

1264

190

Jorge d'Oliveira

---

av.º 4

# ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE

# HYPERTROPHIA PROSTATICA

---

(2 CASOS CLINICOS)

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL APRESENTADA Á ESCOLA MEDICO-CIRURGICA  
DO PORTO



PORTO  
IMPRESA CIVILISAÇÃO

RUA DE PASSOS MANOEL, 216

1906

127/2 EMC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

José Alfredo Mendes de Magalhães

## CORPO DOCENTE

### Lentes cathedraicos

1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .	Antonio Placido da Costa.
3. <sup>a</sup> Cadeira— Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Ilydio Ayres Pereira do Valle.
4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas. Clemente Joaquim dos Santos Pinto.
5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria.	
6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . .	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .	José Dias d'Almeida Junior.
8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica . . . . .	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira— Medicina legal . . . . .	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica . . . . .	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. <sup>a</sup> Cadeira—Hygiene publica e privada	João Lopes da Silva Martins Junior.
14. <sup>a</sup> Cadeira—Histologia e physiologia geral . . . . .	José Alfredo Mendes de Magalhães.
15. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia topographica . . . . .	Carlos Alberto de Lima.

### Lentes jubilados

Secção medica . . . . .	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica . . . . .	{ Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho Antonio do Souto.

### Lentes substitutos

Secção medica . . . . .	{ Thiago d'Almeida. Pires de Lima.
Secção cirurgica . . . . .	{ Antonio Joaquim de Souza Junior. Vaga.

### Lente demonstrador

Secção cirurgica . . . . .	Vaga.
----------------------------	-------

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

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

A meus paes.

A meus irmãos

A minha familia

AO MEU DIGNO PRESIDENTE

O EX.<sup>MO</sup> SNR.

**Dr. João Lopes da Silva Martins Junior**

## PROLOGO

---

*Manda o Regulamento d'esta Escola que o alumno do 5.º anno apresente perante um jury especial um trabalho á sua escolha, sem o qual não poderá possuir a «carta» que lhe vae facultar o exercicio da sua profissão.*

*Parece-nos no emtanto, que este trabalho a que forçam o alumno seria debaixo de todos os pontos de vista dispensavel, porquanto, no fim do seu curso elle não pode apresentar um trabalho absolutamente seu, porque lhe faltam conhecimentos praticos, que seriam os unicos a dar interesse e valor á sua these.*

*Todos estes trabalhos não podem deixar de ser senão a sumula da opinião de varios tratadistas. Exigir ao alumno outro merecimento no trabalho apresentado, que não o d'uma synthese mais ou menos perfeita, seria uma exigencia absurda. Elle não pode dar ao trabalho outro valor, pois que a insufficiencia de pratica o impossibilita de tal fazer. Quanto melhor não seria obrigar o alumno a redigir, depois de decorridos um certo numero d'annos sobre a sua formatura, uma communição ou relatorio, sobre casos clinicos, observa-*



dos durante o exercicio da sua profissão em que se condensassem processos operatorios, notas therapeuticas, tudo enfim que a experiencia lhe tivesse revelado proficuo! Não se obteriam resultados praticos d'algum valor? Não ha duvida que sim.

N'estas condições alguma coisa se aproveitaria; pela maneira por que hoje o alumno é obrigado a fazel-o, é muito duvidosa a utilidade resultante. Não ha duvida que tem sido apresentados perante esta escola, trabalhos de grande valor. Mas como são elles obtidos? Unica e exclusivamente por uma pratica longa. Nem todos estão em condições de fortuna para poderem sacrificar alguns annos á pratica d'uma especialidade, para depois apresentarem um trabalho consciencioso. N'estas condições, o meu trabalho é feito unica e exclusivamente para satisfazer o Regulamento d'esta Escola, pois que, apesar de todos os meus esforços no estudo preparatorio d'esta these, nada de novo pude apresentar no decorrer das suas paginas.

---

## Definição e Etiologia

---

**Definição.** — Deve-se entender por hypertrophia da prostata um augmento de volume e uma mudança de forma d'este orgão causados por um augmento de volume de cada um dos elementos dos seus tecidos. Trata-se então d'um desenvolvimento mais consideravel de cada uma das partes morphologicas que constituem o orgão no estado normal e não d'uma producção d'elementos heterogeneos.

**Etiologia.** — As causas que produzem a hypertrophia prostatica não estão ainda determinadas d'uma maneira precisa. Teem-se incriminado como causas da hypertrophia prostatica: o escrophulismo, a gotta, o rheumatismo, a syphilis e a tuberculose. Larbaud admite uma predisposição hereditaria. Entre as causas locaes cita-se: a prostatite aguda e chronica, o catheterismo frequente, a gonorrhêa, os calculos vesicaes e os apertos urethraes. Citam-se tambem como causas da hypertrophia prostatica as hemorrhoidas, os excessos sexuaes, a posição sentada durante muito tempo, a equitação, refeições muito copiosas e muito frequentes, o abuso do alcool, o uso de diureticos irritantes e a constipação chronica, etc. Innumeradas são pois as causas a que se attribue a hypertrophia prostatica.

Guyon diz: O augmento de volume da prosta-

ta senil não deve ser considerado senão como um symptoma local d'uma arterio-sclerose de todo o aparelho urinario: rins, ureteres, bexiga e prostata.

Albarran contesta a opinião de Guyon, dizendo que na hypertrophia prostatica é rara a arterio-sclerose.

Para elle a hypertrophia da prostata é uma neoplasia d'origem glandular.

Seja qual for a causa, o certo é que a hypertrophia prostatica é uma doença gravissima.

---

## Anatomia pathologica

---

O estudo anatomico d'uma prostata hypertrophiada pode dividir-se em trez partes: caracteres physicos; caracteres histologicos; modificações produzidas pela prostata nos órgãos visinhos (urethra, collo da bexiga, recto).

**Caracteres physicos.**— Como é muito difficil separar nitidamente a prostata dos tecidos que a cercam, não se pode precisar com certeza o ponto onde começa a hypertrophia; entretanto, o peso medio d'uma prostata normal, sendo de 19 grammas, podemos affirmar que o seu desenvolvimento é anormal quando attinge 25 grammas.

O augmento de volume faz-se por equal na totalidade da glandula e diz-se então—hypertrophia geral; n'outros casos a hypertrophia não é tão evidente, faz-se quer sobre a parte media que se levanta de maneira a formar um lobulo (lobulo medio de Home), quer sobre os lobulos direito ou esquerdo (hypertrophia parcial). E' muito excepcional vêr um só lobulo augmentar de volume, emquanto que as outras partes da glandula conservam as suas dimensões normaes. As dimensões da hypertrophia são muito variaveis; a prostata adquire em media o volume d'um ovo de gallinha e o seu peso (medio) é de 35 a 50 grammas. Teem-se visto prostatas que pesam mais de 200 grammas e que attingem as dimensões d'uma laranja.

Interiormente a prostata é irregular ou bosselada, segundo a sua hypertrophia é geral ou parcial; a cõr normal não é modificada; apenas a consistencia se torna um pouco mais dura.

**Caracteres histologicos.** — A prostata compõe-se normalmente d'uma trama muscular muito espessa que se continua com as fibras musculares da bexiga; tecido fibroso e numerosas glandulas encravadas n'este tecido. O augmento de volume da prostata não provém nem de depositos plasticos de natureza inflammatoria, nem de tuberculos, mas sim da hypertrophia das suas partes concomitantes; ora, esta hypertrophia pode actuar, quer sobre todos os tecidos ao mesmo tempo, quer sómente sobre um d'elles. E' sobretudo o estroma fibroso ou muscular que pode adquirir grandes proporções sem que o systema glandular que, como já disse, se encontra alojado no tecido fibroso, seja hypertrophiado; o excesso de desenvolvimento das glandulas sobre o estroma, é muito raro.

**Consequencias da hypertrophia da prostata sobre os órgãos visinhos.** — Uma glandula tão profundamente collocada como a prostata, não pode duplicar ou triplicar o volume sem produzir grandes modificações nos órgãos que lhe estão visinhos. De per si só a hypertrophia da prostata não teria influencia manifesta sobre a saude, e se ella a compromette d'uma maneira tão sensivel, é em razão do estorvo que ella produz na micção pelas mudanças produzidas no canal da urethra, e na bexiga.

Vou descrever, o mais resumidamente possivel, as modificações soffridas pela urethra prostatica e bexiga em virtude da hypertrophia da prostata.

**Porção prostatica do canal da urethra.** — Quando a prostata augmenta de volume, não se pode abaixar para o perineo, porque a aponevrose media sobre que ella repousa se oppõe absoluta-

mente a tal; não podendo portanto baixar, eleva-se para a cavidade pelvia dirigindo-se para deante e para cima para a symphyse publica; ora, como a prostata é atravessada pela urethra, que succede a esta? Succede o seguinte:

1.º Alongamento da porção prostatica da urethra; (*Esta porção da urethra, que mede normalmente 3 centímetros, pode adquirir um comprimento de 7; circumstancia que é preciso conhecer quando se pratica o catheterismo, porque poderíamos suppôr a sonda na bexiga quando ella está ainda na urethra*).

2.º Um exaggero de curvatura, pois que a prostata dirige-se para cima e para diante.

3.º Mudanças de direcção e de forma variaveis segundo a séde da hypertrophia. Assim, quando a hypertrophia é geral, o canal tem a forma d'uma fenda, em vez de offerecer um diametro quasi igual em todas as suas dimensões; se a hypertrophia actua sobre o lobulo direito, o canal é desviado para a esquerda, isto é, descreve uma curva cuja convexidade é dirigida para a esquerda, emquanto que a concavidade dirigida para a direita abraça o lobulo hypertrophiado; exactamente o contrario se dá se a hypertrophia é a do lobulo esquerdo; se a hypertrophia se faz no lobulo medio, a parede posterior da urethra é levantada em forma de valvula; emfim os dois lobulos lateraes podem formar tumores arredondados, globulosos, tocando-se pela sua parte saliente e circumscrevem uma dupla virola, uma por cima, outra por baixo do seu ponto de contacto.

São estas as modificações que soffre o canal da urethra em virtude da hypertrophia parcial ou total da prostata.

Vejamos quaes as modificações soffridas pela bexiga.

**Bexiga.** — O collo da bexiga é habitualmente modificado pela hypertrophia prostatica.

Abrindo uma bexiga, vê-se a parte inferior,

atrás do collo, proeminar sob a fórma d'um grande bordalete liso e regular que se tem comparado ao collo do utero, tanto mais que este bordalete apresenta o orificio da urethra; umas vezes o trigono é levantado por um tumor bosselado, outras vezes é a parte inferior do collo vesical que vem, á maneira d'uma valvula, applicar-se sobre a sua parte superior, formando assim um obstaculo á emissão da urina. Este levantamento habitual da semi-circumferencia do collo da bexiga, isto é, da parte que repousa sobre a prostata, faz com que atrás d'ella se produza um baixo-fundo, onde a urina estagna e se aprofunda pouco a pouco, algumas vezes até muito. E' n'este baixo-fundo que se depositam os calculos nos prostaticos, provindo d'ahi, serios embaraços para a lithotricia. Uma alteração, muito rara e por tal bastante curiosa, é uma dilatação do collo da bexiga, produzida pela hypertrophia do lobulo medio que, á maneira d'uma cunha desvia os lobulos lateraes; esta dilatação arrasta a incontinencia d'urina.

Deve-se ainda notar que em certos casos a hypertrophia progride para o centro da prostata, de tal maneira que, desde o seu começo, difficulta a micção, emquanto que em outros casos ella é excentrica, a tal ponto, que o canal da urethra encontra-se muito dilatado, o curso da urina não é estorvado, bem que se encontre no recto uma prostata volumosa. A bexiga é distendida, as suas paredes geralmente flacidas e adelgaçadas. Além d'isso apresenta alterações de catharro vesical, consequencia frequente de todo o obstaculo prolongado ao curso da urina.

**Recto.** — A prostata estando applicada sobre a parede anterior do recto, recalca esta parede e forma na cavidade rectal um relevo que nos não dá sempre a conhecer o grau de hypertrophia da prostata, porque esta dirige-se para cima e para deante.

As visiculas seminaes e os canaes ejaculadores são comprimidos e atrophiados.

## Symptomatologia

---

O symptoma mais importante da hypertrophia da prostata consiste nas perturbações da micção.

