

IV
SÔBRE TRATAMENTO
DOS
APERTOS INFLA
MATÓRIOS DA
URETRA

1974 F47

TESE DE DOCTO
RAMENTO, APRE
SENTADA À FA
CULDADE DE ME
DICINA DO PORTO
POR :

ANTÓNIO TEI
XOTO DE ARAY
JO TEIXEIRA

ANO DE MCMXXI

17.º 109

== SÔBRE TRATAMENTO
DOS APÊRTOS INFLAMA-
TÓRIOS DA URETRA ==

19714 FMT

António Peixoto de Araújo Teixeira

== SÔBRE TRATAMENTO
DOS APERTOS INFLAMA-
TÓRIOS DA URETRA ==

TESE DE DOUTORAMENTO
apresentada à FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO



OUTUBRO — 1921

TIPOGRAFIA MARQUES
R. GONÇALO CRISTÓVÃO, 191
PORTO

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidermiologia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia cirurgica (anatomia topografica e medicina operatoria)	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrologia medica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria e psiquiatria forense	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSOR COM LICENÇA ILIMITADA

José de Oliveira Lima

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.*

«A memoria de Francisco Assis de Souza Vaz, do Conselho de Sua Magestade, Comendador das Ordens de Nosso Senhor Jesus Christo e de S. Mauricio e S. Lazaro, doutor em Medicina, lente jubilado e director da Escola Médico-Cirurgica do Porto, nascido a 7 de Agosto de 1797 e falecido a 6 de Abril de 1870, o qual, havendo projectado deixar um legado á dita Escola para o seu rendimento ser applicado ao aperfeiçoamento e derramamento dos conhecimentos médicos, bem como a subsidiar alguns alunos necessitados, e não podendo realisar tão util pensamento, foi este interpretado por sua irmã e herdeira D. Rita de Assis de Souza Vaz, legando á mesma Escola e para o fim indicado, sessenta inscripções da divida publica nacional do valor nominal de 1.000\$000 reis cada uma».

Em testemunho de gratidão

O. D. C.

O aluno pensionario

António Leixoto de Araújo Teixeira

A' memória de minha
querida Avó

Está, minha santa velhinha,
realizada a vossa maior aspiração.

Será sempre o vosso exemplo
o guia que me acompanhará na
espinhosa vida a que me vou
dedicar.

A meus Pais

Nunca poderei expressar-vos
o reconhecimento por tudo o que
por mim tendes feito.

A minha Irmã

À nossa inquebrantável amizade; à tua arte, bálsamo consolador nas horas de desânimo.

A meu Avô

Com o maior carinho abraçavos o vosso

Antônio.

A meu Irmão

A minha prima Hália

Ao meu amigo

Domingos Teles da Silva

Para todos vós o mais frater-
nal dos abraços.

Á memória de meus Tios

D. Rosa de Araújo Teixeira Santos
José Baptista Rodrigues dos Santos
Reinaldo Cardoso de Araújo Teixeira
Carlos de Moraes Afonso

Preito de sentida saudade.

A' minha Ex.^{ma} Amiga

Senhora

D. Adelaide de Barros Freire

Como pessoa de família, e das
mais queridas, estou habituado a
considerar-vos.

Permiti que vos dedique esta
página, manifestando-vos a minha
grande amizade e a minha mais
alta homenagem pela nobreza do
vosso coração.

A meus Tios

D. Beatriz de Magalhães Peixoto e Menezes

D. Beatriz de Araújo Teixeira Afonso

Amadeu Gentil de Menezes

Um abraço de sincera dedicação.

A meus Primos

Abraço-vos com muita estima.

Aos meus Ex.^{mos} Amigos

Senhor

Dr. José de Souza Neiteira

e Ex.^{ma} Esposa

A minha mais sentida homenagem pelas vossas qualidades de carácter e o meu profundo reconhecimento por todas as atenções que me tem dispensado.

Aos meus Ex.^{mos} Amigos

Manuel Carlos Moreira Alves

e Ex.^{ma} Esposa

Joaquim António Moreira Alves

e Ex.^{ma} Esposa

Nunca poderei esquecer as provas da vossa verdadeira estima.

Ao meu caro condiscipulo e amigo

Dr. António Paulino Pinto Ferreira

Á nossa longa camaradagem, à
 tua sincera amizade, ao teu ca-
 rácter.

Aos meus condiscipulos

Um abraço de despedida.

Aos meus amigos

e em especial a

Dr. Cândido Gil da Costa

Dr. Pedro Alves de Castro

Alberto Maria de Souza

Testemunho de grande admi-
 ração pelo vosso carácter.

A Faculdade de Medicina do Porto

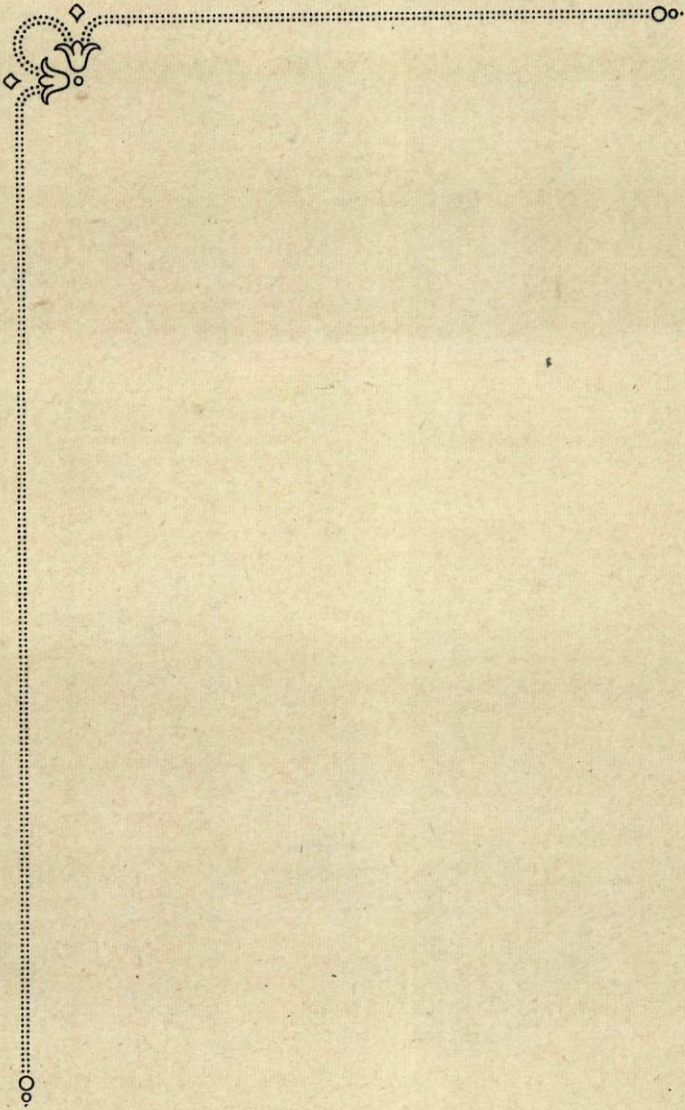
Reconhecimento do discípulo
muito grato.

No Ex.^{mo} Professor e meu presidente

Senhor

Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Homenagem de muita con-
sideração e respeito.



PREFÁCIO

Aceitamos sem protesto as disposições regulamentares, que estatuem como tarefa última do curso de Medicina a elaboração duma tese de doutoramento.

Só nos peza a precipitação com que sômos forçados a apresenta-la e a nossa insuficiência de preparação, que sem dúvida revela, apesar da melhor boa vontade e esforço congregados no sentido de trazer à apreciação do Ex.^{mo} Júri um trabalho que mereça a sua benevolência.

Tendo nós a liberdade da escolha de assunto, resolvemos aceitar aquele que amavelmente nos foi sugerido pelo Ex.^{mo} Prof. Snr. Dr. Oscar Morêno, não só pelo alcance prático que lhe encontramos, mas muito especialmente pela valiosa contribuição daquele Professor que é indubitavelmente uma autoridade.

Neste momento é dever nosso, e gostosamente o cumprimos, prestar a homenagem da mais sincera admiração pelo seu vasto saber e o mais profundo

reconhecimento pelas muitas atenções e valiosos esclarecimentos que cativamente nos prestou.

No sentido de metodizar a nossa exposição, dividimos o assunto em diversos capítulos, dando especial desenvolvimento aos do tratamento, dos quais os restantes se destinam simplesmente a constituir uma como que introdução, para a melhor compreensão e crítica daqueles.

*

* * *

Ao Ex.^{mo} Prof. Snr. Dr. Teixeira Bastos tributamos o nosso reconhecimento pela honra que nos conferiu, aceitando a presidência deste modestíssimo trabalho.

Apertos uretrais—
Generalidades —————

La blenorragie est un réel danger social.

(*Neisser* — Rapport à la Conférence internationale pour la prophylaxie des maladies vénériennes, tenue à Bruxelles en 1899).

A blenorragia, considerada pela maior parte dos indivíduos como uma doença benigna, tem, às vezes conseqüências bem graves, determina sérias complicações, constituindo assim um flagelo social.

Já Guyon dizia, com a sua grande autoridade, que "parmi les maladies qu'on retrouve dans la pathologie génito-urinaire, la blenorragie doit occuper le premier rang".

No homem ela pode determinar a esterilidade pelas epididmites duplas consecutivas.

Na mulher, muitas vezes crônica de início, ela apresenta-se com uma forma geralmente tórpida, silenciosa, e os seus acidentes são às vezes por tal forma afastados, que é freqüente não se ligarem à verdadeira etiologia. Êste gonococcismo latente torna a mulher blenorragica um fóco constante de infecção, eternizado no fundo das pregas vaginais, até que o gonococo acaba por invadir o útero, as trompas e os ovários, determinando lesões muito graves, que reduzem a

mulher ao estado de enfêrma, tornando-a quási sempre irrevogávelmente estéril. Já não falamos sequer da esterilidade a que elas são votadas, sofrendo as intervenções cirúrgicas que lhes permitem alcançar algum alívio para os seus grandes males, embora à custa do sacrifício da sua mais nobre missão.

Segundo a opinião de Van-Schaick e de numerosos ginecologistas, a maior parte das lesões útero-anexiais devem a sua causa à infecção blenorragica.

A blenorragia é também grave pela mortalidade que às vezes produz, matando geralmente o homem por endocardites e pelas complicações habituais dos apertos da uretra e a mulher por metrite e salpingite supuradas.

Embora as suas complicações locais sejam as mais graves (pela sua freqüência, pela sua contagiosidade), ela tem também de ser considerada como a sífilis, uma infecção geral.

A freqüência da blenorragia é de tal modo enorme, que Neisser considera-a, depois do sarampo, a doença mais vulgar.

Nenhuma posição social é respeitada por êste flagelo; todos os indivíduos podem ser atingidos, não exceptuando todas as mulheres, todas as virtudes.

A contagiosidade blenorragica é enorme, de todos os instantes, sem remissões durante todo o período da doença, contagiosidade esta tam perigosa que pode coexistir com acidentes tam insignificantes, que êstes passam muitas vezes despercebidos não só ao doente, mas ainda ao clínico cujo exame não tenha sido muito minucioso.

São, como vemos, bem funestas as conseqüências

da blenorragia; o seu maior perigo consiste na ignorância do público acerca das suas graves complicações e tam grande facilidade de disseminação; e a seguinte frase de Duclaux "dans l'ensemble, la blenorragie est aussi funeste que la syphilis, si elle ne l'est pas davantage", será na realidade uma grande verdade emquanto não forem rigorosamente seguidas as três grandes indicações de Fournier: *curar, preservar e instruir*.

A blenorragia é não só um perigo individual, mas ainda um verdadeiro perigo social, pois em muitos indivíduos o escrúpulo ou a ignorância é tanta, que a *gota militar*, não constitui um obstáculo à cópula ou até ao casamento, produzindo-se desta forma uma verdadeira sementeira do seu mal.

