

11006

1905

Albino d'Azevedo Maia

N.º 4

DUAS PALAVRAS

SOBRE

HYPERTROPHIA DA PROSTATA

E SEU TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typ. C. Vasconcellos

1905

123/4 Ene

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedratcos

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

Lentes jubllados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgiaa | } Pedro Augusto Dias. |
| | } Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | } Vaga. |
| | } Vaga. |
| Secção cirurgiaa | } Vaga. |
| | } Antonio Joaquim de Sousa Junior. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|---------|
| Secção cirurgiaa | } 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)

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O EX.^{mo} SNR.

Dr. Roberto Frias

*Homenagem ao seu
muito saber e á sua ex-
trema bondade.*

PROLOGO

Tendo de escolher um assumpto qualquer que servisse para a defeza da nossa these, pensamos já pelo meado do anno lectivo em aproveitar para isso um doente portador d'uma hypertrophia da prostata, que tivemos n'uma enfermaria de clinica chirurgica e a quem o nosso illustre professor, Snr. Dr. Roberto Frias, tinha resolvido fazer a prostatectomia.

Tomamos conta do caso e até, diga-se de passagem, com um certo enthusiasmo, não só porque iamoss assistir a uma operação nova para nós, o que sem duvida despertava um certo interesse, mas tambem porque ao ouvir as sábias lições do nosso mestre sobre o caso notamos n'elle um enthusiasmo e uma confiança pelo bom exito da operação que se arraigaram no nosso espirito com a mesma intensidade que

aquella de que então estava possuido S. Ex.^a, embora esse nosso enthusiasmo fosse illegitimo e o seu perfeitamente legitimo.

Soffremos porém depois uma decepção.

Combinou-se o dia da operação e já o doente estava na sala para ser operado quando se resolveu adiar a mesma por causa do dia frio e humido que então estava.

Aguardavamos assim um dia melhor, quando por esta occasião e inopinadamente o doente pede alta.

Fomos assim levados a tratar differentemente o assumpto. Tinhamos resolvido escrever sobre prostatectomia perineal, e depois do doente pedir alta, resolvemos escrever sobre hypertrophia da prostata.

Ainda assim, tratando-se d'esta e embora a operação não fosse feita, não deixaremos de abordar no capitulo—Tratamento—a technica operatoria da prostatectomia perineal.

E' um trabalho sem valor algum, que tem unicamente o fim de satisfazer as exigencias da lei e que representa tão sómente o producto d'aquillo que lemos em livros, aonde o assumpto vem proficientemente tratado e d'algumas

lições que attentamente escutamos ao illustre professor de clinica chirurgica e nosso dignissimo presidente, Snr. Dr. Roberto Frias.

Que o illustre jury, pois queira vêr n'este modestissimo trabalho, unica e simplesmente o desejo de cumprir o regulamento da Escola.

DEFINIÇÃO

A hypertrophia da prostata é uma lesão caracterisada pelo augmento de volume parcial ou total d'este órgão, sobrevivendo a um augmento de volume dos differentes tecidos que compõem esta glandula. Por aqui vêmos pois que a hypertrophia não é mais do que o desenvolvimento mais ou menos consideravel de cada uma das partes morphologicas que constituem a prostata no estado normal, sem que haja a producção de elementos heterogeneos. Albarran dá uma definição a que chama anatomica e que é a seguinte:

«L'hypertrophie de la prostate est une neoplasie d'origine glandulaire se présentant sous des formes anatomiques variées qui sont l'adénome, l'adeno-fibrome, et le fibrome glandulaire». Mansell Moulin diz: L'hypertrophie est essentiellement un tumeur fibro-adénomateuse.

A hypertrophia da prostata é frequente dos 52 aos 70 annos e muito rara nas outras eda-

des. Citam-se todavia casos em individuos de 37, 25 e até 20 annos.

O tamanho que esta glandula adquire é ás vezes enorme; o seu peso que no estado normal é de 10 grammas ou menos, chega por vezes a assumir proporções enormes. Legueu cita prostatas estirpadas por elle em que o seu peso era de 30 a 160 grammas, Henry Reynés cita o caso d'uma que pesava 215 grammas. Albarran e outros teem feito resecções de prostatas hypertrophiadas em que o peso é muito superior ao normal e em algumas extraordinario. Thompson refere o caso d'uma hypertrophia em que a prostata pesava 360 grammas.

ETIOLOGIA

As causas que produzem a hypertrophia da prostata não são ainda bem conhecidas.

Variadissimas são as circumstancias que teem sido incriminadas como causas productoras d'esta lesão e variadas tambem as theorias que tendem a explical-a. Assim é que alguns consideram como agente productor da hypertrophia prostatica certas diatheses; taes como: o escrofulismo, a gotta, o rheumatismo, a syphilis e a tuberculose.

Larbaud admitte uma predisposição hereditaria. Entre as causas locaes, teem-se accusado a prostatite aguda e chronica, o catheterismo frequente, a gonorrhêa, os calculos vesicaes e os apertos. Do mesmo modo se teem incriminado os excessos sexuaes, a posição assentada muito prolongada, a equitação, as refeições muito copiosas e muito frequentes, o abuso do alcool, o uso de diureticos irritantes, etc. D'uma maneira geral podemos dizer que todas

as causas capazes de congestionar mais ou menos os órgãos da bacia.

Entre as theorias que pretendem explicar a hypertrophia prostatica referiremos a theoria da arterio-sclerose sustentada por Guyon e Lannois.

Segundo estes o augmento de volume da prostata não deve ser considerado como uma formação neoplasica local, mas sim como o symptoma local d'uma arterio-sclerose de todo o aparelho urinario: rim, uretêres, bexiga e prostata.

Esta theoria foi combatida por Casper, Virchow e Thompson.

Trabalhos d'este e de Albarran, Motz e Hallé vieram depois mostrar que a arterio-sclerose é rara na hypertrophia da prostata e que quando coexistem ambas, não ha todavia relação entre ellas.

Muitas outras theorias se teem apresentado, taes como: a de Stilliry, Harrisson, Griffidhs, Assmeith, mas que não são hoje admittidas. Por ultimo temos a theoria neoplasica, sustentada por Hallé e Albarran, que não tem sido contestada e que considera a hypertrophia da prostata, como já disse acima, uma neoplasia d'origem glandular apresentando-se sob formas variadas, como: adenoma, adeno-fibroma ou fibroma glandular.

Proust e Le Dentu admittem que a hyper-

trophia da prostata não é mais do que um tumor benigno.

Qualquer que seja a etiologia e a pathogenia d'esta lesão, o que nós sabemos é que a hypertrophia da prostata é uma doença grave, tanto mais que os prostaticos estão no numero d'aquelles doentes que põem muitas vezes fim aos seus soffrimentos pelo suicidio.

SYMPTOMATOLOGIA

O augmento de volume da prostata tem uma evolução tão regular que permite dividir os seus symptomas em grupos e estabelecer portanto, periodos successivos da doença. Guyon considera tres periodos: o das perturbações da micção (periodo premonitorio) em que a bexiga apesar do augmento de volume da prostata se despeja por completo; o periodo da retenção aguda em que o doente ás vezes não consegue urinar, ou urina só uma parte do conteúdo vesical, e finalmente o periodo da retenção chronica ou de incontinencia, que se dá por regorgitamento.

No primeiro periodo da affecção as necessidades d'urinar são frequentes durante a noite, sobretudo depois da meia noite, o jacto d'urina que leva tempo a vir é fraco e em vez de ser projectado a distancia como normalmente, cæe verticalmente. De manhã logo depois de se levantarem os doentes são obrigados a urinar varias vezes. Teem geralmente prisão de ventre,

comichão na glande e erecções matinaes sem nenhum desejo genesico, que incommodam extraordinariamente os doentes. Durante o dia sentem-se geralmente bem e esvasiam a bexiga em intervallos normaes.

A frequencia das micções nocturnas é attribuida á congestão da prostata, determinada pelo decubito horisontal e pelo calor do leito. N'este periodo os prostaticos sentem uma tensão desagradavel no perineo e muitas vezes para despejarem a bexiga teem d'urinar por duas ou tres vezes.

