas vezes os corpos cavernosos tambem são alterados e o tecido pathologico apresenta-se ahi sob a forma de fachas irregulares ou de pequenos nodulos, cujo volume varia desde o d'um grão de arroz até ao d'uma ervilha. N'este caso, o penis pôde apresentar-

se, em toda a extensão, duro, nodoso, como cartilagineo, deformando-se durante a erecção.

A evolução d'este tecido pathologico é extremamente lenta podendo em alguns casos gastar vinte annos e mais para attingir um desenvolvimento capaz de dificultar a micção.

Nas primeiras phases d'evolução, não é só mechanicamente que elle actua, para impedir a passagem da urina; a sua acção morbida é antes physiologica que anatomica.

Com effeito, segurando os bordos d'uma secção urethral, feita ao nivel d'um aperto, e procurando afastal-os, nota-se ahí muito maior resistencia que em qualquer outro ponto são, e nunca se chega a afastal-os completamente. A parede da urethra perdeu pois n'esse ponto uma grande parte da extensibilidade que possui nos outros pontos. Segundo Gosselin nota-se este facto mesmo nos apertos muito tenues, d'onde este auctor conclue que com uma pequena alteração anatomica opera-se uma dupla alteração physiologica: uma diminuição na extensibilidade normal e uma tendencia para a retracção, que não existe, no mesmo grau, na parte sã da urethra.

Qual é o ponto de partida para a formação d'este tecido pathologico? Ao contrario do que pensava Guerin, a histologia mostra-nos hoje que a neoformação conjunctiva que constitue o aperto blennorrhagico, começa por uma sclerose intersticial da mucosa da urethra, chronicamente inflamada. D'aqui penetra depois mais ou menos na espessura das paredes da urethra. Ao principio consiste na infiltração do tecido por cellulas conjunctivas novas, formadas pela prolife-

ração das cellulas conjunctivas normaes, á custa d'um blasthema.

Em seguida esses elementos novos organisam-se em tecido conjunctivo verdadeiro. Emfim, produz-se uma regressão, uma retracção e mesmo uma atrophia d'esta neoformação conjunctiva. Resulta d'aqui que todas as tunicas da urethra, inclusivé a mucosa, são atacadas de atrophia, e que ao nivel do aperto as paredes do canal tem menos espessura que nos pontos sãos.

Vê-se pois que, na genése dos apertos inflammatorios, é a neoformação conjunctiva retractil que representa o principal papel. Não é, como já disse n'outro ponto, a obstrucção do canal pelo novo tecido que produz o aperto, mas sim a modificação physiologica dos elementos elasticos e musculares.

Este conhecimento é d'uma grande importancia para apreciar o valor dos differentes methodos de tratamento.

**Apertos cicatriciaes**—Estes são thraumaticos ou ulcerosos. Os primeiros dão-se principalmente nas regiões perineo-bulbar e membranosa; os segundos, muito mais raros que os primeiros, dão-se ordinariamente no meato ou na fossa mavicular e só excepcionalmente se encontram além d'esses pontos.

Anatomicamente estes apertos são constituídos pela cicatrisação por neoformação d'um tecido conjunctivo sobre a mucosa ou os tecidos subjacentes, se estes tambem foram lesados. São verdadeiras cicatrizes que possuem todas as propriedades ordinarias do tecido inodular. Por isso são estes apertos muito mais

graves que os blennorrhagicos, porque n'estes casos a retractilidade e diminuição de extensibilidade são muito maiores.

Os limites d'estes apertos são nitidos. Aqui não se encontra a infiltração diffusa que se encontra nos apertos blennorrhagicos. O estrangulamento é brusco, e de cada lado do obstaculo a urethra apresenta os caracteres perfeitamente normaes.

A sua evolução é muito rapida, podendo gastar de alguns dias a algumas semanas para o seu completo desenvolvimento.

Nos apertos thraumaticos da região perineo-bulbar, a strictura é, ordinariamente, cicatricial a inflammatoria ao mesmo tempo, visto que a ruptura se acompanha d'uma contusão mais ou menos profunda.

Os apertos d'origem thraumatica determinam mais frequentemente a obliteração completa da urethra com formação de abcessos seguidos de fistulas, por onde se escôa a urina.

### **Apertos mixtos ou sclero-cicatriciaes.**

—Esta variedade de apertos resulta d'um thraumatismo feito em uma urethra atacada de blennorrhagia. Póde ser produzido por injecções extremamente causticas e mal applicadas, por erecções prolongadas e ainda por um coito impetuoso, durante uma phlegmasia aguda do canal. Segundo Woillemier, a blennorrhagia aguda póde só por si determinar algumas vezes ulcerações, a que succediam apertos cicatriciaes coincidindo com as lesões dos apertos inflammatorios.

Os apertos mixtos são quasi sempre multiplos e dão-se principalmente na porção pennica.

Como as ulcerações que os precedem, o tecido pathologico d'estes apertos é disposto em pequenas porções isoladas e bem delimitadas.

Estes apertos são difficéis de dilatar e tem frequen-tes recahidas. Muitos pertencem á variedade designada pelo nome de *apertos elasticos*.

## SYMPTOMAS

---



As perturbações funcionaes que acompanham os apertos da urethra variam desde uma simples perturbação na micção até aos symptomas mais compromettedores para a vida do doente.

Nos apertos blennorrhagicos, a principio, nota-se apenas uma modificação no jacto da urina, este mostra-se mais delgado, ás vezes spiralado ou dividido.

Durante muito tempo estas modificações podem ser tão pouco sensiveis que escapam á apreciação do doente. Depois nota-se mais frequencia no desejo de urinar e, como symptoma importante, observa-se sempre uma grande demora entre o desejo de urinar e o apparecimento das primeiras gottas do liquido. Se o doente não cuida do aperto, o jacto vae diminuindo pro-

gressivamente a ponto de desaparecer e a urina sahir gotta a gotta. Quando a doença já vae adiantada, o doente, no acto da micção, precisa sempre de empregar grandes esforços para esvasiar a bexiga. Esta, obrigada a contracções extraordinarias, quasi sempre se hypertrophia.

A urethra, pelo mesmo motivo, ao fim d'um certo tempo pôde distender-se atraz da coarctação e inflamar-se. D'aqui um corrimento chronico que muitas vezes acompanha os apertos antigos e desprezados. Outras vezes, a distensão da urethra, prolongando-se até ao sphincter, relacha este, produzindo uma incontinencia d'urinas.

Os apertos blennorrhagicos, em regra, quando a cirurgia intervem a tempo, nunca produzem completa retenção d'urinas. No entanto em alguns casos, relativamente benignos, pôde um aperto, sob a acção de causas excitantes, apresentar de repente esta temivel complicação.

