

**PEDRO TEIXEIRA**

Urologista da Beneficencia Portuguesa do Rio de Janeiro.  
Radiografias do Dr. GERALDO VIEIRA.  
Desenhos do autor.

---

***Um novo caso de divertículo  
vesical de grandes dimensões  
curado operatoriamente***

---

Separata da "REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA  
E PHARMACIA", anno IX, n. 4.



RIO DE JANEIRO — BRASIL

Officinas Graphicas de GRANADO & Cia.

1933

RC  
MNCT  
616  
TEI



# UM NOVO CASO DE DIVERTÍCULO VESICAL DE GRANDES DIMENSÕES CURADO OPERATORIAMENTE (1)

POR

**PEDRO TEIXEIRA**

Urologista da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro.  
Radiografias do Dr. GERALDO VIEIRA.  
Desenhos do autor.

Eduardo P. de L., de 52 anos de idade, português, enfermeiro. Teve infecção blenorragica aos 18 anos, complicada de oftalmia purulenta.

Em 1917, em tratamento de nova uretrite, sobreveiu polaquíúria e hematúria total; com repouso, dieta, e depois lavagens vesicais, todos os sintomas regrediram.

Em 1919 nova crise de polaquíúria e hematúrias, com acentuado tenesmo. A situação agravou-se, chegando á retenção vesical completa com infecção urinária gravé. Hospitalizou-se na Beneficência Portuguesa e só melhorou quando, ao fim de 5 dias de internado, chamado em conferência o Dr. Henrique Bastos, (2) a seu conselho lhe foi colocada uma sonda uretral de demora. Esta permaneceu 20 dias, jugulando a infecção.

Nesse mesmo ano, tendo regressado a Lisboa, o Dr. Henrique Bastos lhe diagnosticou um grande divertículo da bexiga (cistografias do Dr. Fayo e Castro). Residuo de 100 cc. em Dezembro de 1919.

De então para cá nunca mais se libertou da sonda, que precisava utilizar de uma a 3 vezes por dia e, em certos períodos de infecção, colocar de permanência. O residuo aumentou cêrca de 50 cc. por ano, e a disúria acentuou-se cada vez mais.

Grave crise de infecção urinária em 1931. Parece ter-lhe sido feita electrocoagulação do colo vesical (3) no Serviço do Professor Angelo

(1) Passaram pelo nosso Serviço, desde 1924, algumas dezenas de casos de divertículos vesicais únicos ou múltiplos, na maioria julgados sem indicação operatória pela insignificância ou ausência de sintomas. Alguns foram curados operativamente por diverticulectomia, ou melhorados por prostatectomia ou ressecção do colo vesical por haver concomitância de lesões. Reuni-los-emos num estudo de conjunto. Limitamo-nos hoje a publicar a observação dèste último caso, que as condições anatómicas tornam particularmente esquemático.

(2) Ocasionalmente de passagem pelo Rio.

(3) Esta parte da observação é resumida sôbre as indicações escritas pelo próprio doente.



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIAS  
EPIDEMIOLÓGICAS  
INSTITUTO DE MEDICINA DE CARVALHO

RC

MAR 1

616

TEI

da Fonseca, em Coimbra. Apesar-disso o residuo continuou a aumentar, teve outras crises de infecção e a disúria tornou-se extrema, assim como o tenesmo. O residuo era de 600 cc. em 1932. Para poder emitir alguma urina tinha de flectir a coxa direita, inclinar-se para diante e comprimir com o punho, fortemente, a parte direita do hipogástrio.

Vêmo-lo pela primeira vez a 23 de Junho de 1933. Traz uma sonda uretral permanente, que periódicamente desarrolha. A urina tem cheiro fétido, é muito turva, escura e azulada (bacilo piociânico). Colocou a sonda 20 dias antes, ao iniciar a viagem para o Brasil.

Declara a sua situação intolerável.

A cistografia 1, praticada em decúbito dorsal, a 28-VI-33, com 300 cc. de brometo de sódio a 10 %, mostra a existência de um grande divertículo vesical á esquerda, dando uma sombra muito maior do que a da bexiga, que se acha contraída. Vê-se ao mesmo tempo que esta se encontra deslocada para a direita pela compressão do divertículo, tocando apenas a linha mediana em um ponto da sua parede esquerda. O contôrno do divertículo é liso, o da bexiga ondulado.

