V 20|106

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Da Urethrectomia

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA

A' Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

Em 20 de Novembro de 1894

PARA SER SUSTENTADA POR

Virgilio Epaminondas de Castro

Natural do Estado de Minas Geraes

Afim de obter o gráo de Doutor em sciencias medico-cirurgicas

RIO DE JANEIRO

Typ Marcello & C.—Rua General Camara n. 29

1894

V 20/106 v

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR—Dr. João Pizarro Gabiso.
SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs :	
João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães....	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Chimica analitica etoxicologica.
Augusto Braut Paes Leme.....	Anatomia medico-cirurgica e comparada.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Operações e apparelhos.
.....	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga...	Materia medica e theraupetica.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima....	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.	Hygiene e mesologia.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabiso.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro.....	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho...	Clinica obstetrica e gynecologica.
.. ..	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu.....	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade.....	Clinica medica—1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	Drs :
1ª secção.....	.....
2ª "	Antonio Maria Teixeira.
3ª "	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª "	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª "	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª "	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª "	Antonio Augusto de Azevedo Sodré e Bernardo Alves Pereira.
8ª "	Augusto de Souza Brandão.
9ª "	Francisco Simões Corrêa.
10 "	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11 "	Luiz da Costa Chaves Faria.
12 "	.....

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

V-20/107

DISSERTAÇÃO

V20/108

INTRODUCÇÃO

Tratando da urethrectomia, eu dividi a minha these em dois capitulos : no primeiro faço uma ligeira critica, apoiada em observações, dos methodos ainda usualmente empregados no tratamento dos estreitamentos de urethra, e procuro mostrar que são apenas meios palliativos e de applicação restricta ; no segundo capitulo faço uma ligeira apreciação da urethrotomia externa e da libertação externa da urethra, e passo depois a occupar-me da urethrectomia que me parece ser o unico methodo que merece o titulo de cura radical dos estreitamentos de urethra.

Segundo creio, é esta a primeira these escripta entre nós sobre este assumpto ; no estrangeiro mesmo a bibliographia da urethrectomia ainda não é tão extensa quanto seria para desejar ; esta circumstancia attenuará, ao menos em parte, as numerosas lacunas que contem o meu trabalho.

Antes de terminar estas linhas, cumpre-me testemunhar os mais sinceros agradecimentos ao meu illustrado mestre, o sr. Dr. Monat : aos seus sabios conselhos, á sua boa vontade devo o que possa haver de bom neste trabalho.

V 20/109

CAPITULO I

Os estreitamentos da urethra são produzidos, em geral, ou por sclerose dos tecidos proveniente de uma inflammação, ou pela retracção de uma cicatriz resultante de um traumatismo.

Os primeiros são chamados estreitamentos inflammatorios, os segundos, traumaticos.

Além destes dois grupos principaes, o professor Guyon admitte ainda um terceiro, que denominou sclero-cicatricial, por participar dos caracteres de ambas as formas.

Os estreitamentos inflammatorios são produzidos pelas urethrites, entre as quaes destaca-se, por sua grande importancia etiologica, a urethrite blenorrhagica.

Embora esta ataque toda a urethra anterior, o processo de sclerose só se desenvolve na porção perineal, apresentando-se sob a fórma de placas isoladas em maior ou menor numero.

Qualquer que seja a theoria que se adopte sobre a independencia das duas urethras anterior e posterior, é facto provado que a sclerose nunca invade a urethra posterior; donde se deduz a conclusão clinica que na urethra posterior nunca se encontram estreitamentos de origem blennorrhagica.

Das duas paredes da urethra, é na posterior que se assesta, de preferencia, a sclerose; è n'esta observação clinica que, parece, fundou-se Maisonneuve para idear o seu primitivo urethrotomo de modo a só incisar a parede posterior, séde do estreitamento.

Entretanto está verificado, que a mucosa urethral uma vez compromettida pela sclerose, é incapaz de grande escorregamento sobre o chorion, propriedade que possue em alto gráo no estado normal.

Uma incisão feita em pleno tecido de sclerose traria, pois, como consequencia um afastamento insignificante dos labios da

V. 20|109 V

ferida, o que vem a dizer um augmento quasi nullo do calibre da urethra.

A pathogenia dos estreitamentos de origem blennorrhagica ainda é um ponto muito discutido pelos clinicos e anatomo-pathologistas ; é assim que para alguns o estreitamento succede sempre a uma ulceração ; outros têm-no como producto da inflammação do tecido esponjoso ; para outros, finalmente, entre os quaes o professor Guyon, o ponto de partida é sempre a mucosa urethral.

Esta ultima opinião, incontestavelmente a que conta actualmente maior numero de adeptos, parece á primeira vista ter uma prova irrefutavel na existencia de estreitamento na mulher, cuja urethra consta exclusivamente de mucosa; esse argumento, porém, perde todo o seu valor se considerarmos que na urethra feminina, o estreitamento nunca tem como causa etiologica a blennorrhagia.

Os estreitamentos traumaticos têm como caracteristico a evolução muito rapida e a resistencia extrema que apresentam aos methodos usuaes de tratamento. Em geral são unicos e podem ser muito limitados, o que se dá quando são produzidos por pequenos traumatismos, como ferimentos por extremidades de sondas, rupturas durante a erecção, etc. Outras vezes porém os traumatismos são mais extensos, têm como causa as quédas de esganchado sobre o perineo, os pontapés nessa região, as fracturas do ramo ascendente do pubis, as applicações de forceps, etc; observa-se então a dilaceração e o esmagamento dos tecidos peri-urethraes e da propria urethra, que pode fender-se, em parte ou totalmente, dando-se a separação dos dois fragmentos. Nesses casos a reparação nunca se faz por primeira intenção, a mortificação dos tecidos contundidos, a infiltração do sangue derramado e da urina são outras tantas causas que concorrem para entreter uma suppuração longa, cujas consequencias necessarias são a formação de fistulas e de tecido cicatricial em toda a zona, em que se deu a ruptura dos tecidos.

Não é só nos estreitamentos traumaticos que se nota semelhante facto; nas mesmas condições está o doente que, soffrendo de um estreitamento de origem blennorrhagica, tem como episodio

V. 20/110

de sua molestia, uma ruptura de urethra, seguida de formação de um abcesso, infiltração de urinas, etc.

Uma vez constituido o trajecto primitivo de uma fistula, a passagem continua da urina septica irrita os tecidos, provoca a formação de pequenos abcessos em differentes pontos da superficie cutanea, e assim se constituem varios systemas de trajectos fistulares, tendo cada um como ponto de partida um trajecto primitivo.

*
* *

Collocado deste modo o problema, como restabelecer as funcções physiologicas da urethra, a extensibilidade e a retracção das paredes desse canal?

Deixando de parte os differentes methodos antigos por terem produzido resultados sempre nullos e muitas vezes perniciosos, vamos passar em revista os processos ainda hoje empregados pelos clinicos modernos.

Divulsão —E' um methodo perigoso, em que o cirurgião além de actuar ás cegas, vae produzir novas causas de estreitamento. Com effeito, quer se empreguem as sondas de Lefort, quer as cunhas de Voillemier, o instrumento encontrando resistencia da parede urethral produz a ruptura, não do tecido sclerosado ou cicatricial, mas da mucosa sã, cuja extensibilidade normal é sempre ultrapassada para que a dilatação da urethra seja conseguida.

Os instrumentos de Lefort e Voillemier têm apenas sobre a sonda de Mayor a vantagem de serem cylindro-conicos, disposição que facilita muito a sua insinuação no estreitamento.

