

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DA CYSTOSTOMIA SUPRA-PUBIANA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA A'

Faculdade de Medicina e Pharmacia do Rio de Janeiro

Em 21 de Outubro de 1897

E DEFENDIDA

Em 18 de Janeiro de 1898

PELO

Dr. Antonio Tolentino

Natural do E. de Minas Geraes

Ex-Interno de Primeira Classe do Hospital da Santa Casa da
Misericordia do Rio de Janeiro

Filho legitimo de

Leonel Tolentino e D. Amélia Pereira Tolentino

TENDO SIDO APPROVADO PLENAMENTE

RIO DE JANEIRO

Typ. Leite, Gomes & C., rua Sete de Setembro, 51

1897

Faculdade de Medicina e Pharmacia do Rio de Janeiro

DIRECTOR — Dr. Rodrigues de Alvarenga.

VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.

SECRETARIO — Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

DRS.:

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira.....	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães.....	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme.....	Anatomia medico cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Operações e aparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré.	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga....	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junipr.....	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima.....	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro.....	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica opthalmologica.
José Benicio de Abreu.....	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade.....	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

DRS. :

1.ª secção.....	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2.ª »	Oscar Frederico de Souza.
3.ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4.ª »	Philogonio Lopes Utinguassu e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5.ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6.ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7.ª »	Bernardo Alves Pereira.
8.ª »	Augusto de Souza Brandão.
9.ª »	Francisco Simões Corrêa.
10.ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11.ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12.ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhes são apresentada

A MEUS PAIS

Seis annos lá se foram que, afastado do vosso lar, tentei longa viagem atravez dos vastos continentes da Medicina, tendo como meu guia o vosso exemplo de perseverança.

Investido hoje de honrosa missão, eu venho trazer-vos a minha these inaugural, que a vós toda pertence; acceitai-a como testemunho de minha eterna gratidão para comvosco, ungi-me com a vossa benção para que a humanidade encontre sempre em vosso filho um sacerdote sempre prompto a trazer-lhe o alivio.

Vosso filho obediente e reconhecido.

AOS MEUS IRMÃOS

Marcionillo Tolentino

E

Lincoln Tolentino

A Todos os Meus Parentes

MUITA AMIZADE

A' MEMORIA

DE MEU IRMÃO

Washington Tolentino

Nascido a 18 de Outubro de 1878

R

Fallecido a 20 de Janeiro de 1895

Já que o teu corpo cheio de vida eu não posso mais abraçar, que a tua alma contemple de lá a dôr que a tua ausencia imprime ao meu coração.

AO DISTINCTO PROFESSOR E BOM AMIGO

Dr. Marcos Cavalcanti

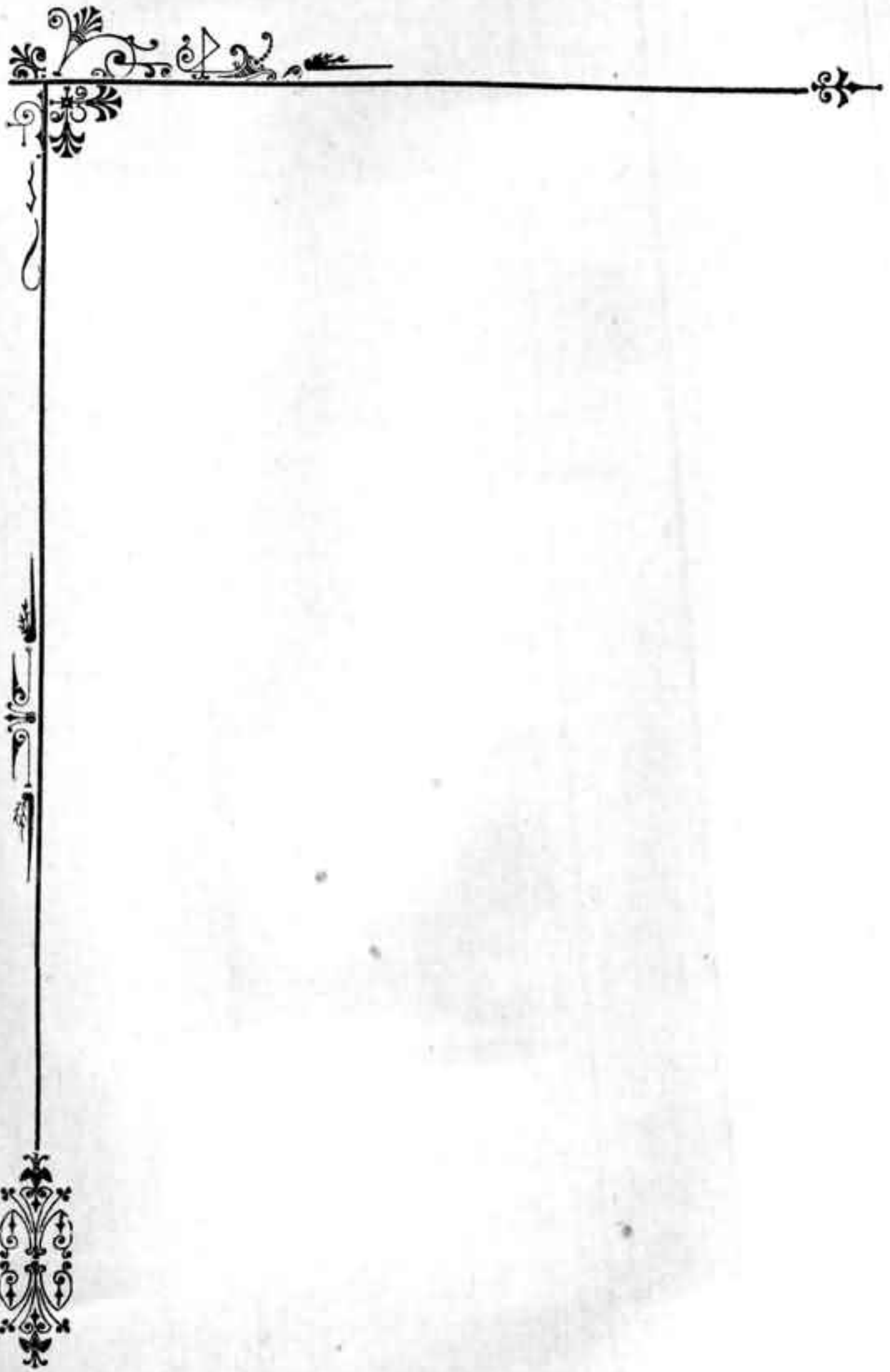
Tributo de gratidão

A todas as pessoas que me honram com
a sua amizade

LEMBRANÇA

Aos doutorandos de 1897.

FELICIDADES.



PREFACIO

Escrevendo para aprender, satisfazemos do mesmo golpe á exigencia regulamentar da Faculdade.

Ceutil de original sequer não indague o leitor encontrar no desenrolar das ideias a que a sua extrema benevolencia vai assistir.

Envidaremos sustentar, apenas, ideias todas por nós abraçadas.

Inutil se torna dizer que, com certeza, gravissimos defeitos eivão este despretençioso ensaio feito, Deus sabe como, durante os curtos intervallos que nos restavão das anlas, sob a influencia de um cerebro cançado, sobrecarregado de onerosos programas, lutando com difficuldades insupperaveis para quem é levado a escrever trabalho scientifico, sem bagagem apropriada.

Julgar-nos-hemos bem recompensados dos nossos esforços, se a critica memorar o quanto nos custa este penoso sacrificio e deixar passar indulgentemente aquillo que houver de desarrazoado. Que ainda a critica nos perdôe a ausencia de duas observações da clinica do Professor Bulhões, que, por falta extranha a nós, deixão de honrar as nossas modestas paginas.

DISSERTAÇÃO

CAPITULO I

INTRODUCCÃO

A cystostomia supra-pubiana é uma operação cujo fim é abrir na região hypogastrica uma via de derivação, permanente ou temporaria, para a urina (Félix Lejars). Esta ideia, comquanto pareça ser de data recente, comtudo não o é: ella já é uma applicação particular de um methodo muito geral de therapeutica operatoria, donde derivão o anus artificial, a urethrotomia externa, a cholecystotomia, etc. Em 1701 Mery punccionava a bexiga acima do pubis, nas retenções de urina em que se tornava impossivel o catheterismo, elle levava o seu trocater por um dos bordos dos musculos rectos e assim penetrava na bexiga.

Um pouco mais tarde J. L. Petit fazia publico que esta pratica era innocente, «era como um golpe de espada na agua». D'ahi tomou logar na pratica a punção vesical com trocateres de grosso calibre.

Em 1856 Sédillot praticava primeiro a cystotomia propriamente dita. Em um velho prostatico, cuja bexiga continha «gazes e quatro litros mais ou menos de sangue putrefeito» elle praticou a cystotomia su-

pra-pubiana : o doente se restabeleceu perfeitamente, conservando, porém, uma canula hypogastrica que o poz ao abrigo de novos accidentes de retenção (Sédillot — *Traité de Médecine Opératoire*, 1866, T. II; pag. 568). Depois d'elle, sobretudo depois que Perier imaginou a drenagem vesical por meio de dois tubos de drenagem dispostos em cano de espingarda, a cystotomia foi sendo cada vez mais applicada, tendo em vista a derivação das urinas. E' assim que Bæckel (de Strasbourg) publicou dois factos de talha hypogastrica praticada em prostaticos para remediar a accidentes de retenção (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884. pag. 95).

Em 1888 M. Rohmer (de Nancy) apresentava á Sociedade de Cirurgia (*Cystostomie sus-pubienne*, S. Médicale, 1888, pag. 249) uma observação do mesmo genero da que foi referida por Berger: tratava-se ainda d'um prostatico acommettido de retenção. M. Rohmer praticou a cystostomia supra-pubiana e, pelo catheterismo retrogado, collocou na urethra uma sonda de demora, que não ponde ser tolerada; elle procurou então crear uma fistula hypogastrica, deixando entre os labios da ferida uma canula metalica.

Desde 1887, em Montpellier, M. Tédenat (*Tédenat*, in *Forgue et Reclus — Traité de therap. chirurg.*, T. II, pag. 843) praticou a talha hypogastrica n'um prostatico, em cuja bexiga era impossivel levar uma sonda.

Em 1889 Richardson publicava um caso analogo. Billroth, Wolkmann, Guyon recorreram tambem ao mesmo processo em casos de hemorragias ligadas a neoplasmas vesicaes.

Mas, em summa, não erão estes factos mais que casos isolados, sem ideia therapeutica bem clara. E' aos Professores Poncet, na França e Mac-Guire, na America, em 1888, que cabe o merito de ter feito desta intervenção um methodo regular, de ter emittido as suas indicações, precisando a technica operatoria, emfim transformando a cystotomia em cystostomia, transformando em nova uma operação que data de muitos seculos.

A primeira cystostomia do Professor Poncet data do mez de Abril de 1888; no anno seguinte elle communicou cinco observações á Sociedade de Medicina de Lyon (4 de Fevereiro de 1889) e depois de ter estudado em uma serie de publicações a operação e as suas consequencias, elle expunha os beneficios do methodo ao Congresso de Cirurgia em 1892, baseando-se sobre 35 cystostomias; emfim, neste mesmo anno, no Congresso das Sociedades Sabias, elle se occupou da sorte ulterior dos cystostomizados.

Finalmente, a operação de Poncet teve a bôa fortuna de ter para seu promotor um illustre cystostomizado, M. Diday (de Lyon), o eminente e veneravel cirurgião da Antiquaille, operado a 23 de Dezembro de 1891 por M. Poncet, em presença do Professor Ollier, auxiliado pelos Drs. Doyon, Jaboulay e Orcel,

e muito satisfeito com o seu «meato hypogastrico». M. Diday estudou com o maior cuidado em si proprio o funcionamento d'este meato (Diday — Le méat hypogastrique à la suite de la taille sus-pubienne chez les prostatiques — Lyon méd., 17 mars 1892).

