as funções genitais. Pelo contrário, a divisão completa dificulta a intromissão do pénis na cavidade vaginal e, em certos casos, o coito é bastante doloroso, tanto para o homem como para a mulher.

D) Aderências balano-prepuciais congénitas

Em muitos recêm-nascidos, o prepúcio adere intimamente à glande, constituindo com ela um só corpo.

Dionis observou vários casos dêste género, e Demarquay operou alguns. Nos adultos, esta anomalia é rara.

Segundo Bokaï e Schweigger-Seidel, o prepúcio encontra-se colado à glande, durante a maior parte da vida intra-uterina, e, em certos casos, descola-se sòmente na época da puberdade ou mantem-se sempre assim.

Bokaï, examinando cem crianças de idades diversas, só encontrou catorze em que o prepúcio não apresentava nenhuma aderência.

E) Obliteração congénita do orifício prepucial

A obliteração congénita do orifício prepucial é pouco freqüente, mas, examinando um recêm-nascido, o médico não deve esquecer esta anomalia, porque as conseqüências podem ser graves, se a operação que o peqùeno vivente necessita não é feita imediatamente ou poucas horas depois do seu nascimento. Traduz-se geralmente por um tumor mole, flutuante e transparente, situado na extremidade do

pénis. Umas vezes, observa-se uma depressão ou uma cicatriz congénita, no lugar que devia ocupar o orifício prepucial; outras vezes, a superfície externa do prepúcio é completamente lisa e não apresenta vestígios de qualquer abertura.

F) Fimose

Definição e divisão

Definição. — Dá-se o nome de fimose ao apêrto natural ou acidental do orifício do prepúcio (1).

Galeno, Paul d'Égine, Astruc, Verneuil e outros autores dos séculos passados falam em fimose uterina, vulvar, anal, bucal, palpebral, nasal, etc.

Realmente, êste têrmo aplicava-se, outrora, aos apêrtos congénitos ou adquiridos de quási todos os orifícios naturais do corpo, mas, hoje, emprega-se exclusivamente para designar um vício de conformação do prepúcio cujo orifício é demasiadamente estreito ou, pelo menos, insuficientemente largo para deixar descobrir a glande.

Á palavra fimose está ligada a idea de um apêrto tão pronunciado que não deixa retirar o prepúcio para trás, pelo menos quando o pénis se encontra no estado de erecção. Se o orifício prepucial, apesar de estreito e inextensível, ainda é suficiente para

(1) Fimose deriva da palavra grega φίμος que significa cordão. Os antigos deram êste nome ao apêrto ou coarctação do orifíco prepucial, por causa da sua semelhança com a abertura de uma bolsa, quando se apertam os cordões. Alguns autores dizem que a verdadeira raiz dêste têrmo é o verbo φίμαω, ou aperto.

deixar sair a glande, sem grande dificuldade nem grande esfôrço, diz-se que não existe fimose.

Divisão. — A fimose divide-se, sob o ponto de vista etiológico, em *fimose congénita* ou *natural* e *fimose adquirida*, *patológica*, *acidental* ou *sintomática*.

Alguns autores dão à primeira o nome de *fimose permanente* e aplicam à segunda a designação de *fimose temporária* ou *transitória*. Nenhuma destas designações é aproveitável porque, na maioria das crianças com fimose congénita, esta anomalia de tamanho do anel prepucial desaparece completamente na época da puberdade ou, pelo menos, atenua-se bastante; por outro lado, certas formas de fimose adquirida persistem indefinidamente ou mantêm-se durante muito tempo.

As designações de fimose congénita ou natural e fimose adquirida, acidental ou patológica são, portanto, preferíveis.

Fimose congénita

a) Freqüência

A fimose congénita observa-se em quási todas as crianças, mas, em mais de oitenta por cento dos casos, desaparece espontâneamente, quer na época da puberdade, quer alguns anos antes ou alguns anos depois.

Barwell, citado por Garnier, notou que, em noventa e quatro por cento das crianças, de dois a dez

anos, internadas no Hospital de Charring-Cross, em Londres, o prepúcio não podia ser retirado para trás, porque o seu orifício era muito pequeno.

Boyer diz também que são raríssimos os recêm-nascidos, cuja glande pode ser completamente descoberta. Na idade adulta e na velhice, a percentagem de fimóticos é muito menor.

Jansen, examinando muitos milhares de soldados belgas, encontrou uma percentagem de vinte e cinco por cento.

Mathieu (1) declara que, em 100 homens, não se observam mais do que três ou quatro casos de fimose persistente.

Examinando, sob êste ponto de vista, 825 homens (adultos e velhos), encontrâmos noventa e quatro fimóticos, isto é, uma percentagem de 11,4 por cento.

Comparando o número de fimóticos que se observa na infância com o que se observa na idade adulta, nota-se claramente que o anel prepucial se dilata, na puberdade e na adolescência.

Esta dilatação espontânea produz-se principalmente dos doze aos quinze anos, isto é, quando as erecções começam a ser fortes e freqüentes.

A fimose persiste sòmente: *a*) quando o orifício prepucial é tão estreito ou tão resistente que a glande não basta para produzir a dilatação; *b*) quando o prepúcio é tão longo que, durante a erecção, a glande não alcança o seu orifício; *c*) quando o freio é muito curto, porque, nestas condições, quanto

(1) Mathieu, *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, deuzième série, tômo xxiv, artigo *Phimosis*.

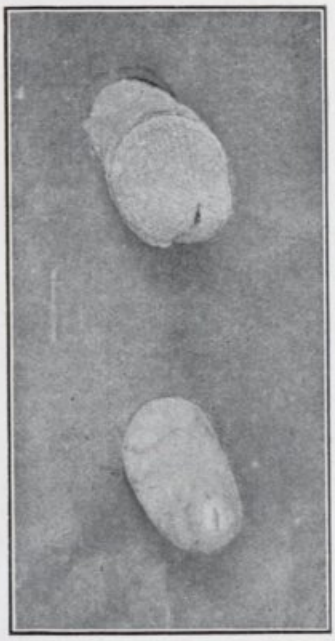

Fig. 46. — Prepucio curto; glande habitualmente descoberta.

Fig. 47. — Fimose congénita atrófica incompleta; pénis pequeno e aguçado na extremidade.

Figs. 46 e 47. — (Redução de 1/2)

mais forte é a erecção, tanto mais a glande se volta para baixo e, por conseqüência, tanto mais o seu vértice se afasta do orifício do prepúcio.

A face dorsal, voltada para diante, é demasiadamente larga para entrar no orifício e fazer a dilatação.

Quando a fimose persiste depois da puberdade, o anel prepucial aumenta de espessura, adquire uma estrutura fibrosa e torna-se inextensível. O freio aumenta também de espessura e torna-se mais resistente. A mucosa da extremidade do prepúcio torna-se igualmente mais densa e mais espessa, adquire uma estrutura célulo-fibrosa e perde a sua extensibilidade.

b) Principais variedades

A fimose congénita divide-se, segundo as dimensões do orifício prepucial, em *fimose completa* e *fimose incompleta* (Ricord) e, segundo o comprimento do prepúcio, em *fimose atrófica* ou *curta* e *fimose hipertrófica* ou *longa* (Vidal).

Diz-se que a fimose é completa, quando o orifício do prepúcio é tão pequeno que apenas pode receber a extremidade de um estilete ou quando deixa observar sòmente uma pequena parte do meato urinário, ainda que a prega prepucial seja enèrgicamente puxada para trás. Pelo contrário, quando o anel prepucial é suficientemente largo para deixar descobrir a metade ou os dois têrços anteriores da glande, a fimose diz-se incompleta.

Certos indivíduos descobrem toda a mucosa balânica quando o pénis se encontra no estado de flacidez, mas, quando o órgão entra em erecção, não conseguem retirar o prepúcio para trás, porque o seu orifício não é suficientemente largo nem extensível para deixar passar a glande, ainda que esta pouco tenha aumentado de volume (vid. Epiteliomas, observação xx).

Propomos o termo *semi-fimose* para designar esta variedade de fimose incompleta que se manifesta sòmente durante a erecção.

Segundo o comprimento da prega prepucial, a fimose divide-se, como dissemos, em fimose atrófica ou curta e fimose hipertrófica ou longa. A fimose atrófica é caracterizada pela aplicação directa e exacta de todo o prepúcio sôbre a glande, isto é, pela ausência de apêndice prebalânico. O orifício prepucial é geralmente diafragmático (vid. fig. 47).

A fimose hipertrófica caracteriza-se pelo comprimento exagerado do prepúcio que, em certos casos, passa dois, três ou mais centímetros adiante do vértice da glande. Nestas condições, o apêrto é geralmente tubular ou cilíndrico.

c) Diagnóstico

A fimose diagnostica-se fàcilmente, notando se é ou não possível retirar o prepúcio para trás e investigando se a impossibilidade de o deslocar resulta exclusivamente da coarctação do seu orifício. A hipertrofia simples do prepúcio pode confundir-se com

a fimose hipertrófica, mas o diagnóstico estabelece-se fàcilmente, deslocando a prega prepucial para trás e, no caso da deslocação ser absolutamente impossível, verificando se a impossibilidade resulta da coarctação e da inextensibilidade do orifício ou se é devida a uma insuficiência de comprimento do freio, a aderências balano-prepuciais congénitas ou acidentais, etc.

O grau de apêrto observa-se e mede-se fàcilmente, se a fimose é atrófica, porque o anel prepucial aplica-se directamente sôbre a glande. Pelo contrário, em certos casos de fimose hipertrófica, as dimensões do orifício do prepúcio só podem ser medidas rigorosamente com uma sonda. As gôtas de urina post-miccionais, a forma, o calibre e a amplitude do jacto não nos fornecem indicações importantes.

d) Acidentes consecutivos e inconvenientes

A fimose congénita expõe a acidentes variados e tem numerosos inconvenientes, alguns dos quais passamos a analizar, muito ràpidamente.

1.º) Parafimose

Dá-se o nome de parafimose à estrangulação do pénis pelo anel prepucial, deslocado para trás da corôa da glande, onde permanece, se, por manobras apropriadas, o não reconduzimos à sua primitiva posição. Êste acidente, que, em certos casos, requere uma intervenção imediata, é a complicação mais freqüente da fimose. As suas causas divi-

dem-se em dois grupos: *causas predisponentes* e *causas ocasionais*.

Causas predisponentes. — A causa predisponente principal e, por assim dizer, quási indispensável é a fimose. Não queremos dizer com isto que a parafimose só se observa nos indivíduos com o orifício prepucial apertado e pouco extensível.

Encontram-se, na literatura médica, muitos exemplos de parofimose, observados, não só em crianças e em adultos com a glande habitualmente descoberta, mas até em homens circuncisos.

Nada disto nos surpreende se nos lembrarmos de que o prepúcio ou, se é um indivíduo circunciso, a parte restante do prepúcio pode ser a sede de qualquer processo mórbido (cancros moles, cancros sifilíticos, condilomas, epiteliomas, etc.) capaz de apertar o pénis ao nível do sulco balano-prepucial.

Por outro lado, certos indivíduos, com o prepúcio habitualmente retirado para trás e sem a menor lesão prepucial, podem apresentar fenómenos de parafimose, em virtude de um certo aumento do volume da glande e da extremidade anterior dos corpos cavernosos.

Realmente, a parafimose não se observa exclusivamente nos indivíduos com fimose, mas estes são os verdadeiros candidatos ao acidente. Encontram-se poucos parafimóticos que, nos seus antecedentes pessoais ou na sua história pregressa, se não referem ao apêrto congénito ou adquirido do anel prepucial.

Como dissemos, a fimose é uma condição quási indispensável para a produção da parafimose, e esta é a complicação mais freqüente daquela, mas nem todos os fimóticos estão sujeitos a êste acidente.

Compreende-se fàcilmente que, se o orifício do prepúcio é demasiadamente apertado (fimose completa), a glande não pode ser totalmente descoberta e, por conseqüência, a parafimose não se produzirá.

Pelo contrário, se a fimose é incompleta, a glande, em virtude da sua forma cónica e da consistência mole que geralmente apresenta, no estado de flacidez, passa, a pouco e pouco, através do anel prepucial, quando os doentes fazem imprudentes esforços para retirar o prepúcio para trás.

Em conclusão, a parafimose é freqüentíssima nos indivíduos com fimose incompleta, rara nos homens com o prepúcio habitualmente retirado para trás e excepcional nos circuncisos.

Causas ocasionais. — A deslocação do anel prepucial para a parte posterior da glande é, quási sempre, o resultado de manobras manuais (1).

(1) Nas crianças, é geralmente a curiosidade, o hábito do onanismo ou o exemplo que os leva a retirar o prepúcio para trás.

Em Julho de 1921, entrou para o Hospital da Universidade de Coimbra um rapaz de seis anos, que, querendo imitar um dos seus companheiros que descobria fàcilmente a glande, produziu uma parafimose.

Nos adultos, podem intervir as mesmas circunstâncias (vid. Epiteliomas, observação IV), mas, na maioria dos casos, os motivos são outros. Umas vezes, é o desejo de lavar e desinfectar a mucosa balano-prepucial, depois de coitos suspeitos, ou é a introdução de um anel apertado que desloca o prepúcio; outras vezes, é o desejo de

Todavia, nos indivíduos com fimose incompleta e atrofia do prepúcio (fimose incompleta de tipo atrófico), pode estabelecer-se uma parafimose, durante o coito com uma mulher virgem ou mesmo desflorada, se o orifício vulvo-vaginal é apertado.

GUERSANT, TILLAUX, HEISTER, DEMARQUAY, BOURGEOIS e outros autores referem-se a vários casos de parafimose, produzida na primeira noite de núpcias.

Na altura em que o vértice da glande força o orifício himenial, os bordos dêste, se são resistentes, detêm o prepúcio e obrigam-no a recuar até ao colo do pénis. Alguns indivíduos, vendo o seu pénis inflamado, convencem-se de que não tiveram as primícias e julgam-se infectados pelas suas mulheres. É necessário que o médico os convença do contrário.

HEISTER publicou vários casos dêste género, e DEMARQUAY refere-se também a um caso idêntico, observado por BOURGEOIS.

observar directamente qualquer lesão sub-prepucial ou de conhecer a causa de pruridos intensos, demorados e repetidos.

Pelos casos que tivemos ocasião de observar, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, podemos afirmar que, a maior parte das vezes, o que convida o adulto, com fimose, a retirar o prepúcio para trás é o desejo de observar directamente qualquer lesão sub-prepucial

O prurido intervem também num grande número de casos. Em Março de 1919, encontrava-se, na enfermaria de Urologia da Universidade de Coimbra, um indivíduo de vinte e quatro anos, casado havia oito dias, que, sentindo um prurido intenso ao nível da glande, retirou violentamente o prepúcio para trás, produzindo uma parafimose que não conseguiu reduzir.

Nos arquivos da Clínica Cirúrgica encontram-se registados vários casos idênticos a êste.

2.º) **Balano-postites**

Sob o ponto de vista etiológico, podemos dividir as balano-postites em dois grupos: *balano-postites primitivas* e *balono-postites secundárias, consecutivas* ou *sintomáticas* de lesões locais.

As primeiras surgem espontâneamente *(balano--postites espontâneas)* ou são provocadas pelo coito *(balano-postites venéreas);* as segundas sucedem a diversas lesões da glande, do prepúcio ou da uretra (cancros simples, cancros sifilíticos, placas mucosas, condilomas, cálculos prepuciais, uretrites banais ou gonocócicas, etc.) ou são o resultado da localização peniana de certas doenças infecciosas, tais como a varíola (balano-postites variólicas), a escarlatina (balano-postites escarlatinosas), a difteria (balano--postites diftéricas), etc.

Segundo ALFRED FOURNIER (1), as balano-postites primitivas espontâneas são as mais freqüentes. Estão em segundo lugar as balano-postites provocadas por lesões locais pre-existentes, e em último lugar as balano-postites primitivas de origem venérea. A fimose ocupa um lugar de destaque na etiologia destas inflamações.

« A mon sens et d'après mes recherches personnelles — diz FOURNIER — il est une condition capitale qui domine l'étiologie de la balanite, c'est le phimosis, ou plutôt, d'une façon générale, c'est l'*état couvert* du gland. Cette disposition anatomique a une importance telle ici que souvent elle suffit, *seule*, à développer la maladie sans le concours d'autres causes adjuvantes. Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des personnes affectées de phimosis, qui, en dehors de tout rapport suspect, en dépit des soins de propreté les plus assidus, ne

(1) *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, tômo IV, artigo *Balanite*.

peuvent éviter de fréquentes et interminables balanites. Inversement, l'affection est très-rare chez les sujets à prépuce court, et d'autant plus rare que le prépuce est plus court; elle ne se rencontre jamais, du moins elle est aussi exceptionnelle que possible, chez les sujets circoncis. Chez les nouveau-nés, chez les enfants, on voit parfois se produire, au grand effroi des familles, des suppurations verdâtres et épaisses qui s'écoulent du prépuce et tachent le linge à la façon d'une blennorrhagie vénérienne. Ces suppurations ont été regardées trop souvent comme l'effet d'une contamination au passage ou le résultat d'une infection héréditaire; elles sont simplement produites par une balanite ou une balano-posthite essentiellement spontanée, dont le phimosis est la seule et véritable cause.

«Si le phimosis suffit par lui seul à déterminer la maladie que nous étudions actuellement, à plus forte raison la produira-t-il alors qu'il sera secondé par des causes d'irritation locale (malpropreté, abus vénériens, excitation mécanique du coït, rapports avec des femmes affectées d'écoulements vaginaux ou utérins, etc.). Cela se conçoit de reste; non-seulement, en effet, la conformation vicieuse des parties rend difficile et incomplète la détersion du gland; non-seulement elle retient sous le prépuce, à la suite du coït, des liquides irritants, mais encore elle crée une dispositon spéciale à l'inflammation par l'adossement continu des muqueuses, par la ténuité de leur revêtement épithélial et par la sensibilité exagérée de leur surface. Sans doute les causes d'irritation locale que nous venons de signaler et d'autres encore ont une certaine part dans le développement de la balanite, puisque sans elles souvent la maladie ne se serait pas produite.

«Mais il ne faut pas moins reconnaitre que ce sont là de simples causes déterminantes; leur action pathogénique ne s'est accomplie qu'en rencontrant, pour ainsi dire, un terrain préparé; elle fût restée impuissante dans des conditions inverses, comme le démontre l'immunité des sujets circoncis.

«La plus grande part dans la production du mal revient donc à l'état anatomique des parties, au phimosis, à l'état couvert du gland».