Methodos por incisão—Se Reybard tivesse considerado que a simples incisão da mucosa sã produz tão grande afastamento dos labios da ferida, não teria com certeza preconisado e praticado em tão alta escala as incisões profundas como meio de dilatação da urethra.

Seria ocioso discutir ainda hoje os perigos deste methodo. Além disso elle é completamente inutil; com effeito, quer se pratique a incisão superficial ou a profunda, quer ella seja feita de

V.20|110 v

dentro para fóra ou de fóra para dentro, a dilatação do canal e produzida sempre á custa do afastamento dos labios da mucosa incisada; os tecidos profundos nunca os accompanham nesse afastamento.

A escarificação de Civiale não deu os resultados praticos que era licito esperar da sua concepção theorica; com effeito, as autopsias feitas sobre operados desse cirurgião mostraram que a incisão podia dar-se aquem do estreitamento, ficando este completamente intacto.

Entretanto Civiale teve o grande merito de fixar o principio basico que deve dominar na operação, isto é, obter a dilatação á custa do afastamento dos labios da mucosa incisada.

O urethrotomo de Maisonneuve, que tanto successo alcançou e ainda hoje é o preferido por muitos, prehenche as duas indicações, isto é, incisa de fóra para dentro e de dentro para fóra, o que é uma redundancia.

Charrière construio um urethrotomo em que só se faz a incisão na retirada do instrumento, quando a incisão feita na penetração for insufficiente.

O Sr. Albarran fez construir tambem um urethrotomo que é mais ou menos o de Civiale, a que elle ajuntou a modificação ideada por Charriére.

O Dr. Monat opera com um instrumento que é tambem uma modificação do de Civiale. Consta este instrumento de uma lamina semelhante a uma faca de Graf, para cataracta, tendo as mesmas dimensões desta.

A oliva tem a forma de um cone alongado, cuja base, formando saliencia, esbarra contra o estreitamento na occasião em que se retira o instrumento.

Nesse momento o operador faz emergir a lamina; a alavanca que a sustenta, distende as paredes da urethra, que é ao mesmo tempo incisada por um movimento de guilhotina executado pelo gume da lamina.

O urethrotomo do Dr. Monat é recto e muito mais curto do que o de Maisonneuve, disposição que está de accordo com o fim

v. 20/111

a que é destinado; com effeito, o distincto operador só emprega o seu urethrotomo nos estreitamentos da urethra anterior.

OBSERVAÇÃO I (resumida)

N. tem um endurecimento de quasi toda a pars pendula da urethra, em consequencia de uma blennorrhagia seguida de abcessos.

Logo abaixo da glande existe uma fistula, por onde passa toda a urina, achando-se o meato quasi completamente obstruido.

Encarregado pelo Dr. Monat de tratar esse doente, procurei primeiro fazer a dilatação do canal para depois praticar uma autoplastia, com o fim de corrigir a perda de substancia.

No dia 5 de Junho pratiquei a escarificação com o urethrotomo do Dr. Monat, conseguindo passar uma sonda n.° 18 no dia 7; dois dias, porem, depois, não consegui passar mais de 15; no dia 18 esse mesmo numero passava difficilmente.

Em vista disso resolvi então praticar a operação de Maisonneuve, incisando a parede superior.

Julgando a urethra sufficientemente dilatada, fiz a autoplastia a 18 de Julho; esta operação não deo resultado satisfactorio, pois consegui apenas diminuir a extensão do orificio.

Em 28 de Agosto, apesar de ter continuado a sondar o doente, não consegui passar alem do n°. 11; em vista disso resolvi-me a recorrer á urethrotomia interna com o instrumento de Maisonneuve desta vez, porem, incisando a parede posterior; foi collocada no canal uma sonda Nélaton n°. 15, que foi retirada 3 dias depois essa epocha até hoje o doente não tornou mais ao consultorio.

Esta observação mostra quanto é inefficaz a urethrotomia interna em certos casos.

*
* *

Dilatação gradual —E' apregoada pela maioria dos cirurgiões comoo methodo por excellencia no tratamento dos estreitamentos da urethra; entretanto, quantos casos ha em que este methodo é inteiramente improficuo, muitas vezes mesmo perigoso!

V 20/111 V

Ha estreitamentos de tal modo inextensiveis, que resistem a todos os meios imaginaveis de dilatação.

Nem todos os urinarios supportam impunemente traumatismos repetidos, ainda que pequenos; nesses doentes, por maiores que sejam os cuidados de asepcia, as sessões de dilatação trazem em consequencia o apparecimento de reflexos renaes, cystite, febre, etc.

Pelo contrario, esses doentes supportam perfeitamente a dilatação immediata, o que é de facil explicação: a asepcia pode ser mantida com rigor, a estagnação urinaria, a congestão renal desapparecem, a cystite é corrigida.

OBSERVAÇÃO II (resumida)

A. M. de 58 annos de edade, é um homem forte, robusto. Não tem antecedentes pathologicos : dir-se-ia um homem são ; atormenta-o, porem, uma cystite que data já de alguns annos.

A. M. tem retenção parcial de urina. apezar da pollakiuria ; amicção se faz em facto fino, sem projecção quasi, apezar dos esforços do doente : os rins são dolorosos e volumosos, a urina é turva, fetida e contem catarrho.

Tres vezes A. M. tentou tratar-se ; da primeira vez o seu medico collocou uma vella permanente; á noite sobrevieram calafrios, depois febre com delirio ; diz o doente que teve um accesso pernicioso (*febre urinosa,* devo suppor) ; foi adiada a operação, e o doente só se restabeleceo no fim de onze dias ; dois annos depois foi lhe aconselhada a dilatação gradual por meio de sondas de gomma e depois metallicas. A primeira sessão foi tambem seguida de phenomenos francos de envenenamento urinoso, pelo que foi interrompido o tratamento.

Em 1890, aggravando-se os padecimentos do doente, o Dr. Pereira Guimarães aconselhou a urethrotomia, mas em vista dos receios que manifestou o doente, fez uma sessão de dilatação gradual, tambem com sonda de gomma.

Duas horas depois sobrevêm calafrios, febre, e novo envene-

V. 20/112

namento urinoso, com caracter mais franco ainda que os anteriores.

Em 1892 o doente consulta o Dr. Monat, que lhe aconselha ainda a dilatação immediata ; obstina-se porem, e é feita uma sondagem com os cuidados de asepsia necessarios para evitar a febre : asepsia da urethra pelo acido borico, esvasiamento da bexiga pela algalia, lavagem consecutiva com acido borico e nitrato de prata, salol internamente ; trez horas depois da sondagem sobrevem um accesso forte de febre.

No dia seguinte o Dr. Monat fez a escarificação do estreitamento com o seu urethrotomo, repetindo as lavagens da urethra e da bexiga. Desta vez não appareceo o accesso de febre e o doente se restabeleceo sem ser obrigado a guardar o leito.

Esta observação tamada ao acaso, entre outras que poderiamos citar, é bastante significativa.

Cauterisação.—Nada diriamos sobre este methodo se ultimamente se não tivesse procurado ressuscitar a electrolyse.

Comprehende-se que a cauterisação chimica e a actual devam deixar uma cicatriz eminentemente retractil, ainda que pouco profunda.

A cauterisação pelo nitrato de prata produz effeito nullo, embora dê excellentes resultados immediatos.

Quanto á electrolyse, ella cahio em completo descredito, mesmo no conceito dos seus maiores enthusiastas.