Teem de evitar tudo o que lhes possa congestionar a prostata, porque a congestão vae aggravar todos os symptomas, podendo levar á retenção incompleta. Muitos doentes procuram facilitar a micção por differentes estratagemas: uns põem em acção a pressão abdominal, outros apoiam a cabeça contra um plano resistente, outros ainda põem-se de cocoras e fazem esforços de defecação. Todos estes meios porém não teem acção alguma sobre o jacto d'urina, a sua acção exerce-se tão sómente sobre o recto, provocando a expulsão de flatulencias e materias fecaes. Os doentes facilitam a saída da urina, passeando no seu quarto.— Vignerón refere ter visto hypertrophicos retentionistas, nos quaes o catheterismo era impossivel quando os doentes tinham por muito tempo permanecido no leito, mas que era rela-

tivamente de grande facilidade quando obriga-va esses doentes a passear durante uma hora ou mais antes de proceder a elle.

Os symptomas da hypertrophia prostatica n'este periodo podem ser mais ou menos accentuados e para isso concorre em grande parte a acção de differentes causas.

As longas viagens em caminho de ferro, os excessos de comidas e bebidas, particularmente o abuso de bebidas alcoolicas, são causas nocivas. Teem-se incriminado tambem os excessos do coito, mas para Guyon, o coito moderado e praticado em intervallos regulares é antes favoravel. Como causas aggravadoras da doença contam-se tambem o frio e a humidade dos pés.

Alguns e entre elles Albarran dizem que a retenção completa aguda não sobrevem n'este periodo.

Frisch não é d'esta opinião. Segundo elle a retenção completa pode apparecer muito bem n'um prostatico no primeiro periodo da doença; basta que haja para isso o concurso d'uma causa qualquer, como o arrefecimento ou uma d'aquellas que mencionamos acima.

A retenção n'este caso é devida a uma infiltração do tecido prostatico, que augmenta tanto mais quanto mais tempo durar a retenção d'urinas.

N'estes casos depois do catheterismo, geral-

mente o doente continua a despejar por completo a sua bexiga.

Esta primeira phase da doença pode durar muito tempo, até annos.

No segundo periodo, o da retenção aguda, os symptomas vão-se aggravando, e os doentes ás vezes não conseguem expellir todo o conteúdo da bexiga, outras vezes mesmo a retenção aguda é completa; estas retenções succedem-se frequentemente, e com o catheterismo, nem sempre o doente fica despejando a sua bexiga por completo.

A dysuria nocturna que apparecia no primeiro periodo apparece agora tambem durante o dia. Os doentes urina geralmente todas as horas, mas a micção nunca é completa e não é seguida d'uma sensação de bem estar. Esta umas vezes é indolôr e relativamente facil, outras vezes é difficil e dolorosa. A retenção completa observa-se mais frequentemente do que no primeiro periodo; nunca desapparece completamente e necessita muitas vezes o emprego do catheterismo.

Então ou o doente ainda consegue urinar uma pequena porção d'urina e temos a retenção chronica incompleta, ou não consegue expulsar liquido algum e temos a retenção chronica completa.

Em qualquer d'estes casos o doente tem entrado assim no terceiro periodo.

*

No segundo periodo apparece geralmente polyuria, a micção é dolorosa e as urinas são turvas devido á frequencia com que se dá a stase urinaria aguda.

Estas conteem muitas vezes pequenas quantidades de assucar e albumina. Geralmente os doentes teem constipação, e são tambem frequentes as perturbações gastro-intestinaes.

Queixam-se d'uma sêde ardente, teem falta d'appetite, nauseas, e por vezes mesmo vomitos; emfim apresentam já os signaes da intoxicação urinosa. E' frequente tambem apparecerem phenomenos febris passageiros, sobretudo á tarde. A duração d'este periodo é muito mais curta do que a do primeiro; segue-se o terceiro, que é o chamado da retenção chronica ou de incontinencia.

Este é caracterizado pela repleção e pela distensão ao maximo da bexiga. A retenção póde a principio não ser completa, e n'este caso não ha a distensão da bexiga, mas com o tempo vemos o doente entrar no periodo da retenção chronica completa, em que a bexiga cheia e distendida parece um tumor duro, que chega ás vezes até o umbigo. Esta é então facil de delimitar pela percussão. E' n'esta occasião que apparece a incontinencia, devida á pressão da urina, que consegue vencer os sphincteres, d'onde o nome de incontinencia pôz regorgitamento.

A micção torna-se extraordinariamente frequente; os doentes urinam todos os quartos d'hora, por vezes mesmo todos os cinco minutos, mas não conseguem expulsar senão quantidades minimas d'urina; o seu volume chega a attingir durante as 24 horas 4 litros e mais. A incontinença que a principio apparece durante a noite, mais tarde dá-se tambem durante o dia, e é absolutamente indolôr. Apparecem então as perturbações digestivas, descriptas por Guyon, com o nome de dyspepsia urinaria.

O doente que muitas vezes tem fortes dôres de cabeça, não tem appetite, tem nauseas, vomitos, seccuras e dysphagia. A saliva é acida e pouco abundante, a lingua apresenta-se sêcca e a prisão do ventre desaparece geralmente para dar logar á diarrrhêa; ha febre e soluços. Por fim o doente morre com todos os symptomas d'uma intoxicação urinaria.

As urinas n'este periodo, podendo apresentar-se claras e limpidas, são as mais das vezes bastante turvas. O doente apresenta-se emmagrecido e com uma côr amarellada, o que nos não deve surprehender porque n'esta occasião o doente está com a cachexia urinaria originada não só pelas perturbações digestivas de que está ameaçado, mas tambem pela intoxicação do organismo, proveniente da retenção de urinas e das alterações dos rins que não eliminam o que deviam eliminar. E' claro que se

houver uma infecção qualquer, proveniente do catheterismo ou d'uma outra causa sobreveem assim complicações que matam o doente n'um espaço de tempo muito mais curto. Estas infecções dão-se com facilidade e com grande frequencia devido ao estado em que se encontram as vias urinarias, e o que as origina geralmente é o catheterismo.

COMPLICAÇÕES

Quasi sempre a marcha da hypertrophia prostatica é acompanhada de diversas complicações de natureza inflammatoria e infecciosa. As alterações do aparelho urinario provocadas pela stase da urina, a congestão e a hyperemia da mucosa da bexiga, dos uretères e dos bassinettes e as perturbações mechanicas da dilatação facilitam singularmente a penetração e o desenvolvimento dos germens pathogenicos.

A causa mais frequente da infecção, é, como já tivemos occasião de dizer, o catheterismo. Podemos até dizer que um prostatico que é sondado ha bastante tempo difficilmente escapará á infecção. Devemos, porém, notar que esta pôde produzir-se tambem espontaneamente, independente de todo o catheterismo, e em differentes pontos do aparelho urinario, na prostata, no tecido periprostatico, no testiculo e nas vesiculas seminaes. Guyon attribue a fa-

cidade da infecção dos prostaticos á arterio-sclerose de todo o apparelho urinario.

Vejamos agora quaes as complicações mais frequentes susceptíveis de apparecerem n'um prostatico.

Cystite

Umas das mais frequentes é sem duvida a cystite, que pode apparecer espontaneamente ou depois d'um catheterismo. Comprehende-se que n'este ultimo caso nós com a sonda vamos impellir os germens infecciosos da uretra para a bexiga ou os levamos directamente de fóra. Estes chegados á bexiga encontram um excellente meio de cultura que é a urina residual que ella contém. E não se diga que se a infecção se deu, é porque o catheterismo foi feito sem as devidas precauções e em más condições de asepsia, porque ella póde dar-se depois do catheterismo mais aseptico possível.

A cystite constitue uma complicação tanto mais grave quanto ella é mais intensa. Emquanto a bexiga esvasia completamente o seu conteúdo, a sua gravidade não é grande e póde até curar-se radicalmente; mas desde que a bexiga se tornou insufficiente, a cura completa é então já muito rara e os perigos da cystite são grandes.

Orchi-epididymites

Uma outra complicação que pôde apparecer tambem no prostatico são as orchi-epididymites.

Estas que não são mais do que a inflamação do testiculo e do epididymo provém do emprego da sonda permanente ou d'uma maneira geral da introdução de instrumentos na uretra, que vão provocar uma uretrite traumatica; mas podem tambem provir da propagação directa do agente infeccioso da uretra para os conductos spermaticos; comprehende-se tambem que a infecção vinda da prostata ou mesmo a urina as possam produzir.

Pyelite e nephrite

Estas são tambem complicações septicæ que podem apparecer no prostatico.

