

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 30 DE OUTUBRO DE 1924

PARA SER PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Carlos Ramos

Cirurgião dentista por esta Faculdade, ex-ajudante de preparador de Histologia,
ex-interno da 2.^a Cadeira de Clínica Cirúrgica,
auxiliar da Clínica Civil dos Drs. Freire dos Santos e
Professor Caio Moura.

NATURAL DO ESTADO DE SERGIPE

Filho legítimo de José Firmino Ramos e D. Maria Gomes de Menezes Ramos

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

Doutor em sciencias medico-cirurgicas

(DISSERTAÇÃO)

Das ureterocystoneostomias

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

BAHIA
ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS

35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1924

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR—Professor Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA
VICE-DIRECTOR—Professor Dr. SEBASTIAO CARDOSO
SECRETARIO—Dr. AGENOR DE SOUZA BOMFIM

PROFESSORES CATHEDRATICOS

Doutores:

Materias que leccionam:

João Martins da Silva	Physica Medica
Euvaldo Diniz Gonçalves	Chimica Medica
Antonio Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e toxicologica
Manoel Augusto Pirajá da Silva	Historia Natural Medica
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia Descriptiva
Adriano dos Reis Gordilho	Histologia
Aristides Novis	Physiologia
Augusto Cesar Vianna	Microbiologia
Fernando José de São Paulo	Pharmacologia e arte de formular
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica clinica e experimental
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	Pathologia Geral
Mario Andréa dos Santos	Anatomia e Physiologia Pathologicas
Alvaro Fróes da Fonseca	Anatomia Medico-Cirurgica, aparelhos e operações
Josino Correia Cotias	Hygiene
José de Aguiar Costa Pinto	Medicina Legal
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica Medica 1.ª Cadeira
Aurelio Rodrigues Vianna	Clinica Medica 2.ª »
João Americo Garcez Fróes	Clinica Medica 3.ª »
Antonio do Prado Valladares	Clinica Medica 4.ª »
Fernando Luz	Clinica Cirurgica 1.ª Cadeira
Caio Octavio Ferreira de Moura	Clinica Cirurgica 2.ª »
Antonio B. de Freitas Borja	Clinica Cirurgica 3.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	Clinica Pediatrica Cirurgica e Orthopedica
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica Obstetrica
José Adeodato de Souza	Clinica Gynecologica
João Cesario de Andrade	Clinica Ophtalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica Oto-rhino-laryngologica
Joaquim Martagão Gesteira	Clinica Pediatrica Medica e Hygiene infantil
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica Dermatologica e Syphiligraphica
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica Neurologica
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica Psychiatrica

PROFESSORES SUBSTITUTOS

1.ª Secção. Alvaro Campos Carvalho	Physica Medica
2.ª Secção.	{ Chimica Medica
3.ª Secção. Egas Muniz B. de Aragão	{ Clinica Analytica e Toxicologica
4.ª Secção. Antonio I. de Menezes	{ Historia Natural Medica
	{ Anatomia Descriptiva
5.ª Secção. Leoncio Pinto	{ Anatomia Medico-Cirurgica e Operações
	{ Histologia
6.ª Secção. Sabino Silva	{ Anatomia e Physiologia Pathologicas
7.ª Secção. Octavio Torres	Physiologia
8.ª Secção. Augusto do Couto Maia	Pathologia Geral
9.ª Secção. José Rodrigues B. Lopes	Microbiologia
10.ª Secção.	{ Therapeutica Clinica e experimental
11.ª Secção. José Olympio da Silva	{ Pharmacologia e arte de formular
12.ª Secção. Durval Tavares da Gama	Hygiene e Medicina Legal
13.ª Secção. Almir Sá C. de Oliveira	Clinica Medica
14.ª Secção. Aristides Pereira Maltez	Clinica Pediatrica, Cirurgica e Orthopedica
15.ª Secção. Agrippino Barbosa	Clinica Obstetrica
16.ª Secção. Flaviano I. da Silva	Clinica Gynecologica
17.ª Secção.	Clinica Pediatrica Med. e Hyg. Infantil
18.ª Secção. Alexandre A. Carvalho	Clinica Dermatologica e Syphiligraphica
19.ª Secção. Alfredo Couto Brito	Clinica Ophtalmologica
	Clinica Oto-rhino-laryngologica
	Clinica Neurologica e Psychiatrica