Em artigos publicados nos *Annales des Maladies des Organes Genito-Urinaires*, de Pariz (1889-1890), o Dr. Monat provou que a cicatriz formada pelo pólo positivo, ao emvez de molle e não retractil, como se julgava a principio, retrahia-se com o tempo, e que o estreitamento tratado por esse methodo tornava-se muito mais duro e resistente do que era antes.

OBSERVAÇÃO III (resumida)

C , fazendeiro em Cantagallo, foi operado em 1882 pelo Dr. Monat que então propagava a electrolyse.

V. 20|112V

Em 1886 o doente soffreo nova operação.

Na primeira a dilatação se fez em 9 minutos com 15 elementos Gaiffe ; na segunda foram precisos 21 minutos e 25 elementos.

Em 1889 voltou o doente com um estreitamento duro, longo e resistente ao ponto de partir a haste da lamina de Maisonneuve ; sendo recusada pelo doente a urethromia externa, o Dr. Monat praticou a interna, incisando a parede inferior.

Em 1890 voltou o doente e foi de novo operado pelo Dr. Monat, que receiando partir o seu urethrotomo, empregou ainda o instrumento de Maisonneuve, incisando a parede inferior ; de facto duas vezes o escarificador do Dr. Monat desarmou-se de encontro ao estreitamento, sem incisar a parede superior.

* * *

De todos os methodos que até aqui temos passado em revista, nenhum remove a causa do estreitamento; apenas se consegue restabelecer o calibre da urethra, sempre porém com probabilidade de reproducção da atresia. Ora, o unico meio de tornar esta reproducção menos rapida, é, desprezando a causa da atresia, obter a dilatação por meio de uma parede nova, o que se conseguirá interpondo um «remendo», segundo a expressão de Reybard, aos labios de uma ferida feita com toda nitidez e regularidade, em tecido são, de modo a poder cicatrizar por primeira intenção.

Dos methodos tratados precedentemente, o que mais se approxima deste desideratum é a urethrotomia interna.

CAPITULO II

Julgamos ter demonstrado no capitulo precedente que todos os methodos usualmente empregados como meios curativos dos estreitamentos da urethra devem ser considerados apenas como palliativos; apenas a urethrotomia interna, feita nas condições indicadas, apresenta algumas vantagens e garantias contra as reincidencias.

Este methodo, porem, não tem applicação senão nos estreita-

V. 20/113

mentos simples que tem como séde a urethra anterior; outro será o tratamento a empregar nos estreitamentos que se assestam na urethra posterior, e n'aquelles que se complicam de fistulas perineaes ou escrotaes.

Nesses casos a intervenção até aqui aconselhada era a operação de Syme, a incisão longitudinal da parede inferior da urethra.

Syme obtinha depois a restauração do canal pela cicatrisação por segunda intenção. Esta pratica trazia como consequencia a formação de um tecido cicatricial, retractil, rebelde á dilatação, em summa, com todos os caracteres proprios de um verdadeiro estreitameuto traumatico. Modernamente na urethrotomia externa a reparação da urethra é obtida por primeira intenção; é opinião do professor Guyon que a sutura deve ser tentada, em regra geral.

Quer se pratique um, quer outro processo, a urethrotomia externa não corresponde aos fins que se propõe ; aquelles mesmos que ainda a praticam tem-na como um methodo de excepção.

Com effeito na urethrotomia externa a incisão da urethra é praticada na parede inferior; ora já vimos no capitulo precedente que, de um lado os estreitamentos, quer traumaticos, quer blennorrhagicos têm quasi sempre como séde a parede inferior ; por outro lado vimos que para se obter a dilatação do canal, com menos probabilidade de reincidencia, era preciso que a incisão fosse feita em pleno tecido são.

OBSERVAÇÃO IV (resumida)

A. F. italiano, 25 annos, alfaiate, soffreo em 1883 uma queda de esganchado que contundio o perineo, formando grande bolça sanguinea.

O Dr. Antonio Bustamante, seu medico assistente chamou o Dr. Monat para combater a retenção de urina.

Foi feita a puncção hypogastrica e no dia seguinte a incisão do perineo até a urethra ; foram extrahidas os coagulos e o doente começou a urinar pela ferida, que cicatrizou rapidamente, sem

V 20|1134

deixar fistula. Entretanto a urethra se estreitara e dois mezes depois a urethrotomia interna foi praticada pelo Dr. Monat; desprezando, porem o doente as sondagens, seis mezes depois era impossivel passar uma vella conductora, apezar de se fazer a micção total, é verdade que em gottas, pela urethra. Nessas condições foi praticada a urethrotomia sem conductor.

Este doente continua até o presente a consultar o Dr. Monat, que já lhe fez tres vezes a escarificação do estreitamento e cinco vezes a dilatação gradual, porque A. F. oppõe-se sempre a sujeitar-se á urethrectomia.

*
* *

Um outro meio de tratamento que nesses casos tem sido posto em pratica é a *libertação externa* da urethra, conforme a denomina o professor Guyon, associada á urethrotomia interna ou á dilatação gradual

A sua principal indicação encontra-se nos casos em que, ao lado de um perineo endurecido por trajectos fistulares e por massas de tecido cicatricial, a urethra mantem-se em estado relativamente bom.

Essas massas de tecido cicatricial, não podendo proeminar para o lado da pelle em virtude da resistencia que lhes offerece a aponevrose inferior, vão exercer compressão sobre o canal da urethra, aggravando ainda mais o estreitamento já existente.

O modo de operar é resumidamente o seguinte: Restabelece-se previamente o calibre da urethra pela urethrotomia interna,. colloca-se no canal uma sonda permanente; faz-se então uma incisão na linha mediana do perineo, até chegar á urethra; os diverticulos urethraes serão raspados por meio de uma curetta. Procede-se então á dissecção paciente e rigorosa de todo o tecido endurecido; Guyon aconselha que se proceda a esta dissecção caminhando sempre de dentro para fóra.

Terminada esta parte, pratica-se a *drainage au plafond* do seguinte modo: Acompanha-se com o index o diverticulo prepubiano (direcção do ramo ischio-pubiano), até a base da verga; nesse ponto faz-se passar pela pelle uma agulha de fóra para dentro

V 20/114

e na sua extremidade encaixa-se um fio, que deve conduzir o drain; retira-se a agulha que conduzo fio, e fixa-se este ao nivel da pelle por meio de um pedaço de gaze, de modo que o drain fique suspenso na cavidade.

Finalmente, enche-se a ferida perineal com tampões de gaze, e espera-se que a cicatrisação se faça por segunda intenção e de dentro para fóra. Em lugar da agulha pode-se fazer a incisão da pelle por meio do bistouri.

OBSERVAÇÃO V (resumida)

Em Outubro deste anno auxiliei o Dr. Monat a operar um doente, de cujo tratamento elle tinha sido encarregado pelo medico assistente, Dr. Armindo Lima.

O doente apresentava o perineo e o escroto crivados de fistulas e nos pontos em que ellas se reuniam encontravam-se cloacas.

Foi feita uma incisão longitudinal, que partindo do meio do raphe do escroto ia até o anus.

Foram disseccadas todas as fistulas e extirpados os tecidos endurecidos, ficando apenas uma pequena brecha da urethra.

Não foi possivel a reunião dos tecidos de modo a obter-se a cicatrização por primeira intenção, e com a ferida ainda não cicatrizada, foi praticada a sondagem para evitar-se a reproducção do estreitamento.

OBSERVAÇÃO VI (resumida do *Brazil Medico* de 1892)

F., allemão, com 52 annos de edade, morador á rua dos Arcos, n. 20.

