

N.º 2
N.º 600

Manoel Candido Vicetto Fabregas

RETENÇÕES INCOMPLETAS

DA

OURINA

PROVOCADAS POR APERTOS
URETHRAES E HYPERTHROPHIAS PROSTATICAS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

A MINERVA — IMPRENSA MODERNA

55, Rua de Passos Manoel, 57

1888

46/2 EMC

20
P. a dia 26 de julho de 1888,
pelas 12 horas da manhã.

Presidente do Grupo de
Antiquários de Minas Gerais
~~Jose Carlos de Faria~~

Grupo

Ilustre Sr. Ser. do Valle

Ab. Rodriguez das S. Cruz

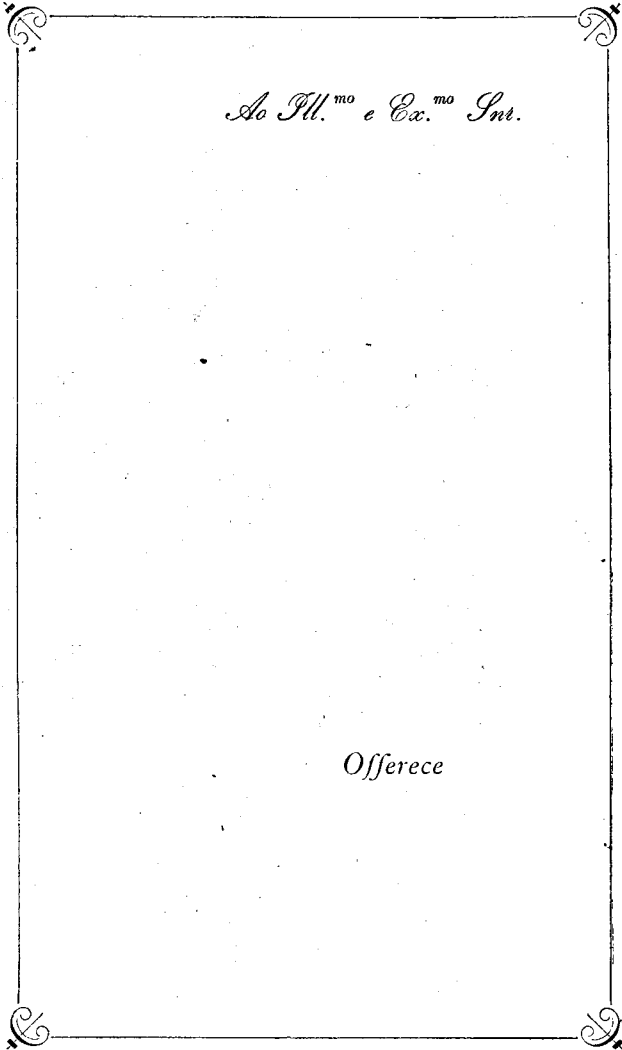
Ricardo d'Almeida Jorge

Roberto Sias

es
e 29

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciacadas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)



Ad Ill.^{mo} e Cav.^{mo} Int.

Offerece



AL RECUERDO

DE

MIS PADRES

Y DE

MI HERMANO

DEDICO MI PRIMER PENSAMIENTO



A

MINHA MULHER

E A MEUS FILHOS

Como prova de muito amor e carinho

A MIS PADRINOS

El Ex.^{mo} Sr.

D. Manuel Dominguez y Gonzalez

Y SU ESPOSA

D.^a Rosa Nicetto y Dominguez

Como prueba de gratitud y profundo respeto

A mon beau-père et beau-frère

MRS. MARTIN JOURET

ET

FERDINAND JOURET

A
MIS HERMANOS

Y
HERMANAS

QUERIDOS COMPAÑEROS DE INFANCIA

COMO PRUEBA DE INOLVIDABLE
AMISTAD.

2

A mis cuñados

LOS SEÑORES

D. LOPE QUIAN

A. Angel Geniceros de Ibarra

Y

D. Abundio Gomez

Como prueba de amistad fraternal

A

MON ILEUSTRE PROFESSEUR

ET AMI

Mr. l'Abbé Severin Six

A

MON CHER AMI

Mr. l'Abbé Jean Louis Fortuné Six

As meus amigos

Ao Ill.^{mo} e. Ex.^{mo} Snr.

Augusto Anthero de Magalhães

*Como prova muito insignificante do muito
que lhe devo.*

Aos Ex.^{mos} Snrs.

Antonio Bernardo Soares

E

Jacinto José dos Santos

*Como testemunho de gratidão
e amizade.*

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Eduardo Pereira Pimenta

AO SNR. PRESIDENTE



Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sur.

Dr. José Carlos Lopes

A retenção da urina consiste na impossibilidade de ser expellida naturalmente pela urethra, parte ou totalidade do liquido contido na bexiga.

Não consideramos em geral a retenção como uma doença, mas sim e apenas como symptoma. Seguindo a opinião abalisada de Guyon diremos, todavia, que desde que esse symptoma adquire uma intensidade tal, que não só modifica o funccionalismo normal da bexiga, mas ainda o torna impossivel, então n'este caso poderemos consideral-o como uma doença.

As retenções da urina, dividil-as-hemos em dous grandes grupos, conforme o funccionalismo d'esse orgão fôr impedido d'uma maneira mais ou menos absoluta: em retenções completas e incompletas.

N'este breve estudo occupar-nos-hemos apenas da segunda divisão, isto é, das retenções incompletas, e ainda n'este caso, unicamente, das que forem provocadas pelos apertos d'urethra ou hyperthrophias prostaticas.

Antes porém de entrarmos na descripção e tratamento d'ellas, faremos uma ligeira resenha, a nosso ver indispensavel, da anatomia da urethra e bexiga.

Anatomia da urethra

A urethra, canal excretor da ourina e do esperma, estende-se do colo da bexiga, até á abertura da glande.

Os anatomicos costumam dividir a urethra em tres partes; prostática, membranosa e esponjosa.

Anatomicamente esta divisão está perfeitamente justificada, porque estas partes se distinguem umas das outras pela sua séde e pela natureza dos tecidos, que as rodeiam.

Porém se anatomicamente é sufficiente, já outro tanto não succede se as considerarmos debaixo do ponto de vista cirurgico, pelo menos na parte respeitante á região esponjosa, porque só ella contém as tres quartas partes da sua totalidade.

Além d'isso aquella região é mobil e superficial n'uma grande parte da sua extensão, e fixa e profunda no resto, sendo tambem bastante variavel no seu comprimento.

Velpeau, divide a região esponjosa em duas partes: uma esponjosa propriamente dita e outra a porção bulbosa.

Richet, attendendo á mobilidade e fixidez das partes componentes divide-a: em penean-na e perineal.

Guyon finalmente, divide-a em navicular, peneanna, escrotal e perineo-bulbar. Parece-nos ser esta a divisão preferivel, debaixo do ponto de vista cirurgico, por ser aquella que realmente nos fornece maiores vantagens, pelo grande numero de pontos de referencia, que nos apresenta. Apreciando esta divisão:

A região navicular, está comprehendida na glande.

N'esta região poderão deter-se e permanecer por tempo, mais ou menos longo, corpos extranhos, como areias, calculos, etc., e ainda podemos observar ahi os apertos chamados cicatriciaes.

A região peneanna estende-se desde a glande até á raiz do penis. E' a mais mobil e superficial e tambem aquella que mais variantes pôde apresentar no seu comprimento.

N'esta região podemos encontrar apertos e fistulas.

A região escrotal, occupa o espaço comprehendido, entre a raiz do membro e a parte posterior do escroto, o qual é atravessado em todo o seu comprimento. Diferencia-se nitidamente da anterior pela sua fixidez relativa, e profundidade a que está collocada. Os apertos da urethra e mesmo os corpos extranhos, são raros n'esta região.

A região perineo-escrotal finalmente, é aquella que parte do escroto até á entrada da urethra, abaixo do pubis, ou até ao ponto em que começa a região membranosa. A região perineo-escrotal é a séde de eleição dos apertos blennorrhagicos, e d'aquelles que são consecutivos ás contusões profundas, e ás lacerações extensas da urethra.