Ela é uma das mais frequentes causas de despopulação, pelos inúmeros casos de esterilidade masculina e principalmente feminina que determina, devendo portanto ser colocada ao lado de outras doenças que como a tuberculose, o alcoolismo e a sífilis, tanto interveem para o mesmo fim.

A ignorância das conseqüências tam graves da blenorragia, deve-se sem dúvida alguma ao falso preconceito mantido pelo público, de guardar silêncio de tudo o que diz respeito aos órgãos genitais e às doenças que os atingem; chega o absurdo ao ponto de se denominarem vergonhosos os órgãos que como diz Queirat "sont les plus importants, les plus nobles de l'organisme, car c'est en eux que réside l'esperance et l'avenir de la race". O veu lançado sobre tudo isto constitui portanto o perigo enorme, já acima citado, tanto mais que a maioria dos casamentos, pelas condi-

ções sociais em que vivemos, se efectuam numa idade em que é completamente impossível o indivíduo estar isento de relações sexuais, e portanto das consequências patológicas que daí possam resultar.

É absolutamente indispensável a profilaxia social da blenorragia e para isso é muito menos que o suficiente a regulamentação da prostituição, porque esta, sendo um mal inevitável, não pode ser suprimida por um regulamento policial ou por uma lei.

Devemos lutar contra os efeitos nefastos da prostituição clandestina, tendo porém sempre presente no nosso espírito, que as profissionais da prostituição não fornecem senão uma parte das blenorragias femininas.

Deveremos portanto associar a uma regulamentação o mais humana possível, dando uma importância muito mais considerável ao médico, à persuasão e à educação, que à repressão penal e à polícia dos costumes, deveremos, repetimos, associar a isto, uma verdadeira campanha que, lutando contra os preconceitos absurdos espalhados no público, e tendo tendência a considerar a blenorragia como uma doença vergonhosa e uma doença benigna, faça com que as indicações profiláticas de Fournier atrás mencionadas, sejam rigorosamente observadas.

Haveria uma grande utilidade em incutir as noções necessárias de profilaxia, por meio de pequenas conferências efectuadas pelos médicos escolares, aos alunos dos últimos anos dos liceus e escolas secundárias, evitando-se assim que em vésperas de lançados no turbilhão da vida e entregues a si mesmos e à sua inexperiência, de tantos perigos eles se livrassem; isto é importantíssimo, pois segundo as estatísticas de

Fournier 12 por cento das blenorragias são contraídas dos quatorze aos dezanove anos.

O mesmo se deveria fazer nos meios operários, nos quartéis, essa fértil sementeira de doenças venéreas, quási sempre tão mal tratadas por causa dessa absurda e incompreensível vergonha de confessarem o seu mal, que certamente muitíssimo diminuiria com estas conferências de propaganda.

Estas noções instrutivas de profilaxia blenorrágica associadas à criação de numerosos serviços venéreos gratuitos, de dispensários especiais, de policlínicas a horas fácilmente acessíveis às classes operárias, de laboratórios especiais, são, com certeza o único, embora lento processo, que mais eficazmente há-de permitir efectuar uma boa profilaxia tanto individual como social.

Infelizmente, tanto entre nós como em quási todos os outros países, nada ou quási nada se tem feito neste sentido; sómente na Dinamarca e na Bélgica estas medidas profiláticas teem tomado algum, embora pequeno, desenvolvimento, sendo devéras notável o exemplar *Dispensário de Erlich*, existente na cidade de Liège, aberto àquêles que não podem pagar tratamentos onerosos, sendo ao mesmo tempo uma instituição de pesquisa, de diagnóstico científico, de tratamento e educação.

*

*

*

Quândo examinamos uma uretra no seu estado normal, notamos que ela é constituída por uma verdadeira cavidade virtual; se efectuarmos várias sec-

ções segundo um plano vertical, vemos que os segmentos seccionados não são mais do que uma simples fenda, cuja forma varia segundo a região uretral considerada.

A cavidade virtual uretral, transforma-se, porém, num verdadeiro canal, adquirindo portanto um determinado calibre fisiológico, nos actos da micção e da ereção; ela apresenta-se-nos então com uma forma cilíndrica mas muitíssimo irregular, em virtude de várias regiões de calibre mais restrito que existem ao longo do seu trajecto, que nos seus intervalos formam três segmentos dilatados.

A uretra masculina, cujo comprimento orça por uns dezasseis centímetros, apresenta-se-nos dividida numa porção prostática com três centímetros, porção membranosa com um centímetro e porção esponjosa com doze centímetros; os pontos que servem de referência para estas divisões são respectivamente o meato, o bolbo uretral, o vértice da próstata e o cólo vesical.

As paredes uretrais são muito distensíveis, sendo por isso muito fácil a dilatação artificial do canal.

Quando, qualquer que seja a causa, há alterações na elasticidade das paredes uretrais, observamos modificações sofridas no calibre do canal, que por êsse motivo se denomina apertado.

Alguns indivíduos são portadores de apertos de natureza congénita, que geralmente estão localizados na visinhança do meato urinário; êles podem determinar, embora muito mais raramente, os mesmos accidentes que os ocasionados pelos apertos resultantes de lesões adquiridas.

Estes últimos, duma freqüência muitíssimo maior,

são devidos a causas excepcionais e comuns; pertencem aos primeiros os apertos cuja etiologia é a tuberculose e a sífilis, que no seu período terciário pode produzir verdadeiras gomas específicas na espessura das paredes uretrais; a importância prática destes apertos é quasi nula, porque elles constituem uma insignificantíssima percentagem no meio da grande legião dos apertados de uretra; os do segundo grupo tem como etiologia os traumatismos e as infecções, principalmente a gonocócica.

Embora os apertos traumáticos sejam relativamente frequentes, pois os traumatismos são depois da blenorrágia a sua causa mais habitual, nós pô-los-emos de parte neste nosso trabalho, visto só aqui nos referirmos aos apertos de naturêsa inflamatória. Todas as uretrites, independentemente da sua etiologia, podem determinar alterações dos elementos constitutivos da parede uretral, ocasionando assim a formação de tecido escleroso e por consequência alterações no calibre do canal, que variam naturalmente com o carácter agudo ou crónico da inflamação.

Ora se os apertos determinados pelas inflamações agudas são temporários, já não acontece o mesmo com os que resultam de inflamações crónicas, nos quais a mucosa fica tam profundamente alterada que só em casos muito excepcionais se efectua o seu regresso ao estado normal; de todas elas é a uretrite blenorrágica a principal, pois 95 por cento dos apertos, apresentam na sua etiologia o gonococo de Neisser; é esta grande percentagem a causa de tam frequentemente considerarmos como sinónimos, apertos inflamatórios e apertos blenorrágicos.

Só em casos muito raros é que as uretrites microbianas não gonocócicas, produzem apertos uretrais, porque geralmente elas só ocasionam lesões muito superficiais, limitadas à mucosa, que curam rapidamente após o desaparecimento da causa que as determinou.

Compreenderemos perfeitamente a grande predileção que a blenorragia tem para a formação dos apertos, se nos lembrarmos da sua grande tendência progressivamente invasora de todas as camadas constituintes das paredes do canal e ainda da grande duração da infecção que, quasi sempre, durante tanto tempo se prolonga; e é assim, que a maior parte das vezes não há limites nítidos entre a uretrite crônica e o apêrto uretral, que se vai formando lentamente, à custa desta uretrite tam inveterada.

Todas as causas que contribuem para agravar ou prolongar uma uretrite, predispõem um blenorragico aos apertos; é por isso absolutamente indispensável evitarmos as manobras terapêuticas intempestivas e mal conduzidas, que adicionam novas lesões às pré-existentes; assim também acontece com certos vícios de conformação do canal, como apertos congênitais, com a existência de fimosis, hipospádias, etc., que rrialmente favorecem o prolongamento da blenorragia e consecutivamente o apêrto. Tudo isto, porém, não é o suficiente para que concordemos com a opinião emitida por Getz, que afirma ser a etiologia dos apertos inflamatórios da uretra uma predisposição congênital por diminuição do calibre uretral, agravada pelas três causas seguintes: blenorragia, masturbação e urinas patológicas.

Os apertos blenorragicos são caraterizados por uma evolução bastante lenta, levando portanto numerosos anos a constituirem-se.

A idade do indivíduo não tem influência alguma sobre o seu aparecimento e se, na verdade, a maior parte dos apertados contam mais de trinta anos, isso se deve exclusivamente a que geralmente eles contraem a sua blenorragia próximo dos vinte anos; todos nós sabemos, porém, que há jovens apertados cuja blenorragia data da infância, e velhos apertados porque a infecção gonocócica foi adquirida já bastante tarde.

A uretra feminina, muito mais curta que a masculina (três centímetros e meio de comprimento), de maior calibre e isenta de tecido esponjoso, é, em virtude desta sua disposição anatômica, e apesar da grande freqüência da blenorragia uretral feminina, muito raras vezes atingida pela formação de apertos inflamatórios.

Há ainda autores como Imbert e Soubeyran, que contestam a existência de tais apertos; apesar disso a maior parte dos urologistas asseveram a sua existência, embora sejam muito mais raros que os do homem; Pasteau reconheceu que as lesões observadas são as mesmas que na uretra masculina, podendo a esclerose atingir da mesma forma todas as camadas uretrais.

**Anatomia e histologia
patológicas dos apertos
inflamatórios da uretra ———**

É hoje universalmente admitido que os apertos inflamatórios da uretra se localizam exclusivamente na sua parte esponjosa; a causa desta predilecção especial é-nos explicada pelos diferentes caracteres histológicos das duas uretras, pois a posterior é desprovida de tecido esponjoso, donde uma muito mais fácil extinção do processo inflamatório. Ricord e Léroy d'Étoiles admitiam os apertos da região prostática cuja existência é actualmente negada.

Regra geral múltiplos e de número variável, êles constituem o rosário blenorrágico que, segundo Guyon «se rétrécit de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de la portion périneo-bulbaire»; a sua localização é especialmente ao nível do bôlbo, raís do pénis e fossa navicular.

A forma e extensão dos apertos variam principalmente com a maior ou menor antiguidade do processo inflamatório e com as alterações secundárias que o tratamento empregado tenha produsido. Há apertos

tam pouco acentuados, que só poderão ser percebidos por uma minuciosa exploração uretral; êles teem a forma de pequenas bridas transversais ou oblíquas quando examinamos a uretra numa secção longitudinal; são estes os apertos valvulares, em geral situados na parte anterior da uretra peniana.

As mais das vezes os apertos apresentam-se extensos, formando um verdadeiro anel (apertos anulares), ocupando assim toda a circunferência do canal e desviando-se ao mesmo tempo do eixo uretral, donde a denominação de apertos excêntricos.

Para conhecermos as alterações uretrais, fazemos várias secções transversais e sucessivas do canal; observamos então que a fenda uretral é substituída por um orifício de forma mais ou menos irregular. Examinando metódicamente os diversos cortes da região apertada, notamos que ela é constituída por duas regiões infundibuliformes, uma posterior mais larga e curta que a anterior, reunidas por um estreito canal de alguns milímetros de extensão, de calibre irregular e de forma geralmente sinuosa, acontecendo assim que os dois orifícios, posterior e inferior não se correspondem nem estão no eixo do canal (apertos excêntricos).

As lesões, só nos casos muito ligeiros, limitadas à mucosa, estendem-se em profundidade aos corpos esponjosos, que se apresentam esclerosados e diminuídos de espessura; às vezes esta esclerose progride, formando-se assim feixes fibrosos que se insinuam nos corpos cavernosos do pênis; a esclerose ou é circular ou limitada indistintamente a qualquer das paredes uretrais.

As lesões estendem-se não só em profundidade

mas também em comprimento; disto resulta que adiante do ponto apertado observamos lesões de uretrite crónica, apresentando-se-nos a mucosa com uma coloração vermelho-vinosa, os orifícios glandulares escancarados e as lacunas de Morgagni muito dilatadas; a superfície do canal é mais ou menos irregular, facto êste importante a considerar no cateterismo; posteriormente à região apertada, há sempre lesões constantes de uretrite e dilatação do canal, cujo grau depende da intensidade do processo; a destruição das paredes uretrais, com ou sem fístula, pode atingir um grau extrêmo, assim como a dilatação, que em certos casos chega a formar uma bolsa única com a bexiga.