Não podemos furtar-nos ao desejo de, ao menos, trazer para aqui algumas palavras do illustre cirurgião: . . . « C'est donc un service à rendre surtout aux prostatiques qu'ont déjà effleurés les affres de la deuxième période, — et c'est un devoir pour celui qui peut le rendre, — de leur montrer par son propre exemple ce qu'est cette operation; quels en sont les bienfaits durables; comment, au prix fort peu onéreux de quelques simples précautions, opéré moi-même, il y a un an, sur le seuil de l'urgence, je me trouvais immédiatement affranchi des incessants ténesmes, de l'intolérable dysurie et aujourd'hui rendu au fonctionnement presque integral de la vie sociale telle qu'un homme de mon âge doit la concevoir et peut se flatter d'en jouir. . . De par la théorie comme de par le fait démontrée efficace l'operation peut donc se presenter avec confiance. Mais elle ne constitue pas seulement le meilleur remède: elle est l'unique. Ce qui doit être bien entendu et ne saurait être trop répété, c'est que pour les prostatiques parvenus à une certaine période, il n'y a pas à opter entre deux partis. Celui-là s'impose; sans lui, point de salut.

Doutez de ma parole? Faites l'expérience: telle

que je la conseille, vous le pouvez impunement...» Em Lyon M. Gangolphe tinha recorrido á urethra artificial no prostatico e mais recentemente Jaboulay propoz um processo particular de cystostomia. As mesmas pesquisas forão feitas na America e, facto curioso que demonstra o valor therapeutico da operação de Poncet, o Dr. Hunter Mac-Guire, de Richmond (Virginia) tinha igualmente pensado, desde o mez de Novembro de 1888, em remediar a certos accidentes pela criação de uma urethra artificial acima do pubis.

Seu primeiro trabalho sobre este assumpto foi communicado á Sociedade Medica de Virginia, a 24 de Outubro de 1888.

O autor, que tem igualmente por fim o estabelecimento d'uma urethra artificial (é a expressão que elle emprega) se esforça para, por meio da cystostomia, triumphar da obstrucção prostatica e dos accidentes que a acompanhão as mais das vezes.

Elle refere, a este proposito, quatro observações mui interessantes nas quaes elle se propoz a abrir a bexiga para drenal-a livremente e deixal-a repousar assim como ao seu proprietario. Em uma segunda memoria, de Maio de 1890, este mesmo autor refere 21 observações.

Os detalhes nos quaes entra o cirurgião de Richmond sobre a cystostomia, sobre seus excellentes effeitos, parecem muito com as descripções dadas pelo Professor Poncet.

Em 1890 M. Vignard relata tres casos nos — *Annales des Maladies des organes genito-urinaires* —, dos quaes dois emanão da pratica do Professor Guyon ; outro é de Schwartz.

Em 1893, no começo de Fevereiro, o Professor Tillaux praticou a cystostomia de urgencia sobre um prostatico acommettido de retenção com falsos caminhos e com intoxicação urinaria ; o doente succumbio, porém a observação conservou um valor extraordinario, porque a autopsia permittio verificar-se, pela primeira vez, a nova disposição creada pela operação.

Em 1893 Rollet, professor adjunto, praticava em Lyon a cystostomia em um estreitado acommettido de infecção urinosa. O Professor Félix Lejars ultimamente tem publicado uma serie de observações interessantes sobre a cystostomia ; no seu livro — *Leçons de Chirurgie (La Pitié, 1893 — 1894)* — encontram-se muitas paginas repletas de excellentes observações sobre a assumpto.

Entre nós a cystostomia supra-pubiana tem sido praticada. E' assim que ainda o anno passado o Professor Marcos Cavalcanti praticou-a em um doente da 14ª Enfermaria de Cirurgia do Hospital da Misericordia.

O Professor Oscar Bulhões tem tambem praticado a cystostomia; no mez de Setembro deste anno elle praticou-a n'um prostatico na 17ª Enfermaria de Cirurgia, a seu cargo. Segundo informações que temos tido,

outras operações d'esta natureza têm sido praticadas por outros cirurgiões. Emfim, basta dizer que M. Cavalcanti e O. Bulhões têm praticado a cystostomia para d'ahi se deduzir que ella é uma operação que deve ser estudada e introduzida na pratica entre nós.

Tal é em traços largos a historia d'esta operação que, no dizer de Félix Lejars, tem feito tanto barulho entre os cirurgiões e que pode nos prestar relevantes serviços.



CAPITULO II

Indicações da cystostomia supra-pubiana

Primitivamente reservada a certas complicações graves do prostatismo, a operação de Poncet viu n'estes ultimos annos alargar-se o seu campo de applicações.

No numero destas ultimas teremos de considerar a hypertrophia e o cancer, nas affecções da prostata; os tumores inoperaveis, nas affecções da urethra.

Bexiga, prostata e urethra, todas estas partes do apparelho urinario podem apresentar lesões taes que a urina veja o seu livre curso interrompido, apezar do cirurgião ser dotado de certa habilidade operatoria e dispor das melhores sondas; é n'estes casos que o cirurgião, não podendo restituir ás urinas o seu curso natural, é obrigado a recorrer ao bisturi.

Não raro, depois de certas manobras sobre a urethra e bexiga, ás quaes não presidio o devido cuidado, apparece uma infecção súper-aguda ou aguda da bexiga já doente; instituem-se então catheterismos regulares, lavagens da bexiga, um tratamento interno; nem assim se obtem levantar o estado geral do doente, elle se agrava de dia para dia; ora,

n'estas condições não se deve mais hesitar, é cystostomisar o doente.

Raramente é verdade, porém ainda se pode tornar urgente a abertura da bexiga no caso de uma hemorragia grave, por exemplo, como complicação de affecções da bexiga, prostata e urethra, hemorragia que pode acarretar a morte do doente. Vejamos em primeiro logar as indicações da cystostomia nos casos de hypertrophia de prostata.

Poncet é o primeiro a reconhecer que grande numero de prostaticos pode ser tratado pela sonda, por isso elle só visa aquelles que não mais são justificaveis de catheterismo ou de outros recursos que em geral se poem em pratica.

E' nestes ultimos que a cystostomia executada sem muito tardar pode ser de recurso utilissimo. Esta ás vezes precisa ser urgente, do mesmo modo que a kelotomia o deve ser para a hernia estrangulada. As indicações da cystostomia, diz Poncet, dimanão das contra-indicações das outras manobras chirurgicas diariamente empregadas para lutar contra complicações mecanicas ou septico — urinarias sobrevindas aos prostaticos.

Poncet, para tornar mais simples a questão, divide os prostaticos em duas classes :

1ª. Prostaticos indemnes de qualquer manifestação de envenenamento urinario, são os que elle denomina — mecanicos — nos quaes são as perturbações funcçionaes que dominão a scena, o cirurgião

achando-se em presença de uma retenção completa aguda de urina aseptica, com obstaculo prostatico mais ou menos insuperavel.

Temos um exemplo d'estes prostaticos n'um homem que, estando a trabalhar, é acommettido de uma retenção aguda, sem outro phenomeno premonitor, devendo estes doentes ser considerados prostaticos não infectados.

2^a. Prostaticos nos quaes os obstaculos mecanicos são postos de lado, apresentam signaes de urinemia, de septicemia urinaria; o perigo nesta classe reside na evolução, na aggravação de accidentes geraes já existentes.

Por aqui vê-se que os prostaticos do primeiro grupo são urinarios cujas lesões se limitão ao canal prostatico e que os do segundo são envenenados urinarios, comprehendendo por envenenamento os accidentes de urinemia, isto é, falta de excreção de rins doentes e esclerosos (insufficiencia renal), absorpção pela mucosa urethro-vesical, que pathologicamente se tornou absorvente e tambem, como demonstraram Guyon e seus discipulos, accidentes septicemicos enxertados ou não sobre os primeiros, donde o nome de infecção urinaria, de septicemia urinosa dado ainda a este complexo pathologico.

Nos prostaticos da primeira classe, isto é, nos prostaticos mecanicos a cystostomia é indicada, ás mais das vezes, para remediar a accidentes de retenção aguda.

Exemplifiquemos: um doente acommettido de ha muito de perturbações da micção, consequente a uma hypertrophia de prostata, depois de um jantar copioso ou de excessos ds bebida, ou depois de erecções produzidas por certas manobras, é tomado de uma retenção aguda, datando de 24 ou 48 horas.

Sua urina é aseptica. A's vezes feito o catheterismo por mãos habéis, com muito cuidado e paciencia, é possibile conjurar por esse meio os accidentes; mas nem sempre as coisas se passam assim.

Theoricamente não ha prostata por mais deformada que seja que se opponha a um catheterismo feito com habilidade; praticamente, porém, a coisa muda de figura e não é raro vermos nossos habéis mestres em frente de casos em que o catheterismo é impossivel.

E é exactamente nestes casos que o doente depois de passar pelas mãos de medicos inhabeis, se apresenta ao cirurgião com falsos caminhos na sua urethra, com urethrorrhagia, a verga entumecida, em via de uma infecção urinosa pela sua ferida urethral.

O cirurgião examina o doente, faz uma lavagem aseptica da urethra, tenta com prudencia o catheterismo, só consegue augmentar a urethrorrhagia.

Se a sondagem é impossivel, dirão: faremos a puncção, a decantada puncção innocente.

A puncção quer capillar, quer a trocater é um methodo ás cegas, que não pode conferir a segurança

que uma operação a céu aberto confere; por meio d'ella podem-se lesar órgãos importantes, além de que se acompanha muitas vezes de infiltrações de urina e de phlegmão da cavidade de Retzius; emfim ella é insufficiente, porque não poderia impunemente ser repetida indefinidamente. Quando nos achamos a braços com um doente que tem de urinar ou morrer, a puncção póde constituir um bom recurso, mas com a condição de que ha de ser ella o primeiro tempo da cystostomia.

E' verdade que nos retencionistas não infectados, ás vezes, depois de uma ou algumas puncções a micção se restabelece e o catheterismo pode ser praticado; mas estes factos só devem têr valor relativo; na pratica frequentemente é preciso recorrer a puncções repetidas. A cystostomia, melhor que as puncções repetidas, poderá descongestionar a prostata e conjurar assim o obstaculo mecanico, assegurando facilmente o curso da urina sem se pensar em infiltração.

E ella será aqui provisoria. E' verdade que nós vemos na pratica em casos taes fazerem mais a puncção do que a cystostomia, não é que aquella dê resultados superiores a esta, é porque o doente se submete mais facilmente á primeira, accrescendo que ella está ao alcance de todo aquelle que, tendo um trocater ou um aspirador, e não tendo consciencia, a pratica *larga manu*, sciente de que ella não traz responsabilidade para quem a pratica, porque é faci-

limo fazer correr por conta anterior das vias urinarias os accidentes que ella provoca e que não podem as mais das vezes ser directamente comprovados.

E além de tudo a cystostomia precisa ser aprendida para ser praticada. A punção pode ser de muita utilidade para esclarecer um diagnostico, preencher uma indicação de urgencia e é quanto só se lhe deve exigir. Hoje, a antisepsia intervindo, as incisões a céu aberto são innocentes. A's vezes teremos de prestar cuidados a doentes da categoria que acabamos de analysar, nos quaes o obstaculo poude ser vencido; apesar disto a retenção continúa e cada secção de catheterismo é das mais penosas e longas para o cirurgião e muito mais para o doente; e é depois de ter se sangrado a urethra que se penetra na bexiga.

A urina sae tinctoria de sangue e o estado geral torna-se máo e a cystostomia ahi se impõe, sem muito tardar.

N'alguns casos d'estes a sonda consegue salvar o doente, porém na mór parte delles ella só consegue aggravar o estado do paciente, produzir septicemias contra as quaes uma operação tardia não poderia conjurar.

Para Diday, os prostaticos neste estado têm duas coisas a escolher: operação immediata ou morte dentro em pouco.

A 2ª. classe de cystostomizados comprehende

os prostaticos chamados incuraveis, isto é, aquelles nos quaes a micção normal não se restabelece e então o catheterismo torna-se impossivel, pelo menos difficil, perigoso, não só em virtude da hypertrophia da prostata, como tambem pelo máo estado do apparelho urinario.

