

# DISSERTAÇÃO

---

**Estudo comparativo dos diversos methodos de tratamento dos  
estreitamentos da urethra.**

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

---

# PROPOSIÇÕES

---

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

---

# THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 14 de Julho de 1886

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

Em 30 de Dezembro do mesmo anno

PELO

**Dr. Alfredo Zuquim de Figueredo Neves**

NATURAL DE MINAS GERAES

---

RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, rua d'Ouvidor 31

1886

V14/066V

# FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro BARÃO DE SABOIA.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. ALBINO RODRIGUES DE ALVARENGA.

SECRETARIO

Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.



## LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida ( <i>Examinador</i> ).....	Histologia theorica e pratica.
Domíngos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Viueli.....	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva.....	Pathologia e geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco ( <i>Presidente</i> ).....	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Barão de Motta Mala ( <i>Examinador</i> ).....	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparatus e pequena cirurgia.
Nuno Ferreira de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem.....	Clinica medica de adultos.
Domíngos de Almeida Martins Costa.....	
Conselheiro Barão de Saboia.....	Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro ( <i>Examinador</i> ).....	
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candida Barata Ribeiro.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gubizo.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psiquiatrica.

## LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Drs. :

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro ( <i>Examinador</i> ).....	Anatomia descriptiva.
José Benício de Abreu.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

## ADJUNTOS

Drs. :

.....	Physica medica.
.....	Chimica medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica medica e zoologica.
.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparatus e pequena cirurgia.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	Clinica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes.....	
Bernardo Alves Pereira.....	
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Clinica cirurgica de adultos.
Francisco de Paula Valladares.....	
Pedro Severiano de Magalhães.....	
Domíngos de Góes e Vasconcellos.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
.....	
José Joaquim Pereira de Souza.....	
Luiz da Costa Chaves de Faria.....	
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Domíngos Jacy Monteiro Junior.....	Clinica ophthalmologica.
.....	Clinica psiquiatrica.

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

## PROLOGO

---

Apezar de todas as metamorphoses relativas ao ensino livre por que tem passado o regulamento da nossa Faculdade, ainda nos impõe ella a apresentação de um trabalho, afim de nos ser outorgado o titulo de Dr. em Medicina; trabalho que de ordinario nada adianta os conhecimentos medicos, e que pouca importancia merece, por defficiencia de experimentação.

O artigo do regulamento que impõe ao Doutorando essa obrigação, colloca-o entre as pontas do seguinte dilema: copiar opiniões de auctores, rever estatisticas, emittir um juizo herdado sem o cunho da observação e portanto sem convicção; ou então dar-se ao penoso, se bem que util, labôr de colleccionar numero sufficiente de observações e confeccionar o seu trabalho de accordo com o resultado d'essas observações, o que nem sempre é facil, e que, ás vezes, é possivel, porém, com prejuizo das materias da serie, que por si só já constituem tarefa onerosa.

Na confecção de nosso modesto trabalho, procurámos, tanto quanto nos foi possivel, evitar opiniões de auctores, apreciando os diversos methodos e processos empregados na therapeutica dos estreitamentos organicos da urethra, pelos resultados das observações por nós tomadas nas clinicas dos distinctos cirurgiões: Barão de Saboia, Pedro Affonso Franco, Lima e Castro, João Pedro de Miranda, Góes de Vasconcellos e Catta Preta.

A apreciação de alguns processos fizemos *a razione* e não podemos deixar de citar opiniões de auctores, porém, opiniões que são respeitadas no assumpto que nos occupa, taes são as de Thompson, Gosselin, etc.

Assim pois, sem a minima pretensão de ter feito avançar um passo á Sciencia com o nosso exiguo e insignificante trabalho, comtudo levamos a satisfação de termos sido util a nós mesmos, confeccionando-o.

V141058

# DISSERTAÇÃO

## PRIMEIRA PARTE

## ARTIGO 1.º

**Generalidades sobre os estreitamentos organicos da urethra**

Reybard, citado pelo conselheiro Barão de Saboia na sua these de 1858, define o estreitamento da urethra: a diminuição permanente ou progressiva do diametro d'esse canal produzida pela retracção gradual de um tecido pathologico, que toma o lugar de uma parte mais ou menos extensa das paredes da urethra, oppondo um obstaculo mais ou menos difficil á passagem da urina e do sperma.

Phillips define-o: a diminuição permanente ou progressiva do calibre de um ou mais pontos d'esse canal, determinada pela transformação fibrosa do tecido vasculo-esponjoso.

Charles Bell: o estado da urethra, que perdeu a faculdade de se dilatar.

Por estas tres definições, vê-se: que, Reybard dá-nos antes uma descripção do que uma definição de estreitamento organico; que, Phillips segue a theoria antiga que considera como ponto de partida do tecido neoformado, o tecido esponjoso, theoria esta hoje posta á margem e sustentada outr'ora por Alphonso Guerin e Mercier, contraria á theoria moderna que, baseada em estudos anatomo-pathologicos feitos minuciosamente por Lallemand, Brissand e Segond, Thompson e outros considera a mucosa urethral como o ponto de partida do tecido neoformado, que para uns como para outros se desenvolve á custa de um processo eschlerotico. Finalmente Charles Bell com o seu laconismo diz tudo, porém, nada explica,

O proprio Thompson define-o: um deposito de lymphá plastica ao redor de um ponto qualquer do canal, que torna esse

canal incapaz de se dilatar convenientemente para dar passagem á urina. O emérito professor, classificando os estreitamentos de urethra, diz: os estreitamentos ditos *inflammatorios* bem como os espasmodicos não devem entrar n'uma boa classificação. Ainda tratando da pathogenia d'esta affecção, o mesmo professor considera o espessamento da mucosa, determinado pelo engurgitamento vascular, como primeiro phenomeno da inflammação, acompanhado de um *exsudato albuminoso*, que *póde ser reabsorvido*, ou organizar-se em tecido fibroso e produzindo adherencias entre a mucosa e os tecidos submucosos. Considerando a fórma primitiva e elementar do estreitamento, o espessamento da mucosa.

Entendemos que Thompson deixou escapar uma pequena incoherencia, excluindo da sua classificação o estreitamento inflammatorio, o que elle justifica mais abaixo, dizendo: — exsudado albuminoso que póde ser reabsorvido — porém, abrangendo-o na sua definição dizendo apenas — *um deposito de lympha plastica* — além de que a definição de Thompson não nos dá idéa d'esse tecido duro, retractil e sobretudo persistente que constitue o que o proprio professor é o primeiro a admittir como sendo a unica affecção que mereça o nome de estreitamento organico da urethra.

Nós o definiremos: uma diminuição permanente e progressiva do calibre do canal, determinada pela organização de lympha plastica em tecido fibroso.

Assim definindo, excluimos o inflammatorio e o espasmodico, que comquanto sejam estados concumitantes com o estreitamento organico, comtudo não constituem a affecção morbida de que tratamos, ainda mesmo que existão sem esta. Demais são estados, de ordinario, passageiros, emquanto que aquelle é de caracter permanente. Excluimos tambem todas as outras affecções que por qualquer mechanismo que exercção sua acção sobre o canal difficultão ou impossibilitão a micção; porém incluimos o estreitamento cicatricial, porque este tambem é constituido por tecido fibroso, seja elle thraumatico ou blenorragico.

Quantas definições tantas classificações têm se apresentado d'esta affecção e quasi que se póde dizer tantos methodos e pro-

cessos têm debalde disputado a victoria, no tratamento d'essa affecção d'onde se depreende a maxima importancia do ponto que escolhemos para a nossa dissertação, abstrahindo-nos da frequencia e rebeldia da molestia de que nos occupamos.

Desde já, porém, declaramos, que, de accordo com a nossa definição, com a opinião de Thompson, Gosselin e a maior parte dos cirurgiões modernos não admittimos as classificações de Beclard, Hunter, Charles Bell, Picard, etc., etc., que, todos, considerão como estreitamento de urethra o inflammatorio e o espasmodico e ainda um symptomatico, etc., etc.

Não consideramos estreitamento de urethra, no sentido restricto da palavra, senão o estreitamento organico, molestia terrivel e zombadora, que como muito bem disse o nosso distincto mestre Barão de Motta Maia é uma molestia vitalicia, porque, quem uma vez teve estreitamento tel-o-ha toda a vida. Os estados, ditos, estreitamentos inflammatorios e espasmodicos, são estados passageiros que cessão com a causa que os produziu. E o cirurgião illustrado, não chamará estreitamento de urethra a compressão d'esse canal, assim como não chamará tambem estreitamento de esophago, da trachéa, da aorta, etc., á compressão d'esses canaes por um tumor ou outra qualquer causa!

Para nós, pois, é o organico, o unico estreitamento propriamente dito; e é para elle que têm convergido as vistas dos cirurgiões antigos e modernos.

É ainda para debellal-o que se tem, por assim dizer, construido um arsenal cirurgico especial.

Gosselin classifica ainda o estreitamento organico em : fibroide e fibroso.

Debaixo do ponto de vista da anatomia pathologica esta divisão, em grãos, da molestia tem certa importancia, porém sob o ponto de vista clinico, não nos parece merecer valor algum, porquanto os resultados têm sido os mesmos e constantes a menos que não se trate de estreitamento organico.

Aceitamos, porém, a divisão de nosso illustrado mestre Dr. P. Guimarães, em : post-inflammatorio e cicatricial. O primeiro con-

siste nas transformações de um processo inflammatorio chronico, e o segundo em um tecido cicatricial dependente de ulceração ou mais commumente de traumatismo. Toda baseada na etiologia, parece-nos excellente e pratica esta divisão.

Para nós, o gráo do estreitamento não depende, como queria Gosselin, da maior ou menor reabsorpção dos exsudatos inflammatorios, e sim, da fórma, extensão e maior ou menor desenvolvimento do tecido pathologico neoformado; assim, a coarctação será maior quando o tecido neoformado fôr representado por um anel completo do que quando se limitar a um anel incompleto ou á fórma linear.

Sob o ponto de vista clinico, ainda se podem dividir os estreitamentos da urethra em: franqueaveis e infranqueaveis, complicados e não complicados.

Franqueaveis são os que deixão passar uma véla ou sonda; e infranqueaveis, os que não permittem a passagem da mais fina véla.

Complicados, os que são seguidos de fistulas, abcessos, etc.; e não complicados, os que vêm só, se bem que isto não se dê em absoluto.

Os estreitamentos infranqueaveis são, de ordinario, consecutivos a um traumatismo ou á abertura de um trajecto fistuloso. Ás vezes um estreitamento simula infraqueabilidade, em virtude de certas condições, taes como: a existencia de bridas, trajectos fistulosos, sinuosos, etc. Nós tivemos a feliz occasião de observar um caso d'estes no doente, Emigdio Augusto do Nascimento, entrado a 8 de Abril para a enfermaria do Conselheiro Barão de Saboia. Este doente apresentava um estreitamento do meato e um da porção peniana complicado de fistula peniana tambem; este doente urinava, com grande difficuldade, é verdade, sahindo maior porção pela fistula, porém, a urina que sahia pelo meato indicava que uma véla fina poderia transpor a coarctação, entretanto apesar de tentativas repetidas pelo Conselheiro Barão de Saboia e pelo Dr. Crissiuma, isso não foi possivel por espaço de muitos dias, no fim dos quaes, graças á paciencia e habilidade do Conselheiro

Barão de Saboia este conseguiu passar a véla n.º 1 proseguindo-se a dilatação temporaria progressiva.

Todos os pontos do canal da urethra podem ser séde de estreitamento; porém aquelle que a observação de todos os operadores tem demonstrado ser predilecto é a porção bulbosa, mórmente na sua união com a porção membranosa; depois vem a peniana e a porção membranosa onde já são raros. Ricord, Leroy e Reybard citão casos de estreitamento na porção prostatica, porém, Thompson, Perréve e a maior parte dos cirurgiões dizem nunca ter encontrado.

Os estreitamentos, se assestão de preferencia na parede inferior, depois nas lateraes e finalmente na superior onde alguns cirurgiões contestão a existencia.

Quanto ao numero varia; Leroy d'Etiolles refere um caso de 11 estreitamentos em uma só urethra. A extensão varia da simples brida a 3, 4, 5 centímetros e mais.

Na coarctação cicatricial o processo pathologico é analogo ao das cicatrizes em geral, havendo primitivamente desenvolvimento de lymphá plastica coagulavel com organização do tecido strictural.

Se as lesões primitivas, causa d'essas cicatrizes, não têm compromettido os tecidos peri-urethraes, essas cicatrizes não invadem taes tecidos, como acontece nos estreitamentos post-inflammatorios.

Raramente é anelar a coarctação cicatricial, limitando-se quasi sempre á fórma linear; attribuimos esse facto ao modo de actuar das causas que a determinão.

O tecido strictural é retractil e elastico. Robin explica a retractilidade pela reabsorpção da materia amorpha situada entre as suas malhas.

A elasticidade é devida á presença de tecido elastico no estreitamento (facto admittido por Kölliker como um phenomeno pathologico); e facilitando d'esse modo a dilatabilidade do canal.

As coarctações cicatriciaes occupão quasi sempre a porção recta da urethra, e se dão em consequencia de traumatismos do perineo, do penis e do canal. Sendo o estreitamento organico de

urethra uma molestia de marcha lenta e progressiva, requereria uma therapeutica tambem lenta e progressiva. porém, nós vamos ver na apreciação dos diversos methodos e processos, que infelizmente nem sempre isso é possível, por causa da nocividade que não se faz esperar.

O diagnostico d'esta molestia, que apresenta symptomas communs a diversas affecções do canal, é feito por exclusão e confirmado pelo catheterismo, que é a pedra de toque n'estes casos.

O prognostico é relativamente favoravel, porém aggravando-se conforme as complicações e estado geral do individuo.

## ARTIGO 2.º

### URETHROTOMIA

É a operação sangrenta que tem por fim restituir á urethra o seu calibre normal, incisando o tecido pathologico que constitue o estreitamento.

É interna ou externa, conforme a incisão se faz de dentro para fóra ou de fóra para dentro.

No primeiro caso, a operação se denomina urethrotomia interna e se pratica com instrumentos especiaes chamados urethrotomos; no segundo, o operador emprega o bisturi, incisando os tecidos periurethraes primeiro e depois a urethra, e a operação se denomina urethrotomia externa.

A incisão na urethrotomia interna ainda póde ser feita de traz para diante, de diante para traz ou em ambos os sentidos, conforme se empregar o urethrotomo de Civialhe, o de Charrière ou o de Maisonneuve.

Abstemo-nos de descrever os de Civialhe, e de Charrière, porque o primeiro só vimos empregado uma vez pelo Conselheiro Barão de Saboia; emquanto que do segundo nem nos consta ter sido empregado entre nós.

Na descripção, pois, d'este methodo tomaremos por norma o instrumento e o processo de Maisonneuve.

Quanto á parede da urethra que o instrumento deve cortar, varia, conforme o sulco do catheter é na parte concava, lateral ou convexa, por onde escorrega a lamina cortante do instrumento

URETHROTOMIA INTERNA (*processo de Maisonneuve*). — De tres peças distinctas compõe-se este urethrotomo: uma véla conductora, um catheter canulado e curvo e o urethrotomo propriamente dito. A véla conductora mui flexivel e de gomma-elastica, tem a extremidade vesical fina, e a extremidade externa terminada em porca de parafuso para se adaptar á extremidade vesical do catheter terminado em fórma de parafuso.

O catheter tem 30 centímetros de comprimento sobre 2 a 3 millímetros de diametro, apresenta uma curvatura como as sondas de Gely de Nantes e um sulco por onde escorrega a lamina e o mandarin do urethrotomo.

O urethrotomo propriamente dito termina na extremidade vesical por uma lamina triangular de bordos cortantes e na extremidade externa por um botão que serve de ponto de apoio ao dedo do cirurgião.

A lamina cortante é uni ou bilateral; no 1.º caso é um triangulo de bordos cortantes, no 2.º é losangico e formado pela união de dous triangulos isosceles pela base. A unilateral ou triangular é destinada a cortar as paredes superior e inferior; a bilateral para as paredes lateraes da urethra.

PROCESSO OPERATORIO. — O doente em decubitus dorsal, com as pernas dobradas sobre as côxas e estas sobre a bacia, o cirurgião colloca-se á esquerda do doente, toma a véla conductora entre os dedos pollegar e indicador da mão direita, o penis com a esquerda e procura insinual-a no canal até a bexiga; verifica se ella realmente tem penetrado na bexiga; porque póde acontecer que a véla indo de encontro a uma dobra ou valvula da urethra, dobrando-se sobre si mesma simule a sua penetração na bexiga.

Insinuadã a véla o operador adapta á extremidade livre o catheter, em seguida insinua o catheter seguindo as regras do catheterismo curvilinho.

Se a véla não tem chegado á bexiga, com a insinuação do catheter ella sahe pelo meato; o operador então deverá retirar o catheter e a véla e insinual-a de novo, até que tenha certeza da sua penetração na bexiga, adaptando e insinuando de novo o catheter. O operador, tomando com a mão esquerda o catheter e o penis, distende este convenientemente e faz escorregar lentamente a lamina do urethrotomo, no sulco do catheter; executando esta manobra tantas vezes quantas julgar necessarias. Em seguida retira o urethrotomo depois o catheter e a véla conductora e passa uma sonda n.º 17 ou 18 para dar passagem á urina, tendo ao mesmo tempo certeza do gráo de dilatabilidade do canal.

A operação se faz, portanto, em 4 tempos: 1.º tempo, introdução da véla conductora; 2.º, introdução do catheter; 3.º secção do estreitamento ou estreitamentos; 4.º, retirada do instrumento e passagem da sonda.

A hemorrhagia é infallivel, porém tão insignificante que não reclama a attenção do operador. Se, porém, ella tornar-se mais intensa, o que sóe acontecer e não é exclusiva á urethrotomia, julgamos conveniente a applicação de uma sonda mais calibrosa, que obrará como hemostatico, exercendo pressão sobre as paredes do canal, evitando assim a perda sanguinea.

Observamos que d'entre os nossos cirurgiões, uns deixão a sonda á demora após a urethrotomia interna e o escoamento da urina, obturando-a para abril-a quando o doente sinta vontade de urinar; outros deixão-na aberta, e finalmente outros repellem a sonda á demora, limitando-se estes á passagem de uma sonda calibrosa no canal em dias alternados.

O conselho da passagem da sonda subsequentemente, é conselho geral, sob pena do doente ver o seu estreitamento voltar em pouco tempo.

URETHROTOMIA EXTERNA. — Como já dissemos, urethrotomia externa, como o seu nome indica, é a operação que se pratica incisando os tecidos peri-urethraes para depois attingir a mucosa urethral.

Só tem de commum, com a urethrotomia interna, o fim, isto é: incisar o estreitamento e restituir á urethra o seu calibre normal.

Dous são os processos para a pratica da urethrotomia externa: urethrotomia externa com conductor (processo de Symes); e urethrotomia externa sem conductor (processo de Sedillot) hoje o mais empregado, não nos importando as modificações de Demarquay, de Bourguet, etc.

