

RETENÇÃO DE URINAS

POR HYPERTROPHIA DA PROSTATA

58/6 ENC

et.º
CELESTINO GAUDENCIO RAMALHO

N.º 650

RETENÇÃO DE URINAS

POR HYPERTROPHIA DA

PROSTATA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA ELZEVIKIANA

ANNEKA À LIVRARIA CIVILISAÇÃO

393 — Rua de S. Lazaro — 393

1890

58/6 FMC

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

PROFESSORES PROPRIETARIOS

1.ª Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2.ª Cadeira—Physiologia.....	Vicente Urbino de Freitas.
3.ª Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica.....	Dr. José Carlos Lopes.
4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira—Medicina operatoria..	Pedro Augusto Dias.
6.ª Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7.ª Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8.ª Cadeira—Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9.ª Cadeira—Clinica cirurgica.....	Eduardo Pereira Pimenta.
10.ª Cadeira—Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11.ª Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia.....	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12.ª Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

PROFESSORES JUBILADOS

Secção medica.....	} João Xavier d'Oliveira Barros. José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica.....	

PROFESSORES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} Antonio Placido da Costa. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior. Ricardo d'Almeida Jorge.	
Secção cirurgica.....		Candido Augusto Correia de Pinho.

DEMONSTRADOR DE ANATOMIA

Secção cirurgica.....	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
-----------------------	-------------------------------------

A Eschola não responde pelas doutrinas expendidas na Dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Eschola de 23 d'abril de 1840, art. 153.º*)

Á MEMORIA

DE

MEUS PAES

Recordação eterna.

Á MEMORIA

DE

MEUS SOGROS

Saudade infinda.

Á MEMORIA

DO

ILLUSTRE PROFESSOR DA ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA
DO PORTO

DR. MANOEL DE JESUS ANTUNES LEMOS

*Sincera homenagem de considera-
ção pelo seu saber, e de respeito
pela sua memoria.*

A minha mulher

Unidos desde tenra juventude, a amizade conjugal é para nós um habito, uma necessidade das almas que se entendem. Esta reciproca intimidade, este consenso commum, fará na sua propagação a felicidade do teu

Celestino.

A MEU IRMÃO

Dr. Manoel José Ramalho

É aos teus sabios conselhos que devo esta minha posição: concede pois que te dedique este insignificante trabalho, não como paga, porque é muito pouco para retribuil-os, mas como uma mesquinha prova de eterno reconhecimento, que te dá o teu irmão

Celestino.

ÀS EX.^{mas} SR.^{as}

D. Josepha Ferreira Sampaio
D. Joanna Emilia Gonçalves da Silva

E AO EX.^{mo} SR.

Joaquim Gonçalves da Silva

ABBADE DE S. JOÃO DA RIBEIRA

Como prova de gratidão offerece o seu
afilhado

Celestino.

A MEUS IRMÃOS

A MEUS CUNHADOS

E

AOS MEUS AMIGOS

PARTICULARMENTE AO

Dr. Joaquim Manoel da Costa.
Dr. Antonio Joaquim de Freitas.
Dr. Manoel Maria de Sousa.
Manoel Ignacio da Costa Junior.
Manoel José da Silva.
Antonio Joaquim de Macedo.
Sino Antonio Ribeiro.
Dr. José Joaquim Baptista Vieira.
Eduardo Augusto da Cunha.
Dr. Eduardo d'Oliveira Motta.
P. Augusto da Silva Coimbra.
José Custodio Martins Machado.
Dr. Manoel Fernando de Brito Abreu.
Justino Antonio de Carvalho.
Albino Antonio de Carvalho.
Padre José Maria de Vasconcellos.
Leferino Barroso.

Aos Sx.^{mos} Szs.

Dr. Paulo Marcellino Dias de Freitas.

Dr. Porphyrio Antonio da Silva.

Dr. Francisco Xavier da Silva Telles.

Padre Custodio Lopes Vieira dos Santos.

Dr. Francisco José Vieira e Brito.

Rev. Abade da Lagoa.

*Dedica o auctor como prova de
eterna gratidão.*

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

AO CORPO DOCENTE

DA

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

DR. RICARDO D'ALMEIDA JORGE

© discipulo reconhecido.

O acto da micção é um reflexo complicado.

A ausencia de sensação, a destruição do centro nervoso especial a esta funcção, a ruina do nervo transmissor d'esta impressão, ou ainda a falta de actividade das fibras musculares da bexiga, taes são os factores que podem impedir a sahida das urinas e por consequencia originar a sua retenção.

Muitas doenças ha que produzem este facto. Todas as infecciosas, não só na sua fórmula grave, mas ainda na mais benigna, podem complicar-se da retenção urinaria, por isso que vão affectar qualquer das partes indispensaveis ao acto da micção.

O rheumatismo, o saturnismo, a dysenteria, o sarampo, a variola, a febre typhoide, etc., estão n'este caso.

Não nos propomos explicar aqui a razão por que e como o facto se dá, pois não só tornaria este modesto trabalho longo e fastidioso, mas também completamente desharmonioso com a epigraphe que o encima.

Tivemos em vista pôr de parte a retenção medica, para nos occuparmos da material; mas ainda assim, sendo o campo vasto, como é, restringimol-o á produzida pela *hypertrophia da prostata*, por isso mesmo que é uma das mais graves e também a mais commum.

Tal é a razão que justifica este trabalho, que submettemos á apreciação do illustrado jury, que ha-de julgal-o. Se não prima por uma dicção clara e precisa, se não tem impresso, a dar-lhe força, o cunho d'uma alta respeitabilidade scientifica, tem pelo menos, e d'isso nos orgulhamos, a consciencia.

CAPITULO I

Anatomia da prostata

Configuração exterior

Collocada na parte postero-inferior da symphise publica, a prostata é um órgão impar, mediano e symetrico. Na sua direcção obliqua de cima para baixo e para diante, é quasi sempre atravessada pela urethra, á qual está intimamente ligada. As relações com os órgãos visinhos são tão estreitas, que é muito difficil delimitar bem a área occupada por esta glandula.

De innumeradas dissecções feitas por Cruveillier, Tillaux, Messer e outros, resulta que a prostata, circumscripta por uma serie de planos aponevroticos, como teremos occasião de vêr, tem a fôrma de um cone truncado de base superior e levemente acha-

tado de diante para traz, podendo descrever-se-lhe duas faces, dois bordos e duas extremidades.

A face antero-superior, ou pubica, tem uma fôrma triangular, cuja base corresponde ao collo vesical, sendo o vertice o ponto limitante da região prostática e membranosa da urethra. Esta face, mais curta que a postero-inferior, em consequencia da base ser cortada obliquamente, é coberta pela aponevrose perineal superior e ligamentos pubio-prostaticos, que a fixam em parte. Além d'isto está em relação com o plexo de Santorini, que a separa da parede posterior da symphise pubica.

A face postero-inferior, tambem chamada rectal, é contigua ao recto do qual está separada por uma camada de tecido cellular laxo, e pela aponevrose prostato-peritoneal. Esta parte da prostata apresenta nos seus dois terços inferiores um sulco, ou goteira, que seguindo a parte media vae terminar no vertice de modo a dividil-a em tres porções, ou lobulos completamente distinctos: dois lateraes e um mediano. Este ultimo, já completamente formado ao quinto mez da vida intro-uterina, é tido por alguns auctores como um caso pathologico.