Em casos desta ordem, como nas oclusões definitivas de outros orgãos, é preciso manter uma via artificial. E neste caso não se trata de saber se o individuo será continente ou incontinente, é questão de vida ou morte. Se o novo canal fôr incontinente procura-se lutar contra esta enfermidade por meio de apparelhos inventados para esse fim.

A cystostomia sendo o tratamento de escolha nos retencionistas agudos, não infectados, deve achar sua indicação quando o cirurgião só consegue chegar á bexiga, quasi por acaso, depois de tentativas laboriosas e julga deixar uma sonda de demora.

Ora, nos velhos prostaticos com as vias urinarias em eminencia pathologica, a sonda de demora é arma de dois gumes: ella garante muito mal a funcção, é frequentemente mal supportada, irrita a via urethro-prostatica, a bexiga e além de tudo é uma causa de infecção. Ainda este anno tivemos de observar innumeradas confirmações deste facto: um doente, por exemplo, prostatico, que deu entrada na 14ª Enfermaria de Cirurgia do Hospital da Misericordia, a cargo do illustre cirurgião M. Cavalcanti, trazia

fixada uma sonda de Nelaton; o pobre homem, preso de atrozes dôres, lastimava-se, a sua sonda não funcionava obstruída por catarrho e coagulos; retiramol-a e vimos que era uma sonda bem calibrosa, que fôra collocada ha dias em outro serviço deste mesmo Hospital. Depois da lavagem da urethra, notámos que pelo menos a porção visível do canal estava completamente ulcerada pela permanencia da sonda, que deixa desprender de si terrível olôr.

Não ha duvida que muitos prostaticos retiram vantagem da sonda de demora, porém a maior parte delles paga com a vida a sua instalação. Em geral se diz: vamos tentar uma sonda de demora para vêr se o doente a supporta, é um máo habito, porque não é quando o inimigo se aloja que devemos repe-lil-o.

O melhor, para não dizer o unico, tratamento das septicemias é impedil-as de se desenvolver, os outros são ao acaso. Mesmo a asepcia perfeita das sondas, dos instrumentos que vão ser introduzidos na bexiga não poderá dar uma segurança sufficiente. No canal dos prostaticos existem habitualmente germens e alem disso a sonda permanente serve de via á infecção vinda de fóra e sempre possível. De tudo que dissemos se infere que nesta categoria de prostaticos a sonda deve ser proscripta e devemos dar preferencia á cystostomia. Nos hospitaes onde o urinario é sondado cada dia por um interno de guarda, comprehende-se a grande e a maior de

todas as desvantagens, que dá em resultado dôres atrozes para o doente, falsos caminhos, urethrorrhagias, despedaçamento da mucosa urethral congestionada.

Quando existem falsos caminhos, a indicação de operar é também urgente, toda tentativa de sondagem constituindo manobra perigosa. Para pôr em repouso a via natural, o canal despedaçado ao abrigo da infecção, o unico recurso é a derivação do curso da urina. Um tal doente, diz Poncet é um *noli me tangere*. A cystostomia supprime toda especie de manobras que constituem causa de irritação local, capaz de abrir de um momento para outro a porta a accidentes infecciosos; só ella dá aos prostaticos tranquillidade que não conhecem estes pobres infelizes submettidos a sondagens tanto mais dolorosas e tanto mais mal supportadas quanto sua urethra despedaçada é já séde de accidentes inflammatorios mais ou menos graves.

A cystostomia será igualmente praticada nos casos de hemorrhagias da bexiga abundantes e repetidas, resistindo aos meios hemostaticos ordinarios e podendo trazer em pouco tempo a morte do doente.

Não é raro também que o cirurgião seja chamado para vêr um doente acommettido de retenção de urina, com uma bexiga distendida e dura, palidez da face e dôres vivas.

O catheterismo praticado permite chegar á bexiga, mas a sonda só dá passagem a algumas gottas

de urina e coalhos sanguineos e d'ahi se conclue que se trata de um hematocele vesical.

Uma sonda de dupla corrente, na qual se faz passar uma corrente d'agoa quente, não permite de modo algum desembaraçar a bexiga. Pela aspiração não só não se consegue dissociar os coalhos, como ainda o que se faz é augmentar a hemorragia. O unico recurso de que o cirurgião deve lançar mão, com urgencia, é a cystostomia. Por meio della desembarçamos a bexiga de seus coalhos, que enchem-n'a; pela creação da urethra supra-pubiana priva-se o musculo vesical de suas contracções e portanto a hemorragia cessa logo.

O Dr. Tussau referio no —Lyon Médical de 1892— um lindo caso de hematocele vesical em que elle conseguiu salvar o doente graças á cystostomia que praticou a tempo. A mesma conducta devemos ter quando se tratar de prostaticos calculosos.

Em resumo, diremos: quando o catheterismo fôr impossivel, quando fôr particularmente difficil, urethrorrhagico, mal supportado, temido pelo doente, condições estas que o tornão perigoso, quando existem falsos caminhos, nos casos igualmente de hemorragias vesicaes, tendo resistido a outros tratamentos, nos casos de hematocele vesical, de coalhos sanguineos fazendo, apezar da sonda, obstaculo á micção, etc., é preciso, nos velhos prostaticos regeitar o emprego da sonda, da sonda de demora, e dar preferencia sobre as puncções á creação de um

meato hypogastrico que será, segundo o estado das vias urinarias, temporario ou permanente.

Até aqui temos tratado da cystostomia em prostaticos não offerecendo nenhum signal de septicemia urinaria, nenhuma manifestação urinemica.

Resta estudar esta ultima categoria de individuos debaixo do ponto de vista das indicações do tratamento operatorio, em opposição ao tratamento classico pela sonda.

Um facto desde logo fica fóra de linha: se a perturbações mecanicas vêm se juntar accidentes infecciosos, como sejam: febre, signaes de toxemia urinaria, a indicação de cystostomisar é mais formal ainda.

A operação se propõe a dois fins: remover um obstaculo insupperavel, perigoso, enfim lutar contra complicações graves que manobras de catheterismo tornado impossivel, perigoso, não podem senão exasperar.

Estamos dispensados, em vista do que ha pouco dissemos, de mostrar a insufficiencia e a gravidade das puncções vesicaes praticadas em taes doentes; ellas só podem constituir meios palliativos dos mais inferiores.

Como tratamos de assumpto que visa indicações operatorias, passaremos em revista as diversas formas de infecção urinaria e suas complicações que são justificaveis da cystostomia.

Fica fóra de duvida que o tratamento pela sonda nas septicemias urinosas com catheterismo tem suas indicações, porem circumstancias ha em que esta therapeutica de nada vale, é inefficaz. Supponhamos um prostatico velho retencionista incompleto, que pelas suas perturbações urinarias que datão de ha muito, deve ser considerado como um renal e que apresenta logo após um ou varios catheterismos mal feitos, quer em relação ao methodo, quer á antisepticia, todos os symptomas de uma infecção urinosa aguda. « De um dia para outro, como muito bem diz Forgues no seu notavel artigo do Tratado de Cirurgia, T. VII, pag. 288, toda a arvore urinaria se infecta, a febre se estabelece segundo o typo remittente com paroxysmos, e a vida está gravemente ameaçada ».

Deve-se esvasiar, lavar a bexiga? pergunta o Professor Poncet.

Mas a temperatura permanece elevada, o estado geral se agrava, a abertura vesical torna-se, rapidamente, o unico recurso.

A observação tem demonstrado que nesta variedade de septicemia urinosa, se se quer offerecer algumas probabilidades de cura aos prostaticos, não se deve ficar mais na espectativa, é preciso apressar a intervenção, fazel-a em um momento o mais proximo possivel do começo dos accidentes cuja evolução queremos conjurar.

Tambem urgente é a indicação da cystostomia

quando a septicemia urinaria se complica de cystite infecciosa aguda.

O infeliz prostatico muitas vezes não pode esvaziar a sua bexiga; os puxos, o tenesmo vesical, uma cystalgia atroz fazem-no solicitar, com intervallos muito aproximados, um catheterismo que elle teme e cujo alivio só é momentaneo. A infecção urinosa se traduz pelos seus phenomenos bem conhecidos: febre mais ou menos intensa, perturbações gastro intestinaes, anorexia absoluta, calefrios, signaes de uremia, etc.

Neste caso deve-se fazer a cystostomia, se é tempo ainda. Grande numero de casos tem sido referido nos quaes a vida do doente foi salva em virtude da operação; ora, se tivéssemos recorrido á sonda, com certeza o resultado não seria este. A incisão vesical oppõe uma barreira formidavel aos accidentes locaes e o alivio que ella determina constitue, mesmo nos casos em que ha ausencia de esperanza de salvamento, uma indicação sufficiente para a intervenção. Exigir nestes casos de um outro meio therapeutico ao menos o allivio, seria clamar em vão.

Tomemos outro typo de prostaticos envenenados. Ainda aqui o caso é de um velho retencionista. Seus soffrimentos datão de muito tempo, já de longa data elle esvasia mal a sua bexiga; sob a influencia da estagnação da urina lesões antigas das vias urinarias superiores se estabeleceram pelo facto da distensão, o doente está acommettido de infecção urinosa chronica.

Este doente não apresenta nenhum signal de septicemia cirurgica; a ausencia de febre, de todo catheterismo anterior exclue verdadeiramente a ideia de uma infecção vinda de fóra, tal doente pertence á categoria dos urinemicos, dos intoxicados urinosos, quer pela absorpção vesical quer principalmente pela insufficiencia renal. Os symptomas de toxemia são mais nitidos; as perturbações digestivas vêm repercutir sobre a cabeça, a lingua é coberta de endutos na superficie, é secca, difficilmente movel, existe diarrhéa, ás vezes vomitos, etc.; mais um gráo, é o prostatico um cachetico urinario.

A's veses o catheterismo é facil, praticamol-o asepticamente, o doente vae indo não muito mal, pelo menos; depois, de repente, após uma sondagem desastrosa, depois do emprego de uma sonda cuja desinfecção não foi rigorosa, accidentes apparecem, febre, sobrevem a cystite, o estado geral se agrava rapidamente, o desenlace fatal é proximo. Nos velhos urinemicos que muitas vezes depois de longo tempo esvasião o excesso de sua bexiga pelo regorgitamento, a infecção se implanta com extrema facilidade e muito se tem incriminado a falta de propriedade das sondas.

Ninguem poderá negar, estamos convencido, a innocuidade dos catheterismos asepticos, mas é preciso reconhecer que em certas circumstancias, em certos meios, nos grandes hospitaes, sem haver um serviço especial para doentes de vias urinarias, com

um pessoal que varia sempre, esta asepcia indispensavel é muitas vezes mais apparente do que real.

Accresce ainda que em taes bexigas tão eminentemente contaminaveis, deve-se ter em conta germens urethraes, que pela sonda podem ser repellidos e determinar infecção, podendo tambem ainda esta se dar pela via vascular. Um facto tem sido notado pelos observadores e é que dos prostaticos urinemicos gravemente acommettidos os que se têm curado são aquelles nos quaes a cystostomia tinha sido praticada sem sondagem anterior e antes de qualquer manifestação septica. Entre as duas formas extremas de infecção urinaria aguda e chronica avançada collocão-se outras modalidades intermediarias de envenenamento urinoso.

Ora são phenomenos de toxemia urinaria, que dominão, com ou sem variação notavel da temperatura, ora as manifestações febris chamão sobretudo a atteração e n'um velho enfraquecido fazem nascer temores de morte proxima. A evacuação methodica, as lavagens da bexiga com liquidos antisepticos e modificadores, acompanhadas d'uma medicação tonica e reconstituente conseguem, ás vezes, curar o doente; mas se esta therapeutica falha, se, apezar, do doente sondado, desinfectado, quininado, tonificado, a temperatura se eleva ou permanece estacionada e o estado local, longe de se corrigir, torna-se o ponto de partida de novas complicações, a cystostomia encontra então sua indicação.

Ella preserva os rins já doentes e gravemente ameaçados, augmenta as probabilidades de cura.

Resta dizermos alguma coisa sobre as velhas bexigas retencionistas, inflammadas, verdadeiros esgotos collectores com urinas purulentas, mais ou menos fetidas, ammoniacaes, muitas vezes hemáticas. São estas bexigas que os proprios doentes exonerão por meio de sondas que elles trazem no bolso, no forro do chapéo.