A fimose é, realmente, o principal factor etiológico das inflamações das mucosas balânica e prepucial. Robert observou estas inflamações no cão e noutros animais, cujo pénis se encontra habitualmente coberto, e nós conhecemos vários fimóticos que se queixam de balano-postites repetidas, essencialmente espontâneas. Alguns são encomodados

por esta doença mais de duas ou três vezes por ano, apesar dos cuidados constantes com a higiene dos seus órgãos genitais. A irritação produzida pelos produtos de decomposição do esmegma ou pelos produtos da fermentação amoniacal da urina estagnada na cavidade do prepúcio são as causas mais freqüentes das balano-postites espontâneas que se observam nos fimóticos. O bacilo do esmegma, o estafilococo, o coli-bacilo e certas variedades de aspergilos, que se encontram principalmente na urina dos diabéticos (1), desempenham também, em certos casos, um papel muito importante.

Nos indivíduos cuja glande se descobre fàcilmente, as balano-postites venéreas são também muito menos freqüentes do que nos fimóticos, não só porque a limpesa e a desinfecção da mucosa balano-prepucial são muito mais fáceis, mas ainda porque se evita mais fàcilmente a estagnação do pús blenorrágico ou de qualquer outra matéria infectante, na cavidade do prepúcio.

A fimose perturba bastante a marcha e a terminação das balano-postites.

Em geral, estas inflamações são tanto mais demoradas, quanto mais apertado é o orifício do prepúcio. Como êste orifício se aperta quando os seus

(1) Demarquay admitia que as balano-postites dos diabéticos eram produzidas pelos produtos de fermentação da urina assucarada, mas Niepce demonstrou que a verdadeira causa da doença é um parasita vegetal da família dos aspergilos, observado por Friedreich na urina de quási todos os indivíduos com diabetes.

Giovanni Orth (*Diagnóstico anátomo-patológico*, trad. italiana de Mário Carrara, Torino, 1911) dá a estas inflamações da mucosa balano-prepucial o nome de *balano-postites aspergilinas diabéticas*.

bordos se inflamam, estabelece-se um verdadeiro círculo vicioso entre a balano-postite e a fimose.

3.º) Doenças venéreas

A fimose congénita desempenha um papel importante na etiologia das doenças venéreas. As uretrites e as balano-postites blenorrágicas, os cancros moles, os cancros sifilíticos, etc., são, com efeito, muito menos freqüentes entre os povos que conservam o hábito da circuncisão (israelitas, mahometanos) do que entre nós.

Compreende-se fàcilmente a razão desta diferença. Nos indivíduos circuncisos e nos que descobrem fàcilmente a glande, tanto no estado de erecção, como no estado de flacidez, as lesões traumáticas, produzidas durante o coito, são raríssimas; por outro lado, a mucosa balano-prepucial, além de oferecer uma certa resistência à penetração dos gérmenes que vivem nas secreções vaginais, pode ser fàcilmente lavada e desinfectada, depois do coito.

Já não sucede o mesmo quando o prepúcio é demasiadamente longo e, sobretudo, quando o seu orifício é muito estreito. Nestas circunstâncias, a mucosa balano-prepucial não pode ser convenientemente lavada nem bem desinfectada, depois da cópula, e, por conseqüência, a matéria infectante, que se acumula entre a glande e o prepúcio, tem ocasião mais do que bastante para inocular no homem os gérmenes da doença da mulher.

Por outro lado, as lesões traumáticas do freio do pénis e do anel prepucial, produzidas durante o coito,

são incomparàvelmente mais freqüentes entre os fimóticos do que nos indivíduss que descobrem fàcilmente a glande, e ninguem ignora que estas lesões constituem uma porta de entrada franca para os agentes infecciosos, banais ou específicos.

Em certos fimóticos, basta, por vezes, um ligeiro esfôrço para produzir uma ruptura do freio ou do anel propucial. Em 25 de Novembro de 1919, entrou para a enfermaria de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, um homem de vinte e nove anos, com fimose congénita, natural de Condeixa, que, no acto da cópula com uma meretriz, tinha produzido uma ruptura do freio, sem executar grandes movimentos, nem empregar grandes esforços. Na ocasião do acidente, sentiu uma dôr viva. Nos dias seguintes, a metade anterior do pénis aumentou de volume e de consistência, a pele tomou uma côr avermelhada e, pelo orifício prepucial, começou a sair um exsudato purulento, amarelado e com laivos de sangue.

O doente queixava-se de dores espontâneas e provocadas pela pressão.

Durante as micções, sentia um ardor intenso.

Quando entrou para o hospital, a extremidade anterior do seu pénis encontrava-se muito aumentada de volume, apresentava uma consistência dura e era dolorosa à pressão. Através do orifício prepucial, saía um corrimento purulento com células epiteliais e com alguns diplococos positivos ao Grám. Os gânglios inguinais estavam aumentados de volume e eram dolorosos à pressão. Fez-se o desbrida-

mento dorsal do prepúcio e encontrou-se um cancro duro, implantado sôbre o freio, e uma balano-postite total.

Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, entram, quási todos os dias, fimóticos com doenças venéreas, cuja história clínica é absolutamente semelhante a esta. As rupturas do freio e do anel prepucial, as erosões e as excoriações da glande ou do prepúcio são, com efeito, muito freqüentes nestes indivíduos.

Contraída a doença, o seu diagnóstico é muito mais difícil entre os fimóticos do que nos indivíduos cuja glande se descobre fàcilmente. Um cancro sifilítico pode ser confundido com um condiloma, com um cancro mole ou com qualquer outra lesão sub-prepucial.

Quando a fimose é completa, o médico pode inclusivamente confundir uma balano-postite com uma uretrite, se não faz o desbridamento do prepúcio.

Feito o diagnóstico da doença, o seu tratamento é também muitíssimo mais difícil, a evolução é muito mais lenta e as complicações (gangrena da glande, perfuração do prepúcio, flegmões, abcessos, etc.) são mais freqüentes e mais graves.

4.º) Aderências balano-prepuciais

As aderências entre a glande e o prepúcio são muito freqüentes nos indivíduos com fimose congénita.

Nós tivemos ocasião de observar vários casos, na enfermaria de Clínica Urológica da Faculdade de

Medicina de Coimbra, e poucos serão os médicos que, durante a sua vida clínica, não são consultados por muitos doentes que se encontram nas mesmas circunstâncias.

A irritação resultante do contacto imediato das duas mucosas, balânica e prepucial, as erosões e as ulcerações determinadas pelos produtos de decomposição do esmegma, a maceração do epitélio, produzida pela urina estagnada, e as balano-postites repetidas são as causas principais. Em certos casos, estabelece-se uma verdadeira fusão do epitélio do prepúcio com o da glande, mas, a maior parte das vezes, formam-se bridas, de comprimento variável, entre as duas mucosas, balânica e prepucial.

No seu início, estas bridas são, em regra, delgadas, estreitas e moles, limitam-se a uma pequena porção da cavidade do prepúcio e desfazem-se fàcilmente com uma sonda-cânula ou com um estilete. Mais tarde, tornam-se largas, espessas, duras, resistentes, e, por vezes, são tão vascularizadas que a sua secção dá lugar a hemorragias abundantes, como num caso observado por Desruelles.

Cullerier declara que se viu sèriamente embaraçado para descolar a glande do prepúcio, num indivíduo que contava, no seu passado, várias balano-postites e que apresentava, na ocasião, uma sínfise balano-prepucial muito resistente.

O Ex.mo Sr. Dr Júlio da Fonseca, digníssimo Conservador do Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra, comunicou-nos que operou, em França, um soldado com

uma sínfise balano-prepucial tão sólida que só com uma tesoura e com um bisturi conseguiu libertar a glande. Nestes casos em que só a tesoura e o bisturi podem triunfar, todo o cuidado é pouco para evitar a destruïção do epitélio da glande e as hemorragias abundantes, que freqüentes vezes se estabelecem. As aderências podem ser totais ou parciais.

As primeiras ocupam toda a cavidade balano-prepucial (sínfise completa); as segundas formam-se sòmente ao nível da corôa da glande e do sulco balano-prepucial ou desenvolvem-se em diversos pontos da mucosa balânica e revestem, por vezes, a forma de septos ou de tabiques que dividem a cavidade do prepúcio em diversos compartimentos, irregulares e de dimensões variadas.

A maior parte das vezes, as aderências que se estabelecem entre a glande e o prepúcio são parciais, mas, na literatura médica, encontram-se muitíssimos exemplos de sínfise completa, alguns dos quais são muito interessantes.

Fabrice de Hilden observou um rapaz, de vinte anos, com uma sínfise balano-prepucial tão sólida que a glande e o prepúcio formavam, por assim dizer, um corpo único, e J. L. Petit refere-se a um indivíduo que, na noite de núpcias, se viu sèriamente embaraçado por causa de uma sínfise balano-prepucial completa, consecutiva a uma balano-postite antiga.

O Ex.mo Sr. Prof. Dr. Bissaia Barreto, numa lição clínica sôbre apêrtos de uretra, publicada no *Movimento Médico* de 15 de Setembro de 1910, refere-se

também a um doente da clínica hospitalar com fimose congénita e sínfise balano-prepucial total. O anel prepucial estava intimamente unido ao meato urinário, com o qual formava um só corpo.

Os casos déste género são freqüentes, mas julgamos inútil multiplicar o número de exemplos.

Nestas circunstâncias, o simples descolamento do prepúcio, por destruïção das aderências com uma sonda-cânula ou com um estilete, é, quási sempre, impossível ou, pelo menos, bastante difícil; por conseqüência, o cirurgião, muitas vezes, tem necessidade de recorrer à tesoura ou ao bisturi, a fim de fazer uma dissecção minuciosa e delicada.

5.º) Cálculos prepuciais

Nos indivíduos com fimose congénita completa, as dificuldades de escoamento da urina, através do orifício do prepúcio, dão lugar à dilatação da cavidade balano-prepucial e à sua transformação numa verdadeira bexiga pre- ou peri-balânica. A maior parte das vezes, esta cavidade encontra-se completamente vazia ou contém apenas uma pequena porção de esmegma, misturada ou não com algumas gotas de urina, mas, em certos casos, apresenta-se cheia de cálculos, de tamanhos diferentes e de formas variadas.

Nestas circunstâncias, a extremidade do pénis é volumosa, dura e resistente, crepita sob os dedos, e dá-nos a sensação táctil de uma bolsa cheia de milho ou de areia grossa.

O Ex.mo Sr. Prof. Dr. J. Marques dos Santos ob-

servou, em Cabanas, um homem com diversos cálculos entre o prepúcio e a glande. Êste homem estava habituado a extrair os mais pequenos com uma delgada haste de madeira.

Noël, Morand, Sabatier, Bégin, Zahn e outros cirurgiões observaram também alguns fimóticos com diversos cálculos prepuciais, de dimensões variadas.

Número. — O número de cálculos é variável. Brodie chegou a contar mais de sessenta no mesmo doente; outros autores referem-se a exemplos de um cálculo único. Em geral são múltiplos.

Dimensões. — Distendendo o prepúcio e comprimindo a glande, os cálculos prepuciais podem adquirir grandes dimensões na cavidade que os contém. No mesmo doente, encontram-se, quási sempre, cálculos de diversos tamanhos.

Bégin observou um que tinha aproximadamente o volume de um ovo de pomba, e Velpeau extraiu outro que pezava 130 gramas. Noël, Morand e Sabatier referem-se também a um cálculo do prepúcio que pezava oito onças (230 gramas) e que media seis polegadas de circunferência, isto é, dezasseis centímetros e meio. Pelo contrário, um indivíduo observado por J. L. Petit apresentava apenas um cálculo do tamanho de um grão de aveia, que se encontrava encravado no orifício prepucial e que não deixava sair a urina.

Forma. — A forma dos cálculos prepuciais é va-

riável e está mais ou menos em relação com o seu número e com as suas dimensões.

Ordinàriamente são facetados, à semelhança dos cálculos de colesterina ou de grãos de milho, mas, em certos casos, apresentam uma configuração especial que depende das suas relações de contacto com a glande.

O cálculo a que acima nos referimos, observado por Bégin, tinha uma forma mais ou menos arredondada e apresentava uma excavação, destinada a receber a glande.

O outro cálculo a que também nos referimos, observado por Velpeau, constituia um verdadeiro molde da glande e apresentava, na sua parte anterior, um orifício, através do qual saía a urina e o esperma.

Na literatura médica, encontram-se também alguns casos de cálculos prepuciais que formavam verdadeiros aneis, em tôrno da glande e do colo do pénis.

Origem. — Sob o ponto de vista da sua origem, os cálculos prepuciais dividem-se em dois grupos: *cálculos de origem autoctona* e *cálculos migradores*.

Os primeiros formam-se na cavidade prepucial; os segundos têm a sua origem nos rins ou na bexiga, atravessam a uretra, arrastados pela urina, e caem na cavidade do prepúcio, onde permanecem, se o diâmetro do orifício prepucial não é suficiente para os deixar saír.

Natureza. — Majocchi classifica os cálculos do

prepúcio, segundo a natureza das substâncias que os constituem, em três grupos:

a) *Esmegmolitos;*

b) *Balanolitos;*

c) *Cálculos mixtos.*

Esmegmolitos. — Os esmegmolitos são, como o seu nome indica, cálculos constituídos pelo esmegma que se acumula na cavidade do prepúcio e que adquire uma consistência dura, incrustando-se de uma pequena quantidade de sais de cálcio, principalmente de fosfatos e de carbonatos. Todos os esmegmolitos são cálculos de origem exclusivamente autoctona.

Balanolitos. — Maïocchi serviu-se da palavra balanolitos para designar todos os cálculos prepuciais, autoctonos ou migradores, constituídos por uma ou mais substâncias salinas da urina (oxalatos, carbonatos, fosfatos, uratos, etc.).

Esta designação é manifestamente imprópria e pode dar lugar a confusões, porque os esmegmolitos também são balanolitos, isto é, cálculos da glande.

O mesmo sucederia se Maïocchi lhes tivesse dado o nome de prepuciolitos (pedras ou cálculos do prepúcio) ou de balano-prepuciolitos (cálculos da cavidade balano-prepucial).

O termo urolitos parece-nos mais apropriado para designar os cálculos formados pela precipitação da matéria lítica que habitualmente se encontra dissolvida na urina.

Cálculos mixtos. — Os cálculos mixtos são constituídos por esmegma e por matéria lítica da urina, em quantidades aproximadamente iguais. Estes cálculos são ordinàriamente estratificados, isto é, formados por camadas diferentes de esmegma e de substâncias minerais, mas, em certos casos, estas duas substâncias encontram-se intimamente misturadas.

Principais conseqüências. — Erosões, excoriações e ulcerações da mucosa balano-prepucial; balano-postites; atrofia e até lesões de gangrena da glande, produzidas por compressão; necrose do prepúcio, produzida por distensão pronunciada; erecções dolorosas; coito difícil ou mesmo impossível; retenção de urina e de exsudatos muco-purulentos, etc.

Demeaux observou um indivíduo que, durante as micções, se servia de um alfinete para afastar, do orifício prepucial, os cálculos que o obturavam e impediam a saída da urina. No caso a que nos referimos, observado por J. L. Petit, o doente apresentou-se com retenção de urina, determinada por um pequeno cálculo que obturava o orifício do prepúcio.

6.º) Epiteliomas

Entre a fimose congénita e os epiteliomas do pénis, parece existir uma relação de causa para efeito. No ano lectivo de 1919-1920, o Ex.mo Sr. Prof. Dr. Angelo da Fonseca chamou, várias vezes, a nossa atenção para êste facto, apresentando-nos alguns casos que se encontravam nas suas enfermarias e decla-

rando-nos que, tanto no estrangeiro, como nas suas clínicas particular e hospitalar, tinha notado a existência de fimose nos antecedentes pessoais de quási todos os doentes com epiteliomas do pénis.

Quando o prepúcio é exageradamente longo e principalmente quando o seu orifício é demasiadamente pequeno, a limpeza da mucosa balano-prepucial é difícil ou mesmo impossível.

Nestas condições, os produtos de decomposição do esmegma e as substâncias que resultam da fermentação amoniacal da urina irritam a mucosa balano-prepucial e, muitas vezes, determinam, à superfície da glande ou sôbre a face mucosa do prepúcio, uma proliferação epitelial pronunciada, com ou sem descamação das células superficiais, que pode ser o ponto de partida de um epitelioma.

A maior parte das vezes, o tecido conjuntivo da derme prolifera também, dando origem a formações papilares que, numa dada altura, podem entrar em evolução epiteliomatosa, quer espontaneamente, quer sob a influência da mesma irritação que as produziu, de traumatismos repetidos, de aplicações locais de substâncias cáusticas ou irritantes, etc.

Realmente, a fimose ocupa um lugar de destaque na etiologia dos epiteliomas do pénis, porquanto esta doença, muito freqüente nos fimóticos, é muitíssimo rara nos indivíduos com a glande habitualmente descoberta e, segundo alguns autores, nos povos circuncisos (maometanos, judeus, etc.) observam-se menos casos do que entre nós.

Há mais de um século, que os cirurgiões ingleses

começaram a notar esta relação etiológica entre a fimose e os epiteliomas do pénis. A mesma relação foi, depois, notada pelos cirurgiões de quási todos os países da Europa, e, hoje, ninguém a põe em dúvida.

Em doze casos de epiteliomas do pénis, HEY observou nove em que a doença tinha sido precedida de fimose. WAD notou igualmente o mesmo vício de conformação do prepúcio em quási todos os indivíduos que tinham a doença a que nos referimos.

No relatório de uma viagem de estudo a Londres, em 1814, ROUX declara que a fimose é a causa predisponente mais vulgar e mais importante do epitelioma do pénis.

« *Nous vîmes toujours* — diz êste cirurgião — *le phimosis congénital ou accidentel avoir précédé le cancer de la verge* ».

BOYER, referindo-se à mesma doença, diz:

« *On a observé qu'un grand nombre de ceux auxquels cette maladie est survenue étaint atteints d'un phimosis qui ne leur permettait pas de découvrir le gland* ».

HOLMES, LEGNEAU, JAMES EWING, KAUFMANN, LEGUEU ET PAPIN, MONOD ET BRUN, E. MATHIEU, VOELKER, DEMARQUAY e outros autores afirmam também que a maior parte dos indivíduos com epiteliomas do pénis são fimóticos de nascença. De cinqüenta e nove doentes observados por DEMARQUAY, quarenta e dois eram fimóticos.

Segundo BARNEY, a fimose nota-se em oitenta e cinco por cento dos casos.