Pela base, a prostata, além das relações intimas que tem com o collo vesical, urethra e vesiculas seminaes, é atravessada pelos canaes deferentes que, á medida que caminham, vão convergindo para o meio

unindo-se aos canaes seminiferos para formarem os ejaculadores.

Os bordos, lisos e arredondados quando physiologicos, estão em relação com a parte interna do levantador do anus, da qual são separados pela aponevrose lateral da prostata, e com um plexo venoso a que varios auctores teem dado grande valor para a pathogenese da hypertrophia prostatica. Parallelamente aos bordos existem duas tumefacções em todo o seu comprimento, convergindo á medida que se approximam do vertice: são os lobulos lateraes, que se unem entre si pelas commissuras anterior e posterior em baixo, e em cima pela parte media a que Mercier chama porção sub-montanal em consequencia de se achar por traz do *verumontanum*.

O vertice truncado encontra-se por baixo da symphyse publica, a uma distancia de 10 millimetros, pouco mais ou menos, do ligamento de Carcassone.

Dimensões da prostata

As dimensões que os anatomistas dão á prostata são tão variadas que, podemos affirmal-o sem receio, não ha dois que mencionem egualdade em qualquer dos seus diametros. Se por um lado este facto nos espanta, por outro não nos causa admiração, pois que a prostata, desde a apparição dos seus primeiros ru-

dimentos, o que tem logar do terceiro para o quarto mez da vida intra-uterina, cresce gradual e progressivamente até aos ultimos dias d'uma idade senil. Demais o seu volume não augmenta só com a idade; muitos factores podem contribuir para este fim. No entanto, se não ha um limite mathematico dentro do qual se deva considerar uma prostata physiologica, as medições feitas por varios auctores approximam-se mais ou menos.

Eis aqui algumas de individuos cuja idade era superior a 50 annos.

Cruveilhier considera normaes as seguintes:

Diametro transversal	0 ^m ,036
» longitudinal	0 ^m ,027
» antero-posterior	0 ^m ,012

Thompson, fundado em longas series de experiencias, algumas das quaes apresentou á Sociedade de Medicina e Cirurgia, descriptas n'um trabalho intitulado—*Some observations on the Anatomy and Pathology of the adult Prostate*—dá em resumo os seguintes resultados:

Diametro transversal	0 ^m ,044
» longitudinal	0 ^m ,034
» antero-posterior	0 ^m ,015

Comparando estas duas tabellas, bem como as de Bouchard, Dupuytren e Richer, chegamos ás seguintes conclusões:

1.^a O maior diametro da prostata é o transversal, que para individuos de idade superior a 50 annos póde variar entre 32 e 50 millimetros.

2.^a O menor é o antero-posterior, que varia entre 13 e 30.

3.^a O longitudinal é o intermedio, e está comprehendido entre 20 e 36.

Peso da prostata

Se existem algumas divergencias sobre as dimensões, augmentam ellas relativamente ao peso. Assim: Beaunis julga normal uma prostata cujo peso não seja inferior a 10 grammas n'um individuo adulto, emquanto que Thompson a considera atrophiada. Este só olha physiologicamente, em circumstancias identicas, uma prostata cujos limites sejam 13^{gr},72 e 21^{gr},34, sendo, portanto, a media 17^{gr},5. Já assim não pensa Messer, por isso, que julga atrophiada toda e qualquer prostata que, em individuos de 60 annos, não atinja pelo menos 15^{gr},5.

Pelos dados fornecidos por este e outros anatomico-pathologistas não podemos determinar os limites

maximo e minimo d'uma prostata normal, o que não é para estranhar, visto que muitas e repetidas necropses, feitas em individuos de 60 annos e mais, dão um peso de 23 grammas approximadamente, sem que a analyse microscopica revele a menor alteração na estrutura; inversamente, prostatas cujo peso é de 11^{gr},45 são manifestamente atrophiadas, o que vac d'encontro á opinião de Beaunis. Se considerarmos no emtanto estes casos como meras excepções, visto não serem numerosos, podemos de um modo verosimil reputar como atrophiada a prostata que, em individuos de media idade, apresentar um peso inferior a 12 grammas, e como hypertrophiada a que exceder 24 grammas.

Estructura da prostata

Depois de termos fallado, ainda que resumidamente, da configuração exterior da prostata, diremos algumas palavras relativamente á sua estrutura.

A glandula prostatica é formada por cinco camadas de tecidos differentes, que, contadas do centro para a periphéria, estão dispostas do modo seguinte:

1.^a A mucosa; esta, commum a todo o apparelho genito-urinario, tem na região prostatica uma côr mais branca que em qualquer outro ponto: a diffe-

rença de côr corresponde até certo ponto ás mudanças de epithelio que a cobre, pois que cylindrico na porção prostatica da urethra, soffre transformações de fórma a tornar-se pavimentoso estratificado na parte anterior da região esponjosa. Diremos de passagem que a este nivel a mucosa apresenta na sua parte inferior uma prega longitudinal, a que os anatomistas teem dado differentes nomes, como o de *caput gallinaginis*, mas que é ordinariamente conhecida pelo de *verumontanum*.

2.^a Immediatamente por baixo da mucosa encontra-se um plano de fibras musculares lisas e longitudinaes. Estas, ainda que em pequena quantidade, cercam toda a circumferencia da urethra e estendem-se a todo o seu comprimento.

3.^a Continuando a dissecção do centro para a peripheria depara-se com uma segunda camada de fibras musculares lisas e pallidas que, dispostas circularmente em volta do canal da urethra, formam um angulo recto como as primeiras. Este tecido mais abundante ao nivel do collo vesical, onde se continua com as fibras circulares da bexiga, adelgaça-se para terminar na porção membranosa da urethra. Segundo alguns auctores é d'estas fibras circulares que partem outras em fórma de raios, para se continuarem com a capsula da prostata de que fazem parte: para outros a disposição d'estas seria ainda a

mesma, mas em lugar de nascerem das fibras circulares, tirariam antes a sua origem dos lados do *verumontanum*. Segundo Ellis, logo immediatamente por baixo da capsula prostatica ha algumas fibras musculares longitudinaes, que na sua opinião não são mais que a continuação d'algumas fibras da camada exterior da bexiga.

4.^a Além do elemento muscular, que acabamos de descrever, encontra-se o glandular. Este apresenta-se em maior quantidade ao nivel dos lobulos lateraes e da porção media, não tendo sido possivel verificar a sua existencia na anterior. Dos folliculos glandulares, formados pela reunião de maior ou menor numero de ascinos, parte um canaliculo que, juntando-se aos seus congeneres, fórma um canal commun. Este canal lobular, atravessando diferentes tecidos da prostata, desembocca no utriculo, ou scio prostatico. Os canaes excretores dos lobulos abrem-se separadamente na urethra, e o seu numero, ainda que variavel para cada individuo, nunca excede a cincoenta. No interior d'estas glandulas em cacho encontra-se o liquido prostatico mais ou menos claro e transparente, contendo em suspensão um numero variavel de cellulas epitheliaes, e até calculos, facto este que se dá muito particularmente na idade senil.

5.^a Todos os elementos até aqui descriptos são circundados por uma capsula propria formada de

tecido muscular, connectivo e elastico, enviando prolongamentos para o interior do orgão e acompanhados de vasos sanguineos, que se ramificam nas paredes dos ascinos.