Neste caso, em que falta o envenenamento urinario, o tratamento pela sonda é o de escolha, é preciso systematicamente pelo catheterismo, pelas irrigações intra-vesicaes, pelas injeções ou instillações argentinas lutar contra os accidentes de infecção local. Se a cystite resiste a diversos meios, se ella se accentua, acompanhando-se de hemorragias intravesicaes mais ou menos abundantes, se as dôres persistem com a mesma intensidade, se as sondagens são necessarias 20 e até 30 vezes nas 24 horas, como sóe dar-se em tantos casos, se o doente se cachetisa, se enfraquece, não se deve hesitar e sim pela cystostomia drenar largamente o foco infeccioso inicial, e do mesmo golpe premunir contra a infecção, em igual occurrencia tão terrivel, os ureteres, os rins, que não tardarião em affirmar a sua solidariedade pathologica.

Resumindo, diremos: nos prostaticos accommetidos de infecção urinaria: forma aguda, forma

chronica grave ; nas cystites infecciosas agudas, nas cystites chronicas rebeldes, tendo resistido ao tratamento catheteriano, a cystostomia encontra suas indicações. Muitas vezes será ella o unico meio, apesar da facilidade com que a sonda penetra na bexiga, de triumphar do envenenamento urinoso, cujo prognostico, seja qual fôr a forma clinica, é sempre dos mais reservados. Pelo que dissemos vé-se que as indicações da cystostomia são mais numerosas nos prostaticos acommettidos de accidentes urinarios graves. Temporaria ou permanente, pois, a cystostomia tem concorrido para dar a muitos prostaticos muitos annos de vida tranquilla, que estes infelizes não encontrarião em outro meio therapeutico. Outra indicação da cystostomia é nos casos de cancer da prostata ; se na hypertrophia da prostata ella póde ser uma operação curativa, aqui ella não é senão palliativa ; como operação palliativa ella tem occasião de, em muitos casos, ser a unica capaz de fazer cessar perturbações graves e permittir aos infelizes velhos acommettidos d'esta affecção mais alguns annos de vida, e ainda melhor chegarem ao fim de sua existencia isentos de terriveis e intoleraveis dôres. N'este caso, mais que nos de hypertrophia de prostata, a impossibilidade e as grandes difficuldades do catheterismo, as dôres provocadas pela passagem da sonda, as hemorrhagias e os estados infecciosos da bexiga constituirão indicações urgentes de cystostomisar.

« Com o catheterismo repetido, diz Leguen, é a dôr, a hemorragia; com a sonda de demora, é a dôr ainda rebelde e tenaz, sem possibilidade de atenuação pela continuação ».

Por meio da extirpação a morte é a consequencia rapida pela generalisação immediata do tumor.

Não menos urgente é a operação de Poncet nos casos de tumores inoperaveis da bexiga, principalmente quando sobrevêm hemorragias ou quando um estado infeccioso agudo se desenvolve sobre elles; só por meio d'ella faremos desaparecer as dôres e a febre, a sonda produzindo dôres, irritação sobre os tecidos de nova formação e ainda podendo activar o processo infeccioso. A cystostomia supra-pubiana temporaria se applica ainda ao tratamento de estreitamentos urethraes acompanhados de complicações graves.

No estreitado a cystostomia deve ser temporaria. A fistula hypogastrica tende a se fechar naturalmente, desde que o obstaculo urethral é supprimido.

O Dr. Etienne Rollet praticou cinco vezes a cystostomia em casos de estreitamentos urethras graves e obteve resultado completo em todos os casos.

Se o estreitamento é complicado de infecção urinosa, é o máo estado geral do doente e a intensidade dos phenomenos infecciosos que determinarão o cirurgião a praticar esta intervenção. O debridamento do canal e a sonda de demora não nos offe-


recem garantia, é fazer correr os maiores riscos ao doente cujo estado geral é já tão máo. Ora, a intoxicação tendo seu ponto de partida e sua séde na mucosa vesical, abrir temporariamente a bexiga é atacar a infecção na sua fonte e desembaraçar o órgão dos productos toxicos que ahi se accumulão. A cystostomia, pois, preenche com mais perfeição o papel que se exigia da sonda de demora, ou antes ella supprime os inconvenientes d'esta, permittindo a sua abolição completa.

Assim a cystostomia deve ser feita nos casos de estreitamentos complicados de infecção urinosa grave, generalisada ou localisada no aparelho urethropyelorenal, com ou sem febre; a indicação é perfeitamente igual á do prostatismo.

A operação será completada secundariamente pela urethroplastia. Se o estreitamento é complicado de infiltração urinosa, é preciso agir rapidamente, dar sahida á urina infiltrada e restabelecer o curso da urina. Ora, qual a razão porque na infiltração póde-se debridar as regiões perineal, escrotal, crural e não se póde abrir a região hypogastrica e a bexiga?

Praticar a cystostomia não é nada mais do que applicar ao caso particular as regras d'um methodo geral, é intervir radicalmente. Julgamos, pois, que a cystostomia supra-pubiana prestará grandes serviços nos estreitamentos urethraes graves complicados de infecção sob todas as formas.

M. Albarran (de Pariz) diz que a cystostomia é util em todos os casos em que uma operação sobre as vias urinarias superiores necessite uma derivação da urina; é assim que elle a praticou n'um caso de resecção da urethra, n'aqual havia uma communição com o recto. M. Loumeau (de Bordeaux) diz que ha fistulas urethraes que, em rasão de seu numero, da antiguidade e de certas complicações, são difficeis de se curar; a estas, que muitos classificão de incuraveis, deve ser reservado um recurso therapeutico excellente, isto é: a derivação completa das urinas pela cystostomia supra-pubiana.



CAPITULO III

MANUAL OPERATORIO

DA

Cystostomia supra-pubiana

Antes de encetarmos a operação propriamente dita é de necessidade prepararmos o nosso doente, dispormos o instrumental, etc.

Esta operação, como a da talha hypogastrica, comporta certos cuidados preliminares, como sejam: evacuação do recto, toilette perfeita do campo operatorio, etc. Não temos nesta operação detalhes particulares nem processos especiaes, debaixo de todo ponto de vista ella se apresenta de uma simplicidade incomparavel. E' indispensavel, como em toda a operação, que mantenhamos o asseio absoluto das nossas mãos, das unhas e dos braços até os cotovellos, empregando a escova dura. Depois de uma lavagem com sabão, devemos fazel-a seguir de outra com uma solução de sublimado a 1/1000; se quizermos, podemos dar preferencia a outro processo que

consiste em mergulhar as mãos e os braços em solução a 4/1000 de permanganato de potássio, que colore a pelle, depois fazer desaparecer esta coloração por meio de uma solução de ácido oxálico, lavando em seguida com água esterilizada. O operador manterá ao pé de si uma bacia de louça contendo uma solução morna de sublimado a 1/2000 para ir lavando as suas mãos á proporção que se forem sujando. Os cuidados a prestar ao operando são: esvasiar o recto por meio da solução saturada de ácido bórico a 30/1000, raspar todos os pellos do pubis e suas immediações, lavagem com sabão e escova, depois com ether, depois com alcohol e finalmente com uma solução de sublimado corrosivo a 1/1000. Cobre-se o abdomen com compressas embebidas de solução de sublimado.

Os instrumentos serão mantidos durante uma hora na estufa de Wiesnegg, por exemplo, a ar quente, mantida de 120 a 140 grãos e em seguida imersos na solução phenicada a 2/100; em caso de urgencia, basta flambal-os e immergil-os na mesma solução phenicada. O material instrumental verdadeiramente necessario póde constar do seguinte: um bisturi commum, outro abotoado, algumas pinças de Péan, uma bôa agulha curva, como a de Emmet, por exemplo, alguns fios de metal, de seda e catgut de calibre sufficiente. Esta operação faz-se quasi sem a menor quantidade de sangue, por isso as pinças de Péan vão nos prestar mais serviços de

afastadores do que de agentes hemostáticos. E' bom tambem que tenhamos á mão sondas, porque, ás vezes, teremos de praticar uma injeccão intravesical, se possivel e necessario fôr, para tornar mais abordavel a bexiga, outras vezes para fazer lavagens urethro-vesicaes post-operatorias. Os instrumentos em questão pódem se achar facilmente e sob este ponto de vista ainda a cystostomia não perde seus direitos de operação de urgencia em um certo numero de casos, por exemplo: retenção com falso caminho, catheterismo impossivel, envenenamento urinario agudo, etc. Diversos têm sido os meios propostos para tornar a bexiga mais abordavel. O Professor Poncet regeita o balão de Petersen, que elle julga inutil e muitas vezes perigoso. As injeccões intravesicaes, que têm por fim distender e levantar assim a bexiga para diante em geral não se pódem praticar devido ás retenções; quando, porém, a intervenção tem logar por accidentes uritarios, o canal dando livre passagem á sonda, não haverá inconveniente de especie alguma distender brandamente a bexiga por uma injeccão de liquido aseptico cuja quantidade, as mais das vezes, é de 150 a 200 grammas.

E' um erro em que muita gente labora pensar que para se abordar a bexiga sem lesar o peritoneo é preciso fazer a distensão previa da bexiga por uma injeccão intravesical de um liquido aseptico; pódese sem perigo de lesar o fundo de sacco peritoneal

chegar á bexiga que contem uma pequena quantidade de liquido, bastando a posição declive do corpo, a cabeça um pouco baixa, e para isso colloca-se na região dorso-lombar um travesseiro comprido e largo; isto para quem não póde dispôr do leito de Trendelenburg, que, para taes operações, é de muita vantagem. Feitas estas ligeiras considerações que julgamos indispensaveis, vamos tratar do que se refere á operação propriamente dita.

Antes de fazermos a nossa incisão tomamos os nossos pontos de reparo, que vêm a ser: o bordo superior do pubis e a linha umbilico pubiana.

Para que o bisturi não se desvie para a direita ou para a esquerda nas aponevroses dos musculos rectos abdominaes, por occasião da secção da linha umbilico pubiana e da linha branca subjacente, nós fazemos o nosso auxiliar tomar uma erigna e por meio d'ella fixar a cicatriz umbilical e puxal-a para cima; por meio d'esta manobra as linhas umbilico-pubiana e a branca tornão-se distendidas, a ponto de permittir a nossa secção nitida.

Antes de fazermos a nossa incisão é preciso procurar o pubis (bordo superior), o que, ás vezes, nos individuos gordos, só se consegue depois de incisar a pelle e a camada gordurosa.

O nosso auxiliar ficará em nossa frente, á esquerda do operando, para manter a erigna e se occupar em seguida da hemostase e da passagem dos fios de sutura. A cinco tempos póde-se reduzir

a operação. O primeiro comprehende a — *incisão da pelle* — Esta, que caminhará na direcção da linha branca, e que começará ou terminará no bordo superior do pubis, medirá no sentido vertical de 6 a 8 centímetros.

O que o nosso bisturi enteressa neste momento são duas camadas — pelle e camada gordurosa — Está terminado o primeiro tempo, que é simplissimo.

Vem o segundo tempo, representado pela — *incisão da linha branca* — O indicador da mão esquerda introduzido na ferida percebe ahi uma saliência representada por uma corda, que não é mais do que a linha branca que assim se realça pela acção da erigna que o nosso auxiliar mantem, puxando para cima.

Vamos incisal-a com a ponta do bisturi. Para não compromettermos o fundo de sacco peritoneal é prudente que a nossa incisão seja menor do que a pelle, de alguns millímetros apenas, e para isso o angulo superior da ferida será em plano inferior ao da ferida da pelle. E teremos completado o segundo tempo.

O terceiro consistirá em — *procurar a parede anterior da bexiga e repellir o fundo de sacco peritoneal* — Já estando incisadas a linha branca e o fascia transversalis, com a extremidade de cada indicador representando o papel de afastador, penetramos na casa muscular constituída pelos bordos

internos dos musculos recto-abdominaes. Examina-se se aponevrose foi incisada até o pubis, senão, conclue-se esta, por meio do bisturi abotoado. Devemos estar prevenidos contra a maior ou menor resistencia que os nossos dedos encontrarão da parte dos recto-abdominaes.