Nós notámo-la em todos os doentes que observá-

mos, no Hospital da Universidade de Coimbra, e encontrámo-la mencionada nas papeletas dos doentes antigos, que continham algumas notas clínicas (vid. observações III, IV, VI, XI, XIV, XVII, XVIII, XIX e XX).

Examinando os exemplares que se encontram no Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral da Universidade de Coimbra, pareceu-nos que os indivíduos a quem estes exemplares foram amputados eram quási todos fimóticos (vid. a parte macroscópica das observações).

Tentámos apreciar esta questão com casos observados também nos hospitais de Lisboa e Pôrto, mas isto não nos foi possível porque, nas papeletas dos doentes, não se encontrava nenhuma indicação a êste respeito.

7.º) Incontinência nocturna de urina

A incontinência nocturna de urina é, muitas vezes, de origem reflexa. A fimose, os pólipos do meato urinário, os vermes intestinais, as vegetações adenóides, etc., irritando as extremidades dos nervos sensitivos que se dirigem para o centro vesico-espinhal de Budge, podem, com efeito, provocar, por via reflexa, a contracção dos músculos vesicais.

Quando o prepúcio é demasiadamente longo e principalmente quando o seu orifício não é suficientemente largo para deixar descobrir a glande e fazer a limpeza da mucosa balânica, o esmegma, misturado ou não com algumas gotas de urina, acumula-se na cavidade prepucial e decompõe-se, dando origem a produtos variados, que irritam o epitélio da

glande e os filetes terminais dos nervos sensitivos subjacentes. Se o indivíduo, criança ou adulto, está acordado, esta irritação não basta para produzir a incontinência de urina, porque o centro vesico-espinhal de BUDGE está sob a acção moderadora do cérebro.

Mas não sucede o mesmo quando o indivíduo dorme profunda e tranqüilamente. Nestas circunstâncias, as funções moderadoras dos centros cerebrais exercem uma influência mínima sôbre os centros dos reflexos medulares, e toda a irritação, transmitida ao centro medular da dinâmica vesical, por intermédio dos nervos sensitivos, pode transformar-se aí numa ordem contractil que os nervos motores ou centrífugos levam aos músculos da bexiga.

J. M. BARTRINE, num artigo intitulado *Les réflexes de l'appareil génito-urinaire,* que escreveu na *Presse Médicale* de 13 de Abril de 1921, liga uma importância grande ao gânglio mesentérico inferior, descoberto, no homem, em 1920, por GIL VERNET e GALLART MONÈS (1), afirmando que êste gânglio estabelece relações bem manifestas entre os aparelhos urinário e genital, e que preside até aos reflexos uro-digestivos.

MATHIEU, VOELKER, LEGUEU ET PAPIN e quási todos os autores que se referem aos inconvenientes da fimose congénita declaram que esta anomalia do

(1) Êste gânglio, situado adiante da aorta, ao nível do ponto de emergência da artéria mesentérica inferior, corresponde ao gânglio simpático, descoberto por LANGLEY nos carnívoros, e estudado pelos fisiologistas, sob o nome de gânglio mesentérico inferior.

prepúcio pode ser uma causa de incontinência reflexa de urina.

Gonzalez d'Aguilar, referindo-se à incontinência essencial de urina entre as crianças, é de opinião que se devem operar todas as anomalias do aparelho génito-urinário, especialmente a fimose, as aderências balano-prepuciais e a atresia do meato urinário (vid. *Journal d'Urologie*, tômo xi, n.º 3, 1921).

Trousseau, depois de ter ensaiado inutilmente a estricnina e a beladona, num caso de incontinência nocturna de urina, complicada de perdas seminais, obteve a cura com a circuncisão.

Sourdier recorreu ao mesmo processo, num rapaz de treze anos, que, de quando em quando, urinava na cama, e o resultado foi óptimo.

Forné circuncidou seis fimóticos, com incontinência nocturna de urina, e obteve quatro curas.

Em Julho de 1921, tivemos ocasião de observar um rapaz de onze anos (M. T.), natural do concelho de Penela, que todas as noites urinava na cama, com grande espanto das pessoas da sua família, porque dos cinco aos oito anos conservava a sua urina, durante a noite, ou acordava para urinar. Por conselho de uma mulher, que consideravam muito entendida em remédios caseiros, deram-lhe cosimentos de penas de perdiz, mas não obtiveram resultados favoráveis.

Examinando o aparelho genital do rapaz, notámos que o prepúcio cobria completamente a glande, mas que podia ser retirado fàcilmente para trás e que o seu comprimento não era exagerado.

Entre a glande e o prepúcio, encontrava-se uma grande quantidade de esmegma. Apenas se via o vértice da glande com o meato urinário. A parte restante da sua superfície estava coberta de uma camada de esmegma, esbranquiçado e untuoso.

A título de experiência, aconselhámos lavagens freqüentes da glande. Algum tempo depois, soubemos que o rapaz não tinha mais urinado na cama.

Não hesitamos, portanto, em afirmar que a fimose congénita, favorecendo a acumulação de esmegma na cavidade prepucial, pode ser uma causa de incontinência nocturna de urina, produzida, por via reflexa, pela irritação dos filetes nervosos terminais da glande e do prepúcio.

8.º) Estagnação de urina na cavidade prepucial — Retenção urinária

Quando o diâmetro do orifício prepucial é inferior ao do meato urinário ou quando estes dois orifícios não se encontram em planos paralelos, a urina não pode sair fàcilmente para o exterior e, por conseqüência, durante as micções, acumula-se no espaço compreendido entre a glande e o prepúcio.

Se o orifício prepucial é puntiforme, as micções fazem-se, em regra, gota a gota, e o prepúcio, distendido pela urina, transforma-se num saco volumoso, mole e flutuante.

Nestas circunstâncias, o doente precisa, quási sempre, de fazer um esfôrço considerável para urinar, e, no fim de cada micção, é obrigado a comprimir o prepúcio, com os dedos, para expulsar a urina estagnada na cavidade prepucial.

Geralmente, êste estado agrava-se cada vez mais, porque os produtos de decomposição das últimas gotas de urina que os doentes não conseguem expulsar com os dedos, irritando o prepúcio, dão origem a uma oclusão completa do seu orifício e, por conseqüência, a fenómenos de retenção urinária, como em vários casos observados por J. L. Petit, Beyran, Borelli, Romangé, Bouteiller, Chopart e outros cirurgiões.

Nós tivemos também ocasião de observar um caso dêste género, na enfermaria de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em Maio de 1920.

Um homem de trinta e três anos, solteiro, tinha uma fimose congénita tão pronunciada que era obrigado a fazer um certo esfôrço para urinar. Nunca ligou importância a êste facto, mas, em Agosto de 1919, já não conseguia, de forma alguma, despejar a sua bexiga. Consultou um médico que dilatou o orifício prepucial com uma sonda, mas, passado pouco tempo, o doente encontrou-se pior que estava antes da dilatação. A urina acumulava-se na cavidade do prepúcio e só saía, comprimindo com os dedos o saco prepucial.

A micção fazia-se, portanto, em vários tempos.

O doente entrou para o Hospital da Universidade, em 27 de Maio de 1920, onde foi circuncidado pelo Ex.mo Sr. Prof. Dr. Angelo da Fonseca.

O Ex.mo Sr. Dr. Mário Mendes, digníssimo assistente de Tanatologia, comunicou-nos que tinha observado um caso absolutamente semelhante a êste,

e, nos arquivos da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina de Coimbra, encontram-se registados vários casos de fimose com sindroma de apêrto.

9.º) Retro-dilatação uretro-vesical ou mesmo uretero-renal

Como deixamos dito, a coarctação pronunciada do anel prepucial pode dar origem ao sindroma de retenção urinária, à semelhança do que se observa nos indivíduos com apêrtos uretrais ou com hipertrofia da próstata. A urina esbarra contra o apêrto e a bexiga contrae-se violentamente para vencer o obstáculo e expulsar o seu conteúdo. Á medida que o apêrto aumenta, as contracções dos músculos vesicais tornam-se cada vez mais enérgicas.

Mais tarde, os doentes recorrem às contracções dos músculos abdominais e fazem violentos esforços para urinar, porque a fôrça contráctil da parede da bexiga diminue. A cavidade prepucial e a uretra dilatam-se; a bexiga congestiona-se e, por fim, dilata-se também, porque, ao excesso de trabalho do músculo vesical sucede, em regra, a diminuïção da sua contractilidade ou até a inércia absoluta. Num grande número de casos, os ureteres e os bacinetes encontram-se também muito dilatados.

10.º) Cistite do colo

Alguns autores (Fleury, Borelli, Laugier, etc.) pretendem relacionar com a fimose congénita certas variedades de inflamações limitadas ao colo da bexiga. Os casos dêste género são raros e, embora na literatura médica se encontrem alguns exemplos

que nos parecem mais ou menos convincentes, nós não consideramos a fimose como uma causa suficiente para produzir uma cistite do colo, sem complicações intercorrentes (balano-postites, retenção urinária, etc.) (1).

Aos casos, que se encontram descritos, de cistites do colo desenvolvidas exclusivamente sob a influência da fimose congénita, sem complicações intermediárias, deve faltar o rigor de observação.

As complicações intercorrentes são, por vezes, insignificantes, e, por conseqüência, podem passar despercebidas, se o interrogatório e o exame dos doentes não são feitos com minúcia e com rigor. Mas seja como fôr, isto é, quer a cistite do colo seja real ou aparentemente uma complicação imediata da fimose, quer seja declaradamente um acidente secundário, a verdade é que a doença surge, por vezes, em circunstâncias tais que não podemos negar à fimose o principal papel na etiologia da doença a que nos referimos.

A retenção de urina provocada pela coarctação do anel prepucial, a congestão da parede da bexiga e a propagação, às vias urinárias, dos gérmenes banais das balano-postites urinosas, tão freqüentes nos fimóticos, são geralmente os principais factores que

(1) Nos arquivos da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina de Coimbra, encontrámos registados vários casos de cistite de origem fimósica com sindroma de apêrto, com balano-postites e com aderências balano-prepuciais (consultem-se especialmente as papeletas dos doentes 2, 26 e 29, internados no ano de 1910), e não encontrámos nenhum caso consecutivo a uma fimose bem tolerada e não complicada.

relacionam a fimose congénita com a cistite do colo.

11.º) Hérnias inguinais e umbilicais, prolapso rectal...

Quando o orifício prepucial é tão pequeno que constitue um obstáculo à micção, os esforços que as crianças, os velhos ou mesmo os adultos empregam para urinar podem dar lugar a acidentes variados, tais como hérnias inguinais ou umbilicais, prolapso ou descida da mucosa rectal, etc.

Estas complicações da fimose congénita observam-se principalmente nas crianças e, de todas, a mais freqüente é a hérnia inguinal.

Na infância, a parede abdominal anterior oferece uma fraca resistência, ao nível do canal inguinal, e, por conseqüência, os esforços repetidos, que a criança emprega para urinar, produzem fàcilmente a saída do intestino ou do epíploon, através dêsse canal.

12.º) Onanismo

N'oublions pas que le phimosis est une des principales causes de masturbation chez les enfants.

VOELKER.

O gérmen das primeiras sensações voluptuosas que as crianças experimentam é variável. Muitas vezes, é o exemplo ou o instinto, mas, num grande número de casos, talvez em cinqüenta por cento, as crianças descobrem, por acaso, as manobras pelas quais podem despertar sensações agradáveis.

A fimose congénita é, muitas vezes, a única causa dessa descoberta e, quando o hábito da masturba-

ção é adquirido, quer pelas crianças, quer pelos adultos, o mesmo vício de conformação do prepúcio, exaltando a sensibilidade da mucosa da glande, convida-os, quási sempre, a excessos.

Mathieu declara que o onanismo é muito freqüente nas crianças e nos adolescentes com fimose ou com hipertrofia simples do prepúcio, e que vários indivíduos perderam o hábito da masturbação depois de circuncidados.

Dieu circuncidou o prepúcio de um homem, com fimose congénita, que se masturbava constantemente e que, depois da operação, perdeu completamente o hábito. Como medida profilática do onanismo, Garnier aconselha também a circuncisão, quando o prepúcio é exageradamente longo ou quando o seu orifício é demasiadamente pequeno.

Até certo ponto, esta relação de causa para efeito entre a fimose congénita e a origem do onanismo nas crianças ou os excessos de masturbação nos adolescentes, nos adultos e nos velhos é, além de admissível, explicável.

Nos indivíduos com a glande habitualmente coberta pelo prepúcio, e sobretudo nos homens e nas crianças com fimose congénita, a mucosa balano-prepucial, privada do contacto com o ar e humedecida constantemente pelo esmegma, adquire uma sensibilidade excessiva e, por conseqüência, uma excitabilidade exagerada.

Para nos certificarmos de que isto é um facto absolutamente verdadeiro, basta interrogar um fimótico recentemente circuncidado ou um adolescente

cuja glande começa a poder ser descoberta. Ambos declaram que lhes custa a suportar o contacto da roupa e até dos próprios dedos com a superfície da glande, porque, de qualquer dêstes contactos, resulta uma sensação um pouco desagradável, sensação que êles não sabem definir nem explicar rigorosamente.

Esta sensação é uma das melhores provas da hipersensibilidade da mucosa balano-prepucial dos fimóticos, hipersensibilidade que convida os adultos a excessos de masturbação e que constitue para as crianças o gérmen das primeiras sensações voluptuosas.

Para terminarmos êste assunto, vejamos em que circunstâncias as crianças descobrem, inocentemente, a volupia e o meio de a provocar.

O esmegma que se acumula entre a glande e o prepúcio, misturado ou não com algumas gotas de urina, altera-se fàcilmente e irrita a mucosa balano-prepucial ou provoca um prurido intenso e quási constante.

Nestas circunstâncias, a criança, a fim de fazer desaparecer o prurido, leva a mão ao pénis e esfrega o prepúcio contra a glande.

Comer e coçar — diz o rifão — *por demais é começar.*

A criança sente-se cada vez mais aliviada, experimenta uma sensação de bem estar ou mesmo um certo gôzo, e por isso continua, maquinal e inconscientemente, até que se desenvolve uma sensação de prazer intenso. A sensação é convidativa e, portanto, a criança não hesita em repetir o acto.

« *Do friccionamento ao prazer e à repetição do acto,*

isto é à masturbação — diz o Prof. EGAS MONIZ, no seu livro *A Vida Sexual* — *vão distâncias tão pequenas que depressa se galgam*».

O prurido, provocado pela falta de asseio dos órgãos genitais externos, é a causa mais freqüente da iniciação espontânea do onanismo, mas, muitas vezes, as crianças vão encontrar a fonte da voluptuosidade em simples «divertimentos» com o pénis ou em simples tentativas para descobrir a glande. Por vezes, bastam dois ou três movimentos com os dedos, para despertar o prazer ou, pelo menos, para preparar e acender o rastilho.

13.º) Perdas seminais involuntárias

Encontram-se, na literatura médica, alguns casos de perdas seminais involuntárias que foram curadas pela circuncisão.

Baseados sôbre algumas observações desta ordem, FLEURY, LALLEMAND, CIVIALE e outros autores admitem uma relação etiológica entre a fimose congénita e o número exagerado de poluções nocturnas ou diurnas.

Realmente a hipersensibilidade da mucosa balano-prepucial, as balano-postites urinosas ou o simples prurido provocado pela acumulação do esmegma na cavidade do prepúcio, dando lugar a erecções freqüentes, tanto durante a noite, como durante o dia, podem ser o ponto de partida de perdas seminais involuntárias, mas estes casos são relativamente raros e, muitas vezes, a fimose não é a única causa.

Num caso observado por VERNEUIL, uma grande

parte do anel prepucial estava ocupada por um nevroma plexiforme.

14.º) **Anafrodisia**

RICHERAND, FLEURY e outros autores declaram que a fimose congénita pode ser uma causa de embotamento da sensibilidade genital, e GARNIER conta também êste vício de conformação do prepúcio no número das causas locais da impotência masculina.

Em virtude do que atrás dissemos sôbre a sensibilidade genital dos fimóticos (vid. onanismo), não podemos admitir uma relação de causa para efeito entre a fimose congénita e a anafrodisia, isto é, a diminuïção ou a abolição da sensibilidade genital e dos desejos venéreos.

Os autores acima citados admitem uma hiper-excitabilidade genital nos indivíduos com fimose incompleta, e, pelo contrário, uma hipo-excitabilidade quando a fimose é completa e de tipo atrófico.

Esta hipo-excitabilidade seria a conseqüência da atrofia simples da glande, encerrada num prepúcio pequeno, duro e inextensível. Num caso observado por JULLIEN, a glande tinha apenas o tamanho da falangêta do dedo mínimo e estava coberta por um prepúcio muito espêsso.

Em Agôsto de 1921, autopsiámos o cadáver de um indivíduo de trinta e três anos, com fimose congénita, cuja glande parecia a de uma criança de cinco ou de seis anos. É a atrofia da glande, produzida por compressão, que RICHERAND, FLEURY, GARNIER e outros autores invocam para explicar a diminuïção da

sensibilidade genital entre os fimóticos. Mas esta explicação não nos satisfaz, porque, se a glande, atrofiada, tem uma superfície pequena para receber excitações que, nos centros nervosos, se transformam em sensações voluptuosas, em compensação, a excitabilidade da sua mucosa é, em regra, muito maior entre os fimóticos do que nos outros indivíduos.

Um estudante brasileiro, de dezanove anos, com fimose congénita hipertrófica, observado por Roubaud, em 1852, tinha um pénis quási imperceptível, e, apesar disso, nunca lhe faltaram desejos venéreos, nem erecções freqüentes, seguidas de ejaculações voluptuosas provocadas por manobras manuais (onanismo manual).

A fimose nada tem, portanto, com a anafrodisia nem com a impotência. Se a diminuïção da sensibilidade genital se observa, por vezes, entre os fimóticos, sem causa aparente, o mesmo sucede, muitas mais vezes, nos homens com a glande habitualmente descoberta.

15.º) Coito doloroso

Muitos homens com fimose congénita queixam-se de dores vivas durante o coito, e alguns declaram que até as simples erecções são mais ou menos dolorosas.

Entre vários fimóticos, que tivemos ocasião de observar e de interrogar, encontrámos um indivíduo de vinte e um anos (M. C.), solteiro, com fimose atrófica incompleta, que ainda não sabia o que era um coito sem dor.

