TOMO III FASCICULO II

ARQUIVOS BRASILEIROS

= DE =

CIRURGIA E ORTOPEDIA

DIRETOR
Prof. BARROS LIMA

DEZEMBRO — 1935
RECIFE

SUMARIO

Artigos Originais

Paginas

A URETRA NORMAL E PATOLOGICA AOS RAIOS X — DR. ARMANDO TEMPORAL 101
RUPTURA TRAUMATICA DE CISTO DO OVARIO — DR. WANDERLEY FILHO 169
TRES CASOS DE CALCULOS URETRAIS NA CRIANÇA — DR. R. THEODORICO DE FREITAS 179
UM CASO DE LESÃO DA CAROTIDA EXTERNA ESQUERDA POR PROJECTIL DE ARMA DE FOGO — DRS. SERGIO MOREL e R. THEODORICO DE FREITAS 185
UM CASO DE OSTEOMIELITE DA VII COSTELA — JAIR AFONSO 190

Sociedade de Cirurgia de Pernambuco

SESSÃO EM 10 DE OUTUBRO DE 1935

A PROPOSITO DE UM CASO DE MALFORMAÇÃO DO SACRO — PROF. BARROS LIMA 195
FISTULA VESICO VAGINAL E IMPLANTAÇÃO DO URETER — PROF. BARROS LIMA 200
CURETAGEM EM ABORTO INFECTADO — DR. JOSÉ HENRIQUES 203

SESSÃO EM 11 DE NOVEMBRO DE 1935

ELEIÇÃO DA DIRECTORIA 211

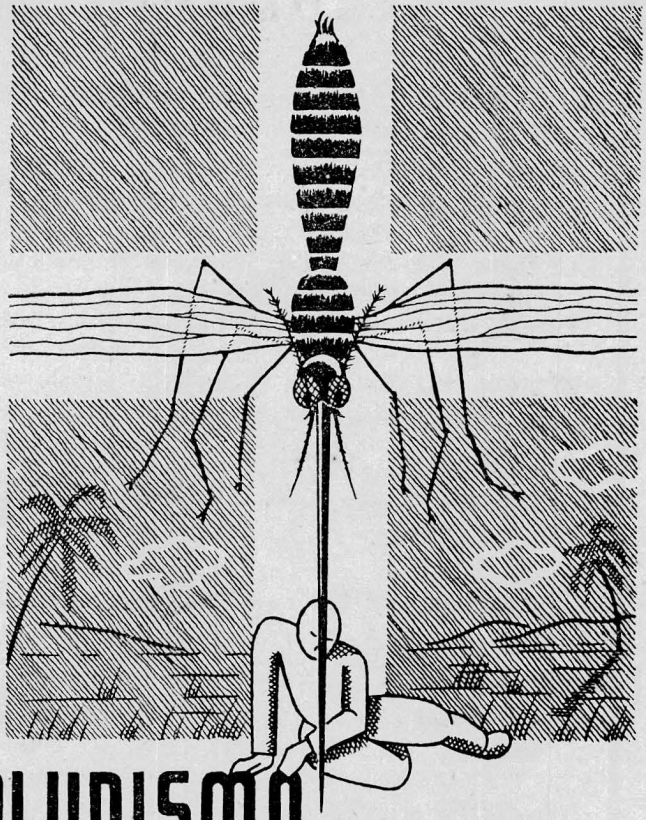
Continúa na 3a. pagina

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

PREÇO DE ASSINATURA

Brasil . . . . . 20$000
Estrangeiro . . . . . 30$000

Redação e Administração—Rua da Imperatriz, 83-1.° andar
RECIFE — BRASIL



O IMPALUDISMO

Todas as formas agudas e crónicas da terçã benigna,
da terçã maligna,
da quartã

curam-se rapida, segura e duradouramente com o desaparecimento da febre e dos outros sintomas clínicos, sem recidivas nem fenomenos secundarios com a

ATEBRINA

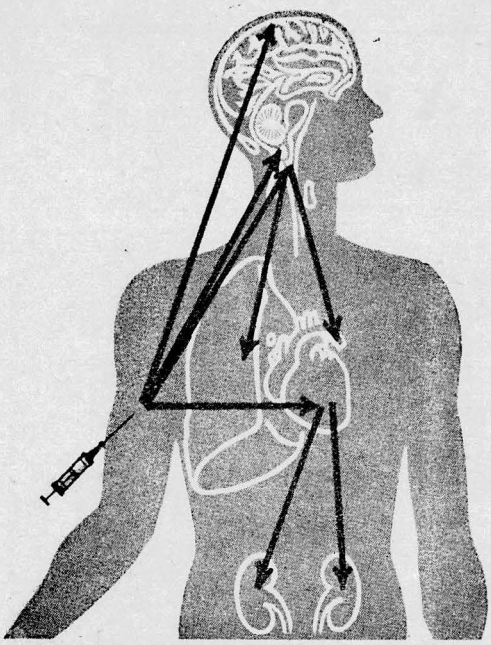
especifico esquizonticida, de forte ação gameticida na terçã benigna e na quartã quando administrada durante 5 dias na dose de 3 comprimidos por dia.

Não é contra-indicada na febre hemoglobinurica.

Na terçã maligna (perniciosa) emprega-se a **Atebrina** em combinação ao especifico gameticida:

Plasmochina simples

Bayer



CORAMINA

"CIBA"

Estimulante
respiratorio
e circulatorio
hydrosoluvel
poderoso

Administravel pelas vias

interna, subcutanea
intravenosa

Empolas * Gottas

PRODUCTOS CHIMICOS "CIBA" LIMITADA

Rio de Janeiro
Caixa Postal, 3437

São Paulo
Caixa Postal, 3678

GLUCALBET

TONICO RECALCIFICANTE
HEMOSTATICO-DESSENSIBILISANTE-ANTIFLOGISTICO

Cada ampola de 10 c. c. contem :
Gluconato de Calcio ..... Uma grama
Agua Bi-distilada ..... q. s. p. 10 c. c.
PARA USO INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSO
Caixas com 6 ampolas de 5 c. c.
Caixas com 5 ampolas de 10 c. c.

Laboratorio THEBRA Limitada

CAIXA POSTAL, 2433

RIO DE JANEIRO

OXIOBI

2 c. c.—0,10 de oxi-iodureto de Bi. 0,50 de oleo de figado de bacalhau, oleo de olivas lavado e esterilizado q. s.

E

DAVITAN

calcio colloidal com vitamina D. - escrupulosamente dosado.

PRODUCTOS DO

LABORATORIO EUTHERAPICO NACIONAL LTDA.

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2533-Caixa Postal, 3566

SÃO PAULO

hemorrhagias

externas e internas cessam seguramente

com **Clauden**

Otreon

NA HIPERACIDEZ GASTRICA

Terapeutica conservadora do ulcus gastrico

AGENTES EM RECIFE:

J. COSTA

RUA DUQUE DE CAXIAS, 245 — 1.º ANDAR

TELEPHONE: 6155

PEÇAM AMOSTRAS E LITERATURAS

HOSPITAL SANTO AMARO
SEGUNDA CLINICA CIRURGICA
Serviço do Prof. Barros Lima

A uretra normal e patologica aos Raios X

ARMANDO TEMPORAL
Assistente

INTERESSE DA URETROGRAFIA

A uretrografia não é um processo novo de exploração e se alguma novidade existe está no fato de se ter conseguido tirar della, nestes ultimos anos, o maximo de ensinamento que nos póde fornecer.

Apesar de ser um processo simples de exploração não obteve, ainda, a atenção que merece por parte de alguns urologistas. E' verdade que o alto custo do material torna-a quasi proibitiva; é bem provavel que este seja mesmo o maior estôrvo para que se generalize o seu emprego.

A grande variedade de lesões vistas pela uretrografia mostra o interesse com que tem sido essa questão ventilada e explica porque o seu emprego é justificavel no diagnóstico das afeções da uretra.

O que pretendemos com o apresentar deste trabalho é trazer nossa contribuição, modesta, é verdade, dados os escassos recursos de que dispomos.

Logo após o descobrimento de Roetgen, em 1895, começaram os urologistas a fazer uso dos Raios X para o diagnóstico das afeções das vias urinárias. Este novo método de exploração deu tão bons resultados que entrou desde logo na pratica corrente, chegando

mesmo a se afirmar que o exame do aparelho urinário não seria completo sem a prova radiográfica.

Guilloz, Albers-Schonber e Beclére melhoram a tecnica radiográfica permitindo obter melhores radiografias. Em 1905 Lichtenberg e Woelker praticam as suas primeiras pielografias e daí por diante, com o aparecimento da radiografia instatanea mais se intensificou o emprego deste processo de diagnóstico.

A utilização da radiografia em urologia assinalou um verdadeiro progresso em cirurgia urinária, não só localizando as lesões, como tambem indicando todas as modificações da fórma e topografia da arvore urinária. A radiografia não póde excluir os demais meios clínicos de exploração. Ela é subsidiaria vindo completar o diagnóstico, ilustrar maravilhosamente a interpretação do clínico no tocante aos sintômas funcionais.

Não se póde atribuir á exploração radiográfica outro logar, e querer lhe dar outro papel é expor-se lamentavelmente a êrros sempre prejudiciais.

Por isso é necessario que exista um contacto intimo entre o urologista e o radiologo.

Generalizada como está a radiografia, é necessario conhecer as tecnicas especiais para cada caso. Não basta radiografar o doente; é preciso saber obter de cada exame os elementos indispensaveis para uma bôa interpretação, porque dela depende o tratamento a instituir.

As modificações sensiveis da aparelhagem radiologica duma parte, e o aperfeiçoamento das substancias de contraste de outra, fizeram com que a exploração radiologica da árvore urinária se intensificasse.

Foi creada a uretrografia com o fim de se obter a configuração da uretra e assim ser possivel, nos casos patologicos, localizar certas lesões que nem a uretroscopia nem os demais meios de exploração eram capazes de revelar.

Como meio de exploração é a uretrografia indispensavel para o diagnóstico de muitas afeções da uretra masculina.

Não somente as lesões da uretra como tambem a de orgãos vizinhos, poderão ser elucidadas. Na hipertrofia prostática nos mostrará a deformação da uretra posterior, o seu contorno, dando assim uma idéa do volume do adenoma pelo alongamento da uretra e deformação do trigono. Nas cavernas prostáticas, onde a uretroscopia não poderá dar grandes ensinamentos, a uretrografia mostrará a fórma, a orientação e a profundidade, do mesmo modo que nos trajetos fistulosos ou nos diverticulos da uretra.

Nas rupturas traumáticas da uretra ou nos falsos caminhos a uretrografia é o unico meio de que dispõe o urologista para precisar a situação exata e a extensão do traumatismo.

Por vezes é o unico metodo capaz de fornecer elementos para o diagnóstico e precisar as indicações operatorias, de modo a assegurar mais perfeitos resultados.

Não é concebivel hoje que um urologista intervenha sobre a uretra, sem que primeiro tenha interpretado a sua imagem.

Processo inócuo, inteiramente sem perigo, não necessitando aparelhagem complicada, póde ser feita a qualquer momento.

Com a obtenção da radiografia instantanea e de substancias químicas isentas de perigo, tomou a uretrografia tal incremento, que alguns urólogos chegam a afirmar que sendo método tão facil e simples, é para admirar que não tenha ainda um emprêgo mais frequente.

A uretrografia não é util só para o diagnóstico, mas tambem necessaria para controlar os resultados das intervenções ou tratamentos.

Sofreu a uretrografia certo retardamento em difundir-se, não só por se julgar serem suficientes para o diagnóstico, os métodos de exploração então existentes, como tambem pela falta de um preparado inócuo, que em concentração suficiente fornecesse o contorno da uretra com todos os seus detalhes normais e patologicos.

A precisão da localização de um estreitamento da

luz uretral ou de outra qualquer afeção do canal só poderá ser obtida pela uretrografia.

Os meios de exploração usuais são suficientes para fornecer elementos necessarios ao diagnóstico de certo numero de afeções da uretra, porém a uretrografia veio facilitar singularmente a interpretação de certos fatos patologicos e deste modo fornecer ao urólogo dados para o conhecimento de afeções que até antes de seu aparecimento passavam despercebidas, pois que muitas das lesões vistas pela uretrografia, escapam ao exame clinico.

Para Heitz-Boyer a uretrografia deve ser um dos primeiros meios a empregar para o diagnóstico das afeções da uretra, principalmente dos diverticulares. Não é doloroso para o doente e êle não se recusará a uma segunda e terceira prova se isso fôr necessario. Para o cirurgião tem a vantagem de mostrar inscritas lesões que doutra fórma não poderiam ser apreciadas convenientemente.

HISTÓRICO

Não se podendo obter pela radiografia simples a imagem da uretra, a dificuldade consistia em conseguir um meio de contraste que introduzido no canal uretral podesse dar imagem suficientemente nítida e revelasse ao mesmo tempo todo o contorno da uretra, depressões e saliencias ou anomalias nela existentes, quer localizadas nas suas parêdes e dela dependentes, quer afastadas.

Em 1896 já Tuffier ensaiava radiografar a uretra introduzindo no canal velas opacas. E' evidente que este método rudimentar era insuficiente e impreciso. Procurava Tuffier diagnosticar estreitamentos. Cunningham aperfeiçoando o método de Tuffier, experimenta em vez de caules rígidos, balões de cautchu cheios de argirol a 50% com o fim de perceber não só estenoses, como fístulas porventuras existentes. Tal como o método de Tuffier, não teve repercussão.

Uray, em 1912, dois anos depois de Cunningham,

injeta diretamente sub-nitrato de bismuto e obtem bôa imagem da uretra anterior.

Em 1913 estas experiencias são repetidas com Thevenot e Beaujeu com solução aquosa de sulfato de barium a 50%.

De 1919 em diante começa a se intensificar o uso da uretrografia com os trabalhos de Caillaud, Uteau, Pfeister, Blum, Eisler, etc.

Haudek e Priegel injetando iodurêto de potassio a 10%, chamam atenção para a tomada dos *clichés* no momento da injeção.

Com os trabalhos de Sicard e Forestier e Beclere, os primeiros usando lipiodol e o segundo gelobarina, são obtidas imagens da uretra posterior no ato da micção.

Kohnstam e Cave em 1925 apresentam um aparelho para injeção de líquido de contraste na uretra.

Em 1926 Langer e Witkowsky apresentam uma série de 200 radiografias feitas com iodipina.

Cassuto e Fasiani, na Italia, Legueu, Maignot, etc., na França, Lichtenberg e outros na Alemanha, Brassch, Hager e Barden na America do Norte, Tamuro e Jino e alguns mais no Japão, Petscherhi, Strokof e Igor na Russia, Salleras e Grimbem na Argentina, J. Barros e Romulo Cavalcanti no Brasil, para citar apenas alguns dos inumeros experimentadores, têm empregado a uretrografia como meio de diagnóstico, mostrando assim o interesse que em todas as partes do mundo, tem esta questão despertado.

Fasiani, em 1925, repetindo as experiencias de Sicard e Forestier, realiza uretrografias descendentes pelo enchimento da bexiga, obtendo nítidas imagens, no momento da micção.

Não é senão com o aparecimento do Lipiodol em França e da iodipina na Alemanha, que a uretrografia toma incremento.

Atualmente ela tem um lugar definido e indicações precisas.

LÍQUIDOS DE CONTRASTE

Para a obtenção de uma bôa uretrografia é necessario que o líquido de contraste tenha certos requi-

sitos, sem o que não é possivel realizar o uretrograma ou obter detalhes suficientes para uma bôa interpretação.

1.º Não deve ser tóxico.

2.º Não deve ser irritante para a mucosa uretral.

3.º Deve ser suficientemente opaco.

A mucosa uretral tendo poder de absorção rápida inibe o uso de produtos que por sua propria natureza sejam tóxicos ou daqueles que em contacto com outros elementos quimicos possam ser em tóxicos transformados. E' do mesmo modo grandemente inconveniente o uso de produtos que absorvidos e lançados na circulação se desdobrem em presença de elmentos contidos no sangue.

As substancias irritantes para a mucosa uretral devem ser excluidas porque a irritação do trajeto uretral acarreta deformidades das imagens, por contração espasmodica, capazes de se prestarem a falsas interpretações.

Numa radiografia em que empregámos o iodurêto de potassio a 25% existia uma zona interrompida na uretra peniana dando a impressão de uma estenose circular. Em verdade tratavase de uma contração espasmódica da uretra por irritação, porque não só não encontramos imagem igual em radiogramas posteriores, como tambem a exploração do canal não revelou nenhum estreitamento, permitindo até a passagem de um beniqué n.º 42.

As substancias devem ser suficientemente opacas para poderem fornecer a configuração da uretra, das glandulas anexas, divertículos, etc., sendo necessario que tenham um tal poder de resistencia aos raios, que contrastem nitidamente com os demais elementos que se encontram em volta da luz uretral.

A estas três condições principais se ajuntam outras não menos importantes.

a) Não ser uma suspensão.

b) Ter homogeneidade perfeita.

c) Não se alterar com a esterilização.

d) Não formar precipitados.

e) Não se depôr na mucosa uretral, para evitar as incrustações de produtos químicos da urina, que serão por certo, ponto de partida para a formação de cálculos.

f) Ser miscivel na urina e eliminada facilmente pelas vias naturais.

O bismuto e o barium foram os produtos mais largamente empregados pelos primeiros pesquizadores. Eles, porém, apresentam desvantagens irremoviveis pelo que foram abandonados. A não uniformidade das sombras fornecidas falseiam a interpretação das imagens pela dificuldade de homogeneidade das soluções, formando suspensões que se precipitam na mucosa uretral.

Os compostos de iodo, bromo e lithium tiveram indicações maiores que os anteriores, porém são irritantes para a mucosa vesico-uretral na concentração necessaria para uma bôa opacidade. Em fraca concentração não dão imagens suficientemente nitidas.

Tivemos o ensejo de empregar uma solução de bromurêto de potassio e iodurêto de potassio a 25% e verificamos que o seu poder de irritabilidade é de tal modo elevado que não nos abalamos a repeti-lo. O iodurêto é muito mais irritante que o bromurêto. Quanto ao seu poder radio-opaco é intenso. A nitidez da imagem é perfeita, porém os detalhes são falhos.

Ambos provocam espasmos, dôres e sensação de coceira, desvantagens que são suficientes para o seu abandono. Têm o inconveniente de produzir fenômenos de intoxicação quando lançados na circulação geral, motivo outro para se restringir sua aplicação.

Nos pacientes em que os empregamos, estavam presentes o prurido, a irritabilidade, o espasmo, embora todos afirmassem que nada sentiram nas horas seguintes á uretrografia, e que a sensação de ardor ha-

ia desaparecido logo após a micção que aconselhamos fazer.

Com o fim, apenas, de indicação bibliográfica citaremos como experimentados, dentre outros:

O nitrato de thorio, produto tóxico.

O sub-nitrato de bismuto.

O carbonato de bismuto.

O sulfato de bario.

A gelobarine, que é um precipitado de sulfato de bario.

O iodêto de sodio, ligeiramente tóxico e irritante.

O iodêto de potassio, irritante.

O iodêto de lithio.

O argirol, de ação irritante.

O bromêto de amônio, de dificil preparação e conservação.

O bromêto de sodio, atóxico e portanto capaz de fornecer em concentração necessaria imagens suficientes, tem, entretanto, a desvantagem de ser muito irritante e fornecer imagens defeituosas quando em mais fraca concentração.

Os oleos iodados empregados largamente nos ultimos anos, preenchem a maior parte das condições exigidas para a uretrografia, porém lhes faltam certos requisitos, motivo por que o seu uso em uretrografia decresce dia a dia, dando logar a novos produtos de poder radioscópico igual e que preencham inteiramente as condições para um bom uretrograma.

Pouco antes de 1914 entra a iodipina na pratica com os trabalhos experimentais de Neuswanger. E' a Langer e Witthoysky que se deve o seu emprego como meio de contraste nas explorações radiográficas da uretra do homem. Sendo um óleo iodado (esten glicérico iodado de ácido oleico), de grande densidade, viscoso, não obteve primazia na uretrografia.

A sua alta densidade, aliada ás desvantagens dos produtos iodados faz com que se torne um líquido viscoso, de dificil poder de penetração em orificios muito finos, de modo que muitos dos divertículos uretrais não são injetados.

E', pelo menos, a opinião de grande numero de experimentadores.

Langer, entretanto, apresenta-se com uma série de 200 observações, afirmando que a iodipina a 20% é capaz de fornecer claramente todas as alterações da uretra.

A neo-iodipina (esten etílico iodado de ácido oleico), embora não seja um produto ideal, é entretanto o que mais se aproxima das condições que os urologistas reclamam para o meio de contraste.

E' de densidade menor que a iodipina. Enquanto que esta a 20% está, quanto á densidade, na proporção de 31 para 1 em relação a agua, a neo-iodipina em igual concentração é de 6 para 1. Não apresenta toxidez no que se refere ao iodo, porém tem os mesmos inconvenientes dos demais produtos oleosos.

Dada sua fraca densidade, é um meio de contraste mais flúido, de manejo mais facil, podendo penetrar na grande maioria dos divertículos, fístulas e depressões que se encontrem em comunicação com a luz uretral.

Apesar de encontrar vantagens na neo iodipina com que fizemos a maioria de nossas observações, não podemos entretanto deixar de reconhecer desvantagens e inconvenientes comuns quasi todos ás outras substancias oleosas.

Se são reconhecidas vantagens no emprêgo do lipiodol, iodipina e neo-iodipina, lhe são tambem atribuidos inconvenientes pelos quais pouco a pouco vão sendo abandonados.

A sua não miscibilidade na urina, faz com que por vezes a imagem vesical se apresente em aparencia deformada. Em uma de nossas radiografias vê-se claramente desenhadas na bexiga, bôlhas oleosas em suspensão na urina, dando uma imagem que se presta a uma falsa interpretação para um observador menos avisado.

A viscosidade do líquido impedindo a penetração em todas as cavidades mascára um pouco a verdadeira interpretação dos fatos patologicos.

A idiosincrasia de algumas pessôas pelo iodo e finalmente o perigo das embolias oleosas, firmam entretanto a contra indicação mais importante.

As substancias oleosas injetadas podem ser absorvidas por soluções de continuidade da mucosa uretral e provocar fenômenos inquietantes e até mortais. Hortolomei e Katz-Galatzi apresentaram ha dois anos passados um uretrograma em que se desenha com perfeita nitidez o contorno de vasos venosos em torno da uretra, o que os levou a pensar na duplicidade do canal. Tal qual Langer em 1931 ao obter uma imagem semelhante, Hortolomei radiografando novamente o doente, seguindo a mesma tecnica não obteve mais a imagem que se desenhou na primeira uretrografia e daí concluir ter havido absorção venosa do produto.

Em trabalho publicado no Z. f. urolog. Chirur., 1933, Langer chama atenção para a sua afirmativa anterior, dizendo ter havido um defeito de interpretação no *cliché* por êle observado. O que havia diagnosticado por duplicidade de uretra era apenas um refluxo uretro-venôso.

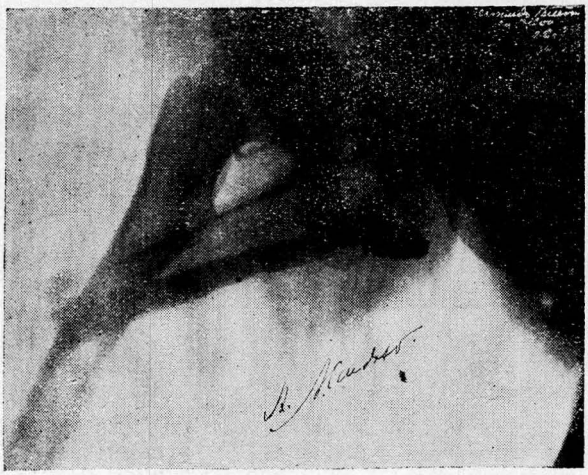
Em um dos nossos primeiros doentes tivemos a oportunidade de observar tambem o refluxo uretro-venôso (radiografia n.º 1). Verifica-se que acima da sombra normal da uretra corre paralelamente uma outra bem nítida, de menor calibre, de contorno regular em toda a extensão e que percorrendo o penis de diante para trás vai terminar na região pubiana.

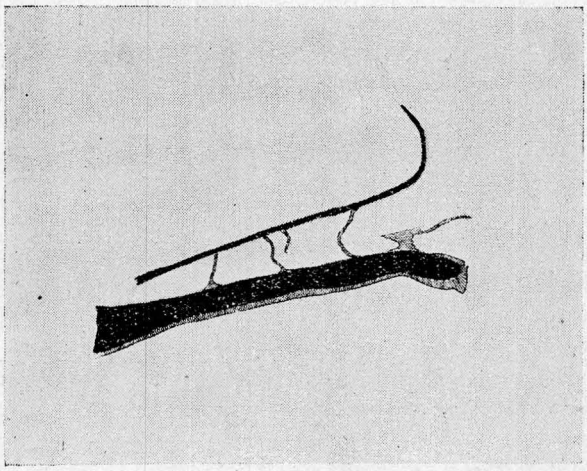
A uretra se apresenta fortemente entumecida, não havendo penetração do contraste na uretra posterior. Ha infiltração da neo-iodipina no corpo esponjoso, bem nítida na parte inferior e principalmente na região bulbar. Vê-se ainda estrias que são pequenos vasos injetados.

Esta prova radiográfica foi tão concludente para o diagnóstico de refluxo uretro-venôso que dispensavel se tornou controla-la.

E', portanto, em torno do mecanismo da penetração de substancias pela parede uretral que giram as principais contra-indicações das substancias oleosas no trato urinario.

Teoricamente já era conhecido o mecanismo da penetração das substancias medicamentosas pela mu-





Uretrografia n.º 1

OBS. 2386 — M. O. P. S. — 34 anos, pernambucano.

URETROGRAFIA N.º 1 — Uretra fortemente injetada, até a região bulbar. Não ha nenhum contraste na uretra posterior. Espasmo do esfinter externo. Nota-se infiltração acentuada em toda a extensão da uretra, principalmente na região bulbar. A veia dorsal do penis está injetada em toda a sua extensão. Vêem-se ainda pequenas estrias na parte média do penis, em direção transversal ao seu eixo.

cosa uretral. Os casos de mortes violentas observados após a injeção de substancias anestesicas na uretra são conhecidos em todo o mundo.

Não é senão com a observação de Langer, com sua celebre uretrografia e depois com a de Hortolomei que se tem uma explicação in-vivo do mecanismo que demonstra a penetração de substancias na corrente circulatória.

Marion é de parecer que a morte sobrevem nos casos de injeção uretral pela cocaina ou qualquer outra substancia equivalente, pelas manobras uretrais que transformam a injeção uretral em endovenosa.

O mesmo mecanismo que explica a absorção dos tóxicos, explica a penetração dos óleos. Pela documentação radiográfica já hoje existente não ha mais duvida a este respeito.