Succede, ás vezes, que a parede anterior da bexiga não parece estar em contacto com a parede abdominal, está situada profundamente, e os musculos visinhos formão fenda muito estreita atravez da qual é quasi impossivel manobrar.

Nestas condições recorreremos a incisões libertadoras, que recahirão sobre cada recto do abdomen justamente no seu ponto de inserção no pubis; estas incisões na média deverão ser de tres a quatro millimetros e feitas com o bisturi abotoado. As incisões muito grandes irião comprometter as funções da especie de sphincter que formarão os musculos rectos e que devem encerrar o novo canal. Com estas incisões de tres a quatro millimetros em cada recto teremos luz mais que sufficiente para as nossas manobras sobre a face anterior da bexiga.

A bexiga estando dilatada quer pela urina, nas retenções, quer pelo liquido que n'ella tenhamos injectado, podemos vê-la no fundo da ferida, tendo o cuidado de lançar mão de dous afastadores rombos. Por intermedio do dedo introduzido na ferida podemos melhor nos certificarmos de sua presença. Quasi sempre não se vê nem se toca o fundo de

sacco peritoneal. Devemos, porém, ter sempre de memória que as relações do peritoneo com a bexiga são, debaixo do ponto de vista operatorio, individuais; isto quer dizer que a situação do fundo de sacco nunca é perfeitamente conhecida de modo a ir incisando a parede anterior da bexiga sem precauções. Ha uma manobra importante e bem conhecida que é a seguinte, aconselhada pelo Professor Poncet: o indicador da mão esquerda, insinuando atravez da ferida, penetra no tecido cellular prevesical, reconhece o bordo superior do pubis, depois escorregando segundo sua face posterior, elle vae até o collo da bexiga onde elle sente mais ou menos nitidamente o anel prostático anterior.

N'este nivel, recurvado em gancho, elle segue a face anterior da bexiga, descolando, levantando tudo aquillo que não pertença a esta parede. Ora, por essa manobra o fundo de sacco é assim levado para cima e fixado nesta posição pela ponta do indicador que jamais o abandona, até que a parede vesical anterior tenha sido incisada. Passemos ao quarto tempo que consiste na — *abertura da bexiga* — Como dissemos, o indicador esquerdo está mantido em sua posição, pois bem, toma-se o bisturi e, servindo a unha do indicador de marca, faz-se a ponta deste penetrar de alguns millimetros na parede anterior, incisando-se deste modo de cima para baixo sobre a linha mediana, na extensão de 10 a 12 millimetros mais ou menos. A incisão deve

ser sufficiente para que na abertura possamos introduzir a extremidade do indicador, depois da bexiga ter deixado escapar um pouco de seu conteúdo.

A introducção do dedo destina-se á exploração da prostata e da cavidade vesical que póde conter calculos. Logo que a incisão foi feita, o index, que estava mantendo o fundo de sacco póde abandonar-o, agora não ha mais perigo. O mesmo dedo vae agora penetrar na ferida vesical para servir de conductor ou para se passar um fio que sirva para fazer trações sobre cada labio, ou para agarrar cada labio com o auxilio de uma pinça de Péan. Supponhamos que achamos insufficiente a abertura vesical, toma-se o bisturi abotoado e augmenta-se a incisão do lado do collo. Esvaziada a bexiga, faz-se a toilette da ferida hypogastrica que estava em contacto com os liquidos que sahirão do interior da cavidade vesical, sejam elles urinas ammoneacaes, purulentas, etc.

O quinto tempo constará da — *sutura dos bordos da abertura vesical aos bordos da ferida abdominal.*

Esta sutura faz-se de preferencia com flos metallicos de calibre medio ; outros cirurgiões preferem a seda ; constará ella de seis pontos. Cada um dos flos terá de atravessar de parte a parte a parede da bexiga a quatro ou cinco millimetros do bordo da incisão ; elle será em seguida guiado atravez da

aponevrose, do bordo interno de cada recto abdominal, do tecido celular e da pelle, para sahir a cinco ou seis millimetros dos bordos. Nem sempre esta manobra é facil, succede que a espessura das partes molles do abdomen não permite o contacto dos bordos da ferida vesical com os da pelle; então recorre-se a outro artificio, comprehendendo só a pelle nas suturas.

O Dr. G. Guillemont (de Thiers) é partidario deste ultimo modo de proceder, quando a fistula hypogastrica tem de permanecer, quando a cystostomia é definitiva e que, portanto, é preciso pôr o doente ao abrigo da atresia consecutiva, que resulta necessariamente do progresso cicatricial, quando o plano musculo-aponevrotico foi intercalado na sutura. Diz elle ainda que com o processo que elle preconisa a pelle que deixa de ser sustentada pelo plano musculo-aponevrotico escorrega e se invagina na fistula, formando uma especie de umbigo supra-pubiano. N'este caso prefere elle as suturas que se reabsorvem, porém, acrescenta : aquelles collegas que tiverem duvida sobre a qualidade de seu catgut, empregarão fios metallicos finos, com a precaução de deixarem pontas sufficientemente compridas para que possam mais tarde destorcel-os e retirá-los inteiros, por tracção, sem ter que cortar a alça.

Poncet acha que isto ainda é mais vantajoso quando os bordos da ferida da bexiga são friaveis,

pouco resistentes, convindo então que os bordos da pelle que se mobilisão muito bem venhão ao encontro dos ultimos. Collocados os fios no seu logar, elles serão moderadamente apertados. E' claro que o affrontamento da pelle com a mucosa vesical deve ser directo. Antes de terminar a operação, devemos dizer que para oppôr-se á infiltração urinosa dos tecidos visinhos é preciso manter aberta a casa vesical, para que durante os primeiros dias a urina possa se escoar á vontade, forrar o canal artificial d'uma mucosa, que deverá mais tarde se oppôr á sua oclusão cicatricial. A sutura corresponde a tudo isto.

Está assim terminada a operação, que póde ser perfeitamente executada no espaço de 15 a 20 minutos no maximo, o que não deixa de ser uma condição de successo, mormente quando se trata de velhos, individuos enfraquecidos. Se as urinas são infectadas, é preciso fazer largas irrigações urethro-vesicaes com uma solução boricada enterilisada a 4‰.

No caso de se tratar de falso caminho, o Professor Poncet aconselha injectar em seguida no canal o conteúdo de uma pequena seringa de vidro cheia de oleo iodoformado. Um outro conselho que o Professor Poncet dá, e que alguns cirurgiões não seguem: não collocar sonda, tubos de drenagem na urethra, na bexiga, na ferida, porque, diz elle, sonda, tubos de drenagem são corpos extranhos cujo emprego deve ser repellido tanto antes como depois da cystos-

tomia; elles só offerecem inconvenientes e perigos. O melhor curativo nos cystostomizados é a ausencia de curativo, diz elle, isto é, o orificio vesical deve permanecer largamente aberto durante os primeiros dias e é preciso tomar todas as precauções necessarias para que nada se opponha á evacuação da urina. O curativo constará, pois, de pedaços de gaze esterilizada cobertos de uma camada de algodão hydrophilo, afim de absorver a urina que mereja incessantemente pelo meato hypogastrico. O algodão deve ser mergulhado previamente n'uma solução antiseptica, depois espremido para se desembaraçar do liquido.

Este curativo será renovado mais ou menos vezes, conforme é molhado pela urina. Poncet manda considerar o doente como um *noli me tangere*, como um doente no qual, durante alguns dias, pelo menos, não se deve tocar mais. Elle só reclamará cuidados locais que são os cuidados de propriedade aseptica. Quanto ás injeções intravesicaes, ellas pódem ser excellentes, porém mais tarde, em um outro periodo.

CAPITULO IV

Cystostomia ileal

O Er. Wassilieff diz que a unica razão que tem pesado sobre o espirito dos praticos contra a larga pratica da cystostomia é, sem duvida, crear o meato hypogastrico uma enfermidade embaraçosa. A opinião do Professor Poncet é « que mais vale viver com uma enfermidade que morrer sem enfermidade ; independente d'esta verdade, o cirurgião deve ter em vista procurar tornar a operação perfeita, capaz de dar com segurança resultado analogo ao que se conseguiu no venerando mestre M. Diday. As vantagens, a necessidade mesmo da cystostomia são hoje incontestaveis e a este respeito brilhantes paginas se encontram nas theses do Dr. Boutan, de Pariz (1893) e na do Dr. Eonan (de Lyon). A cystostomia terá attingido ao auge da perfeição quando encontrar o meio de crear uma urethra artificial,

não só um meato hypogastrico, mas uma verdadeira urethra destinada a supprimir a natural, incapaz de preencher convenientemente a funcção. O Dr. Wassilieff, depois de numerosas observações, propoz um meio, que foi acceto pelo Professor Poncet e que tem dado excellentes resultados. O Dr. Félix Lejars (Leçons de Chirurgie faites à la Pitié, 1893-94) teve occasião de praticar a cystostomia ideal em tres doentes, com resultado favoravel em todos.

Poder-se-ia objectar que, apezar da perfeição da nova urethra, não se terá curado o prostatico, porque a lesão não se assesta unica e exclusivamente na prostata, mas tambem ella recahe sobre todo o apparelho urinario e em particular sobre a bexiga cujo poder ella enfraquece progressivamente.

Na these de Boutan, que acima citámos, encontra-se certo numero de factos, entre os quaes o de um operado de Poncet, operado pela segunda vez, em que este pode apreciar, n'esta especie de necropsia de um cystostomizado vivo, que esta bexiga de velho tornou-se bexiga de moço. Outro caso que ainda falla mais alto do que o precedente é o de Diday, que é mais do que comprovatorio, porquanto elle mesmo proclamava que via sua urina sahir — *par un jet en arcade* (Résultats éloignés de la Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, par M. P. Diday, 1893).

De modo que a volta da contractilidade vesical é possivel, podemos perfeitamente admittil-o. Ad-

mittida a possibilidade do órgão se contrahir de novo, quasi como no estado normal, necessario se torna, para reconstituir o estado physiologico, crear uma urethra como a antiga, isto é, uma urethra que possúa sphincteres necessarios, porém desprovida de prostata; estes sphincteres são em numero de dous, sendo um liso visceral e outro estriado, excentrico, com um canal intermediario.

No caso de M. P. Diday tudo se passava como se houvesse dois sphincteres que, se não erão perfeitos, pelo menos erão sufficientes. Wassilieff basêa-se em tres ordens de considerações para julgar possivel a realisação d'esta disposição physiologica.

Primeiro, diz elle, o facto existe, é o de Diday, que absolutamente não póde ser contestado. Se o facto existe, é porque elle é possivel, e se é possivel, devemos sempre procurar obtel-o.

Segundo as observações de Bonan e Boutan insertas em suas theses, oito cystostomizados puderam reter suas urinas durante muitas horas, e 5 destes mesmos 8 podiam retê-la espontaneamente, sem necessitarem do auxilio de aparelho. Em segundo logar, a anatomia pathologica mostra que é possivel formar-se um canal artificial de tres centimetros e um centimetro de diametro entre a parede abdominal e a bexiga, ficando esta independente d'aquella.

Na these de Boutan encontra-se a descripção de uma peça que foi do serviço de Tillaux n'aqual se mostra como o novo canal se formou exclusiva-

mente pela mucosa vesical estrangulada em dois pontos. Este novo canal, continúa elle, parece apresentar um sphincter superficial formado pelos musculos rectos do abdomen.

Em terceiro lugar, a modificação trazida pelo Professor Terrier ao manual operatorio da gastrostomia póde ser applicada a todas as bôccas artificiaes em geral e á cystostomia em particular. Se na gastrostomia procura-se obter a retenção dos liquidos, para a bexiga póde-se obter o mesmo.

Wassilieff diz que o sphincter liso existe representado pelas fibras musculares vesicaes, cercando o orificio visceral, que são capazes de, sendo simplesmente afastados, gozar d'este papel. O sphincter estriado, que igualmente existe, é formado pelos musculos rectos.

Agora resta crear o canal, conservando estes dois sphincteres independentes um do outro.