As causas occasionaes d'este accidente são um resfriamento, um longo passeio a cavallo ou em carruagem e principalmente excessos de meza ou de coito. Guyon, fazendo a historia de grande numero d'estes accidentes, diz muito eloquentemente. *«Depuis plus ou moins longtemps il etait quelque peu gêné pour uriner. Depuis, un jour doné, il fait un bon dîner, arrosé de nombreuses libations et suivi d'une nuit orageuse. Au matin, il veut uriner, mais ne peut y réussir; la retention s'est établie.»*

Nos apertos thraumaticos apparecem estes mesmos symptomas, mas muito mais accentuados e evolucionando rapidamente. Não é raro n'estes apertos a

completa retenção d'urinas. Segundo a gravidade do thraumatismo, pôde o aperto complicar-se de phlegmon ou abcesso urinario seguido de fistula.

Esta ultima complicação é da maior gravidade pela intoxicação urinosa a que pôde dar lugar.

Em geral, os apertos da urethra não são dolorosos; no entanto quando a urethra se inflama, o que não é raro nos apertos muito pronunciados, o doente, no acto da micção sente uma dôr muita viva.

## DIAGNOSTICO

---



Os symptomas funcçionaes que acabamos de enumerar podemos já presumir a existencia d'um aperto, mas para adquirir a certeza, precisamos de explorar directamente o canal e conhecer os antecedentes pessoases.

Começaremos por interrogar o doente. Para haver aperto organico é preciso ter havido previamente blennorrhagia, thraumatismo ou ulceração. Se a primeira blennorrhagia é recente, ha menos de um anno, podemos, segundo Guyon, duvidar d'um aperto blennorrhagico. Nos outros casos admittiremos a hypothese do aperto, que será confirmada com a exploração directa do canal.

A exploração urethral faz-se hoje com as velas olivares. A haste d'estes instrumentos é delgada e fle-

xível, ao passo que uma extremidade, mais volumosa e de forma olivar, offerece uma certa resistencia. Começa-se por tomar um explorador, cuja oliva corresponda a n.º 18 e introduz-se suavemente até á bexiga.

Se esta não penetrar, vae-se successivamente introduzindo velas de menor calibre até que uma possa transpôr a urethra. Em seguida retira-se de vagar e ao nível do estreitamento deve ter-se a sensação de resalto a que Guyon attribue muita importancia.

Pelo calibre da oliva que penetrou conhece-se o grau do aperto, e para se determinar a séde basta ter notado pela palpação exterior o ponto até onde chegaram as olivas que não penetraram. Este exame em geral é facil para a porção sponjosa.

O comprimento da coarctação avalia-se pelo espaço que a oliva percorre com difficuldade; no entanto, esta indicação é apenas approximada, visto que, como já vimos, o calibre do aperto não é igual em toda a extensão.

Por meio das velas exploradoras podemos ainda determinar o numero de apertos existentes. Já sabemos que, em geral, os apertos blennorrhagicos são multiplos, e que o mais pronunciado tem a sua séde na região perineo-bulbar, quer dizer, é o mais affastado. Além d'isso o seu calibre vae diminuindo progressivamente do primeiro ao ultimo. Posto isto, a vela exploradora que transpuzer com difficuldade o primeiro é detida pelo segundo; a que transpuzer o segundo é detida pelo terceiro e assim até ao ultimo.

Muitas vezes, ou porque o aperto seja grande ou porque se complique temporariamente de spasma,

não podemos introduzir explorador olivar e n'este caso temos de recorrer a velas delgadas, de extremidade fina, que frequentemente dão bom resultado. Se estas velinhas vencem o obstaculo, percebe-se, quando passam atravez do aperto, a sensação d'uma resistencia vencida. No entanto pôde haver uma causa d'erro: a velinha, pela sua extrema finura, pôde dobrarse, e parecer ao cirurgião pouco experimentado que percorre o canal. N'este caso desfaz-se o engano abandonando o instrumento a si mesmo, que, em virtude da elasticidade, recua quando se havia dobrado.

No entanto, como isto pôde falhar, se o doente sentir dôr, retira-se a velinha que, no caso de se ter dobrado, apresenta as impressões das curvas que fez. E' escusado dizer que não se deve tornar a usar esta velinha na mesma sessão.

Outras vezes, por mais esforços que se empreguem, por mais pacientes que sejam as tentativas, não se consegue introduzir nenhum instrumento. Diz-se então que o aperto é *invencivel*.

Mesmo n'estes casos, porém, a obliteração nem sempre é completa: algumas vezes deixa passar urina gotta a gotta.

Exteriormente, passando o dedo na parede inferior da urethra, nota-se muitas vezes nodosidades, mais ou menos salientes, independentes da pelle e adherentes á urethra. Algumas vezes, todo o canal é duro e inextensivel, o que muito concorre para se estabelecer um diagnostico exacto.

Como já disse, o aperto blennorrhagico, só passado um anno depois da primeira blennorrhagia, é que pôde apparecer, ao passo que o thraumatico, um mez

depois do thraumatismo ou ainda menos já pôde estar inteiramente constituido. Cumpre porém dizer que durante uma blennorrhagia um grande numero de causas, ás vezes pouco apreciaveis, podem determinar apertos cicatriciaes que ou podem ser desconhecidos ou attribuidos á blennorrhagia unicamente. Estas causas são: 1.º o emprego de injecções extremamente causticas que ulceram a mucosa urethral; 2.º nos casos em que a blennorrhagia encurva o penis em fôrma de arco de rebeca a manobra absurda dos empiricos, chamada ruptura do arco, que produzindo um allivio passageiro, determina uma ferida por arrancamento; 3.º o coito durante uma blennorrhagia, mesmo das mais leves. Lavaux cita um caso d'este genero observado em 1888 no hospital de S. Luiz. Tratava-se d'um doente, cuja blennorrhagia estava no periodo terminal, quasi sem corrimento. Sob a influencia d'um primeiro coito tinham corrido algumas gottas de sangue. Meia hora mais tarde, um novo coito determinára tamanha perda de sangue que, á sua chegada ao hospital, o doente apresentava todos os symptomas das grandes hemorragias e sem que tivesse sentido grande dôr ao produzir o thraumatismo. Pouco tempo depois havia um aperto.

Estes apertos, chamados sclero cicatriciaes, dão-se de ordinario na região penica, sobretudo na parte média. Por isso, quando o interrogatorio revele a possibilidade d'elles, o explorador ahi os irá procurar.

Com relação aos apertos thraumaticos, já sabemos que estes, cuja evolução é rapida, succedem a uma pancada ou queda, ordinariamente ás cavalleiras, sobre o perineo ou a uma fractura do pubis. No pri-

meiro caso, têm a sua séde na região perineo-bulbar ; no segundo na região membranosa.