Legueu, comentando um caso de absorção uretral, levado á *Sociedade Francesa de Cirurgia,* por Gresset, julga que o acidente corre por conta, de uma parte, da deficiencia de tecnica e, doutra parte, pela não integridade do canal uretral. Uma pequena solucão de continuidade da mucosa é capaz de rapidamente promover a penetração de doses mortais de medicamentos.

A penetração na veia da substancia de contraste observada por Langer, Hortolomei, Jarbas de Barros e por nós veio dar a demonstração objetiva do que até a apresentação do caso de Langer só era conhecido teoricamente.

O refluxo uretro-venôso se explica devido a ter sido a mucosa uretral traumatizada. A uretra normal integra, tem fraco poder de absorção, que será aumentado quando ela tenha sofrido algum processo patologico que altere as suas paredes. E' claro que o poder de absorção para as substancias tóxicas em diluição é muito maior do que para substancias oleosas, em igualdade de condições.

Não se póde afirmar quando se injeta uma uretra, que as suas parêdes se encontrem integralmente sãs, sem nenhuma solução de continuidade.

Com as observações já existentes, não é admissivel que a absorção de substancias oleosas pela uretra por si só seja capaz de explicar a embolia.

E' mais aceitavel, que elas sejam explicaveis por fenômenos mais complexos, que outras causas entrem em jogo. A penetração de líquido de densidade diferente na corrente circulatória; o estado das parêdes arteriais; a mobilização de trombos existentes nas veias traumatizadas pelo óleo ou enfim qualquer outra perturbação da rêde venosa ou arterial.

As substancias oleosas têm sido empregadas largamente em condições diversas. Encontramos a cada passo, citações do emprego do óleo canforado a 10% no tratamento do choque, nos acidentes da raquianestesia em injeções endovenosas.

Sicard e Forestier estudaram a circulação pulmonar do coelho á luz do ecran, injetando lipiodol na veia femural. No homem, empregando tambem lipiodol, conseguem estudar as varises dos membros inferiores, sem acidentes.

Gautrelet, numa série de observações no coêlho, com óleo de oliva, observou que a injeção endovenosa até 2 centigramas por quilo de animal acarreta fenômenos congestivos do pulmão, sufusões sanguíneas. Só injeções maiores trazem verdadeiros infartos, determinando em geral a morte por embolia massiça oleosa.

No nosso entender estes fenômenos correm tambem por conta da quantidade de líquido que tenha caído na corrente circulatória. Em algumas de nossas radiografias vê-se claramente que o corpo esponjoso da uretra está injetado e em outras finas estrias denunciadoras da injeção venosa e linfática se desenham. A não ser no doente da radiografia n.º 13, que apresentamos, em nenhum outro podemos observar qualquer fato que nos fizesse supôr consequencias da absorção da neo-iodipina.

Na observação n.º 2386 M em que a penetração se efetuou em maiores porções teve o doente forte dôr renal que perdurou por todo o dia. Não encontrei nenhuma perturbação para o lado pulmonar, fato que tem sido observado por outros.

Mas os fatos desta ordem e mais graves mesmo, tais quais os de Patterson que observou 2 casos de

morte por embolia após injeção de oleo na uretra, aconselham ser prudente no emprego das substancias oleosas, quer no tratamento das afecções uretrais, quer na uretrografia. Bastam pequenos traumatismos da mucosa, provocados pela penetração de instrumentos ou pela pressão exagerada do líquido nos casos de espasmo do esfinter externo para permitir o refluxo uretro-venôso.

Quando se injeta a uretra, sente-se a resistencia oferecida pelo esfinter e uma mão experimentada póde perceber o momento em que o líquido o atravessa. As parêdes da uretra normal são muito extensiveis e o canal se presta a uma bôa dilatação, chegando a obter diametros muito maiores que o fisiologico que, segundo Guion atinge 9 milimetros. Além destes limites corre-se o risco de romper as suas parêdes. Em uma uretra doente não é possivel um alargamento tão pronunciado e principalmente em casos de estenoses, pela fragilidade das parêdes uretrais e facilidade de ruptura.

As veias do corpo esponjoso têm como ponto de partida os grossos capilares que circunscrevem as auréolas e se distribuem em três grupos distintos: as da glande, as da porção média e as do bulbo. As veias da glande são formadas pelas pequenas veias da sua base, e pelas da extremidade correspondente dos corpos cavernosos; reunem-se para constituirem ramos mais volumosos que ao nível da corôa dão nascimento á veia dorsal profunda. Esta caminhando no sulco mediano superior do corpo cavernoso se dirige para a raiz do penis, para se lançar no plexo de Santorini.

As veias do bulbo e as da zona mediana do corpo esponjoso da uretra se dirigem diretamente para o plexo de Santorini.

Deste modo a formação das imagens venosas, depende do ponto onde se tenha efetuado a penetração do contraste. Nas observações de Langer, Hortolomei e na nossa o refluxo se efetuou na zona correspondente ao primeiro grupo, de sorte que a veia dorsal coletou grande quantidade de substancia, o que dá

a ilusão duma uretra suplementar nas placas observadas.

Quando a penetração se efetua em outras zonas os capilares venosos aparecem em estrias entrecruzadas. Pelo mesmo mecanismo se efetua a invasão da rêde linfática.

E' preciso ter prudencia no emprego de substancias oleosas, quer seja para o tratamento, quer para passagem de instrumentos, ou ainda para uretrografia.

Ultimamente tem sido empregado na uretrografia um produto de fabricação suissa, o thorotrast, que não sendo tóxico, nem irritante, tem todos os itens requeridos para a uretrografia.

Na França entra em uso o uroselectan, que tendo as mesmas qualidades do thorotrast dá imagens nítidas.

Empregamos por experiencia o per-abrodil que é semelhante ao uro-selectan. Em sendo absorvido pelo organismo não acarretará nenhuma perturbação, devido ao seu poder de diluição no plasma sanguineo. Não é tóxico, nem irritante.

Com o emprego de per-abrodil a 33%, obtem-se imagens perfeitamente nitidas e visiveis, porém em diluição a imagem é fraca e de dificil interpretação.

Infelizmente, todos estes produtos são muito caros, de modo que não é possivel usa-los correntemente.

URETRA MASCULINA Á LUZ DO ÉCRAN

Uretra do adulto:

DIREÇÃO:

A uretra masculina normal segue anatomicamente um trajeto em fórma de S itálico. Da base da bexiga onde toma nascimento desce quasi verticalmente até a sinfise onde apresenta um encurvamento ao tomar a direção ventral. Sobre a chapa radiográfica a mesma direção é observada. No ponto de transição da região perineal da uretra para a peniana, normalmente apresenta um angulo, que só é visivel ao uretrograma nas imagens obtidas no ato miccional. Nas uretrografias ascendentes o angulo desaparece em virtude da posição que se dá ao penis.

O uretrograma reproduz a direção da uretra anatomica; a partir do orificio interno é francamente descendente em obliquidade anterior, até o momento em que atinge a sinfise pubiana. Contornando a sinfise pelo seu bordo inferior fórma a sua primeira curvatura, imovel, ou angulo sub-pubiano. Continuando o seu trajeto a imagem uretrografica passa a ser ligeiramente obliquo ascendente até a raiz do penis quando os corpos cavernosos mudam de direção Como a uretra que acompanha os corpos cavernosos o uretrograma torna-se verticalmente descendente, mostrando uma nova curvatura de concavidade voltada para baixo e para trás em oposição á curvatura anteriormente descrita que está dirigida para cima e para a frente.

A curvatura anterior, angulo pre-pubiano ou angulo peniano da uretra é móvel, só sendo admissivel quando o penis está em repouso, posto que em estado de ereção os dois segmentos uretrais (peniano e perineal) em se colocando em um só plano a fazem desaparecer.

A imobilidade absoluta porque se batiam os primeiros anatomistas, de grande parte da uretra, foi refutada com novas pesquisas realizadas. Normalmente a uretra dita fixa sofre pequenos movimentos segundo o estado de repleção da bexiga, da ampola retal, da contração muscular, etc.

Daí a idealização e uso dos instrumentos retos de cateterismo e seu largo emprêgo. Os anatomistas estudando a possibilidade de movimentação ainda que ligeira da uretra "fixa" lançaram a pedra fundamental para o uso do instrumental que nos permite a exploração dos diversos segmentos da uretra e da bexiga.

Doutra parte o conceito do angulo posterior da uretra teve de ser modificado e se ainda hoje designamos a curvatura posterior por esse titulo é somente para conservar uma tradição. O primeiro segmento descendente da uretra está ligado ao segundo por uma curva mais aberta ou mais fechada segundo os individuos e que poderá sob ação de corpos rijos se desfazer.

Dos 16 a 20 centimetros que constituem o comprimento total da uretra normal do homem adulto, 28 a 30 milimetros pertencem á uretra prostática, 10 a 12

milímetros á uretra membranosa, enquanto que a uretra esponjosa mede 12 centímetros ou sejam 3|4 do comprimento total da uretra.

O comprimento da uretra fixa é de 65 a 70 milímetros, donde 40 pertencem á porção situada acima do ponto de declive e 25 a 30 milímetros á restante.

FORMA

Para que se possa ter radiologicamente a configuração da uretra (direção, fórma e calibre), com as diferentes zonas e glandulas que lhe são anexas, é necessario que se faça radiografar a uretra por dois métodos diferentes. Para obter a imagem da uretra anterior é necessario injetar através do meato e para a uretra posterior é preciso que seja o *cliché* tomado durante a micção. Nas chapas assim obtidas podemos ver a uretra desde o seu orificio vesical até o meato.

Com a uretrografia ascendente sobretudo apreciamos a fórma da uretra anterior. O seu estudo em estado de distensão, quando sob pressão injetamos o líquido de contraste é de suma importancia, para a compreensão dos fatos patologicos. Pela uretrografia miccional, o contorno da uretra anterior é puramente fisiologico, de sorte que a imagem desenhada no uretrograma mostra como se comportam os diversos segmentos durante a passagem da urina. Na uretrografia ascendente pela pressão exercida, as parêdes da uretra se dilatam e o calibre aumenta. A resistencia do esfinter externo, pondo obstáculo à passagem do líquido para a uretra posterior é a causa do alongamento observado na uretra que se apresenta quasi retilínea, em quasi toda a extensão com exceção da dilatação bulbar.

Se o uretrograma é tomado quando se tenha parado de injetar é somente desenhada a uretra anterior.

Quando a chapa é impressionada, continuando o operador a injetar o líquido e tendo a barreira esfinteriana cedido, desenha-se tambem a uretra posterior.

Antes mesmo que podessemos apreciar pela cistouretrografia, como se comporta o primeiro segmento uretral no ato da micção, Langer e outros já tinham experimentalmente determinado a sua fórma,

Durante muitos anos, a idéa de que a bexiga tinha uma conformação especial na sua porção inferior, em fórma de pêra ou de gargalo de garrafa, predominou entre os antigos anatomistas. Toda esta parte inferior da bexiga, em se projetando para baixo se continuava com a uretra dando uma configuração que, falsamente interpretada, fazia deste segmento uretral parte integrante da bexiga.

Já Sappey discordando deste modo de entender, chama atenção para este fato, dizendo que esta interpretação errônea, devia ser corrigida, pois que a bexiga terminava no orificio do cólo, e não a 3 centimetros abaixo como queriam os partidarios do cólo-vesical. Todos os demais pesquizadores que se seguiram a Sappey estão de acôrdo ao afirmar que não existe o tão propalado cólo vesical, nome que ainda hoje é conservado para designar a primeira porção da uretra que se segue á bexiga.

A falsa interpretação do cólo vesical, proveio do modo deficiente por que alguns estudaram esta questão. Finger, por exemplo, partidario da existencia do cólo, introduzindo na uretra um cateter, estando a bexiga moderadamente cheia de líquido, vê o seu escoamento 2 ou 3 centímetros antes que a ponta da sonda tenha atingido a bexiga. Com isto fez supôr que o segmento superior da uretra se encontra em franca comunicação com o reservatório urinario.

Este fato não devia ser interpretado como o fez Finger, porque é apenas por um reflexo que o líquido se escôa quando a sonda atinge a uretra posterior. Inumeras outras experiencias tentadas neste sentido deram a conhecer que a uretra posterior tem a propriedade de, quando excitada, seja por instrumento, ou por líquidos, desencadear um reflexo que tem por resultado o relaxamento do esfinter uretral.

Langer, enchendo a bexiga de cadáveres frescos com parafina-vaselina, constatou que o fechamento da bexiga se efetuava acima da próstata. Somente por distenção forçada viu o líquido atravessar o orificio vesico-uretral, para deixar de se escoar quando cessada a pressão.

Waldeyer, Zeissl, Roentgen, Lichtenberg e muitos

outros, usando processos diversos em animais, chegaram a resultados semelhantes.

Radiologicamente, podemos ver, se se obtem a imagem no momento da franca micção, estando, portanto, a bexiga em plena contração, que os contornos muito se assemelham a um bico de mamadeira, ou a uma pêra.

Fisiologicamente, quando sobrevem a vontade de urinar o esfinter interno abre-se largamente, enquanto que a continencia vesical é assegurada pelo esfinter externo, até o momento em que este se relaxa e a urina se escôa.

Sabendo-se que a uretra posterior é um dos segmentos mais dilataveis da uretra, sob a pressão do liquido impulsionado pela bexiga, ela adquire o seu maximo de diametro, de modo a dar a falsa impressão de que permanentemente existe comunicação entre si.

A uretrografia veio trazer ensinamentos valiosos e insubstituiveis no controlar da ação fisiologica da micção, vindo provar que normalmente fóra do ato miccional, as parêdes da uretra prostática estão justapostas e que nenhum líquido poderá nela permanecer, pela contração permanente dos músculos uretrais.

Para ser obtido o contorno anatômico de toda a uretra é necessario proceder á obtenção das imagens por via ascendente e descendente, para deste modo ter a imagem total da uretra, da bexiga ao meato.

Como se torne dificil obter uretrogramas por via descendente, uma vez que é necessario fazer o doente urinar em posição lateral, deitado ou em pé e em presença do operador, procura-se tirar todos os ensinamentos possiveis pela radiografia ascendente.

Somente nos casos em que haja perturbação do dinamismo funcional, é que se torna necessario a uretrografia descendente com o fim de observar como se comporta a bexiga e o esfinter.

A maior parte dos observadores tendem a reconhecer que por via ascendente é possivel tirar conclusões sobre todo o trato urinário e que por uma bôa interpretação radiográfica é possivel discernir qualquer anomalia do trajeto uretral.

Tissot e Heitz-Boyer, no Congresso Francês de Urologia de 1930, insistem na importancia desta uretrografia para o diagnóstico das afeções da uretra posterior e por meio dela pretendem ter possibilidade de diagnósticar facilmente divertículos e cavernas, melhor ainda que ao toque retal ou o uretroscópio.

Como o estudo da uretra posterior é de grande interesse sob o ponto de vista patologico, pela frequencia das lesões encontradas, é preciso ter bem interpretada a sua imagem normal, para que se tenha pontos fixos de reparo para evitar confusões e falsas interpretações.

A imagem da uretra posterior, será ou não obtida segundo se procede á uretrografia no momento da injeção ou quando se tenha parado de injetar.

Quando o uretrograma é feito após a injeção a sombra da uretra é interrompida na região bulbar enquanto que na parte superior a bexiga está cheia de contraste. Qualquer imagem que se observe em uma chapa assim obtida é denunciadora de perturbações patologicas da uretra — dilatação da uretra posterior, cavidades adjacentes, etc.

Nenhuma imagem da uretra posterior se desenhará quando a uretra está sã, porque as suas parêdes estão energicamente comprimidas pela contração constante das fibras musculares e pela sensibilidade especial da mucosa uretral da região, que provoca contratura das fibras musculares e consequente expulsão de líquidos que aí venham a ter. Ou será expulso ou será recalcado para a bexiga.

Quando se procede á uretrografia no momento da impulsão do líquido a imagem da uretra posterior fornece pontos de reparos importantes e constantes para o estudo das lesões, principalmente as que se manifestam por alongamento, ou deformação.

Acima da região bulbar desenha-se um filete que é a uretra membranosa, que em alguns casos se mostra com a fórma de uma pequena pêra dependente do grau de pressão que se tenha imprimido.

A uretra posterior é vista como um filamento opaco, circunscrevendo em uma certa extensão uma zona mais clara, que é a imagem do veru-montanum. En-

quanto que a distancia que vai do fundo de saco do bulbo ao cólo vesical é variavel, a que dista do veru ao cólo vesical não varia e é em média de 19 a 21mm., salvo nos casos de adenoma ou de tumôres do cólo ou nos prostatectomizados.

A uretra no velho tem muita semelhança com a uretra do moço, com exceção do seu comprimento que é sempre mais aumentado.

Em resumo, a imagem da uretra posterior compreende, da região bulbar para a bexiga: um traço correspondente á região membranosa, uma elipse ou um círculo formado pelo veru-montanum, uma zona mais nítida em traço constituida pelo líquido que acumula nos freios do veru e enfim o ostium vesical que aparece em fórma de cunha de ponta voltada para a uretra, de sorte que o líquido que tenha penetrado na bexiga dá á parêde inferior da mesma a configuração especial em concavidade voltada para cima.

Num uretrograma normal, a bexiga se continúa com a uretra posterior sem nenhum limite, quando a urina passa do reservatório para o canal, o que é reconhecido pela conformação especial que adquire em fórma de pêra dirigida para baixo. Nem em todos os uretrogramas é a mesma imagem desenhada. Em alguns, vê-se na parêde posterior da uretra posterior uma saliencia voltada para a bexiga, em outros o orificio vesical se encontra mais estreitado do que a região prostática da uretra.

A' primeira porção dilatada da uretra, sucede uma outra mais estreitada correspondente á região membranosa.

Abaixo da região membranosa encontra-se uma zona dilatada correspondente á região bulbar, que se continúa para diante com uma porção mais estreitada, formada pela uretra perineal e peniana. Antes de chegar ao meato vê-se uma nova dilatação, a fóssa navicular.

CALIBRE

A's zonas dilatadas, sucedem outras estreitadas, é o que se conclue pela leitura dum uretrograma.

Por isso sobremodo interessa ao estudo da uretrografia o conhecimento do calibre da uretra e de sua configuração interior. A partir do orificio externo ou meato uretral, a configuração da uretra é muito variavel, segundo se examina em repouso, durante a micção ou fortemente distendida, isto é, anatômica, fisiologica e cirurgicamente.

Calibre anatômico: Estando a uretra em repouso as suas parêdes estão justapostas, de modo que sobre cortes transversais feitos em cadaver a uretra se apresenta com a fórma de simples fenda variavel na fórma e orientação.

Do meato ás proximidades da base da glande a fenda é vertical, aspecto que se desfaz pouco a pouco para ser substituido pelo de um T invertido. Enquanto a fenda horizontal aumenta a vertical diminúe, de modo que no segmento peniano da uretra ela é transversal e assim se conserva até a porção membranosa. Ha digno de nota, que na parte posterior do bulbo os dois lados são afastados por mucosidades de modo que neste nível a fenda tem a fórma de um losango de grande eixo transverso. Na região membranosa é de fórma circular. Na porção prostática e ao nível do *veru montanum* a configuração é de um arco de concavidade inferior. Acima do *veru montanum* a uretra volta a ter sua fenda em sentido transversal até o orificio do cólo. Este se mostra em fórma de crescente de concavidade inferior, conformação tomada pela existencia da úvula de Lieteaud.

Calibre fisiologico: No momento da passagem de líquidos através do canal a sua configuração se modifica, e a sua luz de virtual que é normalmente, torna-se real. A urina contida na bexiga sendo impulsionada, distende as parêdes do canal e lhe dá uma configuração inteiramente diferente.

A injeção de parafina através da bexiga com a mesma pressão que a produzida pela urina permite estudar a sua luz. A uretra não apresenta um calibre uniforme. Apresenta dilatações e estreitamentos que se alternam. Percorrendo-a de diante para trás en-

contra-se o meato uretral, que é um dos pontos mais estreitados do canal e sobretudo o menos extensivel, de modo a se poder afirmar que uma sonda tendo franqueado este orificio, atravessará facilmente a uretra se o canal está são.

E' bem verdade que normalmente existem pontos estreitados na uretra que são de diametro menor que o meato, porém não constituem obstáculo á passagem da sonda porque são facilmente dilataveis. Tal é assim a porção membranosa que sem esforço é atravessada pela sonda, não constituindo verdadeiramente um obstáculo.

Ha 5 ou 6 milímetros atrás do meato, vê-se uma dilatação acentuada de 20 a 25 milímetros, a fóssa navicular, que para alguns é determinada pela distenção forçada da urina em virtude da pouca elasticidade do meato e para outros é constitucional, já existindo desde o nascimento.

Acima da fóssa navicular em uma extensão de 6 a 7 centimetros a uretra conserva um calibre uniforme de diametro menor que a dilatação navicular.

A partir do angulo peniano o canal se alarga progressivamente ás custas de sua parêde inferior para atingir o máximo de diametro ao nível da aponevrose perineal média, para formar o fundo de saco bulbar da uretra.

Depois a uretra apresenta na parte postero-superior do fundo de saco do bulbo, um estreitamento que marca o inicio da porção membranosa que se estende numa extensão de 10 a 12 milímetros e acima da qual encontra-se uma dilatação correspondente á fossêta prostática.

Por fim ha um ponto estreitado, o orificio posterior da uretra, ou esfinter interno, alguns centímetros acima da dilatação prostática.

As dilatações da uretra se acentuam sobretudo na parêde inferior, na zona esponjosa. A parêde superior é mais lisa e é a chamada parêde cirúrgica.

Apresentando assim a uretra dilatações e estreitamentos que se sucedem, é interessante conhecer os

seus diametros que expressos em milímetros, no homem normal, são:

Antes da fóssa navicular	7	milímetros
A 12 centímetros do meato . . .	8,3	"
A 15 ou 16 centímetros	10,3	"
Na região membranosa	8,6	"
No centro da porção prostática .	11,6	"

A uretra é dilatada em três pontos e estreitada em quatro. Examinando-se as três dilatações sucessivas, a porção prostática, o fundo de saco do bulbo e a fóssa navicular vê-se que a primeira é maior do que a segunda e esta maior do que a terceira, graduação decrescente que origina condições físicas mais favoraveis á aceleração do curso dos líquidos.

Esta variação de calibre é necessaria para a progressão da urina. A contração da bexiga impele a urina para a uretra, que em se dilatando toma a fórma de um infundibulum ou de dêdo. A esta zona sucede uma outra de menor diametro que vem terminar em uma outra dilatação. A urina caminha em seguida em uma zona de calibre inferior á anterior, mais longa e que vem a terminar numa porção mais dilatada, antes de atingir o meato.

Se tomarmos os diversos diametros das porções dilatadas da uretra, verificaremos que êles estão em progressão decrescente de dentro para fóra. O primeiro é maior do que o segundo e este do que o terceiro, de modo que todo o segmento uretral apresenta-se afilado para a extremidade. Dilatações e estreitamentos são necessarios para a hidráulica da micção e a ejaculação do esperma.

Calibre cirúrgico: Quando injetamos sob pressão um líquido na uretra as suas parêdes se afastam, o canal se alarga devido á extensibilidade de suas parêdes, de modo que é possivel fazer introdução na uretra de instrumentos de diametros muito superiores aos seus.

Guyon e outros obtiveram por distenção forçada circunferencias de 22 milímetros: Keyes 30 milíme-

tros, Pease 33, Otis 28 a 40, sem ruptura das parêdes uretrais.

E' preciso notar que estes numeros obtidos em cadaver não podem ser tomados por base para a calibração da uretra no vivo. Praticamente póde-se obter alargamento que corresponda a 28 milímetros de circunferencia ou sejam 9 milimetros de diametro, sem correr o risco de rupturas das parêdes uretrais.

Uretra da creança:

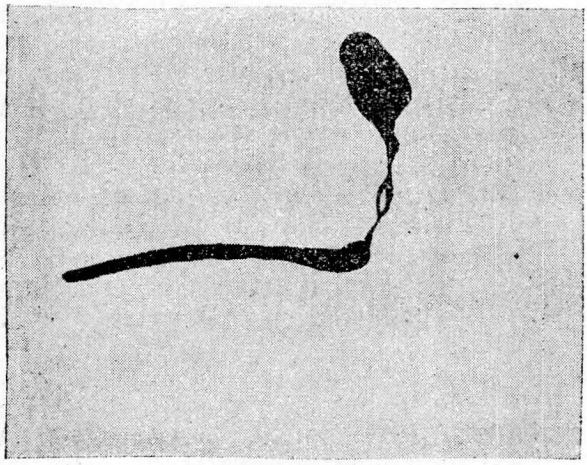
Do mesmo modo que podemos obter uretrogramas dos adultos, é possivel ver a uretra da creança, como se fôra em uma preparação anatômica, no que diz respeito a seu diametro, conformação e orientação.

Na creança, para obtenção do *cliché* radiográfico é necessario ter em vista: 1.º) a substancia de contraste; 2.º) a tecnica a empregar.

Tendo a mucosa infantil poder de absorção muito maior que a do adulto, os perigos aumentam na razão inversa da idade. As substancias de sais alogênicos não são indicadas por serem demasiadamente irritantes e as substancias tóxicas são inteiramente interditas. As substancias oleosas atualmente usadas (lipiodol, iodipina, neo-iodipina) não se prestam muito bem, pela possibilidade de ocasionar irritação do canal.

Em as nossas radiografias, usamos neo-iodipina e tivemos a ocasião de observar que a irritação é muito mais constante e persistente que nos adultos. A creança em que tomámos a radiografia da uretra normal, embora fizessemos esvaziar a bexiga imediatamente, sentiu ardôr acentuado, teve frequentes micções durante o dia e no dia seguinte afirmava arder-lhe a uretra após as micções.

Quanto á tecnica é semelhante á que se emprega nos adultos: posição lateral direita ou esquerda, flexão da côxa sobre a bacia e extensão com ligeira adução do outro membro. O *cliché* é tomado durante a injeção, ou por melhor dizer, em uretrografia ascendente (cliché n.º 2). Não é exequivel a uretrografia descendente que só póde ser aplicada nos adultos.



Uretrografia n.º 2

URETROGRAMA N.º 2 — Creança de 9 anos de idade. Internada na 2.ª Clinica Cirurgica do Hospital Infantil.

Uretra regularmente calibrada até a região bulbar, afilada para a extremidade. Região bulbar dilatada. Uretra membranosa deixando atravessar o liquido opaco, apresentando-se ligeiramente afilada, para cima. Uretra prostática bem desenhada, apresentando o veru-montanum (vê-se uma zona clara circundada por duas estrias laterais aproximadas em cima e em baixo). Bexiga normalmente constituida, em forma de funil na extremidade inferior, de ponta dirigida para baixo, estando o orificio interno dilatado.