Direcção da urethra

A direcção da urethra é ponto devéras capital para o assumpto de que nos occupamos, porque o principal, para não dizer o unico methodo de tratamento das retenções da ourina, é o catheterismo ou a sondagem.

Ainda que a urethra consinta na introdução d'instrumentos consistentes e de formas variadas, não tem ella comtudo, uma forma rectilínea, tem pelo contrario, uma forma curva, cujo raio varia não só de individuo para individuo, como ainda no mesmo individuo d'uma idade para a outra.

Precisamos, pois, conhecer a curva normal do canal e as condições que mais ou menos possam modificá-la pathologicamente.

A determinação exacta da curva urethral é devéras difficil.

Facilmente modificavel no cadaver, apesar dos numerosos pontos d'apoio que lhe fornecem os ligamentos pubio-prostaticos, a prostata, a aponevrose, etc., no vivo muito mais o é, porque condições pathologicas ha, que tornam impossivel a sua exploração.

Geli e Blandin, nas suas admiraveis descrições da urethra, baseados em numerosos estudos, dizem que a curvatura começa adiante da symphise publica, ao nivel do ponto de inserção dos ligamentos suspensores do membro aos corpos cavernosos, e termina no colo da bexiga.

Diz ainda Geli que a concavidade urethral é sensivelmente semelhante á terça parte d'um circulo, cujo raio fosse de 6 centímetros.

Se esta opinião de Geli pôde anathomica-mente ser contestada, comtudo em clinica tem ella valor real.

Já dissemos que condições ha que fazem variar, não só o comprimento da urethra, mas tambem o seu grau de curvatura. Será pois racional que façamos um estudo em separado de cada uma d'estas partes.

Comprimento da urethra. — O comprimento medio da urethra, segundo as conclusões a que Sappey pôde chegar pela mensuração de 54 urethras, é de 163 millímetros ou 6 polegadas.

Por aqui vemos que se approxima muito das conclusões, que Malgaigne obteve n'este mesmo assumpto, visto que este dava como termo medio do comprimento do canal, 15 1/2 centímetros.

Comtudo, como já anteriormente dissemos, o comprimento da urethra não é o mesmo nas differentes idades e nos differentes individuos, pelo contrario, a pratica ensina-n'os, que quer n'um, quer n'outro caso, muitissimo grande é a sua variedade.

Casos teem sido citados de observações de urethras, com uma extensão de 233 millímetros, do que não nos devemos admirar, porque a anatomia cirurgica demonstra-nos, que não só o bolbo augmenta de volume nos velhos, mas tambem que n'estes, por vezes, a prostata soffre uma verdadeira hyperthrophia.

E' esta uma das razões que nos leva a adoptar a divisão da urethra de Guyon, porque

como este disse, com muita verdade conforme o nosso modo de pensar, ninguém poderá dizer que um aperto está situado em tal ou qual ponto, pela simples inspecção do numero de centímetros, a que a sonda exploradora foi introduzida.

Curvatura da urethra.—Assim como o comprimento, a curva da urethra varia notavelmente com a idade, por isso que á medida que esta vae avançando, mesmo independentemente d'outras condições pathologicas, a curvatura augmenta, attingindo o seu auge na velhice.

Além d'esta condição, não deixaremos no olvido, ao estudarmos a curvatura da urethra, a differença sensível que existe entre a parede superior e inferior.

A primeira apresenta uma curvatura quasi que uniforme, em quanto que a parede inferior lembra o perimetro d'um polygono.

Esta parede inferior, comprehendendo tres lados d'esse polygono, é muito variavel, quer no seu grau de curvatura, quer nos angulos que o separam.

O primeiro lado é constituido pela parte da prostata, situada acima da abertura dos canaes ejaculadores, tendo um comprimento de dous centímetros.

A segunda, muito variavel na sua extensão, é formada por parte da prostata e por toda a região membranosa.

A terceira, a mais uniforme de todas, comprehende a parte bulbosa.

Os dous angulos formados por estas linhas, tem o nome de angulo prostatico e angulo bulboso.

As diferenças entre as duas paredes, não se limitam a esta diversidade de configurações; vão muito mais além; assim o seu comprimento, estrutura, configuração, relação e extensibilidade, apresentam taes divergencias, que merecem ser tomadas em alta consideração. Especialmente, acima de todas, esta ultima que apontamos.

Foi ella que levou Guyon e outros, a considerar a superior, como sendo a parede cirurgica por excellencia, porque ao mesmo tempo que tem maior resistencia, tambem é naturalmente menos distensivel.

A extensibilidade da urethra não tem necessidade de ser demonstrada, assim como a não tem a da parede superior comparada com a inferior.

Se alguma duvida houvese a tal respeito, desappareceria em face das experiencias a que Guyon procedeu, e que praticamente o demonstram.

Para ellas servia-se Guyon d'uma urethra, que dissecava das partes moles, e que fendia lateralmente, desde o meato até o colo do bolbo, de maneira a separar a parede superior da inferior, collocando depois pezos na extremidade livre de cada uma d'ellas. A parede superior sómente se distendia, quando o pezo collocado na sua extremidade fosse superior a 200 grammas, emquanto que a inferior com o pezo de 100 grammas, accusava sensivelmente uma notavel distensão.

Calibre da urethra

O calibre da urethra não é uniforme. O meato, sendo o ponto mais apertado e o menos dilatavel, leva-nos á conclusão, de que todo o instrumento por elle admittido, deve sem difficuldade chegar á bexiga.

Porém isto, bem entendido, só nos casos em que a estructura da urethra seja normal, porque phenomenos morbidos ha, que produzem difficuldades extremas em alcançal-a.

Immediatamente, atraz do meato, o canal alarga-se progressivamente até ao freio do membro, formando a fossa navicular.

D'este ponto em deante, soffre uma pequena constricção, que continua regularmente até á região perineo-bulbar.

E' n'este nivel que a urethra adquire a sua maior largura, á qual succede immediatamente um aperto notavel, situado na região membranosa, que como veremos, quando tratar-mos da physiologia d'esta parte, constitue, por assim dizer, um esphincter, que nitidamente separa as duas partes da urethra, em anterior ou superficial, e posterior ou profunda.

E' ainda n'este ponto que a curva offerece a maior inclinação.

Este motivo é uma das causas do desvio, que os instrumentos podem experimentar.

Amussat descreveu no ponto em que a região membranosa se une com a esponjosa, um feixe de fibras semi-circulares, a que deu o nome de colo fibroso do bolbo. O ponto sa-

liente d'este feixe de fibras, é visível na parede inferior abaixo da separação formada pelo fundo do saco do bolbo. Por esta razão, facilmente se concebe, que um instrumento percorrendo a urethra, ao chegar a este ponto soffra ou experimente difficuldades para penetrar na região membranosa, e que ahi também seja um dos pontos da urethra, em que o cirurgião mais facilmente está sujeito a abrir falsos caminhos, ou ainda a violentar por uma distensão mais ou menos brusca a parede inferior, que como já tivemos occasião de dizer, é muito distensível e também muito menos resistente do que a superior.

Para demonstrarmos que realmente a dilatação existe, não necessitamos mais do que lançar mercurio pela urethra, seguindo a parede inferior, ou ainda com um estylete levado perpendicularmente pela mesma parede, e em seguida comparamos o resultado obtido, com aquelle que teríamos se igual experiencia fosse feita na parede superior.

O fundo do saco do bolbo, nos adultos ou mesmo nos velhos, cujo perineo fôr delgado não se encontra d'uma maneira accentuada, porém no caso contrario, quando o perineo é mais cheio, esta dilatação é facil d'observar-se.

Se esta dilatação, não é tão nítida em adultos ou velhos dotados d'um perineo delgado, é devido a que não houve ainda uma causa qualquer, que viesse a pol-a em relevo, porque basta para o seu apparecimento, que uma tracção ou pressão seja exercida na parede inferior.