PROFESSORES CATHEDRATICOS EM DISPONIBILIDADE

Dr. João E. de Castro Cerqueira	Dr. Sebastião Cardoso
.	Dr. José Rodrigues da Costa Dória

PROFESSORES HONORARIOS

Dr. Juliano Moreira	Dr. Carlos Chagas	Dr. Thiago d'Almeida
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas Theses que lhe são apresentadas.

« To see once is better than to hear a hundred times ».

MENCIUS.

PREFACIO

Por imperiosas injunções de velho uso entre nós, vejo-me na contingencia de escrever uma these para, depois de defendida, ser galardoado com o titulo de doutor em Medicina.

Ella ahi está e espero de meus illustrados arguentes benevolencia para as falhas que de certo a inquinam, máu grado o cuidado com que me desvelei na sua feitura.

Erros hão de nella ser encontrados a cada passo, pobre these, de «pouco preço», sendo escusado dizer que á minha conta devem ser levados, por isso que a competencia e bôa vontade dos meus dignos e illustres Mestres quando me ministraram conhecimentos scientificos da profissão que vou abraçar, alem da minha frequencia nos gabinetes e enfermarias do serviço desta Faculdade, muito deviam concorrer para que trabalho de maior valor e correcção me fosse dado apresentar.

Uma vez que tal não succede, penitencio-me, esperando que estudos posteriores me proporcionem maior somma de conhecimentos praticos e theoricos.

* * *

Consta este trabalho de tres observações: a primeira gentilmente cedida pelo Prof. ADEODATO, que a tem catalogado no seu registro clinico — hospitalar e a quem agradeço sinceramente; as outras duas pelo Prof. CAIO MOURA, sendo que as acompanhei de perto, como auxiliar que tenho a honra de ser deste eminente cirurgião.

Aos demais Mestres Profs. BORJA, FERNANDO LUZ, MALTEZ e Dr. GONÇALVES MARTINS, com os quaes conversei sobre o assumpto pedindo observações, agradeço igualmente a bôa vontade que me manifestaram, animando-me a proseguir no intento, não tendo elles infelizmente casos similares com que eu mais illustrasse e valorizasse o meu humilde trabalho.

* * *

Ao terminar este preambulo, a consciencia me impõe que deixe consignado nesta pagina a immensa gratidão que devo

ao meu mestre e grande amigo Dr. FREIRE DOS SANTOS, em quem vejo a organização de um perfeito cavalheiro.

Outrosim não estaria bem commigo, se levantasse aqui a penna sem firmar o meu agradecimento sincero, perenne e muito d'alma ao Prof. CAIO MOURA, luminar e honra desta Faculdade, a quem muito devo, tanto sob o ponto de vista material e espiritual, quanto pelas grandes provas de consideração e amizade que delle recebi durante os cinco annos em que trabalhei como auxiliar da sua larga clinica civil.

À generosidade dos Drs. FREIRE DOS SANTOS e Prof. CAIO MOURA mais uma vez renovo de coração o meu agradecimento.

CARLOS RAMOS.

DISSERTAÇÃO

—
DAS URETEROCYSTONEOSTOMIAS



HISTORICO

Em 1837 POGGI fez a primeira implantação de uretér seccionado na bexiga de um cão.

No animal operado, essa anastomose retraiu-se, sobrevivendo phenomenos de retenção renal.