Uretrograma normal.

Miahalovici, tomando uretrogramas de creanças que variaram de 3 semanas até 1 ano de idade, obteve imagens sempre iguais. Em um menino de 9 anos de idade cujo uretrograma tomámos podemos verificar que a uretra anterior é uniformemente calibrada até o bulbo. A dilatação bulbar é bem acentuada, como nas uretras dos adultos, guardadas, evidentemente, as devidas proporções.

A uretra membranosa e prostática quasi em linha réta, com ligeira inclinação para diante. Calibre médio de 2 mm.

Na ultima porção da uretra, na região correspondente ao cólo vesical, a imagem tem a semelhança de um funil de ponta voltada para baixo.

Na uretra prostática é digna de nota uma zona mais clara circundada por uma imagem linear que é o veru-montanum. Esta imagem que obtivemos nas radiografias de creanças que apresentamos, não é constante, depende da quantidade de substancia de contraste contida na uretra posterior no momento da tomada do *cliché*.

A direção da uretra posterior que encontramos nos nossos uretrogramas não diverge dos de Mihalovici e corresponde ao aspecto anatômico.

A partir do orificio interno tem a uretra direção descendente, em obliquidade anterior, até a sinfise pubiana, onde contornando-a pelo seu bordo inferior, torna-se ascendente em obliqua acentuada até quasi o nível do bordo superior da mesma sinfise; a uretra móvel segue pouco mais ou menos esta direção.

Quem quer que observe um recenascido ou mesmo uma creança de poucos mêses de idade constatará que o penis está dirigido para cima. Em meninos de idade mais elevada verifica-se ainda que o penis não tem a direção com que se apresenta nos adultos. Não é senão nos anos que precedem a puberdade que se vê o penis se tornar de mais a mais pendente e a uretra peniana que o acompanha e que lhe é aderente, tomar uma direção que se aproxima da vertical, estado normal da uretra dos adultos.

Richet, examinando meninos de 10 a 12 anos constatou a uretra nas mesmas condições que a dos adultos exceto quanto á direção, porque o angulo pe-

niano se encontra ainda nas proximidades do bordo superior da sinfise em virtude da tração que exerce o ligamento suspensor do penis sobre este e indiretamente sobre a uretra que lhe é anexa.

A curva que a uretra prostática descreve nos adultos é muito pouco pronunciada nas creanças e nos jovens, o que é explicavel pelo estado rudimentar da próstata.

Ao chegar a puberdade com o evoluir da glandula prostática a uretra vai tomando nova orientação, com o desenvolvimento da glandula mais posterior que anterior.

TECNICA DA URETROGRAFIA

Para que se possa ver a configuração da uretra é necessario recorrer á sua repleção com liquidos de contraste, uma vez que a radiografia sem contraste não poderá fornecer elementos para o diagnóstico.

As calcificações, corpos estranhos prescindem de contraste, mas em alguns casos, para determinar a sua orientação, localização e relações com a uretra é indispensavel a uretrografia.

Para que o líquido possa penetrar em todas as cavidades normais ou patologicas da uretra é preciso, dentre outras coisas, que a uretra esteja desembaraçada de toda a mucosidade.

Procede-se previamente uma lavagem uretral, ou uretro-vesical com uma solução antisseptica, tendo feito o doente esvasiar a bexiga.

A tecnica a empregar para a uretrografia é diversa, segundo se a executa por via ascendente ou descendente.

Por via descendente ou miccional, ou se injeta o líquido através da uretra enchendo assim a bexiga, ou o que é mais sicples, uzam-se substancias de contraste endoflébicas (uroselectan, per abrodil, thorotrast), e quando a bexiga está cheia se faz o doente urinar na mesa de Roentgen.

Por via ascendente as tecnicas empregadas diferem entre si por pequenos pontos, no que diz respeito somente á posição do doente, porém quanto á injeção do liquido, todas elas se assemelham.

Posto o doente na mesa de radiografia, injeta-se pelo meato o contraste fazendo-se bater a chapa no momento em que o operador julgar necessario. Como se pretenda ver a uretra em toda a sua extensão, é preciso que o uretrograma seja tomado no momento em que o operador sinta que o líquido atravessa o esfinter externo, quando sob a mesma pressão o líquido penetra na bexiga.

Faz-se a injeção com uma seringa comum, de Janet ou de qualquer outro fabricante. Este instrumental simples é de uso corrente, o que torna o método mais simples e prático.

Com o fim de dosar e obter igualdade de pressão tem se construido diversos aparelhos. Kohnstam e Cave, construiram um que sob pressão de ar recalca o líquido para a bexiga, controlado por um manômetro.

François Moret, assistente de Chevassu, apresenta em 1933 á *Societé de Chirurgie*, um pequeno aparelho mais simples que o de Kohnstam e Cave que permite a injeção da uretra tambem sob pressão.

Toda aparelhagem complica o método, porém permite injetar o líquido sem que os dêdos do operador estejam expostos á ação dos raios X, condição indispensavel para que se possa fazer quotidianamente explorações uretrográficas.

Julgamos que um pequeno treino faz prescindir de qualquer aparelhagem mais ou menos complexa, desde que não tenhamos necessidade de fazer uretrogramas sucessivos.

A prática da injeção manual, ao nosso ver, simples e sem dificuldade, dá ensejo a melhor interpretar as resistencias impostas pelos obstáculos do canal. A pressão poderá ser aumentada ou diminuida segundo as necessidades, podendo mesmo ser percebido o momento em que o obstáculo é vencido. Esta sensação nos indica o momento em que a barreira esfinteriana é atravessada.

Procedemos ás nossas uretrografias, injetando com uma seringa através do meato cerca de 20cc. de contraste. Desde que a uretra está cheia, aumentamos progressivamente a pressão afim de vencer a tonici-

dade do esfinter estriado, e quando o contraste tenha atravessado este obstáculo, continuando ainda a injeção, fazemos a impressão da chapa.

Com o fim de observação procedemos tambem á uretrografia depois da injeção.

Posição do doente: A posição do doente na mesa reotgenográfica é variavel segundo a tecnica empregada.

Sicard e Forestier, empregando a tecnica de Pfeister, obtéem uretrogramas pondo o doente em decubitus ventral, com incidencia dorso-ventral, enquanto Kurtzahn, colocando a ampôla por baixo da mesa põe o seu doente em posição dorsal, colocando a placa sobre o ventre. Em qualquer dos processos a dificuldade na injeção do liquido é evidente, tornando o processo mais complicado.

A posição vertical, tem sido tambem empregada, porém ela é mais indicada quando se faz a uretrografia miccional, em doentes que não possam urinar deitados.

As posições mais simples e a que se tem recorrido por serem mais faceis e de melhores resultados têm sido a de decubitus dorsal e lateral, segundo as necessidades.

Em virtude da orientação da uretra não é possivel que se a tenha bem desenhada sem que se obtenha uma bôa posição do doente, de modo a afastar a superposição de sombras determinadas pela bacia. Wittkowski e Langer indicam posições que se tornaram hoje clássicas, quer para a uretrografia ascendente quer para a descendente.

Coloca-se o doente na mesa radiográfica em decubito lateral direito ou esquerdo, em um angulo de 30 a 45 graus, sendo a côxa que repousa sobre a mesa posta em flexão acentuada, o mais proximo possivel do abdomen e a perna fletida sobre a côxa. O outro membro fica em extensão e adução. Colocando-se o operador á frente do doente, distende o penis, para fazer desaparecer o angulo peno-escrotal ao mesmo

tempo que lhe dá uma direção paralela ao fêmur, de modo que a uretra não venha a se superpôr ao osso.

Em grande numero de casos a uretrografia em uma só posição é suficiente para o diagnóstico das afeções da uretra, porém o exame não estará completo sem que se obtenha o conjunto uretral com todas as suas dependencias, se não se obtiver a uretra em posições diferentes.

Heitz-Boyer chama atenção para as vantagens da uretrografia em 3 incidencias, ventral, lateral direita e esquerda, porque assim é que se poderá ter nitidamente a imagem da uretra e seus canais, glandulas e enfim qualquer anomalia da uretra ou de orgãos que lhe são anexos (clichés 3, 4 e 5).

A importancia que atribue á uretrografia, o fez idealizar uma mesa especial para a obtenção dos *clichés* radiográficos. As vantagens da uretrografia em posição diferente são evidentes, porque mostram melhor o trajeto uretral, que em uma unica placa.

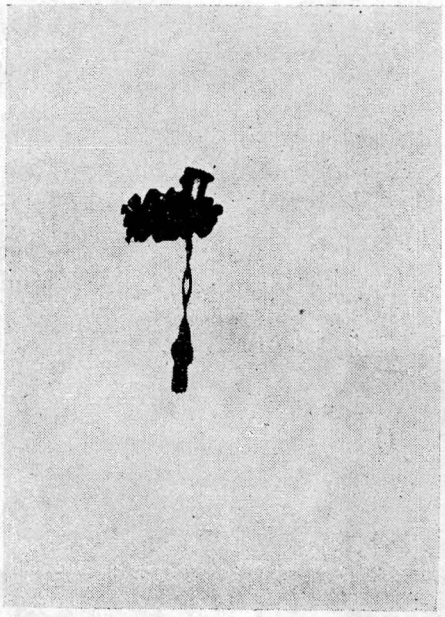
Uretras que nada apresentam em uma posição, podem mostrar quando em outra incidencia, anomalias que explicam processos patologicos. Realmente o conhecimento da direção, posição, numero, fórma e profundidade de divertículos da uretra posterior fica mais em evidencia quando uretrografados em posições diferentes.

Com uretrografias em posições diversas, qualquer que seja a localização em que se encontre um processo congenito ou adquirido (fístulas, tumôres, etc.) não permitirá que eles passem despercebidos.

Para realizar incidencias que permitam obter a exploração total da uretra, póde-se fazer em qualquer mesa radiográfica, porém não é sem dificuldade que se obtéem imagens em igualdade de condições.

E' muito simples colocar o doente em posições diversas, porém os graus de incidencias não serão exatos, de modo que o contorno total da uretra nem sempre é observado.

Heitz-Boyer idealizou uma mesa que denominou de radiocirúrgica e que permite com precisão ter angulos iguais em 3 incidencias, sem que o doente mude



Uretrografia n.º 3

ARSENBI

SIFILIS E SUAS MANIFESTAÇÕES

ASSOCIAÇÃO:

ARSENICO ORGANICO REATIVADO.

BISMUTO IONISADO HIPERATIVO.

— ATOXICO —

INTEGRALMENTE ASSIMILAVEL.

MAXIMO PODER ESPIRILICIDA.

INDOLOR SEM ANESTESICO.

A AÇÃO DEPRESSIVA DO BISMUTO É CORRIGIDA PELO ARSENICO.

ACONDICIONAMENTO:
Caixas com 6 empôlas de 2 cc.

SEIKEL

NOVOS RUMOS DA TERAPEUTICA ANTISIFILITICA

ARSENBI

METIL-ARSENO-BISMUTATO DE SODIO

Formula do Dr. Leopoldino V. Guerra

COMPOSIÇÃO — O **ARSENBI** é uma associação de arsenico e bismuto, hidrosoluvel e de alta concentração ionica.

A associação dos ions ativos arsenico e bismuto constitue, nos dominios da bioquimica, um progresso notavel que veio traçar rumos inteiramente novos á terapeutica antisifilitica.

Para se avaliar o largo alcance desta nova conquista basta citar aqui algumas palavras dos grandes vultos da medicina contemporanea: "...*No momento atual é o mais eficaz tratamento quimio-terapico da sifilis e principalmente da sifilis nervosa*" "...*os cancros cicatrizam em muito menos tempo, muito mais rapidamente diminuem os ganglios de volume, a reação de Wassermann torna-se negativa muito mais prontamente, enfim, colhem-se resultados que nunca se obteriam com nenhum destes medicamentos tomados isoladamente, mesmo em doses muito maiores*" (RAVAUT).

"...*permite a obtenção de verdadeiras curas abortivas*" (ARNING).

"...*fornece excelentes resultados na sifilis nervosa*" (FREY).

e assim BROUSSE e muitos outros.

PODER ESPIRILICIDA — A sinergia medicamentosa arsenico-bismuto confere ao **ARSENBI** um elevado potencial espirilicida, que se traduz pelo rapido desaparecimento do cancro sifilitico... com duas injeções de **ARSENBI** (observação do DR. LUIZ GAELTZER), pela pronta negativação da reação de Wassermann e pela desaparição da cefaléa e das dôres osteocopas (casos da enfermaria do PROFESSOR OCTAVIO AYRES); e, sobretudo, pela rapida cicatrização das lesões ulcerativas (observações do DR. XAVIER PEDROSA, do DR. JORGE PINTO FILHO, do DR. CARLOS CARAVELLI, etc...).

TOLERANCIA — Experiencias em coelhos e cobaios demonstraram que, ao lado do canforato de bismuto, é o **ARSENBI** o menos toxico dos compostos bismuticos. Clinicamente, milhares de casos atestam a perfeita tolerancia do **ARSENBI**, tanto pelos adultos como pelas crianças, sendo que para estas acha-se em estudos a forma infantil.

SOLUBILIDADE — A tão discutida questão soluvel ou insoluvel é hoje assunto resolvido. De feito, a mais larga experiencia clinica veio confirmar no campo da pratica o que a teoria, de ha muito, já havia decidido dando ganho de causa aos soluveis. Torna-se, pois, desnecessario lembrar aqui os velhos argumentos que todos conhecem. A cada um basta sua propria experiencia que é o mais seguro e sabio dos guias. E desta resultam, invariavelmente, decisivos argumentos em favor dos soluveis. Como soluvel que é, o **ARSENBI** não forma nodulos, não se acumula no organismo expondo-o ao risco de intoxicações; não deixa residuos nem enquista e é integralmente assimilavel. Estas tres ultimas vantagens têm sido sobejamente constatadas sob controle dos Raios X.

INDOLENCIA — Profundamente injetado, o **ARSENBI** é indolor. Isto é devido não a anestesicos, mas á relação perfeitamente harmonica existente entre o seu pH e a sua concentração molecular, relação esta que, como se sabe modernamente, é fator essencial do elemento dôr nas injeções intramusculares.

INCONVENIENTES DO BISMUTO — Na terapeutica antisifilitica, o bismuto merece, incontestavelmente, a preferencia que vem desfrutando, pois, na verdade, ele possue vantagens sobre os seus congeneres. A par destas, porém, o bismuto apresenta inconvenientes, tais como o emagrecimento, a prostração que provoca, a anemia bismutica e a estomatite. O **ARSENBI** não oferece nenhum destes inconvenientes porque, para conjural-os, na sua molecula entra tambem o arsenico organico com suas propriedades tonicas e estimulantes da nutrição. Com o uso do **ARSENBI** verifica-se melhoria na cifra hemoglobinica do sangue, não se observando prostração nem estomatite.

MANIFESTAÇÕES NERVOSAS E VASCULARES DA SIFILIS — A ação do **ARSENBI** sobre as manifestações nervosas e vasculares da sifilis é das mais nitidas. Na neurastenia de origem luetica, na sifilis cerebral e na paralisia geral, a par das melhoras clinicas, verificam-se modificações beneficas nas reações do liquido cefalo raqueano. A influencia da associação arsenico-bismuto (**ARSENBI**) sobre a neuro sifilis é tão notavel que ainda recentemente (Dezembro de 1932), disse o PROFESSOR RAVAUT: "*Ces cures mixtes arsenico-bismuthiques representent à l'heure actuelle le traitement chimiotherapique le plus efficace que nous puissions opposer á la syphilis et à la syphilis nerveuse en particulier*" (Le Monde Medical, n.º 820, pags. 1018 e 1019).
Nas manifestações cardio-vasculares é o **ARSENBI** de comprovada eficacia.

OPINIÕES VALIOSAS SOBRE O "ARSENBI" (Trechos de observações):

"*...o cancro sifilitico desapareceu completamente com o uso da segunda empola de* **ARSENBI**". (DR. LUIZ GAELTZER).

"*...na 10.ª injeção de* **ARSENBI** *cicatrisou-se-lhe a ulcera rebelde e a doente ganhou 5.800 grs. de peso em 28 dias de tratamento*". (DR. JORGE PINTO FILHO).

"*...a astenia, a cefaléa, as dôres musculares e osseas haviam desaparecido com o uso exclusivo do* **ARSENBI**. *A doente teve alta, curada*". (ENFERMARIA S. JOSÉ, DO HOSP. S. JOÃO BATISTA).

"*...a cicatrisação foi-se processando lentamente á custa das injeções de* **ARSENBI**, *que eram perfeitamente bem toleradas por aquele organismo enfraquecido e depauperado*". (Observação do DR. MARIO FONSECA).

"*...o* **ARSENBI** *promoveu a rapida cicatrisação da extensa ferida*". (ENFERMARIA S. FRANCISCO, DO HOSP. S. JOÃO BATISTA).

"*...os resultados obtidos autorisam-me a aconselhar este novo elemento terapeutico* (**ARSENBI**) *como um dos melhores recursos de que possam lançar mão os clinicos*". (PROFESSOR OCTAVIO AYRES).

"*...tenho empregado o* **ARSENBI** *com resultados terapeuticos muito satisfatorios*". (DR. XAVIER PEDROSA).

"*...considero o* **ARSENBI** *dos melhores antisifiliticos*". (DR. CARLOS CARAVELLI).

INDICAÇÕES

Em resumo: o **ARSENBI** é um otimo medicamento antisifilitico, quér para o ataque inicial á sifilis, quér para os tratamentos periodicos de consolidação.

CANCRO SIFILITICO — Como está demonstrado, a ação conjunta do bismuto e arsenico faz do **ARSENBI** um precioso agente de agressão ao cancro inicial que é dominado ás primeiras injeções, revelando assim um valor cicatrizante só comparavel ao dos arseno-benzois (914). As inumeras observações clinicas atestam este surpreendente poder cicatrizante, que é devido á ativação direta exercida pelo ion arsenico sobre o ion bismuto.

SIFILIS SECUNDARIA E TERCIARIA — A cefaléa, as dôres musculares e osseas desaparecem logo após as primeiras injeções. As sifilides e as manifestações gomosas sofrem influencia rapida, o mesmo se verificando com as localisações cardio-vasculares da sifilis.

SIFILIS NERVOSA — O **ARSENBI** tem a propriedade de atravessar a barreira meningéa e por isto possue uma ação eletiva e energica sobre as manifestações nervosas e mentais da sifilis.
O **ARSENBI** tem sido empregado com grandes vantagens na neurastenia de origem luetica e na sifilis cerebral; na tabes observa-se diminuição da ataxia e desaparecimento das dôres fulgurantes. Mesmo na paralisia geral os resultados obtidos com o uso do **ARSENBI** têm sido muito promissores.

POSOLOGIA E APLICAÇÃO

Uma empôla de 2 cc. de dois em dois dias.

Injéta-se em plena massa muscular, profunda e lentamente.

Uma série de 18 a 30 injeções é bastante para modificar os casos mais rebeldes.

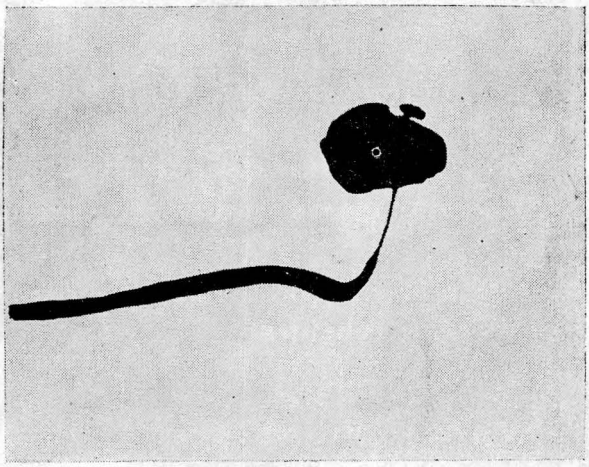
LITERATURA E AMOSTRAS COM OS DEPOSITARIOS EXCLUSIVOS

HUGO MOLINARI & CO. LTDA.

RIO DE JANEIRO
RUA DA ALFANDEGA, 201
CAIXA POSTAL, 161
— TELEFONE 4-5421 —

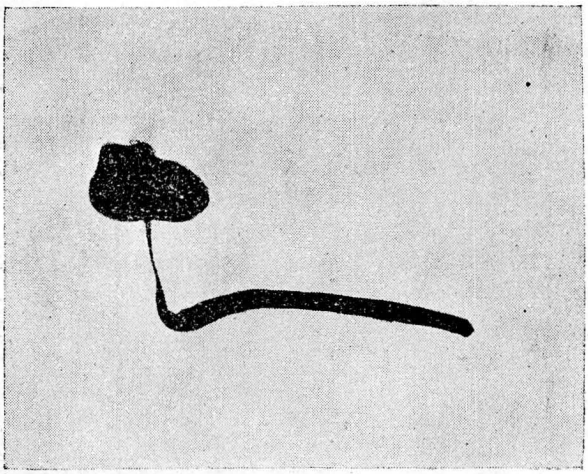
SÃO PAULO
RUA DO CARMO, 11
CAIXA POSTAL, 949
TELEFONE 2-4228

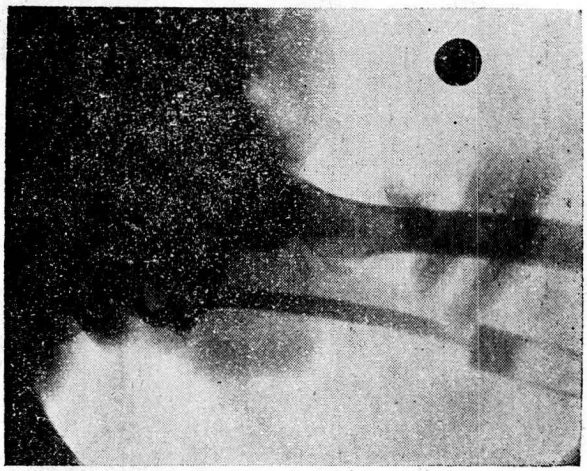
de posição. E' a propria mesa sobre a qual êle se encontra que toma as inclinações necessarias, segundo graus determinados.



Uretrografia n.º 4

Com esta mesa obtem radiogramas rigorosamente precisos, sem os riscos decorrentes da mudança de posição do doente.





Uretrografia n.º 5

URETROGRAFIAS NS. 3, 4 e 5 — Uretrografias em 3 posições: anterior, lateral direita e esquerda.

Em todas as 3 chapas, vê-se a uretra de calibre fisiologico em toda a extensão. Uretra posterior bem desenhada, apresentando todos os elementos normais. A radiografia antero-posterior, em virtude da direção que é dada aos raios, perpendiculares ao pubis, se apresenta como uma mancha arredondada na zona correspondente á uretra perineal.

Na tomada das radiografias é indispensavel ter um conhecimento perfeito das leis de projeção. Cabe ao radiolgista o manejo da aparelhagem, mas ao urologista é tambem necessario ter alguns conhecimentos de como se procede á tomada da radiografia.

Ao urologista compete tambem conhecer todas as indicações para o exame radiologico, na parte aplicada á exploração das vias urinarias. Como o urólogo hoje não póde prescindir da radiologia é preciso ter pelo menos em linhas gerais, a tecnica da utilização dos raios X e particularmente a tecnica propria para o exame deste ou daquele orgão.

A imagem resulta tanto mais nítida e fiel, quanto mais proximo estiver o objeto dos planos de projeção e mais distante estiver o tubo de Roetgen deste mesmo plano.

De acôrdo com esta lei, usamos na obtenção dos uretrogramas uma distancia fóco Roetgen-placa (D. F. P.) de mais de 70 centimetros. Precisamente por questões anatômicas o penis do doente não póde ficar justaposto ao chassis, mas guardada sempre uma certa distancia. De modo que para que as imagens sejam o menos deformadas possivel aumentamos a distancia da placa-anti-catodo.

Como valores tecnicos para obtenção das radiografias empregamos, conforme a espessura dos planos anatômicos, raios de penetração médios com potenciais de 60-75 Kvs. com um comprimento de onda de 0,45 Ag.

A intensidade empregada foi de 20 m. com tempos de *pose* variaveis entre 0,8 a 1,3 segundo. Em todos os casos foram empregados ecrans reforçadores duplos, afim de encurtarmos o tempo de exposição (1|20 de tempo necessario sem estes). Não utilizamos o diafrágma de Potter-Bucky por desnecessario.

Os valores tecnicos a que acima aludimos, variam naturalmente dentro de certos limites e estas variações estão condicionadas a fatores inerentes ao doente e ao tipo do aparelho empregado.

Do lado dos primeiros temos a maior ou menor espessura da região a radiografar, o estado de quietude menor, exigindo um tempo de *pose* tambem menor e do lado dos aparelhos de raios X, concorrem fatores tambem apreciaveis — o tipo da ampôla, o sistema de suprimento da alta tensão (auto-retificação, retificação de onda completa por meio de válvulas, retificação mecanica), intensidade da corrente e tempo de exposição.

Para a uretrografia é preciso que o tubo de Roetgen esteja centralizado de modo que o raio principal (raio unico imaginário que partisse do centro do anti-catodo) venha incidir sobre o pubis e fique perpendicular ao chassis.

Considerando a distancia a que se acha do tubo o plano de projeção, a deformação da imagem dos pontos anatômicos periféricos ao pubis é mínima e despresivel. E' impossivel evitar uma pequena deformação das imagens que não estejam no prolongamento do raio principal, uma vez que utilizamos um feixe cônico divergente de raios.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Em doentes portadores de afeções da uretra ou de seus anexos, é necessario fazer como prova preliminar a uretrografia. Fazendo-a preceder aos demais exames terá o urologista a certeza de agir corretamente, não se expondo a exames intempestivos, de resultados muitas vezes prejudiciais. E' preciso, porém, ressalvar as contra-indicações, afim de não tornar perigosa prova, um método útil e eficaz.

Póde ela ser aplicada nos seguintes casos:

a) Nas anomalias da uretra

b) Nos diverticulos congênitos ou adquiridos

c) Nas rupturas da uretra

d) Nos estreitamentos uretrais

e) Nos falsos caminhos

f) Nas fístulas uretrais

g) Nas perturbações funcionais da micção e molestia do cólo

h) Nos corpos estranhos

i) Nas afecções dos anexos da uretra: próstata, vesículas seminais, glandula de Cowper

j) Como meio de controle nas operações da uretra.

---

a) ANOMALIAS DA URETRA

Muitas das malformações da uretra anterior que interessam particularmente a uretra balanica e peniana, são facilmente estudadas quando reveladas ao exame clínico, mas as que se encontram profundamente situadas, e em especial as da uretra posterior, não poderão ser diagnosticadas sem se recorrer á uretrografia, pois que, bem se compreende, o cateterismo ou a endoscopia não poderão trazer senão ensinamentos muito falhos.