Êste indivíduo, cujo prepúcio já foi circuncidado,

introduzia o pénis na cavidade vaginal, muito vagarosamente, porque era principalmente nesta altura que a dôr se manifestava com mais violência. Em seguida, isto é, quando a superfície do pénis estava lubrificada pelas secreções vaginais, executava alguns movimentos ligeiros e de pequena amplitude, terminando por suspender todo e qualquer movimento durante a ejaculação. Na literatura médica, encontram-se vários casos dêste género, observados principalmente em indivíduos com fimose atrófica pronunciada. Se a fimose é de forma hipertrófica, a prega prepucial não impede o aumento de volume do pénis, porque tem um comprimento mais do que bastante para cobrir a glande, ainda que esta se desloque um pouco para diante; por conseqüência, nestas condições, o coito não é, em regra, doloroso, salvo nos casos em que o freio é demasiadamente curto ou em que a sua inserção balânica se encontra muito deslocada para diante.

16.º) **Esterilidade**

Segundo alguns autores, a fimose congénita pode constituir um grande obstáculo à fecundação e, em muitos casos, é a única causa da esterilidade do homem. Esta opinião, formulada pela primeira vez por Dionis, encontra-se, hoje, na maior parte dos livros que se referem, à fimose mas quási todos os autores se limitam a mencioná-la. Entre as causas da esterilidade masculina, não devemos colocar, de um modo geral, todas as variedades e todos os graus de fimose congénita.

Nós tivemos ocasião de observar muitos fimóticos que eram, segundo êles diziam, pais de vários filhos, e quási todos os anátomo-patologistas e clínicos afirmam que êste vício de conformação do prepúcio é, a maior parte das vezes, transmitido de pais a filhos, de geração em geração.

Se a fimose é, quási sempre, de origem hereditária, como pretendem muitos autores e como nós tivemos também ocasião de notar em dois casos, parece que não devemos considerar esta anomalia do prepúcio como uma causa muito freqüente de esterilidade masculina.

Não podemos, todavia, negar-lhe uma certa influência sôbre a fecundação, porque, na literatura médica, encontram-se alguns exemplos de esterilidade que não parece determinada por outra causa.

Amussat publicou um caso de esterilidade curada pela circuncisão, e Garnier refere-se a outro caso observado num fimótico de vinte e nove anos, forte e muito saüdável, casado havia quatro anos, com uma mulher nova e bem conformada. Não tinha ainda filhos e nada explicava a esterilidade senão a sua fimose.

O prepúcio era muito longo (passava quatro centímetros adiante do vértice da glande) e o seu orifício admitia apenas uma sonda n.º 12. Durante as micções, a urina enchia primeiramente a cavidade prepucial que se dilatava bastante. O jacto era fraco e as últimas gotas escoavam-se babando o prepúcio.

Labarthe desbridou o prepúcio, no dia 16 de No-

vembro de 1873, e, no dia 25 de Junho do ano seguinte, isto é, pouco mais de sete meses depois da operação, diagnosticou uma gravidez de cinco meses na mulher do operado.

A nossa opinião sôbre êste assunto resume-se no seguinte:

Se o meato urinário se descobre durante a erecção (fimose incompleta), o esperma pode ser projectado directamente sôbre o focinho de tenca e, por conseqüência, não há razão alguma que justifique a fimose como causa de esterilidade.

Não sucede, porém, o mesmo quando o prepúcio é exageradamente longo e, sobretudo, quando, ao mesmo tempo, o seu orifício é demasiadamente pequeno (fimose completa hipertrófica).

Nestas condições, o esperma acumula-se na cavidade prepucial, durante a ejaculação, e, em virtude da sua viscosidade, escoa-se lentamente, gota a gota, babujando o prepúcio. O mesmo pode suceder quando os dois orifícios, uretral e prepucial, não estão em planos paralelos, embora o orifício prepucial não seja demasiadamente apertado.

17.º) Acidentes nervosos

A fimose congénita pode ser uma causa de perturbações nervosas, mais ou menos semelhantes àquelas que se observam nas mulheres com doenças do foro ginecológico e especialmente com lesões uterinas. Muitas destas perturbações desaparecem, com efeito, depois da circuncisão.

Blondeau curou, pela circuncisão, uma criança com

convulsões, atribuídas, por diversos médicos, a causas variadas, e SIMONS curou, pelo mesmo processo e pela destruïção de aderências balano-prepuciais, vários doentes com convulsões epileptiformes.

SAYRE descreve várias observações de crianças com paralisias nervosas, que curaram depois de circuncidadas, e HURD curou também, pela intervenção cirúrgica, um indivíduo com espasmos musculares, com perturbações atáxicas e com convulsões epileptiformes generalizadas.

Outros cirurgiões têm curado, pela circuncisão, acessos histeriformes, nevralgias, espasmos dolorosos, etc.

Estas perturbações, se não são o resultado de qualquer alteração local dos plexos nervosos da glande e do prepúcio, devem estar relacionadas com os excessos de masturbação ou com a irritação dos filetes terminais dos nervos penianos.

Fimose acidental

a) Definição e divisão

Diz-se que a fimose é *acidental, adquirida, patológica, secundária* ou *sintomática* quando surge, sob a influência de qualquer lesão peniana, em indivíduos que até aí podiam descobrir completamente a sua glande. A impossibilidade de retirar o prepúcio para trás nem sempre resulta de uma coarctação verdadeira do orifício prepucial. Muitas vezes, resulta de um aumento maior ou menor do volume da

glande (apêrto relativo do anel prepucial), da perda da elasticidade e da extensibilidade do prepúcio, ou de aderências balano-prepuciais.

Quando a causa que dificulta ou impede a deslocação do prepúcio é um apêrto absoluto do seu orifício, diz-se que a fimose é verdadeira. Em todos os outros casos, emprega-se o têrmo pseudo-fimose.

Caracterizada, como a fimose congénita, por um apêrto absoluto do anel prepucial, a fimose acidental verdadeira pode, como aquela, ser *hipertrófica* ou *atrófica*, *completa* ou *incompleta*, segundo o comprimento do prepúcio e as dimensões do seu orifício.

b) Etiologia

Por comodidade de estudo, convém dividir em dois grupos as causas da fimose adquirida: *causas predisponentes* e *causas ocasionais*.

Causas predisponentes. — Dentre as causas predisponentes destacam-se a hipertrofia do prepúcio e a anomalia a que chamámos semi-fimose (vid. principais variedades de fimose congénita).

A idade dos doentes, que muitos autores consideram como uma causa predisponente da fimose adquirida, deve deixar de ser considerada como tal.

A fimose acidental é mais freqüente nos adultos do que nos velhos e nas crianças, mas isso não nos surpreende porque, a maior parte das vezes, a fimose dos adultos resulta de uma doença venérea (blenorragia, cancros simples, cancros duros, condilomas, etc.)

ou é uma conseqüência de lesões traumáticas que se produzem durante o coito e que, em seguida, se infectam.

Causas ocasionais. — Como causas ocasionais da fimose acidental, podemos mencionar todas as lesões anatómicas da extremidade livre do pénis, seja qual fôr a sua natureza. Estas actuam aumentando o volume da glande, reduzindo as dimensões do orifício prepucial, diminuindo a elasticidade e a extensibilidade do prepúcio ou dando lugar à formação de aderências entre êste e a glande. Segundo a natureza das lesões que lhe dão origem, a fimose acidental pode dividir-se em:

a) *Fimose traumática;*
b) *Fimose inflamatória;*
c) *Fimose neoplásica.*

Fimose traumática

Causas: contusões; feridas; queimaduras; retracção cicatricial; infiltração edematosa do anel do prepúcio, consecutiva à estrangulação do pénis por qualquer corpo estranho, etc.

Todo o obstáculo à circulação de retorno pode provocar uma fimose acidental.

Fimose inflamatória

Causas: balano-postites banais ou especificas; herpes prepucial; elefantíase; linfangites; cancros moles; cancros duros, etc.

Fimose neoplásica

Causas: epiteliomas; papilomas, etc.

c) Principais variedades

Os caracteres anátomo-patológicos, os sintomas clínicos e a evolução da fimose acidental variam com a natureza, com a sede, com a intensidade e com a duração das lesões causais.

Demarquay e Voelker falam em dois tipos principais de fimose adquirida: *fimose aguda* e *fimose crónica*.

A primeira apresenta geralmente uma evolução rápida e é determinada, quási sempre, por uma balanite, por uma balano-postite, por cancros moles, por uma linfangite ou por qualquer outro processo inflamatório agudo; a segunda tem uma marcha arrastada e sucede a uma fimose aguda ou surge sob a influência de uma irritação crónica de qualquer natureza (estagnação de urina na cavidade prepucial, falta de asseio, etc.).

Cullerier descreve uma *fimose passiva*, *edematosa* ou *indolente*, resultante de uma simples infiltração de serosidade na espessura do prepúcio, sem fenómenos evidentes de reacção inflamatória do anel prepucial, e uma *fimose activa*, *inflamatória* e *dolorosa*, caracterizada por um edema inflamatório, soro-plástico, duro e sensível à pressão.

Mathieu distingue quatro variedades de fimose acidental:

a) *Fimose inflamatória aguda;*
b) *Fimose inflamatória crónica;*
c) *Fimose edematosa;*
d) *Pseudo-fimose.*

A estes quatro tipos de fimose, devemos juntar a *fimose cancerosa* e a *fimose cicatricial*, consecutiva a um traumatismo da extremidade livre do pénis, sem complicações inflamatórias. A fimose cicatricial é, em regra, permanente.

d) Evolução e terminação

A evolução e a terminação da fimose acidental dependem da natureza, da extensão e da sede das lesões causais. Por isso, limitar-nos hemos a mencionar sòmente os principais períodos que se podem distinguir na evolução da fimose inflamatória, que é a variedade mais freqüente.

Distinguem-se geralmente três períodos na evolução da fimose inflamatória: *período inicial*, *período de estado* e *período terminal*.

O *período inicial, período de infiltração serosa* ou *período de edema simples* é caracterizado por estase circulatória e infiltração de serosidade na espessura do prepúcio, sem fenómenos evidentes de reacção inflamatória.

O *período de estado* ou *período de infiltração plástica e de hiperplasia do tecido conjuntivo* caracteriza-se por uma reacção inflamatória mais ou menos viva.

O *período terminal* apresenta-se sob formas diversas.

A maior parte das vezes, a fimose inflamatória termina por resolução *(fimose temporária)*, mas, num grande número de casos, a reacção fibro-plástica é pronunciada, e os bordos do orifício do prepúcio transformam-se num anel fibroso, cada vez mais

estreito, mais resistente e menos elástico *(fimose permanente).*

CULLERIER considera a supuração e a gangrena como modos de terminação da fimose inflamatória, mas RICORD descreve-as como formas particulares de fimose adquirida *(fimose flegmonosa* e *fimose gangrenosa),* e MATHIEU coloca-as no número das complicações.

e) Acidentes e complicações

Dentre os acidentes e as complicações da fimose adquirida, destacam-se, pela sua importância e pela sua freqüência, a parafimose, as aderências balano-prepuciais, a gangrena do prepúcio ou da glande, os flegmões e os abcessos prepuciais ou balânicos, etc.

Tratamento

Neste trabalho, não nos referímos ao tratamento das doenças e das anomalias de que tratámos, mas falaremos sôbre o tratamento da fimose, porque, com uma terapêutica relativamente ligeira e insignificante, com uma operação simples, fácil e sem gravidade, podemos evitar muitos inconvenientes, acidentes e complicações, cujas conseqüências são, por vezes, gravíssimas.

Tratamento preventivo da fimose acidental

A imobilização do prepúcio, as aplicações locais de substâncias antiflogísticas, as injecções ou antes

as irrigações sub-prepuciais com solutos de substâncias antisépticas, o tratamento específico das lesões causais, a dilatação ou, melhor, o desbridamento do anel prepucial, tais são os processos de que geralmente nos servimos para evitar que uma lesão material qualquer, prepucial ou balânica, determine uma fimose acidental, que só viria prolongar a duração da doença e dificultar o seu tratamento.

Tratamento curativo médico da fimose acidental

O tratamento médico da fimose acidental consiste em banhos quentes, em irrigações sub-prepuciais, em aplicações locais de substâncias antisépticas, antiflogísticas e adstringentes, no tratamento específico das lesões da glande ou do prepúcio, que produziram a fimose, em escarificações, na compressão, no repouso, etc.

Tratamento cirúrgico

Indicações

Fimose congénita

Parafimoses freqüentes; balano-postites repetidas, aparentemente espontâneas; balano-postites venéreas; aderências balano-prepuciais adquiridas; cálculos prepuciais; incontinência essencial de urina; excessos de masturbação, em conseqüência da hipersensibilidade da mucosa balano-prepucial ou de pruridos freqüentes; perdas seminais involuntárias, de causa desconhecida; embotamento da sensibilidade

da mucosa balânica, resultante de balano-postites crónicas; coitos dolorosos; esterilidade, se o prepúcio é longo e se o seu orifício é muito apertado; certos acidentes nervosos; lesões exclusivamente prepuciais (cancros simples ou sifilíticos, epiteliomas etc.).

Fimose acidental

O tratamento cirúrgico da fimose acidental pode estar indicado no período de evolução das doenças causais *(indicações imediatas)* ou depois de curadas as lesões que lhe deram origem *(indicações tardias ou consecutivas).*

Indicações imediatas. — Retenção de pús na cavidade balano-prepucial; retenção de urina; lesões de gangrena; perfuração do prepúcio, etc.

Indicações tardias ou consecutivas. — Orifício prepucial espesso, duro e retraído, dificultando o coito; persistência da fimose; balano-postites crónicas, rebeldes ao tratamento, etc.

Contra-indicações

Além das contra-indicações gerais ou locais comuns a toda a operação, mencionamos os cancros sifilíticos, a diabetes e os cancros moles.

Os cancros sifilíticos poucas vezes constituem uma contra-indicação formal do tratamento cirúrgico da fimose. Não sucede o mesmo com a diabetes.

VERNEUIL, BOURGAD, BAUVAIS, RICHET, BROUARDEL e outros autores declaram que se viram sèriamente embaraçados diante de grâves complicações, tais como hemorragias abundantes, gangrena genital e inflamações difusas, em todos os diabéticos que operaram. Estes cirurgiões indicam, nestes casos, a dilatação gradual ou brusca do anel prepucial.

Com tudo isto, DEMARQUAY não viu surgir nenhuma complicação em vários diabéticos que circuncidou, e, na literatura médica, encontram-se muitos exemplos semelhantes.

Segundo alguns autores, há muitas probabilidades de sucesso, no princípio da doença, emquanto estão mais ou menos equilibrados os fenómenos de metabolismo, ou quando o doente está submetido a um tratamento rigoroso.

Receando a infecção da ferida operatória, NÉLATON, ROBERT, DELPECH, SWÉDIAUER e outros cirurgiões condenam o desbridamento do prepúcio e a circuncisão nos indivíduos com fimose acidental, produzida por cancros moles.

Contràriamente a estes, FOURNIER, RICORD, MAURIAC e outros insistem sôbre os benefícios da intervenção cirúrgica nos fimóticos com cancros simples.

Nos doentes com fimose, dizem estes autores, o tratamento exclusivamente médico é demorado e, muitas vezes, insuficiente.

A ferida operatória pode infectar-se, mas, descobrindo todas as lesões, podemos fazer um tratamento conveniente e evitar complicações de grande gravidade.

Gailleton fez quarenta circuncisões em fimóticos com cancros simples da glande e do prepúcio, e, em qualquer dêles, a cicatrização estabeleceu-se num prazo de tempo que nunca excedeu trinta e cinco dias.

O Ex.mo Sr. Dr. Júlio da Fonseca comunicou-nos que, em França, S. Ex.a e os seus colegas circuncidavam todos os soldados que apresentavam cancros simples na extremidade do prepúcio. A cicatrização estabeleceu-se regularmente em todos os casos que êste nosso colega observou.

Nos casos de cancros moles sub-prepuciais, a intervenção cirúrgica, longe de ser prejudicial, é vantajosa, porque, muitas vezes, descobre lesões que o médico não conhecia ou que não podiam ser convenientemente tratadas, ainda que prèviamente diagnosticadas. Suprimindo a pressão que o prepúcio exerce sôbre a glande e esta sôbre o prepúcio, favorecendo a saída de produtos mórbidos estagnados na cavidade prepucial, permitindo fazer uma limpeza rigorosa e um tratamento apropriado das lesões, a circuncisão ou o desbridamento do prepúcio evitam, muitas vezes, complicações gravíssimas.

Não podemos, todavia, formular uma regra de conduta geral, porque as diferenças que se apresentam de um caso para outro não permitem instituir um tratamento uniforme.

Em certos casos, o médico não deve intervir cirùrgicamente, sob pena de agravar o estado do doente, em vez de o melhorar; noutros casos, deve fazer, pelo menos, o desbridamento do prepúcio, a

fim de evitar complicações graves, tais como lesões de gangrena, flegmões, abcessos, etc.

Métodos e processos operatórios

Método de dilatação

A dilatação do orifício prepucial pode ser *gradual* (HEISTER) ou *instantânea* (NÉLATON). Ambas podem ser feitas com instrumentos especiais (dilatadores de três ramos) ou com uma pinça de KOCHER, cujos ramos se afastam, depois de introduzidos no anel prepucial. A dilatação gradual está hoje posta de parte.

A dilatação brusca é aplicável sòmente à fimose congénita. O instrumento actua produzindo, sôbre o folheto mucoso do prepúcio, uma ou mais rasgaduras, lineares e pouco profundas, que curam no prazo de poucos dias. Nas crianças, êste processo, estremamente simples e rápido, tem dado bons resultados.

A maior parte das vezes, alarga-se suficientemente o orifício prepucial, sem efusão sanguínea, nem grandes queixas dos doentes. A dôr é ligeira e a recidiva é pouco freqüente, desde que os doentes tenham o cuidado de retirar o prepúcio para trás da glande, cinco ou seis vezes por dia, durante uma semana.

Nos adultos, as rasgaduras extensas do anel prepucial, as hemorragias e a recidiva são freqüentes, porque, em geral, depois dos quinze anos, os tecidos perdem a sua extensibilidade.

Denonvilliers, E. Mathieu e outros cirurgiões declaram, todavia, que praticaram, com sucesso, a dilatação do anel prepucial em muitos indivíduos adultos, principalmente em soldados.

Tanto nos adultos como nas crianças, as aderências balano-prepuciais constituem um obstáculo à dilatação, quando, em virtude da sua consistência dura, não pòdem ser destruídas com uma sonda-cânula, introduzida entre a glande e o prepúcio.

Método de desbridamento

O método de desbridamento consiste em alargar o orifício prepucial, praticando uma ou mais incisões, dirigidas do bordo livre para a base do prepúcio.

Estas incisões podem interessar sòmente a mucosa do prepúcio *(desbridamento interno, desbridamento da mucosa)* ou toda a espessura da prega prepucial *(desbridamento da pele e da mucosa, desbridamento total)*. Tanto num caso como no outro, o desbridamento diz-se *simples* ou *múltiplo*, segundo praticamos uma só ou várias incisões.