O mesmo resultado tiveram RACIDEMONOWSKI e FIZZONI, que praticaram igual operação pouco tempo depois.

Em 1888, POALI e BUSACHI conseguiram fazer a enxertia ureteral na bexiga sem provocar retenção renal.

No homem, a primeira implantação vesical de uretér praticou-a DEVENPORT em 1890, seguindo a via vaginal, para remediar incontinencia congenita de urina produzida por desembocamento vulvar de um uretér.

Mas a enxertia vesical dos uretéres só entrou verda-

deiramente na pratica em 1893, quando foram conhecidas as operações feitas por NOVARO e por BAZI.

A publicação de NOVARO já tinha sido feita havia alguns meses, não tendo, entretanto, chegado ao conhecimento de BAZI, que a descreveu com o nome de *ureterocystoneostomia* e com technica differente.

NOVARO operou por via sub-peritoneal, BAZI por via transperitoneal.

Depois destas primeiras intervenções, a enxertia dos uretères na bexiga tem sido praticada grande numero de vezes, mediante varios processos.



Etiologia dos ferimentos e secções dos uretères

Os ferimentos e secções dos uretères classificam-se em ferimentos *accidentaes* e ferimentos *operatorios*.

Os *accidentaes* são as secções por armas brancas ou de fogo, muito raramente observadas sem concomitancia de outras lesões visceraes.

LE FORT e DEMOUS publicaram um caso de secção de uretér por facada.

NEPVEU observou um de lesão produzida por haste de ferro enfiada em abdomen.

ZAAYER apresentou a observação de um menino que cahiu sobre um barreiro cercado de pontas de ferro, uma das quaes lhe penetrou no abdomen e lesou o uretér esquerdo.

Tambem tem havido casos de perfuração do uretér, de dentro para fóra, por corpos extranhos, sondas ureteraes e calculos, que, encalhados em certos pontos

desse conducto, determinaram ali a formação de uma bolsa, acabando por ulcerá-la e dirigindo-se para o tecido cellular ambiente, como observaram TUFFIER e MARION.

Os *ferimentos e secções operatorias* são lesões de origem obstetrica, como os determinados por partos dystocicos, applicação de forceps em bacias viciadas, compressões muito prolongadas das partes maternas pelo feto, ou, nos casos de rotura, pela queda de escaras consecutivas a esquemia.

Todas estas lesões são muito raras. As mais frequentes são as de origem operatoria, voluntaria ou não, no curso de intervenções por via vaginal e nas laparotomias.

Nas hysterectomias vaginaes tem havido um certo numero de casos de lesão dos uretéres. O uretér, quando por descuido ou impericia, é pinçado juntamente com o ligamento largo, esphacela-se ao cabo de quarenta e oito horas. Cahida a escara, forma-se uma fistula uretero-vaginal.

Este accidente se dá com mais frequencia do lado direito. TUFFIER attribue isto á posição do operador.

Lucas ~~que~~ tem o habito de hysterectomia vaginal, ~~porque~~ comprehende que todas as manobras no ligamento

largo são mais difficeis e mais perigosas desse lado, do que as que são praticadas do lado opposto.

TUFFIER exhibiu, em 1895, á Sociedade de Cirurgia, 40 observações de varios cirurgiões, nas quaes se declarava ter havido fistulas uretero-vaginaes, consecutivas a hysterectomias por via baixa. Das 27, onde o lado ferido era indicado, o que succedeu em 20, era sempre o direito.

O uretér pode ainda ser lesado no curso de certas operações de fistulas vesico-vaginaes lateraes, ou mesmo na simples colpotomia.

BAYEM—YOUNG chama attenção para o perigo que correm os uretéres nesta ultima operação e lembra a posição destes conductos logo que as trompas estão dilatadas por pús.

Nas laparo-hysterectomias por fibromas, anexite, cancer e, sobretudo, no curso de extirpações de tumores inclusos nos ligamentos largos, o cirurgião pode ferir o uretér voluntaria ou involuntariamente.