Os cateterismos sempre dificeis nessas malformações, não permitem verificar o seu modo de terminação, se em fundo de saco, se em comunicação com a bexiga.

As dificuldades de diagnóstico e de indicação terapeutica eficiente, são sempre aumentadas quando se trata de malformações localizadas para trás do bulbo.

Uretras complementares, verdadeiros canais acessorios, não têm localizações preferenciais, podendo ser encontrados em qualquer parte do conduto desde o meato ao orificio interno, de sorte a serem de cateterismos dificeis quando não impossiveis.

Sendo todo o comprimento da uretra normal capaz de se acompanhar de uretras acessórias, é necessario conhecer as suas diversas modalidades, de modo a que o cirurgião ao descobri-las possa removê-las radicalmente.

Quer se trate de uretras duplas normais, quer de condutos cégos justa-uretrais ou dorsais, ou bifurcados, é impossivel sem o auxilio da uretrografia descobri-los e estuda-los convenientemente.

Até bem pouco tempo a maioria destas afeções constituiam achados de autopsias e quando diagnosticadas no vivo eram de tratamento dificil e ás vezes improficuo.

A uretroscopia veio elucidar algumas dessas malformações, porém só quanto á sua comunicação com a luz da uretra e portanto insuficientemente para um esclarecimento perfeito.

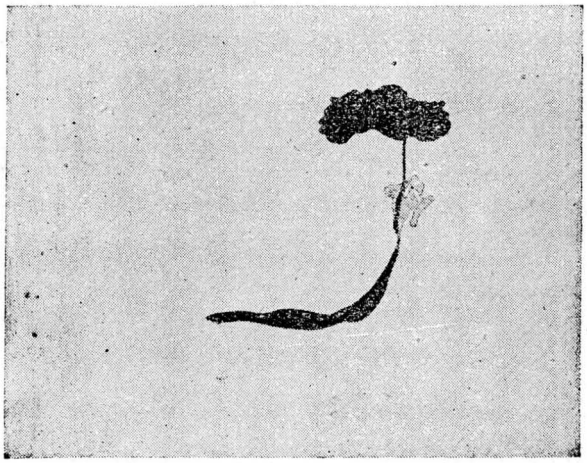
No entanto a uretrografia trouxe uma contribuição muito mais eficaz, já localizando-as, já mostrando sua fórma, direção, extensão e terminação, e é por ela que se póde perfeitamente distinguir as malformações secundarias diverticulares, dos divertículos canaliculados da uretra, dos condutos accessorios perfeitamente constituidos.

---

b) DIVERTÍCULOS

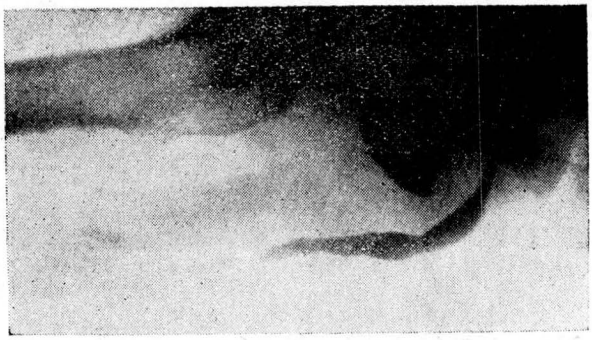
Nas formações diverticulares da uretra e especialmente nas da uretra prostática, tem a uretrografia papel saliente, sendo de absoluta necessidade não só para o diagnóstico como tambem para orientar o urologista na indicação terapeutica.

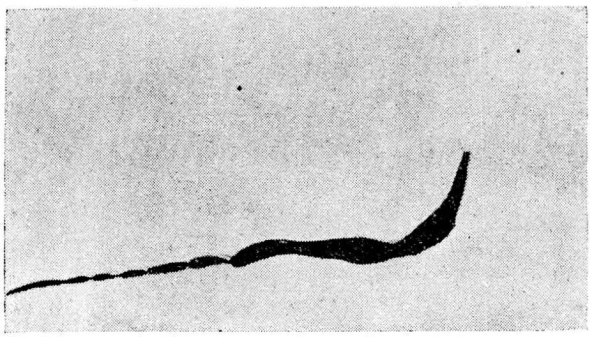
A uretrografia trouxe para o diagnóstico uma tal segurança, que não executa-la constitúe grande fa-



Uretrografia n.º 6

lha. Graças a imagens tomadas em diferentes posições é possivel obter a representação perfeita com profundidade, tamanho, direção, multiplicidade, en-



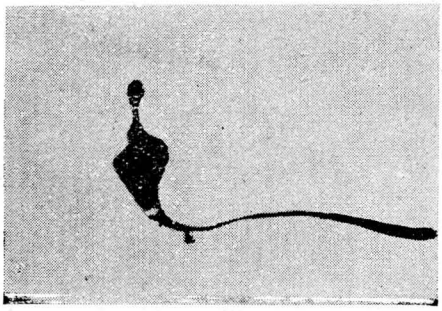


Detalhe n.º 6

OBS. 2551 M — F. S. M., de 68 anos de idade, branco, alagoano.

URETROGRAFIA N.º 6 — Uretra anterior estreitada, apresentando múltiplos obstáculos, de modo que a sua configuração é semelhante a um rosario, onde zonas estreitadas se intercalam com outras dilatadas. Uretra perineal de conformação irregular apresentando um estreitamento nas proximidades do bulbo. Fundo de saco bulbar bem conformado. Uretra membranosa e prostática em linha. Infiltração de líquido na região prostática, denunciadora de lesões de prostatite crônica.

Estenose da uretra. Cavidades diverticulares da próstata.



Uretrografia n.º 7

OBS. 2388 M — J. F. S., de 45 anos de idade, pernambucano, agricultor.

URETROGRAFIA N.º 7 — Uretra anterior apresentando-se afilada para a parte escrotal. Desaparecimento da imagem na região perineal. Uretra membranosa muito irregular, apresentando divertículo que se termina em uma vasta didilatação da região prostática.

fim uma configuração exata das formações diverticulares.

E' tão importante para o diagnóstico dos divertículos, principalmente dos da próstata, que a sua não aplicação, como meio propedeutico, dá logar a falhas, e falsas interpretações, para certos casos obscuros.

E' por ela que se tem ultimamente conseguido explicação plausivel para certas afeções que se passam na esfera genital, sem nenhuma causa aparente.

Heitz-Boyer em sucessivas comunicações tem mostrado o interesse sempre crescente da uretrografia no descobrir e localizar divertículos que são fócos de infeções recidivantes para um sem numero de afeções do aparelho uro-genital.

Uma interessante observação é por êle apresentada na Sociedade Francesa de Urologia, de um doente portador de orquites de repetição das chamadas "sem causa" cuja explicação estava num divertículo prostático.

Estes divertículos, segundo seu opinar, constituem um capítulo novo da urologia, a estudar, e que poderá esclarecer muitos dos casos até aqui misteriosos.

Nas blenorragias interminaveis, vem a uretrografia com o seu contingente valioso, mostrar que em divertículos prostáticos se encontra a causa principal da persistencia do mal.

Até bem pouco, nenhuma explicação plausivel era dada para determinar a origem dessas uretrites crônicas sem fim. Se as que assentando na uretra anterior tinham sua explicação em pequenas cavidades diverticulares da uretra facilmente vistas e removiveis pela endoscopia, as que eram alimentadas por divertículos da próstata ficavam sempre sem explicação, pela dificuldade de localização.

A uretrografia veio dar, como nenhum outro meio, esclarecimentos tão perfeitos, e fornecer dados tão convincentes e imprescindiveis para o urologista, que, depois do aparecimento deste método de exploração, todos estão de acôrdo em afirmar que se sen-

tem mais seguros na extensão das suas indicações terapeuticas.

---

c) RUPTURAS DA URETRA

Nas rupturas da uretra anterior ou posterior, completas ou incompletas, o diagnóstico se impõe desde logo, pelos dados clinicos: uretroragia, hematomas perineais, urinas sanguinolentas, etc., segundo a localização e gravidade do caso. A uretrografia, entretanto, é prova indispensavel para o conhecimento da extensão da lesão, da participação de elementos da mucosa uretral ou periuretral. Ha, entretanto, contra-indicações a respeitar para o seu emprêgo e não é sem razão que se deve temê-la, empregando substancias que, lançadas na circulação, possam trazer perigo para o doente.

E' aconselhavel fazer a prova uretrográfica 10 a 15 dias após a ruptura, mas é possivel realiza-la logo após ao acidente, se não se fizer uso das substancias oleosas, irritantes ou tóxicas.

Compreende-se que uma solução de continuidade da mucosa uretral, pondo em comunicação direta vasos com substancias injetadas sobre pressão possa ser causa de absorção massiça. Se as substancias são inócuas, tais como uroselectan, perabrodil, etc., nenhum perigo sobrevirá, porém, se não o forem, certamente correrá perigo a sua penetração.

Poucos ensinamentos uteis são obtidos com uretrografia logo após as rupturas da uretra, porém, em dias afastados, ela mostrará como se processa a cicatrização e assim orientará o tratamento de modo a evitar ou atenuar estenoses futuras.

d) ESTREITAMENTOS

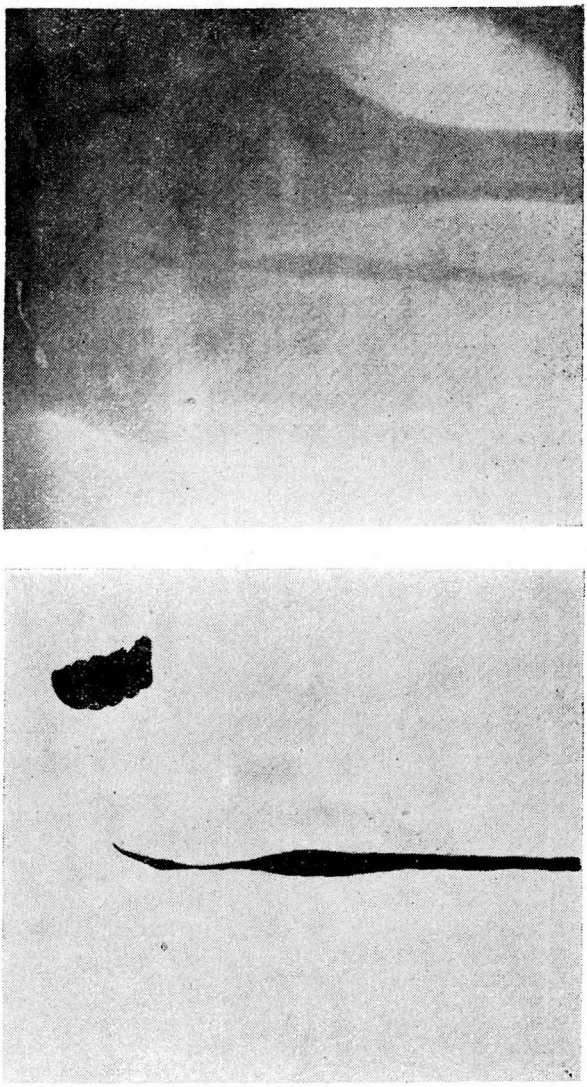
O conhecimento exato do canal uretral é de grande importancia não só para o estudo da patologia dos estreitamentos e consequentes perturbações, como tambem para a indicação do tratamento que convenha a cada caso.

E' necessario ter uma idéa exata da configuração normal da uretra, para que seja possivel diferenciar as perturbações que se desenrolam no canal e adjacencias, de modo a poder interpreta-las á luz dos raios X.

Sob o nome genérico de estreitamentos estão compreendidas neste estudo afecções múltiplas que trazem dificuldades para a emissão da urina. E' preciso não só conhecer os verdadeiros estreitamentos, organicos e cicatriciais, e os falsos estreitamentos por inflamação aguda ou espasmos uretrais, como tambem as obstruções do canal, produzidas por corpos estranhos ou tumôres. E' ainda necessario acrescer a este grupo a falta de permeabilidade do canal ou redução aparente de seu calibre, por tumôres desenvolvidos nas suas proprias parêdes ou dela afastados.

Os estreitamentos do canal da uretra, congênitos ou adquiridos trazem redução mais ou menos consideravel e permanente, do calibre fisiologico d'uma ou de varias porções do conduto, acarretando perturbações para o dinamismo funcional da micção.

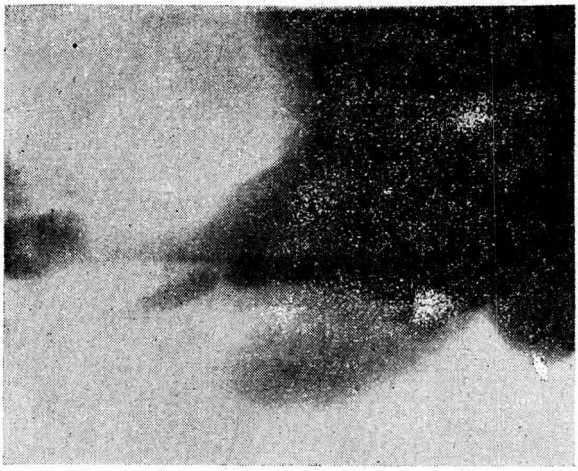
A uretrografia no estreitamento é de um interesse prático de primeira ordem, quer como meio de diagnóstico, quer como guia no ato operatório. Os meios de diagnóstico comuns fornecem muitos elementos para o conhecimento do estado da uretra, porém, não nos dão, ensinamentos da ordem dos conseguidos com a uretrografia. A sonda exploradora dá indicações sobre a situação dos estreitamentos, o seu numero e calibre aproximados, não fornece, porém, indicações precisas, assim como nada informa sobre o estado da uretra para trás do ponto estenosado, conhecimento de grande importancia para julgar o estado das perturbações ou alterações desta parte da árvore urinária.

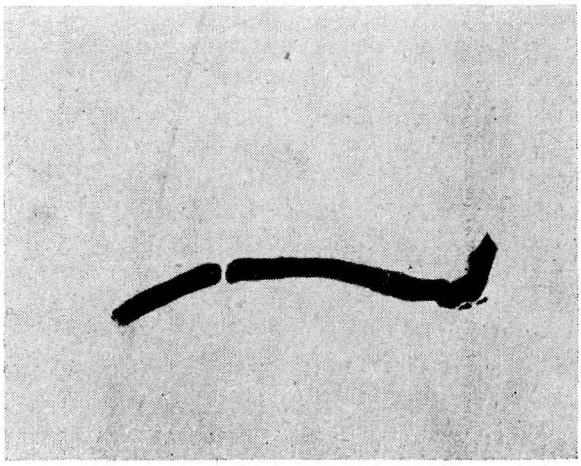


Uretrografia n.º 8

OBS. 2485 M — J. C. E. S., 28 anos de idade, pardo, pernambucano.

URETROGRAFIA N.º 8 — Uretra normalmente constituida em quasi toda a extensão. Região bulbar afilada apresentando forte estreitamento alguns centímetros antes do bulbo.



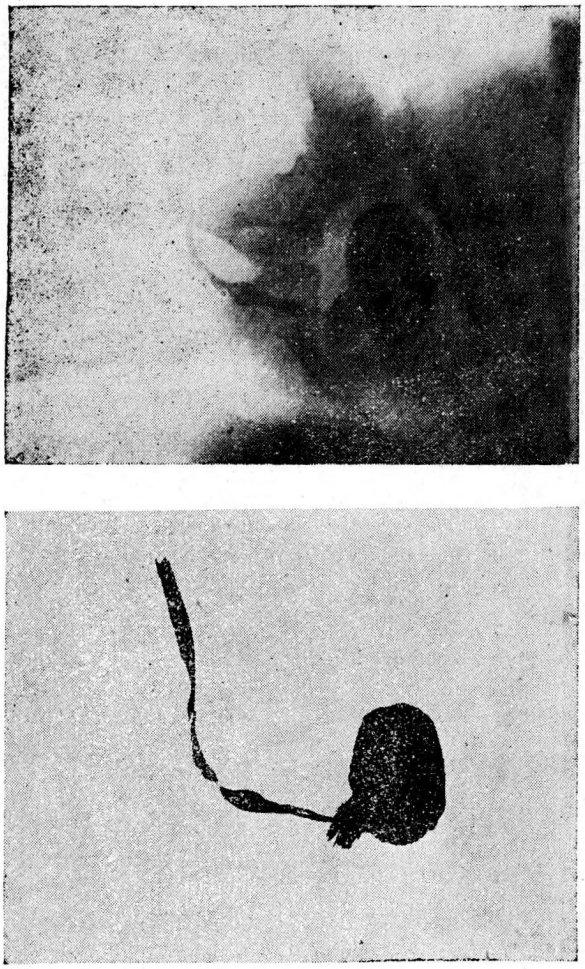


Uretrografia n.º 9

OBS. 2510 M — J. M. L., de 32 anos de idade, pernambucano.

URETROGRAFIA N.º 9 (iodurêto de sodio) — Nota-se a alguns centímetros do meato uma zona de interrupção do contraste (anular). Na região bulbar ha tambem perto do fundo de saco do bulbo uma constrição bem nítida. O calibre da uretra antes e depois da estenose é o mesmo.

Estenose da uretra.



Uretrografia n.º 10

OBS. 2552 M — C. F., pernambucano, de 55 anos de idade.

URETROGRAFIA N.º 10 — Uretra peniana normal, uretra perineal apresentando uma extensa zona de estenose, com um falso caminho. Uretra bulbar de diametro abaixo do normal. Uretras membranosa e prostática dilatadas. Cólo da bexiga deformado.

Estenose da uretra.

De todos são sabidas as perturbações mecanicas e fisiologicas que se processam na bexiga, ureteres e bacinetes, com repercussão na função secretòra do rim, por estreitamentos infranqueaveis da uretra. A exploração instrumental não nos dá senão conhecimentos muito aproximados, sendo por vezes perigosa, produzindo hemorragias, despertando infeções ou creando falsos caminhos. Na uretra posterior os seus ensinamentos são muito precários.

A exploração instrumental do canal da uretra, apresenta mais inconvenientes e perigos que vantagens. O menor obstáculo, o menor desvio do canal uretral é suficiente para fazer parar a sonda e desvia-la. A situação mais ou menos excentrica do orificio aumenta as dificuldades.

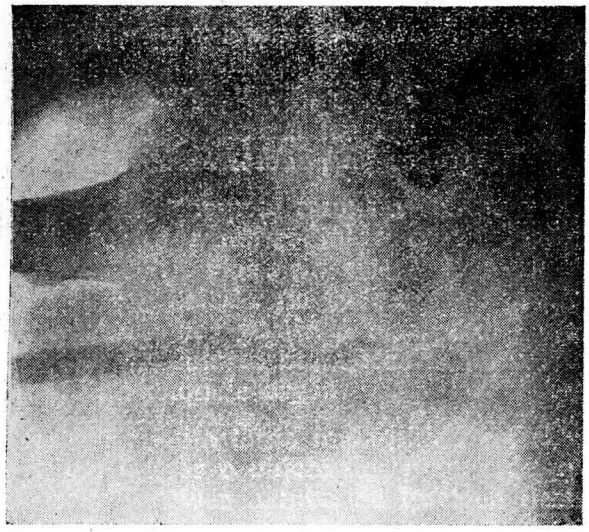
As velas filiformes, em fortes estreitamentos dobram-se e se enrolam antes do obstáculo; e nas estenoses muito pronunciadas a dificuldade da exploração aumentará e por nenhum meio, apesar de toda a paciencia de que seja possuido o operador, se conseguirá transpôr o obstáculo.

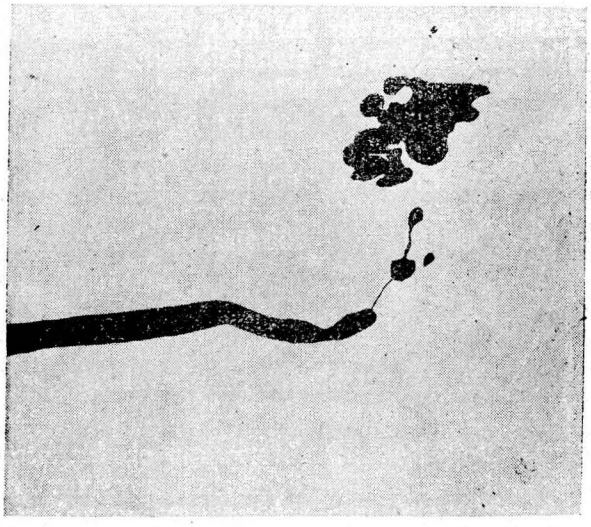
Mesmo que a penetração dos exploradores se faça com facilidade, novas dificuldades podem se apresentar e perigos podem surgir. O traumatismo da mucosa uretral póde acarretar edema de suas parêdes, de sorte a trazer retenção de urina ou desencadear infeções latentes.

As retenções de urina após as manobras uretrais são de observação corrente.

Os dados fornecidos pelos exploradores são muito imprecisos quanto á fórma e séde; quanto á extensão os seus ensinamentos são muito vagos. Demais as contrações musculares, o desvio do canal, as dilatações irregulares situadas para trás das zonas estreitadas, as dilatações da mucosa e a existencia de varios estreitamentos, enfim a apreciação exata do estado do canal, não é possivel com os exploradores usualmente empregados.

No tratamento das afeções estenosantes da uretra age o cirurgião sempre ás cegas se não tiver recorrido á uretrografia. Por uretrotomia interna, ou externa, é

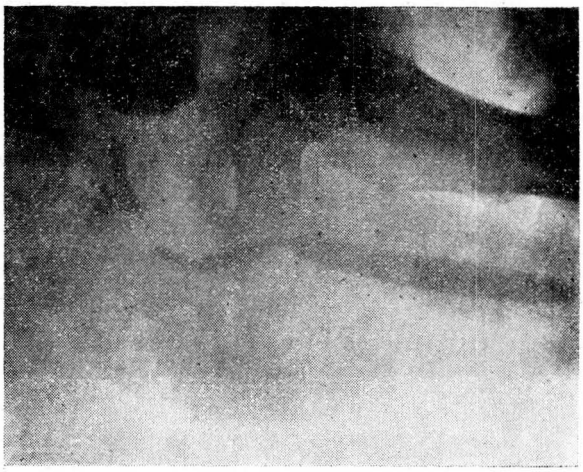


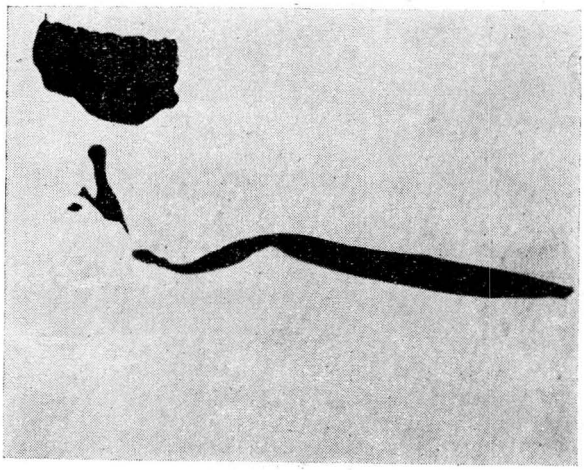


Uretrografa n.º 11

OBS. 2474 M — S. M., 23 anos de idade, branco, solteiro, operario.

URETROGRAFIA N.º 11 — Uretra anterior normal, até a região perineal. Apresenta um estreitamento na região bulbar. Vê-se uma linha de contraste correspondente á região membranosa. Na região prostática desenha-se irregularmente o veru. A sombra da bexiga se apresenta muito irregular. Bôlhas oleosas em suspensão na urina.

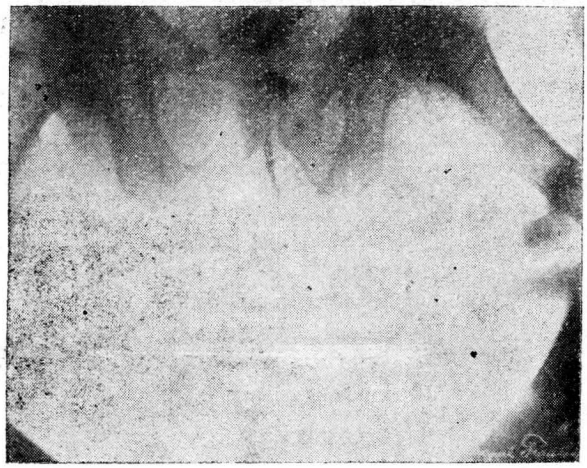


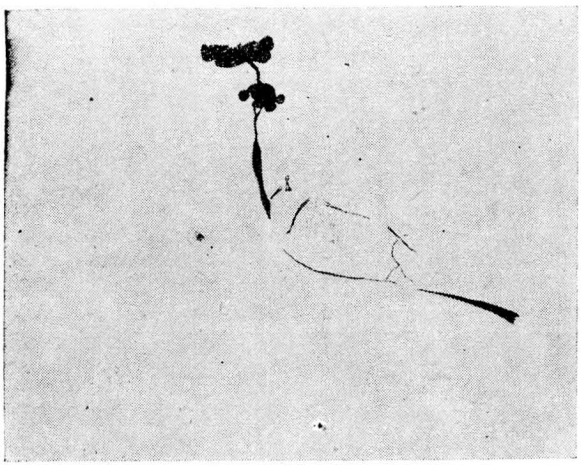


Uretrografia n.º 12

URETROGRAFIA N.º 12 — A mesma imagem da uretra anterior. Interrupção da região membranosa. Na região prostática vê-se o contraste (chapa obtida após injeção do contraste).

Estenose da uretra. Prostatite.





Uretrografia n.º 13

OBS. 1636 M — M. F., 39 anos de idade, paraibano.

URETROGRAFIA N.º 13 — Uretra estreitada em toda a sua estensão. Não ha presença de contraste na região do bulbo. Uretra posterior injetada em toda a sua extensão, sendo que a uretra membranosa está dilatada. Na região prostática infiltração de contraste, índice de formação de cavernas. Verifica-se ainda estrias nas regiões posteriores e média do penis, devido á infiltração venosa dos capilares peri-uretrais.

sempre perigoso agir sobre elas apenas com as noções anatômicas colhidas pelos exploradores usuais e sempre alteradas nestes processos. E' agir na incerteza, quasi ás cegas, sem convicção da eficacia da indicação feita.

A uretrografia nos estreitamentos é de interesse prático de primeira ordem. Localizando a séde e a extensão do processo dá ao operador a convicção de segurança na indicação de sua intervenção.

No dizer de Hortolomei, toda a vez que se supõe a existencia de estreitamento, seja pela historia do doente, seja por um exame ligeiro, antes de passar a um exame mais minucioso, sobretudo com filiformes, é necessario recomendar uretrografar. Qualquer indicação terapeutica sem uretrografia previa é intempestiva.

A uretrografia nos mostrará:

1.° O numero de estreitamentos, as dilatações inter-estriturais, e os espaços compreendidos entre si.