A nephrite apresenta-se geralmente debaixo da forma de nephrite infecciosa, mas pôde tambem apparecer sob a forma de nephrite sclerosica não infecciosa, em casos de retenção aseptica. A infecção na maior parte dos casos tem uma marcha ascendente partindo da bexiga e subindo até os rins, e vae terminar pela sclerose ou pela suppuração. Pôde sobrevir tambem a pyelite, cujo principio não é facil de constatar porque os seus symptomas confun-

dem-se n'este momento com os da cystite. Esta ás vezes revela-se por arrepios, nauseas e vomitos; outras vezes observa-se dôr á pressão na região renal, mas este symptoma falta por vezes. O signal que melhor nos põe no caminho do diagnostico é a quantidade consideravel de pús no sedimento urinario. A pyelite apresenta se geralmente debaixo da forma chronica.

Hematuria

E' esta uma complicação bastante frequente e que pôde arrastar a morte ao doente. Ella é devida á grande congestão dos órgãos genito-uritarios, ou a um falso caminho. Pôde tam-bem apparecer espontaneamente sem causa alguma conhecida; o arrefecimento, o abuso do alcool, a retenção prolongada parece terem uma tal ou qual acção.

Ha uma variedade de hematuria bem descripta por Guyon e Albarran, que se dá na retenção chronica, em seguida a um catheterismo, pelo qual a bexiga se tenha despejado rapidamente.

Os vasos que estão dilatados em virtude das alterações soffridas e estavam submettidos a uma grande pressão, enchem-se de sangue, a bexiga que está flacida e lhe falta a pressão intravesical, sangra atravez da parede dos seus vasos, isto é, dá se uma hemorrhagia ex-vacuo.

Casos ha em que a parede dos vasos se póde romper.

Estas hematurias são tão grandes ás vezes. que podem matar, e é por isto que Guyon aconselha, que a evacuação da bexiga se deve fazer vagarosamente, para se evitar esta congestão á vacuo, que se póde dar em todo o systema urinario e não se limitar só á bexiga.

Além d'estas, outras complicações podem ainda apparecer ao prostatico no decurso da sua doença, taes como o aspermatismo, que é produzido pela obliteração dos canaes ejaculadores, e que não constitue para o doente grande mal attendendo a que os prostaticos são em regra individuos velhos. A transformação da hypertrophia da prostata em epithelioma entra tambem no grupo das complicações.

DIAGNOSTICO

Os symptomas que acabamos de descrever permittem-nos chegar ao diagnostico da hypertrophia da prostata sem grande difficuldade.

Um facto importante que temos desde já a considerar é que a hypertrophia da prostata apparece sempre, com rarissimas excepções, em pessoas de idade avançada.

Em regra geral são as modificações e as difficuldades da micção que levam o doente a consultar o medico.

O augmento de volume da prostata só por si mesmo não dá logar a nenhum symptoma, e é precisamente por isto que todos os casos que evolucionam sem obstrucção do colo vesical podem passar desapercibidos. Socin pretende que em muitos casos a hypertrophia prostatica não se revela durante a vida; e assim não sómente os doentes não morreram d'esta affecção, visto que ella não produziu perturbações de especie alguma, mas tambem pela mesma razão nunca elles se trataram d'ella.

Para estabelecermos, pois o nosso diagnostico começaremos pelo exame do doente. Se este nos accusa dysuria unicamente nocturna ou produzindo-se nas primeiras horas da madrugada, conservando-se a micção normal durante o dia, tudo isto é indicio de que se trata d'um prostatico no primeiro periodo. Se ha augmento na frequencia da micção tanto de dia como de noite, isto indica que a bexiga se tornou já insufficiente; a micção por regorgitamento é caracteristico do terceiro periodo.

Como symptoma subjectivo temos a micção difficil, retardada com participação da pressão abdominal, ou d'outros meios quaesquer de que o doente se serve por vezes, mas que não teem acção alguma sobre o jacto d'urina. Dá-se o contrario nos casos de aperto da uretra, pois que n'estes a acção d'aquelles exerce-se favoravelmente.

Além d'isso a difficuldade d'urinar n'um prostatico augmenta ainda quando elle se conserva por bastante tempo sentado ou pelo repouso no leito ou ainda mesmo pela constipação. Dá-se com estes o inverso do que se dá com os individuos portadores de calculos. Estes sentem-se melhor com o repouso, ao passo que os prostaticos com o movimento. Os dados porém fornecidos pelo doente nem sempre são sufficientes para se estabelecer o diagnostico e o exame local deve ser sempre praticado quan-

do nos apparece um individuo que suspeitemos portador de hypertrophia prostatica. Refiro-me ao catheterismo e ao toque rectal que devem ser sempre praticados.

Quando fazemos o catheterismo n'um prostatico, a sonda entra na maior parte das vezes com mais ou menos facilidade na bexiga e não encontra obstaculo senão para além da porção membranosa.

Nos individuos portadores de apertos, a sonda pára em geral ao nivel da porção membranosa, que é a séde habitual dos apertos.

O outro meio preciso para o diagnostico é o toque rectal.

Introduzindo o index no recto depois de collocado o doente na devida posição vamos explorar a superficie da prostata que faz saliencia no recto. Esta quando a hypertrophia é consideravel constata-se facilmente. O bordo superior da prostata facil de attingir no estado normal, não o é em casos de hypertrophia consideravel.

Umas vezes desde que o dedo passou o sphincter anal encontra o tumor, outras vezes toda a prostata augmentada parece repellida para cima, de maneira que a distancia entre o bolbo da uretra e o bico da prostata é maior do que no estado normal. A hypertrophia asymetrica dos lobulos lateraes é facilmente constatada.

Quando a hypertrophia é pouco accentuada não se manifesta muitas vezes senão pela extincção do sulco mediano; a prostata que conserva o seu volume normal tomou uma fôrma espherica.

Emfim em certas fôrmas de hypertrophia do lobulo médio nota-se uma depressão mais forte do sulco mediano que é igualmente dirigido para cima. O toque rectal porém não nos dá só as modificações de volume e fôrma das differentes partes da prostata, mas tambem a sua consistencia e sensibilidade.

A superficie da glandula póde apresentar-se lisa ou bosselada. A consistencia póde ser dura ou molle. A's vezes o toque vae revelar-nos partes da prostata que se deixam deprimir muito facilmente; e quando isto aconteça ou quando a sensibilidade á pressão é muito accusada em certos pontos devemos pensar na possibilidade de lesões inflammatorias e examinar com cuidado o liquido exprimido.

A presença de calculos prostaticos constata-se muitas vezes facilmente pelo toque rectal, quer seja pela consistencia dura ou então pela crepitação quando os calculos são multiplos.

O diagnostico das complicações da hypertrophia prostatica necessita a analyse chimica e microscopica da urina. A cystite não é difficil de diagnosticar desde que a urina se apre-

sente turva e o doente accuse micções dolorosas e frequentes.

Póde acontecer porém que o pús póde não provir da bexiga, mas d'outros pontos das vias urinarias, como os bassinets ou até mesmo a prostata. A pyelite e a nephrite, sobretudo as fôrmas chronicas, são mais difficeis de diagnosticar. A turvação da urina n'um doente attingido de pyelite tem grandes analogias com o aspecto microscopico da urina d'um prostatico attingido de cystite; mas a do primeiro é geralmente mais rica em albumina e o sedimento tem caracteres especiaes. As perturbações digestivas, essas pouco nos dizem porque são communs ás differentes affecções.

A sensibilidade á pressão na região renal, essa mesma falta ás vezes em casos de pyelite ou nephrite.

Quando porém n'um prostatico no segundo ou terceiro periodo as urinas, apesar das successivas lavagens á bexiga se apresentam sempre turvas devemos pensar na possibilidade de affecção dos rins ou bassinets.

Os tumores malignos da prostata, o sarcoma e o carcinoma a principio são difficeis de diagnosticar, mais tarde porém a confusão desapparece porque as differenças accentuam-se.

Devemos tomar em conta as dôres violentas que o doente accusa, principalmente no penis, no recto, na região sagrada com irradiação para

a distribuição dos nervos ischiaticos, dôres que existem mesmo fóra da micção.

Geralmente ha grande sensibilidade ao toque, e este revela alteração de fórma característica visto que houve o desenvolvimento de elementos heterogeneos.

Poderá haver ainda a confusão entre a hypertrophia prostatica e um tumor do recto. Um exame um pouco cuidadoso porém, deve pôr-nos ao abrigo d'esse erro, porque os symptomas das duas affecções não teem grande analogia.