Vasos da prostata

De todas as arterias, que fornecem sangue á prostata, a mais importante é a vesical inferior. Este vaso, nascido da hypogastrica, dirige-se para baixo, corre entre a face posterior da bexiga e a anterior do recto, anastomosa-se com as hemorrhoidaes, e depois de ter dado ramos á bexiga, continúa o seu trajecto com o nome de vesico-prostatica, distribuindo-se e perfurando de tal maneira a prostata, que chega a anastomosar-se com a do lado opposto. A hemorrhoidal media, na maioria dos casos, fornece ramos não só á prostata, mas ainda ao fundo da bexiga.

A circulação venosa, sem duvida de grande interesse para o nosso caso, é muito desenvolvida n'esta parte do organismo. Além dos ramos que acompanham os vasos arteriaes ha mais um certo numero de plexos, que tiram a sua origem da veia dorsal do penis: esta, depois do seu trajecto ao longo dos corpos cavernosos, atravessa os dois folhetos superficial

e profundo da aponevrose perincal media, e chegando ao nivel do vertice prostatico divide-se em dois grossos troncos, que circundam a prostata e formam os plexos anterior e lateraes, ou peri-prostaticos. D'estes partem ramificações para os plexos hemorrhoidaes, vesicaes e seminaes. Em seguida o sangue venoso dirige-se para a hypogastrica, podendo ali chegar por differentes caminhos.

Anatomia da urethra

Antes de concluir este capitulo é indispensavel dizer alguma cousa sobre a anatomia da urethra, visto que está intimamente ligada ao assumpto de que nos occupamos. O nosso proposito é tocar os pontos capitaes, indispensaveis, e nunca prender-nos a um certo numero de minuciosidades anatomicas, que se poderiam apresentar, mas cujo valor nos parece de pouca importancia.

A urethra é um canal que se estende desde o collo vesical até ao meato urinario: n'este trajecto apresenta um comprimento que varia não só de individuo para individuo, mas ainda no mesmo, segundo os diversos estados physiologicos do orgão. Nós daremos as suas medições n'um individuo adulto e quando o penis se acha em completo repouso, pois

que são as que mais nos interessam. Os anatomistas divergem sobre este assumpto; porém comparando as medições apresentadas pela maior parte d'elles podemos fixar 17 centímetros como termo medio. O conhecimento exacto do comprimento da urethra, bem como da sua configuração interior, é sem duvida de grande alcance para a pratica do catheterismo qualquer que seja o seu fim, pois que é em consequencia d'estes dados anatomicos, que nos collocamos ao abrigo de muitos obstaculos, que por vezes tornariam a operação impossivel e perigosa.

Á imitação de todos os auctores, que se teem occupado d'este assumpto, dividiremos a urethra em tres partes, que são do interior para o exterior a porção prostatica, membranosa e esponjosa.

A porção prostatica estende-se desde o collo vesical até muito perto do folheto postero-superior da aponevrose media do perineo, e n'este trajecto, que é de 3 centímetros approximadamente, dirige-se para baixo e para diante, formando uma curva de concavidade superior. Esta parte da urethra é de todas a mais larga principalmente no centro, onde apresenta um diametro de 17 millímetros. Na sua parte inferior e junto ao collo vesical encontra-se a *wvula* que algumas vezes dá logar á retenção de urinas. Um pouco mais adiante existe uma elevação que augmenta á medida que se approxima do centro da porção pros-

tatica, para em seguida diminuir e terminar na membranosa. Esta saliência media é o *verumontanum* que apresenta na parte mais elevada uma depressão, conduzindo ao utriculo onde se abrem os canaes ejaculadores e prostaticos.

A porção membranosa mede constantemente 15 millímetros de comprimento e por esta razão é a mais curta e tambem a mais invariavel. Durante o seu trajecto continua a curva formada pela porção prostatica seguindo a mesma direcção na parte posterior, emquanto que na anterior se dirige para cima até attingir o folheto antero-inferior da aponevrose media do perineo. Esta parte da urethra, a que varios auctores tem dado o nome de muscosa, está solidamente fixa ao ligamento de Carcassonne e tem uma fôrma cylindrica em toda a sua extensão.

A parte esponjosa tem um comprimento variavel, mas que no estado de flexão é aproximadamente de 13 centímetros. A largura é egual em todo o seu comprimento, excepto nas duas extremidades correspondentes ao fundo de sacco do bulbo e á fossa navicular onde o diametro é mais consideravel. No fundo do sacco bulbar, limite das duas ultimas porções da urethra, abrem-se as glandulas de Cooper. Se percorrermos esta ultima parte urethral de diante para traz, encontraremos a distancias variaveis do meato um certo numero de depressões, sendo a mais

consideravel a de Guerin, que se encontra na parede superior a 2,5 centimetros do meato externo. Além d'estas glandulas existem pregas longitudinaes devidas ao levantamento da mucosa por fibras musculares lisas.

Debaixo do ponto de vista da sua direcção podemos dividir a urethra em duas partes distinctas: a primeira abrange a curva formada pelas porções prostatica e membranosa e é relativamente fixa; a segunda corresponde á parte esponjosa. É d'aquella que nos occuparemos especialmente, por isso mesmo que é a mais importante debaixo do ponto de vista do catheterismo. Esta porção do canal fórma uma curva regular de concavidade superior, cujas extremidades estão n'uma linha que passa pelo vertice da arcada publica e é perpendicular ao eixo da symphise. O conhecimento exacto d'esta corda e do centro da curva é de grande importancia para podermos dar á sonda uma concavidade apropriada.

Antes de deixar este capitulo diremos alguma cousa dos orgãos que se acham mais em relação não só com a prostata, mas tambem com a urethra; para melhor comprehensão descreveremos em primeiro logar o tecido aponevrotico, passando em seguida ao muscular. Ha no perineo tres aponevroses: superficial, media e profunda.

A superficial estende-se desde a raiz da glande

até ao bordo posterior do musculo transverso superficial, onde se continua sem linha de demarcação com o folheto antero-inferior da aponevrose media, de maneira a dividir a região do perineo em duas partes distinctas; uma posterior ou anal, e outra anterior ou urethral. N'esta existem, além da porção esponjosa da urethra e corpos cavernosos, os musculos da região superficial do perineo completamente separados dos da profunda.

A aponevrose media é formada por dois folhetos: o anterior ou inferior estende-se desde o bordo posterior do transverso superficial até ao vertice da arcada pubica e n'este trajecto prende-se ao labio anterior dos ramos ascendentes do ischion e descendente do pubis, enquanto que o posterior desce por traz da arcada, fixa-se ao seu labio posterior para em seguida se continuar com a aponevrose prostato-peritoneal, da mesma maneira que o folheto anterior se continua com a superficial.

Esta aponevrose tem uma fôrma triangular, e é entre os seus dois ramos que fica o seio sub-pubico, a arteria vergonhosa interna, as glandulas de Cooper, quasi toda a porção membranosa da urethra e o musculo transverso profundo separado do de Wilson pelo folheto posterior.

A aponevrose perineal profunda, que não é senão o folheto superior da aponevrose do levantador do

anus, vae desde o pubis, ischion e obturador interno para o recto, onde se fixa. Entre esta aponevrose e o peritoneo acha-se o espaço pelvi-rectal superior contendo tecido cellular abundante: por baixo fica o espaço pelvi-rectal inferior.