2.° A sua localização

3.° A sua conformação

4.° A sua extensão

5.° Os falsos caminhos existentes e sua relação com a luz da uretra, as fístulas e todas as demais afeções concomitantes que estejam dependentes dos estreitamentos.

Bazy chama atenção para as estenoses que se encontram na região bulbar e Jacoby faz notar que o ponto de transição da uretra bulbar com a membranosa é séde frequente de estreitamentos.

e) FALSOS CAMINHOS

Os cateterismos praticados sem a habilidade necessaria, conduzem quasi sempre á formação de falsos caminhos, devido a modificações anatomo-patologicas que se efetuam na uretra, e que acarretando perda das suas propriedades principais, facilitam a dilaceração ou efração de suas parêdes.

Atendendo a que os descolamentos que se produzem em uma extensão assás consideravel dos tecidos peri-uretrais trazem sempre perturbações de ordem local e geral, é necessario ver a sua extensão, orientação e profundidade, de modo a que por novos cateterismos não se venha aumentar as desordens já existentes.

Como os falsos caminhos possam se estabelecer em toda a extensão do canal, é dificil localiza-los convenientemente sem o auxilio da uretrografia, uma vez que por nenhum outro meio podemos determinar a sua extensão e origem precisa.

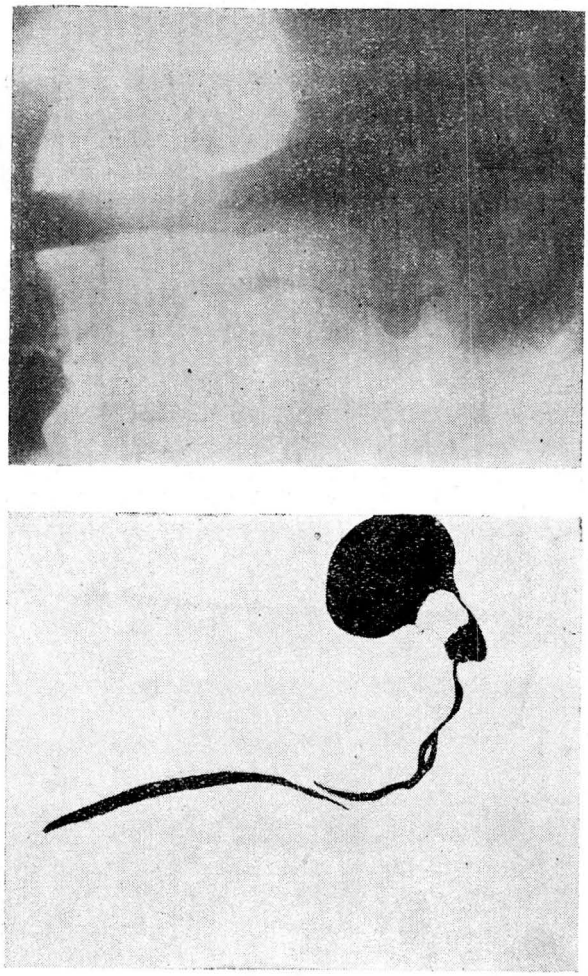
Quer se trate de pequenos canais, cegos, ou de falsos trajetos paralelos á uretra, de terminação vesical ou retal, são sempre imprecisos os ensinamentos conseguidos pelos meios clássicos de exploração, e não é senão a uretrografia que vem dar o maximo de dados necessarios para pode-los descobrir e estudar convenientemente.

No uretrograma n.º 14, em um antigo estreitado, tendo sofrido grande numero de explorações, é bem visivel, um falso trajeto localizado na uretra, cujo ponto de partida está situado nas proximidades de uma estenose.

f) FÍSTULAS

Com referencia ao interesse da uretrografia no diagnóstico e tratamento das fístulas uretrais, basta salientar que qualquer que seja a sua localização ela evidenciará a sua orientação, calibre, fórma, posição e numero.

As fistulas uretrais e peri-uretrais, qualquer que seja a sua origem, são de dificil tratamento se não se



Uretrografia n.º 14

OBS. 25446 M — F. M. S., paraibano, de 38 anos de idade. — Falso caminho.

URETROGRAFIA N.º 14 — Uretra anterior regularmente calibrada na região peniana. Afilada na região perineal, apresentando uma solução de continuidade e um falso caminho. Região bulbar deformada, (estreitada e sinuosa) Uretra prostática grandemente deformada, apresentando uma sombra (cálculo), enquanto que a bexiga apresenta um contorno mais ou menos regular.

dispõe de meios capazes de descobri-las convenientemente.

Grande numero de estreitados são complicados de fistulas disseminadas na região perineal ou escrotal. Nas fístulas uretro-cutaneas a presença do orificio na pele, o escoamento de urina, nos dizem da sua procedencia, porém, nada adiantam, quanto á sua situação na profundeza dos tecidos.

Devido á sua propria constituição, orientação e multiplicidade não se deixam cateterizar facilmente, e, quando possivel a endoscopia, vê-se simplesmente a sua comunicação com a luz uretral, o que não basta para diagnóstico seguro de séde e extensão.

Estas explorações ficam quasi sempre sem resultado em razão do endurecimento dos tecidos circunvizinhos e da grande irregularidade dos trajetos fistulosos.

Quanto ao tratamento a segurança não poderá ser obtida se não se dispõe da uretrografia, uma vez que os métodos correntes são insuficientes para dar ao operador dados tão perfeitos.

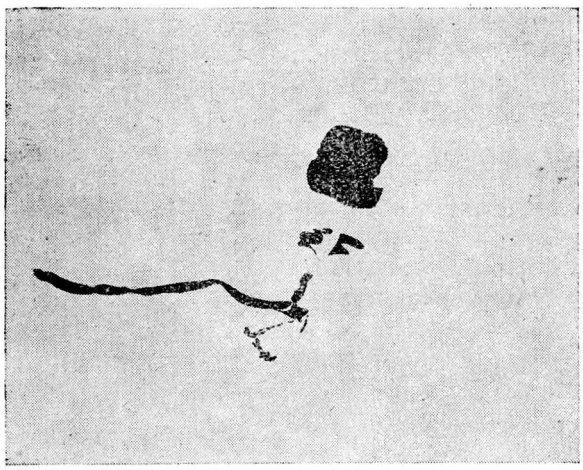
Legueu afirma que a uretrografia é o unico método capaz de dar esclarecimentos precisos na exploração das fístulas peri-uretrais e o unico que esclarece devidamente a conduta do cirurgião.

g) AFECÇÕES DO CÓLO

A "molestia do cólo" tem sido estudada nos ultimos anos, com grande interesse e a uretrografia veio trazer um contingente valioso para seu diagnóstico e dar ao seu estudo maior numero de elementos para sua interpretação.

O estudo do cólo vesical normal ao uretrograma é de grande interesse prático para o interpretar de suas funções já conhecidas teoricamente e que hoje tem a sua documentação experimental.

O ato miccional não depende sómente do detrussor, mas o esfinter interno participa ativamente, em sinergia, e atualmente admite-se que a sua constrição e relaxamento dependem exclusivamente do proprio



Uretrografia n.º 15

OBS. 2307 M — J. J. DOS SANTOS, 40 anos de idade, pernambucano.

URETROGRAFIA N.º 15 — Uretra anterior apresentando-se de calibre irregular, com duas zonas mais estreitadas. Na região perineal, desenham-se imagens de fístulas que se dirigem para o períneo. Uretra bulbar deformada. Na região prostática, infiltração de contraste.

ESTENOSE DA URETRA — Fístulas perineais; prostatite crônica.

músculo uretral, que é influenciado por ação nervosa conjunta, entre bexiga e cólo.

Na patologia do cólo vesical a uretrografia veio trazer maiores esclarecimentos, no demonstrar de determinadas alterações até então desconhecidas.

As perturbações motôras do cólo são causadas por fatores varios que alteram temporaria ou definitivamente a ação do aparelho esfinteriano.

Excluidas as causas de origem nervosa, as organicas são representadas por lesões que modificam profundamente a estrutura e fórma do cólo vesical.

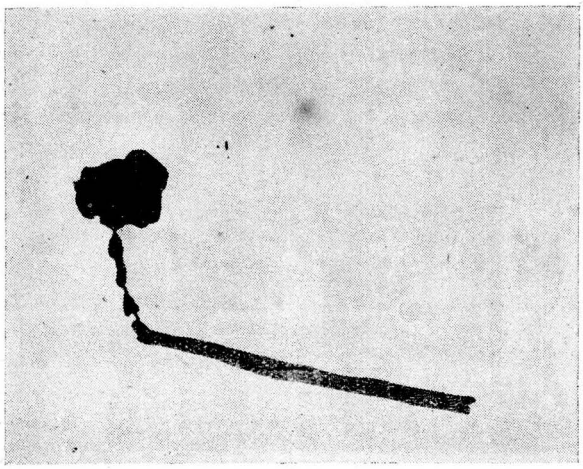
A uretrografia miccional, veio elucidar um sem numero de malformações que se originando no cólo são desenhadas no uretrograma de modo a serem perfeitamente diagnosticadas.

No diagnóstico diferencial a uretrografia é elemento de grande valor, já demonstrando afeções proprias, já alterações outras de vizinhança que venham perturbar o funcionamento desta secção do trajeto uretral. Tais são, por exemplo, as modificações funcionais que se observam nas estenoses da uretra anterior e as retenções nos prostáticos, que segundo Legueu não estão em proporção com o volume do adenoma. E muitos são os casos de pequenos adenomas que trazem grandes perturbações. Incapazes, pelo volume, de explicar as retenções, deixam concluir que dependem mais das alterações dos elementos do colo do que da propria hipertrofia.

Na atresia, estenoses valvulares, hipertrofia do veru-montanum, tumôres do cólo, cistite, calculose, polipos, etc., é a uretrografia suficiente para demonstra-los.

Para o diagnóstico das molestias funcionais do cólo é preferivel usar a cisto-uretrografia, por permitir melhor localizar e individualizar a sua resistencia a contração e enfim ver como se comporta este segmento uretral, de modo a determinar o seu grau de dilatabilidade.

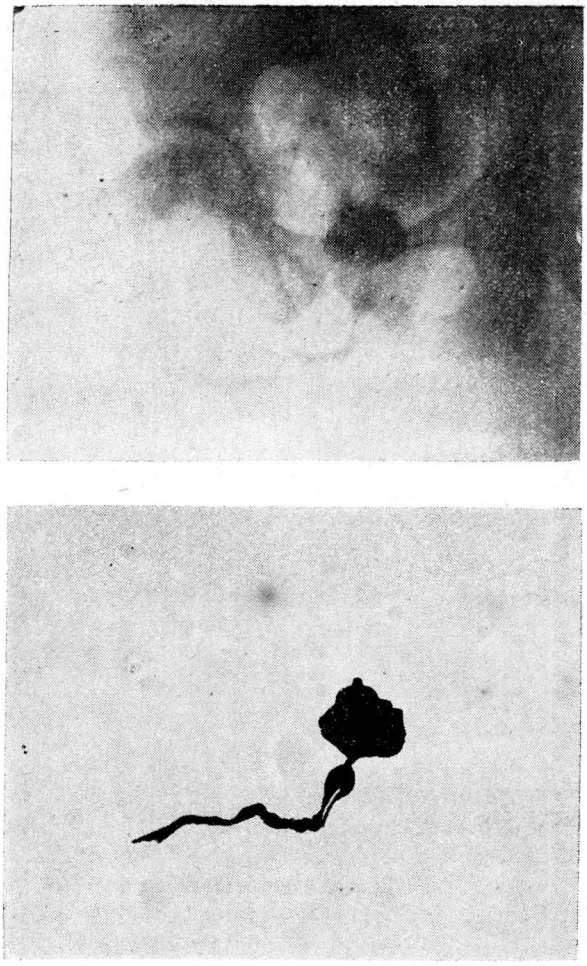
A uretrografia esclarece a intensidade da perturbação funcional capaz de alterar a capacidade de tonicidade do esfinter.



Uretrografia n.º 16

OBS. 2550 M — A. S. A., 32 anos de idade.

URETROGRAFIA N.º 16 — Uretra anterior regularmente calibrada até a região bulbar, não apresentando dilatação correspondente ao bulbo. Esfinter externo dilatado, uretra membranosa em fórma de pêra; uretra prostática normal. Bexiga irregularmente desenhada (via ascendente).



Uretrografia n.º 17

URETROGRAFIA N.º 17 (Via descendente) — Bexiga em contração, orifício interno medianamente dilatado, uretra prostática dilatada. Sombra da uretra membranosa bem desenhada. Uretra anterior de fórma irregular.

Estenose da uretra. Molestia do cólo.

Na nossa uretrografia n.º 17 está patente a existencia de alteração do cólo. Vê-se que tende a tomar a fórma cònica que o caracteriza, porém a uretra posterior está em comunicação com a bexiga, por uma zona mais estreitada, dando ao segmento vesico-uretral uma fórma especial diferente da fórma característica normal.

E, por fim, nas perturbações funcionais da micção, está a uretrografia indicada para desvendar a sua origem quando presente qualquer lesão local. A exploração uretrográfica, nos conduz sempre a um diagnóstico exato, permitindo assim instituir terapeutica adequada a cada caso.

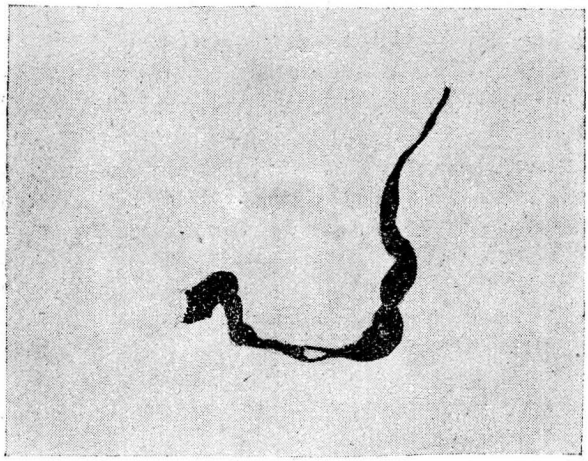
---

h) NO DIAGNÓSTICO DOS CORPOS ESTRANHOS

Os corpos estranhos da uretra na sua grande maioria prescindem da uretrografia para o diagnóstico, porém o seu uso deve ser incentivado, para poder se determinar o estado da árvore urinária e especialmente da porção de uretra que se encontra para trás do obstáculo. E' preciso ver o estado da dilatação, o seu diametro e a sua conformação,porque muitas vezes não basta remover o obstáculo, é necessario tratar as perturbações decorrentes da sua permanencia prolongada.

Os corpos estranhos quando localizados nas adjacencias do canal, necessitam da uretrografia para poderem ser reconhecidos convenientemente, se estão incluidos em cavidades diverticulares, ou se estão encravados nas suas parêdes.

Os pequenos cálculos prostáticos, vistos pela radiografia simples e controlados pela uretrografia, mostram se estão em cavidades ou se se encontram encravados nos tecidos peri-prostáticos.



Uretrografia n.º 18

N. N., de 7 anos de idade. Veio ao Serviço por sentir dificuldade nas micções .

URETROGRAFIA N.º 18 — Uretra anterior aumentada de calibre.

Nos cálculos da uretra de fraca densidade, que não podem ser descobertos pela radiografia simples, tem a uretrografia vantagens porque sombreando-os diversamente, permite que impressionem desigualmente o *cliché;* a leitura dum uretrograma os evidencia fatalmente.

---

i) NO DIAGNÓSTICO DAS MOLESTIAS DA PROSTATA

O estudo das afeções prostáticas e o das cavidades diverticulares da próstata póde ser melhor aprofundado se se dispuzer da uretrografia. Esta permite assim orientar o clínico para diagnóstico mais seguro.

Para Chevassu a grande revelação da uretrografia está na patologia da uretra prostática. Vezes ha, diz, em que o doente se apresenta com uma afeção da uretra, de aparencia banal e no entanto é portador de afeções localizadas na próstata, tal o caso das blenorragias interminaveis sem explicação aparente. Cavernas e abcessos prostáticos mais ou menos desconhecidos e revelaveis pela uretrografia, são por vezes a sua razão de ser.

Se pela uretroscopia é possivel descobrir as vastas cavidades prostáticas em toda a sua extensão quando largamente abertas, as que estão em comunicação com a uretra por pequenos canalículos não poderão ser estudadas convenientemente e daí a necessidade do uretrograma.

Nas infeções crônicas da próstata, que alimentam uretrites interminaveis, incapazes de serem curadas pelos meios usuais de tratamento, não é possivel descobri-las devidamente sem o auxilio da uretrografia.

Evidentemente a uretroscopia não póde ser afastada, e deve andar paralela com a uretrografia, pois que presta relevantes serviços, porém as elucidações fornecidas pela uretrografia são muito mais completas que as vistas pela endoscopia. Enquanto esta localiza o ponto de comunicação dessas malformações

com a uretra, aquela mostra tambem, o tamanho, a direção, etc., enfim fatos outros indispensaveis para a elucidação requerida.

Nas hipertrofias prostáticas a uretrografia apresenta a mudança de direção da uretra posterior coexistente com o adenoma. E este é um ponto importante para o diagnóstico desta afeção nos adenomas incipientes, não só pelo afastamento da direção normal da uretra, como tambem pela distancia do verumontanum ao cólo que se modifica tanto mais quanto maior o adenoma.

Apreciando-se a conformação da uretra, a direção, a orientação do baixo fundo vesical, pode-se ter uma idéa do estado da região e o grau de recalcamento produzido, a existencia do lobo mediano, ou o desenvolvimento dos lobos laterais da próstata.

Clinicamente, fazer o diagnóstico diferencial entre uma prostatite e um cancer da próstata incipiente, não é possivel, e no entanto a radiografia o faz imediatamente.

Marion chega a diagnóstico diferencial, entre cancer e tuberculose da próstata incipientes, com a uretrografia, o que não havia até então conseguido com outros meios propedeuticos.

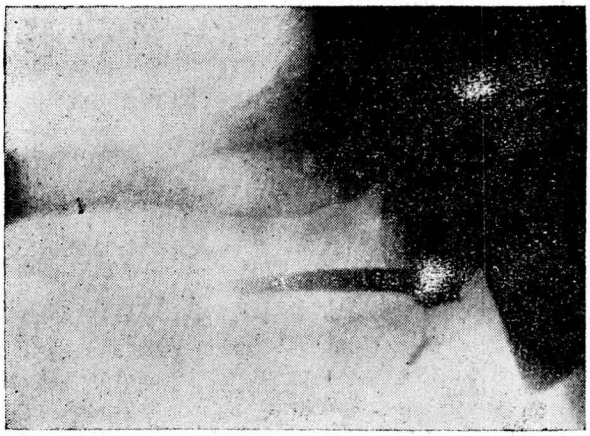
Carrier consegue diagnosticar pela uretrografia uma vasta caverna prostática em um dos seus doentes, modificando, assim, o diagnóstico de cancer clinicamente feito, para o de tuberculose.

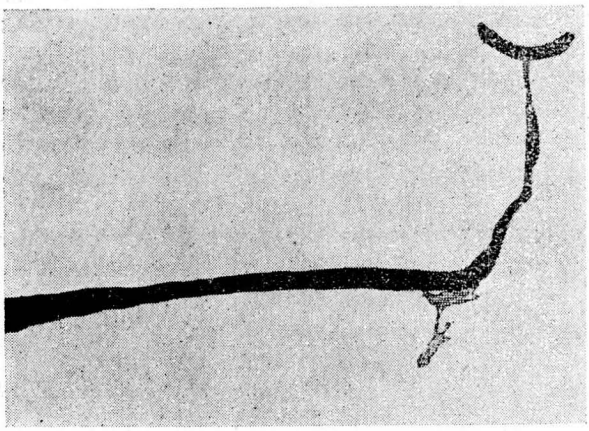
Nas inflamações das vesiculas seminais e glandulas de Cowper, é ainda a uretrografia que vem completar o diagnóstico, mostrando a extensão da lesão.

---

j) COMO MEIO DE CONTROLE NAS OPERAÇÕES DA URETRA

No controle das intervenções e tratamentos é ainda a uretrografia que nos dará informes mais precisos e decidirá do resultado alcançado. Por compa-





Uretrografia n.º 19

OBS. 2133 M — J. A. A., de 62 anos de idade, paraibano.

URETROGRAFIA N.º 19 — Uretra de calibre regular em toda a extensão. Apresenta na região bulbar uma pequena cavidade em comunicação com a uretra por um fino canalículo.

ração de *clichés* pre e post-operatórios, poder-se-ão deduzir fatos que nem a clínica, nem os demais meios de exploração poderão fornecer.

O *cliché* n.º 19 esclarece a existencia de uma pequena cavidade diverticular, em comunicação com a uretra, por um pequeno trajeto fistuloso em doente no qual fizemos uretrectomia. Isto veio mostrar-nos a necessidade de reintervir para sanar, definitivamente, um caso que pelos sinais clínicos julgavamos curado.

Os sucessos operatórios são mais brilhantes se dipuzermos da uretrografia.

E para finalizar é preciso ressalvar as falsas interpretações, todas elas, aliás, dependentes do operador. A fraca pressão do líquido, dando imagem defeituosa, bôlhas de ar introduzidas com o contraste, que podem ser confundidas com corpos estranhos ou deformações da luz uretral, e finalmente a falta de distensão necessaria do penis ou desvio do seu eixo, que acarretando mudança de orientação da uretra poderá trazer interpretações defeituosas e prejudiciais.

Não empregamos anestesia em nenhum dos nossos casos, no que estamos de acôrdo com todos aqueles que têm usado a uretrografia. A anestesia da mucosa uretral, póde falsear o resultado da prova.

No decorrer dessa exposição evidencia-se que as contra-indicações da uretrografia são muito restritas. E' preciso ressalvar apenas os processos agudos da uretra, as hemorragias, ou quando se tenham feito manobras de cateterismos. O perigo em qualquer dos casos está na facilidade de absorção ou de penetração das substancias de contraste, pela existencia de soluções de continuidade desconhecidas.

INDICAÇÕES BIBLIOGRAFICAS

BECLERE ET HENRY — Quelques radiographies de rétrécissements de l'Uretre. — Journal d'Urologie — Tomo XIII.

BOECKEL — Uretrographie d'un rétrécissement traumatique de l'uretre, traité par uretrotomie interne et des béniques tranchants. — La Presse Medicale n.º 26.

BARROS (JARBAS DE) — Acidente consecutivo a refluxo uretro-venoso no decurso d'uma uretrografia. — Revista Urologica de São Paulo. — 1933|34.

CARRIER — Quelques cas d'uretrographie. — Journal d'Urologie. — Tomo XXXII.

CONSTANTINESCU — Uretrografia. — Revista Stiintelor Medicale. — Ano XXI. — 1933.

CHEVASSU — L'image radiographique de l'urétre pathologique en particulier de l'urétre pathologique. — Journal d'Urologie. — Tomo XXX.

— *Radiographies d'uretres prostatiques* — Journal d'Urologie. Tomo XXX.

DOBRZA NIECKI — L'endotheliome de la verge et l'application de l'Uretrographie. — Journal d'Urologie. — Tomo XXIX.

FASSIANI — Indagine radiologica dell'uretra maschile. — Il Policlinico. — 1924.

GAYET, PHELIP, VERRIÉRE — Radiographies de l'Urétre apres la prostatectomie. — Presse Medicale. — 1931.

HORTOLOEI-KATZ GALATZI — Contribuition a l'etude de l'uretrographie. — Journal d'Urologie. — Tomo XXVI.

— *Contribuitiuni la studiul roentgennologic al strictu-rilo uretrale.* — Revista Stiintelor medicale. — Ano XXII. — Bucarest.

HEITZ BOYER — L'uretrographie dans la polipose urétrale. — Journal d'Urologie. — Tomo XXXVI. 1934.
— *L'Uretrographies de diverticules dans le cancer et la lithiase prostatique.* — Journal d'Urologie n.º 4. Tomo XXXVII.
— *Formations diverticulaires prostatiques et orchites a repetion (dites sans cause) intérét de l'uretrographie en pareil cas.* — Journal d'Urologie. Tomo XXXVII.
— *Nouvelle serie d'uretrographies.* — Journal d'Urologie. Tomo XXXII. 1931.
— *A propos de la technique da l'uretrographie.* — Journal d'Urologie. Tomo XXXII. 1931.

IAKOWLEW — Radiographie de l'urétre masculin (*Ourologhia*). — Apud Journal d'Urologie. Tomo XXXI. 1928.

JACK MOCK — R. CAMBIER — Uretrographie dans un cas de rétrécissement serré de l'uretre avec fistule perineale. — Bulletins et memoires de la Societé des Chirurgiens de Paris. Tomo XXIV. 1932.

JEAN DAMITRESCU — Cate-va cazuri de uretrografiï.— Revista Stiintelor Medicale. — Ano XXI.

KARL PETER — Handbuch der anatomie des kindes. — 1928.

LANGER — A radiografia da uretra masculina e da próstata (uretro-prostatografia). — Anais de Merck. — 1928.

LAURENT ET CONRAD — Etude radiographique de l'uretre masculin. — Le Scalpel. 1934.

LUIGI MIGLIARDI — Tecnica ad indicazioni cliniche del la cistouretrografia. — Atti della Societá Italiana de Urologia.

MIHOLOVICI — Uretrografia la sugaci. — Revista Stiintelor Medicale. 1933.

— *L'uretrographie chez les nourrissons avec un cas de strictures congenitales.* — Journal d'Urologie. — Tomo XXVII. 1934.

MARTIN LOUQUE — La radiographie de la miction dans les afections prostate urétrales. — Journal d'Urologie. Tomo XXXVII. 1929.

PFISTER — Radiographie de l'uretre masculin Zeitsch f. Urol. — Apud Journal d'Urologie. — Tomo X.

ROMULO CAVALCANTI — Valor semiologico da Uretrografia. — Tese. 1930.

R. RINALDI — Resezione cuneiforme del collo vesicale stenosante ed uretrocistografia. — Atti della Societá Italiana de Urologia. 1932.

SOLLEROS—GRIMBERG — Consideraciones sobre la uretrografia en las afecciones de la uretra anterior e posterior. — La Semana Medica. 1933.

SICARD—FORESTIER — Diagnostic et therapeutique par le lipiodol.