Effectivamente, a flexibilidade da parede inferior da urethra na região bolbar encon-

tramol-a em todas as idades, e duas condições ha, que a tornam muito maior, a idade avançada e um perineo espesso e gorduroso.

A região membranosa ao contrario da bolbar, é muito resistente e dotada de contractibilidade propria. A resistencia está provada já, porque é tida por alguns anatomicos, como sendo um verdadeiro esphincter, já pela difficuldade que oppõe á passagem da ourina, e por vezes á de instrumentos exploradores, etc.

Não queremos comtudo isto dizer, que a região membranosa seja refractaria em absoluto á distensão, mas que a sua extensibilidade é pequena ou insignificante, porque logo que deixa d'actuar a causa que den logar á dilatação, volta novamente ao seu estado normal.

A região membranosa, uniformemente estreita em todo o seu comprimento, não mede mais do que 14 ou 15 millimetros.

Na nltima porção da urethra, ou melhor na prostática, encontramos de novo uma outra dilatação, que diminue á medida que nos aproximamos do colo vesical.

O colo da bexiga, mais dilatavel que a porção membronosa, tem, segundo Sappey, no estado de repouso 5 millimetros, podendo attingir 7 ou 8 millimetros na occasião da passagem da ourina. A respeito da sua distensibilidade artificial, variam as opiniões.

Sappey dá-lhe apenas um grau de dilatibilidade, que não excede de 12 a 15 millimetros, em quanto que Tolbat affirma que sob a influencia d'uma acção mechanica, pôde attingir um diametro de 20 millimetros, sem se produzir lacerações.

A urethra não é propriamente um canal, senão no momento da passagem da ourina, ou quando se effectua a sondagem, porque as suas paredes sobrepostas só se abrem quando se realisa algum d'aquelles actos.

Muitos teem disctido, e muitas foram as conclusões a que chegaram anatomicós distinctos, como Sappey, Otto, Campenon e outros, a respeito do calibre e dilatabilidade normal da urethra.

Sappey, pondo de parte o meato, diz que o calibre normal da urethra é de 15 a 18 millimetros, concluindo por dizer que poderemos introduzir no canal sem dilatal-o, uma sonda de 5 millimetros de diametro.

Otto, affirma que o calibre da urethra é muito maior, porque as medições cuidadosamente feitas, a que procedeu em 100 urethras, deu-lhe uma media que variava entre 21 e 40 millimetros de circumferencia ou um diametro de 8,9 a 12,73.

Segundo o mesmo auctor as dimensões da urethra e do membro em flaccidez são proporcionaes, e que a relação constante é de 2,25 para 1.

Guyon e Campenon procuraram pelas suas experiencias conhecer, não só o calibre normal da urethra, isto é, determinar o volume das sondas que, sem dilatal-a poderiam alli ser introduzidas, como ainda, conhecerem ou determinarem o seu grau de dilatibilidade sem provocar rupturas, que podessem ser a causa de accidentes tão graves, como fistulas, infiltrações, etc., etc.

As conclusões, que obtiveram, depois de experiencias não só numerosas, como ainda cuidadosamente feitas, foram, que a dilatibi-

lidade da urethra poderia alcançar no estado normal 8 ou 9 millímetros e em alguns casos 10 millímetros, sem determinar grandes accidentes, mas isto, como dizemos, quando ha normalidade de urethra, porque no estado pathologico acima de 8 millímetros na maioria dos casos não só é difficil mas até impossivel.

Ainda mais, concluíram tambem, que todas as lacerações, rupturas etc., que uma dilatação possa produzir, dão-se sempre na parede inferior, em quanto que a superior fica incólume, o que não nos deve admirar, se considerarmos o que já dissemos a respeito da distensibilidade muito maior e menor resistencia da parede inferior.

O comprimento da urethra varia de 14 a 19 centímetros, que correspondem segundo a divisão adoptada, ao seguinte: a região prostatica de 25 a 30 millímetros, a membranosa 15 millímetros, a esponjosa o resto, ou seja de 10 centímetros a 145 millímetros, conforme o membro se acha no estado de flacidez ou erecção.

A prostata é um dos órgãos, cujo estudo não se pôde descurar por causa dos inconvenientes e difficuldades, que o seu estado pathologico pôde determinar.

Basta que nos lembremos, que é uma das causas mais frequentes das retenções, e que tambem, quando a sua hyperthrophia fôr consideravel, pôde determinar verdadeiras constipações.

Situada atraz do plexo de Santorini, que a separa da face posterior da simphise, e em contacto com a parte anterior do recto, pôde por esta razão o toque rectal fornecer-nos indica-

ções valiosas sobre o seu estado normal ou pathologico.

Dá-se o nome de capsula prostatica ao involucro fibroso ou fibro-muscular que a rodeia. Esta capsula está unida ao pubis pelos ligamentos pubi-prostaticos; ao ischion e ramo inferior do pubis pelos ligamentos ischio-prostaticos, continuando-se com a pombrosa pelvica, recto-vesical, e com o ligamento triangular da urethra.

A forma da prostata é muito semelhante a uma castanha ou ainda a um cone achatado de base superior, apresentando frequentemente um aspecto bilobado. O seu tecido muito denso e resistente, apresenta uma côr avermelhada ou vermelho amarellada.

Na prostata podemos encontrar tres lobulos, dous lateraes e um medio. Este ultimo recebeu o nome de uvula prostatica, porque nos individuos que ultrapassem a idade de 60 annos, toma quasi sempre um desenvolvimento consideravel, e levanta a mucosa da parede inferior da urethra.

Os lobulos lateraes abrangem a urethra. A parte da prostata collocada superiormente á urethra, é realmente muito pequena, podendo em alguns casos ser nulla e formar apenas um canal ou goteira onde a urethra fica situada.

O volume da prostata augmenta com a idade, attingindo o seu maximo grau na velhice.

A porção esponjosa envolvida pelo tecido cavernoso, na parte peneanna da urethra, apresenta duas dilatações separadas pelo corpo esponjoso: a primeira ou anterior, a glande; a segunda ou posterior, o bolbo.

Além d'estas dilatações temos a considerar n'esta mesma região duas glandulas em cacho, do volume d'uma ervilha, situadas na linha media e na espessura do ligamento de Carcassone, entre o bolbo e a parte membranosa, cujos conductos excretores se abrem na parede inferior da urethra, depois de ter atravessado o bolbo: são estas as glandulas de Cooper e Mery.

Mucosa urethral

A mucosa da urethra apresenta nas regiões esponjosa e membranosa, prégas longitudinaes, que desapparecem quando se effectua a distensão do canal urethral.

Ainda existem disseminadas pela parede superior outras prégas de forma valvular, cujo conhecimento se torna necessario nos casos de catheterismo.

A mais notavel, conhecida pelo nome de valvula de Guerin, está situada a 15 millimetros do meato e forma um fundo de sacco com uma profundidade de 4 a 6 millimetros.

Ainda outras existem, como são as lacunas de Morgagni, etc.

Na região prostatica e na parede posterior está situado o veromontanum ou crista urethral, que forma uma saliencia de 2 1/2 millimetros d'altura, com uma base de 4 millimetros de comprimento.

A extremidade anterior do veromontanum prolonga-se até á região membranosa, e

a posterior forma frequentemente duas prégas a que se dá o nome de freios, que se perdem no orificio vesical.

No seu vertice o veromontanum offerece um fundo de sacco com abertura anterior, tendo perto de 1 centimetro de profundidade, a que se deu o nome de utriculo prostatico, estando situados a cada um dos seus lados os conductos ejaculadores.

Anatomia e alterações da bexiga provocadas pelas retenções incompletas

Sendo a bexiga um dos órgãos mais affectados nos casos de retenção incompleta da urina, parece-nos de reconhecida utilidade fazermos uma leve resenha das principaes alterações, que ahi se podem observar, e que principalmente dizem respeito á sua fôrma, capacidade, relações e estructura.