PROGNOSTICO

O prognostico da hypertrophia prostatica é na maior parte dos casos incerto.

Em geral a doença dura muito tempo e os doentes succumbem ordinariamente por causa das complicações que sobrevéem. E' difficil determinar em cada caso até que ponto os órgãos urinarios superiores são attingidos, qual o grau de lesão que a stase urinaria produziu e até que ponto o tecido renal está alterado. Se nós adoptarmos as ideias da escola franceza, que faz da doença uma arterio-sclerose generalizada de que a hypertrophia não é mais do que uma manifestação, o prognostico deve ser evidentemente considerado como absolutamente mau. Para nós, porém todas as manifestações da hypertrophia prostatica e suas complicações dependem da retenção, e assim deve ser possivel obter-se uma cura completa por supressão do obstaculo. Em presença d'um individuo portador de hypertrophia prostatica no primeiro periodo, nós não podemos prognosti-

car a duração da doença, porque nada conhecemos da rapidez com que a prostata se pôde hypertrophiar, assim como desconhecemos também as causas capazes de originar essa hypertrophia.

No segundo periodo, já podemos dizer, que o prognostico depende em parte do momento em que uma therapeutica palliativa é instituida e sobretudo das precauções antisepticas tomadas para a execução do catheterismo e emfim do estado geral e da grande resistencia do organismo.

Quanto ao terceiro periodo, este é sempre d'um prognostico desfavoravel. A bexiga na lucta sustentada contra o obstaculo prostatico, perdeu as suas forças, distendeu-se e as vias urinarias superiores apresentam-se já alteradas. —O catheterismo aqui é por vezes inutil e pôde ser até nocivo se elle é praticado sem os devidos cuidados e sem todas as regras d'uma boa antisepsia. As complicações de natureza infecciosa, em qualquer periodo que ellas appareçam, vêem sempre assombrar o prognostico; mas quanto mais adeantada estiver a doença, mais graves serão essas complicações.

*

TRATAMENTO

Vejamos agora qual o tratamento que convém ao prostatico, para o libertar do augmento de volume da glandula e portanto para impedir que sobrevenham as complicações asepticas e septicas que lançando o doente n'um periodo de cachexia mais ou menos longo, lhe traga a morte.

Dividiremos o tratamento em palliativo e curativo.

Tratamento palliativo

Em todos os periodos da hypertrophia prostatica estão indicados os cuidados hygienicos, tendo todos elles por fim evitar as congestões da prostata, que, augmentando por este facto, vão aggravar o estado do doente. Esta congestão só por si basta para dar no primeiro periodo uma retenção aguda.

Comprehende-se portanto que as regras hygienicas devem ser observadas escriptulosamente.

mente pelo prostatico, porque a sua infracção acarretar-lhe-á consequencias bem funestas.

Estas regras estão admiravelmente expostas por Guyon, que as considera como o tratamento exclusivo do primeiro periodo.

Assim o prostatico deve evitar o mais possível o arrefecimento, quer seja local ou geral, os tempos frios e humidos, evitando sobretudo molhar os pés, sentar-se no solo humido e frio. A questão do regimen é tambem da mais alta importancia.

As refeições não devem ser nem muito copiosas, nem muito prolongadas; a refeição da noite sobretudo deve ser muito ligeira. Os banquetes, em que se está durante muito tempo assentado e em que se come e bebe melhor, e nos quaes ás vezes é até difficil satisfazer as necessidades d'urinar, devem ser evitados. Além d'isso a sua alimentação deve ser de facil digestão.

A cerveja, a aguardente, o café forte, licôres, etc., tudo isto deve ser proscripto ao prostatico.

O coito, comquanto seja praticado com intervallos systematicos, não é considerado como nocivo, parecendo até favorecer a deplecção da prostata.

O repouso muito prolongado no decubito horisontal, sobretudo a permanencia no leito, exerce uma acção desfavoravel.

Os prostaticos não devem estar na cama mais de 7 ou 8 horas, não se devem deitar logo depois das refeições, e antes de se deitarem devem passear durante algum tempo para facilitar a evacuação d'urina.

A posição assentada e especialmente as longas viagens em caminho de ferro devem ser evitadas. Se os doentes pela sua profissão são obrigados a estarem sentados durante muito tempo, devem-se aconselhar a que se levantem de vez em quando e dêem um passeio, ainda que pequeno.

A equitação e o uso da bicycleta não estão contra-indicadas.

Sabemos além d'isso que a hypertrophia da prostata predispõe o individuo para a constipação; devemos pois dirigir para alli tambem a nossa attenção.

Não devemos ministrar aos doentes os drásticos, mas sim os purgantes salinos ligeiros, ou melhor ainda os clysteres tepidos tomados regularmente de manhã.

No tratamento palliativo incluiremos tambem o emprego de diversos medicamentos de que se tem lançado mão com o fim de se obterem resultados beneficos para o doente.

Reinert recorria á opotherapia, dizendo obter resultados, mas que não foram confirmados por outros. Velpeau empregava os mercuriaes. Outros serviam-se de strychnina, cra-

vagem de centeio e a noz vomica com o fim de contrahir a bexiga, mas os resultados eram nullos.

Actualmente o medicamento que se emprega, preconisado por Guyon, é o iodo debaixo da fórma de iodeto de potassio. Tem-se conseguido tambem alguma coisa com medicamentos que teem por fim diminuir o estado congestivo da prostata, taes como: a hamamelis virginica, os suppositorios, e clysteres com diversas drogas, como a antipyrina por exemplo, banhos simples e banhos com carbonato de soda ou sal commun.

Ora as regras hygienicas e o emprego de medicamentos são um tratamento palliativo, que podem prolongar por mezes e até annos o primeiro periodo da hypertrophia prostatica, mas como não teem acção sobre o desenvolvimento da prostata, nós vemos apparecer por fim retenções d'urina, isto é, o doente entrou no segundo periodo e d'este passará ao terceiro.

N'estes periodos temos então o tratamento palliativo mais importante e que mais se emprega que é o catheterismo com o fim de despejar a bexiga. Este pôde ser feito com a algalia molle de Nelaton, com a de Mercier que pôde ter uma ou duas curvas e que é um pouco mais rija, com uma algalia ingleza dura a que se pôde dar as curvaturas que se quize-

rem, depois de a ter introduzido em agua quente, ou então com as algalias metallicas.

Se não se conseguir fazer o catheterismo, depois de ter exgotado todos os meios e processos, o cirurgião vê-se na necessidade de fazer a punção da bexiga, que está aqui indicada; esta operação faz-se com um trocate capillar que se adapta ao apparelho de Potain, ou de Dieulafoy.

A's vezes vê-se depois da punção poder-se fazer o catheterismo, por isso que a congestão da prostata desapareceu ou diminuiu. Quando o catheterismo se torna muito difficil e quando ha necessidade de o fazer frequentes vezes, quando ha falsos caminhos, hematuria ou uma infecção, sobretudo uretral ou vesical, está indicado o uso d'uma algalia permanente que se fixa ao penis pelo processo de Guyon.

Comprehende-se que nos casos de infecção haja toda a vantagem em que a urina infectada esteja o menos tempo possivel em contacto com a parede vesical e com os ureteres e que portanto a algalia permanente dê bons resultados.

Em regra geral, convém, quando se faz o catheterismo começar sempre pelo emprego da sonda mais molle e mais maleavel, é a de Nelaton que geralmente se emprega.

Alguns recommendam escolhel-a o mais grossa possivel e isto justifica-se porque uma

sonda bastante grossa, com paredes bem resistentes curva-se menos facilmente ao nível dos obstaculos e chega mais facilmente á bexiga. Guyon, porém diz que não se deve exagerar muito o calibre da sonda não só por causa do perigo da hematuria, resultante da hyperemia e da friabilidade da mucosa prostatica, que póde sobrevir, mas tambem para evitar os inconvenientes da evacuação muito rapida da bexiga.

Este aconselha a que não se exceda o n.º 16 ou 17 da sonda Charrière. Se não conseguirmos fazer o catheterismo com a sonda de Nelaton, podemos recorrer (como já dissemos) á de Mercier que algumas vezes dá bons resultados.

Poderemos ainda recorrer a uma sonda mais rija, á sonda ingleza que se introduz com ou sem mandrim. Esta sonda tem a propriedade de amollecere na agua, tornar-se mais maleavel e recuperar a sua consistencia primitiva pelo arrefecimento.

