

## CIRURGIA

## HOSPITAL DA CARIDADE

CLÍNICA DO DR. P. CALDAS

*Estreitamento urethral; retenção completa de urina e infiltração urinosa extensa; urethrotomia interna; cura.*

Emiliano da Costa Valle, pardo, de 40 annos de idade pouco mais ou menos, de constituição regular, foi recebido no hospital no dia 25 de Maio do anno passado, apresentando :

Impossibilidade de verter a menor gotta de urina ; augmento de volume do escroto, mormente á direita; tumor na região hypogastrica chegando á altura do umbigo, com som tympanico em torno, principalmente á direita, onde se notava maior elevação do que á esquerda ; prostração extrema; voz quasi extincta; grande anciedade; resfriamento geral; pulso pequeno e frequente.

O paciente na situação em que se achava, não podia dar informação alguma sobre as circumstancias precedentes áquelle acontecimento, que começou no dia antecedente.

O exame da urethra mostrou a existencia de uma coarctação adiante do bôlbo, a qual impedia a passagem da urina, que não podendo vencer o obstaculo, apesar dos esforços do doente, se accumulou na bexiga formando o tumor do hypogastrio, occasionou no canal uma rotura, e consecutivamente infiltração no tecido cellular do escróto.

A indicação mais urgente neste caso era restabelecer o curso normal da urina ; mas antes de tudo convinha, que por uma abertura artificial se dêsse sahida á urina, que infiltrava o escroto, afim de vedar a continuação do mal. Para isto foram praticadas em toda a altura do escroto duas incisões, uma de cada lado, sendo mais profunda a do direito onde a sensibilidade se achava quasi extincta.

Isto feito, seguiu-se o emprego dos meios para evacuar a bexiga já tão distensa.

Depois de tentativas prolongadas e pacientemente executadas com sondas de gomma de grossura variada, que não poderam atravessar o ponto estreitado, consegui com uma algalia metálica de calibre mediano, dirigida com o maior cuidado, e com a força sómente indispensavel, tendo sempre em lembrança a direcção normal do canal, vencer a estreitura. Então, em vez de proseguir o catheterismo com o mesmo instrumento, foi este substituído por uma algalia flexivel, que entrando felizmente no reservatorio da urina ficou em permanencia até o dia seguinte (1), em que pratiquei a urethrotomia interna, depois da qual foi introduzida uma algalia de gomma de diametro relativamente pequeno, mas sufficiente para permittir a sahida lenta da urina retida. (2).

Esta operação, que foi praticada com a lamina mais larga das do urethrotomo de Maisonneuve sem ser precedida da sua sonda conductora (3), deu á urethra largura sufficiente, para que a urina corresse livremente, e podessem passar instrumentos de grossura conveniente.

No dia seguinte já as feridas do escroto mostravam bom aspecto, e a mortificação parecia sobrestar; mas o estado do ventre continuava a merecer attenção.

O augmento de volume que apresentava a região abdominal anterior com som tympanico em toda a sua extensão, fazia,

(1) A presença prolongada, na urethra, de um instrumento fino e flexivel produz a dilatação do ponto estreitado, ja simplesmente pelo contacto, já pela pressão que exerce sobre as paredes do canal o liquido em virtude do impulso que lhe communicam as contracções vesicaes.

(2) A insufficiencia da grossura da algalia em relação á capacidade do canal poderia dar passagem á urina por entre elle e o instrumento; mas a existencia de trajectos fistulosos communicando com o exterior, assim como a ausencia das contracções normaes da bexiga eram bastantes para não permittir o augmento da infiltração.

(3) Attendendo ao embaraço em que se acha muitas vezes o cirurgião, ainda o mais habilitado, que tenta passar por uma urethra perforada e irregular (como apresentava este doente) um instrumento de gomma, prescindi da sonda conductora, que na maioria dos casos encaminha tão bem o catheter.

á primeira vista, suppor a existencia de uma peritonite occasionada pela presença da urina, que tivesse penetrado na cavidade; porém, a maior elevação que se observava á direita, e que não chegava á linha media, assim como a sua continuidade pela região inguinal com a intumescencia do escroto, indicavam que tudo era devido ao desenvolvimento de gazes, provenientes da mortificação do tecido celular subcutaneo, pelo progresso da infiltração urinosa.

Verificada esta parte do diagnostico, foi incontinenti praticada, logo acima da virilha, uma abertura, que apenas permittio a entrada de um trocate grosso, que penetrando no fóco purulento, seguiu a direcção do seu diametro maior, e sahio por contra punctura na distancia de 10 centimetros. (4)

Retirado o punção da canula, foi por ella levado um tubo de gomma elastica de paredes crivadas, e com este uma linha que tinha de conduzir um fio de borracha, por meio do qual devia ser a parede do fóco lentamente dividida. (5)

Com a supressão da canula ficaram o tubo de esgoto e o fio provisório, que foi substituído depois pelo elastico. Este, distendido por suas extremidades até o augmento do terço de comprimento, foi por uma ligadura atado rente com a pelle, formando assim um anel que abrangeo o intervallo das duas puncturas.