As perturbações da secreção urinaria devidas ao obstaculo causado pelo augmento de volume de prostata e as complicações quer mecanicas, quer infecciosas provenientes da mesma causa, são secundarias. O que o prova, é que uma volta ao estado normal é sempre possível, mesmo nos casos mais graves, se, por um tratamento cirurgico apropriado, nós podemos desviar para sempre o obstaculo á micção.

Se uma volta completa ao estado normal se não faz, senão n'um numero relativamente pequeno de casos, a falta provém de que d'um lado a insufficiencia da nossa therapeutica, d'outro lado a incerteza das indicações e enfim que em estados avancados d'affecção apparece uma serie d'alterações secundarias, que não permitem um restabelecimento completo. Uma outra prova que as perturbações dos prostaticos não devem ser incriminadas senão ao obstaculo ao curso da urina é-nos fornecida pelos casos que evolucionam sem algum symptoma. Na autopsia d'individuos não tendo nunca soffrido de qualquer perturbação urinaria, encontra-se, com effeito uma prostata notavelmente augmentada de volume, sómente esta hypertrophia não tinha causado retenção; a bexiga, os ureteres, os bassinets e os rins encontraram-se intactos. A



hypertrophia prostatica sendo uma affecção da idade avançada, attingindo por consequente individuos cuja resistencia vital é diminuida e apresentando geralmente alterações d'outros órgãos, não é de admirar que a retenção da urina e as perturbações consecutivas das vias urinarias superiores possam produzir perturbações gravissimas do estado geral. Os symptomas da hypertrophia prostatica podem ser segundo a opinião de Guyon, divididos em tres grupos, correspondendo a outros tantos periodos d'affecção e que são respectivamente periodo premonitor, periodo de retenção e periodo d'incontinencia.

No primeiro periodo (premonitor) a bexiga apesar do augmento de volume da prostata esvasia-se ainda completamente. No segundo periodo (de retenção) a bexiga torna-se insufficiente e não se esvasia senão em parte ou mesmo nada.

Emfim no terceiro periodo (d'incontinencia) a bexiga encontra-se no estado de sacco molle, distendido; a sua contractilidade muscular desaparece, a urina residual é muito consideravel e produz-se incontinencia por regorgitamento. No curso de cada um d'estes periodos apparecem causas accidentaes por vezes futeis, sufficientes para produzir uma retenção completa.

No primeiro periodo d'affecção, as vontades d'urinar são muito frequentes, durante a noite, sobretudo depois da meia noite.

De manhã, após o levantar, os doentes são forçados a urinar varias vezes a seguir.

Durante o dia os doentes sentem-se bem e urina-m com intervallos normaes. Attribue-se a frequencia das micções nocturnas a uma congestão da prostata, determinada pelo decubito horisontal e o calor da cama.

A secreção urinaria parece augmentada durante a noite e está em relação directa com o somno. Em virtude da congestão, a micção torna-se difficil, os doentes esperam muito tempo antes que urinem, o jacto é fraco, geralmente interrompido e

cão verticalmente. Um grande numero de pacientes procuram facilitar a micção por diferentes estratagemas pondo em acção a contracção abdominal; uns, apoiam a cabeça contra um plano resistente, outros, mergulham as mãos em agua fria, outros ainda agacham-se e fazem esforços de defecação. Todos estes meios não tem influencia sobre o jacto d'urina, mas actuam sobre o recto provocando a expulsão de flatulencias e de materias fecaes. Os doentes facilitam a sahida d'urina passeando no quarto. Isto deve attrahir a attenção dos medicos. Com effeito, Vignerón diz ter visto hypertrophicos retencionistas, entre os quaes o catheterismo era impossivel quando tinham estado muito tempo de cama; chegara pelo contrario a sondal-os depois de os ter feito passear durante uma hora no proprio quarto. Em certos doentes não tendo tido desde bastante tempo excitações sexuaes produzem-se erecções vigorosas, sobretudo de manhã quando a bexiga está cheia; estas erecções não se acompanham de sensação genesica, mas sim d'uma sensação desagradabilissima. Os symptomas do começo da hypertrophia prostatica são mais ou menos nítidos e accentuam-se sob o effeito de causas diversas. E' assim que a demora a satisfazer a necessidade da micção contribue para augmentar a difficuldade d'esta. A posição sentada durante muito tempo, os grandes trajectos em caminho de ferro actuam d'uma maneira analogá. Os excessos de meza, o abuso de bebidas alcoolicas e mesmo o uso exagerado de bebidas indifferentes são egualmente nocivas.

Succede o mesmo com os excessos de coito; mas pelo contrario, diz Guyon, o coito moderado e praticado em intervallos regulares, é a maior parte das vezes favoravel. Evitar-se-ha com o maximo cuidado os resfriamentos, principalmente o frio e humidade de pés, e egualmente sentar-se no solo frio e humido. E' n'este estado da doença que apparecem tambem as vontades d'urinar, imperiosas e bruscas, quando o doente se levanta após ter es-

tado sentado durante muito tempo. Observa-se tambem uma sensação de comichão na extremidade da glande.

Todos estes symptomas encontram-se egualmente em casos de calculos vesicaes. A incontinen-  
cia é muito rara n'este periodo, e nada tem de com-  
mum com a que se produz no terceiro estado da  
doença. Esta incontinen-  
cia quando existe provém  
d'uma insufficiencia precoce do sphincter interno,  
devida a uma mudança de forma da prostata. Já  
no primeiro periodo se pode vêr produzir subita-  
mente retenção completa. Muitas vezes o resfria-  
mento, ou uma das causas que acima enumerei, a  
podem produzir. A retenção é devida n'este caso  
a uma infiltração edematosa do tecido da prostata,  
infiltração que se explica pela hyperemia considera-  
vel do plexo périprostatico e a difficuldade de cir-  
culação que existe na prostata hypertrophiada.

Frisch cita o seguinte: *dois doentes com hyper-  
trophia da prostrata, grandes amadores do sport,  
(um pescador outro caçador) teem regularmente re-  
tenção completa, o primeiro quando conserva os  
pés humidos, o segundo quando vae a caçadas com  
mau tempo e é obrigado a evacuar em pleno campo.*

A symptomatologia da retenção aguda no cur-  
so da hypertrophia prostatica não differe da que  
sobrevem nas outras affecções. A retenção produz-  
se as mais das vezes francamente. A vontade d'u-  
rinar accentua-se, assim como as dôres; os doentes  
apresentam-se agitados.

A retenção dura tanto mais, quanto mais o ede-  
ma da prostata augmenta, e mais por consequencia  
o obstaculo se torna difficil a vencer. O catheteris-  
mo faz desapparecer este edema por vezes tão ra-  
pidamente como se produz, e o doente volta de novo  
e expontaneamente a esvasiar a bexiga. Muitas ve-  
zes, porém, principalmente quando a retenção du-  
rou muito tempo, a doença passa ao segundo pe-  
riodo; isto é, a retenção torna-se permanente. Ge-  
ralmente existe constipação desde o começo da af-  
fecção. Em casos de saliencia consideravel da pros-

tata no recto, a defecação torna-se difficil e pode estabelecer-se um tenesmo rectal muito accentuado ou mesmo uma sensação de pressão constante. E' raro que a polyuria se apresente n'este periodo, mas quando tal acontece é sobretudo nocturna. A urina é sempre clara e não contém algum elemento anormal. A duração d'este primeiro estado d'hypertrophia é geralmente longo, dura por vezes varios mezes e mesmo annos. Acontece mesmo que a affecção não ultrapassa nunca este periodo apesar da producção de retenções agudas, exigindo durante semanas e mezes o emprego da sonda. E' n'este periodo que a congestão da prostata desempenha um papel importante; é a ella que se devem attribuir as perturbações nocturnas que os doentes experimentam; é ella que causa as retenções completas intermittentes.

Tuffier diz *que o augmento de volume do começo da hypertrophia é devido unicamente á congestão.*

O segundo periodo da hypertrophia prostatica é caracterizado pela evacuação incompleta da urina. Os symptomas são bastante característicos, a dysuria nocturna de começo mostra-se egualmente durante o dia. Os doentes urinam todas as horas, mas a micção nunca é completa e não é seguida d'uma sensação de bem-estar. Uma vez é indolor e relativamente facil, outras vezes torna-se difficil e muito dolorosa. A retenção completa observa-se com mais frequencia do que no primeiro periodo; não desaparece nunca completamente e necessita quasi sempre o catheterismo. A retenção aguda completa transforma-se em retenção chronica completa e o doente chega a não expulsar espontaneamente a menor gotta d'urina. A quantidade residual d'urina oscilla a principio entre 100 e 300<sup>cc</sup>; augmenta constantemente a ponto de distender a bexiga e produzir pouco a pouco, d'uma maneira insidiosa, a incontinençia por regorgitamento sem symptomas bem característicos. A maior parte das vezes, n'este periodo, existe uma polyuria consi-

deravel. A urina emittida em 24 horas pôde attingir 2 a 3 litros e mais ainda. Esta polyuria, diz Guignard, é maior de noite que de dia.

Esta polyuria é uma consequencia da estase urinaria que se estende, pelos ureteres, até aos rins, congestiona estes e excita a sua secreção.

Aqui ainda, a urina é absolutamente clara, d'un peso especifico pouco elevado e contém geralmente pequenas quantidades d'assucar e albumina.

Os doentes experimentam constipação chronica e perturbações intestinaes diversas; teem sêde ardente, falta d'appetite, nauseas e por vezes vomitos; em resumo, apresentam signaes d'intoxicação urinosa, chronica. O doente apresenta além d'isso pequenos accessos febris declarando-se mais geralmente á tarde.

A duração d'este segundo periodo, bem que possa ser longa, é em geral muito mais pequena que a do primeiro. Ao segundo periodo succede pouco a pouco, na maioria dos casos, o periodo d'incontinencia.

Este é caracterizado pela repleção e a distensão ao maximo da bexiga. Emquanto que no segundo periodo a percussão não permittia constatar essa repleção pela simples razão de que a bexiga, ainda não distendida, se encontrava na pequena bacia, no terceiro periodo, pelo contrario, a percussão chega a delimitar a bexiga que é, a maior parte das vezes, visivel até ao umbigo e por vezes ainda mais acima.

N'estes casos a bexiga apresenta-se como um tumor duro. A micção torna-se extraordinariamente frequente; os doentes urinam de quarto em quarto d'hora, por vezes, mesmo de cinco em cinco minutos, não urinando de cada vez senão uma pequeninissima quantidade, bem que a quantidade d'urina nas 24 horas seja sensivelmente augmentada.

N'este momento, a micção torna-se involuntaria durante a noite, e passado algum tempo manifesta-se tambem de dia. A urina é clara, pallida,

d'um peso especifico pequeno, contém um pouco d'albumina, cylindros e cellulas epitheliaes renaes, ha diminuição d'urea e de acido urico. A quantidade d'urina das 24 horas póde attingir 5 litros.

A retenção chronica e a distensão gradual da bexiga produzem uma pressão enorme em todo o systema urinario, d'onde a dilatação consideravel dos ureteres com espessamento das suas paredes, dilatação dos bassinets e finalmente alterações graves dos rins. Resulta que os symptomas locaes diminuem d'importancia em face dos symptomas geraes a que estas perturbações no aparelho urinario dão origem.

Os doentes apresentam perturbações na digestão, a lingua é secca, rugosa, muito vermelha ou coberta d'um deposito acastanhado. A inappetencia é absoluta e a sêde muito ardente.

Existe disphagia e uma diminuição da secreção salivar; os doentes não podem comer alimentos solidos, queixam-se de fraqueza geral; a sua côr é pallida, amarellada, a pelle é secca e emmagrecem. A constipação que persiste desde o começo d'affecção é entrecortada de diarrhêa profusa; de tempos a tempos o doente é atacado de soluços e vomitos. A prostração augmenta; a repugnancia pela alimentação torna-se absoluta e os doentes morrem com os signaes d'intoxicação urinosa chronica. A duração d'este periodo é geralmente curta, excepcionalmente póde durar mezes e até annos.

## Complicações da hypertrophia prostatica

---

As complicações da hypertrophia prostatica são: prostatite, epididymite, cystite, pyelite, nephrite e hematuria.