D'este modo póde dar-se-lhe todas as curvaturas possiveis. Ha uma pequena manobra que por vezes facilita extraordinariamente a entrada da sonda na bexiga e que consiste em introduzir o dedo no recto e exercer pressão sobre o bico do instrumento.

Mas todos os tratamentos palliativos, quer se trate dos hygienicos, dos medicamentosos,

dos catheterismos ou até mesmo de operações que tem por fim desviar o curso das urinas por meio d'uma drenagem, só dão resultados passageiros e o que nós conseguimos por meio d'elles é evitar que as complicações mais graves, venham com tanta rapidez e assim prolongar a vida ao doente. De facto, o doente com este tratamento palliativo leva mais tempo a passar do primeiro para o segundo periodo e d'este para o terceiro, mas passado algum tempo nós vêmos as pequenas perturbações da micção vir juntar-se á retenção aguda e a esta succeder a retenção chronica; ao mesmo tempo apparecem tambem todos os symptomas das complicações, que são devidas á stase d'urinas e que podem matar o doente.

A hypertrophia da prostata obriga o medico e o doente a cuidados de toda a ordem, e este ultimo está sempre sobre o perigo eminente das complicações e sobretudo em condições predispostas para o desenvolvimento d'uma infecção. Effectivamente a facilidade com que esta se dá é espantosa, embora todas as regras da asepsia sejam observadas com o maximo cuidado.

A maior parte das vezes são os catheterismos frequentes que a produzem, e não nos deve surprehender isto, porque sabemos as alterações que soffre o apparelho urinario na sua estrutura; assim comprehende-se como a in-

fecção possa ser levada successivamente da uretra á bexiga e d'esta aos ureteres e rins dando complicações septicas, que matam em mais ou menos tempo conforme a resistencia do organismo e o estado geral do doente.

O prognostico é pois de cada vez peor, porque apesar de todos os tratamentos palliativos o mal caminha e o doente entra assim na cachexia; e se apparecem complicações como a hematuria, falsos caminhos etc., o prognostico torna-se então ainda mais escuro.

Tratamento curativo

Vimos que com todos os tratamentos palliativos o mais que nós podiamos fazer era retardar a marcha da doença e que além de incomodos e perigosos para o doente com elles é impossivel obter a sua cura.

\ Ora se a maior parte das complicações são devidas á stase d'urinas e se esta é occasionada pela hypertrophia da prostata para que deixarmos chegar o doente a estados gravissimos e que lhe podem acarretar a morte? Sem duvida que é muito mais preferivel e util ao doente ir desembaraçar a uretra e o collo da bexiga do obstaculo produzido pelo augmento de volume da prostata que impede a saída da urina.

Desapparecida a obstrucção as consequen-

cias hão de naturalmente desapparecer tambem.

O que está pois indicado é fazer a extirpação das partes da prostata que estão obstruindo o canal antes que cheguem os symptomas alarmantes das complicações graves.

No numero dos tratamentos radicaes, estão incluídos todos os meios de que se tem lançado, para vêr se se consegue diminuir o volume da prostata.

Estes meios tem sido: injeções parenchymatosas, electrolyse, electro-punctura, massagem, electro-massagem, castração dupla e unilateral, resecção das veias spermaticas, do cordão e dos canaes deferentes; laqueação das arterias illiacas internas e os differentes processos de prostactomias substituidas ultimamente pela operação de Bottini ou incisão galvanocaustica da prostata, operação que ha talvez vinte annos se divulgou mais devido a Freudenberg que modificou o instrumental, publicando bastantes observações suas.

De todos estes tratamentos radicaes houve alguns que tiveram a sua epocha, mas que hoje quasi se não usam. Outros foram postos de lado, uns porque não davam resultados therapeuticos, outros por causa dos insuccessos operatorios a que estavam sujeitos.

A operação de Bottini foi aquella que ulti-

mamente teve mais acceitação, sobretudo na Allemanha.

Esta operação porém póde arrastar varias complicações, como são: a hemorrhagia primitiva ou secundaria, a infecção ascendente das vias urinarias, a formação d'um abcesso prevesical, e a incontinencia d'urinas que fica muitas vezes depois da operação.

Proust diz: Je considere, du reste, que l'opération de Bottini ne marque qu'une étape dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate; ce n'est pas une méthode définitive et, à mon avis, dans l'avenir elle doit céder le pas à la prostatectomie.

Effectivamente esta operação é aquella de que hoje se servem a maior parte dos cirurgiões.

Se percorrermos as suas estatisticas veremos que n'estes ultimos annos a sua preferencia é pela prostatectomia. Se compararmos além d'isso os resultados obtidos por esta operação áquelles que se obtem pelos outros processos operatorios vemos que aquelles são sem duvida muito superiores a estes. Posto isto a preferencia pela prostatectomia justifica-se e assim será este o processo que nós escolheremos para o tratamento da hypertrophia da prostata.

A prostatectomia porém póde ser feita por

duas vias; por via perineal e por via transvesical.

Será a primeira a que escolheremos para o tratamento da hypertrophia prostatica, não só porque a consideramos como processo operatorio de melhor exito, o que é demonstrado por numerosas estatisticas, mas também porque foi a via perineal aquella que o illustre professor de clinica cirurgica Snr. Dr. Roberto Frias, escolhêra para o nosso doente.

Devemos ainda accrescentar que a prostatectomia perineal pôde ser total ou parcial. Diz-se que é total quando com a prostate inteira se extirpa também a uretra prostatica.

E' parcial quando com a uretra prostatica se conserva também uma porção da glandula. Esta porção ás vezes fica limitada unicamente a restos de prostata que se não poderiam extirpar sem ferir a uretra. Este processo é mais vulgarmente conhecido pelo nome de prostatectomia perineal subtotal.

E' além d'isso o mais geralmente empregado e será assim aquella de que nos occuparemos.

Não é logo no primeiro ataque de retenção aguda que se deve propôr a operação, porque ás vezes esse ataque só se repete passados annos. A operação está indicada quando as re-

tenções se succedem com frequencia e o prostatico por este motivo, já não possa dispensar a algalia e tenha de a empregar frequentes vezes.

Nem todos porém são d'esta opinião. Albarran diz que se deve intervir mesmo que não haja retenção d'urinas; para elle a operação está indicada logo no primeiro periodo da dysuria, porque além de ser mais grave offerece probabilidades de melhor exito. O que é verdade é que quanto mais cedo se fizer a operação mais satisfactorios serão os resultados. Os perigos a que estão expostos os prostaticos quando as vias urinarias se mantêm asepticas e o estado geral ainda é bom, são quasi nullos, comparados com os que teem quando se apresentam já com symptomas d'infeccção. Não se deve esperar, a rapidez com que a prostata se hypertrophia é muito variavel e portanto as complicações graves provenientes da infecção podem vir mais cedo do que se julgava, porque os microbios encontrando já alterações graves do lado do apparelho urinario encontram assim um excellente meio para se desenvolverem. São d'esta opinião Albarran, Proust, Heresco, Hartmann, etc.

Mas não se julgue que a infecção contraindica a operação, porque esta tambem está indicada quando os doentes já a apresentam e ainda mesmo que ella não esteja localisada só

na prostata e na bexiga. Hartmann e como este muitos outros indicam-n'a mesmo que haja prostatite, cystite, pyelite ou um calculo vesical.

Albarran diz tambem que se devem operar os prostaticos em que a infecção não determina ainda accidentes graves. Esta maneira de vêr parece realmente justificavel.

Effectivamente os doentes depois de operados, ficando com a uretra desobstruida, já não teem necessidade de catheterismo e como podem evacuar a bexiga por completo, não ha os perigos successivos da stase urinaria e portanto os symptomas diminuem de gravidade.

E' claro que para a cura teem grande importancia as alterações que houver na parede vesical. Comprehende-se que se esta não estiver alterada ou se as alterações forem pequenas, a bexiga depois da operação recuperará a sua contractilidade e o doente continuará a evacuar a bexiga espontaneamente e por completo, embora esta tenha estado dilatada por algum tempo.

Não devemos suppôr que pelo facto de a bexiga ter estado inerte durante algum tempo os elementos musculares da sua parede estejam degenerados, porque essa inercia pode ser temporaria como o é muitas vezes.