D'ahi a poucos dias, os tecidos estavam cortados, mas a abertura não foi ainda sufficiente para a completa eliminação dos tecidos, que continuavam a esphacelar-se ácima, em consequencia da progressão dos gazes putridos, resultantes do trabalho da mortificação anterior. Foi, portanto, necessario que nova ligadura elastica circumscrevesse e dividisse o resto da

(4) Sabe-se que o punção dos grandes trocates de Chassaignac é movel no cabo, e que das duas extremidades uma é pontuda e serve para perfurar os tecidos, e a outra, romba, constitue um explorador. Por intermedio desta, que entrou pela abertura feita a bisturi, reconheceram-se as dimensões do fóco, que pela primeira foi transfixado.

(5) A incisão assim praticada tem a vantagem de poupar ao doente dôres e perda de sangue, de fechar os vasos que possam levar as materias putridas, e de, auxiliada pela presença do tubo, conservar uma abertura franca para o esgoto dos líquidos e para a eliminação dos tecidos mortificados.

altura do despegamento, desde o angulo superior da primeira incisão até o extremo do fóco.

Assim, ficou patente o interior do fóco em toda a sua extensão; e a ferida foi logo seguindo uma marcha regular para a cicatrização, que com o auxilio de um tratamento conveniente, não tardou a effectuar-se.

Foi mais demorada a do lado direito do escroto, por causa da perda do tegumento invadido pela gangrena, e pela existencia de uma fistula, que só desapareceu quando a passagem gradual das sondas, depois da urethrotomia, completou a dilatação.

Afim de recuperar mais algumas forças conservou-se o doente no hospital até o dia 9 de Junho, em que teve alta completamente restabelecido.

N'este caso evidentemente á infiltração urinosa precedeu uma rotura da urethra; e a causa predisponente deste accidente foi a pre-existencia de uma coarctação do canal.

« Logo que um estreitamento urethral chegar a este grau, a urina, não podendo passar livremente, tenderá, pelo impulso com que vem, a dilatar o canal atraz do obstaculo; e quanto mais apertada fór a coarctação, tanto maior será a dilatação. Além disto, depois de cada emissão da urina, parte do liquido ficará nesta especie de seio; por esta demora se alterará, e consequentemente inflammará as paredes do canal, que por este factio se tornarão menos resistentes e mais susceptiveis de se romperem.

« Se nestas condições o doente, pela dysuria que vai sempre em augmento, empregar esforços para desonerar a bexiga, o volume do liquido, violentando a parte já dilatada e enfraquecida, chegará por fim a rompê-la; e, passando em grande quantidade, se insinuará nos tecidos em que encontrar menos resistencia, e se infiltrará em maior ou menor extensão. Mas para que assim aconteça, será necessario que a rotura seja larga; ao contrario, a infiltração se fará lentamente, e a urina, apesar da

propriedade toxica que lhe communica o seu estado de alteração, determinará uma inflamação adhesiva, que impedindo a progressão do liquido, occasionará abcessos e fistulas». (6)

Duas cousas, portanto, concorrem para produzir a rotura da urethra no caso de coarctação: a alteração do conducto, e a pressão do liquido auxiliada pela hypertrophia compensadora da bexiga, que se estabelece para vencer o obstaculo.

Conhecidas as causas do accidente, resta determinar o ponto em que a urethra se rompeu.

Sabe-se:

1.º Que a aponevrose superficial do perineo, toma suas inserções lateralmente no lado externo dos ramos ischio-pubianos; que a sua base occupa o intervallo bi-ischiatico, passa por baixo e sobe por detraz do musculo transverso superficial, e termina no ligamento de Carcassone; e que adiante continúa com o involtorio fibroso de penis;

2.º Que a aponevrose media fixa-se no labio interno dos mesmos ramos e ao vertice da arcada dos pubis; que posteriormente, depois de receber a inserção da precedente, muda de direcção curvando-se para cima, sobre a face anterior do intestino recto, e, tornando-se cellulosa, confunde-se com o tecido cellular peri-rectal e com o que enche as fossas ischio-rectaes;

3.º Que a aponevrose superior, que só anteriormente pertence ao perineo, constitue o limite superior da região, e fixa-se na parte inferior da face posterior do corpo dos pubis, aos lados da linha mediana, — ao arco fibroso, que em baixo completa o canal sub-pubiano, — e ao contorno do estreito superior da bacia.

D'este modo existem na região perineal dous espaços limitados por estas tres laminas aponevroticas; um superior e o outro inferior; e a parte membranosa da urethra, atravessando o ligamento de Carcassone, está parte no superior e parte no inferior.

(6) Voillemier. *Traité des maladies des voies urinaires.*

A' vista desta disposição, sempre que a perfuração se dê na parte da urethra correspondente ao espaço perineal superior, a urina não sahirá senão pela parte posterior, dirigindo-se para as fossas ischio-rectaes; porém se a infiltração invadir os tecidos anteriores, a urethra se terá rompido no espaço inferior; e a urina atravessando a aponevrose superficial na parte anterior, onde degenera em uma lamina tenue e fraca, passará ao tecido cellular frouxo do escroto.