Nas radiografias 2 e 3, feitas logo a seguir em decúbito lateral direito e esquerdo, a bexiga contraiu-se totalmente e esvasiou o seu conteúdo no divertículo que assim, por conter maior quantidade de liquido, aparenta maiores dimensões, mas está ainda longe da repleção completa (calculámos a sua capacidade em 700 ou 800 cc., e o divertículo apenas contém, para este exame, 300 cc. de contraste). É só o divertículo que se observa nestas duas urografias. Na Radiografia 2 vemos a sonda, colocada na bexiga, bem afastada do divertículo; a bexiga, pela sua contração enérgica, expulsou da sua cavidade todo o meio de contraste. Na radiografia 2 o divertículo aparece de perfil e de face na radiografia 3. Nesta última ha sobreposição da sonda, que se acha na bexiga vazia.

O estudo da radiografia 1 mostra-nos ainda que o colo diverticular é largo, situado na parede lateral esquerda da bexiga. No colo vesical, de cada lado da sonda, ha duas imagens lacunares (A e A') que podem attribuir-se a pequenos adenomas ou a um espessamento péri-cervical (Fig. 4; observar tambem a região do colo vesical na Fig. 6).

Pela situação do divertículo e pelo seu volume, pensámos na possibilidade de desaguar nele o ureter esquerdo. Retirámos a sonda de demora durante 4 dias para permitir que a bexiga readquirisse a capacidade indispensável para uma cistoscopia.

O toque rectal é negativo.

#### Cistoscopia a 1-VII-33.

Introdução fácil do cistoscópio. Não ha alongamento da uretra posterior. Só depois de repetidas lavagens conseguimos clarear o meio vesical. Fazemos a repleção com 500 cc. A bexiga acha-se contraída. As suas paredes estão em contacto de forma que a observação da sua

cavidade é impossível. O líquido de repleção encheu o divertículo, onde o cistoscópio penetra com facilidade. O orifício diverticular encontra-se situado para traz e para a esquerda e, como a bexiga está contraída e



FIG. 1

Cistografia em decúbito dorsal, com 300 cc. de brometo de sódio a 10 %.  
O divertículo desloca a bexiga para a direita da linha mediana.

o divertículo quasi repleto, o orifício, que é amplo, observa-se desde as 12 horas até ás 5 horas, não sendo possível vê-lo todo num só campo cistoscópico (Fig. 5). Por causa da contractura da bexiga, a que o

longo sofrimento hipertrofiou a musculosa, esta forma, junto ao rebordo diverticular, um bordalête notavelmente espesso.

A parede do divertículo é lisa em toda a extensão. Examinamo-la com particular minúcia com o intuito de descobrir nela o meato ureteral esquerdo. A pesquisa é negativa. O cistoscópio tem perfeita mobilidade dentro do divertículo.

Verificada a impossibilidade de localizar os meatos ureterais pela cistoscopia (dificuldade de momento que o conveniente tratamento da bexiga poderia possivelmente remover), resolvemos tentar a localização dos ureteres pela urografia venosa com Uroselectan B. Obtivemos a urografia 6, em que nitidamente se observa a independência entre o ureter esquerdo e o divertículo. Este último, contendo pequena quantidade de líquido, insuficiente para descolar completamente as suas paredes, parece mesmo estar separado do ureter, o que não corresponde á realidade. Verificámos no acto operatório a íntima aderência entre um e outro.

O exame clínico fez-nos concluir pela operabilidade do doente. Os exames de laboratório, praticados pelo Dr. Aristides Madeira, deram os seguintes resultados:

Azotemia.....	0,30 (uréa por litro de sôro).
Reacção de Wassermann..	Negativa.
Tempo de coagulação.....	1 minuto e 20 segundos.
FSF em 70 minutos.....	38 %.
Pressão arterial.....	Mx-16, Mn-6 $\frac{1}{2}$ (Pachon).

O exame químico da urina não forneceu contra-indicações operatórias.