**Prostatite.** — A prostatite catarrhal acompanha quasi sempre a hypertrophia.

Esta prostatite não é no maior numero de casos diagnosticada, porque os seus symptomas são attribuidos á hypertrophia ou á cystite. Quando uma porção da prostata é affectada d'inflammação parenchymatosa, esta revela-se quasi sempre por um grande arrepio, seguido d'outros com intervallos mais ou menos espaçados.

Ao mesmo tempo a micção torna-se dolorosa; a urina é concentrada, turva, algumas vezes ligeiramente córada de sangue, e não é emittida senão em pequena quantidade e com grandes dôres. Quando a affecção passa á suppuração, a febre torna-se continua ou não apresenta senão uma pequena remissão matinal. O abcesso abre-se quer na bexiga, quer no recto ou no perineo, determinando n'este ultimo caso uma infiltração extensa e uma inflammação phlegmonosa do perineo podendo estender-se ao scroto. Quando as circumstancias mecanicas favorecem o escoamento de pus, e o abcesso se esvasia completamente, o processo inflammatorio termina-se por retracção cicatricial e cura completa.

Mas o que é mais frequente é a affecção transformar-se em uma prostatite purulenta chronica com formação de cavernas no tecido glandular. Outras vezes, e principalmente quando existem varios pequenos abcessos vêem-se alternar periodos de calma com um estado de saude regular, com recidivas de suppuração.

N'estes casos as urinas são alternativamente limpidas e purulentas. Muitos prostaticos succumbem a uma infecção sceptico-pyémica, consecutiva a um abcesso prostatico.

**Epididymite.** — A inflammação do epididymo e do testiculo provém do emprego da sonda a demora, ou, d'uma maneira geral, da introduccão d'instrumentos na urethra, tendo provocado uma urethrite traumatica, ou a propagação directa de germens infecciosos da urethra para os conductos espermaticos. Pode tambem produzir-se por infecção vinda da prostata ou ser devida á urina purulenta. A epididymite evoluciona quer d'uma maneira aguda acompanhando-se de febre, dôres e tumefacção inflammatoria, quer d'uma maneira mais torpida; a tumefacção do canal differente e do epididymo é moderada e este ultimo não é doloroso senão á pressão.

**Cystite.** — E' esta a complicação mais frequente da hypertrophia prostatica.

Apparece espontaneamente ou é a consequencia do catheterismo. N'este ultimo caso são os germens infecciosos de fóra, ou os contidos na urethra, que são impellidos para a bexiga. A urina residual que contém, constitue um excellent meio de cultura para estes micro-organismos. E' fóra de duvida que a cystite pode apparecer após o catheterismo mais aseptico possivel.

Fóra do catheterismo, a infecção da bexiga tem a sua origem na prostata ou na urethra. A cystite dos prostaticos provém ainda d'outras causas: uma constipação impertinente ou um toque rectal feito



com violencia. A cystite constitue uma complicação tanto mais grave quanto ella é mais intensa. A cystite é aguda ou chronica. A primeira forma, a mais rara, não se mostra senão no primeiro periodo da hypertrophia e caracteriza-se por micções frequentes, dolorosas, e por turvação da urina. Nunca se acompanha de movimento febril. Quando apparece febre é porque existe uma complicação de prostatite ou uma infecção das vias urinarias superiores. A cystite aguda pode curar ou passar ao estado chronico. Mas a maior parte dos casos, affecta *d'emblée* uma forma chronica.

Caracterisa-se sobretudo pela turvação de urina e ausencia de dôr.

A dysuria falta ou não attrae a attenção do doente, que no emtanto urina mais vezes que normalmente.

Guyon cita uma forma dolorosa de cystite chronica, sobrevindo entre os prostaticos e succedendo á forma indolor. Em casos de cystite chronica antiga, a urina torna-se cada vez mais purulenta, toma uma reacção ammoniacal, torna-se fetida, é misturada de sangue e contém um deposito formado de massas mucosas esverdeadas ou amarelladas. Este sedimento contém grande quantidade de phosphatos tribasicos e d'uratos ammoniacaes.

Como complicações ulteriores mencionarei as cystites calculosa, membranosa, parenchymatosa com innumerous abcessos, complicação esta, a mais grave da cystite dos prostaticos.

**Pyelite e nephrite.** — A nephrite apresenta-se nos prostaticos sob duas formas: infecciosa ou não infecciosa. A infecção na maior dos casos tem uma marcha ascendente provindo da bexiga. A nephrite infecciosa termina pela sclerose ou pela suppuração. A pyonephrose e a perinephrite purulenta são relativamente raras. A nephrite ascendente dos prostaticos progride lentamente e é inseparavel da pyelite. O começo d'uma pyelite d'origem vesical é difficil de perceber, porque os seus symptomatos con-

fundem-se com os da cystite. Começa como esta por arrepios, náuseas e vomitos. Algumas vezes observa-se dôr á pressão na região renal. O unico signal importante é a quantidade consideravel de pus no sedimento urinario. A maior parte dos prostatitos em estado avançado da doença soffrem de polyuria; a urina é pallida, d'um peso especifico pequeno e o diagnostico entre a pyelite e a cystite é difficil. Com effeito, a urina da pyelite chronica é uniformemente turva, d'aspecto leitoso, pallida, muito diluida e geralmente não se distingue, debaixo do ponto de vista microscopico, da urina d'um doente polyurico no qual a causa da turvação urinaria provém da bexiga.

Chimicamente a differenciação é egualmente difficil. Basear-nos-hemos para o dignostico, na presença d'albumina cuja quantidade, sempre maior na pyelite, e sobre a natureza do sedimento que apresenta corpusculos accumulados em forma de cylindros e de rolhas.

Este sedimento provém das papillas renaes. Geralmente á pyelite vem ajuntar-se a nephrite intersticial chronica.

**Hematuria.**—A prostata hypertrophiada é ordinariamente tão engorgitada de sangue, que o catheterismo mais cuidadoso, praticado com uma sonda molle, determina algumas vezes abundantes hemorragias.

O sangue que provém da porção prostatica, escôa em parte para a bexiga onde se mistura á urina, em parte para o meato. A hemorragia é por vezes tão consideravel que a bexiga enche-se de coagulos cuja expulsão é penosa e exige muita paciencia. Adler cita casos d'hemorragia prostatica terminarem pela morte. A hemorragia pode apparecer espontaneamente sem causa apparente: um resfriamento, abuso de bebidas alcoolicas, etc. Existe uma variedade particular d'hematuria e que sobrevem nas hypertrophias antigas, em consequencia d'uma evacuação muito rapida d'urina pela sonda.

## Diagnostico

---

Os symptomas que acabo de descrever permitem-me chegar sem grande difficuldade ao diagnostico da hypertrophia prostatica.

Frisch diz no seu livro «Les Maladies de la Prostate»: Um facto importante a considerar é que a hypertrophia da prostata se apresenta sempre com raras excepções, nas pessoas edosas e egualmente são as modificações e as difficuldades da micção que obrigam o doente a consultar o medico.

O augmento de volume da prostata, só por si, não dá logar a nenhum symptoma e é por este motivo que todos os casos de hypertrophia da prostata, evolucionando sem obstrucção do collo vesical, passam desapercibidos.

Socin diz que na metade dos casos, a hypertrophia prostatica não se revela durante a vida.

E' o exame do doente que nos deve guiar sobre a existencia e o grau da hypertrophia prostatica. A dysuria unicamente nocturna ou produzindo-se nas primeiras horas da manhã, conservando-se a micção normal durante o dia, é caracteristica d'um prostatico no primeiro periodo. O augmento da frequencia da micção tanto de dia como de noite indica que a bexiga se torna já insufficiente. Emfim a micção por regorgitamento caracteriza o terceiro periodo. A polyuria e as perturbacões digestivas que pertencem egualmente aos periodos avançados devem-nos chamar a attenção

para a prostata. Em face dos symptomas subjectivos cita-se a micção difficil, retardada, com participação da pressão abdominal ou d'outros meios de que o doente se serve, mas que não tem acção alguma sobre o jacto d'urina.

Emquanto que nos apertos d'urethra a contracção dos musculos abdominaes melhora o jacto d'urina, na hypertrophia prostatica dá-se exactamente o contrario; estes meios não tem outro resultado do que diminuir ainda o jacto d'urina que se reduz a gotta a gotta. Quanto mais tempo o doente está sem urinar, tanto mais a micção se torna difficil. A difficuldade augmenta ainda pela posição assentada prolongada, pela permanencia no leito e pela constipação. Quando se pergunta ao doente o que o allivia mais, se o repouso se os movimentos, elle responde sempre ao inverso dos calculosos, que são os movimentos. Não nos devemos esquecer que a hypertrophia prostatica se complica algumas vezes de lithiase. Os dados fornecidos pelo doente estão longe de ser sufficientes para estabelecer o diagnostico e o medico deverá proceder a um exame local cuidadoso. O toque rectal é necessario e é preferivel ser combinado com a introdução d'uma sonda.

Depois do doente estar collocado na devida posição, o index esquerdo é introduzido lentamente no recto e explora a superficie da prostata.

Quando a hypertrophia é muito accusada, esta saliencia nota-se facilmente. O bordo superior da prostata, facil d'atingir no estado normal, não o é em casos d'hypertrophia consideravel. Geralmente desde que o dedo tem atravessado o sphinctor anal, encontra o tumor. Outras vezes toda a prostata augmentada parece recalçada para cima, de maneira que a distancia entre o bolbo da urethra e o bico da prostata é maior que no estado normal. Da mesma maneira que o diametro vertical, o diametro transversal é augmentado.

A hypertrophia asymetrica dos lobulos lateraes observa-se sem difficuldade.

Quando a hypertrophia é pouco accusada, não se manifesta senão pelo desaparecimento do sulco mediano; a glandula, que tem conservado o seu volume normal, toma uma forma espherica. Emfim em certas formas d'hypertrophia do lobulo medico, verifica-se uma depressão mais accentuada do sulco mediano, que se torna mais largo para cima. Acontece algumas vezes que as perturbações urinarias são muito accentuadas, e os pontos da prostata accessiveis ao dedo não apresentam modificação alguma. Trata-se então d'uma obstrucção devida ao lobulo medio de que não podemos verificar a existencia pelo toque rectal.

Independentemente das modificações de volume e de forma, o toque rectal dar-nos-ha a conhecer a consistencia e a sensibilidade das differentes partes da prostata. A superficie da glandula é ou lisa ou bosselada. A consistencia é dura ou molle.

Quando se sentem pontos particularmente molles ou fluctuantes ou quando a sensibilidade á pressão é muito accusada em certos pontos devemos suppôr a possibilidade de lesões inflammatorias e examinar com cuidado o liquido expremido.

A presença de calculos prostaticos averigua-se facilmente pelo toque rectal, quer pela consistencia particularmente dura, quer pela crepitação quando os calculos são multiplos. As modificações de forma da urethra prostatica só podem ser reconhecidas por meio d'uma sonda. Mas o catheterismo é quasi sempre difficil e constitue uma intervenção perigosa que se não deve praticar senão quando o tratamento o exige. Além das hematurias graves que póde provocar um instrumento rigido, mesmo quando é manejado por mãos habéis, a menor violencia determina facilmente falsos trajectos cujas consequencias são, se não graves, pelo menos capazes de fazer apparecer uma prostatite chronica incuravel. As reacções febris que podem succeder a cada sondagem teem consequencias muito sérias. Quanto á evacuação intempestiva e muito rapida da bexiga, as consequencias são por vezes mortaes.

A melhor maneira de sondar os doentes é a de Guyon, que se serve d'uma vela exploradora olivar flexível.

Este instrumento dá-nos a conhecer o comprimento do canal prostatico, a sua largura e as modificações de direcção causadas pela saliencia da prostata hypertrophiada. Com este instrumento evitamos facilmente feridas graves.

O instrumento cuja oliva corresponde ao n.º 20 a 22 (Charriére) e cuja haste deve ser tão flexível quanto possível, é introduzido com precaução e lentamente. Percebe-se facilmente o momento em que elle atravessou a porção membranosa e asseguramo-nos pelo toque rectal que a oliva penetra na porção prostatica. A partir d'este momento, observamos cuidadosamente os movimentos da oliva até que esta penetre na bexiga; notaremos os obstaculos que ella encontra e emfim o momento em que chega á bexiga. Algumas vezes o instrumento passa sem a menor resistencia e atravessa a porção prostatica mais ou menos augmentada de comprimento. Outras vezes, verificamos facilmente a saliencia que fazem os lobulos lateraes na urethra; o canal é sinuoso ou desviado lateralmente; ou então a sonda que, até alli, não tinha encontrado nenhum obstaculo, pára sobre a linha média e não pode progredir. Experimentamos então por uma pressão ligeira sobre a vela, vencer o obstaculo.