É o caso da nossa observação n. 2, em que o Prof. CAIO MOURA teve de seccionar o uretér esquerdo acima do tumor, para proceder a uma ureterocystoneostomia.

Os uretéres ainda podem ser lesados involunta-

riamente pelo operador, quando estão modificadas as suas relações para diante, para trás ou para fóra, por compressão de tumores sólidos ou líquidos que os recalcam para os ligamentos largos, ou quando têm perdido o seu aspecto normal, estirados, achatados, assemelhando-se a uma grossa veia, com a qual se confundem tanto mais, quanto o tumor os cobre e os cerca de grossos seios venosos.

Nas extirpações de neoplasmas intra-ligamentares, as secções involuntárias são mais prováveis, estando o uretér estrangulado entre dois lobulos de um fibroma, ou quando é invadido por carcinoma.

Em certas gravidezes tubárias, o simples descolamento do conducto favorece a lesão. (PERLIS e SCHAUTA).

Por ordem decrescente de frequência, vêm as largas laparo-hysterectomias abdominaes por cancer.

As secções e resecções voluntárias são praticadas correntemente depois que se conhecem os bons resultados dos enxertos uretero-vesicaes e das uretero-anastomoses termino-terminaes.

Além dos casos em que se faz mistér a secção da bexiga (observação n. 3), e nas hysterectomias totaes de

WERTHEIM por cancer uterino, os uretéres são á maioria das vezes cortados muito de proposito pelo cirurgião.

Em outras intervenções tambem este orgam tem sido lesado, como em casos de hernias do uretér, que são muito raras.

Em 1904 CORLI reuniu 11 casos, dos quaes 6 de hernias inguinaes e 5 de cruraes.

Entre as primeiras, duas vezes sómente a bexiga não acompanhou os uretéres.

É necessario prever taes ferimentos operatorios nas hernias deste conducto, quase sempre devido á atresia congenita do meato, o que faz dilatar-se secundariamente o canal e, devido ao seu descollamento, tornar-se sacco herniario.



Technica e considerações geraes

A operação de ureterocystoneostomia constitue sem duvida, como diz ALBARRAN, a mais racional das neostomias ureteraes, porque tem como resultado desembocar o uretér no proprio orgam que o recebe no estado normal.

Se a lesão for perto da bexiga, de modo que a extremidade proxima do uretér se possa suturar, sem repuxamento, no fundo desse orgam, a operação indicada será a ureterocystoneostomia.

Muitos são os processos empregados para esta intervenção, a qual têm sido praticada tanto *intra*, como *extra* peritonealmente.

Damos a seguir alguns principaes e citamos outros que são variantes dos primeiros, dizendo tambem algo sobre os empregados em nossas observações.

«Processo de NOVARO (transperitoneal) — Laparotomia mediana sub-umbelical, incisão do peritônio pelvico sobre o trajecto do uretér, a partir da bexiga até cinco centímetros de extensão; descoberta do uretér no ponto desejado.

Ligadura da bocca inferior. Reparo da superior. Um cathetér metálico introduzido na bexiga levanta-a o mais perto possível do uretér. Incisão de dez a doze millímetros sobre a extremidade desse cathetér. Incisão do uretér, de cinco a dez millímetros, ao longo do seu eixo para alargar-lhe a abertura. Sutura desta á parede vesical por tres pontos. Pontos de reforço por cima dos primeiros.

Sutura do peritônio, recobrando-os. Drenagem. É escusado sonda de permanencia.

Processo de BAZY (intraperitoneal). Analogo ao procedente, mas as suturas são feitas mucosa com mucosa, a seda, e reforçadas por dois ou tres planos de sutura.

Sonda de permanencia no uretér e na bexiga.