Hartmann diz que o enfraquecimento da contracção da bexiga só por si, não contraindi-

ca a operação, porque essa contracção volta muitas vezes por completo depois da operação.

Ha casos em que a bexiga tem chegado a estar mezes e até annos sem se contrahir, recuperando a sua contractilidade, depois do prostatico ser operado.

A's vezes os doentes quando consultam o medico já teem incontinencia e perturbações gastro-intestinaes, isto é, já estão no periodo da retenção chronica completa com distensão da bexiga. N'estes casos ha quem contraindique a intervenção cirurgica, porque a parede vesical tendo perdido em parte ou por completo a sua contractilidade não consegue evacuar a urina, ou pelo menos fica sempre dentro da bexiga um residuo maior ou menor.

N'este caso os doentes podem melhorar durante algum tempo, mas continuam a soffrer e o estado geral vae piorando.

Attenta a importancia que tem para o exito da operação o estado de contractilidade da bexiga, alguns e entre elles Frish aconselham a que se indague sempre, antes da operação, do grau da contractilidade da bexiga. De modo que nós podemos dizer que a operação está contraindicada quando a bexiga perdeu todo o seu poder de contracção; e isto vem provar ainda mais o quanto lucra um individuo portador de hypertrophia prostatica em se deixar operar logo que appareçam as primeiras reten-

ções d'urina. A operação está também contraindicada nos casos de cachexia; Heresco e Albarran não fazem a intervenção nos casos de infecções renaes graves e quando o organismo se apresenta em estado de depauperamento.

Mas o que é verdade é que os resultados obtidos pelos cirurgiões com a prostatectomia perineal subtotal são excellentes. Todos elles teem innumeradas observações e com muitos casos de cura completa.

Só Proust traz no seu livro publicado em 1900 cento e quinze observações. Legueu, Heresco e outros teem todos tirado com este processo resultados magnificos.

Albarran tem observado doentes no fim de dois e tres annos depois de operados e tem tido occasião de vêr que elles continuam a evacuar espontaneamente e por completo a sua bexiga. O numero de doentes operados por este cirurgião é muito grande e são poucos os casos em que elle não obteve a sua cura. E' certo que ha casos em que o doente depois de operado só consegue evacuar uma porção do liquido vesical, ficando sempre com um residuo maior ou menor na bexiga, mas o numero d'estes comparado com o d'aquelles que ficam curados pôde dizer-se que é limitadissimo. Assim Albarran em 55 doentes operados de prostatectomia perineal subtotal só 3 é que não ti-

raram um resultado operatorio completo, no que diz respeito á evacuação da bexiga, mas ainda assim melhoraram muito.

Isto pôde ser devido a varias causas, como: ao facto de a operação ter sido incompleta, ficando restos da prostata hypertrophiada que continuam a obstruir a uretra, pôde ser devida tambem á falta de contractilidade das paredes da bexiga; uma anemia profunda e uma infecção grave podem ser tambem a causa do mau exito da operação.

Concluindo, podemos dizer que um doente com hypertrophia da prostata tem toda a vantagem em se deixar operar o mais cedo possivel, e que a prostatectomia está indicada sempre que a bexiga não tenha perdido a sua contractilidade ou que o doente não tenha uma infecção grave e o estado geral o permita.

TECHNICA OPERATORIA

O processo operatorio hoje empregado para a prostatectomia perineal subtotal é o que resultou das modificações introduzidas por Proust e Albarran ao que tinha sido apresentado pelo proprio Proust e por Gosset em 1900. Este processo é conhecido pelo nome de prostatectomia perineal subtotal por hemiseccção. Outros methodos teem sido apresentados para fazer a resecção da glandula prostatica, mas estes methodos podemos dizer que se não generalisaram e que quasi só foram empregados pelos individuos que os apresentaram. Descreveremos aquelle que tem sido seguido pela maior parte dos cirurgiões e que é designado pelo nome de prostatectomia perineal subtotal por hemiseccção.

Antes d'entrar propriamente na descripção da operação, julgo conveniente dizer algumas palavras sobre o instrumental cirurgico e preparação do doente.

A prostatectomia perineal subtotal póde ser

feita sem nenhum instrumento especial; com uns afastadores, bisturis, pinças de dissecção, de Pean, de garras e com uma algalia metálica consegue-se fazer a extirpação da próstata. A operação será porém muito mais fácil e rápida se se empregarem alguns instrumentos apropriados, como os afastadores e o desencravador.

Os afastadores vão aumentar o campo operatorio. O que dá melhores resultados é o afastador bulbar de Proust.

O desencravador é um instrumento que introduzido pela incisão feita na uretra prostática, entra na bexiga e exercendo sobre o collo d'esta e sobre a próstata uma tracção poderosa, vai baixar e exteriorisar esta glandula, permitindo vê-la melhor na ferida perineal. E' principalmente nas próstatas um pouco pequenas que é útil este instrumento. Tem apparecido varios modelos, como o de Albarran, de Pezzer e o de Legueu que parece ser o que tem mais acceitação.

Vejamos agora quaes os cuidados que devemos ter para com o doente antes da operação.

Dois dias antes dá-se-lhe um purgante; na vespera e no proprio dia da operação um clyster antiseptico, lavando-lhe o recto com o dedo.

A uretra e a bexiga devem ser desinfectadas o melhor possivel e antes mesmo de co-

meçar a operação esta deve ser lavada com agua borica, despejando-a em seguida por completo.

Depois de feita a toilette da região, colloca-se o prostatico em decubito dorsal, sobre a mesa d'operações, com as côxas levantadas e fortemente flectidas, as pernas são presas a umas hastes verticaes, e a bacia levanta-se com uma almofada que se colloca debaixo das nadegas, ficando assim o perineo voltado para deante e para cima. O doente deve ser puxado para a borda da meza. Depois do doente estar em posição, desinfecta-se muito bem a região, fecha-se o anus com duas pinças de Kocher, e introduz-se na bexiga uma sonda metallica, que é segura por um ajudante que a mantém na linha média e serve de guia para se vêr e incisar bem a uretra. Depois de todos estes cuidados, procedendo com a maxima asepsia anesthesia-se o doente.

Entraremos agora propriamente na descripção da operação.

Esta compõe-se de tres partes importantes, que são: a incisão do perineo e descoberta da prostata, a resecção d'esta e por ultimo as suturas e a drenagem cysto-perineal.

A incisão cutanea é arciforme, concava para traz e passando um ou dois centimetros adiante do anus termina ao nivel dos ischions. Com esta incisão prérectal corta-se a pelle e o teci-

do cellular, depois com mais uns golpes dirigidos para diante vê-se apparecer a saliencia do bolbo e os musculos bulbo-cavernosos; á extremidade posterior dos quaes se fixa a parte anterior do esphincter anal, incisa-se esta inserção.

O raphe ano-bulbar que está situado na parte média é cortado adiante, perto do bolbo e atraz das fibras do transverso superficial cujo bordo posterior se isola com uma sonda. Puxando depois para cima com uma pinça o bolbo revestido dos musculos bulbo-cavernosos e para traz o labio posterior d'esta outra incisão, apparece-nos o musculo recto-uretral, e cortando-o com toda a cautella muito perto da uretra, que é facil de reconhecer por causa da sonda que n'ella se introduziu, apparece-nos então a uretra membranosa.

E' preciso haver muito cuidado na incisão d'este musculo porque podemos ferir o recto.

Aos lados temos os feixes anteriores dos levantadores do anus, que se isolam do musculo recto-uretral indo de diante para traz. Estando pois incisado o recto-uretral apparece o espaço descollavel e com os dedos vamos separando a prostata do recto. N'este espaço caminhamos entre os dois folhetos da aponevrose de Desnonvilliers, e o recto apparece-nos brilhante.

Depois de feito assim o descollamento te-

mos uma cavidade limitada por um folheto anterior e outro posterior, aonde encontramos a prostata e se continuarmos o descollamento da aponevrose apparecem-nos tambem as vesiculas seminaes, os canaes deferentes, a bexiga e até o fundo do sacco peritoneal recto-vesical.

Collocam-se depois os dois afastadores, que nos veem augmentar o campo operatorio e nos deixam vêr melhor a face posterior da prostata.

N'esta occasião aconselha Proust a que se faça a abertura da uretra prostatica ao nivel do bico da glandula, tira-se a sonda e introduz-se o desencravador, que depois de aberto e seguro por um ajudante vem baixar e tornar mais visivel a prostata. Em seguida na face posterior d'este orgão e na linha média dá-se uma incisão, que começa no vertice e prolongando-se para traz vae abrir a capsula.