O canal póde-se crear facilmente, porquanto sendo a mucosa vesical fracamente adherente á musculosa, podemos facilmente fazel-a deslizar atravez da casa feita na parede. Um ponto se torna essencial e vem a ser não deixar a bexíga immobilisar-se, afim de deixar ao musculo vesical toda liberdade para elle poder se contrahir.

Pois bem, Wassilieff propõe, para obter tudo isto, uma modificação da cystostomia que vamos apresentar. Os primeiros tempos e precauções são os mesmos que na operação de Poncet. Quando a

puncção da bexiga é feita, em lugar de suturar immediatamente á ferida abdominal toda a espessura dos labios da ferida vesical, é preciso, o que se torna facilimo, trazer a mucosa vesical pelo orificio, decorticando, como se faz na cura radical das hernias. Trazemol-a depois para fóra até que o afrontamento da mucosa com a pelle possa se fazer. N'estas condições a mucosa é fixada á pelle, quer por uma sutura em cirzadura feita a catgut, quer por pontos separados, servindo-se da sêda ou do fio de prata.

Necessario se torna que esta sutura seja feita com o maximo cuidado, porquanto d'ella depende o resultado.

Wassilieff affirma, e nos achamos razoavel, que esta maneira de operar é possivel anatomicamente, porque de um lado a mucosa vesical é fracamente adherente ás tunicas subjacentes e de outro lado ella é sufficientemente resistente para supportar a fraca tracção necessaria para tiral-a atravez da casa muscular.

Resumindo : para Wassilieff, tirando a mucosa atravez do orificio e suturando-a só á pelle, a cystostomia realisa a creação de uma urethra artificial com dois sphincteres, liso e estriado, podendo constituir o tratamento radical do prostatismo. Sem produzir o ideal talvez chimerico da creação dos dois sphincteres, a modificação proposta por Wassilieff póde collocar o doente nas melhores condições para

realisar a retenção prolongada das urinas. E já dissemos que Lejars tem recorrido, com successo, a este meio. O mecanismo d'esta retenção é que ainda não está bem elucidado.

Debaixo do ponto de vista da retenção voluntaria Wassilieff estuda um doente operado na Pitié por accidentes vesicaes. Trata-se de um doente que foi enviado para o serviço do Professor Tillaux por Hamonic, entrando para a Pitié no mez de Agosto de 1893. Este doente poucos mezes antes soffrera uma talha hypogastrica.

Elle desde que sahio do hospital até o mez de Julho andou bem, porém n'esta epocha appareceram dôres á micção mais intensas que nunca. Formou-se uma tumefacção ao nivel da cicatriz, depois um abcesso se abriu e tornou-se fistuloso, deixando passar de tempos a tempos gottas de urina. Depois da abertura e fistulisação do abcesso as dôres se acalmaram sem desapparecer de todo e o doente volta para reclamar de novo a abertura da bexiga.

Foi proposta então a cystostomia e não a talha simples. Jalaguier, que era adjunto, aprovou e praticou a operação de Poncet. Durante um mez a urina correu pelo meato hypogastrico, mas podia ser contida por um simples tampão de algodão hydrophilo. O seu estado geral tornou-se esplendido.

Pouco a pouco o orificio foi se estreitando e o doente já podia conter as suas urinas durante quatro e cinco horas, dois mezes depois de operado.

A retenção se produzia quasi voluntaria, o que despertou a attenção ; era quasi voluntaria, porque na posição deitado podia haver incontinencia.

O doente interrogado disse que mantinha as suas urinas durante todo o tempo que estivesse de pé. Só no fim de cinco horas é que elle, depois de ter andado a passeio, era obrigado a esvasiar a bexiga. A urina sahia em pequeno jacto e cahia a uma certa distancia, não muito consideravel.

O doente para expellir as urinas tinha necessidade de flexionar ligeiramente o tronco sobre a bacia. O jacto cahia a 16 centímetros para diante do pubis.

A parada da micção podia se fazer voluntariamente, o que foi verificado muitas vezes. A parada voluntaria era precedida de um ligeiro endireitamento do corpo ; donde se concluiu que o sphincter striado era constituido pelos dois musculos rectos, cujo relaxamento, na flexão do tronco, permittia a sahida da urina e cuja tensão, pelo endireitamento do corpo, parava o corrimento. Estes dois movimentos erão instinctivos porque o doente não podia explicar senão pela sua vontade a parada do jacto. Não se dava o mesmo, porém, no decubito dorsal, a incontinencia se manifestava no fim de meia hora, de tres quartos no maximo e entretanto o doente pretendia que mesmo deitado muitas vezes elle tinha podido reter suas urinas. Procurou-se a razão d'estas differenças.

Tendo-se bem clara a acção dos musculos rectos, aconselharão ao doente dormir com as espaduas baixas de modo a distender os musculos do abdomen.

N'esta posição, observou-se que a retenção durava uma hora e meia e provocava vontade de urinar. Estava assim manifesta a acção dos rectos como sphincter; mas era difficil admittir que elles permanecessem distendidos durante quatro e cinco horas e explicar a necessidade de urinar. A tensão dos rectos é um dos elementos da retenção, prolongada, porém não o unico. Só duas hypotheses se podem fazer: 1º existe um sphincter profundo; 2º. ha uma acção mecanica das visceras do abdomen sobre o novo canal.

Para verificar a primeira hypothese, exploraram a urethra supra-pubiana com uma sonda olivar; sentio-se uma resistencia superficial devido aos bordos da casa muscular, a um centimetro de profundidade mais ou menos; porém mais profundamente a bola não encontrou resistencia.

A sensação de vontade de urinar não explicava a existencia de sphincter profundo.

Sabemos que na urethra normal esta sensação é provocada pela acção da urina sobre a mucosa da urethra posterior. Ora, no cystostomizado a mucosa da nova urethra é a mucosa vesical e não a postatica; logo a sensação não deve existir.

Na realidade a sensação de vontade de urinar

resulta da distensão da propria mucosa vesical. N'estas condições a sensação de vontade de urinar no cystostomizado se explica; e quando ella se produz, a tensão da contracção dos rectos póde bastar para impedir a sahida da urina. Mas estes musculos não permanecem em estado de contracção permanente, logo é preciso uma acção coadjuvante, que é exercida pelas visceras abdominaes. Quando a bexiga está vasia, a massa intestinal achata o canal, que se suppõe ter de tres a quatro centimetros, contra o pubis, de modo a acolal-o ás paredes.

A bexiga enchendo-se, desenvolve-se principalmente para trás e para cima, repelle n'este sentido a massa intestinal e augmenta em virtude da pressão exercida sobre o pubis. Esta pressão feixa o canal e o mantem feixado, favorece mesmo sua curvatura, emquanto o musculo vesical não entra em contracção ou o peso do intestino sobre o reservatorio não contrabalança o esforço supportado pelo canal para diante.

E' claro que quanto maior fôr o canal melhor será. O que se deduz d'aqui é que não é preciso procurar realisar um sphincter profundo, cuja existencia é duvidosa, mas que é preciso se esforçar para crear um longo canal, uma longa urethra, deixando a bexiga independente da parede abdominal; é o que o Professor Poncet observou, é o que Wassilieff, Félix Lejars e outros executaram á custa da

mucosa vesical descollada da parede e trazida ao contacto da pelle. O Professor Félix Lejars acha que a cystostomia ideal merece ser praticada todas as vezes que ella fôr executavel; é assim que ás vezes acontece que as lesões vesicaes sendo já adiantadas, a mucosa torna-se adelgada, amollecida, friavel á menor pressão; n'estas condições é impossivel realizar o processo, visto como seria impossivel realizar uma fixação solida da mucosa á pelle.

Félix Lejars no seu artigo sobre cystostomia supra-pubiana traz uma nota que merece ser lembrada e é que quando a cystostomia tiver de ser temporaria e não permanente, seria irracional procurar crear um canal supra-pubiano cuja obliteração ulterior se tornasse difficilima. Para confirmar a sua ideia, elle cita o facto de lhe ter sido preciso n'um caso, para realizar a obliteração do canal supra-pubiano, recorrer ao thermo-cauterio para destruir a mucosa e assim poder obter a obturação do canal.



CAPITULO V

MODO DE ACÇÃO DA CYSTOSTOMIA

A razão pela qual a cystostomia produz seus efeitos salutaes é porque elle actua ao mesmo tempo sobre o curso das urinas e sobre sua composição, sobre o estado anatomico e physiologico da bexiga, sobre a prostata e sobre o canal urethral.

Ella garante o escoamento das urinas de uma maneira permanente, completa, regular, sem o doente correr perigo algum, sem produzir hemorragia ex-vacuo, sem occasionar dôres.

E' nisto que consiste sua superioridade sobre os outros methodos, como sejam as puncções aspiradoras e a sonda de demora, que pódem ser ao mesmo tempo perigosas e dolorosas.

A cystostomia restabelecendo o curso das urinas quando ellas são claras, faz desapparecer a sensação dolorosa de tensão e de peso no baixo-ventre ; quando as urinas são infectadas, além do desapparecimento das dôres, ha tambem a defervescencia si não completa pelo menos um abaixamento muito sensivel da temperatura.

Ao mesmo tempo ella faz seccar esta fonte de reabsorpção urinosa, faz desapparecer a anorexia, o estado saburral da lingua, a sêde viva, emfim todos os symptomas devidos a esta intoxicação do organismo. Pela derivação das urinas, ella faz desapparecer os catheterismos repetidos e com elles as causas de irritação continua e as preocupações, mentaes do doente. Si a operação de Poncet e Mac-Guire modifica o curso das urinas, com grande beneficio para os doentes, ella tem acção não menos efficaz sobre sua composição. Si a operação foi praticada em doentes que não foram previamente infectados por catheterismos anteriores, ella manterá a composição normal das urinas, impedindo os germens de penetrar na bexiga. Tudo isto se consegue sem manobras, sem catheterismos repetidos, sem sonda de demora, que facilmente podem infectar as urinas.

Mais tarde, quando o meato tornar-se continente, se o doente recorrer ao catheterismo para urinar, germens pathogenicos podem ser levados ao interior da bexiga, é verdade, mais n'isto haverá pouco perigo, porque elles irão se implantar sobre um terreno felizmente modificado pela cystostomia. Se ha infecção previa da cavidade vesical, a operação de Poncet permite, melhor que outro qualquer methodo, a volta das urinas á sua composição normal, pela possibilidade que ella procura de praticar sérias lavagens antisepticas e pela suppressão, no começo,

da bexiga como cavidade. As urinas correndo continuamente, não se demoram na bexiga para permitir aos germens pullular, e tornão-se claras e limpidas.

Os rins também ficão a coberto dos ataques microbianos, porquanto os ureteres não sendo distendidos pela retenção vesical, se oppõem, graças ao corrimento constante das urinas em seu interior, á penetração de germens nos bassinets e calices.

E' actuando deste modo que ella constitue a melhor drenagem da bexiga nos casos de infecção urinaria grave. A sonda de demora, com effeito, se mostra n'aquelles casos ás vezes impotente, as mais das vezes perniciosa. Impotente, porque exemplos não faltão de casos em que a sonda de demora applicada por cirurgiões competentes não dá nenhum resultado, ou quando muito consegue trazer calma enganadora; e accidentes da mais alta gravidade apparecem desde que ella é retirada. Perniciosa também, porque em muitos casos, pela drenagem insufficiente da bexiga, por uma irritação das paredes do orgão já doente, ella favorece o desenvolvimento do processo infeccioso, sua propagação ás vias urinarias superiores, e precipita assim o doente para uma morte certa. Esta irritação produzida sobre as paredes da bexiga é ainda maior e mais perigosa nos casos de infecção vesical de parceria com um tumor da bexiga ou com um cancer da prostata, porque então, além de ser dolorosissima, ella apressa

o desenvolvimento do tumor. Mais tarde, e precisamente por causa d'esta acção sobre o escoamento e sobre a composição das urinas, a cystostomia traz felizes modificações ao estado anatomico e physiologico da bexiga. A abertura da bexiga com effeito põe este orgão em repouso forçado.

Ella permite desembaraçar a bexiga de coalhos que a enchão nos casos de hemalocce, por exemplo, e suprimir assim um foco de infecção e de irritação possível.