Fôrma. — No estado normal da bexiga ha grandissima difficuldade em apreciar pelas variedades que apresenta segundo o seu grau de vacuidade ou distensão. Quando regularmente distendida, toma a fôrma d'um ovoide, cujo grande eixo, se dirige para baixo e para traz. A grande extremidade do ovoide ou fundo da bexiga, fôrma um plano triangular inclinado para baixo e para diante, continuando-se com a urethra. A pequena extremidade do

ovoide, collocada superiormente, constitue o vertice da bexiga, que toma uma fórma arredondada.

As paredes lateraes, convexas, são frequentes sédes de dilatações. A parede anterior nada offerece de notavel, enquanto que a posterior é convexa e tem uma inclinação para baixo e para traz. Na face inferior da bexiga temos a considerar tres orificios, os quaes pela sua disposição formam um triangulo, a que se dá o nome de trigono-vesical ou de Lientaut.

O anterior ou o orificio urethral tem a forma d'um crescente de concavidade posterior.

Os outros dous, situados posteriormente a uma distancia de 7 centimetros um do outro, são os orificios dos uretheres, pequenas fendas obliquas, dirigidas para dentro e para deante, limitadas por uma delgada préga e terminadas em baixo por uma goteira.

Ao nivel do orificio urethral existe uma elevação longitudinal da mucosa, a que se dá o nome de uvula vesical.

Os orificios dos uretheres estão tambem reunidos por uma saliencia da mucosa.

Nos individuos affectados de retenção, a bexiga perde a sua fórma, tornando-se quasi globulosa.

As principaes alterações da fórma dão-se especialmente ao nivel da face inferior. Esta face é dividida em duas partes pela crista transversal, que une entre si os orificios dos uretheres.

Uma anterior, que fórma o trigono, outra posterior, a que se dá o nome de baixo fundo da bexiga. Ora é esta parte posterior da face

inferior, que soffre as principaes modificações, devido isto á inclinação que apresenta, de modo que as urinas, que a contracção muscular da bexiga não pôde expulsar, accumulam-se n'esse sitio, determinando pela pressão permanente, que exercem, uma dilatação. Além do exposto outra causa ha, que em muitos casos pôde dar-se; é a hyperthrophia prostatica.

A hyperthrophia dos lobulos lateraes da prostata, dá-se não só na face rectal, mas tambem na parte vesical, formando assim uma saliencia que excede o nivel da superficie vesical, de fôrma que eleva, em virtude das suas relações, a parte anterior da face inferior, contribuindo assim para o augmento do baixo fundo de bexiga.

Uma outra alteração, que pode soffrer a bexiga, é devida ao colo.

No seu estado normal tem a fôrma, como dissemos, d'um pequeno crescente de concavidade anterior com uma pequena saliencia posterior.

Ora em casos, em que se der a hypertrophia da prostata, o lobulo medio, augmentando de volume, vem, em virtude das suas relações com o colo, como que formar uma especie de valvula.

Foi isto, o que talvez levou Bianchi, na sua — *explication nova, mechanisme, quo urinæ in vesica continentur* — a dizer, que o colo vesical não tinha esphincter, e que a urina era retida na bexiga por uma valvula formada pela prostata.

N'estes casos de hyperthrophia do lobulo medio o colo vesical dilata-se por tal fôrma, que facilmente se pôde introduzir o index.

Além d'estas, outras deformações podemos observar no colo dos individuos que tenham antigos apertos urethraes, os quaes offerecem uma particularidade muito digna de menção, o orificio largamente aberto, e o esphincter em lugar de estar situado normalmente, encontra-se ao nivel do aperto.

Capacidade, relações e estructura.— A capacidade media da bexiga, póde avaliar-se pouco mais ou menos em 500 ou 600 centímetros cubicos.

Nos casos de retenção incompleta a bexiga nunca é totalmente esvasiada, e por consequencia a dilatação é quasi que constante. Com effeito, todas as causas que tendem a enfraquecer a contractibilidade ou irritabilidade da bexiga, produzem aquelle resultado, e a ourina está n'este caso pela pressão continua que exerce sobre as suas paredes.

Nas retenções incompletas nunca a dilatação chega a attingir um grau tão elevado como nas completas.

N'um caso observado por Frank de retenção completa, a bexiga dilatada pela enorme quantidade de ourina chegou a repelir o diafragma para a caixa thoracica.

Ordinariamente a bexiga póde conter, quando a retenção fôr incompleta, 1:000, 1:500, ou ainda em alguns casos muito raros 2:000 grammas.

Este facto de conter acima de 1:500 grammas só se observa quando o individuo fôr atacado d'uma retenção completa aguda, o que póde dar-se com certos intervalos no decurso da retenção incompleta.

Alterações de relações da bexiga. — O estado de vacuidade ou distensão da bexiga tem uma grande influencia nas relações d'este orgão com os que a rodeiam.

Ora nos individuos affectados de retenção incompleta a accumulção da urina, como já dissemos, dá-se no começo, especialmente no baixo-fundo, e consequentemente as alterações são muito mais accentuadas n'esse ponto.

Temos a notar, que as retenções incompletas podem ser ou não acompanhadas de distensão da bexiga.

No primeiro caso o toque rectal dá-nos a sensação d'uma saliencia situada superiormente áquella, que a prostata determina, devida á distensão da bexiga.

Esta saliencia pode ser mais ou menos volumosa, havendo casos em que chega a provocar uma diminuição de calibre temporaria do recto, e por tanto impede a evacuação das materias fecaes. Apesar d'isto o exame da região hypogastrica nada nos revella.

No segundo caso, quando a retenção incompleta é acompanhada de distensão, mais frequente, o globo vesical toma um desenvolvimento consideravel, ultrapassa o pubis e póde não só attingir o umbigo, mas ainda passar-lhe além.

Pode a bexiga, apesar d'este desenvolvimento anormal, ficar livre, ou então em virtude das adherencias determinadas pela inflammação chronica do tecido celllular da pequena bacia provocada pela irritação, que o contacto permanente da urina alterada produz, ficar mais ou menos immobilizada.

No caso d'esta inflammação ser parcial, as

adherencias podem fazer inclinar a bexiga n'um ou n'outro sentido; todavia, quando for geral, que é o facto mais frequente, o tecido, que a rodeia, denso e fibroso immobilisa-a em parte, impedindo-a de contrair-se quanto de-vera ser.

Alterações d'estructura. — E' certo que o contacto prolongado d'um corpo extranho com os tecidos vivos determina sempre mais ou menos profundas modificações.

A urina estagnada está n'este caso.

Cumpre-nos pois apreciar as alterações que a sua permanencia pode determinar na estrutura de cada uma das tres tunicas que formam a parede vesical; a tunica mucosa, muscular e serosa. Apontaremos ainda algumas alterações que se effectuam no tecido cellular ambiente.

Seguindo esta ordem, começaremos pela tunica mucosa, que é aquella que primeiramente é atacada.

Esta no seu estado normal tem uma côr branco-rosada, e é constituida por uma trama conjunctiva coberta d'um epitelio, cujas cellulas superficiaes são achatadas e laminosas, e as profundas, conicas e cylindricas. No colo vesical e no baixo fundo encontram-se pequenas glandulas.

A mucosa apresenta-se com diferentes caracteres, conforme a longevidade da doença, a existencia de symptomas febris mais ou menos accentuados, e ainda quando é séde d'uma cystite aguda terminal.

No primeiro caso toma uma côr cinzenta, é espessa e desigual e a rede capilar forma arborisações mais ou menos nitidas.

No segundo e no terceiro caso, existem quasi que uniformemente disseminadas pela mucosa, placas cinzentas escuras, côr de lousa, que se limitam ordinariamente á face posterior, baixo-fundo e colo vesical.

Não é raro tambem encontrar-se suspensas n'estas placas manchas echymoticas,.

A mucosa vesical pôde ainda apresentar granulações d'uma côr cinzenta escura, discretas ou confluentes. As primeiras notam-se principalmente no vertice e face anterior, e as segundas no baixo-fundo.

E além d'isto ainda encontramos tambem, n'alguns casos, a mucosa coberta d'exudações fibrinosas muito semelhantes ás falsas membranas da diphteria.