A vela exploradora dar-nos-ha a conhecer o grau de vascularisação e o estado da prostata. Quando após um exame prudente sobrevem uma hematuria, nós podemos dizer com certeza que a mucosa prostatica é muito hyperemiada, muito friavel e podemos contar com uma hemorrhagia muito abundante se empregarmos uma sonda rigida. Emquanto dura a travessia da urethra prostatica, a oliva encontra-se apertada quer sobre todo o trajecto, quer sómente sobre certos pontos. Mas uma vez atravessado o orificio interno, toda a resistencia desaparece e fazemos movel-a facilmente em todos os sentidos. Para medir mais exactamen-

te o comprimento da porção prostática, podemos, em vez d'uma vela olivar, fazer uso d'um instrumento analogo mas ôco.

Desde que appareça uma gotta d'urina, temos a certeza de ter chegado á bexiga.

O catheterismo dá-nos ainda a conhecer a quantidade d'urina residual. Um só exame não é sufficiente e é bom repetil-o, porque a quantidade d'urina residual está sujeita a grandes variações, e a evacuação expontanea depende de muitas circunstancias.

O diagnostico das complicações da hypertrophia prostática não se fará sómente pelas perturbações subjectivas, mas necessitará a analyse chimica e microscopica da urina. A cystite é diagnosticada sem difficuldade: a turvação da urina, as micções dolorosas e frequentes levam-nos a tal diagnostico. Não nos devemos, porém, esquecer que o pus pode provir d'outros pontos das vias urina-rias, principalmente dos bassinets e da prostata. A pyelite ou a nephrite, sobretudo nas suas formas chronicas, são mais difficeis de descobrir. A turvação da urina na pyelite tem grandes analogias com o aspecto microscopico da urina d'um prostatico tendo cystite e soffrendo de polyuria.

Basear-nos-hemos então sobre a riqueza maior em albumina e sobre os caracteres do sedimento. Quanto ás perturbações gastricas, nauseas e vomitos, podem-se apresentar com uma egual frequencia nas affecções dos rins e bassinets assim como na estase renal resultante d'um obstaculo ao escoamento, sem que exista em parte alguma lesões inflammatorias.

A sensibilidade á pressão na região renal pode faltar na pyelite e na nephrite. Os cylindros e detricos epitheliaes do rim existem muitas vezes no sedimento urinario, mas são habitualmente mascarados pelo pus e como tal não se percebem. A febre não é constante e depende por vezes d'outras affecções, principalmente da prostatite. Os calculos vesicaes apresentam certos symptomas capazes

de os fazer confundir com a hypertrophia prostatica, mas um exame cuidadoso obstará a que commettamos o erro.

E' necessario dirigir toda a nossa attenção sobre o diagnostico differencial entre a hypertrophia e a prostatite chronica, que o toque rectal permite facilmente distinguir. Os tumores malignos da prostata, o sarcoma, o carcinoma são em principio muito difficeis de differenciar da hypertrophia. A hypertrophia prostatica e um tumor do recto não podem ser confundidos senão por um exame defeituoso.



## Prognostico

O prognostico da hypertrophia prostatica é quasi sempre incerto. Geralmente a doença dura muito tempo; os doentes succumbem ordinariamente ás complicações. E' difficil determinar em cada caso até que ponto os órgãos urinarios superiores são atingidos, que lesão a estase urinaria produziu e até que ponto o tecido renal está alterado. No primeiro periodo da hypertrophia prostatica é muito difficil prognosticar a duração da affecção. O estado de saude relativo dos doentes n'este periodo, depende do desenvolvimento da hypertrophia compensadora da musculatura da bexiga, permittindo vencer o obstaculo á micção. No segundo periodo, o prognostico depende do momento em que se applica uma therapeutica palliativa, mas sobretudo das precauções antisepticas exigidas para a execução do catheterismo e, emfim, do estado geral e do grau de resistencia do organismo. No terceiro periodo o prognostico é sempre desfavoravel. A bexiga esgotada pela grande lucta que teve de sustentar contra o obstaculo prostatico, encontra-se distendida e as vias urinarias superiores apresentam as alterações a que já me referi. N'este periodo o doente morre rapidamente se não é promptamente soccorrido. O catheterismo instituido n'este momento é quasi sempre inutil; mais ainda, pode ser nocivo e accelerar a marcha das complicações se é praticado

---

sem antiseptia e d'uma maneira pouco racional. As complicações de natureza infecciosa ensombrecem sempre o prognostico, não importa qual seja o periodo da doença em que appareçam. Entretanto, quanto mais avançado é o periodo da doença, tanto mais graves são as complicações.

A cystite, n'um grau ligeiro, persiste por vezes annos sem influenciar sensivelmente o estado geral. Pelo contrario, a cystite ammoniacal grave, sobretudo quando se acompanha de phenomenos febris, é sempre perigosa.

A pyelite e a nephrite são da mesma maneira complicações perigosas, produzindo mais ou menos rapidamente a morte. Tem-se dado casos em que individuos com uma saude regular e de nada se queixando, morrerem subitamente e a autopsia declarar que a causa da morte foi a hypertrophia prostatica.

---

## Tratamento da hypertrophia prostatica

O tratamento da hypertrophia é radical ou palliativo. O primeiro é directamente dirigido contra o obstaculo e tem por fim restabelecer a passagem da urina. Consiste na ablação das partes da prostata que impedem o livre curso da urina, ou procura por outros meios diminuir o volume da glandula. O tratamento palliativo tem por fim, ao mesmo tempo que se faz um tratamento geral, de vencer o obstaculo, de diminuir os males do doente e as consequencias graves da stare urinaria. Este tratamento resume-se no catheterismo ou na formação d'uma fistula.

**Tratamento palliativo.** — A cada um dos periodos da hypertrophia, corresponde um tratamento particular. No primeiro periodo, quando a bexiga se esvasia completamente, o catheterismo é inutil. Pelo contrario, no segundo, o catheterismo constitue a parte principal do tratamento, porque realisa a eliminação regular da urina residual. No terceiro periodo, quando ha retenção incompleta chronica com distensão da bexiga, o catheterismo tem em certos casos effeitos felizes, mas accompanha-se de perigos tão grandes que nos vemos obrigados de renunciar a elle.

Antes d'insistir sobre as indicações do tratamento palliativo, exporei d'uma maneira a mais resumida possivel, a technica do catheterismo na hypertrophia prostatica.

### **Catheterismo na retenção completa aguda.—**

O emprego da sonda na hypertrophia constitue uma intervenção difficil em virtude das mudanças de forma e das modificações na direcção do canal e da possibilidade de traumatismos. O catheterismo exige antes de mais nada, muita paciencia e alguma habilidade.

Quando nos encontramos em presença d'uma retenção completa não devemos perder tempo em empregar meios palliativos taes como opiaceos, banhos quentes, applicação de sanguesugas no anus, etc., mas fazer o mais depressa possivel o catheterismo, porque a demora não faz senão agravar a situação do doente.

Antes de introduzirmos a sonda, devemos assegurar-nos pelo toque rectal da configuração da prostata. O doente é collocado em decubito dorsal, a pelve levantada; procede-se antes do catheterismo á desinfeccção do meato, do prepuceo e da glande. Convém tambem fazer a desinfeccção da urethra anterior por meio d'uma solução borica. Para facilitar a introduccção da sonda, instilla-se na urethra posterior 1 a 2 cent.<sup>3</sup> d'uma solução a 5 % de cocaina, por meio da seringa de Guyon e d'uma sonda elastica.

A injectção d'azeite esterilizado facilita tambem o catheterismo. Faz-se por meio d'uma pequena seringa cuja extremidade conica se adapta exactamente ao orificio do meato.

A quantidade a injectar é de 5 cent.<sup>3</sup> approximadamente. Feito isto póde-se proceder á sondagem com uma sonda convenientemente esterilizada.

A introduccção d'um catheter fino e molle faz-se habitualmente sem difficuldade em toda a porção do canal situado deante da porção prostatica. Esta operação far-se-ha, como já disse, o mais docemente possivel. Em regra geral convem começar pelo emprego de sondas as mais molles e malleaveis: as de Nelaton de preferencia. Aconselha-se de escolher uma sonda tão grossa quanto possivel e de facto

é certo que uma sonda grossa, cujas paredes tem uma certa resistencia, dobra-se menos facilmente ao nivel dos obstaculos e chega mais facilmente á bexiga. Mas Guyon diz, e com razão, que não se deve exagerar muito o calibre da sonda, primeiro por causa do perigo da hematuria resultante da hyperemia e da friabilidade da mucosa prostatica, e em seguida para evitar os inconvenientes da evacuação muito rapida da bexiga. Guyon aconselha não ultrapassar os numeros 16 ou 17 (Charrière). Quando se não pode penetrar na bexiga com as sondas Nelaton, experimenta-se a sonda semi-molle de curvatura Mercier a que erroneamente se chama sonda prostatica. Se estes meios falham recorreremos a uma sonda mais rigida, sonda ingleza, que se introduz com ou sem mandrim. Estas sondas tem a propriedade de amollecem na agua quente, de se tornarem mais malleaveis e de recuperar a consistencia primitiva após resfriamento.

O emprego d'estas sondas, um pouco mais resistentes, deve ser feito sem a menor violencia. Esta sonda pode ainda não vencer o obstaculo; então pelo dedo introduzido no recto exercer-se-ha uma ligeira pressão na extremidade da sonda. No momento em que o bico da sonda chega ao contacto do obstaculo, retira-se o mandrim alguns centimetros, ao mesmo tempo que se impelle um pouco mais a sonda para deante. Retirando assim o mandrim, imprime-se ao bico um pequeno movimento para cima o que basta para vencer o obstaculo. Se o catheterismo com todas estas sondas, molles e semi-molles, falham, recorreremos por ultimo ao catheter metallico, e com este ainda é preciso redobrar de cautella. O catheterismo torna-se difficil quando existem falsos trajectos ou quando a prostata tem sangrado abundantemente. Creado uma vez um falso trajecto, a sonda tem sempre tendencia a penetrar ahi, e a cada nova tentativa, reproduz-se a hemorragia. E' preciso então, pelo toque rectal combinado com a son-

dagem, averiguar da séde do falso trajecto. Quanto ás hemorragias abundantes da prostata, complicam o catheterismo pelos coagulos que obstruem a sonda. E' assim que o olho da sonda se pode encontrar na bexiga, sem que saia uma gotta d'urina, e nós suppômos que se trata d'um falso trajecto. Enfim, quando todos estes meios falham, torna-se necessario esvasiar a bexiga por outra forma: a punção da bexiga. Esta punção faz-se com um trocarte capillar ligado, se se quer, ao aspirador de Pontain ou de Dienlafoy.

A punção é feita por cima da symphise pubia. Uma vez a bexiga esvasiada pela punção, o edema da prostata diminue rapidamente e o catheterismo torna-se algumas vezes possivel; succede entretanto que esta punção tem de repetir-se muitas vezes. E' esta uma operação sem inconvenientes.

A sonda deve ou não ficar a demora? A sonda permanente está indicada, quando ha falsos trajectos e hematuria. A desappareição do edema agudo, causa da retenção, faz-se por vezes tão rapidamente, que ao fim de poucos dias o doente urina de novo expontaneamente. Outras vezes o emprego da sonda é necessario durante mezes e até annos.

**Catheterismo na retenção chronica incompleta.**—O segundo periodo da hypertrophia, caracterizado pela insufficiencia vesical e pelo augmento da frequencia da micção, diurna e nocturna, por vezes mesmo pela polyuria e por certas perturbações digestivas, necessita a evacuação regular e completa da bexiga pela sonda. A quantidade de urina residual varia segundo os dias e tambem segundo o estado de repleção da bexiga antes da micção. Se o doente esvasia a bexiga sem esforços e sem difficuldade, a quantidade media d'urina, ao fim d'um certo numero d'exames, será sempre sensivelmente a mesma. O numero de catheterismos a praticar em 24 horas é indicado pela quantidade do residuo vesical.