Symes praticava a urethrotomia externa, servindo-se de um catheter tendo um sulco na sua parte convexa destinado a guiar o bisturi.

O processo de Symes não preenche o fim a que é destinado, porquanto, necessita de que o estreitamento dê passagem ao catheter; ora, onde passa o catheter de Symes, á fortiori, passará uma véla conductora do urethrotomo de Maisonneuve, do divulsor de Le Fort ou do electrolyso, meios muito mais benignos que a urethrotomia externa, portanto o processo de Symes deve ser esquecido como irracional e sem indicação.

PROCESSO DE SEDILLOT. — Convenientemente disposto o doente, o operador insinua um catheter até o ponto coarctado, inclina-o para o abdomen, para tornar saliente a porção estreitada, entrega-o a um ajudante encarregado de fixal-o. No meio da saliencia correspondente á extremidade vesical do catheter e o estreitamento, o operador pratica uma incisão com o bisturi, interessando a pelle e o tecido cellular subcutaneo, depois com o auxilio de uma tentacanula vai incisando camada por camada até o encontro do catheter, affasta os labios da ferida, e com um estylete procura a luz do canal. É este o tempo mais difficil da operação, porquanto, além do operador ter um campo relativamente pequeno para o seu bisturi, elle tem necessidade de não offender a parede superior ou parede cirurgica de Guyon; e não tendo como guia para o encontro da luz do canal senão a urina que se escôa pela ferida, o que póde falhar, o dilema seguinte se lhe apresenta: ou não acabar a operação começada, expondo o doente ás terriveis consequencias de uma retenção de urinas, ou prolongar a incisão e ir pro-

curar a luz do canal atraz do estreitamento, e expôr assim o doente aos accidentes immediatos e graves da operação. Terminada a operação, o operador passa uma sonda para conservação do calibre do canal e mais facil cicatrização da ferida. A sonda insinuada pelo meato vem sahir na ferida e o cirurgião vê-se ás vezes em serios embarços para leval-a á bexiga. Para obviar a este inconveniente, Sedillot procedia do seguinte modo: introduzia pela ferida até á bexiga uma sonda calibrosa munida de um colchete na sua extremidade externa e pelo meato uma outra menos volumosa, tendo na extremidade vesical um botão destinado a se prender ao colchete da outra sonda, articulava-os por este modo e retirava a mais estreita pelo meato, que era acompanhada pela mais volumosa que elle deixava permanente.

A sonda é deixada em permanencia para evitar obliteração do canal. Um curativo simples é bastante.

É uma operação ingrata e posta á margem por alguns cirurgiões; porém apesar dos insuccessos e desastres a que ás vezes dá lugar, tem indicações perfectas nos casos de obliteração completa do canal, nos grandes estreitamentos traumaticos seguidos de infiltração urinosa, não havendo possibilidade do emprego de outro methodo.

A hemorrhagia é constante e inevitavel, provindo geralmente das veias capillares ou então da divisão de uma arteriola, reclamando a ligadura.

É tal ás vezes a hemorrhagia, que turva o campo da operação, que impossibilita o operador descobrir a luz do canal, e portanto, de attingir o seu desideratum.

A urethrite que, de ordinario, já existe com o estreitamento aggrava-se com as manobras da operação e sobretudo com a permanencia da sonda.

A dôr é dominada pelo anestesico.

Outras complicações, taes como a febre urethal, a cystite, a orchite, a orcho-epydidimite, etc., todas dependentes da operação têm sido observadas. É um meio extremo, porém necessario em certos casos.

## ARTIGO 3.

## DIVULSÃO

É uma operação que consiste em ampliar o canal da urethra rompendo brusca e progressivamente o tecido pathologico que constitue o estreitamento, com instrumentos denominados divulsores.

É grande o numero de instrumentos destinados á pratica d'esta operação, porém só nos occuparemos dos tres mais conhecidos e empregados hoje, isto é; do divulsor de Holt, do de Voillemier, detendo-nos especialmente sobre o de Le Fort, o unico que vimos applicado pelos nossos mestres na pratica. O nosso juizo se baseará nas observações que colhemos de operados pelo divulsor de Le Fort.

D'entre os nossos cirurgiões o unico que nos conste ter empregado o divulsor de Holt e com resultado, é o nosso illustrado mestre Dr. Pedro Affonso Franco; porém, como não tivemos a felicidade de assistir a nenhum d'esses operados, nos limitaremos sómente á descripção do instrumento e processo do auctor.

**DIVULSOR DE HOLT.** — Este instrumento tem 30 centimetros de comprimento e affecta a fórma de uma sonda de pequena curvatura.

Duas laminas, convexas para fóra e concavas para dentro, unidas na sua extremidade vesical constituem o corpo do instrumento. Na extremidade externa tem um cabo solidamente adoptado. Um fio metallico se acha applicado entre as duas laminas tendo por fim conduzir os mandarins por dentro dos quaes passa. Os mandarins são tubos conicos cujo diametro diminue gradativamente até a ponta ou extremidade vesical, e de tal modo dispostos que, quando applicados entre as laminas, o instrumento affecta a fórma perfeitamente cylindrica.

Os mandarins são em numero de tres: o mais estreito corresponde no seu maior diametro ao n.º 8 da escola franceza, o médio, ao n.º 9 e o mais calibroso, ao n.º 12.

**PROCESSO OPERATORIO.** — O doente de pé encostado a uma parede, tendo as pernas afastadas, o cirurgião insinua o conductor

na urethra, fixa-o, applica entre as laminas o mandarin que achar conveniente, comprime-o fortemente pela sua extremidade externa, obrigando-o a introduzir-se com rapidez entre as laminas do instrumento afim de affastal-as. Para separar convenientemente os labios da dilaceração feita, Holt faz com o instrumento movimentos de lateralidade antes de retiral-o. O divulsor de Holt, é um instrumento perigoso.

**DIVULSOR DE VOILLEMIER.** — Este divulsor compõe-se: de um conductor cylindrico formado pela justaposição de duas laminas planas na parte interna e convexas na externa, unidas na extremidade vesical que apresenta uma pequena curvatura; de uma véla conductora que se adapta por uma pórcã de parafuso á extremidade vesical das duas laminas; e de mandarins solidos e conicos terminados em fórma de botão na extremidade externa, providos de duas gotteiras pouco pofundas nas quaes escorregão as duas laminas do conductor.

**PROCESSO OPERATORIO.** — O doente na posição exigida para o catheterismo ordinario, o operador insinua a véla conductora até a bexiga, parafusa na extremidade livre da véla o conductor do mandarin que é levado com todo o cuidado ao interior do canal, applica o mandarin e impelle-o violentamente sustentando com a mão esquerda o conductor.

Resulta da insinuação das duas laminas no sulco do mandarin o affastamento d'essas laminas e como consequencia a dilaceração do estreitamento, desideratum do operador.

O instrumento de Voillemier leva vantagem ao de Holt, por ter uma véla conductora, obviando assim o inconveniente que apresenta o de Holt na insinuação do conductor, porém, apresenta ainda a mesma desvantagem d'este, pela possibilidade de resvalar o dilatador entre as laminas conductoras, e com a força empregada, comprehende se á priori as terriveis consequencias para o doente e o dissabor por que teria de passar o operador. Se tivéssemos hoje de applicar a divulsão lançaríamos mão do divulsor de Le Fort, porque apresenta as mesmas vantagens que os de Holt e Voillemier,

não tendo os inconvenientes d'estes, além de que, é um instrumento mais simples e seguro e attinge ao mesmo fim que os dous primeiros; dilata a urethra progressiva e rapidamente restituindo-lhe o calibre normal.

Vimos muitas vezes applicado o divulsor de Le Fort pelo Conselheiro Barão de Saboia, emquanto que não assistimos a nenhum operado pelos processos e instrumentos de Voillemier e Holt, os quaes julgamos abandonados, entre nós; por isso julgamos-nos dispensados da sua critica, baseando o nosso juizo, sobre este methodo, nas operações praticadas com o divulsor de Le Fort, ás quaes tivemos a felicidade de assistir e acompanhar nos seus resultados.

**DIVULSOR DE LÉON LE FORT.** — Consta de uma véla conductora munida na extremidade externa de uma pórca de parafuso, de um catheter conico, solido e fino na sua extremidade vesical munida de uma rosca para se adaptar á pórca da véla conductora. O diametro do divulsor augmenta gradativamente da extremidade interna para a externa e apresenta uma curvatura correspondente á curvatura da urethra.

Os divulsores de Le Fort são em n.º de tres: o primeiro e mais estreito corresponde no seu maior diametro ao n.º 15 da escola franceza; o 2.º ao n.º 18; e o 3.º ao n.º 21.

**PROCESSO OPERATORIO.** — Collocado o doente como para o catheterismo ordinario, o operador insinua a véla no canal da urethra verificando se ella tem penetrado no reservatorio urinario. Se o gráo do estreitamento não oppõe grande difficuldade á passagem da véla, se não ha espasmos urethraes muito intensos e se o estreitamento não é muito antigo, fibroso e duro, o operador poderá em seguida praticar a operação, introduzindo o n.º 1, retiral-o e insinuar o n.º 2, e se fôr preciso o n.º 3, attendendo sempre ao gráo de dilatabilidade do canal, porém esquecendo sempre a má pratica de alguns cirurgiões, que introduzem logo o n.º 3; afim de evitar grandes dilacerações do canal e suas consequencias. Devemos procurar a dilatação immediata do canal suavemente,

evitando assim as grandes dilacerações e amenisando, tanto quanto possível, a dôr; além de que se ha urethras estreitadas que permittão a passagem do divulsor n.º 3, outras ha em que o cirurgião deverá se limitar ao n.º 2 para não produzir taes dilacerações.

A dôr e o corrimento sanguineo mais ou menos intensos são constantes.

Alguns cirurgiões deixão a sonda a demora apoz a divulsão, outros a condemnão, attendendo aos accidentes da operação, particularmente á febre urethral, á urethrite e á hemorrhagia. Applaudimos a pratica d'estes ultimos entre os quaes distinguimos nosso mestre Barão de Saboia que vimos operar diversas vezes com este methodo, condemnando a sonda a demora e limitando-se á passagem alternativamente da sonda volumosa.

A evacuação da urina com o auxilio de uma sonda é de toda a vantagem logo apoz a operação. Como todos os outros methodos a divulsão necessita da passagem de uma sonda calibrosa de tempos a tempos para manter o calibre do canal da urethra e evitar a prompta reincidencia do estreitamento; e está sujeita aos mesmos accidentes que se dão com os outros methodos. A solução de continuidade, pela divulsão, dá-se; sem o que não poderíamos explicar o corrimento sanguineo que observámos em todos os operados os quaes assistimos. Dá-se uma verdadeira dilaceração por distenção na operação pela divulsão, e essa distenção póde ser tal que produza uma superdistenção do canal, como diz Civjalhe, acarretando phenomenos sérios.

#### ARTIGO 4.º

### ELECTROLYSE

A Galvani e Volta deve a electrolyse o seu nascimento. A Davy (1807), a Dumas e Prevost coube a gloria de conhecer a acção chimica das correntes galvanicas sobre os tecidos e os humores por experiencias de laboratorio. A Guerard e Pravaz (1831) deve a electrolyse o seu emprego no tratamento de um grande numero de tumores.

Porém, não obstante as tentativas de Bequerel (1837) só em 1845 foi que Petrequim acclamou victoriosa a electrolyse pela primeira vez em um aneurysma da dobra do cotovello D'ahi por diante a electrolyse foi se incrementando com os resultados obtidos por Broca, Amussat, Nelaton e outros e ultimamente com os resultados obtidos por Ciniselli (de Cremona) e por Dujardin-Banmetz nos aneurysmas da aorta.

Já em 1824 Fabré-Palaprat empregava a electricidade no tratamento dos tumores, porém com o fim unico de aproveitar a sua acção galvano-caustica thermica, ignorando a sua acção chimica e a mais importante.

Foi Crussell de S. Petersbourg quem lhe deu o nome de methodo electrolytico, tendo sido creada a expressão electrolyse por Faraday.

De 1841 a 1848 Crussell dirigiu ás academias de S. Petersbourg varias memorias e notas estatisticas, de certos tumores e engorgitamentos tratados pela cauterisação galvanica positiva (acida). Esta ideia de destruir os tumores pela acção chimica das correntes galvanicas foi mal acceita e o proprio Broca chegou a prognosticar-lhe um máo futuro.

Foi, porém, a Ciniselli, 1860 mais ou menos, que coube a honra de demonstrar por experiencias que, não é só pela acção calorifica que se obtem escharas empregando correntes electricas sobre os tecidos; ellas se fórmão, accrescenta elle, tambem e muitas vezes *sem elevação apreciavel de temperatura* nos conductores que transportão as correntes electricas sobre os tecidos. Elle estabeleceu que as correntes applicadas sobre os tecidos organisados, como meio de cauterisação actuão physica e chimicamente. Distinguiu portanto a galvanocaustica em thermica e chimica ou electrolyse, sendo esta ainda dividida em positiva ou acida e negativa ou alcalina.

O emprego, porém, da electrolyse como meio de tratamento das coarctações urethraes, foi pela primeira vez feito em 1864, por Malez e Tripier, seguidos por Amussat, Jardin, Couriard, Bremer e outros. Entre nós, coube a honra de applical-a pela

primeira vez ao Sr. Dr. Fragoso. Tem-na ainda applicado os Srs. Drs. Pedro Affonso, Barão de Saboia, João Pedro Miranda, Catta Preta e muitos outros; e ultimamente o Sr. Dr. Figueiredo de Magalhães apresentou um instrumento de sua invenção, aliás bastante engenhoso, porém que julgamos só poderá dar resultado nas mãos do seu auctor, porquanto não é de manobra muito facil e prompta e parece-nos um tanto fragil.

ELECTROLYSE é a operação que tem por fim restituir á urethra o seu calibre normal, por meio de instrumentos denominados electrolysos postos em comunicação com uma pilha de correntes continuas.

Os electro-cauterios ou electrolysos até hoje empregados são numerosos, por isso nos limitaremos unicamente á descripção do electrolyso de Jardin e da machina de Gaiffe, hoje quasi exclusivamente empregados, e do qual sómente podemos formar juizo, por constar nas nossas observações. Os primeiros electrolysos, empregados por Mallez e Tripier especialmente consistião em hastes rijas terminadas em oliva ou cylindro e de uma sonda de gomma elastica aberta nas duas extremidades. Depois, as hastes rijas forão substituidas por hastes flexiveis. Já em 1874 Mallez e Tripier apresentárão um instrumento mais aperfeiçoado: uma sonda de gomma elastica munida de um mandarim de extremidade vesical triangular e de bordas ou arestas cortantes. O instrumento montado, uma das arestas do mandarim vinha se apresentar n'uma fenda praticada junto á extremidade vesical da sonda.

A operação se praticava quando a insinuação da sonda conductora era possivel.

Mais tarde Jardin, reconhecendo a necessidade de uma véla conductora, engenhou o seu importante instrumento, que nada mais é do que o urethrotomo de Maisonneuve ligeiramente modificado em cujo mandarim ou urethrotomo se adapta o electrodo negativo da pilha.

A electrolyse pelo processo de Jardin, chefe de clinica de Mallez, exige como a urethrotomia de Maisonneuve uma véla conductura; o electrolyso e uma pilha de correntes continuas.

O instrumento de Jardin consta de duas partes: o ramo femea e o ramo macho. Ramo femea é uma haste metálica canulada, recurvada em forma de catheter e revestida de uma camada de goma elástica, terminando na extremidade externa por uma placa de marfim destinada a fixá-la, apresentando esta placa uma fenda que corresponde ao sulco da haste.

A extremidade interna ou vesical é formada de uma substância não metálica e isoladora, munida de uma pequena virola á qual se adapta a véla conductora.

O ramo macho é constituído por uma haste metálica flexível, apresentando na extremidade vesical uma lamina triangular tendo os bordos mais ou menos adelgaçados, porém não cortantes. As dimensões d'esta lamina podem variar, como para o urethrotomo de Maisonneuve.

Na extremidade livre do ramo macho ha um intumescimento em que se nota lateralmente um parafuso destinado a fixar o reophoro da pilha.

Superiormente a esse intumescimento ha um botão de marfim destinado a ponto de apoio aos dedos do operador.

PROCESSO OPERATORIO. — As manobras executadas n'este methodo de tratamento, em relação ao electrolyso, são idénticas ás da urethrotomia. O doente em decubitus dorsal, tendo as pernas dobradas sobre as coxas e estas sobre a bacia e ligeiramente afastadas, o operador á direita do doente, insinua a véla conductora até a bexiga, fixa na parte interna da coxa esquerda o excitador positivo convenientemente preparado e molhado, adapta o catheter ou ramo femea do instrumento á véla conductora, certifica-se da solidez da articulação, insinua este ramo ou catheter atravez do estreitamento em uma extensão conveniente, fixa o reophoro negativo no ramo macho e faz escorregar o ramo macho no sulco do catheter até o ponto coarctado, estando a pilha a zero.

Assim dispostas as ccusas, o instrumento está disposto a funcionar, o circuito fica feichado e não resta mais, para operar, do que fazer funcionar a pilha com o numero de elementos ne-

cessarios e convenientes, o que se determina pela differença entre os botões de dous quadrantes existentes e á vista na pilha de Gaiffe. Quanto ao numero de botões que indicão o numero de elementos que funcção é importante, do contrario se poderia produzir uma corrente muito ou pouco intensa, ou mesmo produzir uma cauterisação acida quando se pretende uma alcalina, attendendo a que o numero de botões em contacto ou elementos funcionando e indicados nos dous quadrantes, influe sobre a direcção da corrente e polarisação.

Fazendo a pilha funcionar, o operador toma com a mão esquerda o penis e o catheter, fixa este distendendo aquelle e com o dedo indicador da mão direita exerce ligeira pressão sobre o ramo macho ou urethrotomo e consegue assim vencer o estreitamento. O operador deve ter a attenção fixa tanto no instrumento como na machina.

Terminada a operação, interrompe-se a corrente, retira-se o ramo macho do instrumento e depois o ramo femea com a véla conductora.

A duração da operação varia conforme a intensidade da corrente, o numero, extensão e resistencia do estreitamento.

Em um doente que assistimos o Exm. Sr. Barão de Saboia operar, a secção durou 20 minutos e ultimamente n'um outro, 5 minutos. Ambos accusarão dôr e muita dôr, não obstante a machina funcionar bem, a habilidade indubitavel do operador e ambos os estreitamentos pouco extensos.

Quando só uma secção não é sufficiente para destruir a coarctação, deve-se praticar outra; porém, dizem os apologistas do methodo, guardando entre si algum intervallo, afim de dar tempo á eliminação da eschara produzida na secção anterior. Um outro preceito recommendado é não deixar a sonda a demora e nem se sondar o canal apoz a operação, afim de evitar uma hemorrhagia secundaria que seria determinada pelo destacamento de uma eschara.