Seguram-se os labios d'esta incisão com umas pinças e faz-se o descollamento d'um e d'outro lado com os dedos, ou com a extremidade d'um instrumento que não seja cortante.

Depois de perfeitamente isolada a glandula prostatica faz-se a hemiseccão d'esta e augmenta-se a abertura da uretra prostatica.

Com o desencravador bem collocado principia-se a reseccar a prostata. Esta é a segunda parte da operação.

Não é facil fazer-se a extirpação inteira de

cada um dos lobulos da prostata porque a maior parte das vezes o tecido prostatico está tão friavel, que as proprias pinças o rompem.

Além d'isso é preferivel fazer a extirpação por partes, porque a reseccão dos lobulos offerece perigos por causa da uretra que póde ser ferida. Para isso agarra-se com uma pinça uma das suas metades, puxa-se ligeiramente e com uma thesoura corta-se uma porção de tecido prostatico.

Esta operação repete-se tantas vezes quantas forem necessarias para que se chegue a fazer a extirpação d'uma grande parte da prostata, fazendo depois o mesmo á outra metade. E' sempre melhor caminhar assim por partes, approximando-nos progressivamente da uretra, com a qual é preciso a maxima cautella, do que se tirar logo e d'uma só vez um grande pedaço da prostata.

Devemos tambem inspeccionar bastantes vezes a face interna da uretra para assim nos certificarmos se foi ou não ferida.

E' claro que se esta fôr lesada, podem sobrevir depois complicações post-operatorias, como as cicatrizes viciosas e desvios do canal que difficultam o catheterismo, se precisarmos de o fazer depois de reseccados os lobulos lateraes; faz-se a reseccão do lobulo médio se o ha, o qual se apresenta geralmente como um tuínor pediculado.

Para isso Albarran aconselha a que se abra um pouco mais a uretra, até ao collo da bexiga, introduz-se o index esquerdo na cavidade vesical e fazendo sahir o tumor pela ferida da uretra, faz-se a sua resecção. Se existir algum calculo vesical deve ser tirado tambem este.

Entramos assim na terceira parte da operação.

Introduz-se um tubo de cautchuc que entrando pela bexiga vae sahir pelo perineo, com o fim de fazer a drenagem cysto-perineal. Este processo de drenagem é hoje o mais seguido e é superior ao da algalia permanente.

Tem a vantagem de não dar lugar á formação de fistulas, porque o orificio uretral fecha geralmente, logo que se tenha extrahido o tubo. O doente começa quasi sempre a urinar pelo penis antes que a ferida perineal tenha cicatrizado de todo. O tubo é fixado á pelle ficando na parte média do labio anterior da ferida operatoria. Cose-se a uretra com catgut fino dando-se uns pontos separados a começar pelo lado da bexiga, mas tendo o cuidado de que estes pontos não sejam perfurantes.

Tiram-se os afastadores e dão-se uns pontos profundos para approximar os tecidos cortados. Os feixes dos musculos levantadores do anus devem ser cosidos se fôr preciso cortal-os. Dão-se dois pontos de cada lado da incisão cutanea, põem-se os tampões de gaze na

parte média da ferida perineal que fica aberta, lava-se a bexiga pelo dreno com agua borica quente e faz-se o penso. Este deve ser renovado sempre que fôr preciso.

No fim de dois dias tiram-se os tampões e no fim de seis ou sete dias o dreno cysto-perineal, que é substituído por uma algalia permanente introduzida no meato.

E' preciso haver a maxima cautella com esta sempre que se tenha de tirar ou metter para não ferir a uretra.

Passados depois uns seis ou oito dias tira-se a algalia permanente e o doente já urina espontaneamente pelo penis.

Então é conveniente fazer passar pela uretra todos os dias um beniqué até á cura completa. Nos casos felizes no fim de vinte dias pouco mais ou menos a fistula perineal está fechada e já não deixa passar a urina. Póde acontecer que a ferida leve mais tempo a obliterar-se, mas a sua permanencia é excepcional.

ACCIDENTES OPERATORIOS

Apesar dos bons resultados que dá geralmente, a prostatectomia perineal, nem por isso está isenta d'accidentes.

Um dos que por vezes apparece é a ferida do recto. Póde o doente ficar com uma ferida recto-perineal ou recto-uretral se a ferida operatoria do perineo cicatrizou. As fistulas uro-perineaes não são frequentes.

Este accidente é muito raras vezes citado pelos cirurgiões nas suas observações. A incontinencia é mais frequente, mas geralmente é temporaria.

No fim de dois a tres mezes costuma desaparecer. Acontece todavia ella não desapparecer em alguns doentes, e ainda hoje não é facil dar a explicação do caso. Proust diz: Je ne crois pas que la section du col vésical soit en cause, je crois plutôt qu'il faut chercher une explication dans les lésions de l'appareil sphincterien de l'uréthre membraneux ou de ses nerfs.

Como vemos estes accidentes são raros e por isso mesmo não teem a importancia que alguns lhes querem dar, nem contraindicam, a prostatectomia perineal. E' no apparelho genital onde os accidentes se reflectem mais. A orchite apparece frequentes vezes, mas passa em geral em pouco tempo e não tem gravidade.

Mas o accidente capital da prostatectomia é a abolição das suas funcções genitales depois da operação. Suppõe-se ser isso devido a lesões dos canaes ejaculadores ou talvez á destruição dos nervos erectores que se vão distribuir n'esse ponto. Este accidente porém, embora tenha o seu valor, não é elle tão grande que seja sufficiente para a contraindicação da operação.

Com effeito, quando a prostatectomia está indicada já ha perturbações na funcção genital, e se nós nos limitarmos ao tratamento palliativo, vemos apparecer por fim a impotencia, porque a lesão progredindo sempre vae aggravar o estado das funcções genitales. Além d'isso a operação recae na maior parte dos casos em individuos de idade avançada.

Devemos além d'isso notar que muitos doentes depois de operados continuam a ter erecções e ejaculação.

Ultimamente Young propoz um novo processo de prostatectomia perineal com o fim de evitar a abolição das funcções genitales, que

consiste em abrir a uretra membranosa em lugar da prostatica e reseccar os lobulos lateraes da prostata deixando entre elles e atraz uma parte d'esta glandula. Póde porém ferir-se a uretra no acto da reseccão, e comprehende-se que este accidente póde crear difficuldades no futuro para fazer o catheterismo.

O que é verdade é que a maior parte dos operadores depois da prostatectomia teem encontrado a permeabilidade sufficiente e persistente da uretra.

OBSERVAÇÕES

Observação I

Manuel Pinto de Campos, casado, funileiro, de 58 annos de idade.

Entrou para o Hospital no dia 14 de Janeiro de 1905 para a enfermaria n.º 5, passando no dia 16 do mesmo para a enfermaria de clinica cirurgica, sala de S. Paulo.

EXAME DO DOENTE

Observado no dia seguinte ao de sua entrada na enfermaria de clinica cirurgica verificou-se que o doente não póde urinar, a bexiga fórma uma tumefacção na região do hypogastro, o doente sente dôres na região lombar, queixa-se d'um certo peso no recto e tem difficuldade em obrar.

Fez-se-lhe o catheterismo e extrahiram-se-lhe as urinas, que eram turvas e deixavam

grande deposito. Verificou-se que a uretra é permeavel em toda a sua extensão, sómente na porção prostatica existe alguma difficuldade em introduzir a algalia.

O toque rectal indica a presença d'uma prostata bastante hypertrophiada, dura e lisa nos lobulos lateraes, talvez um pouco edemaciados, levemente dolorosa. Não parece haver hypertrophia do lobulo médio, por quanto o catheterismo é facil e não dá a noção de obstaculo na sua passagem.

O doente é portador tambem d'uma hernia inguinal.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha cerca de dois annos que o doente começou a sentir difficuldade em urinar, não tendo porém dôres nem no principio nem no fim da micção.

Era-lhe preciso empregar por vezes grande esforço para urinar. O jacto d'urina era pequeno e em vez de ser lançado a distancia, cahia quasi verticalmente. As urinas eram limpas.

Assim foi andando até que no dia 7 de Janeiro depois de ter estado durante bastante tempo n'uma assembléa ao chegar a casa não pôde urinar.