Apezar dos seus soffrimentos é um homem forte, musculoso, corado. Tem algumas perturbações mentaes, que atttibue ao facto de não poder dormir, por causa de sua molestia. O perineo e o

V. 20|114v

escroto apresentam-se endurecidos, fistulosos, cobertos de puz e urina fetida.

Dos orificios fistulosos, uns são pertuitos, outros deixam passar uma vella n. 6 ; dois dentre elles se abrem alem do perineo e do escroto, quasi symetricameute dispostos perto dos dois ischions.

No primeiro exame o Dr. Monat introduzio na bexiga uma vella de gomma n. 20 ; a oliva exploradora dá saltos em toda a extensão do canal. Pelo respectivo exame a prostata revela-se grande, saliente, dura. O doente queixa-se de dores continuas na bexiga, dores que se exacerbam desde que esta contêm um pouco mais de urina ; tem inappetencia e febre.

O Dr. Monat prescreveo-lhe lavagens da bexiga com uma solução boratada, terebenthina internamente e á noite clysteres com laudano. Esta medicação não produzio resultado.

Foi tentada a dilatação gradual por dois mezes, tambem com resultado negativo ; em vista do que o Dr. Monat praticou a urethrotomia interna com a lamina larga de Maisonneuve sobre a convexidade, deixou uma sonda em permanencia por espaço de dez dias e fez sessões de dilatação elevando-as até o n. 29. Quanto á urethra o resultado foi bom, mas as fistulas persistiam.

Era esta a segunda vez que o doente soffria a urethrotomia interna e a 4ª que punha sonda permanente. O Dr. Monat propoz uma intervenção mais seria, que foi recusada pelo doente ; a seu pedido foi tentada a dilatação por mais dois mezes. A pallikiuria continuava sempre, a bexiga intolerante e a algalisação era necessaria muitas vezes ao dia e á noite. Afinal o doente exigio a operação proposta : extirpação das fistulas e do tecido endurecido que rodeava a urethra.

O Dr. Monat, a conselho de seu mestre o Dr. Pires Caldas, resolveo-se a fendar largamente o escroto e o perineo. Ainda uma vez, tendo sido nullo o resultado da intervenção, o doente foi novamente operado em principios de Setembro. A bexiga tolerava apenas umas 50 grammas de liquido, e pela lavagem notava-se uma pequena hemorrhagia, que cessou com uma injecção de nitrato de prata a 1 por 1000.

v.20|115

O Dr. Monat praticou a talha lateralisada que permittio reconhecer ; 1° que a saliencia da prostata na bexiga era menor do que se podia suppor pelo toque rectal ; 2°, que a bexiga não continha calculo, tumor nem coalhos ; 3° que esta era pequena, espessa, de paredes resistentes, sem columnas, entretanto. Foi collocada uma esponja na ferida da talha, e procedeo-se á 2ª parte da operação, extirpação das fistulas e da athmosphera callosa que envolvia a urethra. Para isso foram feitas duas incisões que, partindo do raphe, a 2 cent. da extremidade mediana da incisão da talha, foram ter, divergindo uma da outra, formando pois um angulo aberto para diante, ao nivel quasi da prega cruro-genital ; duas outras incisões partindo ambas do raphe escrotal, em angulo tambem, indo encontrar cada uma a extremidade da incisão já feita do lado correspondente. O espaço assim circumscripto reprezentava um lozango, cujo bordo escrotal tinha 14 cent. e o perineal, 12 cent. A dissecção do lozango foi feita facilmente, sendo extirpado todo o tecido compromettido, excepto as duas fistulas visinhas das nadegas e uma outra do lado direito que não fôra comprehendida pela incisão correspondente ; nellas foi applicado o estylete incandescente de Paquelin.

A urethra ficou descoberta em dois pontos ; alem disso a dissecção dos tecidos duros produzio uma perda de substancia do canal, que admittia a extremidade do index. O angulo da ferida escrotal foi então adaptado perfeitamente ao angulo da ferida perineal, de sorte que a ferida foi, por assim dizer, dobrada em duas. Suturada aferida, foi obtida, pela adaptação do bordo superior de um lado com o inferior correspondente, uma sutura em angulo agudo, de vertice posterior. Um drain occupava cada metade lateral da ferida. Foi feita na bexiga uma injecção gelada e applicado na ferida um curativo com iodoformio.

Doze dias depois a ferida perineo-escrotal cicatrizava, excepto no angulo inferior. Das fistulas deixadas, só uma não cicatrizou. Os labios da ferida da talha estavam adherentes, excepto em pequena extensão, por onde passa um pouco de urina : 25 dias depois da operação, esta fistula estava completamente cicatrizada,

V 20|115 V

e da ferida perineo-escrotal restava apenas uma porção insignificante. Uma semana depois o doente queixava-se de incontinencia de urinas durante a noite ; a bexiga, porem, supportava a urina por espaço de 6 horas e as micções não eram mais dolorosas ; o Dr. Monat recommendou a algalisação duas vezes por dia, porque ha dias em que, segundo diz o doente, a urina não sahe por si.

Em dezembro o estado do doente era excellente ; só uma fistula persistia, a mesma que desde o começo não apresentara modificação.

*
* *

A operação que constitue o assumpto principal da nossa dissertação é a unica que com justiça pode reivendicar para si o titulo de cura radical dos estreitamentos da urethra. Com effeito, ao passo que os demais methodos visam apenas restabelecer o calibre da urethra, não se occupando, porém, com a causa da atresia, o objectivo da urethrectomia é justamente a extirpação completa e rigorosa do tecido de neoformação, quer seja cicatricial, quer sclerоso, e a regeneração consecutiva da ferida por meio de uma cicatriz linear, não retractil, o que vem a dizer, a regeneraçao por primeira intenção. Que a cicatriz produzida pela urethrectomia apresenta-se com os caracteres acima apontados, é um facto que ficou provado não só pelas experiencias de Hagler, praticadas em cães, como tambem por uma autopsia de Heusner, praticada dois annos e meio depois da operação. Além disso, os resultados até aqui colhidos da pratica desta operação são de ordem a se poder affirmar que dentro em breve a urethrectomia será operação preferida para um grande numero de estreitamentos da urethra.

*
* *

A urethrectomia não é uma operação moderna, pois data de 1836 a primeira praticada ; dessa epocha em liante encontram-se varias observações isoladas, que não produziram os resultados que se deviam esperar, em virtude do atrazo relativo em que se achava a cirurgia naquella epocha.

Só depois dos trabalhos de Daniel Mollière, de Lyon, publicados na these de seu discipulo Parizot, em 1884, é que, em virtude dos

V. 20| 116

grandes progressos trazidos pela antisepsia, a urethrectomia poude disputar o logar, que lhe compete, entre as operações correntes na moderna pratica cirurgica. Para completar este rapido historico da urethrectomia, resta-nos assignalar a memoria do professor Guyon, apresentada ao 6º Congresso Francez de Cirurgia, na qual o distincto mestre apresenta os resultados de seis casos em que praticou essa operação.

*
* *

A urethrectomia pode interessar toda a circumferencia do canal, representando a parte reseccada um segmento de cylindro, ou apenas uma parte, a parede inferior, que como já vimos é a séde de predilecção dos estreitamentos ; por outras palavras, a urethrectomia pode ser total ou parcial.

A urethrectomia total tem sido praticada muito maior numero de vezes ; é o processo preferido por Mollière.