*

*

*

A histologia dos apertos uretrais mostra-nos que as lesões se estendem às diversas partes do canal. Segundo êste ponto de vista a característica essencial dêstes casos é uma neoformação conjuntiva, consecutiva à transformação do epitélio uretral, normalmente de forma cilíndrica, em epitélio de células achata-das e de forma muito irregular.

A intensidade destas lesões varia com a região considerada, e nós assim estudaremos os caracteres histológicos mais importantes, partindo do ponto menos atingido até àquêle em que as lesões apresentam o seu auge.

Na zona uretral situada imediatamente adiante do apêrto, nós observamos lesões de uretrite crónica,

consistindo na transformação epitelial já acima mencionada, acompanhada duma esclerose de tecido subepitelial, assim como da dilatação dos seus vasos; a dilatação glandular pode ir até à sua completa destruição; há também focos de esclerose périacínosa que, nos casos antigos, freqüentemente progridem para a visinhança.

Ao nível da região apertada notamos as mesmas alterações epiteliais de queratinização, mas muito mais pronunciadas: há transformação do epitélio cilíndrico em pavimentoso córnio. A derme esclerosada confunde-se com o tecido esponjoso que também por sua vez se nos apresenta esclerosado, com as trabéculas espessadas e os alvéolos diminuídos ou até obliterados.

Wassermann e Hallé constataram lesões de endopériarterite que podem determinar a obliteração dos vasos do corpo esponjoso.

Devemos notar que a distribuição das lesões não obedece a um critério determinado, podendo elas assim localisarem-se da mesma forma em toda a periferia uretral ou indistintamente a uma só determinada região da sua circunferência.

Posteriormente à região apertada, as lesões de uretrite crónica atingem o seu apogeu. Nalguns casos observamos tipos interessantes de queratinização epitelial; notamos também vegetações da derme constituindo saliências papilomatosas e vegetações polipoliformes, obstruindo o canal uretral. Existem todos os intermediários entre a simples erosão com destruição epitelial até à ulceração profunda de toda a parede uretral. As glândulas sofrem a degenerescência quística ou transformam-se em abscessos, e a infiltração

embrionária, muito acentuada nesta região, invade a mucosa e vai sucessivamente atingindo os tecidos vizinhos, constituindo abcessos peri-uretrais, donde tantas vezes partem os trajectos fistulosos.

Há portanto o máximo de lesões atrás do apêrto, sendo a explicação dêste facto a seguinte: o canal já rígido e mais ou menos alterado, dilata-se a êste nível em virtude da influência exercida pela pressão urinária em cada micção; como consequência da formação desta bolsa vem a estagnação da urina e das diferentes secreções patológicas, que constituem um meio de cultura admiravelmente propício à poluição da flora microbiana.

As lesões retro-estriturais estendem-se a toda a uretra posterior e é essa a causa da prostatite crónica se tornar a sua companheira inseparável; observamos também concomitantemente lesões do epidídimo, bexiga e até dos rins, sendo a mais frequente destas complicações a «assistolia vesical».

Clínica — Como se apre-
sentam em geral os apertados
da uretra —————

A sintomatologia dos apertos uretrais é muitíssimo variável de doente para doente.

Os sintomas são como de costume objectivos e funcionais: os primeiros referentes a alterações do calibre, superfície e elasticidade uretral, e os segundos consistindo em perturbações da micção.

Poderíamos expor metódicamente os que duma maneira geral são mais habituais, mas entendemos que é mais prático, e por isso muito preferível, descrevê-los conforme a sua maior frequência nos diferentes casos que vamos apresentar e que singelamente reproduzem o que temos observado.

a) APERTOS LARGOS — Uretrite crónica — Gôta filamentosa

Acontece freqüentes vezes aparecerem-nos doentes, cuja sintomatologia funcional não existe ou é muito atenuada; o que os traz à consulta é a existência dum

velho corrimento, duma gota matinal que persiste há muito tempo, ou simplesmente a constatação de filamentos na urina.

Praticando o cateterismo uretral com os exploradores de bola de Guyon de calibre médio, números 16 a 18 da fieira de Charrière, não sentimos resalto algum característico da lesão; passando depois a exploradores mais grossos, sentimos, pelo menos à volta, uma diferença de consistência que a bola do explorador localisa nitidamente.

Concluimos depois dêste exame, que estes indivíduos apresentam apertos largos, pois só com exploradores de grosso calibre (geralmente números 20 a 25 da fieira de Charrière) constatamos a existência da lesão.

Otis e Reybard estudaram bem estes apertos largos, que estão encobertos pelos sinais de uretrite crônica.

Os sintomas funcionais acompanham muitas vezes estes doentes, sendo regra geral pouco intensos.

Há ainda casos, embora mais raros, em que falta a sintomatologia objectiva mais acima apontada, apresentando-se o doente unicamente com sintomas funcionais, como micções freqüentes, difíceis e de longa duração, cuja causa não reside propriamente no apêrto, mas sim num espasmo da porção membranosa da uretra, ou numa diminuição da contratilidade vesical; algumas vezes também observamos alterações na forma e na fôrça de projecção do jacto urinário, devido unicamente a fenómenos de origem reflexa, determinados pelo apêrto sôbre a uretra e a bexiga. A desigual dilatibilidade do canal, determina também algumas vezes ejaculações dolorosas.

A grande importância da sintomatologia funcional, observada na quasi totalidade destes casos, é devida a tratar-se de indivíduos nervosos; podem estes doentes tornarem-se verdadeiros neurasténicos genitais, cuja causa é muitas vezes a persistência da gota matinal, que elles vêem assim prolongar indefinidamente a sua doença; há casos destes em que a frequência e dores na micção, nevralgias variadas, podem ocasionar erros gravíssimos, como no doente citado por Colde-carrera, em que uma nevralgia testicular dum doente cujo apêrto não tinha sido diagnosticado, originou a castração dum testículo indemne.

Às vezes perturbações funcionais extensas aparecem em indivíduos não nervosos e em que o apêrto é ligeiro; trata-se então de perturbações causadas por reflexos sobre a bexiga ou uretra membranosa.

Podemos portanto afirmar que embora os apertos largos tenham uma sintomatologia muito restrita e seja quasi sempre só um cateterismo que nos permita diagnosticá-los, há casos em que a sua sintomatologia funcional é muito mais completa, quer determinada por perturbações ralmente existentes, quer, e isto muitíssimo mais frequente, pelo estado neurasténico destes doentes, em que uma insignificante lesão acarreta graves preocupações.

b) APERTOS CERRADOS com micções custosas mas completas

É sob esta forma que correntemente se apresentam os apertados à consulta.

Procedendo ao cateterismo destes doentes com

um explorador de bola de Guyon de calibre médio, vamos encontrar vários resaltos sucessivos ao passo e à medida que nos aproximamos da região bulbar, até que o explorador não consegue atravessar um obstáculo maior que os anteriores; continuamos o nosso exame com um explorador de número imediatamente inferior e assim sucessivamente vamos procedendo até vencermos todas as resistências encontradas.

É nestes casos que a sintomatologia funcional se torna constante.

Ao princípio há modificações na forma e na força de projecção do jacto urinário; mais tarde aparecem micções dolorosas e freqüentes, até que complicações infecciosas juntam os seus sintomas aos do próprio apêrto.

O jacto pode-se apresentar deformado em espiral, em regador, ser achatado e bifurcado; hoje não ligamos importância à opinião de Duttel que considerava estas deformações como um valioso elemento de diagnóstico para a localização e forma do apêrto.

A força de projecção do jacto está diminuída porque a bexiga que no seu princípio se hipertrofia para lutar contra um obstáculo que normalmente não existe, acaba, geralmente ao fim de bastante tempo, por se tornar impotente, deixando-se vencer por esse obstáculo.

Nos casos pouco avançados observamos, ao despertar, micções retardadas, em virtude da congestão dos órgãos urinários produzida pela estagnação fisiológica da noite.

Aparecem depois as micções difíceis, sendo esta dificuldade originada no esforço que o doente tem de

empregar durante toda a micção, para fazer passar a urina através do seu canal apertado.

Como à medida que a estenose progride, o volume do jacto se vai tornando simultaneamente menor, as micções são cada vez mais longas.

Alguns doentes apresentam uma incontinência no fim da micção, que é determinada pela expulsão de algumas gotas acumuladas atrás do apêto e que foram pouco a pouco expulsas pela elasticidade do canal.

Quando a cistite vem complicar os apertos de uretra, toda a sintomatologia acima descrita se agrava consideravelmente.

Curiosas são as perturbações que os apertos de uretra produzem na ejaculação: muitas vezes, antes de qualquer outro sintoma, Dittel observou que a ejaculação determinava uma sensação dolorosa, originada pela brusca distensão do canal e também pelo choque produzido sobre a parte posterior da região apertada. Outras vezes, e devido a fenómenos espasmódicos que tam pronunciados são nos apertos cerrados, o esperma reflui para a bexiga e é expulso na micção seguinte; há casos ainda em que o jacto espasmódico é substituído por um corrimento que sem fôrça, vai correndo ao longo do freio.

c) APERTOS FILIFORMES

Observam-se quando fazendo um exame, depois de termos atravessado vários apertos mais ou menos cerrados com exploradores de calibre sucessivamente

decrecente, chegamos a um ponto em que não é possível continuar o cateterismo com qualquer explorador, por menor que seja o seu calibre.

Tentamos então o cateterismo uretral por meio duma velinha filiforme recta ou flectida em baioneta; quando mesmo assim a travessia do apêrto é impraticável, recorremos ao cateterismo em feixe que muitas vezes nos dá óptimos resultados em virtude dos apertos serem excêntricos; nunca devemos desanimar nas primeiras sessões dêste cateterismo, pois muitas vezes obtemos resultados plenamente satisfatórios nas sessões seguintes.

Os doentes portadores dêstes apertos apresentam-se-nos em estado de retenção incompleta ou completa.

Retenção incompleta

A retenção incompleta observa-se não só nos apertos filiformes mas ainda em muitos doentes portadores de apertos apenas cerrados.

A sua causa é segundo Bazy, a diminuição da contractilidade vesical, em virtude da resistência que oferece o apêrto ao escoamento urinário; resulta disto o esvasiamento incompleto da bexiga, tornando-se por conseguinte mais freqüentes as micções.

Como complemento da retenção incompleta aparece a cistite, resultado da propagação da infecção uretral; Chopart e Stokes provaram que na cistite é inegável a existência da paralisia do músculo subjacente à mucosa inflamada; resulta de tudo isto as micções tornarem-se ainda muito mais dolorosas e freqüentes.

Retenção completa

Quando um doente portador dum apêto filiforme se nos apresenta em retenção completa, não é muitas vezes porque o apêto constitua uma barreira invencível ao escoamento urinário; a causa é geralmente a grande diminuição da contractilidade vesical, já existindo anteriormente, mas agora muito mais aumentada por uma qualquer acção adjuvante que, como um arrefecimento, um abuso de regimen, uma manobra instrumental mal condusida, provocaram uma congestão vesical e prostática e ainda talvez do centro medular vésico-espinhal, ou então uma contracção espasmódica do esfíncter membranoso, que se vai repercutir na bexiga.

Vemos portanto que em tudo isto, como disse Albarran «il y a dans la paresse de la vessie à la fois une cause et un effet de retention».

Tratamento

Recordando-nos nós dos conhecimentos fornecidos pela histologia patológica, compreenderemos perfeitamente que a cura radical dos apertos da uretra bem constituídos, a sua *restitutio ad integrum*, como diz Albarran, é um facto absolutamente irrealisável.

Somos portanto obrigados a considerarmo-nos satisfeitos, quando conseguirmos, seja qual fôr o processo empregado, obter um aumento de calibre uretral suficiente para que as micções se realizem perfeitamente, evitando-se assim as graves complicações, que tam freqüentemente aparecem nestes casos.