HOSPITAL DO CENTENARIO
CLINICA GINECOLOGICA
Serviço do Prof. Barros Lima

Ruptura traumatica de cisto do ovario

ED. WANDERLEY FILHO
Assistente

INTRODUÇÃO

Numa região ainda agreste dos Estados-Unidos, a ousadia de um cirurgião, que encontrou uma corajosa paciente, fez transformar-se o destino ingrato de uma infinidade de doentes. E abriu um caminho largo de pesquisas. Kentucky — pleno primitivismo onde a vida se fazia á custa de uma luta severa e selvagem. EPHRAIM McDOWELL — "surgeon of the wilderness" — e JANE TODD CRAWFORD, os protagonistas de um drama fertil de ricas consequencias nesse cenario inculto. E em 1809 foi feita a primeira ovariotomia do mundo. A historia clinica desta intervenção, escrita com a maior simplicidade, divulgada, combatida, ridicularizada — deu animo a inumeros continuadores. O próprio McDOWELL realizou-a trese vezes, com quatro mortes. E é preciso notar que não havia anestesia, nem assepsia, nem ambiente cirurgico. O pediculo do cisto era ligado alto e levado á extremidade inferior da incisão. Mais tarde NATHAN e ALBAN SMITH, J. L. e W. L. ATLEE firmam definitivamente a operação nos E. Unidos. CLAY, LIZARS,

WALSH e finalmente SPENCER WELLS com mil intervenções — na Inglaterra, CHRYSMANN, e STILING, na Alemanha, NE'LATON, KOEBERLE' e PE'AN, na França.

E surge LORD LISTER. A cirurgia agora armada da assepsia e antissepsia, e contando com a anestesia se desenvolve rapidamente. A ovariotomia de McDOWELL juntamente com a cura de fistula vesicovaginal de MARION SIMS (1894) individualizaram a Ginecologia como especialidade, segundo KELLY (14). E GARDNER (10) também escreve neste sentido: "...estes tumores (ovarianos) esculpiram para si um nicho preciso na historia... e... foram a porta de entrada pela qual EPHRAIM McDOWELL introduziu a medicina no reino inexplorado da vitoriosa cirurgia abdominal".

E tanto se operou, e tanto se espalhou a cura dos cistos ovarianos que os grandes tumores — tão grandes que alguns autores chamam-no "tumor ovariano mamute" — já se vão tornando curiosidades de casuistica. Transcrevo de STERNBERG (29) alguns casos raros e gigantescos: tumores de 160 libras, com 80 litros; 103 kilos; 245 libras. E no livro de KELLY, GARDNER e TRAUT (9) mostram numa negra um tumor tão grande que atingia os joelhos, forçando a paciente a viver sentada para poder respirar.

Quem procura nas revistas atuais da especialidade pouco encontra sobre cisto ovariano. Nos tratados há as grandes controversias de miúdos problemas referentes á histogenese ainda incerta e ás raras complicações. Mas o relativo silencio dos modernos neste assunto é compensado pelo barulho de todos os dias em outros terrenos. A ginecologia se orienta para um novo campo de pesquisas. NOVAK (24) assim se expressa: a ginecologia se interessa pela "mulher em todos os seus aspectos biologicos variados, mais do que meramente uma creatura que possue organs pelvicos de determinada fórma, tamanho e posição. Já não é um simples exagero literário dizer que um conhecimento ativo da endocrinologia seja indispensavel a quem quiser praticar sua especialidade inteligentemente".

Esta orientação não exclue — logo se vê — o interesse de eventualidades clinicas que, não sendo raras e caprichosas no seu aparecimento e solução, tenham um interesse instrutivo todo especial.

CASO CLINICO

Registo clinico: 1001

J. C. S. — 49 anos, parda, casada, pernambucana, domestica. — admissão: 26 de novembro de 1934.

Em seus antecedentes nada informa digno de nota. Sua historia menstrual sempre foi regular até junho deste ano. Queixa-se então de regras em pouca quantidade, acompanhadas de ligeiras dôres no hipogastrio. Quatorze partos a termo e dois abôrtos. Gestações e puerpérios normais. Ultimo parto em 1930. Ultimo abôrto em 1924. Ultima menstruação: nov., 10, durante 1 dia.

Notou a nossa doente, há seis mêses passados, que o seu ventre se avolumava progressivamente, chegando a grandes proporções. Impressionada — faz um mês — procurou, no interior onde reside, um facultativo á busca de melhoria para o seu estado. Sofreu uma paracentese como tratamento paliativo de suposta ascite. Teve então um quadro de abdômen agudo: desfalecimento, vomitos, dôres intensas em todo o ventre durante tres ou quatro dias. Notou grande diminuição do tumor. Perdurando a situação alarmante, dirigiu-se para esta cidade onde procurou a CLINICA GINECOLOGICA do PROF. BARROS LIMA no HOSPITAL DO CENTENARIO, sendo internada em estado precário.

EXAME OBJETIVO: paciente notavelmente desnutrida, de péle e mucosas visiveis descoradas, de baixa estatura, e abdômen predominando sobre o torax, que é curto e largo.

EXAME DO ABDOMEN: ventre de batraquio com saliencia mediana no hipogastrio. Circulação colateral esboçada. Macissês na porção mediana, flanco e fossas iliacas. Pelo decubito lateral não se obtém sonoridade intestinal nos flancos e fossas iliacas. Sinal da onda liquida presente.

EXAME GINECOLOGICO: vulva hiante, por onde faz saliencia a parede vaginal anterior. Porção vaginal do colo desviada para trás, tocando o orificio externo a parede vaginal posterior. Corpo uterino de volume reduzido, e recalca-

do para baixo. O estado do ventre da paciente não permite um exame mais minucioso.

DIAGNOSTICO PRE'-OPERATORIO: Cisto do ovario rôto (Dr. MARTINIANO FERNANDES).

A intervenção não se teria feito esperar, não fosse a situação da paciente a exigir cuidados preparatorios (coramina, sôro fisiologico e glucosado).

Taxa de uréa: 0,292%o, em 2 de dezembro de 1934 (Dr. AUGUSTO OCTAVIANO).

INTERVENÇÃO: — dez. 3|934 —

anestesia: geral — éter.

cirurgião: prof. BARROS LIMA. — auxiliar: Dr. MARTINIANO FERNANDES.

Incisão mediana supra e infra-umbilical. Aberto o peritónio escôa-se uma substancia gelatinosa amarelo-parda que toma toda a cavidade abdominal, e é idêntica ao conteúdo do cisto do ovario, cujas paredes estão rôtas.

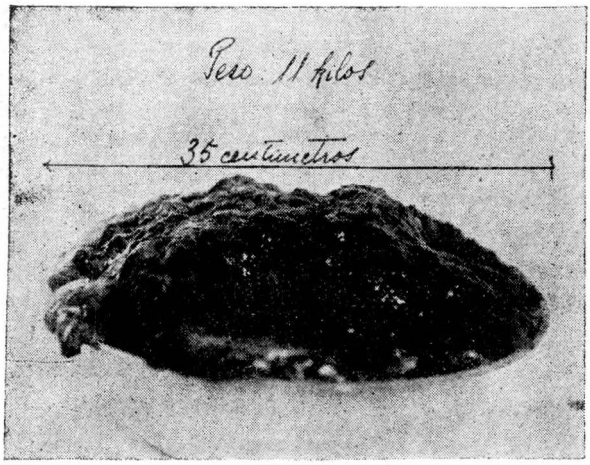
Prolonga-se a incisão e se exterioriza o cisto que é pediculado e mantém franca relação com o ligamento largo direito. Ligadura do pediculo e extirpação do tumor. Peritonização. "Toilette" da cavidade abdominal, e retirada da substancia gelatinosa. Sutura da parede em dois planos, e agrafes na pele.

Sequencias sem acidentes. Alta curada em dez. 17|934.

Diagnostico post-operatorio: cisto do ovario direito rôto.

Pesava o tumor 11 quilos (fotografia anexa). De acordo com a classificação de PFANNENSTIEL, que STOECKEL (28) e MAYER (21) aceitam, ele se enquadra nos cisto-adenomas pseudomucinosos, que representam a maioria dos tumores ovaricos. Multiloculares. Seu conteúdo é consistente, gelatinoso (pseudo-mucina), de côr variável com as adições: colesterina, sangue, transsudatos, etc.

Suas celulas segregam um fermento endo-celular-sucrase ou invertina — que desdobra a sacarose. E se assemelham ás celulas mucosas do intestino. Baseado neste parentesco fisiologico e anatomico, propõe LECENE (17) que se chame a estes cistos de "enteroides".



Cisto do ovario

* *
*

SINTOMATOLOGIA

Diagnostico dos cistos

POZZI descrevendo sintomas dos cistos, divide-os bem em dois periodos: tumor pelvico e tumor abdominal. No inicio, pequeno, escondido na pelve, de presença discreta. O toque combinado informa bem. Cresce o tumor e se pediculiza (STOECKEL).

O exame do abdômen já o revela. Onda liquida perceptivel. Macissês central, formando linha convexa superiormente. O umbigo não proemina como na ascite (GARDNER). E' a fase das compressões, dos grandes ventres, da "facies ovariana". E ás vezes das grandes confusões. Como meios auxiliares para o diagnostico (MAYER): punção exploradora — que pelos perigos oferecidos precisa ser muito cautelosa ou abandonada —, radioscopia com pneumoperitenio, insuflação tubaria e celiotemia exploradora. Para o diagnostico o centro de reconhecimento é o utero (STOECKEL): posição, fórma, consistencia, relações com o pediculo e estado dos

anexos. O diagnostico diferencial é extraordinariamente complexo, se se quizer saber "o que pode ser". Em abdômen quasi tudo "pode ser". Mais interessante, mais logico, mais racional um exame atento numa historia bem tomada, quando os elementos para o diagnostico se firmam. Há confusão possivel, provavel — como sempre — com: ascite, tumores renais, do figado, da vesicula biliar, baço, apendice, equinococosis, cistos mesentericos, repleções vesicais (MAYER).

* *
*

A ruptura dos cistos ovarianos é um acidente relativamente raro — 2 a 3%, segundo MESSA, que reproduzo do livro de LECENE-LERICHE (18).

Podem ser espontaneas, e traumaticas ou por pressão; intra — ou extraperitoniais.

As espontaneas são ás vezes dificeis de explicar: necrose da parede do cisto, inflamação, torção do pediculo, aumento exagerado do liquido intracavitario que ultrapassa o limite de elasticidade da parede (FORGUE e MASSABUAU (7). E as traumaticas um sem numero de cousas pode produzir. Espirro, tosse, vomito, coito, trabalho de parto, suspender pêsos. Durante o exame ginecologico — GARDNER, GOODALL (11), FLORENCE e GROEFF (6), CROUSSE (5), MONDOR e BOUCHARD (22). Punções mal executadas e com instrumento defeituoso. No preparo do campo operatorio antes da laparotomia.

A sua sintomatologia está na dependencia de dois fatores: hemorragia e reação que o conteúdo provoca no peritonio. Na primeira eventualidade o quadro póde ir até ao tipo hemorragia cataclismica da prenhez tubaria rôta (caso de CROUSSE). Na segunda, ou o peritonio reage creando um quadro de peritonite aguda (cistos infectados de liquido purulento, ou irritantes), ou então reabsorve e elimina por intermedio de diurése e poliuria fortissimas (GARDNER) — caso de ALBANO (1) onde houve ruptura tres vezes com esses fenomenos.

Na doente que estudo, a causa da ruptura a propria anamnése revelava. E a situação que se seguiu foi realmente grave. Contudo muitas vezes a ruptura é um achado operatorio. Sua sintomatologia se evidencia por: 1 — desaparecimento brusco do tumor, 2 — modificação da fórma do ventre, 3 — presença de coleção liquida na cavidade abdominal (POZZI, 25); som macisso nos flancos a doente em decubito lateral, nos pseudomucinosos (MAYER), como no caso em apreço que teria permitido um diagnostico pre-operatorio da variedade do cisto. Capazes de levar a frequentes confusões principalmente se houver associação de torção do pediculo, estes acidentes dos cistos dificultam ás vezes seriamente um diagnostico urgente de abdômen. Assim na doente de FROELICH (8) com dois anos de idade e um cisto de pediculo torcido. E não se diga que só em mulheres: MOREAU (23) em sua tése relata duas observações de FRUCHAUD e VIALLE onde dois irmãos, rapazes de 17 e 24 anos respectivamente, de libido normal, tendo crises abdominais agudas foram operados — diferença de dois mêses — e em ambos se encontrou um cisto de ovario (á direita no primeiro e á esquerda no segundo) de pediculo torcido. Havia rudimentos do utero. Curiosa tambem a observação de MACHADO (19) em que havia oclusão intestinal por cisto de ovario encravado na pelve, comprimindo o S iliaco.

No entanto, a anamnese (como no caso) e certas informações da doente orientam o especialista. LABADIE — LAGRAVE e LEGUEU (15) se referem a "sensações de ruptura", "crepitação ou estalo", "derramamento".

E' preciso acentuar o perigo da punção. Nos tumores do ovario não se sabe bem onde pára a benignidade e onde começa a malignidade. Do tipo comum que me refiro, não só se podem dar as implantações peritoniais de formações papilares, como se póde atingir esta tão falada "doença gelatinosa do peritonio" de PÉAN, "peritonite mixomatosa cronica", de VIRCHOW, "pseudomixoma peritonial" de WERTH. E' o quadro de uma peritonite cronica com ascite — BAISCH (2). Se fôr possivel examinar a doente, motivo desta comu-

nicação, dentro de alguns anos talvez se possa vêr — queira Deus que não — o perigo de uma inocente punção...

BIBLIOGRAFIA

1—*ALBANO, J.* — *Sobre a rapidêz de absorção do peritonio (a propsito da ruptura de um cisto do ovario).* — Resenha Clinico-Scientifica — nov.-dez., 1934 — Pag. 450.

2—*BAISCH, Karl* — *Las enfermedades del peritonio* — *in* "HALBAN-SEITZ-Biología y patología de la mujer". — Tomo XI — 1932 — Pag. 382.

3—*CARAVEN* — *Formes cliniques des torsions pédiculaires (Kyste de l'ovaire).* — Resumo in "Gynécologie et Obstetrique". — Tomo X — 1924 — Pag. 208.

4—*CORRÊA da COSTA, Clovis* — *Lições de clinica ginecologica.* — 1933 — Pag. 401.

5—*CROUSSE, René* — *Kyste du corps jaune. Rupture durant l'examen gynécologique. Hémorragie intra-péritonéale cataclys ique. Laparatomie Guérison.* — Resumo in "Gynécologie et Obstetrique". — Tomo XIII — 1926 — Pag. 78.

6—*FLORENCE, F., et GROEFF, A.* — *Ruptura de um cisto do ovario esquerdo simulando uma crise apendicular.* Resumo in "Gynécologie et Obstetrique".—Tomo XXVII — 1933 — Pag. 80.

7—*FORGUE, Émile, et MASSABUAU, Georges* — *Gynécologie.* — Vol. XXXIV — "Nouveau traité de chirurgie — LE DENTU-DELBET" — 1916 — Pag. 713.

8—*FROELICH* — *Kyste de l'ovaire tordu chez une fillette de deux ans.* — Resumo in "Gynécologie et Obstetrique" — Tomo IX — 1924 — Pag. 457.

9—*GARDNER, G. H., and TRAUT, H. T. — Tumors of the ovary.* — In "KELLY's Gynecology" — 1928 — Pag. 768.

10—*GARDNER, G. H. — Ovarian tumors.* — In "DEAN LEWIS' Practice of Surgey". — Vol. XI — Cap. 27 - 1929.

11—*GOODALL, J. M. — Tumors of the ovary.* — In "CURTIS' Obstetrics and Gynecology". — Vol. II — Cap. LXVI — Pag. 980 — 1934.

12—*HAGGARD, W. D. — Surgeon of the wilderness — Ephraim McDowell. — Surgery, Gynecology and Obstetrics.* — Vol. LVIII — 1934 — Pag. 415.

13—*HAMANT, A. — Volumineux kyste ovarique chez une fillette.* — Resumo in Gynécologie et Obstetrique" — Tomo IX — 1924 — Pag. 457.

14—*KELLY, H. A. — History of American Gynecology a brief outline.* — In "CURTIS' Obstetrics and Gynecology" — Tomo II — 1934 — Pag. 473.

15—*LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.* — Tomo II — 4.ª ed. — 1914 — Pag. 1053.

16—*LASSERRE et LAFARGUE — Kyste géant de l'ovaire chez une jeune fille.* — J de Médecine de Bordeaux, n 7 — 1934 — Pag. 202.

17—*LECÉNE, P. — Les diagnostics anatomo-cliniques de — (recueillis par ses éléves).* — Deuxiéme partie — 1932 — Pag. 195.

18—*LECÉNE, P., et LERICHE, R.* — Thérapeutique chirurgical. — Tomo III — 1926 — Pag. 615.

19—*MACHADO, L. M. — Cisto do Ovario e Oclusão intestinal aguda.* — R. de Gynecologia e d'Obstetricia — Ano 27 — Pag. 263.

20—*Mac CALLUM, W. G.* — A text-book of Pathology — 4.ª ed. — 1929 — Pag. 1027.

21—*MAYER, August — Clinica de los tumores ovaricos.* — In "HALBAN-SEITZ-Biología y patología de la mujer" — Tomos X e XI — 1932 — Pags. 471 e 42.

22—*MONDOR et BOUCHARD — Rupture intra-péritonéale d'un kyste mucoide de l'ovaire.* — Resumo in "Gynécologie et Obstetrique" — Tomo IX — 1924 — Pags. 455 e 456.

23—*MOREAU, C. — A propos de kystes de l'ovaire tordus enlevés chez les deux fréres pseudo-hermaphrodites gynandroides.* — Tese de Paris — 1929.

24—*NOVAK, Emil — Endocrine mechanisms in certain functional gynecological disorders.* — Surgery, Gynecology and Obstetrics — Vol. LX — 1935 — Pag. 330.

25—*POZZI, S.* — Traité de Gynécologie clinique et opératoires — 3.ª ed. — 1897 — Pag. 775.

26—*RENDU, A. — Volumineux kyste de l'ovaire chez une enfant de 15 ans.* — Resumo in "Gynécologie et Obstetrique" — Tomo XIII — 1926 — Pag. 231.

27—*ROUFFART — Présentation de piéces anatomiques. Kyste ovarien multilobulaire pesant 22kg.* — Gynécologie et Obstetrique — Tomo IX — 1924 — Pag. 229.

28—*STOECKEL, W.* — Tratado de Ginécologia — 2.ª ed. — 1933 — Pags. 492—511.

29—*STERNBERG, Carl — Tumores del ovario.* — In "HALBAN-SEITZ-Biología y patología de la mujer" — Tomo X — 1932 — Pag. 329.

HOSPITAL INFANTIL MANOEL ALMEIDA

CLINICA CIRURGICA E ORTOPEDICA

Serviço do Dr. Fonseca Lima

Tres casos de calculos uretrais na criança

Dr. R. Theodorico de Freitas

Assistente

A falta absoluta de tempo não nos permitiu realisar um trabalho como desejavamos e só o fato de estar inscrito com este trabalho, determinou a sua realização nas medidas do possivel e assim satisfazer aos pedidos do Snr. Presidente de não deixar de realiza-lo.

O fato em si não constitue raridade, e motivam trazer esta comunicação ao conhecimento desta douta Sociedade, os poucos casos que temos tido e as complicações que deles surgiram.

Trabalhando como assistente da Segunda Clinica Cirurgia e Ortopedica do Hospital Infantil, Serviço do Dr. Fonseca Lima, temos tido oportunidade de observar inumeros casos de calculos vesicais e muito poucos de calculos uretrais.

Anteriormente aos tres casos atuais apenas lá observamos dois casos, um em que foi feita a meatotomia com retirada de um calculo aí encravado e outro da uretra posterior que foi expelido espontaneamente no momento quasi da intervenção.

No serviço do Prof. Barros Lima tambem eles não são muito frequentes, a julgar pelos casos publicados em um trabalho feito pelo Dr. Sylvio Marques, estudando aliás exhaustivamente, a calculose urinaria e

publicado no Tomo I e Fasciculo I dos ARQUIVOS DE CIRURGIA E ORTOPEDIA, Setembro de 1933.

Passamos a descrever as observações sem mais delongas.

O primeiro dos nossos casos déra entrada na vespera de o vermos a noite, isto é, a 1—3 de 1935. Trata-se da observação numero 2800 de A. C., de côr parda, com quatro anos de idade, do sexo masculino, natural de Pernambuco e residente em Bezerros.

Dos seus antecedentes hereditarios apenas conseguimos saber que seus paes se encontram vivos e nada nos foi possivel conhecer sobre seus antecedentes pessoais.

HISTORIA DA MOLESTIA ATUAL: contou uma pessoa que o acompanhou ao Hospital que ha já algum tempo vem o pequeno sentindo perturbações das micções e ha dois dias ficou sem poder urinar, sobrevindo forte aumento de volume do escroto e do penis pelo que resolveram traze-lo a este hospital sendo internado na sala de São Vicente.

EXAME GERAL: de compleição media, de estatura regular e temperamento linfatico, de paniculo adiposo escasso, pele palida e mucosas visiveis descoradas, e com 37 gráos de temperatura axilar no momento do exame.

EXAME LOCAL: chamou-nos de inicio a atenção forte edema do escroto, que tinha a côr avermelhada, percebendo-se flutuação a esquerda e o penis tambem com pronunciado edema desviado para a direita e com o prepucio recobrindo completamente a glande, que não póde ser esteriorizada dada a exiguidade do orificio prepucial.

Na face inferior do penis e a dois centimetros da base, observamos uma ulceração de tres centimetros por um centimetro de largura; no hipogastro um tumor que atinge a um dedo transverso abaixo da cicatriz umbilical, doloroso a pressão e com sub-macissês a percussão.

A palpação da uretra percebemos logo ao nivel do meato um corpo duro e fixo determinando a sua palpação dores intensas. A urgencia com que deviamos agir fez com que

não fizessemos o exame radiografico e firmamos o seguinte diagnostico: Retenção de urina, calculo uretral, fimose congenita e infiltração urinosa.

INTERVENÇÃO: sob cloroformio intervimos logo após o nosso exame, isto é, a 2 de Março de 1935. De inicio fizemos uma incisão dorsal do prepucio podendo assim observarmos o meato que se encontrava obturado por um calculo que com facilidade foi retirado, media cerca de cinco por sete milimetros e logo após a sua retirada saíram pela uretra cerca de cem centimetros cubicos de urina. Fizemos então duas incisões laterais a direita e esquerda do escroto dando a primeira saída a cerca de dez centimetros cubicos de liquido citrino e a esquerda a cerca de cem centimetros cubicos de urina amarela. O cateterismo vesical foi então feito e com a expressão da bexiga por compressão pubiana tanto saía urina pela sonda como pela incisão a esquerda do escroto por onde chegaram a sair cerca de duzentos centimetros cubicos de urina aos borbotões e mostrava assim a existencia de uma ruptura da uretra escrotal, segundo a divisão clinica de Guyon.

As sequencias operatorias foram otimas e com alguns dias depois completamos a postectomia iniciada por uma incisão dorsal do prepucio no primeiro dia e com mais alguns dias teve alta curado, isto é, a 25-3-35.

A segunda observação não menos interessante que a primeira, foi-nos dada ver pela primeira vez no Ambulatorio no dia 12-3-935 — observação n. 2818.

Trata-se de C. S. S., de côr parda, com dois anos de idade, natural de Pernambuco, do sexo masculino, residente em Vitoria.

Dos seus antecedentes hereditarios e pessoais apenas conseguimos saber que seus pais vivem e gosam saude.

HISTORIA DA MOLESTIA ATUAL: conta quem o trouxe ao hospital que ha tres dias ficou o pequeno impossibilitado de urinar e com dores intensas no baixo ventre ao mesmo tempo que aumentava o escroto até chegar as condições atuais pelo que resolveram trazê-lo para Recife e foi então enviado a este hospital.

EXAME GERAL: de compleição media, de estatura regular e temperamento linfatico, de paniculo adiposo escasso,

pele palida e mucosas visiveis descoradas e com trinta e oito gráos de temperatura axilar no momento do exame.

EXAME LOCAL: edema acentuado do escroto, que se apresenta com a côr rosea, doloroso a pressão e com flutuação notadamente a esquerda, com o tamanho de uma laranja da Bahia, grande.

O penis edemaciado, podendo-se perceber na face inferior como que uma bolsa, onde com facilidade verificamos a existencia de flutuação e o prepucio tambem edemaciado e com orificio pequeno por onde apenas podiamos divisar o meato urinario. A palpação não conseguimos perceber ao longo da uretra nenhum corpo duro que se assemelhasse a calculo e o exame radiografico feito deu como inexistente, e infelizmente procurando a radiografia agora não nos foi possivel encontra-la.

O hipogastro saliente como que com um tumor que atingia tres dedos transversos abaixo da cicatriz umbilical, doloroso, com sub-macissês a palpação.

Diagnosticamos assim: infiltração de urina do escroto e penis, retenção de urina, fimose congenita e suspeitas de calculo uretral.

INTERVENÇÃO: realizada á 12-3-35, sob cloroformio. De inicio fizemos duas incisões laterais, a direita e esquerda, dando saída a pequena quantidade de liquido citrino e depois incisamos a coleção existente no penis, dando saída a trinta centimetros cubicos de urina e no final surgiu um calculo de pequenas dimensões, cerca de trez por quatro milimetros de largura. A expressão pubiana deu saída a urina não só pelo meato como tambem pela incisão peniana por nós feita e de onde retiramos o calculo, evidenciando a existencia de uma ruptura da uretra peniana.

A sequencia operatoria foi otima e com sete dias fizemos a postectomia sob cloroformio, tendo finalmente alta curado a 25-3-35.

A nossa terceira observação, má pelo insucesso final, apezar das melhores condições externas, mas peior pelas condições internas pela existencia de uma infecção da bexiga que acarretou a morte tres dias após a intervenção, sem que todos os tratamentos empregados dessem resultado e sem que conseguissimos fazer baixar a temperatura existente desde a sua chegada ao hospital.

Trata-se da observação 2985 que deu entrada ao Hospital em 9-5-35.

J. F. S., de côr branca, com tres anos de idade, natural de Pernambuco, e residente em Limoeiro.

Nada conseguimos saber, quer para o lado dos seus antecedentes hereditarios, quer para o lado dos antecedentes pessoais.

HISTORIA DA MOLESTIA ATUAL: conta uma pessoa da familia que ha cerca de tres anos vem o pequeno sofrendo a principio dores discretas para o lado da bexiga, alguns raios de sangue na urina e finalmente depois de uma exacerbação conseguiu expelir um pequeno calculo, cessando os seus males. Ha quatro mêses porém, novas dores surgiram e novamente appareceram as dificuldades de urinar até que ha dois dias deixou em absoluto de urinar, ao mesmo tempo que surgia febre e um tumor no escroto se formava. Resolveram então traze-lo a este hospital.

EXAME GERAL: de compleição media, de estatura regular, temperamento linfatico, de paniculo adiposo escasso, pele palida e mucosas visiveis descoradas e com 38 gráos de temperatura axilar no momento do exame.

EXAME LOCAL: edema acentuado do penis e escroto, percebendo-se neste, certo gráo de flutuação e a palpação da uretra peniana á cinco centimetros do meato, um corpo duro percebemos, dolorosa a pressão a região onde se encontra o tumor hipogastro atingindo a bexiga com sub-macissês.