O professor Guyon, fundando-se na observação clinica e em experiencias feitas sobre o cadaver e animaes, aconselha a urethrectomia parcial como prehenchendo perfeitamente o fim a que se destina. Duas razões levaram-no a adoptar este modo de proceder ; uma, anatomo-pathologica, é que as lesões justificativas da urethrectomia têm sempre como séde a parede inferior, quer se trate de um estreitamento inflammatorio, quer se trate de um estreitamento traumatico ; a outra razão, de ordem physiologica, é que a urethra seccionada completamente retrahe-se em virtude da sua elasticidade, de sorte que a brecha produzida pela perda de substancia torna-se instantaneamente dupla. Bem ao contrario, a retracção produzida nos casos de resecção parcial, longe de difficultar a reparação, é uma circumstancia que concorre para o alargamento do canal. Em vista destas razões não hesitamos em dar a preferencia á operação de Guyon, ao menos nos casos, e já vimos que esta é a regra geral, em que a parede superior está intacta.

*
* *

O manual operatorio da operação é o mesmo, quer se pratique a urethrectomia total, quer a parcial ; alguns detalhes peculiares

V.20/1166v

a cada um dos dois processos serão indicados no correr do presente capitulo.

O doente, depois da indispensavel antisepsia prévia da urethra e da bexiga, será collocado na posição classica da talha perineal. Feita a antisepsia do campo operatorio, pratica-se no perineo, sobre a linha mediana, uma incisão que deve exceder um pouco adiante e atraz os limites presumiveis do estreitamento. Se a determinação desses limites offerecer difficuldades, pode-se facilitar o seu exame, introduzindo no canal um conductor.

Continua-se a incisão que irá cortando, camada por camada, as partes profundas do perineo, até chegar á urethra na sua porção estreitada.

Nesse ponto, depois de dissecado o canal das partes molles que o rodeiam, circumscrevem-se por meio de duas incisões transversaes as partes a reseccar, ou, o que é preferivel, pratica-se uma incisão longitudinal ou crucial sobre a parte doente do canal; deste modo o cirurgião poderá, insinuando o dedo, verificar o estado das paredes urethraes e portanto a quantidade de tecido que convem extirpar. Sómente nessa occasião o operador se decidirá pela resecção total ou parcial, tendo sempre como norma de conducta a extirpação completa do tecido de neoformação; alguns cirurgiões aconselham mesmo sacrificar uma pequena parte do tecido são com o fim de evitar as reincidencias.

A extirpação do tecido doente pode ser feita com o bistouri ou com a thesoura, indifferentemente.

Para se evitar a difficuldade na procura da extremidade posterior da urethra, deve-se ter sempre a precaução de, logo que a urethra está descoberta, passar dous fios interessando a parede do canal, que será por elles destendido, e entregal-os á guarda do ajudante ; sem esta precaução a pesquiza da extremidade posterior offerece ás vezes grandes difficuldades. Nesses casos varios meios tem sido aconselhados e postos em pratica; alguns aconselham despertar o doente e obrigal-o a fazer esforços para urinar; outros injectam previamente na bexiga uma solução corada; o unico recurso

V. 20/117

verdadeiro, porém, embora se trate de uma intervenção mais seria, é praticar o catheterismo retrogado

OBSERVAÇÃO VII (resumida)

H. N. com 53 annos de edade, soffria ha longos annos de estreitamento de urethra, de origem blennorrhagica. Em epochas differentes teve abcessos perineaes, de que resultou a formação de 8 fistulas perineo-escrotaes ; apenas sahiam algumas gottas de urina pelo meato, a micção se fazia pelas fistulas. Examinando-o, o Dr. Monat não conseguio levar uma só sonda á bexiga, nem o espessamento e endurecimento do perineo perm ittiam precisar o ponto que attingia a oliva exploradora. No dia 9 de Janeiro do anno passado auxiliei o Dr. Monat na operação que foi resolvi la.

Feita uma incisão do lado do raphe, desde o escroto até o nivel do transverso do perineo, procedeo-se á dissecção dos tecidos en lurecidos e sua extirpação com as fistulas. A parede inferior da urethra foi incisada, desde o começo da porção escrotal até o nivel do transverso ; ahi a urethra reduzida a um cordão fibroso, perdia-se no meio dos tecidos de modo a não ser possivel acompanhal-a, apezar de todos os esforços empregados na pesquiza da extremidade posterior, porque o Dr. Monat procedeo á extirpação da parede inferior na porção escrotal e depois á extirpação total do resto da porçio de urethra descoberta, antes de ter disseccado o resto da urethra tambem compromettido. Procedeo-se depois a sutura, aproveitando os tecidos peri-urethraes.

Ficou uma algalia na urethra, para mantel-a reconstruida, sahindo a extremidade pela ferida perineal.

A micção fazia-se pelo perineo francamente, sem que, entretanto, se podesse, no fundo descoberto da ferida, verificar por onde passava a urina. A cicatrisação fez-se por primeira intensão, permanecendo apenas a parte da ferida por onde passava a urina. 8 dias depois, tendo sido anesthesiado o doente, nova tentativa foi feita para se encontrar a extremidade posterior ; depois de muitas pesquizas sem resultado, o Dr. Monat procedeo á talha hypogas-

V. 20/11 ST V

trica, com o fim de praticar o catheterismo retrogrado. A bexiga foi descoberta, depois de incisado o peritoneo, não só porque etsa não estava distendida, como tambem porque o recalcamento do peritoneo tornou-se impossivel por causa de adherencias. Procedeu-se ao esvasiamento e depois á dilatação da bexiga por meio do aspirador. Depois de incisada esta, verificou-se que era muito espessa e tinha columnas bastante salientes. Passada uma algalia pelo collo, a extremidade vinha fazer saliencia no fundo da ferida, coberta, porem, por uma camada espessa de tecido endurecido, que foi extirpado, deixando ver então a porção membranosa.

Atada a algalia á extremidade posterior de outra que passava pelo meato, foi levada até a bexiga, e procedeo-se á sutura do perineo depois á da bexiga (Lembert) e da parede abdominal.

A cicatrização se fez sem incidente ; no fim de 4 dias a bexiga continha bem o liquido injectado, indicando assim que estava cicatrizada.

* *
*

Terminado este primeiro tempo da operação, procede-se ao segundo, a sutura da urethra e do perineo, que é com certeza a parte mais importante da urethrectomia. Os primeiros cirurgiões que praticaram a resecção da urethra procuravam obter a restauração do canal por segunda intenção. Hoje a sutura não só é admittida por todos, como tambem é a condição indispensavel para a realisação do fim a que se propõe a urethrectomia, isto é, a reunião por primeira intenção trazendo como resultado uma cicatriz linear, não retractil. A sutura das duas extremidades da urethra deve ser feita sempre que fôr possivel e facil a approximação exacta das partes seccionadas; se porém esta condição não fôr bem satisfeita, forçar a elasticidade do canal será um erro, que trará como consequencia o insuccesso da reunião immediata. Nesses casos o professor Guyon tem posto em pratica um meio de restauração da parede urethral, que tem produzido muito bons resultados : consiste em substituir a perda de substancia, causada pela resecção, por meio das partes molles do perineo.

Guyon, no primeiro doente a que applicou este processo, julgou

V. 20/118

como medida de prudencia dever drainar a ferida ; posteriormente, os resultados obtidos foram tão satisfactorios que o distincto professor abandonou completamente a drainagem.

A sutura das duas extremidades da urethra deve ser feita em sentido transverso, e por pontos separados.