Na singela exposição que se segue, não fazemos mais do que criticar os processos de tratamento correntemente empregados, não nos importando com a descrição das técnicas seguidas nos diferentes casos, pois, se assim fizéssemos, êste capítulo tornar-se-ia muito extenso e fastidioso, porque, o que exporíamos nesse sentido nada de novo acrescentaria ao que vem escrito em todos os tratados da especialidade.

Diremos algumas palavras àcerca de vários processos recentemente publicados em revistas e ainda não generalizados (tiosinamina, métodos de Asch e de Seelhorst), abstendo-nos, porém, de os criticarmos, visto não conhecermos observações que nos permitam avaliar a realidade dos seus benefícios.

Claro está, que o processo ideal seria o que nos permitisse actuar directamente sobre as lesões de esclerose, produzindo a sua destruição; baseados nisto, Lang, Franck e mais recentemente Weissmann, administraram a tiosinamina em injeções sub-cutâneas, esperanças na sua notável propriedade de amolecer o tecido conjuntivo patológico, sem actuar sobre o tecido conjuntivo no estado fisiológico; em virtude desta acção electiva, o tecido esclerosado retomaria os seus caracteres embrionários que lhe permitiriam uma orientação diferente na sua evolução futura.

Sobre a eficácia deste método na terapêutica dos apertos uretrais, nada podemos dizer, pois como já acima mencionamos, não temos observações sobre tal assumpto, limitando-nos apenas a referirmo-nos a um interessante artigo devido a Lévy — Weissmann, denominado «Influence de la Thiosinamine dans les Rétrécissements infranchissables de l'Urètre», no qual, baseando-se em observações pessoais, êles chegam à conclusão de que este processo permite a introdução duma filiforme em indivíduos portadores de apertos absolutamente impermeáveis, que, portanto, estavam votados a sofrerem uma uretrotomia externa. Segundo os seus adeptos, este processo pode pois constituir o primeiro tempo do método clássico a que adiante nos referiremos e que é — a dilatação lenta e progressiva.

Asch, de Strasburgo, reconhecendo a frequência de recidivas nos indivíduos operados de uretrotomia interna, aconselha substituírmos esta operação pelo seu método, em que, com a ajuda da uretrocopia e com uma anestesia pela alipina, êle em cinco a dez sessões, espaçadas de cinco em cinco dias, efectua cauterisações com tintura de iodo ou até sendo necessário, uma curetagem das infiltrações uretrais; êste processo, pelo menos entre nós, está também pôsto de parte pelo seu manejo delicado e pela falta de observações que nos permitam reconhecer o seu valor.

Seelhorst apresentou também um método, no qual a uretra depois de dilatada, sofre, com o auxílio da endoscopia, várias picadelas com uma fina agulha electrolítica, em pleno tecido esclerosado, fazendo assim passar durante alguns minutos, uma corrente cuja intensidade não vai além de 4 a 6 mili-amperes.

A resecção só applicável num muito restricto número de casos (aquêles que se complicam de calosidades péri-uretrais ou fístulas), tem um grande emprêgo nos apertos de origem traumática que nada nos interessam neste nosso trabalho.

Não falaremos também da divulsão que, pela sua violência está hoje completamente abandonada, apesar da veemente defeza de Dentu e das estatísticas apresentadas por Azêma.

O tratamento dos apertos inflamatórios da uretra limita-se, portanto, aos processos seguintes que dividimos em dois grandes grupos.

Processos não sangrentos :

- a) Dilatação lenta, progressiva, simples e intermitente ;
- b) Dilatação lenta, progressiva, electrolítica.

Processos sangrentos :

- a) Uretrotomia interna ;
 - Secção única
 - Secção múltipla
- b) Uretrotomia externa.

A dilatação lenta, progressiva, simples e intermitente, actua sôbre o apêrto à maneira duma massagem, permitindo assim a expulsão dos exsudatos glandulares e determinando um afluxo das infiltrações leucocitárias ; o conhecimento desta sua acção vital foi-nos principalmente dado pelo professor Guyon, a quem devemos o preceito indispensável : «la dilatation doit agir dynamiquement ; elle ne doit pas être mécanique» ; deverá sêr doseada como qualquer medicamento e aplicada sem violências, para que se produzam unicamente fenómenos reaccionais que tornem mais moles as paredes do apêrto, permitindo assim aproveitarem-se os benefícios adquiridos.

Ela constitui na realidade, o único, o verdadeiro tratamento dos apertos da uretra ; mesmo quando impossível de praticar no início do tratamento, ela é, pelo menos, a fase terminal de qualquer dos outros processos empregados.

Os outros métodos terapêuticos de que vamos falar, só deverão sêr utilizados com o fim de tratar complicações, ou então quando as dilatações sejam

impossíveis de aplicar no seu início, pela existência de qualquer causa que torne o seu emprêgo absolutamente impossível; mesmo assim estes processos nada mais são do que simples manobras preparatórias destinadas a tornar possíveis as dilatações lentas progressivas e intermitentes.

A maior parte dos urologistas contra-indicam as dilatações lentas, progressivas, simples e intermitentes, somente nos seguintes doentes: portadores de apertos impermeáveis, em que é impossível passarmos uma filiforme, ou quando mesmo, depois da passagem desta, o canal se cerra de novo; doentes com fenómenos de intoxicação urinosa, ou em riscos eminentes d'ela; doentes em que, apesar de permitirem a passagem das sondas, as dilatações são impossíveis de praticar por serem imediatamente seguidas de crises de retenção urinária ou temperaturas elevadas.

Como vemos, só num número bastante restrito de casos, é que devemos pôr de parte êste processo, considerado clássico, pois quasi sempre êle nos permite realisarmos vantagens incontestáveis se nos lembrarmos, como diz Génouville, que *«surtout la patience, plus encore que l'habilité, qui est nécessaire au chirurgien, et la patience uniquement, mais à dose considérable, qui est nécessaire au malade»*.

Nalguns doentes portadores de apertos cerrados ou duros, estendidos a uma grande porção da uretra, ou então nos complicados de infiltrações e endurecimentos péri-uretrais, a dilatação lenta, progressiva, simples e intermitente, encontra às vezes um precioso complemento na dilatação lenta, progressiva, electrolítica.

Na realidade êste último processo, considerado

perigoso por bastantes clínicos, tem consideráveis vantagens em certos casos, com a condição absolutamente essencial da intensidade da corrente nunca ser exagerada, pois a estes excessos se devem sem dúvida alguma, a maior parte dos accidentes não só immediatos, mas ainda tardios, pela formação dum tecido de esclerose ainda mais acentuado que o existente inicialmente.

Uma das maiores vantagens da dilatação lenta, progressiva, electrolítica, sôbre o processo clássico é permitir ganhar tempo, o que, para muitos doentes, é realmente importante, pois em virtude das suas occupações não teem o tempo sufficiente para poderem levar até ao fim as suas dilatações; além disso-êles não se aborrecerão do tratamento; eis pois a principal vantagem da dilatação electrolítica, que como diz Génouville é: «peut-être plus sociale que chirurgicale, mais il est réel, indiscutablement».

A dilatação acompanhada de electrolise é, pois, mais fácil e mais eficaz, visto estender-se aos endurecimentos péri-uretrais; mais durável, pois tem mais tendência a conservar o grau de dilatação adquirido; e é, finalmente, mais rápida.

Nos apertos muito duros ela constitui ainda um precioso complemento da uretrotomia.

A *uretrotomia interna*, praticada por alguns cirurgiões do século XVI e caída depois em absoluto esquecimento, é considerada como um processo precioso de tratamento dos apertos uretrais, desde o último quartel do século passado.

Limitada no seu início às simples escarificações de Physick e Amussat, a sua técnica modificou-se

profundamente com o processo descrito em 1833 por Reybard, cujas vantagens à primeira vista incontestáveis, rapidamente se tornaram illusórias, porque a nova cicatriz bem depressa começava a contrair-se, aumentando-se assim as causas anatómicas do apêrto.

O emprêgo da sonda permanente consecutiva à intervenção, aconselhado por Civiale, contribuiu para evitar a maior parte dos casos de infiltrações urinosas, de hemorragias graves e de accidentes mortais, que freqüentemente acompanhavam as grandes incisões de Reybard.

Êste perigoso processo bem cedo foi votado ao abandono, em virtude dos novos métodos devidos a Civiale e Maisonneuve e aos trabalhos de Guyon e dos seus numerosos discípulos, que tornando-se os paladinos da uretrotomia interna, fizeram com que êste novo método tam rápidamente fôsse propagado e tam fervorosos adeptos conseguisse.

Desde então a uretrotomia, quer de secção única, ou de secções múltiplas, quer de início ou complementar, foi empregada, podemos bem dizê-lo, *a tôrto e a direito*, seccionando-se assim muitíssimas vezes uretras em que era perfeitamente escusada tal intervenção.

Durante bastantes anos que a uretrotomia interna conservou o seu apogeu, mas últimamente, tem-se notado na maior parte dos clínicos uma certa retracção no emprêgo dêste processo; é bem justo que isto tenha acontecido, pois embora a uretrotomia interna seja uma operação benigna, ela será sempre uma operação mais ou menos sangrenta, com o inconveniente de muitas vezes seccionar tecido são em vez de tecido

doente, e além disso de formar uma nova cicatriz que mais tarde será mais uma nova causa de apêto.

Embora a uretrotomia interna não tenha hoje aquele grande cortejo de admiradores que ainda há poucos anos compunham o seu séquito, nós entendemos que o seu emprêgo deverá restringir-se muito mais, limitando-se sómente a um mui exclusivo número de casos em que não possamos utilizar outro qualquer método com mais benefícios.

A *uretrotomia interna*, da mesma forma que qualquer dos outros processos já mencionados, só deverá, portanto, ser empregada, quando haja contra-indicações absolutas ao tratamento ideal, ao tratamento clássico — a dilatação lenta, progressiva simples e intermitente, e quando não haja outro qualquer método, que, como o que mencionamos no capítulo seguinte, quasi sempre lhe ofereça vantagens incontestáveis.

Quando os apertos uretrais se nos apresentam absolutamente impermeáveis à passagem dum filiforme, quando o doente é também portador dum abcesso urinoso ou de fistulas perineais, recorreremos então à *uretrotomia externa*.

Processo que aconselhamos

Dilatação rápida progressiva com a sonda permanente

A páginas 441 do ix volume do Tratado de Cirurgia de Dentu e Delbert, Albarran ao referir-se ao tratamento dos apertos de uretra pela sonda permanente diz: «Lorsque le contact de la bougie ou d'une sonde creuse se prolonge pendant un certain temps, lorsque surtout l'instrument est laissé à demeure dans le canal, on observe la dilatation très rapide de la plupart des rétrécissements, même de ceux qui sont très étroits. Dans ces conditions, on voit, dans les premières heures, que l'instrument est plus serré qu'au moment de son introduction, il s'établit bientôt une sécrétion puriforme qui contient non seulement des leucocytes, mais encore un très grand nombre de cellules épithéliales, et bientôt l'instrument joue facilement dans le point rétréci. Il est fréquent de voir un rétréci chez qui on ne passe qu'avec peine une bougie filiforme qu'on laisse à demeure, uriner assez bien dans la journée même le long de la sonde; le lendemain ou le surlendemain, on peut passer, sans forcer,

des bougies du n.º 10 ou 12. Si on continuait ainsi, en remplaçant tous les jours la sonde à demeure par une autre d'une calibre très supérieur, on obtiendrait en quelques jours une très large dilatation du canal; mais il faut bien savoir que les dilatations ainsi obtenues ne se maintiennent pas; en quelques jours, le canal se reserre de nouveau. C'est pourquoi la dilatation par la sonde à demeure ne doit guère être employée, en dehors du début du traitement, que lorsqu'on désire pouvoir passer rapidement un instrument de gros calibre dans le canal (explorateur métallique, lithotriteur, cystoscope, etc.); ce n'est plus de la dilatation pour guérir le rétrécissement, mais pour pouvoir le traverser».