**1ª Operação a 8 de Julho de 1933 — Operador: Pedro Teixeira. — Assistentes: Drs. Costa Moreira e Moura Vergueiro. — Anestesista: Dr. Arthur Breves.**

Anestesia geral pelo cloreto-éter. Incisão mediana pubo-umbilical. Extra-peritonização da bexiga e do divertículo, após secção do úraco: esta manobra é dificultada por aderências de pericistite. A parede vesical é espessa e estriada por fibras musculares particularmente evidentes, a parede do divertículo é lisa, mais fina e regularmente vascularizada. O divertículo, feita a repleção de conjunto, é muito mais volumoso do que a bexiga, fica situado á sua esquerda e empurra-a completamente para a direita da linha mediana. Pela face posterior insinua-se êle profundamente na bacia, onde parece estar intimamente ligado.

Isolámos bem a sua parede anterior, continuámos a dissociação pela parede lateral esquerda, depois pela superior, depois pela inferior, mas na parede posterior e nos polos, assim como na vizinhança do orifício vésico-diverticular, as aderências são tão íntimas que a disso-

ciação não é possível por via extra-diverticular. Fizemos então uma incisão transversal na parede anterior do divertículo e explorámos a

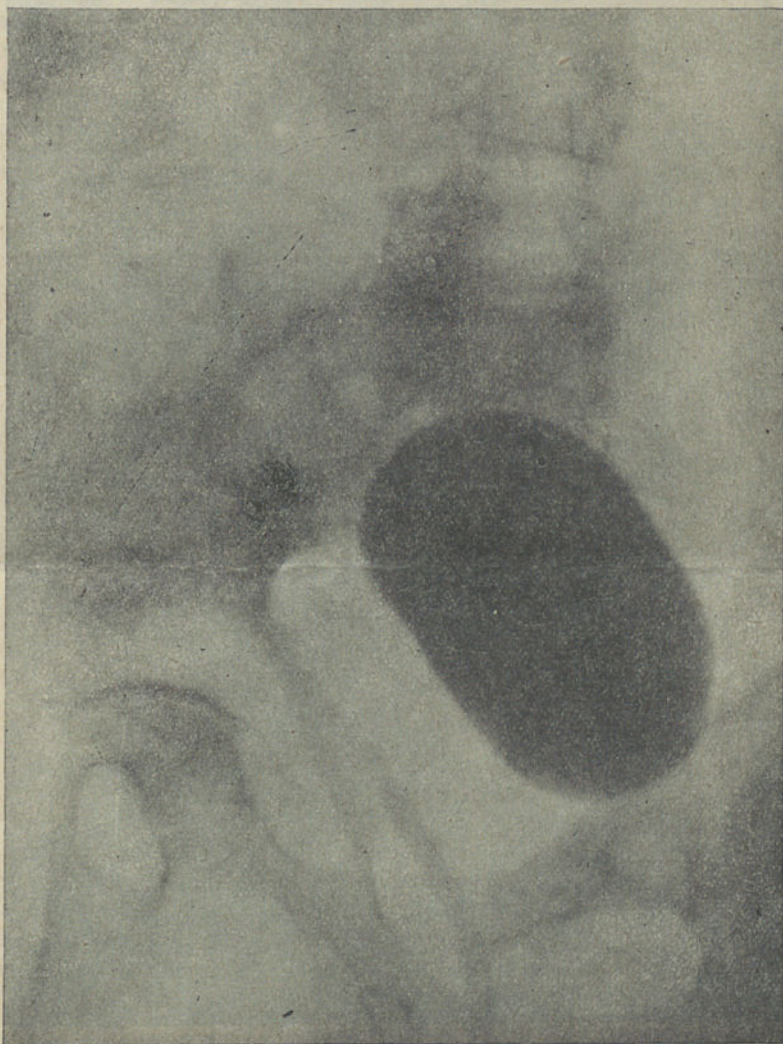


FIG. 2

Em decúbito oblíquo direito a bexiga contraiu-se e esvaziou o seu conteúdo no divertículo.

A sonda está na bexiga vazia; apenas o divertículo se vê, situado de perfil.

sua cavidade: reconhecemos o contacto da sua parede posterior com o plano profundo ósteo-muscular da bacia e, introduzindo o dedo pelo

orifício vésico-diverticular, verificámos que é largo; conseguimos passar 2 dedos através dele.