Quando não é senão de 100 a 200<sup>cc</sup>, um só catheterismo, praticado de preferencia á tarde, basta; o doente é assim pouco atormentado pela vontade d'urinar durante a noite. Quando a urina residual attinge 300 a 400<sup>cc</sup>, é conveniente ou melhor, deve-se catheterisar o doente duas vezes por dia, e mais ainda se a quantidade é maior. Para esta operação deve preferir-se a sonda de Nelaton. Emquanto a urina é limpida, o tratamento pela sondagem é sufficiente; mas quando existe cystite, a evacuação não basta, deve ser seguida d'uma lavagem. A evacuação regular da bexiga faz desaparecer rapidamente todas as perturbações subjectivas: dysuria, polyuria, sêde e os phenomenos dyspepticos. No principio o catheterismo deve fazer-se com o doente deitado; mais tarde, quando o doente estiver acostumado, pode fazer-se de pé. Deve-se acostumar os doentes a sondarem-se a si proprios. Acontece que a maior parte d'elles chegam a isso facilmente e sondam-se melhor e mais seguramente que o medico. E' absolutamente indispensavel recommendar ao doente a maxima limpeza nas mãos e que a esterilisação da sonda seja o mais perfeita possivel, de cada vez que d'ella se sirva. A cystite quasi nunca falta n'este periodo da doença. No começo, por meio d'umas lavagens, vê-se curar a cystite ou pelo menos persistir n'um grau tão fraco que não apresenta grande perigo. Quando a infecção se torna muito grave pode-se complicar de pyelite ou de nephryte, complicações estas sufficientes para produzir a morte.

## Catheterismo na distensão da bexiga

O catheterismo n'um prostatico no terceiro periodo, cuja bexiga está distendida, é um dos pontos mais difficeis do tratamento. Os doentes d'esta especie estão sempre n'um estado de saude muito instavel; são geralmente atacadas d'alterações graves das vias urinarias superiores e o menor accidente pode produzir uma terminação fatal. Se a distensão é antiga, os doentes são magros, enfraquecidos, pallidos, a pelle e a lingua estão seccas. O doente apresenta perturbações digestivas, vomitos frequentes e irregularidade das funcções intestinaes.

Não é sem perigo que se faz o catheterismo a taes doentes.

Ainda mesmo quando os doentes apresentam um bom estado geral, o perigo não deixa d'existir por causa do augmento de pressão que se desenvolve pouco a pouco nas vias superiores, e da hyperemia que da prostata sobe por vezes até aos rins.

Tambem se não deve favorecer senão a pouco a desaparição d'estas perturbações circulatorias, porque nós conhecemos os perigos d'uma evacuação muito rapida da bexiga. Não são sómente as hematurias succedendo a uma evacuação brusca que são perigosas, mas é-o igualmente a grande facilidade com que um aparelho urinario tambem doente se infecta.



Depois de ter esvasiado rapida e completamente a bexiga, observa-se nas 24 horas seguintes uma melhora de todos os symptomas. A dysuria e a micção por regorgitamento tem desaparecido; o doente sente-se muito melhor, mas já no segundo ou terceiro dia, a urina que era clara no momento do catheterismo, torna-se turva e sanguinolenta; o doente é atacado de pequenos arrepios ou mesmo d'um violento arrepio que se pode repetir com intervallos approximados. O doente é atacado de syncopes, vomitos e a inappetencia torna-se absoluta. Após 24 horas, a urina torna-se saniosa e fetida e o doente morre apresentando o quadro d'uma infecção urinosa fulminante. Acontece, ainda que raramente, que os doentes não succumbem n'este estado mas nunca mais adquirem uma saude perfeita; os doentes ficam sujeitos a phenomenos uro-septicos e em poucas semanas são levados por uma diminuição continua de forças. A gravidade d'estes phenomenos succedendo ao catheterismo não tem geralmente nenhuma relação com o estado anterior do doente, e é com razão que se attribue a terminação fatal do catheterismo. Por conseguinte, a primeira e a mais importante regra que se tem de seguir na evacuação d'uma bexiga distendida é de não a evacuar senão pouco a pouco. E' esta a unica maneira de produzir uma regressão sensivel das alterações graves das vias urinarias. Tambem convem examinar cuidadosamente se, em casos semelhantes se deve fazer o catheterismo, se bem que não haja duvida que a evacuação progressiva seja a unica probabilidade de saude dos doentes, que sem intervenção morreriam mais ou menos rapidamente. A difficuldade é precisamente saber qual das suas alternativas apresenta maiores perigos: se a sondagem, se a abstenção.

Quanto maiores forem os symptomas d'intoxicação urinosa chronica: perturbações digestivas, emmagrecimento, pallidez dos tugumentos, accessos febris, etc., tanto mais se hesitára em praticar o catheterismo.

Devemos sempre prevenir as pessoas que tratam dos doentes ou pessoas de familia dos perigos que offerece um catheterismo n'estes casos e ainda mais da incerteza das consequencias. E' em casos semelhantes que Guyon, antes de fazer o catheterismo, começa por instituir uma especie de cura de preparação com o fim de levantar o estado geral do doente pela regularisação de regimen, a excitação da actividade do intestino, o emprego de tonicos, massagem, locções, fricções e exercicio corporal moderado. Quando estes meios falham e as forças do doente continuam a diminuir, não se deve esperar bom resultado do catheterismo. Pelo contrario, quando o doente adquire algumas forças devido ao regimen dietetico instituido, deve fazer-se o catheterismo. Von Frisch diz ser util prescrever, uns dias antes de começar o catheterismo e mesmo nos primeiros dias d'este, salol, salopheno e urotropina como desinfectantes das vias urinarias. Durante o tratamento local, o doente ficará de cama ou pelo menos não sahirá do quarto. No primeiro dia, não se tirará senão a quantidade d'urina sufficiente para a diminuir a distensão da bexiga, isto é 300 a 500<sup>cc</sup>. No dia seguinte retirar-se-ha a mais 100 a 150<sup>cc</sup>, e em cada novo catheterismo augmentar-se-ha d'esta mesma quantidade d'urina approximadamente.

Se o doente apresenta polyuria, o catheterismo deve ser feito duas vezes por dia. A's vezes é precisa uma semana e mesmo mais para chegar a evacuar a ultima gotta d'urina. Quando obtivermos a evacuação completa da bexiga, não devemos deixar esta vasia, mas injectar 100 a 150 gr. d'um liquido aseptico, porque a vacuidade completa produz facilmente hematurias.

Quando o tratamento tem sido regular e se tem determinado o numero de catheterismos a praticar nas 24 horas, podemos auctorisar os doentes a sondarem-se a si mesmos. Ao mesmo tempo que desaparece a polyuria, vêm se tambem desaparecer os outros symptomas: a lingua torna-se humida; o

appetite volta e o peso do corpo augmenta. Em resumo, todos os symptomas morbidos, á excepção dos da bexiga ligados ao catheterismo, desapparecem quasi completamente. Um restabelecimento perfeito é raro, e não é senão excepcionalmente que a affecção pode voltar ao segundo estado.

Os doentes chegam a expulsar espontaneamente uma grande parte d'urina e não devem recorrer ao catheterismo senão duas ou tres vezes nas 24 horas, segundo a quantidade do residuo urinario. Mas, mesmo nos casos mais favoraveis, a retenção chronica incompleta torna-se pouco a pouco completa e o doente é forçado a evacuar cada gotta d'urina pela sonda.

Apesar de todas estas precauções, é difficil evitar as complicações, de que a mais frequente é a cystite. O seu começo annuncia se por dôr á micção; esta dôr torna geralmente muito doloroso o emprego da sonda. Acontece na maior parte dos casos a urina turvar-se rapidamente. Quando a urina assim apparece antes da evacuação completa, está indicado modificar-se em parte o tratamento. Após a evacuação d'uma certa quantidade d'urina, nós substituímos-a-hemos pela injeção d'uma solução ligeiramente antiseptica, com o fim de desinfectar a urina residual. Acontece algumas vezes que este meio basta para abortar a cystite antes que se torne grave. Procederemos da mesma forma quando se produzem hematurias. O prognostico é mais desfavoravel quando a turvação persiste durante muito tempo. A persistencia da polyuria turva, após a evacuação completa, é sempre um signal de pyelite chronica. A apparição da cystite no decorrer do tratamento evacuador auctorisa um prognostico grave, devido á facilidade com que a infecção ganha as vias urinarias superiores. Esta propagação manifesta-se muito rapidamente: os doentes começam a ter um pouco de febre; de tempos a tempos um arrepio; a urina contém um sedimento abundante e os phenomenos d'intoxicação urinosa chronica accentuam-se em vez de diminuir. Isto, entre-

tanto, não é a regra e ainda podemos suppôr a cura porque, durante semanas e às vezes mesmo mezes, a febre diminue ou desaparece, a lingua humedece e volta o appetite. Mas repentinamente tudo muda: apparecem de novo arrepios; a quantidade d'albumina augmenta; o sedimento contém cylindros e cellulas epitheliaes e o doente succumbe á nephrite suppurada. Em casos de febre, a sonda a demora applicada desde o começo bastará para fazer retroceder esta complicação. O tratamento geral não deve ser desprezado n'um prostatico no terceiro periodo.

Nos primeiros dias, prescrever-se-ha dieta liquida; mais tarde permite-se uma alimentação mais fortificante, mas de digestão facil.

Devemos empregar os tonicos estomachicos e vigiar o funcionamento do intestino e da pelle.

---

## A sonda a demora na hypertrophia prostatica

E' um dos meios mais poderosos da therapeutica urologica. O seu emprego é subordinado a indicações precisas.

Servir-nos-hemos da sonda a demora nos prostaticos no segundo ou terceiro periodo, quando o catheterismo é muito difficil e tem de ser feito muitas vezes. Por este meio, acontece que o canal soffre, após um certo tempo, modificações taes que a introduccão da sonda, difficil ou quasi impossivel ao principio, torna-se pelo contrario muito facil. Uma sonda molle ou semi-molle deixada a demora não apresenta, quando está bem collocada, e que funciona bem, perigo absolutamente algum. Se o catheterismo não pôde fazer-se senão com uma sonda metallica, devemos deixar esta a demora mas o menos tempo possivel. De resto, após 24 horas, a sonda dura deixa facilmente substituir-se por uma molle. Os falsos trajectos da porção prostatica curam rapidamente com a sonda a demora.

Quasi sempre uma sonda de Nelaton a demora basta para parar uma hemorrhagia prostatica. A soñda a demora constitue igualmente o melhor tratamento a oppôr ás infecções d'origem urethral ou vesical e aos phenomenos febris, sobrevindo no curso da hypertrophia prostatica.

A turvação da urina com febre, sobrevindo no curso do tratamento evacuador do terceiro periodo, exige tambem a sonda a demora. Emfim, a sonda a demora, combinada a lavagens frequentes, é o melhor tratamento das cystites graves dos prostaticos.

## Tratamento hygienico e dietetico geral da hypertrophia prostatica

São multiplos os conselhos a dar aos prostaticos. Em primeiro logar os doentes devem evitar os resfriamentos, quer locaes, quer geraes. Assim, os doentes devem abster-se de se sentarem no solo humido e frio, de conservar muito tempo as mãos em agua fria. Os doentes que se levantam de noite para urinar não deverão pôr os pés no soalho.

As refeições não devem ser nem muito copiosas, nem muito prolongadas; a refeição da tarde principalmente deve ser leve. A alimentação dos prostaticos deve ser fortificante mas ao mesmo tempo de digestão facil. Proscreever-se-ha a cerveja, a aguardente, café forte e licôres. Só será permittido o vinho tinto. O coito repetido deve ser proscripto; mas praticado normalmente e com certos intervallos, não é nocivo, pelo contrario parece favorecer a descongestão da prostata. O repouso muito prolongado na cama faz mal. A permanencia de 7 a 8 horas na cama basta. Os doentes não devem deitar-se immediatamente após a refeição; passearão no quarto para facilitar tanto quanto possivel a evacuação da urina. A posição assentada e as grandes viagens em caminhos de ferro são prejudiciaes. As marchas fatigantes, os exercicios corporaes exaggerados, emfim todas as fadigas devem ser evitadas. Estão contra-indicados os passeios a cavallo ou de bicyleta.