N'outros casos a mucosa apresenta-se com uma camada de pus bastante consideravel.

O tecido sub-mucoso, séde frequente de alterações variadas, torna-se muito espesso e contem nucleos inflammatorios, podendo chegar até determinar suppuração.

Esta suppuração pôde fazer-se de dous modos distinctos; ou em placas como foi observado por Ruysch, ou ainda em pequenos focos separados.

Estes casos, ainda que raros, foram citados por Ambroise Paré, Angot, Civiale e outros.

As alterações do epithelio vesical pouco teem de caracteristico. Em primeiro logar porque o seu exame é difficil, a não ser n'aquelle que durante a vida é arrastado pelas ourinas, e ainda assim as analyses histologicas pouco ou nada adiantam; em segundo logar porque, como sabemos, 24 horas post-mortem, deixa de existir em virtude da rapida descamação de que é objecto.

Alterações da tunica muscular

Estas alterações dão-se indistinctamente nas tres camadas que a compõem. Ordinariamente esta modificação é uma hyperthrophia mais ou menos generalizada, e que por vezes attinge um grau bastante consideravel.

Umaz vezes esta hyperthrophia dá-se uniformemente em todas as membranas, e n'este caso só se observa um augmento de espessura.

Outras vezes, e este é o facto mais frequente, a hyperthrophia ataca com especialidade as camadas media e interna, e não se limita ao augmento de espessura, mas dá logar á formação de columnas muito numerosas e volumosas, que se localisam de ordinario na parte posterior e baixo-fundo.

Todavia, ainda que estas hyperthrophias sejam vulgares, não queremos d'uma maneira absoluta concluir, que por esse facto sejam constantes, visto que casos ha, em que a tunica muscular se apresenta adelgaçada. Houve até quem como Civiale, considerasse esta diminuição de espessura como regra geral, e a hyperthrophia como excepcional. Os conhecimentos modernos affirmam o contrario, e, além d'isso, este facto, como os que lhe são analogos, está distinctamente comprehendido na lei formulada por Louis: *toutes les fois qu'un organe creux éprouve de la difficulté à se débarrasser des liquides qu'il contient, il s'hyperthrophie.*

Muitos exemplos vem confirmar esta lei:

as hypertrophias cardiacas, as dilatações estomacaeas, etc., etc.

A disposição e existencia das columnas da tunica interna, formadas pela hypertrophia variam muito com a causa que deu lugar á retenção. Nos prostaticos affectados de retenção, e em que se dê a hypertrophia da tunica interna ou profunda, as columnas formam sempre uma corôa elliptica e horisontal ao nivel do baixo-fundo da bexiga, isto devido ao exforço constante que esta, n'esse lugar, tem de sustentar para poder impellir a ourina. Pelo contrario, nos individuos em que a causa da retenção incompleta seja um aperto de urethra, a mucosa é lisa, emquanto a camada externa ou superficial da tunica muscular, hypertrophizada, apresenta relevos ou columnas longitudinaes.

Para explicar estas divergencias nos effeitos pathologicos, correspondentes a cada uma das causas anteriormente mencionadas, parece-nos que devemos ter em grande conta a idade, o processo morbido e a séde do obstaculo. A idade tem com effeito uma grande importancia, porque os apertos da urethra são mais frequentes entre os 25 e os 50 annos, isto é, quando o organismo está mais apto para reagir contra todas as causas, que lhe embarcem o seu regular functionalismo.

Na lucta, que a bexiga desenvolve n'este caso pathologico, tomam parte todos os elementos de que ella se compõe, mas como o maior esforço é praticado pelas fibras longitudinaes por serem as mais fortes e as que consequentemente mais luctam, d'ahi o resultado de tambem serem ellas as unicas hypertrophizadas.

As lesões prostaticas, pelo contrario, affectando os individuos no ultimo quartel da vida, quando o funcionalismo dos órgãos, se acha exaustado por a lucta prolongada, que teve de sustentar, contra todas as causas externas e internas, que mais ou menos directamente actuaram sobre elle, todos os órgãos apresentam modificações e modificações profundas.

A bexiga que n'aquella lucta, com certeza, não foi o órgão que menos se gastou no combate, exausta e cançada, é tambem aquella que menos resistencia póde oppor á menor causa que actue sobre ella.

Havendo, porém, um obstaculo que se opponha ao seu funcionalismo, como se observa no caso de hyperthrophias prostaticas, poderá reagir, para não dizermos d'um modo unico, aquella parte em que a ourina accumulada e em maior ou menor grau d'alteração, sirva como d'estimulante continuo.

A parte ou baixo-fundo da bexiga em virtude da sua inclinação natural, que augmenta ainda pela hyperthrophia prostastica, é a que unicamente entra em contracção, tanto mais energica, quanto é certo que tem de effectuar um trabalho duplo, elevar esse baixo-fundo de modo a attingir o colo urethral, e expulsar a ourina.

Tudo isto nos é confirmado pelos exames anatomicos e histologicos dos individuos que succumbiram, apresentando as lesões acima mencionadas: apertos urethraes ou hyperthrophias prostaticas.

N'estas ultimas o estudo anatomo-histologico mostra-nos as fibras musculares espessas, com a côr palida, cinzenta, pouco resis-

tentes e separadas umas das outras por uma maior ou menor quantidade de tecido adeno-fibroso.

Nas primeiras, devidas a apertos urethraes, as fibras são contiguas e apenas separadas por uma pequena quantidade de tecido celular, e, além d'isso, as suas fibras hyperthrophiadas apresentam uma cor vermelha muito pronunciada, reunidas em feixes.

Estas mesmas alterações já tinham sido estudadas por Mercier e Civiale.

O estudo microscopico da bexiga alterada pelas causas a que acima nos referimos, comprova o que o exame das lesões a olho nú e a clinica nos demonstra.

Com effeito, Mr. Valette, no dictionario pratico das sciencias medicas, menciona um caso em que se fez exame microscopico, que transcrevemos na integra.

«Il s'agit d'un vieillard de 75 ans, opéré cinq ans auparavant pour un cancroïde du gland. Au bout de trois ou quatre ans le jet d'urine diminue, devient filiforme et le malade présente de l'incontinence continuelle. Le malade succomba au bout de quelques jours. La tunique musculaire de la vessie était hypertrophiée, le tissu musculaire avait perdu son élasticité et sa teinte normales, et se laissait plus facilement dilacérer. Ces modifications ont pour cause en épaissement du tissu connectif interstitiel qui forme autour des faisceaux musculaires des traînées blanchâtres, d'étendue variable; les éléments contractiles sont atrophiés, segmentés, granulo-graisseux; ils finissent par disparaître, et en certains points il ne reste plus qu'un tissu

connectif de formation nouvelle et tout á fait improprio au rôle d'agent de constriction.»

Tunica serosa

Juntamente com a ultima tunica da parede vesical, a serosa, faremos o nosso estudo sobre as alterações experimentadas pelo tecido cellular ambiente.

Normalmente a serosa está separada da tunica muscular por uma tenue camada de tecido cellular.

Este tecido, no caso de retenção, offerece quasi que constantemente alterações parciaes, ou geraes.

O processo morbido é sempre o mesmo; endurecimento dos tecidos ao principio, e algumas vezes até a suppuração.

Os pontos da bexiga, em que os endurecimentos parciaes do tecido sub-seroso se desenvolvem com mais frequencia, são:

Na face anterior, perto do pubis, e na face posterior, ao nivel do baixo-fundo.

A extensão d'estes endurecimentos varia muito, podendo occupar uma grande superficie, ou serem muito limitados.

Ordinariamente este augmento d'espessura, parece ser formado á custa das partes visinhas da bexiga, com as quaes contrahe adherencias intimas e muito resistentes.

N'um caso d'Arnal, disse elle que durante a vida observara acima do pubis um endurecimento nitidamente accentuado, que insensivelmente

velmente desaparecia nas partes lateraes. Essa proeminencia conhecia-se melhor quando a bexiga estava vazia. Na autopsia por elle effectuada, encontrou uma massa de tecido fibroso do volume d'um ovo de gallinha, formado pelo tecido sub-peritonial.