Além d'estas tres aponevroses, ha outra que partindo do folheto posterior da media, se dirige para traz e para cima, fixando-se ao fundo do sacco do peritoneo; é a aponevrose prostato-peritoneal. Para melhor limitarmos a região prostatica, falta descrever a aponevrose lateral da prostata que é quadrilatera, e partindo da face posterior da symphise se dirige para os lados do recto, onde se fixa, emquanto que os seus dois bordos superior e inferior continuam-se reciprocamente com os da perineal superior e da prostato-peritoneal. D'este modo fica aqui uma terceira cavidade aponevrotica onde se encontra a prostata, parte da região membranosa da urethra, o musculo de Wilson e um grande numero de veias, que formam tres plexos, um anterior collocado immediatamente por traz do pubis e dois lateraes, muito desenvolvidos, sobretudo nos velhos.

CAPITULO II

Etiologia e pathogenia

A causa real, efficiente capaz de dar logar á hypertrophia da prostata é sem duvida desconhecida. Como prova d'esta proposição basta apresentar as hypotheses, que alguns auctores teem formulado sobre o assumpto.

Chopar e outros sustentam que a tumefacção senil da prostata é devida a um squirrho desenvolvido n'aquelle orgão. Fundam-se em que este tumor tem um desenvolvimento lento e apparece mais frequentemente na velhice; é duro e rugoso, o que tudo se póde encontrar na hypertrophia do mesmo orgão.

Foi por esta confusão que na tumefacção senil da prostata se applicou a cicuta, o iodureto de potassio e outros medicamentos, que se formulam em casos de

caneros malignos. Esta hypothese não se pôde admitir porque a analyse microscopica não revela a estructura propria do squirrho: a prostata hypertrophiada não apresenta tecido novo differente e a evolução d'esta tumefacção não é semelhante á do squirrho. Demais, este generalisa-se, invade os órgãos vizinhos, os ganglios lymphaticos, produz hemorragias diversas e dá logar a uma cachexia, cuja côr é pathognomonica do cancro maligno, o que não acontece com a hypertrophia da prostata.

As congestões, as inflammações, os apertos urethraes, a syphilis, a excitação frequente dos órgãos genito-urinarios, o abuso de bebidas ou medicamentos estimulantes, os calculos, as profissões, etc., tudo isto tem sido apontado como a causa real da hypertrophia, sem que se tenham apresentado dados satisfactorios, que comprovem este modo de vêr. Foi talvez isto que levou os pathologistas a procurarem a causa na propria glandula; e é assim que Velpeau, Mercier, Thompson e outros affirmam que a causa efficiente é inherente ao tecido prostatico; mas o facto da tumefacção senil se não desenvolver em todos os individuos levou naturalmente os pathologistas a procurarem uma causa predisponente no organismo. Sobre este assumpto ainda a luz é pouco derramada. Não existem com effeito dados pelos quaes possamos chegar a factos demonstrados, não

obstante innumerous trabalhos sobre este ponto. Limitar-nos-hemos, por isso, a mencionar algumas das causas a que se tem dado mais valor e admittil-as ou rejeital-as segundo o nosso modo de vêr.

Mercier, diz que a hypertrophia da prostata não é uma doença mas um estado inherente ao ultimo quartel da vida, que se desenvolve tanto mais energeticamente quanto maiores e mais prolongadas forem as causas, que favoreçam a estagnação do sangue nas veias da pequena bacia. O grande numero dos vasos venosos, que se encontram ao nivel da região prostatica, a sua disposição e tendencia tão favoraveis á dilatação e turgescencia, quer em consequencia da idade avançada, quer pela acção de certas causas, taes como a equitação, os habitos sedentarios, certas profissões, etc., é invocado por numerosos auctores como uma das causas, senão a principal, da hypertrophia senil. Sem mencionar outros que abraçam este modo de vêr, diremos apenas que Caudmont segue esta doutrina e não duvida affirmar a sua veracidade. Não partilhamos das mesmas ideias, pois que toda a congestão venosa, longe de favorecer a vitalidade dos tecidos é um obstaculo á sua nutrição e desenvolvimento. Póde sem duvida esta conduzir a um augmento mais ou menos consideravel da prostata, mas o que, como facilmente se vê, não deve haver, é uma hypertrophia; haverá quando

muito um engorgitamento. A estagnação do sangue venoso já de per si improprio para manter a vida dos elementos anatomicos é além d'isso um obstaculo á chegada dos principios nutritivos do organismo, indispensaveis para o crescimento, e por consequencia para o desenvolvimento d'uma hypertrophia, em que este crescimento deve ser exagerado. Se a congestão activa dos vasos prostaticos é incapaz de dar logar á doença, que nos occupa, não ha duvida que ella póde concorrer para o seu desenvolvimento; pois que a hypertrophia é sempre a consequencia d'uma exaggeração na actividade do movimento nutritivo, com predominio da assimilação sobre a desassimilação.

Mas porque é que a prostata é o logar de eleição d'este movimento nutritivo?

Mais ainda, porque é que isto se dá só no ultimo quartel da vida?

Que a hyperemia possa provocar a hypertrophia da prostata quando a causa real lá resida, admitte-se; mas que seja capaz de a desenvolver, não o acreditamos, porque, sendo assim, seriam as hypertrophias prostaticas mais communs na juventude do que na velhice; desenvolver-se-hiam de preferencia nos individuos de temperamento sanguineo e dependeriam de certas profissões, etc., o que se não coaduna com os factos. A opinião que seguimos é abra-

çada pela maior parte dos anatomo-pathologistas, que se teem occupado do assumpto e entre os quaes podemos mencionar Demarquay. Devemos, portanto, apresentar como causas predisponentes todas aquellas que derem logar a hyperemias activas, taes como os coitos repetidos, o priapismo, ejaculações numerosas, o onanismo, e enfim todas as irritações provocadas ao nivel do apparelho genito-urinario, ou nas suas proximidades.

A terceira ordem de causas que para alguns pathologistas dá logar á hypertrophia da prostata, é a inflammação. Com effeito, Vidal diz que as urethrites, ou outras inflammações desenvolvidas no apparelho genito-urinario, quaesquer que sejam as suas causas, podem dar logar á hypertrophia da prostata. Para nós uma inflammação nunca póde dar logar a uma hypertrophia; póde a prostata encontrar-se augmentada de volume, póde haver uma retenção de urinas em consequencia d'esse desenvolvimento anormal, mas o que não ha é uma hypertrophia. N'esta, os tecidos novos são o resultado d'uma nutrição abundante dos elementos da glandula, emquanto que n'aquella são depositos morbidos differentes em organização dos elementos prostaticos. A inflammação, diz Thompson, longe de favorecer o augmento hypertrophico produz o effeito contrario, por isso que a nutrição se acha impedida e não favorecida.

Se a maior parte dos auctores vae d'accordo com as ideias que apresentamos relativamente á pathogenia d'esta affecção, outros ha que a julgam uma consequencia da prostatite chronica generalizada. Talvez que este modo de pensar provenha da confusão, que por muito tempo reinou na distincção d'um certo numero de doenças da prostata, por isso que, alguns, e não poucos, confundiam os termos de prostatite chronica com engorgitamento prostatico ou hypertrophia.

Do exposto sobre a etiologia da doença em questão pôde concluir-se :

1.º Que a causa prima existe no tecido da prostata, por isso que as hypertrophias são muito frequentes n'este órgão.

2.º Que a idade parece ser uma das condições, que mais contribue para o seu desenvolvimento, porque esta doença poucas vezes se dá antes de 55 annos. Esta proposição é affirmada por Delfau, porquanto diz este auctor no seu *Manual das doenças das vias urinarias* que, a unica condição bem estabelecida da hypertrophia da prostata é a velhice.