De facto assim succede todas as vezes que em contacto dum apêrto colocamos permanentemente uma velinha ou sonda; a parte cerrada do canal cede rápida e fácilmente e o exíguo calibre do canal esclerosado aumenta pelo amolecimento da referida infiltração; mas, se retirarmos a sonda do canal tornado provisóriamente largo, a infiltração endurece-se, diminuindo novamente o seu calibre.

Se o abandonarmos na sua reconstituição rápida, êste apêrto cerrará até ao calibre mínimo em que o encontráramos, produzindo-se clinicamente todo o cortejo sintomático que tinha obrigado o doente a procurar-nos e nós a intervirmos.

Tal não sucederá porém, se segundo a prática da autoria do nosso distinto Professor de Urologia, Ex.^{mo} Snr. Dr. Oscar Morêno, surpreendermos o apêrto numa certa altura da sua reconstituição retráctil, e aproveitarmos um calibre rasoável para a introdução de velas

dilatadoras, suficientemente sólidas e, aproveitarmos ainda, as modificações histológicas que o contacto permanente da sonda provocou ao nível dessas lesões, pela infiltração embrionária que pelo menos momentaneamente, produziu o amolecimento, e encetarmos em boas condições uma dilatação lenta e eficaz.

A dilatação rápida progressiva pela sonda permanente, serve-nos portanto, de primeiro tempo para a encetação do tratamento clássico dos apertos blenorragicos — *a dilatação lenta, progressiva e intermitente*.

Nós procuramos aqui, com as mesmas indicações e com os mesmos resultados, mas com *melhores vantagens*, o que procurávamos ao indicarmos uma uretrotomia interna — primeiro tempo duma dilatação lenta e progressiva.

¿ Mas quais são essas vantagens ?

Adiante exporemos as razões que nos assistem e que a nosso ver justificam a preferência.

Técnica

Ou o doente se nos apresenta com um apêrto em que só podemos passar uma filiforme, ou o apêrto é permeável nos números, 5, 8 ou 10.

No primeiro caso procedemos do seguinte modo :

Colocamos uma filiforme permeável que amarramos sólidamente à glande, para que se não escape na ocasião das micções ; estas em geral fazem-se rasoavelmente entre a filiforme e o canal, de forma que o doente pode conservar a velinha algumas horas, ou mesmo até ao dia seguinte. Quando o doente não

urina desta maneira, substituímo-la ao fim duma hora por outra mais grossa, até que, passadas duas ou três horas, podemos já introduzir uma sonda olivar número 5, que, embora drene gota a gota a bexiga, é já o suficiente para que o doente não entre mais em retenção. Substituída assim uma filiforme por uma sonda olivar número 5, temos assegurada a micção do doente, que a partir daí mais nenhuma dôr ou incômodo sentirá.

Nos casos em que o apêrto é permeável a qualquer sonda, é essa que nós lhe introduziremos, conforme o calibre do apêrto que queremos dilatar.

Costumamos em seguida substituir diariamente a sonda por outra de dois números acima: assim no dia seguinte à introdução da sonda número 5, metemos o número 7, no dia seguinte o número 9 e assim sucessivamente até ao número que quisermos atingir.

Em geral suspendemos a nossa dilatação quando atingirmos a sonda número 20, o que necessita para tal de 7 a 8 dias, quando iniciamos a dilatação pela filiforme.

Devemos dizer que na maioria dos casos a dilatação por êste processo levaria menos tempo, podendo nós mudar as sondas duas vezes por dia, reduzindo assim o tempo necessário a 4 ou 5 dias; aconselhamos, porém, preferir-se maior lentidão, podendo avançar-se mais rapidamente até um certo número ou depois dum tal número.

É absolutamente indispensável que em todas as substituições de sondas, se usem estas rigorosamente asépticas e cada ablação ou introdução de sonda será

rigorosamente precedida e seguida de boa lavagem com qualquer líquido antiséptico ordinariamente usado nesta especialidade.

Uma vez atingido o número 20 ou outro, retiramos a sonda, podendo, a partir de aí, dar alta ao doente.

¿ Quando começamos nós com as dilatações lentas, progressivas, simples e intermitentes ?

Temos procedido diferentemente: a comêço preferíamos fazer no próprio dia da ablação da última sonda, uma dilatação com os bñiqués números 38, 40, etc., e continua-la nos dias seguintes. Começamos, porém, a notar que depois duma permanência da sonda, mesmo só durante 5 dias, o canal encontra-se irritado e frágil; as hemorragias são fácilmente provocadas e as dores são por vezes vivas.

Por tudo isto procedemos hoje de diferente modo: depois de retirada a última sonda, fazemos lavagens diárias do canal e só três dias depois é que aconselhamos iniciar-se a dilatação, lenta, progressiva, simples e intermitente.

Bem entendido, nessa primeira dilatação empregaremos uma sonda número 14, 15 ou 16; melhor será principiar por um número baixo, 14 ou 15, para depois subirmos mais ou menos lentamente.

Como em todas as dilatações lentas, progressivas, simples e intermitentes, essa marcha é muito variável conforme a qualidade dos apertos a dilatar; tanto quanto possível empregaremos o mais breve que possa ser os bñiqués simplesmente, ou com a acção adjuvante do elemento electrolítico.

Todos nós conhecemos os benefícios colhidos

por êste processo de dilatação nos apertos rebeldes, ou então naqueles em que queremos marchar mais rápidamente. Aqui, como nos outros processos, êste método deve aproveitar-se como magnífico.

Estas dilatações lentas, progressivas, complementares, fazem-se, em geral, três vezes por semana. Como no processo clínico, o número de dilatações semanais pode variar conforme o grau de irritação provocado pela dilatação anterior; isto é uma questão clínica que só o caso e o médico poderão resolver.

Os pormenores das observações adeante publicadas, preencherão algumas deficiências existentes nesta nossa simples exposição.

Vantagens do método

Tendo o método que preconizamos as mesmas indicações que a *uretrotomia interna*, é só pelo confronto desta com a *dilatação rápida, progressiva com a sonda permanente*, que nos convenceremos das vantagens ou inconvenientes dum ou doutro método.

Em primeiro lugar a *uretrotomia interna* é uma operação sangrenta; mais ou menos, ela é-o sempre.

O doente não aceita sem repugnância a sua indicação. Nunca o doente deixará de pedir o adiamento do *côrte*, quando lhe demonstramos a necessidade de o fazer. «Tente o Dr. mais algum tempo e se não obtiver resultado... sempre me resolverei a isso». É resposta habitual do apertado, quando pela primeira vez lhe é indicada a operação. «¿ Que perigo existe? ¿ Doi muito? ¿ E dá-me o clorofórmio? etc., etc.» São

tantas outras perguntas ansiosas que bem denunciam *sempre* o tumultuar de ideias que lhe tiram o apetite, que lhe roubam o sono, que desnor-teiam a família, a quem a realidade duma operação mergulha numa dolorosa e incômoda ansiedade.

Para a *uretrotomia interna* há necessidade dum instrumental apropriado e, posto que seja fácil o seu manejo, não é sem embaraço que o policlínico executará todos os tempos da operação e não sem emoção que êle seccionará o apêrto e introduzirá a sonda permanente num canal sangrando.

Há por outro lado a dor; ela é suportável, bem o sabemos, mas é uma dor que o doente teme seja grande.

Há ainda a hemorragia, e nós todos sabemos que é esta uma das complicações mais freqüentes da operação.

São raros os casos, mas não há policlínico que não retenha de memória um ou outro caso alarmante, senão fatal.

A *uretrotomia interna* é afinal o primeiro tempo duma dilatação lenta, progressiva, que se lhe seguirá fatalmente sob pena de resultar uma operação absolutamente ineficaz. Essa dilatação que se lhe seguirá como complemento indispensável, far-se-há sómente à custa dos tecidos seccionados pela lâmina do uretrótomo, por vezes tecidos sãos, quando as lesões que constituem o apêrto se localisam na parede inferior, como tantas vezes sucede.

Os tecidos fibrosos que constituem os apertoss nenhuma modificação importante sofrem nestas dilatações que se seguem à uretrotomia; o canal cede à

custa dos tecidos que sofreram a secção, que se distendem.

Por outro lado toda a solução de continuidade feita nos tecidos é sede duma transformação fibrosa, isto é, nova cicatriz, nova esclerose a juntar à já existente, a qual pouquíssimo se modifica pela dilatação consecutiva.

E o que succede com o método que preconizamos : *dilatação rápida progressiva com sonda permanente?*

Posto o doente ao corrente do que lhe pretendemos fazer, nenhum, absolutamente nenhum, hesita um momento em se submeter a tal intervenção.— *Nada se corta ; não sangra ; não há dor.* — Eis tudo o que o doente quer saber para nem por momentos se opôr aos nossos conselhos. Tem de estar mais três ou quatro dias internado, é facto, mas nenhum ainda hesitou na troca da *operação*, por mais quatro dias de internamento. É a tranqüilidade do seu espírito, é a garantia do seu apetite, do seu bom sono ; é a tranqüilidade da sua *entourage* familiar.

¿E o instrumental? Tudo o que há de mais simplificado ; nenhum policlínico receia a introdução duma sonda, que se faz com a maior simplicidade todas as vezes que no canal tenha permanecido algumas horas uma outra sonda ou velinha dilatadora.

Apenas se faz a mudança diária acompanhada de boas lavagens antisépticas que nenhuma dificuldade encerram ; é serviço confiável a enfermeiros geitosos ; de resto, todo êsse jogo de sondas se encontra hoje à vendá e fácil é procurá-las e aseptisá-las pela fervura rápida.

A hemorragia não existe. Nem a mais pequena

gota de sangue aparece nesta progressiva e diária mudança de sonda; há apenas as pequenas hemorragias que surgem quando das tentativas de introdução das velinhas filiformes, mas êste inconveniente existe também para a *uretrotomia interna*.

A *dor* é nula. A introdução da sonda nenhuma dor desperta e o facto da sua permanência só raras vezes incomoda os doentes. A partir da sonda número 5 que se segue à filiforme, nem mesmo a desagradável necessidade de urinar existe, pois em geral deixamos drenar permanentemente a bexiga para um urinol que o doente conserva entre as pernas.

Esta *dilatação rápida*, é, aqui, como a *uretrotomia interna*, o primeiro tempo da dilatação lenta, progressiva que vai seguir-se; ¿ mas à custa de que tecidos se vai fazer aqui a dilatação? Á custa do próprio apêrto que se modificará na sua textura histológica. Nenhum tecido são fornecerá aqui elementos para aumentar o calibre do canal, nenhuma cicatriz virá juntar-se à já existente pelo apêrto.

O tecido duro do apêrto, sofrerá pela permanência da sonda e pelas dilatações intermitentes que vão seguir-se, uma infiltração embrionária que modificará lentamente essa duresa e permitirá mais ou menos facilmente, um calibre melhor ao canal.

Uma uretra apertada não poderá sofrer impunemente sucessivas *uretrotomias internas*, mas poderá sem dano algum, sofrer várias *dilatações rápidas, progressivas*, segundo o método da sonda permanente.

Indicações

Elas são as mesmas da uretrotomia interna, isto é, nós só empregamos o método referido nos casos em que há contra-indicações ao tratamento clássico da dilatação lenta, progressiva e intermitente.

Êste método continua soberano e deve ser aplicado ao tratamento dos apertos todas as vezes que êles cedam e que essa dilatação não provoque, como algumas vezes sucede, *retenções completas*, que recidivam a cada nova tentativa de dilatação; em alguns casos, por maiores cuidados que empreguemos, quer pela parte traumática, quer pelos cuidados de asepsia que rigorosamente devem acompanhar todas as sessões de dilatação, as retenções repetem-se, aborrecidas para o clínico, dolorosas para o doente; nestas condições não hesitamos.

Outras vezes os apertos são de tal maneira duros, que as sucessivas introduções das velas não conseguem modificar essa dureza. O tratamento prolonga-se e, mesmo que não seja acompanhado doutras complicações, há para o doente o grande inconveniente do tempo perdido, que representa muito mais do que os oito dias perdidos na sua casa ou na Casa de Saúde, com a sondagem permanente.