Os pontos da sutura não devem comprehender a mucosa, não só porque esta pode romper-se quando se faz a constricção dos fios, como tambem porque elles actuariam como verdadeiros drains capillares que iriam pôr a urina em contacto com varios pontos da ferida perineal. O fio a empregar de preferencia deve ser o catgut n. 1 ; a seda eliminando-se pode produzir trajectos fistulosos. A sutura da ferida perineal será feita em sentido longitudinal, e em planos solidarios entre si. Nos casos em que torna-se inexequivel a approximação das extremidades urethraes e tem-se de recorrer, para a restauração do canal, ás partes molles do perineo, procede-se do seguinte modo : forma-se o primeiro plano com os folhetos juxta-urethraes ; o primeiro e o ultimo ponto comprehenderão as duas extremidades da brecha urethral.

Os pontos devem ser bastante approximados uns dos outros, e passados de maneira que se adaptem as superficias e não os bordos do tecido, como na sutura de Lembert. Terminado este primeiro plano em que só deve ser empregado o catgut, procede-se á sutura dos outros dois, por meio de duas séries de pontos : uns profundos bastante para comprehenderem o andar precedente, de modo a evitar a formação de uma cavidade ; outros superficiaes e intermediarios aos precedentes com o fim de completar a união da ferida cutanea.

Estes dois ultimos planos serão suturados com crina. Antes de começar a sutura, deve-se collocar no canal uma sonda permanente.

Para terminar o que tinhamos a dizer sobre a sutura, resta-nos fallar de uma questão que se prende a ella intimamente : é a extensão do canal que se pode reseccar; nos casos em que se pratica a urethrectomia total. Comprehende-se a importancia desta questão quanto ao exito da sutura que seria completamente negativo, desde

V. 20/118 V

que a tracção exercida sobre os pontos fosse excessiva; com o fim de resolver este problema, varias experiencias feitas em cadaveres e animaes mostraram que a reunião é facil, desde que a porção do canal reseccada não excede de dois centimetros e ainda possivel quando a perda elevou-se a trez centimetros.

OBSERVAÇÃO VIII (resumida)

R. A. de S. A., com 58 annos de edade, creoulo, morador á rua de S. Jorge, n. 7, tinha um estreitamento antigo, complicado de fistulas perineaes, provenientes de tres abcessos. Sobreveio um espessamento do perineo formando saliencia do volume de uma tangerina. Em começos de Junho o doente teve uma retenção de urina, que o Dr. Pereira Guimarães combatteo por meio da puncção hypogastrica; dias depois sobreveio nova retenção que outro medico chamado obstinou-se em combater pela algalisação.

Depois de muitas tentativas infructiferas, foi ensaiado o esvasiamento da bexiga por meio de uma algalia metallica : o resultado foi a perfuração da urethra, vindo a sonda fazer saliencia por baixo da mucosa rectal.

Foi então chamado o Dr. Monat, que praticou nova puncção hypogastrica, que repetio no dia seguinte, sendo nessa occasião praticada a lavagem da bexiga primeiro com uma solução boratada e depois com uma solução de nitrato de prata. No dia 12 foi operado o doente.

Feita uma incisão longitudinal no perineo, ao lado do raphe, foi disseccado o tumor e depois extirpado juntamente com as fistulas até a urethra que sentia-se bem em grande extensão, graças ao catheter que a occupava até a porção bulbar. Nesse ponto o canal foi fendido, e reseccada uma porção de mais de dois centimetros, que estava reduzida a um cordão fibroso. Em continuação a esse cordão, a porção membranosa da urethra achava-se muito dilatada, admittindo mesmo a introducção da extremidade do index.

Apezar de todos os esforços empregados, não foi possivel conseguir-se a approximação dos dois segmentos do canal, pelo que foi

V.20/119

praticada a restauração por meio dos tecidos peri-urethraes, e foi feita a sutura da pelle.

Na dissecção de uma das fistulas, tendo sido attingido o bulbo, o Dr. Monat julgou necessario deixar na ferida um drain, por onde, durante tres dias, se fez um corrimento de sangue.

Devido talvez á presença do drain, esta parte da ferida suppurou ; o resto cicatrizou rapidamente por primeira intenção.

Entretanto o doente apresentava uma incontinencia de urina, que trez mezes depois ainda persistia, apesar das applicações de electricidade, do uso do centeio e da belladona.

Este doente não appareceo mais ao consultorio.

OBSERVAÇÃO IX (resumida)

J. C., padre, deo uma queda de esganchado.

O exame do perineo revela a existencia de uma cicatriz irregular, cheia de elevações e depressões, e cuja superficie é occupada por numerosas fistulas.

Em Dezembro de 1893 o doente consultou o Dr. Monat, que aconselhou-lhe a urethrectomia ; o doente, porem, recusou-se a a submetter-se á operação.

Dias depois, tendo soffrido uma retenção de urina, J. C. mudou de opinião e declarou sujeitar-se á operação, que foi logo praticada.

Não tendo sido possivel a passagem de uma algalia, o esvasiamento da bexiga foi obtido por meio da aspiração.

O Dr. Monat, tendo introduzido previamente um catheter na urethra anterior, fendeo o perineo e dissecou a cicatriz e as fistulas que foram completamente extirpadas.

Pelo exame respectivo a parede inferior da urethra apresentava-se espessa, dura, e quando cortada, rangia sob o escalpello em toda a extensão do perineo.

Para diante da extremidade do catheter sente-se um corpo duro, resistente, que depois de fendida a urethra, reconheceu-se ser um calculo alongado de 2 centimetros no sentido longitudinal,

V. 20|1194

Reseccada toda a parte affectada da parede inferior, tornou-se impossivel a approximação dos dois segmentos, pelo que foi obtida a restauração do canal pelos tecidos peri-urethraes.

Durante a dissecção das fistulas foi ferido o bulbo, muito turgido, o que deo lugar a uma hemorrhagia, que exigio o emprego do thermocauterio.

A ferida cicatrizou em parte por primeira intenção ; o resto suppurou ainda por espaço de dois mezes.

O resultado final da operação foi excellente ; o doente apresentou a principio incontinencia de urina, que foi completamente corrigida no fim de um mez ; pela sondagem posteriormente feita vê-se que o calibre do canal é o mesmo que depois da operação.

OBSERVAÇÃO X (resumida)

J. O. B foi operado, por soffrer de estreitamento de urethra, em 1880 pelo Barão de Pedro Affonso, e em 1886 pelo Dr. Pereira Guimarães, tendo sido praticada, quer de uma vez, quer de outra, a divulsão. Em 1891 o estreitamento attingira a tal ponto, que era impossivel a introducção de uma sonda n. 6.

Após uma sondagem sobreveio uma infiltração de urina : por essa occasião achava-se o doente em Juiz de Fóra, e ahi o Dr. Eduardo de Menezes fendeo as bolças e o perineo.

Dois mezes depois sobreveio novo abcesso do perineo, que já então achava-se completamente fistuloso.

Em Setembro de 1883 o doente teve uma retenção de urina ; por essa occasião foi chamado o Dr. Monat, que propoz a urethrectomia

Fendido o perineo e extirpadas as fistulas e tecido endurecido, foi posta á descoberto a urethra, cujo exame revelou apenas uma pequena extenção de tecido sclerosado na parede inferior.

A resecção foi praticada, produzindo uma perda de substantancia de pouco mais de um centimetro, pelo que a approximação dos dois seguintes foi obtida com toda a facilidade.

V 20 / 120

Foi praticada a sutura transversa do canal, que foi reforçada com a sutura longitudinal dos tecidos peri-urethraes e da pelle. A cicatrização foi obtida por primeira intenção.

Dois mezes depois a urethra continuava perfeitamente dilatada, e permittia a introducção de um catheter n. 24, como na primeira sondagem depois da operação.