Como anteriormente notamos, estes endurecimentos podem ser não só limitados, mas tambem, o que é mais frequente, generalizados.

Quando o endurecimento é geral, o globo vesical é cercado por uma atmospherá cellulosa, mais ou menos resistente, podendo além d'isso effectuar-se a formação d'adherencias de comprimento variavel.

Na maioria dos casos, a parte superior da bexiga não tem adherencias, fica livre e isolada; outro tanto não acontece com a inferior especialmente ao nivel da prostata, canaes ejaculadores, vesiculas seminaes etc., etc., na qual o augmento d'espessura e endurecimento dos tecidos é consideravel, dando-se a conglobação de todos estes elementos n'uma massa muito resistente, a ponto de ser preciso o escalpello para destacar qualquer d'elles.

Este tecido de nova formação é fortemente vascularizado, encontrando-se ahi numerosas veias, as quaes podem ser transformadas em cordões fibrosos, ou estarem obliteradas por coagulos antigos, podendo tambem, quando situadas perto d'esse fóco purulento, conterem sangue e pus.

Ainda póde dar-se o caso das adherencias invadirem toda a superficie vesical, de modo que a bexiga fica unida por meio d'estas membranas a todos os orgãos contidos na pequena bacia.

Estas lesões apresentam uma notável similitude com as observadas na pequena bacia da mulher, devidas ás inflammações prolongadas do utero.

Na mulher, todavia, o desvio provocado por estas lesões, contrariamente ao homem, dá-se com preferencia para o lado esquerdo.

A inflammação, atacando os tecidos, que rodeiam a bexiga, póde ir algumas vezes até á suppuração, que apresenta variantes diversas: Uma vez a infiltração purulenta fórma uma lamina continua sub-peritonial, outras pelo contrario o pus reune-se em collecções, que dão lugar á formação d'abcessos.

As collecções ou abcessos mais volumosos observam-se no vertice da bexiga e ao nivel da prostata, podendo abrir-se na bexiga, na urethra ou ainda no colon, recto e cavidade abdominal.

Alterações dos rins

Continuando no estudo das alterações apresentadas pelos órgãos secretores da urina nos casos de retenção incompleta, cumpre-nos não esquecer os rins.

As principaes modificações apresentadas pelos rins podem ser divididas em dois grupos, que não são mais do que a continuação um do outro.

No primeiro grupo encontram-se todas as lesões da nephrite proliferante diffusa, e no segundo a maior parte d'estas com as que acompanham a nephrite suppurada.

As lesões pertencentes ao primeiro grupo podem dividir-se em macroscópicas e microscópicas. As modificações macroscópicas dão-se na côr, volume e consistencia.

A côr ao principio, mais carregada do que normalmente, com o progredir da doença torna-se cada vez mais pallida, até que todo o parenchyma dos rins e, com mais nitidez ao nível da substancia cortical, toma a côr amarelada.

O volume segue uma marcha quasi que identica á côr; augmentando primeiramente diminue conforme a doença se evolve. A consistencia é firme e resistente; a capsula fibrosa raras vezes adhere completamente ao parenchyma, e os calices e bacinetes dilatam-se.

Nas modificações microscópicas dá-se o seguinte: A formação de pequenos elementos redondos (cellulas embryonarias), que se reúnem, entre os canaes collectores das pyramides, e seguidamente nos canaes contornados, transformando-se pouco a pouco em tecido connectivo. Mais tarde os glomerulos diminuem de volume pela pressão, que sobre elles exerce o tecido de nova formação.

Nos vasos dá-se constricção notavel, ao mesmo tempo que as suas paredes augmentam d'espessura.

As partes do parenchyma em primeiro lugar invadidas são as pyramides, quando a nephrite diffusa tem por causa uma retenção, e em ultimo logar a invasão dá-se na substancia cortical. Esta nephrite distingue-se do rim contraído pela evolução da doença, porque no primeiro caso é centrifuga, e no segundo centripeta.

No segundo grupo ou nephrites suppuradas encontramos todas as alterações citadas com o accrescimento seguinte:

A camada cortical está intumescida, injectada e sulcada por estrias escuras, ou placas hemorrhagicas, cujo centro, por vezes, apresenta pontos amarellados que são focos purulentos em via d'evolução. Além d'estes caracteres um ha, a que ligaram grande importancia os celebres pathologistas Charcot, Hayem, Lancereaux e ainda outros: consiste na presença á superficie dos rins, de pequenos focos dessiminados d'infiltração purulenta, cujo volume varia desde um ponto apenas perceptivel até ao tamanho d'um grão de milho.

Além d'isso apresentam-se rodeados d'uma zona violacea, que forma um pequeno relevo á superficie.

Ordinariamente estes pequenos focos estão isolados uns dos outros; todavia, podem unir-se e dar assim logar á formação de cavernas. A abertura d'estes pequenos focos, quando existe, effectua-se em virtude da sua séde na atmosphaera cellulo-adiposa do rim, dando-se no entanto por vezes nos tecidos, que o rodeiam, determinando a formação d'abscessos peri-nephriticos.

Ainda que, excepcionalmente, podem existir grandes abscessos, que se abrem nos bacinetes ou nos órgãos vizinhos.

Todas estas alterações podem atacar os dois rins na mesma occasião, sendo uniformes as modificações que apresentam; porém, geralmente, o processo morbido está muito mais adiantado n'um do que no outro.

Assim, em quanto que n'um apenas se manifestam lesões da nephrite proliferativa

diffusa, no outro, além d'estas, podemos achar pontos em principio de suppuração.

O do lado esquerdo é o mais particularmente atacado.

Para explicação da genese da nephrite no seu segundo grau, duas theorias se apresentam: n'uma a nephrite resulta do caminho progressivo da inflamação das vias urinarias aos rins: n'outra aquelle estado pathologico deve-se á acção local da ourina alterada, não só na qualidade, como tambem na quantidade.

Seguimos esta segunda opinião por nos parecer que com ella mais facilmente se explicam estas alterações.

A' maneira que a ourina augmenta, dilata a bexiga e caminha no sentido da menor pressão, continuando pelos uretheres, calices e bacinetes, indo actuar finalmente no parenchyma renal d'um modo continuo, do que resulta a atrophia da região medular.

Falta-nos ainda apreciar as modificações que a alteração da ourina póde determinar, e que se vem juntar ás produzidas pela quantidade.

A ourina estagnada dá logar á producção de micro-organismos, que são provavelmente as causas determinantes dos abcessos renaes, já citados.

Esta theoria recebeu a confirmação das experiencias realisadas por Charcot, Gombault, Regnard e Rendu.

Estes ultimos apertavam a urethra d'um cão com um anel de coutchauc pouco elastico para não determinar a obliteração completa do canal. Vinte dias depois, sacrificando o animal e procedendo ao exame microscopico dos rins, encontraram todas as le-

sões d'uma nephrite intersticial aguda, que em alguns pontos chegava até á suppuração.

Symptomatologia

A retenção incompleta principia, em geral, insidiosamente, e só uma circumstancia imprevista, um mero acaso, ou ainda uma doença, quer de economia, quer do aparelho ourinario, obrigará o doente a chamar o medico. A micção n'elles é difficil, chegando a ser-lhes penosa.

A frequencia das micções, dá-se mais durante a noite que durante o dia. Obriga-os a levantarem-se de duas em duas horas ou ainda menos.

Se não fôr satisfeita com promptidão a vontade d'ourinar, resulta d'ahi uma maior difficuldade em satisfazerem aquella necessidade ou, ainda mesmo, o resultado é effectuar-se, involuntariamente, a micção, por mais esforços que o doente empregar em retel-a.

N'este estado pathologico póde o doente continuar regularmente, occupando-se dos seus misteres, durante annos até, sem ligar grande importancia áquelle soffrimento, a que, por assim dizer, se habitua, porque nem a dôr é grande, nem as perturbações digestivas, nem mesmo o estado geral, se apresenta modificado d'uma maneira sensivel a dar origem a temores futuros.