Em theoria esta deve sempre ser a marcha da infiltração; mas não repugna admittir-se, que a urina derramando-se acima da aponevrose media (no espaço superior) vença a resistencia deste plano fibroso, passe ao espaço inferior, e dê o mesmo resultado.

« A parte posterior da aponevrose media, diz Chacon (7), é de ordinario delgada; as suas fibras são habitualmente affastadas; apresenta, demais, numerosos orificios, alguns d'elles destinados á passagem de vasos. Assim se explica como os liquidos (pus ou urina) encerrados no espaço superior podem passar para o inferior, e reciprocamente, quer por aquelles orificios, quer pelos pontos em que as fibras são separadas, ou ainda depois de vencida a fraca resistencia que posteriormente apresenta esta aponevrose.

No individuo desta observação certamente a aponevrose superficial se rompeu no ponto correspondente á raiz do penis; porque nem houve tumor perineal, nem infiltração deste orgão, cujo envoltorio fibroso é a continuação desta lamina aponevrotica. E quanto á origem da extravasação urinosa, posto que fosse anatomicamente possivel que o liquido viesse do espaço superior para o inferior, segundo as considerações apresentadas pelo Dr. Chacon, a clinica não offerece frequentes occasiões de observar-se. Em uma das suas lições diz o professor Gosselin (8):

(7) F. de P. Chacon. *Étude sur la région périnéale de l'homme.*

(8) Gosselin. *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.*

«A infiltração no espaço superior é possível nas lesões traumáticas da bexiga; mas as da urethra, quer traumáticas quer espontâneas, não dão lugar senão a infiltração no espaço inferior; e é só do que vos deveis occupar, quando se tratar de uma complicação dos estreitamentos urethraes ».

Qual devia ser em tal caso o procedimento cirurgico ?

Havia uma infiltração urinosa á direita desde o escroto até a parede abdominal, e retenção completa de urina em um individuo extremamente debilitado, e em perigo imminente de vida.

Duas indicações portanto se apresentavam :

1.º Dar sahida á urina, que infiltrava os tecidos, assim como aos gazes putridos que continuavam a desenvolver-se, e favorecer a eliminação do tecido celluiar esphacelado ;

2.º Evacuar a bexiga da urina retida, cuja alteração ainda mais aggravava a situação do paciente, já por sua acção toxica local, já pela infecção geral que ameaçava.

Pelo que diz respeito á infiltração, se não tivesse havido uma intervenção prompta, ir-se-hia ella extendendo até que as partes em contacto com a urina soffressem uma inflammação com character gangrenoso, e cahissem em retalhos mortificados, deixando feridas, por onde a sahida do liquido toxico se fizesse directamente.

O estrago então seria consideravel, a reparação de uma lentidão extrema, e a abundancia da suppuração traria um abatimento das forças, ao qual o doente não resistiria.

A abertura do fóco foi feita por meio da compressão elastica, a qual, se é inferior ao bisturi pela lentidão do seu effeito, possui as vantagens de poupar dor e perda de sangue,—de não abrir os vasos, por onde com facilidade fossem as materias putridas para a torrente circulatoria,—e de não augmentar com mais um traumatismo o abalo do systema nervoso já tão compromettido.

Um inconveniente deste modo de incisão é a reunião dos

angulos á medida que ella se vae effectuando; de sorte que o resultado final é antes uma perfuração do que uma solução de continuidade linear. Foi para abrial-o, que ficou em permanencia um tubo elastico perfurado, que alem de se oppor á cicatrização dos angulos, constituia uma canalisação constante, e permittia as lavagens da cavidade accidental.

Isto feito, cumpria exonerar a bexiga, e dar á urethra um calibre sufficiente para a passagem da urina.

O primeiro resultado se poderia obter pela punctura hypogastica;—e ambos pelo catheterismo forçado, pela divulsão, pela dilatação permanente feita com algalias de gomma de grossuras gradualmente crescentes, pela urethrotomia externa ou interna.

A punctura da bexiga é um meio simplesmente palliativo e de um effeito momentaneo.—O catheterismo forçado é de difficil execução e perigoso ainda praticado por mãos habéis. Expoem a caminhos falsos, que sempre augmentam os embarços para os trabalhos subseqüentes, mórmente em uma urethra cujas paredes se acham amollecidas e accidentalmente perfuradas:—A rotura do estreitamento pela divulsão, ainda que com os instrumentos aperfeiçoados, alem de ser mais dolorosa, e de produzir um traumatismo maior do que a incisão interna, é inferior nos seus resultados.—A dilatação progressiva (temporaria ou permanente) é um meio de effeito lento, e por conseguinte insufficiente nos casos de urgencia.—A urethrotomia externa, posto que efficaz, exige a anesthesia previa, é susceptivel de apresentar grandes difficuldades na sua execução, que é sempre muito demorada; incerta em seus resultados, prescindindo dos perigos, que traz ao paciente, cujas forças quasi extinctas seriam incapazes de reagir, como neste caso.

Por todas estas rasões preferi a urethrotomia interna, para a qual o canal já se achava até certo ponto preparado.