OBSERVAÇÃO XI (resumida)

N. tinha um antigo estreitamento, do qual tinha sido operado varias vezes, mas sem nunca obter resultado. O Dr. Chaves Campello, consultado, entregou-o aos cuidados do Dr. Monat, que propoz a urethrectomia.

O doente foi operado em 1893.

Foi feita a incisão do perineo, extirpação de duas fistulas do lado direito, e finalmente resecção de um centimetro da parede inferior da urethra.

A approximação dos dois seguintes foi facil pelo que foi feita a sutura directa das paredes do canal com cat-gut n. 1.

A cicatrização fez-se por primeira intenção. Em Fevereiro deste anno a urethra deste doente admittia com toda a facilidade uma sonda n. 24.

OBSERVAÇÃO XII (resumida)

X., com 50 annos de idade mais ou menos, chefe de trem da E. F. Central. Soffria desde longos annos de estreitamento de origem blennorrhagica, quando lhe appareceu uma retenção em Julho de 1893, no Estado de S. Paulo.

O Dr. Oliveira Botelho, procurando soldal-o, fez um falso caminho, de que resultou um abcesso urinoso.

O Dr. Monat, consultado, confiou este doente aos cuidados do Dr. Chaves Campello, auxiliando-o na operação que ficára resolvida.

V-20/120 V

Depois de fender a pelle, o Dr. Campello dilatou o abcesso. Incisada a urethra, foi enucleada a parede inferior na extensão de 15 millimetros. A approximação dos dois segmentos se fez facilmente e a sutura transversal foi praticada com o cat-gut n. 1.

Cedeu em dois pontos a sutura da pelle; entretanto foi rapida a cicatrização da ferida.

Em 15 dias voltava o enfermo ao trabalho, e ainda hoje conserva a urethra bem dilatada.

* * *

Para terminar, diremos ainda algumas palavras sobre um meio de restauração das perdas de substancia do canal da urethra; referimo-nos ás operações plasticas.

Estas tem sido praticadas e aconselhadas principalmente nos seguintes casos: no tratamento das fistulas rebeldes, assumpto de que nos não occuppparemos, e nos casos de grandes perdas de substancia do canal, quer estas sejam a consequencia de molestia, como a grangrena, quer sejam o resultado de uma resecção muito extensa, em que torne-se impossivel a sutura directa das extremidades do canal ou a restauração pelo processo de Guyon; quer, finalmente sejam produzidos por traumatismos extensos.

A autoplastia tem sido bastante applicada; os methodos, porem, variam conforme os cirurgiões que a tem praticado, assim como estes tambem têm de sujeitar-se ás condições particulares de cada caso; citaremos apenas um caso de autoplastia praticado pelo professor Guyon, e que vem relatado na these de seu discipulo Noguêz.

Tratava-se de uma criança que em consequencia de uma queda de esganchado soffrera uma perda de substancia tal, que apenas ficou intacta uma tira da parede superior com 3 a 4 millimetros de largura, sendo a extensão total da fistula de 5 cent. Guyon disseccon de fóra para dentro dois retalhos rectangulares cujos bordos internos e adherentes correspondiam aos labios da perda de substancia. Estes retalhos foram então abatidos e suturados pelos bordos livres, de modo que a sua face epidermica ficou voltada para o canal.

v20/121

Estes dois retalhos foram depois cobertos por um terceiro retalho de pelle tirado da visinhança Esta operação não tendo dado resultado, visto a urina continuar a sahir pela fistula, foi tentada uma outra.

Do lado esquerdo da gotteira urethral foi disseccada de fóra para dentro, até meio centimetro desta, um retalho, que em seguida foi abatido de modo que a sua face epidermica ficou voltada para ocanal ; um segundo retalho tomado do lado direito, de bordo externo adherente servio para cobrir a face cruenta do retalho esquerdo e a perda de substancia deixada por este. A sutura foi feita com cat-gut, e a cicatrização deo-se ficando, porem ainda uma pequena fistula, que exigio nova operação. Guyon retirou de diante do anus um retalho rectangular de grande diametro vertical, cujo bordo anterior era adherente. Este retalho foi adaptado de baixo para cima, suturado aos bordos da fistula, que tinham sido previamente avivados, e coberto com dois retalhos de pelle da visinhança. Este retalho grangrenou em sua parte central por ser muito grande, mas ficou apenas uma pequena fistula, cujos bordos depois de avivados e suturados, reuniram-se completamente.

Quanto à heteroplastia applicada ao canal da urethra, as primeiras tentativas são devidas a Völfler e Meusel.

Ultimamente o Dr. Sapiejko, de Kew, apresentou ao congresso de Roma, sobre esta questão uma memoria, que foi publicada nos *Annales des Maladies des Organes Genito Urinaires*, de Paris, no numero de Agosto deste anno—Sapiejko fez as suas primeiras experiencias transplantando para o homem mucosas de differentes animaes, com o fim de curar o ectropion palpebral. Não tendo conseguido resultado satisfactorio elle soccorreo-so então da mucosa humana e alcançou assim o fim desejado. Em 1890, animado por este successo e por uma memoria de Wölfler apresentada ao 17° Congresso dos cirurgiões allemães, na qual este cirurgião relatava um caso de enxerto da mucosa vaginal na urethra, seguido de successo, Sapiejko tentou a transplantação da mucosa nos casos de perda de substancia da urethra. Para esse fim foi empregada a mucosa labial extrahida do proprio doente e em 3 casos relatados na

V20 /121V

memoria de Sapiejko foi obtido o mais completo successo. Transcrevemos aqui as conclusões com que o professor de Kew termina a sua memoria, conclusões que são relativas ao successo do enxerto·

« No momento da transplantação poupar o quanto fôr possivel as propriedades vitaes dos elementos, e depois da transplantação deixar o doente em repouso absoluto, para que cada ponto do retalho enxertado fique, até pegar, em contacto perfeito com o terreno de transplantação. »

Como bem se pode ver, esta ordem de operações ainda não Passa de meras tentativas mais ou menos ousadas, conforme os casos que o cirurgião tem diante de si ; mas em vista dos grandes progressos que de dia para dia tem feito a cirurgia moderna, é licito esperar que a idéa de Reverdin, applicada ás perdas de substancia da urethra virá em breve produzir resultados tão beneficos, como os que tem produzido em outras regiões do corpo.

V. 20/122

PROPOSIÇÕES

PHYSICA

I

As qualidades particulares do som musical são: altura, intensidade e timbre.

II

O timbre é devido aos harmonicos do som principal.

III

E' em virtude do timbre que os sons da mesma altura, produzidos por instrumentos diversos, distinguem-se uns dos outros.

CHIMICA MINERAL

I

As reacções chimicas podem dar-se por complicação mollecular, por simplificação mollecular e por substituição.

II

A substituição pode ser simples ou dupla; esta ultima é a mais importante de todas pela frequencia com que se dá.

III

A dupla substituição ou dupla troca é regida por leis que foram estabelecidas por Berthollet.

V. 20/122v

BOTANICA E ZOOLOGIA

I

A luz é necessaria para a producção da chlorophylla no parenchima da folha.

II

Os raios amarellos são os que se mostram mais activos.

III

A intensidade da luz tambem tem grande influencia sobre a synthese da chlorophilla.

CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I

A cocaina é o principio activo do *Erythroxilon Coca*, pequeno arbusto da America Meridional.

II

E' um alcaloide christallisavel cuja formula é, segundo Niemann, C^{14} H^{21} Az O^4.

III

E' um bom anesthesico local, quando applicada sobre as superficies mucósas e serósas, ou então em injecção hypodermica.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Sob o ponto de vista cirurgico a urethra do homem pode ser dividida em duas porções : urethra anterior e urethra posterior.