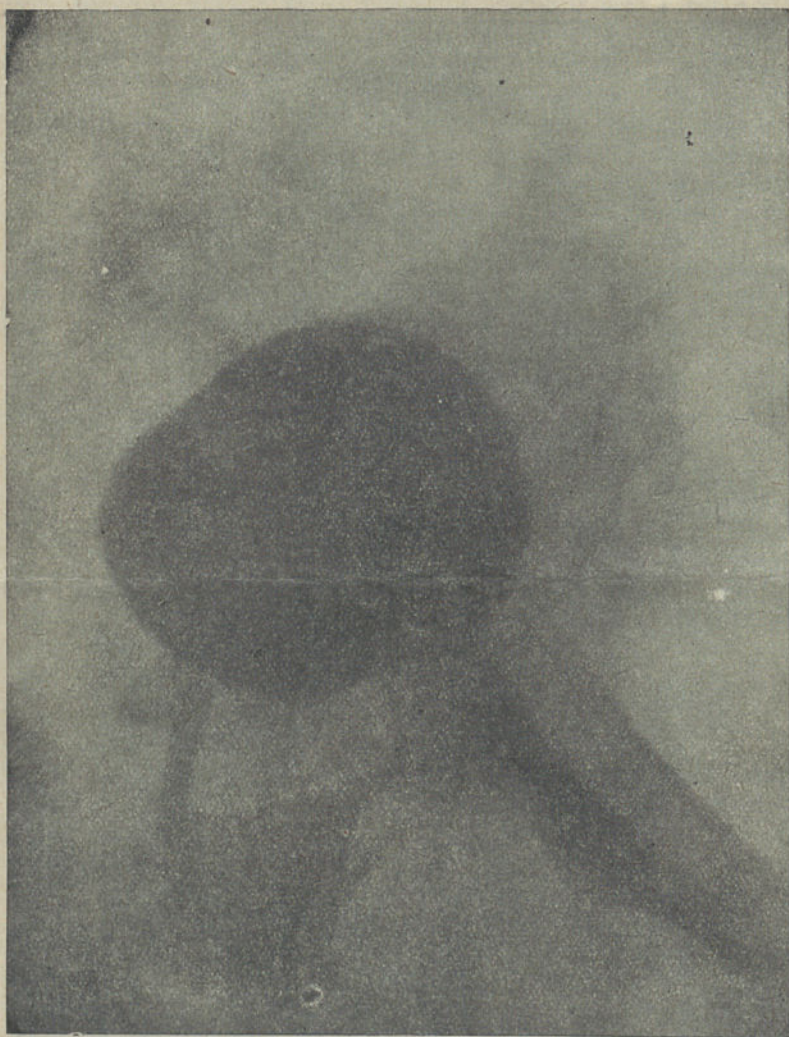


FIG. 3

Em decúbito oblíquo esquerdo, a bexiga mantém-se vazia. Apenas se vê o divertículo, de face, aparentando por isso maiores dimensões do que na radiografia anterior. A sua distensão máxima não está atingida, pois contém apenas 300 cc. de contraste e a sua capacidade orça por 700.

Tentámos isolar o colo diverticular, passando um dedo por detraz, mas os tecidos que êle encontra são fibrosos, espessos e duros, e não



conseguimos por dissociação romba separar dêles o colo diverticular (lembramos que a inclusão do ureter esquerdo entre esses tecidos nos obrigava a extrema prudência nesta manobra). Procurámos então, na incisão feita no divertículo, a zona de clivagem entre a parede diverticular e os tecidos péri-diverticulares e, encontrando-a, e exercendo tracção com pinças de Kocher colocadas progressivamente, consegui-