Desbridamento interno (desbridamento da mucosa prepucial). — O desbridamento da mucosa pode ser *simples* ou *múltiplo*. Cullerier, Chelius e outros cirurgiões faziam geralmente o desbridamento simples; Paul d'Égine preferia o desbridamento múltiplo. Fixando e alargando o anel prepucial com duas pinças, Maisonneuve incisava a mucosa com um bisturi. Langenbeck apanhava com uma pinça o

folheto interno do prepúcio e excisava com uma tesoura a prega compreendida entre os ramos da pinça. Êste método é aplicável sòmente aos casos em que o folheto mucoso do prepúcio é mais apertado do que o folheto cutâneo. Quando se pratica o desbridamento simples ou múltiplo da mucosa prepucial, a recidiva da fimose é freqüente.

Se, nos dias seguintes ao da operação, o doente não descobre a glande, repetidas vezes, os tecidos divididos reünem-se e as cicatrizes retraem-se. Em certos casos, a fimose fica ainda mais apertada do que antes da operação.

DESBRIDAMENTO DA PELE E DA MUCOSA (DESBRIDAMENTO TOTAL):

Desbridamento múltiplo. — Êste processo consiste em praticar, sôbre o anel prepucial, várias incisões, curtas e pouco profundas.

Desbridamento simples. — O desbridamento simples pode ser dorsal, ventral ou lateral.

DESBRIDAMENTO DORSAL OU SUPERIOR. — Antigamente, a divisão longitudinal e mediana da parede dorsal do prepúcio era feita com uma tesoura, com uma substância cáustica, com um esmagador ou com um fio elástico, mas, hoje, empregam-se exclusivamente os instrumentos cortantes (bisturi ou tesoura).

Vejamos ràpidamente os principais processos de desbridamento dorsal do prepúcio.

a) Incisão sem condutor (processo antigo de J. L. PETIT *e de* BOYER). — Depois de fixar o prepúcio com uma

pinça, aplicada sôbre o lado direito do anel prepucial, J. L. PETIT tomava um bisturi de folha estreita, com a ponta guarnecida de uma bola de cera, e introduzia-o, entre o prepúcio e a face dorsal da glande, até ao sulco balano-prepucial. Em seguida, voltava o fio do bisturi para cima, penetrava, de dentro para fora, a base do prepúcio, e dividia-o até à parte anterior, puxando o instrumento para si.

SABATIER e GARANGEOT adoptavam o mesmo processo, mas não empregavam a bola de cera, porque esta dificultava a introdução do bisturi.

b) Incisão sôbre condutor. 1. *Processo de* CULLERIER *e de* BÉGIN. — 1.º Fixa-se o prepúcio com uma ou com duas pinças, aplicadas sôbre as partes laterais do anel prepucial; 2.º entregam-se estas pinças a um ajudante; 3.º introduz-se uma sonda-cânula entre o prepúcio e a face dorsal da glande, até ao sulco balano-prepucial; 4.º faz-se deslizar, sôbre a caneladura da sonda, um bisturi recto com o gume voltado para o prepúcio; 5.º divide-se o prepúcio, de dentro para fora e de diante para trás.

2. *Processo de* SÉDILLOT *e de* LEGOUEST. — 1.º Fixa-se o prepúcio com uma ou com duas pinças, como no processo de CULLERIER; 2.º entregam-se essas pinças a um ajudante; 3.º introduz-se uma sonda-cânula entre o prepúcio e a face dorsal da glande, até ao sulco balano-prepucial; 4.º faz-se deslizar um bisturi recto na caneladura da sonda; 5.º atravessa-se, de dentro para fora, com a ponta do bisturi, a base do

prepúcio e divide-se, de trás para diante, até ao anel prepucial.

3. *Processo de* HEURTAULT. — Introduz-se uma sonda-cânula entre o prepúcio e a face dorsal da glande, e divide-se, de fora para dentro, a parede superior da prega prepucial.

Os processos de LAFAYE, de WITTELSHOFFER, etc., pouco diferem dos que acabamos de mencionar.

4. *Processo de* AMUSSAT *(cauterização linear)*.—Para dividir longitudinalmente a parede dorsal do prepúcio, AMUSSAT empregava, na sua clínica, não só o termo-cautério e o galvano-cautério, mas ainda diversas substâncias cáusticas, para a aplicação das quais tinha mandado construir uma pinça especial (pinça porta-cáusticos).

Êste processo, que VERNEUIL recomenda como meio hemostático e que DEMARQUAY aconselha quando o prepúcio se encontra semeado de cancros moles, está, hoje, posto de parte.

5. *Processo de* CHASSAIGNAC *e de* DEMEAUX *(esmagamento linear)*. — Recomendado por CHASSAIGNAC e por DEMEAUX como o melhor processo hemostático, o esmagamento linear da parede dorsal do prepúcio também se não emprega hoje, não só por ser um processo bastante doloroso, mas ainda porque a divisão dos tecidos é muito irregular.

6. *Processo de* HUE *(ligadura elástica)*. — Êste pro-

cesso, que consiste em dividir longitudinalmente a parede dorsal do prepúcio, por meio de um fio de cautchú ou de qualquer outro fio elástico, tem para nós, como o processo de Amussat, um interêsse exclusivamente histórico.

Hue introduzia, na cavidade prepucial, uma agulha com um fio elástico, e atravessava, de dentro para fora, a parede dorsal do prepúcio, ao nível da base.

Em seguida, retirava a agulha e atava uma à outra as duas extremidades do fio. Êste processo, além de ser doloroso e muito demorado, dava, quási sempre, origem a fenómenos de supuração, e a linha de divisão era muito irregular.

Êste processo aplicava-se principalmente nos casos de fimose congénita atrófica, mas, mesmo nestes casos, os tecidos divididos reüniam-se novamente, quando o fio progredia muito lentamente.

O método de desbridamento dorsal tem o inconveniente de deixar dois retalhos que caem sôbre as faces laterais da glande, que dificultam o coito e que, em certos casos, se inflamam e se esclerosam.

Portanto, êste método é aplicável sòmente aos casos de fimose atrófica. Mesmo nestes casos, é necessário que não se prolongue a divisão do prepúcio até ao sulco balano-prepucial. A maior parte dos autores recomendam que se deixe um centímetro por dividir. Verneuil aconselha uma incisão de dois centímetros de comprimento, contados a partir do anel que dificulta a saída da glande.

Desbridamento inferior ou ventral. 1. *Processo de*

Celse. — Êste processo, adoptado por vários cirurgiões antigos, tais como Guillemot, Dalechamp e outros, consiste na divisão da parede inferior do prepúcio, desde o anel prepucial até ao freio.

2. *Processo de* Cloquet *e de* Velpeau. — Incisão da parede inferior do prepúcio e divisão do freio.

O desbridamento inferior ou ventral é praticado quando se quere evitar a deformidade resultante do largo desbridamento dorsal.

Desbridamento lateral. — O desbridamento lateral pode ser *unilateral* (processos de Astruc, de Dionis, de Sabatier, de J. L. Petit, etc.) ou *bilateral* (processos de Taylor, de Diday, de Amussat, etc.). Estes processos empregam-se quando existem aderências balano-prepuciais que dificultam os desbridamentos dorsal e ventral, ou quando os tecidos que deviam ser divididos estão ocupados por cancros moles ou por cancros sifilíticos.

Método de excisão

Êste método consiste, como o seu nome indica, em excisar um retalho maior ou menor da prega prepucial. Este retalho deve compreender porções aproximadamente iguais de pele e de mucosa. Este método emprega-se principalmente nos casos de fimose acidental, quando o prepúcio não é muito longo, quando desejamos suprimir os tecidos doentes, ao mesmo tempo que o apêrto, ou quando pre-

tendemos suprimir os dois retalhos laterais que resultam do longo desbridamento dorsal.

O método compreende um grande número de processos, mas nós mencionaremos apenas os principais e não nos preocuparemos com o manual operatório de cada um dêles.

Segundo a forma do retalho, distinguem-se três processos principais de excisão: *excisão em crescente, excisão em V* e *excisão em rectângulo.*

Excisão em crescente (processos de LISFRANC *e de* MAUREL — aplicáveis sòmente à fimose atrófica e pouco apertada). — Consiste em excisar, na parte anterior da parede dorsal do prepúcio, um pequeno retalho em forma de meia lua.

Excisão em V. — Consiste em excisar um retalho de forma triangular, quer sôbre a parede superior do prepúcio (Excisão em V superior; processos de BOYER, de GUÉRIN, de MALGAIGNE, de GUERSANT, etc.), quer sôbre a sua parede inferior (Excisão em V inferior; processo antigo de CELSE).

Excisão em rectângulo (*processo de* VIDAL). — A excisão em rectângulo pelo processo de VIDAL é uma verdadeira circuncisão, porque o operador, depois de ter feito, sôbre o prepúcio, duas incisões laterais, excisa os dois retalhos.

Este processo encontra a sua aplicação quando o prepúcio está esclerosado e muito aumentado de espessura ou quando existem aderências balano-

-prepuciais que não permitem a circuncisão pelos processos ordinários.

Método de circuncisão

A *circuncisão*, também conhecida pelos nomes de *postéotomia*, *peritomia* e *orlatomia*, consiste em cortar circularmente uma parte ou a totalidade do prepúcio.

Este método apresenta sôbre todos os outros uma incontestável superioridade.

A dilatação forçada do anel prepucial tem dado bons resultados entre as crianças, mas a recidiva da fimose é freqüente e, nos indivíduos de idade avançada, produzem-se, muitas vezes, rasgaduras extensas, porque os tecidos são pouco extensíveis.

A incisão dorsal transforma o prepúcio em dois retalhos que caem sôbre as faces laterais da glande como as duas orelhas de um cão caem sôbre as faces laterais da cabeça do animal.

Estes apêndices tornam-se duros e espessos, esclerosam-se e dificultam a introdução do pénis na vagina.

A excisão oblíqua superior, que é o método que mais se aproxima da circuncisão, apresenta também o grande inconveniente de deixar o segmento inferior do prepúcio que, em conseqüência da sua posição declive, é a sede de uma infiltração serosa e de uma reacção fibroplástica pronunciada e acaba por constituir um tumor duro e volumoso, tão desengraçado como incómodo.

Na maioria dos casos, a circuncisão dá melhores

garantias do que qualquer dos outros processos e, portanto, deve ser preferida.

Esta operação é muito simples e oferece grandes vantagens, sem oferecer inconvenientes, desde que seja bem feita.

Nos tempos primitivos, teve um lugar de destaque entre os ritos religiosos de certos povos, e hoje pratica-se correntemente, sem receio e sem hesitações, tanto da parte dos doentes, como da parte dos médicos.

Na quarta e penúltima parte dêste livro, na qual vamos entrar, trataremos exclusivamente do estudo histórico e técnico desta operação, que merece um lugar especial, não só pelo que diz respeito à sua simplicidade e às vantagens que oferece, mas ainda pelo que respeita ao elevadíssimo número de casos em que se pratica.

QUARTA PARTE

CIRCUNCISÃO

CAPÍTULO I

História

A circuncisão parece ter sido feita pela primeira vez por Abraão, há aproximadamente quatro mil anos.

A sua origem encontra-se, portanto, nos limites extremos do período histórico.

Praticada pelos israelitas nos primeiros tempos da Idade de Fundação da Medicina (1), esta operação

(1) Renouard (*Histoire de la Médecine,* tômo I) divide a história da Medicina, desde os tempos prehistóricos até aos fins do século XVIII, em três idades e oito períodos:

I — Idade de Fundação:

1.º Periodo (período primitivo ou do instinto) — Acaba com a ruina de Tróia (1184 anos antes de Cristo). Neste período, os povos que mais se distinguiram, tanto em Medicina, como em todas as sciências, foram os egipcios, os hebreus, os índios orientais, os chineses e, mais tarde, os gregos.

2.º Período (período sagrado ou místico) — Acaba com a dispersão da Sociedade de Pitágoras (500 anos antes de Jesus Cristo).

3.º Período (período filosófico) — Acaba com a fundação

tinha entre êles um carácter puramente simbólico e exclusivamente religioso.

Era a sua divisa sagrada. Representava um pacto de aliança estabelecido com a Divindade Suprema, significava o cerceamento dos maus instintos e dos pecados, simbolizava a circuncisão do coração, isto é, a purificação da alma, e era o primeiro sacrifício que, no futuro, o grande descendente da raça de Abraão, o esperado Messias, teria de sofrer para chancelar a reconciliação e a aliança eterna da humanidade com Deus.

Estava, pois, no sangue derramado a prova da purificação da alma do povo e o testemunho da sua obediência a Deus.

Dos israelitas, a circuncisão transmitiu-se a outros povos que a aceitaram, quer como medida higiénica,

da Biblioteca da Alexandria (320 anos antes de Jesus Cristo).

4.º Período (período anatómico) — Acaba com a morte de Galeno (200 anos antes de Jesus Cristo).

II — Idade de Transição:

5.º Período (período grego) — Acaba com o incêndio da Biblioteca da Alexandria (640 anos depois do nascimento de Jesus Cristo).

6.º Período (período arábico) — Acaba com a Renascença das Letras na Europa (ano 1400 da era de Cristo).

III — Idade de Renovação:

7.º Período (período erudito) — Compreende os séculos XV e XVI.

8.º Período (período reformador) — Compreende os séculos XVII e XVIII.

quer como prática religiosa, quer, finalmente, para satisfazer certas condições ou exigências sociais.

Os livros sagrados são os que mais minuciosamente nos informam sôbre a origem e sôbre a história desta operação.

Vejamos o que a êste respeito nos dizem o *Génesis*, o *Exodo*, o *Levítico*, o *Livro de Josué*, os *Livros dos Profetas*, S. Lucas (*O Santo Evangelho; Actos dos Apóstolos*), S. Paulo (*Epístola de S. Paulo aos Romanos; Primeira Epístola de S. Paulo aos Corinthios; Epístola de S. Paulo aos Colossenses*), o Coran (1), etc.

Conta a História Sagrada que Deus, querendo que houvesse um povo fiel ao verdadeiro culto, fizera com Abraão (2) um pacto de aliança, quando êste, por morte de seu pai Terah ou Tharé, se foi estabelecer em Chanaan. Mais tarde, Abraão retirou-se para o Egipto, em procura de mantimentos, e, alguns anos depois de ter regressado à sua terra [2059? anos depois da criação do mundo ou 1945? anos antes do nascimento de Cristo (3)], Deus renovou o pacto de aliança, instituindo a circuncisão como memória (vid. *Génesis*, cap. XVII):

9 — *Disse mais Deus a Abraão: Tu, porém, guar-*

(1) Coran, Koran ou Alcoran é o código sagrado dos mussulmanos.

(2) Segundo o *Génesis*, Abraão representa a 19.ª geração depois de Adão e Eva, na linha genealógica de Seth, e a 10.ª geração depois de Noé.

(3) Os cronologistas não estão de acôrdo sôbre o ano do mundo em que nasceu Jesus Cristo. CALVISIO, diz que nasceu no ano 3947; CORNÉLIO, 3951; SIXTO DE SIENA, 3962; PETEAU, 3983; CAPEL, 3999; USÉRIO, *404*; BARÓNIO e PERERIS, 4022; SULIAN e TOANIEL, 4052; GENEBRARD, 4089.

A opinião de USÉRIO é a mais seguida.

darás o meu concêrto, tu, e a tua semente depois de ti, nas suas gerações.

10 — *Êste é o meu concêrto, que guardareis entre mim e vós, e a tua semente depois de ti: Que todo o macho vos será circuncidado.*

11 — *E circuncidareis a carne do vosso prepúcio; e isto será por sinal do concêrto entre mim e vós.*

12 — *O filho de oito dias, pois, vos será circuncidado, todo o macho nas vossas gerações: o nascido na casa, e o comprado por dinheiro a qualquer estrangeiro, que não fôr da tua semente.*

13 — *Com efeito será circuncidado o nascido em tua casa, e o comprado por dinheiro: e estará o meu concêrto na vossa carne por concêrto perpétuo.*

14 — *E o macho com prepúcio, cuja carne do prepúcio não estiver circuncidada, aquela alma será extirpada dos seus povos; quebrantou o meu concêrto.*

. . . . . .

23 — *Então tomou Abraão a seu filho Ismael, e a todos os nascidos na sua casa, e a todos os comprados por seu dinheiro, todo o macho entre os homens da casa de Abraão; e circuncidou a carne do seu prepúcio, naquele mesmo dia, como Deus falara com êle.*

24 — *Era Abraão da idade de noventa e nove anos, quando lhe foi circuncidada a carne do seu prepúcio.*

25 — *E Ismael, seu filho, era da idade de treze anos,*

quando lhe foi circuncidada a carne do seu prepúcio.

26 — *E todos os homens da sua casa, o nascido em casa, e o comprado por dinheiro do estrangeiro, foram circuncidados com êle.*

Quando nasceu o seu filho Isac, Abraão circuncidou-o ao oitavo dia, como Deus lhe tinha ordenado (*Génesis*, cap. XXI, 4).

Jacó, filho de Isac e neto de Abraão, depois de ter servido, em Haran, seu tio Labão, em troca da sua prima Raquel, regressou a Chanaan, tranzendo consigo a sua mulher, os seus filhos, os seus servos, os seus rebanhos, emfim, tudo quanto lhe pertencia, e, passando diante da cidade de Shechem, assentou aí a sua tenda, durante algum tempo. Um dia, Sichem, filho de Hemor, príncipe daquela terra, raptou e desflorou Dinah, formosa filha de Jacó. No dia seguinte, Hemor e seu filho apresentaram-se no acampamento de Jacó, pedindo Dinah em casamento e oferecendo-lhe toda a sua terra para êle habitar com a sua gente.

«*Aumentai muito sôbre mim o dote e a dádiva*, dizia Sichem, *e darei o que me disserdes; dae-me sómente a moça por mulher*» (*Génesis*, cap. XXXIV, 12).