Processo de RAUPPORT. Este auctor emprega, para maior facilidade, uma sonda introduzida pela bexiga no uretér, através da incisão operatoria. Esta sonda

é munida de uma canula e uma mola que prende o uretér sobre esta.

Processo VAN HOOK. É analogo aos precedentes, mas o auctor corta o uretér obliquamente em ponta e sutura as paredes vesicaes por cima delle, para formar uma especie de canal intra-parietal.

Processo de BUDINGER. Semelhante ao de VAN HOOK.

Processo de ISRAEL (extra peritoneal). Incisão iliaca, como para a descoberta dos vasos iliacos. O peritônio é descollado e o uretér isolado, seccionado e implantado como nos processos precedentes.

Processo WITZEL (extra peritoneal). Este é o processo empregado pela maioria dos cirurgiões allemães.

Incisão iliaca, arregaçamento do peritônio e descoberta do uretér. Puxa-se a bexiga, eleva-se o mais possível para a parede lateral da bacia, fixando-a ahi. Tomando então o uretér, faz-se-lhe um verdadeiro canal numa dobra da bexiga assim estirada, prendendo-o ahi com pontos de categute.

Processo de BOLBY (intra peritoneal). Passam-se, de fora para dentro do uretér, dois ou tres pontos de categute a um e meio centímetros acima de sua secção.

Incisa-se a bexiga e puxam-se esses fios através

dessa incisão para o fazer resair pela parede vesical, a alguns millímetros de distancia, onde são amarrados.

Sutura-se em seguida, por dois planos, o uretér á bexiga. Fixa-se este orgam á parede pelvica e peritoniza-se.

Processo de KAJSER (intra peritoneal). Depois de ter cortado o uretér e incisado a bexiga, passa-se através da parede daquelle conducto um fio que é trazido através da incisão da bexiga. O uretér é puxado pelo fio e mantido em seguida nessa posição por um peso de 200 gr. (apparelho de extensão continua). Dão-se alguns pontos uretero-vesicaes.

Processo MACKENSODT (extra peritoneal). Descoberta extra-peritoneal do uretér, que é seccionado. Com um trocarte introduzido pela bexiga, perfura-se-lhe a parede. Retirado o trocarte, introduz-se a canula no uretér e puxa-se este para fixal-o por dois planos na bexiga.

Feito isto, retira-se a canula.

Processo de HURMER. Incisão de tres centimentros de extensão no vertice da bexiga.

Introducção por essa abertura de um bisturi que a puncciona de dentro para fóra.

Através desse orificio passa-se uma pinça que vai

receber a bocca inferior do uretér seccionado, que se tem prendido por dois fios, os quaes, atravessando em seguida a parede vesical, são amarrados.

A primeira incisão serve para verificar a posição dos fios.

Processo de SAMPSON. Analogo ao precedente, mas, no ponto de implantação a bexiga é incisada em H, e os dois retalhos, assim obtidos, são revirados sobre o uretér.

Processo de STOCCKEL (intra peritoneal). Incisão da bexiga, fixação do uretér nesta incisão e sonda ureteral de permanencia.

Processo de ALBARRAN. Descoberto o uretér pela laparotomia mediana, incisa-se a bexiga em bom logar sobre o bico de uma sonda de BÉNIQUÉ. O uretér é então fendido em dois retalhos, sobre cada um dos quaes se passa uma volta de fio. Depois estas voltas são passadas, uma de cada vez, através da parede vesical, de dentro para fóra.

Amarrados os fios, tem-se a fixação do uretér á bexiga, sem fio uretero-vesical directo, que pode produzir esclerose. Prende-se a baxiga por cima do uretér com alguns pontos de categute, que não atravessem senão a musculosa vesical, e peritoniza-se.

Processo RISSIMAN. Differe do precedente em ser a bexiga fixada á parede pelvica, incisada obliquamente e fixada a ponta do uretér por um só fio.

