

outros muitos cirurgiões, que incisavão o períneo do escroto ao anus, e cortavão necessariamente o bulbo, não tinham a vantagem de evitar ao doente as hemorragias. Simplificar a operação, diminuir os seus accidentes, são problemas, que todos os operadores procurão resolver.

O processo cuja descripção vamos dar, parece-nos preencher estes dois fins; e os resultados dados por uma estatística conscienciosa nos ajudarão a provar o que avançamos.

Eis como o professor Dolbeau opera: Estando tudo disposto como para praticar a talha perineal, o operador introduz um grosso catheter canulado na bexiga.

*Primeiro tempo.* Praticar uma incisão de dois centímetros e meio sobre a região media chegando até a margen do anus.

*Segundo tempo.* Esta incisão é prolongada a-travez do sphincter externo e da inserção posterior do bulbo cavernoso, aproximando-se o bisturi antes do lado do recto do que do lado do bulbo.

*Terceiro tempo.* O indice esquerdo do operador é introduzido na ferida, a unha é collocada no rego do catheter como na talha ordinaria.

*Quarto tempo.* A ponta de um bisturi recto levada no rego do catheter sobre a unha faz uma incisão na face posterior da porção membranosa da urétra, incisão esta de alguns milímetros apenas, sufficiente para introduzir-se a extremidade do dilatador.

*Quinto tempo.* A extremidade do dilatador é condusida até o rego do catheter; dirige-se para a bexiga como se faz com o lithotomo; o instrumento para pôr causa de seu volume.

*Sexto tempo.* O operador com o auxilio de um mecanismo assaz simples, separa os ramos numerosos que formão uma corôa do dilatador. Estes ramos separando-se dilatão a porção prostática da uretra. Fecha-se o instrumento, faz-se penetrar, mais longe a ponta do dilatador e dilata-se de novo. Chega-se desta sorte na bexiga cujo cóllo se dilata. Este ainda sufficientemente dilatado, introduz-se o tira-pedra para segurar o calculo, depois de ter sido esmagado si seu volume não permittir a sahida pela ferida feita. O volume do calculo não deve ser considerado como uma contra-indicação desta operação.

O dilatador do professor Dolbeau assemelha-se a uma tulipa cujas petalas são estreitas e multiplas. A ponta romba do instrumento fechada é constituida pela extremidade livre das petalas reunidas; para dilata-lo basta o opera-

dor voltar, uma haste metallica que separa as petalas repellindo-as gradualmente do interior para o exterior. Os accidentes são, como se vê, mais raros por este processo, visto que o collo vesical e a prostata são dilatados e não cortados.

Algumas palayras sobre a estatística apresentada pelo inventor deste methodo, e tere-mos terminado esta pequena noticia. O Sr. Dolbeau já tem operado 22 doentes por este processo, e curaram-se 21; no ultimo a operação marchava bem e a cura era segura porem o doente suicidou-se. Neste numero de operados conta-se um doente cujo calculo tinha 4 centímetros de diametro.

Com resultados tão satisfactorios este professor julga, que seu novo processo de talha mediana com dilatação, dará serviços importantes aos cirurgiões que desejarem pratica-la.

## REGISTRO CLINICO

RUPTURA DO CORAÇÃO (VENTRICULO ESQUERDO).  
DERRAMAMENTO DE SANGUE NO PERICARDIO. MORTE  
SUBITA.

Em 14 de Janeiro de 1870, ás quatro horas e meia da tarde, deu entrada no hospital de S. José, Rosa Maria dos Santos, de cincoenta e tantos annos de idade, subitamente atacada de doença que a deixara sem sentidos.

Era já cadaver quando a observamos. Na possibilidade porém de morte apparente foi conduzida para a enfermaria do Carmo, onde se lhe fizeram infructiferamente as seguintes applicações: pediluvio synapisado, ventosas seccas na região precordial, clyster excitante e anti-spasmodico de electuario de senne e assa-fetida, succussão thoracica, inalações de ammonia; e electricidade de indução.

No dia seguinte fez-se a autopsia, encontrando-se o seguinte:

*Habita externo.*—Rigeza muscular pouco pronunciada, ecchymoses cadavericas nas partes declives, signaes de ventosas seccas na região anterior do peito, nenhum indicio de putrefacção.