Os filhos de Jacó, indignados com o procedimento de Sichem, opuseram-se ao casamento de sua irmã com um homem incircunciso, e deram a seguinte resposta (*Génesis*, cap. XXXIV):

14 — *Não podemos fazer isso, que déssemos nossa*

irmã a um varão não circuncidado; porque isso seria uma vergonha para nós;

15 — *Nisso, porém, consentiremos a vós: se fôrdes como nós, que se circuncide todo o macho entre vós:*

16 — *Então dar-vos-hemos as nossas filhas, e tomaremos nós as vossas filhas, e habitaremos comvosco, e seremos um povo;*

17 — *Mas se não nos ouvirdes, e não vos circuncidardes, tomaremos a nossa filha e ir-nos-hemos.*

18 — *E suas palavras foram boas aos olhos de Hemor, e aos olhos de Sichem filho de Hemor.*

19 — *E não tardou o mancebo em* fazer isto; *porque a filha de Jacó lhe contentava: e êle era o mais honrado de toda a casa de seu pai.*

20 — *Veio pois Hemor e Sichem seu filho à porta da sua cidade, e falaram aos varões da sua cidade, dizendo:*

21 — *Estes varões são pacíficos comnosco; portanto habitarão nesta terra e negociarão nela; eis que a terra é larga de espaço diante da sua face: tomaremos nós as suas filhas por mulheres, e lhes daremos as nossas filhas:*

22 — *Nisto, porém, consentirão aqueles varões, de habitar comnosco, para que sejamos um povo, se todo o macho entre nós se circuncidar, como êles são circuncidados.*

. . . . . .

24 — *E deram ouvidos a Hemor, e a Sichem seu filho todos os que saiam da porta da cidade; e foi circuncidado todo o macho, de todos os que saiam pela porta da sua cidade.*

A mulher de Jacó teve doze filhos, os quais foram os chefes das doze tribus de Israel: Ruben, Simeão, Levi, Judá, Dan, Nephtali, Gad, Aser, Issachar, Zabulão, José e Bemjamim.

Por causa da fome que sobreveiu em Chanaan, Jacó foi estabelecer-se no Egipto com toda a sua gente. O faraó, receoso da prodigiosa multiplicação e riqueza progressiva dos israelitas, empregou todos os meios para os aniquilar. Submeteu-os a uma dura escravidão e, vendo que mesmo assim não conseguia dominá-los completamente, ordenou às parteiras que todos os recêm-nascidos israelitas, de sexo masculino, fôssem lançados nas águas do Nilo.

Uma mulher da tribu de Levi conseguiu esconder um filho, durante três meses, mas, não podendo ocultá-lo por mais tempo, pegou num cestinho de junco, barrou-o de betume e pêz, e metendo nele a criança, colocou-o numa das margens do rio Nilo, entre uns canaviais, para que a torrente o não levasse.

Ao mesmo tempo, ordenou a uma irmã do menino que se conservasse a certa distância para observar o que lhe acontecia.

Vindo banhar-se uma filha do faraó, acompanhada das suas damas, e deparando com o cestinho, ordenou que lho trouxessem.

Abrindo-o e vendo dentro uma criança que chorava, compadeceu-se dela e disse:

— *Este é, sem dúvida, algum menino dos israelitas.*

Aproveitando a irmã da criança aquele momento, ofereceu-se para ir procurar uma mulher que o criasse e trouxe-lhe a sua própria mãe, que tomou

conta dêle, prontificando-se a princesa a pagar-lhe a sua criação. Quando o menino já estava criado, a mulher entregou-o à sua bemfeitora que o perfilhou e lhe deu o nome de Moisés *(Salvei-o das águas)*.

Moisés, auxiliado pelos seus altos dotes de vontade, sagacidade e inteligência, aprendeu, na côrte do faraó, todos os conhecimentos scientíficos dos sábios egípcios.

Aos quarenta anos, saíu da côrte e refugiou-se em Madian, onde casou com Sephora ou Zippora, filha de Jethro, ficando ao serviço de seu sôgro durante quarenta anos.

Voltando depois ao Egipto (1492 anos antes do nascimento de Jesus Cristo?), apresentou-se ao faraó como enviado do Deus de Israel para libertar o seu povo da dura escravidão a que estava submetido, havia 430 anos. Conduzidos por Moisés, os israelitas, depois de terem passado o Mar Vermelho e depois de amargas privações e pesados trabalhos, foram acampar no Deserto de Sinai, onde ouviram, atenciosamente, durante largos anos, as práticas religiosas e morais do grande profeta que se lhes apresentou como fiel intérprete do pensamento e das palavras de Deus *(Exodo)*.

Foi no de Deserto de Sinai que Moisés escreveu o *Génesis*, o *Exodo*, o *Levítico*, o *Livro dos Números* e o *Deuteronomio*.

Foi ali que êle apresentou e leu as táboas da lei, trazidas do Monte Sinai. Foi ali também que êle chamou a atenção de todos para as leis sagradas dos seus antepassados, confirmando a circuncisão

como o primeiro sacramento que toda a criança de sexo masculino devia receber, ao oitavo dia do seu nascimento (*Levítico*, cap. XII, 3).

Por morte de Moisés, foi Josué encarregado do govêrno do povo de Israel e de o pôr de posse do país de Chanaan ou Terra da Promissão.

Passadas as águas do Jurdão, quando se dirigia para Chanaan, Josué disse ao seu povo que era necessário que todos os homens fôssem circuncidados, porque Deus lho tinha ordenado (vid. *Livro de Josué*, cap. V).

2 — *Naquele tempo disse o Senhor a Josué: Faze-te facas de pedra, e torna a circuncidar a segunda vez aos filhos de Israel.*

3 — *Então Josué fez para si facas de pedra, e circuncidou aos filhos de Israel no monte dos prepúcios.*

4 — *E foi esta a causa porque Josué os circuncidou: todo o povo que tinha saído do Egipto, os machos, todos os homens de guerra, eram já mortos no deserto, pelo caminho, depois que saíram do Egipto.*

5 — *Porque todo o povo que saíra estava circuncidado, mas a nenhum do povo que nascera no deserto, pelo caminho, depois de terem saído do Egipto, haviam circuncidado.*

6 — *Porque quarenta anos andaram os filhos de Israel pelo deserto* . . . . . .

. . . . . .

8 — *E aconteceu que acabando de circuncidar a toda*

a nação, ficaram no seu lugar no arraial, até sararam.

O hábito da circuncisão foi conservado por todos os judeus, durante muitos séculos, como emblema sagrado da sua raça e como símbolo de obediência a Deus.

S. João Baptista foi ainda circuncidado, ao oitavo dia (S. Lucas, *O Santo Evangelho,* cap. I, 59), mas Jesus Cristo e alguns dos seus discípulos, apesar de circuncisos, abandonaram a circuncisão, substituindo-a pelo baptismo.

Todavia, muitos judeus, julgando-se na obrigação religiosa de respeitar todas as prescrições do rito mosaico, conservaram acima de tudo a circuncisão.

Santo Agostinho e S. Tomás consideravam esta operação o sacramento da lei mosaica que, na religião cristã, correspondia ao baptismo e representava a paixão e a ressurreição de Jesus Cristo.

Alguns dos discípulos de Jesus quizeram até impô-la aos povos que se convertiam à fé cristã, dizendo-lhes:

Se vos não circuncidardes conforme o uso de Moisés, não podereis salvar-vos (*Actos dos Apóstolos*, cap. XV, I).

Como alguns dos convertidos da seita dos fariseus dissessem que era para êles violento circuncidá-los, os apóstolos, congregados em assemblea geral, em Jerusalem, decidiram que a circuncisão não fôsse obrigatória e resolveram escrever para Antiochia.

Syria, Cilícia, etc., dizendo (*Actos dos Apóstolos*, cap. xv, 23, 24):

23 — *Os apóstolos, e os anciãos e os irmãos, aos irmãos dentre os gentios que estão em Antiochia, e Syria e Cilícia, saúde.*

24 — *Porquanto ouvimos que alguns que sairam dentre nós vos perturbaram com palavras, e transtornaram as vossas almas, dizendo que devieis circuncdidar-vos e guardar a lei, aos quais nada mandámos.*

S. Paulo *(Epístola de S. Paulo aos romanos)* escreveu:

25 — *Porque a circuncisão é, na verdade, proveitosa, se tu guardares a lei; porém, se tu és transgressor da lei, porventura a tua circuncisão se torna em incircuncisão.*

26 — *Pois, se a incircuncisão guarda os preceitos da lei, porventura a sua incircuncisão não será reputada como circuncisão?*

27 — *E, a que por natureza é incircuncisão, se cumpre a lei, não te julgará porventura a ti, que pela letra e circuncisão és transgressor da lei?*

28 — *Porque não é judeu o que o é exteriormente, nem é circuncisão a que o é exteriormente na carne.*

29 — *Mas é judeu o que o é no interior, e circuncisão é a do coração, no espírito, não na letra: cujo louvor não provém dos homens, mas de Deus.*

O mesmo apóstolo escreveu depois aos corintios (*Primeira Epístola de S. Paulo aos corinthios,* cap. VII):

10 — É alguém chamado estando já circuncidado? Fique circuncidado. É alguém chamado estando incircuncidado? Não se circuncide.
19 — A circuncisão é nada, e a incircuncisão nada é, mas sim a observância dos mandamentos de Deus.
20 — Cada um fique na vocação em que foi chamado.

Na sua epístola aos colossenses, S. Paulo adverte-os também sôbre as falsas doutrinas e diz-lhes (cap. II, 11-13) que a circuncisão está, não no corpo, mas na doutrina de Cristo.

A circuncisão foi, como acabamos de ver, abandonada pela igreja, mas alguns judeus-cristãos da Abissínia e de outros países ainda hoje a consideram como um verdadeiro sacramento.

Alguns autores afirmam que a circuncisão não é de origem hebraica, mas sim de origem egípcia.

A favor de cada uma destas duas opiniões sôbre a origem da operação a que nos referimos têm sido apresentadas provas das mais convincentes e argumentos de todas as espécies.

Segundo o grande historiador HERODOTO, o hábito da circuncisão existia, desde os tempos primitivos, no Egipto e na Etiópia.

Alguns dos que se apoiam em HERODOTO para defender a origem egípcia da circuncisão, dizem que

Abraão tinha encontrado êste costume no Egípto, quando ali se foi estabelecer, e que, mais tarde, quando regressou a Chanaan, não fez mais do que dar à circuncisão um carácter religioso e torná-la obrigatória para todas as pessoas da sua casa; outros chegam a negar a existência de Moisés e do povo hebreu, dizendo que, se HERODOTO, MANETHON, ERATOSTHENO e outros historiadores da antiguidade, não falam em Moisés nem em tal povo, é porque êste e aquele foram inventados depois.

Esta opinião é combatida por quási todos os autores (historiadores e literatos) que se referem a êste assunto.

« *Posto que Moisés, primeiro historiador, que viveu dez séculos antes de Heredoto, refira acontecimentos de uma sociedade solitária, e estremada de outras nações, que nenhuns vestígios deixaram,* diz CAMILO CASTELO BRANCO (*Divindade de Jesus e Tradição Apostólica,* Pôrto, 1865), *isso não impede que os detractores de sua veracidade considerem menos autênticos os escritos do legislador hebreu do que os comentários de Cezar, escritos num tempo em que sobejam historiadores para cada nação* ».

Afirmar, como SPINOSA, que o Génesis é de Esdras e não de Moisés, porque êste, como disse VOLTAIRE, não escreveu porque não tinha tinta, é querer ignorar que a célebre cidade dos livros Cariath-Sepher é vários séculos anterior a Moisés e que quatrocentos anos antes do grande legislador do povo de Israel, já Hemnon tinha inventado, no Egipto, as le-

tras ou caracteres para a escrita (ANTICLIDES, *Hist. Nat.*, Liv. VII, cap. 56).

Não pretendemos pôr em discussão as doutrinas de STRAUSS, de CABET, de QUINET, de HELVETIUS, de Ario, de DUPUIS, de DIDEROT, etc., que reduzem Moisés a mito, nem procuramos chamar aqui TÁCITO, GALÉRIO, POMPEU, DIODORO SICULO, JUVENAL, PHILOCORO, APOLÓNIO, ALEXANDRE, POLYHISTOR e outros historiadores que se referem aos livros hebraicos, considerando-os, não só como livros de história, mas ainda como códigos jurídicos e morais.

Esta questão tem para nós um interêsse medíocre, e se a abordámos foi sòmente para mostrar a espécie de argumentos de que se servem aqueles que pretendem, negando inclusivamente a existência do povo hebreu, dar a primasia aos costumes dos egipcios.

Apesar de tudo, é incomparàvelmente muito maior o número dos que defendem a origem hebraica da circuncisão.

Não nos custa acreditar que, no Egipto, se fizesse a circuncisão muitos séculos antes de HERODOTO, porque êste grande historiador escreveu mil anos depois de Moisés e mil e quinhentos anos depois de Abraão, e era natural que os israelitas a tivessem transmitido, insensìvelmente, ao povo que os subjugou, durante os quatro séculos que precederam o nascimento de Moisés, ou que êste, como pretende ARTAPTAN, a tivesse indicado aos egípcios. HERODOTO não encontrou no Egipto nenhum documento que lhe indicasse a origem desta operação.

Nós admitimos, como MALGAIGNE, BOUISSON, SAINT GERMAIN e quási todos os autores que se referem a êste assunto, que a circuncisão é de origem hebraica, porque, se Abraão tivesse imitado os egípcios, ter-se-ia circuncidado quando se retirou do Egipto para a sua terra, e não vários anos depois; porque só os descendentes de Israel se honravam com o título de circuncisos; porque só entre êles a circuncisão tinha um carácter religioso e constituía uma obrigação rigorosa; porque, nos monumentos egípcios, não se encontra nenhuma memória alusiva à circuncisão; porque Ezéchiel e Jeremias contam os egípcios no número dos incircuncisos; porque Santo Ambrósio, Santo Epifanio e outros afirmam que, no Egipto, a circuncisão foi obrigatória sòmente para os sacerdotes, para os geómetras, para os astrónomos e para os sábios em matéria hieroglífica, e que nunca constituiu uma lei geral. Em todas as outras classes, a circuncisão era facultativa.

Considerada, desde a sua origem, pelos judeus, como o emblema sagrado da sua seita e como o estígma indelével da sua raça, a circuncisão conservou-se preciosamente no povo de Israel, apesar das mais cruéis perseguições e dos mais numerosos e prolongados períodos de cativeiro. Triunfou do cativeiro no Egipto, antes de Moisés, e do isolamento no deserto, durante quarenta anos. Resistiu às perseguições de Antiocho, que, em três dias, mandou matar trinta mil judeus, que roubou o Templo de Jerusalem, que devastou toda a Judeia e que decre-

tou a morte de todas as mulheres que circuncidassem os seus filhos.

Resistiu, finalmente, ao pêzo da dominação romana e às fogueiras da Inquisição, alcançando, por fim, uma época de tolerância (1).

Os judeus incutiram no espírito de diversos povos (egípcios, persas, etiopes, abissínios, certas raças da América do Norte, da Oceania, de Madagascar, etc.) o hábito da circuncisão, mas esta operação perdeu uma grande parte dos seus caracteres originais, à medida que se divulgou. De prática religiosa, passou a ser considerada como simples distintivo de raças e, por fim, como uma necessidade higiénica.

Entre os mussulmanos, a circuncisão é quási obrigatória, mas não constitue uma obrigação religiosa.

É recomendada pelo Coran (código religioso dos mussulmanos), mas como não constitue um preceito religioso absolutamente obrigatório, muitos indivíduos não se lhe submetem e outros só a praticam entre os oito e os dez anos. Alguns escolhem o dia seguinte ao do casamento.

O hábito da circuncisão existe também, como medida higiénica, nos povos de certas regiões da África, do México, da Nova-Zelandia, etc.

Entre nós, esta operação só se pratica quando se julga necessária.

A lei mosaica não indica o instrumento, nem o processo operatório, nem o operador.

(1) Ainda hoje há, em todos os países, judeus de todas as classes fieis às suas antigas tradições.

Primitivamente, a circuncisão era feita pelos pais da criança, pelas mães ou por qualquer outra pessoa. Foi Abraão que circuncidou o seu próprio prepúcio, os dos seus filhos e os dos seus servos (*Génesis*, cap. XVII). Foi Zippora, mulher de Moisés, que circuncidou, com uma pedra aguda, o prepúcio de seu filho (*Exodo,* cap. IV, 25). Foi Josué que, no monte dos prepúcios, circuncidou com uma faca de pedra os israelitas não circuncidados no deserto (*Livro de Josué,* cap. V).

Alguns autores dizem que foi S. José que circuncidou, no primeiro de Janeiro (1), ao oitavo dia do nascimento, como mandava a lei de Moisés, o prepúcio de seu filho, naquele humilde lugar onde o menino nasceu, mas isso não é natural porque, naquele tempo, já havia, nos grandes centros, ministros especiais para a circuncisão, chamados *Móheis* ou *circuncisores*.

Os grandes pintores Bagnacavallo, Garófalo, Giúlio Clóvio, Moralès, Quentin Matsys, Andrea Mantegna, Titien, Rubens, etc., representaram a circuncisão de Jesus como tendo sido praticada por um Móhel, na presença de S. José, de Nossa Senhora e de várias pessoas (2).

Na sala XII do Museu Machado de Castro, encontra-se um quadro sôbre a circuncisão de Jesus, em

(1) A Igreja Católica comemora, no primeiro de Janeiro, a circuncisão de Jesus.

(2) A circuncisão dos recêm-nascidos era um acto solene para o qual costumavam ser convidados, pelos pais, todos os seus parentes e amigos. Era o primeiro sacramento — o báptismo.

«*No fim daquele acto,* diz JOAQUIM JOSÉ FERREIRA (*História de*

que o operador é um Móhel, e na revista *Les Galeries d'Europe,* Paris, 1909, encontra-se uma reprodução do quadro de Andrea Mantegna.

Os artistas que acabamos de mencionar, reünindo no mesmo acto a circuncisão e a apresentação de Jesus no Templo, afastaram-se da realidade.

A virgem apresentou-se no Templo quarenta dias depois do parto ou trinta e dois dias depois da circuncisão de Jesus, oferecendo o sacrifício dos pobres, isto é, um par de rôlas ou dois pombinhos, um para o Holocausto e outro para a propiciação do pecado (S. Lucas, *O Santo Evangelho,* cap. II, 21-24).

Mandando a lei de Moisés que toda a criança de sexo masculino fôsse circuncidada ao oitavo dia e que a mãe não entrasse no Templo antes do quadragésimo dia do parto (dia da purificação) (*Levitico,* cap. 12), não nos parece provável que a circuncisão de Jesus tenha sido feita no Templo, em presença de S. José e de Nossa Senhora.

Para completarmos a história da circuncisão, vejamos, muito ràpidamente, os principais processos operatórios usados pelos judeus e pelos árabes.