Como a hypertrophia da prostata predispõe á

constipação, prescreveremos óleo de ricino, rhuibarbo, magnesia, etc., nunca os purgantes drásticos. Aconselhar-se-ha o uso de clysteres, especialmente de manhã, banhos d'assento ou banhos geraes tepidos. As fricções seccas da pelle assim como a massagem geral teem uma influencia consideravel sobre a nutrição. Noguès aconselha a massagem abdominal regular, á qual attribue uma acção descongestionante sobre a prostata. Alguns auctores aconselham banhos d'aguas mineraes, iodadas e sulfurosas, ligando-lhes uma grande importancia para a cura da hypertrophia prostatica. Von Frisch cita um caso em que os banhos de mar foram d'um feliz resultado n'um prostatico. Certas complicações da hypertrophia, taes como a cystite e a prostatite, são favoravelmente influenciadas pela balneotherapia, e mesmo por aguas mineraes alcalinas como bebida.

---

## Tratamento curativo

---

Innumeras são as operações indicadas para o tratamento radical da hypertrophia prostatica, mas unicamente a protatectomia, quer perineal, quer transvesical, dá resultados positivos.

Descreverei rapidamente a sua technica operatoria, suas complicações e indicações.

---

### Technica operatoria da prostatectomia perineal

---

**Preparação do doente.**—Esta preparação resume-se:

a) E' necessario que o canal da urethra esteja em bom estado. E' esta uma condição essencial para que o curso das urinas se restabeleça bem pela verga, após a operação; se houver apertos começaremos por dilatal-os. E' preciso igualmente tratar a urethrite chronica, se ella existe.

b) Os prostaticos apresentam frequentemente cystite, sobretudo quando são ao mesmo tempo calculosos. Não deveremos nunca começar a operação sem termos desinfectado o melhor possivel a bexiga do doente.

c) E' preciso que o recto esteja completamente vasio. O melhor é de purgar algumas vezes o



doente e de lhe administrar clysteres dois dias antes da operação. Na vespera e no proprio dia da operação devemos fazer com o dedo uma lavagem ao recto do doente, para termos a certeza de que está vasio e o mais aseptico possivel.

**Instrumentação. Posição do doente.**— A prostactomia pratica-se sem instrumentação especial: basta ter valvas d'hysterectomia curtas e estreitas, pinças d'abaixamento, pinças hemostaticas e de Rocher, afastadores, um bistouri, uma pinça de disseção, um catheter e uma sonda metallica. Ha todavia instrumentos que tornam a execução da operação mais facil: são valvas de curvatura apropriada e um desencravador de que ha varios modelos, sendo os mais usados os de Proust, seu inventor, d'Albarran, de De Pezzer, etc. Tres coisas são capitães para a correcta execução d'esta operação:

Collocar bem o doente;

Ampliar e illuminar o campo operatorio;

Abaixar a prostata.

**Posição do doente.**— O doente é posto em posição perineal invertida. Sob o sacro e não sob as nadegas, colloca-se um pequeno plano inclinado que o levanta bastante. As coxas são flectidas sobre o ventre e moderadamente desviadas, fixas as pernas em flexão a columnas verticaes fixas por seu turno á meza operatoria. As coxas e as pernas são envolvidas em algodão em rama e este coberto de gaze.

**Ampliação do campo operatorio.**— Amplia-se o campo operatorio por meio das valvas a que já me referi.

**Abaixamento da prostata.**— Uma das condições necessarias para a ablação da prostata é de poder provocar o seu abaixamento. Para tal conseguir empregamos o desencravador de que já fallei.

**Manual operatorio.**—Esta operação comprehende seis tempos, a saber:

1.º tempo: *Incisão cutanea; descoberta e descobrimento do bolbo; secção do raphé superficial.* — Faz-se uma incisão de concavidade dirigida para traz, indo d'um ischion ao outro e passando dois dedos travéssos deante do anus. Corta-se a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo.

Immediatamente vêmos desenhar-se uma saliencia sobre a linha media: é a dilatação bulbar com os musculos bulbo-cavernosos. Sobre elles vem-se fixar a ponta anterior do sphinter externo do anus. Nos individuos idosos, o bolbo dilatado e augmentado de volume insinua-se sob o sphinter e vem algumas vezes ao contacto do anus.

N'estes casos, a extremidade anterior do sphinter não está ao nivel da extremidade posterior do bolbo, mas em pleno sobre a sua face inferior, d'onde a necessidade de cortar esta inserção anterior e de a levantar para contornar o bolbo. Para isto é preciso, com uma pinça, puxar para traz o labio posterior da incisão, e vê-se então um cordão muscular, mediano e antero-posterior, que partindo do anus se dirige para o bolbo. Este cordão superficial — o raphé ano-bulbar — é agarrado entre duas pinças e cortado, tendo a cautella necessaria em não ferir o bolbo subjacente. Depois, levantando e rebatendo as duas extremidades cortadas, começa-se a contornar o bolbo, respeitando a bainha muscular que o reveste. Esta continúa-se para os lados, com os musculos transversos superficiaes de que é facil isolar o bordo superior com uma sonda canula, tendo as fibras que os ligam ao sphinter do anus sido cortadas com a inserção anterior d'este.

Quando isolamos os transversos, não se tem quasi sangue nenhum, porque se recalca com elles a arteria perineal superficial; unicamente os ramos recorrentes sangram um pouco.

2.º tempo: *Isolar os levantadores; descoberta do musculo recto-urethral.* — Vêmos sobre a linha média, uma parede regular, sobre os lados dois

feixes musculares antero-posteriores. Puxando para traz o labio posterior da incisão vêmos: a parede média, é a porção perineal do recto, que se continúa com o musculo recto-urethral; os feixes musculares são os feixes anteriores dos levantadores; penetram sobre o bordo posterior da aponevrose média no ponto em que o musculo recto-urethral se espalha para formar as arcadas semi-lunares perineaes. Precisamos então d'isolar o bordo interno dos musculos levantadores. Isola-se primeiro adeante, ao contacto da arcada perineal, depois acaba-se de o separar sobre toda a sua extensão.

Tem-se assim duas laminas sagitae livres, entre as quaes subsiste uma formação. Precisamos de no curso da operação não nos esquecermos d'esta disposição, e tambem de saber que n'este momento é muito cêdo ainda para procurar descollar o recto com o dedo; é preciso primeiramente seccionar o musculo recto urethral, que é a chave do espaço descollavel. A secção deve ser exactamente no bordo posterior da aponevrose média, por conseguinte sobre o prolongamento das arcadas perineaes.

3.º tempo: *Abertura do espaço descollavel recto-prostatico.* — O musculo recto-urethral sendo dividido, o anus mobilisa-se e arrasta para traz consigo a chanfradura formada pelos levantadores. Aparece então o espaço descollavel que se abre com os dedos. Vê-se ahi a face do recto, não despolida mas brilhante, differença esta muito caracteristica das duas porções da parede anterior do recto. Adeante vê-se um outro folheto liso, o folheto posterior da bainha prostatica; colloca-se então uma valva atraz e outra adeante.

4.º tempo: *Abertura da loja prostatica, isolamento da prostata.* — Quando o campo operatorio está assim espaçoso abre-se a urethra prostatica no bico da glandula, sobre o catheter que nós collocamos antes de começar a operação e que agora tiramos, collocando no canal um desenravadador que é confiado a um ajudante que o segura sem

força, afim de evitar lacerar a mucosa. Depois, na face posterior da prostata e na linha media, faz-se uma incisão que começa no bico, prolonga-se para traz e vae abrir a capsula. Os labios d'esta incisão são separados com duas pinças e faz-se então o descollamento d'ambos os lados com os dedos. Este descollamento deve fazer-se até que o dedo venha, adiante ao contacto do pubis, através a capsula descollada, contornando o bordo anterior dos lobulos prostaticos. Não é senão após descollamento completo da capsula que se deve proceder á ablação da glandula.

5.º tempo: *ablação da prostata*. — Quando a prostata está assim isolada, completa-se a hemi-secção augmentando a abertura urethral. Esta deve ser sufficiente para permittir facilmente a introdução do dedo e o facil desvio dos lobulos.

Quando a prostata, assim dividida, está bem movel, depois de mais uma vez termos reconhecido a situação e a direcção da urethra, procedo-se á ablação da glandula.

Para isto, faz-se bascular lateralmente a glandula, de maneira a chamar para o campo operativo o lobulo que se quer levantar. Começa-se então com cuidado a separação da urethra e do tecido prostatico ao largo do labio mucoso, e puxando progressivamente o lobulo com as pinças d'abaixamento, isola-se o canal, tendo o cuidado de lhe deixar uma espessura sufficiente. De vez em quando, o dedo introduzido na urethra verifica o trabalho. Quando esta separação interna está completa, o dedo é reintroduzido fora do lobulo prostatico que contorna, e, seguindo de deante para traz, encontra um plano de clivagem que o leva juntamente ao longo do canal que se vem de separar, e que acaba o completo isolamento do lobulo.

Chega-se assim a extrahir este completamente inteiro.

Mas frequentemente um só dos lobulos prostaticos póde ser levantado inteiro: é aquelle por que se termina a ablação; aquelle pelo qual se come-

ça, ao contrario, lacera-se quasi sempre logo desde o começo. Levanta-se então aos bocados.

6.º tempo: *Sutura e drenagem cysto-perineal.* — Colloca-se uma sonda grossa que penetrando na bexiga saia pelo perineo; depois fecha-se a ferida urethral começando pela extremidade vesical; para isto com uma agulha de Reverdin dão-se cinco ou seis pontos separados com catgut, deixando unicamente o espaço necessario para a passagem da sonda.

Depois de terminada a sutura urethral, fixa-se a sonda ao perineo, collocam-se duas ou tres me-xas na cavidade operatoria. Colloca-se em cada extremidade da incisão dois pontos de sutura com crina e deixa-se aberta na linha média. Quando fizermos o penso, para obter uma boa compressão, não devemos esquecer que é entre o anus e o coc-cyxe que é preciso fazer uma certa pressão e não ao nível do perineo, pois que é o recto que se deve encostar á bexiga e á urethra para encher a cavidade.

**Tratamento post-operatorio.** — Durante os seis primeiros dias fazem-se lavagens á bexiga, duas vezes por dia, com agua esterelizada, para nos assegurarmos do bom funcionamento do tubo perineal. Se funciona mal, é ou porque está deslocado ou incrustado. Em qualquer d'estes casos substitue-se por outro.

O primeiro penso é levantado ao fim de quarenta e oito horas e feito depois todos os dias. Ao fim de oito dias, retira-se a sonda perineal e colloca-se uma outra urethral, que é renovada de vez em quando, mas que deve ficar durante muito tempo, até que a ferida urethral esteja completamente fechada, isto é, quatro semanas. Pode-se contar tres a cinco semanas para a restauração urethral e de cinco a sete para a cura total.

## Gravidade da prostatectomia perineal. Accidentes e complicações post-operatorias

**Gravidade da prostatectomia.** — A gravidade d'uma operação avalia-se quasi exclusivamente pela sua mortalidade operatoria.

Esta mortalidade para a prostatectomia perineal, segundo uma communição apresentada por Proust ao VIII Congresso d'Associação franceza d'Urologia que se realisou em Paris em 1904, era de 6,61 por 100. Podemos pois considerar uma operação com tal mortalidade, como uma operação benigna, attendendo a que os individuos que a ella se sujeitam são d'idade avançada, pois a hypertrophia prostatica é como já disse e todos sabem uma doença dos velhos.

**Complicações da prostatectomia.** — Independentemente das complicações d'ordem geral — infecção da ferida, hemorragias secundarias — que são raras, mas que em casos de cura não modificam o resultado funcional, ha tres especies de complicações possiveis, especiaes á prostatectomia perineal, que são: *as fistulas rectaes, as perturbações que sobreveem no aparelho urinario, e as que se manifestam no aparelho genital.*

**Fistulas rectaes.** — A frequencia d'estas fistulas após a prostatectomia perineal (4 a 7 por 100) explica-se pelas connexões intimas que unem o recto e a urethra. A producção d'esta fistula não

implica forçosamente uma laceração do intestino no curso da operação: Horwitz viu duas vezes o dreno perineal de prata lacerar a parede do recto. Para evitar este accidente a drenagem cysto-perineal deve sempre fazer-se com tubos de cantcheouc como manda Albarran.

