

ÂNGELO DA FONSECA

Professor de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

Patologia do colo vesical

RELATÓRIO APRESENTADO AO 3.º CONGRESSO
HISPANO-PORTUGUÊS DE UROLOGIA.
COIMBRA -- 4 A 9 DE JULHO DE 1932



IMPRESA DA UNIVERSIDADE
COIMBRA, 1932

Pathologia corporalis
vesicalis

THEORETICO-PRACTICAE
MEDICINAE
CURSUS



do Dr. Romão
Nespoli -

com um fraco
PATOLOGIA DO COLO
VESICAL

chico de lúf.

ant.

Apud

de Dr. ...

... -

... -

BIOLOGIA DO COLO
VESICAL

... -

...
...
...

...

ÂNGELO DA FONSECA

Professor de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

Patologia do colo vesical

RELATÓRIO APRESENTADO AO 3.º CONGRESSO
HISPANO-PORTUGUÊS DE UROLOGIA.
COIMBRA -- 4 A 9 DE JULHO DE 1932



AC
MUCT
616
FON

IMPRESA DA UNIVERSIDADE
COIMBRA, 1932

ANGEL O. LA TORRECA

Patología de colo vesical

RELATORIO APRESENTADO AL T.º CONGRESO
HISPANO-PORTUGUES DE NEFROLOGIA
COLOMBIA - 1.º DE JULIO DE 1932



EDITORIAL GUSTAVO GARCÍA
BOGOTÁ, COLOMBIA

« La fin du chirurgien n'est pas de faire mourir la mauvaise chair: ce n'est que l'acheminement de sa cure. Il regarde au delà, d'y faire renaître la naturelle et rendre la partie à son deu être. Qui-conque propose seulement d'emporter ce qui le mâche il demeure court, car le bien ne succède pas nécessairement au mal: un autre mal lui peut succéder, et pire... »

[MONTAIGNE — *Essais*, L. III, ch. 9.
De la Vanité].

Patologia do colo vesical

*(Relatório apresentado ao terceiro Congresso Hispano-Português
de Urologia)*

I

A dinâmica do aparelho urinário tem sido a preocupação dos investigadores de todos os tempos: o estudo da musculatura dos órgãos que o compõem e dos nervos que o excitam, a determinação da causa íntima que preside à secreção do rim e a propulsão da urina em seus ductos longos e sinuosos, — eis uma série de problemas permanentemente em equação e que a ciência procura resolver.

Muito se tem trabalhado neste sentido e felizmente com proveito: já hoje, por exemplo, não há quem considere o bacinete simples funil, onde goteja a urina conduzida através dos cálices; nem ainda quem julgue o ureter tubo inerte destinado a conduzir aquêlo líquido até à bexiga, como se caísse em virtude do próprio pêso, sob as leis da gravidade.

Não, sabe-se, pelo contrário, que estes órgãos têm músculos que se contraem e imprimem ao líquido que lhes enche as cavidades movimentos cadenciados, harmônicos, metódicamente dirigidos.

Nos próprios cálices há fibras musculares em acção, e, nas papilas, esfínteres que regulam a marcha da urina.

De facto, a pressão glomerular, por si só, não seria suficientemente potente a imprimir a êste líquido, fôrça bastante, para a travessia de canais, longos e tortuosos.

As coisas passam-se diferentemente: os cálices, suas papilas, representam individualidades fisiológicas, que têm de executar um trabalho de aspiração, destinado a extrair a urina do tubo de Bellini.

; Como é complexa tôda esta mecânica, e como o seu estudo esclarece tantos problemas interessantes da patologia!

; Que importantíssimo papel não representa o sistema nervoso no jôgo dêstes músculos, mínimos, é certo, mas, servindo uma função de tão excepcional nobreza!

; Como a perturbação de tão delicados movimentos pode imprimir à dinâmica do órgão desvios tão profundos no seu funcionamento!

; E como esta observação dinâmica nos esclarece tantos estados patológicos, fornecendo-nos elementos à constituição duma terapêutica fisiológica com bases verdadeiramente científicas!

*

Assim, foi a dinâmica da bexiga a que os urologistas primeiro estudaram, naturalmente atraídos pelo valor da musculatura das paredes daquela, pela facilidade da sua observação, pelo reflexo mórbido visível, directamente verificável, resultante do menor desvio impresso à trajectória do seu funcionamento.

Datam estes estudos de tempos bem remotos, sucessivamente influenciados pelas ideas dominantes, pelas escolas, pelas teorias formuladas, por tudo aquilo enfim que constituiu o fundamento da orientação das épocas respectivas.

Pelo que estas perturbações dinâmicas, traduzidas, em última análise, na retenção e incontinência, foram atribuídas às mais variadas causas.

A questão é velha, repetimos, pois há apròximadamente três séculos que foi posta, e nela interferiram os nomes mais célebres desde Riolan, Ferry, Morgagni, Petit, Deschamp, Mercier, Civiale, etc., e mais recentemente Thompson, Guyon, e os seus discípulos.

E, a-pesar-de tudo isto, do trabalho incessante que lhe têm dedicado gerações sucessivas, ainda hoje se encontram em estudo, e em discussão os conceitos formulados.

Entretanto vemos, e isto é fundamental, que as atenções convergem no sentido do colo e dos órgãos da vizinhança, talvez porque daquele faz parte o esfíncter interno e porque a natureza lhe confiou papel de excepcional valor no fenómeno da micção.

Donde derivam a actualidade, o interêsse científico, a impor-

tância clínica e o valor técnico do assunto em causa e que nos propomos desenvolver.

II

Constituição anatómica do colo vesical

Temos a considerar na architectura do colo sucessivamente a musculatura que o movimenta, a mucosa que o reveste, os vasos que o nutrem e os nervos que o excitam.

I — Túnica muscular

Os anatomistas descrevem três camadas na túnica muscular do globo vesical: uma externa longitudinal, outra média circular e outra interna plexiforme.

A camada externa, superficial, a que Spiguel, o primeiro que a isolou, attribua o principal papel no esvaziamento da bexiga, chamando-lhe por isso mesmo *detrusor urinae* é, com efeito, de tôdas a mais importante, pois, pode dizer-se, reveste inteiramente a superfície do órgão. Ela divide-se, por sua vez, em três grupos; o anterior, posterior e o lateral, que se comportam diferentemente no modo como distribuem as suas fibras,

O grupo anterior forma uma espécie de leque que, nascendo dos ligamentos pubo-vesicais, se expande sobre a face anterior da bexiga, atingindo o seu polo superior.

Uma vez aí, as suas fibras contornam a uraca à direita e à esquerda, entrelaçando-se com as fibras da camada posterior, entre as quais terminam o trajecto.

Sòmente algumas delas, aliás bem poucas, é que sobem sobre a uraca incorporando-se nas suas paredes.

Por último, algumas fibras dêste grupo passam a nível da base da próstata, através dos fascículos circulares existentes, para se continuarem com a camada longitudinal da uretra.

O grupo posterior tem análogamente a forma de leque, revestindo esta face de uma maneira contínua.

Uma parte das fibras, chegadas a nível do polo superior do globo vesical, lança-se na face anterior, entrelaçando-se com as fibras congéneres aí existentes e oriundas daquêle grupo; a outra parte contorna a uraca, desenhando círculos à sua volta:—

é o turbilhão de Versari, que nesta região substitui a camada média circular.

Em baixo, as fibras dêste grupo, ao atingirem a base da próstata, distribuem-se harmõnicamente em dois feixes, que, em forma de raqueta, circunscvem o orifício vesical, reünindo-se às fibras do lado oposto, sem que entre elas se note qualquer vestígio de rafe.

São estes dois feixes de fibras assim distribuídas em ansa, que formam a primeira peça constitutiva do colo vesical.

O grupo lateral da camada externa ocupa sòmente a metade inferior da face lateral da bexiga, preenchendo o espaço deixado livre pelos dois grupos precedentemente descritos.

Tem análogamente uma forma de leque, mas como as suas fibras são pouco numerosas, na parte superior onde a área que têm de recobrir é mais extensa, estas não conseguem preencher completamente êste espaço, deixando, por isso mesmo, ver através das suas malhas os elementos subjacentes: a camada média, interna, a própria túnica mucosa.

É esta a região mais fraca do órgão. Entretanto, assim dispersas inicialmente sôbre a circunferência do leque, estas fibras vão descrevendo curvaturas em forma de S no trajecto em direcção à base da bexiga, até que se reünem para constituir dois feixes que passam um adiante e outro atrás do ureter, entrelaçando-o precisamente, no momento em que êle inicia o seu trajecto intramural.

Algumas fibras, poucas, acompanham o ureter atravessando a camada média para, entrecruzando-se com as do lado oposto, constituir a base do trigono, músculo inter-uretérico ou, melhor, transtrigonal.

Depois, os dois feixes vão continuando a sua descida até à base da próstata, em cujos envólucros se perdem algumas, muito poucas, fibras. A maioria delas continua o seu trajecto, insinuando-se por entre os elementos da camada interna, para circunscrever o orifício vesical conjuntamente com os feixes do grupo posterior.

*

A camada média é formada por fibras que envolvem a bexiga circularmente, orientadas em tórno de um eixo que une a uraca ao colo.

No trajecto estas fibras vão estabelecendo anastemoses entre si e bem assim com as fibras da camada interna, dando origem a malhas dispostas transversalmente.

A camada circular não é pois contínua, como os clássicos a descrevem, o que aliás nos é bem fácil de verificar, dissecando e examinando o órgão em conjunto.

A densidade desta camada não é uniforme: os seus fascículos são mais apertados na face anterior do que na face posterior; mais densos no baixo fundo; não existem na região que vai da base do trígono ao orifício vésico-uretral.

As fibras circulares começam em cima, a nível da uraca onde são raras, e em baixo os seus últimos laços vão do baixo fundo ao segmento anterior do colo.

A camada circular domina, pois, sobretudo, na zona equatorial dêste globo, não existe a nível do trígono; não entra na constituição do lábio posterior do colo, mas contribui para a formação do seu lábio anterior, onde as fibras se tornam mais finas e se condensam em espessamento bastante nítido e bem individualizado.

*

A camada interna, também chamada plexiforme, é formada de fascículos que percorrem longitudinalmente a bexiga anastomando-se uns com os outros, e bem assim com os da camada circular.

Estes fascículos são mais grossos na face anterior do que na face posterior, não existem a nível do baixo fundo, entram na constituição de metade ou pelo menos do têtço anterior do trígono e descem, finalmente, na uretra, formando os freios do verumontano.

As fibras plexiformes, uma vez chegadas às faces laterais do músculo transtrigonal, acompanham-no, reunindo-se às suas fibras mais externas durante uma certa extensão, até que se dirigem para a linha média, entrecruzando-se e aglomerando-se para formar a úvula, que, como sabemos, corresponde ao sector inferior do trígono.

*

Estabelecidas estas noções, aliás fundamentais, da architectura

da túnica muscular da bexiga, fácil se torna compreender a architectura do seu colo.

De facto, êste último é constituído por duas peças perfuradas, que anatómicamente se ajustam, e fisiològicamente se harmonizam; uma de origem vesical e a outra de origem uretral.

¿Que elementos concorrem para a constituição de cada uma destas peças?

Na formação da peça vesical entram as fibras do grupo posterior da camada externa que em baixo se dividem em dois fascículos, rodeando, a nível da base da próstata um orifício ao qual formam uma espécie de cintura.

Analogamente, as fibras do grupo lateral desta mesma camada vêm reunir-se de um e de outro lado com os fascículos acima descritos, acompanhando-os em todo o tracto.

Êste conjunto de fibras forma, dêste modo, uma espécie de raqueta, verdadeira pulseira que constitui o limite muscular de um orifício de configuração elíptica: é o orifício vesical.

As fibras da túnica média circular desaparecem, a nível do trigono, e portanto não se encontram no segmento ou semi-círculo posterior do orifício vesical.

Porém, a nível do segmento anterior, e adiante das fibras já descritas e provenientes da camada externa, encontram-se fibras circulares da camada média, que a êste nível se condensam constituindo um verdadeiro espessamento.

A peça uretral corresponde àquilo que os anatomistas chamam esfíncter interno ou esfíncter liso.

A túnica musculosa é formada por duas camadas de fibras, uma externa circular e outra interna longitudinal, — ambas bem independentes da musculatura da bexiga.

Ora o esfíncter cerca a porção inicial da uretra, sendo constituído pelo espessamento da camada circular da mesma uretra, e fazendo, por consequência, parte integrante da própria parede.

Êle é pois perfeitamente independente da camada média circular da bexiga.

Tem a forma de um tronco de cone de 12 a 15 milímetros de altura e cuja base domina o cavidade vesical.

Obliquamente colocado de cima para baixo e de trás para diante é atravessado pela uretra segundo uma linha que passa adiante do eixo do aludido cone.

A sua metade posterior é, por consequência, muito mais espessa que a metade anterior.

As fibras que o formam são bem uretrais e perfeitamente distintas das fibras da bexiga que constituem a musculatura vesical.

Atrás e em cima, o esfíncter preenche o espaço triangular deixado livre pela situação divergente das fibras dos grupos posteriores e laterais da camada muscular externa da bexiga.

Adiante e em cima, o esfíncter é coberto pelo arco anterior da raqueta formada pelo entrecruzamento daquelas mesmas fibras longitudinais dos grupos posterior e laterais.

A base do cone é portanto recoberta atrás pelo músculo trans-trigonal; na parte média, dos lados e adiante pelas fibras em raqueta da camada externa.

O vértice do cone ou extremidade inferior do esfíncter, atrás, fica a nível do verumontano ou um pouco mais acima.

No esfíncter podemos distinguir duas zonas: uma interna, que circunda a uretra engastando a sua porção inicial, constituída por fibras nitidamente circulares e onde não existe nenhuma formação glandular; e outra externa, em que começam a aparecer aquelas formações.

Estas glândulas são primeiro raras, mas em breve tornam-se numerosas à medida que entramos na massa propriamente prostática.

Por seu turno seguindo para a periferia, as fibras musculares perturbam-se na sua orientação circular, tornam-se oblíquas primeiro, depois longitudinais, anastomosando-se umas com as outras para constituir o turbilhão prostático propriamente dito.

A primeira zona é perfeitamente homogénea: nela não há senão fibras musculares dispostas circularmente.

A segunda zona é eterogénea, contém músculo, e glândulas: primeiro muito músculo e poucas glândulas, depois o número destas vai aumentando e as fibras diminuindo em número e desorientando-se no seu trajecto.

Em conclusão, não há, de facto, um limite nítido entre o esfíncter interno e a próstata; e pelo contrário, existe uma zona de transição indelével que estabelece uma verdadeira continuidade entre estes dois órgãos.

Se fizermos um corte sagital mediano do esfíncter e examinar-

mos as secções assim obtidas notamos que a configuração d'êste órgão é inteiramente diferente atrás e adiante da uretra.

Assim, na secção posterior, o corte dá-nos um triângulo de base superior, recoberto pelo músculo transtrigonal.

O lado anterior do triângulo corresponde à uretra e o posterior à próstata, ficando o vértice colocado a nível do verumontano.

Na secção anterior o corte tem uma configuração quasi circular. É, que, de facto, o esfíncter diminui sucessivamente em altura: atrás é muito mais alto do que adiante.

As duas peças musculares que descrevemos formam a architectura muscular daquilo a que cirurgiões e anatomistas chamam o colo vesical.

Êste corresponde à sobreposição ou, melhor, ao encaixamento ou ajustamento dos orifícios de dois órgãos: bexiga e uretra.

Nêle encontramos portanto duas vertentes, uma superior que domina a bexiga, confinando com a região do trigono e outra inferior, que domina a uretra, espraiando-se até aos limites do verumontano.

Recobre estas duas vertentes uma espécie de abóbada que estabelece a continuidade entre os dois órgãos, cuja architectura muscular é fundamentalmente independente.

Assim, das três camadas que constituem a túnica muscular da bexiga apenas a externa fornece, por intermédio do seu grupo anterior, alguma fibras, poucas, que, a nível da base da próstata, se insinuam por entre as fibras circulares da camada vesical média, continuando-se com as fibras longitudinais da uretra. A camada circular da bexiga queda-se a nível do colo e não fornece fibras à uretra. Finalmente a camada interna dá-lhe as fibras que vão formar os freios do verumontano e mais algumas outras, finas e delicadas, que se continuam e perdem nas suas paredes.

*

Vemos pois que o colo corresponde a uma região mista de que fazem parte elementos pertencentes aos dois órgãos confinantes — bexiga e uretra.

Podemos fixar-lhe como limites: adiante o verumontano e atrás o trigono.

Êste último apresenta, de facto, uma configuração triangular,

sendo a sua base representada pela linha que une os dois orifícios ureterais e os lados por linhas que, partindo dêstes mesmos orifícios, convergem em direcção ao colo.

A sua superfície é lisa e luzidia, isenta de pregas da mucosa, sendo até há bem pouco tempo considerada pelos anatomistas como formada pela expansão em leque das fibras musculares longitudinais do ureter.

No terço inferior dêste órgão existem três camadas de fibras: duas longitudinais separadas por uma média circular. As fibras circulares desaparecem a nível do orifício ureteral. ¿ E às fibras longitudinais o que acontece? No dizer dos clássicos, contribuem para a formação do trígono, dando um fascículo superior que une os dois ureteres com o nome de músculo inter-utérico; dois fascículos inferiores que de cada lado descem obliquamente até ao colo; e um fascículo médio, situado entre os precedentes, que se expande em leque, revestindo a superfície livre.

Ora a verdade é que as fibras longitudinais do ureter, ao chegarem à bexiga, perdem-se na sua grande maioria entre as fibras vesicais, não contribuindo, por consequência, para a formação do trígono.

O músculo inter-uretérico, que aliás Dragonas bem própria-mente apelidou de transtrigonal, é quasi exclusivamente constituído por fibras emanantes do grupo lateral da camada muscular externa da bexiga, e forma metade ou os dois terços posteriores do trígono. A sua metade, ou têtço anterior, são ocupados pela úvula — que é, por sua vez, formada por uma aglomeração de fibras da camada plexiforme ou interna da bexiga.

Por baixo do trígono e enchendo o espaço triangular deixado livre pelo afastamento daquele fascículo encontramos o esfíncter interno, bem individualizado e independente da musculatura da bexiga.

A forma do orifício vesical resulta um pouco do estado em que o órgão se encontra no momento da observação: ordinariamente apresenta a configuração duma commissura transversal, devida ao relêvo que a próstata lhe imprime.

A úvula corresponde ao lábio posterior do colo e assenta sôbre o espaço triangular deixado livre pelo afastamento dos fascículos da camada externa, no momento em que êles iniciam a formação da raqueta.

Em conclusão: das duas peças musculares que concorrem para a formação do colo, a mais interna e a mais apertada é a peça ureteral.

É, portanto, ela que no encerramento dêste orifício representa o papel mais importante.

As fibras circulares da camada média, e bem assim as fibras em raqueta da camada externa da bexiga, isto é, a peça própria-mente vesical, na sua contracção, não têm aquela acção enérgica e obturante, que, incontestavelmente, devemos attribuir ao esfíncter interno.

II — Túnica mucosa e glândulas

A mucosa que reveste o colo não oferece nada de especial, podendo dizer-se idêntica em estrutura à mucosa da uretra prostática e do trígono.

Lá descrevem os histologistas um córion e um epitélio misto estratificado.

Existem, porém, anexas a esta mucosa formações glandulares que merecem a nossa atenção, pelo alto significado que têm na patologia do colo.

Pouco mais ou menos, pelo terceiro mês da vida intra-uterina, aparecem glândulas em tórno da uretra: são as glândulas peri-uretrais.

Estas glândulas formam dois grupos: um anterior, cujo desenvolvimento se detém rapidamente; outro póstero-lateral, muito mais importante do que o primeiro. De facto, êste último não tarda em dividir-se, por sua vez, em dois novos agrupamentos, dos quais um emite prolongamentos profundos no tecido músculo-conjuntivo e vai formar a próstata; o outro permanece sub-mucoso e no estado embrionário, constituindo as glândulas para-uretrais. Próstata e glândulas para-uretrais têm pois a mesma origem, distinguindo-se apenas pela sede: enquanto os elementos glandulares da próstata perfuram a camada muscular para se expandirem na zona periférica em plena liberdade, as glândulas para-uretrais permanecem dentro do esfíncter entre êste e a mucosa em estado rudimentar, detidas na sua evolução, mas com a parede dos seus ductos munida das três camadas clássicas: epitelial, conétiva e muscular.

Por esta forma no adulto vemos a uretra posterior — desde o

esfincter da porção membranosa à bexiga — cercada por glândulas peri-uretrais, constituindo dois sistemas: um central e outro periférico, separados por fibras musculares lisas.

O grupo central também chamado para-uretral, fica situado imediatamente abaixo da mucosa, existe a todo o comprimento e a tãda a circunferência da porção prostática da uretra. Entretanto, na parede ântero-superior, as glândulas são pouco numerosas, encontrando-se principalmente na parede pósterio-inferior onde formam dois grupos: um a nível do verumontano e outro a nível do orifício do colo, tocando as duas vertentes — parte inicial da uretra, porção do trigono vizinha do colo.

O grupo periférico das glândulas peri-uretrais constitui a próstata que, por esta forma, fica completamente separada do grupo precedente (central ou para-uretral) por uma camada muscular — esfíncter liso.

III — Vasos

É a artéria ilíaca interna que irriga a bexiga, fornecendo-lhe os numerosos vasos que se distribuem pelas suas paredes.

Temos a considerar: 1.º as artérias vesicais superiores, que nutrem a parte superior do órgão; 2.º as artérias vesicais inferiores, a vesículo-diferencial e a vésico-prostática. Esta última divide-se em dois ramos, um prostático e outro vesical que se destinam o primeiro à próstata e o segundo ao baixo fundo.

Finalmente as artérias vesicais posteriores, ramos da hemorroidal média nutrem também o trigono e regiões circunvizinhas.

Estes vasos anastomosam-se formando uma primeira rãde pre-vesical. Atravessam depois a tãnica musculosa que irrigam, indo formar uma segunda rãde sub-mucosa. Desta partem ramos muito finos que constituem a rãde mucosa — aquela que vemos ao cistoscópio. É particularmente no colo que esta rãde é muito abundante, e toma um aspecto curioso quando examinada com o uretrocistoscópio.

Anãlogamente as veias vesicais tãem a sua origem numa primeira rãde mucosa, numa segunda rãde intra-muscular, indo as duas reũnir-se à superfície do órgão para constituir a terceira e última rãde — a prã-vesical.

IV — Nervos

Concorrem para a enervação da bexiga e da uretra, fibras de três origens: simpática, para-simpática e raquídia ou espinhal.

Hoje, o sistema nervoso organo-vegetativo, ou sistema do grande simpático, é dividido em três porções: craniano ou para-simpático craniano, toraco-lombar ou simpático verdadeiro, pélvico ou para-simpático pélvico.

Neste grande sistema temos a considerar uma parte central que reside no nevraxe — (medula e encéfalo), isto é, os centros organo-vegetativos do nevraxe; e formações periféricas constituídas por gânglios, plexos e nervos.

Em corte transversal da medula podemos distinguir nas hastes anteriores duas zonas motrizes: uma apical que contém as células radiculares dos nervos motores; e outra basal que encerra os neurónios simpáticos.

Estas zonas constituem duas verdadeiras colunas, das quais a anterior se destina à vida de relação e a posterior à vida vegetativa.

Precisando melhor a localização, observamos que a coluna posterior ocupa propriamente a parte externa da base da haste anterior e é o chamado *tractus intermédio-lateralis* de Clarke ou a coluna lateral de Waldeyer.

Em corte longitudinal de medula esta coluna lateral aparece interrompida a nível da emergência dos nervos que se destinam aos membros.

Dáí resulta a sua divisão em três troços: um cervical, outro toraco-lombar e outro sagrado.

O troço cervical vai do primeiro ao quarto segmento; o troço toraco-lombar vai do oitavo segmento cervical ao segundo lombar; o troço sagrado vai do segundo segmento sagrado à medula coccigia.

Os dois primeiros troços formam os núcleos reais de origem do simpático verdadeiro.

Na medula sagrada e na parte interna da base da haste anterior existe também uma coluna — *médio ventralis* — que se estende do quarto segmento lombar ao vértice do cone terminal.

Esta coluna bem como o terceiro troço, o sagrado, acima descrito, representam a origem real do para-simpático pélvico.

Os outros núcleos do para-simpático estão no encéfalo: pri-

meiro no seu andar inferior, no tronco cerebral, isto é, — no bolbo, na protuberância e no pedúnculo; depois, no seu andar superior, constituindo centros corticais, opto-estriados e infundibulo-tuberianos.

Todos estes núcleos podem agrupar-se sob o nome de para-simpático craniano, em contraposição com o para-simpático pélvico, cujo conhecimento particularmente nos interessa.

*

Dos centros medulo-encefálicos do simpático partem fibras que os ligam a formações periféricas do mesmo sistema.

Tais formações compreendem, na cabeça, todos os gânglios anexos aos nervos cranianos; no pescoço e tronco, as duas cadeias ganglionares clássicas, situadas de cada lado da face anterior da coluna vertebral.

Estas duas cadeias sofrem uma divisão puramente topográfica, tomando o nome da zona raquidea a que correspondem: o simpático cervical, dorsal ou torácico, lombar e sagrado.

Estes dois grupos ganglionares constituem a primeira formação periférica do simpático, donde emergem fibras que a ligam a plexos medianos, mais distantes do raquis: são os plexos e gânglios para-vertebrais, pre-viscerais ou esplâncnicos, que constituem a segunda formação periférica do simpático.

Esta formação acima do diafragma compreende os plexos faríngeo, tiróideo, cardíaco e pulmonar; e, abaixo do diafragma, adquire importância considerável, em virtude do volume das visceras abdominais.

Aí temos primeiro o plexo solar, depois o lombo aórtico e, na cavidade pélvica, o plexo hipogástrico, que particularmente nos interessa.

Finalmente, existem gânglios justa ou intra-viscerais, plexos murais, aparelhos viscerais locais de Guillaume, que constituem as terceiras e últimas formações periféricas do simpático e que também encontramos no aparelho urinário.

Eis o que Müller (Erlangen) chama sistema nervoso intraparietal e cujo conhecimento tem muita importância para o nosso estudo.

Êle é constituído por células ganglionares multipolares e por

uma rêde de fibras nervosas desprovidas de mielina, que podem ser seguidas no percurso até à sua terminação, nas fibras musculares da bexiga.

*

De uma maneira geral, o plexo hipogástrico constitui o centro periférico donde deriva tôda a enervação da bexiga.

Ele destina-se aos órgãos intra-pélvicos e vasos, mas estende o seu território até aos órgãos genitais externos.

A nível da bifurcação da aorta abdominal, as últimas fibras nervosas do plexo prè-aortico condensam-se para formar o nervo prè-sagrado.

Este, não tarda, porém, em dividir-se, originando os dois nervos hipogástricos.

O conjunto tem o aspecto dum y invertido, ficando o recto entre os dois ramos divergentes.

O nervo hipogástrico vai, por último, lançar-se no gânglio que tem o mesmo nome e que é uma espécie de lâmina nervosa, regular e fenestrada que costeia a face lateral do recto, tendo por fora a recobri-la os elementos vasculares do pediculo génito-vesical.

Em resumo: nervo prè-sagrado, nervos hipogástricos, gânglios hipogástricos, — eis os elementos que constituem o *plexo hipogástrico*, que faz parte do sistema simpático.

Além das fibras provenientes do plexo hipogástrico, o sector inferior do aparelho urinário recebe também fibras oriundas dos últimos plexos raquídeos.

Consideremos pois estes plexos, ou sejam o plexo sagrado e sacro-coxígio.

Para o plexo sagrado concorrem, como é sabido, o tronco lombo-sagrado e os quatro primeiros pares sagrados. São, de facto, estes nervos que, depois de formarem aquele plexo, se condensam, novamente, para constituir o grande ciático.

Antes, porém, de o fazerem, emitem ramos colaterais, de entre os quais nos interessam os seguintes: primeiro, do nervo pudendo interno (1), que pelos seus dois ramos terminais estende a acção

(1) O nervo pudendo interno é o único nervo espinhal que intervém na enervação da uretra. O seu ramo perineal enerva a uretra esponjosa; o seu ramo — nervo dorsal do pénis, enerva o esfíncter estriado da uretra.

aos territórios períneo-penianos; segundo, dos ramos viscerais, que vão directamente à bexiga; terceiro, dos ramos anastomóticos que o ligam ao plexo sacro cóccigio.

Vemos portanto, desde já, que a bexiga recebe influxo nervoso raquídeo directo por intermédio do plexo sagrado.

O plexo sacro-cóccigio é formado por duas ansas anastomóticas, das quais uma superior vai do quarto ao quinto nervo sagrado, e outra inferior, do nervo sagrado ao cóccigio.

Plexo sagrado e sacro cóccigio emitem ramos que se dirigem ao plexo hipogástrico, levando-lhe, por esta forma, a influência medular dos nervos sagrados.

Assim, do terceiro e quarto par sagrados e bem assim das ansas do plexo cóccigio destacam-se filetes que constituem o nervo pélvico ou erector sagrado de Eckart, que vai lançar-se no plexo hipogástrico.

Além disso, a cadeia látero-vertebral do simpático lança ramos anastomóticos directos ao plexo hipogástrico, que os anatomistas classificam em três grupos: superior, proveniente do último gânglio lombar; médio e inferior, provenientes dos gânglios da cadeia sagrada.

Por último, o plexo hipogástrico recebe filetes sensitivos saídos dos dois primeiros nervos raquídeos-lombares.

O plexo hipogástrico constitui pois o principal centro, donde dimana a enervação da bexiga e próstata.

Êle está em relação com os plexos simpáticos superiores — lombo aórtico, solar, etc., de que apenas é mera continuação; está em relação com o sector inferior da medula, pelos plexos sagrado e sacro cóccigio; está em relação directa com a cadeia simpática látero-vertebral, por intermédio de anastomoses que partem do último gânglio lombar e da cadeia sagrada; e, finalmente, está em relação com o sistema cérebro-espinhal por intermédio do primeiro e segundo nervo lombares.

Quere dizer: a bexiga está sob a dependência dos sistemas simpático e cérebro-espinhal.

Os nervos atingem aquele órgão pela face posterior e pelas faces laterais, dirigindo-se todos de baixo para cima e de trás para diante.

Descrevem-se cinco nervos laterais que nascem da face externa do gânglio hipogástrico: o nervo uretero-vesical externo, dois ra-

mos vesicais laterais, o nervo lateral da bexiga e, finalmente, o nervo prostático principal que se distribui também à próstata.

Os nervos posteriores nascem da face interna do gânglio hipogástrico e anastomosam-se em arcadas, donde partem filetes terminais.

Este grupo enerva não só a bexiga, mas também a vesícula seminal e o canal deferente.

O primeiro dentre elles — nervo uretero-vesical interno, anastomosa-se com o nervo uretero-vesical externo, formando uma arcada que engloba o ureter — ansa peri-uretral, donde irradiam filetes para a face posterior do reservatório.

*

Estabelecida a distribuição geral dos nervos na parede vesical, vejamos como terminam os seus filetes, as extremidades das suas últimas arborizações.

Os filetes vasculares terminam na parede dos vasos e os filetes motores nas fibras musculares lisas — aqui como em qualquer outro órgão.

Porém, as fibras que se dirigem à mucosa depois de se despojarem da sua mielina, *pois que são fibras sensitivas*, penetram verticalmente na camada epitelial até às vizinhanças da superfície livre da mucosa, que não chegam a atingir.

Depois, mudam de direcção e seguem um trajecto paralelo, à superfície.

Durante êsse percurso emitem numerosos ramos que mergulham nas camadas profundas do epitélio, onde terminam livremente.

Sobre o trajecto dos filetes nervosos vesicais encontram-se numerosos gânglios, constituídos por uma ou mais células nervosas, de forma muito variada, uni-polares ou multi-polares.

Em tórno destas células vemos, aqui e além, a arborização terminal de uma fibra sensitiva, cujo corpo celular reside no gânglio espinhal ou num gânglio simpático.

Por sua vez outras células daqueles gânglios da parede vesical emitem cilindros — eixos, cujo penacho terminal se distribui numa fibra da túnica muscular.

Estas células são, pois, verdadeiros centros reflexos: recebem

influxo sensitivo, ou sejam excitações, quer de origem central, quer periférica, que transmitem ao músculo, regulando assim o seu funcionamento.

*

A bexiga é enervada pelo segmento dorso-lombar do simpático, pelo para-simpático sagrado ou pélvico e pelo sistema cérebro-espinhal.

1.^o — *O simpático dorso-lombar* tem a sua origem no 2.^o e 3.^o segmentos lombares. Os filetes nervosos que lhe correspondem passam no gânglio mesentérico inferior onde se interrompem; seguem pelo nervo prè-sagrado para o plexo hipogástrico; e daí se distribuem aos músculos da uretra, do trigono vesical, do uréter, vesículas seminais, próstata, deferente, glândulas peri-uretrais e peri-genitais.

2.^o — *O para-simpático pélvico* tem os seus núcleos axiais de origem na medula sagrada, abaixo do segundo segmento sagrado até ao cone terminal, na região lateral (coluna intermédio lateral); na medula lombo-sagrada, a partir do 4.^o segmento lombar até ao *terminus*, núcleo situado na parte interna da base da haste anterior (coluna médio-ventral).

Algumas fibras dêstes núcleos passam pelo 3.^o e 4.^o par sagrados, constituindo o nervo pélvico, erector de Eckart, que se dirige ao plexo hipogástrico, indo, por fim, distribuir-se à musculatura do corpo vesical, com excepção do trigono e dando tambem filetes vaso-dilatadores aos órgãos genitais externos.

3.^o — *O sistema cérebro-espinhal* fornece à bexiga fibras com mielina, sensitivas, oriundas do primeiro e segundo nervos lombares.

*

Em conclusão: o simpático enerva o esfíncter interno, o para-simpático o detrussor; e os dois provocam a contracção dos músculos dos sectores a que se destinam.

Müller (Erlangen) admite que cada um dêstes sistemas distribui fibras inibidoras no campo do seu antagonista. Desta maneira constitui-se um sistema de enervação cruzada, que faz com que o estímulo do nervo pélvico, ao mesmo tempo que contrai o detrussor, inibe o esfíncter interno; e o estímulo do nervo hipo-

gástrico, ao mesmo tempo que contrai o esfíncter interno, inibe o detrussor.

Tanto as fibras simpáticas, como para-simpáticas não actuam directamente sôbre a fibra muscular, mas sim por intermédio do sistema nervoso parietal intercalado, que por esta forma preside às excitações motoras. Quere dizer — a contracção da musculatura da bexiga é produzida e regulada por células nervosas ganglionares incluídas nas suas paredes, e que formam um sistema nervoso autónomo.

Assim, os centros medulares têm por missão regular o funcionamento dêstes plexos murais, e, além disso, transmitir-lhes os estímulos que provêm do cérebro.

*

Confrontando a acção dêstes sistemas, vemos que o simpático e para-simpático contrapõem as energias do seu comando, fornecendo ao órgão uma completa perfectibilidade de funcionamento.

Assim, o simpático enerva o esfíncter da bexiga, que fica sob a sua dependência e contrai, provocando a retenção do líquido naquela cavidade.

O para-simpático, pelo contrário, alimenta a musculatura vesical, de cuja contracção depende o esvaziamento do líquido que o órgão contém.

Intervém quando a bexiga está repleta, provocando a sua descarga; executa portanto um acto que fornece ao organismo maior confôrto.

O simpático inibe o efeito do para-simpático: o primeiro arrasta a contracção dos esfíncteres lisos, tem uma acção catabólica; enquanto que o segundo comanda a contracção dos músculos, tem uma acção anabólica; os dois manifestam efeitos antagónicos, e, por isso mesmo, precisam dum comando que só pode existir nos centros nervosos superiores.

Pelo que Müller afirma que há no cérebro células que difundem as suas excitações a todo o organismo, através dos elementos nervosos da vida vegetativa.

Para o caso particular que nos ocupa, consideremos que têm sido descritos centros sub-corticais e até centros localizados nas

regiões de maior nobreza — no próprio cortex cerebral, sede das células psíquicas.

Em primeiro lugar, nos departamentos sub-corticais, Karplus Kreidl e Aschener demonstraram a existência de centros situados na base do diencéfalo, encarregados de regular o *tonus* dos dois sistemas simpático e para-simpático.

No núcleo de Luys, Nussbaum e Lichtenstern descreveram um centro destinado à musculatura da bexiga.

Camus e Romery referem a existência dum importante centro regulador das funções urinárias na região do *tuber-cinerium*.

Por último, no cortex cerebral Helmut Denning afirma que é indubitável a existência de centros vesicais. Tais centros são referidos ao lóbulo para-central, isto é, ao pequeno quadrilátero situado na parte posterior da circunvolução frontal interna, nas vizinhanças da cisura de Rolando.

Scherington descreve nesta região centros reguladores das funções vesicais e rectais; Foerster, Kleist e outros localizam a evacuação da urina na região do centro do pé, e a retenção na região do quadril.

III

Fisiologia da micção

A micção é o acto voluntário em virtude do qual a bexiga consegue libertar-se completamente do seu conteúdo.

Ela é determinada por uma espécie de imposição ao organismo e que se traduz pela necessidade de urinar.

Tal imposição é condicionada pelo estado de plenitude da capacidade do órgão e determinada pela sua sensibilidade à distensão.

É, de facto, a distensão, quando atinge certo e determinado grau, que desencadeia a série de fenómenos, donde resulta o esvaziamento completo da bexiga.

Duma maneira geral, se às paredes do aparelho urinário, e muito particularmente à bexiga, fôsse possível atribuir a inércia própria dos corpos mortos, submeter-se-iam integralmente às leis vulgares da hidráulica.

Mas as coisas não se passam assim: os órgãos que compõem

o aparelho urinário vivem, e portanto as leis que lhe orientam o trabalho, têm de ser procuradas no campo da biologia.

Em tais leis não existe a simplicidade da natureza morta, a passividade própria às leis da física; pelo contrário, elas são dominadas pela complexidade da natureza viva, pela flexibilidade das leis biológicas.

A urina, continuamente segregada a nível do glomérulo de Malpighi, vai abrindo caminho pelos *tubuli contorti*, ansa d'Henle, tubos de Bellini, até aos cálices, em virtude de movimentos que lhe são comunicados pela contractibilidade, pela elasticidade das fibras que entram na composição das paredes destes órgãos.

Uma vez caída no bacinete, a urina distende as suas paredes e provoca o seu peristaltismo, cadenciado, que a impulsiona no uréter.

Este dilata-se com a sua presença, para lhe dar passagem e reage à dilatação por movimentos ondulatórios de contracção.

O conjunto de fenómenos que temos descrito produz-se segundo uma razão harmónica que bem demonstra como é perfeita e completa esta urodinâmica, que a natureza superiormente comanda, que arcos reflexos de amplitude variada, de curta ou longa flecha, automaticamente dirigem.

A excreção da urina não é pois um fenómeno hidráulico, mas um fenómeno peristáltico, que conduz aquêlo liquido gota a gota, em ejaculações intermitentes, até atingir a bexiga, onde é finalmente retida pelo esfíncter próprio deste órgão.

De facto, a bexiga é, em última análise, um reservatório dilatável, de certa capacidade; cujas paredes flácidas, em repouso, são suscetíveis de se contraírem, quando deslocadas e postas em movimento.

Tais contracções surgem periódicamente e terminam pelo esvaziamento integral do conteúdo do órgão.

Normalmente, só sentimos a bexiga, no momento em que temos necessidade de urinar; nos intervalos da micção, o órgão permanece silencioso na sua *loca*, recebendo o liquido que vai armazenando em sua cavidade.

Chega, porém, um momento em que somos advertidos que ela está repleta — temos necessidade de urinar.

A quantidade de liquido que neste momento está dentro do

reservatório representa a sua capacidade fisiológica, que, como sabemos, no individuo normal, oscila à volta de 250 c. c.

Pode ser maior, porque esta capacidade até certo ponto é uma função do hábito.

Somos nós que educamos a bexiga, que a comandamos e só lhe obedecemos quando queremos.

E assim é que na mulher, e sobretudo na mulher de sociedade, a capacidade vesical atinge valores elevados por condições inerentes à sua vida, ao seu pudor, às circunstâncias próprias da sua situação social.

De mais, a capacidade vesical no mesmo individuo não representa um valor fixo e imutável; pode variar, influenciada por diversas circunstâncias. Sôbre ela influi, por exemplo, o receio, pois ninguém desconhece a polaquiuria dos medrosos; a concentração das substâncias que entram na composição da urina; etc.

Isto levou alguns urologistas a chamar-lhe capacidade psicológica.

Seja como fôr, é questão fundamental que o limite de capacidade gera o fenómeno da micção como resultante dum acto reflexo que tem por ponto de partida a própria bexiga.

Êste reflexo desencadeia-se quando a pressão intravesical atinge certo valor.

Normalmente, a urina dentro da bexiga, mesmo que exista em quantidade mínima, está sempre sob certa pressão: foi isto o que tivemos ocasião de observar em numerosas experiências realizadas com um aparelho manométrico, especialmente construído para êste fim.

A pressão assim observada representa o *tonus* muscular da bexiga. Nós não sentimos esta contracção moderada do órgão, porque ela é independente do sistema nervoso central.

Entretanto, é devido ao *tonus* muscular que a bexiga mantém formas variadas consoante a carga, isto é, toma atitudes independentes da nossa vontade e, o que é mais, sem nosso conhecimento.

Esclarecendo: a bexiga, como aliás todos os órgãos contracteis, para manter a sua configuração, tem de reagir em face de forças exteriores que tendem a deformá-la. Isto é: tem de opor um movimento, para impedir que outro movimento se produza.

A êste conjunto de reacções activas e estáticas a que os fisiologistas chamam, de uma maneira geral, *atitude*, deve o órgão,

por um lado, a propriedade de conter quantidades variáveis de líquido sem o nosso conhecimento, e, por outro, a circunstância de só uma certa e determinada quantidade desencadear o reflexo da micção.

Barrington, por uma série de experiências feitas sôbre animais, conseguiu pôr em evidência a intervenção de cinco reflexos no fenómeno da micção.

É o que se observa no quadro da pág. 23.

Tudo leva a crêr que os reflexos de Barrington se sucedam automaticamente.

E assim a pressão intra-vesical, atingindo o limite máximo de silêncio, provoca a contracção do *detrussor*, desencadeando o primeiro reflexo.

Por sua vez, a contracção da bexiga determina o relaxamento dos esfínteres, ou seja o aparecimento do 5.^o reflexo, que é ainda auxiliado na sua acção pelo reflexo provocado pela passagem da urina através da uretra — 4.^o reflexo.

Se o organismo dispusesse sòmente dêstes reflexos, a bexiga não conseguiria esvaziar-se, porque uma vez atenuada a pressão inicial com a saída de alguns centímetros cúbicos de líquido, era suspenso o primeiro reflexo por falta de estímulo, e como consequência a micção parava.

Para que tal suspensão se não produza intervêm o 2.^o e 3.^o reflexos, pois a urina, correndo ao longo da uretra, provoca a contracção da bexiga.

Dêstes cinco reflexos, três excitam o *detrussor* e dois o relaxamento dos esfínteres.

Detrussor e esfínteres são antagonistas; a contracção dum provoca a inibição do outro.

Da cordenação dêstes reflexos resulta a perfectibilidade da função.

Vejamos agora, como é advertido o individuo da necessidade de urinar.

Na criança, a micção é um acto inconsciente, exclusivamente dependente de reflexos cujos centros residem na medula e gânglios simpáticos.

No adulto o reflexo é percebido, o individuo tem a consciência da necessidade de urinar; o centro máximo de reflexão é pois o cérebro.

REFLEXOS DA MICÇÃO

Reflexos	Secção dos nervos pélvicos	Secção dos nervos hipogástricos	Secção dos nervos pudendos	Secção da medula torácica	Secção da medula cervical	Cocaïnização da bexiga	Vias aferentes ou centriptas	Vias eferentes ou centrifugas
1.º reflexo Contração da bexiga por distensão das suas paredes.	Abolido	Persiste	Persiste	Abolido	Abolido	Abolido	Nervos pélvicos	Nervos pélvicos
2.º reflexo Contração da bexiga pela passagem da urina pela uretra.	Abolido	Persiste	Abolido	Abolido	Abolido	Persiste	Nervos pudendos	Nervos pélvicos
3.º reflexo Contração da bexiga pela distensão da uretra posterior.	Persiste	Abolido	Persiste	Persiste	Persiste	—	Nervos hipogástricos	Nervos hipogástricos
4.º reflexo Relaxamento dos esfínteres devido à passagem de líquido através da uretra.	Modificado	Persiste	Abolido	Modificado	Modificado	Modificado	Nervos pudendos	Nervos pudendos
5.º reflexo Relaxamento dos esfínteres devido à contração da bexiga.	Abolido	Persiste	Abolido	Persiste	Persiste	Abolido	Nervos pélvicos	Nervos pudendos

<p>1. 1870</p>	<p>1870</p>	<p>1870</p>
<p>1871</p>	<p>1871</p>	<p>1871</p>
<p>1872</p>	<p>1872</p>	<p>1872</p>
<p>1873</p>	<p>1873</p>	<p>1873</p>
<p>1874</p>	<p>1874</p>	<p>1874</p>
<p>1875</p>	<p>1875</p>	<p>1875</p>

Assim, uma vez alcançado o limite de carga intravesical, vai desencadear-se o primeiro reflexo, iniciar-se a micção; mas, precisamente neste momento, pelas vias da associação dos pedúnculos cerebelosos, são atingidos os centros corticais — lóbulo paracentral — a consciência é avisada e o fenómeno submetido ao império da vontade.

Se o indivíduo quer urinar, deixa que o reflexo se produza; se o não deseja, opõe-lhe resistência por intermédio do esfíncter estriado. Em socorro dos esfíncteres, vêm ainda os músculos do perineo, para auxiliarem a oclusão da uretra. Para o efeito, a tensão dos músculos lisos da parede vesical e bem assim as suas dimensões alteram-se, criando a estes músculos uma nova situação, compatível com o regime de sobrecarga.

Por outras palavras, a bexiga responde à necessidade de urinar modificando o *tonus* da sua parede muscular, adoptando dimensões adequadas ao aumento progressivo do seu conteúdo.

A vontade impera tanto sobre esta função que por si só pode provocá-la, independentemente das condições inerentes ao seu aparecimento natural.

O indivíduo pode urinar, mesmo com carga insignificante da bexiga e portanto sem sentir necessidade de o fazer.

Para isso, contrai os músculos do abdómen a-fim-de exercer pressão sobre a bexiga e diminuir a sua capacidade, atenuar o limite de carga e desencadear o primeiro reflexo; depois, relaxa o esfíncter estriado e entreabre o colo vesical.

Durante o dia, a vontade regula, pois, a micção. E durante o sono, porque se não descarrega a bexiga automaticamente? Porque o poder frenador talâmico inibe os centros autónomos das hastas laterais da medula.

Eis, resumidamente, a dinâmica que regula a micção espontânea.

IV

Patologia da micção

A micção é, como vemos, uma função complexa, na execução da qual intervêm vários órgãos: bexiga, colo, esfíncteres, uretra, etc., obedecendo todos, por intermédio de arcos reflexos, a centros nervosos de comando.

Para que ela se execute, pois, normalmente, é indispensável a integridade de todos êstes órgãos, e bem assim dos centros e vias aferentes e eferentes que dirigem o seu funcionamento.

Compreendemos agora a delicadeza desta função e como ela pode tão facilmente ser perturbada na sua marcha, atenta a multiplicidade de trabalhos e a engrenagem dos elementos que intervem na sua execução.

As primeiras perturbações que podem surgir respeitam à intensidade de produção: e assim teremos ou um excesso — incontinência, ou uma falta — retenção.

Nas duas hipóteses, a causa inicial incide no arco reflexo, cuja conductibilidade é alterada.

E assim vemos:

I — Que as perturbações no ramo eferente originam alterações na motilidade, permanecendo íntegra a sensibilidade. O indivíduo tem a consciência da atitude da sua bexiga; tem vontade de urinar, mas não pode fazê-lo.

II — Que as perturbações no ramo aferente ou sensitivo podem dar-se:

- a) no próprio músculo;
- b) no nervo;
- c) no cordão medular sensitivo;
- d) nos centros organo-vegetativos do cérebro.

Interrompida a via sensitiva, o doente não é avisado da plenitude da sua bexiga, não sente vontade de urinar. O órgão distende-se, pois, sem acusar qualquer reacção.

III — Que as perturbações, atingindo simultâneamente os dois lados, aferente e eferente, suprimem a sensibilidade e a motilidade. O indivíduo não tem a consciência do estado de repleção da bexiga, e também não é capaz de lhe pôr a funcionar a musculatura.

Vemos, pois, que a incidência de tais perturbações no arco reflexo altera profundamente a micção.

Êste fenómeno, normalmente, é consciente e voluntário. Sentimos, de facto, a urina sair pelo meato, e podemos iniciar ou suspender a saída do líquido à vontade.

Temos portanto e desde já duas alterações importantes que podem surgir no desenvolvimento e execução desta função:

- 1.º — ser suprimida a influência da vontade; o indivíduo tem

a consciência da saída da urina, mas não pode obstar a que o fenómeno se produza. Realiza-se assim a chamada micção imperiosa; o doente é um falso incontinente (1).

2.º — Podem desaparecer simultâneamente as duas influências — sensibilidade e vontade; o individuo perde inconscientemente as suas urinas pela uretra. É um incontinente verdadeiro. Só sabe que urina porque se encontra molhado.

A noção física que temos de vaso incontinente, é a do vaso que deixa escapar todo o líquido que se lhe deita. É o tipo de incontinência absoluta: a bexiga, nesta hipótese, permanentemente vazia, acha-se reduzida à situação de saco inerte, por onde a urina, vinda do rim e caindo gota a gota, passa livremente na sua marcha para o exterior, através da uretra. É uma bexiga flácida, de esfíncter atónico, que realiza um tipo de incontinência a que poderemos chamar paralítico.