PROCESSO JUDAICO. — A operação é feita por um rabino, chamado *Móhel* ou *circuncisor,* e compreende três tempos principais:

a) Secção circular do prepúcio por meio de um postétomo *(Hitouch);*

Nossa Senhora, Pôrto, 1902), referindo-se à circuncisão de Jesus, *a Senhora recolheu o sangue e a preciosa partícula, juntamente com as lágrimas que derramou, cuja relíquia trouxe sempre comsigo, e quando passou dêste mundo para o outro deixou-a a S. João Evangelista*».

b) Rasgamento da parede dorsal da parte posterior da mucosa prepucial, que, quási sempre, escapa à acção do instrumento *(Périah)*;

c) Sucção da ferida *(Mézcrah)*.

Feitas as cerimónias religiosas, segundo o ritual israelita, diz Tarneau (*Gazette des Hôpitaux*, 1865), referindo-se à circuncisão entre os judeus da Algéria, o operador começa por friccionar suavemente a extremidade do pénis, a fim de provocar um ligeiro grau de erecção e poder palpar fàcilmente a glande, através da prega prepucial.

Em seguida, introduz o prepúcio na ranhura de um instrumento em forma de lira, isto é, mais ou menos semelhante à extremidade larga de uma sonda cânula.

Confiando êste instrumento a um ajudante, o operador segura a extremidade do prepúcio com os dedos indicador e polegar da mão esquerda e corta a prega prepucial, imediatamente por diante do instrumento que protege a glande.

Feita a secção do prepúcio, o operador introduz na sua bôca o pénis da criança e suga o sangue extravasado, cuspindo-o, em seguida, num vaso cheio de cinzas, que prèviamente tinha sido preparado para êsse fim. Depois, introduz as unhas dos dois dedos polegares por debaixo da parede dorsal da mucosa do prepúcio, incompletamente excisada, e rasga-a longitudinalmente, até à corôa da glande.

Os retalhos da mucosa são voltados para fora; a ferida é polvilhada com pó de coral, a fim de fa-

zer a hemostase, e, por fim, é aplicado um penso simples.

Segundo LALLEMAND, o processo dos judeus de Metz difere dêste apenas pelo modo de protecção da glande.

Emquanto um ajudante desloca a glande para trás, o operador segura a extremidade do prepúcio com os dedos da mão esquerda, e secciona a prega prepucial entre os seus dedos e os do seu ajudante.

PROCESSO ÁRABE. — *1.º Tempo.* Se o prepúcio pode ser retirado para trás, o operador descobre a glande e limpa toda a superfície da mucosa balano-prepucial; se não pode ser deslocado, o operador introduz um estilete na cavidade prepucial, a fim de destruir as aderências, se existem.

2.º Tempo. Introdução de um estilete de marfim na cavidade prepucial, até à base da glande.

3.º Tempo. Tracção do prepúcio e aplicação de um compasso protector da glande, imediatamente adiante desta.

4.º Tempo. Secção da prega prepucial, adiante do compasso protector.

5.º Tempo. Incisão da mucosa prepucial, se o seu orifício não é suficiente para deixar sair a glande.

6.º Tempo. Penso simples.

Na Algéria, os árabes procedem, segundo BERTHERAND, da seguinte forma:

1.º O paciente senta-se sôbre os joelhos de um dos seus parentes e afasta as coxas.

2.º O operador *(thabar)* puxa o prepúcio para diante e liga-o com um fio, aplicado imediatamente adiante da glande.

3.º Faz passar êste fio através de um orifício circular, com cêrca de um centímetro de diâmetro, que existe no centro de um disco de madeira.

4.º Puxa o fio até introduzir o prepúcio no orifício do disco.

5.º Excisa com um bisturi ou com uma tesoura a porção do prepúcio que fica adiante do disco.

6.º Mergulha o pénis num ovo fresco, que é aberto no momento da operação.

7.º Cobre a ferida com pó fino de folhas de tuia e aplica, em seguida, um penso simples.

Nogués descreve outro processo árabe que pouco difere do precedente. O operador puxa a prega prepucial para diante e um ajudante liga-a com dois fios, um aplicado imediatamente adiante da glande e o outro a pouca distância do primeiro.

O prepúcio é, em seguida, seccionado entre os dois fios, e o operador procede, no resto da operação, como no processo descrito por Bertherand.

Segundo Ernest Godard e Aïssa-Hamdy, entre os árabes do Egipto, a circuncisão é acompanhada de grandes festejos, principalmente nas classes abastadas, e é considerada uma das mais rigorosas cerimónias. Entre êles, esta operação é praticada indiferentemente na infância, na adolescência ou na idade adulta. Alguns escolhem o dia seguinte ao do casamento.

Neste último caso, o operando deve estar firme e sorridente, porque disso depende a sua honra e a sua dignidade, e a sua mulher deve receber sôbre a roupa branca o sangue derramado.

*
* *

Certos povos da Ásia e da África submetem as mulheres a uma operação análoga à circuncisão do prepúcio — a ninfotomia — que consiste em excisar uma porção maior ou menor dos pequenos lábios da vulva.

Nas mulheres do Oriente, principalmente nas persas e nas turcas, os pequenos lábios vulvares adquirem, em certos casos, dimensões tão consideráveis que as relações sexuais tornam-se, por vezes, difíceis ou mesmo impossíveis.

Mas é principalmente no Cabo da Boa-Esperança que certos povos selvagens da raça dos hotentotes nos apresentam os melhores exemplos de hipertrofia dos lábios da vulva.

As boschimães, ao lado da hipertrofia gordurosa das regiões nadegueiras, a que Livingston chama esteatopígia, apresentam, com efeito, um desenvolvimento consideravel dos pequenos lábios, os quais, chegando a medir quinze ou mesmo vinte centímetros de comprimento, descem até ao meio das coxas, constituindo o chamado *veu do pudor*, *tanga* ou *avental das hotentotes*.

Na Europa, os casos dêste género são excepcionais e quando se encontram são observados, registados e arquivados com todo o interêsse.

Garnier refere-se a uma mulher com hipertrofia pronunciada dos pequenos lábios vulvares, que, fa-

lecendo em Paris em 1826, esteve exposta, durante muito tempo, no Jardim das Plantas, com o rótulo de Venus hotentote.

Além de prejudicar o coito e dificultar a marcha, o desenvolvimento exagerado dos pequenos lábios favorece a acumulação de esmegma, entre estas pregas e o clitoris.

Os povos que mencionámos fazem a excisão da parte exuberante dêstes apêndices, não só para facilitar o coito e evitar obstáculos à marcha, mas ainda como medida higiénica.

Assim como entre nós os homens que praticam certas operações a animais domésticos (castração, etc.) percorrem as ruas, anunciando a sua passagem por meio de cornetas, de assobios, de gritos, etc., assim também, entre certos povos selvagens do Cabo da Boa-Esperança, os homens que praticam a ninfotomia percorrem as ruas gritando: *¿quem quer ser... cortada?*

Nestes povos, a ninfotomia pratica-se todos os dias. As mulheres da Argelia apresentam também os pequenos lábios vulvares muito hipertrofiados, mas não se submetem à ninfotomia.

As mulheres europeias podem apresentar um certo grau de hipertrofia dos pequenos lábios, mas, quando estes atingem grandes dimensões, o excesso de volume é, quási sempre, o resultado de certas produções mórbidas, tais como quistos, vegetações, tumores, elefantíase, etc. Entre nós, raríssimas vezes se pratica a ninfotomia para evitar os inconvenientes de uma hipertrofia simples dos pequenos lábios.

CAPÍTULO II

Métodos e processos operatórios

Neste momento, não nos recordamos de nenhuma operação que tenha dado origem a tantos métodos e a tantos processos operatórios como a circuncisão.

O apêrto muito pronunciado do orifício do prepúcio, as aderências balano-prepuciais, o receio da recidiva da fimose, em conseqüência da excisão insuficiente da pele ou da mucosa, o receio da denudação do pénis com deformação ulterior, em conseqüência de uma excisão cutânea muito larga (1), o

(1) Uma das principais preocupações do cirurgião deve consistir em não excisar um retalho cutâneo muito grande, porque a denudação do pénis é uma deformidade que prejudica bastante as funções sexuais.

Nélaton refere-se a um homem que foi tão mal circuncidado que, depois da excisão circular do prepúcio, a pele do pénis se retraiu até ao púbis, ficando a fimose formada pela mucosa. Uma cicatriz disforme, aderente aos corpos cavernosos, foi a conseqüência da operação.

Brouardel observou também um homem, cujo pénis não podia entrar fàcilmente em erecção por causa de uma cicatriz viciosa resultante de uma circuncisão mal feita. Alguns dias depois do casamento, êste homem, tendo uma fimose que dificultava muito as rela-

desejo de evitar a hemorragia, de seccionar a pele e a mucosa ao mesmo nível e de aplicar exactamente as duas superfícies de secção, tais são as principais circunstâncias e as preocupações constantes que têm presidido à invenção do grande número de métodos e de processos operatórios que se encontram descritos.

O cirurgião deve escolher o processo que melhor se acomoda ao caso que tem diante dos seus olhos, optando pelo mais simples, pelo mais rápido e pelo que exige menos e mais vulgares instrumentos cirúrgicos. Os processos mais simples são sempre os melhores.

A) Ligadura elástica, esmagamento linear, cauterização

Numa operação que não dá origem a hemorragias muito abundantes, não se justifica o emprêgo de fios elásticos, de esmagadores ou de cautérios. Estes métodos de circuncisão estão, hoje, postos de parte.

Em Outubro do ano corrente, entrou para o Hospital da Universidade de Coimbra uma criança cujo prepúcio tinha sido circuncidado, com um fio, por um médico da sua aldeia, mas não encontramos muitos colegas partidários dêste método.

ções sexuais, resolveu pedir ao seu médico que o operasse. Êste, pela fôrça das circunstâncias, fez-se cirurgião, mas excisou um retalho de pele tão grande que, quando a cicatrização estava completa, a erecção era difícil e muito dolorosa. Na literatura médica encontram-se mais exemplos semelhantes.

Também já não tem muitos partidários a circuncisão pelo esmagador linear ou pela cauterização.

Antigamente, o processo de Chassaignac era praticado correntemente, mas, hoje, está completamente afastado da prática. Êste processo compreende os seguintes tempos:

1.º) Distensão do prepúcio por meio de uma pinça introduzida na sua cavidade.

2.º) Transfixão da prega prepucial por uma ou mais agulhas, e estrangulação circular desta prega, atrás do ponto atravessado.

3.º) Secção com esmagador linear, ao nível do ponto prèviamente estrangulado.

4.º) Sutura com pontos separados.

5.º) Penso simples.

B) **Secção rápida por meio de instrumentos especiais**

Existem muitos tipos de instrumentos que foram mandados construir a fim de se praticar ràpidamente a circuncisão do prepúcio, seccionando a pele e a mucosa ao mesmo nível e protegendo, ao mesmo tempo, a glande. Os principais são o postétomo de Tripier e o de Piquantin. Este método está hoje posto de parte, não só porque são necessários instrumentos especiais, mas ainda e principalmente porque os processos postos em prática não deram os resultados esperados e desejados. A acção brusca e instantânea dos postétomos acomoda-se mal com

as precauções que é preciso tomar e com a lentidão com que, muitas vezes, é necessário proceder. Além disso, estes instrumentos servem sòmente para êste fim e exigem uma educação especial para o seu manejo. «*Le meilleur posthétome est, à notre avis,* diz F. Bouisson (1), *un bistouri bien tranchant ou une paire de bons et forts ciseaux*».

C) Secção com dilatação prévia da cavidade prepucial

Êste método tem muitos processos, mas nenhum dêles oferece valiosas garantias.

Bonafont enchia a cavidade do prepúcio com gaze ou com algodão. Chassaignac fazia a dilatação com uma pinça. Corbin, Borelli, Fleming, Chauvin, Martin, etc., empregavam dilatadores especiais. O apêrto exagerado do orifício do prepúcio exclue todos estes processos.

D) Secção sem dilatação prévia

Processo de Lisfranc. — 1.º) Puxa-se o prepúcio para diante com uma pinça que se aplica sôbre o limbo e que se entrega a um ajudante. 2.º) Entala-se a prega prepucial entre os ramos de outra pinça. 3.º) Com um bisturi ou com uma tesoura,

(1) *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales,* tômo XVII, artigo *Circoncision*.

excisa-se a porção do prepúcio situada adiante desta última pinça. 4.º) Faz-se a sutura da pele à mucosa com pontos separados de cut-gut. Muitas vezes, fica uma espécie de fimose mucosa, porque o folheto interno da prega prepucial deslisa diante do instrumento cortante. Para evitar êste inconveniente, LISFRANC dividia a mucosa longitudinalmente, na região dorsal, e aplicava os retalhos sôbre a ferida cutânea.

Processo de RICORD. — 1.º) Marca-se, com tinta ou com um lápis dermográfico, a linha de secção. 2.º) Introduz-se na cavidade prepucial uma agulha que atravessa o prepúcio ao nível da linha traçada. Esta agulha conduz um fio de seda ou de cut-gut que mantém as relações cutâneo-mucosas. 3.º) Entala-se o prepúcio entre os ramos de uma pinça fenestrada, aplicada obliquamente de cima para baixo e de trás para diante. 4.º) Atravessam-se as duas paredes laterais da prega prepucial com três ou quatro fios que se fazem passar na ranhura ou *fenestra* da pinça. 5.º) Com uma tesoura ou com um bisturi, excisa-se a porção do prepúcio situada adiante da pinça. 6.º) Retira-se esta pinça. 7.º) Cortam-se os fios pela sua parte média e une-se, com cada uma das suas metades, a pele à mucosa.

Primeiro processo de VIDAL DE CASSIS. — 1.º) Traça-se a linha de secção como no processo de RICORD. 2.º) Fazem-se passar vários fios através da parede do prepúcio ao nível da linha marcada. 3.º) Cor-

ta-se o prepúcio, adiante dos fios, e une-se, em seguida, com os mesmos fios, a pele à mucosa.

Segundo processo de VIDAL DE CASSIS. — 1.º) Desenha-se a linha de secção. 2.º) Fazem-se passar três ou quatro agulhas, munidas de fios, através das paredes laterais do prepúcio. 3.º) Entala-se a prega prepucial entre os ramos de uma pinça que se aplica imediatamente adiante das agulhas. 4.º) Divide-se o prepúcio, com uma tesoura ou com um bisturi, entre as agulhas e a pinça. 5.º) Retiram-se as agulhas e atam-se os fios, unindo, desta forma, a pele à mucosa.

Terceiro processo de VIDAL DE CASSIS. — 1.º) Entala-se o prepúcio com uma pinça especial que tem, num dos ramos, vários bicos ou dentes, destinados a fixar a pele à mucosa, penetrando em toda a espessura da prega prepucial. 2.º) Secciona-se o prepúcio, imediatamente atrás da pinça. 3.º) Unem-se os dois folhetos, cutâneo e mucoso, com alguns fios de seda ou de cut-gut. Êste processo tem o inconveniente de não proteger a glande, mas VIDAL preferia a secção posterior para não fazer a sutura ao nível dos tecidos traumatizados pela pinça.

Processo de DOLBEAU. — Com duas pinças dentes de rato, entalam-se as paredes laterais da prega prepucial, até um pouco adiante da corôa da glande. Em seguida, entala-se o prepúcio entre os ramos de uma pinça de pressão contínua que é colocada ime-

diatamente atrás das duas primeiras. Corta-se o prepúcio, imediatamente adiante desta última pinça, e unem-se os dois folhetos com alguns fios de cut-gut.

Processo de PANAS. — *Material necessário: a) um bisturi; b) uma pinça de pressão contínua, com um dente na extremidade de um dos ramos; c) uma pinça cujos ramos são divididos em duas hastes por uma fenda longitudinal (pinça de quatro hastes paralelas); d) uma agulha; e) uma pinça de dissecção.*

1.º) Introduz-se o ramo liso da primeira pinça na cavidade do prepúcio até que a sua extremidade chegue ao sulco balano-prepucial. 2.º) Recua-se a pinça, aproximadamente um centímetro e, fecha-se. 3.º) Entala-se o prepúcio entre os ramos da terceira pinça que é aplicada imediatamente atrás da primeira e cuja direcção é oblíqua para baixo e para diante, isto é, paralela à coroa da glande. 4.º) Secciona-se a prega prepucial com um bisturi que se faz passar na ranhura da pinça. 5.º) Unem-se com pontos separados os dois folhetos, cutâneo e mucoso.

Processo de PIERRE DUVAL. — O processo que PIERRE DUVAL descreve, no seu livro *Chirurgie de L'Appareil urinaire et de L'Appareil Génital de L'Homme — Précis de Technique Opératoire,* compreende seis tempos principais.

Primeiro tempo. Libertação da glande (destruïção das aderências balano-prepuciais, se existem). — Depois de fixar o prepúcio com duas pínças de KOCHER,

aplicadas sôbre as partes laterais do limbo prepucial, o operador toma uma sonda-cânula ordinária, introdu-la até ao sulco retro-balânico, ao nível da linha dorso-mediana, e desfaz todas as aderências, deslocando-a alternativamente para a direita e para a esquerda, até à vizinhança do freio.

Segundo tempo. Colocação da pinça prepucial. — As pinças que fixam o limbo prepucial são confiadas a um ajudante que as mantém paralelas e horisontais e que exerce uma tracção uniforme sôbre o prepúcio. Com a mão esquerda colocada debaixo do pénis, o operador desloca ligeiramente a glande para trás, através da prega prepucial, e, com a mão direita, toma uma pinça de Kocher e aplica-a sôbre o prepúcio, de cima para baixo, adiante dos dedos da mão esquerda. Esta pinça deve formar com o eixo longitudinal do pénis um ângulo de 135 graus, aberto para cima e para diante.

Terceiro tempo. Secção do prepúcio. — O prepúcio é cortado com um bisturi ao nível do bordo posterior da pinça. Para não ferir a glande, o operador deve exercer uma ligeira tracção sôbre a pinça prepucial. Feita a secção, a pele retrae-se e descobre a mucosa que não sofre uma retracção paralela.

Quarto tempo. — Laqueação das veias prepuciais, a fim de evitar hematomas sub-cutâneos.

Quinto tempo. Excisão da mucosa. — Com uma tesoura, divide-se longitudinalmente a parte médio-dorsal da mucosa do prepúcio até à vizinhança da corôa da glande. Ficam dois retalhos laterais que

são, em seguida, excisados com uma tesoura. A secção da mucosa fica então paralela à da pele.

Sexto tempo. Sutura. — Pontos de cut-gut, separados. Primeiro, colocam-se os quatro pontos cardiais (médio-dorsal, médio ventral e médio-laterais).

Depois, colocam-se os pontos intermediários indispensáveis para fazer uma sutura muco-cutânea perfeita.