A apparição da fistula recto urethral pode ser muito tardia. Cserny cita o seguinte caso: N'um doente operado de prostatectomia não viu estabelecer-se a fistula senão no fim da quarta semana. N'este momento sem que a ferida perineal fosse infectada, notou que a maior parte das urinas era corada de materias fecaes, sahindo algumas vezes as urinas completamente limpidas. Verificou que a fistula existia na parte inicial da urethra, porque só as primeiras gottas d'urina eram coradas. Mais tarde, a fistula tornou-se intransitavel ás materias fecaes; em cada micção, uma parte d'urina — cerca d'um quarto — passava para o recto e era expulsa pelo anus.

**Complicações urinarias.**—Entre estas complicações citam-se: as fistulas uro-perineaes, a incontinência d'urina, as alterações e os desvios da urethra (bridas e apertos).

**Complicações do aparelho genital.**—Como complicações do aparelho genital mencionam-se: a orchi-epididymite e a esterilidade.

## Prostatectomia transvesical

O doente soffre a mesma preparação que a já indicada para a prostatectomia perineal.

Proust descreve assim o manual operatorio:

«Faz-se sobre a linha branca uma incisão de 8 centímetros, começando 1 centimetro abaixo do bordo superior da symphise. A pelle e o tecido celular sub-cutaneo uma vez cortados, é facil de vêr, e sentir á palpação uma ligeira depressão media correspondendo ao intervallo dos musculos rectos. Quando esta depressão não é apparente, devemos seguir sempre sobre a linha media e seccionar a aponevrose d'uma extremidade á outra da incisão cutanea. Cae-se assim sobre os bordos internos dos musculos rectos e, mais abaixo, sobre os musculos pyramidaes.

O index é então introduzido, a polpa olhando para deante e para baixo, a unha encostada á face posterior da symphise; depois, dobrado em gancho e seguindo para a parte superior da ferida, distende a parede vesical e recalca para cima o fundo do sacco peritoneal. Dois desviadores lateraes ou, melhor, um desviador automatico expõe largamente a parede anterior da bexiga. Esta é facil de reconhecer graças á disposição caracteristica das suas veias symetricas que se elevam de cada lado da linha media. Duas pinças agarram esta parede anterior o mais acima possivel, de maneira a crear uma prega transversal que o bistouri corta verticalmente, camada por camada, até que a cavidade vesical esteja aberta. O orificio assim feito é augmentado á thesoura — tendo sempre o cuidado de o fazer



exactamente sobre a linha media -- de maneira a permittir facilmente a introducção de dois dedos. Deve-se evitar não prolongar a incisão na região do colo, que sangra facilmente e é geralmente invadida pelo relevo prostatico. Emfim, dois desviadores separam para os lados os dois labios da ferida vesical.

As paredes da bexiga sendo assim desviadas, aprecia-se facilmente a importancia da hypertrophia prostatica. O dedo comprova estes dados e, durante este tempo, a mão esquerda calçada d'uma luva, e introduzida no recto, vem ainda exagerar a saliencia da prostata.

O operador toma então umas thesouras e, atraz da urethra, no ponto mais saliente da prostata, antes sobre a sua vertente posterior que sobre a vertente urethral, a 1 centimetro pelo menos por cima do nivel do baixo-fundo vesical, secciona transversalmente a mucosa: dois golpes de thesoura dão á incisão uma fórma semi-elíptica abraçando a origem da urethra e deixando já vêr o tecido prostatico, branco-rosado, recoberto d'um fino folheto liso.

O index direito é então introduzido, a polpa deslizando sobre a face externa do lobulo direito, a unha descollando gradualmente a mucosa. Pouco a pouco, á medida que este descollamento se effectua, o dedo penetra cada vez mais, progride assim e chega depressa a contornar totalmente a face posterior e inferior da prostata.

N'este momento, a polpa olha directamente para cima e levanta a prostata que começa a bascular.

O medico introduz então pela brecha mucosa o index e vae proceder ao descollamento da face interna do lobulo esquerdo. Aqui, marca-se um tempo de passagem; vae-se passar ao isolamento da extremidade anterior de cada um dos lobulos. Para isto, a sonda que até aqui tem ficado a demora na urethra, é puxada e rebatida por cima da symphise. Ao longo da sonda e por traz d'ella, o index vae explorar a urethra, a polpa olhando a face interna do lobulo esquerdo, depois emquanto

que a próstata é levantada e fixa pelos dedos que estão no recto, deslisa de traz para deante, vae collocar-se na face posterior da symphise e procura contornar de dentro para fóra a extremidade arredondada do lobulo lateral. Com este movimento, o delgado folheto mucoso que tapeta a face interna da prostata, rompe-se e a enucleação do polo anterior do lobulo prostatico prosegue facilmente. N'este momento, pode-se com vagar introduzir os dois dedos, index e medio, por baixo da extremidade anterior do lobulo lateral, e terminar assim por basculo, a extirpação retrograda de metade da prostata.

A libertação retro-pubica, que está assim terminada, é o tempo capital da operação; torna-se difficil quando a prostata é grande, porque o dedo passa então difficilmente entre ella e a symphise, contra a qual se encontra immediatamente applicada.

O dedo reintroduzido na urethra faz esta mesma libertação do lado opposto e a prostata encontra-se livre na bexiga. Nada mais resta do que agarral-a com a mão para a extrahir pela ferida vesical.

Uma rapida toilette com compressas montadas permite seccar a cavidade resultante da ablação da prostata. Ha a notar, que durante a operação não se produz habitualmente hemorrhagia notavel.

Depois de levantada a prostata, colloca-se na bexiga quer um grande dreño modelo Freyer, quer um tubo-siphão de Guyon e a bexiga é suturada parcialmente.

N'um ou n'outro caso o tubo deve mergulhar na bexiga sem se apoiar sobre a parede posterior e sem penetrar na loja prostatica. Eu tenho o habito, fazendo a sutura vesical, de suspender a bexiga ao musculo recto. Esta manobra, que não arrasta nunca a producção d'uma fistula, tem a vantagem de evitar a infiltração do espaço de Retzius.

Para terminar, faz-se a sutura a pontos separados dos musculos e da pelle. Israël vae ainda

mais longe: n'uma recente comunicação á *Société tibre des chirurgiens de Berlin*, relatou varios casos, nos quaes tinha feito a reunião total da bexiga, contentando-se de deixar uma sonda a demora.

Quando se estabelece a drenagem supra-pubica, não se deixa habitualmente sonda a demora».

**Tratamento post-operatorio.**—Durante as primeiras 24 horas, os doentes apresentam muitas vezes crises dolorosas muito intensas e não é raro que no decorrer d'estas crises, emittam expontaneamente um pouco d'urina ou sangue pela urethra. Se se tiver o cuidado de desembaraçar o tubo supra-pubico dos coagulos que o podem obstruir, estas crises não se renovam nos dias seguintes.

Freyer liga uma grande importancia á lavagem da bexiga, que deve ser feita duas vezes por dia, e sob fraca pressão, de maneira a não distender a bolsa prostatica em extremo; esta lavagem executa-se pelo tubo supra-pubico da seguinte maneira:

Introduz-se no seu interior uma canula de calibre sensivelmente mais pequeno, de maneira que o liquido circule livremente entre ella e a parede do tubo e que a bexiga não seja muito tensa. Não se deve passar nenhuma sonda na urethra antes de 12 dias. Freyer retira o tubo quatro a cinco dias após a operação e continua as lavagens pela ferida vesical.

A partir do decimo dia, começa a lavar a bexiga pela urethra, mas sem sonda, á maneira de Janet. Não é senão no decimo quinto dia que se podem fazer as lavagens introduzindo uma sonda urethral.

O emprego do tubo de Freyer tem o inconveniente de deixar os doentes molhar-se pela urina, sendo preferivel pois recorrer á drenagem da bexiga com tubos-syphão, drenagem esta que se prolonga até ao decimo quinto dia, mas tendo o cuidado de diminuir rapidamente o diametro dos drenos empregados, a partir do fim da primeira semana.

## Gravidade da prostatectomia transvesical. Complicações post-operatorias

**Gravidade da prostatectomia transvesical.** — O coefficiente de gravidade d'este processo operatorio é de 7,35 por 100 de mortalidade. E' pois maior que o coefficiente de gravidade da prostatectomia perineal, mas em compensação as suas complicações são muito menos numerosas.

**Complicações da prostatectomia transvesical.** — Estas complicações resumem-se em: hemorragia e infecção.

A hemorragia pode ser immediata e consideravel. E' uma complicação muito rara e que se apresenta quando, em vez de se fazer uma enucleação correcta e methodica, se procede a um arrancamento brutal. Ao contrario, o que se observa algumas vezes, é uma hemorragia pouco grave pela sua abundancia, mas tornando-se pela sua persistencia; quasi sempre simples irrigações d'agua quente bastam para sustal-a.

Em summa, salvo alguns casos absolutamente excepçionaes d'hemorragia, pode-se dizer que a unica complicação da prostatectomia transvesical, é a infecção, quer sob a forma de cellulite pelvia, quer sob a forma d'infecção generalizada, quer ainda muitas vezes sob a forma de complicações pulmonares. Tendo o cuidado de suspender, como aconselha Proust, a bexiga á parede abdominal, evita-se quasi sempre as infiltrações do espaço de

Retzius e por consequencia a cellulite pelvia: mas nas proprias paredes da loja prostatica pode dar-se a reabsorção dos productos septicos e é portanto ahí que está o verdadeiro perigo durante os primeiros dias. Se a drenagem não é absolutamente perfeita, vêem-se os doentes apresentar, em regra no terceiro dia, uma acceleração grande do pulso, sem elevação da temperatura, e uma dyspnea absolutamente caracteristica. Algumas vezes mais tarde, entre o decimo e o duodecimo dia, se a ferida vesical fechou muito depressa e se a urina se accumula sob tensão, antes que a loja prostatica seja de novo tapetada d'um epithelio, podem-se reproduzir estes mesmos phenomenos infecciosos, algumas vezes com grande intensidade. N'este caso devemos reabrir a ferida vesical e drenal-a largamente durante alguns dias. A parte as hemorragias e a infecção não se produzem senão excepcionalmente as complicações da prostatectomia perineal. A ferida do recto nunca se observou. Não ha incontinencia d'urina, apesar da ablação larga e por vezes total da porção inicial da urethra. A epididymite é completamente excepcional, porque se respeitaram os canaes ejaculadores. A potencia genital é habitualmente conservada. A persistencia da fistula supra-publica não se tem observado senão muito raramente.

## Resultados therapeuticos da prostatectomia

O primeiro resultado obtido com a prostatectomia, é o restabelecimento da micção espontanea.

Se a operação visasse unicamente este fim, dir-se-ia que este era sempre satisfeito, mas o restabelecimento da micção espontanea não é senão um dos *desiderata* da prostatectomia: um outro mais importante ainda, é o obter que os doentes esvasiem por completo a bexiga. Ora, debaixo d'este ponto de vista, os resultados são diferentes segundo se trata da prostatectomia perineal ou da prostatectomia transvesical.

Entre os operados da prostatectomia perineal, uns evacuum bem a bexiga, outros evacuum-a mal. Os primeiros pertencem á classe de retencionistas completos, quer a retenção seja aguda ou chronica, os segundos pertencem á classe dos retencionistas incompletos. Esta differença de resultados debaixo do ponto de vista da evacuação da bexiga, provém da relaxação vesical que é mais accentuada nas retenções incompletas que nas retenções completas. De resto, esta relaxação não é definitiva e uma vez supprimido o obstaculo, vê-se a bexiga retomar, ainda que lentamente, a sua contractilidade e o residuo urinario diminuir e mesmo desaparecer com o tempo.

Após a prostatectomia transvesical, pelo contrario, a persistencia d'um residuo parece absolutamente excepcional; *não encontrei observações*

---

*em que ella seja mencionada.* Ha então debaixo d'este ponto de vista, entre os dois methodos da prostatectomia, uma notavel differença que se pode explicar da seguinte forma.

A prostatectomia perineal facilita a tarefa da bexiga supprimindo o obstáculo prostatico, mas como deixa subsistir a urethra prostatica, o trabalho a fornecer para fazer atravessar á urina este segmento de canal, muitas vezes desviado, é ainda muito consideravel para a bexiga enfraquecida d'um retencionista incompleto chronico.

Pelo contrario, após a prostatectomia transvesical, que supprime ao mesmo tempo a prostata e a porção inicial da urethra, a bexiga mesmo enfraquecida, pode sempre evacuar, directa e facilmente na urethra membranosa a urina que contém, porque não existe a resistencia interposta entre este canal, curto e inflexivel, e ella.