Mas não é só nos casos acima referidos que indicamos êste processo.

Há casos que nos impõem a sua aplicação desde logo: são os casos de apertados febrís.

Todos nós conhecemos esses doentes, que tratados, por vezes longamente, de impaludismo, saturados de quinino, veem todo o seu sezonismo desapa-

recer instantâneamente nos dois segundos duma uretrotomia interna. Ora nem mesmo nestes casos, julgamos indispensável uma uretrotomia interna. A introdução duma sonda, fina que seja, mas drenando, mesmo gota a gota, é bastante na maioria dos casos, para efectuar o desaparecimento de toda a temperatura anormal.

Mas além dêsses doentes, em que a temperatura elevada surge, por vezes, periódica e independente de toda a manobra intra-uretral, há-os que fazem «pousées» febrís todas as vezes que tentamos dilatações, isto apesar da boa asepsia e antisepsia, antes e depois do traumatismo dos dilatadores; nestes casos ainda se impõe êste processo como menos traumatizante e mais rápido que a dilatação lenta e progressiva.

Contra - indicações

Nem todos os casos que se nos apresentam nas condições já referidas, podem ser tratados por êste processo.

Há em primeiro logar aqueles em que não é possível a introdução duma filiforme, apesar de paciência, tempo e habilidade, postas à prova durante longo tempo; esses casos justificam a uretrotomia externa.

Mas há casos que se nos apresentam bizarros, incoerentes, extraordinários, que não sabemos mesmo explicá-los, e em que apesar da introdução duma filiforme, duma velinha número 5, mesmo, não conseguimos introduzir uma sonda olivar, do mesmo número

que seja. Ou por espasmo, ou por posição excêntrica do apêrto, ou por qualquer outro motivo, quando pretendemos mudar de sonda, esta não passa, apesar de rapidez na mudança, de paciência, da habilidade que se empregue.

As manobras nestes casos são longas e d'aí a dor para o doente que se defende involuntariamente, a irritação do canal, a hemorragia, a infecção que por vezes à tarde leva a temperatura até 39 graus, a despeito das lavagens que sempre devem preceder e seguir todas estas manobras intra-uretrais.

Estas manobras que se repetem a cada introdução da sonda que umas vezes passa, outras não, deixam o canal traumatizado e sangrando e, o que é peor, *sem sonda alguma* que dessas lesões desvie uma urina, por vezes profundamente infectada.

Estes casos aparecem-nos, felizmente com raridade e hoje não hesitamos em não prolongar essas tentativas arrelhadoras e perigosas, e a esses doentes, antes que surjam complicações cuja gravidade é muitas vezes nestes casos, desproporcionada à simplicidade da causa, fazemos logo que a filiforme passe *uma uretrotomia interna*.

Vemos ainda em certos casos raros uma outra contra-indicação: são os casos de infecção geral grave com retenção incompleta e distensão, com temperatura elevada, e em que há necessidade imperiosa de actuar rapidamente, drenando largamente a bexiga com uma sonda de grosso calibre; nestes casos a *uretrotomia interna* é preferível; porém, nem sempre esta indicação se põe e uma das nossas observações (III) prova-o suficientemente a favor do processo preferido.

Complicações

Não temos notado graves complicações neste método; as que aparecem não são, de resto, comparáveis às da *uretrotomia interna*.

No capítulo das contra-indicações, citamos o facto, já por três vezes sucedido, de não podermos introduzir sonda alguma, apesar da permanência, durante algumas horas, da velinha filiforme. De facto, quando tal sucede, melhor será não insistir demasiado e optar pela uretrotomia interna. A insistência pode provocar a desagradável complicação da *hemorragia* e o traumatismo em canais geralmente infectados dá-nos, muitas vezes temperaturas, que nem sempre são inocentes para determinados doentes profundamente intoxicados.

A permanência da sonda pode dar-nos as já conhecidas *epididmites* dos doentes em que a sonda é conservada durante muito tempo.

Uma das nossas observações (V) cita o facto duma complicação de *prostatite aguda*, que nos fez interromper o tratamento, sem que isso viesse alterar o resultado final, que apenas foi neste caso retardado.

As peri-uretrites são possíveis, mas nós não as observamos nos casos estudados.

Julgamos que todas estas complicações se tornam muito raras, desde que observemos rigorosamente, a asepsia e antisepsia do material empregado e tenhamos biquotidianamente o cuidado de fazermos boas lavagens intra-vesicais, entre o canal e a sonda; devemos também irrigar abundantemente o canal todas as vezes que mudemos as sondas.

Conclusões

Agora que expusemos os diferentes métodos mais correntemente empregados para o tratamento dos apertos de natureza inflamatória, achamos conveniente resumir em poucas palavras a orientação que em tais casos nos parece ser preferível:

1.º — A blenorragia constitui não só um perigo individual, mas ainda um verdadeiro flagelo social, sendo uma das mais freqüentes causas de despopulação, pela esterilidade que determina;

2.º — É absolutamente indispensável intensificarmos a profilaxia individual e social da blenorragia, devendo ser rigorosamente seguidas as três grandes indicações profiláticas de Fournier: *curar, preservar e instruir*;

3.º — Para esta profilaxia contribuirão muitíssimo mais que o regulamento da prostituição, a grande difusão dos conhecimentos, a todos necessários, por meio de conferências, de publicações científicas, e ainda a criação de serviços venérológicos e laboratórios gratuitos;

4.º — As lesões determinadas pelos apertos inflamatórios da uretra reduzem-se a uma uretrite crónica total e profunda, passando primeiro pela fase de infiltração embrionária e adenite e consecutivamente terminando numa neo-formação conjuntiva retráctil;

5.º — O verdadeiro tratamento dos apertos inflamatórios da uretra resume-se unicamente no processo considerado clássico — *a dilatação lenta, progressiva, simples e intermitente*;

6.º — Qualquer dos outros métodos empregados não constitui mais do que excepções correspondentes a indicações accidentais e momentâneas; êles sómente deverão intervir com o fim de tratar qualquer complicação sobrevindo no decurso do tratamento clássico, ou então quando haja qualquer causa que torne absolutamente impossível a aplicação imediata dêste último;

7.º — A eficácia de todos os processos do tratamento depende absolutamente do emprêgo *das dilatações, progressivas, simples e consecutivas*, não constituindo portanto qualquer dos outros métodos mais do que a primeira fase desse processo verdadeiramente soberano — o processo clássico;

8.º — *A dilatação lenta, progressiva, simples e intermitente*, encontra nalguns casos difíceis um esplendido auxiliar na *dilatação lenta, progressiva electrolítica*, sob a rigorosa condição das doses de electricidade não serem exageradas;

9.º — O uso da *uretrotomia interna*, tornar-se há cada vez mais restrito, sendo necessário o seu emprêgo, sómente em casos muitíssimo limitados, pois êste processo, embora seja uma intervenção benigna, dá logar a alguns accidentes imediatos e a graves compli-

cações tardias, facilmente evitáveis com o emprêgo do processo ensaiado pelo Ex.^{mo} Professor Doutor Oscar Morêno — *a dilatação rápida, progressiva com a sonda permanente*;

10.^o — Entendemos que *o processo de dilatação rápida, progressiva com a sonda permanente*, substitui muito vantajosamente quási todos os casos em que é costume empregar-se a uretrotomia interna.

Observações

As poucas observações que vão seguir-se não são todas aquelas que nos arrastaram à convicção demonstrada nas linhas precedentes.

Bastantes outros casos, insuficientemente estudados ou incompletamente seguidos, e por isso impróprios de figurarem no fim dêste modestíssimo trabalho, contribuíram muito para (parcelarmente pelo menos) chegarmos às conclusões a que chegamos.

As observações que se seguem são aquelas que, ou completamente seguidas, ou encerrando qualquer episódio interessante, nos pareceram proveitosas para a demonstração do assunto.

I

F. S., 39 anos — Dezembro de 1916.

Êste doente é portador de blenorragias desde os dezenove anos. Começou a notar dificuldade de urinar aos vinte e cinco anos, tendo sofrido nessa ocasião a dilatação lenta, progressiva, simples, até à velinha número vinte.

Aos trinta e dois anos apresentou-se em retenção completa por recidiva do seu apêrto que tinha cerrado até ao extremo filiforme. Foi então uretrotomizado, decorrendo a intervenção e suas seqüências o mais normalmente possível. Durante os dois anos consecutivos foi êste doente dilatado regularmente, não se recordando até que número foi levada essa dilatação do seu canal.

Passado êsse tempo, por motivo de viagem à África nunca mais se dilatou e desde há um ano para cá que vem sentindo dificuldades sucessivamente crescentes para urinar.

Apelou então para o urologista, revelando o seu exame vários apertos, dos quais um, perineal, era ceradíssimo, deixando a custo a velinha filiforme penetrar até à bexiga. As urinas eram claras.

No dia seguinte apareceu em retenção completa; a sua bexiga, já em grande distensão, foi-se esvasiando pouco a pouco pela passagem de nova filiforme. O doente retoma as suas micções como anteriormente à dilatação, mas quatro dias depois fica novamente em retenção completa.

¿ Qual a terapêutica a seguir?

O apêrto perineal já anteriormente seccionado é agora duro e extenso; nova secção mais agravaria a estenose do canal.

Achou-se preferível internar o doente e introduzimos-lhe uma velinha número cinco deixada permanente durante cinco horas; no fim dêste tempo, durante o qual o doente não urinou, foi retirada a velinha e substituída por uma sonda olivar número 6.

Desde então todos os dias a sonda é substituída por outra de dois números acima, não oferecendo a uretra à sua introdução, resistência alguma; conseguiu-se assim atingir a dilatação do canal até ao número vinte, no curto espaço de oito dias.

Todas as vezes que se substituíam as sondas eram feitas rigorosas lavagens com um soluto de protargol a dois por mil.

A última sonda, número vinte, foi retirada a vinte de Dezembro, tendo sido dada alta ao doente no dia imediato.

Dois dias depois, a vinte e três de Dezembro, foi o doente ao consultório, constatando-se então que o

apêto aumentára bastante pois só foi possível passar as sondas quatorze e quinze.

Com a dilatação pela sonda permanente, alcançou-se êste calibre uretral, que embora pequeno, permite ao doente efectuar perfeitamente as suas micções.

Passou-se então ao processo da dilatação lenta, progressiva, simples, primeiro por meio da sonda a que se seguiram os bñiqués ; assim nos dias :

24/Dez. ^o	passaram-se os mesmos números 14 e 15
27/Dez. ^o	» » números 15 e 16
28/Dez. ^o	» » » » »
29/Dez. ^o	» » » 16 » 17
31/Dez. ^o	» o bñiqué, número 32
2/Jan. ^o	» os bñiqués » 32 e 33
5/Jan. ^o	» » » » 33 » 34
8/Jan. ^o	» » » » » » »
9/Jan. ^o	» » » » » » »
11/Jan. ^o	» » » » » 34 » 35

A dilatação assim foi correndo duma forma irregular e um pouco difficil, mas a 5 de Fevereiro conseguia-se que o canal atingisse o calibre do bñiqué n.^o 48:

5/Fev.^o passou-se o bñiqué número 48

Desde então, o doente, a conselho do seu médico, começou a dilatar-se a si próprio de oito em oito dias com uma sonda n.^o 20. Estas dilatações foram feitas com toda a regularidade e método, durante o primeiro mês ; passou depois a dilatar-se duas vezes por mês e novamente analisado em Junho de 1919, isto é, dois anos depois, conservava integralmente o mesmo calibre da sonda número vinte, urinando perfeitamente bem.

II

T. C., 52 anos — Janeiro de 1917.

Apareceu êste doente com uma disúria acentuada, urinando quási gota a gota; as urinas eram purulentas, não havendo até esta data febre que podesse referir-se ao seu apêrto.

O exame dêste indivíduo revelou um cerrado apêrto bulbar difficilmente permeável às filiformes.