Processo de RICARD. O uretér seccionado é fendido e revirado como uma manga de casaco. Fixa-se por dois pontos este reviramento. A bexiga é fendida e o uretér introduzida cerca de dois centímetros.

Sutura-se a parede musculosa do uretér á bexiga por dois planos, tendo cuidado de não deixar os pontos passar na mucosa. Prende-se a bexiga ao peritônio pelvico por um fio grosso de catagute ».

Sem entrarmos na critica desses processos, devemos dizer qual a conducta a seguir para obter uma boa ureterocystoneostomia.

Além dos cuidados geraes que são exigidos pela cirurgia, é imprescindivel que se observem as seguintes particularidades:

- 1.º O novo meato ureteral deve ser o mais largo que fôr possível.
- 2.º Evitar o esticamento do uretér.
- 3.º Praticar-se com fios de catagute ou sêda o menor numero possível de pontos, para não crear no dulo cicatricial em torno delles.
- 4.º Ter-se cuidado de não torcê-lo e não esmagá-lo.

Devemos lembrar tambem as necroses ureteraes por pinçamento temporario, desnudação muito extensa do conducto e rotura de seus vasos nutritivos, que estão situados abaixo de sua tunica adventicia.

Muitos échques tem havido nesta operação, como sejam: retrahimento do novo meato ureteral, fistulas etc.

Em certos casos, os resultados operatorios podem ser imperfeitos ou nullos, emquanto em outros são satisfactorios. Depende isso, em grande parte, da technica empregada.

Observações tardias do bom funcionamento dos rins têm sido feitas por KELLY, PADRÉS, REYNALDS, ALBARRAN, LEGUEU que costuma ajudar a dilatação do novo meato ureteral com o catheterismo, e pelo Prof. CAIO MOURA nos dois casos que operou, aos quaes temos acompanhado ha mais de um anno para observação desta these, sem que tenhamos verificado phenomenos de retenção renal.

OBSERVAÇÕES

I

W. C. S., 32 annos, côr preta, casada, nascida e residente em Aracajú, Estado de Sergipe, occupava-se em serviços domesticos.

Internou-se no Hospital de Santa Isabel, enfermaria de Santa Martha, serviço gynecologico do Prof. Adeodato, no dia 20 de Setembro de 1919.

Queixava-se de incontinencia de urina e passagem de fezes pela vagina.

Não era regrada, visto ter sido hysterectomizada acerca de sete mēses.

Foi pubere aos 13 annos.

Seu catamenio sempre vinha regularmente e durava os habituaes tres dias.

Tinha dôres num dos hypocondrios, sem nenhuma irradiação.

Nunca soffreu de corrimento, nem teve molestias conjugaes Nullipara.

Não era normal a função urinaria, pollacyuria com urinas claras.

Após ter sido hysterectomizada, appareceram-lhe calefrios, febre, perdendo forças e diminuindo de peso.

Soffreu de rheumatismo e erupções cutaneas.

Ha mais ou menos seis menses sobreveio-lhe esta molestia que ella attribue á referida laparotomia que lhe fizeram em outro Estado. Disse que essa molestia tinha progredido rapidamente.

Não havia feito nenhum tratamento, por que o medico que a operou lhe disse que ella precisava de nova intervenção.

Era de constituição fraca, *facies* anemica, abdomen muito flaccido e com cicatriz longitudinal, vestigio da alludida laparotomia.

Vulva atrophiada, grandes e pequenos labios endurecidos e irritados pela presença de urina e fezes.

Vagina de permeabilidade diminuida.

No fundo desse canal notava-se um orificio por onde sahia urina e ás vezes fezes. Este orificio era rodeado de uma orla ulcerada.

Diagnostico: Fistula uretero-vaginal e vagino-rectal.

Prognostico: *Quo ad vitam*, favoravel.

Quo ad functionem, máu.

Examinada a urina, encontrou-se albumina.