## Indicações da prostatectomia

Para formular as indicações da prostatectomia devemos nos basear sobre: 1.º, a evolução do prostatismo; 2.º, o estado da bexiga; 3.º, os resultados do exame clinico da prostata, e 4.º, a existencia de complicações.

### **Indicações tiradas da evolução do prostatismo.**

—Do facto da prostatectomia supprimir todo o obstaculo urethral, não se segue que seja praticada todas as vezes que tal obstaculo exista.

A operação muito precoce tem seus inconvenientes. A prostatectomia perineal, por exemplo, é uma operação benigna, mas apresenta uma consequencia grave: muitas vezes, para não dizer quasi sempre, arrasta a perda das funções genitales. Quando se trata de velhos, não possuindo senão uns restos d'uma genitalidade desfallecida, o facto não tem muita importancia; mas quando se trata d'um homem ainda novo, a operação está contraindicada. A gravidade das outras complicações inherentes á via perineal, a gravidade mais elevada da prostatectomia transvesical são outras tantas razões que aconselham a abstenção no começo do prostatismo, tanto mais que n'este momento não se pode dizer que o doente esteja fatalmente condemnado a vêr desenrolar em si todos os etapes da doença.

Se é mau intervir no primeiro periodo do pros-



tatismo é igualmente mau, ou pelo menos perigoso, não operar senão no terceiro periodo em doentes tendo a bexiga forçada, apresentando retenção com distensão.

E' então durante o segundo periodo, quando as perturbações congestivas dão logar ás perturbações mechanicas e que apparece a retenção, que convém operar.

#### **Indicações tiradas da natureza da retenção.**—

A retenção d'urina é uma indicação sufficiente da prostatectomia? Nas formas chronicas, sem ser uma indicação necessaria, constitue uma indicação sufficiente.

Todavia, na classe das retenções chronicas, a retenção completa e a retenção incompleta criam indicações um pouco differentes, porque ellas mesmo tem uma acção differente sobre o estado da bexiga.

N'estes dois typos de retenção chronica, completa ou incompleta, as difficuldades do catheterismo são uma indicação a favor da operação.

#### **Indicações tiradas do exame clinico da prostata.**— Tres casos se podem apresentar:

a) *Ha tumor prostatico mas não ha retenção* — E' então preferivel não intervir, salvo indicações especiaes: dôres, hematurias, cystites repetidas.

b) *Ha retenção mas não ha tumor prostatico* — Esta ausencia de tumor prostatico não deve ser affirmada senão após exploração minuciosa e emprego do cystoscopio. Quasi sempre se descobre ao nivel d'uma prostata que se julgava pequena, deformações sufficientes para explicar a retenção e legitimar por consequencia a prostatectomia.

c) *Ha ao mesmo tempo retenção e tumor prostatico* — A operação n'este caso está formalmente indicada.

#### **Indicações tiradas da existencia de complicações.**— Uma das complicações é a existencia de cal-

culos. Muitos cirurgiões consideram o calculo uma indicação da operação, pois, dizem, supprimir ao mesmo tempo a causa e o effeito, o calculo e o baixo-fundo.

Em caso de calculo é preferivel a litotricia. Só a recidiva dos calculos e o volume da prostata, tornando difficil a passagem do litotritror, indica a operação. As hematurias repetidas, os ataques da cystite frequentes, as crises dolorosas, emfim tudo o que traduz o soffrimento da bexiga, deve egualmente abreviar a decisão operatoria.

**Contra-indicações.** — A operação da prostatectomia está contra-indicada: quando o doente está muito enfraquecido ou muito edoso para supportar uma operação; quando a infecção é muito avançada, quando ha pyelo-nephrite, grandes accidentes febris que augmentam as probabilidades da mortalidade operatoria; quando existem abcessos péri-vesicaes, prostaticos, ou péri-prostaticos que tornam a operação especialmente grave feita em pleno fóco purulento; quando o doente se apresente em plena retenção, com distensão e micção por regorgitamento.

## Indicações respectivas da via perineal e da via transvesical

Do estudo que acabamos de fazer conclue-se que se a prostatectomia perineal é uma operação mais benigna, a prostatectomia transvesical ainda que mais perigosa é uma operação mais efficaz e menos sujeita a complicações.

N'estas condições é racional empregar a prostatectomia transvesical nos casos em que a perineal parece *à priori* insufficiente e n'aquelles em que tem maiores probabilidades de se acompanhar de complicações.

Vimos que nos casos de retenção incompleta a prostatectomia perineal estava longe de dar constantemente resultado curativo.

N'estes casos está justificada a prostatectomia transvesical.

Em casos d'ablação de prostatas muito grandes a prostatectomia perineal tem probabilidades, como já vimos, de ser seguida de incontinençia. N'estes casos ainda a via transvesical está indicada.

Emfim, a presença de grandes calculos uricos, cuja ablação complica a prostatectomia perineal, é mais uma indicação para a via transvesical.

Em compensação, um estado d'infeção característico torna a operação por via transvesical muito perigosa e devemos então preferir a via perineal.

Emfim, as prostatas pequenas esclerosadas, apresentando lesões de peri-prostatite, e portanto difficeis de enuclear, devem egualmente ser indicações da prostatectomia perineal.

Tem pois o cirurgião á sua escolha dois processos operatorios, cuja escolha deve depender unica e simplesmente da indicação respectiva.

Para muitos o melhor seria o processo perineal, para muitos outros o processo transvesical.

## OBSERVAÇÃO I

Manoel Antonio Magalhães, de 47 annos d'idade, casado, jornalista, natural de Carrazeda d'Anciães, deu entrada na enfermaria n.º 1 do Hospital Geral de Santo Antonio — clinica cirurgica da Escola — em 4 de novembro de 1905, queixando-se de dôres na bexiga, e urinando sangue.

**Historia da doença** — Um anno e meio antes de dar entrada no Hospital sentiu uma manhã, ao urinar, uma picadella na ponta da verga, que logo passou, voltando a apparecer um mez depois, desapparecendo como da primeira vez. Volvidos, após esta segunda picadella, trez ou quatro mezes e tambem ao levantar, sentiu nova picadella acompanhada de arrepios, dôres no corpo, especialmente nas pernas, tendo de recolher immediatamente á cama.

Anciava extremamente por urinar, mas apenas urinou umas trez gottas e isto com uma ardencia grande na urethra. Passados dias urinou, diz elle, 2 a 2  $\frac{1}{2}$  litros de sangue. Isto, segundo apurei, foi urina sangrenta, trazendo consigo coagulos de tamanho e volume variaveis que diz elle obstavam a micção. Estas urinas sangrentas passaram com o repouso, não completamente, pois durante muito tempo e ainda mesmo quando entrou para o Hospital, as urinas eram, ainda que levemente coradas de sangue. Dizia elle que, enquanto urinava, o jacto d'urina desapparecia de quando em quando. Finalmente deu entrada no Hospital onde o observei.

**Exame do doente** — No dia d'entrada observei uma tumefação na região hypogastrica. Havia retenção completa d'urina que cedeu após o catheterismo; as urinas eram turvas e deixavam no fundo do vaso um grande deposito. Esta retenção desappareceu e o doente tinha micções nocturnas frequentes, com sensação d'uma micção incompleta. Umaz vezes estas micções eram indolores, outras pelo contrario eram difficeis, dolorosas e sangrentas. O jacto d'urina era delgado e não era projectado, cahindo immediatamente após sahida da urethra. Pelo catheterismo notei que a sonda ao passar pela região prostatica a vencia com difficuldade, algumas vezes até sendo necessario muito tempo para atravessal-a. O toque rectal deu-me a conhecer uma prostata bastante hypertrophiada, dura, lisa e bastante dolorosa á pressão.

**Tratamento** — Após a sua entrada na enfermaria foram-lhe extrahidas as urinas, que depois eram tiradas de 4 em 4 horas, dando-se-lhe em seguida uma lavagem com agua borica. Depois de desapparecer a retenção completa eram-lhe feitas lavagens com uma solução de nitrato de prata a  $\frac{1}{3000}$ , e mais tarde com uma solução de tanino a 2  $\frac{0}{10}$ . Internamente administrou-se-lhe urotropina na dose de 1 gr. por dia. Com este tratamento o doente obteve algumas melhoras e não querendo ser operado sahio do Hospital nos fins de fevereiro.

Sei que o doente actualmente se encontra peor.

## OBSERVAÇÃO II

Augusto Pereira da Silva, de 59 annos d'edade, casado, alfaiate, natural de Coimbra, deu entrada na enfermaria n.º 1 do Hospital Geral de Santo Antonio — clinica cirurgica da Escola — em 15 de janeiro de 1906, queixando-se de dôres na bexiga.

**Historia da doença** — Alguns mezes antes de dar entrada no Hospital sentiu de noite umas colicas (?) bruscas que se acalmaram após difficultosa micção. Sentindo-se bem durante alguns dias, deixou a dieta que por conta propria estabeleceu, caldos e leite. Não tardou que sentisse novo abalo mais forte que o obrigou a procurar um medico que o curou (!) tirando-lhe as urinas por meio d'uma algalia e receitando-lhe umas hostias com uns pós brancos de gosto desagradavel, de que fez uso durante muito tempo e a conselho do medico. Passado algum tempo, nada sentindo, julgou desnecessario continuar com o uso d'esse medicamento, o que fez. Nôvos ataques e identico tratamento até que, obrigado especialmente pelos continuos desejos d'urinar não só de dia mas de noite que o importunavam, reduzindo-lhe bastante o pouco tempo de repouso que já até ahí dispunha, deu entrada no Hospital.

**Exame do doente** — Notei frequencia de micções com jacto d'urina fraco muito turvo e de pequena trajectoria. Terminada uma micção queixava-se que ficava com vontade de nova micção, mas por mais que a provocasse não satisfazia tal desejo.

Feito o catheterismo com as precauções ordinarias, notei a certa altura um estrangulamento insufficiente para explicar o jacto tão reduzido, após o que continuando a exploração senti um ligeiro desvio para a esquerda ao atravessar com a sonda a região prostatica. Feito este catheterismo diversas vezes, notei que havia urina residual em quantidade variavel entre 50 a 55 gr.

O toque rectal deu-me a conhecer a prostata bastante augmentada de volume mais accentuado á direita, consistente e dolorosa á pressão.

**Tratamento** — Lavagens á bexiga com uma solução de nitrato de prata a 1/2000 e mais tarde de 1/1000. Collocou-se-lhe uma sonda permanente e administrou-se-lhe internamente urotropina na dose de 5 decigrammas (2 hostias por dia). Foi-lhe administrado um purgante por causa da prisão de ventre. A sua alimentação constava de leite, bife de vitella, que depois foi substituida por leite, pão e seis ovos.

O doente obteve algumas melhoras e pediu alta no dia 24 de março sem fazer a operação.

# PROPOSIÇÕES

---

**ANATOMIA** — O conhecimento perfeito d'uma região anatomica nem sempre evita surpresas ao operador.

**PHYSIOLOGIA** — Ha relações entre a posição da membrana do tympano e o desenvolvimento intellectual.

**HISTOLOGIA** — A unidade histologica do figado é a cellula hepatica.

**PATHOLOGIA GERAL** — O estudo da chimica tal como é feito no curso superior de nada nos serve para o estudo da medicina.

**ANATOMIA PATHOLOGICA** — Sob o ponto de vista histologico e chimico, a autopsia tardia é prejudicial aos interesses da sciencia.

**MATERIA MEDICA** — A natureza é a melhor das therapeuticas.

**PATHOLOGIA EXTERNA** — A blennorrhagia é uma doença grave.

**PATHOLOGIA INTERNA** — A estase prolongada das materias fecaes no intestino, pode dar origem não só a peritonites, mas tambem a perfurações intestinaes.

**OPERAÇÕES** — Prefiro a prostatectomia transvesical á prostatectomia perineal.

**HYGIENE** — Os preceitos hygienicos da Santa Casa do Hospital da Misericordia, deixam muito a desejar.

**PARTOS** — A applicação do forceps em diametro transverso no estreito superior é inadmissivel.

**MEDICINA LEGAL** — E' difficil ser-se um bom medico legista.

---

VISTO.  
O presidente,  
*Lopes Martins.*

PODE IMPRIMIR-SE.  
O director,  
*Moraes Caldas.*