Mas o vaso a que há pouco nos referimos pode reter uma certa quantidade de líquido, e a partir dum certo nivel deixar escapar o restante.

É o tipo de incontinência relativa. A bexiga retém a urina, mas antes de atingir o limite da capacidade fisiológica deixa escapar líquido, independentemente da nossa vontade e da nossa sensibilidade.

A êste tipo pertencem quasi todos os urinários incontinentes: êles têm a bexiga repleta sem o saber, — e a urina sai gota a gota sem que o sintam, urinam por meio de regorgitação, urinam o excesso.

Realizam, simultâneamente, uma estagnação de urina e uma incontinência.

A êste tipo pertencem velhos prostáticos e jôvens apertados, medulares e cerebrais, histéricos e neurasténicos!

A incontinência surge nestes casos como complicação, ou, melhor, como o *terminus* dum estado que foi inicialmente uma retenção, ou tenha sido a impossibilidade de esvaziar completamente a bexiga.

(1) A incontinência noturna, também chamada essencial e infantil, observa-se, como o seu nome indica, nas primeiras idades. A criança despeja a bexiga dum jacto. Realisa assim uma verdadeira micção involuntária, inconsciente, durante o sono. É uma micção que tem lugar ou que se produz sem o «contrôle» da vontade, sem o individuo a sentir.

Por outras palavras — a retenção foi o fenómeno inicial, que teve como finalidade a incontinência: a retenção, primeiro parcial, bem entendido, ou melhor, o resíduo, que o individuo possuía a maior parte das vezes sem o saber.

A incontinência aparece-nos assim inteiramente ligada à retenção, pois as duas são geradas por causas precisamente análogas. E assim é que as alterações no ramo aferente do arco reflexo e, com maioria de razão, nos dois ramos, desencadeiam uma série de perturbações que terminam pela retenção.

Esta pode ser ocasionada por estados patológicos de natureza nervosa — encontra-se nos medulares, cerebrais, histéricos; surge como complicação nas intervenções cirúrgicas as mais variadas; é inerente a certas mal-formações congénitas — spina híftida; aparece, como é natural, a maior parte das vezes, nas afecções do aparelho urinário.

Ela é o primeiro sinal clínico de variadíssimos estados patológicos; é ela que nos conduz os doentes à consulta.

É a retenção o fenómeno claro, visível, que incomoda o individuo, que lhe perturba o sono, que o inquieta; é dela que partimos para organizar a observação e estudo do doente.

É a investigação da sua causa que tem preocupado os urologistas de todos os tempos. Foi ela que os levou ao estudo da próstata sobre os mais variados aspectos — anatómico, histológico, fisiológico, patológico — pois a hipertrofia d'este órgão foi por muito tempo considerada como causa determinante da retenção nos velhos.

De facto, a explicação dos fenómenos de retenção nos doentes de idade avançada pela hipertrofia da próstata é muito antiga: data de Horne. Os urologistas viam no aumento de volume do órgão o obstáculo mecânico à micção. E, considerando a próstata causa da retenção, chamaram naturalmente prostáticos aos doentes pertencentes a esta categoria.

Em todos os livros clássicos encontramos o termo prostático com o significado de retencionista. E tanto isto é assim que o próprio Albarran, aos retencionistas em que o toque rectal não acusava aumento de volume da próstata, chamava — prostáticos sem próstata.

Entretanto, e há já mais de 25 anos, Motz e Perearnau, num trabalho notabilíssimo e a respeito do qual se tem guardado um

silêncio inexplicável, demonstraram que aquilo a que até então se chamava hipertrofia da próstata não o era, tratando-se, de facto, de uma verdadeira atrofia da glândula. A próstata, longe de compartilhar no processo neoplásico que constitui o volume que o toque rectal põe em evidência, é repelida para a periferia por aquele tumor, formando-lhe uma espécie de cápsula delgada, onde o microscópio revela os diversos elementos histológicos da glândula.

Em boa doutrina, a partir dêste momento, não havia mais o direito de chamar prostáticos a êstes retencionistas.

Por outro lado, em trabalhos bem mais recentes e realizados na Escola de Necker, o professor Legueu, estudando o mecanismo das retenções vesicais a que chama de origem prostática, registou uma série de factos, que de há muito temos observado na nossa clínica, e a que alguns urologistas também fazem referência em suas memórias.

Nota aquele ilustre professor :

1.º — que a retenção não é proporcional ao volume do neoplasma ;

2.º — que não há proporção entre o volume do neoplasma e a importância das perturbações observadas. De facto quantos indivíduos nós vemos na clínica, portadores de adenomas de enormes dimensões, e sem perturbações funcionais! Verificamos a presença dêstes neoplasmas, no decurso da observação, ouvimos o doente referir que urina livremente, e verificamos que não existe resíduo. E, contudo, encontramos um enorme tumor fazendo-lhe saliência na ampola rectal, acompanhado de aumento de comprimento da uretra, etc.

Quantas vezes no decurso de uma autópsia nós verificamos a existência dêstes neoplasmas em indivíduos que, durante a vida, jámais acusaram qualquer perturbação urinária!

Por outro lado, todos temos observado retencionistas com grande resíduo, 200, 300, 500. c. c. ou mais, alguns mesmo pertencendo já à categoria dos chamados *distendidos* e, entretanto, portadores de próstatas de volume normal!

E, se considerarmos tão sòmente o volume dêste órgão, em centenaes de doentes que nos têm passado pela consulta, vemos que há uma perfeita continuidade volumétrica, uma escala suave, sem ressaltos, desde a próstata normal até aos maiores adenomas, com 200 gr. de pêso por exemplo!

É que, de facto, entre a clínica e a anatomia patológica existe neste caso uma verdadeira contradição: há grandes adenomas inofensivos, como há próstatas do volume normal que desencadeiam os mais graves acidentes de retenção.

Excluída a influência volumétrica, há quem pense que na retenção intervêm, entretanto, como causa preponderante, a forma e a sede do neoplasma.

A forma, serviu de base à doutrina apresentada por alguns urologistas, da acção mecânica do lobo médio, espécie de válvula obturadora do colo — doutrina aliás completamente abandonada.

O mesmo não acontece com a influência da sede do neoplasma, pois que ainda hoje Legueu refere a importância da situação endo-uretral ou cervical na etiologia da retenção.

Entretanto é positivo que estes doentes têm bom calibre; na uretra passa livremente uma sonda n.º 24 ou 25, o que quer dizer que o tumor não obstrui o canal.

Se a sonda passa, porque não passa a urina?

Querer explicar a retenção nesta hipótese com a obstrução produzida pelo neoplasma é repetir a teoria da válvula aplicada ao lobo médio, teoria hoje inteiramente abandonada. Não, de forma alguma podemos pretender explicar a retenção pela sede do neoplasma.

Excluído assim o volume, forma e até a sede do tumor, começou a atribuir-se à deficiência da musculatura vesical a causa determinante da retenção.

Ora acontece que o detrussor destes doentes tem valor, como aliás bem o demonstram os ensaios manométricos que realizámos. A sua bexiga contrai-se em obediência ao reflexo que comanda o seu esvaziamento.

Não há, de facto, insuficiência de contractibilidade, não há esclerose das paredes do órgão que expliquem a retenção. E tanto é assim que estes doentes depois de operados esvaziam completamente a bexiga.

A causa deste singular fenómeno, que tem sido motivo de tantas discussões, que tanto tem preocupado o espirito dos grandes observadores, não reside, pois, na musculatura que constitui o detrussor.

Analogamente, não pode atribuir-se a retenção a qualquer obstáculo mecânico que porventura comprima ou obstrua o canal.

Com efeito, por um lado, verificámos na uretra dêstes doentes a passagem livre de um explorador de número elevado na escala; por outro, quantas vezes não deparamos com antigos apertados, de calibre quási filiforme, urinando em fio, às vezes gota a gota, mas em todos os casos, esvaziando completamente a bexiga!

Nestes últimos tempos alguns urologistas têm chamado a atenção para as alterações anatómicas do colo, como causa determinante da retenção. O colo nestes estados perde a facilidade de se abrir, torna-se inextensível, diz Legueu, por exemplo, na descrição que faz da chamada doença prostática, entidade mórbida em que engloba esta categoria de retencionistas.

Paradoxo curioso êste, em que aquêle ilustre professor, referindo tôdas as desordens tanto anatómicas como fisiológicas ao colo da bexiga, etiqueta, entretanto, a nova entidade mórbida, que pretende inscrever nos quadros nosológicos, com a designação genérica de doença prostática, quando, bem o sabemos, a próstata está tranqüila na sua residência solitária, pois é independente, não tem nada com o que se passa.

*

As alterações anatómicas do colo são, de facto, a causa primitiva, o ponto de partida, a origem enfim, da retenção; mas, a forma como ela se constitui, o seu modo de ser, o mecanismo que preside à sua formação, que a entretém, ou que a suspende, são muito complexos.

Foi êste problema que nos propusemos estudar e para cuja solução elaboramos alguns trabalhos.

Trata-se duma questão de fisiologia patológica que reputámos fundamental para a organização de métodos terapêuticos com base verdadeiramente científica, para a organização duma cirurgia moderna assente em bases verdadeiramente fisiológicas.

Analisemos, em primeiro lugar, os factos. Nestes retencionistas o colo fecha-se no momento em que a micção se suspende. É isto o que demonstram os exames de *filmes* radiográficos que mandamos executar, nos diversos tempos da micção.

Feita a carga da bexiga com um soluto opaco até se atingir o limite de capacidade fisiológica, observamos:

1.º — que o colo está fechado com a bexiga em repouso;



2.^o — que o colo se abre logo que a micção começa, e se fecha precisamente no momento em que ela termina;

3.^o — que no individuo normal, ao terminar da micção, não se vê mais substância opaca no *filme*; a bexiga ficou vazia;

4.^o — que no retencionista se vê a substância opaca correspondente ao seu resíduo, e, além disso, o colo perfeitamente fechado.

Concluimos, portanto, que a micção se suspendeu porque o colo se fechou; mas êste encerramento é executado por intermédio do sistema nervoso.

Com efeito, ao iniciar da micção, desencadearam-se dois reflexos: o primeiro — contracção do detrussor despertada pela tensão intravesical; e o quinto — relaxamento dos esfínteres provocado pela contracção da musculatura da bexiga.

A descarga começou e seguiu, até que em um certo momento se suspendeu o quinto reflexo, sendo substituído por outro, antagónico, que determinou a contracção do colo.

O primeiro reflexo persiste na sua acção, pois verificamos que o detrussor dêstes retencionistas manifesta seu valor, por vezes até bastante elevado, para cargas muito inferiores ao resíduo, mesmo para cargas insignificantes.

Portanto, todo o desequilíbrio proveio dêste desencadeamento intempestivo da contracção do colo, que provocou a desarmonia no desenvolvimento da função.

Não são a dureza do colo e a sua inextensibilidade que determinam a retenção.

Não, é êste movimento de contracção, que, extemporâneamente produzido, fechando o colo, suspende implicitamente a micção.

Ora acontece que o colo é enervado pelo simpático, cujas fibras descem pelo prè-sagrado até ao plexo hipogástrico; mas é também verdade que estas fibras se interrompem a nível de plexos murais existentes na parede da bexiga.

Êste sistema nervoso parietal intercalado goza de certa autonomia, pois são de facto, em última análise, os neurónios dêstes gânglios que presidem à contracção muscular.

Vemos pois que na própria parede vesical se estabelecem arcos reflexos de pequena amplitude, que regulam o funcionamento do órgão — reflexos que aí nascem e aí terminam, fora do comando medular e muito menos do comando cerebral.

Compreendemos agora muito bem como as lesões do colo podem provocar desordens nos domínios dêste sistema nervoso intercalado. Como aí se podem estabelecer reflexos, intempestivamente produzidos, e que, por isso mesmo, determinam a desarmonia funcional.

São estímulos patológicos derivados das lesões existentes no colo que, originando verdadeiros curtos circuitos lhe provocam a contracção.

Ora, ao potencial desta contracção corresponde, em cada caso, um certo valor, variável segundo as circunstâncias; além disso, o potencial do detrussor é, como sabemos, uma função da carga — tanto maior quanto ela é mais elevada, dentro dos limites da capacidade fisiológica.

Vemos, pois, por um lado, que à medida que o indivíduo esvazia a bexiga, o potencial de contracção da musculatura das paredes vai diminuindo; por outro lado, os curtos circuitos acima referidos impedem o colo de atingir o seu relaxamento completo.

Chega, pois, durante a micção, um momento em que o potencial do detrussor não é suficientemente forte para vencer o colo neste estado de erectismo patológico.

E, então, o colo fecha-se automaticamente; a micção suspende-se; o líquido que resta na bexiga representa o residuo.

A grandeza do residuo fica pois dependente, fundamentalmente, da importância dos estímulos patológicos, do valor do reflexo a que as lesões do colo deram origem e, também um pouco, da fraqueza contrátil do detrussor.

O indivíduo cairá, finalmente, em retenção completa, quando a fôrça contrátil da musculatura da parede não puder entreabrir o colo, não puder vencer o potencial correspondente aos curtos circuitos que entretêm o seu encerramento.

V

Alterações anatómicas do colo

Como vimos, o colo é constituído por duas peças musculares perfuradas, que anatomicamente se justapõem, e que internamente

se encontram revestidas por uma túnica mucosa. Nesta túnica há glândulas para-uretrais, cuja origem e cujo parentesco com a próstata a embriologia esclarece, cuja sede e cujas relações a histologia determina de uma forma clara e precisa. Elas dormitam durante uma parte importante da vida do homem sem a menor intervenção funcional. As glândulas para-uretrais são, de facto, verdadeiros órgãos rudimentares, órgãos parasitas, que não emprestam o menor esforço, pois nenhum papel fisiológico representam.

Acontece, porém, que, em certo momento da vida, muitas vezes no declinar do estado adulto, quando a velhice se aproxima, essas glândulas parasitas proliferam e entram em actividade, procurando abrir campo no acanhado espaço que a natureza lhes destinou.

Residindo umas abaixo da mucosa, na parede inferior da uretra, logo acima do veru-montano ou, mais correctamente, na vertente anterior do colo; e outras, um pouco mais afastadas, nas proximidades do ângulo inferior do triângulo; ao aumentarem de volume, têm de procurar espaço em um recinto demasiadamente estreito e, por consequência, à custa de uma pressão excêntrica que indubitavelmente se vai reflectir sobre os órgãos periféricos.

Limitadas externamente pelo esfíncter liso, é sobre este que uma tal pressão directamente, e em primeiro lugar, se exerce, distendendo-o, e, depois, sobre a próstata, que com elle se continua. Assim, comprimida a próstata pela glândula irmã, agora em evolução prolífica, vai-se reduzindo de volume até atingir a espessura de uma simples lâmina ou cápsula envolvente.

Neste movimento prolífico, a glândula para-uretral não segue um paradigma regular; as suas células, multiplicando-se, não reproduzem aquela architectura harmónica que constitui a estrutura da glândula normal.

E assim é que, ao lado de proliferações glandulares, vemos também formações quísticas, produções fibrosas.

Predominam as proliferações glandulares, sob a forma de cavidades e tubos, revestidos duma camada de epitélío cilíndrico, e repletos de substância amorfa.

Em alguns pontos, os tubos glandulares apresentam dilatações que tomam a configuração e aspecto dum verdadeiro quisto.

Em todos os casos, glândulas ou quistos, a estrutura é a mesma: observamos um estroma composto por tecido conectivo, impregnado de algumas fibras musculares lisas, constituindo o esqueleto da nova formação, internamente revestida por epitélio nas suas diversas variedades.

Aqui e além há nódulos fibrosos cuja origem os histologistas discutem: para alguns representam uma lesão regressiva, uma atrofia glandular; para outros, e parece-nos com melhor fundamento, os tais nódulos devem ser considerados como lesão hiperplásica do estroma periglandular. A patogenia destas neoformações compreende-se, pois, facilmente: se na evolução do processo se produz um desequilíbrio entre o epitélio e o elemento conjuntivo, aparecerá um quisto, se predomina o primeiro; um nódulo fibroso, se predomina o segundo.

Nas duas hipóteses, a origem é a mesma, tendo como resultado a formação de verdadeiras monstruosidades que não representam papel algum fisiológico, servindo apenas para comprometer o funcionamento regular da próstata.

De facto, as glândulas para-uretrais, que são aliás a sede destes neoplasmas, existem nas duas vertentes do colo, e, mais raramente, na sua arcada superior ou abóbada.

Poderemos, portanto, encontrar formações adenomatosas em todos estes pontos e com as características seguintes:

1.º — residirem logo abaixo da mucosa;

2.º — localizarem-se acima do veru-montano e também acima dos canais ejaculadores.

Além disso, estas glândulas existem principalmente na face inferior, formando dois grupos: um mais próximo do veru-montano e outro na vizinhança da úvula. Teremos assim, no primeiro caso, uma ou duas formações laterais (lobos laterais); no segundo uma formação média (lobo médio). As que existem a nível da arcada superior podem também originar uma formação superior (lobo pre-uretral) mais rara.

A estas formações cuja origem anatómica e cuja sede acabamos de definir chamam os livros clássicos hipertrofia da próstata.

Não há designação mais imprópria e que mais convenha banir da terminologia médica. Em primeiro lugar tais formações neoplásicas nada têm de comum com a próstata, de que estão separadas pelo esfíncter liso, camada muscular de formação uretral,

que as isola completamente daquela glândula. Elas estão situadas logo abaixo da mucosa, são bem independentes do veru, e colocadas acima dos canais ejaculadores. A sua sede reside no colo, nas suas duas vertentes e na arcada que as cobre. Devemos pois chamar-lhe adenoma, fibro-adenoma, melhor, neoplasma do colo.

Normalmente, e no vivo, o colo visto por dentro através da cavidade vesical é formado por um orifício arredondado, donde irradiam pregas dispostas à maneira dos raios dum círculo.

A primeira conseqüência da presença do adenoma é pois a deformação do colo, ficando o aspecto e grau desta deformação, dependente da sede do tumor.

Assim, se o adenoma reside no pavimento do colo, na vizinhança da úvula, ou, que é o mesmo, na sua vertente superior, levanta esta região; torna obtusa a incidência das duas vertentes; cria a barra (lobo médio).

Se a sua sede é em cima, correspondendo à abóbada do colo, esta projecta-se na cavidade vesical onde faz saliência (lobo pré-uretral). Finalmente, se o adenoma parte do grupo de glândulas existentes nas vizinhanças do veru-montano, criam-se deformações das faces laterais do colo. A distância que separa a abóbada do pavimento que, normalmente, com o colo em repouso, pode dizer-se virtual, aumenta, chegando a atingir em alguns casos 7 e 8 centímetros, ao mesmo tempo que a vertente anterior do colo se alonga também.

Temos, pois, duas formações neoplásicas, ocupando as faces laterais do colo, revestidas pela mucosa, com superfícies internas planas, se ambas possuem igual desenvolvimento; com superfícies onduladas ou em S, se uma é mais desenvolvida do que outra (lobos laterais).

*

Ao lado dêstes grandes adenomas, podemos observar pequenos adenomas, que, não deformando o colo, provocam, contudo, graves acidentes dinâmicos.

Entretanto, o diagnóstico da presença dêstes tumores só pode ser feito com o auxilio do microscópio. É interessante que êste meio de exame, simultâneamente, com estas minúsculas produções neoplásicas, ou mesmo sem elas, nos revela por vezes, a existência de uma certa hipertrofia muscular, conectiva ou melhor mista.

Nas glândulas para-uretrais, além de neoplasmas, podem também desenvolver-se processos inflamatórios, quer no tecido nobre da glândula, quer no estroma que o sustenta e inclusivamente nos tecidos circunvizinhos. Estes processos ora seguem uma marcha aguda, ora evoluem no sentido crônico; nos dois casos terminam quasi sempre por endurecimento.

Nesta última hipótese, aparecem no colo formações fibrosas, algumas das quais seguem uma marcha traiçoeira, pois, sem ocasionarem sintomatologia aparatosa, vão entretanto deformando-o, modificando-lhe a extensibilidade e terminando por lhe roubar a flexibilidade indispensável ao bom funcionamento.

Em casos que operamos, o exame histológico revelou o seguinte:

- a) hipertrofia epitelial, acompanhada de exulceração;
- b) infiltração plasmoleucocitária;
- c) hipertrofia dos elementos conjuntivos;
- d) degenerescência hialina.

Quere dizer, existiam lesões nítidas de inflamação crônica.

Estes colos fibrosos não podem ser diagnosticados pelo toque rectal, e entretanto eles originam o quadro clínico da verdadeira oclusão.

Em alguns doentes, o colo fibroso aparece mesmo em tenra idade, na infância ou no começo da adolescência, livre de toda e qualquer infecção a que possa aparentemente ser atribuído. É, umas vezes, um colo duro, pouco maleável, que se distende com dificuldade, no qual predomina uma infiltração fibrosa. É, outras vezes, um colo deformado por uma espécie de barra que, à maneira de cortina, separa a uretra da bexiga.

O individuo portador de tais lesões vem à consulta, queixando-se de disúria, perturbações de micção ao principio ligeiras, mais tarde graves, verdadeiros fenómenos de oclusão cervical, sem que consigamos descobrir no seu passado incidente inflamatório localizado na região do colo e, o que é mais, lesão inicial localizada em qualquer outro departamento do aparelho urinário. É o exame uretroscópico que põe em evidência a barra existente no colo, que demonstra a dureza dos seus contornos, a falta de maleabilidade das suas paredes.

Estes doentes nasceram assim. As lesões destes colos são congénitas. E se ao colo atrás descrito chamarmos colo fibroso

adquirido, a estes colos deveremos, anàlogamente, chamar colos fibrosos congénitos.

Eis a forma como compreendemos estes casos, que alguém apelida hipertrofia do colo. e a respeito de cuja etiologia, diga-se de passagem, os urologistas não estão de acôrdo.

Assim, Marion atribui-lhe uma origem exclusivamente congénita pois que tais lesões aparecem na juventude e em individuos que apresentam simultâneamente outras mal-formações.

Legueu, por outro lado, considera estes colos a primeira fase, a expressão rudimentar da entidade mórbida que criou, da doença prostática. Partindo do pequeno adenoma saliente no colo, diz êste professor, passando pelas formas de adenoma incluído — primeiro macroscópicas e depois microscópicas — chegamos às formações hipertróficas músculo-conectivas.

Alguns dos casos que observamos não encontram lugar nas fórmulas apresentadas por estes autores — pois são de origem nitidamente inflamatória.

Devemos pois ser ecléticos — e se é certo que o individuo pode nascer com o colo deformado, também é verdade que o mesmo colo pode ser a sede não só de lesões neoplásicas, mas também inflamatórias que lhe modifiquem a aparência e lhe dêem consistência fibrosa e dura.

*

Existe, finalmente, uma deformação do colo, que supomos de origem congénita, interessante de conhecer, e que, da mesma maneira, acusa fenómenos de disúria que vão até à oclusão cervical, durante a infância ou a adolescência. Anatômicamente, esta deformação apresenta-se sob a forma de válvula ou prega da mucosa. Estas válvulas são classificadas em três tipos, consoante as relações que possuem com o veru-montano.

No primeiro tipo, as válvulas seguem da extremidade anterior do veru-montano às paredes laterais da uretra. No segundo tipo, as válvulas dirigem-se da extremidade posterior do veru-montano para o colo da bexiga.

Finalmente, no terceiro tipo, estas válvulas são independentes do veru-montano: residem em pleno colo. Em qualquer dos casos, elas constituem verdadeiros diafrágmata, ora parciais ora completos; geralmente inserem-se no pavimento e poucas vezes

na parede superior; quando se distendem, simulam as válvulas cardíacas.

A etiologia destas válvulas é desconhecida: há quem as considere meras formações hipertróficas das pregas normais da uretra; há quem as julgue devidas à persistência da membrana urogenital; há quem lhes atribua a origem ao desenvolvimento anormal do canal de Wolff e Müller; e até há quem veja nelas o resultado da fusão do culículo com o epitélio da uretra posterior. Seja qual for a sua razão etiológica, a questão fundamental é que os indivíduos portadores de tais válvulas aparecem nas consultas com o syndroma de oclusão cervical.

VI

Endoscopia do colo

O colo visto com um uretroscópio de visão directa apresenta-se sob a forma de disco circular, com um ponto central, donde irradia uma série de pregas.

Este disco transforma-se em anel plissado se encravarmos uns milímetros mais o instrumento, vindo neste caso ocupar o centro daquele anel a mucosa vesical.

As imagens fornecidas por estes instrumentos de visão directa, não nos dão ensinamentos completos sobre o estado do colo. As imagens perfeitas são, de facto, as obtidas com o uretrocistoscópio de visão indirecta e dilatação pela água.

Com efeito, examinando o colo com o uretrocistoscópio de Young ou de Mc Carthy, em que a pressão da água afasta as paredes do colo, obtemos não só imagens perfeitas do campo em observação, mas também podemos estudar a contractibilidade, a dureza, a flexibilidade das paredes das diversas regiões.

É certo que estes instrumentos não nos dão uma vista do colo em conjunto. A observação tem de ser feita por sectores. Colocamos em foco, primeiro, a face superior do colo, — abóbada, que se apresenta como um arco de círculo perfeitamente limitado, côncavo para baixo, deixando ver ao longe a penumbra do glóbo vesical. Imprimindo ao instrumento uma rotação de 90°, primeiro para a direita e depois para a esquerda, focamos sucessivamente as

duas faces laterais. Estas aparecem em campo anàlogamente, como dois arcos de concavidade interna e em continuação com a abóbada.

Fazendo executar, finalmente, ao instrumento uma rotação de 180°, focámos a face inferior, ou pavimento, que, à direita e à esquerda, se continua insensivelmente com as faces laterais. Adiante e atrás, os limites do pavimento são pouco nitidos: adiante continua-se insensivelmente com a uretra prostática e atrás com o trígono.

Podem servir-nos respectivamente como ponto de reparo dêstes limites, adiante o veru e atrás o músculo transtrigonal. No pavimento, temos além disso a considerar duas vertentes: uma anterior ou uretral e outra posterior ou vesical.

Normalmente, estas duas vertentes estão no mesmo plano, ou formam entre si um ângulo extremamente obtuso. A vertente posterior apresenta-se finamente estriada, espreado-se os seus raios em direcção ao trígono. Nela serpenteiam inúmeros vasos, que a percorrem em tôdas as direcções, assegurando-lhe uma irrigação perfeita. A vertente anterior, côncava para cima, vem descendo até ao veru, com o qual se continua. Estas são as imagens normais do colo.

Em estados patológicos diversos, estas imagens alteram-se oferecendo-nos deformações interessantes. Assim, às vezes, a curvatura regular da abóbada é substituída por uma formação em ângulo mais ou menos agudo. Neste ângulo podem ainda aparecer pequenas saliências irregulares ou uma saliência média única e em forma de estalactite.

No pavimento, as duas vertentes, em lugar de se alinharem segundo o mesmo plano, sofrem uma espécie de movimento de inclinação, formando um ângulo obtuso aberto para trás. O grau de abertura dêste ângulo, define a deformação do colo. Assim, à medida que o valor dêsse grau diminui, levanta-se o limbo inferior, formando uma espécie de barra. A linha que superiormente limita esta barra é primeiro rectilínea; e a barra será tanto mais saliente quanto menos obtuso for o ângulo formado pelas duas vertentes. Por outro lado, conservando-se fixas as extremidades daquela linha e subindo a parte média, chega um momento em que ela curva, ficando a sua convexidade voltada para cima. O mesmo instrumento dirigido sôbre as faces laterais do colo pode

mostrar saliências, formando relevos mais ou menos pronunciados e que se projectam ora do lado da bexiga ora na luz da própria uretra. É assim que se diagnosticam êstres pequenos adenomas do colo (adenomas intra-uretrais), cuja existência o toque da próstata jãmais pode revelar.

O toque, com efeito, só nos faculta o diagnóstico de lesões que se manifestam por modificações de forma, alterações de consistência ou de volume de certo vulto.

Êle deve ser praticado como primeiro tempo para nos dar esclarecimentos sumários acêrca do que se passa na região.

Serve para nos orientar no comêço da observação, enquanto preparamos a uretra do doente para explorações mais profundas. Mas deve ser sempre seguido dum exame uretro-cistoscópico meticulosamente realizado.

Só êste exame nos permite o diagnóstico perfeito das lesões existentes no colo e, em muitas circunstâncias, a interpretação de fenómenos mórbidos que não sabemos explicar.

Assim orientados, podemos diagnosticar com relativa facilidade as mais pequenas alterações inflamatórias crônicas, neoplasmas de diminutas dimensões, bem como as lesões congenitas do colo.

Podemos observar pela vista :

- 1.º — o colo edematoso ;
- 2.º — o colo com bôlhas ;
- 3.º — o colo com proliferações da mucosa — polipos ;
- 4.º — o colo fibroso circular, resultante de processo que tocou as quatro faces do colo ;
- 5.º — o colo obtuso, ou colo em barra, — resultante das lesões que interessam sobretudo o pavimento, que, desta maneira, se levanta em forma de colina, formando um ângulo no sentido antero-posterior ;
- 6.º — o colo agudo, em que a abóbada perde a sua configuração normal, circular, e toma a forma de um ângulo agudo no sentido transversal ;
- 7.º — o colo com válvulas, em que existem pregas da mucosa, que se movimentam sob a acção da corrente do líquido de irrigação ;
- 8.º — o colo neoplásico, — colo adenomatoso em que existe o adenoma, pois é êste o tumor mais vulgar da região, e cuja sede pode ser a seguinte :
 - a) face lateral — adenoma lateral ;

- b) face inferior — adenoma do pavimento;
- c) face superior — adenoma da abóbada.

Há em Urologia um certo número de expressões correntemente usadas e que representam estados mórbidos referidos a órgãos que lhe são estranhos.

Resultam de falsas localizações atribuídas à afecção, de interpretações erradas dos fenómenos observados, que por isso mesmo fazem surgir no nosso espírito ideias patogénicas menos exatas e alterações anatomo-patológicas que não existem no órgão visado, e que, por isso mesmo, convem banir da linguagem científica, que, em nosso entender, deve ser sempre exacta.

Não devemos chamar prostático ao retencionista, nem tão pouco hipertrofia da prestatá ao tumor cuja existência o toque rectal nos revela.

Podemos dizer, correctamente, retenção de causa neoplásica, — classificando, seguidamente, a natureza do tumor e ao mesmo tempo localizando-o, isto é, indicando-lhe a verdadeira sede. E assim diremos adenoma do colo (hipertrofia da próstata) que pode residir nas faces laterais — adenomas laterais do colo (lobos laterais), no pavimento — adenoma mediano inferior do colo (lobo médio), na abóbada — adenoma mediano-superior do colo (lobo prévesical).

Estas designações estão de acordo com a anatomia patológica e com as imagens endoscópicas observadas.

VII

Síndrome de oclusão cervical

No estado normal e com a bexiga em repouso, o colo está fechado. No momento da micção o primeiro fenómeno a produzir-se é a abertura do colo, pois sem isso a urina não passa e a função não pode realizar-se.

Todo o obstáculo à abertura do colo cria, pois, uma situação de desigualdade, que, naturalmente, vai reflectir-se no dinamismo do órgão.

E de facto, se isto acontece no primeiro tempo, a bexiga reage, como para compensar com a hipertrofia das suas paredes o maior esforço a realizar.

Assim, para atingir a harmonia da função, a natureza põe em movimento todos os recursos de que dispõe, e enquanto a potência muscular é suficiente para equilibrar a resistência a vencer, a bexiga descarrega completamente o conteúdo.

Este período inicial de luta é revelado na clínica por dois sintomas: polaquiúria e disúria. Esta feição na doença pode prolongar-se e mesmo estacionar difinitivamente.

Se, porém, este equilíbrio se rompe, porque as resistências aumentam ou porque a fadiga limita a amplitude de contratibilidade do músculo, a bexiga não consegue voltar completamente à sua forma primitiva.

Surge então o resíduo, primeiro de pequeno volume, mas que depois vai aumentando até atingir a distensão — estado terminal em que se dá a regorgitação, e o retencionista se torna incontinente.

A existência de resíduo é acusada pelo agravamento dos fenómenos de polaquiúria e disúria, cuja intensidade, é, até certo ponto, uma função do valor do resíduo.

O doente com resíduo, tem diante de si o perigo da crise, pois pode cair em retenção aguda, completa, desde que se estabeleça o bloqueio do colo. E a retenção aguda pode tornar-se crónica, ficando o doente, para sempre, escravizado à sonda.

Temos, pois, como síndrome da oclusão cervical, a polaquiúria, a disúria, o resíduo e a retenção nas suas diversas fases.

O papel que a natureza distribuiu ao colo na contenção e descarga do conteúdo da bexiga é extremamente importante.

De facto, êle tem interferência directa no fenómeno da micção, podendo, por consequência, qualquer alteração anatómica que nêle resida, ou qualquer reflexo nervoso que nêle incida, perturbar, ou mesmo comprometer, aquela função.

Eis o que concluímos dos estudos da micção, vista sob os dois aspectos — normal e patológico.

A oclusão cervical, assim clinicamente definida, encontra a sua realização objectiva, a maior parte das vezes, como é natural, nas afecções do colo; depois, em estados mórbidos residentes em órgãos pertencentes ou mesmo estranhos ao aparelho urinário, que originam movimentos espasmódicos, como ainda em perturbações de causa central, dimanadas da medula e outros centros do nevraxe.

Nos casos das afecções do colo, predominam os adenomas,

cujo diagnóstico nos é fornecido pelo toque rectal. Trata-se de doentes classificados como prostáticos, embora a sua próstata seja, como sabemos, estranha ao tumor.

Explorando com o dedo indicador a parede anterior do recto e através dela a próstata, — chegamos evidentemente a estas conclusões.

É este meio que utilizamos, correntemente, para o exame deste órgão, que, em virtude de disposições anatómicas, se torna extremamente acessível nesta região.

Assim, o dedo indicador, realizando o toque rectal, distingue normalmente os dois lóbos da próstata e o sulco médio que os separa; e fornece indicações acêrca do seu estado patológico, sôbre as alterações de grandeza, forma, limites, mobilidade e consistência que porventura se produzam nos tecidos da região.

O doente consulta-nos porque a sua micção se acha perturbada, mas não refere a causa a qualquer departamento do aparelho urinário. Então, para estudarmos a etiologia do fenómeno, praticamos o toque, recorreremos a este meio de exploração; e, às vezes encontramos um tumor que modifica ou altera, por completo, a forma da próstata. Vemos das suas dimensões, sensibilidade, se é fixo ou móvel, se é mole, depressível ou, pelo contrário, duro, lénhoso, etc.

Se o tumor existe, de facto dizemos que o doente é um prostático e tomamos aquêlo como causa do síndrome que motivou a consulta.

Mas a verdade é que nesta região não há a considerar sòmente a próstata, e daí a confusão estabelecida quando lhe referimos tudo o que encontramos.

Contrariamente, sabemos hoje que estes tumores de consistência adenomatosa não pertencem à próstata, mas sim a outras glândulas, suas irmãs congénitas, mas bem independentes dela, — às glândulas para-uretrais.

A próstata está reduzida a uma simples lâmina, que, nestes casos, forma uma espécie de cápsula que envolve o tumor.

Nos adenomas assim constituídos pode produzir-se um movimento degenerativo, que ordinariamente começa no centro do neoplasma e lhe modifica a consistência, tornando-a dura.

Estes tumores conservam a mobilidade; e, operados por via transvesical, podem enuclear-se com relativa facilidade.

Alguns antigos operados na nossa clínica vivem ainda, sem recidiva.

Acontece, porém, que em indivíduos com o síndrome em discussão, às vezes o toque nos dá a sensação dum tumor volumoso, duro, lenhoso, fixo, etc. Quando assim acontece, a causa da oclusão é o cancro primitivo da próstata.

Reputamos estes doentes inoperáveis. Morrem sempre: — para que operá-los?! Onde, para eles, a ciência, a técnica e a terapêutica condígnas?!

Finalmente, por vezes, o toque fornece-nos a indicação de que a próstata é normal, e entretanto existem as perturbações de micção que constituem o síndrome em estudo.

Esta categoria de doentes, já há muitos anos conhecida, era genericamente classificada pelos célebres urologistas da escola de Necker, Guyon e Albarran com a designação de *prostáticos sem próstata*. Estes têm, de facto, a mesma sintomatologia dos doentes portadores do adenoma do colo, a que imprópriamente se chama hipertrofia da próstata. E era precisamente porque apresentavam a mesma sintomatologia, e porque tal sintomatologia era considerada como patognomónica da hipertrofia prostática, que aqueles urologistas chamaram ao síndrome — *prostatismo*, e aos doentes — *prostáticos sem próstata*.

Nestes casos o diagnóstico da causa só pode ser feito por meios endoscópicos.

O síndrome observado provém, de facto, de lesões finas e delicadas, umas congenitas e outras adquiridas, de natureza inflamatória ou mesmo neoplásica, que somente o exame feito com aparelhos de visão (urétricostóscopios) é capaz de pôr em evidência.

A confusão dos antigos observadores era natural, não só pela deficiência de meios de investigação, mas também porque viam lesões idênticas nos sectores superiores do aparelho urinário destes doentes, quer tivessem ou não aumento de volume da próstata.

Assim, trabalhos realizados há já bastantes anos pelos notáveis investigadores Hallé e Motz puseram em evidência a hipertrofia muscular da bexiga como lesão dominante, consequência, ou, melhor, a verdadeira acção reflexa do adenoma do colo (hipertrofia da próstata).

É certo que este músculo, assim hipertrofiado, pode mais tarde

ser ferido por um processo de simples atrofia, ou mesmo de esclerose atrófica, em parte devido a fenómenos de cistite — infecção tão vulgar nestes doentes; mas também é verdade que nestes mesmos casos, a camada de músculo bem conservada, é superior àquela que existe na bexiga normal. E assim é que uma vez operados, libertos do seu adenoma, os doentes esvaziavam completamente e com extrema facilidade a bexiga.

As investigações de Hallé, Motz e Arrose vieram demonstrar que as lesões observadas na musculatura vesical dos prostáticos sem próstata, eram precisamente as mesmas que se observavam nos casos de adenoma do colo (hipertrophia da próstata).

Nas duas categorias de doentes há uma reacção inicial da parede muscular da bexiga, compensadora e até certo ponto revelada ao cistoscópio pelas colunas. Só mais tarde é que surge a descompensação, a atonia, a distensão.

*

As lesões do colo podem tornar-se ponto de partida de movimentos espasmódicos que se propagam à musculatura da uretra e sobretudo ao esfíncter estriado.

Alguns destes doentes aparecem nas consultas, queixando-se de apertos de urétra e, na verdade, o exame feito com o explorador olivar de Guyon confirma o diagnóstico.

E assim é que se constituem os apertos elásticos, que não são mais do que meras ondas espasmódicas, devidas a qualquer espinha irritativa, por vezes situada bem longe do local onde reflete a sua acção.

Com efeito, observamos espasmos nos calculosos; nos estados inflamatórios da urétra, bexiga, e rim; nos operados; nos rachi-anestesiados; nos neuropatas, etc.

O espasmo é uma verdadeira contracção hipertónica, e resultante de um arco reflexo com ponto de partida em órgãos ordinariamente da esféra urogenital, ou mesmo com ponto de partida em outro departamento mais afastado.

Num caso ou noutro, êle resulta de excitações que se propagam ao longo dos nervos pélvicos, podendo, hipogástricos, etc.

Portanto, e antes de mais nada, para a compreensão nítida da mecânica que preside à formação do espasmo, estudemos,

experimentalmente, os efeitos produzidos sôbre a bexiga e uretra pela excitação eléctrica dêstes nervos.

Secção praticada	Efeitos produzidos na bexiga e uretra pela excitação eléctrica do trôço periférico do nervo	Efeitos produzidos na bexiga e uretra pela secção do nervo
Nos nervos pélvicos (parasimpático)	Contração das paredes da bexiga, com dilatação do colo	Paralisia completa das paredes da bexiga
Nos nervos hipogástricos (simpático)	Contração do colo, com relaxamento das paredes da bexiga	Não provoca a incontinência. A bexiga esvazia-se completamente a cada micção
Nos nervos podendos	Contração do esfínter estriado	Produz um certo grau de incontinência
Na medula		Retenção completa. Relaxamento das paredes vesicais. Espasmo do colo.

Vemos pois que a excitação dos nervos podendos determina o espasmo do esfínter estriado, e a excitação dos nervos hipogástricos provoca a contração do colo.

Contrariamente, a excitação do erector sagrado, também chamado nervo pélvico, inibe o colo e, por isso, não tem acção espasmódica.

São, de facto, os dois outros nervos acima referidos, cuja exci-

tação determina contrações, que provocam a hipertonia e o espasmo, sobretudo em indivíduos psicopatas, cujo terreno é favorável a êstes estímulos.

Na verdade, a oclusão do colo aparece também em doentes que não são do foro urológico, mas sim pertencentes aos domínios da neurologia, ou mesmo da psiquiatria.

A secção transversal da medula determina a retenção completa, a hiperdistensão vesical por espasmo do colo.

São geralmente conhecidas as perturbações de micção nos medulares, mielíticos e tabéticos, etc.

Finalmente nos psicópatas, nos quais se dá um desequilíbrio do sistema nervoso, caracterizado por um erectismo difuso da sensibilidade, e uma insuficiência de inibição motriz, são freqüentes os espasmos e, conseqüentemente, a retenção.

Vemos desenvolver-se êste quadro, em casos de histeria, em que somos forçados a praticar o cateterismo periódico ou mesmo a aplicar a sonda permanente.

A secção dos nervos pélvicos provoca retenção porque deixa de ser accionado o detrussor e inibido o colo. Êste último fica só sob a acção das fibras simpáticas do nervo hipogástrico.

A secção do nervo hipogástrico suprime as fibras simpáticas que accionam o colo, provocando o seu relaxamento. Seria portanto um meio terapêutico excelente da oclusão do colo se não fôra a existência dos aparelhos autónomos de Guillaume e a gravidade resultante das exigências técnicas inerentes ao seu acesso.

*

Estudadas as causas que determinam o aparecimento da oclusão cervical, é ocasião oportuna de vermos das conseqüências dêste syndroma, das alterações anatomo-patológicas que êle determina, das perturbações funcionais que provoca, da influência enfim que exerce nos diversos órgãos que constituem o aparelho urinário.

O primeiro órgão a ser focado é a bexiga, pois a estagnação da urina provoca a congestão da mucosa, e depois a descamação do epitélio que a reveste, favorecendo tudo isto o desenvolvimento da infecção.

De facto, os retencionistas, que, a princípio têm as urinas cla-

ras, dentro em pouco apresentam-nas turvas, em virtude do aparecimento da bacteriúria, piúria, enfim da cistite.

Por outro lado, as perturbações dinâmicas pedem maior esforço à musculatura vesical, que para satisfazer uma tal exigência hipertrofia o detrussor.

Daqui resulta o aparecimento das colunas que o exame cistoscópico põe em evidência.

Se a bexiga tem nas suas paredes alguns pontos fracos, estes cedem à pressão anómala assim gerada para manter o equilíbrio da sua descarga.

E, com efeito, assim succede : o detrussor não chega a recobrir completamente as faces laterais da bexiga.

O grupo lateral da camada externa ocupa sòmente a metade inferior desta face. A metade superior fica desprotegida, vendo-se através dela fibras dispersas das camadas subjacentes ou a própria túnica mucosa.

Por conseqüência, a parede cede nos pontos de menor resistência, formando-se uma espécie de saco — divertículo — que, precisamente, pela ausência ou pouca abundância de musculatura, se conserva inerte, verdadeiro reservatório de estagnação da urina.

*

Com o tempo o retencionista vê ampliar-se o território das perturbações derivadas da sua afecção.

Influências diversas vão actuar agora sôbre o uréter, entreabrindo-lhe o esfíncter e permitindo à urina um movimento retrógado que a faz subir ao longo dêste canal.

A coluna líquida assim constituída dilata o uréter e alcança o bacinete. Êste, por sua vez, aumenta de capacidade, dando lugar a uma verdadeira hidronefrose de causa ascendente.

A êste fenómeno chamam os urologistas refluxo vesico-renal, procurando explicá-lo pelo efeito mecânico da pressão exercida pelo resíduo vesical.

É uma maneira simplista de explicar um fenómeno extremamente complexo. Com efeito, se êle pudesse ser assim compreendido, occorria, immediatamente, perguntar : qual o motivo porque tais refluxos são tantas vezes unilaterais, se na verdade

a pressão exercida sobre os dois uréteres é precisamente a mesma, pois ambos estão submetidos a igual regimen?

Sendo assim, ¿ qual é a razão porque um dos uréteres, na maior das passividades, se deixa dilatar sem a menor reacção, enquanto o outro permanece integro, resistindo à pressão criada pelo residuo?

De facto, as coisas passam-se de forma bem diferente: naquele uréter e naquele bacinete, que resistiram à influéncia, ao embate do residuo, o tonus da musculatura, isto é a attitude das suas paredes fica firme e inalterável, continuando a desenvolver-se e a propagar-se cadenciadamente as ondas de contracção que, expulsando a urina, descarregam o bacinete.

Enquanto que o outro uréter, reduzido à maior das passividades, se deixa dilatar, invadindo o liquido a cavidade do respectivo bacinete, sem que ofereça a mais pequena reacção a êste movimento retrógado.

¿ Serão estes fenómenos um accidente de mera hidráulica, explicáveis, portanto, pelas leis comuns da física? Eis o que de forma alguma podemos admitir.

Nem o uréter nem o bacinete ficariam indiferentes, se deixariam assim distender, passivamente, sem procurar reagir, sem procurar manter a sua configuração própria, se os comandos dos seus centros de movimento não tivessem sido feridos, — abolido o tonus de attitude e suprimida a conductibilidade dos seus arcos reflexos.

É, com effeito, o sistema nervoso que intervem e que tudo explica.

Temos presente a inervação do uréter, a distribuição dos nervos uretero-vesicais interno e externo nas suas paredes, e a constituição da ansa peri-uretral.

Cada um dos ureteres é enervado separadamente, dependendo os respectivos nervos do plexo hipogástrico.

As fibras que lhe são distribuídas e que provocam a contracção da sua musculatura são de origem para-simpática. Ele recebe também, implicitamente, fibras inibidoras de origem simpática. Umás e outras são interrompidas a nivel do sistema nervoso intra-parietal da bexiga.

Desta forma, sobre o uréter vão reflectir-se as desordens ou perturbações resultantes de desequilibrios, produzidas no sistema nervoso intercalado.

Os ureteres ficam assim sujeitos à influência de curtos circuitos, que actuarão isoladamente sobre um deles ou sobre os dois simultâneamente.

Uréter e bacinete deixar-se-ão pois dilatar, quando a sua musculatura não reagir em presença da urina que enche as suas cavidades, pelo motivo de reflexos patológicos que impedem a produção das ondas de contracção normais, tendentes a expulsá-la na bexiga.

O esfíncter do uréter, porventura relaxado pelo influxo do simpático e não podendo reagir em presença de qualquer estímulo, pela falta de acção do sistema para-simpático, entreabre-se e recebe passivamente a urina da bexiga, permitindo-lhe a subida ao menor esforço do detrussor.

A mucosa que reveste as paredes do uréter e bacinete lá está para receber o estímulo, e a musculatura íntegra no seu arranjo só aguarda a chegada do influxo que lhe determina o movimento. Tal estímulo, porém, ou não foi transmitido, ou, o que é mais provável, não obteve resposta do centro nervoso respectivo.

O mecanismo íntimo porque este fenómeno se produz é extremamente complexo. Dominado inteiramente pelo influxo nervoso, êle depende do reflexo antagónico que inibe o uréter e o bacinete, e que tem por ponto de partida o colo da bexiga.

Se é verdadeira a doutrina que acabamos de expor, actuando cirurgicamente sobre o colo, cortando-o, suprimindo-o, devemos ver desaparecer o refluxo.

E, de facto, assim acontece, como aliás verificamos nas nossas observações (Estampas XIII e XIV. Observação I).

Estes doentes com refluxo têm diante de si, como perigo immediato em consequência dêste estado, a infecção em tôdas as suas modalidades. A urina estagna no uréter e bacinete e impede a marcha da corrente descendente, porque aquêles órgãos se acham respectivamente reduzidos à condição de tubo e saco inertes.

Independentemente disto, a queda do líquido estava já altamente prejudicada com o desaparecimento das ondas de contracção.

Desta forma, e porventura por igual mecanismo, é paralisada aquela musculatura ténue e delicada que intervém no arranjo architectónico dos cálices e papilas, que, com os seus movimentos de contracção, aspirando a urina dos tubos de Bellini, tanto contribuem para os fenómenos de osmose a nível do glumérollo de Malpighi.

Dilatam-se os cálices, os tubos uriníferos, enfraquece-se o valor funcional do rim.

Cria-se uma pressão ascendente antagonista da pressão sanguínea dêste órgão, e daí deriva a elevação da função aquosa.

Por esta forma é gerada a poliúria reflexa dos distendidos, em que a secreção do rim é duas, três e quatro vezes superior à normal.

¡ A glândula produz em quantidade aquilo que não pode produzir em qualidade !

O organismo desidrata-se ao mesmo tempo que a ureia se acumula no sangue.

A constante de Ambard sobe, a fenol-sulfono-ftaleina é retida, o organismo intoxica-se, o doente emagrece, depauperase-se, e peora dia a dia.

Ao mesmo tempo que isto se produz, a infecção ganha campo: temos assim a pielite, a pielonefrite, a hidropionefrose, a destruição do parênquima renal.

Entretanto, é bem positivo que reside no colo a causa primitiva de todos estes estados patológicos.

¡ Quantas vezes, com efeito, na clínica, deparamos com lesões graves, já constituídas: lesões irreparáveis, lesões donde deriva irremediavelmente a morte; e lesões que tiveram a sua causa inicial nas perturbações dinâmicas derivadas duma afecção do colo !

*

Felizmente, quando os fenómenos de retenção se acham dependentes de lesão anatómica do colo, tudo vai pelo melhor pois a ciência fornece-nos recursos valiosos de tratamento, o que aliás não acontece em outras situações.