A electrolyse como todos os outros methodos, não póde prescindir da dilatação temporaria, como complemento.

Os entusiastas dizem que as reincidencias são menos fre-

quentes com a *electrolyse*; outros, porém, as considerão constantes e inevitáveis. Nós acompanhámos estes últimos, consolidando a nossa crença não só nas narrações de alguns operados que assistimos, como na observação clinica de alguns cirurgiões nossos, distintos e leaes a quem consultamos.

A hemorragia não a observamos uma só vez, entretanto ella se póde dar, mórmente se o operador não se acercar de certos cuidados, se fôr precipitado ou se tentar a sondagem com uma sonda volumosa logo apoz a operação.

Ausencia de hemorrhagia tal é a vantagem da *electrolyse*, porém na *urethrotomia interna* esse corrimento sanguineo é tão insignificante que avançamos em dizer, não ha vantagem sobre a *urethrotomia interna*. A febre *urethral* é observada mui frequentemente. A *urethrite* é ás vezes bastante intensa.

APPARELHO DE GAIFFE. — Apresenta-se em uma caixa quadrangular; consiste em uma pilha composta de um certo número de elementos dispostos em pares, cada um d'estes formado por uma lamina de chlorureto de prata fundido e uma lamina de zinco amalgamadas, encerradas em um estojo de cautchouc endurecido. Os pares são dispostos em series dentro de cubas apropriadas. Cada cuba contém 6 pares. Fios conductores e commutador. Na parte superior do aparelho existem dous quadrantes numerados constituídos por uma serie de botões metallicos, correspondendo cada um d'elles a um par de elementos. Sobre estes quadrantes move-se, por meio de uma manivella, uma peça metallica, que se póde pôr em contacto com um ou com dois botões do quadrante, marcando o numero de pares que funcionão. Na tampa da caixa do aparelho ha um galvanometro, que serve para indicar o funcionamento, a força e a direcção do corrente. Reophoros e electrodos completão o aparelho.

A *electrolyse*, n'estes últimos annos, tem rivalisado nas suas indicações com a *urethrotomia interna* e mesmo *externa*, sem comtudo haver ganho o direito de preferencia. É uma operação que não dá sangue e em que a dor é até certo ponto, porém não de todo, como dizem os entusiastas, atenuada.

Por estas duas razões, as unicas vantagens da electrolyse, a empregariamos nos doentes nevropathas e pusilanimos que não se sujeitassem a um dos outros methodos.

#### ARTIGO 5.º

### DILATAÇÃO

É a operação que tem por fim restituir á urethra o seu calibre normal, sem intervenção de instrumento cortante ou cauterisante.

Póde ser rapida progressiva ou lenta progressiva.

Rapida progressiva quando se lança mão do divulsor (divulsão), lenta progressiva quando se lança mão de sondas mais e mais calibrosas.

Ainda ha um outro meio de dilataçãe que nada tem de progressivo, o processo de Mayor, em que este cirurgião, baseando-se no principio physiologico verdadeiro, que não tem applicação ao estado pathologico, de que uma urethra no estado são deixa mais facilmente passar uma sonda volumosa do que uma véla capillar, empregava uma sonda tanto mais calibrosa quanto mais coarctada fosse a urethra. Tal é o processo de Mayor ou catheterismo forçado. Não nos consta que tenha sido empregado entre nós um meio tão barbaro, irracional e capaz de produzir dilacerações profundas, perfurações da urethra e outros accidentes de summa gravidade, senão pelo Sr. Barão de Saboia que d'elle lançou mão como ultimo recurso e com resultado.

Da divulsão, meio rapido progressivo, já tratamos no artigo 2.º d'esta parte; resta-nos, pois, descrever os processos para a dilatação lenta progressiva.

A dilatação lenta progressiva ainda póde ser: temporaria progressiva, ou temporaria permanente progressiva.

Na dilatação lenta temporaria permanente, o operador deixa a sonda a demora no canal da urethra. Na temporaria lenta progressiva, elle se limita á passagem de sondas cada vez mais calibrosas, em dias alternados.

A insinuação de sondas metálicas mais e mais calibrosas constitui a dilatação temporária progressiva rápida. Neste processo, o cirurgião passa sondas tanto mais calibrosas quanto o doente possa suportar. As sondas de estanho de Beniqué são geralmente empregadas neste processo, numeradas de tal modo que cada graduação de Beniqué corresponde ao dôbro do algarismo representado na escola de Charrière; assim o n.º 10 (Charrière) corresponde ao n.º 20 (Beniqué).

Assistimos o Sr. Conselheiro Barão de Saboia empregar este processo em um seu operado como complemento da *electrolyse*, em Maio d'este anno, passando elle, desde o n.º 30 a 41 (Beniqué).

**DILATAÇÃO TEMPORÁRIA** (processo operatorio). — Consiste em collocar o doente como para o catheterismo ordinario, introduzir-se na urethra uma sonda ou véla que esteja em relação com o gráo do estreitamento, depois d'esta outra superior em calibre, e assim successivamente, até que uma d'ellas fique coarctada pelo estreitamento ou que seja mesmo preciso contribuir-se com alguma força para insinual-a.

Faz-se parar ahi a primeira sessão, tomando-se nota da ultima véla ou sonda insinuada. No dia seguinte, ou d'ahi a 2 ou 3 ou mais dias, conforme o estado do doente, procede-se a nova sessão, iniciando-a pela ultima ou penultima sonda ou véla insinuada na sessão anterior, até restituir á urethra o seu calibre normal.

Quanto ao tempo que se deve deixar a sonda no canal, Civialhe acredita haver necessidade de se deixar pelo menos 3 minutos; Reliquet 15 minutos; Thompson condemna a demora da sonda; Guyon acha util a demora de alguns minutos e mesmo de meia hora; outros deixão-na por espaço de meia hora, uma hora e duas no maximo. Achamos vantajoso o procedimento d'estes ultimos, porque a demora da sonda no canal, como que fatiga os musculos d'este, fazendo cessar os espasmos que retém, ás vezes, fortemente a sonda, determinando dôres bastante intensas, e podendo produzir tambem escoriações nos pontos do canal mais coarctados, á retirada da sonda, o que não é sem inconveniente.

Quanto ao tempo que deve durar o intervallo de uma sessão

à outra, julgamos impossível estabelecer uma lei fixa, visto como o doente não está ao abrigo de accidentes e complicações, cuja duração não pôde ser limitada pelo clinico. As condições do doente são, pois, os únicos elementos de que dispõe o pratico para estabelecer o prazo que deve mediar entre uma e outra sessão.

O repouso após a sessão é prudente e até necessário ao doente.

Ainda como complemento d'este methodo torna-se necessaria a passagem de uma sonda volumosa, para conservar o calibre do canal.

Deve-se começar a dilatação com as sondas flexiveis de gomma, subindo até o n.º 15 ou 16 (Charrière) e lançar mão então das sondas curvas de estanho, levando-se a dilatação até o n.º 45 ou 48 de Beniqué.

Muitas vezes antes de attingir o n.º 15 ou 16 (Charrière) o operador é obrigado a abandonar as sondas flexiveis, lançando mão das metallicas, não só porque aquellas são impotentes, como para apressar a dilatação.

A dilatação praticada com as sondas de gomma unicamente é muitissimo lenta e o resultado muito demorado.

O emprego, desde o começo, de sondas metallicas apresenta o inconveniente de instrumentos rijos.

É, pois, de toda a vantagem iniciar-se a operação com as sondas de gomma, não só pela sua flexibilidade como pela facil insinuação no canal estreitado, e terminar-se pela passagem das sondas metallicas.

Este processo mixto é melhor; porém, apêzar da boa vontade, methodo e cuidado do operador, na applicação d'este processo, tem elle quasi sempre necessidade de suspendel-o, em vista dos accidentes graves da operação e da morosidade que tanto fatiga o doente como o operador. As epididimites, orchites, erysipellas, cystites são os accidentes frequentes d'esta operação, exigindo sua interrupção, ou um outro meio rapido.

Comparados aos dos outros, os accidentes d'esta operação são muito attenuados; só os espasmos são mais pronunciados.

Esta operação é especialmente indicada como preliminar da urethrotomia interna, da electrolyse, para facilitar a insinuação do catheter.

**DILATAÇÃO PERMANENTE.** — É a operação que tem por fim ampliar o canal da urethra estreitada, por meio de sondas ou vélas de gomma que permanecem no canal o tempo necessario para a sua substituição por outra mais calibrosa tambem permanente. É uma operação desusada hoje.

**PROCESSO OPERATORIO.** — Introduzia-se uma véla ou sonda no canal urethral estreitado, de modo que ficasse um pouco coarctada,ahi era mantida até que percorresse o canal desembaraçadamente; era então retirada e substituida por outra mais calibrosa tambem permanente, e assim por diante, até passar o n.º 17 (Charrière) e substitua-se este processo pela dilatação temporaria progressiva.

Os accidentes d'esta operação são gravissimos: Irritabilidade pronunciada no canal, dôr, febre, perturbações nervosas, ulceração da mucosa e muitos outros que facilmente podem arrastar um estreitado ao tumulo. Este meio de tratamento não pôde hoje figurar na therapeutica dos estreitamentos a par da urethrotomia de Maisonneuve, ou mesmo da divulsão de Le Fort, da Electrolyse de Jardim ou da dilatação temporaria.

## OBSERVAÇÕES

tomadas nas clinicas dos Drs. Barão de Saboia, Pedro Affonso Franco, João Pedro de Miranda, Domingos de Góes e Vasconcellos, C. Catta Preta, etc.

### OBSERVAÇÃO N.º 1. (*Urethrotomia interna*)

M. L. D., portuguez, 22 annos de idade, praça do Engenho Novo n. 16.

Entrou para um dos quartos particulares do Hospital da Mi-

sericordia, no dia 18 de Abril de 1886, queixando-se de difficuldade na emissão das urinas e de uma fistula urinaria.

Refere antecedentes blenorragicos que produzião ardor á micção, a qual era ás vezes acompanhada de corrimento sanguineo ligeiro; que tratou-se com injeccões de sulfato de zinco; que desde essa época começou-lhe o jacto da urina a afinar-se, empregando elle ultimamente esforço para urinar. Refere mais que foi operado uma vez pelo Dr. Souza Lima e outra pelo Dr. Pedro Affonso Franco que lhe fez a divulsão e a dilataçãõ de um abcesso urinoso perineal, de que lhe resultou uma fistula; que esta se fechou e que urinou bem por espaço de dous mezes; porém, que ultimamente voltou-lhe o estreitamento e reabriu-se-lhe a fistula.

Dia 19 de Abril. — Estado geral bom, constituição forte. Estado local, a urethra deixou passar a véla n.º 2, o Dr. Góes de Vasconcellos diagnosticou: estreitamento da porção bulbosa e membranosa da urethra, fistula urinaria; e praticou a urethrotomia de Maisonneuve.

Fez-se préviamente uma injeccão de cocaina a 5 % no canal. O doente não accusou a menor dôr. O corrimento sanguineo foi insignificante. Tomou 1 gramma de sulfato de quinina e limonada sulfurica. Deixou-se a sonda a demora (aberta).

Dia 20. — Apyretico.

Dia 21. — Apyretico. Retirou-se a sonda.

De 22 de Abril a 4 de Maio passagem de uma sonda n.º 22. (Charrière).

Dia 4 de Maio. — O doente tem alta curado.

OBSERVAÇÃO N.º 2. (*Urethrotomia interna*)

M. da Silva, portuguez, 40 annos, rua do Conselheiro Zacarias n.º 2.

Entrou para a 9.ª enfermaria de cirurgia do Hospital da Misericordia a 17 de Abril de 1886.

Refere ter tido uma blenorragia que cessou no fim de 2 mezes, sem o auxilio de medicação alguma; que de dous annos a esta parte começou a sentir difficuldade na micção que se fazia

com ardor; que a difficuldade se augmentou de dia para dia, chegando a urinar (como hoje) gotta a gotta, pelo que se recolheu.

Dia 20 de Abril. — O Dr. Crissiuma passou a véla n.º 2 e em seguida o Sr. Barão de Saboia praticou-lhe a urethrotomia de Maisonneuve. O doente accusou muita dôr. Corrimento sanguineo insignificante.

Diagnostico: estreitamento organico da porção bulbo membranosa da urethra. Foi-lhe receitada 1 gramma de sulfato de quinina.

De 20 de Abril a 6 de Maio passagem da sonda n.º 21 (Charrière). Apyretico.

Dia 6 de Maio. Alta curado.

#### OBSERVAÇÃO N.º 3

M. O. C., portuguez, 58 annos, tanoeiro, Parahyba do Sul. Entrou para a 8.ª enfermaria de cirurgia em 12 de Maio de 1886.

Refere antecedentes blenorrhagicos antigos; que ha 4 annos começou a sentir dôr á micção e difficuldade na mesma; que ha anno e meio mais ou menos foi operado em Vassouras, pela divulsão; que n'essa occasião já apresentava fistulas urinarias resultantes de abcessos que vierão a furo; que urinava bem depois d'essa operação, emquanto passou a sonda que lhe recommendárão, porém, abandonando-a, voltou-lhe a molestia seguida de novos abcessos e fistulas.

Estado actual. — O doente urina com difficuldade, esforço e dôr, e parte da urina sahe-lhe pelas fistulas.

Dia 13. — O Dr. Góes de Vasconcellos levou a sonda olivar n.º 10 (Charrière) até a bexiga, determinando o gráo do estreitamento e diagnosticou: estreitamento da porção bulbo-membranosa da urethra.

Dia 24. — O Dr. Lima Castro o operou pela urethrotomia dupla com os urethrotomos de Maisonneuve, cortando primeiro a parede superior depois a inferior. Fez-se antes uma injecção urethral de chlorydrato de cocaina a 5 0/0. A dôr foi nulla e o cor-

rimento sanguineo insignificante. O meato era estreito e o Dr. Lima Castro limitou-se a deixar uma sonda n.º 16 (Charrière) a demora.

Dia 25. — Ligeira reacção febril.

Dia 26. — Idem.

Dia 27. — Banho morno. Apyretico.

De 28 de Maio a 15 de Junho. — Apyretico. Passagem da sonda n.º 19 (Charrière) em dias alternados. Continuação as fistulas.

Dia 16. — Cauterisação das fistulas. Pouca urina sahe pelas fistulas.

Dia 22. — Passagem da sonda n.º 20. O doente é considerado curado do seu estreitamento.

#### OBSERVAÇÃO N.º 4 (*Urethrotomia interna*)

D. J. C. B. Junior, 29 annos, commerciante, rua do Visconde de Inhauma n. 22. Referiu-nos antecedentes blenorragicos de 5 annos passados; que foi operado pelo conselheiro Catta Preta em 1882, pela urethrotomia de Maisonneuve; que passou por algum tempo apoz a operação a sonda n.º 19, porém, que abandonando-a, de novo voltou-lhe o estreitamento; que em Novembro de 84 urinava aos pingos e com dôres; que n'essa occasião o conselheiro Catta Preta dilatou-lhe um abcesso perineal; que de 13 a 16 do mesmo mez teve accessos febris fortes.

Dia 17. — Estado actual. Grande excitação nervosa, tem tido accessos de febre precedidos de calafrio intenso. Foi operado pelo Conselheiro Catta Preta com o auxilio dos Drs. Pedro Affonso Franco e João Pedro de Miranda pela urethrotomia de Maisonneuve. Foi tambem dilatado novo abcesso perineal. Chloroformisado. Temp., 38,6 pela manhã, 39 á tarde. Deixou a sonda a demora. Curativo de Lister no perineo. Urinas sedimentosas. Tomou agua de Selters.

Dia 13. — Temp. 37,6. Sulfato de quinina, 1 gramma. Urethrite intensa. Curativo phenicado ao perineo.

Dia 19. — Temp. 37. Urinas menos sedimentosas. Prisão de ventre. Purgativo.

- Dia 20. — Temp. 37,8 á tarde.
- Dia 21. — Temp. normal. Retirou-se a sonda. Urethrite intensa ; grande quantidade de urina sahe pela fistula.
- Dia 22. — Temp. normal. Sonda permanente de novo.
- Dia 25. — Temp. 37,8. Retira-se a sonda. Menos urina pela fistula.
- Dia 27. — Temp. normal. Sutura dos bordos da ferida perineal. Sonda permanente.
- Dia 28. — Temp. normal. Dôr no perineo, grande excitação nervosa. Calmante.
- Dia 31. — Temp. 38,2. Retira-se a sonda, grande dôr determinada pelo deposito urico na extremidade vesical da sonda ao sahir.
- Dia 1.º de Janeiro. — O conselheiro Catta Preta retirou os pontos. Urina menos pela fistula.
- Dia 8. — Nova sutura, com fio de prata, da ferida perineal. Á noite temp. 39º. Sulfato de quinina, 1 gramma.
- Dia 8. — Apyretico.
- Dia 10. — Retirou-se a sonda. Temp. á tarde 39,6. Sulfato de quinina.
- Dia 12. — Temp. á tarde 38,9. Sulfato de quinina.
- Dia 13. — Temp. á tarde 38,7.
- Dia 14 e 15. — Temp. á tarde 38,2. Sonda permanente.
- Dia 16. — Temp. á tarde 39,9. Constipação de ventre. Agua de Seidlitz e sulfato de quinina.
- Dia 17. — Temp. á tarde 39,6. Sulfato.
- Dia 18. — Temp. á tarde 38,6. Retira-se a sonda. O doente é removido para o Andarahy.
- Dia 19. — Retira-se o ponto de fio metallico. Temp. 39,8. Sulfato de quinina.
- Dia 20. — Temp. de manhã 38,6, á tarde 39.
- Dia 21. — Temp. de manhã 38, á tarde 39,2.
- Dia 22. — Temp. de manhã 38, á tarde 39,6.
- Dia 23. — Temp. de manhã 38, á tarde 39,6. Cauterisação da fistula com nitrato de prata, pós de Boudin e extracto molle de quina em pilulas.

Dia 24. — Temp. á tarde 39,6. Mesmas pilulas.

Dia 25. — Apyretico.

Dia 31. — Nova cauterisação da fistula com nitrato de prata.

Dia 1.º de Fevereiro. — Apyretico. Muito pouca urina pela fistula.

Dia 11. — Fistula cicatrisada, urina bem, retira-se para a provincia em fraca convalescença. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 5. (*Urethrotomia interna*)

F. D. M., negociante, brasileiro, 23 annos, cidade de Patts (Minas).

Referiu-nos ter contrahido uma blenorrhagia ha 5 annos, da qual tratou-se com injecções diversas; que começou á notar diminuição no jacto da urina, de dous annos a esta parte; que ultimamente tem-se augmentado a difficuldade.

Estado actual: Constituição forte; urina gotta a gotta, com esforço e dôres.

Dia 20. — Tentei passar uma sonda n.º 1 em vão.

Dia 21. — Nova tentativa em vão.