3.º Que todas as causas que congestionam activamente os vasos da pequena bacia, mórmente n'uma idade senil, devem ter uma certa influencia na etiologia d'esta doença.

Anatomia pathologica

Os trabalhos dos micrographos, que tão rapidos progressos teem feito nos conhecimentos anatomo-pathologicos em geral, elucidaram a questão das alterações intimas d'uma prostata hypertrophiada, de maneira que esta não póde ser confundida com uma prostatite-chronica, ou outra qualquer affecção, o que é sem duvida de grande alcance para a instituição d'um tratamento apropriado.

Toda a prostata hypertrophiada, comquanto não apresente elementos novos, differentes d'aquelles, que entram na sua estrutura, se reconhece por um certo numero de caracteres, que lhe são proprios, e que se podem dividir em exteriores e internos. A primeira cousa que se vê, e sem duvida de grande alcance para o diagnostico d'esta affecção, é o augmento de volume e de consistencia. Aquelle, sempre maior que no estado normal, é algumas vezes devido a um exagero do diametro antero-posterior, conservando-se inalteraveis tanto o transversal como o longitudinal. Não é este porém o typo d'uma hypertrophia consideravel, porque n'este caso as dimensões de todos os diametros teem ultrapassado os limites physiologicos.

O peso, se não cresce proporcionalmente ao vo-

lume, é pelo menos sempre augmentado. Não se lhe pôde, como já tivemos occasião de dizer, marcar os limites, entre os quaes se deva reputar uma prostata isenta d'uma hypertrophia, mas podemos dizer no emtanto que toda a prostata cujo peso exceder 24 grammas será hypertrophiada: numerosas observações feitas sobre este assumpto assim o provam, sendo certo porém que a analyse microscopica tem revelado a existencia de hypertrophias verdadeiras em prostatas de peso menor ao acima indicado.

A superficie, que algumas vezes se apresenta lisa, revela a existencia de saliencias e depressões, em relação com o maior ou menor desenvolvimento dos elementos constituintes da prostata.

A fórma, algumas vezes conservada, quasi sempre tende a desaparecer, tornando-se de regular que era, em irregular e assymetrica.

Se depois do exame exterior cortarmos uma prostata em qualquer das suas partes affectadas, descobriremos ahi um certo numero de nucleos de fórma mais ou menos arredondada e fazendo pressão sobre a superficie do golpe. Estes nucleos, ou tumores, distinguem-se facilmente do resto do tecido inalterado, attendendo não só á sua maior consistencia, mas tambem á côr pallida que possuem. D'estes alguns ha, que deitam um liquido mais ou menos claro, no

qual se encontram cellulas epitheliaes prismaticas, polygonaes, globulos d'uma materia gordurosa, substancia amorpha, concreções, etc., emquanto que outras não teem a menor quantidade de liquido. Aquelles, desenvolvidos á custa das paredes glandulares, receberam de alguns auctores o nome de *fibro-adenomas*, ou *fibromas pericanaliculares*, emquanto que estes, formados pelo estroma do tecido prostatico, são chamados *fibro-myomas*. Em qualquer d'esta especie de tumores a analyse microscopica não mostra a presença de tecidos differentes d'aquelles, que entram na estrutura da prostata, e além d'isto a sua disposição é tambem a mesma: nota-se aqui apenas uma maior quantidade de elementos mais ou menos desenvolvidos, de modo que constituem uma verdadeira hypertrophia numerica.

Além d'estes tumores, ha outros que não se lhes encontrando elementos differentes, tomam uma fórma particular, e são chamados, por varios auctores, *tumores benignos*. Uns são completamente isolados dos tecidos visinhos por uma capsula fibrosa, emquanto que outros teem relações de continuidade com a prostata por um unico pediculo, fazendo por isso recordar polypos desenvolvidos ao nivel de qualquer superficie.

Uma questão que por muito tempo se tem ventilado é saber quaes d'estes tumores são os que occa-

sionam a hypertrophia. Duas hypotheses ha sobre este assumpto. Assim: para Thompson os *fibro-myomas* seriam a principal causa da hypertrophia prostatica; porém Zambianchi não abraça este modo de vêr: na sua opinião os *fibro-adenomas* tendendo a um desenvolvimento consideravel, não só obrigariam o tecido visinho a hypertrophiar-se, para se oppôr á sua marcha, mas até as fibras musculares da bexiga, quando o tumor fosse tal, que se oppuzesse á livre passagem das urinas. Este modo de vêr, comquanto se não possa justificar categoricamente, é no emtanto admissivel.

Sem nos determos n'este assumpto, visto não passar, no estado actual da sciencia, de meras hypotheses, passaremos agora a analysar as modificações, que a hypertrophia da prostata póde trazer ao canal da urethra.

A hypertrophia póde dar-se em todos os elementos constitutivos da prostata, ou n'alguns d'elles sómente: d'aqui duas especies de hypertrophias, *geral* e *parcial*. A geral póde ainda ser uniforme, e n'este caso, que não o mais commum, o seu maior volume devido ao augmento de todos os diametros: a prostata apresenta exteriormente uma superficie lisa, e as modificações, tanto da urethra como do collo vesical, são pouco accentuadas; porém este acha-se um

tanto levantado, trazendo por isso graves consequências, quando se não der uma hypertrophia, compensadora das fibras musculares da bexiga, pois que fica sempre ali uma quantidade de urina estagnada, que pôde originar a cystite chronica, uma nephrite intersticial, a intoxicação uremica, etc. Esta fórma de hypertrophia, visto dar-se á custa de todos os diametros, conserva algumas vezes o collo vesical dilatado e dá logar a incontinençia de urinas. Se a hypertrophia, ainda que geral, é mais consideravel em certos e determinados pontos, ha um conjuncto de modificações no canal da urethra e no meato interno semelhantes áquellas que se dão nas parciaes, e por isso trataremos simplesmente d'estas ultimas. Começaremos pela hypertrophia da parte media, por ser esta a que mais commummente se dá.

Algumas vezes, e não poucas, o lobulo medio, ou parte sub-montanal da prostata, adquire um volume consideravel; porém este tende sempre a desenvolver-se para a parte posterior e não para a anterior em consequencia da pressão exercida pela aponevrose prostato-peritoneal. Uma das primeiras modificações que se dá no canal da urethra é o augmento da curvatura em relação com o desenvolvimento da hypertrophia.

Com effeito, levantada a parte posterior da urethra, o meato interno pôde algumas vezes achar-se

na parte media da face anterior da bexiga. Além d'isto, ha tambem um augmento no diametro antero-posterior da prostata, augmento este que por vezes pôde exceder o comprimento normal em 3 centimetros. D'estes dados resulta que a sonda a empregar em taes casos deve ser mais curva e tambem mais comprida. Uma outra consequencia da hypertrophia do lobulo medio é a compressão da parede inferior da urethra, que pôde trazer a retenção de urinas, e todas as consequencias a que esta dá logar.

Algumas vezes acontece que o lobulo medio só se hypertrophia na sua parte central, esta comprime a urethra n'um ponto determinado, d'onde resultam duas fendas lateraes, por onde a urina tende a escapar-se: d'aqui a difficuldade na micção, jacto delgado e expellido com menor velocidade do que no estado normal. O orificio interno participa tambem da hypertrophia central: de regular que era torna-se irregular, achata-se e toma a fôrma d'um crescente de concavidade inferior.