Há com efeito indivíduos que não urinam a despeito de terem o colo aberto.

É o que sucede por exemplo na espinha bifida. Os doentes portadores desta mal-formação têm o colo permanentemente aberto e vêm às nossas consultas com fenómenos de incontidência.

Uma vez sondados verifica-se a existência de resíduos de certa importância, representando por isso mesmo aquela incontidência uma verdadeira regorgitação.

A cistografia nestes doentes revela a imagem dum colo permanentemente aberto, quer a bexiga esteja em repouso quer em

movimento. É um colo de forma cónica, cuja configuração se não altera com os esforços que o doente emprega para urinar. É um colo que se não movimenta, um colo onde a urina estagna, um verdadeiro colo paralítico.

E, a-pesar-dêste colo se deixar penetrar passivamente pelo líquido, não lhe oferecendo a menor resistênciã, o doente faz resíduo: a urina que perde, a incontincência que manifesta é principalmente devida à retenção.

Neste tipo clínico dir-se-ia que o simpático está comprometido, que existe uma paralisia dos nervos hipogástricos.

Por outro lado, medindo o potencial do detrussor, por exemplo, no caso clínico cuja observação publicamos, vemos que êle tem um valor mais que suficiente para esvaziar a bexiga: o que quer dizer que o erector sagrado está íntegro, não havendo perturbações nos domínios do para-simpático.

Nestas condições e a cada micção, o doente devia esvaziar completamente a bexiga, não manifestando fenómenos de incontincência (1).

Entretanto, o facto é que o doente não urina! ? Porquê?

Porque se passam fenómenos espasmódicos a nível do esfincter estriado, devidos a uma hiper-excitabilidade dos nervos pudendos. Ora, o estado mórbido dêstes nervos filia-se em perturbações centrais, pois que a espinha bífida é uma mal-formação congénita, caracterizada essencialmente por uma alteração evolutiva da medula.

Estes retencionistas estão fora dos limites da nossa técnica, estacionam além do perímetro que a ciência marca às nossas intervenções. Não lhes devemos tocar. Como é importante um diagnóstico exacto na ciência que cultivamos, um conceito preciso do estado do doente — na arte que applicamos...

VIII

Determinação da pressão intra-vesical

É de boa tática, antes de iniciar qualquer tratamento no retencionista, determinar-lhe pressão intra-vesical.

De facto, o valor do potencial do detrussor tem importância, considerado sob o ponto de vista diagnóstico, e também sob o

(1) Vid. pág. 47.

ponto de vista terapêutico. A técnica para estas determinações é extremamente simples: a estampa XII representa o aparelho manométrico que fizemos construir para êste fim.

Compõe-se êste aparelho dum manómetro de mercúrio em que a pressão é avaliada em milímetros, ligado a um vaso graduado que serve de anteparo protector ao manómetro.

Por sua vez, êste vaso está ligado a uma torneira de três vias, que por intermédio duma sonda, também ali figurada na estampa, põe a bexiga em comunicação quer com um manómetro, quer com uma seringa destinada a fazer as cargas.

A avaliação das pressões é feita para cargas variáveis de 0 a 500 cc. e alternadamente com a bexiga em repouso e com a bexiga em movimento, isto é, com o doente a esforçar-se por urinar.

No decurso de cada uma das experiências é notada a capacidade fisiológica do doente e bem assim o potencial do detrussor que lhe corresponde.

MÉDIA DA PRESSÃO INTRA-VESICAL (1)

Carga em centímetros cúbicos de água	Pressão manométrica, em milímetros de mercúrio							
	Indivíduo normal		Adenoma do colo com resíduo		Distendido		Espinha bífida	
	sem esforço	com esforço	sem esforço	com esforço	sem esforço	com esforço	sem esforço	com esforço
0	0	8	0	4	0	0	0	0
20	2	40	4	30	0	0	16	36
40	4	50	6	50	0	0	20	56
50	6	70	6	60	0	0	24	48
100	8	80	10	70	2	2	36	58 *
200	10	100	15	80	2	4	44	50
300	12	110 *	20	90	4	8	—	—
400	14	100	30	95 *	8	10	—	—
500	16	90	40	110	10	12	—	—

(1) A pressão correspondente à capacidade fisiológica vai indicada com um asterisco. O distendido com cargas sucessivas até 1.000 cc. não sentiu vontade de urinar.

Por êste quadro vemos que no indivíduo normal a pressão intra-vesical para zero da carga, é zero quando a bexiga está em repouso, e é 8 com a bexiga em movimento. Quere dizer, o detrussor manifesta a sua acção mesmo com a bexiga vazia.

A pressão intra-vesical vai aumentando de valor successivamente com a carga até um certo limite, que corresponde apròximadamente à capacidade fisiológica e depois tende a diminuir.

Normalmente a capacidade fisiológica oscila entre 250 e 300 cc.

Nos casos de colo adenomatoso com residuo, o potencial do detrussor, pode ser superior à normal. Em geral é representado pelas médias constantes do nosso quadro, não se notando neste caso depressão, depois de ultrapassado o limite da capacidade fisiológica.

No distendido a pressão intra-vesical é representada por números insignificantes: nos doentes que serviram para estes exames, a vontade de urinar não appareceu até à carga de 500 cc.

Foram feitas em seguida cargas mais elevadas. Eis os resultados obtidos:

Cargas	Pressão manométrica com esforço
600 cc.	20
700 cc.	30
800 cc.	40
900 cc.	50
1000 cc.	60

Com a carga de 1000 cc., alguns dêstes doentes, ainda não sentem vontade de urinar.

Nos casos de paralisia completa do detrussor, não se observam oscilações manométricas.

É preciso notar-se que êste meio de exploração está sujeito a certas causas de êrro. Entretanto, é incontestável que êle presta serviços importantes, que o devemos empregar sempre para evitar erros graves; para não praticar operações no intuito de curar retencionistas, cuja causa infelizmente, porque é central e reside nos departamentos superiores do sistema nervoso, está fora do âmbito dos nossos meios cirúrgicos, ou seja dos nossos recursos técnicos.

IX

Tratamento

O tratamento das afecções do colo é fundamentalmente cirúrgico.

Presentemente possuímos técnica apropriada para socorrer com vantagem esta categoria de doentes, seja qual fôr o seu estado local, ou, o que é mais, o seu estado geral. Não há, com efeito, hoje o direito de escravizar o retencionista por tôda a vida à sonda permanente ou ao dreno supra-púbico: a ciência fornece-nos recursos bastantes ao estudo completo do retencionista, ensina-nos os meios de o colocar em condições apropriadas de resistência orgânica; enquanto a arte, pelo seu lado, depõe nas nossas mãos instrumentos de excepcional delicadeza e precisão, produto de maravilhosos inventos, que nos permitem a realização técnica das nossas mais arrojadas concepções.

Podemos portanto afirmar, afoitamente, aos velhos retencionistas até agora considerados inoperáveis, que hoje temos meios de os colocar em condições de esvaziarem a sua bexiga.

Estudemos, pois, os métodos de tratamento, que podemos tentar. Podemos atacar o colo por três vias de acesso:

- 1.º — *Endo-uretral*;
- 2.º — *Hipogástrica*;
- 3.º — *Perineal*.

*

I — *Via endo-uretral*. — Pondo de parte Gutherie, que em 1834 cortou o colo com uma lâmina armada na extremidade duma sonda, Mercier, e Civiale —, lembremos Gerarthy que foi quem, com o seu esfincterotomo, primeiro apresentou um instrumento de regular construção, para intervenções, por via endo-uretral.

Entretanto os urologistas da época tiveram de abandonar êste método, porque êle originava grandes hemorragias.

Mais tarde, Bottini, para obviar a êste inconveniente, apresentou um instrumento por meio do qual o corte é praticado por um cautério, que simultâneamente vai fazendo a hemostase.

Este instrumento, que aliás mais tarde foi modificado, e até

certo ponto, aperfeiçoado por Freudenberg, tem a forma dum litotritor, em que o ramo macho é munido na extremidade de uma lâmina de platina destinada a ser elevada ao rubro, por intermédio duma corrente eléctrica.

É um verdadeiro electro-cautério a que o seu autor deu forma especial, a-fim-de o poder manejar dentro da bexiga. Esta técnica é perigosa, de resultados terapêuticos muito duvidosos, dando por vezes origem a hemorragias graves, fenómenos de incontinência, perfurações, etc. Por tudo isto foi completamente abandonada, pelo que apenas por memória a citamos. Como os sistemas de técnica anteriormente referidos, faz hoje parte da história da urologia.

*

Verdadeiramente, pode dizer-se que as operações endo-uretrais por colo fibroso nasceram na América; aí se desenvolveram e aperfeiçoaram, sem que os europeus lhes ligassem a principio a atenção devida.

Os instrumentos fabricados para satisfazerem êste fim são engenhosos. Dentre êles começaremos por descrever uma categoria de instrumentos a que poderemos chamar de guilhotina, e com os quais se realiza hoje uma intervenção muito vulgarizada nos Estados Unidos e a que os urologistas dêste país chamam «punch».

O primeiro dêstes instrumentos, apresentado por Young, consiste num tubo metálico, semelhante ao tubo de um uretrocópio, mas com a extremidade ligeiramente curva e munida de uma janela na parte convexa do instrumento. No interior dêste tubo, e servindo-lhe de bainha protectora, desliza uma haste com extremidade cortante. (Estampa V).

O instrumento é introduzido na bexiga e colocado de forma que o pavimento do colo venha introduzir-se na janela referida. Obtido isto, faz-se deslizar no interior desta bainha a haste cortante, que, por esta forma, secciona os tecidos que encontra no trajecto.

Com êste instrumento, pois, o operador trabalha exclusivamente pelo tacto. Não vê o que faz, e, por isso, não pode ter o preciso conhecimento da região onde o corte é executado. Os americanos, e até certamente o próprio Young, obedecendo ao aviso do Dr. Bull — «uma onça de vista vale uma tonelada de sentido» — abandonaram esta técnica.

*

O instrumento em guilhotina mais perfeito é incontestavelmente o « punch operation » de Mc-Carthy. Deve-se ao construtor americano Wappler, que, por sua habilidade e engenho, consideramos o primeiro construtor do mundo, e que muito tem contribuído para o desenvolvimento da endoscopia na América. No instrumento de Mc-Carthy temos a considerar uma bainha metálica e uma óptica munida de uma lâmpada eléctrica, que desliza no interior da bainha. A bainha, ligeiramente curva na extremidade, é aí munida de uma janela aberta do lado convexo da mesma. Na outra extremidade, estão os ramos duma espécie de alicate dos quais um se fixa a esta bainha e o outro a um cursor cilíndrico, que desliza no interior daquela e que termina, na extremidade correspondente à janela, em gume cortante. Por esta forma, movimentadas as hastes do alicate, a janela aberta na extremidade da bainha do instrumento pode ser facilmente percorrida ou melhor obturada pelo cilindro cortante existente no seu interior. (Estampa VII).

A técnica operatória com êste aparelho, relativamente simples, consiste no seguinte:

1.º — Ajusta-se a óptica, e firma-se com o parafuso de pressão.
2.º — Introduce-se na bexiga o instrumento fechado; e, uma vez colocado, abre-se-lhe a janela, fazendo, ao mesmo tempo, circular o líquido. A bexiga deve estar moderadamente cheia antes de começar a operação.

3.º — Sob o « contrôle » da vista (a janela aberta a $\frac{3}{4}$) retiramos gradualmente o instrumento, olhando o pavimento da bexiga até atingir o colo através da janela. Neste momento, fazemos rodar o instrumento para termos a certeza de que estamos bem no colo.

4.º — Nesta altura, devemos dar à janela a amplitude que desejarmos, a fim de que nela entre a parte que deve ser extraída. Geralmente é desnecessário abri-la completamente.

5.º — Até êste momento, o instrumento é colocado em posição horizontal, relativamente ao doente.

6.º — Então o operador, com a mão colocada no gatilho daquêlê, levanta o instrumento, deprimindo naturalmente a extremidade

que está dentro da bexiga, e executando, por esta forma, um movimento de 45° apròximadamente.

7.º — Fecha-se o gatilho, empurrando o instrumento moderadamente para dentro da bexiga.

8.º — Retira-se a óptica e faz-se uma irrigação até obter líquido claro.

9.º — Finalmente, coloca-se uma sonda permanente durante três dias.

Empregamos esta técnica num doente: a hemorragia prolongou-se durante três dias, cedendo aos hemostáticos habituais; mas os resultados obtidos foram medíocres. (Doente n.º 5469 U. h.).

Assim, com os dois instrumentos até agora descritos, a secção do colo é feita por intermédio duma lâmina cortante, a frio, impulsionada pela mão do operador.

*

Para diminuir algumas das complicações da técnica de Young, evitar a hemorragia e bem assim o perigo da infecção local, o urologista americano John Roberts Caulk apresentou em 1919 o seu « cautery punch ». (Estampa VI).

Êste aparelho compõe-se:

a) dum cilindro metálico, espécie de bainha, munido de uma janela em uma das extremidades;

b) duma haste metálica destinada a obstruir a janela a-fim-de facilitar a introdução do instrumento na bexiga;

c) duma bainha interna munida numa das extremidades de condutores eléctricos e na outra duma lâmina de platina iridiada, destinada a deslizar no interior da bainha precedente; esta lâmina tem $\frac{1}{4}$ de polegada de largura, é bastante espessa e acha-se isolada por meio de placas de mica;

d) duma cânula longa armada numa das extremidades com uma agulha para injeções e na outra duma armadura destinada a receber uma seringa;

e) duma cânula longa munida duma pera de *cautechu* em uma das extremidades para aspirar os líquidos, e bem assim de hastes metálicas para armar tampões, tudo destinado a fazer o asseio do campo operatório.

f) duma pequena lâmpada munida de reflector e lente para observação endoscópica.

Técnica operatória:

Introduz-se o aparelho na bexiga e coloca-se a janela no colo.

Seguidamente, foca-se o campo com a luz reflectida, metem-se dentro da janela os tecidos que se desejam eliminar, e com a seringa faz-se a anestesia local. Retira-se a seringa; e, após alguns minutos de espera, até que a anestesia se produza, limpa-se o campo, e introduz-se dentro do cilindro metálico a bainha portadora da lâmina de platina, verdadeira fôlha cauterizante. Realizado isto, faz-se passar a corrente eléctrica.

Com esta técnica, Caulk chega a seccionar 6 fragmentos numa só sessão.

Nos primeiros tempos, êste urologista empregava no seu aparelho uma corrente eléctrica alterna, fazia portanto uma electro-cauterização, análoga à realizada no método de Bottini. Últimamente começou a empregar correntes de alta frequência, sendo dêste género o aparelho que possuímos.

*

Luis aconselha um método de tratamento, que realiza com o seu uretroscópio de visão directa e a que chama de furagem da próstata.

Êste urologista procura escavar uma espécie de túnel através do colo, tornar, como diz, rectilíneo um canal tortuoso, destruindo os tecidos adenomatosos por meio dum electrodo diatérmico.

O método parte dum princípio falso, ou seja o de attribuir ao obstáculo mecânico a causa da retenção.

O instrumento que utiliza não é próprio para êste género de intervenções.

Com êle pode observar-se inicialmente o campo de ataque, mas não se pode acompanhar com a vista a marcha do electrodo.

O operador é constantemente importunado pela presença de líquidos, exsudatos, escaras, produtos que lhe perturbam os exames a que tem de ir procedendo para regular a intervenção.

A aspiração, destinada a esclarecer o campo é feita por intermédio de um tubo lateral, colocado dentro da bainha do instrumento e ligado a uma bomba de água. Acontece, porém, que o

tubo, de calibre muito estreito, se obstrui facilmente, forçando o operador a emprêgo de tampões, a-fim-de manter o campo operatório limpo, o que não deixa de ter certos inconvenientes, pois sôbre as escaras produzidas pela corrente eléctrica, não devemos exercer atritos que as possam deslocar.

*

O instrumento de Braasch não é mais do que o cistoscópio de visão directa dêste autor, no qual foi aberta uma janela na face inferior da extremidade vesical, e que serve de bainha ao cilindro cortante.

Realizada a operação, retira-se o «punch»; e introduz-se um cistoscópio para diatermo-coagular a superficie, a-fim-de evitar a hemorragia.

Esta técnica, usada nas clínicas de Mayo, em Rochester, não é boa. Retirar um instrumento para introduzir outro complica a operação e pode ter sérios inconvenientes.

Daqui resultou a modificação feita ao «punch» por Alfonso de la Peña, pela adaptação dum tubo condutor que permite a passagem de uma sonda diatérmica, de forma a realizar os dois tempos (corte e electro-coagulação) com o mesmo instrumento.

*

Se considerarmos os instrumentos até êste momento descritos pelo que respeita ao engenho, à técnica e à facilidade do seu emprêgo, concluímos que nenhum dêles satisfaz aos fins para que foi fabricado.

Antes de mais nada, seja nos permitido observar que o cirurgião nas operações sôbre o colo, trabalha num campo muito bem irrigado e a maior parte das vezes extremamente séptico.

Daqui resulta que é necessário pedir aos construtores que nos fabriquem instrumentos que satisfaçam a êste duplo fim: evitar a hemorragia e prevenir a infecção.

Com os instrumentos até agora descritos, aliás, na sua maior parte, existentes nos nossos arsenais, não é possível satisfazer com consciência, aos requisitos exigidos por uma boa técnica.

Com o «punch» de Young cortamos sem se ver o campo,

perfeitamente às cegas. Êste defeito foi eliminado no instrumento, aliás muito engenhoso, de Mc. Carthy. Mas não é de aconselhar o emprêgo de instrumentos em que o corte é feito com a pressão exercida sôbre uma lâmina afiada.

É preciso que o operador se lembre de que está trabalhando num campo infectado, e onde existem numerosos vasos que, uma vez seccionados, podem, por um lado, dar entrada a germes na torrente circulatória; e, por outro, originar hemorragias de conseqüências extremamente graves, precisamente porque ao lado, nos limites daquele campo, se encontra uma cavidade.

Tanto isto é verdade que os operadores que usam estes instrumentos se vêm forçados, uma vez feita a operação, a adicionar-lhe um segundo tempo, no qual passam um cistoscópio dentro da bexiga, a-fim-de realizarem uma diatermo-coagulação.

Os inconvenientes dêste segundo tempo são evidentes aos olhos daquêles que têm uma certa prática destas intervenções.

Assim, depois de havermos feito o corte e provocado a hemorragia, é que vamos introduzir na bexiga, um novo instrumento, para realizar a hemostase! Além disso é preciso não esquecermos que a ferida está aberta, e os vasos seccionados vão agora ser traumatizados pelo novo instrumento de que o operador se vai servir!

Possuimos a instrumentação de Caulk, e até com êste distinto urologista mantivemos correspondência sôbre a técnica por êle usada.

No «punch» de Caulk a visão é muito hipotética, pois é feita por uma lente colocada no exterior e iluminada por uma pequena lâmpada eléctrica anexa.

Praticamente, lobra-se apenas ao longe uma imagem confusa, sem nitidez bastante, de forma a permitir orientar o aparelho e localizar, com precisão, o verdadeiro campo de ataque. Mais nada!

Tudo é realizado um pouco ao acaso! Depois, Caulk fazia primitivamente o corte com uma corrente de cautério, guiando a marcha da lâmina pelo som de frigideira, produzido nos tecidos à medida que eram queimados!

Afinal, esta técnica, muito semelhante à de Bottini, devia ter dado surpresas pouco desagradáveis, ao seu autor.

Foi, certamente, por êste motivo que Caulk substituiu a corrente do cautério pela corrente de alta freqüência, quere dizer: a cauterização, pela diatermo-coagulação. É êste o modelo que existe nos nossos arsenais.

Ataca vários campos, simultâneamente, chegando, no seu dizer, a extrair seis fragmentos na mesma sessão.

Este método obedece a um princípio de destruição, que tem todos os inconvenientes e nenhuma vantagem. O seu fim é eliminar os adenomas por completo, mas não permite vigiar as manobras que se vão executando; seguir com a vista a marcha do electrodo; calcular, portanto, a profundidade do terreno cauterizado, ou diatermo-coagulado. Que série de inconvenientes tão graves, verdadeiros desastres a que o emprêgo dêste método pode dar origem!

*

Clyde serve-se dum instrumento muito semelhante ao « pan endoscope » da « American cystoscope makers incorporated » que possuímos, e com o qual corta a barra fibrosa até conseguir um sulco de quinze milímetros de profundidade, apròximadamente. Do veru-montano, diz, deve avistar-se a bexiga no final da intervenção.

Depois do doente operado, aplica uma sonda que deixa permanente durante um ou dois dias. Seguidamente levanta o doente, recomendando tôda a prudência nos cateterismos a realizar, por causa da hemorragia.

Só duas semanas, depois da intervenção, é que sonda novamente o doente, para observar o resíduo e lavar a bexiga com um soluto de acre flavina a 1 por 5000.

Pratica as lavagens uma vez por semana apenas, e por esta forma, diz, evita-se a infecção.

Ordinariamente é necessário esperar sete ou oito semanas para vermos do resultado definitivo da operação.

Com esta técnica a hemorragia é nula no acto operatório e insignificante nos dias seguintes; e tanto é assim que nunca teve de recorrer à cistotomia supra-púbica como meio hemostático.

*

Nas intervenções endoscópicas, sôbre o colo, o instrumento que melhor serve as exigências da técnica operatória é incontestavelmente o « Mc Carthy Foroblique pan endoscope » construído por Wappler (estampa VIII).

É um uretro-cistoscópio de irrigação, composto de um tubo

recto, munido de duas torneiras em uma das extremidades, e terminado na outra em bixel alongado, que pode ser obturado por uma peça metálica fixa à extremidade de uma haste destinada ao seu manejo.

O conjunto é facilmente introduzido na bexiga, permitindo pelas duas torneiras laterais a circulação do líquido, de forma a manter o campo limpo, o que facilita enormemente as manobras.

Na óptica, de excepcional delicadeza e perfeição, articulou o construtor a lâmpada eléctrica. Por esta forma as avarias da luz são facilmente remediadas sem o grande inconveniente de sermos forçados a retirar da bexiga o tubo que lhe serve de bainha. A óptica ajusta-se numa peça metálica munida de um parafuso que a fixa, e passa no orifício dum rodela de metal revestido de *cautechu* para evitar a saída do líquido. Por baixo d'êste orifício existe um outro com igual guarnecimento, onde se coloca um electrodo duro, consistente e curvo na extremidade.

Introduzido o aparelho na bexiga, montado e devidamente armado com os respectivos acessórios, a óptica fica voltada para baixo. Por um pequeno movimento de vaivem conseguimos focar o pavimento do colo e percorrê-lo desde o trígono ao veru-montano.

Anàlogamente, fazendo girar o aparelho à direita e à esquerda focamos as faces laterais, e, finalmente, voltando-o para cima vemos admiravelmente a abóbada.

No momento desejado, e com o campo de ataque bem à vista, não temos mais do que empurrar o electrodo até o atingir, adaptando-o convenientemente e fazendo passar a corrente diatérmica com o pedal.

Como o electrodo é bastante grôso não há perigo da sua extremidade se fundir, mesmo com correntes bastante intensas.

Eis a técnica que hoje empregamos e que melhores resultados nos tem dado: começamos por atacar o colo pelo seu pavimento, ajustando o electrodo à sua vertente posterior ou vesical; em seguida fazemos passar a corrente; observamos as bôlhas que se vão desenvolvendo, e o corte que se vai produzindo. Entretanto, à medida que êste corte se vai profundando, vamos retirando o instrumento, de forma a cavar uma goteira, desde a úvula às vizinhanças do veru-montano. Logo que a ponta do eléctrodo tem atingido os limites desta última região, interrompemos a

corrente, e retiramos um pouco aquela ponta de forma a resguardá-la no interior da baihna. Depois, encravamos novamente o aparelho à procura da extremidade posterior da vertente vesical do pavimento, e recomeçamos a operação.

Com êste movimento de vae-vém, destruimos completamente a saliência angular do pavimento do colo. Feito isto, começamos o ataque à face lateral esquerda, aplicando-lhe a extremidade do eléctrodo, e, com um movimento de rotação conjugado a um pequeno movimento de vae-vem, vamos percorrendo tôda a superficie desta face.

Igual técnica applicamos à face lateral direita, e, finalmente, à abóbada, cuja toque realizamos sempre em último lugar.

Por esta forma, e com esta técnica, conseguimos um verdadeiro ataque circular, de maneira a atingir o colo em tôda a sua circunferência.

A operação demora 15 minutos em média; seguidamente colocamos uma sonda na bexiga que deixamos permanente durante 10 a 20 dias. É de notar que, ao retirarmos o instrumento, os doentes começam a urinar, mesmo aquêles, que estavam anteriormente em retenção completa.

Talvez, seduzidos por êste facto, os urologistas americanos, anunciam que fazem levantar os seus doentes um, dois, três dias depois da operação; mas, simultâneamente, fazem também salientar nas suas estatísticas, entre os accidentes post-operatórios, casos graves de hemorragia! Com a técnica acima descrita, e que hoje empregamos sistemáticamente, não se observam tais accidentes.

Antes de nos fixarmos, porém, nesta técnica, observamos, excepcionalmente, um caso de hemorragia de certa importância, o único, mas êste devido principalmente à imperícia do pessoal de assistência, que não estava ainda convenientemente adestrado nos cuidados post-operatórios a seguir nestes doentes.

Entretanto, não foi preciso talha hipogástrica, applicação de tampões, transfusões de sangue, etc.; a hemorragia cedeu aos meios usuais de hemostase, e o doente levantou-se alguns dias mais tarde, saindo do hospital curado e com zero de residuo.

Com a nossa técnica o perigo de hemorragia não existe e, entretanto, temos operado, por meio dela, algumas dezenas de doentes.

Como é natural, a diatermo-coagulação circular do colo, pro-

voca sempre uma reacção local, de certo vulto, acompanhada de edema, etc.; nem outra coisa é de esperar, pois os cortes feitos são profundos e a região está infectada. De mais, estes doentes têm geralmente o rim tocado, o seu estado geral é mau, e, por isso mesmo, nêles as defesas são mínimas.

É, portanto, de boa tática colocar a região assim ferida tanto quanto possível em repouso, não lhe permitindo qualquer movimento, nem a intervenção em qualquer função, de forma a que as escaras produzidas se eliminem tranqüilamente e a seu tempo.

Assim, as escaras se vão destacando tardiamente, quando por baixo delas já existe uma camada cicatricial perfeita; a hemorragia não aparece; como não há infecção, pois são as próprias escaras que resguardam o campo operado, evitando as invasões bacterianas, absorções sépticas, etc.

A sonda permanente das 48 horas aconselhada por alguns urologistas americanos dá lugar a surpresas muita desagradáveis, uma das quais é a desmoralização do doente, que não podendo, por vezes, urinar, por motivos de reacção local, inerentes à própria intervenção, julga que a operação falhou.

Seguidamente, com os esforços realizados para urinar o operado provoca contracções do detrussor, que são dolorosas, violentas, e, por isso mesmo, determinam o aparecimento da hemorragia. Os coágulos acumulam-se na bexiga, provocam disúria, retenção, etc., um conjunto de fenómenos de uma inconveniência enorme para o doente, e que se evitam, completamente, mantendo a sonda permanente por algum tempo.

Com o emprêgo da nossa técnica o doente permanece na cama durante 10 a 20 dias, findos os quais a sonda é retirada, o doente levanta-se, convida-se a passear, e, duas horas depois, a fazer esforço para urinar. Então êle sente a agradável surpresa de realizar a sua primeira micção com tôda a facilidade, esvaziando completamente a bexiga.

Se em alguns casos se nota a existência de pequenos residuos — 10, 20, 30 c. c., passados alguns dias, êsse mesmo pequeno residuo se extingue.

Com o decorrer do tempo tudo vai melhorando: vão desaparecendo alguns vestígios de reacção local; o detrussor que, em alguns casos, esteve em repouso durante anos (reportamo-nos aos

doentes de sonda permanente (ou de dreno supra-púbico), entra agora em actividade, precisando, embora, é evidente, algum tempo para se refazer, para se habituar, novamente, ao trabalho, para poder cabalmente desempenhar-se da sua função.

Antes de chegarmos a esta técnica fizemos vários ensaios e mesmo, nas observações que hoje publicamos, ela só foi aplicada aos doentes em que se menciona expressamente o emprêgo da anestesia epidural.

Nas primeiras tentativas, a diatermo-coagulação foi feita sempre com prudência, a despeito do que conhecíamos da literatura americana. E assim os doentes eram submetidos a várias sessões leves, feitas com anestesia local e com o modelo Drapier do uretro-cistoscópio Mc. Carthy.

Pouco a pouco fomos organizando o método acima descrito, que hoje propomos e cujo emprêgo nos tem dado magníficos resultados.

*

II— *Via hipogástrica.* Podemos atingir o colo cirurgicamente, utilizando esta via, mas para isso é necessário que a incisão vesical seja bastante ampla, a fim de podermos afastar convenientemente os seus bordos e iluminar a cavidade com projecteur frontal.

Por esta forma, vê-se o colo no fundo, reparado com a sonda uretral, que, no decurso da operação, deve ser conservada no seu logar até êste momento.

Então, o colo é fixado com pinças, e cortado a uma distância de dez a quinze milímetros do bôrdo, com bisturi ordinário ou com um bisturi eléctrico. Pratica-se por esta forma uma incisão circular oblíqua, da qual resulta a excisão do colo.

Feito isto, applica-se uma mecha como tampão, a fim de suspender a hemorragia, e coloca-se um tubo de drenagem supra-púbica, sôbre o qual se fecha a bexiga e os restantes planos muscular, aponevrótico e a pele.

A mecha é levantada 48 horas depois da operação e o dreno supra-púbico é suprimido ao décimo dia e substituído por uma sonda uretral permanente.

Vinte e cinco dias, aproximadamente, após a operação, o doente levanta-se e sai do hospital.

Assim, realizamos nas nossas clínicas algumas destas intervenções.

Entretanto esta operação não é tão benigna como, à primeira vista, pode parecer. Não a podemos considerar, quando encarada sôb êste aspecto, como uma simples talha, que correntemente praticamos no intuito de efectivar uma drenagem supra-púbica.

De facto, para atingirmos o colo, para o podermos colocar ao alcance da vista, temos de praticar amplas incisões e grandes descolamentos, que tornam a intervenção muito mais chocante do que a cistotomia vulgar.

As considerações que acabamos de fazer têm importância, como, mais tarde, veremos, ao discutirmos as indicações operatórias em presença dos exemplares clínicos, e de harmonia com a maior ou menor fragilidade do organismo, ou seja, quando em presença dum caso concreto tivermos de avaliar das suas resistências orgânicas, em face do choque provocado pelo traumatismo cirúrgico.

Entretanto, devemos confessar que esta intervenção corresponde a uma técnica perfeita, com os seus tempos metódicamente estipulados, o que aliás não acontece com o método de dilaceração do colo.

Com efeito, na dilaceração do colo, o operador pratica uma talha restrita: atinge-o com o seu dedo através duma pequena incisão feita na bexiga e sem descolamentos. Não vê o colo, toca-o com o dedo indicador; dilacera-o e arranca fragmentos, perfeitamente às escuras!

Esta operação é brutal e não obedece às regras que devem orientar uma boa técnica cirúrgica.

Contudo, precisamente porque é feita mediante pequenas incisões e sem amplos descolamentos, é menos chocante do que a anterior, sôbre o ponto de vista do traumatismo produzido na via de acesso ao colo. Embora o traumatismo produzido sôbre o próprio colo seja incontestavelmente maior, neste caso, do que no da operação anterior.

É, por isso, que alguns cirurgiões aplicam nesta hipótese a técnica dos dois tempos, usada na adenomectomia (prostatéctomia) transvesical. A operação assim feita obedece, é evidente, às regras gerais que orientam a cirurgia do adenoma do colo (hipertrofia da próstata). As suas indicações ou contra-indicações encontram o seu fundamento no estado geral do doente.

A excisão do colo a bisturi tem de ser feita num só tempo, pois exigindo uma incisão extensa da parede vesical, não pode ser executada num segundo tempo, sob o risco do operador perfurar o peritoneu no decurso da intervenção.

A questão da anestesia é também para ponderar. Podemos, com efeito, realizar uma cistotomia restrita com uma anestesia local, sendo esta técnica, até, a que empregamos correntemente.

Mas não é o caso da cistotomia ampla, que exige a excisão do colo feita a céu aberto e para a qual é indispensável uma anestesia geral por inalação — éter, clorofórmio, ou, o que é melhor, uma raquianestesia.

Entretanto, tenhamos em vista que para esta intervenção deve haver uma calma perfeita das ansas intestinais; de contrário, o operador vê-se seriamente embaraçado na execução dos diversos tempos, podendo até ser surpreendido pela rutura do peritoneu, após uma contracção reflexa e inérgica dos músculos da parede abdominal.

Portanto, se o estado geral do doente é mau, se os seus coeficientes não estão harmónicos, se há lesões importantes nos departamentos superiores do aparelho urinário, se o doente é hepático, se o aparelho circulatório está ferido, se há miocardite, dilatação da aorta, aneurisma, etc., esta operação não pode realizar-se.

A adenomectomia transvesical (prostatéctomia) é uma operação excelente no tratamento dos adenomas do colo.

Os resultados obtidos com o seu emprêgo são admiráveis, não só sob o ponto de vista local, pois que a retenção é suprimida e a micção normalizada, mas também, sob o ponto de vista geral, pois que nestes doentes se dá um perfeito rejuvenescimento. Vêmo-los, com efeito, aparecer nas consultas, magros, depauperados, caquéticos, taciturnos. E vemo-los mais tarde nas clínicas, depois de operados, completamente transformados: começam então a nutrir-se normalmente, desperta-se-lhes o apetite genésico, renasce para a vida física, e o que é mais, para a vida intelectual.

A adenomectomia praticada nestas circunstâncias é uma operação com base verdadeiramente científica pois que, por seu intermédio, restabelecemos o funcionamento dum órgão; praticamos a verdadeira cirurgia fisiológica.

Infelizmente, ela não pode ser sempre empregada, porque

exige ao doente condições gerais de resistência, integridade funcional de sistemas e aparelhos, sem as quais a sua aplicação se torna excessivamente perigosa.

A técnica desta operação, as suas indicações e contra-indicações, o resultado do seu emprêgo — tudo isto foi magistralmente exposto no relatório apresentado ao Congresso de Madrid, em 1928, pelo distinto Cirurgião-Urologista Dr. Benigno Oreja. Nem uma palavra mais temos a acrescentar.

*

III — *Via perineal*. — São raríssimos os casos de intervenção sôbre o colo fibroso por esta via; na Europa, mesmo, que nos conste, nenhum cirurgião a utilizou.

Contrariamente, na operação dos adenomas e durante bastantes anos, a técnica perineal foi de uso corrente. Hoje está muito abandonada. Esta questão fêz igualmente parte do relatório acima citado e onde se encontra admiravelmente exposta.

Anestesia

Nas operações sôbre o colo têm sido empregados todos os processos de anestesia.

Os cirurgiões preferem geralmente os anestésicos com que estão mais habituados, e pelos quais têm maior predilecção. E assim, compulsando os tratados, as memórias, as revistas, vemos a apologia dos diversos métodos anestésicos, defendendo cada qual aquele que emprega, como sendo o mais inofensivo e o melhor.

Vamos referir-nos particularmente à anestesia nas operações endo-uretrais. No começo dêstes estudos, empregávamos a anestesia local feita segundo a técnica conhecida.

1.^o — carga da bexiga com 50 c. c. dum soluto de novocaína a 1 por cento;

2.^o — uma hora depois, substituição daquêle líquido por nova carga;

3.^o — uma hora depois, anestesia da uretra com o mesmo soluto.

E, assim, com esta anestesia, realizamos bastantes operações de diatermo-coagulação do colo com o uretrocistoscópio de Mc Carthy, modelo Drapier.

As sessões, de curta duração e pouco intensas, eram realizadas com eléctrodos flexíveis manejados com a «onglê» do instrumento.

Entretanto, esta anestesia devemos confessá-lo, não dá calma bastante, o sossego completo e indispensável durante as intervenções.

Os doentes contraem-se, queixam-se; suportam a operação pelo grande desejo que têm de se libertar da terrível enfermidade, mas sempre debaixo dum certo sofrimento, mesmo aqueles que não são pusilânimes, os mais corajosos e decididos a suportar a dôr.

*

Caulk, realiza a anestesia nos seus doentes, injectando o soluto directamente no campo, com seringa munida de canula apropriada.

Devemos dizer, que estas infiltrações assim produzidas têm muitos inconvenientes. Foi por isso que os cirurgiões puseram de parte a anestesia local nas operações transvesicais.

Mas, no caso presente, ainda há um outro inconveniente; tais infiltrações perturbam por completo o campo, alteram-no, e se primitivamente, de facto, Caulk alguma coisa pode ver com a sua óptica rudimentar, depois da anestesia, é que nenhuma idea pode fazer da região.

Alguns cirurgiões empregam nestas operações anestesia geral pelo éter, protóxido de azoto, etc.

*

Temos empregado nestes últimos tempos e com perfeito successo, a anestesia epidural segundo a técnica que fixamos, depois de muitos ensaios realizados nas nossas clínicas, e que publicámos nos *Arquivos das Clínicas Cirúrgicas*, em 1928.

Aconselhamos para a anestesia epidural, a dose de 30 centigramas de novocaína como necessária e suficiente, em soluto preparado segundo a fórmula seguinte:

Novocaína.....	0,30 gr.
Sulfato de potássio.....	0,20 gr.
Sôro fisiológico.....	35 c. c.
Soluto de adrenalina a 1. ^o %.....	7 gôtas

Êste soluto é injectado no espaço epidural, muito lentamente,

sendo os últimos centímetros cúbicos aplicados enquanto retiramos a agulha (1).

Duma maneira geral, esta anestesia pode ser levada a efeito sem perigo, seja qual for o estado geral dos doentes. Temo-la empregado em doentes afectados das mais graves perturbações funcionais, quer nos domínios do aparelho urinário — casos de entoxicação profunda, pionefrose, pielonefrite, etc.; quer nos domínios do aparelho circulatório — casos de miocardite, insuficiência valvular, dilatações da aorta, aortites, aneurismas, etc.; e em nenhum destes doentes observamos complicação alguma resultante deste método de anestesia, que por esta forma, reputamos perfeitamente inofensiva.

Além disso na diatermo-coagulação por via endo-uretral, a anestesia é perfeita, o doente não sente absolutamente nada ao actuarmos no pavimento do colo sobre as suas faces laterais, e apenas um ou outro doente, mas muito raramente, acusa um ligeiro resentimento quando lhe tocamos na abóbada.

X — Estatísticas

Para bem se poder apreciar o valor dum método terapêutico, há só um meio científico e racional de o conseguir: estudar serena e imparcialmente nas estatísticas os resultados da sua aplicação.

É o que vamos fazer, limitando o nosso estudo aos métodos de tratamento por via endo-uretral; no que respeita a outras vias de acesso somente consideraremos os casos com diagnóstico de colo fibroso.

Examinaremos successivamente as estatísticas de Clyde. Bumpus, Caulk e finalmente a nossa.

(1) Na preparação deste soluto deve haver cuidados especiais:

O sulfato de sódio, quimicamente puro deve ser dissolvido em soro fisiológico esterilizado e o soluto assim obtido de novo passado no autoclave a 110°; só depois é que se junta a novocaína, esterilizando o soluto mais uma vez, a vapor fluente, durante meia hora. A adrenalina é adicionada apenas na ocasião do emprêgo. Depois das duas esterilizações successivas obtém-se um volume líquido inferior a 35 cc., pois parte perde-se por evaporação; entretanto, o que fica, contém exactamente os 30 egs. de novocaína.

E na América que se encontra o maior número de doentes operados de afecções do colo por via endo-uretral.

Num inquérito feito por Clyde em 1930 aos membros da «American Urological Association» apurou-se o seguinte:

Durante os últimos cinco anos 44 urologistas fizeram 889 operações em doentes com barra fibrosa.

111 operações foram realizadas em doentes portadores de cicatrizes provenientes da prostatectomia.

161 operações foram realizadas em doentes com barra de natureza carcinomatosa.

19 urologistas preferiram a incisão eléctrica.

5 urologistas preferiram o «punch» Young.

4 urologistas preferiram o «punch» Caulk.

1 urologista preferiu o «punch» Braasch.

1 urologista preferiu o «punch» Geraghty.

1 urologista preferiu o «punch» Rose.

1 urologista preferiu a via transvesical com cautério.

7 urologistas preferiram a via transvesical com bisturi.

2 urologistas preferiram a via transvesical com «punch» Young.

2 urologistas preferiram a via perineal com excisão.

Dêste inquérito Clyde conclue:

1.º — que na aplicação destes métodos é necessário antes de tudo seleccionar os doentes;

2.º — que os métodos endoscópicos encontram indicações;

a) na barra fibrosa;

b) na cicatriz da prostatectomia;

c) na barra carcinomatosa do carcinoma da próstata.

3.º — que a operação se faz sem hemorragia e sob o controle de vista;

4.º — que se pode empregar nos maus casos porque não há perigo de complicações graves post-operatórias;

5.º — que o doente permanece no hospital somente alguns dias;

6.º — que nos casos de adenoma vulgar com bom estado geral do doente, é preferível a adenomectomia transvesical.

Sob o ponto de vista funcional e em 25 doentes operados, Clyde obteve os seguintes resultados:

17 esvaziaram completamente a bexiga;

1 ficou com 10 cc. de residuo. Anteriormente retinha 90 cc.;

1 ficou com 20 cc. de residuo. Anteriormente retinha 450 cc.;

1 ficou com 75 cc. de resíduo. Anteriormente retinha 490 cc. Clyde observou com o uretroscópio um dos seus primeiros doentes operados, há 7 anos, e verificou que o sulco feito no colo estava tão aberto como no dia da operação.

Operou dois doentes por lobos laterais. Eram velhos com diabetes, miocardites e em que estava contra-indicada a adenomectomia. Com a operação conseguiram apenas um certo alívio.

Numa comunicação ao Congresso da Associação Francesa de Urologia que teve lugar em Paris, em Outubro de 1931, Clyde apresentou os seguintes resultados sob o ponto de vista funcional:

- Em 65 doentes o resíduo era nulo;
- Em 3 doentes o resíduo era de alguns centímetros cúbicos;
- Em 3 doentes o resíduo era de 15 cc.;
- Em 2 doentes o resíduo era de 20 cc.;
- Em 3 doentes o resíduo era de 30 cc.;
- Em 1 doente era de 45 cc.

54 destes doentes tiveram alta 24 horas depois da operação.

6 destes doentes tiveram alta 48 horas depois da operação;

8 destes doentes tiveram alta 72 horas depois da operação;

5 destes doentes tiveram alta 5 dias depois da operação;

5 destes doentes tiveram alta 7 dias depois da operação;

1 nove dias depois da operação;

1 catorze dias depois da operação.

Em 80 doentes operados houve três casos de epidimite.

Não se registam casos de morte imediata post-operatória.

Chute, de Boston, critica a técnica de Caulk preferindo a de Clyde por permitir a operação sobre o «controle» da vista.

Papas, de Boston, empregou o instrumento de Clyde em 33 casos assim distribuídos:

- 17 barras médias;
- 7 lobos médios;
- 5 barras carcinomatosas;
- 2 barras fibrosas resultantes da prostatectomia;
- 2 lobos laterais.

O mais novo destes doentes tinha 13 anos e o mais velho 92 anos.

Tinham de resíduo quantidades variáveis desde 13 onças à retenção completa.

Como resultados obtidos, todos melhoram excepto o doente portador do lobo lateral.

Os resíduos dêstes doentes foram verificados e Papas não recebe a reconstrução das barras seccionadas com esta técnica.

É de opinião que o método tem as suas indicações, mas não pode ser apresentado no intuito de substituir a adenomectomia em todos os casos.

Pensa mesmo que devemos limitar a sua aplicação às barras médias, lobos médios e barras carcionomatosas.

Não deve utilizar-se nos doentes em que existam lobos laterais.

Nas clínicas de Mayo (Rochester), Bumpus em 186 casos que operou com o aparelho de Caulk, dois morreram-lhe de abscessos periprostáticos e um de perfuração da bexiga.

Em 168 casos operados por Bumpus e A. Peña com o instrumento de Braasch registam-se os resultados seguintes:

3 doentes tiveram de sofrer uma prostatectomia secundária; 63 % curaram completamente;

25 % melhoraram;

13 % não obtiveram resultado com o tratamento;

4 doentes tiveram hemorragia secundária violenta, resolvida com electro-coagulação;

1 doente teve hemorragia secundária violenta que exigiu transfusão de sangue;

3 doentes tiveram hemorragia secundária violenta que exigiu talha hipogástrica.

Em Espanha, Alfonso de la Peña depois do seu regresso da América, onde esteve nos serviços de Urologia da Clínica de Mayo, operou em Madrid 7 doentes com o «punch», de Braasch com magníficos resultados sob o ponto de vista funcional.

Caulk, em 510 operados pelo seu método não teve um só caso de morte devido à operação. De Maio de 1927 a Maio de 1929 fêz 1110 operações em 89 doentes.

35 dêstes doentes tiveram de sofrer várias intervenções; e 54 sofreram uma só operação.

Analisando o modo como decorreram as operações suplementares verifica-se o seguinte:

5 doentes necessitaram de 5 intervenções;

4 doentes necessitaram de 4 intervenções;

4 doentes necessitaram de 3 intervenções;

A maioria dos casos em que se praticaram sessões repetidas o tratamento foi concluído em dois meses.

Na estatística dêstes dois anos, que estamos analisando, 69 doentes tinham mostrado próstata volumosa ao exame rectal (77%), com grandes lobos laterais e grande residuo, tudo, enfim, aquilo que indicava a próstatectomia transvesical e, entretanto, curaram completamente com o «punch».

Caulk há 10 anos que emprega o seu método e conclui dizendo, que êle deve ser utilizado na maior parte dos casos de hipertrofia e câncer da próstata, mesmo em doentes com grandes lobos, prostatas adenomatosas, pretendendo por esta forma pôr completamente de lado as operações sangrentas transvesicais.

*

Por último vejamos o que se tem passado nas nossas clínicas.

A estatística que apresentamos compreende cêrca de 50 operados por diversos métodos.

Eis os resultados obtidos:

Mortalidade — zero;

Complicações post-operatórias — nenhuma;

Dinâmica vesical post-operatória — perfeita; os doentes abandonaram as clínicas quási todos com zero de residuo, ou com resíduos oscilando à volta de 15 c. c.

Hemorragias post-operatórias — com o «punch» Mc Carthy os doentes perdem algum sangue, mas no caso que observamos, tudo se deteve com relativa facilidade;

Com a diatermocoagulação a hemorragia é nula, desde que se mantenham os doentes em repouso e com sonda permanente, durante um praso oscilando entre 10 e 20 dias, conforme as condições locais e a intensidade da intervenção.

Operamos indivíduos, com colo em barra, que sofriam desde a infância e que nos procuraram com resíduos de 400 a 1.000 c. c., e todos saíram das nossas clínicas a esvasiar completamente a bexiga.

Alguns eram portadores de pequenos divertículos que se atenuaram ou mesmo desapareceram dos films radiográficos depois da operação; em outros havia refluxo vesico-renal que por igual forma se extinguiu; e, finalmente, um doente que durante a micção sentia a urina correr ao longo da região lombar, saindo por um trajecto fistuloso, assistiu à cura definitiva de tão terrível enfermidade.

Operamos com sucesso retencionistas em que havia adenomas do pavimento ou das faces laterais do colo (lobo médio, lobo laterais): estes doentes saíram das clínicas com resíduos insignificantes, ou mesmo com resíduo zero.

Quási todos os doentes desta categoria eram velhos urinários a quem as condições gerais contra-indicavam a adenomectomia transvesical. Em alguns, poucos, esta intervenção podia ter sido tentada, porque os seus coeficientes estavam dentro dos limites de operabilidade; entretanto, quizemos por êste meio verificar se ainda nesta hipótese, a diatermocoagulação por via endo-uretral resolvia também o problema. E de facto os resultados, como aliás ressalta das observações publicadas, foram inteiramente satisfatórios.

Entendemos portanto, que o conceito expresso por alguns urologistas americanos de que a diatermocoagulação endoscópica não dá resultado nos casos de adenoma do colo (lobos laterais) não é exacto, pois temos muitos operados nestas condições, que saíram das nossas clínicas, esvaziando completamente a bexiga.

XI — Conclusões

No tratamento das afecções do colo temos a considerar, em primeiro lugar, os estados patológicos resultantes de antigos processos inflamatórios, os colos fibrosos, os pequenos neoplasmas macroscopicamente revelados pelo exame uretrrocistoscópico, ou microscòpicamente constatados pelo exame histológico, as mal formações congénitas, enfim, êste conjunto de afecções que constitui aquele grupo de retencionista a que Albarran chamava *prostatícos sem próstata*.

¿ Como tratar estes doentes ?

Praticar a excisão do colo por via transvesical, operação sangrenta empregada em França por Marion, Legueu e outros, ou, pelo contrário, utilizar a via endo-uretral, para destruir, por intermédio duma corrente de alta frequência, as barras fibrosas os pequenos adenomas sub-mucosas, etc. ?

Não há dúvida que a via endo-uretral é aplicável a todos os doentes, seja qual fôr o seu estado geral, não tem contra-indicações, não tem barreiras que lhe limitem o emprêgo. E, sob o

ponto de vista funcional, os resultados das estatísticas são perfeitos: a retenção desaparece, como também desaparece o refluxo; os doentes esvaziam, completamente, a bexiga; o seu estado geral modifica-se; os doentes curam-se.

Pela via transvesical, e praticando a excisão do colo, os resultados obtidos satisfazem sob o ponto de vista funcional, como também, igualmente, são benéficos, pelo que respeita às modificações que se operam nos diversos departamentos orgânicos duma maneira geral, e produzidos por esta enfermidade.

Mas, enquanto que a intervenção endo-uretral não tem limites no seu emprêgo, não tem contra-indicações que empeçam a sua aplicação, a intervenção transvesical com o colo à vista, no género a única admissível, carece dum estado geral compatível com os fenómenos de choque que fatalmente desencadeia no organismo do operado.

Em doentes dotados de condições sólidas de resistência poderá empregar-se a via hipogástrica; mas em tôdas as hipóteses a técnica diatérmica por via uretral fica sendo o método preferível, o método de eleição.

*

Quanto aos doentes portadores de adenomas do colo (prostáticos), retencionistas que reclamam a nossa intervenção, — se as suas condições gerais são compatíveis com a adenomectomia transvesical, é esta a intervenção que aconselhamos.

Mas dentre os retencionistas de causa adenomatosa que passam pelos nossos serviços, aproximadamente 50% estão fora dos limites de operabilidade, não podendo, portanto, beneficiar desta intervenção.

Compulsando as nossas estatísticas, vemos que nestes últimos tempos, passaram pelas nossas clínicas cêrca de 500 retencionistas e dentre estes só 152 se encontraram em condições de sofrer a operação de adenomectomia transvesical (prostatectomia).

Para aqueles doentes, perguntamos, em que os rigores do choque exigem condições gerais que êles não têm, poderão ou não ser empregados os métodos endoscópicos de tratamento, extremamente benignos e que, portanto, não têm a limitar-lhes as indicações, barreiras tão apertadas? Julgamos que sim; que a diatermocoagulação por via endoscópica se encontra bem indicada

em tais doentes, condenados a passar a vida inteira escravizados à sonda uretral, ou ao tubo de drenagem supra-púbica.

Nesta orientação, e aplicando esta técnica, conseguimos dar alívio a doentes reputados incuráveis, e que por esta forma tem hoje equilibrada a dinâmica da sua bexiga, aliás por tantos anos perturbada.

XII — Observações

I — Colo em barra

Doente n.º 5.240 U. h.

João Augusto Ferrão, 30 anos, empregado de escritório;

Entrou em 5 de Novembro de 1931.

Diagnóstico : — Colo vesical em barra retensão completa ; ; refluxo vesico-renal esquerdo ; fistula reno-cutânea esquerda.

Tratamento : — electro-coagulação por via endo-uretral.

Resultado : — curado.

A. H. — pai saudável. A mãe faleceu há 11 anos, com qualquer processo inflamatório do nariz e garganta. Tem três irmãos saudáveis.

A. P. — tem estado por várias vezes em África, num total de 15 anos. Teve uma blenorragia em 1920 e câncros moles em 1928.

H. P. — desde os 20 anos, pelo menos, que nota uma acentuada dificuldade em urinar : jacto delgado e micção bastante demorada.

Em 1925 teve pela primeira vez uma violenta dor no rim esquerdo, com arrepios e febre elevada. Essa crise, nesse momento atribuída a qualquer afecção esplênica, demorou perto de três meses, estando o doente todo esse tempo de cama, com febre e dores na região renal, e com polaquíuria intensa.

Passada a crise, continuou a ter dificuldade em urinar, exigindo a micção grande esforço e bastante tempo.

Tinha diárrias dores na região renal esquerda e na região vesical, que só aliviavam um pouco com banhos de assento muito quentes.

Foi com esta sintomatologia que o doente deu entrada nesta clínica em 13 de Dezembro de 1929 (n.º 417 Q).

Por essa ocasião fêz-se o estudo histo-bacteriológico das urinas dos dois rins e duas cistografias.

Os resultados foram os seguintes :

2-1-930.

Cateterismo do rim esquerdo. Sonda vesical a colher urina do rim direito.

Rim direito — Pequena quantidade de pus, alguns glóbulos vermelhos, células redondas, raríssimos bacilos negativos ao Gram.

Ureia — 9^{gr},71 ⁰/100.

Albumina — 1^{gr},5 ⁰/100.

Rim esquerdo (cateterizado) — Pequena quantidade de pus, raríssimos glóbulos vermelhos.

Células redondas, raros diplococcus positivos e raros bacilos negativos ao Gram.

Ureia — 11^{gr},42 ‰.

Albumina — 0^{gr},10 ‰.

23-1-930.

Cateterismo do rim direito.

Bastante pus, raros glóbulos vermelhos, células redondas, muitos estafilococcus.

Ureia — 2^{gr},89 ‰.

Albumina — 0^{gr},20 ‰.

Cistografias.

Radiografia n.º 430 — A bexiga foi injectada com soluto de colargol, e fizeram-se duas radiografias uma de frente e outra de perfil.

A radiografia de frente mostra a bexiga de contornos irregulares em toda a sua periferia, vendo-se à esquerda o uréter impregnado com soluto de colargol, muito dilatado e demonstrando portanto a existência de refluxo deste lado.

A radiografia de perfil mostra a bexiga alongada no sentido antero-posterior, de forma oval, com as mesmas irregularidades nos contornos; vendo-se da mesma forma o uréter esquerdo cheio de substância opaca e muito dilatado.

O doente teve alta em 1 de Março de 1930, com o *diagnóstico* de: *refluxo vesico-renal.*

Em Junho do mesmo ano foi mais uma vez para a África, e em Março de 1931 teve uma nova crise renal, em tudo semelhante à de 1925, mas com a formação dum volumoso flegmão peri-renal esquerdo, que ao fim de 15 dias foi incisado, dando saída a grande quantidade de pus e cicatrizando depois em 25 dias.

A seguir teve uma biliosa de que foi tratado no Hospital de Luanda.

Após esta doença appareceu-lhe novo flegmão peri-renal no mesmo ponto do anterior, sendo operado ao fim de três dias. Desta 2.ª operação ficou um tracto fistuloso que não mais cicatrizou.

E. A. — Nota-se na região renal esquerda a incisão da cicatriz operatória; na sua parte média há um pequeno orifício, que supura ligeiramente.

O doente tem dificuldade em urinar, só o conseguindo à custa de grandes esforços. Durante êles, nota-se que, pelo orifício referido sai a urina em grande quantidade, por vezes quasi em jacto.

Depois de urinar, reconhece-se que no globo vesical fica um residuo de 500^{cc}.

Calibre da uretra — 25.

Prostata — normal ao toque.

7-11-931. — *Análise sumária da urina* — contém albumina e pus. De resto, nada mais existe de anormal.

7-11-931. — *Reacção de Wassermann* — negativa.

12-11-931. — *Urina* colhida septicamente da bexiga — contém pus, estreptococcus e coccus positivos ao Gram.

12-11-931. — *Urina do rim direito* — contém pus, estreptococcus e coccus positivos ao Gram.

Ureia — 5^{gr},13 ⁰/100.

12-11-931. — *Urina do rim esquerdo* — contém pus, estreptococcus e coccus positivos ao Gram.

Ureia — 7^{gr},29 ⁰/100.

27-11-931 — *Prova da Fenol-sulfono-ftaleina*
(injecção intra-muscular de 6 mgr.)

1.^a hora — V = 110^{cc} F. S. F. = 0^{gr},001

2.^a hora — V = 85^{cc} F. S. F. = 0^{gr},0011

Total = 0^{gr},0021 (eliminação fraca).

29-11-931

Poliúria de Albarran

1. ^a 1/2 hora	30 ^{cc}
2. ^a 1/2 hora	50
3. ^a 1/2 hora	70
4. ^a 1/2 hora	90
5. ^a 1/2 hora	70
6. ^a 1/2 hora	55
Total	365 ^{cc}

4-12-931

<i>Coefficiente de Ambard</i>	}	Ur — 0,98	K — 0,22
		C — 8,4	
		D — 16,12	
		H — 1920	

Com o intuito de modificar estes coeficientes, o doente foi submetido, durante vinte dias, a um rigoroso regimen diurético e dietético. Ao fim dêsse tempo fizeram-se novas determinações.

29-12-931.

Tensões arteriais

Mx.	14
Mn.	8,5
P.	5,5
I.	4

30-12-931

<i>Coefficiente de Ambard</i>	}	Ur — 0,49	K — 0,21
		C — 3,92	
		D — 11,7	
		H — 3000	

5-1-932 — *Prova da fenol-sulfona ftaleína*
(injecção intra-muscular de 6 mgr.).

1.^a hora — V — 110^{cc} F. S. F. — 0,0017

2.^a hora — V — 100^{cc} F. S. F. — 0^{gr},0011

Total — 0^{gr},0028 (eliminação fraca).

6-1-932

Poliúria de Albarran

1.^a 1/2 hora 50^{cc}

2.^a 1/2 hora 60

3.^a 1/2 hora 100

4.^a 1/2 hora 130

5.^a 1/2 hora 120

6.^a 1/2 hora 80

Total. 540^{cc}

5-12-931

Cistografias

Fêz-se a êste doente uma série de cistografias, com a bexiga carregada de soluto de iodeto de sódio a 15 0/0. (Radiografias n.º 5406 Estampa XIII e XIV).

Nelas se vê nitidamente as irregularidades dos contornos do globo vesical e o refluxo vesico-renal esquerdo tão completo que o bacinete e os cálices estão perfeitamente desenhados.

Depois da entrada na clínica foram medidos os resíduos diariamente, obtendo-se os seguintes resultados:

Datas	Resíduo
6-11	600 ^{cc}
7	500
8	500
9	400
10	retenção completa.

Desde êste dia, a retenção completa manteve-se, conservando-se o doente com sonda permanente.

16-11-931 — *Exame uretro-cistoscópico* (Young)

Nota-se na bexiga a existência de muitas colunas e lesões de cistite crónica. O colo está deformado pela presença duma barra mediana e formações fibrosas nas faces laterais e na abóbada.

13-1-932 — *Sessão de electro-coagulação*. Pan-endoscope Mc.-Carthy.
Anestesia epidural (0^{gr},30 de novocaína) — *Óptima anestesia*.

Fêz-se a destruição da barra, ataque às faces laterais e finalmente à abóbada.

Não houve a mais pequena complicação post-operatória, nem febre, nem hemorragia.

Sonda permanente durante 20 dias.

Resíduo post-operatório = 5^{cc}.

Safu em 11 de Fevereiro de 1932.

Observei este doente em 22 de Março de 1932.

Não urinava há 4 horas; urinou na minha presença 320^{cc} com um jacto grosso e de grande amplitude; sondado em seguida, acusava um resíduo zero:

Fístula reno-cutânea sempre fechada — nem mais uma gota de urina por via lombar.

Tem gosado óptima saúde depois da operação.

Este doente era inoperável por via transvesical, porquanto o coeficiente d'Ambard era de 0,22 e más as provas da poliúria e da fenol-sulfono-ftaleína. Foi operado por via endo-uretral, e as seqüências operatórias seguiram sem o menor incidente.

O resultado desta intervenção foi brilhante, como se vê pelo exame das estampas XIII e XIV.

Estampa XIII. — Antes da operação.

A) Bexiga em carga mostrando contornos irregulares e a existência de refluxo vesico-renal à esquerda: veem-se, o uréter, bacinete e cálices muito dilatados.

B) Bexiga depois da micção, mostrando um resíduo enorme — 600 cc. e o uréter empregnado de substância opaca — refluxo permanente.

Estampa XIV — Depois da operação.

A) Bexiga em carga — contornos muito mais regulares. Desapareceu o refluxo vesico-renal.

B) Bexiga depois da micção — 10 cc. de resíduo.

II — Colo em barra

Doente n.º 5140 U. h. e 9207 Cons.

M. A., 30 anos, marítimo.

Entrou em 1 de Junho de 1931.

Diagnóstico — colo vesical em barra; retensão completa.

Tratamento — diatermó-coagulação por via endo-uretral.

Resultado — curado.

A. H. — Pai falecido (tuberculoso?); mãe viva sofrendo do estômago. Cinco irmãos saudáveis.

A. P. — Nada de notável; nunca teve doenças venéreas nem sífilíticas.

H. P. — Desde muito novo que notava uma certa dificuldade em urinar. Para executar a micção, era-lhe necessário empregar um esforço considerável e a-pesar-disso o jacto de urina era delgado e de pouco alcance.

Notava que, mudando de posição, urinava por vezes mais facilmente; assim, umas vezes só urinava em pé, outras tinha para isso de se acocorar.

Há cêrea de 3 anos, a dificuldade em urinar foi-se acentuando cada vez mais, começando finalmente a perder involuntariamente a urina, duma maneira contínua e permanente.

E. A. — O doente apresenta-se incontinente, perdendo a urina gota a gota pelo meato urinário.

O globo vesical encontra-se distendido, atingindo quasi a cicatriz umbilical. Resíduo 900^{cc} a 1:200 c. c.

Retenção completa; não urina uma gota.

Há muito tempo que se cateteriza duas vezes por dia.

Vive escravizado à sonda que o acompanha sempre. É marinheiro e vai todos os anos à Terra Nova à pesca do bacalhau. Aí, como em tôda a parte, extrai as urinas mesmo a bordo do pequeno bote onde trabalha.

Próstata: — normal ao toque.

Calibre de uretra — explorador olivar n.º 20 passa livremente.

Exame cistoscópico. — Mostra a bexiga com numerosas células e colunas e com um orificio diverticular.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy modelo Drapier).

Mostra a existência duma barra transversal, deformando o colo vesical. É o caso clássico do colo em barra.

7-6-931 — 1.ª *Sessão de diatermo-coagulação* (Mc-Carthy modelo Drapier).

Ataque circular do colo — sessão ligeira, pouco violenta.

Depois dêste tratamento, manteve-se a sonda permanente 9 dias.

Em 17 de Junho levantou-se a sonda.

Nos dias immediatos mediu-se o resíduo, obtendo-se os seguintes valores :

Dias	Resíduo
18	65 ^{cc}
19	260
20	25
21	45
22	70
23	110
24	15
25	20
26	50
27	70
28	10
29	30
30	15

30-6-931 — 2.ª *Sessão de diatermo-coagulação* (Mc. Carthy modelo Drapier).

Ataque circular do colo; sessão mais profunda.

Sonda permanente durante 8 dias.

Levantou-se a sonda em 8 de Julho.

9-7. — resíduo — 5^{cc}.

Neste doente foi empregado o método primitivo de tratamento: sessões ligeiras e repetidas, feitas com o uretro-cistoscópio Mc. Carthy, modelo Drapier. Anestesia local.

A primeira sessão beneficiou muito o doente.

Ele que não urinava uma gota — passou a despejar a bexiga incompletamente, pois deixava um resíduo variável — mas ainda numa certa importância.

Depois da segunda sessão, mais intensa, o resultado funcional foi perfeito — resíduo 5 c. c., praticamente nulo.

Há pouco tempo tive notícias deste doente: tem passado muito bem.

III — Adenoma do colo

Doente n.º 594 Q, e 8725 Cons.

João Maria Pacheco, proprietário.

Entrou a 3 de Março de 1931.

Diagnóstico. — Adenoma da face lateral esquerda do colo vesical.

Tratamento: — diatermo-coagulação por via endo-uretral.

Resultado: — curado.

A. H. — Pai saudável, morreu com um «ataque» em idade avançada. A mãe morreu com 63 anos, de febre perniciosa.

Casado, sem filhos.

A. P. — Sempre saudável. Sem antecedentes venéreos.

H. P. — Há aproximadamente 2 anos começou a notar que tinha uma certa dificuldade em urinar, necessitando para isso de empregar um grande esforço e sendo o jacto de curto alcance.

A pouco e pouco essa dificuldade foi-se acentuando até que, há cerca de 11 meses, depois dum passeio de camionete e a cavalo, teve a primeira crise de retenção completa.

Depois disso nunca conseguiu expulsar mais do que algumas gotas de urina, com extrema dificuldade. Nunca mais voltou a urinar espontaneamente, vendo-se obrigado a realizar o cateterismo de 6 em 6 horas.

E. A. — Entrou em retenção completa.

Calibre da uretra — 20.

Próstata — normal ao toque.

Exame neurológico — negativo (Dr. Correia de Oliveira).

Exame cistoscópico — bexiga com bastantes colunas; não se observa resíduo prostático.

Exame uretoscópico — (Mc. Carthy modelo Drapier) observa-se a existência dum tumor na *face lateral esquerda do colo*, um pouco para além do veru-montano.

É este tumor que provoca a oclusão cervical.

5 de Março de 1931, 1.ª sessão de diatermo-coagulação.

20 de Março de 1931, 2.ª sessão de diatermo-coagulação.

8 de Abril, 3.ª sessão de diatermo-coagulação (mais violenta que as anteriores). Fêz-se também diatermo-coagulação sobre o pavimento.

1 de Maio de 1931, 4.ª sessão de diatermo-coagulação.

Atacou-se a abóbada e pavimento do colo que estava um pouco levantado.

Atacou-se também levemente a região em que o tumor existia mas que agora se não via.

Saiu com resíduo = 0, em 14 de Maio de 1931.

Neste doente o método de tratamento seguido foi o primitivo: sessões

jeves e repetidas feitas com o Mc-Carthy, modelo Drapier, electrodo flexivel. Anestesia local.

Com êste método chegamos a um resultado funcional perfeito.

Êste doente em Junho corrente passa admiravelmente: nunca mais teve crises de retenção e o residuo continua sendo zero.

IV — Adenomas do colo

Doente n.º 5303 U. h.

Joaquim Alves, 72 anos, trabalhador.

Entrou em 28 de Dezembro de 1931.

Diagnostico: — adenomas do colo vesical.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — curado.

Observação — doente inoperável por via transvesical por ter uma accentuada dilatação da aorta.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Idem. Não existem antecedentes venéreos ou sífilíticos.

H. P. — Há um ano que nota polaquiuria noturna, dificuldade em urinar e jacto fino e de pouco alcance.

Há 24 horas teve a primeira crise de retensão.

E. A. — Retensão aguda.

Comprimento da uretra: — 20^{cm}.

Prostata: — volume aumentado, adenomatosa, muito alta, não se limita em cima, limita-se em baixo e dos lados, sente-se por palpação e toque combinados.

— Bom caso, sob o ponto de vista local para adenomectomia transvesical.

Análise sumária da urina — tudo normal.

Reacção de Wassermann — negativa.

Tensões arteriais.

Mx	20
Mn	8,5
p	11,5
l	8

Radiografia — n.º 5602.

Radiografia do torax, feita de pé, com iluminação posterior, a 2^m de distância: mostra a sombra cardíaca aumentada de volume, por dilatação do ventrículo esquerdo, que está deitado sobre o diafragma. O pedículo vascular está muito aumentado de volume, principalmente no sentido transversal, notando-se uma dilatação da aorta ascendente e uma dilatação aneurismal da descendente; a crossa da aorta mostra igualmente uma dilatação apreciável. A aorta ascendente está também alongada, medindo 10^{cm}.

Todos os diâmetros cardíacos se encontram aumentados, medindo já a flecha do ventrículo esquerdo 1^{cm},5.

Em face dêste exame e do valor de p, deliberou-se não operar o doente.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 17 de Janeiro de 1932.

17-1	— Resíduo.	200 ^{cc}
18	»	150 ^{cc}
19	»	180 ^{cc}
20	»	210 ^{cc}

Sonda permanente de novo, em 21.

Exame uretro-cistoscópico (Young) 29-1-932.

Notou-se a existência duma barra e de dois adenomas laterais, sendo o direito mais desenvolvido.

Sessão de diatermo-coagulação (McCarthy) em 31-1-932.

Ataque ao lobo lateral direito e à barra.

Seqüências operatórias normais: nem hemorragia, nem temperatura.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 20 de Fevereiro.

Saíu em 27 de Fevereiro com resíduo = zero.

V — Colo em barra

Doente n.º 9169 Cons.

J. T. da S., 49 anos, casado (Vila Nova de Gaia).

Diagnóstico: — Colo vesical em barra.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Teve duas pneumonias.

Sofre de prisão de ventre. Teve câncros moles.

H. P. — Há 10 para 12 anos, notou modificações no jacto urinário. Começou primeiro por observar alteração na grossura do jacto que se ia tornando cada vez mais delgado, e ao mesmo tempo cada vez menos amplo. Por fim urinava quasi verticalmente, caindo a urina rente aos seus pés. Nunca teve crise de retenção, mas para urinar tinha de empregar um grande esforço.

O começo da micção demorava alguns minutos e depois seguia muito lentamente.

Uretra — calibre — 20 livre, em todo o percurso.

Prostata — normal ao toque.

Reacção de Wassermann — negativa.

12-5 — *Exame uretrocistoscópico* (McCarthy modelo Drapier).

Nota-se a existência duma barra alta e proeminente, deformando o colo.

12-5 — 1.ª sessão de diatermo-coagulação. (McCarthy modelo Drapier).

Ataque à barra na linha média e um pouco aos lados.

Depois da 1.ª sessão ficou a urinar bem.

11-6 — 2.^a sessão de diatermo-coagulação. (Mc-Carthy modelo Drapier).
— ataque à barra e um pouco ao lado direito e abóbada.
Safu curado. Resultado funcional — perfeito.
Tive notícias dêste doente em Junho corrente. Tem passado sempre muito bem.

VI — Adenomas do colo

Doente n.º 5023 U. h.

Bento Correia, 65 anos, trabalhador.

Entrou em 27 de Dezembro de 1930.

Diagnóstico: — adenomas do colo vesical.

Tratamento: — diatermo-coagulação por via endo-uretral.

Resultado: — curado.

Observação: — doente inoperável por via transvesical, por ser portador dum aneurisma da aorta.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Viuvo, 6 filhos saudáveis. Nunca teve doenças venéreas ou sífilíticas.

H. P. — Polaquiúria e dificuldade em urinar há 3 anos, que se acentuavam quando fazia excessos de mesa.

Há 24 horas que está em retensão aguda, o que lhe sucede pela primeira vez.

E. A. — Retensão aguda.

Comprimento da uretra — 19^{cm}.

Próstata — aumentada, adenomatosa, limita-se por todos os lados, móvel, sente-se por palpação e toque.

— Bom caso para prostatectomia, se o estado geral o permitisse.

Análise sumária da urina — normal.

Reacção de Wassermann — negativa.

Tensões arteriais:

Mx.	18,5
Mn.	9,5
p.	9
I.	5,5

Exame radiográfico do coração e grossos vasos.

Radiografia n.º 3488.

Mostra a sombra cardíaca um pouco volumosa, principalmente à custa da hipertrofia do ventrículo esquerdo. O diâmetro oblíquo do coração está aumentado. A sombra do pedículo vascular está alargada no sentido transversal, notando-se uma certa dilatação da aorta ascendente.

Há uma pronunciada dilatação da crossa da aorta, vendo-se através da sombra cardíaca *uma dilatação aneurismal da aorta descendente*.

Em face do valor de *p* e desta radiografia foi resolvido não operar o doente, mantendo-se a sonda permanente até 30 de Janeiro.

A partir desta data, mediu-se o valor do resíduo : (1)

Datas	Resíduos
30-1	50 ^{ec}
31	180
1-2	125
2	90
3	120
4	150
5	140
6	190

Sonda permanente até 15 de Fevereiro.

Datas	Resíduos
15-2	35 ^{ec}
16	65
18	200
19	86
20	30
21	30
22	30
23	60

Sonda permanente até 13 de Março.

Datas	Resíduos
13-3	20 ^{ec}
14	40
15	40
16	20
17	20
18	46
19	40
20	35
21	40
22	20
23	10
24	10
25	20

(1) Apresentamos neste caso clínico a técnica seguida na apreciação do valor do resíduo antes da intervenção. De resto, a mesma técnica é aplicada a todos os casos: Só operamos depois de demonstrada a fixidez do resíduo, ou a recidiva das crises de retenção.

Datas	Resíduos
26	0
27	0
28	60
29	10
30	30
31	20
1-4	0
2	10
3	9
4	5
5	0

Teve alta em 7 de Abril de 1931.

Volta à clínica em 10 de Fevereiro de 1932, em retensão aguda.

7-2-932.

Exame uretroscópico — (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se a existência dum lobo médio formando uma barra e de dois adenomas laterais.

24-2-1932.

Anestesia epidural (0,30 de novocaína). — Boa anestesia.

Sessão de diatermo-coagulação (Mc-Carthy modelo Drapier).

Ataque violento, secção da barra e ataques dos dois lobos laterais isoladamente.

Sonda permanente durante 20 dias.

Seqüências operatórias normais. Hemorragia nula.

Elevação de temperatura a 39°,1 na tarde de 25.

Purgante em 26; a temperatura caiu à normal em 27.

Levantou-se a sonda em 15 de Março.

Saiu em 19 de Março com resíduo = 0.

VII — Adenoma do colo

Doente n.º 7.188 — Cons.

D. C. S., 34 anos, casado.

Entrou na consulta a 26 de Maio de 1928.

Diagnóstico — pequeno adenoma do pavimento do colo. Infectado.

Tratamento — diatermo-coagulação.

Resultado — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Uretrite blenorragica há 5 anos. Há 20 anos que foi para o Brasil donde regressou há 9 meses.

Tem 4 filhos saudáveis. A mulher nunca teve abortos.

H. P. — Diz que sofre da bexiga desde creança: Polaquiúria, dificuldade na micção, tendo de empregar muita força para conseguir urinar.

Por vezes urinava de meia em meia hora, ficando com a impressão de que não esvasiava a bexiga.

Sistema nervoso: — Normal. Mão há sinais medulares.

Reacção do *Wassermann* — negativa.

Calibre da uretra — explorador olivar n.º 20 segue livremente em todo o percurso.

Capacidade vesical — 400^{cc}.

Resíduo observado em dias sucessivos — 250^{cc} a 350^{cc}.

Exame cistoscópico — A parede vesical tem muitas colunas e células.

Cateterismo duplo dos ureteres.

Análises histo-bacteriológicas.

Urina vesical — bastante pús e muitos bastonetes negativos do gram.

Urina do rim direito — não tem pus nem bactérias. Ureia 29,7 ‰.

Urina do rim esquerdo — não tem pus nem bactérias. Ureia 21,6 ‰.

Exame uretro-cistoscópico (Mc Carthy, modelo Drapier) — observa-se nitidamente o trigono e no vértice dêste, a nível do colo, um tumor saliente, pequeno adenoma, situado na linha média e em baixo. Este tumor está infectado e dêle saém flocos de pus.

Dos lados e ainda no colo existem duas saliências que, conjuntamente com o tumor mediano, constituem uma pequena barra adenomatosa.

Tratamento — sessões de diatermo-coagulação com o uretro-cistoscópio Mc Carthy, modelo Drapier. Na primeira sessão destrui o adenoma mediano infectado. No decurso da pequena operação viu-se surgir pus, através da cratera feita pelo electrodo.

Nas sessões seguintes ataquei as duas saliências do colo.

O resíduo começou a diminuir, reduzindo-se finalmente a zero e saíndo o doente curado.

Observado 5 meses depois, no momento de partir para o Brasil, o resíduo mantinha-se nulo.

Três anos depois, o doente permanece ainda completamente curado. Nunca mais voltou a sofrer do seu aparelho urinário.

Êste doente, portador duma pequena barra com adenoma mediano, suportou muitos anos a sua polaquiúria e dificuldade de micção! Ultimamente, porém, tendo-se infectado o adenoma, o seu estado agravou-se, chegando a retenção a atingir 500^{cc}.

Foi êste incidente que o trouxe à consulta.

VIII — Adenoma do colo

Doente n.º 5389. U. h.

João Oliveira Salgado, trabalhador, 70 anos.

Entrou em 5 de Fevereiro de 1932.

Diagnóstico: — adenoma do colo vesical. Retensão completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação por via endo-uretral.

Resultado: — curado.

A. H. — Sem importância.

H. P. — Casado, 6 filhos; sempre saudável, não há antecedentes venéreos ou sífilíticos.

H. P. — Há 15 dias teve súbitamente a 1.ª crise de retenção, sem ser precedida de quaisquer fenómenos de polaquiúria ou disúria. Não voltou a urinar espontâneamente, sendo preciso cateterizar-se várias vezes por dia.

E. A. — Retensão completa.

Comprimento da uretra: — 19^{cm},5.

Próstata: — normal para a idade.

Reacção de Wassermann: — negativa.

Análise de urinas: — Tudo normal.

Sonda permanente durante 15 dias.

Levantou-se a sonda em 20 de Fevereiro.

A partir desta data, mediram-se os resíduos, verificando-se que oscilavam entre 100 e 200 c. c.

3-3-932.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy, modelo Drapier).

Nota-se a existência duma barra e de dois adenomas laterais.

3-3-1932.

Anestesia epidural (0,30 de novocaína).

Sessão de diatermo-coagulação (McCarthy).

Boa anestesia. Secção da barra mediana e destruição dos dois lobos laterais. Ataque mais intenso à direita. Hemorragia quasi nula.

Seqüências operatórias normais (nem febre, nem hemorragia). Sonda permanente 20 dias.

Levantou-se a sonda em 23 de Março. Verificou-se o resíduo zero em dias sucessivos.

Saiu em 26-3-932.

IX — Adenomas do colo

Doente n.º 5232. U. h.

Alberto Gonçalves, 70 anos, proprietário.

Entrou em 5 de Outubro de 1931.

Diagnóstico: — adenomas do colo vesical, retenção completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação por via endo-uretral.

Resultado: — curado.

A. H. — Sem importância

A. P. — Teve sífilis e duas blenorragias aos 30 anos.

H. P. — Há cerca de ano e meio, surgiu polaquiúria e disúria terminal, tendo por vezes dificuldade em urinar e notando que o jacto era delgado e de curto alcance.

Há 30 dias que está atravessando a primeira crise de retenção.

E. A. — Retensão completa.

Comprimento da uretra: — 20^{cm}.

Próstata: — aumentada, adenomatosa, limita-se por todos os lados, móvel, sente-se por palpação e toque combinado.

«Bom caso para prostatectomia, sob o ponto de vista local».

Análise sumária da urina: — Tudo normal.

Reacção de Wassermann: — positiva forte.

Sonda permanente e injeções de benzoato de mercúrio.

Pediu alta em 4 de Novembro, não aceitando a prostatectomia que lhe foi proposta e saindo em retenção completa.

Passou a freqüentar a consulta externa desde 9 de Novembro (n.º 4664).

Concluiu aí o tratamento anti-sifilítico, mantendo-se sempre em retenção completa.

Voltou a dar entrada na clínica, sempre em retenção, em 8 de Janeiro de 1932 (n.º 5310 U. h.).

20-1-932.

Exame uretro-cistoscópico (Young).

Nota-se uma pequena barra, um pequeno adenoma à esquerda e um adenoma lateral direito enorme.

31-1-93 .

Diatermo-coagulação do colo (McCarthy).

Ataque circular — mais intenso à barra, e à face direita.

Sonda permanente durante 20 dias.

Seqüências operatórias normais.

Levantou-se a sonda em 20 de Fevereiro; verificou-se o resíduo zero em dias sucessivos.

Saiu em 24 de Fevereiro.

X — Adenomas do colo

Doente n.º 596 Q. 1.

João Baptista Pereira Biancard, 71 anos.

Entrou a 11 de Março de 1931.

Saiu a 10 de Junho de 1931.

Diagnóstico: — adenomas do colo vesical, retenção completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação, por via endo-uretral.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Sempre saudavel. Não tem antecedentes venéreos.

H. P. — Há 6 anos foi operado de litotricia por 2 cálculos, pelo dr. Reinaldo dos Santos. Há 2 anos começou a sentir polaquiúria, sobretudo noturna e disúria inicial. Ao mesmo tempo notou uma ligeira mas progressiva diminuição do jacto da urina.

Em Dezembro do ano findo teve a primeira crise de retenção, não voltando desde então a urinar expontâneamente, tendo necessidade de ser cate-terizado várias vezes por dia.

E. A. — Entra em retenção aguda.

Prova da poliúria experimental.

18-3.

1. ^a 1/2	hora	15 ⁰⁰
2. ^a 1/2	»	20
3. ^a 1/2	»	20
4. ^a 1/2	»	20
5. ^a 1/2	»	20
6. ^a 1/2	»	20
	Total	<u>115</u>

17-3
 Coeficiente d'Ambard.

{	Ur — 0,50	K — 0,145
	C — 15,3	
	D — 17,7	
	P — 8,2	
	H — 1,15	

Reacção de Wassermann. — negativa.

Prova da fenol-sulfono-ftaleína.

17-3.

Injecção intra-muscular de 6 mgr.

Eliminação em 2 horas — 0^{gr},0031.

N.º 1.167 — *Radiografia do torax*, feita de pé, com iluminação posterior a 2^m de distância: mostra a sombra cardíaca muito volumosa por hipertrofia do ventrículo esquerdo, não havendo aumento apreciável da aurícula direita. O pedículo vascular está um pouco alargado no sentido transversal, notando-se uma dilatação bem sensível da crossa da aorta.

Exame uretro cistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se uma deformação acentuada do colo vesical: presença duma barra e de dois tumores laterais convergentes na parte superior.

O doente foi mantido com sonda permanente desde a entrada até 13 de Abril.

A partir desta data o doente levantou-se, ficando sem sonda durante o dia — à tarde media-se o residuo, ficando o doente com sonda permanente durante a noite. Verificaram-se residuos entre 200 e 300 c. c.

22 de Abril.

1.^a sessão de *diatermo-coagulação*. — Sessão ligeira.

Sonda permanente durante 3 dias. Ao fim dêste tempo o residuo manteve-se entre 150 e 210 c. c.

1 de Maio.

2.^a sessão de *diatermo-coagulação*.

Ataque mais intenso à barra e aos dois lobos laterais.

Sonda permanente até 8 de Maio.

Depois dêste dia verificou-se que o residuo oscilava entre 30 e 160 c. c.

25 de Maio.

3.^a sessão de *diatermo-coagulação*.

Ataque violento no ângulo superior e terço superior do colo.

Sonda permanente até 1 de Junho.

Nos dias seguintes, mediu-se o resíduo, reconhecendo-se que era inferior a 20 c. c.

Sai em 10 de Junho com R = 10%, praticamente nulo.

Tive notícias dêste doente em 15 de Agosto de 1931 e presentemente, em Junho corrente, 1932. Diz que se sente esplendidamente, com bom apetite e urinando bem. Nunca mais sentiu o menor mal estar físico.

XI — Adenoma do colo

Doente n.º 5652. U. h.

António Pereira, 59 anos, pedreiro

Entrou a 8 de Novembro de 1931.

Diagnóstico: — tumor do colo vesical; divertículos vesicais; refluxo vesico-renal direito; incontinência devida à retensão.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — curado.

A. H. — Pais falecidos em avançada idade; eram saudáveis.

A. P. — Sem importância. Não existe passado venéreo nem sífilis.

H. P. — Há uns dois anos que começou a notar uma certa dificuldade em urinar, sendo o jacto delgado e de curto alcance. Pela mesma ocasião começou a sentir polaquiúria, sobretudo noturna e finalmente há cerca de 4 meses perde involuntariamente as suas urinas, sendo a tal incontinência diúrna e noturna.

E. A. — Incontinência de urina.

Retenção — 400^{cc}.

Comprimento da uretra 16^{cm},5.

Próstata: — sente-se um volume aumentado.

Reacção de Wassermann — negativa.

Análise sumária da urina — normal.

Prova da fenol-sulfono-ftalina — (injecção intra-muscular de 6 mgr.

1.^a hora — V = 165^{cc} F. S. F. = 0,0027

1.^a hora — V = 115^{cc} F. S. F. = 0,0017

Total = 0,0044 (*boa eliminação*)

Coefficiente d'Ambard.

{	Ur — 0,17	K — 0,05
	C — 3,88	
	D — 18,5	
	H — 3,192	

Poliúria de Albarran

1. ^a 1/2 hora	.....	50 ^{cc}
2. ^a 1/2 " "	.....	50
3. ^a 1/2 " "	.....	45
4. ^a 1/2 " "	.....	30
5. ^a 1/2 " "	.....	50
6. ^a 1/2 " "	.....	30
Total.		255

Tensões arteriais.

Mx	.....	13
Mn	.....	8,5
p	.....	4,5
I	.....	3

1-12-931.

Exame cistoscópico.

Bexiga com muitas colunas. Vê-se o orifício dum divertículo.

14-12-931.

Cistografia.

N.º 5.445 — Radiografia n.º 5986. Bexiga injectada com um soluto de iodeto de sódio.

Mostra a bexiga em forma de triangulo isosceles, com o vértice para cima, e com dois divertículos laterais; um pequeno, à direita; outro muito maior, com um pedículo estreito, à esquerda. Vê-se também refluxo no urêter à direita, com dilatação do urêter, atingindo o refluxo o bassinete.

Por várias vezes se retirou a sonda a êste doente, sendo observados resíduos de 120 c. c. a 300 c. c.

7-1-932.

Exame uretrocópico (Young).

A bexiga tem muitas colunas; nota-se um volumoso tumor do colo que faz saliência na cavidade vesical.

11-2-932.

Exame uretrocistoscópico (Young).

Confirmada a observação anterior.

11-2-932.

Sessão de diatermo-coagulação (Mc Carthy).

Anestesia epidural (0,30 de novocaína) — anestesia ótima.

Destruição do tumor, planificando o colo, pela formação duma goteira mediana. Ataque das duas faces laterais até à cúpula que foi também levemente tocada.

Hemorragia nula.

No dia seguinte, elevação de temperatura a 38°8, que desceu ao normal no dia imediato.

Sonda permanente durante 20 dias.

O residuo a partir do dia em que se levantou a sonda (8 de Março), era de 20 cc.

Saiu em 19 de Março.

18-6-932.

Volta para ser observado. Radiografias n.º 6528.

Fizeram-se cistografias — 4 meses depois da operação de diatermo-coagulação do colo por via endo-uretral.

Estampa XVI — A bexiga está em carga com soluto de iodeto de sódio. Posição de decúbito dorsal, visto de frente.

I. Radiografia da bexiga em repouso: tem a forma triangular, com um divertículo lateral à esquerda.

II. Radiografia tirada na mesma posição da precedente, mas depois do doente ter urinado a carga; mostra que a bexiga se esvaziou completamente, vendo-se apenas uma mancha à esquerda da linha média, que corresponde ao divertículo, babado de soluto. Resíduo — zero. Até o próprio divertículo se esvaziou.

XII — Adenomas do colo

Doente n.º 5227. U. h.

Manuel Filipe, 64 anos, trabalhador.

Entrou em 4 de Outubro de 1931.

Diagnóstico: — adenomas do colo vesical. Retenção completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação por via endo-uretral.

Resultado: — curado.

Observação: — doente inoperável pelos seus máus coeficientes.

A. H. e P. — Sem importância. Nega que houvesse tido doenças venéreas.

A. P. — Há cerca de 4 anos que notava uma certa dificuldade em urinar, com uma sensação de peso no baixo ventre e sendo o jacto delgado e de curto alcance. Polaciúria, sobretudo nocturna.

Ontem ficou em retenção pela primeira vez.

E. A. — Retenção completa.

Comprimento da uretra: — 20^{cm},5.

Próstata: — muito volumosa, adenomatosa, limitando-se bem em baixo e dos lados, não se limitando em cima, móvel, sentindo-se por palpação e toque combinados.

«Bom caso para operar, sob o ponto de vista local».

Radiografia n.º 5.211 (to1ax).

Mostra fenómenos de esclerose hilar bilateral, com perfeita transparência do parênquima pulmonar. A sombra cardíaca é de muito pequeno volume. O pedículo vascular mostra-se muito alongado, à custa de um enorme alongamento da aorta ascendente, que se mostra também um pouco dilatada.

Há também uma dilatação apreciável da crossa da aorta.

Reacção de Wassermann: — negativa.

Tensões arteriais.

Mx	.....	9
Mn	.....	7
P	.....	2
I	.....	2

Coeficiente d'Ambard.....	{	H — 2352
		C — 6,38
		D — 17,8
		U — 0,43
		K — 0,15

Análise sumária de urinas: mostra apenas vestígios de albumina.

Poliúria de Albarran.

1. ^a 1/2 hora	40 ^{cc}
2. ^a 1/2 "	40
3. ^a 1/2 "	50
4. ^a 1/2 "	80
5. ^a 1/2 "	65
6. ^a 1/2 "	50
Total	325

Depois dum tratamento de digitalina e santeose :

Tensões arteriais:

Mx	10,5
Mn	6
P	4,5
I	4

Poliúria de Albarran.

1. ^a 1/2 hora	80
2. ^a 1/2 hora	80
3. ^a 1/2 hora	90
4. ^a 1/2 hora	140
5. ^a 1/2 hora	80
6. ^a 1/2 hora	90
Total	560 ^{cc}

Manteve-se a sonda permanente durante 50 dias.

Levantou-se a sonda em 23 de Novembro.

Os resíduos a partir desta data variaram entre 50 e 300^{cc}, ficando por duas vezes o doente em retensão completa.

17-12-931.

Exame uretrocistoscópico — (Mc-Carthy).

Nota-se a existência duma barra e de dois adenomas laterais.

17-12-931.

1.^a *Sessão de diatermo-coagulação* — (Mc-Carthy).

Ataque aos dois lobos.

Levantou-se a sonda ao fim de 49 dias, em 3 de Fevereiro. O doente ficou em retensão completa.

10-2-932.

2.^a *Sessão de diatermo-coagulação* — (Mc-Carthy).

Secção da barra e ataque violento em dois lobos laterais.

Sonda permanente 20 dias. Seqüências operatórias normais.

Levantou-se a sonda em 1 de Março.
Saiu em 8-3-32. Resíduo zero, verificado em dias sucessivos.

XIII — Adenoma do colo

Doente n.º 5200, U. h.

Cláudio dos Santos Vieira, 73 anos, ferroviário.

Entrou em 22 de Agosto de 1931.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical. Retensão completa.

Tratamento: — Diatermo-coagulação por via endo-uretral.

Resultado: — Curado.

Observação: — Doente inoperável por ser portador de um aneurisma da aorta.

Este doente entrou na clínica pela primeira vez em 24 de Março de 1930 (n.º 4764). Não sendo as suas faculdades mentais perfeitas, não foi possível levantar a história progressa. Apenas dizia que há 24 horas se encontrava em retensão aguda.

Comprimento da uretra: — 22^{cm},5.

Próstata: — Muito aumentada, adenomatosa, não se limitando em cima, móvel, sentindo-se por palpação e toque.

«Caso regular para adenomectomia, sob o ponto de vista local».

Reacção de Wassermann — negativa.

Análise sumária da urina — revela apenas 0,80 gr. de albumina por litro

Tensões arteriais.

Mx	18
Mn	9
p	5
I	9

O exame radioscópico do coração e dos grossos vasos, feito de frente e em diversas incidências, mostrou a sombra cardíaca de diâmetro sensivelmente normal; pelo contrário o pedículo estava alargado à custa da crista da aorta e da *aorta ascendente* sobretudo, correspondendo a *uma dilatação aneurismal deste vaso*.

A esclerose mais ou menos acentuada de toda a aorta torácica permitia a perfeita visibilidade da sua porção descendente.

Em resultado desta observação o doente não foi operado, mantendo-se na clínica até ao dia 13 de Junho, com sonda permanente.

Passou a freqüentar a consulta externa, onde se apresentava diariamente com resíduos, variando entre 100 e 200^{cc} e por vezes mesmo em retensão completa.

Voltou a ser internado em 22 de Agosto de 1931, entrando em retensão aguda.

4-11-31.

Exame uretroscópico — (McCarthy).

Notam-se dois volumosos adenomas laterais, quasi coalescentes na parte superior.

4-11-931.

1.^a Sessão de electro-coagulação (Mc-Carthy).

Ataque circular mais pronunciado nas faces lateraes do colo, parte superior dos dois lobos coalescentes.

Sonda permanente durante 11 dias.

Levantou-se a sonda em 16 de Novembro. Residuo zero.

Saiu em 22 de Fevereiro de 1932.

Este doente tem sido visto varias vezes depois da sua saida do Hospital apresentando sempre residuo zero.

XIV — Adenomas do colo

Doente n.º 5145 U. h.

Abilio dos Santos, 82 anos, proprietário.

Entrou em 21 de Junho de 1931.

Diagnóstico: — Adenomas do colo vesical. Retenção completa.

Tratamento: — diatermocoagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Casado, tem 4 filhos saudáveis. Nunca teve doenças.

H. P. — Há uns dois ou três anos que sofre de polakiuria, sobretudo nocturna, notando ao mesmo tempo que as micções se faziam com mais dificuldade, sendo o jacto delgado e de pouco alcance.

Há uns 6 meses que esta sintomatologia se tornou mais acentuada, até que, há dois dias, ficou em retenção aguda, sendo necessário esvasiar-lhe a bexiga por cateterismo.

E. A. — Retenção aguda e completa.

Calibre da uretra — 20 passa livremente.

Próstata de volume e consistência normaes para a idade.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

16-6-931.

Exame cistoscópico: — Bexiga com muitas células e colunas. Próstata um pouco saliente na bexiga. No polo superior do globo vesical começa a constituir-se um divertículo.

Depois deste exame levantou-se a sonda e verificou-se que o residuo em dias sucessivos oscilava entre 300 e 400 c. c.

30-6-931.

Exame uretro-cistoscópico: — (Mc-Carty, modelo Drapier) Nota-se a existência duma deformação do colo vesical, por dois adenomas laterais e um no pavimento.

30-6-931.

Sessão de diatermo-coagulação: — Ataque circular, de intensidade média. Manteve-se a sonda permanente durante 35 dias, porque este doente teve

como complicação do seu tratamento uma abundante hemorragia, que só cedeu em 12 dias a um rigoroso tratamento hemostático.

Saiu em 18 de Agosto, com resíduo de 10 c. c.

XV — **Colo fibroso**

Doente n.º 3324, U. h.

António dos Reis, 58 anos, ferroviário.

Entrou a 12 de Novembro de 1925.

Diagnóstico: — Afecção do colo vesical; retenção completa.

Tratamento: — Dilaceração do colo, com extracção dum pequeno fragmento, por via transvesical.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância. Casado, teve três filhos saudáveis.

A. P. — Sempre saudável. Diz que não teve doenças venereas nem sífilis.

H. P. — Nunca notou qualquer dificuldade em urinar, realizando a micção sem esforço e com bom jacto. Porém, desde o dia 7 do corrente começou a ter polaquiuria cada vez mais intensa e dificuldade em expulsar a urina que saía só às gotas. No dia 10 à noite, ficou, em retenção completa, chamando no dia seguinte um médico que o cateterizou.

E. A. — Retenção completa.

Comprimento da uretra: — 16^{cm}.

Próstata: — Volume normal, tem sulco médio, limita-se por todos os lados.

Exame cistoscópico: — (20-xt). Lesões de cistite, bexiga com colunas, não há relêvo prostático.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

Análise sumária da urina: — Boa concentração da ureia e cloretos, vestígios de albumina com ausência dos outros elementos anormais.

$$\text{Coeficiente d'Ambard} \dots \left\{ \begin{array}{l} \text{H} - 1248 \\ \text{C} - 17,8 \\ \text{D} - 22,26 \\ \text{Ur} - 0,31 \end{array} \right. \quad \text{K} - 0,06$$

Prova da fenol-sulfono ftaleína
(injecção intra-muscular de 6 mgr.).

1.ª hora — V — 64^{ce} F. S. F. — 0,0016

2.ª hora — V — 81^{ce} F. S. F. — 0,0013

Total — 0,0029 (eliminação fraca).

Poliúria experimental

1.ª 1/2 hora	20 ^{cc}
2.ª 1/2 "	15
3.ª 1/2 "	35
4.ª 1/2 "	130
5.ª 1/2 "	160
6.ª 1/2 "	70
Total	430 ^{cc}

28-11-925.

Cistotomia com drenagem supra-púbica.
Anestesia local com novocaína.

5-2-926.

Dilaceração do colo com extracção dum pequeno fragmento, por via trans-vesical.

Anestesia geral com cloreto d'etilo.

Seqüências operatórias normais.

Cateterismo uretral ao 13.º dia.

Saiu em 23 de Abril com resíduo = 0.

XVI — Adenoma do colo

Doente n.º 619, Q. 1. 2978, Consultório.

M. A. 58 anos.

Entrou em 5 de Junho de 1931.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical; resíduo = 200^{cc}.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem valor.

A. P. — Uretrite blenorragica aos 20 anos, que nunca foi completamente curada.

H. P. — Há aproximadamente 20 anos teve um ataque de gripe (?), ficando a seguir em retensão aguda. Foi então cateterizado, sendo necessário repetir êste tratamento durante 30 dias. Passado êsse tempo começou a urinar expon-taneamente, mas sempre com disúria inicial e polakiúria, notando também que as urinas eram turvas.

Esta sintomatologia agravou-se ultimamente de tal modo que o levou á consulta.

E. A. *Uretra:* — Comprimento 22^{cc}. Calibre 20.

Próstata: — Aumentada de volume e adenomatosa.

Resíduo: — 200^{cc}.

20-5-931.

Exame uretrocistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Mostra o colo vesical deformado por uma barra e dois adenomas late-rais.

2-6-931.

1.ª sessão de *diatermo-coagulação:* — Ataque ao adenoma lateral direito.

Depois desta sessão ficou em retenção completa e teve uma crise de febre urínosa em que a temperatura atingiu 40,2, mas que cedeu em 4 dias.

Esta sessão foi feita no consultório e o doente saiu para o Hotel. A crise surgiu em seguida. Foi êste caso e outros semelhantes, que nos levaram ao regimen dos vinte dias de sonda permanente e repouso.

3-7-931.

2.^a sessão de diatermo-coagulação: — Ataque aos adenomas laterais.

Sonda permanente até ao dia 10.

O residuo observado desde então oscilou entre 20 e 60^{cc}.

28-7-931.

3.^a sessão de diatermo-coagulação: — Ataque lateral, sobretudo à direita.

Sonda permanente durante 8 dias.

Saiu em 7 de Agosto com residuo igual a zero.

XVII — Colo em barra

Doente n.º 5109, U. h.

João Almeida Tonico, 22 anos, trabalhador.

Entrou a 18 de Abril de 1931.

Diagnóstico: — Colo vesical em barra.

Tratamento: — Excisão do colo por via transvesical.

Resultado: — Curado.

A. H. e P. — Sem importância.

H. P. — Teve sempre muita dificuldade em urinar, o que até há 4 anos mais se acentuou. Ligeira polakiúria noturna e dificuldade em urinar de pé, por vezes tem que se acocorar para o conseguir.

Calibre da uretra: — 20.

Capacidade vesical: — 200^{cc}.

12-5-931.

Urina colhida asepticamente da bexiga — Contem algum pús, alguns glóbulos vermelhos e muitos bacilos negativos ao gram.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

23-5-931.

Exame uretrocistoscópico (McCarthy, modelo Drapier).

Nota-se a existência duma barra transversal.

A bexiga não tem colunas.

30-5-931. Operação.

Excisão do colo por via transvesical.

Drenagem supra-púbica.

Raquianestesia: — Stovaina 6 cgr.

Sonda permanente e supressão do tubo de Marion em 13 de Junho.

Supressão da sonda uretral em 25 de Junho.

A partir de 27 reconheceu-se, em dias sucessivos, que o residuo vesical se mantinha zero.

Exame uretrocistoscópico post-operatório (McCarthy modelo Drapier).

Observa-se a cicatrização correspondente à excisão do colo. No pavimento observa-se um sulco cavado e profundo.

Análise histológica do colo excisado.

Análise n.º 1346.

Descrição microscópica: — Epitélio ligeiramente hiperplasiado, mas fortemente ulcerado; não evidenciando, no entanto, qualquer tendência de evolução atípica. Extensa e volumosíssima hipertrofia da camada de tecido conjuntivo esquelético e mais ainda, da camada muscular onde essa hiperplasia é deveras notável; vê-se neste último tecido focos de mioсите aguda. Também em alguns pontos da preparação encontramos focos de degenerescência hialina e parenquimatosa. Infiltração plasmoleucocitária abundantíssima. Vasos abundantes de paredes esclerosadas e infiltradas de leucócitos e linfócitos, cheios de sangue.

Hemorragia muito abundante e extensa havendo em alguns pontos verdadeiros lagos sanguíneos.

Diagnóstico anatomo-patológico.

Hiperplasia do colo (cistite crónica). (João Rocha Santos).

XVIII — Adenomas do colo

Doente n.º 608, Q. 1.

José Delgado, 57 anos, proprietário.

Entrou em 27 de Abril de 1931.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical; retenção completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Aos 50 anos pleusiria sero-fibrinosa direita. Há 5 anos foi operado de hérnia inguinal esquerda.

H. P. — Há cerca de 3 anos que começou a notar uma certa dificuldade em urinar, sobretudo durante a emissão das primeiras gotas. Urinando, tinha a impressão de que não esvasiava completamente a bexiga, ficando quasi sempre ainda com vontade de continuar a micção.

Daqui resultava uma polakiúria acentuada, sobretudo durante a noite.

Esta sintomatologia agravou-se, caindo o doente em *retenção completa* e dando assim entrada na clínica.

27-2-931.

Uretrocistoscopia: — (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se o colo vesical deformado pela existência duma barra e de dois adenomas laterais.

31-3-931.

1.ª sessão de diatermo-coagulação.

13-4-931.

2.ª Sessão, violenta, sobre os dois lóbulos laterais.

26-4-931.

Sonda permanente.

Em 12-5 levantou-se a sonda; o residuo medido em dias consecutivos, oscilava entre 5 e 10^{cc}.

13-6-931.

3.^a sessão de diatermo-coagulação:— Ataque à parte superior do colo.

Sonda permanente até ao dia 21.

Saiu em 26 de Junho com residuo igual a zero.

XIX — Adenomas do colo

Doente n.º 603, Q. P. 1 (9294 Cons).

Abílio Cardoso dos Reis, 58 anos, proprietário.

Entrou a 7 de Abril de 1931.

Diagnóstico:— Adenomas laterais do colo vesical; retensão completa.

Tratamento:— Diatermo-coagulação.

Resultado:— Curado.

A. H. — Sem valor.

A. P. — Não há antecedentes venéreos. Teve apenas, no seu passado, um antrás na nuca e uma infecção intestinal, há mais de 10 anos.

H. P. — Há já uns 4 ou 5 anos que sofria de polakiúria diurna e noturna, que se acentuava sobretudo depois de marchas a pé ou passeios de automóvel. Notava também que o jacto urinário não tinha o antigo alcance, caindo-lhe a urina quasi perpendicularmente.

No dia 2 do corrente, depois duma longa viagem de automóvel, sentiu vontade de urinar, não a podendo satisfazer, ficando em retenção aguda. Foi cateterizado, não voltando depois disso a urinar espontaneamente.

E. A. — Vem em retensão aguda.

Calibre de uretra:— 20.

Próstata — normal ao toque.

27-4-931.

Análise sumária da urina:— Boa eliminação da ureia e cloretos. Ligeiros vestígios de albumina, sem outros elementos anormais. Pus no sedimento.

23-4-931.

Prova da poliúria experimental.

1. ^a 1/2 hora	25 ^{cc}
2. ^a 1/2 "	40
3. ^a 1/2 "	270
4. ^a 1/2 "	365
5. ^a 1/2 "	150
6. ^a 1/2 "	110
Total	960 ^{cc}

22-4-931.

Prova da fenol-sulfono-ftaleina:— Injecção intra muscular de 6 mgr.

Eliminação em 2 horas — 0^g,0057.

23-4-931.
 Coeficiente d'Ambard. . . $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,57 \\ \text{C} - 15,3 \\ \text{D} - 15,1 \\ \text{P} - 74 \\ \text{H} - 984 \end{array} \right. \quad \text{K} - 0,17$

10-5-931.
 Coeficiente d'Ambard . . . $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,67 \\ \text{C} - 17,8 \\ \text{D} - 28,6 \\ \text{P} - 71 \\ \text{H} - 1608 \end{array} \right. \quad \text{K} - 0,13$

Reacção de Wassermann: — Negativa.

Tensões arteriais

Mx	18
Mn	8
I	7
p	10

25-4-931.

N.º 1259 — *Tele-radiografia do tórax*: — Com iluminação posterior, a 2 m. de distância:

Mostra a sombra cardíaca pouco aumentada de volume, notando-se somente um certo alongamento do ventrículo esquerdo. As outras cavidades não se vêem apreciavelmente modificadas. O pedículo vascular está alargado no sentido transversal e um pouco alongado; nota-se uma dilatação apreciável da crossa da aorta e uma certa saliência da aorta descendente, sendo bem visível o seu bordo postero-lateral esquerdo.

15-5-931.

Exame uretroscópico (McCarthy, modelo Drapier).

O colo vesical acha-se deformado pela existência de dois volumosos adenomas laterais e uma pequena saliência no seu pavimento.

25-5-1931.

1.ª sessão de *diatermo-coagulação*: — Ataque circular violento.

Sonda permanente até 1 de Julho. Quando se levantou a sonda, o resíduo era de 5 cc.

13-5-1931.

2.ª sessão de *diatermo-coagulação*: — Ataque aos adenomas laterais.

Sonda permanente até 21. Saiu em 30 de Junho com resíduo zero.

XX — **Adenomas do colo**

Doente n.º 5150, U. h.

Emílio Henriques Pires Machado.

Entrou em 11 de Junho de 1931.

Diagnóstico: — Colo vesical em barra e adenomas laterais. Retensão completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Hemorragia e cancro moles aos 20 anos.

H. P. — Há cerca de 2 anos começou a sofrer de polakiúria, que rapidamente se tornou de tal modo intensa que chegava a urinar de quarto em quarto d'hora, sobretudo de noite. Ao mesmo tempo tinha grande dificuldade em expulsar a urina, tendo necessidade de empregar um esforço considerável para dar saída a um delgado jacto, que pouco alcance tinha.

Há alguns meses declarou-se pela primeira vez em retensão completa. Desde então não voltou a urinar espontaneamente, cateterizando-se todos os dias e deixando permanente a sonda durante a noite.

E. A. — Retensão completa.

Calibre da uretra normal.

Próstata bem limitada, consistência normal, com o volume aumentado e com sulco médio.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

15-5-931.

Exame cistoscópico: — Bexiga com colunas. Colo vesical em barra.

26-5-931.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy, modelo Drapier).

Mostra o colo deformado pela existência duma barra média e de dois adenomas laterais.

16-6-931.

1.^a sessão de diatermo-coagulação. — Sonda permanente durante 10 dias. Ao fim deste tempo o resíduo era de 80 a 100 cc.

3-8-931.

2.^a sessão de electrocoagulação. — Sonda permanente durante 12 dias.

Resíduo em 16 de Agosto: — 40 cc.

XXI — Adenomas do colo

Doente n.º 701, Q. 1.

José Ribeiro, 61 anos, proprietário.

Entrou a 9 de Dezembro de 1931.

Diagnóstico: — adenomas do colo vesical; retensão completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — curado.

Observação: — doente inoperável pelos maus coeficientes.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Variola e duas uretrites blenorragicas. Alguns anos de permanência no Rio de Janeiro.

H. P. — Diz que há cerca de seis anos começou a notar que o jacto diminuía de amplitude, ao mesmo tempo que durante as micções tinha de realizar um certo esforço.

Há dois anos teve a 1.^a crise de retenção.

Em Julho último teve a 2.^a crise. Em 26 de Agosto, 3.^a crise, sendo então hospitalizado neste serviço (n.º 657, Q. 1.).

Comprimento da uretra: — 23^{cm}.

Próstata: — aumentada, adenomatosa, não se limita em cima, limita-se dos lados e em baixo, é um tanto fixa.

«Caso regular para intervenção sangrenta sob o ponto de vista local.

10-9-931.

Poliúria experimental

1. ^a 1/2 hora	20 ^{cm}
2. ^a 1/2 »	15
3. ^a 1/2 »	15
4. ^a 1/2 »	20
5. ^a 1/2 »	15
6. ^a 1/2 »	20
Total	105

2-9-931.

Coefficiente d'Ambard

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,52 \\ \text{C} - 24 \quad \text{K} - 0,097 \\ \text{D} - 31,6 \\ \text{H} - 1,320 \end{array} \right.$$

3-9-931.

Reação de Wassermann — Negativa.

1-9-931. — *Prova da Fenol-sulfona-ftaleína*
(injecção intra-muscular de 6 mgr).

1.^a hora — V 80^{cc} F. S. F. — 0,0027

2.^a hora — V 60 F. S. F. — 0,0013

Total. . . — 0,004 (boa eliminação).

2-9-931.

Análise sumária da urina. — Albuminúria (1^{gr}), piúria e hematúria. Oli-
gúria (700^{cc}) com fraca eliminação da ureia (10^{gr},3) e dos cloretos (5^{gr},15).

Sonda permanente durante um mês.

Levantou-se a sonda em 26 de Agosto.

Os resíduos medidos desde então, variaram entre 80 e 120^{cc}.

Sáiu em 2 de Outubro de 1931, para voltar em 9 de Dezembro.

15-12-931.

Coefficiente d'Ambard

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,53 \\ \text{C} - 28,6 \quad \text{K} - 0,114 \\ \text{D} - 33,6 \\ \text{H} - 1,176 \end{array} \right.$$

25-12-931.

Poliúria experimental

1. ^a 1/2 hora	25 ^{cc}
2. ^a 1/2 "	30
3. ^a 1/2 "	40
4. ^a 1/2 "	40
5. ^a 1/2 "	30
6. ^a 1/2 "	30
Total	195

Em Dezembro e Janeiro mediram-se os resíduos, que se mantinham entre 30 e 60^{cc}, continuando o doente com sonda permanente.

13-1-932.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drepier).

Nota-se a existência de dois adenomas laterais e de um adenoma médio, formando uma barra.

3-2-932.

1.^a *Sessão de diatermo-coagulação* (Mc-Carthy).

Secção mediana da barra; atáque circular.

Elevação de temperatura a 38,3 no dia 4.

Sonda permanente durante 14 dias.

Levantou-se a sonda em 18 de Fevereiro.

Saiu em 5 de Março de 1932, com residuo igual a 15^{cc}.

XXII — **Adenomas do colo**

Doente n.º 5.447, U. h.

Manuel Fernandes, 68 anos, trabalhador.

Entrou em 7 de Março de 1932.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical; residuo = 300^{cc}.

Tratamento: — Diatermo coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância. Casado, tem 2 filhos vivos, 7 falecidos de doenças várias.

A. P. — Sem importância. Não tem passado venéreo.

A. P. Há dois anos, polakiúria, cada vez mais acentuada e dificuldade em urinar. Nunca teve crises de retenção.

E. A. — Polakiúria, sobretudo noturna.

Calibre da uretra — 20^{mm}.

Comprimento da uretra — 19^{cm}, 5.

Próstata — aumentada, sem sulco médio, adenomatosa, sente-se por palpação e toque, não se limita em cima, limita-se em baixo e dos lados.

Retenção: — 300^{cc}.

Reacção de Wassermann — Negativa.

Tensões arteriais

Mx	13
Mn	8,5
P	4,5
I	6

O *exame radioscópico do torax* mostrou a sombra cardíaca aumentada de volume, por hipertrofia do ventrículo esquerdo, tendo uma posição deitada sobre o diafragma. O pedículo vascular mostrava-se muito alargado, muito denso e fenómenos de aortite, notando-se uma dilatação bem visível da aorta ascendente e da crossa da aorta.

Análise sumária da urina — concentração normal da ureia e cloretos; 0,40‰ de albumina, ausência dos outros elementos anormais.

Prova da f.nol-sulfono-ftalcina. Injecção intra-muscular de 6 mgr.

1. ^a hora — V — 65 ^{cc}	F. S. F. — 1,002
2. ^a hora — V — 55	F. S. F. — 0,0028
Total	= 0,0048

Boa eliminação.

Ao fim de 23 dias de sonda permanente, verificou-se que o doente permanecia em retensão completa.

6 de Abril de 1932.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se a presença duma pequena barra e de dois volumosos adenomas laterais.

6 de Abril de 1932.

Sessão de diatermo-coagulação. (Mc-Carthy).

Anestesia epidural — (0,30 de novocaína).

(Boa anestesia).

Secção da barra e ataque circular.

Seqüências operatórias normais; nem hemorragia nem temperatura.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 26 de Abril.

Saiu em 29-4-932 com residuo zero.

XXIII — **Adenoma do colo**

Doente n.º 5.468, U. h.

Manuel da Silva, 64 anos, trabalhador.

Entrou a 5 de Abril de 1932.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical, retensão completa.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Casado; 2 filhos saudáveis.

A. P. — Esteve no Brasil 17 anos, contraindo lá a febre amarela e uma uretrite que se manteve 4 anos. Reumatismo crónico.

H. P. — Desde Agosto que notava polaquiúria acentuada, sobretudo nocturna. Há 8 dias teve, subitamente, a 1.ª crise de retenção, não voltando a urinar espontaneamente e sendo necessário cateterizar-se todos os dias.

E. A. — Retenção completa.

Comprimento da uretra: — 19^{cm}.

Próstata: — normal para a idade.

Reacção de Wassermann — negativa.

Análise s.mária da urina. — Boa concentração de ureia e cloretos. Vestígios de albumina, sem outros elementos anormais.

Ao fim de 10 dias de sonda permanente, suprimindo a sonda, verificou-se que o doente ficava em retenção completa.

16-4-932.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy, modelo Drapier).

Nota-se que a abóbada do colo não é redonda, sendo as faces laterais mamilonadas. Existe uma barra nitida e alta, de modo que a vertente anterior do colo está muito alongada.

16-4-932.

1.ª sessão de diatermo-coagulação (McCarthy).

Anestesia epidural (0,30 de novocaína).

Ataque circular e secção da barra.

Seqüências operatórias normais.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 6 de Maio.

Saiu em 10-5-932, com resíduo zero.

XXIV — Colo em barra

Doente n.º 5.469, U. h. (9.038 cons.).

Eduardo Adelino, 54 anos, empregado no comércio.

Entrou em 5 de Abril de 1932.

Diagnóstico: — colo vesical em barra; resíduo 720^{cc}.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — curado.

A. H. — Sem importância; 4 filhos saudáveis.

A. P. — Teve há 30 anos uma uretrite blenorragica que êle próprio tratou. Após esta, tem tido por vezes pequenos corrimentos que debela com lavagens uretrais de soluto de permanganato de potassio.

H. P. — Há aproximadamente 20 meses apareceu-lhe um ligeiro corrimento uretral. Compareceu à consulta externa desta clínica onde lhe foram feitas algumas lavagens uretrais.

Pela mesma ocasião começou a sentir uma certa dificuldade em urinar, sendo o jacto fino e de pequena amplitude. Explorada a uretra, reconheceu-se que com dificuldade se introduzia uma filiforme, pelo que foi feito o diagnóstico de apertos inflamatórios e realizadas algumas sessões de dilata-

ção. Esta prosseguiu com grande dificuldade, não se conseguindo passar além da vela n.º 13. Foi então aconselhado a internar-se, para ser tratado com sonda permanente.

O doente hospitalizou-se em 13 de Outubro de 1930 (n.º 4.955 U. h.), saindo em 29 do mesmo mês com o calibre 22.

Uma vez em casa, começou a notar que, em vez de melhorar com o tratamento feito, se achava, pelo contrário, quasi impossibilitado de urinar.

Voltou à consulta, onde em 18 de Novembro de 1930 se fez uma *reacção de Wassermann* cujo resultado foi *positiva forte*, iniciando-se então um enérgico e rigoroso tratamento anti-sifilítico sem conseguir a mais leve atenuação no seu estado. A dificuldade à micção mantinha-se, tendo o doente a sensação de que o seu globo vesical estava permanentemente cheio.

E. A. — (4 de Fevereiro de 1931).

Residuo — 500 a 700^{cc}.

Calibre da uretra: — 20.

Próstata: — Normal ao toque.

Exame do sistema nervoso: — Tudo normal (Dr. Correia de Oliveira).

Exame ocular: — Não há olho tabético, pois não há miosis, nem desigualdade pupilar, nem sinal de Argyll, nem perturbações paralíticas, nem alterações dos campos visuais (Dr. Júlio Machado).

Exame cistoscópico: — parede vesical recoberta com um inducto branco; lesões de cistite.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drapier): — Vêm-se nitidamente os orifícios ureterais e bem assim o músculo trans-trigonal; vertente vesical do colo muito inclinada de cima para baixo e de deante para traz, sendo quasi vertical; vertente uretral do colo também inclinada, de baixo para cima e de deante para traz; caso clássico de colo em barra.

O doente deu entrada na clínica em 15 de Abril de 1931. (n.º 6.105 U. h.).

16-4-931.

«Punch operation» com o instrumento de Mc-Carthy.

Sonda permanente durante 20 dias.

O fragmento do colo excisado foi enviado para análise histológica, cujo resultado foi o seguinte: grande e intensa exulceração do epitélio de revestimento que em alguns pontos desapareceu completamente. As células da camada basilar apresentam um notável polimorfismo e encontram-se em proliferação activa, conservando no entanto o seu tipismo individual. Como resultado desta proliferação celular, o epitélio está fortemente hiperplasiado. É notável a dissociação celular da camada basilar em consequência duma abundante infiltração plasmoleucocitária. O conectivo sub-jacente encontra-se muito aumentado de volume, à custa duma grande hiperprodução de tecido conjuntivo fibroso que atravessa quasi todo o campo microscópico. O limite que existe normalmente entre o epitélio polimorfo que é o que existe neste fragmento, e a sub-mucosa, desapareceu em alguns pontos por completo e vê-se a dissociação dos elementos celulares epiteliaes provocada pela infiltração leucocitária e por feixes de tecido conjuntivo, que se insinuam entre elles e que são provenientes da sub-mucosa. Nos interstícios dos feixes de

tecido conjuntivo fibroso, encontra-se em grande abundância fibroblastos e numerosos leucócitos e linfócitos.

Há imensos vasos, alguns com a parede fortemente esclerosada e cheios de glóbulos vermelhos. A notável abundância de vasos dá em alguns pontos a noção de se tratar de um tecido cavernoso. Encontra-se também tecido muscular liso hipertrofiado, havendo feixes de fibras musculares separadas entre si por uma intensa esclerose intra-fascicular. Nestes septos de tecido fibroso existem vasos esclerosados e muito dilatados. Deslocando a preparação em vários sentidos, nota-se que um certo número de fibras musculares sofreram um processo de esclerose atrófica, noutras encontra-se a degenerescência hialina e noutras vêem-se lesões de mioosite aguda.

Conclusão. — *Diagnóstico histo-patológico: cistite crônica (hiperplasia do colo).* (J. Rocha Santos).

Levantou-se a sonda em 25 de Abril.

O doente urina sem dificuldade, fazendo no entanto resíduos variáveis entre 300 e 350^{cc}.

1-5-931.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy, modelo Drapier).

Verificou-se a destruição completa da barra na linha média, onde o «punch operation» criou um verdadeiro sulco, destruindo o ângulo obtuso formado pelas duas vertentes do colo.

1-5-931.

1.^a sessão de diatermo-coagulação. (McCarthy).

Ataque leve às faces laterais do colo na vizinhança do sulco a que acaba mos de nos referir.

Sonda permanente durante 10 dias.

Levantou-se a sonda em 11 de Maio.

Depois desta sessão o resíduo vesical era de 240^{cc}.

O doente teve alta da clínica, passando a freqüentar o consultório, onde se verificava diariamente o resíduo, que oscilava entre 150 e 240^{cc}.

4-4-932.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy).

Nota-se que a barra é de muito pequenas dimensões.

Entra pela última vez na clínica em 5 de Abril de 1932 (n.º 5.468 U. h.).

6-4-932.

2.^a sessão de diatermo-coagulação. (McCarthy).

Anestesia epidural (0,30 de novocaína).

Fêz-se ataque circular a todo o colo.

Sonda permanente durante 20 dias. Hemorragia nula. Elevação vespertal da temperatura a 38 e 38,2 nos dois dias seguintes à sessão.

Levantou-se a sonda em 26-4.

Resíduo = 30^{cc}.

Alta em 28 de Abril, voltando a freqüentar o consultório,

O resíduo tem-se mantido 20 c. c..

Declara urinar com facilidade e bom jacto e não ter a polaquiúria nocturna que tanto o incomodava.

XXV — Adenomas do colo

Doente n.º 5314, U. h.

Benjamim Ramos, 68 anos, sapateiro.

Entrou em 2 de Junho de 1926.

Diagnostico: — Adenoma do colo vesical; retenção completa.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

Observação: Doente inoperável, pelos seus maus coeficientes.

A. H. — É viuvo. A mulher morreu há 10 anos, tuberculosa. Teve 11 filhos, dos quais apenas vive um que é saudável. Alguns dos outros morreram tuberculosos e os restantes em creança, com doenças que ignora.

A. P. — Sempre saudável. Não tem antecedentes venéreos.

H. P. — Há dois anos que sofre de polaquiúria ligeira, acompanhada de dificuldade em iniciar a micção, sendo o jacto delgado e de pequeno alcance. Desde Janeiro do corrente ano, a polaquiúria aumentou muito, urinando por vezes de 10 em 10 minutos. Pela mesma acasião começou a perder as suas urinas inconscientemente, de noite, só tendo a sensação de que urinava ao sentir-se molhado.

E. A. — Vem por incontinência nocturna. Nota-se o globo vesical distendido até à cicatriz umbilical.

Retenção completa.

Calibre da uretra — 20.

Comprimento da uretra — 18^{cm},5.

Prostata — Normal para a idade.

26-6-926

Reacção de Wassermann — Negativa.

Coefficiente d'Ambard
28-6-926

{	H — 2040	
	Ur — 0,72	K — 0,486
	C — 2,5	
	D — 5,1	

Coefficiente d'Ambard
5-8-916

{	H — 1680	
	Ur — 0,95	K — 0,302
	C — 7,6	
	D — 12,8	

Coefficiente d'Ambard
4-9-926

{	H — 1152	
	Ur — 1,10	K — 0,370
	C — 9,13	
	D — 10,8	

Poliúria experimental

28-6-926.

1. ^a 1/2 hora	30 ^{cc}
2. ^a 1/2 "	50
3. ^a 1/2 "	40
4. ^a 1/2 "	40
5. ^a 1/2 "	50
6. ^a 1/2 "	75
Total.	285 ^{cc}

5-8-926.

1. ^a 1/2 hora	50 ^{cc}
2. ^a 1/2 "	45
3. ^a 1/2 "	45
4. ^a 1/2 "	60
5. ^a 1/2 "	80
6. ^a 1/2 "	30
Total.	310 ^{cc}

4-9-926.

1. ^a 1/2 hora	60 ^{cc}
2. ^a 1/2 "	50
3. ^a 1/2 "	75
4. ^a 1/2 "	120
5. ^a 1/2 "	120
6. ^a 1/2 "	120
Total.	535 ^{cc}

Tensões arteriais

5-8-926.

Mx	15
Mn	9
p	6
l	3

14-6-926.

Análise sumária da urina.

Boa concentração de ureia e cloretos; 4^{gr.}9 de albumina nas 24 horas; ausência de outros elementos anormais.

O doente é considerado inoperável em virtude dos seus maus coeficientes.

Manteve-se a sonda permanente até 11 de Outubro de 1926, data em que teve alta, *continuando em retenção completa.*

Passa a frequentar a consulta externa *sempre em retenção completa*, usando, mesmo levantado, uma sonda permanente.

Volta a ser hospitalizado em 14 de Janeiro de 1932 (n.º 5.314 U. h.).

Exame uretrocistoscópico (Mc-Carthy).

Nota-se a presença duma barra e de dois adenomas laterais, salientes para a uretra.

3-2-932.

1.^a sessão de diatermo-coagulação (Mc-Carthy).

Anestesia local.

Ataque aos dois lobos laterais e secção da barra.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 23-2-932, ficando o doente em retenção completa.

Sonda permanente de novo.

3 de Março de 1932.

2.^a sessão de diatermo-coagulação. ((Mc-Carthy).

Anestesia epidural (0^{gr},30) *optima*.

Ataque circular violento.

Hemorragia nula.

Elevação vespéral da temperatura a 39° e 39°,5 nos 3 dias imediatos.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 23 de Março.

Saiu em 2 de Abril com residuo igual a zero.

Hoje 24 de Julho, continua com residuo zero.

XXVI — Adenomas do colo

Doente n.º 5431, U. 1.

António Feliciano de Carvalho, 66 anos, proprietário.

Entrou em 9 de Fevereiro de 1932.

Diagnóstico: — Adenomas do colo vesical; retenção completa.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância; tem 5 filhos saudáveis.

A. P. — Sempre saudável. Não tem antecedentes venéreos.

H. P. — Há 1 ano que sofre de polaquiúria, cada vez mais acentuada.

Ontem teve súbitamente a primeira crise de retenção, sendo cateterizado.

E. A. — Retenção completa.

Comprimento da uretra: — 22 cm.

Próstata: — Volume muito aumentado, adenomatosa, muita alta.

Não se pode fazer uma exploração conveniente porque o doente defende-se muito.

Tensões arteriais

Mx	19
Mn	10
p	9
J	6

Tele-radiografia do tórax: — Feita de pé, com iluminação posterior, a 2^m de distância :

Mostra perfeita transparência pulmonar dum e doutro lado, sem sombras anormais nem alterações sensíveis da sombra dos hilos.

A sombra cardíaca está aumentada de volume, principalmente à custa do ventrículo esquerdo que se encontra hipertrofiado, tendo o coração uma posição deitada sobre o diafragma.

O pedículo vascular mostra-se também aumentado de volume, alargado, notando-se uma ligeira dilatação da crossa da aorta. Êste aspecto radiológico da sombra cardíaca e do pedículo vascular, traduz a existência duma lesão aortica (insuficiência).

Prova da fenol-sulfono-ftaleína
(injecção intra-muscular de 6^{ms}.)

1.^a hora — V — 78 cc. F. S. F. — 0,0018
2.^a hora — V — 68 cc. F. S. F. — 0,002
Total — 0,0038

Eliminação regular.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

Coefficiente d'Ambard. . . $\left\{ \begin{array}{l} H - 13,44 \\ C - 17,55 \\ D - 23,5 \\ Ur - 0,47 \end{array} \right. K - 0,101$

Poliúria experimental

1. ^a 1/2 hora	30 cc.
2. ^a 1/2 "	30
3. ^a 1/2 "	120
4. ^a 1/2 "	310
5. ^a 1/2 "	230
6. ^a 1/2 "	50
Total	770

Análise sumária da urina: — Regular concentração de ureia e cloretos; 0,40 de albumina por litro, sem outros elementos anormais. Hematúria e piúria.

20-2-932.

Exame uretroscópico (McCarthy).

Nota-se a presença de três pequenos cálculos vesicais e de uma deformação do colo, constituida pela presença de uma barra e de dois tumores laterais.

Depois dêste exame, foi retirada ao doente a sonda permanente com que se mantinha desde a entrada para a Clínica reconhecendo-se que ficava em *retenção completa.*

2-3-932.

1.^a sessão de diatermo-coagulação.

Anestesia epidural (0,30 de novocaína; boa anestesia).

Fêz-se a secção da barra na linha média e o ataque às paredes laterais do colo.

Seqüências operatórias normais.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 22 de Março.

Os resíduos observados oscilaram entre 40 e 180 cc.

26-3-932.

2.^a sessão de diatermo-coagulação.

Anestesia epidural (0,35 de novocaína, boa anestesia).

Ataque circular.

Seqüências operatórias normais.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 15 de Abril. A partir desta data verificou-se que o resíduo era zero.

Saiu em 20 de Abril.

XXVII — Colo em barra

Doente n.º 5475, U. h.

J. A. (Choramigas).

Entrou em 14 de Abril de 1932.

Diagnóstico: — Colo vesical em barra; dificuldade e dores violentas à micção.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Cancros venéreos e adenite inguinal aos 25 anos. Desde a idade dos 20 anos que tem tido várias uretrites blenorragicas, sempre mal tratadas, o que o tem obrigado a fazer tratamentos repetidas vezes.

H. P. — Há uns 10 anos começou a sentir-se peor, com fenómenos acentuados de disúria e polaquiúria; sensação acentuada de pêso na região ano-rectal, e dificuldade à micção. Fêz inutilmente vários tratamentos médicos e urológicos, dilatação da uretra com beniquês e massagens à próstata. Em vez de melhorar, porém, cada vez se sentia peor, aumentando a dificuldade à micção e sobretudo as dores e o pêso na região referida.

Internou-se então nesta clínica, em 24 de Abril de 1926 (n.º 3470).

Radiografia da região prostática.

Mostra a existência de numerosas sombras que pela sua configuração e séde devem corresponder a cálculos prostáticos.

29-4-932.

Tensões arteriais

Mx	14,5
Mn	7,5
p	7
l	7

29-4-926.

Coefficiente d'Ambard. . . $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,42 \\ \text{C} - 12,19 \quad \text{K} - 0,086 \\ \text{D} - 29,8 \\ \text{H} - 2448 \end{array} \right.$

30-4-926.

Poliúria experimental

1. ^a 1/2 hora	50 cc
2. ^a 1/2 "	45
3. ^a 1/2 "	80
4. ^a 1/3 "	180
5. ^a 1/2 "	120
6. ^a 1/2 "	90
Total	565 cc

27-4-926.

Prova da fenol-solfono-ftaleína

Injecção intramuscular de 6 mgr.

1.^a hora — V — 140 cc F. S. F. — 0,0028

2.^a hora — V — 250 cc F. S. F. — 0,0043

Eliminação boa.

27-4-926.

Análise sumária de urinas: — Boa concentração de ureia e cloretos; não existem elementos anormais.

14-4-926.

Uretrocoscopia (Mc-Carthy, modelo Drapier).

A superfície da mucosa de tôda a uretra posterior é lisa e de aspecto normal.

Vêm-se nitidamente o veru-montano, os orifícios dos canais ejaculadores e utrículo prostático. Não se observam divertículos, nem corpos estranhos, os cálculos que se vêem na radiografia, são pois de origem endoprostática.

16-4-926.

Exame eistoscopico.

Parede vesical normal; Notam-se algumas células.

Operado de prostatolitotomia sob anestesia clorofórmica, em 26 de Maio de 1926, por via perineal.

Seqüências operatórias normais. Saiu curado em 3 de Julho do mesmo ano.

Em 3 de novembro do mesmo ano de 1926 voltou à consulta, queixando-se de dificuldade à micção. Constatou-se que o calibre da uretra, era normal: 24.

16-3-929.

Uretroscopia: — Nada se encontra de anormal.

Em 19 de Agosto de 1929 volta a ser internado na clínica (n.º 4.558), queixando-se de sofrer horrivelmente: polaquiúria, disúria e uma sensação constante de pêso e opressão na região ano-rectal.

Esteve em observação durante 4 meses e tendo-se reconhecido que nem os tratamentos médicos nem a sonda permanente davam ao doente o menor alívio, pois dia e noite se queixava, tendo dores violentas quando pretendia realizar a micção, foi resolvido fazer uma drenagem supra-púbica permanente, em 21 de Dezembro.

O doente teve alta em 27 de Fevereiro de 1930, com o tubo supra-púbico mas sem dores algumas.

Por várias vezes se apresentou à consulta, dizendo sempre que passava regularmente, sem dores e tendo desaparecido a sensação de pêso na região rectal.

Foi internado de novo em 14 de Abril de 1932 (n.º 5475).

Exame uretrocistoscópico (Mc-Carthy).

Mostra a existência duma nítida barra deformando o pavimento do colo; distância do veru-montano à úvula muito grande. Faces laterais esclerosadas. Abóbada em ângulo agudo (estampa X).

21-4-932.

Sessão de diatermo-coagulação (Mc-Carthy).

Anestesia epidural (0,35 grs. de novocaína). Óptima.

O doente não sentiu absolutamente nada. Fêz-se a secção completa da barra e um ataque circular, cortando as duas faces laterais e atingindo a abóbada.

Não houve hemorragia. Ao segundo dia, elevação vespéral da temperatura a 39.º, que desceu ao normal em 24 horas.

Ao vigéssimo dia, sob anestesia local com novocaína, fêz-se a excisão da fístula supra-púbica e sutura dos diversos planos.

Levantou-se a sonda dez dias depois.

Urina sem dor nem dificuldade, com residuo zero.

Hoje 23 de Julho, soubemos dêste doente. Tem passado muito bem.

XXVIII — Colo em barra

Doente n.º 5511, U. h.

F. C. P., 30 anos, empregado público.

Entrou em 30 de Maio de 1932.

Diagnóstico: — Colo em barra.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Pais vivos e saudáveis. Tem uma irmã de 24 anos igualmente saudável. Casado, tem dois filhos que gozam boa saúde; morreu-lhe um terceiro com icterícia.

H. P. — Teve há oito anos uma uretrite blenorragica que não curou completamente, ficando com um pequeno corrimento intermitente.

H. P. — Há uns dois anos notava que tinha uma certa dificuldade em urinar. Querendo realizar a micção, era obrigado a fazer esforços violentos para que ela se iniciasse, o que só sucedia por vezes, cêrca duns minutos depois. O jacto era de volume e alcance regular, mas o doente notava que êsse alcance se mantinha fixo, embora o procurasse aumentar, contraíndo com fôrça o glôbo vesical. Por vezes, havia mesmo variações bruscas no jacto, que perdia subitamente o alcance, urinando então o doente só às gotas durante algum tempo, para de súbito voltar a urinar regularmente. Ligando estas perturbações à sua antiga uretrite e julgando sofrer de apertos uretrais, sujeitou-se a um tratamento de dilatações com beniquês até 60. O jacto aumentou transitòriamente um pouco de volume, mas a dificuldade a micção manteve-se.

25-5-932.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se a presença duma pequena barra deformando o pavimento do colo vesical.

27-5-932.

Cistografias.

Radiografias da bexiga após uma carga de 400 cc. de NaI.

Radiografia I — Decúbito dorsal de frente. Globo vesical esferoide de contornos regulares, sem refluxo uretral.

Rad. 2 — Decúbito dorso-lateral esquerdo, com a bexiga em repouso: colo fechado e normalidade da região do colo.

Rad. 3 — Na mesma posição da precedente, tendo convidado o doente a urinar: contorno vesical «flou» devido à contração muscular; colo aberto e visualização do canal uretral. *O doente urinou 400 c. c., não tendo feito portanto residuo.*

30-5-932.

Sessão de diatermo-coagulação por endoscopia (Mc-Carthy).

Anestesia epidural (0,30 grs. de novocaína) — boa anestesia

Fêz-se a secção da barra; um corte na abóbada e um em cada uma das faces laterais.

Duração da sessão: — 4 minutos.

Sonda permanente durante 10 dias.

Seqüências operatórias normais.

Levantou-se a sonda em 9 de Maio.

Saiu do hospital nesse dia.

Urina actualmente sem a menor dificuldade, com jacto grosso e de largo alcance.

Residuo: — Zero.

Trata-se dum caso em que começavam a aparecer os primeiros sintomas do colo em barra. Uma simples secção dêste colo fêz desaparecer todos os

sintomas. Êste doente foi visto no dia 26 de Junho. Tem passado sempre muito bem.

XXIX — Colo em barra

Doente n.º 756 — Q. I.

M. J. D. J. de 29 anos, proprietário.

Entrou em 9 de Maio de 1932.

Diagnóstico: — Colo em barra; refluxo vesico-renal bi-lateral; residuo 200 cc.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Pais vivos e regularmente saudáveis; tem cinco irmãos saudáveis além dum que faleceu com uma úlcera gástrica.

A. P. — Doenças da primeira infância — sarampo. Não teve sífilis ou qualquer outra doença venérea.

H. P. — Há muitos anos já, desde que se conhece — para empregar as palavras do doente, que notava as urinas turvas e com um cheiro fétido. Nunca teve fenómenos de disúria ou polaquiúria, apenas observava que a totalidade da urina de 24 horas era maior que o normal, chegando a atingir quatro litros. Gozava, no entanto, boa saúde, não tendo dificuldade alguma em desempenhar as funções da sua vida habitual, e de nada se queixando, embora o imprecisassem os factos referidos — a turvação e fetidez da urina e a poliúria.

Foi isto que o levou a consultar-nos há cêrca de 10 anos. Andou em tratamento durante perto dum mês, fazendo lavagens vesicais e aos bacinetes e regressando à sua terra bastante melhorado.

Embora lhe fosse recomendado que devia vir tratar-se todos os anos, por motivos vários, foi desprezando êsse conselho e, assim, pouco depois voltou a observar que as urinas tinham de novo mau cheiro e eram turvas.

Assim tem andado, sem que qualquer outro facto o incomodasse, até que há uns seis meses, começou a passar mal, com cefalalgias, vertigens, uma sensação quási permanente de constrição torácica e um mal estar geral que não sabe definir.

E. A. — Urinas turvas. Residuo vesical oscilando entre 100 e 200 cc.

Urina colhida asepticamente da bexiga. — Contem muito pus, muitos glóbulos vermelhos, alguns estafilococcus, muitos estreptococcus e bacilos negativos ao Gram.

13-5-932.

Poliúria experimental

1. ^a 1/2.	50 cc
2. ^a 1/2.	35
3. ^a 1/2.	20
4. ^a 1/2.	150
5. ^a 1/2.	100
6. ^a 1/2.	50
Total	405 cc.

12-5-1932.

Coefficiente d'Ambard . . . $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 1,35 \\ \text{C} - 5,67 \\ \text{D} - 21,36 \\ \text{H} - 3,768 \end{array} \right. \text{K} - 0,401$

12-5-932.

Reacção de Wassermann — negativa.

12-9-932.

Prova da Fenol-sulfono-ftaleina

Injecção intra-muscular de 6^{mg}.

1.^a hora — V 135^{cc} F. S. F. — 0,00046

2.^a hora — V 143 F. S. F. — 0,0006

Eliminação muito fraca.

12-5-932.

Análise sumária da urina.

Poliúria (2^l,900); albuminúria (2^{gr} por mil).

Regular eliminação de ureia e cloretos.

10-5-932.

Cistografias.

Radiografias da bexiga, após uma carga de 420 c. c. de NaI.

Radiografia I. — Decubito dorsal, de frente;

Globo vesical volumoso, regularmente esferoide, de contornos normais e com refluxo uretero-renal bilateral.

Rad. II — Decubito dorsal lateral esquerdo com bexiga em repouso: colo fechado; vêem-se os ureteres impregnados.

Rad. III — A mesma posição da precedente, tendo-se convidado o doente a urinar. O colo está ainda fechado e o doente ainda não fez a mais pequena micção; é curioso observar que o uréter esquerdo se dilatou apreciavelmente, por refluxo suplementar, consecutivo à contracção vesical.

14-5-932.

Exame uretro-cistoscópico. (McCarthy, modelo Drapier).

Nota-se que o colo está deformado: o pavimento está levantado por uma barra saliente: as faces laterais são igualmente salientes e a abóbada é angular.

14-5-932.

Sessão de diatermo-coagulação (McCarthy).

Anestesia epidural (0^{gr},35 de novocaína).

Ótima.

Secção da barra, secção e destruição das faces laterais, atague à abóbada. Em resumo: ataque circular completo.

Sonda permanente durante 20 dias.

Sequências operatórias normais.

Resíduo post-operatório: zero.

7-7-932.

Cistografias.

Radiografias da bexiga, após uma carga de 250 c. c. de NaI.

Radiografia I — Decubito dorsal de frente; globo vesical normal com refluxo ureteral esquerdo em tôda a altura da arvore urinária e com pequeno refluxo ureteral direito, que apenas torna visível o bacinete.

Rad. II — Decúbito dorso lateral esquerdo, com a bexiga em repouso. Região do colo normal; colo fechado; vê-se o refluxo esquerdo e o da direita numa pequena extensão.

Rad. III — Na mesma posição da precedente, tendo-se convidado o doente a urinar; o colo está fechado, não havendo possibilidade do doente urinar nesta posição. Colocado o doente nas condições pessoais favoráveis urinou toda a carga de NaI injectada, tendo-se feito o film 4.

Rad. IV — Na mesma posição da precedente mostra uma insignificante quantidade de NaI babando a mucosa e que a sonda não pôde sequer colher.

Êste doente deve ser seguido para ver dos efeitos longínquos da operação sôbre o sector superior do aparelho urinário.

XXX — Adenoma do colo

Doente n.º 5.491, U. h.

J. C. G., 60 anos, sapateiro.

Entrou em 30 de Abril de 1932.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical; divertículo vesical e refluxo vesico-renal direito; resíduo 70 a 100 c. c.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Casado, três filhos saudáveis.

A. P. — Teve várias bronquites. Há mais de 30 anos, contraíu uma uretrite blenorragica e cancos moles.

A. P. — Há cêrca dum ano começou a sentir fenómenos intensos de disúria terminal e a notar que as suas urinas eram turvas. Passado algum tempo começou a sofrer de crises febris, precedidas de arrepios violentos, seguidos de sudação abundante.

As crises, ao princípio espaçadas, acabaram por se tornar freqüentes.

Ultimamente surgiu-lhe hematúria terminal, e a disúria tornou-se intolerável, acompanhada de polaquiúria intensa e dificuldade à micção.

Nunca teve crises de retenção completa.

E. A. — Calibre da uretra — 20.

Prostata — normal ao toque.

Capacidade vesical: — 250 c. c.

Resíduo: — 70 a 100 c. c.

5-5-932.

Urina vesical : — revela a existência de bastante pus, estreptococcus, estafilococcus e bacilos negativos ao Gram.

Coefficiente d'Ambard. . . . $\left\{ \begin{array}{l} K - 0,096 \\ Ur - 0,28 \end{array} \right.$

Reacção de Wassermann — negativa.

10-5-932.

Cistografias.

Radiografias da bexiga após uma carga de 300 c. c. de NaI.

Radiografia I — decúbito dorsal de frente :

Globo vesical de contorno normais, com um volumoso divertículo implantado na parte média do quadrante postero-direito, e com refluxo uretero-renal direito.

Rad. II — Decúbito dorsal, lateral esquerdo, com a bexiga em repouso : a região do colo está regularmente convexa ; o colo está fechado.

O divertículo mostra o seu pedículo.

Rad. III — A mesma posição da precedente, com a bexiga em micção : região do colo umbilicada. Colo aberto ; nos «flous» do globo vesical por contração muscular ; urinou 235 c. c.

Rad. IV — A mesma posição da precedente, feita logo após a micção : marca o resíduo ; existe ainda o refluxo uretero-renal ; o divertículo mantém-se com o mesmo volume, mas o resíduo vesical pròpriamente dito é menor do que o divertículo.

O resíduo foi de 300 — 230 = 70 c. c.

12-5-932.

Exame uretro-cistoscopico. (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se o pavimento do colo deformado pela existência dum tumor saliente.

Sessão de diatermo-coagulação com o pan endoscopio (Mc-Carthy).

Anestesia epidural (6^{gr.},35 de novocaina) — óptima.

Ataque ao pavimento do colo : destruiu-se o tumor e cavou-se uma goiteira ; ataque às duas faces laterais e abóbada.

Na tarde dêste dia, ligeiro arrepio com elevação de temperatura a 38°,2.

Sonda permanente durante 20 dias.

Levantou-se a sonda em 1 de Junho.

Resíduo post-operatório — zero.

7 de Junho de 1932.

Cistografia.

Radiografias da bevinga, após uma carga de 250 c. c. de NaI.

Comparando estas radiografias com aquelas feitas antes do tratamento, vê-se que o refluxo ureteral direito é insignificante (Radiografia I) ; que após a micção o resíduo era igualmente insignificante, tanto na bexiga como no divertículo e media 10 c. c. (Radiografia IV).

XXXI — Adenoma do colo

Doente n.º 4565 U. h.

João Henriques Serrano, de 64 anos, trabalhador.

Entrou em 31 de Março de 1932.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical; retensão completa.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Tem seis filhos saudáveis. Nunca teve doenças importantes, nem venereas, nem sífilíticas.

H. P. — Há bastantes meses que sofre de polaquiúria noturna. Ultimamente começou a ter dores no ventre, dificuldade acentuada em urinar e polaquiúria mais intensa. Em seguida declarou-se a retensão completa e neste estado entrou no hospital.

E. A. — Não urina uma gota.

Tem 20 de calibre, e 19 cm. de comprimento da uretra.

A próstata está aumentada, tem consistência adenomatosa, não se limita em cima, mas limita-se dos lados e em baixo, e sente-se por palpação e toque.

4-4-932.

Análise sumária da urina — boa eliminação de ureia e cloretos. Vestígios de albumina, e sem outros elementos anormais.

9-4-932.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

13-4-932.

Coefficiente d'Ambard. . . $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,28 \\ \text{C} - 12,44 \\ \text{D} - 21,93 \\ \text{H} - 1632 \end{array} \right. \quad \text{K} - 0,061$

14-4-932.

Prova da fenol-sulfona-ftaleína

Injecção intra-muscular de 6 mgrs.

1.ª hora — V — 70 F. S. F. — 0,0017

2.ª hora — V — 100 F. S. F. — 0,0025

Total — 0,0042

Boa eliminação.

15-4-932.

Tenções arteriais

Mx	.....	13
Mn	.....	7
P	.....	6
I	.....	3

Prova da poliúria experimental

1. ^a 1/2 hora.	20 cc
2. ^a 1/2 "	40
3. ^a 1/2 "	260
4. ^a 1/2 "	160
5. ^a 1/2 "	100
6. ^a 1/2 "	100
Total.	690 cc

Radiografia n.º 6182.

Teleradiografia do tórax feita de pé com iluminação posterior realizada a dois metros de distância: mostra a sombra cardíaca pequena, sem alterações de forma ou volume. A sombra do pedículo vascular está uniformemente alargada, não só à custa da aorta ascendente, mas também da descendente. A crossa da aorta mostra uma ligeira dilatação. O aspecto radiográfico do pedículo vascular traduz um processo de aortite.

Exame radiológico n.º 6248.

Radiografias da bexiga feitas após a injeção dum soluto opaco de iodeto de sódio, carga 200 cc.

Radiografia n.º 1 — Doente colocado em decúbito dorsal de frente, bexiga em repouso. Mostra o globo vesical com forma e contornos normais, e o colo está levemente entre-aberto. Não há refluxo vesíco-renal.

Radiografia n.º 2 — Doente colocado em decúbito dorso-lateral esquerdo. Bexiga em repouso. Observa-se da mesma forma um globo vesical de contornos regulares e colo levemente entre-aberto.

Radiografia n.º 3 — Tendo-se convidado o doente a urinar não conseguiu eliminar uma só gota. Retenção completa. O film mostra que o colo se fechou completamente, tomando mesmo a imagem a êste nível uma configuração rectilínea.

Êste caso demonstra bem que o esforço feito por êste doente para urinar, fechou completamente o colo, que aliás em repouso estava ligeiramente entre-aberto.

3-5-932.

Urina vesical: contém pus bastantes bacilos negativos ao Gram e bastantes estreptococcus.

4-5-932.

Uretrocistoscopia (Mc-Carthy), modelo Drapier.

Nota-se o colo deformado pela existência duma barra e de dois adenomas laterais.

1.^a sessão de diatermo-coagulação com o pan-endoscope (Mc-Carthy).

Anestesia epidural (0,30 grs. de novocaína). Boa anestesia.

Secção da barra; ataque circular violento.

Sonda permanente durante 20 dias.

Seqüências operatórias, normais.

Resíduo post-operatório, 50 a 70 cc.

30 5-932.

2.^a sessão de diatermo-coagulação; com anestesia epidural.

Ataque circular; destruição de pequenas excrescências adenomatosas existentes na vertente anterior do colo. Aperfeiçoamento da goteira feita na primeira sessão.

Duração da sessão — 4 minutos.

Sonda permanente durante 12 dias.

Seqüências operatórias normais.

Resíduo post-operatório — zero.

A micção faz-se normalmente.

Desapareceu a polaquiúria, permanecendo o doente cinco a seis horas sem necessidade de urinar.

XXXII — Colo em barra

Doente n.º 8908 (Consultório).

J. F. O., 48 anos, S. João da Pesqueira.

Diagnóstico: — Colo em barra.

Tratamento: — diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Nunca teve doenças venéreas nem sifilíticas. Foi sempre saudável.

H. P. — Há dois anos que tem disúria, custando-lhe bastante a urinar.

E. A. — As dificuldades da micção acentuaram-se nestes últimos tempos; o jacto tornou-se fino e a sua amplitude diminuiu simultaneamente.

Consultou muitos médicos que o trataram com diversos medicamentos: diuréticos, antisépticos, etc. Dilatarem a uretra e fizeram outros tratamentos locais, sem que daí adviesse qualquer resultado favorável ao doente.

Exame urológico:

Calibre da uretra — 20.

Próstata normal; capacidade vesical — 250 cc.

Resíduo: — 10 cc.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy), modelo Drapier. Observa-se uma pequena barra.

Em 16-5-1931 fêz-se a primeira sessão de diatermocoagulação, sobre a barra somente, com aquele instrumento.

Em 30-5-931 fêz-se um segundo ataque; agora circular e ligeiro.

O doente saiu curado.

Urina bem: jacto grosso e de amplitude normal.

Resíduo: — Zero.

Há pouco tempo tive notícias deste doente: tem passado bem e nunca mais sentiu dificuldades à micção.

XXXIII — Adenoma do colo

Doente n.º 5493, U. h.

António Pereira Rui, de 60 anos, cauteleiro.

Entrou em 5 de Maio de 1932.

Diagnóstico: — Adenoma do colo vesical; resíduo 400 cc.

Tratamento: — Diatermocoagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Teve duas uretrites blenorragicas há cerca de 20 anos, e, mais tarde cancros moles complicados de adenite inguinal.

H. P. — Há perto de 10 anos começou a sofrer de polaquiúria, hematuria terminal e a ter dificuldade em urinar. Ao mesmo tempo notava que as urinas eram muito turvas; isto levou-o a consultar-nos.

Fizeram-se então as seguintes análises:

3-8-923.

Urina vesical: — Contem muitíssimo pus e bastantes bastonetes negativos ao Gram.

Urina do rim direito: — Contem muitíssimo pus e muitíssimos bastonetes negativos ao Gram. Ureia — 7,8 grs. por litro.

Urina do rim esquerdo: — Não contem pus, mas contem muitíssimos bastonetes negativos ao Gram. Ureia — 4,6 grs.

Andou durante algum tempo em tratamento, fazendo lavagens à bexiga, e aos bacinetes, fazendo injeções de vacinas, tendo saído do consultório melhorado.

Voltou em 24-11-929 queixando-se de grande polaquiúria; fêz-se-lhe durante algum tempo, novamente, lavagens vesicais e então constatou-se que havia um resíduo que variava entre 50 e 70 cc. Depois disto tem sofrido sempre mais ou menos de polaquiúria, dificuldade em urinar e uma ou outra vez hematuria terminal. O jacto urinário não tinha o alcance nem o calibre normal; era delgado e projectava-se quasi perpendicularmente. Foi isto que o levou a hospitalizar-se.

E. A. — Calibre da uretra — 20.

Próstata; normal para a idade.

Resíduo — 400 cc.

Reacção de Wassermann — Negativa.

Cistografias.

Radiografia da bexiga após uma carga de 250 cc. de iodeto de sódio n.º 6338.

Radiografia n.º 1 — Doente colocado em decúbito dorsal e visto de frente; vê-se o globo vesical com a forma e os contornos normais, com refluxo renal insignificante, especialmente à esquerda e sem impregnação dos ureteres.

Radiografia n.º 2 — Doente colocado em decúbito dorsal lateral esquerdo: em repouso vê-se o colo fechado.

Radiografia n.º 3 — Doente colocado em decúbito-dorso-lateral esquerdo: durante a micção o colo umbilica-se e abre-se.

O doente urinou 170 cc.

Resíduo: — 80 cc.

Radiografia n.º 4 — Doente colocado na mesma posição: vê-se a mancha do resíduo e o colo fechado.

16-5-932.

Exame uretro-cistoscópico (Mc. Carthy, modelo Drapier).

Nota-se o colo deformado pela presença de dois grandes lóbos laterais e duma barra saliente. A vertente anterior do colo está muito alongada.

18-5-932.

Sessão de diatermocoagulação.

Anestesia epidural (0,30 grs. de novocaína). Boa anestesia.

Secção da barra; ataque aos dois lóbos laterais e ataque circular.

Pequena hemorragia que cedeu a uma aplicação local de zimema.

Elevação vespéral de temperatura durante 3 dias respectivamente a 38°,8, 38°,4 e 37°,8.

Sonda permanente durante 20 dias.

Retirada a sonda verificou-se que urinava sem dificuldade, jacto grosso e amplo. Não há polakiúria.

Resíduo post-operatório: — 10 cc.

XXXIV — Incontinência devida a espinha bífida

Doente n.º 5105 U. h.

José Augusto Raposo, de 12 anos, natural de Vila Real.

Entrou em 19 de Maio de 1932.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Sem importância.

H. P. — Diz que há 3 para 4 anos começou a perder involuntariamente as urinas, quer de dia quer de noite.

E. A. — Apareceu na consulta com incontinência, saindo as urinas pela uretra sem êle sentir e só dando por isso por o vestuário se encontrar molhado. Uma vez sondado, encontrou-se um resíduo de 120 cc. A incontinência observada é, pois, devida à retenção.

Calibre da uretra: — 16.

Calibre vesical: — 120 cc.

Urinas turvas.

Reacção de Wassermann: — Negativa.

Urina colhida asepticamente da bexiga: — Contem pus e muitos bacilos negativos ao Gram.

$$\text{Coeficiente d'Ambard} \cdot \left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,21 \\ \text{C} - 8,4 \\ \text{D} - 10,20 \\ \text{H} - 1200 \end{array} \right. \quad \text{K} - 0,0056$$

Prova da Fenol-sulfono-ftaleína: — Boa eliminação.

Exame radiológico n.º 6.454. *Radiografias da bexigaa* pós uma carga de 90 c. c. de iodeto de sódio (Estampa XVIII).

Radiografia n.º 1 — Decúbito dorsal visto de frente:

A bexiga apresenta contornos muito irregulares, sem refluxo ureteral e com o colo largamente aberto, sob a forma cónica, de base superior.

Radiografia n.º 2 — Decúbito dorso-lateral esquerdo, com a bexiga em repouso:

Observa-se a região do colo com a mesma forma cônica e o colo totalmente aberto. O esfíncter externo está completamente fechado, por incontinência, tendo passado através dêle algum soluto de iodeto de sódio. O doente não pode suportar muito tempo esta carga e entrou em micção, que foi apenas de 10 c. c.

Radiografia n.º 3 — O doente na mesma posição da precedente, com a bexiga em micção:

O colo ficou imóvel, sempre aberto. O esfíncter externo contraído como na radiografia n.º 2, tem o seu débito diminuído, vendo-se apenas um delgado fio de soluto opaco percorrer o canal.

Radiografia n.º 4 — O doente ainda na mesma posição da radiografia precedente, logo após a micção:

A imagem do colo continua sendo a mesma, conservando-se sempre aberto; o esfíncter externo está fechado.

Em conclusão: doente em retensão, com o colo permanente aberto.

Regorgitação. Incontinência.

Radiografia da coluna lombo-sagrada tirada de frente, n.º 6.454.

Revela um caso de espinha bífida oculta que neste exemplo se traduz por uma solução de continuidade para mediana do arco posterior da quinta vértebra lombar, e um adelgaçamento do arco posterior da primeira sagrada, que todavia está unida.

XXXV — Incontinência devido à espinha bífida

Doente n.º 5.107, U. h.

Alberto Adriano, de 22 anos, sapateiro.

Entrou em 6 de Dezembro de 1930.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Sem importância. Nunca teve doenças venéreas nem sífilíticas.

H. P. — Desde creança que perde involuntariamente as urinas.

E. A. — Veio à consulta com incontinência de urina. Uma vez sondado, encontrou-se um resíduo de 700 c. c.

Incontinência com retenção.

Calibre da uretra — 20.

Urina colhida aspticamente na bexiga não contém pus nem bactérias

Resíduo variável: — 50, 100, 200, 400 c. c.

Reacção de Wassermann — negativa.

Radiografia da coluna lombo-sagrada (n.º 3.417).

Revela um caso de espinha bífida oculta, traduzido no exemplar presente, por uma solução de continuidade lateral direita do arco posterior da 5.ª lombar, e uma diminuição da espessura dos 3 primeiros arcos posteriores do sacro, e que não obstante estarem unidos, alargam consideravelmente o canal sagrado.

Exame uretro-cistoscópico (McCarthy, modelo Drapier); observa-se o

pavimento do colo de superfície regular e um pouco levantado; a abóbada de contornos rectilíneos; o verumontano bifido.

Como experiência fiz neste doente uma sessão circular de diatermo-coagulação. Os resultados obtidos foram nulos, pois que o resíduo manteve-se o mesmo, permanecendo à volta de 200 c. c. Esta experiência foi, aliás, feita sem a menor esperança de successo. Estes doentes são medulares. Estão fora da nossa técnica.

XXXVI — Adenomas do colo

Doente n.º 5.102, U. h.

J. S. O., 80 anos, entrou na clínica em 12-4-931 e saiu a 27 de Julho do mesmo ano.

Diagnostico — Dois adenomas das faces laterais e um do pavimento do colo; retensão completa.

Tratamento — Diatermo-coagulação.

Resultado — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Casado, tem 6 filhos saudáveis. Sofre de bronquite crónica. Não tem passado venéreo nem sífilítico.

H. P. — Há aproximadamente dois anos que começou a sofrer de poliquiúria cada vez mais acentuada, sobretudo de noite e ao mesmo tempo dificuldade em urinar, sendo necessário para isso, empregar um esforço considerável, e, mesmo assim, o jacto era delgado e quasi vertical. Esta sintomatologia foi-se agravando progressivamente, até que, no dia 6-4-931, após um jantar copioso, ficou em retensão completa, sendo necessário fazer-lhe cateterismo para evacuar a bexiga. Desde então não voltou mais a urinar espontaneamente.

E. A. — Retensão completa,

Comprimento da uretra — 21 cm.

Prostata — muito volumosa; sem sulco médio; consistência adenomatosa; não se limita em cima; é móvel; sente-se bem por palpação e toque.

Reacção de Wassermann — negativa.

Tensões arteriais

Mx.	15
Mn.	7,5
p	7,5
I	12

Prova da fenol-sulfono-ftaleina

(injecção intra-muscular de 0,8r.006.

Eliminação — 0,8r.0037.

Prova da poliúria provocada

1. ^a 1/2 hora	30 ^{oo}
2. ^a 1/2 hora	30
3. ^a 1/2 hora	60
4. ^a 1/2 hora	150
5. ^a 1/2 hora	200
6. ^a 1/2 hora	260
Total	730 ^{oo}

Coeficiente de Ambard. . . . .	|	Ur — 0,67	K — 0,15
		C — 22,6	
		D — 19,5	
		P — 65	
		H = 864	

Rxame radiográfico do coração e grossos vasos:

Radiografia n.º 1.278. — Tele-radiografia do torax feita com iluminação posterior a 2 m. de distância :

Mostra a sombra cardíaca de muito pequeno volume, sem que qualquer das suas cavidades esteja aumentada. O pedículo vascular mostra-se um pouco alargado, mas duma maneira uniforme, sem dilatação da crossa da aorta, com uma grande densidade, o que deve corresponder a fenómenos de esclerose arterial.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy, modêlo Drepier).

Mostra a existência de dois adenomas nas faces laterais e um no pavimento do colo.

26-5.

1.^a sessão de diatermo-coagulação.

30-6.

2.^a sessão de diatermo-coagulação.

Teve alta com resíduo zero.

Visto ultimamente, êste doente conserva o mesmo estado : resíduo zero.

XXXVII — Colo em barra

Doente n.º 744 Q. I.

J. M. J., 72 anos, proprietário.

Entrou em 13 de Abril de 1932.

Diagnóstico: — Colo vesical em barra ; resíduo — 250 c. c.

Tratamento: — electro-coagulação.

Resultado: — curado.

A. H. — Sem importancia

H. P. — Sempre saudável.

H. P. — Há cerca de 40 anos contraíu uma uretrite blenorragica que foi maltratada, chegando a ter fenómenos de cistite aguda depois do uso de injeções cáusticas.

Decorridos alguns anos apareceram-lhe infiltrações peri-uretrais, uma das quais supurou, sendo por isso operado em 1905. A partir de então começou a sentir dificuldade de urinar, sendo operado uma vez de uretrotomia externa e duas vezes de uretrotomia interna. As melhoras que estas intervenções lhe trouxeram foram passageiras. Ultimamente, como a dificuldade em urinar se acentuasse, fêz dilatações da uretra; mas, a pesar do calibre haver atingido um número elevado da feira, reconheceu que a dificuldade em urinar permanecia precisamente a mesma. Resolveu por isso vir à consulta.

E. A. — *Calibre da uretra* — 25.

Prostata — normal ao toque.

Resíduo — 250 c. c.

Reacção de Wassermann — negativa.

$$\text{Coeficiente de Ambard} \dots \begin{cases} \text{Ur} - 0,33 \\ \text{C} - 10,26 \\ \text{D} - 63,03 \\ \text{H} - 6,144 \end{cases} \quad \text{K} - 0,049$$

15-5-932.

Exame uretro-cistoscópico. (Mc. Carthy, modelo Drapier).

Observam-se muitas colunas na bexiga, e o pavimento do colo deformado por uma grande barra.

Sessão de diatermo-coagulação. Pan-endoscope Mc.-Carthy.

Anestesia epidural.

Fêz-se a secção da barra e um ataque circular ao colo.

Sonda permanente durante 20 dias.

Resíduo post-operatório 15 c. c.

XXXVIII — Adenoma da face lateral direita do colo

Doente n.º 3.491. Consultório.

A. R. S., de 66 anos, veio à consulta em 14 de Janeiro de 1931.

Diagnóstico: — Pequeno adenoma da face lateral direita do colo.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado.

A. H. — Sem importância.

A. P. — em 3 de Abril de 1923 (ficha n.º 3.491), veio ao consultório, dizendo que sofria dos rins e bexiga, e que há mais de 20 anos tinha um corrimento uretral.

Feito o exame urológico verificou-se que êste doente tinha um aperto filiforme. Foi tratado pelo método das dilatações, com velas de goma, e saú do consultório com calibre 30, que se manteve até agora.

E. A. — Em 14-1-931, voltou ao Consultório em estado grave, dizendo que não podia urinar, que sentia dores na região lombar, na região hipogás-trica, um grande mal-estar, etc.

Verificou-se que havia uma retenção de 1.150 c. c.

O calibre da uretra era normal, pois passava livremente um explorador n.º 29. Comprimento da uretra — 25 cm.

A próstata era normal ao toque.

Feita a *reacção de Wassermann* verificou-se que era positiva forte. Entretanto, o doente declara que nunca teve o cancro duro. É feito um exame neurológico cuidadoso pelo Dr. Correia de Oliveira que declara que tudo é normal neste departamento.

É feito um exame oftalmológico pelo Dr. Júlio Machado que nada encontra no aparelho ocular.

É avaliado o poder contrátil do detrussor que se apresenta normal.

Exame cistoscópico — bexiga com paredes normais, orifícios ureterais nítidos, sem colunas, rede vascular perfeita. Não há relêvo da próstata e o colo parece normal.

Exame uretro-cistoscópico. (Instrumento de Mc-Carthy, modelo Drapier).

Vêm-se os orifícios dos ureteres e o colo; porém, na face direita dêste, observa-se nitidamente a existência dum pequeno adenoma. Retirando um pouco mais o instrumento vê-se o verumontano normal.

Fizeram-se no consultório duas sessões de diatermo-coagulação sobre este pequeno tumor. Simultâneamente é feito o tratamento anti-sifilítico.

O doente saiu curado.

Resíduo 5 c. c.

XXXIX — Colo em barra

Doente n.º 5501, U. h.

António Gonçalves, de 37 anos, trabalhador.

Entrou em 14 de Maio de 1932.

Diagnóstico: — Colo em barra. Calculose renal dupla.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado da retenção.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Não acusa passado venéreo nem sifilítico.

H. P. — Diz o doente que em 13 de Janeiro de 1920, súbitamente, lhe apareceu uma cólica nefrítica, à direita, com irradiação vesical, acompanhada de uma certa retenção de urina. Horas depois do aparecimento da dor, houve hematúria total.

Decorridos 3 dias, tudo desapareceu, para novamente surgir um mês depois. E durante um ano, todos os meses reapareciam estes fenómenos.

Refere mais o doente, que estas dores eram atenuadas pelo repouso.

Até 1923, passou relativamente bem, somente com duas ou três cólicas nefríticas. Nesta data, partiu para França onde estas perturbações aumentaram de intensidade, notando então o doente que na urina se encontravam ligeiras concreções brancas que se desagregavam facilmente. Este estado de coisas manteve-se até 1931, ano em que, por virtude de uma violenta cólica nefrítica, foi internado no hospital de Necker, sendo mais tarde operado pelo Prof. Legueu.

Eis a cópia da carta que, dêste distinto professor, recebemos sobre este caso clínico.

«D'abord il avait un calcul dans la vessie pour le quel je lui fait une lithotritie; mais il presentait une grosse dilatation du rein droit et de l'uretère; il a d'ailleurs deux uretères de ce côté, mais comme le rein était très bon je n'ai pas osé lui supprimer ce rein du côté droit, pensant que les phénomènes de dilatation n'étaient pas encore irréparables.

«Quoi qu'il en soit, il y a eu là une lacune voulue d'ailleurs, mais qui peut laisser à la maladie le temps d'évoluer et de s'aggraver, le rein n'a pas été enlevé». Prof. Legueu.

E. A. — O doente voltou em seguida para Portugal e passou muito bem até Maio de 1932, data em que surgiram de novo as cólicas, mas agora do lado esquerdo.

Ao mesmo tempo sentia peso na região hipogástrica, e polaquíúria.

Por estes motivos veio à consulta.

Exame urológico.

Calibre da uretra — 20, passa livremente;

Próstata — normal ao toque.

Resíduo: — 140 cc. à entrada. Depois, oscilou entre 60 cc. e 140 cc.

13-5-93 .

A urina colhida asepticamente da bexiga contém muitos glóbulos de pus, raros glóbulos de sangue, células epiteliais redondas, raros bacilos negativos ao Gram.

Ureia — 11,07. Albumina — 0,30.

Análise sumária da urina: — Contem 0,30 de albumina, pus, e mais nada digno de menção.

18-5-932.

Prova da fenol-sulfono-ftaleína

Injecção intra-muscular de 6 mgr.

1.^a hora — V — 159^{cc} S. F. S. — 0,0012

2.^a hora — V — 120 S. F. S. — 0,0016

Total — 0,0028

Eliminação fraca.

19-5-932.

Coefficiente d'Ambard . . . $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,55 \\ \text{C} - 8,96 \\ \text{D} - 33,33 \\ \text{P} - 69 \end{array} \right. \text{K} - 0,12$

A urina colhida por cateterismo do rim direito contém algum pus, raros glóbulos vermelhos, alguns bacilos negativos ao Gram. Cristais de fosfato de amónio e magnésio. Ureia 13, 16.

Cataterizado o rim esquerdo, a sonda subiu a 15 cm. Não deu urina, mas ao lado dela via-se sair um líquido turvo.

Êste doente é poliúrico: urina em média, 3 litros por dia; chegando mesmo a atingir a elevada cifra de 4,500 nas 24 horas.

21-5-932.

Reacção de Wassermann. — Negativa.

17-5-932.

Exame cistoscópico — Bexiga com colunas e hiperhemíada.

Exame uretrocistoscópico — (Mc-Carthy modelo Drapier). Observa-se o colo levantado, formando um ângulo obtuso. Colo em barra. Faces laterais rígidas. Abóbada angular.

Radiografia n.º 6372.

Cistografias — Carga 600 cc. de soluto de iodeto de sódio.

Rad. n.º 1 — Decúbito dorsal, de frente.

Bexiga muito volumosa, de contornos regulares e sem refluxo. As sombras renais mostram várias manchas de fraca densidade, de cálculos ou de encrustações calcáreas.

Rad. n.º 2 — Decúbito dorsal, lateral esquerdo, com a bexiga em repouso: região do colo-normal; está fechado.

Rad. n.º 3 — A mesma posição da precedente, bexiga em micção: observa-se a bexiga em contracção, o colo aberto e a uretra empregnada de soluto de iodeto de sódio. A micção foi de 500 cc.

Rad. n.º 4 — A mesma posição da precedente marca o resíduo de 100 cc. Neste film vê-se que houve um pequeno refluxo bilateral.

19-5-932.

Sessão de diatermo-coagulação (Pan endoscope Mc-Carthy).

Anestesia epidural (0,30 de novocaína).

Corte da barra; corte das faces laterais e abóbada. Destruição circular. Sequências operatórias — sem o menor incidente. Ao fim de 20 dias evantou-se a sonda.

Resíduo: — Zero.

Rad. n.º 6540. Depois da operação.

Cistografias: — Carga 250 cc. de soluto de iodeto de sódio.

Rad. n.º 1 — Decúbito dorsal, de frente. Bexiga ovóide com divertículo latero-posterior direito e com pequeno refluxo ureteral do mesmo lado, mas apenas na porção terminal do uréter.

As sombras renais mostram os cálculos, que já são do nosso conhecimento; mas há a notar que, dos três volumosos cálculos direitos, o mais interno (vidé Rad. 6372-1), desceu até ao nível da asa do sacro.

O divertículo e o refluxo agora revelados, não foram constatados anteriormente, porque a carga volumosa então praticada, encobria estas duas imagens de adição.

Rad. n.º 2 — Na mesma posição da precedente, após o doente ter sido convidado a urinar: mostra que todo o soluto de iodeto de sódio foi eliminado, sendo portanto o resíduo igual a zero.

Este doente foi visto no dia 22 de Junho; tem passado muito bem.

XL — Colo em barra

Doente n.º 762, Q. 1.

M. C. C. N., de 52 anos, proprietário.

Entrou em 1 de Maio de 1932.

Diagnóstico: — Coló vesical em barra. Calculose renal dupla.

Resíduo: — 200 cc.

Tratamento: — Diatermo-coagulação.

Resultado: — Curado da retenção.

A. H. — Sem importância

A. P. — Sem interêsse. Não há antecedentes venéreos nem sífilíticos.

H. P. — Em 1928, súbitamente, teve a primeira cólica nefrítica à esquerda, não muito violenta, não sendo acompanhada de temperatura e durando aproximadamente 10 horas. Depois do intervalo de alguns meses teve uma nova cólica, em tudo semelhante à anterior. A esta, outras se sucederam, separadas por grandes e variáveis intervalos de acalmia. Em 1929 começou a ter cólicas semelhantes à direita, que se repetiram. Notou então, pela primeira vez, nessa mesma época, que as urinas eram turvas, deixando um espesso depósito pelo repouso. Nesse mesmo ano expulsou um cálculo do tamanho de um grão de milho, tendo então hematórias totais pela primeira vez. Expulsou depois disso mais algumas pequenas pedras, que quasi sempre eram acompanhadas de hematuria. Ultimamente as cólicas têm aumentado de intensidade e duração.

Daí resultou o facto do doente se apresentar na nossa consulta.

Doente poliúrico: urina para cima de 2 litros nas 24 horas.

E. A. — Resíduo — oscila entre 30 cc. e 150 cc.

2-6-932.

Urina colhida asepticamente da bexiga: — Contém pus, raros globulos de sangue, raros diplococcus e muitos bacilos negativos ao Gram. Albumina 1^{er},5 por litro.

4-5-932.

Urina do rim direito: — Contém rarissimo pus, alguns glóbulos de sangue e muitos diplococcus positivos ao Gram. Ureia 15^{er},8.

10-5-932.

Urina do rim esquerdo: — Contém pequena quantidade de pus, alguns glóbulos de sangue e muitos diplococcus positivos ao Gram. Ureia 8^{er},84.

12-5-932.

Coefficiente d'Ambard... $\left\{ \begin{array}{l} \text{Ur} - 0,90 \\ \text{C} - 15,39 \\ \text{D} - 36,9 \\ \text{H} - 2400 \end{array} \right. \text{K} - 0,165$

Poliúria Experimental

1. ^a 1/2 hora	.....	60 ^{cc}
2. ^a 1/2 »	.....	80
3. ^a 1/2 »	.....	110
4. ^a 1/2 »	.....	120
5. ^a 1/2 »	.....	90
6. ^a 1/2 »	.....	70
Total.	.....	530

18-5-932.

Prova da fenol-sulfono-ftaleína — (injecção intra-muscular de 6 mgr.).

1. ^a hora — V — 147 ^{cc}	F. S. F. — 0,0016
1. ^a hora — V — 150 ^{cc}	F. S. F. — 0,0018
Total — 0,0034	Eliminação regular.

Radiografia n.º 2105.

Cistografias — Carga 480 c. c. de soluto de iodeto de sódio.

Rad. I — Decúbito dorsal de frente :

Globo vesical esferoide, de contornos regulares e sem refluxo; na sombra renal esquerda vêem-se duas sombras de cálculos; na direita outras duas, de densidade menor do que as do lado oposto, sendo cálculos em via de nitida visualização.

Rad. II — decúbito dorsal, lateral esquerdo, com a bexiga em repouso. O colo está fechado.

Rad. III — na mesma posição da precedente, tendo-se convidado o doente a urinar: o colo está aberto mas a sua permeabilidade está diminuída. O canal uretral é sinuoso e reduzido de calibre.

O seu estudo, porém, não nos interessa presentemente. O doente urinou 275 c. c.

Rad. IV — Na posição da precedente:

Marca o resíduo igual a 205 c. c. O colo está fechado; uma gota de soluto de iodeto de sódio ficou na uretra posterior.

12-5-932.

Exame uretro-cistoscópico (Mc-Carthy, modelo Drapier).

Nota-se o colo deformado pela presença duma barra. A abóbada é um pouco angular.

20-5-932.

Sessão de diatermo-coagulação (Pan endoscope Mc-Carthy).

Anestesia epidural (0,30 de novocaína).

Secção da barra e ataque circular.

Hemorragia — nula.

Sonda permanente durante 20 dias.

Resíduo post-operatório = zero.

Radiografia 2179. Depois da operação.

Cistografia — carga vesical 300 c. c. de soluto de iodeto de sódio.

Radiografia n.º I — Decúbito dorsal de frente: globo vesical de contornos normais, sem refluxo uretral.

Rad. II — Na mesma posição da anterior, mas depois do doente ter urinado: mostra uma pequena quantidade de soluto de contraste, medindo 15 cc. e marcando o residuo.

Tivemos notícia d'êste doente no dia 22 de Junho: tem passado sempre muito bem.

Considerações sôbre os doentes n.ºs 5001 U. h. e 762 Q. I. Observações XXXIX e XL.

Trata-se de dois calculosos renais, com lesão dupla e colo em barra.

Em nossa opinião o estado renal deriva da lesão do colo. O que vai acontecer depois de restabelecido o equilibrio funcional, como resultante da diatermo-coagulação do colo?

É cedo para responder. Entretanto, sempre diremos que mal iria ao doente n.º 5501, U. h. se o Prof. Legueu o houvesse nefrectomizado

É reparar como estes doentes são poliúricos, como os seus rins respondem em conjunto às perturbações dinâmicas derivadas de lesões oriundas do colo vesical!

Cada vez nos convencemos mais que em matéria de cirurgia renal, a boa doutrina é aquela que nos guia num sentido tão conservador quanto possível. Foi o que defendemos no último Congresso Espano-Português de Urologia e é aquilo que ainda hoje reputamos mais prudente e mais científico.

XLI — Afecção do colo vesical

Doente n.º 5652, U. m.

Teresa Pires, de 65 anos, doméstica.

Entrou em 11 de Março de 1932.

Diagnóstico: — afecção do colo vesical. Retenção completa.

Tratamento: — excisão do colo por via hipogástrica.

A. H. — Sem importância.

H. P. — É sífilítica há mais de 30 anos; tem-se tratado regularmente nas consultas externas d'êste Hospital.

H. P. — Há aproximadamente 14 ou 15 anos, começou a sofrer de polaquíúria, disúria e hematuria terminal, notando ao mesmo tempo que as urinas se apresentavam muito turvas, deixando um depósito abundante.

Deu então entrada nesta Clínica pela primeira vez, tendo-lhe sido feitas lavagens vesicais. Melhorou e teve alta depois de três meses de tratamento.

Decorrido meio ano, começou a notar que não urinava com aquela facilidade com que até então o fazia: o jacto tornou-se delgado, quasi em fio. Em virtude disto, as micções eram demoradas, levando por vezes um quarto de hora a esvasiar a bexiga.

Por estes motivos começou a frequentar a consulta externa de Urologia, onde lhe eram feitas lavagens vesicais com diversos antisépticos.

Assim foi vivendo, com alternativas, ora melhor ora peor, até que há três

anos ficou pela primeira vez em retenção completa, tendo necessidade de ser cateterizada. Após êsse cateterismo voltou a urinar, embora sempre com dificuldade e com dores.

Decorridos alguns meses, surgiu uma segunda crise de retenção, sendo de novo cateterizada e de novo ficando a urinar espontâneamente, embora com esforço.

Há cerca de dois meses, porém, as crises de retenção começaram a tornar-se mais freqüentes, a ponto de a obrigarem a recorrer à consulta, primeiro de tempos a tempos, e últimamente todos os dias, por não conseguir urinar espontâneamente.

Foi isto que a levou a hospitalizar-se mais uma vez.

E. A. — Retensão completa.

Capacidade vesical — 100 c. c.

A urina colhida asepticamente da bexiga mostra a existência de pus, cocus e bacilos positivos ao Gram.

Reacção de Wassermann — Negativa.

Análise sumária da urina — Além do pus e da albumina devida à presença daquele, nada mais se encontrou de anormal.

Tensões arteriais: — Índice oscilométrico menor do que um.

Exame cistoscópico: — Lesões intensas de cistite; não há cálculos; nota-se a presença de um fragmento de sonda.

Como existia um corpo estranho, seguimos a via hipogástrica, no tratamento cirúrgico indicado.

11-4-1932.

Operação: — Raquianestesia.

Cistotomia: — Extracção do fragmento de sonda: extirpação do colo vesical; mexa de gaze servindo de tampão e drenagem supra-púbica.

Seqüências operatórias: — Normais.

Decorridos 25 dias, cateterismo uretral e supressão da drenagem supra-púbica.

Supressão da sonda uretral. A doente urinou bem. Resíduo — zero.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARRAN et MOTZ (J.) — « Contribution à l'étude de l'anatomie Macroscopique de la prostate hypertrophiée. Travail de la Clinique du Prof. Guyon à l'Hopital Necker ». *Arch. des mal. des org. urin.* Tome xx, 1902.
- ALESIO C. — « Sul fondamento anatomico della cosiddetta malattia del collo vescical ». *Atti Soc. Ital. Urologia*, 1929.
- ANDRAIN — *Revue générale sur l'anatomie macroscopique du sympathique abdominal. Applications chirurgicales.* Thèse de Lyon, 1927.
- ANGELO DA FONSECA e MORAIS ZAMITH — « Sobre a anestesia epidural ». *Arquivos das Clinicas Cirúrgicas.* Tômno 1, 1928.
- ARTHAUD et DUPRAT — « Notes sur l'innervation de la vessie ». *Société de Biologie*, 1887.
- ARTHUS — *Précis de Physiologia*, 1912.
- BARRINGTON — *The mecanism of mixturation*, 1921.
- BARTRINA (de Barcelona). *Presse Médicale*, 1925.
- BAYLISS — *Principles of Physiology*, 1921.
- BELL (C.) — « Account of the muscles of the ureters and their effects in the irritable states of the bladder ». *Med. chir. Transactions*, viii, p. 171-191, 1812.
- BERGIER — *Contribution à l'étude anatomique du plexus hypogastrique de chez la femme.* Thèse de Lyon, 1919-1920.
- BERNARD (R.) et THÉODORESCO — « La résection du nerf dit présacré (Plexus hypogastrique supérieur d'Hovelaque ». Travail de la Salpêtrière. Prof. Gonet. *Journal de chirurgie.* Tômno xxi, 1928, p. 340.
- BLANCHOT — « Sur un cas de stenose du col vesical ». *Bulletin de la Soc. Française d'Urologie.* Bordeaux, 1928.
- BOLESTAS MOTZ — *Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate.* Thèse de Paris, 1896.
- BORETTI (C.) — « Malformazioni congenite del collo vascolare e disturbi disurici secondari. *Ibid.*, 1927.
- BOYER — *Nouvelles recherches sur l'innervation de la vessie.* Thèses de Lyon, 1904.
- BRUNI (C.) — *Ein Fall von Blasenhämorrhoiden ecc.* *Monatsberichte Harn u. Sexualapp.*, vol. 1, n.º 9, 1897.
- BUGHEE — « The Urologic and Cutaneous Review ». New York, 1913. (A alta preferência em certos casos de obstrução do colo).
- CAMUS et ROUMY — « Les syndromes hypophysaires ». *Revue Neurologique*, 1922, p. 622.

- CAMUS et ROUMY — «Polyurie et Polydipsie par lésions nerveuses expérimentales. *Soc. Biol.* Janvier, 1914.
— — *Localisation anatomique à la base du cerveau.*
- CAULK — «Obstructive Lesions of the prostate». *The Journal of the American Medical Association*, 1930.
— — «Progress in the surgery of prostatic obstruction». *The Journal of the Tennessee State Medical Association*, 1927.
— — «A New Method of removing the Median bar Type of Prostatic obstruction». *The Journal of the Missouri State Medical Association*, 1921.
— — «Problems of bladder Neck Obstruction». *The Southern Medical Journal*, 1928.
- CH. CHETWOOD — «A review of the subject of stenosis of the neck of the Bladder, embracing the titles of Contractures, Sclerosis and Bars.» *Trans. of the Amer. Ass. of Gen. Ur. Surgeons*, 1925, XVIII, p. 83.
- CHARLES HARPSTER — «Some unusual obstructions at the vesical Neck». *The Urologic and Cutaneous Rev.* W. 1924.
- CHWALLA — *Die Starre des inn. Blasenschliessmuskels ecc. (30 casi operati)*, Brun's Beitr., v. 57, 1929.
- CLYDE COLLINGS — «Electrotome excision of prostatic bar». *The Journal of the American Medical Association*, 1928.
— — «Surgical Diathermy in Urology». *The Medical Times*, 1930.
— — «Fibrous obstruction of the vesical Outlet». *The New England Journal of Medicine*. July 1930.
— — «La suppression de l'obstruction du col vésical par l'électro-chirurgie. *Congrès Français d'Urologie*. Oct. 1931.
- CUCCATI — «Nuove osservr. al distribuitment e alla terminazione delle fare nerbon nelle vesica urinamica in alcuni amfibi retillile mammiferi». *Mem. dell R. Accad. di Bologna*, 1889.
- COTTE — «Sur la technique de la résection du nerf présacré». *Société de chirurgie de Lyon*, 20 Janvier, 1927.
— — «A propos de l'intervention sur le sympathique pelvien». *Lyon Chirurgical*, 1927, n.º 12.103.
- COTTE et DECHAUME — «Technique et indication opératoire des intestins sur le sympathique pelvien». *Journal de chirurgie*, 1925.
- COURTÈDE et GUYON. — «Contribution à l'étude de l'innervation motrice de la vessie». *Archives de Physiologie normale et Pathologique*. Paris, 1896.
— — «Innervation de la vessie». *Société de Biologie de Paris*, 1894.
— — «Rôle du nerf érecteur dans la miction normale». *Société de Biologie*. Paris, 1880.
— — «Contribution à l'étude de l'innervation motrice de la vessie». *Archives de physiologie normale et pathologique*. Paris, 1896.
- DELBET (PIERRE) — *Anatomie chirurgicale de la vessie*. Thèse de Paris, 1895.
- DELMAS J. et LAUX — «Constitution, forme et rapports du nerf présacré». *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes*, 21 ème réunion de Londres, Avril 1927, Montpellier Médical 1er mai 1927.
- DELMAS et ROUVILLE — «Anatomie chirurgicale du nerf présacré. *La Gynécologie*, Mars, 1927.

- DOSSET (R.) — «La Pathologie du Col de la Vessie». *Arch. Urologiques de la Clinique de Necker*. Tome, vi.
- DRAGONAS (E.) — «La nomenclature de la vessie et l'architecture du carrefour vesico-sphincto-uretero-trigonet. *Arch. Urologiques de la Clinique de Necker*. Tome vi.
- EDUARDO SANTOS — «Quelques considération sur l'anatomie chirurgicale du sympathique intermédiaire abdomino-pelvien. Voies sympathiques médianes inter-abdonius pelviens. Nerf présacré de Latarget ou plexus hypogastrique supérieur de Poirier-Hovelaque». In *Folia Anatomica Universitatis Coninbrigensis*; vol. iv NN. 1-2. 1929.
- — *Sistema nervoso simpático. Contribuição para o estudo da sua anatomia descritiva e funcional*. Tese de Coimbra, 1925.
- EUG. BAUT — *Troubles génito-urinaires et lésions de l'urètre postérieur*. Bruxelles Medical, 15/3/1931.
- — *Encyclopédie française d'Urologie*. Paris, 1921 e 1923.
- FAGGE — «Innervation des voies urinaires». *J. of Physio.* 1902.
- FEARNSIDES (E. G.) — *The innervation of bladder and urethra*.
- FÉREY (D. E.) — «Nouvelles indications de la résection du nerf présacré». *La Presse Médicale*, 19 Février, 1927, p. 227.
- PHÉLIP — «Recherches indiscopiques sur le fonctionnement du col vésical». *Lyon Chirurgical*, 1922.
- GENTES — «Nerfs de la prostate». *C. R. Société de Biologie*, 1904.
- GEORGES LUYSS — *Maladies de la prostate*.
- GERAGHTY — «Sphincterotomy per urethram». *Trans. of the Am. Ass. of the Gen. Ur. Surcons*, 1922.
- GUILLAUME — *Le sympathique et les systèmes associés*. Paris, 1921.
- — *Vagotonics, Sympathicotonies, Neurotonies*, 1928.
- GIANNUZZI et NAWROKI — «Influence des nerfs sur les sphincters de la vessie et de l'anus». *C. R. Académie des Sciences*, 1863.
- GIANNUZZI — «Notes sur les nerfs moteurs de la vessie». *C. R. Académie des Sciences*. Paris, 1863.
- GOTTLIEB et MEYER — *Pharmacologie*, 1922.
- GUEPIN — «Sur l'innervation vésicale». *Journal d'Anatomie et de physiologie*, 1892.
- GUINARD et DUPRAT — «Nerfs de la vessie». *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*. Avril, 1880.
- GLEYS — *Précis de Physiologie*.
- HARMAN — «The pelvic splanchnic nerves». *J. of Anat., and Phys.*, 1889.
- HEISS — «Ueber den Sphincter ves. int.». *Arch. Anat. u. Phys.*, 1915, parte An. F. 516, 1927.
- — «Die mechanische Faktoren der Verschlusses und der Eröffnung der Harnblase» ecc. N. Niemeyer, 1928; *Schr. Lönigsbeag Gelehrten Ges. Ann.* 5 F., 7.
- HELLÉ et MOTZ — «Contribution à l'anatomie pathologique de la vessie» *Ann. des org. Gen. Urin.*, 1908.
- HELMUT DENNIG (Dr.) — «Die innervation der Harnbase Physiologie und Klinik, 1926.

- HENRI PIERON — *Les formes et le mécanisme nerveux du tonus*, 1920.
- HOVELAQUE — *Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens et du système grand sympathique*, p. 638 et 659 ed. 1927 (que cita 1600 trabalhos não traz um único sobre inervação da bexiga).
- JABOUJAY — «Traitement de la névralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré». *Lyon Médical*, Janvier, 1859.
- JEAN PETIT — *De la prostatectomie périneale*. Thèse. Paris. 1902.
- KEIFFER — «Anatomie et Physiologie vasculaire et nerveuse de la vessie» *La Gynécologie*, 1900.
- — «Anatomie et Physiologie vasculaire et nerveuse de la vessie». *Annales des organes génito-urinaires*, 1901.
- LAIGMEL-LAVASTINE — *Pathologie du sympathique*. Paris, 1924.
- LANGDON BROWN — *The sympathetic nervous system in disease*, 1920.
- LANGLEY — *Le système nerveux autonome sympathique et parasympathique*. Paris, 1923.
- LANGLEY et ANDERSON — «On the innervation of the pelvic and adjoining viscera». *J. of physiology*, vol. xx, 1896, p. 372-406.
- LANGLEY et ANDERSON — «On the innervation of the pelvic and adjoining viscera». Part 1, *J. of Phys.*, vol. xviii, 1895, p. 67-105.
- LATARGET (A.) et BONNET (C.) — «Le plexus hypogastrique chez l'homme». *Lyon chirurgical*, Juin, 1913.
- LATARGET et ROCHET — «Etude sur les voies d'abord chirurgicale du plexus hypogastrique et de son ganglion». *Lyon Chirurgical*, 1922.
- LAUX — «Contribution à l'étude anatomique du sympathique pelvien». *Déductions chirurgicales* Lyon, 1927.
- LEGUEU — «L'hypertrophie du col vésical». *Bulletin de la Soc. Française d'Urologie*, 1929.
- — «Mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique». *Archives Urologiques de la Clinique de Necker*. Tome II.
- LEGUEU — «La Maladie prostatique». *Cliniques de Necker*, 1922.
- — «Traité d'Urologie», 1921.
- — «L'adenome prostatique». *Cliniques de Necker*, 1917.
- LEGUEU et DOSSET — «La dysectasis du col vésical». *Presse Médical*, 21 Janvier, 1931.
- LEGUEU et FLANDRIAN — «Deux observations de resection du col suivies de guérison». *Bulletin de la Société Française d'Urologie*, 1928.
- LEGUEU et PAPIN — «Les diverticules de la vessie». *Arch. Urologiques de la Clinique de Necker*. Tome III.
- LEMOINE — *Physiologie normale et pathologie de la Miction*, 1922.
- LEO BUERGER — «Pathology and operative Treatment of Contracture of Neck of the Bladder». *The Journ. of the Am. med. Ass.* 1919, 73, página 1677.
- LESCALE (R) — *De la sympathectomie de l'hypogastrique comme traitement des syndromes douloureux pelviens*. Thèse de Bordeaux, 1927.
- LOWSLEY (O. S.) — «Observations on certain obstructions at the vesical orifice». *The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 1917; tómo 68, p. 444.
- LUCIANI — *Fisiologia dell'uomo*.

- LUYS (G.) — *La prostatectomie transvésicale et ses résultats*, 1910.
- MC. CARTHY — *A consideration of the Newer diagnostic and Surgical procedures in the bladder and posterior urethra*.
- MAC PAPIN (DE LA ROCHELLE) — «Contribution à l'étude des dysuries dues aux maladies du col vésical. Une nouvelle observation de maladie du col consécutive à des rétrécissements de l'urètre». *Bulletin de la Société Française d'Urologie*, 1928.
- MARION — «Malformation congénitale du col vésical». *Bulletin de la Société d'Urologie*, pag. 38, 1928.
- — *Traité d'Urologie*, 1928.
- MARION et CHEVASSU — «Un nouveau cas d'hypertrophie congénitale du col vésical». *Bulletin de la Société d'Urologie*, 1927.
- MED. LEMUT (DR.) — Dennig. — *Die innervation der Harnblase. Physiologie und Klinik*, 1926.
- MEREDITH CAMPRELL — «Posterior urethral valve obstruction in infancy and childhood. A study of eighteen cases». *Transactions of the section on Urology of the American Medical Association*, 1930.
- MINGAZZINI (DOTT E.) — *Contributo clinico allo studio delle affezioni del collo vescicale*. Policlinico, 1932.
- MOLLENDORF — «Handuch der Miktosc». *An. des Menschen*, vol. VIII, 1930.
- MOUCHET (A.) — *Spina Bifida. Traité de Chirurgie. Le Dentu*. Tome XIV 1913.
- MOTZ — «Contribution à l'étude du prostatisme» XIII Congrès International de Médecine, 1900.
- MORAT et DOYON — *Traité de physiologie*, 1900.
- MOTZ et G. ADRENE — «Notes sur les vessies des prostatiques sans prostate. (Travail de la Clinique des maladies des voies urinaires à l'Hopital Necker). *Ann. des mal. des org. urin.* Tome XXI, Bilbao, 1903.
- MOTZ et MAJEWSKI — *Contribution à l'étude anatomique. Cancers epitheliaux de la prostate*. Cracovie (Detra?)
- MOTZ et PEREARNAUD — «Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate». Travail de la Clinique du Prof. Guyon, à l'Hopital Necker. Barcelona.
- MULLER — «Die Blaseninnervation Srsch». *Arch. f. Hlin. Med. Bd. 128, S 81-106*, 1918.
- — «Die Blaseninnervation Dtsch». *Arch. f. Lin. Med. Bd. 128, S g 1-106*, 1918.
- PAPIN (E.) — «Exploration et traitement des lésions de l'urèthre postérieur et du col de la vessie avec l'appareil de Mc-Carthy». *Archives Urologiques de la Clinique de Necker*. Tome III.
- PAPIN (E) et H. VERLIAC — «Tumeurs bénignes urètro-prostatique». *Archives Urologiques de la Clinique Necker*. Tome II.
- PAUL CARNOT — «Le syndrome anovesico-genito-périnéal du tabes sacré». *Paris Médical*, 13/7/1929, p. 37.
- PETIT-DUTAILLIS — «Introduction à l'étude de la topographie pelvienne». *La Gynécologie*, C. XV et XVI. 1911 et 1912.
- PISANI (C) — «La cosiddetta malattia del collo vescicale». *Arch. it. An. e Ist. pat.*, I nen., 1931.

- PILLIET — «Sphincter interne de la vessie». *Bull. de la Société d'Anatomie*, 1892 sér. v. t. vi, p. 609.
- RANDALL (A.) — «Dise. trans of the Sect on Gen. Ur. Diseases of the Am. Méd. Ass.», 1912, p. 323.
- — «Median Bars as found at autopsy. *The Journ. of Urol.*», 1917, I, p. 383.
- RIDDOCH (G.) — *The automatic bladder in injuries of the spinal cord.*, 1918.
- RIOLAN — *Manuel anatomique et pathologique.* Paris, 1661.
- ROCHET — «Traitement chirurgical des cystites douloureuses». *Lyon Chirurgical*, 1921.
- ROSE DEAKIN — «Vessie-Cystométrie-Diagnostic différentiel des perturbations prostatiques et neuroginiques». *Revista Neurolog.*, 1929, t. II, p. 633.
- ROUSSEL — *Contribution à l'étude du sympathique pelvien; topographie chirurgicale du nerf présacré.* Thèse. Paris, 1926.
- SCALONE I. — «La chirurgia dell'innervazione periferica del simpatico». Milano, 1931.
- SCHAEFER — *Text book of Physiology.*
- SÉRÉS — *Congrès d'Urologie de Barcelone*, 1924.
- SERRALLACH (N. et F.) — «Pourquoi les prostatiques ne peuvent pas uriner». *Journal d'Urologie*, Octobre, 1928.
- SHERRINGTON (C. S.) — Postural activity of muscle and nerve, 1915.
- — Reflexes in the coordination of movements and postures, 1915.
- SOUQUES — «Constante de réplction vésicale dans un cas de compression de moelle». *Revista Neurolog.*, 1929, t. I, pag. 95.
- — «Fonctionnement automatique de la vessie et du rectum». *Revista de Neurolog.*, 1923, t. I, p. 642.
- TESTUT — *Traité d'Anatomie Humaine.* Paris, 1931.
- TLANBETI — «Rétention réflexe, moyen de la combattre». *Revista de Neurolog.*, 1928, t. I, p. 799.
- VAN GEBCHTEN — *Traité des maladies nerveuses*, 1921.
- VERDIER (M.) — «Quelques cas de résections du nerf présacré technique et résultats». *XXXVII Congrès français d'Urologie*, 1927.
- VERSARI (A.) — *Ricerche sulla tonaca muscolare della vescica urinaria e specialmente sul muscolo sfintere interno*, 1927.
- VIANNAY — «Un cas de cystalgie guérie par la résection du nerf présacré». *Congrès d'Urologie*, 1927, t. XXIV.
- VON RHMER — «Contribution of the Problem of Contracture of the neck of the Bladder». *The Journ. of Urolog.*, 1926, xv, p. 460.
- YOUEG — «The advantages of the perineal route in the treatment of various diseases of the prostate». *The preceedings of the Royal Society of Medicine.* October 1930.
- YOUNG (BALTIMORE) — *The Journal of the American Medical Association*, 1913. Punch operation.
- YOUNG et D. I. MACHT (H. H.) — «A contribution to the physiology and pharmacology of the trigonum vesicoe». *The Journ. of Pharmacol. and Experimental Therapeutics*, 1923, XXII, n.° 5, p. 329.
- YOUNG et WESSON — «The Anatomy and Surgery of the trigone». *Arch. of Surgery*, 1921, p. 1.

- WAESSON — «The trigone of the bladder as a factor in urinary obstruction». *Surg. Gyn. a Obst.*, luglio 1926.
- WINFIELD S. P. — «Vesical Neck obstruction». *Surgical Clinics of North America*.
- WESSON (M. B.) — «Anatomical, embryological, and physiological studies of the Trigone and Neck of the Bladder. *The Journal of Urolog.*, 1920, IV, n° 5, p. 279.

ESTAMPAS

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN
FONDUO DE CARABOBO

ESTAMPAS

ESTAMPAS

Os desenhos que ilustram êste relatório, devem-se ao grande artista Senhor António Vitorino, a quem tributamos nossas homenagens.

*

Os trabalhos radiográficos foram executados, no Laboratório de Radiologia da Faculdade de Medicina, pelos Senhores Dr. António Ramalho e Dr. Guedes Pinto, radiologistas de grande mérito, que aos nossos estudos prestaram um valioso auxílio.

The following are the names of the
persons who have been appointed to
the various positions in the
organization.

The following are the names of the
persons who have been appointed to
the various positions in the
organization.

José Loureia

Doente N.º 5391 U. H.

Colo vesical

Normal

ESTAMPA I

Colo vesical dum individuo normal visto com o uretrocistoscópio Mc Carthy, modêlo Drapier.

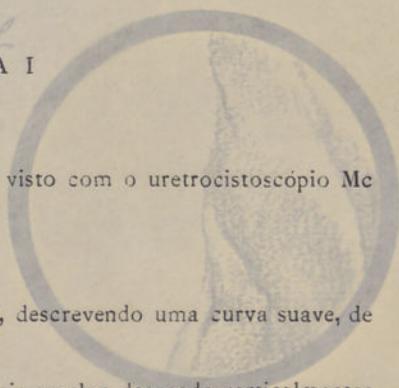
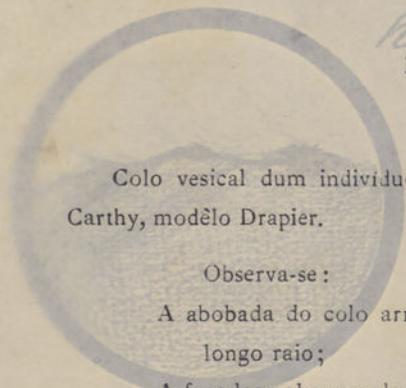
Observa-se:

A abobada do colo arredondada, descrevendo uma curva suave, de longo raio;

A face lateral esquerda de superfície regular, descendo verticalmente;

O pavimento plano, sem saliências;

O veru-montano com os seus freios.



Pavimento

Veru-montano

A. F. Loureia

ESTAMPA I

Como vesical dum indivíduo normal visto com o uretroscópio Mc
Carthy, modelo Dupier.

Observa-se:

A abobada do colo arredondada, descrevendo uma curva suave, de

longo raio;

A face lateral esquerda de superfície regular, descendo verticalmente;

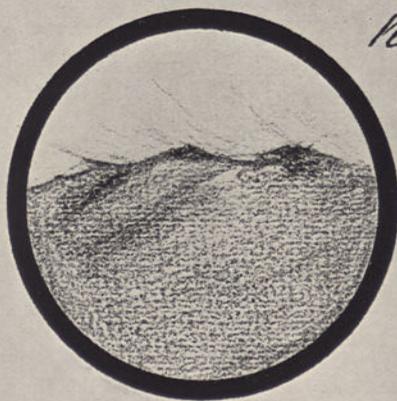
O pavimento plano, sem saliências;

O vertum-montano com os seus freios.

José Gourcia

Doente N° 5391 U. H.

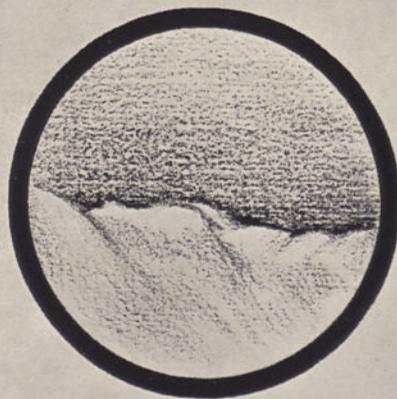
Colo Rectal
Normal



Alcoba da



Face lateral esquerda

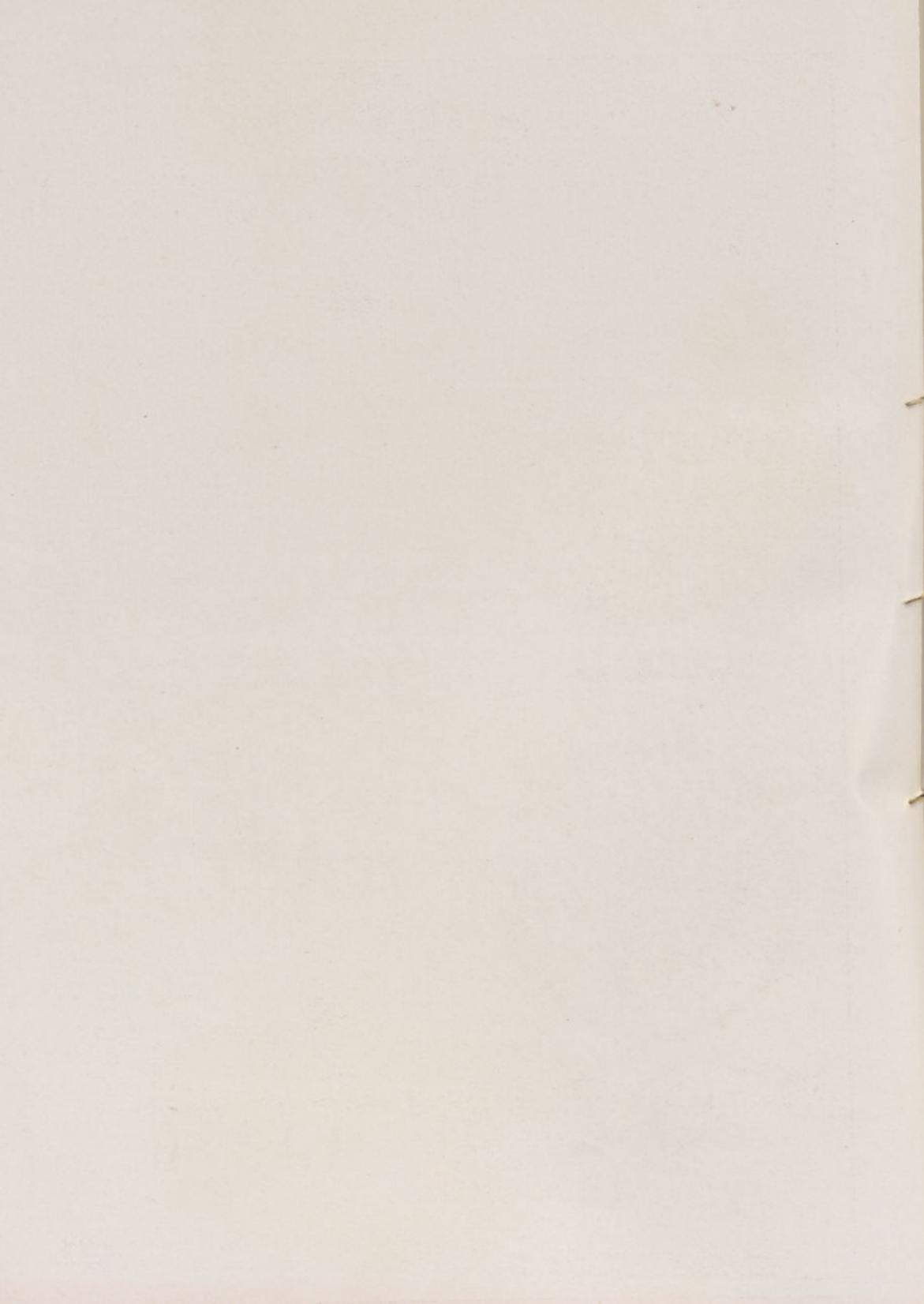


Passamento



Peru Montanum

A. Victorino



Consultorio

Manuel Andre

Doente N.º 5140 U. h.

ESTAMPA II

Doente n.º 1540, Observação II

Colo vesical em barra visto com o uretrocistoscópio Mc Carthy, modelo Drapier.

Observa-se:

O pavimento do colo levantado em ângulo obtuso, constituindo a barra;

O veru-montano de configuração normal;

A parede vesical com colunas.

Pavimento do colo

Veru Montanum



*Parede vesical
Com Columnas*

A. Victorino

ESTAMPA II

Doente n.º 1540, Observação II

Colo vesical em bexiga visto com o ureteroscópio Mc Carthy, modelo

Drapier.

Observa-se:

O pavimento do colo levantado em ângulo obtuso, constituindo a

bexiga;

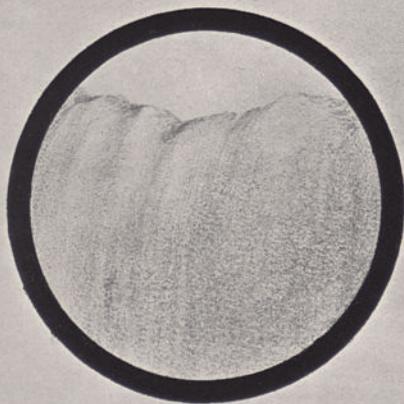
O verticilado de configuração normal;

A parede vesical com colunas.

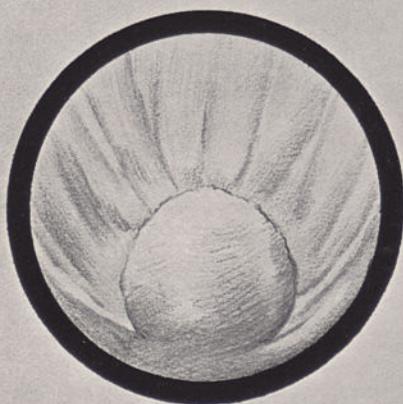
Consultorio

Manuel Andre

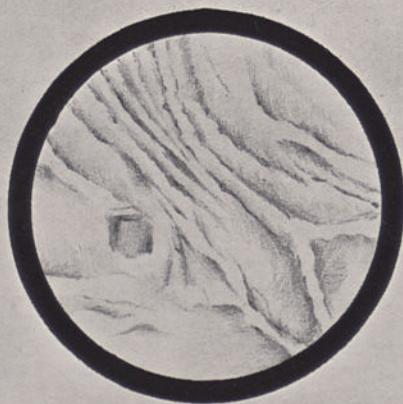
Doente N^o 5140 U. h.



Parimento do Colo

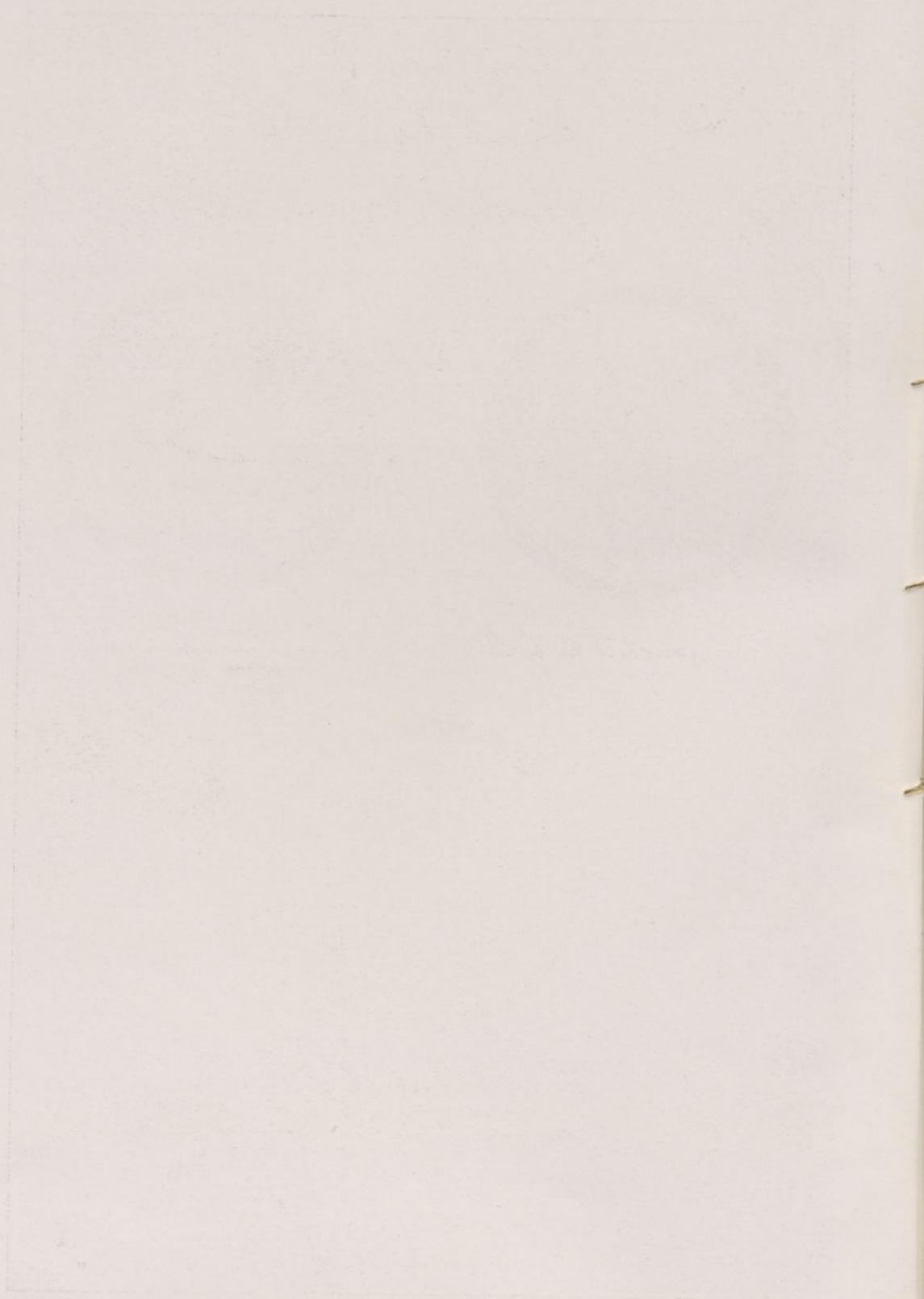


Peru Montanum



*Parede basical
Com Columnas*

A. Victorino



João de Almeida Tonico

Doente N.º 5109 U. h.

ESTAMPA III

Doente n.º 5109, U. h.

Colo vesical em barra visto com o uretrocistoscópio Mc Carthy, modelo Drapier.

Observa-se:

O pavimento levantado em cortina;

Face lateral de contornos sinuosos;

O veru-montano normal.

Pavimento

*Face lateral
Esquerda do Colo*



Abobada do Colo



Veru Montanum

A. Victorino

ESTAMPA III

Doente n.º 5109, U. H.

Colo vesical em barra visto com o uretroscópio Mc Carthy, modelo

Drapier.

Observa-se:

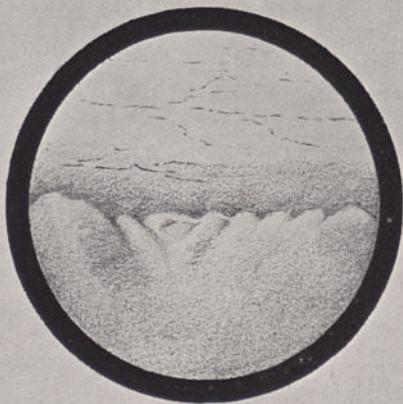
O pavimento levantado em cortina;

Face lateral de cornos sinuosos;

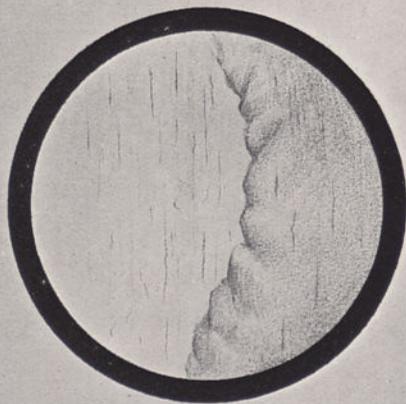
O vertumantano normal.

Jaão de Almeida Tomico

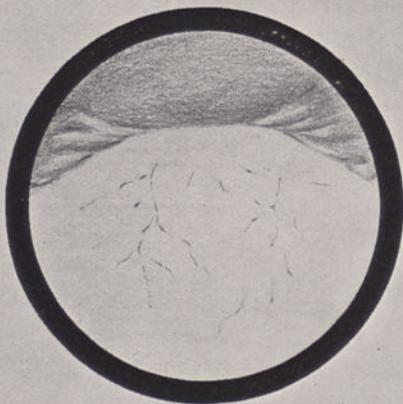
Doente N.º 5109 M. h.



Pavimento do Colo



*Face lateral
Esquerda do Colo*



Abobada do Colo



Peru Montanum



Alberto Adriano

Doente N.º 5107 U. h.

ESTAMPA IV

Doente n.º 5107, U. h.

Diagnóstico — Espinha bifida.

Colo vesical visto com o uretrocistoscópio Mc Carthy, modelo Drapier.

Observa-se:

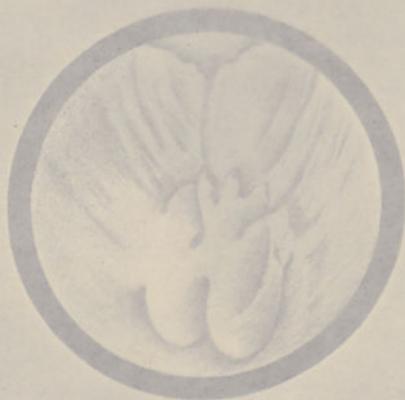
O pavimento do colo de superfície regular e um pouco levantado;

A abóbada de contôrno rectilíneo;

O veru-montano bifido.

Pavimento do Colo

Abobada do Colo



Pavimento do Colo Veru Montanum

A. Vieirino

ESTAMPA IV

Doente n.º 2107, U. B.

Diagnóstico — Espinha bífida.
Colo vesical visto com o uretroscópio Mc Carthy, modelo Drapeier.

Observa-se:

O pavimento do colo de superfície regular e um pouco levantado;

A abóbada de contorno recilíneo;

O vertumano bífido.

Alberto Adriano

Doente N^o 5107 U. h.



Pavimento do Colo



Abobada do Colo



Pavimento do Colo "Feru Montanum"

A. Victorino

ESTAMPA V

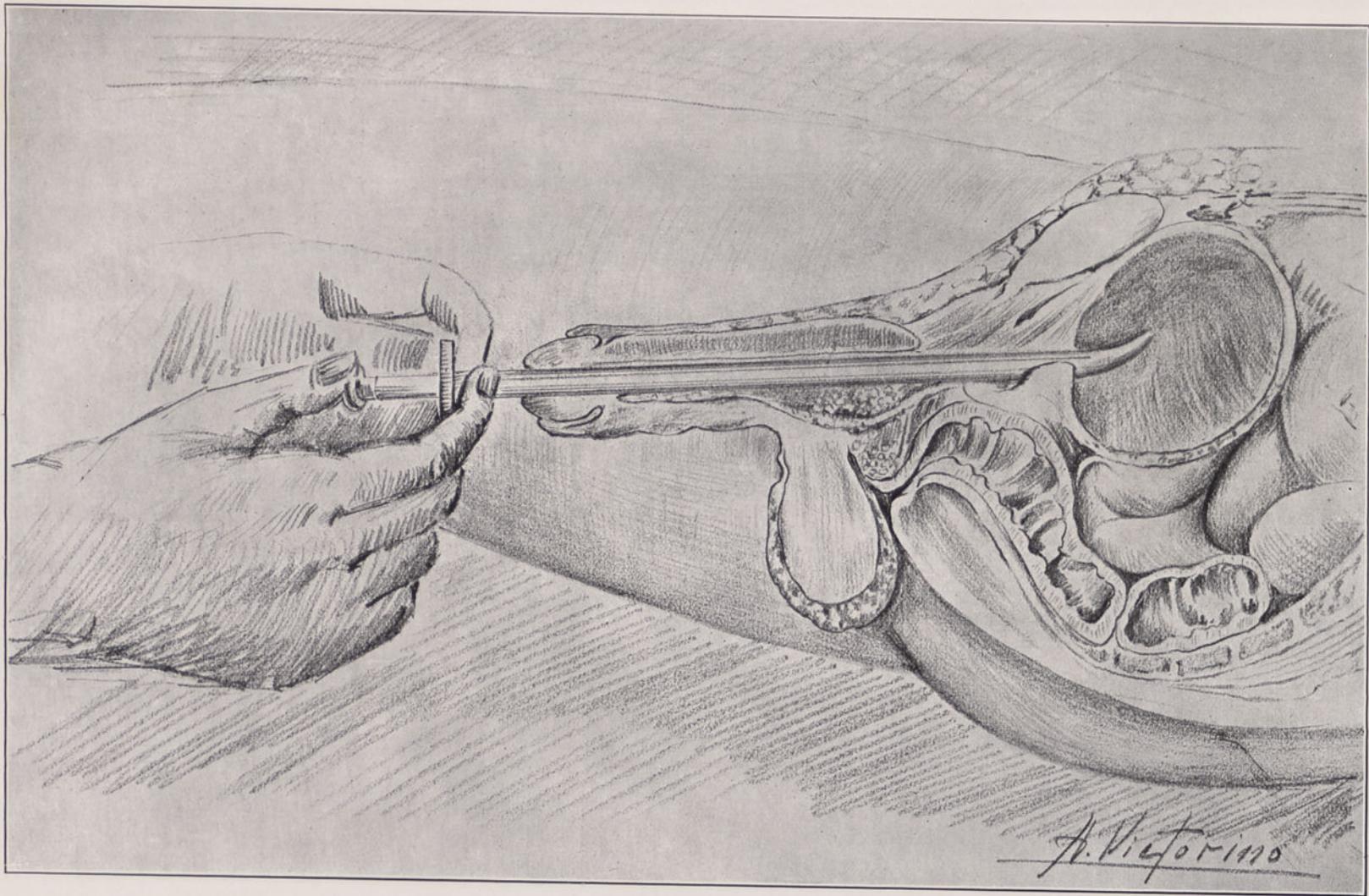
«Punch operation» de Young.

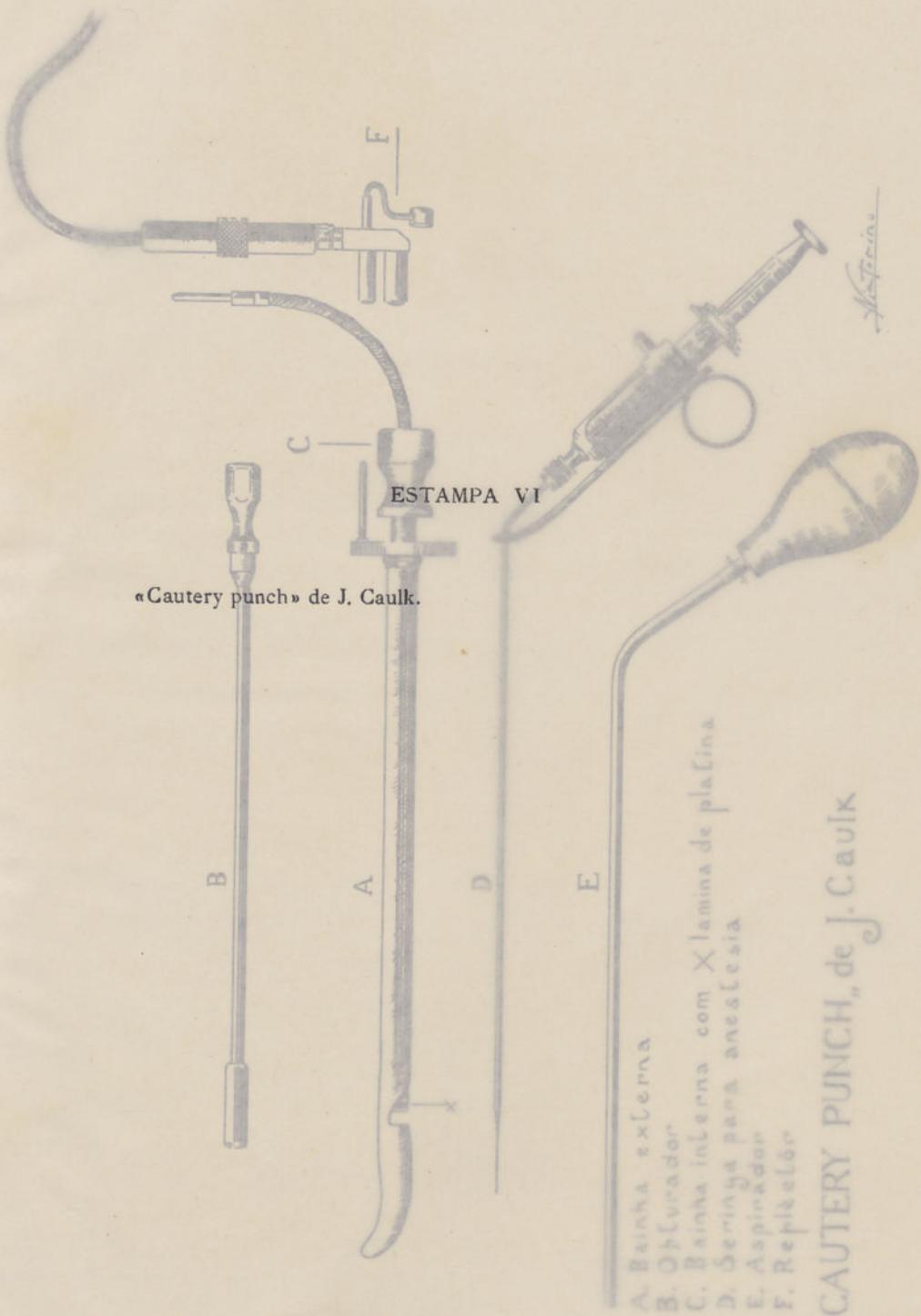
O instrumento está colocado em posição para operar. A barra, metida dentro da janela, aguarda a passagem da guilhotina. Esta é posta em marcha pelo operador que, fixando o pavilhão do cilindro externo, empurra o cilindro interno cortante com o pulgar.

A. Victorino

ESTAMPA V

«Punch operation» de Young.
O instrumento está colocado em posição para operar. A barra, metida dentro da janela, aguarda a passagem da guilhotina. Esta é posta em marcha pelo operador que, fixando o pavilhão do cilindro externo, empurra o cilindro interno contra o cilindro interno com o pulgar.





«Cautery punch» de J. Caulk.

ESTAMPA VI

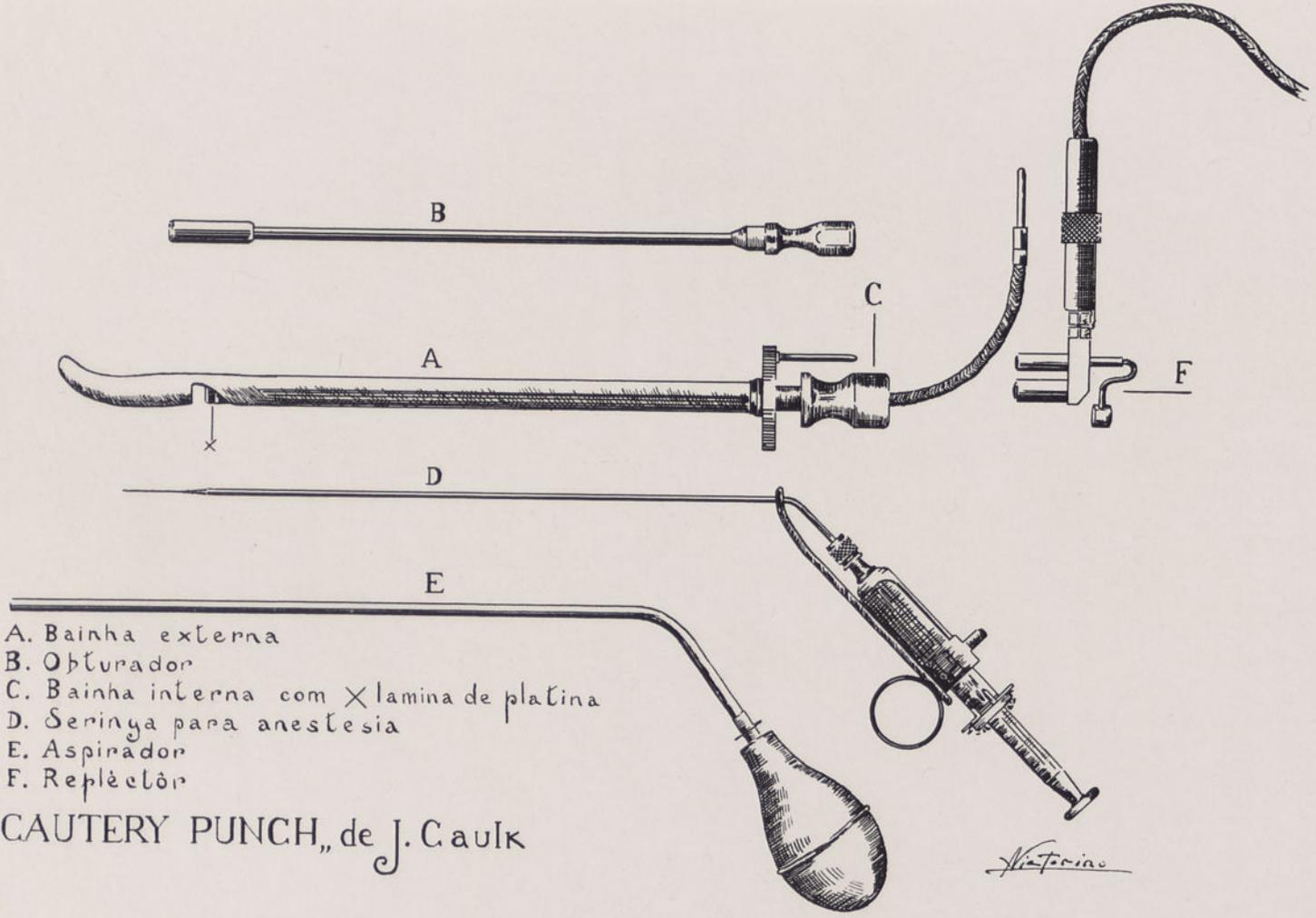
- A. Bainha externa
- B. Oflcurador
- C. Bainha interna com X lamina de platina
- D. Seringa para anestesia
- E. Aspirador
- F. Repletor

"CAUTERY PUNCH," de J. Caulk

W. Stearns

ESTAMPA VI

«Gantery punch» de J. Gault.



- A. Bainha externa
- B. Obturador
- C. Bainha interna com X lamina de platina
- D. Seringa para anestesia
- E. Aspirador
- F. Repletor

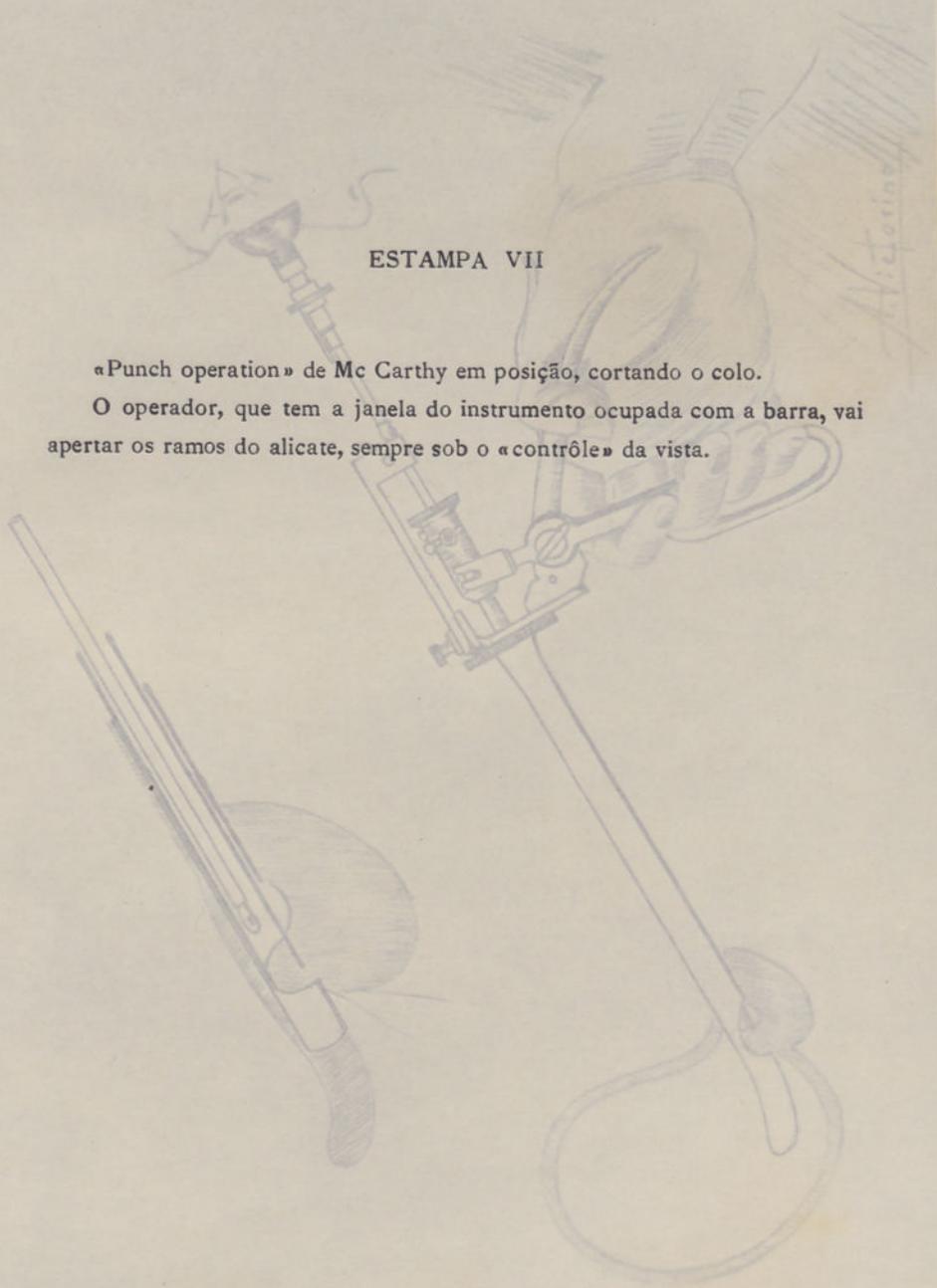
"CAUTERY PUNCH,, de J. CAULK

Victorino

ESTAMPA VII

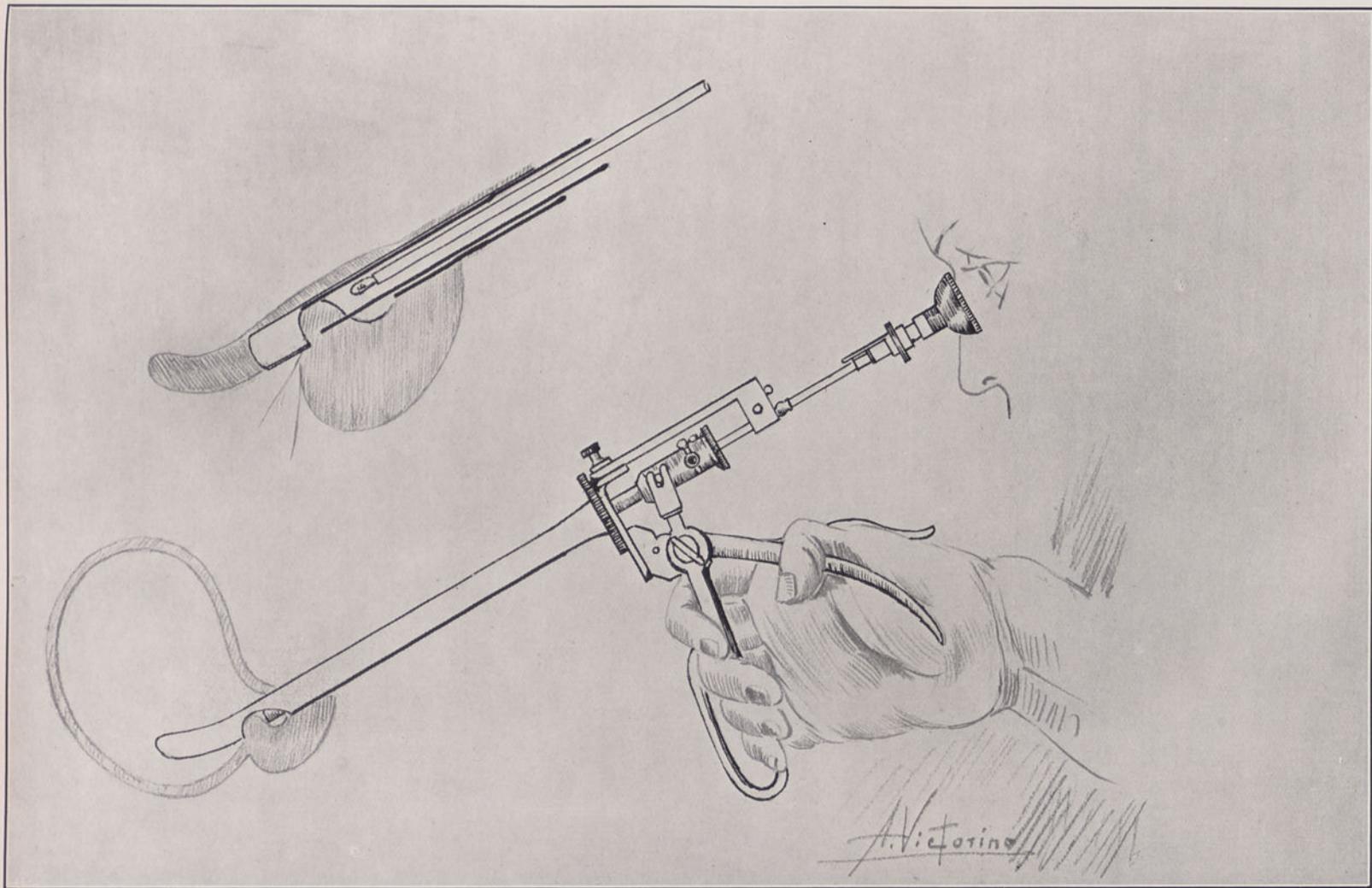
«Punch operation» de Mc Carthy em posição, cortando o colo.

O operador, que tem a janela do instrumento ocupada com a barra, vai apertar os ramos do alicate, sempre sob o «contrôle» da vista.



ESTAMPA VII

«Punch operation» de Mc Carthy em posição, cortando o colo.
O operador, que tem a janela do instrumento ocupada com a barra, vai
abrir os ramos do alicate, sempre sob o «control» da vista.



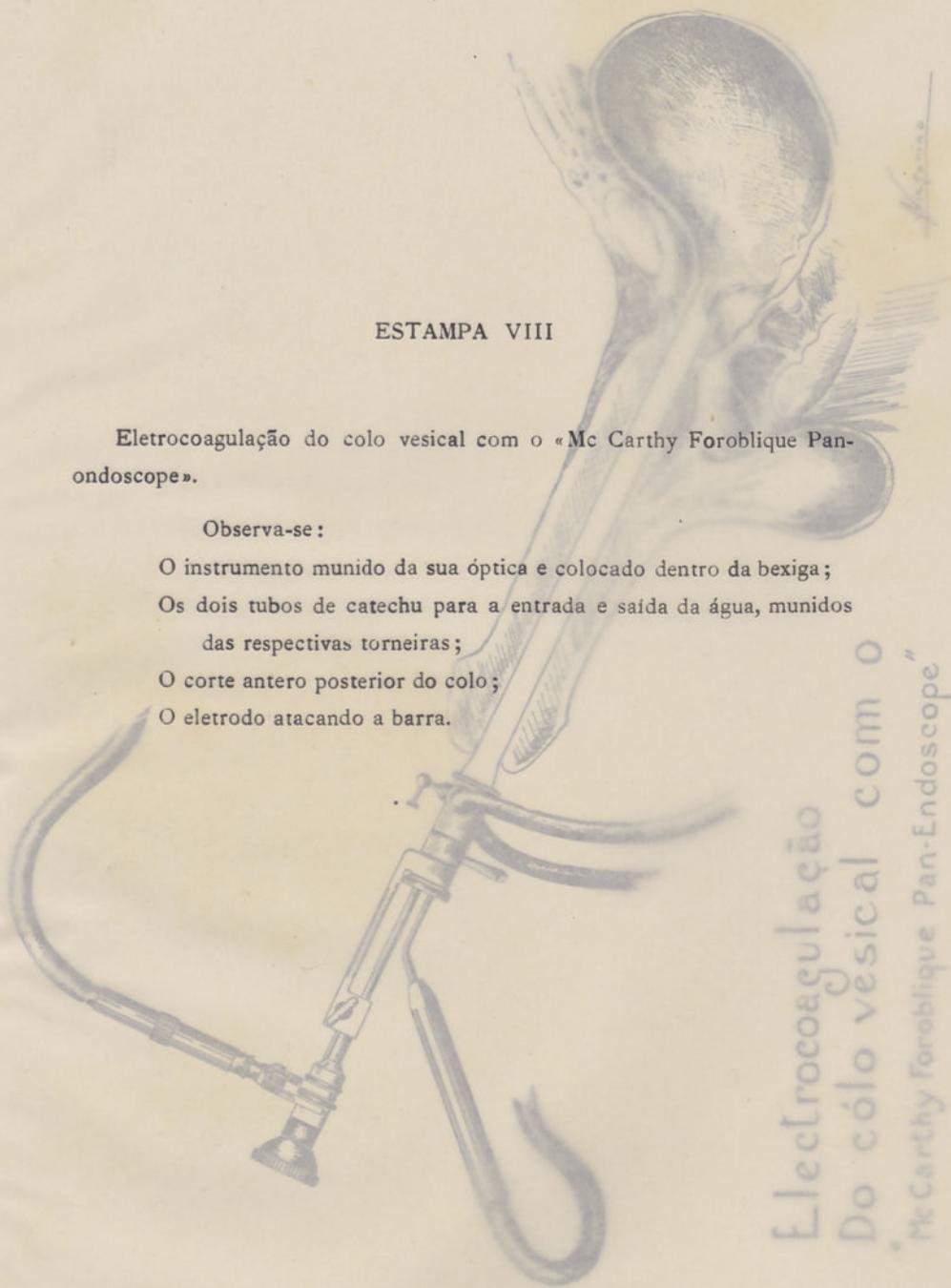
ESTAMPA VIII

Eletrocoagulação do colo vesical com o «Mc Carthy Foroblique Pan-ondoscope».

Observa-se :

- O instrumento munido da sua óptica e colocado dentro da bexiga ;
- Os dois tubos de catechu para a entrada e saída da água, munidos das respectivas torneiras ;
- O corte antero posterior do colo ;
- O eletrodo atacando a barra.

Electrocoagulação
Do cólo vesical com o
"McCarthy Foroblique Pan-Endoscope"

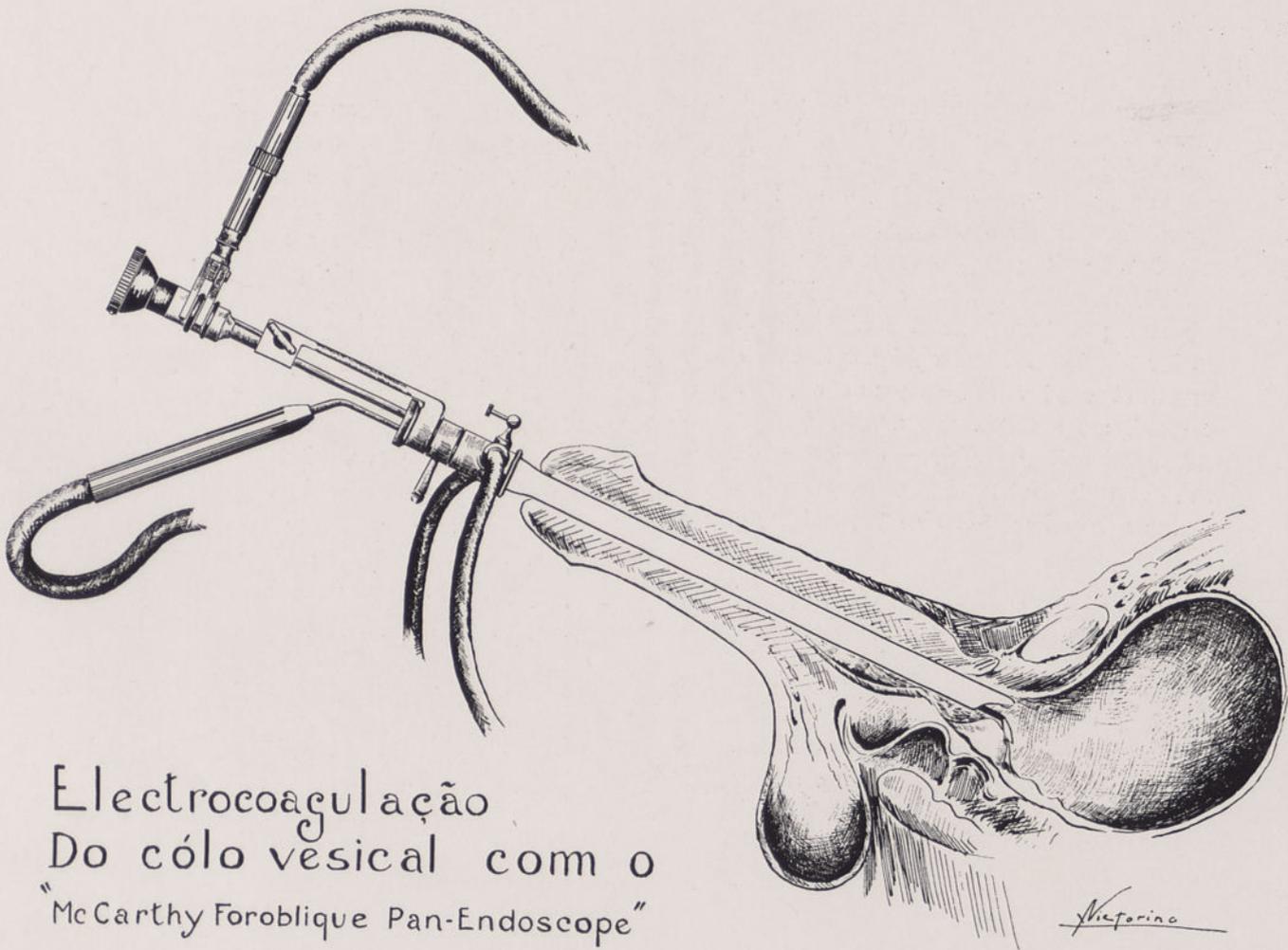


ESTAMPA VIII

Estroscopiação do colo vesical com o «Mc Carthy Forolique Pan-
ondoscope».

Observa-se:

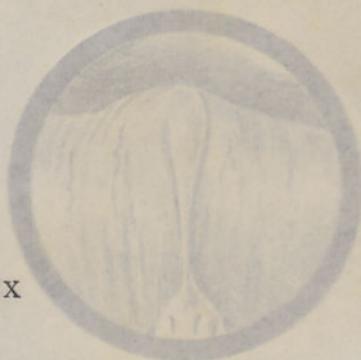
- O instrumento munido da sua óptica e colocado dentro da bexiga;
- Os dois tubos de caechu para a entrada e saída da água, munidos das respectivas torneiras;
- O corte antero posterior do colo;
- O eletrodo atacando a bexiga.



Electrocoagulação
Do cólo vesical com o
"McCarthy Foroblique Pan-Endoscope"

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

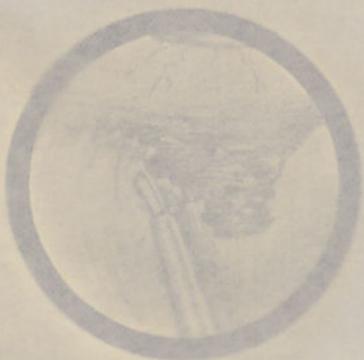
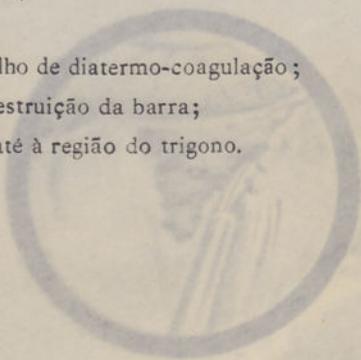
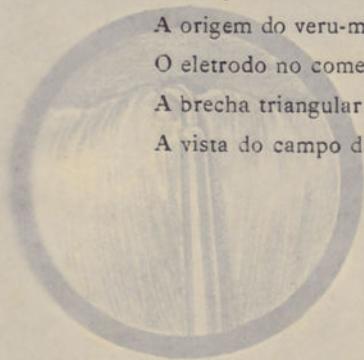




ESTAMPA IX

Esquema mostrando :

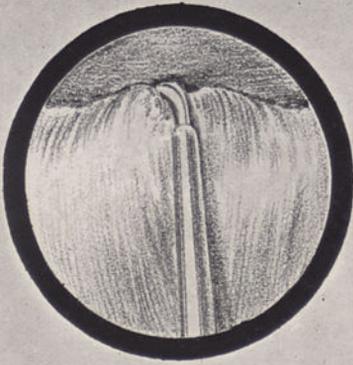
- O orifício do colo;
- O seu pavimento levantado em barra;
- A origem do veru-montano;
- O eletrodo no começo do seu trabalho de diatermo-coagulação;
- A brecha triangular resultante da destruição da barra;
- A vista do campo da base do veru até à região do trigono.



A. Victorino

ESTAMPA IX

- Esquema mostrando :
O officio do colô;
O seu pavimento levantado em parte;
A origem do vertu-montano;
O estrodo no começo do seu trabalho de diatremo-coagulação;
A brecha triangular resultante da destruição da parte;
A vista do campo da base do vertu até a região do trigono.

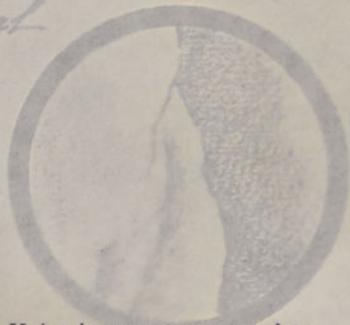


H. Victorino

José Antonio Alves Vieira

Doente N.º 5475 U. H.

*Colo vesical
em barra*



ESTAMPA X

Colo vesical em barra do doente n.º 5475, U. h. visto com o uretroscostópio Mc Carthy, modelo Drapier.

Abobada

Observa-se:

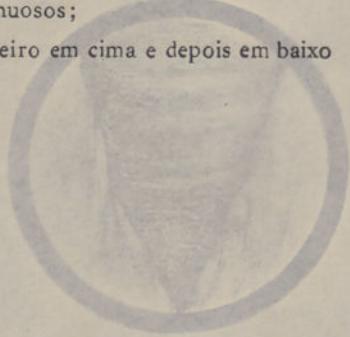
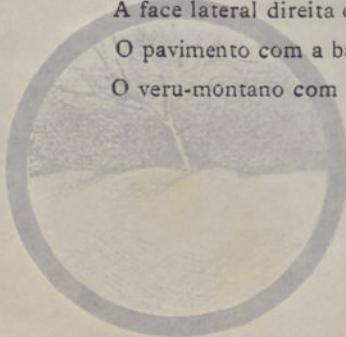
A abobada em ângulo agudo;

A face lateral direita de contornos sinuosos;

O pavimento com a barra vista primeiro em cima e depois em baixo

O veru-montano com os seus freios.

Face lateral direita



*Pavimento
Barra
em cima*

*Pavimento
Barra
em baixo*



J. A. Vieira

Veru-montano e freios

ESTAMPA X

Colo vesical em barra do doente n.º 2475, U. h. visto com o retroscios-
cópio Mc Carthy, modelo Drapier.

Observa-se:

A abobada em ângulo agudo;

A face lateral direita de contornos sinuosos;

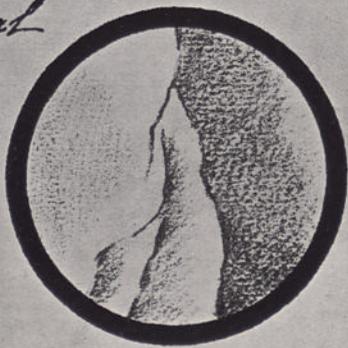
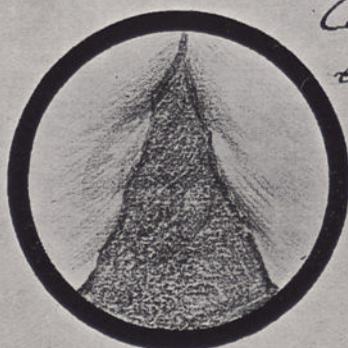
O pavimento com a barra vista primeiro em cima e depois em baixo

O vertumano com os seus fios.

José Antonio Alves Vieira

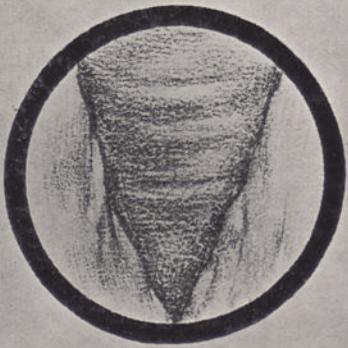
Doente N.º 5475 M. H.

*Ceto Venial
em barra*



Abobada

Lau lateral direita



*Pavimento
Barra
em cima*

*Pavimento
Barra
em baixo*



A. Vieira

Teru Montanum e folios

José Antonio Alves Figueira

Dente N.º 5475

Colo bucal em barra

ESTAMPA XI

Diatermo-coagulação do colo do dente n.º 5475, U. h. representado na estampa X.

Observa-se:

As diversas fases do ataque circular do colo realizado com o «Pan-
endoscope» Mc Carthy;

Abd. Os desenhos foram feitos no decurso da *Operação* *total direita*



Parimento - Barra - em cima . Parimento - Barra - em baixo

Alves

ESTAMPA XI

Distério-coagulação do colo do doente n.º 2475, U. h. representado na
estampa X.

Observa-se:

As diversas fases do estado circular do colo realizadas com o «Pan-

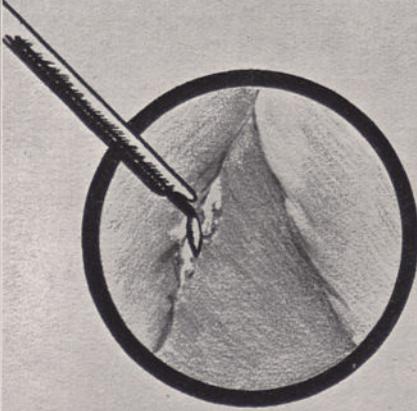
endoscope» Mc Carthy;

Os desenhos foram feitos no decurso da operação.

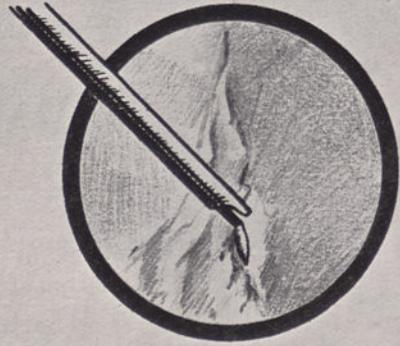
José Antonio Alves Pereira

Dente N.º 5475

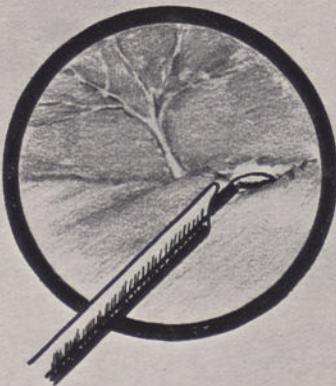
Colo bucal em barra



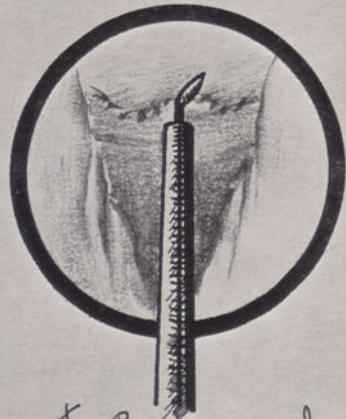
Abobada



Face lateral direita



Parimento-Barra-em cima . Parimento-Barra-em baixo

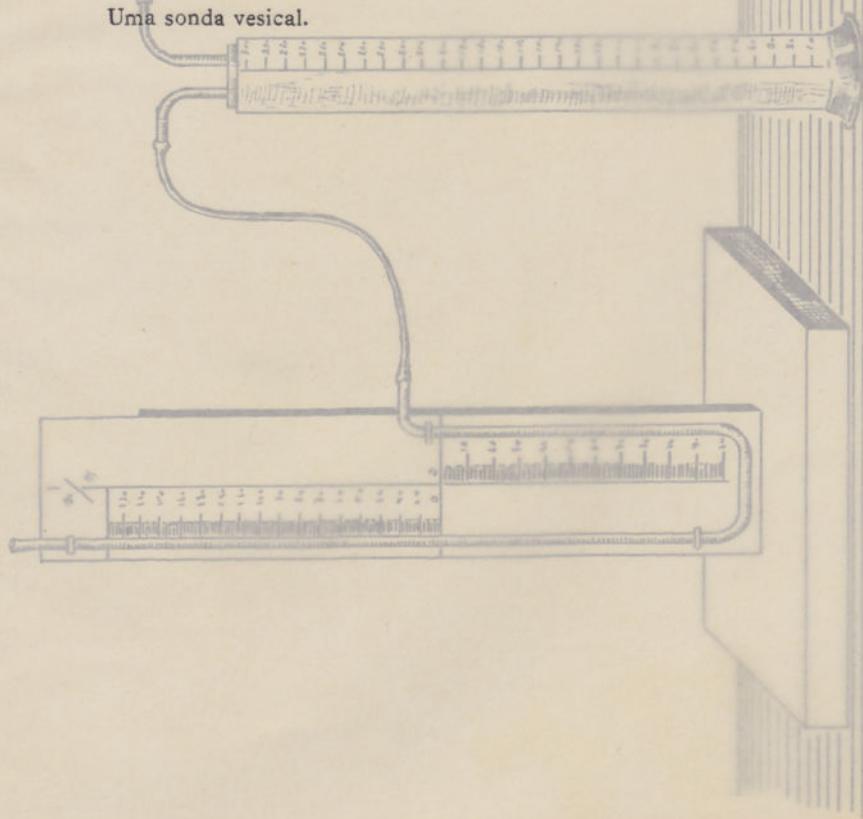


A. Pereira

ESTAMPA XII

Aparelho manométrico para a determinação da pressão intravesical composto de:

- Um manómetro de mercúrio;
- Um vaso graduado para segurança do manómetro;
- Uma torneira de três vias;
- Uma seringa para as cargas;
- Uma sonda vesical.



ESTAMPA XII

Aparelho manométrico para a determinação da pressão intravesical com-

posto de:

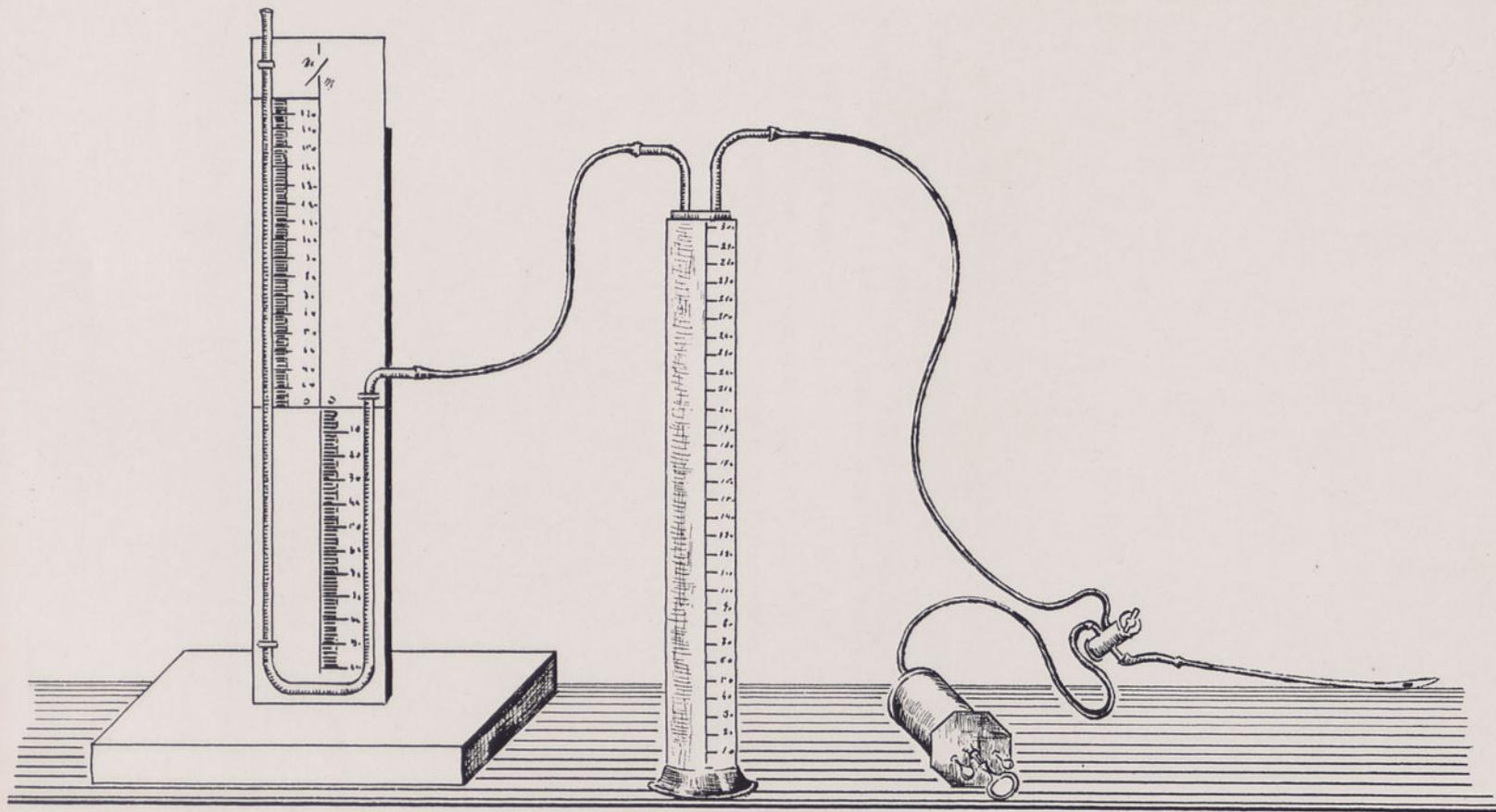
Um manómetro de mercúrio;

Um vaso graduado para leitura do manómetro;

Uma torneira de três vias;

Uma seringa para as cargas;

Uma sonda vesical.



ESTAMPA XII



5406

W

ESTAMPA XIII

Doente n.º 5240, U. h., Observação I

Diagnóstico — colo em barra.

Cistografias feitas antes da operação.

- A) Mostra o globo vesical de contornos irregulares e do lado esquerdo o uréter, bacinete e cálices, dilatados, empregnados de substância opaca.
- B) Radiografia feita em posição lateral e depois do doente haver urinado tudo o que tinha na vontade, mostra um resíduo de 600 cc. e o uréter, dilatado, empregnado de substância opaca.

Refluxo vesico renal.

Doente n.º 5240 U. h.

Antes da operação

ESTAMPA XIII

Doente n.º 5240, U. n.º Observação I

Diagnóstico — colo em barra.

Cistografias feitas antes da operação.

A) Mostra o globo vesical de contornos irregulares e do lado esquerdo

o uréter, bacinete e cálices, dilatados, empregnados de substância

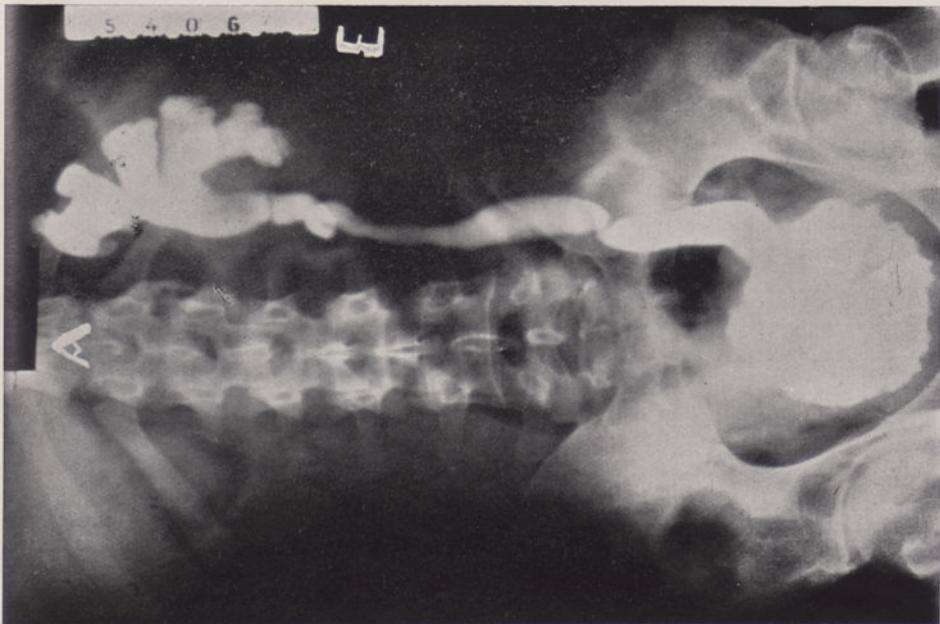
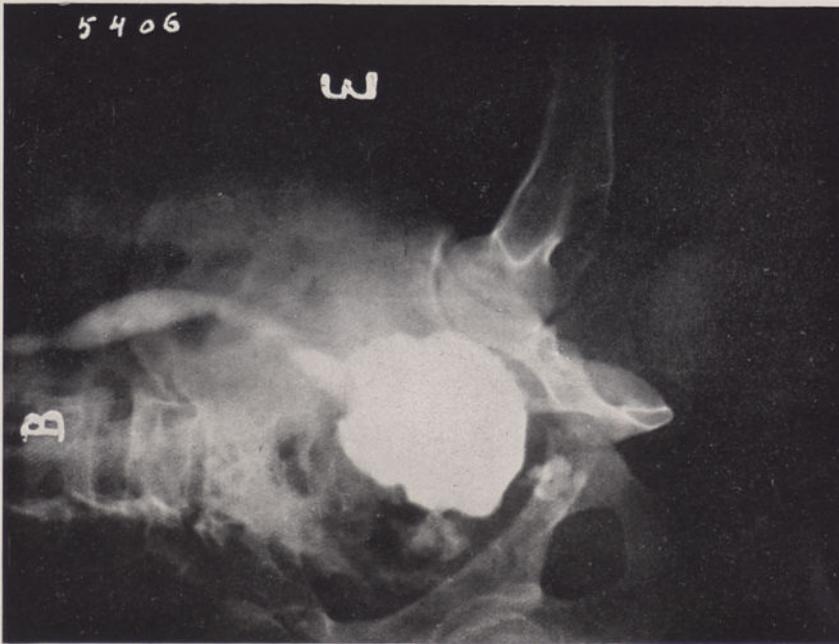
opaca.

B) Radiografia feita em posição lateral e depois do doente haver

urinado tudo o que tinha na vontade, mostra um resíduo de 600 cc.

e o uréter, dilatado, empregnado de substância opaca.

Reflexo vesico renal.



Doente n.º 5240 U. h.
Antes da operação

5406



ESTAMPA XIV

Doente n.º 5240, U. h., Observação I

Diagnóstico — colo em barra.

Cistografias feitas depois da operação. Diatermo-coagulação do cólo por via endo-uretral.

A) Mostra a bexiga em carga, mas agora com os contornos muito mais regulares do que precedentemente.

Não se vê a sombra do uréter.

Desapareceu o refluxo vesico renal.

B) Mostra a bexiga depois do doente haver urinado. Praticamente está vazia. Apenas existe um resíduo de 10 cc.



Doente n.º 5240 U. h.

Depois da operação

ESTAMPA XIV

Doente n.º 5240, U. n.º, Observação I

Diagnóstico — colo em barra.

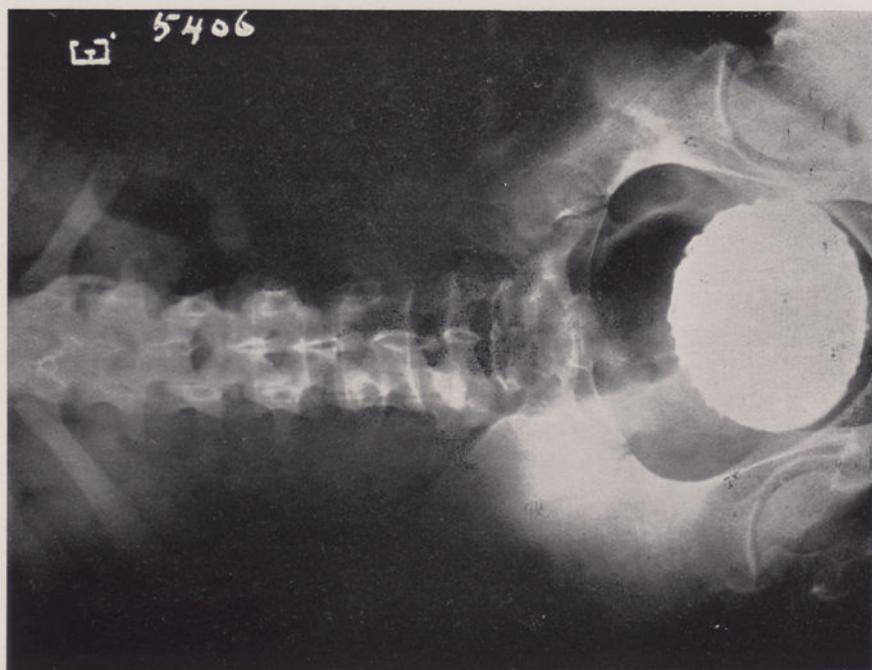
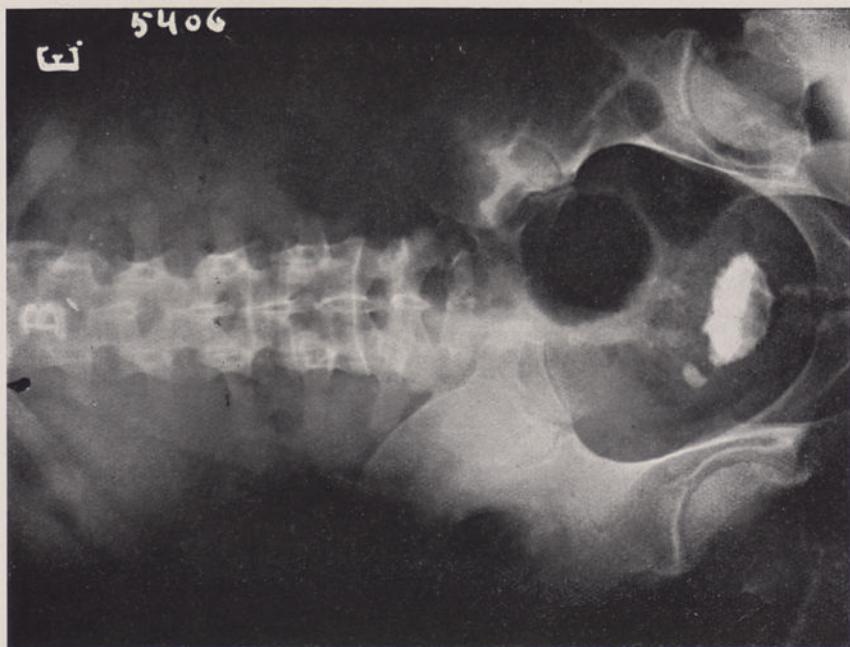
Cistografias feitas depois da operação. Distritmo-contracção do côlo
por via endo-urteral.

A) Mostra a bexiga em carga, mas agota com os contornos muito
mais regulares do que precedentemente.

Não se vê a sombra do uréter.

Desaparecem o refluxo vesico renal.

B) Mostra a bexiga depois do doente haver urinado. Praticamente
está vazia. Apenas existe um resíduo de 10 cc.



Doente n.º 5240 U. h.

Depois da operação

5986

E

ESTAMPA XV

Radiografia n.º 5986

Doente n.º 5652. Observação XI

Cistografias feitas antes da operação.

Diagnóstico — Adenoma do colo. Divertículos vesicais — um volumoso à esquerda e outro mais pequeno à direita. Refluxo vésico renal à direita.

I — Bexiga em carga (soluto de iodeto de sódio).

II — Bexiga terminada a micção, com um grande residuo e um refluxo vésico-renal direito, muito importante. Dir-se-ia que o doente urinou para o rim.

E

FAC. MEDICINA
5986 COIMBRA
I

A

ESTAMPA XV

Radiografia n.º 5886
Doente n.º 5852. Observação XI

Cistografias feitas antes da operação.

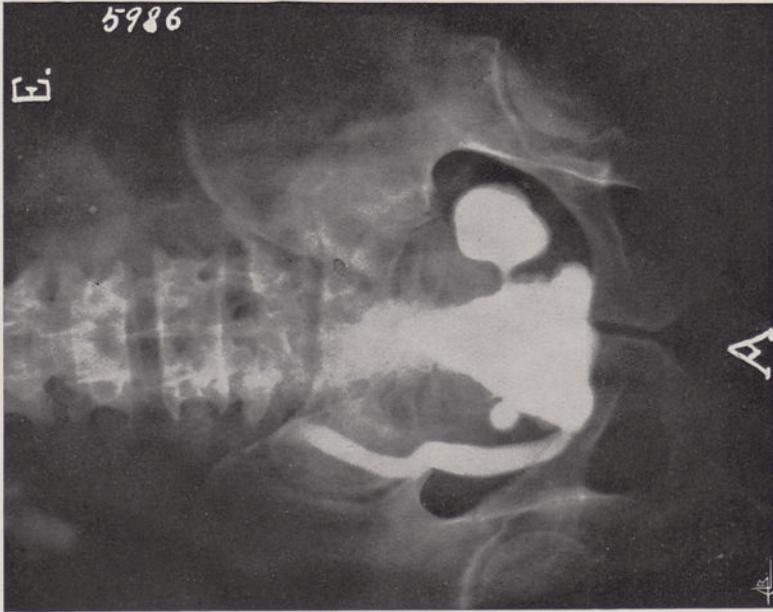
Diagnóstico — Adenoma do colo. Divertículos vesicais — um volumoso à esquerda e outro mais pedunculado à direita. Refluxo vesico-

renal à direita.

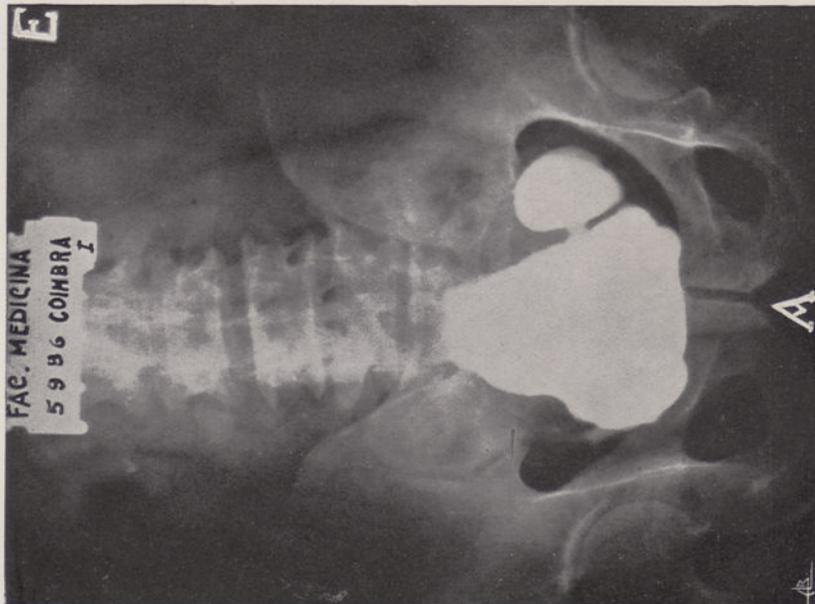
I — Bexiga em carga (soluto de iodeto de sódio).

II — Bexiga terminada a micção, com um grande resíduo e um refluxo vesico-renal direito, muito importante. Diz-se-is que o doente

urinou para o fim.



2



1



2

G. S. U. GOMES

ESTAMPA XVI

Radiografia n.º 6528
Doente n.º 5652. Observação XI

Cistografias feitas depois da operação — Diatermocoagulação do colo por via endo-uretral (comparar com a estampa anterior).

I — Bexiga em carga (soluto de iodeto de sódio).

Decúbito dorsal de frente.

Bexiga de forma triangular e com um divertículo lateral esquerdo.

II — Na mesma posição da radiografia precedente depois do doente ter urinado a carga. Mostra que a bexiga se esvaziou completamente, vendo-se apenas uma mancha à esquerda da linha média, que corresponde ao divertículo babado de soluto.

Resíduo — Zero. Até o próprio divertículo se esvaziou.

ESTAMPA XVI

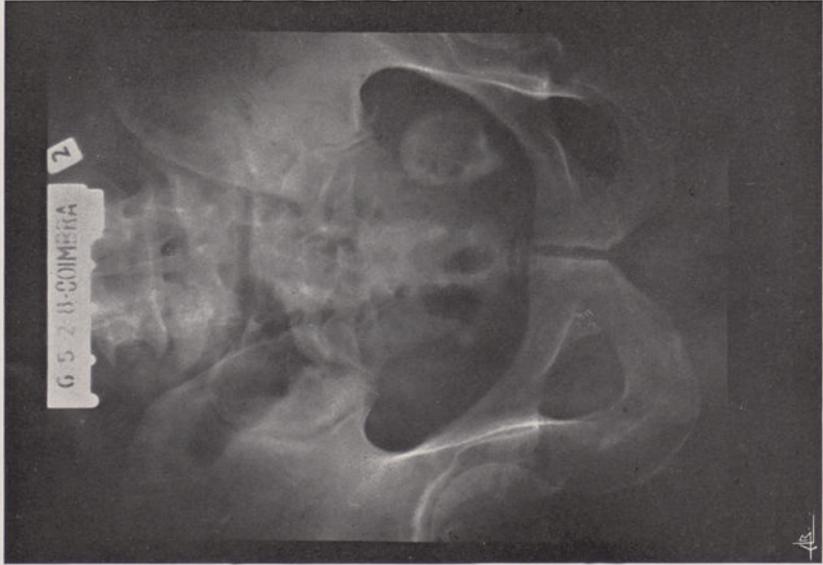
Radlografijs n.º 5528
Doente n.º 5852. Observação XI

Cistografias feitas depois da operação — Distermococulação do colo por via endo-uretral (comparar com a estampa anterior).

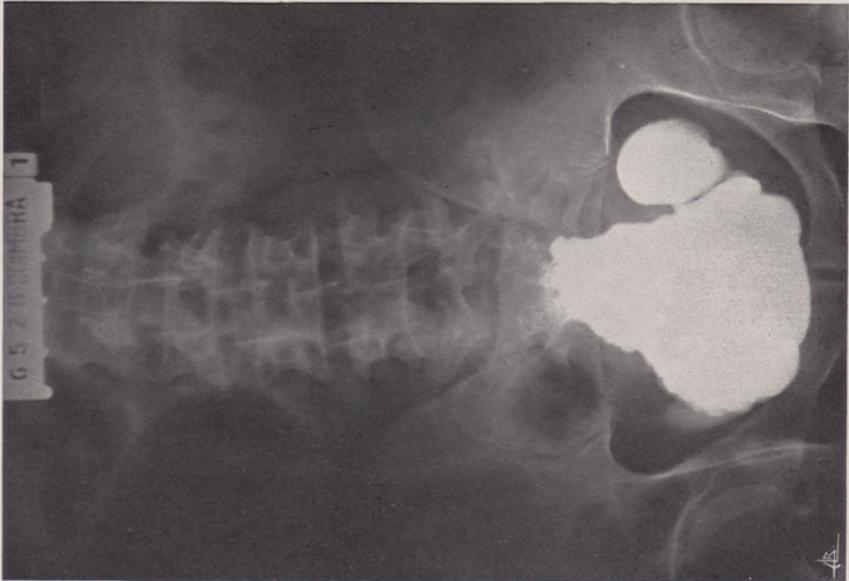
I — Bexiga em carga (soluto de iodeto de sódio).

Decúbito dorsal de frente.

Bexiga de forma triangular e com um divertículo lateral esquerdo.
II — Na mesma posição da radiografia precedente depois do doente ter urinado a carga. Mostra que a bexiga se esvaziou completamente, vendo-se apenas uma mancha à esquerda da linha média, que corresponde ao divertículo papado de soluto.
Resumo — Zero. Até o próprio divertículo se esvaziou.



2



1

ESTAMPA XVII

Radiografia n.º 6274
Doente n.º 5489, U. h.

Diagnóstico — Adenomas do colo.

Cistografias feitas em decúbitos dorsal posição oblíqua. Carga vesical 300 cc. de soluto de iodeto de sódio.

N.º 2 — A bexiga está em repouso.

A região do colo é horizontal, o que corresponde ao colo fechada.

N.º 3 — Convidado o doente a urinar, o colo abriu-se para deixar passar o líquido. O doente urinou 25 cc. apenas.

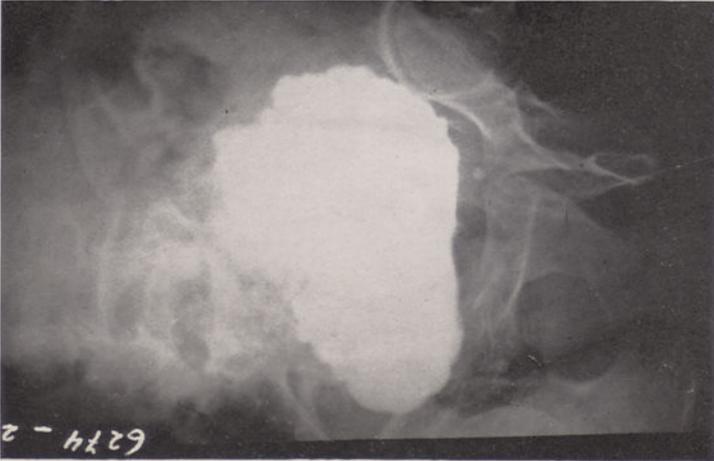
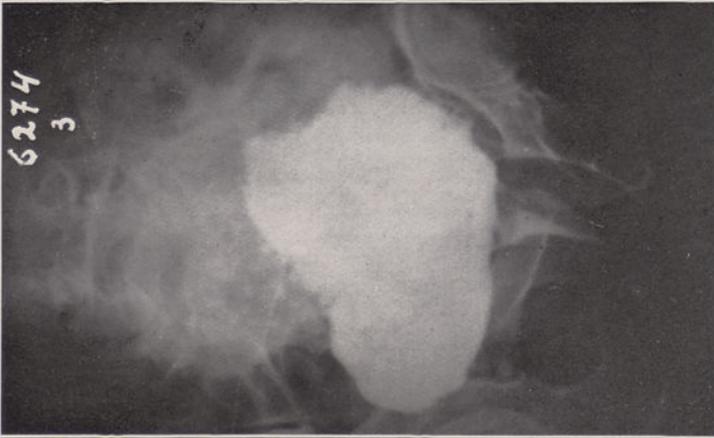
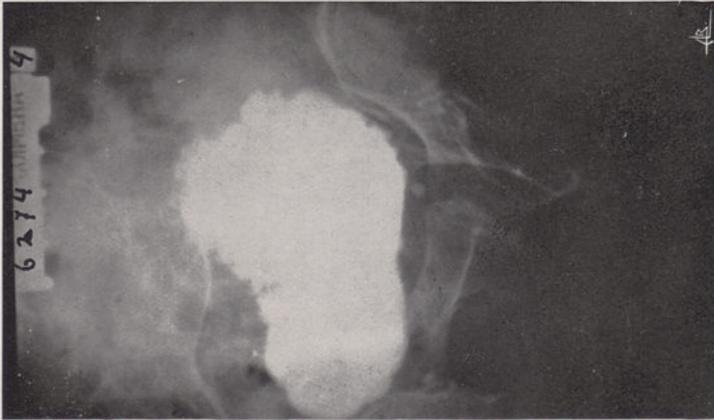
N.º 4 — Depois desta micção o colo fechou-se, ficando um resíduo de 275 cc. A micção não proseguiu porque o colo se fechou.

6274-2

ESTAMPA XVII

Radlografia n.º 6274
Doente n.º 5489, U. H.

- Diagnóstico — Adenomias do colo.
- Cistogartias léias em decúbitos dorsal posição oblíqua. Carga vertical 300 cc. de solução de iodeto de sódio.
- N.º 2. — A bexiga está em repouso.
- A região do colo é horizontal; o que corresponde ao colo fechada.
- N.º 3. — Convidado o doente a urinar, o colo abriu-se para deixar passar o líquido. O doente urinou 25 cc. apenas.
- N.º 4. — Depois desta micção o colo fechou-se, ficando um resíduo de 25 cc. A micção não prosseguiu porque o colo se fechou.





ESTAMPA XVIII

Radlografia n.º 6454

Doente n.º 5105, U. h. Observação XXXIV

Diagnóstico — espinha-bífida.

A) Coluna lombo-sagrada vista de frente: revela um caso de espinha-bífida oculta, que se traduz por uma solução de continuidade para-mediana do arco posterior da V vertebra lombar e um adelgaçamento de arco posterior de I sagrada, que todavia está unido.

N.º 1 — Decúbito dorsal visto de frente. Cistografia. Carga 90 cc. de soluto de iodeto de sódio.

Mostra a bexiga em repouso, apresentando nos contornos muitas irregularidades, sem refluxo ureteral e com o colo largamente aberto, sob a forma de um cone de base superior.

ESTAMPA XVIII

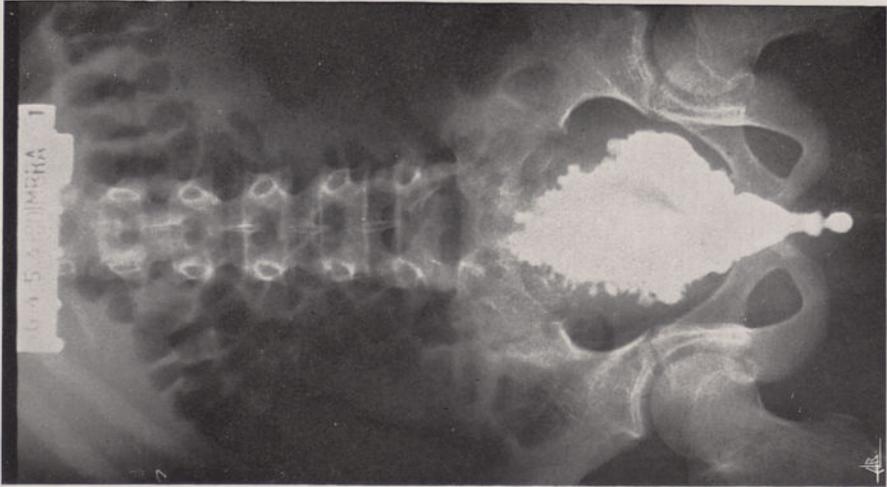
Doente n.º 5105, U. n. Observação XXXIV
Radiografia n.º 6454

Diagnóstico — espinha-bifida.

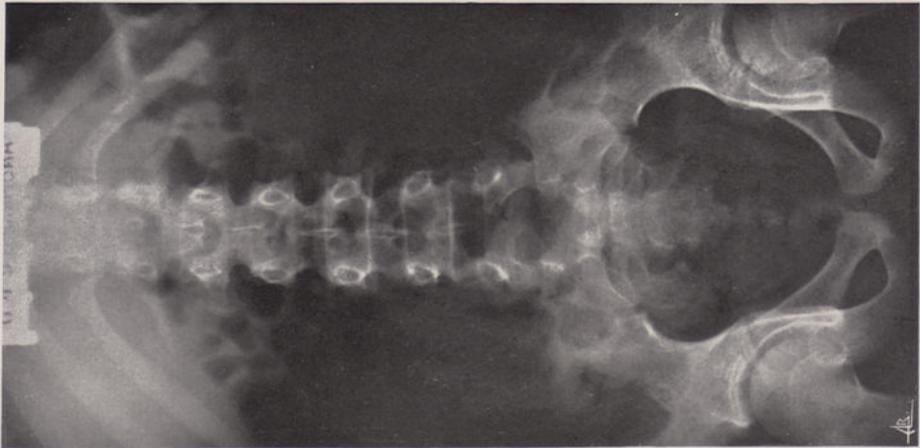
4) Coluna lombo-sagrada vista de frente: revela um caso de espinha-bifida occulta, que se traduz por uma solução de continuidade para-mediana do arco posterior da V vertebra lombar e um adelgaçamento de arco posterior de I sagrada, que todavia está unido.

N.º 1 — Decúbito dorsal visto de frente. Cistografia. Carga de cc. de solução de iodeto de sódio.

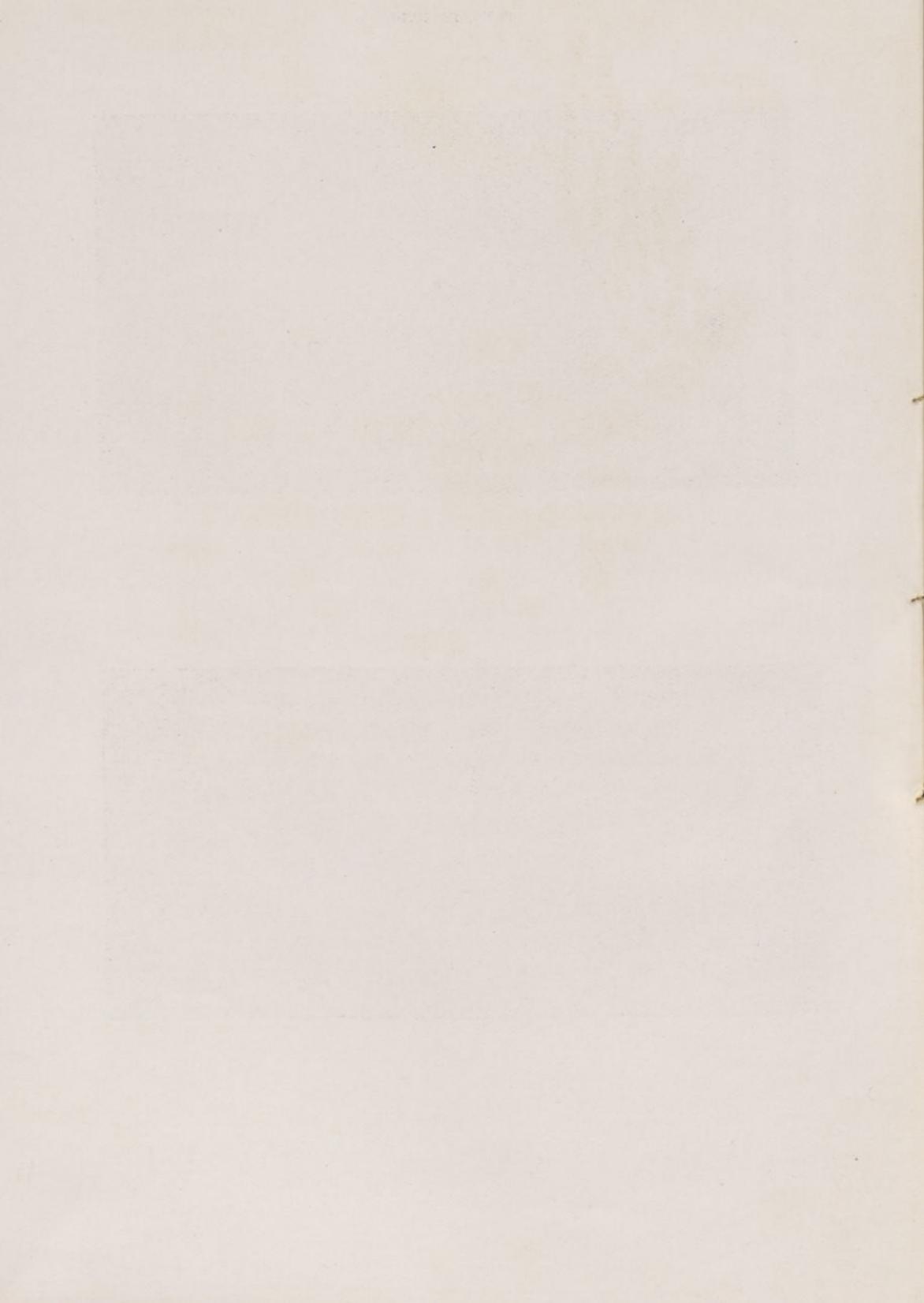
Mostra a bexiga em rebouço, apresentando nos contornos muitas irregularidades, sem refluxo uretral e com o colo largamente aberto, sob a forma de um cone de base superior.



1



A



ESTAMPA XIX

Radiografia n.º 6454

O mesmo doente, n.º 5105, da estampa anterior

Observação XXXIV

RADIOGRAFIA N.º 2 — Decúbito dorso-lateral esquerdo com a bexiga em repouso. Observa-se a região do colo com a mesma forma cônica e o colo totalmente aberto. O esfíncter externo está incompletamente fechado, por incontinência, tendo passado através d'êlo algum soluto de iodeto de sódio.

RADIOGRAFIA N.º 3 — O doente na mesma posição da precedente, mas com a bexiga em micção: o colo ficou imóvel — sempre aberto. O esfíncter externo é percorrido por um delgado fio de soluto.

RADIOGRAFIA N.º 4 — O doente ainda na mesma posição e depois de ter urinado: a imagem do colo continua sendo a mesma. O esfíncter externo está fechado.



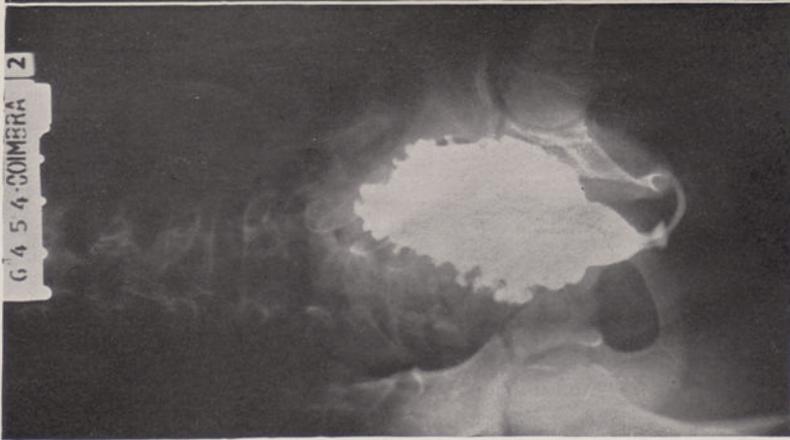
ESTAMPA XIX

Радиогрaфия n.º 6454
O mesmo doente, n.º 5105, da estampa anterior
Observação XXXIV

RADIOGRAFIA n.º 2 — Decúbito dorso-lateral esquerdo com a bexiga em repouso. Observa-se a região do colo com a mesma forma cônica e o colo totalmente aberto. O esfíncter externo está inteiramente fechado, por inconsciência, tendo passado através dele algum soro de iodo de sódio.

RADIOGRAFIA n.º 3 — O doente na mesma posição da precedente, mas com a bexiga em micção: o colo ficou imóvel — sempre aberto. O esfíncter externo é percorrido por um delgado fio de soro.

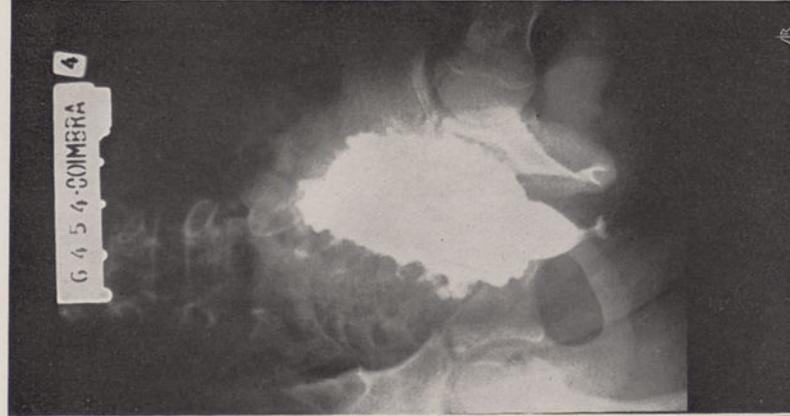
RADIOGRAFIA n.º 4 — O doente ainda na mesma posição e depois de ter urinado: a imagem do colo continua sendo a mesma. O esfíncter externo está fechado.



2



3

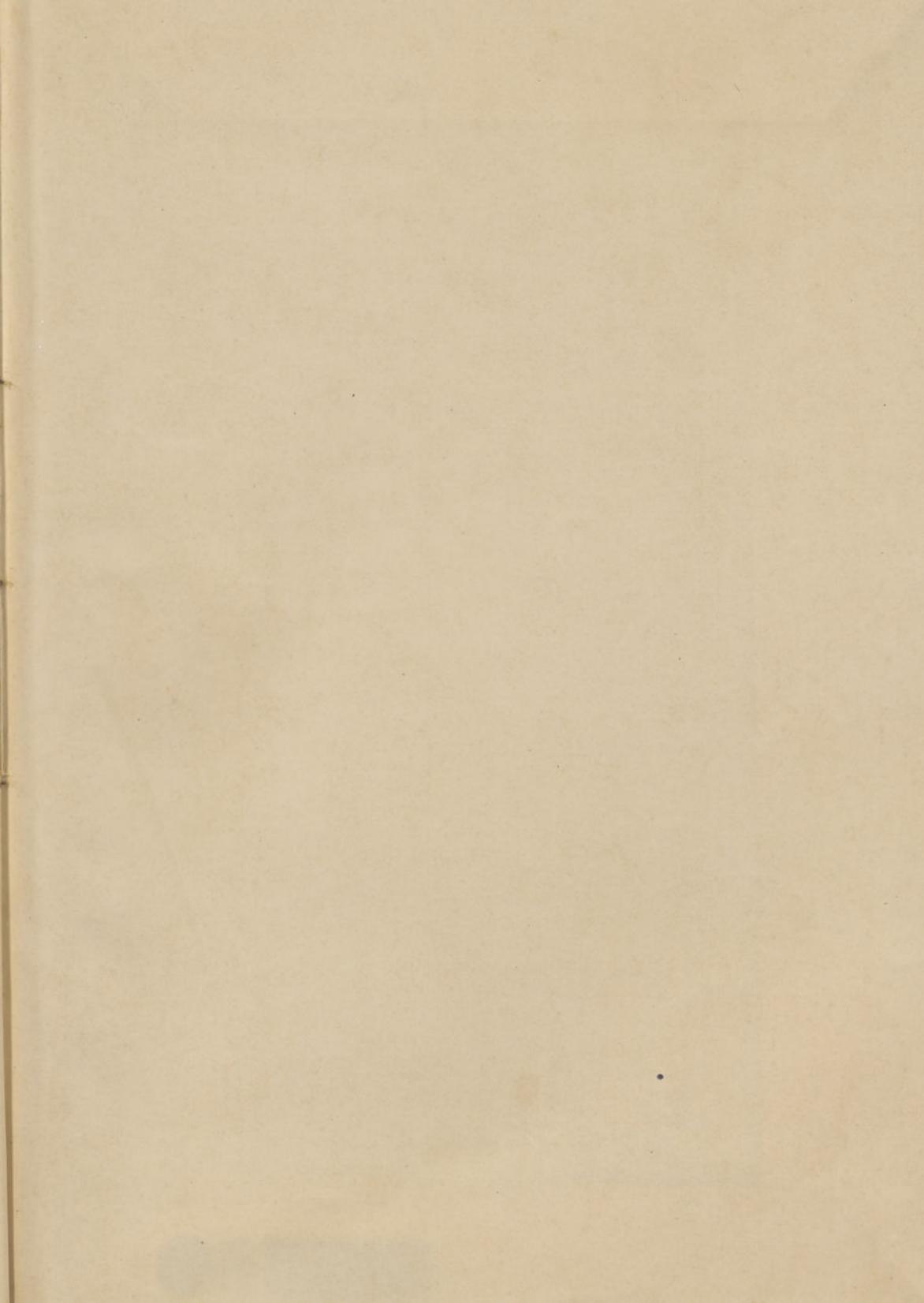


4



ÍNDICE

	Pág.
I — INTRODUÇÃO	1
II — Constituição anatómica do colo vesical	3
III — Fisiologia da micção	19
IV — Patologia da micção	25
V — Alterações anatómicas do colo	33
VI — Endoscopia do colo	39
VII — Síndrome de oclusão cervical	42
VIII — Determinação da pressão intra-vesical	54
IX — Tratamento	56
X — Estatísticas	72
XI — Conclusões	77
XII — Observações	79
Bibliografia	143
Estampas	151-173





RÓ
MU
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



1329666142