Mais tarde, porém, a doença que lentamente sem descanso, progride, obriga-o a notar a differença, que existe então, comparada aos

anteriores symptomas, porque não só a micção lhe é mais dolorosa como que uma especie de queimadura que sómente pode deixar de existir ao findarem as ultimas gotas da ourina, como ainda observa que a não effectua completamente.

A par d'isto a incontinnencia, primeiro excepcional, torna-se de dia a dia mais frequente.

O estado do doente n'este caso é ainda relativamente bom. Porém, se n'estas condições houver da sua parte um excesso de qualquer natureza, sobrevir-lhe-ha immediatamente uma retenção completa, que sem demora o obriga a procurar o auxilio da sciencia.

Desapparecerá este estado incommodo, no fim de 24 a 36 horas com a applicação unica de repouso, banhos, ou ainda com o emprego do catheterismo.

Melhorado ao fim d'aquelle tempo, pode o doente julgar-se completamente bom; todavia, depressa as illusões lhe fogem deante do reaparecimento de todo o cortejo symptomatico anteriormente mencionado com o accrescimento de mais e maiores soffrimentos e difficuldades para effectuar a micção.

O emmagrecimento começa a pronunciar-se no doente.

Examinado, o diagnostico apresenta-se claro e evidente. Encontra-se a bexiga acima do pubis, e pelo toque rectal observa-se um tumor saliente, que repelle a parede anterior do recto. Este tumor pode ser formado pela bexiga ou por uma hyperthrophia parcial ou geral da prostata. Nos individuos novos a exploração do canal da urethra dá a conhecer a existencia de apertos, quando ahi tenham lugar, po-

dendo tambem existir conjunctamente uma hyperthrophia.

A bexiga póde n'alguns casos, apesar de conter grande quantidade d'ourina, não fazer saliencia acima do pubis, e portanto só com o toque rectal é que se póde conhecer a existencia do tumor.

Dá-se este facto nas retenções incompletas sem distensão.

De todos estes symptomas, quer funcçoes, quer phisicos, existe um a que podemos chamar pathognomonic, que nos é revelado pelo catheterismo, porque se após a micção, o praticarmos, veremos sair da bexiga de 200 a 700 grammas de ourina, que o doente apesar de todos os esforços empregados não conseguia expellir.

Esta ourina é ordinariamente pallida, turva, descórada, levemente leitosa, não deixa pelo repouso deposito no vaso que a contém, e a reacção, logo após a saida, é pouco acida ou quasi neutra, não tardando porém a tornar-se alcalina.

O esboço, que rapidamente temos apresentado sobre a symptomatologia da doença de que tratamos, carece d'um exame mais detido em certos e determinados pontos.

Começaremos pela frequencia das micções.

A frequencia d'estas, bem como a occasião em que, durante a noute, com maior intensidade se nos mostra, constitue um dos principaes caracteres d'esta doença.

Geralmente é devida a alterações prostaticas, não deixa, comtudo de se observar tambem, em individuos idosos, affectados de apertos urethraes, mas n'este caso existem reunidas as duas grandes causas das retenções

incompletas, apertos urethraes e hyperthrophias prostaticas.

Uma das causas da maior frequencia das micções tem a sua séde na bexiga, porque, quando o functionalismo do cólo vesical principia a fazer-se d'um modo irregular, ella irritando-se e reagindo contra o obstaculo que lhe quer difficultar a passagem da ourina, torna esta necessidade mais assidua e imperiosa.

Outra causa é a alteração concomitante do parenchyma renal, e as modificações da qualidade e quantidade da ourina.

As dores, que como já dissemos, acompanham nos ultimos periodos da doença a expulsão das ourinas, não só se fazem sentir ao praticar-se aquelle acto, como ainda em intervallos que decorrem entre um e outro, produzindo uma especie de tensão, irradiando para a região lombar e crural.

As retenções incompletas podem ser acompanhadas de distensão.

Quando este facto se não der, o diagnostico torna-se bastante difficil pela falta de caracteres subjectivos em que basear-nos. Supponhamos o caso d'uma bexiga, contendo apenas 200 ou 300 grammas. A percussão, a que procedermos no hypogastrio, dar-nos-ha uma sonoridade, devida á visinhança dos intestinos, que quando não seja muito nitida, é pelo menos sufficiente para nos desviar do verdadeiro diagnostico.

Porém, se á palpação e depressão do hypogastrio, juntarmos o toque rectal, teremos n'este caso bases bastantes para voltarmos ao caminho que nos conduzirá ao verdadeiro diagnostico.

Um facto curioso: nos individuos affecta-

dos de retenção incompleta com distensão, todos os seus cuidados se dirigem para o aparelho digestivo, porque as dores na bexiga e annexos são quasi que imperceptiveis, em quanto que na hypothese de não haver distensão, aquelles cuidados revertem para o aparelho urinario pelo predominio que existe dos symptomas vesicaes e modificações da urina.

A incontinencia, que constitue um dos symptomas da doença, de que nos occupamos, pôde ser verdadeira ou falsa.

A primeira dá-se, quando sem termos a menor vontade, as urinas saem.

A segunda, quando o doente, tendo conhecimento d'essa vontade, mas querendo-a reprimir, por qualquer accidente, não o consegue.

A verdadeira incontinencia dá-se nas creanças, e nos casos de lesões cerebro-espinaes, e poucas vezes nos adultos.

A polyuria, sendo um phenomeno frequente nos casos de retenção incompleta, nem sempre a acompanha, e mesmo a intensidade nem sempre é igual em todos os periodos d'aquella doença.

A urina nas retenções incompletas oscilla entre 2:500 a 5:000 grammas, sendo já esta ultima quantidade excepcional, não chegando por tanto a attingir a quantidade que se observa na diabete, polyuria nervosa ou azoturia.

Duas teem sido as hypotheses emittidas para explicar physiologicamente a polyuria. Julgam uns que está intimamente ligada com o polydipsia. D'estes não seguimos a opinião, baseados em que recusada quasi em ab-

soluto qualquer bebida, a frequencia das micções não deixa por esse facto de dar-se como anteriormente.

Outros attribuem-n'a á suppressão brusca da compressão que a bexiga exerce sobre os vasos renaes, ou ainda á mudança rapida da pressão após evacuada a bexiga pelo catheterismo.

Tambem nos não conformamos com a segunda, porque a polyuria é tanto maior quanto mais repleta está a bexiga.

A nephrite intersticial, que d'ordinario se dá n'estes casos, foi igualmente invocada, para explicar a polyuria, pela irritação produzida pela ourina alterada sobre os órgãos urinarios, dizendo-se que essa irritação podia atacar os nervos vasos-motores, determinando um phenomeno analogo, ao que se aprecia nas glandulas sub-maxilares; uma hypersecreção.

Mercier fez entrar a polyuria na seguinte lei d'observação diaria: sempre que uma irritação se dê na extremidade d'um canal excretor, a glandula correspondente a esse canal participará de excitação, determinando consequentemente uma hypersecreção.

Parece-nos ser esta a causa principal da polyuria.

Como dissemos, a ourina não é alterada tão sómente na quantidade, mas tambem na qualidade.

As principaes alterações observadas na qualidade são: a côr perfeitamente caracteristica, similhando leite muito diluido, a infiltração difficil, conservando sempre um aspecto opalino, as ourinas filtradas, ás quaes adicionando-lhe acido acetico, tornam-se, no fim de 15 minutos, turvas, devido isto á precipitação da.

pyina, por não ter acção o acido sobre a serina.

A urêa e os outros elementos da ourina, conservam-se normaes, exceptuando no entanto, o acido urico, que soffre uma grande diminuição.

Ora, além d'estas alterações, outras nos revela o microscopio, como a presença de globulos de pus, detritos epiteliaes da bexiga, phosphatos de cal, e n'alguns casos vibriões innumerous, uns compridos e immoveis, formando cadeias, outros curtos, moveis, em fôrma de varinhas simples ou articuladas.