Chamou logo um pharmaceutico seu visinho que lhe receitou um remedio que fez com que elle urinasse. Durante tres dias as urinas

corriam constantemente. Mandou então chamar um medico, o qual só appareceu passados tres dias.

N'este intervallo de tempo porém, as urinas foram-se suspendendo e a bexiga foi-se dilatando, formando uma grande tumefacção na região hypogastrica.

Chegado o medico applicou-lhe uma bexiga de gèlo sobre a região. Não obteve melhoras, e as urinas foram-se suspendendo de cada vez mais, mas nunca completamente. Ao mesmo tempo tinha grandes perturbações digestivas. Consultou um outro clinico que lhe esvaziou a bexiga com uma algalia retirando-lhe cêrca de 3 litros e meio d'urina. Applicou-lhe depois uma algalia permanente, mandando dar duas lavagens de agua borica á bexiga por dia. Esteve com esta durante cinco dias, passados os quaes entrou para o hospital.

TRATAMENTO

Logo após a sua entrada na enfermaria extrahiram-se-lhe as urinas, depois estas eram tiradas de 3 em 3 horas, dando-se-lhe em seguida uma lavagem á bexiga com agua borica.

No dia 24 começou a tomar urotropina na dóse de cinco decigram. (2 hostias por dia) e começou-se a dar-lhe lavagens á bexiga com a solução de nitrato de prata a 1/2000.

A urina é turva, tem deposito, não contém albumina nem glucose.

No dia 29 augmentou-se a concentração da solução de nitrato, que passou a ser de 1/1000 e continuou-se a fazer a extracção das urinas de 3 em 3 horas. Estas são já menos carregadas.

No dia 22 havia-se-lhe dado um purgante de Agua de Loech, por causa da prisão de ventre, e no dia 26 prescreveu-se-lhe a poção de strychnina (2 colheres de sopa por dia). No dia 19 de Fevereiro deixou de tomar a urotropina e a poção de strychnina e deram-se-lhe duas injeccções de strychnina de 1 milligram. cada uma, continuando com as lavagens. Agora o estado geral do doente é muito melhor, as urinas são claras, pouco depositam. O doente pede alta no dia 4 de Março sem fazer a operação.

Observação II

(Um caso de morte subita n'um prostatico) (1)

J. O., de 70 annos d'idade, lavrador de Oliveira do Bairro. Entrou para o Hospital no dia 27 de Janeiro de 1905.

(1) Este caso foi relatado no Porto Medico pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Pires de Lima.

O seu estado geral é regular, apresenta-se apyretico, bem disposto e apenas o incommoda a replecção vesical.

No dia 28 á hora da visita apresenta a bexiga muito dilatada, a ponto de chegar quasi até o umbigo. Depois d'algum esforço pôde fazer-se o catheterismo, com uma grossa algalia de gomma, e esvaziou-se a bexiga, conservando-se a algalia permanente.

O doente ficou aparentemente bem, com a temperatura axillar a 36°,6. A' noite estava ligeiramente agitado com 38°,2 de temperatura.

Como a algalia se deslocasse da uretra introduziu-se outra vez sahindo n'essa occasião alguns coagulos pelo meato urinario. Durante a noite conservou-se em relativo socego, mas pelas cinco horas da manhã falleceu inopinadamente.

Pôde apurar-se que o doente era um antigo prostatico a quem os excessos de alimentação e o alcoolismo produziam de vez em quando crises de retenção urinaria. Um dia depois de se entregar a grandes abusos alcoolicos, vicio que era tradicional na sua familia, encontrou-se impossibilitado de urinar, as tentativas de algaliação feitas por tres medicos da localidade foram completamente infructiferas.

Passados tres dias de grande soffrimento para o doente, um d'aquelles medicos, proce-

deu ao esvaziamento por meio da punção supra-pública.

Depois d'esta intervenção porém a retenção urinaria persistiu e as tentativas do catheterismo eram sem successo. Então um outro clinico praticou de novo a punção vesical e aconselhou a remoção immediata do doente para o Hospital.

Este doente foi autopsiado e o resultado da autopsia foi o seguinte:

O penis apresentava-se violaceo e ecchymosado, principalmente na glande e no prepucio.

A bexiga estava muito distendida e continha bastante urina, levemente córada de sangue, a sua mucosa era normal e notavam-se-lhe na face anterior os dois orificios das punções.

As glandulas cervicaes submucosas estavam muito hypertrophiadas, tornando muito saliente o chamado lobulo médio da prostata que era muito duro e pediculado. A prostata era enorme, do tamanho d'uma pequena laranja, com os dois lobulos sensivelmente eguaes e symetricos.

Ao córte era dura e fibrosa.

Abaixo do lobulo médio na parede inferior da uretra prostatica, notara-se um sulco cheio por um coagulo adherente, denunciando um falso tracto incompleto feito por algalia.

Os rins eram grandes e estavam fortemente congestionados. Ao córte sahia em abundancia

sangue fluido e escuro, que enchia os bassinetes, cuja mucosa apresentava petechias. A gordura central dos rins era anormalmente abundante.

Havia muitos kistos urinosos á superficie do rim direito. O baço estava hypertrophiado e muito molle. O figado apresentava-se muito augmentado de volume e congestionado e o seu tecido era molle e friavel, a ponto de em algumas zonas se desfazer n'uma polpa côr de sangue.

Os pulmões prendiam-se á parede do thorax por adherencias que se desligaram facilmente; de toda a sua massa sahia ao córte sangue bem arejado, e na metade posterior d'ambos havia intensa congestão hepatica.

O pericardo continha cêrca de cincoenta grammas de liquido citrino; havia sobrecarga gordurosa no coração, posto que pouco abundante.

Na raiz d'aorta havia uma placa de atheroma e na valvula mitral nodulos muito duros.

Existia sangue liquido no coração esquerdo e no direito coagulos fibrinosos.

Colheu-se com todos os cuidados requeridos para investigações bacteriologicas sangue do coração, do baço, d'um pulmão e d'um rim.

Vêmos que se trata d'um caso de morte su-

bita n'um prostatico que a clinica não previu nem explicou e em que a autopsia também não nos descobriu a causa. Foi porém a analyse bacteriologica, que foi feita sob a direcção do illustre professor Sr. Dr. Souza Junior, que nos veio elucidar e descobrir a causa.

As preparações directas com sangue do coração, baço, pulmões e rim, revelaram a existencia de bacillos curtos, que não tomaram o Gram, dispostos por vezes em diplo-bacillos, mostrando alguns d'elles um espaço claro central.

Culturas feitas em tubos e placas de caldo e gelose permittiram destrinçar duas especies distinctas, cujo estudo minucioso em varios meios culturaes chegou a identifical-os com o colibacillo e o urobacillos liquefaciens septicus de Kiögius.

Um pouco de sangue do cadaver diluido em caldo e inoculado na cavidade peritoneal d'um caviá, do peso de 350 grammas, matou-o em 24 horas; no sangue d'esse caviá appareciam em abundancia os mesmos elementos microbianos.

Podemos pois dizer que o doente morreu d'uma infecção urinosa generalisada que ou evolucionou d'uma maneira excessivamente rapida ou então foi torpida na sua marcha, de modo a não exteriorisar uma symptomatologia que elucidasse o clinico.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—A disposição das arterias no couro cabeludo explica a difficuldade da sua hemostase.

Physiologia.—A secreção prostatica é que torna os spermatozoides aptos para a fecundação.

Pathologia geral.—O diagnostico clinico da tuberculose pulmonar é superior ao diagnostico bacteriologico.

Anatomia pathologica.—A presença de falsas membranas não basta para o diagnostico da angina diphterica.

Materia medica.—Reprovo as formulas officinaes.

Pathologia externa.—A pouca ou nenhuma tendencia para a cura é o caracter mais saliente que distingue as ulceras das feridas simples.

Pathologia interna.—Nas doenças infecciosas, a função urinaria é uma das que mais deve chamar a attenção do clinico.

Operações.—Prefiro a prostatectomia perineal á transvesical.

Partos.—Nunca farei a dequitada artificial senão passadas duas horas post partum.

Medicina legal.—Entre as doenças consideradas como causa possivel de morte subita, devem agrupar-se as da prostata.

Hygiene.—Condemno a varredura em aposentos occupados por tuberculosos.

Visto,
O PRESIDENTE,
R. Frias.

Póde imprimir-se,
O DIRECTOR,
Moraes Caldas.