Durante o coito, mesmo na ausencia de qualquer inflamação da urethra, pôde ainda produzir-se um thraumatismo. Com effeito, um movimento brusco pôde desviar o membro da sua direcção rectilinea, dobrando-o ao nivel do angulo urethral, onde se produz uma dilaceração mais ou menos pronunciada seguida d'um corrimento sanguineo revelador. Os commemorativos, a séde do aperto que é unico, sua evolução rapida permittirão fazer o diagnostico da causa que o determinou.

As verdadeiras constrictões devidas a cancrios venereos succedem a ulcerações, cuja séde era o meato e algumas vezes a fossa navicular. É pois n'estes pontos que se encontra essa variedade de apertos cicatriciaes, cujo diagnostico é facilitado pela presença de cicatrizes significativas.

As affecções que, de algum modo, podem simular o aperto são as cystites, os calculos urethraes, a phlegmasia aguda, a hypertrophia da prostata, e principalmente o spasma da urethra.

As quatro primeiras são facéis de distinguir. Assim a cystite provoca o desejo de urinar a miudo, acompanha-se de dôr viva no perineo e, durante a micção, ao longo da urethra. Além d'isso se introduzirmos a vela exploradora, esta penetrará sem resistencia na bexiga, ainda que a sua passagem determine uma dôr viva, principalmente nos nevropathas.

Os calculos tambem se distinguem não só pelos antecedentes do doente, como pela viva dôr que a sua presença determina, e principalmente se reconhe-

cem com a sonda metálica que percutindo-os produz um ruído especial que não existe no aperto.

A phlegmasia aguda só á primeira vista e a um observador superficial poderá parecer um aperto. Os commemorativos, a dôr intensa e a existencia d'um corrimento desfazem todas as duvidas.

Com relação á hypertrophia da prostata existem alguns symptomas funcçionaes analogos aos do aperto, mas a exploração do canal permite fazer o diagnostico. Além d'isso, a hypertrophia apresenta symptomas especiaes que a caracterizam bem.

O que melhor pôde simular um aperto é o spasma da urethra. Este dá-se algumas vezes na região penica, mas ordinariamente produz se na região membranosa e um erro então pôde ter as mais graves consequencias. O diagnostico differencial faz-se em primeiro logar com os commemorativos. Indaga-se se existiu alguma das causas que poderia produzir o aperto.

Quando alguma d'ellas existiu, observa-se se os symptomas correspondem ao aperto cuja existencia se deva presumir. Assim, se a causa é uma blennorrhagia notaremos se ha mais que uma coarctação que é o caso mais frequente. Se é um thraumatismo, devemos lembrar-nos que a sua evolução é rapida e que o aperto deve ser muito pronunciado. Emfim com o explorador acabaremos de fazer o diagnostico.

Com effeito, graças a uma pressão leve, mas continuada, a região sphincteriana da urethra acaba ordinariamente por ceder e o explorador passa para a urethra posterior. Em seguida, pôde-se retirar o instrumento sem experimentar a menor difficuldade, pois

que o spasma só resiste á entrada. O spasma não dá esse resalto duro, sêco e quasi sempre multiplo que se sente transpondo os apertos.

O spasma, uma vez vencido, não se reproduz immediatamente ou reproduz-se com tal energia que é momentaneamente impossivel de passar outra vez. É muito variavel d'um momento para outro.

Além d'isso, a dôr accusada pelos doentes é muito mais viva no caso de spasma que quando se trata de um aperto.

Se o spasma resiste aos exploradores olivares, o que é frequente, devemos recorrer aos instrumentos, rigidos metalicos que de ordinario passam facilmente. D'estes, o mais empregado é a vela Beniqué ordinaria.

Se o spasma ainda resiste, devemos tentar o catheterismo com velas conductoras, que se demoram algum tempo, o que ás vezes basta.

Infelizmente nem sempre dá resultado. Se se consegue introduzir uma velinha conductora, aparafusasse-lhe a vela Beniqué ou outro instrumento analogo, que em seguida penetra facilmente, nos casos de spasma, e assim evidenciamos o diagnostico.

Quando todos estes meios ficam improductivos, Guyon e outros aconselham que é de toda a conveniencia não prolongar estas manobras, que só terão como resultado augmentar a contractura do sphincter. N'este caso, no entanto, pelos cammemorativos e pelas sensações percebidas na parte permeavel da urethra, quasi já podemos adquirir a certeza de que existe ou não um spasma.

Ultimamente, Lavaux julga ter simplificado ex-

traordinariamente as operações exploradoras da urethra e conseguido um meio seguro de diagnosticar o aperto do spasma, servindo-se da cocaina. Para isso serve-se d'um pequeno aparelho de sua invenção, por meio do qual elle injecta 5 grammas de chlorhydrato da cocaina a 2 0/0, na urethra posterior.

A presença da cocaina faz immediatamente desaparecer o spasma, penetrando o catheter promptamente.

Se em vez de spasma existe um verdadeiro aperto, ainda a cocaina tem o maior valor, pois acalma a irritação que os instrumentos provocam e torna a exploração extremamente facil.

Pôde ainda ser commettido um erro grave na exploração do canal da urethra que faça acreditar n'um aperto que não existe. Refiro-me á introdução do explorador no fundo de sacco do bolbo, impedindo-lhe a entrada. Para o evitar basta puxar o penis para cima e para adiante, o que faz desaparecer o fundo de sacco, e servir-nos d'um explorador cuja extremidade a introduzir, seja recurvada para cima, (sonda de Maisonneuve) a fim de seguir sempre a parede superior da urethra.

Convinha muito que no diagnostico se pudesse indicar o grau de dilatabilidade dos apertos, o que era da maior importancia para a escolha dos meios de tratamento a empregar.

Infelizmente nem sempre é facil. Limitamo-nos, no entanto, a dizer que os apertos thraumaticos são sempre mais rebeldes que os blennorrhagicos, e tanto mais, quanto maior foi o thraumatismo que os produziu.

Os instrumentos exploradores podem ainda dar

preciosas indicações sobre a dilatabilidade do aperto. Os apertos fibrosos, duros são mais rebeldes á dilatação que os molles e elasticos. Se as bridas tem grande extensão circumferencial e são muito approximadas, quasi sobrepostas tambem offerecem maior resistencia. No entanto, como diz Tillaux, para conhecer todas estas differenças, nenhuma regra se podem estabelecer e só uma habilidade pessoal conseguirá pelo tacto diagnosticar todas estas particularidades.

## PROGNOSTICO E COMPLICAÇÕES

---



PROGNOSTICO dos apertos é sempre mais ou menos grave se o cirurgião não intervem a tempo. Os apertos thraumaticos, porém, offerecem quasi sempre uma gravidade excepcional, principalmente se os thraumatismos foram violentos. Durante o ultimo anno escolar tive occasião de o constatar em dois doentes recolhidos nas enfermarias de clinica cirurgica da Escola, ambos portadores de apertos invenciveis. A um d'elles que não expulsava nenhuma urina, fez-se-lhe a urethrotomia externa pelo perineo, correndo a operação bem, e introduziu-se-lhe uma sonda permanente por onde urinava. Passados 5 dias o doente falleceu com os symptomas da intoxicação urinosa.