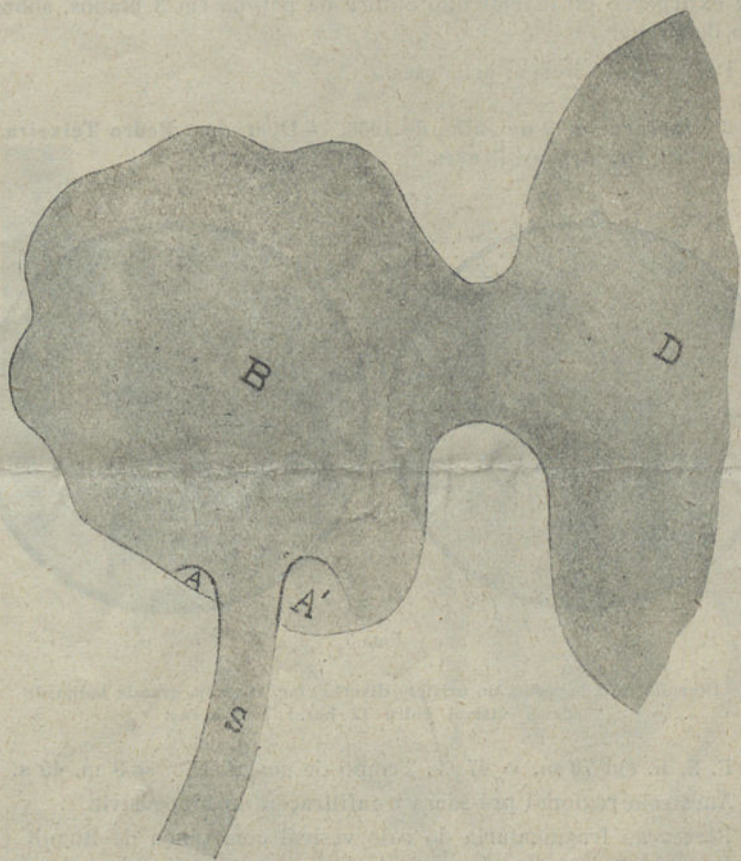


FIG. 4

Decalque parcial da cystografia 1, para mostrar as imagens lacunares da região do colo vesical. S—imagem da sonda uretral; B—bexiga; D—divertículo; A e A'—imagens lacunares pericervicais.

mos fazer o descolamento total do divertículo ora com tesoura curva, ora com compressa montada, o que foi demorado, difícil e laborioso. Na parede posterior encontrámos o ureter esquerdo que, no espaço de 6 cms., dissociámos cuidadosamente.

Seccionamos o divertículo ao nível do orifício vesical e suturámos este orifício em dois planos depois de termos feito uma cistostomia mediana para um tubo de Freyer.

A exploração directa do colo vesical mostra-o estreito e rígido, não dando passagem ao indicador. Dele nos ocuparemos num 2º tempo.

Tamponamento, com gaze iodoformada, da brecha pélvica deixada pela extirpação do divertículo. Sutura da parede em 3 planos, sobre o tubo de Freyer.

Post-operatório sem acidentes.

2ª Operação a 29 de Julho de 1933. — Operador: Pedro Teixeira. — Assistente: Dr. Arthur Breves.

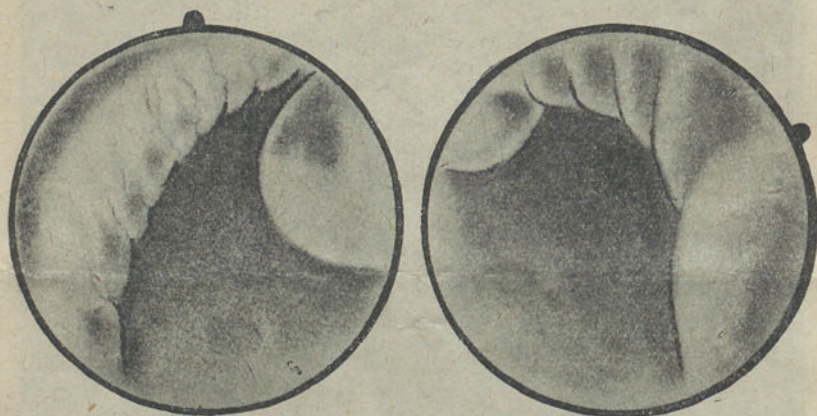


FIG. 5

Desenho de 2 aspectos do orifício diverticular. Ha uma grande bôlha de edema visível entre 12 horas e 2 horas.

F. S. F. em 70 m. = 47 %. Tempo de coagulação = 3 m. 45 s.

Anestesia regional pré-sacra e infiltração do hipogástrico.