II

A urethra anterior comprehende toda a porção esponjosa.

III

A urethra posterior comprehende as porções prostatica e membranosa.

V.20|123

HISTOLOGIA

I

A mucosa da urethra é notavel pela grande quantidade de tecido elastico que existe na sua trama.

II

O seu epithelio, a principio pavimentoso, torna-se depois cylindrico.

III

A mucosa urethral contem glandulas de varias especies.

PHYSIOLOGIA

I

A occlusão da bexiga no estado de repouso é effectuada á custa do apparelho muscular do collo vesical e de toda a região prostatica.

II

Desde que a bexiga se contrahe esses meios tornam-se insufficientes, e então entra em acção, como um verdadeiro sphncter, a porção membranosa da urethra.

III

A expulsão da urina do interior da bexiga é produzida pela contracção do musculo vesical.

PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O opio é o succo extrahido das capsulas do *Papaver Somniferum,* familia das Papaveraceas.

II

Dos muitos alcaloides que existem no opio, os principaes são a morphina, a codeina, a narcotina, a narceina, a thebaina e a papaverina.

V.20|123v

III

O opio é muito empregado sob as formas de extracto, tintura, vinho, etc.

CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

I

Segundo o Dr. Souza Lopes, antidoto é toda a substancia que se oppõe á presença do veneno no organismo.

II

Antagonista è todo agente que se oppõe no organismo aos effeitos do veneno.

III

Ha antidotos que impedem a absorpção, e antidotos que favorecem a eliminação do veneno.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

As fistulas do canal da urethra são congenitas ou adquiridas.

II

As fistulas adquiridas assestam-se frequentemente no escroto e no perineo.

III

No tratamento dessas fistulas o primeiro cuidado do cirurgião deve ser o restabelecimento do calibre da urethra.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A pyelo-nephrite tem como causas bastante communs as inflammações da urethra, da bexiga e dos ureteres.

II

A polyuria turva é, segundo Guyon, o symptoma principal da pyelonephrite.

V 20/124

III

Nesses casos a unica therapeutica que dá alguns resultados é a intervenção cirurgica.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

O estreitamento traumatico é a indicação mais formal da urethrectomia.

II

Os processos empregados para a urethrectomia são o de Mollière e o de Guyon.

III

O processo de Guyon deve ser o preferido.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA E COMPARADA

I

Dá-se o nome de pterion a um ponto do craneo em que se encontram quatro ossos.

II

Esse ponto corresponde á parte anterior da scissura de Silvius.

III

A scissurra de Silvius fica a cinco centimetros da arcada zigommatica.

ANOTOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Está provado que a uréa e o acido urico não entram como factores da auto-intoxicação uremica.

II

Segundo Bouchard essa auto-intoxicação é produzida por varios venenos.

V 20|824v

III

No estado actual da sciencia ainda não é possivel estabelecer o pepel que compete a cada um desses venenos.

MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA

I

O jaborandy *(Pilocarpus pennatifalinos)* é um arbusto da familia das Rutaceas.

II

E' o mais energico de todos os sudorificos e syalagogos até hoje conhecidos.

III

O jaborandy é indicado sempre que se quer obter uma sudação energica e rapida.

OBSTETRICIA

I

Os signaes mais importantes para o diagnostico da prenhez são os movimentos activos do feto e os ruidos do coração fetal.

II

Estes signaes só podem ser observados do quarto mez da gestação em diante.

III

Os pontos da parede abdominal, em que melhor se sentem os ruidos do coração fetal variam conforme a apresentação a posição e a variedade de posição.

PATHOLOGIA GERAL

I

As vaccinas são empregadas como meio prophylatico e curativo.

V. 20/125

II

As vaccinas constituidas são pelo proprio virus, por um virus differente ou pelas substancias fabricadas pelos microbios.

III

A vaccina de Jenner foi a primeira conhecida.

MEDICINA LEGAL

I

Segundo o nosso codigo actual, infanticidio é o assassinato de uma creança até o septimo dia do nascimento.

II

A docimasia pulmonar é um bom meio para o diagnostico do infanticidio.

III

Nos casos de morte do feto por asphyxia, as manchas de Tardieu são de grande valor.

HYGIENE

I

A agua é um grande meio de propagação das molestias epidemicas.

II

Entre outras muitas molestias, o cholera propaga-se muito frequentemente por esse meio.

III

O meio mais efficaz contra esta contaminação é a filtração domiciliaria da agua.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A percussão pode ser immediata ou mediata.

V.20/125

II

Dos dois modos de percussão o ultimo é o mais perfeito e mais geralmente empregado.

III

A percussão fornece-nos duas especies de sensações, ambas utilisaveis para o diagnostico : uma auditiva (som) e uma tactil (sensação de resistencia ou de elasticidade).

CLINICA MEDICA

I

As pleuresias, segundo sua origem podem ser primitivas ou secundarias.

II

As primitivas, aliás bem raras, tem como causas mais communs os resfriamentos e os traumatismos.

III

As secundarias são provenientes de um processo inflammatorio da visinhança.

CLINICA CIRURGICA

I

A aspiração na lithotricia não pode ser feita sem a anesthesia profunda.

II

A cocaina só pode ser empregada quando a lavagem fôr sufficiente para varrer todos os fragmentos.

III

Apesar da anesthesia profunda, os reflexos reno renaes podem determinar a anuria e a morte.

CLINICA OBSTRETICA E GYNECOLOGICA

I

As endometrites são affecções de natureza microbiana.

V. 20/126

II

A possibilidade da propagacão do processo phlegmasico as trompas empresta ás endometrites uma gravidade especial.

III

A curettagem é um meio de tratamento muito fallivel sempre que coexistir uma salpingite.

CLINICA PEDIATRICA

I

A diphteria é uma molestia que ataca de preferencia as crianças.

II

E' uua molestia infecto contagiosa devida ao bacillo de Klebs-Loffler.

III

A therapeutica a applicar é a vaccina do Dr. Roux, que alem de curativa é tambem preventiva.

CLINICA OPHTALMOSCOPICA

I

A ptosis ou blepharoptose consiste na queda da palpebra superior.

II

Segundo Mackensie, ella é devida a uma atrophia primitiva do levantador da palpebra.

III

E' quasi sempre hereditaria.

CLINICA DE MOLESTIAS CUTANEAS E SYPHILITICAS

I

A herança da siphilis pode dar-se por transmissão espermatica, ovular ou sanguinea.

V20/126v.

II

A herança por transmissão sanguinea é dos tres modos o mais frequente.

III

A herança spermatica pode effectuar-se sem que o organismo materno seja infeccionado.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A base material do delirio é o *neurona,* de Valdeyer.

II

A causa determinante desse estado pathologico é a irritação anormal do *neurona,*

III

Physiologicamente, os delirios resultam de uma maior ou menor irritação celullar nervosa. Physicamente elles traduzem-se por exaltação da personalidade on, ao contrario, por depressão desta.

J20/127

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium dIfficile.

(Sect. I *Aph.* 1)

II

Venus, potus, cibus, onmia moderata sint.

(Sect. II, *Aph.* 2)

III

Somnus, vigilia, utraque modum exedentia, malum.

(Sect. II, *Aph.* 3)

IV

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant.

(Sect. VII, *Aph.* 2)

V

Natura corporis est in medicinã principium studii.

(Sec. II, *Aph.* 6)

VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat,

Quæ vero ignis non sanat ea insanabilia reputare opportet.

(Sec. VII, *Aph.* 88.)