Além da sua evolução rapida, como já disse, qua-

si sempre estes apertos são duros e rebeldes á dilatação exigindo para o seu tratamento, meios mais energicos que os blennorrhagicos.

Os blennorrhagicos, posto que não isentos de gravidade, podem, quando tratados a tempo, não apresentar complicações nem perigos ao doente, contanto que sejam vigiados cuidadosamente para, logo que sobrevenha uma recahida, repetir o tratamento.

Entre as complicações dos apertos mais frequentes e mais temiveis encontra-se a retenção d'urinas. Muitas vezes esta apparece com apertos, relativamente pequenos e em pessoas que até ahí pouca attenção prestavam á doença, como já tive occasião de dizer e então offerece pouca gravidade, porque em geral é passageira.

Outras vezes porém é persistente, o aperto torna-se invencivel e n'este caso a vida do doente fica ameaçada.

Quando o aperto é muito pronunciado, com os esforços repetidos para urinar, a urethra dilata-se atraz do aperto, formando como que um prolongamento da bexiga.

Esta dilatação, estendendo-se pouco a pouco até ao collo da bexiga, relacha o sphincter vezical escapando-se a urina para a parte dilatada da urethra. O aperto, como quasi nunca é completo, deixa passar a urina gotta a gotta e assim temos a incontinenca estabelecida.

Uma outra consequencia da distensão da urethra atraz do aperto é a esterilidade d'estes doentes. Com effeito, no momento do spasmogenesis, o sperme, em vez de ser projectado com força pelo meato, acu-

mula-se n'essa dilatação e só d'ahi sáe lentamente e gotta a gotta.

Citam-se casos de individuos que, esteris emquanto possuiam um aperto, deixaram de o ser depois de curados.

Outra complicação dos apertos acompanhados de ulcerações é a infiltração da urina seguida de febre urinosa mais ou menos intensa, até á intoxicação uremica extremamente grave.

Como complicações remotas, da maior gravidade, e que nunca faltam quando os apertos são mal tractados, mencionarei as cystites, a inflamação dos ureteres e por fim dos rins com todas as suas funestas consequencias.

## TRATAMENTO

---



SOB o ponto de vista clinico, dividiremos os apertos d'urethra em dois grupos: *apertos venciveis e invenciveis*.

**Apertos venciveis.** — N'este caso, depois de termos introduzido uma vela exploradora, instituiremos o tratamento pelo methodo da dilataçãõ, que é indiscutivelmente o que offerece mais vantagens.

Muitas vezes não é facil a introducção da primeira vela exploradora e só repetindo e variando as tentativas, com grande paciencia, poderemos conseguir este resultado.

Devemos sempre começar estas tentativas com uma vela de gomma elastica, de pequeno calibre.

Passado algum tempo de tentativas infructiferas, convém não as continnar n'esse dia, ou pelo menos

descançar algumas horas, pois que a mucosa urethral irritada pelo catheterismo, congestiona-se e offerece cada vez mais resistencia.

Nos casos difficeis devemos injectar na parte da urethra permeavel oleo d'amendoas, glycerina e principalmente cocaina a 4  $\frac{0}{10}$ , que muito concorrem para a facil introdução da primeira vela. Manda-se urinar ao doente e na occasião em que sãe alguma urina, consegue se mais facilmente fazer entrar a vela. Mas se não se conseguir da primeira vez não se deve desanimar, tendo em vista o principio de Thompsom — *por onde sãe urina, deve poder entrar a sonda.*

Em geral, depois d'um tempo mais ou menos longo consegue-se, na maioria dos casos, a introdução d'uma vela exploradora. Em seguida continua-se o tratamento pela dilatação. Na sua essencia, consiste este methodo na introdução de velas no canal da urethra, d'um modo suave e sem esforço, retirando-as em seguida ou deixando-as ficar mais ou menos tempo.

Funda-se em que os instrumentos em contacto com os tecidos pathologicos, duros e pouco extensiveis, produzem um amollecimento, uma flexidez n'elles, que os torna mais dilataveis.

Ha tres especies principaes de dilatação: 1.<sup>a</sup> dilatação permanente com pequenas velas; 2.<sup>a</sup> dilatação lentamente progressiva; 3.<sup>a</sup> dilatação immediata progressiva.

**Dilatação permanente.** — Este processo que é, em geral, uma preparação para os seguintes, effectua se com finas velas, que se conservam permanentes

na urethra durante 24 a 48 horas, todas as vezes que a urethra, pelo seu pequeno calibre, não admite explorador superior ao n.º 5 da escala franceza. Ao fim d'esse tempo, substitue-se essa velinha por outra de calibre um pouco maior e assim successivamente.

No entanto a dilatação permanente não pôde ser continuada por muito tempo, porque em geral, a urethra não tolera com permanencia velas de grande calibre.

Segundo Guyon, quando a urethra admite o n.º 12 da escala franceza, deve-se começar a dilatação temporaria.

Se sobrevier uma dôr muito viva, intoleravel, durante as primeiras 12 horas da introdução da sonda, o que é frequente nos nevropathas, ou que a urina appareça fortemente córada de sangue ou ainda que sobrevenha um arripio violento, devemos tirar a vela adiando o tratamento por alguns dias.

**Dilatação lentamente progressiva.** — De todos os processos de dilatação é o que tem menos inconvenientes.

Todos os cirurgiões estão de accordo em lhe reconhecer o maior valor, e por isso o empregam sempre que não ha contra-indicações formaes.

Começa-se por introduzir uma vela de gomma, lubrificada com vaselina boricada ou oleo d'amendoas, evitando qualquer esforço, procurando sempre contundir o menos possivel a mucosa. Devemos sempre lembrar-nos que o orificio do aperto pôde ser excentrico, que o bico da sonda pôde deter-se no ligamento de Carcassona ou no fundo do sacco do bolbo. Pôde ás

primeiras tentativas, principalmente nos nevropathas, manifestar-se o spasma da urethra e n'este caso devemos recorrer às injeções de cocaina.

Depois de introduzida a primeira sonda, retira-se em seguida com a mesma brandura com que se introduziu e mette-se uma do n.º seguinte. Em cada sessão deve-se introduzir 3 ou mesmo 4 sondas se o doente não começa a mostrar impaciencia. A sessão seguinte deve verificar-se d'ahi a 2 ou 3 dias e nos intervallos o doente pôde andar de pé, mas sem se entregar a fadigas nem a excessos de qualidade alguma. Se depois do catheterismo apparecer um arripio, ou a urina vier sangrenta e com dôr, convém espaçar mais as sessões.

Se os arripios, foram frequentes depois de cada catheterismo, deve o doente tomar antes algum sulfato de quinino.