Faz desapparecer os tenesmos, os espasmos dolorosos, a congestão sempre intensa do orgão. As hemorragias estando sob a dependencia da congestão, desapparecem com esta ultima. Em virtude do repouso forçado, ao abrigo dos liquidos septicos, ao abrigo tambem da irritação produzida sobre suas paredes pelas sondas que actuavam como corpos extranhos, a bexiga se repara em todas as suas partes constituintes. A mucosa, de friavel e sangrenta que era, torna-se lisa e firme. O musculo vesical que, em virtude de uma distensão prolongada, tornou-se quasi em estado de atonia completa, readquire, as mais das vezes, a sua contractilidade normal.

Em uma palavra, como o diz muito bem Poncet, a cystostomia transforma estas bexigas de velhos prostaticos em bexigas de moços. A acção sobre a prostata é descongestional-a, supprimir suas hemorragias e diminuir o seu volume.

A urethra é também beneficiada pelo repouso que lhe proporciona a cystostomia. Ao abrigo da irritação produzida sobre os falsos caminhos pela sonda e pela urina que mereja entre a sonda e o canal, quando a sonda está de demora, a urethra se repara sem dar lugar a phenomenos infecciosos e para maior beneficio dos doentes.

Mas, apesar da sua acção tão notavel, a operação de Poncet perderia muito de seu valôr se ella não offerecesse a maior innocuidade; isto é de valor porque as vezes tem-se de tratar de doentes, já enfraquecidos por uma affecção longa, e que uma exarcebação de symptomas ou de complicações novas puzeram, ás mais das vezes, em estado de resistencia minima.

Mesmo em taes doentes a operação de Poncet póde ser praticada sem receio.

E' uma operação simples, apresentando o minimo perigo pela rapidez com que póde ser praticada; a perda de sangue imposta ao doente é minima, a ausencia absoluta de complicações post-operatorias também se impõe. Com ella o receio de ferir o peritoneo ou o receio de infiltração urinosa são absolutamente chimericas. A operação é possivel em todo individuo em estado de supportar o chlcroformio, e n'aquelles que puderem correr perigo pela anesthesia geral, poder-se-á intervir com o auxilio da anesthesia local.

Quanto á urethra hypogastrica que se crea, ella póde ser temporaria ou permanente conforme o caso de que se tratar.



OBSERVAÇÃO

No leito n. 20 da 14ª Enfermaria de Clinica Cirurgica do Hospital da Misericordia, a cargo do Professor Marcos Cavalcanti está deitado o doente S. N., Italiano, de 38 annos, casado, trabalhador, residente na Victoria (Capital do Estado do Espirito Santo), entrado para o serviço a 10 de Dezembro de 1896.

Historia do doente — Soffrendo de estreitamento de urethra, consecutivo provavelmente a uma blennorrhagia anterior, contrahida ha quatro annos, procurou a Santa Casa da Victoria para ahi encontrar alivio a seus males.

Examinado pelo cirurgião da Enfermaria em que se achava, foi resolvida a operação da urethrotomia interna, por meio do instrumento de Maisonneuve. O operador conseguiu, depois de innumeradas tentativas, passar a sonda conductora do aparelho,

atarrachou o catheter, que foi levado até a bexiga, introduzio a lamina cortante e seccionou o estreitamento; quando foi retirar o catheter, grande foi a sua surpresa notando a ausencia do conductor. Naturalmente procurou o cirurgião fazer todo possivel para retiral o na occasião, mas não foi possivel.

Foi aconselhado ao doente que se dirigisse a esta Capital, onde só se poderia praticar a operação reclamada agora por um *pedacinho* da sonda que tinha ficado dentro da bexiga. Novos e peiores tormentos começaram para o inteliz enfermo, que era atrozmente martyrisado por uma ponta de ferro (na expressão do doente), que lhe percorria a bexiga. O doente deixou o hospital da Victoria para providenciar sobre sua vinda para esta Capital e, devido ao exercicio que fazia, começou a emittir urinas sanguinolentas. Dentro de poucos dias manifestou-se uma cystite purulenta, devida naturalmente á irritação do corpo extranho da bexiga, irritação que mais se agravou devido ao transporte do doente para esta Copital. Foi n'este estado que elle deu entrada na 14ª Enfermaria, no dia 10 de Setembro.

Estado actual — O doente accusa dôres fortes no fim da micção; a sua urina é carregada de grande quantidade de pús e sangue — Com grande difficuldade, devido ás dores que o doente accusava, conseguiu-se levar á bexiga uma sonda de Nelaton, de pequeno calibre, fazendo-se em seguida uma lavagem com agua boricada morna.

Durante alguns dias o doente ficou submettido ao uso do salol internamente e das lavagens visicaes com agua boricada.

O estado geral do doente tendo melhorado, foi designada a operação da cystostomia para o dia 20 de Dezembro. Na vespera mandou-se proceder á evacuação do recto por meio da solução saturada de acido borico a 30/000 e á raspagem dos pellos do pubis e de suas immediações.

Escolhidos os instrumentos necessarios, que constarão de um bisturi commum, um outro abo-toado, poucas pinças de Péan, uma agulha curva montada e um pouco de fio de sêda n. 3, estes foram immersos em uma bandeja contendo agua pheni-cada.

Passou-se á desinfecção da região hypogastrica, que soffreu lavagem com sabão e escova e em seguida com a solução de sublimado a 1%₁₀₀; finalmente ainda se fizeram fricções com ether e alcool, sendo o abdomen coberto por compressas embebidas de solução de sublimado.

Annunciada a ausencia dos reflexos palpebraes pelo Dr. Eduardo de Barros, que se incumbio da chloroformisação, uma sonda metalica, de pequeno calibre, munida de torneira, foi introduzida na bexiga, sendo esta evacuada e lavada com a solução de acido borico morna.

De novo a bexiga foi cheia, a torneira do pavi-

lhão fechada e uma sonda de Nelaton servio para comprimir a sonda metalica de encontro á urethra para evitar o escapamento do liquido.

Terminada a secção preparatoria, deu-se começo á operação propriamente dita, que se fez em cinco tempos. O primeiro tempo comprehendeu a incisão da pelle, que foi feita na direcção da linha branca, começando no bordo superior do pubis e medindo seis centímetros. No segundo tempo, com a ponta do bisturi foi incisada a linha branca.

Idcisadas a linha branca e o fascia transversalis, deu-se começo ao terceiro tempo, ou procura da parede anterior da bexiga, o que se conseguiu collocando dois afastadores nos bordos internos dos musculos rectos — abdominaes. Descoberta a parede anterior da bexiga, passou-se ao quarto tempo ou abertura da bexiga. Por meio de duas erignas trouxe-se para cima a parede da bexiga, e com o bisturi incisou-se de cima para baixo, na extensão de uns 10 millímetros.

Logo que o liquido começou a jorrar, os labios da ferida vesical forão mantidos por pinças antes de se proceder-se ao quinto tempo ou sutura dos bordos da abertura vesical aos bordos da ferida abdominal.

O Dr. Marcos introduzio o indicador esquerdo no interior da bexiga e depois de pequena exploração annunciou o corpo extranho; por meio de uma pinça de Péan, que penetrou na bexiga ao lado do

indicador, tomou o corpo estranho, que foi retirado e verificou-se que na verdade tratava-se de um conductor do aparelho de Maisonneuve, conductor inteiro, envolvido de encrustações calcareas.

Completo-se então o quinto tempo com a sutura. Uma larga lavagem da bexiga se fez.

Na casa supra-pubiana o Dr. Marcos, divergindo do Professor Poncet, collocou um tubo de drenagem longo, cuja extremidade peripherica mergulhava n'um reservatorio de vidro ao lado do doente. Um pouco de gaze iodoformada foi collocada em cima da ferida, circumdando o tubo de drenagem, e tudo coberto por algodão hydrophilo. Estava assim terminada a operação rapidamente e sem o menor incidente.

Resultado da operação.

No dia da operação foi prescripto o sulfato de quinino e capsulas de salol.

No dia seguinte o doente se achava em excellentes condições; apenas accusava dores fracas na ferida cirurgica. Sua temperatura era de 38°, 1. Uma circumstancia, porém, se deu, que, felizmente nenhum damno occasionou: novos coagulos obturaram o tubo de drenagem, que durante muitas horas funcionou regularmente, e a urina transbordou pela ferida.

Fez-se uma lavagem intravesical com agua borricada morna e collocou-se de novo o tubo de drenagem.

O Dr. Marcos receiando que o tubo se obstruísse de novo, collocou na urethra uma sonda de Nelaton de pequeno calibre, para auxiliar ao tubo de drenagem. O resultado foi favoravel. D'ahi por diante tudo correu favoravelmente: o estado do doente cada vez melhorava, a temperatura voltou ao estado normal, o appetite reappareceu. Todos os dias lavagens amplas da bexiga com a solução boricada.

Internamente continuava com o salol, magnesia fluida e poção de Jaccoud. No dia 26 de Dezembro, isto é, seis dias depois da operação forão retirados os pontos de sutura. No dia 30 retirou-se o tubo de drenagem, permanecendo só a sonda, que todos os dias era retirada e perfeitamente libertada de coagulos e incrustações.

Um curativo simples protegia a ferida do hypogastro.

A casa supra-pubiana de dia para dia se estreitava, marchando para a cicatrização. Doze dias depois da operação já se fazião largas lavagens pela sonda fixada e a agoa já não sahia pela ferida.

No dia 6 de Janeiro estava perfeitamente fechada a ferida.

Durante alguns dias ainda foram administradas as lavagens e o mesmo tratamento interno.

Em pouco tempo o homem que dava entrada na 14ª Enfermaria cadaverico era restituído ao seu lar perfeitamente robusto, com as suas micções francas e regulares.

E foi neste estado que elle exigio a sua alta a 8 de Fevereiro, embarcando para a Victoria para cuidar de sua pequena lavoura.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

DOS VASOS COMMUNICANTES

I

Os poços artesianos são vasos communicantes cujas aguas tendem a ganhar o mesmo nivel.

II

Para a formação destes são necessarias duas camadas impermeaveis comprehendendo entre si uma permeavel.

III

Desde que uma atravessa o solo e a primeira camada impermeavel, as aguas jorram e se elevão á altura do terreno d'ondo ellas partirão.

CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA MEDICA

DA CAL

I

A cal ou protoxydo de calcio representa papel de excellente desinfectante, principalmente sob a forma de leite de cal.

II

Para se preparar o leite de cal faz-se reagir sobre a cal commum quatro vezes o seu volume d'agoa.

III

Com relação ao germen da febre typhoide e do cholera, o leite de cal é superior ao sulfato de cobre a 5 %.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

DO POLLEN

I

Os grãos de pollen são elementos formados no interior das anthenas. são verdadeiras cellulas formadas por duas tunicas envolvendo um conteúdo plasmatico com um nucleo.

II

Elles se formão na anthera em numero variavel, sendo que nas flores unisexuaes a sua producção atitnge ao maior gráo, em virtude da lei da compensação.

III

Elles pódem se achar separados, constituindo o pollen pulverulento, ou reunidos 4 a 4, 8 a 8, formando massas denominadas pollinias.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

DA BEXIGA

I

A bexiga é um reservatorio musculo-membranoso situado por detras do pubis e intermediario aos ureteres e á urethra.

II

Quando ella é moderadamente destendida tem a forma de um ovoide cujo grande eixo é dirigido para baixo e para atraz.

III

A sua capacidade, variavel com as suas dimensões, póde ser avaliada, na media, em 500 ou 600 centímetros cubicos.

CADEIRA DE HISTOLOGIA

DA ESTRUCTURA DA BEXIGA

I

A bexiga compõe-se de duas membranas, uma interna, que é a mucosa e outra externa, a musculosa.

II

A mucosa vesical, normalmente de um branco acinzentado, tem de espessura 20 micro millimetro e é dotada de grande mobilidade, tanto que ella se irruqa quando a bexiga se contrahe.

III

A musculosa mais espessa que a mucosa é composta de feixes esbranquiçados que se entrecruzam em todos os sentidos e póde ser dividida em duas camadas: uma superficial, de fibras longitudinaes; outra profunda de fibras obliquas ou circulares.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

DO SALOL.