Dia 22. — Banho morno. Consegui levar a sonda n.º 1 á bexiga; retirei-a e levei a de n.º 2. Diagnostiquei: estreitamento da porção bulbosa e da porção membranosa. O doente accusou alguma dôr á passagem das sondas.

Dia 23. — Sondas ns. 2 e 3. Urethrite intensa. Dôr á passagem das sondas.

Dia 24. — Sondas n.ºs 3 e 4. Dôr intensa, grande irritação do canal, urethrite intensa, certo abatimento e ligeira reacção febril.

Dia 25. — A sonda n.º 2 passou com alguma difficuldade e dôr. Ligeira reacção febril. O doente sente-se abatido, impaciente. Urina aos pingos, com esforço e dôres.

Dia 27. — Pratiquei a urethrotomia de Maisonneuve, sectionando a parede superior, tendo feito previamente uma injecção de chlorydrato de cocaina a 5 0/0. Não accusou dôr alguma. Corri-

mento de sangue insignificante. Passei-lhe a sonda n.º 20. (Charrière) e receitei-lhe: sulphato de quinino e limonada sulfurica.

Á tarde: temp. 38.2. Algumas gottas de sangue após a micção.

Dia 28. — Apyretico.

Dia 29. — Urethra infranqueavel á sonda n.º 16.

Dia 30. — » » »

Dia 31. — Passei facilmente a sonda n. 16.

De 1 a 12 de Junho. — Passei a sonda n.º 20 (Charrière).

Dia 13. — Curado.

#### OBSERVAÇÃO N.º 6

J. B. Miranda, preto, brasileiro, alfaiate, 40 annos.

Entrou a 27 de Maio de 1885 para a 9.ª enfermaria de cirurgia, a cargo do Dr. Barão de Saboia.

Accusa blenorrhagias na mocidade; diz que ha 3 annos começou a sentir difficuldade á micção; que tempos depois teve um abcesso na região perineal, o qual foi dilatado, ficando-lhe uma fistula por onde sahe urina; que ha 4 dias teve calafrios, cephalalgia, febre e um pequeno tumor na região hypogastrica, pelo que se recolheu ao hospital.

Estado actual: Lymphatico, lingua ligeiramente saburrosa, pelle secca, temp. 39º.

Estado local: Fistula perineal, tumor hypogastrico. Estreitamento da região bulbosa, infranqueavel á véla capillar.

Dia 27. — Banho morno. Infranqueavel.

Dia 28. — Infranqueavel. Reacção febril. Sudorifico. Dilatou-se o abcesso supra pubiano; pús fétido, urinoso; curativo phenicado e iodoformio.

Dia 29. — Passou-se a véla n.º 1, e fez-se a urethrotomia de Maisonneuve.

Dia 30 a 1.º de Junho. — Melhor, urina bem pelo meato, nada pela fistula. Passa-se a sonda n.º 19. Curativo phenicado.

Dias 6 e 7. — Incisão hypogastrica cicatrisando. Constipação de ventre. Purgativo.

Dia 16. — Fistula perineal e incisão pubiana cicatrisadas.  
Sonda n.º 20.

Alta, curado.

OBSERVAÇÃO N.º 7. (*Divulsão*)

F. Lancelloti, italiano, guarda-freio (P. II), rua do Pinto n.º 18, leito 25.

Entrou a 29 de Março de 1886, referindo que ha 9 annos contrahiou blenorrhagias, de que se tratou com injeccões que lhe ardião muito; que d'essa data em diante começou a sentir difficuldade em urinar, pelo que se recolheu ao Hospital de Niza (França) onde foi operado pela divulsão; que 13 dias depois tendo erecção do penis teve uma hemorrhagia abundantissima, da qual foi tratado no mesmo hospital; que ha dous annos, pouco depois da sua chegada ao Rio de Janeiro, sentiu de novo embaraço á micção e dôr; que em Janeiro de 1884 entrou para este Hospital, onde lhe passárão sondas volumosas, sem lhe fazerem operação sangrenta; que sahindo do hospital não fez uso de sondas; que ultimamente a difficuldade á micção appareceu-lhe de novo, chegando a urinar aos pingos, tendo tido febre e sentido dôres.

Dia 1.º de Abril. — Temp. 37,8. Foi operado pelo Dr. Barão de Saboia, pela divulsão de Le Fort. Tomou uma gramma de sulphato de quinino. Á tarde, temp. 39.

Tomou um sudorifico de jaborandy. Teve forte hemorrhagia.

Dia 2. — Temp. 37. Continúa a hemorrhagia. Sulfato 1 gramma. Limonada benzoica e ergotina.

Dia 3. — Temp. 36,4. Hemorrhagia menos. Limonada benzoica.

Dia 4. — Temp. normal. » » » »

Dia 5. — Temp. 36,8. » » » »

Dias 6, 7, 8 e 9. — Hemorrhagia insignificante.

Dias 15, 16 e 17. — » »

Dias 18 e 19. — Não ha mais corrimento sanguineo.

Dia 20. — Alta. Curado.

OBSERVAÇÃO N.º 8 (*Divulsão*)

Ant. J. Barbosa, portuguez, 37 annos, rua de Santa Luzia n.º 38.

Entrou a 9 de Maio de 1886 para a 9.ª enfermaria de cirurgia do Hospital. Diz o doente que ha anno e meio, mais ou menos, começou a sentir ardor e certa difficuldade á micção; que essa difficuldade augmentou-se ultimamente, sendo-lhe necessario empregar esforço para urinar, o que elle conseguia, ora com jacto fino, ora aos pingos. Refere ter tido varias blenorrhagias, que elle tratou com injecções diversas.

Diagnosticó: estreitamento da porção bulbo-membranosa da urethra.

Dias 9 e 10. — O Dr. Valladares não conseguiu passar a mais fina véla, apezar de tentativas repetidas. Febre a 38,8. Sulfato de quinino 1 gramma.

Dia 11. — Temp. 37,6. O Dr. Valladares passou a véla n.º 1 e praticou a divulsão de Le Fort, passando os 3 divulsores e em seguida a sonda n.º 20. Tomou 1 gramma de sulfato de quinino.

Dia 14. — Sonda n.º 20. Apyretico.

Dia 17, 19, 21, 23 e 25. — Passagem da sonda n.º 20.

Dia 26. — Alta curado.

OBSERVAÇÃO N.º 9. (*Electrolyse*)

Zeferino de Souza Moreira, portuguez, 38 annos, chacareiro.

Entrou para a 9.ª enfermaria de cirurgia do Hospital a 11 de Maio de 1886.

Refere o doente ter tido varias blenorrhagias, caneros venereos, etc.; que ha um anno começou a sentir difficuldade no urinar, que elle faz com difficuldade e dôres de certo tempo a esta parte.

Refere mais, que teve, ha 6 mezes, um tumor no períneo, e que vindo a furo deixou-lhe uma fistula, a qual cicatrizou poucos dias depois; que a difficuldade na micção augmentou ultimamente, reapparecendo-lhe tambem ha 15 dias o tumor no mesmo lugar do outro, deixando-lhe uma fistula por onde sahe alguma urina.

Estado actual: A micção é difficil e dolorosa. A urethra deixa passar com certa difficuldade a véla n.º 2. Apresenta uma fistula perineal. Apyretico.

Diagnostic: estreitamente da porção bulbo-membranosa da urethra.

Dia 11. — Constipação de ventre. Purgativo.

Dia 12. — Banho morno.

Dia 13. — Electrolyse com o instrumento de Jardin, funcionando a machina de Gaiffe com 12 elementos. Durou um minuto.

O doente accusou muita dôr. Não houve corrimento de sangue.

Logo após a operação o Dr. Barão de Saboia passou a sonda n.º 21 (Charrière), a qual era bastante coarctada pelo estreitamento. Tomou sulfato de quinino, 0,50 centigrammas.

Dias 14, 16, 18 e 20. — Passagem da sonda n.º 21 (Charrière).

Dia 21. — O Dr. Barão de Saboia passou as sondas de Beniqué n.ºs 36, 38, 40 e 41.

Dia 23. — Sonda de Beniqué n.º 41.

Dia 25. — » » »

Dia 26. — Alta. Curado.

#### OBSERVAÇÃO N.º 10. (*Electrolyse*)

J. C., portuguez, caixeiro, 29 annos.

Entrou a 16 de Junho de 1885 para a 9.ª enfermaria de cirurgia do Hospital.

Refere que ha 4 annos contrahiu uma blenorrhagia, que durou um anno. Notou que d'essa época em diante o jacto das suas urinas se ia afinando, sentindo, por vezes, dôres á micção, que era frequente; que em 1883 foi operado pela dilatação rapida progressiva, por meio das sondas metallicas, pelo Dr. Bustamante. Porém, que de certo tempo a esta parte, começou de novo a sentir difficuldade na micção, que se tornou mais e mais difficil, pelo que se recolheu.

Estado actual: A sonda n.º 8 (Charrière) encontra grande embaraço na porção bulbosa da urethra, e a de n.º 6 passa com facilidade. O jacto da urina é filiforme.

Diagnostico: estreitamento da porção bulbosa da urethra.

Dias 17 e 18. — Passão se as sondas n.ºs 7 e 8 (Charrière).

Dia 20. — Electrolyse com o instrumento de Jardin. A operação durou 12 minutos. Passou-se a sonda n.º 18. Empregou-se o chlorydrato de cocaina como anesthesico local. O doente não accusou dôr.

Dia 21. — Pela manhã teve um acesso febril precedido de calafrio. Á tarde, temp. 40°. Poção sudorifica, sulfato de quinino.

Dia 22. — De manhã, temp. 39. Continúa com o quinino. Á tarde, temp. 37,5.

Dia 23. — De manhã, temp. 38. Continúa com o quinino.

Dia 24. — Apyretico. Passa-se a sonda n.º 17.

Dia 25. — Dôres no testiculo direito. Ha uma epydidimite consecutiva ao catheterismo. Fricções com pomada de belladona.

Dia 29. — A epydidimite tem quasi desaparecido. Súa muito á noite. Tomou quinino.

Dia 2 de Julho. — Passagem da sonda.

Dia 4. — Alta. Curado.

#### OBSERVAÇÃO N.º 11

J. J. S., brasileiro, casado, carpinteiro, 54 annos. Entrou a 7 de Agosto de 1884 e foi occupar o leito n.º 15 da enfermaria a cargo do Dr. Pedro Affonso Franco.

Refere o doente que ha 20 annos teve uma blenorragia que durou muito tempo; que de 16 annos a esta parte tem notado diminuição no jacto da urina; que n'esse interim recorreu a diversos cirurgiões, que o operárão; porém, que ha algum tempo, appareceu-lhe de novo a difficuldade a ponto de ultimamente ter retenção completa de urinas; que sentindo muitas dôres na bexiga, accessos de febre, se recolheu ao Hospital.

Estado actual. — Ha um endurecimento da urethra na extensão de cerca de 5 centímetros, na porção bulbo-esponjosa. Dif-

facilmente se consegue passar a vela n.º 2. Bexiga repleta de urina, dilatada e dolorosa á pressão. Urinas amoniacaes, fetidas e purulentas.

Diagnostico: estreitamento da urethra na extensão de 5 centímetros e cystite purulenta. Como operação rapida foi escolhida a electrolyse.

Dia 13 de Agosto. — Operado com o instrumento de Jardin. Durou a sessão 14 minutos. Passou-se a sonda n.º 18 (Charrière) retirando-se quasi dous litros de urinas fetidas e purulentas. Deixou-se a sonda a demora. Foi-lhe receitado sulfato de quinina 5 centigrammas e cosimento de Lewis. Cataplasma laudanizada á região da bexiga. Á tarde, temp. 39,5.

Dia 14. — Ligeira reacção febril. Sulfato de quinina. Retirou-se a sonda.

Dia 15. — Ligeira reacção febril. Sulfato de quinina.

Dia 16. — Apyretico, porém abatido. Poção tonica, da qual fez uso até:

Dia 10 de Setembro. — Alta curado.

#### OBSERVAÇÃO N.º 12

A. G. Martins, brasileiro, caixeiro, 43 annos de idade. Entrou a 28 de Abril de 1885, para a 13.ª enfermaria do Hospital, a cargo do Dr. Pedro Affonso Franco.

Refere antecedentes blenorrhagicos; que em 1877 foi operado pelo Ex.<sup>mo</sup> Sr. Conselheiro Catta Preta, pela urethrotomia interna; que o seu estreitamento lhe voltou de certo tempo para cá, pronunciando-se cada vez mais, pelo que se recolheu.

Dia 30 de Abril. — O doente urina com certa difficuldade. Consegue-se levar á bexiga a sonda n.º 3 (Charrière).

Dia 1.º de Maio. — Foi operado pelo Dr. Pedro Affonso Franco, com o instrumento de Jardin, funcionando a machina de Gaiffe com 18 elementos.

A operação foi rapida, porém o doente accusou muita dôr. Houve um pequeno corrimento sanguineo. Á tarde, temp. 38. Tomou: sulfato de quinino.

Dia 2. — Apyretico. Sulfato, ainda.

De 3 a 10 de Maio foi sondado com a sonda n.º 19 (Charrière) e teve alta curado.

OBSERVAÇÃO N.º 13. (*Electrolyse*)

M. F. R., brasileiro, preto, 49 annos. Entrou a 10 de Janeiro de 1884 para a 6.ª enfermaria a cargo do Dr. João Pedro de Miranda.

Referiu antecedentes blenorragicos antigos; que ha 2 annos a esta parte foi que começou a sentir difficuldade na micção; que n'esse espaço de tempo foi operado 4 vezes, duas pela urethrotomia interna, duas pela divulsão; que essas operações trouxerão-lhe allivio passageiro; mas que de certo tempo para cá tem-lhe voltado a difficuldade na micção, pelo que se recolheu.

Dia 10 de Janeiro. — Com difficuldade o Dr. Miranda conseguiu passar uma véla n.º 3, e diagnosticou: estreitamento da porção peniana da urethra.

Dia 11. — *Electrolyse* com o instrumento de Jardin, funcionando a machina de GaiFFE com 18 elementos. A operação durou 2 minutos.

O doente não accusou dôr. Houve escoamento de algumas gottas de sangue.

Passou-se á sonda n.º 18. Apyretico.

Dias 12 e 13. — Sonda n.º 18.

Dia 14 de Agosto. — Alta, curado.

OBSERVAÇÃO N.º 14 (*Electrolyse*)

J. J. de Siqueira, portuguez, 63 annos, solteiro. alfaiate, Nitheroy.

Entrou para a 6.ª enfermaria de cirurgia, a cargo do Dr. Miranda, a 11 de Setembro de 1883. Refere que soffreu de blenorragias diversas; que ha 4 mezes começou a sentir difficuldade em urinar, a qual augmentou ultimamente, pelo que se recolheu elle ao Hospital.

Dia 12. — O Dr. Miranda conseguiu passar a véla n.º 2 e diagnosticou: estreitamento da porção bulbosa da urethra e atresia do meato urinario.

Dia 13. — Operado pelo Dr. Miranda com o instrumento de Jardin, funcionando a machina de GaiFFE com 10 elementos. Durou a sessão 3 minutos para a atresia e 3 para o estreitamento. Passou depois um excitador mais largo, durando a operação, para a atresia 8 minutos e para o estreitamento, 3. O doente accusou alguma dôr. Apyretico.

As primeiras urinas ligeiramente sanguinolentas.

Dias 14 a 20. — Apyretico.

Dia 21. — Alta, curado.

OBSERVAÇÃO N.º 15 (*Dilatação temporaria*)

Antonio Pereira de Souza, preto, 61 annos, forte, carpinteiro, brasileiro, rua do General Argollo. Entrou a 5 de Maio de 1885 para a 9.ª enfermaria de cirurgia do Hospital. Accusa blenorragias na mocidade.

Diz que ha 16 annos foi operado de um estreitamento, porém, que ha 6 reappareceu-lhe, augmentando-se ultimamente, pelo que se recolheu.

Estado actual. — Constituição forte. — A sonda n.º 12 não passa e encontra resistencia na porção peniana, mas passa a n.º 8 que dá o gráo do estreitamento.

Diagnosticó: estreitamento da região peniana e da bulbo-membranosa da urethra.

Dia 6. — Sonda n.º 8. Constipação de ventre, purgativo.

Dia 7. — Sonda n.ºs 9 e 10. Banho morno.

Dias 8, 9 e 11. — Sonda n.º 11.

Dias 12, 13 e 14. — Sonda n.º 12.

Dia 15. — Sonda n.º 14.

Dia 16. — Sonda n.º 15. Febril, urinas purulentas e ammoniacas. Sulfato de quinino. Capsulas de alcatrão de Guyot.

Dia 17. — Melhor da febre.

Dia 18. — Urinas ainda muito ammoniacas e mucopuru-

lentas; região renal sensível. Sudorífico de jaborandy. 6 ventosas seccas de cada lado da região renal.

Dia 19. — Ligeira reacção febril á tarde; lingua saburrosa e secca; abatido. — Pilocarpina. Agua de Vichy. Embrocações com tintura de iodo á região renal. Da tarde para a noite os symptomas se aggravão e o doente falleceu ás 7 horas da noite.

OBSERVAÇÃO N.º 16 (*Dilatação temporaria*)

Emygdio A. do Nascimento, brasileiro, 24 annos, padeiro, S. José do Bomjardim. Entrou a 8 de Abril de 1886, para a 9.ª enfermaria de cirurgia do Hospital.

A anamnese do doente mereceu-nos pouca confiança, pela falta de coherencia; diz que nunca teve blenorrhagia, nem cancos, e que nem soffreu traumatismo algum no penis e perineo, porém que após a copula com uma mulher, começou a sentir ardor á micção, seguido de difficuldade na emissão das urinas, ha anno e meio mais ou menos.

Estado actual. — Constituição forte. Urina com difficuldade. Apresenta uma fistula no angulo peni-serotal e diversas cicatrizes que elle diz terem sido fistulas.

Diagnostico: estreitamento da porção peniana da urethra, atresia do meato e fistula peniana.

Dias 8, 9 e 10. — Nem o Dr. Barão de Saboia, nem o Dr. Crissiuma conseguirão passar a mais fina véla.

Dias 11 a 20. — Conseguiu-se passar as sondas n.ºs 1, 2 e 3. Accusou dôres.

Dia 20. — Á tarde, temperatura 40°. Urethrite intensa. Sudorífico de jaborandy e aconito.

Dia 21. — Temperatura 38,6. Sulfato de quinino, 1 gramma. Descanso.

Dia 29. — Urethrotomia do meato externo com o urethrotomo de Civialhe.

Dia 30. — Sonda n.º 12 (Charrière) até á bexiga.

De 1 de Maio a 12. — Passa-se a sonda n.º 12, sem se con-

seguir passar uma sonda mais grossa. O doente accusa dôres á passagem da sonda. Urethrite intensa. Descanso.

Dia 20. — Sonda n.º 14.

Dias 21 a 25. — Sonda n.º 14. Urethrite intensa. Dôres, fistula cicatrizando.