Ressecção fragmentária do colo vesical com pinça de Ruault (Esclerose moderada). O colo vesical, que não permitia a passagem do indicador, ficou largamente permeável a este dedo. Drenagem vesical com um tubo de Freyer.

Periodo post-operatório sem acidentes. No dia 5 de Agosto retirámos a drenagem hipogástrica e collocámos uma sonda uretral de demora. Entretanto o trajecto hipogástrico não fechou espontâneamente, pelo que resolvemos fazer uma cistorrafia.

3ª Operação a 29 de Agosto de 1933. — Operador: Pedro Teixeira. — Assistente: Dr. Arthur Breves.

Anestesia: infiltração do hipogástrico.

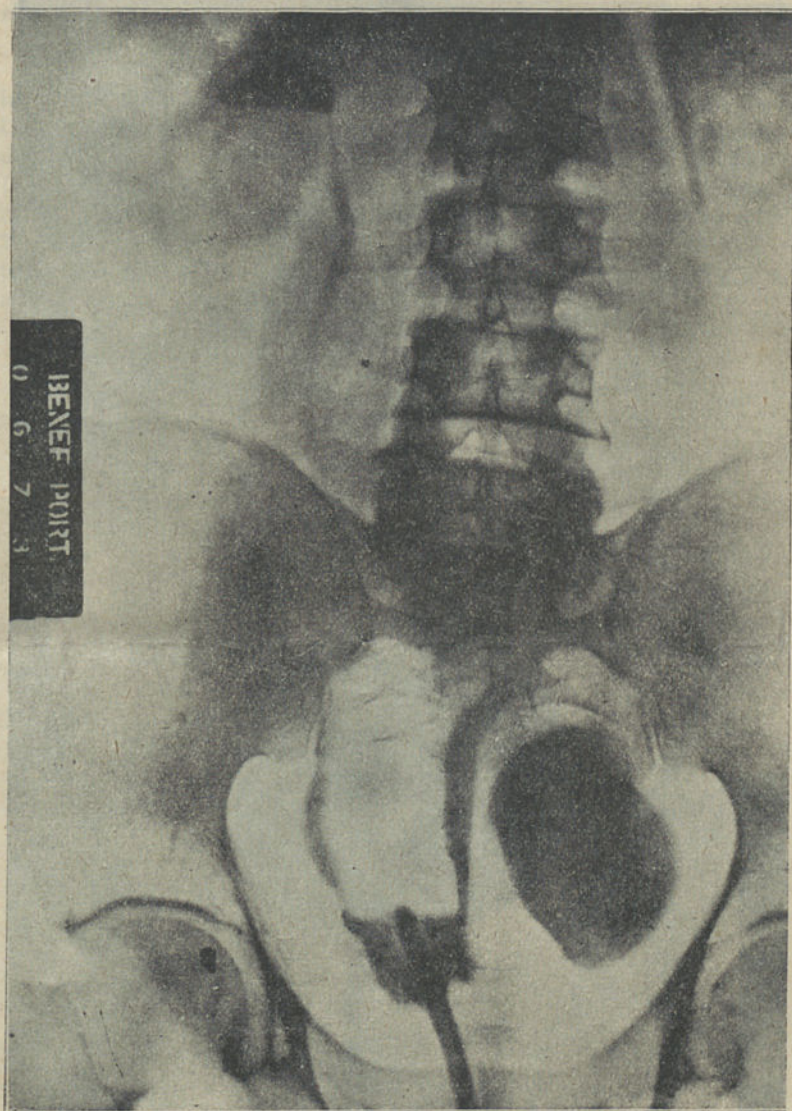


FIG. 6

Urografia intra-venosa pelo *Uroselectan B* (aos 30 minutos). Outros films tirados com tempos diferentes não nos mostram a porção pélvica dos ureteres. Observar a independência entre o divertículo e o ureter esquerdo. Observar também as saliências do colo vesical junto á sonda uretral.