I

O salol é uma combinação de phenol e de acido salicylico, um salicylato de phenyla, ou um ether phenylsalicylico.

II

E' um pó branco, cristallino, de cheiro agradavel, insoluvél na agoa, soluvel no alcool e no ether.

III

Elle atravessa intacto o estomago, desdobrando-se no intestino delgado em phenol e acido salicylico, sob cuja formula elle se elimina pelas urinas.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

DA MICÇÃO

I

A urina incessantemente secretada nos rins caminha atravez dos ureteres e se accumula pouco a pouco na bexiga, que se distende.

II

A urina faz esforço sobre toda a face interna do reservatorio até o momento em que a pressão executada sobre um ponto, que corresponde ao collo da bexiga, determina a necessidade ou vontade de urinar.

III

O collo, cuja acção é submettida á influencia da vontade, abre-se e a urina é expellida, graças á contracção das paredes vesicaes e da parede abdominal.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

DA ALBUMINURIA

I

A albuminuria nem sempre é um phenomeno pathologico, póde haver uma albuminuria physiologica.

II

O trabalho muscular, a digestão, os banhos frios, as fadigas physicas favorecem ou augmentão esta albuminuria physiologica.

III

A albuminuria só deve ser considerada pathologica se ella coincide com perturbações da saude ou se ella excede de 0,5 por 1000.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA
PATHOLOGICAS

DA HYPERTROPHIA

I

Quando um orgão em todas as suas partes apresenta um crêscimento anormal, sem que seus

elementos sejam degenerados ou envadidos por substancias extranhas á sua composiçãõ, dizemos que ella se hypertrophiou.

II

Sempre a hypertrophia resulta d'um exaggero na actividade do movimento nutritivo, predominando a assimilação sobre a desassimilação.

III

A causa mais commum da hypertrophia é a superactividade funcional.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGIA

DO ENVENENAMENTO PELO 'CHUMBO

I

Si em peso igual ha venenos mais temiveis do que o chumbo, nenhum ha cujas multiplas formas de absorpção sejam tão variadas, nem tão insidiosas.

II

Elle póde penetrar no nosso organismo por todas as vias: pela pelle, e pelas mucosas broncho-pulmonar e gastro-intestinal.

III

Absorvido em pequenas doses, mesmo na minima quantidade, seus effeitos a principio passam despercebidos e podem ser attribuidos a causas diversas; elles se declaram e caracterisam quando as doses do veneno excedem este limite muito variavel, que cada organismo póde supportar.

CADEIRA DE CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

DO FURUNCULO

I

O furunculo é um pequeno tumor inflammatorio, circumscripto, duro, doloroso, que, em geral, termina por suppuração e expulsão de uma massa de tecido cellular necrosado (carnição).

II

O apparecimento de muitos furunculos, acompanhados quasi sempre de febre, constitue o que se denomina furunculose, muito commum nos dyspepticos.

III

Os furunculos mais importantes são os que se assestão no rosto, pois que pódem ser acompanhados de complicações muito graves como phlebites, etc.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

DA HEMATO-CHYLURIA

I

A hemato-chyluria é um affecção endemica nos climas quentes, produzida pela *filaria sanguinis hominis* e caracterisada pela emissão mais ou menos intermittente de urinas ora brancas como leite, ora vermelhas como sangue, ora apresentando coloração intermediaria.

II

A agua representa, senão o unico, pelo menos o mais frequente meio de vehiculação da *filaria sanguinis hominis*.

III

Os principaes symptomas da hematochyluria são fornecidos pelo exame do aparelho urinario.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

DOS ABCESSOS FRIOS

I

Os abcessos frios se desenvolvem as mais das vezes no tecido cellulo-gorduroso sub-cutaneo, de preferencia na cabeça, no tronco, nos membros inferiores, sobretudo na face interna do tibia.

II

Elles resultam do amollecimento, da dissociação e da fiquificação das massas tuberculosas depositadas no tecido conjunctivo (gommas scrofulosas) e expostas a todas as metamorphoses regressivas que trazem a obliteração dos vasos sanguineos n'este tecido.

III

O pús que elles encerram não é homogeneo nem bem ligado como o dos abcessos quentes: é fluido, seroso, ás vezes escuro pela presença de globulos vermelhos, rico de acidos graxos, tendo em suspensão grumos ou flocos esbranquiçados ou amarelados.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA
E ARTE DE FORMULAR

DOS PÓS MEDICINAES

I

Os pós medicinaes constituem uma das formulas pharmaceuticas mais usadas, das mais commodas e das mais seguras.

II

E' sobretudo para a ingestão das substancias seccas de origem organica, que cedem á agua seus principios soluveis e sapidos, que a forma de pó é preciosa.

III

Como os processos de pulverisação não trazem nenhuma modificação do medicamento, este possui uma efficacia que nem sempre se encontra em preparações mais complicadas.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

DA SITUAÇÃO E DO EXAME DA BEXIGA

I

A bexiga é situada atraz da symphise pubiana e não invade a região epigastica senão no estado de repleção.

II

N'este ultimo caso sómente a percussão, dando madidez, e a apalpação pódem determinar seus limites.

III

Não se deve sómente apalpar a bexiga pelo lado da parede abdominal, é preciso exploral-a ainda pelo recto.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DO TRATAMENTO DAS FRACTURAS EXPOSTAS

I

As fracturas expostas requerem toda a attenção do cirurgião, porque a vida ou a morte do doente pódem depender dos primeiros curativos.

II

Quando a ferida exterior é estreita, faz-se a oclusão immediata, depois da redução ou resecção do fragmento osseo que póde fazer saliencia.

III

Se a ferida é larga, irregular, é preciso applicar um apparelho inamovivel que a deixe a descoberto e permitta cural-a com uma antiseptia rigorosa.

CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

DA OPHTALMIA PURULENTA DOS RECEM-NASCIDOS

I

A ophtalmia purulenta dos recém-nascidos tem por causa o catarrho virulento das vias genitales e a infecção se produz no momento mesmo do nascimento.

II

As palpebras acarretam um pouco da secreção que entra no sacco conjunctival no momento em que a creança abre pela primeira vez os olhos.

III

São precisos 2 ou 3 dias para que o virus germine na superficie da conjunctiva e produza a ophtalmia.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

DÁ CYSTOSTOMIA SUPRÁ-PUBIANA

I

A cystostomia supra-pubiana é uma operação sem gravidade e de facil execução.

II

Ella não se destina só ás victimas do prosta-tismo senil e sim a certos estreitados, a doentes accommettidos de hematurias abundantes, hemato-celes vesicaes, etc.

III

De todas as operações destinadas a crear ou a estabelecer uma abertura artificial para os reserva-torios ou conductos naturaes, quer para o exterior quer entre si, é esta seguramente a que comporta prognostico mais favoravel.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

DA BEXIGA

I

Quando a bexiga está vasia, a sua face anterior fica completamente occulta atras do pubis.

II

Quando a bexiga está destendida, uma porção de sua face anterior corresponde immediatamente á parede abdominal, sem interposição de peri-toneo.

III

Póde-se, sem perigo de lesar o peritoneo, penetrar na bexiga por cima do pubis, com a simples condição de não prolongar-se a incisão muito acima.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

DO METHODO HYPODERMICO

I

O methodo hypodermico póde ser considerado como um dos maiores progressos da therapeutica.

II

O medicamento, penetrando pela via hypodermica, eliminar-se-a, não pela via intestinal, e sim pela pulmonar e principalmente pela renal.

III

D'ahi a praxe, que poucas excepções soffre, de que quando existe insufficiencia renal, deve-se ser reservado no emprego das injeções sub-cutaneas.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

DA AMPUTAÇÃO IMMEDIATA NOS GRANDES TRAUMATISMOS
DOS MEMBROS

I

A amputação immediata só é indicada quando o cirurgião tiver certeza de que o membro não póde viver.

II

O cirurgião não dexe se preocupar da função do membro; se elle póde viver, conserval-o.

III

O membro não póde viver em duas condições: quando privado de circulação arterial e sobretudo quando os nervos forem esmagados, seccionados, destruidos.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

DO ALCOOLISMO

I

Os individuos que, ao levantar, tomão o seu calice de aguardente são logo acommettidos de gastrorrhea e de pituitas matinaes.

II

Nestes a gastrite marcha quasi sempre de par com a congestão de figado.

III

Os individuos que abusão de alcool em larga escala, porém diluido e misturado aos alimentos, escapão durante longo ás consequencias gastro-hepaticas do alcoolismo.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

EM QUE IDADE SE DEVE VACCINAR A CRIANÇA

I

As crianças devem ser vaccinadas nos tres primeiros mezes da vida, de preferencia na 5ª ou 6ª semana.

II

Em tempo de epidemia variolica a vaccinação deve ter logar a partir do oitavo dia.

III

Na grande maioria dos casos a vaccinação é benigna e não traz nenhuma reacção.

CADEIRA DE HYGIENE

DO DESINFECTANTE

I

O sublimado corrosivo é um dos melhores desinfectantes chimicos de que a hygiene dispõe.

II

Elle offerece as seguintes vantagens: facil conservação e solubilidade, inodoro, de pequena acção toxica, comparativamente.

III

Os locaes desinfectados por elle pódem ser rehabitados sem que resultem accidentes.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

DAS MANCHAS DE SANGUE

I

A analyse espectroscopica do sangue é de um valôr preciso em chimica legal.

II

Quando se interpõe á luz solar e ao collimador do espectroscopio uma dissolução de sangue, a hemoglobina imprime ás fachas de absorpção do espectro solar modificações.

III

Quando estas modificações são observadas com clareza, constituem uma das provas irrefragaveis da presença do sangue.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

DA ALBUMINURIA GRAVIDICA

I

A albuminuria das mulheres gravidas raramente se acompanha de lesões renaes.

II

Ella é causada ou pelo excesso de albumina contida no sangue (super-albuminose de Gubler) ou pelo excesso de tensão vascular.

III

O regimen lacteo exclusivo é o methodo therapeutico por excellencia.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA
DA GASTRALGIA

I

A gastralgia é provocada pelo frio, pelas fadigas de toda natureza, pelo uso de uma alimentação excitante.

II

O symptoma essencial, e ás vezes o unico, da gastralgia é a dôr.

III

No momento do accesso, a indicação principal é acalmar a dôr por meio de uma injeccão de morphina na região epigastrica.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

DA PELVIMETRIA

I

A bacia pôde ser medida interna ou externamente, d'onde duas especies de pelvimetria, a externa e a interna.

II

Dos innumerous pelvimetros externos, o mais empregado na pratica é o compasso de Baudelocque, que é um verdadeiro compasso de espessura.

III

Na pelvimetria interna, em lugar de empregar os diversos aparelhos, prefere-se a exploração digital, meio simples e seguro.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE
MOLESTIAS NERVOSAS

DA EPILEPSIA

I


As modilidades clinicas da epilepsia são repar-tidas em dois grupos, conhecidos sob as denomina-ções de grande mal e pequeno mal.

II

No grande mal, a hyperkinesia bullar e a inercia cerebral, dois elementos constitutivos do ataque, se apresentam ao mesmo tempo.

III

No pequeno mal, a excitação do bulbo é muito menor e os unicos phenomenos observados são os de uma suspensão momentanea da innervação ce-rebral.



HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Natura corporis est in medicina principium studii.

(Sect. II. Aph. XVII)

II

Attenuata longo tempris intervallo corpora, lente reficere oportet, at quæ brevi, celeriter.

(Sect. II. Aph. VII)

III

Ad extremos morbos extrema remedia exquæsite optime.

(Sect. V. Aph. XXXI)

IV

Necque satietas neque fames neque aliud quicquam bonum quod supra nature modum fuerit.

(Sect. II. Aph. IV)

V

In longis intestiuorum difficultatibus cibi fastidia malum denunciant et cum febre pejus.

(Sect. II. Aph. III)

VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia reputare oportet.

(Sect. VIII. Aph. V)

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina e
de Pharmacia do Rio de Janeiro, 21 de Outubro
de 1897.

DR. EUGENIO DE MENEZES.