Todas as alterações, de que temos fallado, observam-se em quanto que o estado do doente fôr apyretico.

Fica-nos ainda que dizer alguma cousa sobre as modificações thermometricas.

Ordinariamente, a febre apresenta-se com typo continuo remittente, seguindo uma marcha lenta, insidiosa, podendo tambem apparecer debaixo da forma d'accessos isolados, que se observam especialmente de manhã entre as 6 e 9 horas, accusando o thermometro uma elevação de 40 graus centigrados. No intervallo dos accessos o doente conserva-se apyretico. Esta forma de febre é relativamente rara.

São estas as principaes alterações que o nosso tão desprezencioso, como insignificante trabalho, entendeu dever apontar.

Tratamento

Como já dissemos, apenas nos limitamos a estudar das retenções incompletas as provocadas por apertos urethraes e hyperthrophias prostaticas.

Diferenciado mais uma vez o fim do nosso estudo, passaremos a expôr, ainda que rapidamente, os tratamentos mais usados nos dados pathologicos em questão, principiando pelos apertos urethraes.

Desde o momento em que o diagnostico d'esse aperto seja para nós evidente, claro, em face do exame methodico e circumspecto feito ao doente, todos os nossos esforços devem tender a vencel-o.

Dous caminhos temos a seguir; a dilatação lenta e progressiva, ou a urethrotomia interna.

Qualquer d'elles dar-nos-ha o resultado a que visamos; o desaparecimento da retenção, e com ella todo o cortejo symptomatico que d'ordinario a acompanha.

Pelo contrario, as hyperthrophias prostaticas, de que vamos agora tratar, são aquellas em que a intervenção directia e rapida do medico se torna immediatamente necessaria, para evitar complicações ou o andamento da doença a ponto que a cura seja impossivel. Não é um só o methodo a empregar n'estes casos, pelo contrario, segundo as diversas modalidades symptomaticas, assim tambem teremos de lançar mão d'este ou d'aquelle meio, quer medico, quer cirurgico.

O melhor seria, pois, pesar, ou antes avaliar com toda a precisão possível, quaes as indicações e contra-indicações para a applicação d'um tal ou qual methodo de tratamento.

Uma das primeiras providencias a tomar, em face da simples inspecção do doente, é saber se devemos provocar a evacuação das urinas contidas na bexiga.

Na maioria dos casos a evacuação torna-se necessaria.

Conforme a retenção fôr completa ou incompleta, assim teremos de proceder differentemente. No primeiro caso, a bexiga dilatada anormalmente, determina dôres horri- veis, a que devemos obstar por causa dos acci- dentes, por vezes fataes, que pôde originar: no segundo caso, ainda quando o doente urine, a bexiga está pouco mais ou menos distendida, tornando-se, senão com a gravi- dade anterior, pelo menos de grande utilidade, a intervenção do medico.

O catheterismo deve ser repetido varias vezes durante o dia, porque do contrario ve- ríamos o nosso trabalho inutilizado, e os acci- dentes reaparecerem com a mesma intensi- dade que anteriormente.

Pôde apresentar o catheterismo difficulda- des, chegando mesmo o seu emprego a ser perigoso.

Entre as difficuldades, que podemos encon- trar, notaremos os espasmos da região mem- branosa, os apertos do canal urethral, e muito mais frequentemente não attingirem os instru- mentos a bexiga, pelas saliencias e deformações mais ou menos consideraveis da glandula pros- tatica.

De varios meios podemos servir-nos para illucidarmos o obstaculo, ou das sondas de *béquille* de Guyon, ou ainda melhor com as de grande curvatura de Geli, seguindo constantemente a parede superior da urethra, podendo serem tambem de grande utilidade as *bicoudées*.

Se apesar de tudo não poder-mos vencer o obstaculo, então devemos fazer uso de velinhas filiformes, deixadas temporariamente na urethra, ao longo das quaes gota a gota a urina sairá.

Quando a distensão fôr consideravel, a evacuação deve ser feita d'uma maneira lenta e parcial, para o que nos serviremos d'uma sonda de calibre medio, afim de evitar-mos os accidentes, que podem sobrevir no caso contrario.

Extrahiremos, para se obter um resultado satisfactorio, sómente a 3.^a ou 4.^a parte do liquido contido, fazendo esta operação, primeiro uma só vez por dia e depois de 6 em 6 horas, devendo, ainda no caso de melhorar, o doente sondar-se a si proprio, isto sem evitar que o medico continue a observal-o, porque uma causa qualquer pode determinar-lhe graves accidentes.

O catheterismo, repetido, nem sempre nos dará o resultado a que almejamos, porque individuos ha em que o emprego diario da sonda pôde determinar-lhes accidentes graves como o apparecimento de accessos febris, que poderão dar-se ainda que o tratamento seja cuidadosamente feito, e bem assim a impossibilidade da introdução da sonda, tendo n'estes casos, então, de applicar-se a sonda permanente.

Se é certo que este ultimo emprego da

sonda tem sido banido por muitos clinicos, por causa das complicações e accidentes a que pôde dar lugar, não é menos certo que Guyon affirma, que este descredito provém a maior das vezes mais da impericia do operador, do que dos defeitos do instrumento.

Além d'isso casos se dão em que não devemos prescindir do emprego d'estas sondas, porque d'ellas necessitamos fatalmente: assim se o catheterismo fôr feito com grandes difficuldades, se para penetrarmos na bexiga tivermos de fazer muitas tentativas infructiferas, antes de conseguil-a, ou a retenção por uma circumstancia fortuita se tornar completa, n'estes casos não temos senão dois caminhos a seguir: a punção hypogastrica repetida duas vezes por dia, ou a sonda permanente.

Parece-nos vir a proposito mencionar a tolerancia individual: se n'um grande numero de individuos a sondagem repetida quotidianamente lhes não causa accidente algum, outros ha, em que este tratamento, sendo ao principio de facil execução, torna-se mais tarde não só difficil, mas tambem dá lugar a complicações, que desapparecem, logo que se empregue a sonda permanente.

Outros individuos ainda ha, a quem, quer um, quer outro methodo de tratamento, pôde ser causa de graves complicações, dando lugar a difficuldades ao medico, porque se a intervenção é perigosa, a não intervenção é ás vezes impossivel.

Quando se dê pois o caso de não se tornar a intervenção imperiosa, o melhor a seguir será o submeter o doente a um tratamento geral.

Este tratamento deve consistir na adminis-

tração de tónicos, como vinho ou extracto de quina, poção de Tood, etc.: além d'isso, em virtude da constipação quasi que constante n'estas doenças, seriam de grande utilidade os purgantes salinos.

Quando a anorexia for extrema, então o leite prestará valiosos serviços porque é perfeitamente supportado pelos doentes, mesmo até aos ultimos momentos.

Para combater as dores que ordinariamente vem aggravar a doença, impedindo o descanso, podemos recorrer aos crysteis laudanizados ou ainda aos suppositorios d'extracto thebaico ou belladona.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — Existem fibras musculares lisas no canal choledóco.

Physiologia — O estomago não é puramente passivo no vomito.

Anatomia pathologica — A escrophula é uma tuberculose local.

Materia medica — Quando se deseje obter rapidamente o vomito, preferimos o emprego d'apomorphina em injeções sub-cutaneas.

Pathologia externa — Nos apertos urethraes, sendo possível, damos a preferencia á dilatação lenta e gradual.

Pathologia interna — Nos casos de cancros do estomago, tendo sido eliminada toda a affecção syphilitica, a cadêa glanglionar da virilha fará desaparecer toda a incerteza.

Operações — Na amputação da coxa, escolhemos o methodo do retalho anterior.

Medicina legal — Não admittimos os exames medico-legaes feitos por um só perito.

Partos — Nos casos de eclampsia está indicado o parto prematuro.

Pathologia geral — O frio não deve ser eliminado do quadro etiologico da pulmonia.

Approvada

O PRESIDENTE,

Dr. José Carlos Lopes

Póde imprimir-se

O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira