

N.º

N.º 576

RETENÇÃO

URINARIA

(MECANISMO E THERAPEUTICA)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada e defendida na

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Sob a presidencia do Ex.^{mo} Sar.

MANOEL RODRIGUES DA SILVA PINTO

POR

JOAQUIM MOREIRA DA FONSECA

PORTO

IMPRESA MODERNA

4, Rua do Carmo, 4

1887

42/5 ENC

Para o dia 23 de julho de 1887,
na hora da tarde

Presidente. O Sr. Manoel
Rodrigues da Silva Pinto

Senhores

Augusto Henrique de
Azevedo Brandão

Vicente Urbino de Freitas

Antônio Plácido Cabota

Roberto Bellarmino do Ro-
sário Freitas

des.
19.

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 meus cunhados

AOS DIGNÍSSIMOS PROFESSORES

Os Ex.^{mos} Snrs.

Augusto Henrique d'Almeida Brandão

Roberto Bellarmino do Rosário Frias

AOS MEUS AMIGOS

ESPECIALMENTE A

Antonio da Silva Gouveia

P.^o Francisco dos Santos Cunha

P.^o Nicolau da Silva Gouveia

José de Freitas Paiva

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

COLLEGAS E EX-COMPANHEIROS DE CASA

Edmundo de Magalhães Machado
Raphael de Sousa Tavares
João Julio Alves Vieira Barbosa
José de Mattos Viegas

Aos meus condiscipulos

ESPECIALMENTE A

Antonio de Sousa Magalhães e Lemos
João Augusto Alves de Magalhães

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

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

Manoel Rodrigues da Silva Pinto

INTRODUCCÃO

O assumpto que escolhemos para thema da nossa dissertação inaugural, seria de certo incompativel com um trabalho d'esta ordem se encarassemos o termo retenção urinaria na sua mais ampla generalidade: desde a simples permanencia d'um pequeno residuo muitas vezes quasi inapreciavel até á retenção absoluta da excreção.

N'este vastissimo campo, que sem duvida abrangia um estudo completo das mais importantes lesões das vias urinarias, é frequentissimo confundir-se o tratamento da retenção com o da causa que lhe deu origem; é o que acontece nas retenções parciaes ligadas a certas lesões da urethra, da prostata ou da bexiga quando a excreção da urina, embora incompleta, é todavia sufficiente para compensar largamente a secreção renal e evitar os perigos immediatos da accumulção.

N'estes casos e quando se considera incuravel a lesão causal, recorre-se ás vezes ao catheterismo em geral praticado diariamente pelo proprio doente com o fim de prevenir os accidentes que em geral se manifestam pela permanencia e alteração da urina na bexiga; é o que acontece em certas hypertrophias da prostata em que a permanencia de um residuo mais ou menos alterado póde abreviar notavelmente a existencia do doente. A therapeutica da retenção n'estes casos, embora tenha uma importancia grande principalmente como meio preventivo, representa sem duvida um papel secundario relativamente á therapeutica da lesão causal, para a qual devem incontestavelmente convergir todos os esforços do clinico. É precisamente o inverso que acontece nos casos de retenção completa quando ha ausencia absoluta da excreção ou pelo menos quando esta é insufficiente para compensar a secreção que constantemente se produz.

N'estas condições uma intervenção prompta e efficaz é indispensavel; urge debellar um perigo imminente libertando ao mesmo tempo o doente dos mais atrozes soffrimentos; evacuar a todo custo a urina accumulada na bexiga e ás vezes até nos utheres e nos calices, tal é a indicação que convem preencher sem demora, deixando para occasião mais oportuna o tratamento da lesão causal.

«Ha poucas circumstancias, diz Thom-
pson, onde se encontre mais gratidão do
doente, se o tratamento fôr habil e prompto :
independentemente da dôr que é intensa a
situação complica-se d'uma extrema ancie-
dade moral; o doente receia a ruptura da be-
xiga, e as consequencias do seu estado affi-
guram-se-lhe com as côres mais sombrias.»

São pois estes casos de retenção completa,
exigindo uma intervenção energica e acertada
que escolhemos para objecto do nosso estudo
que, apesar dos limites que lhe assignala-
mos, é ainda assim vasto e de certo superior
às nossas forças e ao tempo de que dispo-
mos; preferimol-o porém, a qualquer outro
dominados pela elevada importancia pratica
que todos lhe reconhecem, e plenamente con-
victos de que essa mesma importancia legi-
timando a nossa escolha será até certo ponto
uma attenuante á deficiencia do nosso tra-
balho.

Dividiremos o assumpto de que nos va-
mos ocupar em duas partes: — na primeira
estudaremos o mecanismo da retenção uri-
naria nos differentes grupos de lesões em que
ella se manifesta, a segunda será especial-
mente destinada é exposição e confronto dos
meios therapeuticos empregados para debel-
lar o mais promptamente possivel as conse-
quencias por vezes funestas d'este gravissimo
accidente.

PRIMEIRA PARTE

MECANISMO DA RETENÇÃO URINARIA

O aparelho da excreção da urina compõe-se essencialmente de duas partes— a bexiga, bolsa musculo-membranosa destinada a servir de reservatorio ao liquido urinario e a expulsal-o quando a necessidade da micção se faz sentir; e a urethra canal de transmissão para o exterior, commum ás vias genitales e urinarias, e que debaixo do ponto de vista anatomico, physiologico e clinico deve dividir-se em duas partes— uma anterior, livre, desde o meato externo até á aponevrose media, e outra desde essa aponevrose até ao orificio urethro-vesical.

Esta divisão, tem, como veremos, uma importancia capital. Vejamos agora o papel que cada um d'estes órgãos representa no importante phenomeno da urinação.

Para que a urina accumulada na bexiga possa ser

expulsa torna-se necessaria a realisação das seguintes condições.

1.º Que o reservatorio se contraia gradual e progressivamente sobre o seu contheudo auxiliado pelos musculos abdominaes.

2.º Que em todo o trajecto da urethra haja a permeabilidade sufficiente para a passagem do liquido urinario impellido pela acção dos musculos vesicaes.

D'aqui resulta que a retenção urinaria póde dar-se por tres maneiras differentes :

1.º Pela ausencia ou insufficiencia das contracções da bexiga que se dilata passivamente distendida pela urina.

2.º Pela presença d'um obstaculo qualquer que torne impotentes os esforços do reservatorio urinario.

3.º Finalmente pela acção combinada d'um obstaculo e da ausencia das contracções vesicaes.

Estudemos agora mais detidamente cada um d'estes mecanismos, e vejamos as differentes circumstancias em que podem realisar-se.

I

Ausencia ou insufficiencia das contracções da bexiga

A ausencia ou insufficiencia das contracções vesicaes póde depender de duas circumstancias differen-

tes — ou tem uma origem central, e depende por conseguinte d'uma lesão cerebral ou spinal grave, que abolindo a motilidade n'uma area extensa, abrange n'essa area a innervação vesical, — ou tem uma origem peripherica e deve apenas considerar-se como uma atonia das fibras musculares directamente filiada n'uma perturbação organica ou funcçional das paredes do reservatorio urinario. Digo organica ou funcçional, porque a atonia póde effectivamente depender d'uma destruição da tunica muscular pelo desenvolvimento d'uma producção morbida qualquer, ou ser apenas a consequencia d'uma perturbação do poder contractil filiada n'uma distensão exagerada dos elementos activos por uma accumulacão insolita da urina, quer esta accumulacão seja voluntaria como acontece em certos casos, quer seja forçada, e por conseguinte dependente d'um obstaculo situado em qualquer ponto do trajecto das vias urinarias.

Como quer que seja a atonia nunca deve ser confundida com a paralyisia, perturbação filiada no quadro symptomatico das doenças dos centros nervosos e por isso mesmo acompanhada ou precedida sempre de signaes mais ou menos caracteristicos d'essas lesões que lhe deram origem.

E' pois inteiramente differente o mecanismo da retenção nos dous casos que acabamos de figurar — no primeiro ha uma verdadeira paralyisia ou ausencia do influxo nervoso indispensavel á contracção muscular; — no segundo ha uma simples atonia ou incapacidade dos elementos musculares de obedecer ao estimulo transmittido pelos orgãos centraes da innervação, mas

esta dualidade de causas não exclue a identidade de resultados; em ambos os casos as consequencias são as mesmas — a bexiga progressivamente distendida pela pressão excentrica do liquido attinge um certo volume além do qual a distensão offerece uma resistencia maior do que a do spincter vesical: é então que o excesso da urina sobe gotta a gotta por um phenomeno de regorgitamento que á primeira vista pôde confundir-se com um phenomeno inteiramente opposto — a incontinençia da ourina. Em logar opportuno fallaremos d'este importantissimo symptoma de regorgitamento, a que Thompson e os principaes auctores ligaram uma importancia, uma consideração especial.

II

Obstaculo no trajecto das vias urinarias

a) OBSTACULOS FUNCIONAES. — *Contractura e espasmo do collo vesical.* — Por muito tempo confundida com as lesões da prostata e da urethra, foi posteriormente aos trabalhos de Caudmont e de Mercier, que se reconheceu a possibilidade d'uma retenção urinaria exclusivamente devida a uma perturbação funcional do apparelho contractil e portanto absolutamente independente de qualquer lesão organica da urethra.

E' facil comprehender o mecanismo da retenção n'estes casos.

Os elementos musculares subjacentes á tunica mucosa e existentes em toda a extensão da urethra attingem uma importancia capital nas regiões prostatica e membranosa; é n'esse ponto que reside o aparelho da retenção physiologica que preside ao phenomeno da micção permittindo ou suspendendo todo o curso das urinas; todo o resto do canal (porção bulbosa e esponjosa) se dilata passivamente debaixo da pressão da columna liquida, e é por isso que a divisão da urethra em duas partes separadas pela aponevrose media é perfeitamente racional e physiologica.

Fundamentados n'esta distincção Caudemont, Mercier, Delefosse e muitos outros consideram o collo da bexiga constituido pelo conjuncto da região prostatica e membranosa e munido por conseguinte de dois sphincters — um independente da vontade, constituido pelas fibras lisas do orificio urethro-vesical com disposição valvular, e por isso mesmo principal elemento da oclusão, e outro voluntario tendo como principaes elementos as fibras estriadas dos musculos de Wilson e de Guthrie sem disposição valvular e actuando por isso mesmo como simples adjuvante.

São estes dois sphincters synergicos na sua acção e auxiliados pela prostata que constituem o aparelho da retenção physiologica; são elles que, igualmente submettidos á influencia do encephalo e medulla, se contraem ou se relaxam, obedecendo já ás exigencias do reservatorio urinario, já ás determinações da actividade cerebral.

E' n'este aparelho muscular assim definido que se desenvolvem os importantes phenomenos da con-

tractura e do spasma. Debaixo da influencia de numerosissimas causas, umas locaes como são a cystite, os calculos vesicaes, as urethrites e prostatites, as ulcerações, etc., outras geraes como o rheumatismo, as nevroses, a ataxia locumotora incipiente, a chloro-anemia e as paraplegias syphiliticas, manifesta-se nos sphyncters da bexiga uma contracção permanente e ás vezes dolorosa, rebelde á influencia da vontade e á distenção vesical, e sufficiente em muitos casos para impedir absolutamente a passagem da urina e reclamar uma intervenção immediata. E' este estado pathologico bem caracterizado e definido, depois dos trabalhos de Caudemont, que constitue a contractura do collo vesical.

O espasmo, phenomeno provocado pelas mesmas causas precedentemente citadas, distingue-se da contractura apenas pela instantaneidade do seu apparecimento e pela sua duração menor. As causas que o provocam e o mecanismo porque se effectua são os mesmos, as consequencias variam subordinadas á sua duração, e o prognostico, embora mais benigno que o da contractura, pela facilidade com que se debella, póde todavia tornar-se grave, já pelos accidentes da retenção que provoca, já porque muitas vezes é o phenomeno precursor da verdadeira contractura que invade d'uma maneira lenta, progressiva e simultanea os sphyncters do collo vesical. Taes são os obstaculos funcionaes, isto é independentes de qualquer lesão material da urethra que podem dar logar á retenção. Não queremos com isto dizer que não possam existir concumitantemente algumas das lesões que menciona-

mos como causas locais do espasmo e da contractura, queremos apenas significar que em todos os casos comprehendidos n'este primeiro grupo qualquer que seja a lesão persistente, é todavia a contracção pathologica dos sphincters a causa immediata da retenção.

No decurso do nosso trabalho teremos occasião de ver que a perturbação funcional, a que nos estamos referindo, é mais frequente do que á primeira vista parece, e que muitos casos de retenção apparentemente filiados n'um mecanismo differente a reconhecem pelo menos como circumstancia adjuvante d'um importantissimo valor.

b) OBSTACULOS MATERIAES. — As causas da retenção urinaria comprehendidas n'esta classe, embora numerosas, podem todavia dividir-se em quatro grupos secundarios caracterizados pela natureza do obstaculo e séde primitiva do seu desenvolvimento.

No primeiro grupo incluiremos todos os obstaculos que surgem no canal urethral vindo da bexiga ou do exterior e dando logar á retenção, já pelo seu volume, já pelos accidentes da reacção que provoca a sua presença.

No segundo comprehenderemos os que se desenvolvem em órgãos tendo com a urethra intimas relações de vizinhança.

No terceiro, finalmente, ficarão incluídos os obstaculos transitorios ou permanentes que se desenvolvem nas proprias paredes do canal arrastando modificações sensiveis no seu funcionalismo e estrutura.

No quarto, obstaculos que em geral se desenvolvem nas paredes da urethra e nos orgãos que teem com ella intimas relações.

1.º GRUPO

Calculos e corpos extranhos vindos do exterior

Os calculos urethraes, embora possam desenvolver-se no proprio canal, principalmente se n'um ponto houver uma dilatação, onde a urina possa estagnar em quantidade sensivel, tem em geral uma outra origem. Uns desenvolvidos no rim descem pelos ureteres, e conseguindo pelas suas dimensões transpôr o orificio urethro-vesical na occasião da micção ficam detidos na sua marcha em qualquer parte da urethra por detraz d'um estreitamento normal ou pathologico. Outros vêm directamente da hexiga e resultam da fragmentação d'um calculo vesical esmagado pelo lithotridor; insinuam-se na urethra quasi sempre um ou dois dias depois da operação e podem dar logar a accidentes em geral mais graves do que os precedentes em virtude da fôrma angular de que são dotados.

E' principalmente na fossa navicular e na porção membranosa que se encontram os calculos urethraes; podem no entanto manifestar-se em qualquer outro ponto variando um pouco a symptomatologia com a séde de localisação e com o volume, fôrma e relações do calculo sendo por vezes difficil o diagnostico. No entanto a retenção da urina, pôde dar-se, qualquer que

seja a séde do obstaculo, umas vezes por obstrucção mecanica, como acontece quando o corpo estranho accomoda as suas fórmas á face vesical d'um estreitamento, outras vezes pela reacção local que provoca o contacto do calculo, que tumefazendo a mucosa n'uma extensão maior ou menor e adaptando-a por conseguinte ás fórmas irregulares do calculo oblitera fatalmente o calibre da urethra tornando impossivel ou insufficiente a passagem da urina e provocando uma verdadeira retenção. Quasi sempre n'estes casos, principalmente quando o calculo existe na região prostática ou membranosa, a contracção espasmodica dos sphyncters manifesta-se com os phenomenos de reacção vital, e é muitas vezes o elemento dominante da retenção.

E' d'esta fórma que se explica a retenção urinaria nos calculos urethraes que appresentam gotteiras ou orificios centraes, ou se alojam em cavidades abertas nas paredes da urethra e que por conseguinte não podem actuar por simples obstrucção mecanica.

Cumpre, porém, advertir, como muito bem faz notar Picard, que a retenção d'urina nos casos de calculos urethraes não é tão frequente como á primeira vista parece, porque fazendo-se o crescimento do calculo d'uma maneira lenta e progressiva, a urethra tem tempo de se habituar por um lado ao contacto do corpo estranho, e por outro de se dilatar sufficientemente para garantir a passagem da urina e obstar por conseguinte aos accidentes gravissimos da retenção.

Os corpos estranhos vindos do exterior são em geral provenientes da pratica do onanismo, e tem por

isso mesmo fórmas e dimensões variadissimas. Algumas vezes resultam da fragmentação d'instrumentos cirurgicos nas applicações do catheterismo, lithroticia etc., ficando os fragmentos mais ou menos profundamente situados no trajecto do canal. Estes casos são hoje pouco frequentes attendendo á grande perfeição a que se tem chegado na confecção d'instrumentos, qualquer que seja a sua applicação.

Ainda aqui o mecanismo é o mesmo que no caso dos calculos urethraes, sendo principalmente accentuados os phenomenos de reacção e espasmo motivados pela violencia e rapidez d'acção, que não permitem á mucosa urethral accomodar-se ao contacto do corpo estranho, cujas dimensões pôdem aliás embaraçar mechanicamente a passagem do liquido urinario.

2.º GRUPO

Obstaculos que se desenvolvem em orgãos que têm com a urethra intimas relações de vizinhança

São quasi exclusivamente as doenças da prostata que constituem os obstaculos comprehendidos n'este grupo; e facilmente se comprehende o valor d'esta asserção, se attender-mos a que este orgão musculoglandular abrangendo a urethra na extensão de tres centimetros a partir do orificio urethro-vesical e envolvido a seu turno por laminas aponevroticas resistentes, é sem duvida aquelle, cujas lesões aliás frequentes podem mais facilmente influir sobre o calibre

e permeabilidade da urethra independentemente de qualquer lesão das paredes proprias d'este órgão. Condições differentes se encontram em todo o resto do canal: a porção membranosa apenas relacionada com o musculo de Guthrie, alguns plexos venosos e glandulas de Mery e a porção peneanna envolvida pelo tecido esponjoso da urethra são raras vezes comprimidas pelos órgãos que as rodeiam, cujas lesões isoladas são pouco frequentes, e por isso mesmo entram como factor secundario na genese da retenção urinaria provocada por este mechanismo. Attendendo por conseguinte a que os obstaculos, que se desenvolvem n'estes órgãos, são quasi sempre consecutivos ou concumitantes aos que se manifestam nas proprias paredes da urethra, reservaremos a sua descripção para quando nos occuparmos das causas de retenção filiadas n'estes dois grupos, limitando-nos por emquanto aos que se desenvolvem na propria espessura dos lobulos prostaticos.

Percorrendo o quadro das affecções da prostata é facil verificar que a maior parte d'ellas podem dar lugar á retenção desde as lesões inflammatorias até aos kistos hydaticos, cuja existencia é ainda problematica.

LESÕES INFLAMMATORIAS.—*Prostatite aguda.*—Pouco frequente como affecção primitiva é quasi sempre a consequencia d'uma propagação infammatoria da mucosa urethral por um phenomeno semelhante ao que no apparelho respiratorio transmite, por intermedio dos bronchios, a phlegmasia da larynge ao parenchyma pulmonar. E' sobretudo, quando primitiva, que a in-

flammação attinge a sua maior intensidade. O volume do órgão pode elevar-se ao quadruplo, e é n'estas condições que uma retenção completa pode sobrevir pela approximação dos lobulos lateraes, cuja expansão não pode fazer-se livremente pela resistencia das aponevroses que os rodeiam.

Nos casos de prostatite chronica, primitiva ou consecutiva á phlegmasia aguda, a retenção é menos para receber salvas as exacerbações agudas, porque o augmento de volume, embora possa tornar-se bem sensivel na generalidade dos casos insufficiente para provocar uma retenção absoluta não havendo affecção preexistente, e limita-se quasi sempre a dificultar a micção estreitando consideravelmente o calibre da urethra na região do collo.

A's vezes este estado provoca, como nos casos de prostatite aguda, a contracção espasmodica synergica dos sphincters, outro elemento importante de retenção.

Como resultado secundario do processo inflammatorio encontramos o fóco purulento ou abcesso que pode affectar a forma aguda ou chronica e dar lugar á impermeabilidade da urethra, e tanto mais quanto é certo que, rompendo-se vulgarmente o abcesso na cavidade urethral, é por isso mesmo na face interna do canal que o fóco se torna mais proeminente dando conjunctamente logar em muitos casos aos phenomenos de contractura e espasmo.

CANCRO DE PROSTATA. — E' esta affecção rarissima como demonstram as estatisticas embora pouco exactas de Tanchan. Desenvolve-se quasi sempre como

manifestação primitiva debaixo da fôrma encephaloide e nos periodos extremos da vida, porque não ha caso averiguado de manifestação cancerosa da prostata entre os 8 e os 40 annos.

A fôrma *scirrhusa e melanica* admittida por uns e posta em duvida por outros é muito problematica ¹, a *colloide* é por todos positivamente negada.

Como quer que seja, a massa cancerosa desenvolvida na prostata affecta em geral uma fôrma irregular apresentando saliencias, umas duras e tensas parecendo envolvidas pela capsula, outras pelo contrario mais salientes e molles. São estas saliencias que dão logar á retenção quando esta se manifesta em casos d'esta ordem. Effectivamente abstrahindo da rapidez do seu desenvolvimento, da violencia das dôres, das hemorragias que por vezes se manifestam e da cachexia propria da affecção cancerosa, o encephaloide da prostata dá logar a symptomas perfeitamente similiaes aos de uma obstrucção prostatica qualquer. A violencia das dôres e a possibilidade d'uma ulceracção intra-urethral são aliás perfeitamente compatíveis com a manifestação do espasmo symptomatico do collo.

CAVIDADE DA PROSTATA.—*Kistos hydaticos*.—As cavidades kisticas da prostata constituídas por simples dilatações dos foliculos glandulares ou contendo pus, concreções ou calculos têm em geral, segundo Thompson, dimensões demasiadamente exiguas para se re-

¹ Thompson.

vellarem por symptomas importantes e muito menos pelos symptomas de retenção. São além d'isso extremamente raros como o são também as hydatidas da prostata negadas por muitos auctores e pelo proprio Thompson, que considera os seis casos que apresenta como kistos hydaticos pertencentes ao espaço situado entre o recto e a bexiga muito proximo do collo d'esta ultima. Em todos estes casos a retenção manifesta-se accentuada em consequencia das dimensões excessivas attingidas pelo kisto, e por conseguinte de compressão violenta do collo ou do fundo da bexiga. E' esta pressão que destruindo algumas vezes o tecido da prostata pode dar logar, como no caso de Lowdell, a divergencias relativamente á séde primitiva do tumor.

CONCREÇÕES E CALCULOS PROSTATICOS. — As concreções prostaticas que se desenvolvem nas pelliculas glandulares á custa de pequenos corpos microscopicos e amarellados de natureza organica, e que Thompson se inclina a considerar como resultantes da secreção propria das cellulas prostaticas, são a principio insufficientes para provocar a retenção urinaria; mais tarde, porém, quando o predominio da materia inorganica (phosphato e carbonato de cal) apparece como consequencia da irritação produzida pela presença do nucleo organico por um mecanismo semelhante ao que dá logar ao calculo phosphatico da bexiga, glandulas salivares, amygdalas etc., as concreções attingem um volume mais consideravel; é então que debaixo da denominação de calculos prostaticos se alojam em ca-

vidades mais ou menos amplas constituindo massas de dimensão variavel, que podem pelo seu volume, pela formação d'um abcesso ou ainda pela presença d'algum nucleo no canal urethral, dar logar aos symptomas da retenção urinaria, e reclamar por conseguinte como todos os casos d'esta ordem, uma intervenção prompta e immediata.

Devemos, porem, advertir que é pouco frequente a retenção por esta causa attendendo ao volume pouco consideravel que em geral attingem os calculos prostaticos.

HYPERTROPHIA SENIL DA PROSTATA. — De todas as doenças que podem desenvolver-se no parenchyma da prostata, é indubitavelmente a hypertrophia senil que, pela sua frequencia relativa e consequencias que arrasta, mais contingente fornece á retenção urinaria nos periodos avançados da vida.

Embora a obstrucção mecanica seja nestes casos o factor mais importante, nem sempre se effectua por uma mesma forma attendendo ás variantes que offerece a hypertrophia não só d'um individuo para outro, mas ainda no mesmo individuo em phases differentes da evolução da doença. E' pois indispensavel para o perfeito conhecimento da retenção nas differentes formas de hypertrophia da prostata, recordar, embora a largos traços, os caracteres anatomo-pathologicos mais importantes das lesões a que nos estamos referindo nas differentes variantes, que pode apresentar. No ponto de vista em que nos collocamos, são inquestionavelmente as variantes de séde e as modificações

introduzidas pela hypertrophia no augmento do canal rodeado pela prostata que nos devem merecer uma especial attenção. O peso e configuração externa, o volume total e o predominio dos elementos musculares ou glandulares são indubitavelmente d'uma importancia secundaria, por isso mesmo que só indirectamente podem influir no mecanismo da retenção urinaria.

Embora possa desenvolver-se em todas as partes da glandula, o processo hypertrophico localisa-se de preferencia nos lobulos lateraes e medio, á custa dos quaes se effectuam as principaes modificações de forma e dimensão no augmento prostatico da urethra.

As numerosas observações de Thompson relativamente á séde de predilecção da hypertrophia levaram o illustre professor a um certo numero de conclusões que podemos resumir nas duas seguintes :

1.º Que os lobulos lateraes e medio e a comissura posterior estão igualmente sujeitas á hypertrophia sendo esta pelo contrario mais rara na commissura anterior.

2.º Que o augmento de volume tem logar d'um modo quasi igual em cada uma das tres principaes divisões do orgão; que em alguns casos os lobulos lateraes parecem augmentar mais rapidamente do que a porção mediana, observando-se n'outros, talvez os mais frequentes, a relação inversa.

N'este ponto as ideias de Thompson estão em perfeita harmonia com as da maioria dos auctores, da qual apenas differe em não querer conceder ao lobulo medio a prioridade de desenvolvimento do processo hypertrophico, negando-lhe por conseguinte a tendencia espe-

cial para augmentar de volume que todos insistem em conceder-lhe.

Como quer que seja, que a hypertrophia se manifeste por egual nos lobulos lateraes e medio ou que se accentue de preferencia em qualquer d'estes segmentos do orgão, é fora de duvida que as mais importantes modificações deverão fazer-se no segmento da urethra, mórmente quando a hypertrophia tende a caminhar para o centro como acontece na hypertrophia central de Thompson, em que pode manifestar-se uma retenção absoluta com uma hypertrophia relativamente minima, precisamente o inverso do que acontece na forma excentrica, em que um desenvolvimento enorme é compativel com uma permeabilidade sufficiente da urethra para garantir o livre curso do liquido urinario. D'estas considerações podemos inferir que não ha paridade entre o grau da hypertrophia e a importancia do obstaculo, havendo casos, embora excepcionaes, em que longe de haver stenose, ha pelo contrario dilatação do orificio urethro-vesical quando o lobulo medio em vez de se dirigir para o lado da bexiga, como é de regra, se interpõe entre os lobulos lateraes affastando-os mais ou menos consideravelmente, dando ao meato uma disposição triangular.

O mesmo deverá acontecer quando, consideravel e central, a hypertrophia se manifestar por tal forma que as partes tumefactas pela irregularidade da sua disposição se repellem mutuamente dilatando consideravelmente a urethra e permittindo a passagem da urina atravez dos intersticios deixados pela adaptação incompleta dos lobulos hypertrophiados. Em face do que

fica exposto, se conclue que não é tanto o volume atingido pelo órgão como a disposição e adaptação reciproca das saliencias intra-urethraes que principalmente influem no mecanismo da retenção.

Nas quatro variantes da hypertrophia comprehendidas por Thompson no grupo das formas mais communs da affecção é principalmente a approximação dos lobulos lateraes que, estreitando consideravelmente o diametro transverso da urethra, traz como consequencia a possibilidade d'uma oclusão rapida debaixo da influencia d'uma tumefacção ás vezes insignificante da mucosa ou da propria substancia dos lobulos prostaticos devida á influencia d'uma causa qualquer. O lobulo medio pode igualmente de per si só dar logar á retenção já pelo seu volume excessivo, já pela disposição especial que por vezes affecta tomando a forma valvular encostado ao orificio urethro-vesical ou insinuando-se nelle com as primeiras gottas da urina, quando assim lh'o permite a exiguidade das suas dimensões. Como adjuvantes concorrem igualmente outras modificações concomitantes do canal nos principaes casos d'hypertrophia: o augmento d'extensão, a sua elevação maior e as sinuosidades que se desenvolvem nos casos d'hypertrophia assimetrica são outras tantas causas adjuvantes que devem entrar em linha de conta na genese dos accidentes a que nos estamos referindo.

Intimamente ligados á hypertrophia da prostata e frequentissimas veses coincidindo com ella mencionaremos os tumores benignos constituidos pelos elementos proprios da glandula differentemente relacionados,

e formando pequenos corpos em geral de 2 a 2,5 milímetros, desenvolvendo-se de preferencia na extremidade posterior dos lobulos lateraes e enucleando-se facilmente das partes visinhas, com as quaes não contraem relação alguma de dependencia. Similhanamente aos tumores fibrosos do utero ¹ podem, como elles, attingir um volume consideravel arrastando importantes desordens na micção, accidentes que aliás se podem desenvolver, ainda mesmo que o seu volume seja exiguo, desde o momento em que se realizem as particularidades de localisação, a que já nos referimos em circunstancias analogas, sobretudo quando se dê conjunctamente um certo grau d'hypertrophia no parenchyma da prostata, como em geral acontece n'estes casos.

Alem d'estes tumores encontram-se ainda na prostata os tumores pediculados ou excrescencias em perfeita continuidade de tecido com as partes da prostata que lhe deram origem.

Estes polypos formados pelos elementos constituintes da prostata teem por isso mesmo folliculos glandulares perfeitamente desenvolvidos e em plena actividade physiologica, como o demonstram os ductos excretores que atravessam o pediculo e as concreções proprias do liquido prostatico, que se não encontram nos elementos glandulares dos tumores isolados, cujo desenvolvimento imperfeito os torna inaptos para todo e qualquer acto funccional.

¹ Thompson.

Estas excrescencias que se desenvolvem principalmente no lobulo medio, podem pelo seu volume, forma e disposição relativa obliterar mecanicamente a urethra e provocar por conseguinte uma retenção completa necessitando d'uma intervenção immediata.

Taes são as principaes modificações da prostata que mais directa e immediatamente influem sobre o calibre da urethra e por conseguinte sobre as condições de permeabilidade necessarias ao importante phenomeno da micção.

E' a frequencia relativamente grande d'estas lesões que dá á prostata um tão importante papel na genese da retenção urinaria, porque pode dizer-se que a maior parte dos casos de retenção são incontestavelmente devidos a esta causa.

3.º GRUPO

Obstaculos que se desenvolvem nas proprias paredes do canal

Comprehenderemos neste grupo as barreiras do collo vesical, as urethrites, os apertos inflammatorios e traumaticos, os polypos urethraes e os tuberculos da urethra.

Começemos por estes ultimos que, embora raros, podem todavia apparecer como causa da retenção.

Os polypos urethraes resultantes em geral d'uma hypertrophia papillar e mais raras vezes da obliteração dos folliculos da mucosa com retenção do liquido

segregado dão lugar a symptomas semelhantes aos dos estreitamentos e da cystite.

São por isso mesmo d'um diagnostico difficil tornando-se por veses indispensavel o emprego do endoscopio de Desormeaux que ao mesmo tempo pode utilizar-se nas applicações therapeuticas aconselhadas em lesões d'esta ordem.

O mecanismo da retenção n'estes casos é semelhante ao dos corpos estranhos da urethra, a que já tivemos occasião de nos referir; a unica differença que se nota entre uns e outros é serem os polypos uma dependencia do canal, a cujas formas se adaptam mais completamente dando raras vezes lugar á reacção inflammatoria, ao passo que os corpos estranhos da urethra provocam em geral essa reacção pela violencia que produzem em consequencia da forma e volume que affectam e da violencia maior ou menor com que actuam.

A tuberculose urethral que em geral se localisa na região prostatica é quasi sempre consecutiva á tuberculose do rim e da bexiga; raras veses ultrapassa a aponevrose media, e affecta, segundo Trajet, a forma de granulações disseminadas, elevação pustulosa e ulcerações superficiaes ou profundas podendo dar lugar á retenção urinaria, já por obstrucção mecanica já pela reacção inflammatoria provocada pela illiminação da massa tuberculosa, já finalmente pelo espasmo do collo frequentissimo em lesões d'esta ordem.

Como vemos a mesma lesão póde, segundo a phase da sua evolução, provocar um mesmo phenomeno (retenção) por mecanismos differentes; mas o

obstaculo mecanico a que a mesma tuberculose desenvolvida nas paredes da urethra póde dar lugar, é sufficiente razão para que capitulemos os turberculos urethraes na classe dos obstaculos a que nos estamos referindo.

Os apertos, a urethrite e as barreiras são igualmente representantes d'este grupo, porque, constituindo a stenose do canal um obstaculo mecanico, é á custa das proprias paredes do canal que esses obstaculos se desenvolvem nas lesões referidas.

BARREIRA DO ORIFICIO URETHRO-VESICAL FORMADA Á CUSTA D'ELEMENTOS DIVERSOS. — A lesão designada debaixo d'esta denominação podendo dar lugar á retenção urinaria não deve confundir-se com as modificações que experimenta o meato interno pela hypertrophia do lobulo medio da prostata.

Em alguns casos o obstaculo é constituído pelas fibras musculares hypertrophiadas do orificio interno motivado a seu turno por uma phlegmasia, ou calculo vesical ou por um estreitamento. Outras vezes, embora pouco frequente, o obstaculo consiste n'uma prega da mucosa e dos tecidos submucosos levantados pelos lobulos lateraes da prostata augmentados de volume conservando-se intacto o lobulo medio.

A primeira fôrma é sem duvida a mais frequente e considerada por Thompson como resultante dos esforços energicos e repetidos dos elementos musculares do trigono, que parecem identificar-se com a acção dos musculos das paredes vesicaes para vencer um obstaculo qualquer. São estes esforços e a inflammação que naturalmente despertam os movimentos repetidos,

que dão em resultado a hypertrophia e contracção permanente que constituem a barreira do collo vesical.

E' evidente que refutamos a doutrina de Charles Rill relativamente á influencia da contracção muscular sobre o augmento de volume do lobulo medio, pois que esta doutrina alem de estar em desharmonia com a disposição dos feixes musculares da urethra e da valvula vesical, não é confirmada pelos factos, porque é fóra de duvida que os melhores exemplos da hypertrophia muscular a que nos referimos, coincide não com o augmento da prostata mas sim com estreitamentos antigos da urethra.

Acceitando as condições pathogenicas expostas e attendendo á raridade da hypertrophia isolada dos lobulos lateraes, concluimos que os obstaculos provenientes d'uma barreira no collo vesical são na immensa maioria dos casos resultantes d'um augmento de volume do lobulo medio ou d'uma hypertrophia muscular consecutiva ás condições anormaes provocadas por um estreitamento, um calculo ou qualquer outra cousa semelhante susceptivel de entreter uma irritação persistente e um trabalho excessivo e aturado no aparelho contractil do trigono vesical.

ESTREITAMENTOS. — Respeitando a divisão geralmente acceite dos estreitamentos em passageiros e permanentes, porque partidarios das ideias de Thompson não consideramos os espamodicos e inflammatorios como verdadeiros estreitamentos, admittimos um unico grupo d'estreitamentos, os constituídos por de-

positos organicos accumulados na espessura das paredes da urethra ou em volta d'ellas.

Attenta a sua origem podemos com Picard admitir duas variedades: os inflammatorios resultantes d'uma phlegmasia urethral, e os cicatriciaes provenientes da reparação d'uma solução de continuidade qualquer.

Os primeiros teem a sua origem, segundo os trabalhos de Robin, na exsudação d'uma lympha plastica nas malhas dos tecidos submucosos, que primeiro amorpha vai pouco e pouco transformando-se em tecido fibroso com accentuada tendencia para uma condensação progressiva.

Nos casos mais benignos esta exsudação é superficial, n'outros pelo contrario affecta mais profundamente os tecidos invadindo o tecido esponjoso e os proprios corpos cavernosos e constituindo uma parede dura e resistente n'uma extensão mais ou menos consideravel segundo a area da phlegmasia que lhe deu origem.

E' a invasão do tecido esponjoso n'uma profundidade maior ou menor que constitue o estreitamento typo; n'outros casos a mucosa adhere aos tecidos subjacentes conservando a sua integridade ou apresentando uma friabilidade maior ou menor, consequencia do trabalho inflammatorio inicial.

O tecido esponjoso condensado e retrahido avança circularmente para o centro da urethra deixando na face externa uma depressão correspondentemente. D'aqui resulta que o maximo do estreitamento é precedido e succedido de duas superficies conicas reunidas pelo

vertice no ponto estreitado, havendo todavia uma differença para o cone posterior, que é troncado pela pressão da urina que o dilata.

Os estreitamentos cicatriciaes traumaticos são a consequencia da formação d'uma cicatriz resultante d'uma ulceração da urethra ou d'uma laceração de tecidos, umas vezes interna devida á passagem d'um instrumento cirurgico ou d'um corpo estranho, outras vezes motivada por uma violencia exterior, e cuja extensão e gravidade depende da natureza do instrumento (cortante ou contundente), da direcção e nitidez do córte e dos tecidos affectados no primeiro caso, e da extensão da perda de substancia immediata ou consecutiva ao esphacelo no segundo, circumstancia que depende em grande parte da violencia do traumatismo e da resistencia do membro na occasião do accidente.

O calibre dos estreitamentos, qualquer que seja a sua origem, depende da sua duração e da extensão da phlegmasia aos tecidos visinhos; em todo o caso é rara a obliteração completa, e por conseguinte rarrissimas vezes a retenção é devida á impermeabilidade absoluta do canal.

O mecanismo da retenção é outro: debaixo da influencia de causas variadas, como são a exposição ao frio ou excessos venereos e alcoolicos etc., declara-se uma obstrucção do canal devida já a um engorgitamento inflammatorio, já ao spasmo, já á acção combinada d'estes dois factores.

Quando existe um estreitamento d'urethra por mais leve que seja, diz Thompson, temos sempre a receiar uma retenção d'urina, desde o momento que o doente

se exponha á influencia de causas excitantes. Como vemos, o mecanismo da retenção n'estes casos é realmente complexo, porque além do estreitamento que entra como factor principal e indispensavel, é igualmente de necessidade a cooperação d'outros elementos de natureza nervosa ou phlegmasica.

Além da retenção completa com absoluta impossibilidade da micção a que principalmente nos estamos referindo, é frequentissimo observar nos estreitamentos uma retenção parcial ou incompleta exigindo imperiosamente uma intervenção immediata pelas graves consequencias que igualmente pôde ter quando despresada.

Esta fôrma de retenção que se manifesta pelo importante phenomeno de regorgitamento, indicio evidente d'uma replecção da bexiga além dos limites physiologicos, entra nos casos comprehendidos no nosso trabalho, porque reclama uma intervenção prompta pelos perigos a que expõe, uns immediatos, como são a ruptura vesical e urethral (infiltração urinosa), e outros remotos como a dilatação da urethra e compressão do parenchyma renal, as ulcerações vesicaes e a intoxicação uremica.

URETHRITE. — A retenção urinaria, que por vezes se manifesta nas urethrites violentas, tem pela multiplicitade de causas que lhe pôdem dar origem um mecanismo mal definido, e sobre o qual ainda reinam por isso mesmo divergencias. Será a contracção espasmodica dos musculos urethraes ou dos sphincters do collo debaixo da influencia do estimulo phlegmasico ?

Será a tumefacção propria da mucosa obstruindo mecanicamente o canal? Será finalmente a tumefacção da prostata devida a uma prostatite aguda que muitas vezes acompanha as urethrites, quando na sua marcha progressiva invadem a região prostatica e membranosa?

Thompson referindo-se a este assumpto julga que a inflamação da urethra pouco ou nada difficulta a micção, desde o momento em que a prostata não esteja simultaneamente affectada, e que pelo contrario a manifestação da prostatite deve ser considerada como a verdadeira condição pathologica da retenção nos casos de urethrite.

Respeitando a opinião do illustre professor não podemos todavia deixar de a considerar como demasiadamente exclusiva.

E' fóra de duvida que nas lesões inflammatorias da urethra o espasmo representa um papel importante como causa da retenção manifestando-se umas vezes na região esponjosa da urethra, outras, sem duvida mais frequentes, nas regiões prostatica e membranosa; por outro lado se a tumefacção da mucosa se manifesta debaixo da influencia do processo inflammatorio, cuja intensidade é variavel, poderemos afirmar que essa tumefacção não seja sufficiente em alguns casos para obliterar o calibre da urethra provocando uma verdadeira retenção auxiliada por vezes pela contracção espasmodica dos elementos musculares? O proprio Thompson não se atreve a negar a possibilidade do phenomeno, porque diz que *he parece insufficiente para provocar a retenção.*

Admittiremos por conseguinte uma retenção provocada pela tumefacção inflammatoria da mucosa, embora estes casos sejam pouco frequentes, e temos assim justificada a capitulação da retenção ligada á urethrite no grupo dos obstaculos materiaes desenvolvidos nas proprias paredes do canal.

Os casos de retenção consecutiva ao apparecimento da prostatite não devem em rigor considerar-se como pertencentes á urethrite, porquê a primeira lesão não é consequencia da segunda, e por outro lado a retenção ligada a uma prostatite d'origem urethral em nada differe da que se desenvolve na prostatite ligada a uma outra causa qualquer.

4.º GRUPO

Obstaculos que em geral se desenvolvem simultaneamente nas paredes da urethra e nos órgãos intimamente relacionados com ella.

N'este grupo ficam naturalmente comprehendidas as lesões traumaticas por serem justamente aquellas, cuja acção difficilmente recae sobre um grupo limitado de tecidos, tendo pelo contrario tendencia a affectar simultaneamente órgãos differentes, desde o momento em que esses órgãos estejam intimamente relacionados como acontece nos casos a que nos estamos referindo.

As lesões traumaticas da urethra pódem ter logar de fóra para dentro ou de dentro para fóra.

No primeiro caso pódem ser feitas por instrumen-

tos cortantes ou perfurantes, por instrumentos contundentes ou por armas de fogo e finalmente por arrancamento ou mordedura; no segundo são produzidas por um corpo estranho da urethra e pôdem ser simples lacerações ou falsos caminhos realizados pelo catheterismo.

Em todos estes casos a retenção pôde manifestar-se exigindo uma immediata intervenção. Devemos, porém, notar que são principalmente as feridas contusas e por armas de fogo, que mais frequentes vezes dão logar a accidentes umas vezes com lesão do canal e outras pela tumefacção inflammatoria das partes visinhas affectadas, conservando-se completa a integridade da urethra.

Nos falsos caminhos além do perigo da retenção um outro se nos offerece mais importante ainda: a infiltração urinaria com todas as funestas consequencias que naturalmente se lhe seguem, e que são principalmente para receiar nos casos de falsos caminhos completos, quando estes communicam com a bexiga.

Nos casos de retenção devidos a uma lesão traumatica da urethra, qualquer que seja o seu mecanismo, o elemento espasmodico representa um importantissimo papel, como aliás representa em todos os estados pathologicos das vias urinarias, em que o elemento inflammatorio ou nervoso se apresenta com um certo character de intensidade e duração.

Em summa—occlusão produzida pela permanencia do corpo vulnerante ou do tecido contundido e esphacelado, tumefacção inflammatoria da urethra e dos tecidos visinhos e contracção espasmodica dos

sphincters, taes são os importantes elementos que concorrem na produção do accidente provocado por uma causa traumatica qualquer.

III

Obstaculos no trajecto das vias urinarias e insufficiencia das contracções vesicaes

Até aqui estudamos separadamente as duas principais modalidades, em que se filiam os diferentes mecanismos da retenção.

Agora vejamos o resultado da acção combinada d'ambas.

E' fóra de duvida que o obstaculo no trajecto das vias urinarias, impedindo o livre curso da urina, traz como consequencia necessaria um augmento de esforço destinado á expulsão d'esta, e por conseguinte um exagero da actividade contractil da bexiga. N'estas condições, se os elementos musculares se hypertrophiam, a compensação estabelece-se até certo ponto, e a urina continua a ser expellida com mais ou menos difficuldade atravez do ponto coarctado da urethra; casos ha, porém, em que esta compensação se não estabelece, ou pela rapidez com que se desenvolve o obstaculo, dando logar a frequentes e repetidas distensões da bexiga, ou porque os effeitos d'uma cystite

violenta sobre os elementos musculares tenham dificultado em parte o desenvolvimento d'estes mesmos elementos.

E' então que o desequilibrio apparece ; o obstaculo, persistindo e tendendo em geral a aggravar-se constantemente, distende progressivamente a bexiga, que não pôde reagir pela insufficiencia dos seus elementos musculares, e a retenção parcial manifesta-se com todas as suas consequencias; o residuo urinario vai augmentando progressivamente, e, se n'estas condições sobrevem de prompto uma tumefacção, embora leve, na séde do obstaculo, a retenção absoluta manifesta-se, e a distensão extrema sobrevem promptamente, roubando ás fibras musculares da bexiga os restos de energia contractil que ainda possuia, e tornando-a por conseguinte insensivel ao augmento progressivo da secreção.

E' então que o phenomeno do regorgitamento pôde sobrevir como consequencia d'uma pressão intravesical exaggerada, e exigindo uma intervenção immediata.

Como se vê pelas considerações que acabamos de fazer, o mecanismo da retenção n'estes casos não consiste simplesmente n'um obstaculo nas vias uritarias, por vezes insufficiente de per si para a provocar, se a bexiga conservar intacto o seu poder contractil, mas sim na acção combinada do obstaculo e da iusufficiencia das contracções vesicaes.

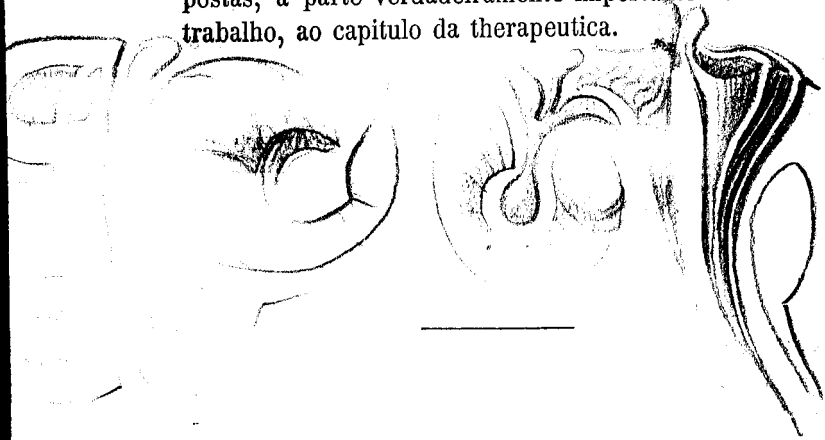
E' d'esta fórma que, a nosso vêr, se justifica o facto apontado por todos os auctores e que muitas vezes se encontra na pratica, em que a passagem d'uma velinha de diminutas dimensões se dá com uma facilidade

*

relativa através d'um obstaculo que coincide com uma retenção absoluta e repleção enorme do reservatorio urinario.

Taes são a largos traços as principaes modalidades no mecanismo da retenção.

Passemos agora, fundamentados nas doutrinas expostas, á parte verdadeiramente importante do nosso trabalho, ao capitulo da therapeutica.



SEGUNDA PARTE

THERAPEUTICA

Encetando o capitulo da therapeutica, em que as mais sérias difficuldades se offerecem á consideração do clinico, é necessario ter bem presente ao espirito que, se por um lado a gravidade dos accidentes e das suas consequencias exige uma intervenção prompta e efficaç, por outro lado tambem uma therapeutica racional e uma intervenção precipitada podem ser seguidas das mais funestas consequencias, não só pela perda de tempo a que dão logar e estragos que podem occasionar, mas tambem e principalmente porque tornam por vezes improficua a applicação de certos meios d'uma incontestavel efficacia, quando racionalmente indicada e convenientemente dirigida.

São numerosas, como vimos, as causas da retenção e variados os mecanismos, por que ella se effectua.

A mesma diversidade se encontra na intervenção

therapeutica, senão nos meios fundamentaes, pelo menos nas variantes d'esses diferentes meios.

E' assim que o catheterismo, applicado igualmente nos apertos e dysuria prostatica, varia na parte instrumental e manual para cada uma d'essas affecções e segundo as modalidades especiaes, que cada uma d'ellas pôde apresentar.

Por outro lado sabemos que a causa immediata da retenção não é o augmento progressivo d'uma lesão preexistente, mas sim um estado novo e por vezes transitorio, como as phlegmasias e espasmo, que neutralisa de subito os esforços expulsores da bexiga, e que podemos debellar pelos meios apropriados, deixando para mais tarde o tratamento da lesão inicial. Umaz vezes a lesão causal pôde ser simultaneamente debellada com a retenção que provoca, como acontece nos apertos; outras, pelo contrario, é systematicamente ou por necessidade despresada, limitando-se a intervenção a desviar-a momentaneamente para dar passagem ao liquido urinario: é o que acontece nas hypertrophias da prostata e em certos apertos, que permitem, depois de numerosas tentativas, a evacuação do liquido urinario, podendo em seguida ser tratadas pelos meios mais brandos da dilatação progressiva.

Finalmente casos ha, em que todos os esforços do clinico não conseguem nem debellar a causa proxima ou remota da retenção, nem desviar-a ao menos temporariamente, e em que por conseguinte se torna necessario recorrer, como meio extremo, á evacuação da bexiga por uma abertura artificial n'ella praticada ou n'um ponto da urethra situado além do obstaculo,

que não conseguimos vencer pelos meios anteriormente empregados.

Attentas estas considerações, é fóra de duvida que não podemos racionalmente abranger n'um só capitulo a therapeutica das differentes formas de retenção, que percorremos na primeira parte do nosso trabalho.

A distribuição, n'um certo numero de grupos, tem a vantagem de precisar melhor os processos d'intervenção para os differentes casos que se nos podem apresentar, nomeadamente aquelles que constituem a fórma clinica mais frequente do accidente a que nos estamos referindo.

Dividiremos, por conseguinte, a therapeutica da retenção em dous grandes grupos.

No primeiro incluiremos a exposição de todos os meios empregados com o fim de restabelecer o curso regular da excreção pelas vias que naturalmente percorre; e aqui distinguiremos *quatro* capitulos:

- 1.º nos casos de espasmo essencial ou symptomatico;
- 2.º nos corpos estranhos e traumatismos da urethra;
- 3.º nos apertos;
- 4.º nas lesões da prostata, nomeadamente hypertrophia senil.

O segundo será destinado á exposição dos meios que tem por fim debellar o accidente, nos casos extremos, pela abertura d'um caminho artificial, d'uma comunicação directa com a bexiga ou com a porção permeavel da urethra, e destinada á evacuação temporaria do reservatorio urinario, exageradamente distendido pela accumulção successiva da excreção.

E' evidente que na divisão, que acabamos de fazer acima, comprehendemos o grupo dos obstaculos mechanicos que se desenvolvem no trajecto da urethra, desde o meato interno ao externo; pelo que respeita ás simples paralyrias ou atonias da bexiga, filiadas n'uma lesão central ou peripherica, não entraremos em largos desenvolvimentos, que nos roubariam tempo indispensavel para outros assumptos de maior importancia.

De facto, não havendo nas fórmias, a que nos acabamos de referir, difficuldade alguma na introduccão da sonda, por isso mesmo que ha perfeita permeabilidade em toda a extensão do canal urethral, nenhum artificio é necessario, e apenas se exige o perfeito conhecimento do catheterismo ordinario.

A evacuação da urina n'estes casos deve fazer-se quatro vezes por dia, pelo menos para evitar os inconvenientes da accumulacão e dos perigos consecutivos da urina, porque, como muito bem faz notar Richard ¹, a urina é o inimigo constante dos dysuricos.

Sendo em geral demoradas as doencas de que vamos fallando, e sendo por conseguinte necessario, durante todo o decurso do tratamento apropriado, e de que não temos a occupar-nos, empregar constantemente a sonda, convem que o catheterismo evacuador seja o mais suave possivel, e que a sonda seja immediatamente retirada depois da operacão para evitar as irritaçoes demoradas e por vezes funestas, se já se ti-

¹ Richard — *Pratique Journalière de la chirurgie.*

verem manifestado, como é frequente, indícios d'uma complicação renal.

1.º GRUPO

Meios destinados a restabelecer o curso da urina pelas vias naturaes

I. ESPASMO ESSENCIAL E SYMPTOMATICO. — Percorrendo as variadas causas de retenção, a que tivemos occasião de nos referir na primeira parte do nosso trabalho, facilmente podemos verificar que em muitos casos a contracção espasmodica dos sphincters do collo ou dos elementos musculares da região esponjosa, concorrem poderosamente no mecanismo da retenção conjunctamente com um estado congestivo ou phlegmatico da região affectada, umas vezes independentemente da lesão principal, outras intimamente ligada a ella, mas em todo caso sufficiente para obliterar de prompto o canal, mais ou menos compromettido já pelas modificações inherentes á lesão primitiva e fundamental. Ora, em todos os casos de retenção, em que estes importantes elementos se manifestam, é indispensavel combatel-os por uma medicação apropriada, ao mesmo tempo que se põe em pratica os meios mais promptos, variaveis com a natureza da lesão, e que são por vezes os unicos verdadeiramente efficases.

Foi attendendo a estas considerações que dedicamos um capitulo especial ao tratamento do espasmo symptomatico no que elle tem de commum a todas as

formas de retenção, em que se manifesta; d'esta forma evitamos repetições fastidiosas, e seguimos por outro lado a ordem mais natural, visto haver casos, em que o desaparecimento d'estes elementos é de per si só sufficiente para debellar o accidente, evitando por conseguinte os perigos d'uma intervenção ulterior e mais energica.

Dois elementos temos pois a combater na retenção provocada por uma contracção espasmodica: o elemento nervoso e o estado phlegmasico concumitante.

Estes dous elementos, intimamente associados, são em geral combatidos pelos mesmos meios, e é por isso que, como muito bem faz notar Thompson, pouco importa saber qual dos dois representa n'um dado caso o papel dominante; os calmantes e os anti-phlogisticos são conjunctamente applicados com o duplo fim de prevenir o emprego da sonda ou de tornar a sua introdução mais facil, quando a intervenção cirurgica se torna absolutamente indispensavel.

Comecemos pelo tratamento medico.

São principalmente os banhos, as emissões sanguineas locaes e os opiados que em taes circumstancias podem dar um resultado mais favoravel.

Os banhos geraes, aconselhados por todos os auctores pela sua efficacia em muitos casos, devem ser, segundo a auctorizada opinião de Thompson, de 38,8 a 40 graus centigrados, demorados durante 20 a 30 minutos. São os effeitos revulsivos pela estimulação local e pela diaphorese geral que devem principalmente aproveitar; a congestão derivativa dos tegumentos, modificando favoravelmente o estado local, tem, além

d'isso, a vantagem de attenuar, pelos effeitos sedativos que possui, a contracção espasmodica dos sphincters.

Por esta fórma se combatem simultaneamente os phenomenos congestivos e nervosos, e por conseguinte as condições pathogenicas da retenção. E' pela influencia favoravel dos effeitos diaphoreticos, que Thompson aconselha transportar o doente para o leito, immediatamente depois do banho e envolvido em cobertores de lã, onde deve conservar-se por um certo espaço de tempo.

As emissões sanguineas egualmente aproveitam, mas não excluem a applicação prévia da medicação anterior.

Estas emissões podem effectuar-se pelas sanguesugas e pelas ventosas sarjadas na região perineal.

As sanguesugas, preferidas pela facilidade maior da sua aquisição e applicação, devem ser empregadas em numero de 15 a 20, prolongando, tanto quanto ser possa, o seu effeito.

Como muito bem fez notar Thompson, a sua applicação em pequena escala tem por vezes o inconveniente de augmentar a congestão; longe de a diminuir, por isso mesmo que motiva um appello de sangue para a região, em que é feita, não dá em seguida vasão sufficiente a esse sangue, que por conseguinte estaciona nos órgãos circumvisinhos, aggravando o estado congestivo, que os affecta.

As ventosas sarjadas, quando habilmente applicadas, teem uma acção talvez mais revulsiva, e podem extrahir rapidamente 200 a 300 grammas de sangue, estabelecendo por conseguinte uma derivação energica e promptamente efficaç n'um grande numero de casos, e

se Thompson lhe prefere as sanguesugas, é simplesmente pelo facto, de que a sua applicação é na generalidade dos casos imperfeita, e arrasta por conseguinte consigo os inconvenientes de toda a emissão sanguinea local, insufficiente em casos d'esta ordem.

As cataplasmas emollientes e laudanizadas, applicadas sobre o perineo e sobre o ventre consecutivamente ás emissões sanguineas, são em extremo recommendaveis com o duplo fim de entreter a deplecção sanguinea e moderar o erethismo do apparelho urinario, que acompanha constantemente estes estados.

Pelo que respeita á sangria geral, apontada por Delefosse pelos seus effeitos sedantes, não nos parece de grande utilidade, ainda mesmo n'um individuo robusto. N'estes, como em todos os casos semelhantes, a subtracção d'uma certa quantidade de sangue á circulação geral pouco ou nada modifica as condições da irrigação local, desde o momento em que se realisa muito distante do ponto lesado, tendo alem d'isso o inconveniente gravissimo de enfraquecer sensivelmente uma organização, que na generalidade dos casos se encontra já consideravelmente depauperada pela acção notavelmente hyposthenisante da affecção urinaria, a que Civiale ligava uma importancia aliás exagerada.

A derivação intestinal por meio dos purgantes é muitas vezes aproveitavel pela facil communicação que existe entre os plexos hemorrhoidarios e prostaticos. E' baseado n'estas ideias que Thompson aconselha o emprego d'um purgante energico n'aquelles casos de retenção, em que, passadas duas horas depois da applicação das emissões sanguineas, se não tenha conse-

guido ainda um resultado sufficientemente satisfactorio; em circumstancias taes a deplecção rapida do systema venoso intestinal, desengorgitando a prostata póde concorrer efficaamente na desobstrucção das vias urina-rias.

A estes meios therapeuticos, destinados principalmente a dissipar o estado phlegmasico, devemos addicionar o emprego dos calmantes, especialmente destinados a combater a irritabilidade nervosa e muscular, que conjunctamente se desenvolvem, porque, embora o tratamento antiphlogistico possa diminuir consideravelmente o espasmo, nem sempre isto acontece, e ninguem de certo duvidará da grande utilidade de mitigar os exforços e soffrimentos do doente, condicções em extremo favoraveis para o fim que desejamos conseguir.

E' ao opio que devemos sobretudo recorrer, e em dóse relativamente elevada. Thompson aconselha a tinctura sedativa d'opio na dóse de 25 a 30 gottas, ou 40 a 60, quando a quizermos administrar em clyster; em todo o caso é indispensavel uma dóse elevada, porque, debaixo da influencia d'uma sedação profunda, os exforços do doente, em parte involuntarios, cessam pouco e pouco, a irritação do canal diminue e a urina corre livremente em alguns casos.

Apesar da influencia energica dos meios, que acabamos de mencionar, é frequente que fiquem impotentes para debellar a causa immediata da retenção. E' para o catheterismo que devemos então appellar.

Estrenuo defensor do catheterismo em todas as fórmas de retenção urinaria, como teremos occasião de

vêr, Thompson aconselha o emprego do catheterismo antes mesmo dos antiphlogisticos e calmantes, baseando-se por um lado na relativa inefficacia d'estes meios e por outro nos perigos d'uma perda de tempo, muitas vezes irreparavel n'um accidente, cujo menor inconveniente é uma atonia consecutiva da bexiga pela perda ou enfraquecimento notavel do poder contractil devido a uma distensão extrema e prolongada do reservatorio urinario.

Apesar da incontestavel auctoridade do eminente professor, não podemos deixar de considerar um pouco absolutas às suas asserções.

E' certo que para um clinico consumado na pratica da especialidade, o catheterismo habilmente dirigido triumphará rapidamente na maioria dos casos d'uma retenção urinaria, ligada ao espasmo essencial ou symptomatico d'uma affecção qualquer; mas se nos lembramos que não é frequente encontrar um clinico sufficientemente adestrado nas manobras do catheterismo, nomeadamente nos casos difficeis, a que teremos de nos referir; se nos lembramos mais que n'estas condicções a introduccão da sonda póde dar logar a graves consequencias, não hesitaremos em aconselhar uma certa prudencia no emprego d'este meio therapeutico.

Não queremos com isto diser que regeitamos o emprego da sonda, logo que ella esteja formalmente indicada; o que desejamos accentuar é que, desde o momento em que uma retenção urinaria se nos apresente em condicções de poder esperar algum tempo sem grave risco d'uma distensão exagerada, preferimos o emprego dos meios acima aconselhados, que, além de poderem ser de per si só efficazes, teem a incontestavel vanta-

gem de dissipar parcialmente os elementos congestivo e espasmódico, e por conseguinte tornar mais fácil e menos violenta e dolorosa a introdução da sonda, logo que se julgue necessária a sua applicação.

Casos haverá, porém, em que a gravidade das circunstancias reclame urgentemente a depleção da bexiga; é então que o catheterismo deve occupar o primeiro logar, sem que todavia deixem de se applicar conjunctamente os meios acima mencionados com o duplo fim de auxiliar o catheterismo e prevenir até certo ponto a exacerbação dos symptomas inflammatorios, a que por vezes elle pôde dar logar.

Feitas as applicações antiphlogisticas e antispasmodicas, indicadas em todos os casos de retenção, em que o espasmo representa um papel importante, os meios operatorios variam com os diferentes mecanismos, pelos quaes pôde realisar-se a retenção. E' por isso que dividimos o tratamento, que constitue a segunda parte do nosso trabalho, n'um certo numero de grupos e capitulos, em cada um dos quaes estudaremos as particularidades therapeuticas; por outro lado, incluímos n'este primeiro capitulo o tratamento da retenção, que se manifesta na contracção espasmodica com o que se declara no decurso da urethrite, porque não só o espasmo acompanha de preferencia a urethrite, sendo por isso mesmo uma das principaes applicações do tratamento medico, a que nos referimos pelo accentuado predominio das manifestações phlegmasicas, como tambem os meios cirurgicos são approximadamente os mesmos n'um e n'outro caso.

E' pois simplesmente á contractura e espasmo sym-

ptomático d'uma affecção nervosa ou idiopathica e diathetica, e ao que acompanha a urethrite e cystite do collo, que nos referimos n'este primeiro capitulo.

Os diferentes meios apontados por Delefosse no seu excellente trabalho sobre a contractura do collo vesical, tendo principalmente por fim modificar as condições productoras do espasmo, não teem a sua applicação no caso urgente d'uma retenção absoluta.

A introdução systematica das velinhas e das sondas de Beniquié, as instillações de nitrato de prata tão preconizadas por Guyon, a dilatação lenta ou rapida do collo e as correntes electricas empregadas por Onimos, meios todos tendentes a combater o espasmo symptomatico das affecções nervosas e as de natureza rheumatismal, conjunctamente com a medicação interna apropriada, são de certo incompativeis pela sua duração com a urgencia que reclama a situação actual.

E' pois unicamente o catheterismo que deve dominar a situação, quando praticado nas condições convenientes.

As sondas, que melhor convém em casos d'esta ordem, são as sondas molles, de fracas dimensões, n.^{os} 14 a 17 da feira franceza, e tendo além d'isso uma curvatura apropriada para aquelles casos, em que, existindo uma tumefacção da prostata, seja necessario levantar a extremidade da sonda para penetrar na bexiga, como acontece nas hypertrophias do lobulo medio.

Devemos ter sempre em vista, nos casos de contractura, que o obstaculo não pôde vencer-se senão á custa d'uma insistencia suave e aturada; é necessario combater a sensibilidade da mucosa ao mesmo tempo que procuramos provocar o cansaço muscular e a re-

solução consecutiva. E' por isso que a introduccão da sonda deve fazer-se lentamente sem pressão consideravel sobre a séde do obstaculo. Logo que a extremidade da sonda penetrar na porção membranosa, a contracção, exagerando-se, aperta-a violentamente impedindo por vezes a sua extracção; n'estas condições toda e qualquer pressão, com o fim de a fazer progredir, é inconveniente, e póde dar logar a lesões ás vezes irreparaveis; esperando pelo contrario pacientemente é facil passado um certo tempo faz-la galgar rapidamente o obstaculo e penetrar promptamente na bexiga.

E' sobretudo na blenorragia que o espasmo se manifesta no seu mais alto grau, coincidindo com a tumefacção das mucosas e frequentissimas vezes com uma tumefacção inflammatoria da prostata; n'este ultimo caso temos a vencer, além do espasmo e stenose do canal, o desvio proprio dos obstaculos prostaticos; os artificios que temos de empregar em casos d'esta ordem difficultam um pouco as condições do catheterismo, e serão expostos, quando nos occuparmos do catheterismo nos obstaculos prostaticos em geral.

Devemos, porém, lembrar-nos sempre de que é nas fórmulas de retenção ligadas á blenorragia, que principalmente aproveitam as emissões sanguineas, os banhos e os opiados, a que já nos referimos.

Quando, depois d'um certo numero de tentativas pelos meios acima indicados, não conseguimos debellar o accidente pelo menos parcialmente, podemos recorrer com vantagem ao emprego do chloroformio, preconizado por Thompson; a resolução muscular que se

segue ao emprego d'este anesthesico, é muitas vezes sufficiente para produzir em poucos minutos, o que o emprego aturado d'outros meios não pôde conseguir, e quando mais não seja, facilita o catheterismo, abolindo a resistencia offerecida pelo doente, pois que diminue a sensibilidade reflexa do canal.

Embora de pequena importancia, não deixaremos todavia de mencionar, como dando resultado em alguns casos de retenção espasmodica, o emprego da tintura de sesquioxido de ferro na dóse de 15 a 20 gottas de 10 em 10 minutos por espaço d'uma hora.

O emprego de todos os meios e artificios ao nosso alcance é realmente justificavel antes de se recorrer aos meios extremos, desde o momento em que o exame attento do estado geral e local do doente sirva constantemente de guia ás determinações do clinico, que dentro dos limites da prudencia deve ter sempre em vista as graves consequencias d'uma retenção em extremo demorada.

O tratamento da retenção precisamente espasmodica confunde-se em parte, como acabamos de ver, com o da retenção provocada pela urethrite; foi por isso que os reunimos no capitulo da therapeutica, embora debaixo do ponto de vista do mecanismo consideremos uma e outra em capitulos distinctos.

II. CORPOS ESTRANHOS E TRAUMATISMOS DA URETHRA. — E' n'esta ordem de lesões, que o tratamento da retenção se confunde muitas vezes com o da causa, que lhe deu origem.

Como vimos, é pela obstrucção directa, ou pelos

phenomenos de reacção do traumatismo que provocam, que os corpos estranhos actuam; foi por isso, que os reunimos ás lesões traumaticas da urethra, em que, com quanto não persistem os agentes traumaticos, existem todavia os phenomenos de reacção, a que deram logar.

A primeira indicação a preencher é pois, na maioria dos casos a extracção do corpo estranho, umas vezes por necessidade pela impossibilidade do catheterismo evacuador, outras por conveniencia para evitar a reacção exagerada e a retenção por esse mecanismo com as funestas consequencias, que se pôdem seguir.

Qualquer que seja a sua procedencia, os corpos estranhos da urethra pôdem ser divididos, debaixo do ponto de vista do tratamento, em regulares de pequenas dimensões ou irregulares volumosos, ponteagudos e mais ou menos incrustados de saes calcareos, segundo a sua maior ou menor demora no trajecto das vias urinarias; é esta a divisão adoptada por Poulet ¹, que tem para nós a grande vantagem de mostrar immediatamente o caminho, que melhor convém seguir n'um caso especial que se nos apresente, e evitar por conseguinte hesitação e perda de tempo, muitas vezes funestas em casos d'esta ordem.

Pondo de parte os processos pertencentes ao primeiro methodo de Poulet, os quaes, abstrahindo das injecções, por vezes uteis, são pela maior parte ineffi-

¹ Poulet — *Traité des corps étrangers en chirurgie.*

cases, é aos meios pertencentes ao segundo methodo, que sobretudo devemos recorrer.

A extracção pelas manobras externas, quer pelo processo de Moul-Lavalld, quer pelo processo mais geralmente seguido das pressões repetidas de traz para diante com o fim de fazer caminhar o corpo estranho na direcção do meato externo, onde é em seguida apanhado pelas pinças, convem em geral a um pequeno numero de casos, porque além de exigir que a extremidade anterior seja romba e de volume sufficiente para não se enterrar nas pregas da mucosa, é pouco praticavel, quando a séde do obstaculo é na região prostatica ou membranosa. E' por isso que em geral se recorre á extracção por meio dos instrumentos variados, destinados a esse fim.

São principalmente as pinças urethraes de Chamion, Matteien e Collin que se empregam n'estes casos, sendo esta ultima de preferencia aconselhada pela grande simplicidade e facilidade do seu manejo ¹. Casos ha, porém, em que, pela falta d'este instrumento, ou pelas condições especiaes do corpo estranho, se tem de recorrer a meios variadissimos dependentes em grande parte da pericia do operador, e com os quaes se consegue por vezes triumphar de certos obstaculos, que pelos meios ordinarios se não poderiam debellar.

E' n'este grupo, que devem collocar-se as manobras

¹ Picard — *Traité des maladies de l'urethre*. Poulet — op. cit.

seguidas em casos especiaes por Loustalot, Voillemier, Perrier, Tandemot, Marchettis e muitos outros.

A versão, ultimamente preconizada na extracção dos corpos estranhos, e a lithotricia urethral pertencem igualmente ao grupo das manobras especiaes de que se lança mão como intermedio forçado entre os meios mais brandos e os meios extremos de extracção pelas vias artificiaes preconizadas por Cowper e seguida por Boinet.

A versão é unicamente applicada aos corpos alongados e ponteagudos. Sem exagerar a efficacia d'este processo, é fóra de duvida que elle tem prestado valiosos serviços, embora em alguns casos tenha ficado absolutamente inefficaz.

A lithotricia urethral, igualmente aproveitavel, nomeadamente nos calculos da urethra, é no entanto d'uma applicação difficil, sobretudo nas regiões prostática e membranosa, a ponto de que alguns auctores, entre estes, Caudemont e Delefosse¹, aconselham n'estes casos impellir o corpo estranho para a bexiga afim de o extrahir em seguida por simples prehensão ou lithotricia, se se tratar d'um producto calculoso.

Este processo, seguido por Reliquet, em rigor aproveitavel só para os calculos, é, como muito bem faz notar Poulet, d'uma applicação difficil, porque as suas indicações dependem em grande parte da pericia do operador e da provada inefficacia dos meios precedentes, incontestavelmente mais suaves.

¹ Delefosse— *Pratique de la Chirurgie des voies urinaires.*

Ninguem de certo, que não fosse um habilissimo lithotomista, se arriscaria a introduzir na bexiga um corpo estranho, sem pelo menos ter esgotado previamente todos os meios de entrar pelas vias naturaes, que tiver á sua disposição.

Na região penianna todos os meios de simples extracção e lithotricia são relativamente mais facéis, e em geral coroados de bom exito pelo grau de perfectibilidade, a que tem chegado o arsenal therapeutico d'este accidente.

E' por isso que os meios capitulados no grupo punccão e *boutonnière*, por muito tempo unicos empregados, teem hoje a area da sua applicação simplesmente restricta áquelles casos, em que o volume, fórma, e espessura do corpo estranho tornam impossivel a extracção pelo meato.

São em geral os corpos allongados e rigidos, como as espigas, os alfinetes e os ganchos quasi sempre cobertos, pela sua demora no canal, d'incrustações calcareas, que preenchem estas condicções. E' então á punccão e á *boutonnière*, que se deve recorrer.

A punccão, preconisada por Süe-Dieffenbach é uma operação relativamente facil, sobretudo na região esponjosa; infelizmente tem muito limitadas as suas applicações; pelo contrario a *boutonnière* é applicavel a todos os casos, quaesquer que sejam a forma e dimensão do corpo, que tivermos a extrahir.

Não nos occupamos aqui da questão da anesthesia prévia, nem da serie das modificações, que introduz no processo operatorio a localisação da lesão na região esponjosa ou membranosa, nem dos cuidados consecu-

tivos á operação; todos estes pontos, admiravelmente descriptos por Poulet, nos roubariam um tempo indispensavel para outros assumptos, e limitamos-nos a apresentar as indicações que ficam descriptas, como sendo aquellas, a que primeiro se deve satisfazer n'um caso de retenção urinaria provocada pela presença d'um corpo estranho.

Casos haverá, porém, em que, tendo bem fundadas suspeitas para concluir que a reacção inflammatoria e espasmo concumitante representem na genese da retenção um papel mais importante, do que a presença do corpo estranho, e esperando por outro lado que, dissipados esses symptomas, a extracção se consiga pelas vias naturaes, se deve deixar para mais tarde o tratamento da lesão causal, tendo actualmente só em vista debellar o accidente, cuja persistencia compromette seriamente as condicções de resistencia do doente.

Os anti-phlogisticos e calmantes, a que já nos referimos, teem n'estes casos uma applicação perfeitamente justificada com o duplo fim de combater a retenção e prevenir, ou pelo menos attenuar accidentes d'uma reacção excessiva. Na generalidade dos casos, porém, é indispensavel recorrer ao catheterismo practicado por meio de sondas de dimensões variaveis, e tendo sempre em vista a necessidade de impedir que o corpo estranho progrida no sentido da bexiga; é para isso, que se aconselha fixal-os com os dedos até que se consiga passar a sonda entre elles e a parede urethral.

D'esta fórma consegue-se por vezes a evacuação da bexiga, esperando uma occasião mais opportuna para

a extracção do corpo estranho. Nos casos absolutamente refractarios é aos meios sangrentos, que devemos então recorrer.

A retenção, que por vezes se manifesta consecutivamente á extracção do corpo estranho, ligada á inflammação e espasmo, será tratada pelos meios já indicados contra esta affecção.

Nos traumatismos da urethra a therapeutica da retenção é em alguns casos extremamente difficil. Se a retenção é provocada apenas pela tumefacção inflammatoria das partes visinhas, como acontece em certos ferimentos por armas de fogo que não lesam a urethra, a introducção da sonda não offerece grandes difficuldades principalmente auxiliada pela medicação antiphlogistica e antipasmodica. Nos casos de feridas contusas, pelo contrario, e nas contusões extensas e profundas do perineo, que Gros capitula no segundo e terceiro grupo da sua divisão, o catheterismo, embora aconselhado pela maioria dos auctores com o triplice fim de obstar á hemorragia, á infiltração urinosa e á tumefacção inflammatoria da urethra, é algumas vezes absolutamente impraticavel ; a ruptura da urethra, o desvio dos dous tôpos, o derrame sanguineo e urinoso obstem á passagem da sonda, desviam-n'a do caminho que deve seguir, e podem dar, como consequencia, a formação de falsos caminhos que, como é de suppor, aggravam consideravelmente o estado do doente. Nos casos em que, tendo suspeitas d'uma ruptura incompleta, quizermos empregar o catheterismo antes de recorrer aos meios mais violentos, é de preferencia a sonda olivar que devemos escolher, apoiando-a de maneira que a

extremidade da oliva siga constantemente a parede do canal, que supomos intacta.

Em summa, se a contusão é leve e as paredes da urethra ficaram intactas, é facil triumphar da retenção pelos antiphogisticos e pela sonda; se pelo contrario a contusão foi violenta, acompanhada de ruptura da urethra, as mais graves complicações sobreveem, e na immensa generalidade dos casos teremos de recorrer ao emprego dos meios violentos, de que nos occuparemos no ultimo capitulo do nosso trabalho.

As mesmas difficuldades e perigos se encontram igualmente nos falsos caminhos completos acompanhados da retenção urinaria.

A destresa manual do operador é n'estes casos d'uma importancia capital, e muitas vezes sufficiente para evitar os falsos caminhos complicados e extensos; quando estas condições inherentes ao clinico se não encontram, ha instrumentos appropriados, que em parte as substituem: são a sonda prostatica e o aparelho de Mercier, que de preferencia se empregam n'estes casos, ambos applicaveis aos falsos caminhos da parede posterior, que são tambem os mais frequentes pelas condições anatomicas da urethra nas regiões postatica e membranosa.

Quando estes meios ficam insufficientes, e quando por outro lado a ausencia de infiltração urinosa não indique o emprego das incisões perineaes, é á punção vesical que devemos recorrer, porque é de certo menos grave do que o emprego de certas violencias no catheterismo, muitas vezes promptamente funestas.

Pela punção vesical desviamos o perigo unica-

mente, e damos ao falso caminho o tempo de cicatrizar, preparando assim condições mais favoráveis para a introdução da sonda pelas vias naturaes.

III. ESTREITAMENTOS. — A retenção urinaria nos estreitamentos pôde sobrevir em duas circumstancias differentes, que, debaixo do ponto de vista da therapeutica, convém conhecer e precisar.

Umavez a lesão urethral é de data recente, a estenose pouco pronunciada, e momentos antes do accidente o doente ourina com uma facilidade relativa e sufficiente para satisfazer ás necessidades da secreção. E' evidente que, em condições taes, uma retenção subita é devida a modificações rapidas de caracres accentuadamente inflammatorio e espasmodico. N'estas condições a therapeutica medica, a que já nos referimos, é muitas vezes sufficiente para debellar promptamente a retenção, e, quando por este meio se não consiga, é relativamente facil a introdução d'uma vellinha ou de uma sonda evacuadora.

Outras vezes, pelo contrario, o aperto é consideravel, geralmente antigo e por vezes de natureza traumatica, tendo já provocado a retenção por varias vezes em phases menos adiantadas da lesão.

N'estes casos, ordinariamente, o jacto é de ha muito filiforme, suspendendo-se por vezes para se reduzir a gottas debaixo da influencia do menor desvio de regimen.

Ora, n'estas condições, quando a retenção absoluta sobrevem, é isto mais pelos proprios progressos da lesão, do que pelos phenomenos inflammatorios e nervo-

sos que, embora devam existir, são em muitos casos por tal fórma insignificantes, que quasi podem desprezar-se debaixo do ponto de vista therapeutico, porque ainda mesmo que consigamos debellar-os, reduzindo a micção ás suas condições anteriores, essas condições são de tal modo anormaes e perigosas, que seria gravissimo erro deixal-os persistir, recuando deante dos inconvenientes incomparavelmente menores d'uma intervenção operatoria.

Estudemos, portanto, a retenção n'estas estenoses extremas, em que, sendo proporcionaes as difficuldades therapeuticas, devem por isso mesmo merecer mais especial attenção.

Começaremos pela introduccão d'uma algalia de numero 16 ou 18 da fleira franceza, como aconselha Thompson, com o fim de verificar a séde do aperto, e regular até certo ponto as condições da nossa intervenção ulterior.

Este ponto é importantissimo, porque se os apertos da região membranosa são susceptiveis de se remediarrem pela dilatação temporaria, pelo contrario os da região esponjosa ou peniana reclamam, quasi sem excepção, a pratica da urethrotomia ¹. O conhecimento d'esta distincção tem uma importancia grande, decidindo até certo ponto da nossa intervenção actual, porque, em egualdade de circumstancias no tocante aos outros dados do problema, preferiremos a evacuação simples ou a urethrotomia immediata, que faz dasap-

¹ Richard — *Pratique journalière de la chirurgie*.

parecer promptamente a retenção e a causa, que lhe deu origem.

Diagnosticada assim a séde do aperto, procuraremos em seguida transpol-o por meio de instrumentos de menor volume; devemos por isso, n'estes casos extremos, empregar em geral, simples vellinhas conductoras, com as quaes devemos tentar com toda a delicadeza e empregando numerosos artificios, atravessar suavemente o aperto ou pelo menos introduzir n'elle a extremidade da sonda, porque é frequente acontecer, quando isto se consegue, que a permanencia do contacto da vellinha sobre a face interna do estreitamento, decorrido um tempo variavel e relativamente minimo (2 ou 3 horas ou menos ainda), o dilate sufficientemente para a penetração facil d'esta na bexiga.

E' muitas vezes necessario entortar a extremidade da velinha, dando-lhe fórmias variadas, para o que póde aproveitar o processo de Guyon.

Como quer que seja, o que sobretudo deve aconselhar-se, é uma abstenção completa de manobras forçadas; a tumefacção inflammatoria, o espasmo e os falsos caminhos seriam as consequencias de similhante imprudencia, e os resultados seriam tanto mais funestos n'estes casos urgentes, quanto é certo que não podemos addiar para uma nova sessão o fim que desejamos conseguir, e perdemos por conseguinte a unica possibilidade de debellar o accidente abrindo caminho á ourina pelas vias naturaes, ficando em ultima analyse reduzidos ao supremo recurso dos meios extremos.

Introduzida a velinha na bexiga, temos triumphado da principal difficuldade. Em geral a ourina começa

imediatamente a correr, primeiro gotta a gotta, depois em maior abundancia. Na maioria dos casos esta deplecção, embora lenta, é sufficiente para desviar o perigo mais proximo, e no fim de dous ou tres dias é possivel, em alguns casos, terminar o tratamento pela dilatação progressiva, porque a velinha introduzida, e que é de regra deixar durante este tempo, todas as vezes que tenha havido difficuldades notaveis na sua introducção, dilata sufficientemente o obstaculo para que, decorrido esse tempo, se possa introduzir outra d'um calibre por vezes consideravelmente maior.

Estes são, sem duvida, os casos mais favoraveis ; mas nem sempre os phenomenos se succedem com esta relativa benignidade.

A replecção enorme da bexiga, que nem sempre se traduz por um volume exagerado, mórmente nas hypertrophias ligadas a um obstaculo de longa duração, a existencia d'uma lesão venal, o estado geral dos doentes, cuja gravidade tambem nem sempre depende do tempo decorrido desde o começo da retenção e um grande numero de circumstancias accessorias, que acompanham estes estados, e que a aptidão e perspicacia do clinico descreminarão devidamente, podem ser outras tantas contraindicações a uma temporisação qualquer, as quaes, conjunctamente com as considerações de séde, irritabilidade e resistencia do apêrto, podem e devem determinar o clinico á pratica immediata da urethrotomia interna, pela qual se consegue debellar simultaneamente a causa primitiva do accidente e as consequencias funestas da retenção.

As consequencias desastrosas da distensão extrema

da bexiga devem estar sempre presentes ao espirito do clinico. O proprio Thompson, apesar da sua extrema repugnancia no emprego dos meios ultimos, não hesitou em afirmar que, desde o momento em que tivermos razão para suspeitar a existencia d'uma lesão renal pelo estado actual e pelos antecedentes, não estamos auctorizados a prolongar a expectação além do tempo necessario para verificar os effeitos d'um tractamento geral e do uso prudente da sonda, cujos resultados devem produzir-se no praso de poucas horas. E' n'estas condições, que Thompson recorre á abertura artificial, principalmente se existem dôres abdominaes intensas, excitação geral e delirio, signaes da mais alta importancia indicando uma intervenção urgentissima.

São pois estes os meios, de que lançaremos mão, desde o momento em que, decorrido o limite da expectação, a velinha conductora tenha penetrado, apesar de todos os nossos esforços, e por conseguinte a urethrotomia interna seja um meio absolutamente impraticavel.

Tal é o caminho da intervenção therapeutica nos casos extremos, que figuramos; mas nem sempre o accidente apresenta uma feição tão sombria; ha casos, em que as condições do aperto, taes como a sua formação recente e dilatabilidade, permitem a introdução d'uma sonda de calibre superior ao das velinhas, e pelo qual se pode evacuar promptamente a bexiga, desde o momento em que se penetre no reservatorio urinario.

As sondas mais preconisadas n'estes casos por

Thompson e Richard ¹ são as oliveiras francezas, que pela flexibilidade do pedicelo permitem a insinuação facil da oliva pelas sinuosidades, que por vezes a urethra apresenta n'estes casos. Com ellas se evitam mais facilmente os falsos caminhos, que no entanto não dispensam toda a prudencia e cuidado do operador. A introdução d'estas sondas, como a de qualquer outro instrumento empregado n'estas condições, deve fazer-se em alguns casos rebeldes, estando o doente na posição vertical, como aconselha Gosselin, ² porque este simples artificio permite muitas vezes conseguir rapidamente o que, por outra forma, se tinha tentado sem resultado algum.

Cumpre, porém, observar que, quando se lança mão d'estes meios, é indispensavel, para evitar uma syncope, em alguns casos grave, mudar o doente para a posição horisontal, logo que a urina comece a correr. E' por esta mesma razão que se aconselha, como medida de prudencia, não evacuar completamente a bexiga n'uma unica vez senão nos casos de retenção absoluta com distensão exagerada da bexiga. Os casos funestos, citados em abono d'esta opinião, devem ser sufficiente garantia, para que nunca seja esquecido este preceito em todas as fôrmas de retenção urinaria, desde o momento, em que se realizem as condições suppostas.

Não nos occuparemos em especial da intervenção therapeutica nos casos de retenção filiada em qualque r

¹ Richard (op., cit.).

² Gosselin, *Clinique chirurgicale*.

das affecções, que incluimos no grupo pathogenico dos estreitamentos, porque além de serem raros, estes casos nada offerecem de notavel, visto que o catheterismo é praticado debaixo dos mesmos principios e sujeito aos mesmos artificios, a que já nos referimos, recorrendo-se por ultimo, como em todos os casos de retenção, aos meios extremos, de que nos occuparemos na ultima parte do nosso trabalho.

IV. AFFECÇÕES DA PROSTATA. — *Hypertrophia senil.* — E' sem duvida a hypertrophia senil que deve representar o typo da dysuria prostatica debaixo do ponto de vista da intervenção therapeutica.

Aqui, como em quasi todas as fórmas de retenção, ha dous elementos a que devemos attender: — a lesão principal, hypertrophia dos lobulos prostaticos nas differentes fórmas, que póde apresentar — e a congestão actual, causa ocasional e proxima da retenção, e provocada em geral por um desvio qualquer no regimen habitual do doente.

D'aqui duas indicações principaes: 1.º — attenuar o phenomenos inflammatorios calmando ao mesmo tempo o esforço impotente da bexiga; 2.º desviar temporariamente os obstaculos do collo, até que a prostata readquiras as condições, embora anormaes, que anteriormente possuia.

A primeira preenche-se pelos mesmos meios, de que já fallamos, quando nos occupamos da therapeutica da retenção inflammatoria e espasmodica; a segunda é preenchida pelo catheterismo. Se nos lembrarmos das importantes modificações que a hypertrophia da

14
14
10
1

peritrophía da prostata introduz no calibre e direcção do canal na região do collo, facilmente comprehendemos os obstaculos por vezes invenciveis do catheterismo, e as difficuldades com que temos de lutar n'um caso de retenção absoluta motivada por este mecanismo.

A variabilidade de grau e direcção dos desvios por vezes multiplos, e succedendo-se com pequenos intervallos, exigem infinitas precauções para evitar a formação de falsos caminhos, e conseguir desviar sem violencia os segmentos intra-urethraes da glandula hypertrophiada e frequentemente alterada na sua estructura.

E' n'estes casos, que a pericia do clinico constitue indubitavelmente a garantia d'um exito favoravel, mas esta condição será de certo insufficiente, se elle não tiver ao seu alcance os meios indispensaveis e apropriados ás differentes variantes de fórmas d'hypertrophía, que se lhe podem apresentar, cada uma das quaes exigirá sem duvida uma modalidade especial do apparelho instrumental.

A primeira questão, que em casos d'esta ordem se offerece ao espirito do clinico, é inquestionavelmente a escolha entre as sondas rigidas e flexiveis; n'este ponto divergem, de facto, as abalisadas opiniões de homens eminentes, e ao passo que uns dão a preferencia ás sondas rigidas, outros pelo contrario empregam exclusivamente as sondas flexiveis e elasticas, consideradas por elles d'uma incontestavel superioridade.

Qualquer d'estas duas opiniões é demasiadamente exclusiva, porque, se na maioria dos casos devemos

preferir as sondas flexiveis, outros ha, em que o emprego das sondas rigidas é de conveniencia ou de necessidade.

E' fora de duvida, como muito bem fazem notar Thompson ¹ e Gosselin, ² que o caminho a seguir mais racional e em harmonia com a theoria e com os factos é começar sempre as tentativas do catheterismo com as sondas flexiveis, ou as de gomma elastica ordinarias, ou as sondas francezas de extremidade olivar; estas ultimas devem ser preferidas, sempre que se possa, pela facilidade com que se insinuam atravez dos pontos estreitados do canal. E' tal a importancia que Richard ³ concede a estes instrumentos, que os considera como destinados a substituir um dia todas as outras variedades de sonda, que ainda hoje se empregam nas varias affecções das vias urinarias.

O calibre das sondas, qualquer que seja a substancia, de que são formadas, deve oscillar entre 18 a 22 da fieira franceza; pelo que respeita ao comprimento, as de gomma teem em geral todas o necessario, e relativamente ás metallicas devem ter pelo menos 28 a 34 centimetros desde o pavilhão á extremidade.

Com relação ao grau de curvatura, sendo variavel nas sondas flexiveis, será adquado pelo clinico as necessidades da occasião.

Como Thompson aconselha, é de vantagem ter sem-

¹ Thompson — Op. cit.

² Gosselin — Op. cit.

³ Richard — Op. cit.

pre algumas sondas convenientemente preparadas, isto é, conservadas de ha muito sobre uma haste metallica de curvatura pronunciadissima, além dos limites necessarios, para que, depois de isoladas, conservem as formas convenientes; quer dizer, que a curvatura se faça sentir nos dois ultimos centímetros pertencentes á extremidade da sonda, porque só d'esta fôrma se conseguirá vencer certos obstaculos exagerados devidos á hypertrophia consideravel do lobulo medio.

Relativamente ás sondas de prata, cuja curvatura é fixa, convém possuir um numero sufficiente d'estes instrumentos, para que a escolha do clinico possa re- cahir sobre aquella que mais se approximar das condições exigidas pelas necessidades da occasião.

Exposta assim a largos traços a parte instrumental, vejamos agora o *modus faciendi* da sua applicação.

Escolhida para as primeiras tentativas, como fica dito, a sonda flexivel, damos-lhe uma curvatura comprehendida entre o $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ do circulo de 11 a 14 centímetros de diametro, aquecemol-a convenientemente, untamol-a com uma substancia gordurosa, e, collocados o doente e o operador na posição conveniente, esta sonda será introduzida até aos $\frac{2}{3}$ da sua extensão conduzindo o penis sobre a curvatura do instrumento, para lh'a conservar e garantir o mais possivel até á chegada da extremidade á região prostatica, momento em que a sonda, conduzida da virilha sobre a linha mediana, será em seguida abaixada entre as coxas do doente, de fôrma que a extremidade, levantando-se, possa galgar o obstaculo prostatico. Esta manobra tem de ser feita com a suavidade sufficiente, não só para

evitar hemorragias e violencias, como tambem e principalmente para que a mão do operador possa perceber as sensações transmittidas pela sonda e as inclinações lateraes, a que por vezes tende, indicio evidente d'uma hypertrophia assimetrica dos lobulos lateraes, ou uma hypertrophia do lobulo medio, quando exaggerada, e desviando por conseguinte a sonda para os declives lateraes, que a limitam.

Se n'estas condições, e depois de tentativas demoradas e prudentes, nada conseguimos, a sonda deve retirar-se e ser substituida por uma outra de diferente curvatura, com a qual se farão novas tentativas; não dando resultado lançamos mão d'outra, e assim successivamente até que se tenha penetrado na bexiga ou esgotado as principaes curvaturas, que as condições suppostas do obstaculo nos levaram a julgar mais convenientes. E' n'este ultimo caso que podemos empregar, se o não tiverem sido ainda, as sondas olivares rectas, collocando o individuo na posição vertical ou horisontal, e distendendo o penis com direcção perpendicular ao tronco, como costuma fazer-se na introdução das velinhas conductoras.

Por estes meios, empregando unicamente sondas flexiveis e olivares, consegue-se muitas vezes debellar o accidente penetrando no reservatorio urinario; casos haverá, porém, em que tenhamos de recorrer ás sondas flexiveis com haste metallica ou mesmo ás sondas de prata, o que só deverá fazer-se, quando os meios precedentemente indicados não tiverem dado resultado algum.

A introduccão da sonda de prata deve fazer-se com

o maximo cuidado, attendendo ás lacerações que por vezes se produzem nos lobulos hypertrophiados, se tentarmos penetrar violentamente na bexiga, desprezando as medidas de prudencia indicadas em taes casos. Por vezes é indispensavel encostar, com certa pressão, o bico da sonda á parede superior da urethra, escolher uma sonda maior e de curvatura mais pronunciada, para que, pela combinação d'estes dous artificios, se consiga galgar a especie de degrau ou barreira, que separa a urethra do fundo da bexiga. Se por esta forma, e depois de empregar sondas de curvatura cada vez mais pronunciada, nada se conseguir, recorreremos a um outro artificio inclinando a extremidade da sonda, logo que esta chegue ao logar do obstaculo, para a direita ou para a esquerda, com o fim de seguir um dos sulcos que correm aos lados do lobulo medio, e servem para conduzir a urina nos casos de hypertrophia consideravel d'este lobulo.

Ha casos, em que a falta d'um instrumento metallico de curvatura sufficiente póde ser supprida pela sonda flexivel munida de conductor, ao qual damos previamente a curvatura desejada; por esta fórma temos um instrumento que, satisfazendo á indicação das sondas rigidas, tem todavia uma certa flexibilidade, que lhe permite accommodar-se melhor ás sinuosidades do canal.

Esta disposição tem, além d'isso, a vantagem de se lançar mão d'um artificio aconselhado por William Huxley nos casos difficeis, e que consiste em retirar um pouco o conductor (2 centimetros apenas), logo que a extremidade da sonda, chega a tocar o obstaculo; d'esta

fôrma consegue-se effectivamente augmentar a curvatura da sonda e por conseguinte ultrapassar o obstaculo em muitos casos, em que este excesso de curvatura é indispensavel.

Outro artificio egualmente aproveitavel consiste na combinação das duas sondas, a de prata e a de gomma elastica, servindo a primeira de conductor á segunda, cujo calibre externo deve adaptar-se ao da primeira; ambas são em seguida introduzidas até ao obstaculo, onde se fixa a sonda de prata para se impellir simplesmente a de gomma, que por esta fôrma ultrapassa muitas vezes o obstaculo innaccessivel aos variados meios anteriormente empregados.

A sonda de Mercier, pela curvatura especial que possui, pôde ser um preciosissimo recurso, se houver o cuidado de combinar o abaixamento á pressão no sentido da sonda logo que chegemos a ultrapassar a região bulbosa pelo movimento do arco de circulo, que colloca o instrumento perpendicularmente ao eixo do corpo.

Esta combinação deve ser feita por fôrma tal, que possa graduar-se o abaixamento pelo caminho percorrido pela extremidade ao longo do canal nas regiões profundas da urethra em direcção ao lobulo hypertrophiado da prostata.

Apezar do grande numero de artificios, de que podemos lançar mão na introducção das sondas, ha casos especiaes, em que se torna indispensavel a introducção prévia d'uma vellinha conductora que, ultrapassando os obstaculos, sirva de guia á sonda flexivel, de que usarmos.

As vellinhas empregadas são em geral as de urethrotomia de Maisonneuve.

Introduzida com todo o cuidado, e adaptado o conductor metallico, impelle-se a vellinha para a bexiga, fazendo-se em seguida passar o conductor pelo centro da sonda, a qual vai pouco a pouco penetrando, ao mesmo tempo que elle é retirado por um movimento gradual e proporcional ao movimento progressivo d'esta; por esta fórma, a extremidade da sonda, quando chega á séde do obstaculo, encontra como guia a porção terminal da vellinha, que a faz penetrar no reservatorio urinario rapidamente e sem esforço.

Qualquer que seja o processo que empreguemos, é indispensavel evitar a formação de falsos caminhos e a penetração n'elles, quando já existam. A existencia de falsos caminhos é indubitavelmente n'estes casos um dos mais sérios obstaculos, e nem sempre possiveis de vencer. Thompson aconselha o emprego d'uma sonda de prata de grosso calibre e extremidade arredondada, que deve ser conduzida sempre de encontro á parede superior, e cuja marcha na região prostática deve ser apreciada e guiada com o index, introduzido no recto para esse fim. D'esta fórma e por tentativas repetidas inclinando a sonda, ora para a direita, ora para a esquerda, consegue-se muitas vezes evitar o falso caminho, e penetrar na bexiga. E' para o mesmo fim, como já vimos, que foi construido o instrumento de Mercier, o qual tem prestado importantes serviços.

São, como vemos, numerosos e variados os meios de que podemos lançar mão para conseguir vencer o obstaculo prostatico nos casos de retenção absoluta;

mas, apesar d'isso, nem sempre se consegue o fim que se deseja obter. E' então que nos resta appellar para os ultimos recursos d'uma abertura artificial da bexiga.

Effectivamente a punção vesical só pôde debellar promptamente o accidente, porque hoje ninguem de certo se lembrará de atravessar os lobulos hypertrophiados da prostata por meio do catheterismo forçado, como em tempo se praticava, mormente possuindo, como hoje possuímos, os meios de evacuar directamente a bexiga pela punção e aspiração capillar, quasi inoffensivas á saude do doente.

Pelo que respeita á therapeutica da retenção provocada pelas outras lesões da prostata, nada offerece de particular; apenas accrescentaremos que no cancro é indispensavel a maxima prudencia no emprego do catheterismo, attendendo ás funestas consequencias de toda a irritação em órgãos affectados por esta temivel enfermidade.

Resta-nos agora dizer duas palavras sobre o procedimento do clinico consecutivamente á entrada da sonda na bexiga.

Em primeiro logar, attendendo aos accidentes a que por vezes dá logar a evacuação completa da bexiga, quando houve uma accumulção excessiva e de longa duração, é indispensavel ter o maximo cuidado em deixar a principio um certo residuo, que mais tarde poderá evacuar-se sem grave risco; a sahida de 900 a 1000 grammas d'urina é, segundo Thompson, sufficiente para alliviar o doente e permittir a evacuação d'uma nova quantidade d'ahi a uma ou duas horas;

d'esta fôrma habituamos a bexiga ao grau normal de distensão, e desviamos os perigos d'uma syncope por vezes mortal.

Quando deixarmos a sonda permanente, podemos preencher esta indicação, tendo o cuidado de obturar o seu orifício externo depois da sahida da urina, e de o abrir todas as vezes que se julgar conveniente ou indispensavel a evacuação d'uma certa quantidade d'ella.

Sobre a permanencia ou não permanencia da sonda; n'estes casos, reinam ainda divergencias; os partidarios do catheterismo repetido invocam em seu favor as funestas consequencias da irritação provocada pelo contacto demorado da sonda sobre as paredes da bexiga, mormente em individuos, cujo aparelho urinario se acha já compromettido consideravelmente pelos obstaculos permanentes da região prostatica.

Pelo contrario, os partidarios da sonda permanente, attendendo á facilidade com que a bexiga consideravelmente distendida se enche de novo, quando evacuada, e attendendo por outro lado ás difficuldades do catheterismo n'estes casos, sustentam que é menos prejudicial ao doente a permanencia da sonda, do que as violencias e perigos, a que o expõe as novas e repetidas tentativas do catheterismo, que d'um instante para outro podem tornar-se absolutamente impraticaveis.

Os authorisados nomes que firmaram estas opiniões, são para nós garantia sufficiente do valor dos argumentos, em que as basearam; é por isso que, seguindo n'este ponto a opinião de Thompson, somos partidarios do catheterismo repetido nos casos relativamente be-

nignos, preferindo, pelo contrario, correr os riscos da cystite provocada pela permanencia da sonda todas as vezes que o obstaculo seja de tal ordem, que as maiores difficuldades se tenham levantado para conseguir a introdução d'este instrumento, e que, por conseguinte, seja de esperar que novas e mais importantes difficuldades se levantem em qualquer das repetidas tentativas, a que naturalmente expõe a retirada da sonda immediatamente depois da evacuação do reservatorio urinario. Esta opinião é tanto mais digna de ser acceite, quanto é certo que os perigos da cystite podem em grande parte evitar-se, se houve a precaução de deixar apenas a extremidade da sonda introduzida na bexiga, diminuindo por esta fórma os pontos de contacto com a superficie interna d'este orgão, sem prejudicar em nada o livre curso do liquido urinario.

Taes são os differentes meios, de que podemos lançar mão para combater a retenção nos obstaculos prostaticos; nada diremos do tratamento causal, nada diremos da cura radical d'esses obstaculos, porque os differentes meios operatorios, como a incisão, excisão e cauterisação, destinados a realisar-a, foram hoje abandonados por todos os practicos; apenas nos referiremos á secção da barreira prostatica, quaesquer que sejam os elementos que a constituem; porque, embora na maioria dos casos insufficiente, ha circumstancias especiaes que nos podem obrigar a pratical-a, desde o momento em que sejam taes as difficuldades do catheterismo, que elle não possa ser praticado senão pelo proprio clinico.

N'estas condições, evidentemente é indispensavel

collocar o doente em circumstancias de se poder algar-liar, o que não poderá conseguir-se senão pela secção da barreira com o instrumento de Mercier, perfeitamente conhecido e d'um manejo extremamente facil, que por isso mesmo nos dispensa de mais largas considerações.

Expostos assim a largos traços os principaes meios que se empregam para combater a retenção nas suas diferentes fórmãs, restabelecendo a permeabilidade do canal, vejamos agora quaes os meios que temos á nossa disposição para debellar o accidente, quando todos os nossos esforços tiverem sido improficuos, ou quando se reconheça a inefficacia d'elles, ainda mesmo que algum resultado se tenha conseguido.

2.º GRUPO

Meios destinados a dar sahida á urina por vias artificiaes

Chegamos finalmente ao capitulo do nosso trabalho, onde se reúnem os ultimos recursos da therapeutica nos casos difficeis de retenção, em que, tendo-se esgotado inutilmente todos os artificios destinados a restituir ao canal a sua permeabilidade normal, nos vemos em face d'um perigo imminente, que de momento para momento agrava as condições do doente, e que urge a todo o transe debellar.

Dois grandes meios se offerecem naturalmente á nossa consideração.

1.º A abertura da urethra por detraz do obstaculo.

2.º A punção vesical.

E' evidente, que o primeiro é apenas applicavel áquelles casos, em que o obstaculo tem a sua séde para aquem do orificio urethro-vesical; nos obstaculos prostaticos a punção da bexiga é o unico recurso da therapeutica n'estes casos extremos.

I. ABERTURA DA URETHRA POR DETRAZ DO OBSTACULO.—E' sobretudo nos apertos extremos, que este meio tem sido applicado, umas vezes com o fim unico de dar passagem á urina, outras com o duplo fim de evacuar o reservatorio urinario, e destruir ao mesmo tempo a causa immediata da retenção.

E' n'este segundo caso, que a abertura da urethra por meio do bistori toma propriamente o nome de urethrotomia externa, porque a simples abertura praticada além do apêrto tem mais propriamente o nome de *boutonnière*, e de per si só satisfaz ás necessidades urgentes da occasião.

Apreciemos agora o valor therapeutico d'estes meios, para em seguida os confrontar com a punção vesical, e concluir qual dos dois nos deve merecer a preferencia segundo as condições especiaes do caso, que se nos offerecer.

E' hoje fóra de duvida, sobretudo depois dos trabalhos e asserções de Symes, que os estreitamentos, absolutamente impossiveis de transpôr, são extremamente raros, e que na immensa maioria dos casos conseguimos penetrar na bexiga pelo menos com uma vellinha de diminutas dimensões, o que nos permittirá recorrer ao meio mais prompto e racional da urethrotomia interna.

Emquanto a urina póde ainda correr, embora gotta a gotta, diz Lostan, poderemos sempre, á força de paciencia e perseverança, fazer penetrar mais tarde ou mais cedo uma sonda na bexiga. Esta affirmação, confirmada por Syme, é simplesmente válida nos casos extremos de retenção; dentro dos limites racionalmente auctorisados d'uma expectação conscienciosa e intelligente; mas ultrapassados estes limites, ou quando se reconhece positivamente a obliteração completa do canal, que, embora rara, existe todavia, sobretudo nos apertos d'origem traumatica, a situação do clinico é indubitavelmente grave e delicada. A impossibilidade na passagem d'um conductor, unico meio de praticar seguramente a secção do canal, torna incertas, difficillimas e por vezes perigosas as incisões perineaes, destinadas a descobrir a urethra no ponto, em que deve ser seccionada pelo bistori.

D'aqui resulta, além d'uma perda consideravel de tempo, algumas vezes funesta em casos d'esta ordem, que nem sempre se consegue encontrar o canal depois de numerosas tentativas, vendo-nos por ultimo obrigados a recorrer a uma nova operação, o que necessariamente aggrava as condições do doente, já profundamente affectado pelas consequencias d'uma retenção parcial e decomposição consecutiva dos elementos da reacção urinaria.

Devemos, além d'isto, accrescentar que a impossibilidade na passagem do catheter ou da velinha atravez da porção estreitada ou obliterada da urethra nos deixa muitas vezes na mais completa duvida sobre a existencia ou não existencia d'um segundo apêrto situado

mais profundamente, e que pôde tornar igualmente impropicia a secção perineal, ainda mesmo que á custa das maiores difficuldades se consiga penetrar no segmento intermediario da urethra.

Esta circumstancia, que raras vezes se poderá realisar nos apertos da região membranosa, será pelo contrario frequente nas estenoses da região penianna, porque estas são quasi sempre acompanhadas d'uma lesão similhante nos limites das regiões membranosa e esponjosa, séde de predilecção dos apêrtos de origem pnegmasica ou inflammatoria.

O proprio Villemin, partidario convicto da urethrotonia externa sem conductor, confessa, referindo-se ao terceiro grupo de condições, as quaes constituem para elle uma indicação d'esta operação, que são grandes as difficuldades, que não raro se encontram para seccionar o ponto retrahido, e introduzir em seguida a sonda na bexiga.

Delefosse, referindo-se a esta mesma questão, accrescenta que esta operação (secção perinial sem conductor) deve ser considerada como uma operação do *ultimo extremo*, quando todos os outros meios se tiverem já esgotado, e que, ainda assim, é de suppor que, com os actuaes progressos sobre as doenças das vias urinarias, se vejam desaparecer esses meios tão difficeis de pôr em pratica, mesmo até para os mais abalisados e consummados clinicos.

Hoje mesmo a punção vesical é, na opinião d'este auctor, preferivel, attendendo á importante modificação, que lhe foi introduzida depois da invenção do aspirador de Dyelafoy.

Apezar de todos os inconvenientes apontados e de outros, embora um pouco exagerados, que lhe quizeram attribuir (fistulas permanentes, estreitamentos consecutivos), é fóra de duvida que ha casos, em que esta operação está realmente indicada de preferencia a qualquer outra.

Nos calculos ou corpos estranhos da urethra, que não possam ser extrahidos pelas vias naturaes, e que provocam uma retenção absoluta da urina com phenomenos phlegmasicos intensos, não será uma necessidade a eliminação prompta d'estes corpos estranhos conjunctamente com o terrivel accidente, que occasionaram?

Mas ha mais. Nos apertos extremos ou obliterações da urethra, depois de empregados todos os meios, e quando a urethra nos apparece evidentemente dilatada e repleta por detraz do aperto, circumstancia em que a secção urethral é relativamente facil, e em que, por outro lado, não tivermos á nossa disposição o aspirador, não será a simples boutonniere seguida ou não de urethrotomia externa, um processo incomparavelmente menos grave, do que a punção vesical feita pelos trocates ordinarios com todas as funestas consequencias, que se lhe podem seguir?

E' pois fóra de duvida que, embora rara, a secção perineal tem as suas indicações especiaes, e é por isso indispensavel conhecer os principaes processos que convém empregar.

Deixando os processos de Civiale e Celot, incompativeis com as urgentes necessidades d'uma retenção absoluta, referiremos apenas os de Thompson e Sedillot.

Colocado o doente na posição da talha perineal, introduzido um catheter até ao estreitamento e levantado o scroto por um ajudante, o operador pratica sobre a linha medianna uma incisão, desde a extremidade do catheter até a uma pequena distancia do bordo anterior do anus, comprehendendo a pelle e o tecido cellular subcutaneo; em seguida pratica-se uma segunda incisão sobre a ponta do catheter, que fica a descoberto; feito isto, affastam-se cuidadosamente os bordos da ferida por meio de ganchos metallicos com fios de sêda, e procura-se com um estilete atravessar o orificio do aperto, e, conseguindo-se, faz-se sobre elle a incissão com facilidade e rapidez, destruindo a estenose e dando o livre curso á urina represada.

Se não é possível fazer penetrar o estilete em toda a extensão do aperto, fazemos então a incisão por pequenas porções iguaes ao segmento do estilete, que conseguimos introduzir.

Se a introdução é absolutamente impossível, prescindimos do estilete, e procuramos os vestigios da urethra sobre a linha medianna do perineo, entregando por conseguinte ao acaso o resultado favoravel da operação.

Sedillot modifica um pouco este processo nos apertos impenetraveis; divide-os com o bistori na extensão d'alguns millímetros, e em seguida procura atravessar-os á força com o estilete ou com o catheter; se nada consegue, recorre então, guiando-se pela extremidade da prostata, á abertura do canal por detraz do estreitamento, seccionando-o em seguida de traz para diante.

Em qualquer dos casos o indispensavel para nós é evidentemente penetrar na parte permeavel da urethra; logo que isto se consiga, seccionando ou não o apêrto, o accidente acha-se debellado, e o primeiro tempo da operação terminado. O segundo tempo consiste apenas na introdução da sonda atravez do aperto seccionado, ou da abertura urethral com o fim de evitar o contacto persistente da urina e de conseguir a evacuação regular da bexiga.

Nada diremos do tratamento consecutivo, variavel segundo se tiver ou não praticado a urethrotomia externa, porque o accidente, de que nos estamos occupando, termina, desde o momento em que a secção perineal da urethra abrir uma passagem franca ao liquido contido na bexiga.

PUNÇÃO VESICAL. — A punção vesical é o ultimo recurso, de que dispõe a therapeutica para debellar o temivel accidente da retenção urinaria.

Unico recurso nos obstaculos prostaticos impossiveis de vencer com o cathetere, esta punção é para muitos preferivel a secção perineal nos casos, em que esta operação poderia ser applicada.

Por muito tempo recuaram os mais imminentes clinicos perante os perigos da punção vesical; hoje, porem, esta operação é relativamente benigna, praticada, como o é em geral, pelo aspirador de Dyelafoy, cujo invento realisou indubitavelmente um verdadeiro progresso na therapeutica da retenção urinaria.

Embora, como muito bem faz notar Dellefosse, não esteja longe o dia, em que as punções capillares se-

jam as unicas empregadas, não podemos deixar de reconhecer que o emprego do aspirador não está por tal forma generalizado, nem ao alcance de todos, para que se desprezem totalmente os meios ordinarios de punção, a que, aliás, terá de recorrer todo o individuo, que, não tendo á mão o instrumento de Dyelafoy, se encontra em face d'uma impreterivel indicação d'esta ordem.

E', baseados n'esta ordem d'idêas, que descrevemos os processos mais seguidos de punção pelos trocater ordinarios, considerando os tres meios por que pôde realizar-se:— punção perineal, hypogastrica e rectal, e confrontando o valor relativo de cada uma d'ellas nos principaes casos, que se nos pôdem offerecer.

A punção perineal, hoje quasi abandonada, executa-se sobre um ponto do perineo correspondente ao meio d'uma linha, que, partindo da tuberosidade ischiatica, vá terminar a um centimetro e meio aproximadamente adiante do anus e sobre o raphe mediano; marcado este ponto, o operador introduz o indicador da mão esquerda no recto para servir de guia ao trocate, e impedir assim que elle se incline muito para traz; em seguida introduz-se lentamente o trocate recto e canellado dirigindo-o obliquamente debaixo para cima e de traz para deante, como se desejassemos encontrar o plano mediano do corpo a 8 centimetros do ponto de entrada. A evacuação da urina indica claramente o momento, em que se penetrou na bexiga.

Esta operação, embora praticada de fôrma a não lesar a prostata nem nenhum outro orgão importante,

é, ainda assim, perigosa e substituída com vantagem pelas punções rectal e hypogastrica.

A punção rectal fundamenta-se nas relações anatomicas do recto e da bexiga com a prostata, e é d'uma execução relativamente facil.

E' um facto averiguado, que, quando a bexiga está repleta, o fundo de sacco peritoneal posterior, ainda que retido pela aponevrose prostato-peritoneal, se eleva um pouco, e que, por conseguinte, é possivel penetrar na bexiga pelo espaço triangular existente entre a base da prostata e as vesiculas seminaes.

Fundamentados n'este principio, e collocado o doente como na pratica da operação da talha, o operador introduz o indicador da mão esquerda no recto, seguindo a prostata desde o vertice á base, por detraz da qual procura a fluctuação da bexiga, quasi sempre perfeitamente sensivel.

Servindo-se em seguida d'este dedo como conductor, introduz sobre elle o trocater curvo com a convexidade voltada para traz, e encosta a extremidade sobre o baixo fundo da bexiga, ponto em que se sente a fluctuação bem distincta, e executa a punção, dirigindo o trocater na direcção d'uma linha que, partindo do ponto d'entrada, se dirigisse para um outro situado a 3 ou 4 centimetros abaixo do umbigo.

Esta operação, considerada por Delefosse como abandonada pelo facto de não permittir conservar por muito tempo uma canula na bexiga, é todavia aconselhada por Thompson, e tem realmente importantes indicações n'aquelles casos, em que haja duvidas sobre a saliencia da bexiga distendida acima do pubis,

*

porque sabemos que este caso póde dar-se com uma repleção consideravel e um perigo imminente nos casos, em que as alterações das paredes vesicaes são incompativeis com um augmento de volume além de certos limites.

E' pois n'estes casos, e n'aquelles, em que a espessura das paredes abdominaes nos colloque nas mesmas difficuldades, que convém fazer a punção rectal, principalmente nos casos em que se tracta apenas de combater um accidente passageiro, não exigindo portanto uma demora consideravel da canula na bexiga.

Ha casos, porém, em que o volume excessivo da prostata não permite a pratica d'esta operação, e em que por outro lado, tendo de prolongar-se pela natureza de obstaculo a demora da canula na bexiga, devemos preferir a punção hypogastrica, sobretudo, se a fluctuação vesical se sentir facilmente acima do pubis.

A punção hypogastrica pratica-se dois centímetros acima da symphysis publica, collocado o doente como na pratica do catheterismo.

A punção póde ser feita com um trocater curvo ou recto, devendo n'este ultimo caso inclinar o instrumento para baixo e para traz; em todos os casos a função deve fazer-se com energia e rapidez. Apesar da opinião auctorizada de Richard e outros auctores, julgamos conveniente deixar em seguida a canula do trocater na bexiga, até que o trajecto se organise impedindo d'esta fórma a infiltração urinosa, principal perigo d'esta operação.

Relativamente aos processos de punção, aconselhados por Leanne e por Voillémier, limitar-nos-hemos a citá-los, por isso mesmo que apenas serão applicáveis áquelles casos não muito frequentes, em que a exiguidade excessiva da bexiga e as condições especiaes de volume da prostata não permitem praticar com segurança a punção pelo recto e pelo hypogastro.

Percorrendo os differentes meios de punção vesical, de que nos temos occupado, é facil verificar pelas razões acima apontadas, que nenhum d'elles nos dá a segurança e inocuidade de resultados, que conseguimos obter por meio da punção capillar.

E' effectivamente este o meio, a que hoje o clinico deverá sempre recorrer, salvo os casos pouco frequentes, de que não temos a occupar-nos, e em que se julgou necessaria a pratica do catheterismo retrogrado.

A punção pratica-se em geral na região hypogastrica, sendo menos rigorosa a escolha do logar do que nos processos antigos, e podendo mesmo executar-se em qualquer ponto da face anterior da bexiga, attendendo á insignificancia da lesão peritoneal, que d'ahi resulta.

Esta facilidade na escolha do logar é d'uma importancia capital em certos casos, em que pela duração excessiva da causa da retenção nos vemos forçados a punccionar repetidas vezes a bexiga n'um lapso de tempo relativamente curto.

E' em geral a agulha n.º 1 dos aspiradores que satisfaz n'estes casos.

A inclinação da agulha e a profundidade da sua

penetração dependem do maior ou menor grau de hypertrophia e da elevação maior acima do pubis, e deve ser combinada de forma tal, que durante a retracção da bexiga a canula se conserve sempre dentro do reservatorio urinario, evitando-se ao mesmo tempo cuidadosamente exercer tracção, que, permitindo algumas vezes a insinuação d'uma gotta d'urina entre a canula e as paredes do orificio, dá logar a um foco de suppuração, que, embora insignificante, convem todavia evitar.

Póde algumas vezes acontecer que a hypertrophia consideravel das paredes vesicaes, impedindo a distensão exagerada do reservatorio, difficile a punccão hypogastrica, tornando-se n'estes casos conveniente, segundo Delafosse, a punccão subpublica pelo processo de Voillémier, porque d'esta fórma conseguiremos muitas vezes penetrar na parte de mais declive da bexiga, sem que se tenha a receiar, como no processo ordinario, a hemorragia e a inflammação da prostata, attendendo á exiguidade excessiva do traumatismo provocado pela agulha mais fina do trocarer.

E' tal a inocuidade da punccão capillar, diariamente confirmada pela clinica, que alguns auctores, como Van Brabandt, não hesitaram em aconselhar o emprego da canula do trocarer, introduzida na bexiga com o fim de procurar os calculos vesicaes, que pelas condições especiaes da sua fórma e situação tiverem escapado aos meios de diagnostico vulgarmente empregados n'esses casos.

Apesar de plenamente convictos da benignidade do processo operatorio de que nos estamos occupando,

não hesitamos todavia em afirmar, que nos parece demasiadamente arrojada a applicação, que d'elle pretende fazer Van Brabandt.

Devemos effectivamente lembrar-nos que, se a punção da bexiga é um meio legitimamente indicado nos gravissimos accidentes da retenção, que não podem continuar sem risco imminente de vida, o mesmo não acontece, quando tivermos simplesmente em vista esclarecer um diagnostico, que muitas vezes se póde conseguir por um estudo paciente e aturado e sem recorrer á minima violencia.

Mas ha mais ; dissemos que era indispensavel durante a evacuação do liquido, evitar movimentos que podiam dar lugar á insinuação d'uma gotta d'urina entre a canula e as paredes do orificio : ora podemos satisfazer a esta condição, quando tivermos em vista uma exploração do fundo da bexiga em casos difficeis de diagnostico ?

Podemos além d'isso vencer a repugnancia legitima do doente em circumstancias taes ? De certo que não.

Em summa — a punção vesical é para nós um meio inexcedivel, mas extremo, e por isso mesmo apenas applicavel áquelles casos, em que a gravidade das circumstancias, que a indicam, a justifiquem plenamente.

Taes são as considerações que se nos offerece fazer sobre o importantissimo assumpto, que escolhemos para thema da nossa dissertação inaugural, e cujo valor pratico sempre nos impressionou em alguns casos clinicos, a que tivemos occasião de assistir no decurso do nosso tirocinio escolar.

Insufficiente, como não podia deixar de ser, não he-

sitamos todavia em preferil-o, plenamente convictos de que as difficuldades, com que tivemos de lutar na sua elaboraçãõ, nos seriam largamente compensadas pela somma de conhecimentos verdadeiramente uteis, que d'elle poderiamos auferir, ao mesmo tempo que satisfaziamos a uma imposiçãõ da lei.



PROPOSIÇÕES

Anatomia—A urethra é uma valvula continua e fechada.

Physiologia—E' o trabalho da ovulação que dá o impulso á funcção menstrual.

Materia medica—O perchlorureto de ferro, como hemostatico interno, é inefficaz e pode mesmo tornar-se prejudicial nas hemorragias activas.

Pathologia geral—O exame das temperaturas locais representa um papel importante no diagnostico.

Pathologia externa—A sahida involuntaria da urina quasi nunca significa incontinencia.

Pathologia interna—No tratamento da tísica as injeccões rectaes de gaz sulfo-carbonico actuam especialmente como revulsivo.

Operações—Preferimos a nephrectomia lombar á nephrectomia transperitoneal.

Anatomia pathologica—A hypertrophia do coração acompanha quasi sempre a nephrite intersticial.

Partos—No tratamento do impaludismo, durante a gravidez, não deve hesitar-se na applicação do sulfato de quinino.

Hygiene—O calor é o desinfectante por excellencia.

Visto

Silva Pinto.

Pode imprimir-se
O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira.

41

{ - *col. 2* - *...*
 { - *hyper...* - *...*