Prontamente fizemos o diagnostico de retenção de urina, calculose uretral e infiltração urinosa.

INTERVENÇÃO: sob cloroformio no mesmo dia da entrada retiramos com uma pinça o calculo encravado na uretra peniana, calculo este que mede trez por seis milimetros de largura e depois de incisarmos o escroto a direita e a esquerda dando sahida a liquido citrino. Fizemos então o cateterismo completo, pois já o haviamos feito para diagnostico e esquecemos de assinalar atraz, e pela sonda sahiram cerca de trezentos centimetros cubicos de urina turva e no final o mesmo puz amarelo.

A sequencia foi má com forte elevação da temperatura e apezar do tratamento feito veiu a falecer com fenomenos septicemicos tres dias depois.

Terminando queremos pedir desculpas ao Snr. Presidente e aos colegas por não conseguirmos trazer o trabalho que esperavamos.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE PERNAMBUCO
Director: Prof. Frederico Curio
HOSPITAL SANTO AMARO
CLINICA-OTO-RINO-LARINGOLOGICA
Serviço do Dr. José Medicis

Um caso de lesão da carotida externa esquerda por projectil de arma de fogo

Dr. Sergio Morel
Assistente da Clinica Otorino-laringologica

Dr. R. Theodorico de Freitas
Assistente do Instituto Medico-Legal

A presente comunicação a mim só não pertence, o Dr. Sergio Morel é o meu companheiro de comunicação, aliás se encarregando apenas da parte clinica desde que teve oportunidade de trata-lo, ficando para mim a parte medico-legal, desde que estando no mês, encarregado do serviço do Necroterio do Instituto de Medicina Legal, lá foi ter.

A observação do caso é a seguinte: A. H. O., com 50 anos de idade, do sexo masculino, casado, de côr branca, natural de Pernambuco, agricultor e residente em São Vicente.

Foi enviado ao Serviço de O. R. L. do hospital Santo Amaro, Serviço este chefiado pelo Dr. José Medicis, pelo Dr. Arthur Gonçalves, em cuja enfermaria achava-se internado.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: sem interesse.

MAL ATUAL: Ha nove dias limpando uma espingarda estando com o cano da arma na boca, aconteceu a mesma disparar, indo o projetil o atingir. Ha alguns dias que não se

alimenta direito, por causa das dores que sente na garganta. (sic).

EXAME: O doente apresenta-se em précario estado de nutrição. O exame da boca, dificil em consequencia do acentuado trismus, revelou: lesão de bordos irregulares extensa, destruindo grande parte da amigdala esquerda, pilar posterior do mesmo lado, aprofundando-se para a fossa pterigo maxilar correspondente. A superficie lesada está revestida de enduto amarelo, no meio da qual aparecem grãos de chumbo e fibras.

TRATAMENTO: Por ocasião do exame retiramos uma grande quantidade de grãos de chumbo e fibras que em certas zonas penetravam mais ou menos profundamente no tecido muscular subjacente. Foi recomendado ainda gargarejos com agua oxigenada. Na enfermaria do Prof. Arthur Gonçalves haviam já injetado soro anti-tetanico.

Dias após o doente volta a novo exame. Diz estar passando muito melhor, pois já se alimenta regularmente. Nesta ocasião notamos que a lesão acima descrita já se achava quasi totalmente cicatrizada.

Retiramos ainda neste momento uma certa porção de massas de fibras, bucha, o que não deixava de ser feito com certo receio pela vizinhança da carotida.

Dois dias após finalmente a este tratamento, fomos informados pelos enfermeiros, que o nosso paciente havia falecido em consequencia de abundante hemorragia.

Eis ahi em resumo a observação e o tratamento feitos pelo Dr. Sergio Morel, o qual desconhecia por completo, por ocasião de chegar ao Necroterio, para necropsia-lo e só depois o encontrando poude colher estes informes.

O interesse do caso, para mim medico legista e estudioso do assunto, reside não só no orificio de entrada, sua localização, pois é quasi inacreditavel que um individuo para limpar uma arma coloque o cano na boca, dando margem a termos hoje uma lesão tão original, como tambem pela lesão determinada pelo projetil de arma de fogo.

Em via de regra nós medicos legistas, lutamos com a falta absoluta de informes sobre os cadaveres que pelo Necroterio passam, não só vindos dos varios hspitais da cidade como

da via publica e residencias, notadamente dos hospitais que as mais das vezes trazem apenas o nome colado ao caixão.

Todos aqueles que estão habituados a trabalhos desta natureza, sabem quanto auxilio prestam os comemorativos, que nos orientam de maneira precisa e as vezes mesmo são de tal necessidade que sem eles ficamos completamente no ar, desde que pelo estudo quer externo, quer interno, nenhuma conclusão podemos firmar sobre a causa-morte.

E' talvez uma cousa facil de sanar, apenas um pouco de bôa vontade dos que para lá enviam cadaveres, e que viria de maneira consideravel facilitar a nossa tarefa.

No caso presente por uma rara felicidade, obtivemos a seguinte informação de que o paciente recebera um tiro de espingarda na boca e que o Dr. José Medicis se interessava pelo resultado da necropsia, por ter sido tratado pelo seu assistente meu companheiro de comunicação, não me recordo quem deu estes informes e só posteriormente tive oportunidade de conversar com o Dr. Sergio Morel.

Trata-se de um cadaver do sexo masculino, de côr branca, com 50 anos de idade, medindo 1,65 centimetros, cabelos grisalhos, trajando calça e palitot escuros e a necropsia foi realizada as onze horas do dia seis de Julho de 1935.

Hipostase da nuca e face posterior do tronco; paniculo adiposo escasso, pelos normalmente distribuidos, musculatura pouco desenvolvida, e sem nenhuma lesão externa.

Procuramos de inicio orientar o nosso exame para o lado da boca onde pelas informações existia a lesão inicial e para obtermos maior campo de observação prolongamos por incisões laterais que atingiam as regiões masseterinas, as comissuras labiais e depois por incisão mediana seccionamos o labio superior prolongando esta secção até as regiões supra hioidea e infra hioidea, sendo que nestas duas ultimas nos limitamos a pele. Feito isto, deslocamos para os lados, até as regiões carotidianas, depois então, por um golpe de serra vertical no mento, separamos em duas porções a mandibula e as luxamos.

Observamos a ausencia da amigdala esquerda e nos deparamos com a lesão descrita já na observação pelo Dr. Sergio Morel, media cerca de um centimetro de diametro, já havendo processo cicatricial bem adiantado e como se prolongasse para baixo para a região carotidiana, resolvemos atingi-la pela região carotidiana.

Descoberta a carotida em todo o seu trajeto, nenhuma anormalidade encontramos, mas ao atingirmos a carotida externa deparamos-nos com uma lesão de dois milimetros e meio por baixo de uma bucha e coagulos aderentes e intensa infiltração local, bucha que se encontra arquivada sob o numero duzentos e setenta, no Museu do Crime do Instituto de Medicina Legal do Estado.

CAVIDADES TORACICA E ABDOMINAL: coração castanho-palido, pesava trezentas e trinta gramas e media treze por dez e por cinco centimetros, valvula sigmoide aortica insuficiente a prova dagua e media sete centimetros; valvula sigmoide pulmonar suficiente a prova dagua e media cinco centimetros, o mesmo acontecendo a tricuspide e mitral que mediam respectivamente nove e dez centimetros e nenhuma anormalidade apresentavam; as cavidades direitas com pequena quantidade de sangue fluido ao extremo, dez centimetros cubicos em media e as esquerdas vazias; aorta ascendente com varias placas ateromatosas amareladas salientes e media sete centimetros de circumferencia.

Pulmões esbranquiçados, retraidos com a crepitação diminuida, pesava o direito quinhentas gramas e media vinte e tres por vinte e por oito centimetros e o esquerdo pesava quatrocentas e quarenta gramas e media vinte por dezoito e por oito centimetros e aos córtes e pela espressão apenas deixavam escorrer algumas gotas de sangue extremamente fluido e no interior dos bronquios, traquéa e esofago sangue em parte coagulado.

Estomago microscopicamente sem alterações e contendo duzentos centimetros cubicos de sangue fluido e os intestinos macroscopicamente normais.

Figado castanho-palido, de consistencia firme, pesava mil e duzentas gramas e media vinte e sete por vinte e por dez centimetros e aos córtes as superficies amareladas com a lobulação apagada e os vasos abertos e com sangue fluido e cercados de areas de tecido conjutivo; vesícula normalmente implantada media dez centimetros por quatro centimetros de largura e continha dez centimetros cubicos de bile negra.

Baço violaceo palido, pesava cem gramas e media oito por cinco e por tres centimetros e aos córtes a polpa violacea se destacava com facilidade a raspagem da faca.

Rins violaceos palidos, se descorticando com facilidade, pesava o direito cem gramas e media doze por cinco e por tres centimetros e o esquerdo pesava cento e cinco gramas e media doze por cinco e por quatro centimetros e aos córtes as duas camadas cortical e medular formando uma unica, vinhosas e endurecidas; bexiga vazia.

Assim como vimos, encontramos sinais evidentes de hemorragia, hemorragia esta, como vimos pela observação e pelas lesões locais descritas, foi consequente a lesão da carotida externa esquerda por projetil de arma de fogo (bucha).

Fica assim no caso resaltado o valor dos comemorativos, a localização interessante e a lesão que o prejetil foi determinar, lesão esta que poderia escapar sem os dados que conseguimos felizmente colher antes da necropsia.

Outros comentarios sobre o caso poderiamos fazer, mas a exiguidade do tempo de que dispomos para falar não o permitem.

HOSPITAL INFANTIL MANOEL ALMEIDA
CLINICA CIRURGICA E ORTOPEDICA
Serviço do Prof. Barros Lima

Um caso de osteomielite da VII costela

JAIR AFONSO
Assistente

OBSERVAÇÃO

C. L. S., com tres anos de idade, branca, pernambucana, filha de A. e M. L. S., residente á Avenida Norte, entrou para a enfermaria de Santa Teresinha em 12|4|1933.

ANTECEDENTES FAMILIARES E HISTORIA DA DOENÇA ATUAL: Pais vivos e sadios.

Narram seus genitores que a pequena sempre gosou perfeita saúde, até a data em que teve inicio sua doença atual.

Trazida ao serviço 5 dias após um pequeno traumatismo.

A familia notou aumento de volume da região traumatizada (perna direita), vermelhidão e aumento de temperatura local.

A doente tem tido febre e queixa-se de dores espontaneas.

EXAME OBJETIVO: Tumefação dolorosa ao nivel do 1|3 superior da tibia direita. A perna se encontra aumentada de volume nesse nivel, avermelhada e com flutuação nitida ao palpar.

Os movimentos da articulação do joelho são dolorosos.

A articulação não parece entretanto estar comprometida.

A doentinha está febril.

Em 12 de 4 de 1935, a doente foi levada a mesa de operação sendo incisada a coleção purulenta, percebendo-se nesta ocasião esfacelamento do periosto e parte da tibia desnuda, banhada pelo puz.

A tibia foi trepanada, dando saída a certa quantidade de puz pelos orificios feitos.

A criança permanece em tratamento até 21|4|1933, quando surge uma coleção purulenta ao nivel da VII costela direita, sendo incisada, percebendo-se tambem comprometimento do periosteo.

Em 15|6|1933, foi feita sequestrotomia da tibia pelo Professor Barros Lima.

Como permanecesse uma fistula no local da incisão costal, foi requisitado exame radiologico da mesma região.

Radiografia tirada em 10|7|1933: Modificação de estrutura e contornos do nivel da extremidade interna da VII costela do lado direito aspecto flou-Osteomielite? a) Dr. Moacir Fagundes.

Em 4|8|1933: Recessão de costela sob anestesia geral a eter. Operador, Professor Barros Lima.

Em 23|10|1933 compareceu ao Serviço apresentando fortes dores na raiz da coxa direita e temperatura elevada.

Foi requisitada radiografia desta região cujo resultado foi o seguinte: Ostemoelite. Modificação de estrutura e contornos da epifise superior do femur, notando-se a este nivel uma parcial zona de rarefação em evolução. Esquirola ossea projetando-se no fóco. a) Moacir Fagundes.

Em 25|10|1933, curetagem do novo fóco. Professor Barros Lima.

Anestesia geral ao eter.

Alta curada em 16|1|1934.

Pelo historico narrado vemos quão acidentado foi o viver desta criança, permanecendo sob nossos cuidados, ora em seu domicilio, ora internada no serviço, mas empre em tratamento, o decurso de 8 mêses e 28 dias. Só passado este tempo obteve alta, curada de seus sofrimentos.

Durante este espaço de tempo tivera 3 localizações diversas de ostimoelite aguda. Justificamos o termo tão discutido de "osteomielite aguda" nestes casos, já pelo quadro sintomatologico apresentado pela nossa observação, positivado pela ascenção da curva termica tôda vez que surgia novo fóco como podeis apreciar; já pela diferente localisação dos diversos ossos.

E por demais sabido e discutido em todas as suas minucias, por todos os autores que se ocupam da patologia ossea, na osteomielite, a predileção pela zona metafisaria, que tem seus germens responsaveis por tal afeção.

E' nesta zona que nós encontramos, na criança, maior irrigação sanguinea e portanto maior probabilidade de ser infectada.

Dizemos osteomielites agudas porque encontramos, tanto no fóco de localização inicial na tibia, como na costela, ao lado do quadro clinico apresentado, a sua maior caracteristica: o *abcesso superiosteo*.

Poderiamos ainda não só te-las classificado de infecção aguda mas tambem de osteomiolite primaria.

Os mestres porém divergem desta opinião. Enquanto para muitos ha infecções agudas primarias e secundarias, para outros não poderia haver "secundarias", em virtude de sêr a osteomiolite aguda em sua fase inicial uma septicemia. ortanto para estes as localisações são, unicas ou multiplas, mas sempre primarias. Os fócos tiveram então evoluções diferentes, dai surgirem em tempo variado de acordo com a maior ou menor defesa local.

Estes autores entretanto não negam a existencia da osteomielite secundaria quando surge em um osso um fóco inicial (primario) e outros no mesmo, aparecendo como consequencia da propagação do germen. Isto porém não sucedeu com o nosso caso apresentado.

Julgamos digno do vosso interesse o nosso modesto trabalho porque, além de sêr, a nossa doentinha portadora de osteomielite aguda de localização varia, apresenta uma, que é colocada na estatistica do Hospital do Monte Sinai no quadro das mais raras.

Abraham O. Wilensky, assistente do Hospital do Monte Sinai em seu livro, estudando as diversas localizações de osteomielite observou apenas 11 casos nas costelas.

No serviço do Professor Barros Lima (1.ª clinica pediatrica-cirurgica e ortopedica do Hospital Infantil Manoel de Almeida) onde temos a honra de ser assistente é o presente caso o unico classificado.

P. Philardeau estudando "UM CASO DE OSTEOMIELITE VARICELICA" insiste tambem na sua raridade citando em apoio de seu opinar a estatistica de Frohnor que encontrou para 661 casos de outras localizações 3 somente de osteomielite costal.

Percelier e Chauvert dão a percentagem de osteomielite primitiva da costela orçando entre 0,8% e 1,0%.

No entretanto a opinião abalisada de Tourneux é que "a raridade não é sinão aparente".

Este autor no preambulo de seu trabalho sobre o assunto julga que os casos são poucos frequentes porque têm se escrito muito pouco sobre tais afecções.

A osteomielite da costela é uma afecção mais ou menos benigna.

Suas complicações podem ser entretanto graves.

Felizmente, são excepcionais os casos desta ordem divulgados pela literatura medica.

Estas são provocadas quasi sempre pela abertura do abcesso do periosteo para dentro da cavidade toracica.

Cita-se ainda hemorragias graves, fulminantes, oriundas da erosão da arteria inter-costal como em um caso de Berthemier citado no trabalho de Torneuax terminado pela morte.

Quando a osteomielite costal tem localização na extremidade anterior da IV ou V costela esquerda, pode atingir o pericardio e provocar fenomenos gravissmos de pericardite ou mesmo miocardite. Isto só acontece quando o abcesso subperiosteo abre-se para o interior da cavidade toracica.

A terapeutica preferida deve ser a ressecção.

De tecnica facil, quando se tem o cuidado de isolar com precaução a face interna do arco costal, não se póde enxergar inconveniente.

A ressecção costal englobando o fóco mielitico muitas vezes é de resultado mais eficaz que a simples curetagem e respectiva estirpação de sequestro.

Bem sabeis que, qualquer descuido responsavel pela difusão dos germens na cavidade pleural, como sejam a abertura desta no proprio ato operatorio, ou mesmo uma punção exploradora, são suficientes para acarretar seria complicação, cujo epilogo na maioria das vezes é a morte do doente.

Eis porque sem pretensão, julgamos o presente caso digno de vosso interesse.

SOCIEDADE DE CIRURGIA DE PERNAMBUCO

SESSÃO EM 10 DE OUTUBRO DE 1935

Presidente — Dr. Jorge Bittencourt

A proposito de um caso de malformação do sacro

Prof. Barros Lima

Os acasos da clinica trouxeram novamente ao nosso serviço um caso de ortopedia de interesse mui restrito para os cirurgiões gerais, mas motivos semelhantes aos que me fizeram ocupar a vossa atenção em outras oportunidades, obrigam-me novamente a aqui estar.

Perdoai-me a insistencia e ouvi a historia de J. P., criança que, com dois anos de idade, procurou-nos, ha mêses passados. Ia pedir-nos opinião sobre deformidades do membro inferior que davam-lhe marcha mui irregular e atipica e sobre fisionomia particular das regiões gluteas e do funcionamento retal.

Estava acompanhada pelos pais que sempre gosaram bôa saúde.

Exame: — Desenvolvimento somatico abaixo do normal. Marcha pouco segura com o pé em rotação externa acentuada, apoiando largamente pelo bordo interno; desaparecimento da

abobada. A nadega mostra-se achatada lateralmente, dos dois lados, constituindo-se ao contrario na parte inferior e mediana uma saliencia anormal. Anus normalmente colocado, relaxado, segundo demonstravam as sensações dadas pelo toque. Fézes endurecidas e formando scibalas volumosas eram eliminadas com frequencia e aparentemente sem maior controle da criança.

O toque mostrou uma empôla retal mui dilatada, não se encontrando em sua face posterior o plano rijo da concavidade sacro-cocigeana.

Não referia perturbações do aparelho urinario. Solicitamos uma radiografia a esta mostrou-nos falta total das vertebras cocigeanas e das sacras inferiores.

Só a 1.ª vertebra sacra estava representada inteiramente; a 2.ª parcialmente, não aparecendo na radiografia sombra das restantes. Coluna lombar e bacia de aspecto normal.

Tal qual está descrito, o caso clinico que vos apresentamos não é mais que uma curiosidade. Nem mais era possivel trazer-vos; doente do interior foi ao nosso consultorio uma só vez, não desejando mesmo, pelas incertezas de que fizemos cercar o nosso prognostico, submeter-se ao unico tratamento que estavamos capazes de indicar-lhe: correção da atitude deforme do pé com o fim de dar-lhe mais estabilidade e segurança á marcha.

No entretanto os casos de agenesia do sacro e cocix não são comuns, um só ao que demonstram as nossas pesquizas diminutas, tendo sido referido na literatura brasileira pelo Dr. Aquiles de Araujo na Academia Nacional de Medicina.

Sternberg estudando as anomalias de origem embrionaria dos segmentos posteriores do corpo em que um defeito mediano, bi-lateral e simetrico, existe, reuniu-as todas sob a designação comum de *sereias* reconhecendo tres sub-grupos, a um dos quais podemos indiscutivelmente filiar o nosso caso.

Ha defeitos, designados por Sympodio, que alcançam orgãos derivados das porções ventrais e dorsais do corpo embrionario; bexiga e reto, orgãos genitais internos e externos,

rim, ureter, porção terminal do sistema nervoso central e da coluna, membros inferiores faltam ou estão deficientemente conformados.

Um outro grupo compreende anomalias dos orgãos oriundos da porção ventral do embrião exclusivamente. Medula,

Ausencia do sacro

coluna e reto são bem desenvolvidos, mas o aparelho genito urinario está defeituoso.

Ha um exemplo de deformidade desta ordem, observado por Geipel e Sanpé, e citado por Sternberg.

No terceiro grupo estão alterados os orgãos que se formam ás custas da porção embrionaria dorsal. Medula, coluna e reto estão anomalos "enquanto os orgãos colocados na secção ventral do corpo, o aparelho genito urinario, alcançam desenvolvimento regular".

Para as deformidades deste genero propõe Sternberg a designação de *anchipodios* porque os membros posteriores em consequencia da forma da bacia, estão rodados para fóra e aproximados um do outro. Esta rotação da bacia porém não existirá sempre pois que parece explicar-se pela ausencia completa do sacro e consequente aproximação posterior dos iliacos, segundo se depreende das palavras de Sternberg, descrevendo as lesões vistas em um certo numero de casos observados por varios autores.

No caso de Friedel, diz ele, em que grande falha existia, as duas asas iliacas fundidas, nas porções restantes mais ou menos aproximados da linha media, estão quasi colocados em plano frontal, de acordo com a extensão da deformidade.

Por motivo desta deformidade da bacia, afirma, estão as articulações coxo-femurais e os membros inferiores, consequentemente, rodados para fóra.

A aproximação posterior dos iliacos deve faltar entretanto nos casos em que a agenesia é parcial, como no nosso, pois que os segmentos superiores da coluna sacra são capazes de manter o afastamento dos grandes ossos chatos laterais.

Entretanto os outros caracteres da lesão existem; entre os Anchipodios deve estar filiado tambem o nosso caso, apezar da falta de rotação dos membros, pois que Sternberg admite neste grupo até certos casos de atresia do reto desde "que neles o exame da coluna e da medula deixe reconhecer tambem nestes orgãos uma falta do segmento inferior".

O exame radiografico, em nosso caso, as alterações observadas para os membros inferiores, ao lado das perturbações funcionais do reto, creio que assentam suficiente comparticipação da medula e coluna para deixar filia-lo justamente entre as anomalias medianas que alteram em particular os orgãos saídos dos segmentos embrionarios dorsais.

A mór parte dos casos referidos na literatura tiveram tambem a participação da medula concluida pela sintomatologia apresentada.

Afirma-o Sternberg em seu trabalho dizendo que nos "restantes casos (referia-se antes a um de Friedel em que pesquisas histologicas poderam ser executadas) referidos na literatura os defeitos da porção inferior da medula só podem ser percebidos pelas condições nervosas certamente muitas vezes incompletamente interpretadas".

E acrescenta, mencionando observações: na criança observada por Drehmann existe pé torto paralitico, assim como paralisia da bexiga e do reto, no caso de Brailsford ao mesmo tempo pé torto e incontinencia. Graves perturbações mostra tambem a doente observada por Walter, na qual existe á esquerda pé valgo grave com dedos em garra e uma fraqueza de toda musculatura ao lado de falta dos reflexos patelares e aquilianos.

A sensação tatil está diminuida na perna esquerda, e inteiramente desaparecida no calcanhar.

Estes fatos mencionados, semelhantes aos vistos na espinha bifida oculta da região lombo-sacra deixam concluir, explica ainda Sternberg, que a opinião de Walter de que os segmentos nervosos nesta deformidade como na sindrome de Klippel Feil, são primariamente mal dispostos e não obstados em seu desenvolvimento ulterior, não é inteiramente justa.

Acredita Sternberg que tais fatos são mais dependentes de graves perturbações do desenvolvimento que de defeitos existentes no segmento inferior da medula.

Só pois a situação dos ossos iliacos não aproximados um do outro pelas suas proções posteriores, difere no caso de nossa observação, dos apresentados por Sternberg.

Entretanto casos com esta caracteristica de *agenesia parcial* do *sacro-cocix* têm sido referidos e neles a presença das vertebras sacras superiores proibe sempre a aproximação mediana dos ossos laterais da bacia.

Foi assim em um caso de Cosacesco referido no *"Journal d'Urologie"*, é assim em observados de Rocher a quem tomamos mesmo a designação de agenesia parcial sacro-cocigeana.

Este autor em companhia de Roudil e em artigo publicado na *"Revue de Chirurgie"*, que nos não foi dado compulsar, e no *"Bordeaux Chirurgical"* estudou as malformações do sacro-cocix em quatro grupos: agenesia sacro-cocigeana total, agenesia sacro-cogiana sub-total, dismorfose parcial das vertebras sacras (hemiatrofia), agenesia total ou parcial das vertebras cocigeanas.

No segundo grupo compreendem Rocher e Roudil casos com lesões complexas do eixo rachidiano e perturbações esfincterícas, nele incluindo deformações que Foix e Hillemand designaram com o rotulo de distrofia cruro-vesico-glutea.

No nosso caso, perturbações vesicais não existiam; por este lado melhor estaria seriado nos *anchipodios* de Sternberg, mas faltava a aproximação posterior dos iliacos. A agenesia sacro-cocigeana sub-total é capaz de bem enquadra-lo desde que se admite que as alterações medulares não ascendam tanto que alcancem os centros vesicais.

Não lhe caberia entretanto a designação de distrofia cruro-vesico-glutea, pois que a bexiga não estava compreendida, não estava perturbada em seu funcionamento.

Naturalmente sub-grupos existem capazes de bem compreender o nosso caso na seriação aconselhada pelo ilustre cirurgião francês, mas a impossibilidade em que estivemos de ter ás mãos o artigo fundamental da *"Revue de Chirurgie"* impossibilitou-nos de conhece-los.

E' a justificação das considerações que ouvem os nossos consocios da Sociedade de Cirurgia.

Fistula vesico-vaginal e implantação do ureter

Prof. Barros Lima

Quis deixar registrado nos Arquivos da Sociedade de Cirurgia, mais uma observação em que ha aspectos curiosos e, eu o creio, pontos de vista a discutir.

Trata-se de B. R. S. com 22 anos, casada, domestica, que entrou para o nosso serviço do Hospital Santo Amaro a 15 de Março de 1935, tomando o numero 1.084 F, no registro de nossa Clinica.

Nos seus antecedentes informa apenas que os pais são mortos de causa ignorada. No seu passado morbido ha referencias a sarampo, varicela, blenorragia.

Menarca aos 14 anos. Menstruações posteriores normais. Ha um ano engravidou e deste parto é que vem a doença que a traz ao Hospital.

O seu incomodo começou logo após o parto, notando a paciente que a urina saía pela vagina. Os tratamentos feitos não modificaram os seus sofrimentos e por isso procurou o serviço.

Exame: — Vulva pequena. Ulcerações ligeiras ao nivel dos bordos livres dos grandes labios, que se apresentam banhados de urina. Pouco acima da vulva nota-se grande solução de continuidade com as dimensões aproximadas de uma moeda de mil réis, estabelecendo comunicação ampla entre a bexiga e vagina.