A hypertrophia dos lobulos lateraes, comquanto não seja tão commum como a já descripta, é ainda assim muito frequente. Se é limitada a um lobulo, este comprime a urethra para o lado opposto ficando um trajecto anguloso, que traz difficuldades tanto á micção como á algaliação. Aqui ainda o orificio interno é modificado, achatando-se lateralmente.

Quando os dois lobulos se acham hypertrophiados conjunctamente e em pontos diametralmente oppositos, ha uma compressão lateral da urethra e do collo vesical, podendo aquella, em casos excepçoes, ser comprimida na sua parte media e resultar dois sulcos collocados um por cima e outro por baixo do tumor.

Se a hypertrophia é excentrica, o que poucas vezes se dá, ha um alargamento do meato interno, e como consequencia uma incontinencia de urinas. Todas as vezes que a hypertrophia dos dois lobulos é a differentes alturas, além do achatamento lateral, ha incurvação do canal em diversos logares, de modo que este fórma zig-zags.

Podemos além d'isto ter as hypertrophias descritas combinadas de maneiras diversas e então as modificações do canal combinam-se egualmente: d'estas, uma, que frequentes vezes se dá, é a hypertrophia dos tres lobulos e a que mais frequentemente tambem dá logar á incontinencia d'urinas: effectivamente, o lobulo medio hypertrophiado repelle os lateraes e por isso a urethra e o collo vesical apresentam a fórma d'um triangulo curvilineo, cuja base corresponde á parede inferior da urethra, e o collo á superior, de modo que ha sempre uma modificação importante nos actos da micção.

De tudo o que acima deixamos escripto resulta que uma hypertrophia da prostata traz quasi sempre

difficuldades á algaliação, e modificações importantes á micção. Esta póde algumas vezes executar-se, mas sempre com grande esforço da parte do doente, ou então todas as potencias musculares são inaptas para vencer o obstaculo, e d'ahi uma retenção completa d'urinas. Algumas vezes, porém, em logar da retenção ha uma verdadeira incontinençia. D'estas perturbações resultam modificações importantes não só no apparelho urinario, mas tambem no estado geral do individuo; modificações estas que vamos apresentar resumidamente, por nos ser impossivel tratá-las com desenvolvimento, o que tornaria o nosso trabalho muito longo.

Complicações

A hypertrophia da prostata, comquanto não seja uma doença de natureza grave, traz consequencias, que põem em risco a vida do doente. Todo o apparelho genito-urinario póde ser de tal modo comprometido, que o grande numero de recursos therapeuticos se torna improficuo para debellar as gravissimas desordens operadas na economia do individuo. Estas complicações dependem da compressão, que a prostata exerce sobre os orgãos visinhos, modificando, ou obliterando canaes excretores, de modo a impedir-lhes as suas funcções.

A primeira modificação que se dá, todas as vezes

que existe um obstaculo á micção, é uma *hypertrophia das fibras musculares da bexiga*. Com effeito: á medida que a pressão da urina vae augmentando dentro da cavidade vesical, o trabalho do tecido muscular cresce, não só para se oppôr a uma pressão anormal, mas tambem para vencer o obstaculo á sahida do liquido. Se a hypertrophia compensadora é sufficiente para expellir toda a urina contida na bexiga, a doença passa desaperecebida; no caso contrario permanece no reservatorio uma certa quantidade de liquido, e a *estagnação de urinas* é formada: a pressão vae augmentando, a bexiga vae perdendo gradual e progressivamente a sua contractibilidade; d'aqui a *distensão*, a *assystolia*, a *rutura*, e até a formação de *abcessos urinosos* trazendo graves consequencias para o individuo. Sem fallarmos da *intoxicação uremica*, que algumas vezes apparece, quando não ha a livre passagem da urina atravez da urethra, mencionaremos ainda a *cystite*, por isso mesmo que é a mais frequente de todas as complicações, que se podem dar na cavidade vesical.

O effeito da compressão do meato interno estende-se a toda a arvore urinosa: é assim que os ureteres são algumas vezes transformados em reservatorios supplementares, podendo até, em casos excepcionaes, encontrar-se-lhes circumvoluções como as do intestino. Os bacinetes e os calices são tambem

muito dilatados: pouco a pouco as papillas desapparecem, ao mesmo tempo que os calices se dilatam para formar reservatorios tão consideraveis, que já foram encontrados 600 grammas de urina n'um unico bacinete!

N'este estado de cousas a gravidade augmenta na razão directa com a destruição do tecido renal. Com effeito: quando a urina, filtrada pelos rins, não pôde ser expellida, accumula-se em toda a arvore urinosa, e d'ahi uma *atrophia* dos rins por compressão excentrica. Resulta d'esta *atrophia* que a urina não pôde ser retirada em quantidade normal e, como diz Brodie, á medida que os rins se *atrophiam*, o seu poder depurador diminue até que por fim pôde apparecer a *intoxicação uremica*. Visto não haver equilibrio entre a producção e a eliminação dos residuos organicos, a nutrição torna-se insufficiente e apparece a *miseria physiologica*: todas as funcções do organismo são languidas; ha uma anemia consideravel; pouco a pouco a face do doente torna-se anciosa, a pelle cobre-se de suores frios, a lingua apresenta-se secca e negra e o doente morre.

Poderíamos apresentar muitas outras complicações, taes como a formação de calculos, a *hypertrophia* do coração, etc., porém isto tornaria o nosso trabalho muito longo, facto este porque nos limitamos ás mais communs.

CAPITULO III

Symptomas e diagnostico

O quadro symptomatico d'uma hypertrophia prostatica é filiado, pêla maior parte, no obstaculo, que o augmento do volume da prostata traz á passagem das urinas: e como um grande numero de doenças do apparelho genito-urinario detem as urinas no seu percurso, o diagnostico torna-se por vezes difficil.

Os principaes symptomas funcionaes que acompanham o augmento senil da prostata são a retenção e incontinencia de urinas, bem como uma modificação quer na fórma, quer no volume do jacto expellido. Algumas vezes o doente é accommettido d'uma incontinencia de urinas: casos ha porém em que a retenção é o primeiro symptoma, quer esta se desenvolva gradual e progressivamente, quer se desenvolva subitamente. Já tivemos occasião de dizer,

quando tratamos da anatomia pathologica, o modo como estes dois symptomas se davam e por isso não voltaremos a este assumpto.

A polyuria é um dos signaes que primeiro se manifesta, e a necessidade de urinar de que o doente é accommettido torna-se maior de noite do que de dia, circumstancia esta a que Mercier dá grande valor, pois que a considera um symptoma pathognomonic da hypertrophia prostatica. Para que o jacto seja expellido é preciso um esforço da parte do doente proporcional ao obstaculo, que a prostata traz á livre passagem das urinas: demais ha sempre uma diminuição de força no jacto, de modo que este nunca augmenta em extensão por mais força que o doente empregue, o que não acontece nos apertos de urethra.