Começa-se a aplicar nêste caso a dilatação lenta, progressiva, simples, mas, apesar de todos os cuidados de antisépsia que precedem e seguem cada introdução da filiforme, o doente faz temperaturas de 38° e 39°, à tarde, de cada tentativa de dilatação.

Como os resultados obtidos no doente da observação passada — ainda em tratamento, mas já com um calibre uretral muito rasoável — eram deveras animadores, foi aconselhado a êste doente o seu internamento numa Casa de Saúde, onde lhe foi introduzida uma filiforme um pouco grossa, fazendo-se assim um

pouco de dilatação forçada, e imediatamente depois introduzia-se-lhe uma sonda olivar número seis.

Houve desta vez um traumatismo maior do que nas tentativas de dilatação lenta e progressiva, mas, apesar disso, o doente não teve febre alguma, à tarde.

Faziam-se através da fina sonda e à volta dela, repetidas lavagens antisépticas.

No dia seguinte foi introduzida uma sonda número sete, e de aí por diante, diáriamente a sonda é substituída por outra de mais grosso calibre, em geral dois números acima.

Oito dias depois já o doente suportava o número dezoito.

Durante êste período, o doente não teve temperatura alguma, apesar do canal supurar bastante; isto obrigou ao emprêgo de cuidadosas lavagens com protargol a dois por mil, três vezes por dia.

A vinte e oito de Janeiro, saíu o doente da Casa de Saúde, com um calibre uretral correspondente ao número dezoito, mas com um corrimento ainda muito pronunciado.

Consecutivamente, duas vezes por dia, foi o canal abundantemente lavado com protargol ou permanganato, por causa da supuração, que foi diminuindo rápidamente depois de retirada a sonda permanente.

A cinco de Fevereiro, o canal é explorado e deixa apenas passar com algum custo o número treze.

Começou-se com as dilatações lentas, progressivas, que vão proseguindo lentamente, o que não nos importa, visto o doente urinar agora livremente com jacto regular e continuamos até à evacuação completa da sua bexiga.

Só em fins de Fevereiro é que se conseguia que o canal admitisse um b́eniqué número quarenta e cinco.

A partir daí o doente só vai ao consultório de oito em oito dias e passado um mez espaça as sessões de quinze em quinze dias.

Como o doente se recusa a dilatar-se a si próprio, continuou a vir duas vezes por mês, durante todo o ano de 1917, ao consultório, conservando sempre o calibre do b́eniqué quarenta e cinco.

Desde então o doente fez-se dilatar umas duas vezes por ano, necessitando de todas as vezes que aparece, de séries de dilataçã, pois o calibre do canal desce em geral ao trinta e seis e trinta e oito b́eniqué.

O doente nunca mais sentiu dificuldades para urinar e nenhum incidente tem vindo até agora complicar o seu apêto.

III

J. C., 22 anos — Junho de 1917.

Êste doente teve a sua blenorragia aos onze anos ; aos 18 anos teve os primeiros sintomas de apêto da uretra ; desde então que êste pobre rapaz arrasta uma mocidade cheia de sofrimentos, que até certo ponto são mitigados pelo vigor da sua juventude e da sua musculatura vesical que vai vencendo heroicamente a estenose do canal.

Desde Janeiro último que, espaçadamente a começo, mais persistentemente depois e diáriamente agora, o pobre rapaz tem "sezões" no dizer da família e de mais do que um médico assistente, para os quais o quinino é a estragada arma com que lhe combatem as arremetidas do mal.

O doente apareceu nesta altura à consulta instigado pelo último e mais esclarecido clínico consultado.

Os acessos são freqüentíssimos, e é com uma temperatura de 40° que às dez da noite lhe é fendido o

canal com o uretrótomo de Maisonneuve. No dia seguinte, pela manhã, o «impaludado» despertava com a temperatura de 36°,7.

Um ano e meio decorre sem notícias deste uretrotomizado, quando em Dezembro de 1918 êle novamente aparece, contando o seguinte :

Até há perto dum mês nada mais de anormal sentira, nem nenhuma mais dilatação fizera; o jacto diminuia-lhe lentamente e eis que há perto de vinte dias novos arripios, nova febre, novas «sezões» enfim, vieram lembrar-lhe o seu velho e despresado apêrto.

O exame do canal revelou um apêrto cerrado, novamente ao limite máximo numa filiforme, que lhe permitia um fino jacto de urina, saíndo a custo, em intermitências fatigantes que lhe exgotavam as fôrças.

Além disso novos acessos febrís, repetindo-se agora as mesmas sezões, que, há ano e meio, a lâmina do uretrótomo cortára num segundo salvador.

De facto o canal, voltára a cerrar-se rápidamente, e o doente sofria nessa tarde do exame, uma crise mais intensa do que qualquer das outras; esta repetiu-se no dia seguinte e, posto que a indicação de uretrotomia interna viesse repôr-se em face dos fenómenos refeitos ano e meio depois, não se hesitou em colocar-lhe uma filiforme algumas horas durante a tarde do dia nove de Dezembro de 1918, na qual o doente tinha a temperatura de 39°,6.

Foi-lhe depois introduzida uma sonda olivar número 6, que drenou lenta, mas completamente, a bexiga infectada.

No dia seguinte, a temperatura subiu apenas a 38° à hora habitual do acesso febril e quarenta e oito

horas depois, após a colocação duma sonda olivar número 9, nenhuma temperatura anormal já existia.

Esta sonda permitiu uma drenagem vesical e lavagens antisépticas mais perfeitas.

A 13/Dez.º foi colocada uma sonda n.º 10
 » 14/Dez.º » » » » 12
 » 16/Dez.º » » » » 14

E assim sucessivamente, foram introduzidas com facilidade, sondas de calibre progressivamente crescentes, até ao número 20, em 22 de Dezembro, em que o doente teve alta da Casa de Saúde.

Em seguida o canal foi lavado diariamente e, como a irritação produzida pela sonda permanente fôsse grande, só no dia 27 do mesmo mês lhe foi feita a primeira dilatação.

Vimos então que o canal se tinha cerrado até ao número 12, mas apesar dêste calibre, o doente tem conservado neste intervalo micções rasoáveis com um jacto contínuo, esvasiando completamente a sua bexiga.

A temperatura não voltou a aparecer, e em fins de Janeiro a dilatação do seu canal atingia o béniqué número 52.

Como o apêrto deste rapaz era duma notável dureza, temos a notar que a certa altura da sua dilatação, se fez intervir a electrolise circular, lenta.

Este doente, revisto ao fim dum ano e meio, conservava um canal permeável a uma velinha número 18.

Ele dilata-se a si próprio, um pouco irregularmente, mas o suficiente para conservar o canal nesse calibre rasoável.

IV

A. C., 45 anos — Outubro de 1917.

É apertado desde os trinta e cinco anos.

Já foi dilatado por duas vezes, não se recordando até que número, mas nunca introduzindo béniqués.

Apareceu à consulta com dificuldades de urinar, jacto pequeno, intermitente e doloroso, fazendo todas as tardes temperaturas de 38° a 38°,5.

Apresentava ainda uma tumefacção do tamanho duma tangerina, na linha média do períneo.

A nítida supuração determinou uma rápida abertura, não se ligando então importância ao grau de estenose do canal.

Depois desta intervenção, houve uma notável baixa térmica, mas o jacto, apesar desta descarga purulenta, não aumentou.

Praticando-se seis dias depois, a exploração do canal, notou-se um calibre número 10.

Ao fim de onze dias iniciam-se as dilatações lentas

progressivas, mas o canal cede de tal modo à dilatação, que ao fim de dez dias apenas se havia atingido o número 13, e isto com extrema dificuldade.

Por outro lado, o seu pequeno abcesso urinoso aberto, não cicatriza e um pequeno corrimento de urina e pus manchava o penso na ocasião das micções.

Estava neste caso absolutamente indicada uma uretrotomia interna complementar, mas apesar disso resolveu-se dilatar o canal com a sonda permanente.

Procedendo assim, rapidamente subimos ao número 20, havendo apenas um aumento da supuração do canal, e da fístula perineal.

A sonda número 20 foi retirada em 12 de Novembro e nesse mesmo dia à tarde começamos a efectuar as dilatações por meio dos bñiqués, introduzindo os números 35 e 36.

E sucessivamente a

- 13/Nov.º bñiqués 35 e 36
- 14/Nov.º » 35 » 36
- 15/Nov.º » 35 » 37
- 16/Nov.º » 36
- 17/Nov.º Dilatação electrolítica circular com os bñiqués n.ºs 36 e 38
- 19/Nov.º Dilatação electrolítica com os bñiqués n.ºs 37 e 39
- 21/Nov.º Dilatação electrolítica com os bñiqués n.ºs 39 e 40.

Daqui por diante a dilatação foi caminhando um pouco irregularmente, porque o doente teve alta no dia vinte e um e veio depois irregularmente ao consultório.

A fístula perineal, manchando ainda o penso na ocasião das micções, terminou em quatorze de Dezembro por se fechar completamente; nesta ocasião o canal tem o calibre do 45 béniqué.

As dilatações suspenderam-se nesta altura por motivos estranhos à doença e tratamento.

Em Agosto de 1918 foi êste doente novamente revisto, e êle, que nunca mais se tinha dilatado, aparece com o seu canal cerrado, mas ainda permeável ao número 12.

A dilatação lenta progressiva, é então aconselhada e seguida, e ao fim dum mês o canal admitia novamente o béniqué número 45.

V

P. S., 32 anos — Outubro de 1918.

Êste indivíduo, que teve várias blenorragias de tratamento escabroso, começou a notar há cinco meses dificuldade nas micções, tendo presentemente ocasiões em que urina gota a gota, apesar do grande esforço empregado.

Tem incontidência urinária noturna, molhando freqüentemente os lençóis; as urinas são turvas, revelando-nos sinais de pequena infecção.

Procedendo ao exame uretral, encontrou-se um apêrto na fossa navicular, de calibre número 15; a uns dez centímetros do meato, novo resalto, indicativo dum apêrto, de calibre n.º 10; mais adiante uns dois centímetros, novo apêrto, mas êste muito mais cerrado, quasi filiforme, deixa a custo passar o explorador número 8.

Foi ainda notada a existência duma próstata pequena, mas infectada.

Iniciaram-se as dilatações lentas progressivas que permitiram a custo elevar o calibre da uretra ao número 10.

O doente pede que lhe seja aplicado novo tratamento, pedido êste bem justo, pois o apêrto é duro, e a dilatação dolorosíssima; a uretra é muito sensível, não dá retenções, mas sangra geralmente com a maior facilidade, e as micções que se seguem às dilatações são particularmente dolorosas.

Foram propostas a uretrotomia interna complementar, ou a dilatação rápida pela sonda permanente, sendo êste último processo melhor aceite pelo doente.

Começou-se portanto a dilatação rápida pela sonda permanente, a 20 de outubro, sendo o primeiro número introduzido a sonda número 9.

20/Out.º — sonda n.º 9
21/Out.º — » » 11
23/Out.º — » » 12
24/Out.º — » » 14
25/Out.º — » » 16

Aparece nesta altura um incidente que nos obriga a interromper o tratamento: o doente apresenta dôres uretro-prostáticas violentas, tenesmo retal, faz temperaturas de 38,5 à tarde; isto leva-nos a fazer o toque rectal que nos revela uma prostatite aguda, principalmente do lobo esquerdo.

Retirou-se então a sonda e sujeitou-se o doente ao tratamento antiflogístico adequado; o abcesso prostático esvasia-se na uretra posterior e entretanto o doente urina bem e recebe menos mal as lavagens uretro-vesicais de Janet.

Isto passa rápidamente ao fim duns quatro dias e ao fim de sete dias de repouso, recomeçou-se cautelosamente a dilatação do canal, introduzindo-se lhe uma velinha número 11, fazendo-se diária e alternadamente massagens prostáticas e dilatações uretrais.

A próstata melhorou rápidamente, o que permitiu repôr a sonda permanente número 14, que foi substituída no dia seguinte pela número 16, e assim sucessivamente se procedeu até ao número 20.