Através aquele orificio percebe-se a mucosa vesical fazendo ligeiro prolapso. Acima a vagina mostra-se de contorno reduzido e pouco elastica.

Feitos os exames complementares imprescindiveis realiza-se a 20 de Março a primeira intervenção. Constou de implantação do ureter direito no sigma pela tecnica de Furniss e sob anestesia raquiana com percaina (0,grs. 006).

As sequencias desta primeira intervenção foram normais, eliminando a doente, sem sofrimentos, a urina por uma sonda colocada no reto, em permanencia.

Em 23 de Abril de 1935, realizou-se a implantação do ureter esquerdo. Fez-se ressecção da cicatriz mediana pubo-umbilical da primeira intervenção. Aberto o ventre isola-se o ureter esquerdo do seu leito, seccionando-o na base do ligamento largo.

Em seguida fez-se uma botoeira pequena, no mesmo

sigma conduzindo através da mesma o ureter, previamente dissecado, implantando-o pela tecnica de Furniss em uma das faixas do sigma.

Peritonização do leito ureteral e fechamento do ventre em três planos. Anestesia raquiana com percaina, utilizando seis miligramos de substancia.

Sequencias operatorias normais como na primeira intervenção. Cessa o escoamento de urina vaginal. Cresce a eliminação pelo reto.

Cicatriz por primeira intensão. Um pielograma descendente algum tempo depois nada demonstra, mas a doente em mui bôas condições abandona o Hospital, curada, em 15 de Junho de 1935.

Eis aí a nossa observação. A' apreciação dos estudiosos ha dois pontos merecedores de atenção: a indicação operatoria e os resultados que podem ser colhidos com a transplantação ureteral.

Da indicação operatoria eu poderia dizer-vos que a transplantação ureteral vem se fazendo com relativa frequencia ultimamente para a cura de fistulas vesico-vaginais de larga abertura.

Utilizaram-na com resultados Alessandri e Coffey ao lado de outros.

No nosso caso opinamos pela sua execução porque temiamos exigir da doente (cujo estado mental não parecia dos mais satisfatorios), o sacrificio da posição ventral a que submetemos sempre os nossos operados por outras tecnicas.

No entretanto é convicção nossa que a cura de fistulas vesico-vaginais amplas pode ser alcançada sem o sacrificio da função vesical.

Quando lesado o esfincter, quando a fistula é uretro-vesico-vaginal, é que a transplantação ureteral se impõe, pois

então curada a fistula ha ainda a resolver o problema da incontinencia, bem complexo.

A transplantação assegura resultados completos, sob este ponto de vista e assim pode se impôr á escolha do cirurgião.

Quanto aos resultados do implante ureteral no reto eles veem sendo afirmados, com as suas varias indicações, pelos cirurgiões que o teem utilizado.

O nosso caso não fugiu a este aspecto; entretanto preferimos não discuti-lo, aguardando que novas oportunidades apareçam para utilizar o metodo para poder frisar as suas vantagens incontestes. O nosso objetivo no momento foi deixar registrada uma observação que talvez seja a primeira no Brasil.

Curetagem em aborto infectado

Dr. José Henriques

Era nosso intuito trazermos a esta sociedade a presente comunicação quando fossemos portador de material suficiente que destruisse por completo as objeções que nos serão feitas certamente pelos defensores extremados do abstenonismo. Mas esperamos voltar sobre o mesmo assunto pormenorizadamente desde que mais vultuosos sejam os nossos casos.

Contudo aqui estamos despretenciosamente para submetermos a apreciação dos nossos colegas os resultados obtidos pela curetagem em alguns casos de aborto infectado, figurando entre observações verdadeiramente interessantes que salientam o valor, a eficiencia e as vantagens da terapeutica que utilizámos.

Empregada desde longa data, lá pelo tempo de Recamier, a curetagem creou universalidade após o surgimento do livro de Vallich e Pinard. Como todo metodo terapeutico que sur-

ge, de certo empregaram-no sitematicamente em todos os casos, mesmo os mais terriveis de infecção puerperal, advindo desta pratica resultados funestos, que fizeram arrefecer seu entusiasmo, mesmo por parte dos seus propugnadores. Deste modo outros não poderiam ser seus resultados.

Combatida por varias escolas, defendida por outras, a curetagem continúa a merecer por parte daqueles que dela se utilizam, absoluta confiança.

O tratamento do aborto septico, sempre em ordem do dia, tem motivado um numero consideravel de trabalhos e discussões perdurando ainda na hora atual a divergencia entre os partidarios da terapeutica ativa e do abstencionismo que tem em Winter seu paladino.

Algeore, levando ao extremo o procedimento de Winter, quando da leitura de sua comunicação na Societé de Cirurgie em 26 de Novembro de 1924, assim se expressou: "Depuis deux ans, dans mon service, lorsq'une femme entre pour des complications infectueuses post-abortives, voici le traitement qu'on lui applique: on la met au repos complet, les jambes légérement flechies avec deux vessies de glace sur l'abdomen. On n'y touche en aucune façon; tout au plus lui fait-on une injection vaginale matin et soir, si cela est necessaire, un peu de serum artificiel, quelques piqures d'huile camphorée. Dans ces conditions, on obtient des resultats qui sont au moins eguax, sinon superieurs á tout ce que l'on obtient dans les autres services en pratiquant un traitement local qui sera selon le cas le curetage, le curage, le drainage ou bien la vaccinotherapie locale".

Do que vimos de transcrever muito propositadamente, maneira de agir do maior estusiasta e defensor do abstencionismo conclue-se que a curetagem oferece vantagens que rivalizam com aquele. Melhor defesa não poderiamos desejar.

Contra estes que acabamos de citar e toda aquela pleiade de adeptos que seguem religiosamente o abstencionismo, está Schottmuller com uma estatistica de 7.000 casos de endometrite septica, bacteriologicamente comprovados, tratados pela

curetagem com uma percentagem de morte que não excede de 0,35%. Como muito bem diz M. R. Robinson, estes fatos não requerem elucidação. (M. R. Robinson "Revaluation of the prevailing theories and principles of Puerperal Infection — The American Journal of Surgery") — Vol. XX. Abril, 1933 — N. 1. Pag. 131).

Assusta-nos ouvir daqueles que se dizem sistematicamente contrarios ao tratamento ativo do aborto septico, a inconveniencia do mesmo pela remoção da muralha de leucocitos que acarreta, privando deste modo o orgão infectado do seu elemento de maior defesa. Semelhante argumento se nos afigura demasiado excessivo, pois todos nós sabemos perfeitamente bem, que é movel e não fixa a barreira leucocitaria. Arrastada pela cureta que passou logo mais se reconstitue desde que sejam eficientes as defesas de que dispõe o organismo. O mais severo abstencionismo não logrará curar uma paciente cujas defesas desapareceram vencidas pelo agente invasor.

De certo não nos abalançamos a intervir em casos cuja infecção já se propagou, pois a nossa grande admiração pelo processo que atualmente defendemos não chega ao ponto de sermos sistematicos ante qualquer infecção post-abortum.

Dentro deste ponto de vista temos curetado varias pacientes com absoluto exito e não sabemos porque o temor da intervenção nestes casos.

A curetagem oferece a grande vantagem de permitir afastar de uma só vez pedaços de tecidos necroticos, coagulos e decidua, causas de hemorragias e séde de germens, ponto de partida da infecção. Estes reservatorios de microbios uma vez removidos, a febre cáe prontamente entrando o utero em involução. Assim aconteceu com as nossas pacientes que entraram em convalescença no dia imediato ao da intervenção.

Ainda contra aqueles que asseveram ser a zona de granulação uma barreira contra a invasão dos germens, aí estão os estudos de Fromme, Marnekros e Schottmuller que encontraram na suposta infecção localizada bacterias além do muro de defesa em pleno tecido sadio.

Estes fatos tão elucidativos vieram derrubar toda aquella serie de argumentos tão invocados pelos abstenonistas para defeza do metodo que apregoam. De tecnica bastante conhecida, a curetagem em utero infectado requer certos cuidados por parte de quem o pratica. Assim deve-se raspar docemente com cureta romba e não se esperar pelo classico grito uterino. Após a intervenção faz-se um embrocamento da cavidade uterina com tintura de iodo a 10% que além do seu poder altamente bactericida favorece o tonus uterino. Um pouco de gaze iodoformada na vagina que será retirada no dia imediato, finaliza a operação. Como tratamento adjuvante fazemos sistematicamente pituitrina pela manhã e á tarde, ginergeno e colocamos sobre o baixo ventre uma bolsa de gelo. Como anestesia usamos preferentemente a requiana porque ao contrario do que sucede com os anestesicos gerais aquela aumenta a contração e retração do utero, tornando as perdas sanguineas insignificantes e dilatando o colo permite ao cirurgião agir facilmente:

1.ª observação:

L. F. — 20 anos — solteira, pernambucana, domestica, residente na Rua do Amparo — Municipio de Olinda.

Primigesta — nullipara.

Deu entrada no Hospital Hermann Lundgren em 11 — 10 — 34, em trabalho de abortamento, perdendo bastante sangue. — Temp. 39.°. Pulso 120. — Curetagem sob raquiescurocaina — 0,08. — No dia imediato a temperatura caiu a 37° — com pulso de 90 e dois dias após estava apiretica. Tendo deixado o serviço completamente curada em 21 — 10 — 34.

2.ª observação:

M. Y. C. — Com 30 anos, casada, domestica, pernam-

bucana, residente no Maroim — Municipio de Olinda. — Entrou para o Hospital Hermann Lundgren em 18—6—35.

Secundigesta — primipara.

Aborto do 2.º mês. — Temp. 38',5 — Pulso 100 — Curetagem sob raquiescurocaina 0,08.

Esta paciente no dia seguinte amanheceu apiretica. Tendo abandonado o hospital oito dias depois, curada.

3.ª observação:

M. L. — Com 27 annos, casada, domestica, pernambucana, residente na Estrada de Paulista.

Primigesta — nullipara.

Deu entrada no Hospital Hermann Lundgren em 15 — 5 — 34.

Aborto do 2.º mês. — Esta paciente foi examinada fóra do serviço por uma curiosa que lhe fez dois toques.

Temp. 39º — Pulso 110 — Forte hemorragia de odor fetido. — Curetagem sob raquianestesia, tendo se utilizado 0,08 de escurocaina. — Durante os três dias que sucederam a operação a temperatura manteve-se em 38º com pulso de 100. — Do quarto dia em diante ficou apiretica, deixando o Hospital 12 dias depois, curada.

4.ª observação:

Y. C. — 18 annos, solteira, domestica, pernambucana, residente no Sé, em Olinda.

Entrada no Hospital Hermann Lundgren em 7—2—34.

Primigesta — nullipara.

Abortamento do 2.º mês. — Temp. 38º,5 — Pulso 100

— Curetagem sob raquiescurocaina — 0,08. Apiretica do 3.º dia, até deixar o hospital, o que fez 10 dias após.

5.ª observação:

M. C. N. — Com 28 annos, casada, pernambucana, domestica, residente no Farol, em Olinda.

Entrada no Hospital Hermann Lundgren em 3—5—34.

Secundigesta — primipara.

Abortamento do 3.º mês. — Temp. 39º — Pulso 115. — Curetagem sob raquiescurocaina 0,08. Sequencias operatorias normais. — Alta curada em 13 — 5 — 34.

6.ª observação:

J. C. — 22 annos, solteira, domestica, pernambucana, residente na Estrada de Paulista.

Trigesta — secundipara.

Abortamento do 2.º mês. — Sofreu toques pela curiosa que a atendeu. — Temp. 39º,2 — Pulso 122. Perdia bastante sangue. — Curetagem sob raquiescurocaina — 0,08. Após a intervenção sobreveiu-lhe um calafrio. Na tarde do mesmo dia a temperatura desceu para 39º e o pulso para 112. Do segundo ao quarto dia manteve-se a temperatura em 38º com pulso de 100, para desaparecer por completo do quinto dia em deante. — Alta curada 12 dias depois.

7.ª observação:

M. Y. A. — 19 anos, casada, domestica, pernambucana, residente no lugar denominado *Monte,* em Olinda.

Entrou para o Hospital Hermann Lundgren em 1 — 8 — 935.

Secundigesta — primipara.

Abortamento de 2.º mês. Temperatura 38°,2 — Pulso 110. — Curetagem sob raquiescurocaina 0,08. — No dia seguinte amanheceu apiretica com 80 pulsações por minuto. Alta curada nove dias depois.

Alem destes casos que vimos de expôr, outros poderiamos ter para aqui trazido se não fôra o nosso afastamento da Maternidade do Recife, onde durante o tempo que lá permanecemos como medico interno, curetámos algumas pacientes portadoras de aborto septico com resultados verdadeiramente entusiasticos.

Infelizmente não nos foi possivel a contribuição destas observações, mas quando sobre o mesmo assunto voltarmos a esta casa, o faremos acompanhados de documentação minuciosa que melhor permitirá áqueles que tanto combatem o intervencionismo, ajuizar do valor de tão importante terapeutica.

Dr. João Alfredo começa dizendo ter sido no Congresso de Cirurgia de Paris que foi lido um dos trabalhos citados pelo A. e não na Sociedade de Cirurgia de Paris; pergunta ainda se o A. cureta nos casos superficiais ou profundos em que o miometrio está atingido, e, por fim diz que a curetagem sendo uma ligeira intervenção pode dispensar a anestesia raquiana.

Dr. Martiniano Fernandes diz não fazer citações sobre o assunto baseando-se tão somente na sua experiencia — assim é que com grande estatistica destes casos, os dois unicos que perdeu foram justamente aqueles em que usou a curetagem, todos os demais que são em grande numero curaram, embora alguns necessitassem posteriormente da curetagem que nestas condições não oferecia perigo. Deante destes fatos prefere continuar abstencionista.

Termina dizendo ser este assunto de grande interesse, pelo que solicita continue em ordem do dia na proxima sessão. Posta em discussão a proposta do Dr. Martiniano, ninguem usou da palavra, entrando em seguida em votação, foi aprovada contra o voto do Dr. Medicis.

Ainda com a palavra, o Dr. Martiniano diz que o Dr. José Henriques esqueceu de informar qual o conteudo do utero nos casos que apresenta e acrescenta ser contrario a raquianestesia em aborto.

Dr. Bruno Maia diz que no Pronto Socorro tem feito curetagem sem anestesia e as doentes passavam mal, o que atribuia a falta de anestesia, passou então a usar a anestesia geral, não tendo mais observado acidentes.

Dr. Ed. Vanderlei Filho começa dizendo ser a curetagem absolutamente contra-indicada na literatura mundial, havendo raras exceções. Diz não ter pratica propria do assunto, sendo sua opinião resultado de leitura do assunto. Assim acha interessante a opinião de M. R. Robistsen. Este A. verificando a disparidade entre as estatisticas americanas onde se encontra 30% de mortes e na alemã com 0,30%, estigmatiza acremente os abstencionistas.

Cita ainda o Dr. Vanderlei varios outros pontos interessantes do trabalho do A. americano que é todo ele baseado em grandes estatisticas.

O *Dr. Alves Bezerra* pede a palavra para perguntar se o A. usava nestes casos cureta romba ou cortante.

Dr. Jorge Bittencourt que diz não ser abstencionista sistematico, cita varias observações pessoais.

Dr. Jorge Bittencourt que diz não ser abstencionista almente apresentado a Sociedade de Cirurgia de Paris. Só intervem nos casos localizados. Termina justificando o uso da raquianestesia que mantem o tonus uterino e torna facil a dilatação do collo; presta ainda alguns esclarecimentos solicitados e agradece o interesse despertado pelo seu trabalho.

SESSÃO DE 11 DE NOVEMBRO DE 1935

Presidente — Dr. Jorge Bittencourt

ELEIÇÃO DA DIRETORIA

Para dirigir os destinos da Sociedade no proximo ano, foram eleitos:

Presidente — João Alfredo.

1.º Secretario — Armando Temporal.

2.º Secretario — Sergio Morel.

Tesoureiro — Costa Junior.

Bibliotecario — Bruno Maia.

Comissão de redação: — Alcino Coimbra, José Henriques, Romero Marques.

Comissão de sindicancia: — José Medicis, Barros Lima, Jorge Bittencourt.

A CIRURGIA NO BRASIL

DR. ATTILA AMARAL — PROSTATECTOMIA EM UM TEMPO — *O Hospital* — Anno VII — Tomo II, n. 11.

Referindo-se o A. a um caso de adenoma da prostata na qual teve ocasião de intervir por prostatectomia a Frayer-Marion em um só tempo permite-se fazer algumas considerações.

Considera a sonda de permanencia aplicada com os cuidados e tecnicas precisas um dos maiores e melhores auxiliares. O cateterismo evacuador realizado com assepsia e tecnica pode ser usado sem prejuizo. Desde que não haja infecção e a taxa de urea no sangue esteja abaixo de 0,40 poder-se-á agir em um só tempo, sem tamponamento da loja prostatica.

DR. MARIO OTTONI COSTA — APARELHO LIGAMENTOSO DO ANGULO COLICO DIREITO FUNCIONANDO COMO AGENTE DE OCLUSÃO INTESTINAL. UMA FORMAÇÃO ANATOMICA NORMAL INCOMPLETAMENTE INVOLUIDA CONFINANDO COM A PATOLOGIA — *Revista da Associação Paulista de Medicina* — V. VII — Julho de 1935, n. 1.

Em novembro de 1934 apresenta-se ao serviço um doente de 21 anos de idade com um sindrome doloroso e obstrutivo do flanco direito que fez o diagnostico girar em torno de apendicite aguda e obstrução intestinal na altura do colon ascendente. Realizada a abertura do ventre e exposição do coecum e apendice, verifica que o estado deste, não corres-

ponde a sintomatologia apresentada. Prolongada a incisão verifica o A. a existencia de uma faixa de tecido conjuntivo dirigida de cima para baixo, da direita para a esquerda, da região parietal até o bordo mesenterico do colon ascendente, que obstruia a luz do intestino. Não encontrando sinais de lesão inflamatoria antiga ou recente que explicasse a presença dessa faixa conjuntiva ocorre-lhe a idéa de que se tratasse de aparelho ligamentoso colico direito anormalmente involuido, situado e fixado. Seccionado o ligamento vê que o colo e coecum se esvasiavam tomando o volume que costumam ter normalmente.

Passa o A. ao estudo anatomo-cirurgico do aparelho ligamentoso colico direito, citando a opinião de diversos autores a respeito.

Conclue lembrando as vantagens que traz ao cirurgião o conhecimento destas malformações anatomicas, que acidentalmente podem funcionar como elemento causal de processos patologicos.

DR. WLADIMIR AMARAL e CECILIO JANEIRO — HERNIA DIAFRAGMATICA ESTRANGULADA, COM SINDROME DE OCLUSÃO INTESTINAL — *Revista da Associação Paulista de Medicina* — Vol. VII, n. 2.

Os AA. relatam um caso de hernia diafragmatica estrangulada, observado no Serviço do Dr. Zeferino do Amaral, em um individuo de 30 anos de idade, e que alguns anos antes havia sofrido um ferimento no abdomen por arma branca. O estado do paciente ao chegar ao hospital levou ao diagnostico de oclusão intestinal alta. A probabilidade de hernia diafragmatica estrangulada não foi afastada, em vista do ferimento abdominal antigo, localizado no hipocondrio esquerdo, fazendo supor perfuração do diafragma, e que efetivamente foi observado na autopsia levada a efeito, uma vez

que veio a falecer o paciente no dia seguinte ao internamento.

Fazendo algumas considerações a respeito do diagnostico lembram os AA. a necessidade da radiografia para o diagnostico precoce das hernias diafragmaticas e assim estabelecer quanto antes uma terapeutica cirurgica conveniente, evitando deste modo as graves consequencias do estrangulamento.

No que se refere ao tratamento cirurgico abordam as diversas vias de aceso e chamam a atenção para a possibilidade de recidivas e de complicações pleurais.

DR. PIRAGIBE NOGUEIRA — CALCULOSE DO COLEDOCO — *Revista da Associação Paulista de Medicina* — Vol. VII — Julho de 1935, n. 1.

A respeito de alguns casos de litiase do choledoco associada á litiase vesicular, estuda o A. os sinais clinicos dessa entidade morbida. Salienta a colica, a ictericia, a febre e o calafrio como sintomas importantes. Ressalta a frequencia da calculose do coledoco nos litisiacos vesiculares que apresentam colicas sub-intrantes associadas ou não á ictericia. Só conseguido observar um caso de litiase do coledoco assintomatico dentre 22 por si estudados.

Não fornecendo a radiografia sem o auxilio cirurgico elementos sobre a calculose é na anamnese e no exame fisico que se tem de orientar o cirurgião, aconselhando o A., realizar sempre cuidadosa exploração do hepato-coledoco antes de praticar a colecistectomia.

Ha vantagem da verificação previa do aspecto macroscopico das vias biliares e do pancreas e aconselha a coledoctomia supra duedenal de bons resultados. Não conhece caso de recidiva em 20 operados, assinalando entretanto que nem todos responderam o questionario enviado. Dois de seus doentes faleceram devido a infecção associada a calculose.

DR. ATTILA AMARAL — ELEFANTIASIS DO ESCROTO E PENIS — *O Hospital* — Outubro de 1935 — Ano VII, n. 10.

O A. relata um caso dessa afecção observado na Bahia em 1928 no Hospital Santa Izabel. Caso tipico de elefantiasis filariotica, que atingindo o escroto e penis impossibilitava a marcha. O comprometimento do penis impedia a copula. Após tratamento medico e havendo feito preparo preoperatorio age o A. cirurgicamente empregando as tecnicas de Saboya e Leroi de Ribes modificadas. Fez previamente aplicação de hemostaticos e para obter melhor hemostasia no ato cirurgico utiliza o processo de Mac Loed, modificado por Afranio Peixoto. Reconstitue a pele do penis a custa de tecidos pre-pubicos e justa inguinal agindo por deslisamento. Houve mortificação da pele de revestimento do penis na extremidade distal.

NOTAS E NOTICIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

De ha muito sonhavam ortopedistas patrios com uma Sociedade que os congregasse a todos, para que assim podessem mais efetivamente trabalhar pelos muitos problemas que ortopedia e traumatologia teem a estudar no Brasil.

Afinal, a 19 de Setembro, no magnifico serviço de Clinica Ortopedica e Cirurgica Infantil da Santa Casa de São Paulo, reunidos, foi constituida a Sociedade, votados os seus estatutos e eleita a sua primeira directoria. A Sociedade terá séde em São Paulo, e comporta em cada Estado em que existam 5 membros titulares, uma secção regional.

Na séde social ou nas secções regionais os socios reunir-se-ão com a finalidade de preparar a grande reunião anual do Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, a reunir-se cada ano em uma das cidades do Brasil.

A primeira directoria eleita tem como presidente o Prof. Rezende Puech, catedratico da especialidade em São Paulo, aclamado por proposta do Dr. Aquiles Araujo, presidente da sessão de constituição.

São seus outros membros os Drs: Domingos Define — Vice-Presidente; Renato Bomfim — Secretario geral; Itapema Alves — 1.º Secretario; Odair Pacheco — 2.º Secretario; Domingos Rezende — Tesoureiro; Ulisses Barbuda — Bibliotecario.

Na sessão de Constituição Pernambucana apresentou-se com 5 nomes, dois dos quais, Barros Lima e Martiniano Fernandes, fazem parte do Conselho Consultivo.

Com enorme satisfação dão os Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia esta noticia e prometem aos seus leitores informa-los sempre das atividades da nova Sociedade.

PYODERMINA

POMADA CICATRIZANTE E DESIFECTANTE
EM ULCERAS
FISTULAS
ABSCESSOS
FURUNCULOS
SUPURAÇÕES
E NAS
INCISÕES CIRURGICAS

DESINFECTA E CICATRIZA

A BASE DE
IODO-MERCURIO-FERRO e CALCIO

PRODUCTOS PRATADYN LTDA.
SÃO PAULO CAIXA POSTAL, 3621

FABRICA DE MOVEIS E APPARELHOS METALLICOS PARA MEDICOS, HOSPITAES E LABORATORIOS
(A MELHOR APPARELHAGEM DO BRASIL)

TIGRE & CIA.

FABRICA E ESCRIPTORIO CENTRAL
AVENIDA CRUZ CABUGÁ, 211 (SANTO AMARO)—PHONE, 2261
FILIAL E SECÇÃO MEDICA:
RUA DA AURORA, 119—PHONE, 2735

Grande Stock de Ferros Cirurgicos, Apparelhos de Clinica Medica, Material para Hospitaes e Laboratorios Clinicos e Industriaes
IMPORTAÇÃO DIRECTA — PREÇOS MODICOS

CANABARRO & CIA. LDA.—Praça Floriano n. 55—Rio de Janeiro

Gluconato de calcio injectavel a 10 %

	Caixa de 6	Caixa de 12	Caixa de 100
Empolas de 2cc.	3$000	5$500	42$000
" " 3cc.	3$400	6$500	51$000
" " 5cc.	4$800	9$300	73$500
" " 10cc.	9$300	18$200	148$000

O FABRICO DE PRODUTOS INJECTAVEIS EM EMPOLAS É UM PROBLEMA TECNICO MENOS SIMPLES DO QUE PODE PARECER Á PRIMEIRA VISTA: EXIGE INSTALAÇÕES CONVENIENTES E PESSOAL TECNICO ESPECIALISADO.

APONHA PORTANTO, EM SUAS PRESCRIÇÕES DE SOLUTOS ESTERILISADOS, EMPOLAS PARA INJECÇÕES HIPODERMICAS E VACINAS DE "WRIGHT", UM NOME GARANTIDO POR SUA IDONEIDADE, TAL COMO O DA MARCA —

L. C. S. A.

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal n. 163 — Rio de Janeiro.
Agente em Recife — Oscar F. Cunha Rua do Imperador 463 — 1.º andar.

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

Redação e Administração-Rua da Imperatriz, 83-1.º andar

RECIFE — PERNAMBUCO

PREÇO DE ASSIGNATURA

Brasil..... 20$000

Estrangeiro..... 30$000

PARA ANUNCIOS DIRIGIR-SE A

C. MARQUES & CIA.

Rua Joaquim Tavora 105 — 1.º andar — Recife

A Cirurgia no Brasil

Dr. Attila Amaral — Prostatectomia em um tempo; **Dr. Mario Ottoni Costa** — Aparelho ligamentoso do angulo colico direito funcionando como agente de oclusão intestinal. Uma formação anatomica normal, incompletamente involuida confinando com a Patologia; **Dr. Wladimir Amaral** e **Cecilio Janeiro** — Hernia diafragmatica estrangulada, com sindrome de oclusão intestinal; **Dr. Piragibe Nogueira** — Calculose do coledoco; **Dr. Attila Amaral** — Elefantiasis do escroto e penis 212

Notas e Noticias

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 216