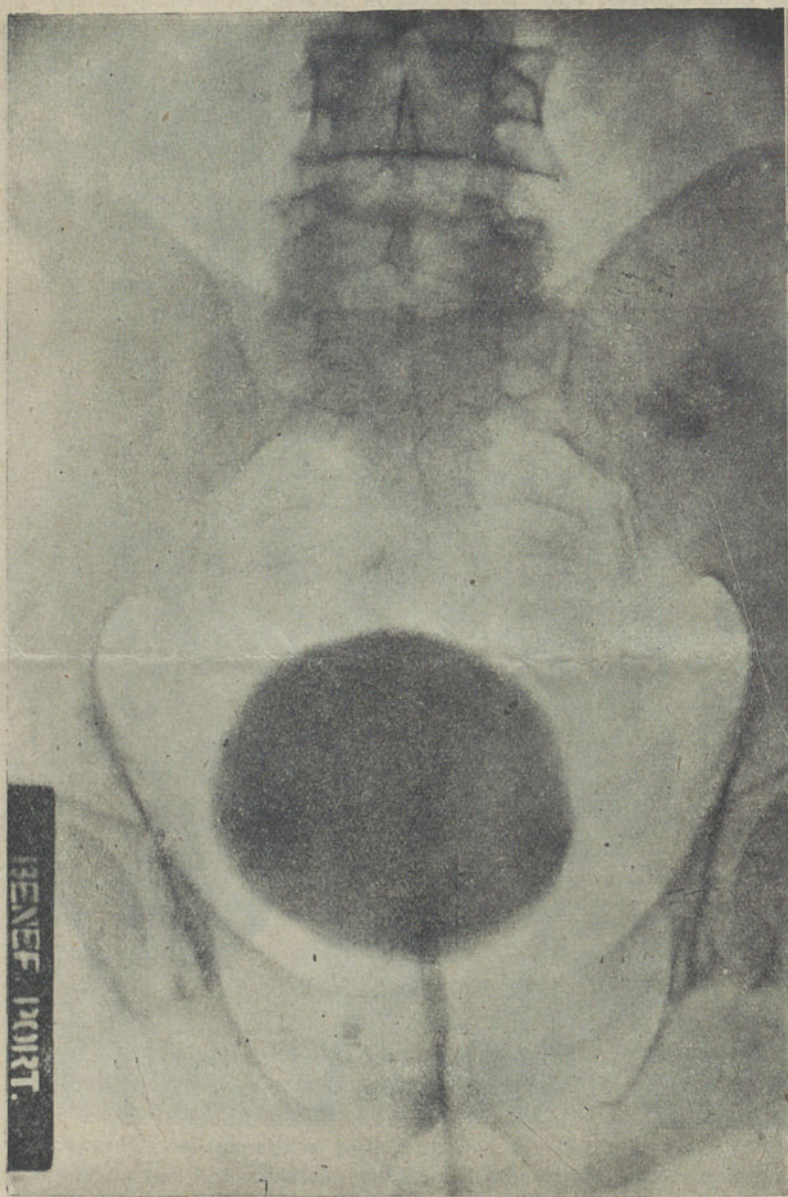


FIG. 7

Cistografia após as intervenções, com 200 cc. de brometo de sódio a 10 %. Observar a regularidade do contorno vesical e o deslocamento da bexiga para a linha mediana. Observar também o desaparecimento das imagens lacunares péricervicais.

Cura operatória da fistula vèsico-cutânea: Cistorrafia em dois planos, após ressecção do trajecto fistuloso. Sonda uretral de demora.

Retirada a sonda uretral no dia 15 de Setembro, o doente urina com jacto calibroso e de forte projecção. Esvasia a bexiga completamente. Durante uma semana deixamo-lo sem sonda de dia mas recolocamo-la de noite. No dia 23 de Setembro a sonda é retirada definitivamente. Urina 17 vezes no 1º dia, 60 a 80 cc. de cada vez. Ao fim de uma semana urina de 4 em 4 ou 5 em 5 horas, e a capacidade vesical é já de 250 cc. A urina é turva, mas a micção vigorosa, fácil e sem dor. A cistografia 7, feita a 29 Set. 33, quando tem alta do Serviço, mostra a cura anatómica da sua lesão.

Rio de Janeiro, Outubro de 1933.



BIBLIOTECA DO  
HOSPITAL DE CARVALHO





RÓ  
MU  
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



\*1329688101\*