Dias 26, 27 e 28. — Sonda n.º 15.

De 30 de Maio a 6 de Junho. — Passa-se a sonda n.º 16.

Dia 7 de Junho. — O doente tem alta a pedido.

Poderíamos citar mais algumas observações de casos que acompanhamos, porém não o fazemos, para não dar maior extensão ao nosso trabalho, como também, porque julgamos sufficientes as que citamos, para confirmar o juizo que emittimos sobre cada uma das operações de que tratámos.

## SEGUNDA PARTE

**Estudo comparativo dos diversos meios de tratamento dos estreitamentos organicos da urethra**

Au point de vue clinique, la therapeutique des rétrécissements de l'urètre se trouve dans la solution de cette question : Quel est le traitement capable de rendre l'urètre rétréci sa largeur normale avec le moins de dangers et de douleurs pour le malade et cela dans le moins de temps possible ?

(L. LE FORT. 1886).

Limitando-nos na nossa primeira parte á descripção das operações mais empregadas entre nós, fazemos n'esta segunda parte a apreciação dos seus resultados, no tratamento dos estreitamentos organicos da urethra, tendo um fim unico, emittir juizo seguro e solido, de accordo com as observações proprias que citamos e que deixámos de citar.

Seguindo o methodo que adoptamos, começamos na primeira parte por descrever a urethrotomia de Maisonneuve e o seu instrumento, a divulsão de L. Le Fort e a electrolyse de Jardin (meios rapidos), terminando pela dilatação temporaria (meio brando) empregada em muitos casos.

Após a urethrotomia interna, descrevemos a urethrotomia externa (pelos dous processos) porque, comquanto não tenhamos observações pessoaes, entendemos que se deve conhecê-la de perto, porquanto tem tambem indicações precisas.

Quanto á apreciação que fizemos de cada methodo ou processo em particular, será feita de accordo com as observações citadas e por nós tomadas nas clinicas hospitalares e civis dos distinctos cirurgiões que acompanhamos n'essas operações.

Iniciando esta segunda parte, que constitue propriamente o assumpto do nosso ponto não podemos deixar de collocar a urethrotomia interna na primeira fila dos processos rapidos, attendendo

ás suas vantagens e indicações, não querendo isto dizer que seja ella o melhor meio e preferivel a todos os outros.

## ARTIGO 1.º

### Urethrotomia interna

A urethrotomia interna feita pelo processo de Maisonneuve é uma operação simples, segura e de facil execução para o cirurgião que desejar a ampliação rapida de uma urethra estreitada; porém é uma operação que exige do operador muita attenção e pratica na insinuação da véla conductora sobretudo.

Como vimos, a urethrotomia interna, pelo processo de Maisonneuve, se pratica em 4 tempos: 1.º, insinuação da véla conductora; 2.º, insinuação do catheter; 3.º, secção do estreitamento ou urethrotomia propriamente dita; 4.º, retirada do instrumento e passagem da sonda.

Analysemos cada um d'esses tempos da operação e vejamos quaes as vantagens d'este processo.

1.º tempo. Se o operador é pratico e familiarizado com certas particularidades da mucosa urethral, insinuando a véla no canal, elle tem a sensação perfeita de sua penetração na bexiga. Póde, porém, acontecer que, ao insinuar-se, a véla indo de encontro a uma valvula, dobra ou caminho falso existente nas paredes urethraes, pela sua flexibilidade, dobre-se sobre si mesma e retroceda, simulando a sua penetração na bexiga; então sendo-lhe adaptado o catheter, a sua insinuação atravez do estreitamento não se faz e a extremidade vesical da véla vem sahir pelo meato urinario. O procedimento do operador n'esses casos será retirar o catheter e a véla, procurando insinuar de novo a mesma véla ou uma outra em condições até á bexiga.

Este primeiro tempo da urethrotomia interna é o mais difficil da operação; porém, uma vez vencido, o catheter acompanha facilmente a véla e o urethrotomo é guiado pelo sulco do catheter.

Não é indifferente ser o sulco na convexidade ou na concavidade.

Se elle existe na parte concava, o urethrotomo corta quasi sempre a parede sã, porque é raro que o tecido pathologico se assente ou se estenda á parede superior, parede cirurgica de Guyon. A hemorrhagia n'este caso é menos perigosa e geralmente insignificante.

Se, porém, o sulco é na parte convexa, o urethrotomo corta o tecido neoplasico que constitue o estreitamento; podendo tambem seccionar tecidos sãos aquem e além do estreitamento, perfurar o canal, dividir o bulbo e ligamento suspensor da verga, tecidos e órgãos que devem ser respeitados, sob pena de expôr-se o doente a accidentes serios e mesmo acarretar-lhe a morte.

Temos ainda em memoria um facto d'essa ordem que nos foi fielmente relatado: um dos nossos mais distinctos cirurgiões, tendo urethrotomizado a parede inferior da urethra de um doente, este falleceu de uma hemorrhagia fulminante. Se bem que seja este o unico facto, d'essa ordem, entre nós, comtudo deve nos pôr de sobre-aviso; tanto mais quanto a secção na parede superior não tem apresentado, ao menos entre nós, esse desfecho, sendo ella praticada diariamente.

2.º tempo. *Insinuação do catheter.* Se a véla é coarctada pelo estreitamento, se poderá proceder immediatamente á insinuação do catheter; se, porém, a véla soffre certa constricção e se o catheter encontra da parte do estreitamento resistencia á sua passagem, é de boa pratica, se a operação não é urgente, deixar a véla permanente, por algum tempo, 1, 6, 12 e mesmo 24 horas; afim de que o catheter se insinue sem o auxilio da força, evitando-se d'essa fórma traumatizar uma urethra que tem de soffrer a acção cortante da lamina do urethrotomo e poupando-se até certo ponto dôres e outras complicações sérias ao paciente.

3.º tempo. *Urethrotomização.* Na passagem do urtehrotomo o operador deve ter todo o cuidado de fixar bem o catheter e distender sufficientemente o penis, para que a lamina do urethrotomo poupe as partes sãs e actúe unicamente sobre o ponto coarctado.

Para obviar a esse inconveniente já Maisonneuve construiu o instrumento de maneira que apresenta duas arestas cortantes e o angulo saliente da lamina rhombo que até certo ponto protege as partes ~~da~~. Na passagem do urethrotomo não deve haver precipitação.

4.º tempo. *Passagem da sonda.* A passagem de uma sonda logo após a operação é util e necessaria, não só para evacuar a urina, como o sangue que por acaso vá ter á bexiga, o qual em contacto com a urina altera-se facilmente.

Alguns cirurgiões passam logo após á operação uma sonda n.º 20 (Charrière); outros, porém, e com elles Guyon, passam o n.º 15 ou 16, para não distender os labios da ferida, não determinando compressão e evitando tambem a infiltração urinosa, quando a urina pretendesse insinuar-se entre a sonda e as paredes do canal.

Acontece, ás vezes, que após a operação a sonda não póde franquear o canal; n'estas condições não convém de modo algum forçá-lo; porém julgamos sempre conveniente passar uma sonda de calibre inferior, afim de evitar o contacto da urina com a ferida e *evacuar* a bexiga.

No doente da observação 6.ª com facilidade passamos a sonda n.º 20 após a operação, porém no dia seguinte e nos dous immediatos não podemos passar o n.º 16; seguimos, então, o proceder de Guyon que nos foi aconselhado pelo Dr. Crissiuma; adiamos a passagem da sonda, e 4 dias depois passamos com facilidade a sonda n.º 16 *com a qual nos contentamos.*

Só achamos vantagem na sonda calibrosa, quando houver hemorragia intensa, pela acção benéfica e pressão que exerce sobre os vasos abertos pela lamina do urethrotomo, impedindo assim a perda sanguínea.

A urethrotomia é, como todos os outros methodos, sujeita a accidentes, porém estes não são tão graves como querem os seus detractores, quando é ella praticada com criterio.

Sob todos os pontos de vista, o processo de Maisonneuve apresenta vantagem sobre seus congeneres; e se algumas compli-

cações tornão-se sérias, na maior parte ellas não se apresentam; demais são ellas communs aos outros methodos e processos.

A dôr não é exclusiva á urethrotomia. Quer a lamina do urethrotomo seccione os tecidos sãos ou o pathologico a dôr se apresenta; porém, é em geral pouco intensa e supportavel, dispensando, por isso, o emprego de anesthesicos geraes ou locaes, salvo se se opéra um nevropatha e pusilanime.

Thompson, quando pratica a urethrotomia em individuos d'esse temperamento, anesthesia-os pelo chloroformio. Longe de seguirmos a pratica do illustrado professor, preferiremos lançar mão de um outro methodo se não houver contra-indicação; ou então praticar a urethrotomia interna, anesthesiando a urethra com a cocaina, que dá excellente resultado.

O cirurgião, operando n'um canal estreito como é a urethra, não póde prescindir da integridade intellectual do operando, para bem avaliar os phenomenos que se passam para o lado do canal durante a operação. O chloroformio assim como todos os anesthesicos geraes, póde determinar excitação central, produzindo nauseas e vomitos que virão perturbar a operação. Eis por que condemnamos o emprego dos anesthesicos geraes.

Urethrite e urethrotomia interna são dous phenomenos intimamente ligados entre si; e póde-se dizer que a phlogose do canal da urethra se manifesta sempre após esta operação, ora mais, ora menos intensa, porém não é tão grave quando o cirurgião opéra com discernimento.

A infiltração urinosa é muito rara; nós nunca a observamos.

A orchite, a epydidimite e a cystite raramente se apresentam como accidentes da urethrotomia interna; de ordinario já existem antes, bem como a urethrite.

A propria febre urethral, que com a hemorrhagia constituem os dous accidentes mais temidos, póde tambem preexistir, como no doente da observação 4.<sup>a</sup>, que já tinha tido accessos febris intensos e no qual a simples exploração com uma véla conductora provocou um accesso fortissimo.

Não concordamos com a passagem da sonda muito volumosa

após a operação, assim como condemnamos a sonda a demora quando se trata de estreitamentos simples, não complicados de fistulas e abcessos.

Porém, nos casos de estreitamentos complicados de fistulas, achamos util e até necessaria a sonda a demora, porque evita a passagem da urina pela fistula, dando tempo á cicatrização da fistula e facilitando-a.

Opinando pela sonda a demora, n'esses casos, acompanhariamos a pratica do Sr. Dr. Góes de Vasconcellos no doente da observação n.º 1, deixando a sonda desobturada para a evacuação constante da urina e evitar que esta se insinuando entre a sonda e a urethra vá passar e irritar o trajecto fistuloso, o que impediria a sua cicatrização.

Não a deixariamos obturada, porque, se é verdade, como dizem os apologistas d'esta pratica, que toda a operação d'este canal determina contracções espasmodicas dos musculos de Wilson e de Goutry (Dr. Lima Castro), tambem é verdade que esses musculos, com a permanencia da sonda, se fatigão, se relaxão no fim de certo tempo, não oppondo mais resistencia á passagem de uma certa porção de urina entre a sonda e as paredes da urethra e tambem pela fistula.

Quanto ainda á sonda volumosa achamos-lhe indicação perfeita nos casos em que a hemorragia reclamar do cirurgião séria attenção, porque ahi ella actuará como hemostatico util, pela pressão que exercem as suas paredes sobre a luz dos vasos abertos pela lamina do urethrotomo. Porém a hemorragia séria que reclame taes cuidados é rara, quer primitiva, quer secundaria.

Após a retirada do instrumento nota-se sempre o corrimento de algumas grammas de sangue, mas que não gozão dos fóros de hemorragia.

Durante os 4 annos que frequentamos o Hospital da Misericordia nunca observamos a hemorragia grave como accidente da urethrotomia interna, pelo processo de Maisonneuve, qua aliás é empregado em larga escala; o facto que citamos é o unico que conhecemos entre nós.

Ad. Richard que substituiu Nelaton no hospital « des cliniques » tratou em 1860 de um estreitamento que dava passagem a uma véla de 4 millímetros, pela urethrotomia de Maisonneuve. O doente morreu de septicemia.

As unicas contraindicações da urethrotomia interna são: 1.º os estreitamentos infranqueaveis; 2.º os casos em que operações sangrentas anteriores têm dado lugar a hemorragiás abundantes por uma predisposição especial, como o doente da observação n.º 7, que foi operado pelo Sr. Barão de Saboia, tendo uma hemorragia abundante.

Com todas as operações rapidas rivalisa a urethrotomia, excepção feita da urethrotomia externa (nos estreitamentos infranqueaveis) e da electrolyse nos doentes hemophilicos.

É perfeitamente indicada nos estreitamentos complicados de fistulas em que ella presta serviços relevantes.

Não diremos que a urethrotomia interna seja superior aos outros methodos, porém, que é uma operação rapida, segura e facilmente executavel e aquella a que se recorre mais vezes nos casos urgentes; quando, por exemplo, uma retenção de urinas ameaça a vida do doente e a insinuação de uma véla conductora é possivel.

É ainda á urethrotomia que se recorre, de ordinario, quando a passagem da sonda na dilatação temporaria provoca accessos febris ou quando este meio torna-se impotente pela resistencia opposta pelo estreitamento.

Não ha, pois, parallelo entre a urethrotomia interna e a dilatação temporaria, porquanto tem cada uma indicações especiaes e tanto uma como a outra auxilião-se mutuamente; notando se, entretanto, que ha estreitamentos que não podem ser tratados pela dilatação, enquanto que, excepção feita dos infranqueaveis, todos podem ser tratados pela urethrotomia interna.

Assim, estreitamentos ha que a principio, parecendo susceptiveis de uma therapeutica chronica, em relação com a natureza da molestia, parecem requerer como meio brando, a dilatação temporaria, sem prejuizo para o doente; porém, acontece que no

curso do tratamento, accessos febris sobrevêm, o estreitamento oppõe resistencia á passagem da sonda, e outros accidentes que a incompatibilisção ou tornão impotente, obrigando o operador a recorrer, n'estes casos ainda, á urethrotomia interna, de preferencia á divulsão e á electrolyse.

Se se nos apresentasse um estreitamento não complicado de fistulas, abcessos, cystites, febre, etc., permittindo a insinuação de uma véla n.º 7 ou 8, se não fosse urgente a ampliação do canal e se o estreitamento não fosse resistente, longe de lançarmos mão da urethrotomia, recorreríamos antes á dilatação temporaria como tentativa racional. Não hesitariamos, porém, mesmo n'esses casos, em recorrer immediatamente á urethrotomia de Maisonneuve, não só porque não achamos inconveniente algum, como porque julgamos-a perfeitamente indicada, mórmente se as condições e deveres sociaes do doente o exigissem, sem, contudo, tirarmos o direito de preferencia á dilatação, que, pelas modificações dynamicas que imprime ao tecido pathologico, presta relevantes serviços n'estes casos.

Quanto á cicatriz resultante da incisão do urethrotomo, é retractil como as da divulsão e da electrolyse, porém nunca inferior, nem á da electrolyse, que é semelhante á das queimaduras, e nem á da divulsão, que é irregular, e portanto em peiores condições.

De ordinario, quando o doente procura o cirurgião para tratar do seu estreitamento, já este vem complicado de abcessos, fistulas, retenção de urinas, etc., complicações que reclamão intervenção immediata e rapida; isto se nota mórmente na classe baixa que procura o hospital; ou então o doente manifesta desejos de ser tratado prompta e rapidamente da sua affecção.

No primeiro caso, a dilatação temporaria seria contra-indicada; e no segundo o doente se desanimaria, como vimos diversas vezes na enfermaria do Sr. Barão de Saboia, pela demora do tratamento, e como tivemos occasião ainda de observar no doente que operamos pela urethrotomia de Maisonneuve.

Por essas razões, é a urethrotomia interna mais vezes praticada que a dilatação, não querendo, porém, isto dizer que a primeira seja superior á segunda.

A reincidência se dá na urethrotomia, porém não lhe é exclusiva, porquanto o mesmo acontece á divulsão, á electrolyse e á dilatação temporaria, desde que o doente abandona a passagem da sonda.

A prova evidente d'esta nossa asserção encontramol-a em algumas das nossas observações.

Terminando este artigo diremos: a urethrotomia interna pelo processo de Maisonneuve é um excellente meio therapeutico para debellar o estreitamento da urethra, é rapido, prompto e seguro; e, sem preferil-a em absoluto, collocamol-a na primeira fila dos processos rapidos.

## ARTIGO 2.º

### Urethrotomia externa

Procedendo ao estudo d'este methodo, fazemol-o *a ratiõne*, porque não tivemos occasião ainda de observar esta operação.

Como vimos na nossa primeira parte, descrevendo a urethrotomia externa, ella se póde praticar por dous processos: 1.º urethrotomia externa com conductor (processo de Symes); 2.º urethrotomia sem conductor (processo de Sedillot).

O processo de Symes é um verdadeiro contrasenso e incompativel com os progressos da cirurgia moderna.

Irracional seria o procedimento do operador que se lembrasse d'esse meio de tratamento no estreitamento de urethra dando passagem mesmo á mais fina véla, dispondo elle de meios taes como a urethrotomia interna, a divulsão, a electrolyse ou a dilatação, muito mais brandos do que a urethrotomia externa que expõe o doente a accidentes e complicações muito sérias, e cujo resultado é sempre para duvidar-se.

Assim pois, cremos que cirurgião algum se lembraria hoje de praticar o processo de Symes.

A urethrotomia externa é um dos meios rapidos, que para nós (sendo praticada pelo processo de Sedillot) só tem indicação nos casos de estreitamentos infranqueaveis, consequencia geral-

mente de traumatismos do penis e do perineo, e isso mesmo, quando todos os outros recursos se esgotarem.

Se a insinuação de uma véla não for possível e se a bexiga distendida por grande quantidade de urina se apresentar como um tumor saliente na região hypogastrica; o operador prudente recorrerá primeiro á punção da bexiga com aspiração da urina, procedendo depois a novas tentativas para a insinuação de uma véla. Acontece, ás vezes que um estreitamento que a principio se apresentava infranqueavel, após a evacuação da urina, torna-se perfeitamente franqueavel.

Um facto passado na 9.<sup>a</sup> enfermaria do Sr. Barão de Saboia, nos mostra o quanto a punção vesical é valiosa n'estas circumstancias: entrou para essa enfermaria um doente com retenção completa de urinas, apresentando no hypogastro um tumor saliente representado pela bexiga repleta de urina, a urethra d'esse doente era séde de uma coarctação tenaz, que apesar de ensaios repetidos e magistralmente executados, pelo Sr. Barão de Saboia, não permittia a passagem da mais fina véla; foi praticada a punção e aspirada a urina pelo aparelho de Dieu La Foy. O doente aliviou-se extraordinariamente e ao outro dia o Sr. Barão de Saboia conseguiu levar á bexiga uma véla do urethrotomo de Maisonneuve, praticando em seguida a urethrotomia interna, livrando assim o doente de uma operação perigosa e duvidosa, á qual estaria sem duvida condemnado, na falta d'esse recurso e prudencia do operador.