Quando se pôde passar n'uma sessão velas de gomma do n.º 16 a 17, convém muitas vezes empregar na sessão seguinte as velas Beniqué. Devemos começar por um numero inferior ao da vela de gomma que já foi introduzida, por causa da forma cylindrica d'essas velas metallicas em sua extremidade. Se, por exemplo, se pôde introduzir n'uma sessão uma vela de gomma n.º 17, não se começará na seguinte pela vela Beniqué n.º 34, mas pelo n.º 32 ou 33. Depois, acabar-se-ha o tratamento com as velas metallocas.

Guyon serve-se das velas Biniqué munidas d'um conductor. Outros cirurgiões, porém rejeitam o conductor allegando que estas velas são de facil introdução e que além d'isso o conductor, pôde em alguns

casos, irritar a bexiga e, o que é peor, desprender-se e ficar dentro.

Quanto ao calibre a que se deve elevar a dilatação da urethra, quasi todos os cirurgiões estão de accordo que deve ser ao maior possível. Alguns cirurgiões francezes entendem que se deve dilatar até ao n.º 22 ou 23 das velas de gomma ou 45 a 42 das de Beniqué. Péan ainda costuma ir mais longe e é, elevando a dilatação até ao n.º 55 Beniqué que elle conseguiu curar fistulas perineas que tinham persistido até uma dilatação julgada sufficiente.

Depois de obtida a dilatação sufficiente do aperto, nem por isso a doença está curada. Se se não repetisse o tratamento, o calibre da urethra diminuiria pouco a pouco e d'ahi a algum tempo haveria de novo o aperto. Para evitar a recabida é necessario repetir o catheterismo, primeiro de 3 em 3 dias, depois uma vez por semana, em seguida todos os mezes e em fim 3 ou 4 vezes por anno. Em conclusão, se o doente se descuidar, o aperto reproduzir-se-ha, fatalmente, talvez com maior gravidade, e por isso é indispensavel que o cirurgião convença o doente d'esta verdade.

### **Dilatação immediata progressiva —**

Este processo, devido a Le Fort, consiste na dilatação rapida não por velas de gomma, mas por catheteres metallicos conicos na sua extremidade. Começa-se por collocar na urethra uma vela permanente que se retira ao fim de 24 ou 48 horas. Em seguida substitue-se por uma vela conductora que se aparafusa ao catheter mais pequeno de Le Fort, que correspon-

de ao n.º 12 da escala franceza, e introduz-se na urethra. Se o aperto se deixa dilatar facilmente, passa-se em seguida o numero 2 e successivamente até ao numero 4 que corresponde ao n.º 21 da escala franceza.

Se se experimenta uma resistencia um pouco forte, pára-se, a fim de não se fazer divulsão, isto é dilaceração da mucosa, e deixa-se uma sonda permanente de n.º 10 ou 12.

No dia seguinte, passa-se um ou varios numeros immediatos e chega-se assim a introduzir o catheter mais grosso em quatro sessões, quando muito. Em seguida deixa-se uma sonda permanente do n.º 18 ou 19. Nos tres ou quatro dias seguintes passam-se velas de gomma, cada vez mais volumosas, de maneira a poder introduzir o n.º 23 e ensina-se o doente, a sondar-se com uma vela do n.º 19 ou 20 que elle introduzirá todos os dias durante tres semanas, depois uma vez, e emfim uma ou duas vezes por mez. Com este modo de tratamento o doente precisa apenas de estar oito dias de cama, ao fim dos quaes póde entregar-se ás suas occupaões.

Este processo póde prestar grandes serviços quando ha necessidade de obter uma dilatação rapida; infelizmente não póde ser empregado senão em alguns casos em que o aperto não é muito resistente.

Picard, que empregou este methodo muitas vezes, affirma que só nos seguintes casos póde ser util:

1.º Nos apertos chamados elasticos que se deixam facilmente dilatar, mas que em breve voltam a seu ponto inicial;

2.º N'essa cathegoria d'apertos, resistentes de mais

para cederem á dilatação lenta, mas ainda pouco indurados para reclamarem a urethrotomia;

3.º Finalmente, nos antigos urethrotomizados que, por não se terem sondado depois da operação, deixaram reproduzir-se o aperto.

Ainda outras variedades de dilatação, mais ou menos rapida, teem sido tentadas, mas com pouco resultado, e por isso abstenho-me de as descrever.

Das tres variedades que acabo de expor, a melhor, sob todos os pontos de vista, tanto pelos resultados immediatos, como pelos poucos inconvenientes que apresenta, é sem duvida a dilatação lentamente progressiva.

A dilatação permanente, como já disse, deve considerar-se como um meio preparatorio para se empregar a dilatação temporaria, todas as vezes que o canal da urethra pela sua exiguidade não permite, desde o principio, o tratamento pela dilatação lentamente progressiva.

A urethra, principalmente nos nevropathas, não consente facilmente a permanencia de sondas além d'um certo calibre e por isso, se desde o principio podermos instituir a dilatação temporaria, não devemos hesitar.

Quanto á dilatação brusca, tem mais inconvenientes que vantagens e só em alguns casos seria applicavel, mas mesmo n'esses seria preferivel recorrer á divulsão.

Portanto é á dilatação lentamente progressiva que devemos recorrer, é ella que constitue o methodo de escolha, e n'este ponto estão de accordo todos os cirurgiões.

Mas conseguiremos sempre a cura pelo methodo da dilatação? Felizmente assim acontece na grande maioria dos casos, quando o tratamento foi bem dirigido e longamente continuado; mas n'um pequeno numero de apertos depois de conseguirmos a dilatação do canal até um certo grau, por mais persistencia e paciencia que empreguemos, não podemos ir além, e no entanto o canal ainda não tem um calibre sufficiente.

N'estes casos, forçoso é recorrermos a outros meios, não como methodos exclusivos de tratamento, mas como simples adjuvantes, pois que em todas as circumstancias o tratamento deve ser sempre continuado e ultimado pela dilatação.

E' isto que a pratica de todos os cirurgiões affirma e confirma diariamente.

Se divergencia ha, não é no methodo fundamental — a dilatação — é na escolha dos methodos secundarios ou adjuvantes.

D'estes, vou expôr os principaes, os seus resultados comparados, terminando por indicar os methodos de escolha.

**Divulsão.** — Este methodo, outr'ora muito empregado em Inglaterra por Holt e em França por Waillemier, consiste em forçar o canal da urethra até o romper. Differe da dilatação brusca em que n'esta apenas se força a urethra até a distender ao maximo, ao passo que n'aquella, até se romper.

A divulsão, como a praticava Waillemier, apesar de muito preconizada ha alguns annos e considerada por alguns como superior á urethrotomia, é hoje pou-

co empregada. Um dos seus inconvenientes era a dôr violenta que determinava, muito superior, segundo alguns affirmam, a da urethrotomia. Em compensação, os arrippios e as hemorragias eram inferiores.