Durante todo êste tempo, antes de se retirar a sonda, enchia-se diariamente a bexiga com uma solução de protargol; retirava-se depois a sonda, fazia-se a massagem prostática, em seguida à qual o doente urinava espontâneamente, e nova sonda era colocada no canal.

Depois de atingirmos o número 20, foi retirada definitivamente a sonda, tendo o doente alta a dôse de Novembro.

A quatorze do mesmo mês, foi o doente sondado novamente, verificando-se então que o calibre uretral descera ao número 15; daí por diante continuou-se a proceder ao tratamento da sua próstata e uretra, realisando-se alternadamente as sessões de dilatação lenta progressiva com as massagens prostáticas.

Assim se foi procedendo até ser atingida a dilatação com o bèniqué número 40; nessa ocasião e apesar de instado a continuar as suas dilatações, o doente ausentou-se.

Foi aconselhado a dilatar-se êle mesmo com uma linha dilatadora número 17 ou 18.

Não sabemos se o seu calibre uretral se tem mantido rasoável, pois nunca mais foi observado.

VI

A. F., 46 anos — Julho de 1917.

Êste indivíduo já tem sido várias vezes dilatado, com cuidadosa regularidade; desta vez, porém, deixou de o fazer durante quatorze mezes.

As suas dilatações nunca passaram além da velinha número 17, limite máximo que a dureza do seu apêrto permitira atingir até à ultima dilatação feita pelo médico.

Actualmente apresenta-se-nos com um jacto fino esvasiando bem a sua bexiga; nestes últimos dias, após uma refeição copiosa esteve várias horas em retenção completa, só conseguindo urinar expontâneamente com banhos sucessivos.

Procedendo ao exame da região apertada, notamos que o apêrto era permeável ao número 8.

Foi investigada a albumina na urina que se apresentava levemente turva, sendo o resultado negativo.

Havia ligeira prostatite.

O doente diz que a dilatação do seu apêrto é sempre lenta e dolorosa, sendo necessárias semanas para subir dois ou três números; tudo isto o aborrecia enormemente, pedindo êle outro qualquer meio mais rápido de tratamento.

Foi-lhe feito o internamento numa Casa de Saúde durante seis dias, para se proceder às dilatações pela sonda permanente

A trinta de Julho o doente era internado e justamente seis dias depois havíamos alcançado que o seu calibre uretral suportasse a sonda número 19.

Nesta altura teve alta, vindo ao consultório fazer as suas dilatações pela velinha número 16; muito mais rapidamente do que era de supôr atingiu-se o bèniqué número 46, sendo utilizada também a acção adjuvante da electrolise lenta, circular.

Brilhantes foram os resultados, pois a vinte e oito de Agosto, o doente terminou o seu tratamento no consultório, depois de se ter ensinado, nalgumas sessões, a dilatar-se a si próprio, o que continuou a fazer, a conselho médico.

Revisto, passados dezoito mezes, êle dilatava-se ainda, mas sómente com as velinhas números 16 e 17; apesar deste calibre, conservava um bom jacto e as urinas eram quási límpidas.

VII

C. P., 42 anos — Maio de 1919.

Conta no seu passado blenorragias rebeldes, mas tratadas sempre com cuidado.

A partir dos trinta e dois anos teve cólicas renais esquerdas, terminando algumas delas pela eliminação de cálculos.

Aos trinta e cinco anos começou um severo tratamento anti-artrítico, melhorando tam consideravelmente que decorreram anos sem a mais pequena cólica; porém, aos quarenta anos, estas repetiram-se acompanhadas da eliminação dum pequeno cálculo.

Desde então nunca mais sentiu dôres renais, até que há uns quinze dias foi acometido de nova cólica, mas agora à direita, que só passou com uma injeção de morfina; no dia seguinte surgiram perturbações intestinais que o obrigaram a permanecer na cama durante dez dias.

Levantando-se ao fim desse tempo, começou sen-

tindo perturbações nas micções: dôres por vezes no fim das micções, que se prolongavam até à extremidade do pênis; as micções efectuavam-se agora mais lentamente, sendo sempre acompanhadas de dôres e fisgadas; por duas vezes o jacto interrompeu-se e o doente teve de se meter em banhos quentes. Foi nesta situação que ele nos surgiu.

Explorando a uretra deste indivíduo, encontramos o seu canal doente, com bridas várias e um apêrto nítido ao nível do esfincter, permeável ao explorador número 10.

Logo atrás do apêrto pudemos sentir a rudeza dum pequeno cálculo, que só uma velinha número 10 pôde repelir para a bexiga.

Acto contínuo, foi feita uma dilatação até ao número 13, não conseguindo, porém, o cálculo transpôr o apêrto; no dia seguinte nova dilatação é feita mas, o freqüente engasgamento do cálculo junto do apêrto e as dores e hemorragias que se provocavam continuamente, levaram-nos a dilatar o apêrto rapidamente com a sonda permanente.

Em vinte e um de Maio foi colocada uma sonda número 12, que diariamente era substituída por outra de dois números acima.

Assim se conservou continuamente, e portanto bem tolerado, o cálculo na bexiga, até que atingida a dilatação correspondente ao número 20 e cheia a bexiga com uma solução de protargol, a sonda foi retirada, e o doente urinando de pé, expeliu um cálculo suficientemente volumoso para só poder passar através duma uretra dilatada até ao 40, o mínimo.

Aproveitando a oportunidade, depois de ter sido

dada alta ao doente, começamos tratando o seu apêto, e tendo começado a dilatação lenta e progressiva pelo número 15, fomos subindo rapidamente, três vezes por semana, até ao número 50 béniqué.

Este doente não se dilatou a si próprio, voltando a fazer novas dilatações em Fevereiro de 1921, desde o número 14 velinha até ao 48 béniqué.

VIII

J. S., 68 anos --- Março de 1919.

Êste doente apresentava um apêrto filiforme da uretra perineal.

Tinha tido recentemente um pequeno abcesso urinoso perineal que abriu espontâneamente e se fistulizou. Por esta fistula saíam em todas as micções, gotas grossas de urina purulenta.

O doente não tinha actualmente temperaturas; esvasiava convenientemente a sua bexiga, tendo, porêm, micções freqüentes e dolorosas principalmente ao nível do seu abcesso fistulizado.

Em 2 de Março foi-lhe introduzida a filiforme durante algumas horas, depois do que fácilmente introduzimos uma sonda olivar número 5.

A 3 de Março uma sonda n.º 7
» 4 » » » » 9
» 5 » » » » II

E assim fomos procedendo até que a 12 do mesmo mês foi retirada a última sonda número 20. Nesta ocasião teve o doente alta do hospital.

A fístula no dia 14 do mesmo mês estava completamente fechada e nessa ocasião iniciaram-se então as dilatações lentas, progressivas, com uma velinha número 15.

Este doente apenas fez três dilatações até ao número 17, abandonando em seguida o tratamento.

Desapareceu, não dando mais notícias, até que em 18 de Agosto de 1920, isto é, quasi ano e meio depois do seu primeiro tratamento, novamente fez a sua aparição.

Desde a primeira dilatação rápida, progressiva em 1919, nunca mais se dilatou!

Apesar do abandono a que votou a sua uretra, conseguiu fazer as suas micções mais ou menos facilmente até que agora — Agosto de 1920 — aparece com novo apêrto filiforme a fístula perineal.

No entanto, como da primeira vez que veio à consulta, esvasia completamente a sua bexiga e conserva um estado geral bom.

Foi repetido o tratamento a que êle se submetera em 1919 e em oito dias o seu canal atingia o calibre duma sonda número 20.

O doente animado pelo resultado da primeira dilatação em 1919, foi desta vez, ainda menos cuidadoso, pois retirou-se sem ter feito dilatação alguma intermitente, prometendo no entanto fazê-la em sua casa.

IX

A. M., 30 anos — Maio de 1920.

Apresentou-se este doente com um apêto filiforme da uretra e em retenção incompleta, com a bexiga destendida e urinando freqüentemente; tem incontinência noturna e a urina é ligeiramente turva.

Foi primeiro tentada, sem resultado, a dilatação lenta, progressiva, pois provocou duas vezes retenção completa; optou-se então pela dilatação rápida, com sonda permanente.

Como nos outros casos, a dilatação fez-se rapidamente, até ao número 16. Nesta altura sobreveio uma prostatite aguda que obrigou à suspensão do tratamento pela sonda permanente.

Durante a evolução da sua prostatite, que durou sete dias, nada podemos introduzir no canal, tratando-se unicamente da sua próstata. Em trinta de Maio, isto é, dōse dias depois da ablação da sonda permanente, fizemos a primeira dilatação intermitente.

O canal tinha-se apertado de tal forma que apenas pudemos introduzir o número 9, mas durante todo o período de dôle dias, apesar da sua prostatite, o doente não teve retenção alguma, continuando a urinar, apenas com um pouco de dificuldade e dôr, devido às condições do seu canal, fortemente congestionado; no entanto ele esvasiava a bexiga completa e espontâneamente.

Desde então, a dilatação lenta, progressiva e intermitente, tem progredido, interrompida apenas pelas sessões de massagem da próstata.

O tratamento tem sido muito irregular, fazendo por vezes uma dilatação de quinze em quinze dias, por o doente ser de longe.

No entanto, a vinte de Agosto introduzia-se-lhe perfeitamente o bênio número 48, as urinas eram claras e as micções normais e efectuando-se sem a mais pequena dôr.

VISTO

Feixeira Bastos,
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Maximiano Lemos,
Director.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARRAN — *Traité de Chirurgie de Dentu et Delbert*, IX vol.
- LEGUEU — *Traité Chirurgical d'Urologie*.
- BROUARDEL ET GILBERT — *Maladies des Organes Génito-Urinaires*.
- HARTMANN — *Organes Génito-Urinaires de l'homme*.
- PROUST — *Hygiène*.
- ARNOULD — *Hygiène*.
- COURMONT — *Hygiène*.
- VIBERT — *Précis de Médecine Légale*.
- COLIN — *La blennorrhagie*.
- JEANBRAU — *Traitement de l'Urétrite chronique*.
- BRET — *Traitement Chirurgical des Rétrécissements infranchissables de l'urètre*.
- REVERDIN — *Étude sur l'Uréthrotomie interne*.
- UTEAU — *Le domaine de l'Uréthrotomie interne*, in «Journal des Praticiens». 7 de Juin de 1919.
- RENÉ LE FUR — *Traitement de la blennorrhagie et de ses complications*, in «Journal des Praticiens». 22 de Février de 1919.
- ASCH — *Uréthrotomie interne*, in «Presse Médicale». 20 de Novembre de 1907.
- PASCUAL — *Diagnóstico y tratamiento de los Estrechos Uretrales*, in «Los progressos de la Clínica». 1918.
- ROUCAVROL — *Valeur et rôle de la détersion électrolytique dans le*

- traitement des urétrites chroniques*, in «Journal d'Urologie». 1 vol. 1912.
- LÉVY — WEISSMANN — *Influence de la Thiosinnamine dans les Rétrécissements infranchissables de l'urètre*, in «Journal d'Urologie». 1913.
- GÉNOUVILLE — *De l'efficacité d'un traitement prolongé contre la récurrence des rétrécissements de l'urètre*, in «Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires». Juin, 2.^{me} et Juillet, 1.^{er} de 1909.
- CIMINO — *Étude expérimentale sur la valeur comparée de l'uréthrotomie interne et de la Divulsion*, in «Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires». Septembre, 2.^{me} de 1909.
- BATUT — *Des Rétrécissements de l'urètre et de leur Traitement*, in «Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires». Août de 1917.
- PAUL PHILIPPE — *Électrolyse circulaire des Rétrécissements de l'urètre*, in «Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires». 1 vol. 1919.
- DESNOS — *Sur la dilatation électrolytique de l'urètre*, in «Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires». 1 vol. 1919.
- ABADIE — *Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'électrolyse urétrale*, in «Annales des Maladies des Organes Génito-Urinaires». 1909.