Alguns cirurgiões pretendem supplantar a urethrotomia externa com a electrolyse, fazendo a cauterisação circular do estreitamento com o electrolyso, de Mallez e na mesma secção, passando uma véla conductora fazer a cauterisação linear com o instrumento de Jardin.

Entre nós, o Dr. Figueredo de Magalhães ultimamente apresentou um electrolyso destinado á cauterisação em superficie ou circular, nos casos de estreitamentos infranqueaveis, o qual não differe do de Mallez senão no mecanismo. Tambem apresentou um electrolyso para cauterisações lineares, cujo *modus agendi* em nada

é differente do de Jardin, porém, cujo mecanismo é muito mais complicado e fragil.

Este cirurgião pratica esta operação em dous tempos: no primeiro elle vence o estreitamento, ou antes abre caminho a uma véla conductora e no 2.º elle pratica a cauterisação linear.

Para nós, a cauterisação circular, que se faz n'esses casos ás cégas e sem conductor, é um meio susceptivel de produzir caminhos falsos, perfuração da urethra; além de que é um meio duvidoso, e perigoso, porquanto o instrumento é tão intelligente como a celebre pasta de arsenico tão preconizada antigamente para cauterisar sómente o tecido pathologico, poupando os tecidos hygidos.

Não podemos dar o cunho pratico á apreciação d'este meio, porque nunca o vimos praticar; mas se se nos apresentasse um doente portador de um estreitamento infranqueavel, com retenção de urinas, etc., procederíamos como o nosso distincto mestre Barão de Saboia, no caso acima referido, primeiramente.

A urethrotomia externa é um recurso extremo, perigoso e de resultado duvidoso.

É uma operação difficil e que exige do operador muita paciencia e habilidade, mormente para descobrir a luz do canal no ponto estreitado, o que constitue de ordinario um problema, collocando o operador na triste contingencia de attender a que o doente tenha vontade de urinar, para notar o ponto por onde possa passar a urina na ferida; ou praticar uma fistula vesico hypogastrica e fazer o catheterismo retrogrado que o guiará na operação.

Comquanto difficil, duvidosa e perigosa e por isso condemnada por grande numero de cirurgiões, a urethrotomia externa tem perfeita indicação nos estreitamentos traumaticos com obliteração completa do canal, nos infranqueaveis á mais fina véla.

A hemorrhagia é o accidente d'esta operação que mais preoccupa o cirurgião pela sua abundancia e constancia.

Ella póde provir sómente da secção de veias e capillares e n'este caso os meios hemostaticos ordinarios são bastantes para

debelal-a, ou provir da secção de uma arteriola e então a ligadura é indispensavel.

Ainda a hemorragia póde ser primitiva ou consecutiva; esta ultima é mais grave, porque, de ordinario, quando o doente é as pessoas que o assistem, dão por ella já tem ella sido abundante.

Quanto á infiltração urinosa, não se dá, dizem os auctores, porque a urina encontra vasta passagem tanto pela sonda como pela abertura da ferida.

A urethrite é inevitavel, já pelas manobras da operação, já pela permanencia da sonda irritando ainda mais o canal.

A cystite, a erysipella e a febré-urethral são complicações tambem constantes.

É bastante attender-se a esse cortejo todo de accidentes e complicações para se deduzir a gravidade de tal operação, da qual em casos determinados, infelizmente no estado actual dos progressos da cirurgia, o operador não póde prescindir.

A urethrotomia interna se pratica com instrumentos denominados urethrotomos, procede de dentro para fóra e só é possível quando a urethra dá passagem a uma véla conductora do urethrotomo; emquanto que a urethrotomia externa se pratica com o bisturi, de fóra para dentro e quando haja obliteração completa do canal.

Não ha pois parallelo possível entre estas duas operações; são inteiramente differentes, tendo apenas um fim commum: restituir á urethra o seu calibre normal.

### ARTIGO 3.º

## DIVULSÃO

A divulsão é um dos methodos operatorios rapidos empregados na therapeutica dos estreitamentos de urethra, que ainda hoje conta bom numero de defensores.

Emquanto que a urethrotomia interna pelo processo de Maisonneuve produz de modo seguro e completo uma incisão simples e regular da urethra no ponto estreitado, a divulsão vence o es-

treitamento violenta e imperfeitamente, produzindo dilacerações por distensão com soluções de continuidade irregulares, favorecendo as complicações graves.

D'entre as complicações mais sérias sobresahe a infiltração urinosa, que aqui correrá por conta da operação praticada.

De todos os instrumentos inventados para a pratica d'esta operação o mais aperfeiçoado e o que tem preferencia sobre todos os outros é o divulsor de Leon Le Fort.

Só com este instrumento foi que vimos praticar-se a divulsão; assim pois, a apreciação que fazemos d'este meio operatorio é toda baseada nos resultados alcançados pelo processo de Le Fort e constante de nossas observações.

Se barbara ainda é hoje a divulsão praticada pelo processo de Le Fort, *a fortiori* n'outros tempos em que ella era feita com instrumentos muito menos aperfeiçoados e mais improprios bi-equadri-valvos.

Le Fort com os seus 3 divulsores veiu, por assim dizer, livrar a dilatação rapida de um naufragio eminente e certo.

Cada um dos seus divulsores representa uma serie de sondas gradativa e crescente.

Se, porém, Le Fort resumiu em um só instrumento (divulsor) uma serie inteira de instrumentos (sondas), resumindo tambem o tempo e numero de sessões, tornando a dilatação progressiva d'esse modo rapida; teve tambem necessidade de augmentar a intensidade da força para operar. Assim pois, a força tão contraindicada no catheterismo e na dilatação temporaria torna-se na divulsão o factor primordial e está na razão directa do volume do divulsor.

Vimos diversas vezes este processo applicado pelo nosso mestre Barão de Saboia e pelo Dr. Valadares.

No seu livro de clinica cirurgica (1881) o Sr. Barão de Saboia diz o seguinte, d'este methodo: « A divulsão é incontestavelmente um dos melhores meios de tratamento das coarctações organicas da urethra, mas as suas vantagens se manifestão nos casos em que os estreitamentos são pouco extensos e isentos de complicações; entretanto, quando o aperto urethral é resistente e

se complica de fistulas urinarias, a divulsão *podará* servir, porém seus resultados são inferiores aos da urethrotomia interna. »

No artigo 3.º da nossa primeira parte fallamos ainda da antiga e brutal dilatação forçada (processo de Mayor de Lussana) que este cirurgião praticava com o auxilio de sondas calibrosas, e tanto mais calibrosas quanto mais estreitado era o canal, produzindo assim dilacerações profundas, dôres insupportaveis e a superdistensão das paredes do canal da urethra. Não convem, porém, confundir este meio operatorio com a divulsão que se resente tambem d'esses inconvenientes, porém, muito minorados relativamente.

O processo de Mayor, está felizmente hoje abandonado pela maior parte dos cirurgiões e nós o condemnamos *a ratiõne* como barbaro e absurdo.

Entretanto dizem alguns praticos ter obtido resultado com a dilatação forçada, em casos de grande embaraço á insinuação de uma vélinha; ouvimos mesmo nosso mestre Barão de Saboia, n'uma de suas prelecções, citar alguns casos de estreitamentos operados por este processo com resultado, porém, tivemos tambem o prazer de o ouvir pronunciar-se severamente contra tal processo, attendendo a que; 1.º, o principio em que se baseou Mayor para estabelecer o seu processo é erroneo; 2.º, a que as rupturas e superdistensão do canal são factos frequentes n'este processo.

Mayor de Lussana baseou-se no principio physiologico verdadeiro de que, uma urethra no estado normal permite mais facilmente a introduccão de uma sonda calibrosa do que de uma fina véla. Porém, se este principio é exacto para a urethra normal o mesmo não acontece no estado pathologico. A conclusão de Mayor Lussana é, pois, paradoxal.

Quanto á divulsão praticada pelo processo de Le Fort, é uma operação verdadeiramente simples, e alguns cirurgiões mais entusiastas chegam a consideral-a mesmo preferivel á urethrotomia interna.

Comquanto simples e facil pelo manejo e simplicidade dos instrumentos que são como o catheter do urethrotomo de Maison-

neuve guiados por uma véla conductora, a divulsão é uma operação perigosa e que apresenta complicações sérias, dando lugar especialmente á infiltração urinosa, o que não acontece com a urethrotomia de Maisonneuve, que não só não apresenta essas complicações, como tambem raramente é contraindicada.

Emquanto a lamina do urethrotomo ao entrar e sair produz feridas simples e de bordos regulares, a divulsão deixa após de si soluções de continuidade de bordos irregulares e hemorragias mais ou menos graves, como tivemos occasião de observar no doente da observação n.º 7, em que a hemorragia foi abundante e difficilmente jugulada.

Com Sabatier e Boyer pensamos que a divulsão não é um methodo que mereça o exilio, e que tem seu lugar assignalado, em que ella póde prestar serviços, mas nunca superiores aos da urethrotomia interna.

Pensamos mesmo que nos casos simples como o da nossa observação n.º 8, a divulsão praticada pelo processo de Le Fort, segundo os preceitos estabelecidos por esse cirurgião, não apresente os inconvenientes que temos assignalado, podendo mesmo n'esses casos rivalisar com a urethrotomia; e que se esses inconvenientes apparecem são elles devidos em parte á precipitação, falta de attenção e precisão no diagnostico de certos operadores, que desde que conseguem insinuar a véla conductora passam logo os 3 divulsores ou o 2.º e 3.º sem attenderem ao numero e extensão do estreitamento e ás condições da urethra estreitada.

Resulta, muitas vezes, d'essa precipitação no operar e falta de attenção no diagnostico, que uma urethra que devia ser dilatada, por exemplo, como 15, é dilatada como 20, produzindo grande traumatismo do canal, acarretando complicações sérias, que n'esses casos correm por conta da imprudencia e irreflexão do operador.

Se a divulsão praticada segundo os preceitos de Léon Le Fort se resente de consequencias desfavoraveis, *a fortiori* quando praticada sem elles, como de ordinario, porque os accidentes são relativamente mais graves e as dôres insupportaveis.

O corrimento sanguíneo é constante na divulsão.

A febre urethral também é frequente.

Porém, a urethrite, sobretudo, é infallível e intensa e augmenta de intensidade quando se deixa a sonda a demora, preceito este seguido por alguns praticos, que pretendem assim evitar a infiltração urinosa, que também não é rara após a divulsão.

A acção da divulsão é toda mecânica, e não leva vantagem nos seus resultados á urethrotomia interna.

Se achamos indicação para a divulsão de Le Fort (como para a urethrotomia) nos casos simples como o da nossa observação n.º 8, entendemos que a divulsão deve ser proscripta nos casos de estreitamentos multiplos, extensos, ou complicados de fistulas, abcessos urinosos, cystites, etc., devendo-se recorrer n'esses casos á urethrotomia interna.

Attendendo ainda á direcção e conformação do canal da urethra, ao seu estado pathologico e ao calibre do divulsor, concluímos ainda que a divulsão pelo processo de Le Fort é de consequências muito mais desagradaveis do que a urethrotomia de Maisonneuve.

As reincidencias nos estreitamentos divulsionados são tanto ou mais frequentes que nos urethrotomizados.

Essas reincidencias são mais pronunciadas e rebeldes nos divulsionados. Attribuimos esse facto á natureza (cicatricial) dos tecidos reparadores das diversas soluções de continuidade resultantes da dilaceração, tecidos cicatriciaes e resistentes esses que ainda vêm se unir ao tecido do estreitamento já existente.

N'esses casos de reincidencias rebeldes, é ainda á urethrotomia que se recorre. Nas clinicas do hospital temos tido occasião de poder apreciar essa tenacidade e rebeldia ao tratamento, nas reincidencias dos estreitamentos divulsionados, e tem sido notada, também, por alguns cirurgiões nossos.

Em ultima analyse, não consideramos a divulsão pelo processo de Le Fort, digna de ser olvidada, porque reconhecemos que ella tem indicações, se bem que restrictas, ao menos perfectas

em casos determinados, porém consideramos-a inferior á urethrotomia de Maisonneuve nos seus resultados.

Quanto ao processo de Holt, basta conhecer o seu instrumento, saber-se o como elle actúa e o modo pelo qual esse cirurgião pratica esta operação com o seu divulsor; para se julgar da brutalidade com que é feita a operação e dos perigos por que se faz passar um simples estreitado.

Se a divulsão pelo processo de Le Fort é condemnada pelos accidentes determinados pelo divulsor, com maior razão o de Holt, que faz correr mais risco ao doente; e portanto ainda lhe é preferivel a urethrotomia.

O divulsor de Holt não tem, como vimos, véla conductora; o conductor dos mandarin é constituido pelas duas laminas justapostas, que fórmão um só corpo, quando o instrumento está desarmado para ser insinuado.

Este conductor é, pois, uma peça metallica resistente, que se insinúa ás cégas, sem um guia, e que a não ser que se trate de um estreitamento pouco pronunciado, exigiria força para insinuar-se, d'ahi os inconvenientes palpaveis que poderiam resultar da introdução forçada do catheter rijo sem véla conductora atravez de um estreitamento, mórmente se este fôr muito pronunciado.

Comtudo o processo de Le Fort ainda leva vantagem ao de Holt: 1.º por ser o catheter d'aquelle guiado por uma véla conductora; 2.º por dar á dilatação rapida immediata o caracter de progressão; 3.º porque a operação é praticada com certa lentidão e cautela; com que não a pratica o de Holt, que é feito de modo brutal, pela introdução brusca do mandarin entre as duas laminas do conductor.

Se pelo processo de Le Fort o operador não póde calcular o gráo de distensão do canal, muito menos pelo de Holt, que é praticado rapida e brutalmente e que não apresenta o caracter progressivo do de Le Fort.

Ainda mesmo que se juntasse ao divulsor de Holt uma véla conductora e que se lhe desse o augmento uniforme da extremidade vesical para o pavilhão do instrumento, este processo seria;

mesmo assim, inferior ao de Le Fort, pelo modo por que o pratica seu auctor; é portanto condemnavel. Pelo modo brusco por que é feita a introdução do mandarin, este póde resvalar entre as duas laminas, e as consequencias serão muito para se lastimar.

Desault, acerrimo defensor da divulsão, que dizia que a divulsão era o unico meio capaz de ser coroado de bom exito no tratamento das coarctações urethraes, é o proprio a confessar que a introdução violenta de um instrumento na urethra é cercada de tantos perigos que não deve ser posta em pratica senão por mãos muito habéis.

Para corroborar o juizo que emittimos sobre a divulsão, citaremos o seguinte trecho de Thompson: « Dans aucune circonstance, quelle qu'elle soit, il ne faut employer la force pour traverser un rétrécissement ou pour penetrer dans la vessie. »

#### ARTIGO 4.º

### Da electrolyse.

A electrolyse, empregada como meio de tratamento nos estreitamentos organicos da urethra, é uma das operações que tem sido mais acclamada ultimamente como capaz de ser coroada de exito; chegando mesmo os seus maiores apologistas a reputal-a superior e preferil-a aos outros meios operatorios.

Felizmente, porém, esse numero de operadores é limitado e os factos mostram quotidianamente o contrario.

Dizer que a electrolyse é um methodo operatorio rapido, capaz de dar resultado no tratamento das coarctações organicas, em certos e determinados casos, é fallar imparcialmente e com a observação; avançar, porém, a dizer que é melhor e preferivel aos outros meios, é fallar apaixonado e desconhecer as vantagens e indicações de uns e outros d'esses methodos.

Quem tiver tido occasião de assistir a esta operação sem preconceitos não deixará de reconhecer que se esta operação apresenta suas vantagens em certos casos, em muitos outros é senão inferior ao menos igual a qualquer das outras operações rapidas.

A electrolyse é uma d'essas operações a que se recorre, de ordinario, para condescender com a vontade de um doente de temperamento nervoso, pusilanime, mas nunca superior á urethrotomia interna (processo de Maisonneuve) que além de outros tem a vantagem de ser praticada com um instrumento simples, seguro e portatil.

Dizem os entusiastas da electrolyse que o doente não accusa dôres durante a operação, que não ha corrimento sanguineo e que não apresenta outros accidentes e complicações inherentes á urethrotomia interna.

Começamos por negar a primeira d'essas asserções; a dôr, comquanto menos intensa em uns que em outros, revelando-se mesmo, ás vezes, por um ligeiro ardor, existe.

Tivemos occasião de assistir, diversas vezes, á applicação da electrolyse convencendo-nos da veracidade d'esse facto, que o cirurgião sério não occultará.

As nossas observações, 12.<sup>a</sup>, 14.<sup>a</sup>, 9.<sup>a</sup> e muitas outras, prôvão evidentemente a verdade da nossa asserção. Em umas, notamos que os doentes accusavão muita dôr; em outras, a dôr era insignificante, é verdade, e supportavel, mas existia, dependendo isso da maior ou menor irritabilidade da urethra.

Comparando ainda os dous methodos, electrolyse e urethrotomia interna, sob o ponto de vista da dôr, notamos que a primeira não leva vantagem á segunda; porquanto se a dôr é um accidente constante na urethrotomia interna, é sempre mais ou menos supportavel, e hoje com o emprego de injecções intra-urethraes de chlorydrato de cocaina, póde-se dizer que tal accidente não existe na urethrotomia interna.

Diversas vezes, vimos empregar o chlorydrato de cocaina e nós mesmos o empregamos com excellente resultado no doente da observação 5.<sup>a</sup>, não accusando elle dôr alguma.

Quando a electrolyse é executada com proficidencia e prudencia não dá logar ao corrimento sanguineo, como acontece com a urethrotomia interna; porém n'esta é sempre insignificante, mui raramente

merecendo séria atenção, e isto mesmo quando a incisão é feita na parede inferior.

Quando o corrimento apparece após a electrolyse, é elle devido á pressa e irreflexão do operador que precipita a operação, obrigando o instrumento a actuar mecanicamente.

É o unico ponto em que a electrolyse *parece* levar vantagem á urethrotomia interna, porém a insignificancia do corrimento sanguineo n'esta ultima não autoriza a consideral-a inferior a aquella.

Quanto aos outros accidentes, febre urethral, urethrite, etc., são communs a ambas.

A cicatriz da electrolyse não é mais molle nem menos retractil; não é, portanto, melhor que a da urethrotomia.

Quanto ás reincidencias, são observadas tanto n'uma como na outra, porém na electrolyse mais vezes e em mais curto espaço de tempo.

O cirurgião sério e sincero não garantirá nunca a cura radical e sem accidentes de um estreitamento organico da urethra, *réclame* ambicioso de seus entusiastas apaixonados.

Geralmente os doentes electrolysados se queixão durante os primeiros dias da operação de um corrimento fetido que lhes mancha as ceroulas e fraldas da camisa e que muito os incomoda. Esse corrimento se acha ligado á eliminação da eschora formada á custa da acção caustica do electrolyso.