Preparada a doente, foi operada em 9 de Outubro de 1919, pelo Prof. Adeodato, ajudado pelo Dr. Galdino Ribeiro.

A intervenção durou 2 horas e meia, sob anesthesia geral por chloroformio, sem accidentes.

O illustre cirurgião fez-lhe uma ureterocystoneostomia por via abdominal e fechou a fistula vagino-rectal.

Depois do descollamento do intestino que estava adherente á vagina, collocou um dreno atrás do orificio vaginal, e pôs uma sonda de permanencia.

Os dois dias seguintes á operação, a doente passou bem.

A sonda funcionava e nada fluia pela vagina.

No terceiro dia, porém, começou a sair urina por esse canal e a decair-lhe o estado geral.

Muito agitada, sub-consciente, pulso pequeno e rapido.

Medicação cardiotonica e outros cuidados que o caso exigia.

O estado geral continuou máu, manifestou-se uremia e a doente falleceu em 23 de Outubro de 1919.

II

X., 28 annos, branca, casada, natural deste Estado.

Procurou o Prof. Caio Moura, em Fevereiro do corrente anno, queixando-se de um endurecimento e augmento de volume do ventre, perdas sanguineas e dôres uterinas desde dois annos passados, as quaes pouco a pouco foram incrementando-se a ponto de lhe tornarem a vida um verdadeiro martyrio.

Regrada aos 14 annos de idade, até a data do apparecimento da molestia de que se queixava seus catamenios costumavam ser normaes.

Sentia dôres por todo o ventre até o epigastrio. Teve tres partos naturaes, nunca abortos. Urina normal, porém micção frequente nas 24 horas.

Soffria de prisão de ventre, falta de appetite e dôres de estomago.

Nada a notar no aparelho criculatorio nem no respiratorio.

Sentia perda de forças e diminuição de peso.

Nunca teve rheumatismo nem molestias de pelle.

Constituição forte.

Antecedentes de familia carentes de importancia.

No começo da molestia tomou varios remedios, sem notar melhoras.

Utero esclerosado e grande tumor que lhe era adherente.

Pro-Diagnostico: Quo ad vitam, bom.

Quo ad functionem máu.

Laparotomia mediana sub-umbelical.

Vê-se um grande tumor uterino de natureza myomatosa, muito adherente aos intestinos, bexiga e uretér esquerdo.

Depois de muito labor para descolla-lo e proceder a completa hemostasia, pôde o Prof. Caio Moura, ajudado pelo Dr. Freire dos Santos, conseguir retiral-o, seccionando o uretér esquerdo muito adherido, fazendo depois enxertia do mesmo á bexiga pelo processo de Albarran. Em seguida procederam a cuidadosa peritonização e fecharam a parede abdominal em tres planos de sutura, pondo em permanencia uma sonda de Pezzer.

Grande penso abdominal.

A operação duro 2 horas e 40 minutos, sob anesthesia geral por chloroformio, não tendo havido accidentes.

Sobrevieram alguns vomitos post-chloroformicos e, á tarde e no dia seguinte, a temperatura elevou-se.

A doente passou um tanto afflicta por natural meteorismo, mas cedendo todos os phenomenos com um purgativo de calomelanos e oleo de ricino, e algumas lavagens intestinaes.

Retirou-se a sonda no 15.º dia, data em que a paciente entrou em convalescença, tendo tido alta perfeitamente curada ao cabo de 25 dias.

Mêses depois revi a operada, que passava sempre bem, estando forte, vigorosa, com o peso augmentado e bellas côres de saude.

III

S. R. S., branco, casado, lavrador, residente no interior do Estado, tipo meso-esthenico, apesar dos seus 60 annos de idade tinha osapparehos circulatorio, digestivo e rins em bom estado.

Antecedentes pessoas em nada adiantaram ao caso.