O jacto torna-se por vezes contornado em espiral, e o seu volume nunca augmenta. Quando o doente acaba de urinar sente ainda um mal-estar e peso tanto na bexiga como na pequena bacia, peso este devido a uma certa quantidade de urina que fica em deposito: d'aqui as necessidades de urinar mais frequentes a que já nos referimos. Além de todos estes symptomas o doente sente dôres nas coxas, virilhas e testiculos; tem uma sensação de peso no perineo, no recto e na região hypogastrica. Muitas vezes os contentos do intestino escapam-se involuntariamente durante o esforço empregado para

a micção. Segundo Petit as fezes veem mais ou menos disformes, achatadas em parte, o que póde fornecer elementos para diagnosticar a séde da hypertrophia da prostata: não são, porém, todos os auctores d'esta opinião, e assim é que Thompson diz que estas modificações nem sempre se dão e, mesmo quando dadas, desapparecem a maior parte das vezes. As urinas, que ficam depositadas na bexiga, decompõem-se, tornam-se ammoniacaes, irritam e inflamam as mucosas com que estão em contacto e d'esta inflammação resulta uma hematuria e algumas vezes um escorregamento muco-purulento e o doente exhala um cheiro fetido: a doença generalisa-se, toda a economia se resente, o doente perde o appetite, emagrece, a lingua torna-se secca, o bôlo alimentar não se fórma, e a nutrição torna-se insufficiente. Os accessos de febre, que o doente experimenta em circumstancias taes, augmentam de intensidade e de frequencia: estes accessos febris, devidos a uma nephrite intersticial, coincidem com o desdobraimento do segundo ruido do coração, a que Potain chama ruido de galope.

Além d'estes symptomas já enumerados existem muitos outros de summa importancia para podermos diagnosticar com segurança uma hypertrophia da prostata. A simples inspecção póde dar-nos a existencia d'um tumor na região hypogastrica, tumor

este, cujo volume está em relação com a quantidade de liquido existente na cavidade vesical.

A palpação anal, ou toque rectal, fornece-nos a existencia de saliencias devidas ao maior, ou menor desenvolvimento dos lobulos da prostata; de modo que já por este meio podemos affirmar a hypertrophia, bem como a sua séde. Póde porém acontecer que este modo de exploração nada deva, principalmente quando a hypertrophia é localisada no lobulo medio, e n'este caso devemos recorrer a todos os outros meios e especialmente ao catheterismo.

A percussão dá-nos um som baço em toda a área occupada pela bexiga cheia.

O catheterismo é um dos meios mais seguros para o diagnostico d'uma hypertrophia da prostata. Introduzida uma sonda a 19 centimetros do meato urinario, logo que ella ali acha obstaculo, podemos immediatamente preconisar a existencia d'um augmento senil da prostata: demais, se o pavilhão da sonda se inclina para a direita a hypertrophia é no lobulo esquerdo, emquanto que se dá o contrario quando a hypertrophia é no lobulo direito: se porém o pavilhão se dirige para baixo, a hypertrophia é no lobulo medio. Á vista de dados tão seguros nunca podemos deixar de sondar um individuo, que por symptomas já expostos nos pareça acommettido d'uma hypertrophia da prostata.

As urinas decompõem-se na bexiga, tornam-se turvas, pallidas e com flocos em suspensão em consequencia dos productos da inflammação chronica da bexiga. No fundo do vaso existem mucos, e á superficie apparece uma pellicula opaca e abrancada. A côr da urina é geralmente escura por causa d'uma certa quantidade de sangue, que sempre traz misturado. A reacção de acida que era torna-se alcalina. O cheiro é ammoniacal, fetido, e a concentração é em geral maior. Se depois d'este exame recorreremos ao microscopico encontramos-lhe tecido epithelial, globulos de pus, de sangue, crystaes prismaticos de phosphato ammoniaco-magnesiano, materia amorpha, phosphatos de cal, acido urico, oxalatos, etc. Devemos notar que nunca se encontra albumina, a não ser que a doença invada os rins, ou debaixo da fórma inflammatoria, ou em consequencia da destruição causada pelo refluxo da urina, que comprime os órgãos secretorios, ou ainda por modificações organicas produzidas pelo sangue viciado.

Diagnostico

A maior parte dos symptomas apresentados até aqui, existem tambem nos apertos da urethra, e assim é que n'esta doença ha tambem frequentes ne-

cessidades de urinar, grandes esforços para preencher este acto, dôres nas virilhas, nos testiculos, volume anormal na região hypogastrica, som baço a esse nivel, febre, etc. Ha porém um certo numero de symptommas pelos quaes podemos differenciar estas duas doenças, pois que a frequencia de urinar na hypertrophia da prostata dá-se sobretudo durante a noite, emquanto que nos apertos é durante o dia. Nos apertos a força do jacto augmenta com o esforço do doente, o que não acontece na hypertrophia. E se além d'estes symptommas recorrermos ao catheterismo veremos que na hypertrophia o obstaculo á passagem da sonda dá-se a 12 centimetros do meato externo, não encontrando a sonda até ahí resistencias de maior vulto, o que se não dá no caso de apertos em que essas resistencias podem principiar logo atraz do meato urinario. Além dos mais symptommas devemos lembrar-nos de que a hypertrophia é uma doença senil, poucas vezes se dá antes dos 50 annos, o que não acontece com os apertos da urethra.

Uma outra doença, que por vezes se confunde com a hypertrophia, é a produzida pelos calculos; porém a dôr causada por estes não é continua, é mais viva, sente-se particularmente na occasião do percurso da pedra. A hematuria é mais frequente,

mais abundante, de sangue mais rutilante na pedra da bexiga do que na hypertrophia da prostata, e além d'isso é ella quasi sempre o symptoma revelador da pedra. A necessidade de urinar na hypertrophia é principalmente nocturna, emquanto que na pedra é diurna. Por vezes o doente sente a existencia d'um corpo estranho na urethra e encontram-se frequentemente pedras de diversa natureza nas urinas expellidas.

CAPITULO IV

Tratamento da hypertrophia da prostata

Á imitação de todos os auctores, que se teem occupado do assumpto, nós dividiremos este capitulo em duas partes: diremos na primeira alguma cousa com relação ao tratamento medico, e na segunda exporemos tudo o que julgarmos mais conveniente com respeito ao cirurgico.

1.º Os grandes recursos, que nos fornece a therapeutica, são improficuos para combater uma hypertrophia prostatica declarada: elles, na opinião dos mestres, que mais teem estudado a questão, não servem senão para debellar, ou attenuar as gravissimas complicações que esta doença occasiona. Phillips, no seu tratado das doenças das vias urinarias, diz o seguinte: «L'hypertrophie est peu, ou point modifiée par le traitement médical; cette transformation des

tissus résiste à l'emploi des médicaments les plus énergiques, et il semble qu'on à été dans l'erreur en croyant l'avoir guérie. Il y a eu l'erreur de diagnostic en attribuant à l'hypertrophie des phénomènes dus à l'inflammation de la prostate ou à la contraction du col de la vessie. Si le traitement médical est impuissant à résoudre l'hypertrophie de la prostate, il est éminemment util à faire disparaître les complications et à préparer l'application de la médication directe.»

Não obstante ser esta a opinião de quasi todos os medicos, tem-se forcejado muito para descobrir um medicamento therapeutico, que debelle a doença em questão. Desde os recursos pharmacologicos mais innocentes até á medicação mais nociva poucas substancias ha, que se não tenham ensaiado, mas infelizmente sem resultados certos e seguros. Banhos, pomadas, sangrias, laxantes, ventosas, vesicatorios, opiaceos, iodados, mercuriaes, etc., tudo tem sido empregado, mas sem resultado. O medicamento, no dizer de Fescher, Vanoye e outros, que melhor resultado tem dado, é o chlorhydrato de ammoniaco. Este devia, dizem, ser o agente therapeutico por excellencia se não fossem as graves perturbações, que o seu uso traz ao tubo digestivo.