A eliminação da eschara se dá no fim de 6 a 8 dias, sendo seguida da cicatrização. Na urethrotomia a cicatrização é mais rapida e não ha esse corrimento fetido.

Comparemos agora o electrolyso de Jardin, aquelle que é hoje quasi exclusivamente empregado, com o urethrotomo de Maisonneuve e vejamos por este lado as vantagens de um e outro d'esses processos.

Emquanto que a urethrotomia de Maisonneuve é praticada com um instrumento simples, seguro, portatil e barato; a electrolyse exige, além do electrolyso, um apparelho electrico sem o qual não poderá funcionar, obrigando portanto o operador ou operando a dispendios onerosos que o doente será obrigado a retribuir ao

operador além da recompensa de seu trabalho; é pois uma operação da aristocracia e incompatível com a pobreza.

A questão pecuniaria não prevaleceria se realmente a electrolyse apresentasse vantagens nos seus resultados; porém essas vantagens são mais fictícias do que reais. Por esse lado, pois, a urethrotomia leva vantagem ainda á electrolyse.

Demais, uma operação d'essa ordem nem sempre poderá ser feita no consultorio, como também não será fácil nem commodo ao operador conduzir, além do instrumento de Jardin, um apparelho electrico (geralmente o de Gaiffe) do seu consultorio á residencia do doente que reclama a sua intervenção prompta.

Supponhamos mesmo que o doente venha ao consultorio, que o cirurgião tenha disposto tudo para operar, porém a machina por um motivo qualquer não funciona, o cirurgião não poderá praticar a operação, e esse facto muito influirá no espirito do doente, em prejuizo da reputação professional do operador. E se houvesse urgencia, quaes não serão o embaraço do cirurgião e prejuizos para o doente?

Além de todos esses inconvenientes, requer a electrolyse um certo numero de ajudantes, enquanto que para a urethrotomia interna um só basta ou nenhum mesmo. Nós praticamos a urethrotomia de Maisonneuve no doente da observação n.º 5, sem o auxilio de pessoa alguma; o proprio doente nos ajudou, tendo nós feito préviamente uma injeção intraurethral de chlorydrato de cocaina a 5 %.

Para que, pois, preterir um methodo simples, seguro e effcaz, que não apresenta esses inconvenientes, por outro tão exigente e cujos resultados são iguaes ou inferiores aos da urethrotomia?

Os dous primeiros tempos da operação na electrolyse como na urethrotomia em nada differem.

Levado, porém, o urethrotomo electrolytico até o ponto coarctado, o operador faz funcionar a machina electrica, exercendo certa pressão sobre o botão marfinico do urethrotomo. É n'este tempo da operação que o operador tem necessidade de concentrar toda sua attenção, no doente, no urethrotomo e no apparelho

electrico, para observar os phenomenos experimentados por aquelle, os progressos da operação e o funcionamento regular do apparelho electrico.

Este ultimo facto é de muita importancia na electrolyse; porquanto, attendendo á natureza da eschara especial a cada pólo da pilha, não é indifferente ao operador applicar ao urethrotomo o reophoro positivo ou negativo, revertendo a sua má applicação em prejuizo do doente.

Descrevendo o processo operatorio vimos tambem, que, o operador tem necessidade de attender antes de operar á orientação da agulha que existe na tampa do apparelho de Gaiffe.

Orientada a agulha não é indifferente ao operador o numero de elementos a funcionar; de ordinario, quando a machina funciona bem 16 elementos bastão, porém ás vezes são precisas mais outras vezes menos, attendendo á sensibilidade electrica do doente.

Muitas vezes os doentes se queixão durante a operação da sensação de ardor ou queimadura na perna esquerda onde se applica o electrodo positivo, ou na urethra; e n'esta ultima, temos visto diversos doentes accusarem dôr intensa. Ainda ha poucos dias (Junho de 1886) assistimos o Snr. Barão de Saboia praticar essa operação, accusando o doente muita dôr; a machina funcionava com 16 elementos.

Para avitar a acção caustica do pólo positivo sobre a pelle da côxa é preciso o operador trazer sempre a placa humedecida.

Quando o estreitamento é pouco extenso o instrumento de Jardin vence-o rapidamente; se, porém, é extenso, antigo e fibroso, o cirurgião se verá na contingencia de prolongar a sessão ou mesmo addiar a terminação da operação para outra sessão.

Temos visto estreitamentos vencidos pela electrolyse em segundos e minutos.

Em um operado do Snr. Barão de Saboia (1884) a sessão durou 35 minutos.

Após a operação o operador deve se abster da passagem de uma sonda volumosa, que póde arriscar o doente a uma hemor-

rhagia mais ou menos intensa, seja pela distensão das paredes do canal, seja pelo destacamento de uma eschara; ao passo que tal corrimento não se dá como consequencia da sondagem nos outros methodos.

Além de que a sondagem na urethrotomia e divulsão tem a dupla vantagem de, evacuando o reservatorio urinario, evitar o contacto da urina com a solução de continuidade e dar sahida ao sangue que possa ter ido á bexiga e que se altera facilmente em contacto com a urina.

Acontece ás vezes que a passagem da sonda após a electrolyse torna-se impossivel, em virtude de espasmos do canal, facto que sóe acontecer, durante a operação com o proprio electrolyso, tornando-se mesmo necessario o emprego dos anesthesicos para retirá-lo.

Nos estreitamentos pouco extensos a electrolyse póde até certo ponto rivalisar com a urethrotomia; nos casos, porém, de estreitamentos extensos, antigos e fibrosos, esta ultima é mais rapida e segura.

Como vimos, nos estreitamentos infranqueaveis, a urethrotomia de Maisonneuve torna-se impraticavel, pela impossibilidade da insinuação da véla conductora; pois bem, d'esse mesmo inconveniente se resente a electrolyse de Jardin, que para ser praticavel exige a intervenção do electrolyso de Mallez; apresentando, além de outros, o inconveniente da necessidade de duas operações.

Demais, quando se pratica a electrolyse, a lamina do urethrotomo electrolytico não chega á extremidade vesical do catheter, é necessaria, pois, para que a lamina transponha o estreitamento, que a extremidade do catheter o tenha transposto; ora não sendo necessario intervenção urgente, não se tratando de um estreitamento extenso, antigo e fibroso, nenhuma vantagem apresentaria a electrolyse senão a de satisfazer a vontade de um doente, que mostrando confiança n'esse methodo, o pedisse; porquanto a dilatação que deve ser tentada póde n'esses casos dar resultado.

Estabelecendo, pois, parallelo entre urethrotomia interna e electrolyse notamos que a unica vantagem da segunda sobre a

primeira, é a ausencia do corrimento sanguineo, quando bem praticada. Se, porém, attendermos á insignificancia do corrimento sanguineo na urethrotomia essa vantagem desaparece.

Em conclusão, a electrolyse pelo processo de Jardin, é uma operação que poderá ser praticada, nos casos de estreitamentos pouco extensos, nos que não exigem intervenção prompta e segura, nos casos em que operações sangrentas anteriores tenham produzido hemorragias sérias, por idiosyncrasia individual, nos individuos nervosos e pusilanimes, á quem o mais leve corrimento sanguineo impressiona; porém, não é uma operação que mereça as glorias que lhe attribuem os seus entusiastas, em detrimento da urethrotomia de Maisonneuve.

De bom grado, pois, confessamos que preferimos ter ao nosso lado o modesto urethrotomo de Maisonneuve ao aparatoso instrumental de Jardin.

#### Ligeiras considerações sobre o novo electrolyso

O Snr. Dr. Figueredo de Magalhães apresentou ultimamente um novo electrolyso, engenhosa modificação sua, mas de manejo um tanto difficil e complicado.

O seu instrumento consta de uma véla conductora como o de Jardin, de uma sonda protectora e de dous mandarinis que se movem por dous parafusos situados na extremidade externa do instrumento, onde tem uma peça de marfim destinada a servir de ponto de apoio aos dedos do operador. Um dos mandarinis apresenta duas laminas articuladas na extremidade vesical do instrumento. Essas duas laminas são situadas mui proximo da extremidade vesical do novo electrolyso.

N'esse mesmo instrumento se póde substituir a véla conductora por uma oliva, tornando o instrumento inteiramente semelhante ao de Mallez, prestando-se assim á cauterisação circular.

O novo electrolyso é introduzido desarmado na urethra, armando-se na occasião de funcionar por manobras ligadas ao seu mecanismo, emquanto que o de Jardin é introduzido armado.

A haste do novo electrolyso é constituida pela junção de

duas hastes frageis e delgadas, enquanto que a do de Jardin é relativamente solida.

As duas laminas, tambem, do novo electrolyso são delgadas e frageis relativamente á lamina do urethrotomo electrolytico de Jardin, que é constituída por uma peça unica e fixa na extremidade vesical da haste.

Para que se ponha a lamina urethrotomica do novo electrolyso em relação com o estreitamento é necessaria uma série de manobras cautelosas e muita attenção, ao passo que no de Jardin basta o escorregamento prudente do urethrotomo no sulco do catheter, para que a lamina se vá pôr em contacto com o tecido strictural, além de que a passagem da lamina do meato até o ponto estreitado não apresenta inconveniente, desde que o apparelho electrico não funcione.

Vencido o estreitamento com o novo electrolyso, a parte metálica do instrumento é retirada, ficando a sonda protectora para dar passagem á urina contida na bexiga.

O apparelho electrico completa o instrumental do Sr. Dr. F. de Magalhães.

Tratando da electrolyse de Jardin, accusamos esta operação de apparatusa e exigente, pois bem, o novo electrolyso, em lugar de simplificar a operação, vem ao contrario difficultal-a, accrescentando ao aparato e exigencias da primeira, a complicação e falta de segurança do novo electrolyso, que ainda em relação aos resultados da operação em nada é superior ao de Jardin.

Quanto á sonda que fica na urethra, após a retirada do urethrotomo, com o fim unico de evacuar as urinas, sem as manobras do catheterismo, tambem não consideramos vantagem, porque após a electrolyse de Jardin o catheterismo não é inconveniente, desde que seja feito com attenção e com sondas de pouco calibre.

Com o novo electrolyso o Sr. Dr. F. de Magalhães ataca a parede superior ou inferior, porém é sobre esta última que elle opéra de preferencia, pelo facto, diz elle, de ser sobre esta parede que geralmente se assenta o tecido pathologico que constitue o estreitamento.

Porém, quer o Sr. Dr. F. de Magalhães actúe com o seu novo electrolyso sobre a parede superior ou inferior, o seu electrolyso destróe o tecido pathologico, extirpa-o, cura emfim o estreitamento radicalmente? Não; como na electrolyse de Jardin, abre simplesmente caminho ás urinas, restitue-lhe o seu calibre normal, produz uma cura relativa que, sem o auxilio da dilatação subsequente pela passagem da sonda, necessariamente desaparecerá, como acontece á electrolyse de Jardin e a todos os outros methodos.

Nos casos de estreitamentos infranqueaveis á véla capillar, depois de tentativas repetidas e quando a urethrotomia externa parece indicada, o Sr. Dr. F. de Magalhães applica a oliva á extremidade vesical do instrumento, pratica a cauterisação circular, retira o instrumento e procura insinuar a véla conductora. Conseguindo insinuar a véla, adapta-lhe o seu urethrotomo e pratica na mesma sessão a cauterisação linear.

Ora, ainda aqui, o primeiro tempo da operação, ou antes, na primeira operação a oliva não é guiada, caminha por assim dizer, ás cegas, podendo produzir caminhos falsos, perfuração da urethra, etc.; está, pois, nas mesmas condições que o electrolyso de Mallez.

Além d'isso, o Sr. Dr. F. de Magalhães retira o seu instrumento para depois proceder á insinuação da véla conductora, applicação do electrolyso e cauterisação linear consecutiva.

Em que consiste, pois, a vantagem do novo electrolyso, ainda, n'estes casos? Sómente na articulação da oliva e da véla no mesmo instrumento, podendo este servir para as duas cauterisações, circular e linear. Porém, constituirá esse facto vantagem para o novo processo? Não, porque o mesmo tempo que se levasse, por exemplo, em desatarrachar a oliva e atarrachar a véla conductora, se levaria tambem para mudar o reophoro negativo do instrumento de Mallez para o de Jardin, que apresenta a vantagem de ser um instrumento relativamente solido e de manejo muito mais simples, dando os mesmos resultados.

Em conclusão, para nós, a electrolyse não merece confiança alguma como meio therapeutico no tratamento das coarctações urethraes; e se ella conta apologistas entre nós, tambem encontra

cirurgiões sérios e desapaixonados que a apreciação, sem lhe attribuir as glórias immerecidas que lhe dão os seus entusiastas.

## ARTIGO 5.º

### Dos meios brandos.

#### DA DILATAÇÃO TEMPORARIA.

« A dilatação é um methodo de tratamento tão antigo como a cauterisação, e que deveis ter sempre presente no espirito para empregal-o já como meio geral e preferivel a todos os outros, já como meio necessario e complementar de todos os meios conhecidos. » (Barão de Saboia, *Clinica cirurgica*, pag. 507).

Quatro methodos principaes comprehende a dilatação : dilatação permanente ou vital; dilatação progressiva, lenta ou rapida; dilatação forçada e dilatação instantanea ou divulsão.

Sobre estas duas ultimas já emittimos o nosso juizo, cabe-nos analysar n'este artigo os dois primeiros.

#### DILATAÇÃO PERMANENTE OU VITAL.

Consiste este methodo na passagem de uma véla ou sonda atravez do estreitamento e em relação com a capacidade d'este, percorrendo toda a uréthra até á bexiga, ficando permanente o tempo sufficiente para que fique frouxa no ponto correspondente ao estreitamento, 2, 4, 5 ou 8 dias são geralmente sufficientes.

A sonda n'este processo exerce uma acção modificadora sobre o tecido pathologico, que constitue o estreitamento, determinando em primeiro lugar como corpo extranho a inflammação do canal da urethra, estabelecendo-se em seguida uma certa tolerancia do canal.

A principio a véla ou sonda insinuada determina espasmos das fibras contracteis do canal, porém no fim de certo tempo essas fibras como que se fatigão, se relaxão e os espasmos desapparecem, permittindo a passagem de uma outra véla mais calibrosa.

Analysando este processo, vemos que o tempo de tratamento exigido pela operação é excessivamente longo, e seria muito raro

que um doente se sujeitasse a elle sem se desanimar. É quando mesmo o doente se sujeitasse a elle, desde que o canal permitisse a passagem de uma véla mais volumosa, difficilmente se resignaria á sua permanencia, sendo, então, o operador obrigado a recorrer á dilatação temporaria progressiva para terminar o tratamento.

Demais, o doente difficilmente supportaria tanto tempo a permanencia da sonda, que irrita as paredes da urethra, determinando dôres mais ou menos intensas, accidentes nervosos, etc.

A permanencia da sonda, que, insinuada, tem chegado á bexiga e alli fica a demora horas e mesmo dias, irrita o collo e a propria bexiga, determinando a inflammação d'esses orgãos, inflammação que se póde propagar pelos urétheres aos proprios rins, determinando phenomenos inflammatorios ainda mais graves d'esses orgãos.

Os espasmos do canal provocados pela permanencia da sonda são ás vezes muito pronunciados, exercem stricção sobre a sonda, podendo d'esse modo impedir a micção, sendo, então, o operador obrigado a retirala.

Os mesmos accidentes e complicações da dilatação temporaria aqui se apresentam, porém, mais sérios.

A dôr, a cystite, a urethrite intensa, a orchite, a epydidimite, a erysipella, a febre urethral, a excitação nervosa, etc., tal é o cortejo de accidentes e complicações sérias da dilatação vital.

Compreende-se que os accidentes e complicações sérias determinados pela passagem com demora momentanea da sonda, na dilatação temporaria, e que obrigão o operador a esperar ou lançar mão de outro methodo, aqui augmentão de intensidade e gravidade, com a permanencia da sonda no canal, por espaço de dias.

Não tanto pelo tempo, porém, mais pela gravidade dos accidentes e complicações que a acompanhão, a dilatação vital é hoje uma operação felizmente abandonada; e unicamente empregada em certos casos como meio preparatorio para as operações rapidas.

Comquanto a sonda na dilatação vital seja mais tolerada pelos doentes do que os divulsores na divulsão, contudo esta restitue á uréthra o seu calibre normal em menos tempo, e não faz o doente

passar pelos soffrimentos atrozes da dilatação vital. Não nos consta que cirurgião algum entre nós se tenha lembrado de empregar um meio tão demorado e barbaro no tratamento das coarctações urethraes.

Ainda que consideremos a divulsão um meio perigoso e de resultados inferiores aos da urethrotomia de Maisonneuve, contudo a julgamos superior e preferivel á dilatação vital, da qual nunca nos lembraremos como meio de tratamento dos estreitamentos da urethra.

#### ARTIGO 6.º

### Da dilatação temporaria progressiva

O estreitamento de urethra sendo uma affecção chronica requer um meio de tratamento tambem chronico.

A dilatação temporaria estaria n'esse caso, seria mesmo o unico meio racional de tratamento nas coarctações urethraes, se não fosse ella tambem seguida de accidentes e complicações sérias que obrigão o operador a interromper o tratamento ou a abandonal-a; porquanto é um meio brando que restitue á urethra o seu calibre normal, exercendo ao mesmo tempo uma acção benefica, modificadora e physiologica sobre o tecido do estreitamento.

Essa acção dynamica e modificadora das sondas ou vélas sobre o tecido estríctural se revela a principio por espasmos seguidos de inflammação, tornando molle o tecido pathologico que constitue o estreitamento; a suppuração da mucosa se estabelece, a absorpção dos elementos do estreitamento se faz, os elementos contracteis se atrophião e o estreitamento desaparece. (Th. Voilemier).

Em todos os methodos de tratamento das coarctações urethraes, a dilatação entra como complemento e é a unica operação capaz de restituir á urethra o seu calibre normal, sem auxilio de outra.

É um processo simples e até certo ponto innocuo, quando as sondas de gomma ou metallicas são gradual e docemente insinadas no canal, sem determinar traumatismos.

Se bem que seja um dos bons meios de tratamento das coarctações urethraes, não devemos nos lembrar d'ella nos casos urgentes, porque é um processo muito demorado, nem nos estreitamentos difficilmente franqueaveis, antigos e resistentes, em que a dilatação, tendo chegado a um certo gráo, torna-se impotente, obrigando o cirurgião a recorrer a um dos meios rapidos.

« Comquanto M. Curtis (these 1873) interno do professor Guyon dê como média de duração 28 dias, e Monod e Sigond 18 a 24 dias, o que é certo é que o tratamento de um estreitamento pela dilatação temporaria progressiva parece mais longo do que elles dizem 6 a 8 semanas, se o estreitamento não é muito pronunciado e duro, tres e mais mezes se é estreito e resistente (Gosselin, *Clinique chirurgique de la Charité*). »

Estamos de accordo com a opinião racional d'este distincto professor e temos uma confirmação perfeita do nosso modo de pensar na nossa 16.<sup>a</sup> observação; o doente entrou para a 9.<sup>a</sup> enfermaria de cirurgia a 8 de Abril e pediu alta a 7 de Junho, com o tratamento incompleto, já se sentia fatigado; e realmente 2 mezes no leito de um hospital, para um simples estreitado, já é muito tempo, sem fallar nos accidentes e complicações que de quando em vez lhe sobrevinhão.

O emprego d'esse processo na clinica hospitalar, onde o desvalido tem por estrellas, esperanza e resignação, o emprego d'esse processo é possivel e facil; porém, na clinica civil seria difficil que um doente se sujeitasse a um processo penoso e tão demorado, além de que o proprio cirurgião se fatigaria.

Ainda mais, a demora na remoção do obstaculo póde trazer, como consequencia a cystite e complicações inflammatorias para os rins ou estas se aggravarem, dado o caso de já existirem.

A sensibilidade do canal se exalta pela passagem quotidiana da sonda.

O doente é ás vezes atormentado por vontade frequente de urinar.

De ordinario, no decurso do tratamento pela dilatação temporaria progressiva, um accesso de febre, orchite, accidentes ner-

vosos sobrevem, o repouso torna-se necessario e os beneficios do tratamento anterior desaparecem, sendo preciso recomeçal-o; revertendo esse facto em prejuizo do doente.

E nós diremos, então, com M. Perrin (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865, pag. 171): *je vous l'accorde, la dilatacion ne tue pas les malades, mais elle les laisse mourir.*

Geralmente se inicia o tratamento com as sondas de gomme flexiveis, terminando-se a operação com as sondas de Beniqué, que actuão por seu proprio peso e apressão a dilatação do canal.

Comquanto as sondas de gomme sejam instrumentos quasi inoffensivos, comtudo a sua introduccão em um canal tão sensivel como é a urethra, irrita esse canal, determinando a orchite, a epydidimite, a erysipella e mais frequentemente a febre urethral, que impedem a continuacão do processo, obrigando o operador a terminar o tratamento com a dilataçãõ progressiva rapida, se elle já tem conseguido passar uma sonda n.º 12 ou 14 (Charrière); ou a recorrer a um dos meios rapidos, embora a dilataçãõ temporaria tenha prestado serviços no principio do tratamento.

A passagem frequente da sonda de gomme ou metallica tem ainda o inconveniente de irritar as paredes do canal, produzir ulceracões do canal, e augmentar o estado inflammatorio da bexiga que, de ordinario, já existe com o estreitamento; produzindo ás vezes mesmo corrimento sanguineo proveniente de traumatismos determinados pela ponta da sonda sobre a mucosa da bexiga.

Assim, pois, pensamos que, apezar de todos esses inconvenientes que apresenta a dilataçãõ temporaria e que são communs a todas as outras, a dilataçãõ temporaria deve ser tentada, e deveria ser a unica operação para o estreitamento organico da urethra se podesse ser generalisada.

D'entre os meios brandos é o melhor processo e do qual o cirurgião não póde prescindir, como complemento dos meios rapidos, para garantir a conservacão do calibre normal da urethra; prestando assim relevantes serviços nos casos de individuos pusilanimes, nos quaes a simples idéa de uma operação rapido desperta o terror.

Nos estreitamentos resistentes, mas difficilmente franqueaveis, nos do meato externo, nos peneanos, etc., a dilatação temporaria é contraindicada.

As reïncidencias após a dilataçào temporaria progressiva são menos frequentes e rebeldes a um novo tratamento do que as que succedem aos meios rapidos, e isto se explica pela modificação impressa pela sonda ao tecido do estreitamento.

Os seus accidentes, comparados aos da dilataçào vital, são muito attenuados.

Quer a febre como manifestação geral, quer as complicações inflammatorias locaes determinadas pela irritação produzida pela sonda, quasi sempre se apresentam tornando incompativel a dilataçào temporaria.

Quando após o catheterismo, no decurso do tratamento, sobrevem a febre complicando o estado do doente, o dever do operador é suspender o tratamento por alguns dias para attender ao estado febril.

A dôr, na verdade, é geralmente pouco intensa e a urethra como que se habitua á impressào da sonda; porém, casos ha em que a dôr augmenta pela irritação do canal.

Quanto á hemorrhagia, conquanto pouco intensa, contudo tem sido observada.

Nos poucos casos que acompanhamos, nunca a observamos, a não ser algumas gottas de sangue que não merecem os fóros de hemorrhagia.

A urethrite é constante e mais ou menos intensa.

São, porém, a orchite, a epydidimite, a erysipella e a febre urethral que geralmente embaraçào o operador obrigando-o a uma intervençào prompta.

O mais ligeiro catheterismo basta, ás vezes, para determinar uma reacção febril intensa precedida de calafrio tambem intenso, obrigando o operador a abandonar a dilataçào temporaria e a recorrer a um meio rapido para tratar do seu doente.

De um lado, a acção dynamica, dosada e modificadora da sonda ou véla sobre o tecido do estreitamento, tornando as suas

reincidências menos frequentes e rebeldes; de outro, a atenuação de seus accidentes em grande numero de casos, são factos **suffi-**cientes para recommendar este processo á attenção do cirurgião.

Nós não trepidaremos em lançar mão d'este processo, todas as vezes que o estreitamento fôr simples, facilmente franqueavel, pouco resistente e não complicado de fistulas, abcessos urinosos, cystites, etc.

É impossivel estabelecer-se parallelo entre a urethrotomia interna e dilatação temporaria, porquanto são duas operações que se auxilião mutuamente.

Quando a dilatação temporaria progressiva é indicada, os seus resultados são magnificos, se se attender aos seguintes preceitos: 1.º, a insinuação da sonda deve ser feita com brandura e sem precipitação; 2.º, o contacto da sonda com as paredes urethraes não deve ser muito demorado, não devendo mesmo exceder de meia hora, quando muito; 3.º, espaçar os intervallos da sonda ou véla; 4.º, augmentar progressivamente o calibre normal da sonda, attendendo ás sensações experimentadas pelo doente e ao seu estado geral.

Nos estreitamentos infranqueaveis á vela capillar, um excellente meio de que o cirurgião deve lançar mão é: introduzir uma véla mais calibrosa procurando com ella dilatar o orificio interno da coarctação; conseguido isto, a insinuação da véla capillar torna-se facil, permanecendo no canal o tempo que o operador julgar necessario, passando nos dias subsequentes sondas ou vélas mais e mais calibrosas.

Sóe acontecer, porém, que em uma das sessões, o estreitamento não deixa passar uma sonda ou vela mais calibrosa do que a que o operador tinha passado na sessão precedente, então, o cirurgião insinua de novo esta ultima, deixá-a demora por meia hora, e em seguida insinua a mais volumosa; é uma pratica que ás vezes dá resultado.

Desde que a coarctação deixa passar uma sonda n.º 12 ou 14 (Charrière) é de toda a conveniencia apressar a operação-lançando mão das sondas de Beniqué; é um preceito que dá ex,

cellentes resultados, evitando-se muito dos inconvenientes da dilatação temporaria.

Alguns cirurgiões aconselham a dilatação temporaria, como meio preliminar da urethrotomia interna, com o fim de insensibilisar o canal da urethra; porém, se isso se dá porque não continual-a? E se o contrario acontece, a urethrotomia praticada depois poderá ser accusada de accidentes devidos á dilatação prévia.

A dilatação temporaria não cura radicalmente o estreitamento organico da urethra, está sujeita aos mesmos accidentes e complicações das outras operações e como estas ainda sujeita ás reincidencias se o doente abandonar a sonda para conservação do calibre da urethra.

Entretanto, pesando as suas vantagens e desvantagens não podemos deixar de consideral-a um excellente meio de tratamento das coarctações urethraes, que, como os outros methodos, se não cura radicalmente, espaça as reincidencias.

O proprio M. Perrin, accusador acerrimo da dilatação, diz no *Bulletin de Chirurgie*, 1865: — cependant pour être juste il convient d'ajouter que, dans la grande majorité des cas, ce qui est a craindre n'arrive pas et le patient, après six semaines, deux mois, trois mois de traitement, quelquefois plus, quelquefois moins, sort de l'hospital, guéri.

Emittido o nosso juizo sobre os meios brandos, damos por terminada mais esta tarefa imposta pelo regulamento da Faculdade, levando comnosco a satisfação de havermos aprendido o que não sabiamos, e a esperança e boa vontade de aprendermos o que porventura não soubermos.

# PROPOSIÇÕES

---

## SCIENCIAS ACCESSORIAS

### Cadeira de phisica medica

(DA ELECTROLYSE MEDICO-CIRURGICA)

#### I

A palavra *electrolyse* foi creada por Faraday.

#### II

Ás celebres experiencias de Davy e Dumas se deve o conhecimento da acção chimica das correntes continuas sobre os tecidos.

#### III

Como resultado de seus estudos Ciniselli (de Cremona) dividiu a galvano-caustica em: *thermica* e *chimica* — sendo esta ainda dividida em: *acida* ou *positiva* e *alcalina* ou *negativa*, e a que tem tido applicação lacta em grande numero de affecções medico-cirurgicas, ultimamente.

### Cadeira de chimica medica e mineralogica

#### I

O mercurio (*hydrargyrium*) póde ser encontrado no estado nativo, porém é do sulfureto de mercurio que se o extrahe geralmente.

#### II

É o unico metal liquido; é volatil em todas as temperaturas.

#### III

O chloro, o bromo, o iodo, o enxofre e o phosphoro com elle se combinão mesmo a frio, dando compostos, dos quaes, o chlorureto e o iodureto mercuricos são os mais importantes sob o ponto de vista medico.

## Cadeira de chimica organica e biologica

(PILOCARPINA E SEUS SAES)

### I

Pilocarpina é um alcaloide que se extrahe das folhas e cascas do jaborandi (*Pilocarpus Pinnatus* ou *Pinnatifolius* da familia das Rutaceas).

### II

O chlorydrato de pilocarpina em injeccões hyppodermicas é o sudorifico mais prompto e energico de que dispõe a therapeutica.

### III

Pela sua acção sialagoga, tanto a pilocarpina como o jaborandi são perigosos nas crianças.

## Cadeira de botanica e zoologia medicas

(DA FECUNDAÇÃO CRUZADA NAS PLANTAS)

### I

Dá-se o nome de fecundação cruzada nas plantas, ao acto da fecundação de uma planta pelo pollen transportado de outra.

### II

Póde-se dar achando se uma planta a grande distancia da outra.

### III

Os insectos, o ar e a agua taes são os agentes, geralmente, conductores do pollen fecundante.

## Cadeira de pharmacologia e arte de formular

(ESTUDO PHARMACOLOGICO DAS QUINAS E SEUS ALCALOIDES)

### I

As quinas são plantas da familia das Rubiaceas, do genero einchona, de onde se extrahem alcaloides de grande utilidade em medicina, dos quaes o mais importante é a quinina.

### II

Emprega-se a quina, em pó, tintura, xarope, extracto, vinho e decocção.

### III

A quina e os sães de quinina são os medicamentos por excellencia nas affecções palustres.

## Cadeira de medicina legal e toxicologia

(DAS PROVAS DE VIDA EM MATERIA DE INFANTICIDIO)

### I

Em materia de infanticido, o exame dos pulmões, do cordão umbelical e a maior ou menor mobilidade e acavalgamento dos ossos do craneo, fornecem elementos importantes de diagnostico ao medico-legista.

### II

O infanticidio póde se dar pela penetração de um instrumento perfurante e fino atravez das suturas ou fontanellas; desorganizando a massa cerebral.

### III

A docimasia pulmonar, como prova medico-legal, nem sempre é positiva.

## SCIENCIAS MEDICAS

### Cadeira de physiologia

(DA INNERVAÇÃO CARDIACA)

#### I

O coração é innervado pelo grande sympathico e pneumogastri-  
trico.

#### II

O grande sympathico accelera os batimentos cardiacos, o pneu-  
mogastriico modera-os.

#### III

Da combinação d'essas duas acções oppostas resulta o rythmo  
cardiaco.

### Cadeira de pathologia geral

(DA FEBRE)

#### I

A febre é um estado morbido caracterizado pela elevação de  
temperatura acima do maximo physiologico.

#### II

A frequencia do pulso nem sempre acompanha a reacção febril  
na sua marcha.

#### III

É um symptoma commum a diversas affecções.

## Cadeira de pathologia medica

(BERI-BERI)

### I

O beri-beri é uma molestia infecciosa, apyretica, caracterizada principalmente, ora por paralysis, ora por hydropesia, ou por paralysis e edema concumitantes.

### II

Tres são as fórmulas clinicas de beri-beri: paralytica, ædematosa e mixta.

### III

Na fórmula paralytica, a mais benigna, a strychnina e as correntes electricas são de grande proveito e na ædematosa, os drasticos e diureticos.

## Primeira cadeira de clinica medica

(DO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DAS PYREXIAS PALUSTRES)

### I

No diagnostico das affecções palustres, o lugar de habitação ou permanencia e a congestão de figado o baço, são elementos importantissimos.

### II

Em caso de duvida, o sulfato de quinina é a pedra de toque.

### III

A um individuo encontrado comatoso, com o figado e baço augmentados de volume, deve-se dar sulfato de quinino, suspeiando-se sempre um accesso pernicioso.

## Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

(ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS DO BERI-BERI)

### I

Das analyses de Scherlée, Reiche, resulta que ha diminuição no numero de globulos sanguineos do beriberico e augmento de certos principios, taes como: sães calcareos, magnesianos e acido sulfurico.

### II

O beri-beri é uma molestia que não se caracteriza por lesão alguma, a multiplicidade é o seu caracter constante.

### III

É uma molestia caracterisada, ora por uma perturbação vasomotora, ora por uma perturbação cerebro-spinal, ou por ambas conjunctamente.

## Cadeira de materia medica e therapeutica, especialmente brazileiras

(MEDICAÇÃO LACTEA)

### I

O leite é o typo mais completo do alimento physiologico; na sua composição figurão os elementos essenciaes á nutrição de nossos tecidos.

### II

É ao mesmo tempo alimento e medicamento e facilmente absorvido.

### III

A dieta lactea esclusiva é um meio heroico no tratamento das ulceras do estomago e intestinos, nas gastro-enterites; nas affecções organicas da coração, nas nephrites e nas cirrhoses hepaticas com hydropesia.

## Cadeira de hygiene e historia de medicina

(DAS CONDIÇÕES QUE EXPLICÃO A MORTALIDADE DAS CRIANÇAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO)

### I

As más condições do organismo dos progenitores explicão até certo ponto, o avultado numero de crianças nascidas mortas no Rio de Janeiro.

### II

Dentre as causas que maior influencia exercem sobre a mortalidade das crianças, na cidade do Rio de Janeiro, sobresahe o aleitamento mercenario.

### III

A alimentação insufficiente, excessiva, impropria e inconveniente ás idades em que são dadas, a insolação, as mudanças rapidas de temperatura sobre a cabeça, são causas poderosas, que influem sobre a mortalidade das crianças no Rio de Janeiro.

## SCIENCIAS CIRURGICAS

### Cadeira de anatomia descriptiva

(ORGÃO CENTRAL DA CIRCULAÇÃO)

#### I

O coração é um musculo ôco e sui generis.

#### II

Apresenta quatro cavidades: duas auriculas e dous ventriculos.

#### III

É o orgão da impulsão sanguinea, e representa o centro da circulação.

## Cadeira de histologia

(DA CELLULOGENESIS)

### I

A cellula é o ponto de partida de todos os seres.

### II

Ninguem ainda definiu o verdadeiro processo genésico da cellula: a theoria dos blaslemas é obscura; a *de omnis cellula cellulã*, é um circulo vicioso.

### III

Quer o tecido pathologico, quer o normal, provém da cellula.

## Cadeira de pathologia cirurgica

(CARCINOMA)

### I

O carcinoma é um tumor maligno, constituido por um stroma fibroso, limitando alveolos, dentro dos quaes ha cellulas livres, geralmente polymorphas e um liquido mais ou menos abundante.

### II

Ha 5 especies de carcinomas: o fibroso (schirro), o encephaloide, o lipomatoso, o mucoso ou colloide e o melanico.

### III

Tem tendencia ao crescimento, a invadir os tecidos visinhos e reincide depois de extirpado.

# Cadeira de anatomia topographica e medicina operatoria experimental

(ESTUDO CRITICO DAS OPERAÇÕES RECLAMADAS PELO HYDROCELE)

## I

O Hydrocele é um tumor constituido por accumulo de serosidade entre a tunica vaginal e o testiculo.

## II

A punção com o trocater, seguida de injeções irritantes, é um meio palliativo e de resultados duvidosos.

## III

A incisão é o melhor meio de tratamento.

# Cadeira de obstetricia

(CAUSA DA MORTE SUBITA DURANTE O PARTO)

## I

A morte subita durante o parto é a morte sem prodromos que sorprehende a mulher, no trabalho do parto, ás vezes nas melhores condições de saude.

## II

Tem sido attribuida a lesões oro-valvulares, myocardites, kistos hydaticos do septo cardiaco, pericardite, ruptura do coração, hemorrhagias uterinas abundantes athromboses da arteria pulmonar, congestão e apoplexia pulmonares; a um envenenamento septicomico.

## III

Tem sido observada mais vezes durante epidemias puerperacs violentas.

# Primeira cadeira de clinica cirurgica

(ESTUDO COMPARATIVO DOS DIVERSOS METHODOS DE TRATAMENTO DOS ESTREITAMENTOS ORGANICOS DA URETHRA)

## I

A dilatação temporaria progressiva é, de todos os meios de tratamento das coarctações urethraes, o mais racional e brando, porém muito demorado, não podendo por isso ser generalizada.

## II

Nos casos urgentes a urethrotomia interna pelo processo de Maisonneuve, é preferivel a todos os outros methodos.

## III

Como meios rapidos, nem a divulsão, nem a electrolyse levão vantagem á urethrotomia interna.



# HIPPOCRATIS APHORISMI

## I

Mulieri sanguinem vomitionem regitante menstruis erumpentibus solutio contingit.

Sect. V. Aph. 32.

## II

Mulieri menstruis deficientibus sanguis ex nasibus profluens bono est.

Sect. V. Aph. 33.

## III

Mulieri utero gerenti si mamæ derepente gracilescent, abortionis periculum est.

Sect. V. Aph. 37.

## IV

Mulieri uterum gerenti, si lac copiosum e mammis effluat, fætum imbecillum indicat. Quod si solidæ mamæ fuerint, valentiorum fætum indicat.

Sect. V. Aph. 52.

## V

Si mulieri utero gerenti purgationes eant, fætus ut bené valeat fieri non potest.

Sect. V. Aph. 60.

## VI

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore neque febre succedente, ciborum vero fastidia ei accidant, gravidam esse existimato.

Sect. V. Aph. 61.



*Estã these está conforme os Estatutos.*

Rio, 20 de Julho de 1886.

*Dr. Brandão.*

*Dr. Crissiuma.*

*Dr. Francisco de Castro.*