Thompson, que observou seis casos operados por Holt, apenas em um notou leves accessos febris.

O seu manual operatorio, muito mais simples que na urethrotomia, dava-lhe algumas vantagens sobre os outros methodos de força, mas, como as recahidas eram bastante frequentes, este methodo foi pouco a pouco abandonado.

Hoje porém que a experiencia demonstrou que o melhor methodo ainda nos casos mais benignos não põe ao abrigo das recahidas, esse motivo não teria razão de ser em toda a sua plenitude. Se, uma vez praticada a divulsão, o tratamento fosse regularmente continuado pela dilatação temporaria, é de justiça suppôr que as recahidas seriam mais raras e mais tardias.

Agora vou fallar d'uma outra especie de divulsão, a que Lavaux, o seu auctor, chama *divulsão progressiva*, por opposição á de Woillemier, a que chama *rapida*.

Woillemier e Holt praticavam a divulsão em uma unica sessão, sendo preciso portanto um grande esforço e fazendo-se uma grande dilaceração, o que merecia ao methodo os epithetos de cego e brutal; Lavaux pelo contrario, pratica a divulsão progressiva em quatro sessões.

Serve-se para esta operação d'um instrumento com a forma d'uma vela Beniqué, mas conica na extremidade que deve entrar, em uma extensão de dois centimetros. Differe tambem da de Beniqué, em que é oc-

co em toda a extensão, á semelhança do instrumento de Le Fort, modificado por Langlebert, para a passagem da vela conductora. Emprega quatro instrumentos graduados com os n.ºs 25, 30, 36 e 43 correspondentes ás velas Beniqué do mesmo numero. A extremidade conica dos dois primeiros, corresponde ao n.º 10; a dos dois ultimos ao n.º 12.

Lavaux pratica a divulsão progressiva do seguinte modo.

Quando um aperto, depois de se empregar a dilatação, resiste tenazmente, pela sua extrema dureza, deixa-se durante 24 horas uma vela permanente. Antes d'isso faz-se uma antisepsia rigorosa da urethra e da bexiga. Ao cabo de 24 horas retira-se a vela permanente, faz-se nova lavagem antiseptica e injecta-se sem sonda na bexiga uma quantidade de agua boricada, um pouco inferior á que é precisa para fazer urinar. Esta precaução tem por fim afastar, tanto quanto possivel, a parede anterior da bexiga da extremidade do catheter conico munido de vela conductora, a fim de evitar qualquer irritação do reservatorio urinario.

Depois de ter tomado todos estes cuidados preliminares, e desinfectado perfeitamente os instrumentos que devem servir para a divulsão, lubrifica-se com vaselina boricada e introduz-se uma das metades da vella conductora na urethra até á bexiga; em seguida introduz-se a outra metade na cavidade que apresenta o catheter conico escolhido.

A base da pequena saliencia metallica conica situada na parte media da vela conductora deve achar-se em contacto immediato com a extremidade do catheter no momento em que este se fixa. O operador col-

loca-se em seguida á esquerda do doente e pratica o catheterismo, segundo as regras habituaes, até ao nivel do aperto, no qual se introduz a extremidade conica da vela metallica. Termina-se então o catheterismo introduzindo á força esta vela na urethra posterior.

Este ultimo tempo da operação, que é o mais importante, pratica-se sem esforço brusco, mas com uma pressão continua.

Retira-se em seguida o catheter com a vela conductora. Se a séde do aperto é na região penica, é inutil introduzir o catheter profundamente.

Segundo Lavaux, esta especie de divulsão assim praticada não offerece mais difficuldades que o catheterismo effectuado com as velas Beniqué.

Depois da operação manda-se urinar ao doente e em seguida fazem-se duas injecções d'agua boricada, sem sonda, á temperatura de 40º, deixando-o depois em descanso.

Se se receia uma retenção d'urina, o que é raro, ou simplesmente difficuldade de micção, deixa-se uma sonda permanente. Se houver cystite, fazem-se varias lavagens boricadas durante as primeiras 24 horas.

No dia seguinte, deixa-se outra vela permanente e 24 horas mais tarde pratica-se de novo a divulsão, segundo as mesmas regras e tendo cuidado de introduzir um só catheter, o de numero immediatamente superior ao catheter já introduzido.

As sessões seguintes fazem-se egualmente com dois ou tres dias de intervallo e sempre segundo o mesmo processo. Depois da ultima sessão, nada mais resta que conservar o calibre do canal passando velas regularmente.

O thraumatismo produzido pela divulsão progressiva é muito leve: com effeito, apenas correm algumas gottas de sangue depois de cada sessão e nunca se constata nem infiltração d'urina, nem irritação urethral persistente.

Se em alguns casos apparecem leves accessos febris, estes cedem immediatamente a pequenas doses de sulfato de quinino.

A dôr que se produz, é muito menos viva que na divulsão brusca e na urethrotomia, o que lhe dá grande vantagem sobre estes dois ultimos methodos, principalmente nos nevropathas. Além d'isso, a dôr na divulsão pôde ser muito attenuada pela cocaina, muito mais que na urethrotomia, por o thraumatismo n'aquella ser muito mais superficial que n'esta ultima operação.

A duração do tratamento é de ordinario de oito dias, ao fim dos quaes, visto que o choque thraumatico foi insignificante, o doente pôde retomar as suas occupações habituaes. Sob este ponto de vista, é comparavel á dilatação brusca, mas sem ter os seus perigos. E' ainda, n'este sentido, superior á divulsão brusca e á urethrotomia.

Tendo-se feito as quatro sessões de divulsão progressiva e empregado successivamente os 4 catheteres citados, o canal pôde ser facilmente conservado a um calibre normal.

**Urethrotomia interna.** — Esta operação, muito empregada desde alguns annos, consiste na incisão longitudinal da urethra, ao nivel do aperto. O instrumento mais empregado no estrangeiro e entre

nós, inventado por Maisonneuve compõe-se: 1.º d'uma haste metallica curva, cannelada em sua concavidade, de 1 a 3 millimetros de diametro e 30 cent. de comprimento; 2.º d'uma vela fina de gomma elastica bastante comprida, com uma extremidade conica, e a outra podendo fixar-se por um parafuso á extremidade da haste cannelada; 3.º d'um mandril com o comprimento de 30 cent. armado n'uma extremidade d'uma lamina achatada, semielliptica, tendo a forma d'um triangulo isosceles. O vertice d'esta lamina é rombo e os bordos são levemente concavos. Este mandril corre ao longo da fenda do catheter com a lamina dirigida para a concavidade. A lamina mede-se da parte adherente ao vertice rombo e existem de diversas dimensões. Geralmente empregam-se as de numero 20 a 24.

A incisão com este instrumento, como se deprehende da sua disposição, é feita na parede superior do canal; no entanto, como ordinariamente o tecido pathologico que produz o aperto existe na parte inferior, procurou-se dar ao instrumento uma disposição inversa, isto é, fazer a fenda na parte convexa para a incisão ser feita inferiormente. Este modo de operar, porém, produzia complicações gravissimas e por isso forçoso foi abandonal-o. Actualmente só se corta a parede superior da urethra e opera se da seguinte maneira: Começa-se por introduzir a vela conductora na urethra até á bexiga. Em seguida aparafusa-se-lhe o catheter cannelado como nas velas Beniqué e introduz se no canal. Quando o catheter está introduzido até á bexiga, faz-se correr ao longo da sua fenda a haste portadora da lamina, puxando ao mesmo tempo o penis com a outra mão para o catheter cannelado. O angulo rom-

bo da lamina levanta as partes extensíveis, ao passo que os bordos cortantes seccionam os pontos apertados que encontram, tanto ao entrar como ao sair. Em seguida retira-se o instrumento e colloca-se na urethra uma sonda permanente durante 48 horas. Ao fim de 15 dias começa-se a passar velas para conservar ao canal este calibre.

Para os casos de aperto do meato ou da fossa navicular emprega-se com muita vantagem o *urethrotomo* de *lamina occulta* de Civiale.

Este instrumento consta de um pequeno bisturi occulto que se introduz atravez das porções apertadas do canal. Comprimindo o cabo, a lamina faz saliencia e pratica-se a secção retirando o instrumento. O gume do instrumento deve estar dirigido para baixo para cortar ao nivel do freio. Em seguida, enrola-se uma mecha de gaze phenicada e seca que se introduz n'uma extensão de dois centimetros e meio deixando-a ficar, para deter o sangue. Passadas duas horas, substitue-se por outra igual. Um ou dois dias depois, o doente pôde a si mesmo introduzir uma curta vela conica, continuando a dilatação por algumas semanas.

Civiale tambem inventou um instrumento analogo para fazer a incisão dos apertos a maior distancia do meato. Mas como o mais empregado é o de Maison-neuve, abstenho-me de o descrever.

**Electrolyse.**—As primeiras tentativas de applicação da electrolyse á cura dos apertos foram feitas em 1841 por G. Crusell de S. Petersburgo. Não deram resultado. Vinte annos mais tarde, Tripier e Mallez repetiram as experiencias, empregando um electrodo cy-

lindrico ou olivar, que se applicava a todo o contorno da parte apertada e d'esta vez os resultados foram mais satisfatorios, fazendo conceber as mais risonhas esperanças sobre o futuro do methodo. Infelizmente, posto que os resultados immediatos fossem lisongeiros, as recabidas eram numerosas, e os apertos depois d'ellas apresentavam-se mais rebeldes.

Em 1880 Jardin imaginou um electrotomo semelhante ao urethrotomo de Maisonneuve para realizar a electrolyse linear.

É com este instrumento, mais ou menos modificado, que hoje se pratica a electrolyse.

Este processo, posto que superior aos anteriores, tem como elles o inconveniente de apresentar mais recabidas que os outros methodos de tratamento: No entanto, se bem investigarmos as suas causas, reconheceremos que nem todas são devidas á electrolyse. Sabe-se que todos os apertos da urethra, qualquer que seja o tratamento empregado, tendem sempre a reproduzir-se. E a recabida é tanto mais provavel, quanto mais descurarmos, depois da operação por qualquer dos tres methodos adjuvantes, a continuação do tratamento pela dilatação. Ora a electrolyse, pelo entusiasmo que despertou nos seus apologistas, era quasi sempre empregada sem a dilatação consecutiva; os seus auctores queriam fazer d'ella um meio de tratamento exclusivo, applicavel á grande maioria, senão á totalidade dos casos.

D'aqui, a pouca estabilidade da cura; d'aqui, o imputar-se á electrolyse a reproducção quasi constante de todos os apertos.

Não quer isto dizer que a electrolyse seguida da

dilatação possa considerar-se um meio de tratamento absoluto para todos os casos; o que se pôde afirmar é que, em geral, pela innocuidade da operação, é preferível á urethrotomia e divulsão. É a opinião de muitos cirurgiões francezes e americanos.

Entre nós o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Moraes Caldas, que durante muito tempo deu preferencia á urethrotomia, tem ultimamente empregado a electrolyse em 10 casos, seguida de dilatação, em que colheu os melhores resultados.

O Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. R. Frias tambem praticou, nos ultimos 2 annos, 7 operações d'esta natureza e até agora ainda nenhum dos operados se apresentou com o aperto reproduzido. O dr. Newman, de Now York, empregando correntes muito fracas (de 2 a 10 milliamperos em sessões de 2 a 10 minutos) durante alguns mezes, tem colhido resultados satisfactorios. Lavaux observou um doente tratado pelo processo de Newman, o qual, tendo um aperto blennorrhagico complicado de fistula perineal, sarou em pouco tempo da fistula, o que não succedera com a dilatação progressiva.

Todos estes factos mostram bem que a electrolyse tem diante de si um largo futuro.

**Resultados comparados.** — A dôr produzida na applicação dos quatro methodos, precedentemente enumerados, é, em geral, de pouca intensidade. Apenas os individuos d'uma sensibilidade exagerada accusam grande soffrimento com a urethrotomia e principalmente com a divulsão. Na dilatação e na electrolyse, podemos dizer que a dôr é insignificante e mui-

to mais se fizermos previas injeções de cocaina no canal da urethra.

A *hemorragia* é um dos accidentes graves da urethrotomia. E' certo que pelas modificações sabiamente introduzidas por Guyon na pratica d'esta operação, a sua frequencia está hoje muito reduzida. Outr'ora, quando se seccionava a parede inferior da urethra ou se empregavam laminas demasiado grandes, havia muitas vezes hemorragias abundantes, que complicavam extraordinariamente a operação, tornando-a gravissima. Não obstante, a urethrotomia é ainda dos quatro methodos, o que expõe mais á hemorragia. A divulsão occupa o logar immediato. Quanto á dilatação e electrolyse, apenas apparecem algumas gottas de sangue, e só excepcionalmente, nos individuos hemophilicos, pôde haver maior hemorragia e ainda assim sem gravidade.

A *urethrite*, insignificante na dilatação e na electrolyse, é um phenomeno constante na urethrotomia e na divulsão.

A *febre urinosa* é um dos accidentes mais frequentes que complicam as intervenções cirurgicas na mucosa da urethra. O seu apparecimento nos methodos de brandura é devido a varias causas. «*Toutes les fois, diz Guyon, que vous serez obligé de mettre de la force pour introduire une bougie, toutes les fois que vous fatiguerez le canal par séances trop rapprochées, par des instruments trop gros, dans presque tous ces cas, el y aura de la fièvre, et d'autant plus que votre chirurgie aura été plus mécanique si vous voulez nous permettre cette expression*». Ajuntemos que certos individuos são dotados de tal susceptibili-

dade na urethra, que o contacto da mais tenue velinha basta a provocar um accesso febril.