Procurou o consultorio dos Drs. Prof. Caio Moura e Freire dos Santos, no dia 4 de Outubro do anno proximo passado. para que os mesmos lhe curassem de uma enfermidade da bexiga que o affligia ácerca de oito mêses.

Queixava-se de ter desde Fevereiro desse anno a urina misturada com sangue, o qual augmentava á proporção que ia terminando a micção. Não sentia dôres, apenas sensação de ardor quando a bexiga se achava em estado de vacuidade.

Nada mais o incommodava.

Podia passar quatro horas e mais sem urinar.

Feito o exame urologico, procedeu o Dr. Freire a uma cystoscopia exploradora no dia 7, observando um grande tumor vesical na parede lateral esquerda, com pediculo largo, comprehendendo o respectivo meato ureteral.

Foi internado no Hospital de Santa Isabel, onde occupou o leito n. 2, da Enfermaria de S. José, serviço do Prof. Caio Moura, que, ajudado pelo Dr. Freire dos Santos, praticou a operação no dia 13 do mesmo mês, fazendo uma cystectomy parcial seguida de uretero-cysto-neostomia.

A anesthesia por chloroformio durou 1 hora e 40 minutos, tempo da operação.

Permaneceu com dreno vesical do Prof. Caio Moura e sonda evacuatora, pela qual se faziam lavagens vesicaes, até o dia 14 de Novembro de 1923, quando teve alta completa-

mente restabelecido, estando a bexiga fechada desde tres dias antes.

Processo operatorio: Deitado o doente sobre a mesa, em posição horizontal, já se lhe tendo feito na vespera penso de espera e antes do acto operatorio lavagens vesicaes com solução boro-boratada e de nitrato de prata por uma sonda olivar de Gaillard, n. 22, posta no ponto e adaptada á torneirinha de Ertzbischoff, foi guarneçada a bexiga com sôro physiologico.

Fechada a torneira para impedir o esvaziamento do liquido, ficou o orgam deste modo distendido. Inclinação a mesa em posição de Trendelenburg, retirado o penso de espera e feita a antiseptia do campo operatorio com tintura de iodo, deu-se uma incisão de 10 centímetros de comprimento na linha mediana supra-pubica, a qual interessou a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo, a aponevrose da linha branca intermedia aos dois musculos rectos e pyramidaes, que se afastaram com o afastador de Lagueu, e então com o dedo indicador envolvido numa compressa, procurou-se a gordura prevesical para arregaçá-la ao mesmo tempo que o fundo de sacco peritoneal.

Aberta a bexiga, pouco a pouco descollou-se largamente a parede vesical por sobre a area occupada pelo tumôr até a tres centímetros para fóra, fixando-se o orgam á proporção desse descollamento por fios grossos de categute, passados de cada lado, mantendo-se assim suspensa a bexiga para poder ser resecada em toda a sua espesura, a dois centímetros dos limites do neoplasma, que era, como já dissemos, de pediculo largo, com quatro centímetros de diametro.

Como o neoplasma comprehendia o meato ureteral esquerdo, foi preciso libertar o uretér em extensão sufficiente,

fendê-lo longitudinalmente na extensão de um centimetro, fixá-lo por finissimos fios de seda através de uma nova abertura feita na bexiga, onde foi preso por uma sutura de reforço com categute fino.

Por ultimo, procedeu-se á reparação da bexiga resecada, após hemostasia, aproximando-se e suturando-se as bordas em dois planos, e pôz-se o dreno de vidro do Prof. Caio Moura preso á parede da bexiga, ajustado aos musculos e a pelle, por fios de categute e crina de Florença, tendo-se deixado na parte mais baixa da incisão um segundo dreno, de borracha, n. 20, afim de assegurar a perfeita drenagem do espaço de Retzius.

Feito o penso aséptico em espiga dupla da virilha, terminou-se a operação.



VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia,
em 30 de Outubro de 1924.

O Secretario-interino,
ANSELMO PIRES DE ALBUQUERQUE.