Secção e sutura do freio. — Quando o freio é muito curto, divide-se transversalmente e sutura-se no sentido longitudinal, depois da laqueação da artéria própria, se fôr possível.

Processo de L. A. DE SAINT GERMAIN. — O processo que L. A. SAINT GERMAIN apresenta, no *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques,* tômo VII, artigo *Circoncision*, como sendo o mais simples, o mais completo e o mais perfeito, difere do de PIERRE DUVAL sòmente pela divisão do prepúcio, que é feita com uma tesoura.

Processo de DIEFFENBACH. — 1.º) Excisam-se alguns milímetros do bordo livre do prepúcio. 2.º) Separa-se o folheto cutâneo do folheto mucoso. 3.º) Excisa-se a mucosa. 4.º) Dobra-se a pele para dentro e para trás, de modo a formar um novo prepúcio exclusivâmente cutâneo.

Processo de DARTIGUES ET ROUCAYROL *(fimosiectomia* (1) *com sutura circular invaginada).* — Êste pro-

(1) DARTIGUES e ROUCAYROL propõem o têrmo fimosiectomia para

cesso tem, como o antecedente, a vantagem de conservar uma grande parte do prepúcio e de dispensar toda a espécie de penso. Apenas temos de recomendar ao operado que urine um pouco inclinado para diante e que, no fim das micções, deixe esgotar completamente a urina. Durante a micção, o pénis deve ter uma direcção vertical. DARTIGUES e ROUCAYROL não fazem, como DIEFFENBACH, a exerese de toda a mucosa prepucial, mas excisam um grande retalho e dobram a pele para dentro, fazendo a sutura com pontos separados de cut-gut. A linha de sutura é abundantemente polvilhada com peróxido de zinco. As erecções podem ser combatidas pelos processos ordinários (cânfora, brometo de potássio, etc.) e ainda pela aplicação local de compressas frias que nada prejudicam, porque não ficam em contacto com a ferida operatória.

E) Secção com incisão dorsal

Este método está indicado quando existem aderências balano-prepuciais que não podem ser destruidas por meio de uma sonda-cânula introduzida entre a glande e o prepúcio. Dividindo prèviamente a parede dorsal do prepúcio, podemos fazer uma dissecção minuciosa e metódica. O apêrto exagerado do anel prepucial exclue todos os processos em que se começa pela incisão dorsal.

designar a circuncisão terapêutica do prepúcio com fimose, desejando que a palavra circuncisão seja reservada para designar exclusivamente a exerese ritual (vid. *Journal d'Urologie*, tômo XIII, n.º 2, 1922).

Processo de Ravaton. — 1.º) Levanta-se o pénis com a mão esquerda e introduz-se um dos ramos de uma tesoura entre o prepúcio e a face dorsal da glande. 2.º) Divide-se a parede dorsal do prepúcio, desde o anel prepucial até à vizinhança da coroa da glande. 3.º) Secciona-se o freio, se êste é demasiadamente curto. 4.º) Excisa-se o prepúcio com uma tesoura ou com um bisturi.

Processo de Guérin. — 1.º) Divide-se longitudinalmente a parede dorsal do prepúcio com um bisturi (incisão) ou com uma tesoura (secção). 2.º) Prendem-se com duas pinças, aplicadas obliquamente de cima para baixo e de trás para diante, os dois retalhos prepuciais. 3.º) Excisa-se com um bisturi ou com uma tesoura toda a porção do prepúcio situada adiante destas pinças.

Processo de Cusco. — Este processo, além de não ser de execução muito fácil, tem o inconveniente de exigir uma pinça especial, cujos ramos formam um anel através do qual passa a glande. O cirurgião precisa de ter várias pinças, porque o calibre do anel deve estar em relação com as dimensões da glande.

1.º) Divide-se longitudinalmente a parede dorsal do prepúcio. 2.º) Descobre-se completamente a glande e introduz-se no anel de um dos ramos da pinça. 3.º) Cobre-se êste anel com o prepúcio e aperta-se, em seguida, a prega prepucial com o segundo anel da pinça. 4.º) Corta-se circularmente o

prepúcio com um bisturi, ao nível da circunferência externa dos anéis.

Primeiro processo de Duboë *(processo do fio condutor, excisão em dois tempos).* — 1.º) Divide-se a parede dorsal do prepúcio, desde o anel prepucial até à coroa da glande. 2.º) Toma-se um fio de seda ou de cut-gut e enfia-se em três agulhas, uma em cada extremidade e outra na parte média. 3.º) Com estas três agulhas, atravessa-se, de dentro para fora, a metade direita do prepúcio, adiante do sulco balano-prepucial. A primeira destas agulhas atravessa o prepúcio na vizinhança da extremidade posterior da incisão dorsal, a segunda é aplicada sôbre o lado direito do freio, e a terceira fica a meia distância entre as duas primeiras. 4.º) Corta-se a ansa conduzida pela terceira agulha. Ficam dois fios, cujas extremidades são confiadas a um ajudante. 5.º) Excisa-se a metade direita do prepúcio, seguindo, com o bisturi ou com a tesoura, a linha marcada pelos fios sôbre a mucosa prepucial. 6.º) Faz-se para o lado esquerdo o que se acaba de fazer para o lado direito.

Segundo processo de Duboë *(processo do fio condutor, excisão num só tempo).* — Consiste em aplicar os fios, tanto no lado direito, como no lado esquerdo, e seccionar, num só tempo, as duas metades do prepúcio.

QUINTA PARTE

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Julgamos completamente inútil mencionar aqui todas as conclusões que se podem formular sôbre a matéria dos diversos capítulos e parágrafos que constituem o nosso trabalho. Algumas foram apresentadas, como podemos e soubemos, nos seus respectivos lugares, e outras serão fàcilmente estabelecidas pelo leitor. Neste lugar, apresentaremos só e resumidamente um pequeno número de factos e de condições anatómicas, fisiológicas e patológicas que mais se salientam pelo seu valor scientífico, pela sua freqüência ou pela sua importância clínica.

Dentre as conclusões que se podem tirar do que deixamos escrito, salientam-se as seguintes:

1.ª) A uretra peniana contribui bastante para a retenção fisiológica da urina na bexiga, e influi sôbre a continuidade, sôbre a direcção e sôbre o alcance ou fôrça de projecção do jacto.

2.ª) A erecção é um fenómeno de natureza reflexa.

3.ª) O centro da erecção está situado na medula lombar.

4.ª) As fibras centrípetas dêste centro são fornecidas, não só pelos nervos dorsal do pénis, perineal superficial e génito-crural, mas ainda pelos nervos sensitivos da região lombar e pelos ramos do plexo hipogástrico que inervam as vesículas seminais, a próstata, a porção membranosa da uretra, a bexiga e o recto.

5.ª) As fibras centrífugas destacam-se dos três primeiros nervos sagrados e dirigem-se para o plexo hipogástrico, seguindo as faces laterais da bexiga e da próstata, e daí para os corpos erécteis, seguindo os ramos vesicais e prostáticos das artérias hipogástricas. Os nervos centrífugos são vaso-dilatadores.

6.ª) Na vizinhança do orifício anal e no escroto, terminam algumas fibras sensitivas que exercem uma acção inibitória sôbre o centro génito-lombar.

7.ª) No nervo isquiático, caminham fibras sensitivas que desempenham o mesmo papel.

8.ª) A actividade do centro génito-espinhal está submetida à influência, umas vezes estimulante, outras vezes inibitória, dos centros nervosos superiores.

9.ª) No estado fisiológico, o cérebro desempenha o principal papel no fenómeno da erecção.

10.ª) Este fenómeno resulta de um afluxo considerável de sangue arterial e de vários obstáculos à circulação de retôrno.

11.ª) O centro da ejaculação confunde-se com o da erecção.

12.ª) As fibras centrípetas dêste centro estão contidas no nervo dorsal do pénis.

13.ª) As fibras centrífugas provêm do 3.º e do 4.º

pares sagrados para os músculos do períneo, do 4.º e do 5.º pares lombares para as vesículas seminais e para os canais deferentes.

14.ª) A fimose é de todas as anomalias do pénis a que menos preocupa o homem e a que mais trabalhos lhe dá.

15.ª) No tratamento cirúrgico desta anomalia, os resultados da circuncisão são, ao mesmo tempo, mais completos e mais satisfatórios do que os dos outros métodos operatórios.

16.ª) Em face de uma operação tão simples como a circuncisão, a rapidez e a facilidade de execução de qualquer processo de dilatação, de desbridamento ou de incisão parcial não oferecem vantagens compensadoras.

17.ª) A circuncisão deve ser preferida a todas as outras operações, sempre que seja possível.

18.ª) Cercada das precauções necessárias para evitar qualquer complicação, a circuncisão oferece incalculáveis benefícios, tanto sob o ponto de vista higiénico e moral, como sob o ponto de vista social e patológico.

Esta operação é, como diz Lallemand, inútil em muitos casos, mas, desde que seja bem feita, não é nociva em nenhum e pode ser muito útil num grande número. A dificuldade da sua execução não se compara com os grandes e numerosos inconvenientes da fimose.

Estamos de acôrdo com os autores que dizem que a circuncisão presta à sociedade tão bons serviços como a inoculação do virus vacinal.

Para as pessoas que desprezam os mais elementares cuidados higiénicos, esta operação é, com efeito, quási indispensável.

Não a indicamos para as crianças, desde que a fimose não tenha dado origem a acidentes, a complicações ou a excessos de masturbação que a justifiquem, porque a terminação espontânea dêste vício de conformação do prepúcio é freqüente na época da puberdade ou na adolescência, mas aconselhamo-la a todos os adultos com o orifício prepucial apertado, não só nos casos em que está indicada (*incontinência ou retenção de urina, cestite fimósica, excessos de masturbação, perdas seminais involuntárias, coitos dolorosos, esterilidade por obstáculo à saida do esperma, certos acidentes nervosos de origem fimósica,* etc.), mas ainda como medida profilática da parafimose, de balano-postites, de doenças venéreas, de aderências balano-prepuciais, de cálculos da cavidade do prepúcio, de epiteliomas, etc.

ÍNDICE

Pág.

Introdução 1

PRIMEIRA PARTE

Anatomia e desenvolvimento do aparelho da cópula

CAPÍTULO I

Pénis

§ I. — Situação, direcção, volume, conformação exterior e relações 19
§ II. — Constituição anatómica:
A) Sistema envolvido ou sistema eréctil 27
Corpos cavernosos 27
Corpo esponjoso 29
Estrutura dos corpos erécteis 30
B) Sistema envolvente 35
§ III. — Vasos e nervos:
1. Artérias 40
2. Veias 42
3. Linfáticos 43
4. Nervos 44
§ IV. — O pénis em diferentes idades 45

CAPÍTULO II

Uretra

Uretra 48

CAPÍTULO III

Músculos do períneo

Músculos do períneo 51

CAPÍTULO IV

Desenvolvimento do aparelho da cópula

Pág.
Desenvolvimento do aparelho da cópula 56

SEGUNDA PARTE

Fisiologia do pénis

Considerações gerais 67

CAPITULO I

Erecção

Erecção 69

CAPÍTULO II

Cópula

Cópula 91

CAPÍTULO III

Ejaculação

Ejaculação 96

TERCEIRA PARTE

Patologia do pénis

CAPÍTULO I

Lesões traumáticas

A) Contusões 106
1. Contusões banais 107
2. Rupturas 108
3. Luxações 111
4. Estrangulação por corpos estranhos 112

Pág.
B) Feridas 117
1. Feridas contusas 118
2. Feridas por instrumentos picantes 119
3. Feridas por instrumentos cortantes. 120
4. Feridas por armas de fogo 122
5. Feridas por arrancamento 123
6. Feridas por mordeduras de animais 124
C) Etiologia das amputações 125
1. Amputações voluntárias. 125
2. Amputações operatórias 126
3. Amputações acidentais 126
4. Amputações criminais 127

CAPÍTULO II

Lesões vasculares

1. Ateroma 130
2. Aneurismas 132
3. Varizes 133
4. Linfangiectasias. 134

CAPÍTULO III

Lesões flegmásicas

A) Inflamações agudas 136
1. Erisipela. 136
2. Linfangites simples 137
3. Linfangites gangrenosas 139
4. Penites e cavernites 140
5. Flegmões e abcessos 142
6. Balanites, postites e balano-postites 143
B) Inflamações crónicas 145
1. Tuberculose 145
2. Actinomicose. 147
3. Elefantíase 148
4. Induração plástica dos corpos cavernosos 150
5. Penites crónicas ossificantes 153
C) Doenças venéreas. 154
1. Blenorragia 155
2. Cancros moles 156
3. Sífiles. 158

Pág.
D) Gangrena 161
1. Etiologia 162
2. Caracteres anátomo-patológicos e clínicos. 163
3. Evolução e prognóstico 165

CAPÍTULO IV

Lesões neoplásicas

A) Lipomas, fibromas e mixomas:
1. Lipomas 167
2. Fibromas 167
3. Mixomas. 168
B) Miomas, condromas, osteomas, nevromas, angiomas e linfangiomas:
1. Miomas, condromas, osteomas e nevromas 168
2. Angiomas. 169
3. Linfangiomas 170
C) Sarcomas 170
D) Adenomas e carcinomas:
1. Adenomas. 172
2. Carcinomas 172
E) Quistos 173
F) Papilomas. 175
1. Papilomas córneos:
a) Calos 179
b) Cravos ou verrugas. 179
c) Cornos cutâneos ou hastes epidérmicas 180
2. Papilomas mucosos. 181
G) Epiteliomas:
1. Estudo anátomo-patológico e clínico:
a) Frequência 183
b) Idade dos doentes. 185
c) Sede. 189
d) Principais variedades anátomo-patológicas . . . 191
e) Origem e desenvolvimento 198
f) Lesões iniciais 200
g) Extensão local 201
h) Extensão regional 203
i) Generalização 207
j) Complicações, perturbações funcionais e anemia cancerosa 210

Pág.
k) Evolução, duração e prognóstico 211
l) Diagnóstico 213
m) Etiologia 217
2) Observações 223

CAPÍTULO V

Anomalias e suas conseqüências

§ I. — Considerações gerais 270
§ II. — Anomalias da totalidade do pénis:
A) Ausência congénita 274
B) Exigüidade 276
C) Excesso de volume por hipertrofia do sistema eréctil 279
D) Direcção viciosa 281
E) Torsão 283
F) Sutura ou sínfise peno-escrotal 283
G) Pénis bífido 285
H) Multiplicidade 286
§ III. — Anomalias dos corpos cavernosos 289
§ IV. — Anomalias da uretra:
A) Hipospádia 290
B) Epispádias 295
C) Fístulas uretro-cutâneas congénitas 297
D) Divertículos uretrais congénitos 298
E) Dilatação congénita 298
F) Apêrtos congénitos 299
G) Obliteração congénita 300
H) Duplicidade da uretra 301
I) Canais para-uretrais congénitos 303
J) Ausência congénita da uretra 305
§ V. — Anomalias da glande 305
§ VI. — Anomalias do freio:
A) Ausência 307
B) Anomalias de inserção 307
C) Anomalias de comprimento 308
§ VII. — Anomalias do prepúcio:
A) Ausência congénita 310
B) Hipertrofia 311
C) Divisão congénita 312

Pág.

D) Aderências balano-prepuciais congénitas 313
E) Obliteração congénita do orifício prepucial. 113
F) Fimose:
Definição e divisão 314
Fimose congénita:
a) Frequência 315
b) Principais variedades 317
c) Diagnóstico 318
d) Acidentes consecutivos e inconvenientes 319
1.º) Parafimose. 319
2.º) Balano-postites 323
3.º) Doenças venéreas 326
4.º) Aderências balano-prepuciais . . . 328
5.º) Cálculos prepuciais 331
6.º) Epiteliomas 335
7.º) Incontinência nocturna de urina. . 338
8.º) Estagnação de urina na cavidade prepucial — retenção urinária. . 341
9.º) Retro-dilatação uretro-vesical ou mesmo uretero-renal 343
10.º) Cistite do colo. 343
11.º) Hérnias inguinais e umbilicais, prolapso rectal 345
12.º) Onanismo 345
13.º) Perdas seminais involuntárias. . . 348
14.º) Anafrodisia 349
15.º) Coito doloroso. 350
16.º) Esterilidade 351
17.º) Acidentes nervosos 353
Fimose acidental:
a) Definição e divisão 354
b) Etiologia 355
Fimose traumática 356
Fimose inflamatória 356
Fimose neoplásica 356
c) Principais variedades 357
d) Evolução e terminação 358
e) Acidentes e complicações. 359
Tratamento:
Tratamento preventivo da fimose acidental. . . 359
Tratamento curativo médico da fimose acidental 360

Pág.

Tratamento cirúrgico:
Indicações:
Fimose congétita 360
Fimose acidental 361
Contra-indicações 361
Métodos e processos operatórios:
Método de dilatação 364
Método de desbridamento 365
Método de excisão 370
Método de circuncisão 372

QUARTA PARTE

Circuncisão

CAPÍTULO I

História

História 377

CAPÍTULO II

Métodos e processos operatórios

A) Ligadura elastica, esmagamento linear, cauterização 401
B) Secção rápida por meio de instrumentos especiais 402
C) Secção com dilatação prévia da cavidade prepucial 403
D) Secção sem dilatação prévia 403
E) Secção com incisão dorsal 409

QUINTA PARTE

Conclusões

Conclusões 415

ERRATA

Pag.	Linha	Onde se lê	Leia-se
3	6	epididimar	epididimário
3	7	de epidídimo	do epidídimo
14	15	Carranches	Carraches
32	3	(fig. 2)	(fig. 3)
37	9	MONOT ET BRUN	Monod et Brun
45	1	miléssimas	milésimas
58	14	certas cortina	certas cortinas
62	4	refletida	reflectida
99	16	inérgicas	enérgicas
100	7	esvasiamento	esvaziamento
111	15	vasio	vazio
119	12	acima	atrás
124	25	desnudação	denudação
127	8	1855	1853
143	25	antiflugísticas	antiflogísticas
146	24	KOCK	Koch
157	7	deslocados	descolados
174	31	*Journal d'Urologie*, 1922	*Journal d'Urologie*, 1921
252	20	dissociando desorganizando	dissociando e desorganizando
324	40	encomodados	incomodados
327	2	indivíduss	indivíduos
418	12	cestite	cistite

Além dos erros que acabamos de indicar e de emendar, escaparam-nos, em algumas fôlhas do nosso trabalho, outros, tais como *expontânea*, por *espontânea*, *afim de*, por *a fim de*, etc., etc., que fàcilmente se corrigem e que todo o leitor que tenha tido ocasião de rever provas tipográficas saberá desculpar.