A leitura d'algumas obras, que tratam do assumpto, levou-nos á conclusão da veracidade das pala-

vras de Delfau: «... contre l'hypertrophie elle-même il n'y a rien à faire de sérieux, et le seul traitement rationnel consiste à amender, supprimer ou prévenir, suivant les cas, les desordres que crée l'obstacle au libre écoulement de l'urine.» Em consequencia dos resultados pouco, ou nada seguros, que nos fornece a therapeutica, deixaremos este assumpto e passaremos a dizer alguma cousa com relação ao tratamento cirurgico, para terminarmos o nosso trabalho pela acção que a electricidade exerce sobre a prostata hypertrophiada.

2.º A influencia dos medicamentos tendentes a curar uma hypertrophia da prostata é nulla, e as operações aconselhadas não fazem senão modificar-lhe as consequencias, sem que d'alguma maneira actuem sobre ella.

A dilatação do collo vesical, desde ha muito empregada no tratamento d'esta doença, é uma operação quasi completamente posta de parte por causa não só da sua gravidade, mas principalmente dos resultados improficuos, que d'ella se teem tirado. O mesmo diremos da incisão do collo da bexiga praticada segundo o processo de Civiale, Mercier, ou outro qualquer cirurgião, accrescentando ainda que esta operação traz sempre comsigo uma hemorragia por vezes assustadora.

Ainda se tem lançado mão da *cauterisação da prostata*; porém este processo não se emprega com o fim de fazer desaparecer a hypertrophia, mas de modificar o estado granuloso do collo. De todas as operações aconselhadas a melhor e que tem dado resultados mais satisfactorios é a compressão. Esta não traz graves inconvenientes ao doente, é d'uma pratica simples e quasi sempre bem supportada.

É por consequencia d'esta que se deve lançar mão; por isso mesmo que é o melhor e mais seguro meio curativo dirigido contra a propria hypertrophia, não desprezando todos os outros apropriados para combater as complicações, que possam advir no decurso d'esta doença senil. Por estarmos convencidos de que se não deve seguir outro caminho, ousamos declarar que será este que sempre porêmos em pratica quando nos apparecer um caso d'esta ordem.

Tem havido divergencias emquanto á escolha dos instrumentos mais adequados á operação; nós porém diremos que, qualquer que seja o instrumento escolhido, quando guiado por mão intelligente e segura, os resultados são quasi sempre satisfactorios: aconselharemos no emtanto a simples compressão feita com sonda elastica de grande curvatura e endireitada depois de introduzida por um mandarin rectilineo e forte. Auctores ha que preferem o depressor

prostatico de Mercier, o dilatador de agua ou de ar de Physick, porém não se tem colhido melhor resultado, nem ha vantagem alguma quer para a facilidade da operação, quer para o seu bom exito.

Ha casos em que nenhum dos meios therapeuticos mencionados se oppõe á hypertrophia da prostata; ou porque todos elles não dão o resultado desejado, ou por outra qualquer circumstancia imprevista. Em circumstancias taes devemos recorrer ás correntes electricas, tendo sempre o cuidado de vêr tanto quanto possivel as complicações e tratá-las apropriadamente, complicações estas de que tinhamos em vista fallar, mas que a estreiteza do tempo e os curtos limites d'uma dissertação inaugural nos não permittem fazel-o.

3.º O conhecimento da acção que os medicamentos exercem n'um organismo ou algum dos seus limites constituintes, no estado physiologico, é a base para trazer ao estado sanitario um órgão, ou organismo, quando desviado do seu equilibrio normal; ora a physiologia diz-nos que quando se applica uma corrente electrica a um feixe de fibras musculares, estas entram n'uma série de contracções diminuindo sempre o volume do órgão, de que as mesmas são uma parte constituinte.

Quando existe no órgão um certo numero de va-

sos e que estes são distendidos, o que acontece na hypertrophia da prostata, elles tomam a sua autonomia em consequencia da acção estimulante exercida pelas correntes; a circulação restabelece-se e a nutrição do orgão torna-se normal.

De todos estes conhecimentos dados pela physiologia podemos nós concluir *à priori* que todas as vezes que uma corrente electrica comprehende no seu circuito a prostata, as fibras musculares contrahem-se, a circulação, de retardada que era, accelera-se approximando-se de cada vez mais do seu estado normal, a materia infiltrada reabsorve-se e a secreção da glandula reaparece; ora como existe n'uma prostata hypertrophiada sempre a dilatação dos vasos, um certo numero de materia infiltrada, concreções, que obstruem os canaes glandulares, as correntes devem prestar grande serviço, porque activam a circulação, diminuem o volume dos vasos, e por consequencia do orgão; favorecem a absorpção do liquido, que existe derramado entre os elementos do orgão, e finalmente diminuem a nutrição, podendo até destruir os elementos de neoformação, faltando-lhes a quantidade sufficiente de principios nutritivos para o seu desenvolvimento e sustentação.

É isto o que effectivamente se dá. D'uma série de observações feitas em individuos cuja idade estava comprehendida entre 25 e 60 annos Tripier

applicando correntes electricas para combater hypertrophias prostaticas, obteve sempre resultados que se approximavam da seguinte observação:

	Lobulo direito		Lobulo esquerdo	
	Diametros		Diametros	
	T.	L.	T.	L.
Antes do tratamento . . .	0 ^m ,062	0 ^m ,033	0 ^m ,048	0 ^m ,022
Depois de 30 ensaios . . .	0 ^m ,050	0 ^m ,025	0 ^m ,042	0 ^m ,018
Depois de 70 ensaios . . .	0 ^m ,041	0 ^m ,020	0 ^m ,039	0 ^m ,015
Dezoito annos mais tarde	0 ^m ,035	0 ^m ,019	0 ^m ,042	0 ^m ,020

D'estas e outras experiencias tira o auctor as conclusões seguintes: que o tratamento dirigido especialmente contra a hypertrophia do lobulo direito tem dado bons resultados nos dois lobulos, mas com especialidade n'aquelle que se põe mais directamente debaixo da acção da corrente.

Que dezoito annos depois as melhoras tinham preexistido e progredido no lobulo direito, emquanto que tinham retrogradado no esquerdo, e isto em consequencia de não continuar o tratamento por muito tempo.

Em vista dos resultados d'este auctor e de muitos outros, entre os quaes podemos mencionar Mo-

reau-Wole, Jules Cheron e outros, podemos concluir que é este um meio therapeutico de grande alcance, e deve ser sempre applicado, sem comtudo se desprezar os outros meios já apresentados no decurso d'este capitulo, com o fim de combater e curar até a doença, que mais afflige o homem senil.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Não existem cellulas nervosas apolares.

Physiologia. — Admittimos a existencia dos nervos trophicos.

Anatomia pathologica. — A doença de Bright é uma doença dyscrasica.

Materia medica. — Não se deve dar o tartaro emetico ás creanças.

Pathologia geral. — A analyse das urinas é indispensavel para o diagnostico das doenças dos rins.

Operações. — Para as irrigações continuas da bexiga preferimos o siphão ao apparelho de irrigação continua de Reliquet.

Pathologia interna. — A sangria é um dos melhores meios curativos nas congestões cerebraes.

Partos. — A projecção d'um membro nem sempre é causa de dystocia.

Pathologia externa. — As feridas incisas são as menos dolorosas.

Medicina legal. — A concepção póde dar-se sem a perda da virgindade.

Visto.

Ricardo Jorge.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Visconde d'Alveira.

Porto — TYPOGRAPHIA ELZEVIANA

Rua de S. Lazaro, 393