*Cavidade thoracica.*—Nenhuma alteração nos pulmões a não ser congestão hypostatica. Aberto o pericardio, que apenas estava vermelho por imbição encontraram-se-lhe dentro cem grammas de liquido sanguinolento, misturado com coagulos negros e diffluentes. O coração estava augmentado de volume, descorado, flacido, e bastante gorduroso principalmente nos pontos da inserção dos grossos vasos; pesava 380 grammas. As arterias coronarias estavam steatomatosas e calcareas, porém permeaveis. Na parte anterior do ventriculo

esquerdo via-se n'uma area bastante extensa uma infiltração sanguinea, como se tivesse havido um derramamento apopleptico no tecido cardiaco; uma disseção cuidadosa revelou n'este foco a existencia d'uma ruptura de fórma linear e bordos dentados, de 10 milímetros de extensão, dirigida obliquamente em relação ao eixo do ventriculo e situada a 32 millímetros de distancia da intersecção auriculo-ventricular. Aberto depois o ventriculo pela aorta encontraram-se muitas placas atheromatosas n'esta arteria e nas valvulas sigmoideas, alguns coágulos escuros e molles, e espessura anormal da parede do ventriculo, que apresentava as seguintes dimensões: 18 millímetros na parte media, 16 na parte superior, e 12 na parte inferior, o que coincidia com diminuição da capacidade ventricular, havendo por consequencia *hypertrophica concentrica*. No ponto correspondente ao assignalado na parede externa notava-se a solução de continuidade já descripta. Não havia indícios anatomico-pathologicos de cardite ou endocardite recentes. No coração direito nada havia de notavel alem das alterações comuns já mencionadas. O exame microscopico revelou a existencia de degeneração gordurosa dos elementos histologicos do musculo cardiaco.

*Cavidade abdominal.*—Fígado hypertrophiado, pallido e molle; rim direito augmentado de volume, descorado e muito flacido. Todos os outros órgãos contidos n'esta cavidade couxa alguma manifestavam digna de menção.

*Craheo.*—Apenas o cerebro menos consistente, e alguma serosidade na cavidade dos ventriculos.

A solução de continuidade, de que acabamos de dar noticia, não foi determinada por causa *vulnerante* ou *traumatica*, mas sim por uma alteração organica preexistente do tecido cardiaco—a *degeneração ou necrobiose gordurosa*, bem estudada nos tempos modernos, graças aos trabalhos de Leennee, Bouillaud, Hope, Hesse, Rokitansky, etc.

Foi esta degeneração *primitiva, idiopathica, espontanea*, ou uma consequencia da hypertrophica cardiaca, da insufficiencia valvular, e das lesões atheromatosas da aorta

Comquanto, segundo a opinião do Dr. Cheyne, a degeneração gordurosa do coração possa existir independentemente de lesões valvulares ou outra affecção cardiaca, somos de parecer que no caso sujeito as lesões cardiacas foram a causa da degeneração gordurosa do proprio coração, o que é de um mecanismo facil de explicar, sobretudo depois das curiosas considerações do Sr. Peter sobre as phases de evolução das doenças cardiacas.

A morte nos casos de ruptura de coração não deve attribuir-se, nem á abundancia da hemorragia, nem ao desequilibrio subito das funcções cardiacas occasionado pela propria ruptura; mas sim á syncope resultante da compressão do coração pelo liquido que se extravasou n'um saco fechado e inextensivel.

Os casos de ruptura do coração, se não são extremamente raros, são pelo menos pouco frequentes; entretanto têm sido observados por Harvey, Morgagni, Bouillaud, Cruveilhier, Smith, Stokes, Pélago, Depaul, Mac Nicholl e outros. Entre nós ha apenas tres observações registadas, uma do Sr. J. Theotónio da Silva e outra do Sr. J. Coelho da Costa collegidas em um artigo publicado pelo Sr. M. B. de Sousa na *Revista medica Portuguesa* de 10 de Junho de 1864, e a terceira do Sr. Dr. J. Q. d'Avellar publicada no *Jornal da sociedade das sciencias medicas* de 30 de Junho de 1865. Pela nossa parte nunca tinhamos visto a ruptura do órgão central da circulação; observamos porém ha tempos um caso muito notavel de ruptura da aneurisma da aorta na sua origem, dando a morte com o mesmo cortejo de symptomas e pelo mesmo mecanismo que as soluções de continuidade cardiacas; este facto acha-se tambem relatado no artigo do nosso collega Souza, a que já alludimos.

Quantos casos da ordem do que fica apontado terão sido qualificados de apoplexia pela impossibilidade ou inercia de se fazerem as respectivos autopsias? Em regra a morte subita lança-se á conta de apoplexia, quando tantas outras causas de diversa e até opposta natureza a podem produzir. Ainda ha pouco o meu distincto collega e amigo, o Sr. Ferraz de Macedo, movido como eu pela curiosidade de descobrir a causa de um obito repentino n'um individuo que fôra conduzido já morto para o hospital de S. José, encontrou-a n'um embolismo da arteria pulmonar.

Fiem-se pois em estatisticas medicas medicas, quando o pratico por mais verdade ou menos escrúpulo dispensa a abertura do cadaver para a confirmação do diagnostico.

E. Motta.

(*Jorn. da S. de Sciencias Med. de Lisboa.*)