A *infiltração urinosa* quasi só apparece na urethrotomia e ainda na divulsão. No entanto, mesmo n'estes dois methodos, torna-se hoje bastante rara, se a operação fór feita, com todos os cuidados.

O mesmo se pôde dizer da *insecção purulenta*, ha alguns annos tão temivel nos methodos sangrentos e actualmente, graças aos preceitos antisepticos, quasi desconhecida.

A *morte* nunca foi o resultado da operação com os methodos da electrolyse e da dilatação. Com a urethrotomia e divulsão os resultados são menos lisongeiros, pois segundo as estatisticas a percentagem da mortalidade é de 3 % na urethrotomia interna e 2,5 % na divulsão brusca. A divulsão progressiva, segundo o methodo Lavaux ainda não conta nenhuma morte.

As *recachidas* são quasi a regra em todos os methodos de tratamento. No entanto, na dilatação não só são muito mais raras, mas tambem muito mais tardias. E' por isso e pela benignidade de todos os phenomenos da operação, que este methodo tem uma superioridade incontestavel sobre todos os outros.

**Escolha de methodo.**—Admittida a preferencia que devemos dar á dilatação, resta saber, nos casos em que seja insufficiente, qual dos tres methodos adjuvantes devemos escolher.

A urethrotomia tem sido talvez o methodo mais empregado não só entre nós, mas tambem no estrangeiro. No entanto está longe de ser impeccavel. Da analyse dos resultados comparados, resulta que esta

operação é a que mais expõe ás hemorragias, á febre, á infiltração d'urina e á infecção purulenta. Tem a vantagem, é certo, de abrir caminho rapidamente a travez da urethra, mas esse resultado também se consegue com a divulsão. A dôr é também um pouco menor que na divulsão brusca de Woillemier, mas comparavel com a da divulsão progressiva de Lavaux.

Relativamente ás recahidas, julgava-se que a urethromia, era o melhor de todos os methodos de força. Infelizmente, havia grande exaggeração. Como já disse, a recahida é a regra em todos os methodos de tratamento. Ora, na urethrotomia o aperto reproduz-se, em geral, um pouco tarde, mas quasi sempre com maior gravidade. Reproduz-se mais tarde, porque a natureza da operação exige a dilatação consecutiva, e tem maior gravidade, porque ao aperto anterior junta-se o que é produzido pela cicatrização da ferida incisa do instrumento.

Vejamos agora a electrolyse. Os accidentes immediatos são quasi nulos: pequena dôr, insignificante hemorragia, raras vezes accesso febril. Os accidentes tardios não existem também. O que se lhe attribue unicamente é produzir recahidas frequentes e em pouco tempo. E assim era ao principio, porque feita a electrolyse, como o canal da urethra augmentava em diametro e não havia hemorragia nem outros accidentes, abandonava-se o doente julgando-o diffinitivamente curado. Hoje, porém, que á electrolyse se faz seguir a dilatação, as recahidas tornam-se raras e tardias, como na propria dilatação, empregada exclusivamente.

É o que entre nós tem sido verificado pelos illustres professores Moraes Caldas e Roberto Frias.

Quanto á divulsão brusca, está hoje com razão abandonada; a divulsão progressiva deve ser experimentada nos apertos molles e elasticos, em que a dilatação não dê resultados satisfatorios.

Resumindo direi: Em todos os casos deve-se empregar a dilatação; se o aperto fôr duro, rebelde á dilatação, empregaremos a electrolyse seguida de dilatação; se fôr molle, elastico, com grande tendencia a reproduzir-se, empregaremos a divulsão progressiva, seguida tambem de dilatação.

Para o emprego da urethrotomia apenas reservo os casos de aperto do meato ou fossa navicular empregando o *urethrotomo de lamina occulta* de Civiale.

\* \* \*

**Apertos invenciveis.** — Estes apertos, felizmente raros, são d'uma gravidade excepcional. Sob o ponto de vista do tratamento, podemos ainda subdividir este grupo em dois: *apertos temporariamente invenciveis* e *apertos permanentemente invenciveis*.

Esta divisão, que póde parecer um tanto arbitraria, é da mais alta importancia para o tratamento.

Com effeito, muitas vezes apresenta-se ao clinico pela primeira vez um doente com retenção d'urina. Procura-se introduzir uma sonda e, por mais diligencias que se empreguem, nada se consegue na primeira sessão.

O aperto é n'essa occasião invencivel. No entanto, sob a acção d'um banho quente, dos depletivos, do

opio etc., a urethra, não só deixa passar urina, mas também admite a sonda. O aperto deixou pois de ser invencível. Outras vezes, quando estes meios falham, faz-se a punção aspiradora da bexiga e em seguida não é raro poder introduzir a sonda.

Acontece frequentemente que a urina sahe gotta a gotta pela urethra e ainda assim é muito difficil a introdução da sonda.

N'estes casos devemos sempre considerar o aperto como temporariamente invencível, pois como já tive occasião de dizer, por onde sahe urina, deve poder entrar a sonda.

Em resumo, pelo facto de que em algumas sessões se não pôde introduzir a primeira sonda, não se deve concluir que o aperto é permanentemente invencível. E' preciso lançar mão de todos os recursos a nosso alcance e sobretudo é preciso saber esperar.

Uma vez introduzida a primeira sonda, o tratamento a seguir é o que já foi indicada para os apertos vencíveis.

Se porém nos convencermos que a obliteração é completa, isto é, que o aperto é permanentemente invencível então ha só um caminho a seguir—é a urethrotomia externa.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.**—Existe um verdadeiro sphincter na região membranosa da urethra.

---

**Physiologia.**—A formação da glycogene na cellula hepatica não depende d'uma alimentação hydrocarbonada.

---

**Therapeutica.**—Na medicação pelos alcaloides, prefiro a via hipodermica.

---

**Pathologia externa.**—O unico tratamento racional dos apertos da urethra é a dilatação.

---

**Medicina operatoria.**—No tratamento dos aneurismas pela laqueação da arteria, é preferivel o methodo de Hunter.

---

**Partes.**—Condemno o uso do espartilho durante a gravidez e aconselho a contensão leve e methodica de todo o abdomen.

**Pathologia interna.**—Com os incessantes progressos das sciencias medicas, diminue cada vez mais a esphera de accção da pathologia interna.

**Anatomia pathologica.**—N'uma urethra *apertada*, é menor a espessura das paredes, que n'uma urethra *sã*.

**Medicina legal.**—O limite legal de 12 annos na mulher e 14 no homem para contrahir o casamento, é injustificavel perante a medicina.

**Pathologia geral.**—A syphilis hereditaria só póde provir da mãe e não do pae.

Visto  
O presidente,  
*Dr. Souto.*

Póde imprimir-se  
O director,  
*Visconde d'Oliveira.*