

## ADENOMECTOMIA PROSTÁTICA

**LUIZ SARMENTO BARATA**

Docente Livre da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — Chefe de Clínica da 31.<sup>a</sup> enferm. da S. Casa (Serviço Prof. Homero Fleck)

Os esforços despendidos pelos cirurgiões e urologistas na ância de aperfeiçoar a terapêutica da chamada "hipertrofia da próstata" são realmente impressionantes. Vae a caminho de quatro séculos e meio que, em permanente inquietação e surpreendente tenacidade, buscam êles técnicas e táticas para solucionar o grave problema da obstrução prostática.

Se percorrermos a profusa literatura sobre o assunto, verificaremos que, afóra os meios indiretos — castração; ligadura dos canais deferentes, ligadura dos vasos eferentes do testículo, ressecção do cordão, ligadura das veias espermáticas — a história da terapêutica cirúrgica dêsse magno capítulo da patologia urinária se desdobra pelas diversas vias de acesso sugeridas.

### ADENOMECTOMIA ATRAVÉS DA URETRA

A via trans-uretral sem o controle ótico, corresponde ao parâodo mais recuado. Ambroise Paré, (1510-1590) por força de intuição, utilizou a via natural para destruir o obstáculo por intermédio de um catéter cortante. E, por força da observação, seguiram-lhe as pégadas, com pequenas variações técnicas, Riolan, Turquet de Mayenne, La Faye, Dorner e Stafford.

Porém, só muito mais tarde tiveram as operações através da uretra seu fundamento anátomo-clínico com os memoráveis trabalhos de Home (1811) e Guthrie (1836) na Inglaterra, e Mercier (1836) e Civiale (1841) na França.

Em 1876, Bottini, ainda pela uretra, às cegas, som o auxílio da visualização, logrou cauterizar o embaraço mecânico com o seu galvano-cautério.

Young, em 1909, apresentou o "punchú. Tratava-se de um verdadeiro "sacabocado" que, igualmente, Ys cegas cortava o obstáculo do cólo e após, com o termo-cautério, procurava coagular a superfície que sangrava.

Estas técnicas incompletas e perigosas, executadas às cegas, e que evidentemente

produziam graves e fatais acidentes, geraram uma conclusão desalentadora para o método trans-uretral cego, já tão em uso.

Wossidolo, Freudeuberg e Wishard — (1897-1902) iniciaram as tentativas de aperfeiçoamento do aparelho de Bottini, no sentido de dotá-lo do controle visual, dando assim início à cirurgia endoscópica trans-uretral.

Pelo ano de 1909, Luys utilizava seu cistoscópio de visão direta, para, com o galvano-cautério, sob o controle da vista e a seco, fazer a tunelização ou "forage" da próstata, como êle designava esta intervenção.

Em crescente ousadia, os adeptos da cirurgia endoscópica, com um aperfeiçoamento após outro, obtiveram não só engenhosos ressectores, munidos de magníficas, óticas, como também excelentes geradores de corrente elétrica, que permitem o corte e a coagulação em baixo d'água. Este notável impulso deu ao método endoscópico, sem dúvida, uma posição destacada.

Young, Luys, Stevens, Mac-Carthy, Kirwing, Lichtemberg, Caulk, Braasch, Bumpus, Thompson, Heitz-Boyer, Papin, Necbit e Lowsley, são nomes que devem ser lembrados por estarem estreitamente vinculados à cirurgia endoscópica.

No Brasil, por entre os mais simpatizantes de quantos podem abonar a excelência da ressecção endoscópica, encontram-se Homero Fleck (Porto Alegre), Luciano Gualberto e Jarbas Barbosa (São Paulo), Rocha Brito Jor. (Campinas), Paulo Albuquerque, Alberto Gentil e Guerreiro de Farias (Rio de Janeiro).

### ADENOMECTOMIA ATRAVÉS DA BEXIGA

Quando Amussat, em 1836, removeu com a tesoura o lóbo mediano, através da bexiga, longe estava êle da noção exata das proporções que poderia assumir o adenoma no sentido uretral.

Não podendo ser restabelecida a mic-

ção normal com a extração parcial do adenoma, o desapontamento não tardou.

Segundo Marion, em 1888, Mac Gil realizou, involuntariamente, a primeira adenomectomia total supra-pública.

Só em 1895, Eugenio Fuller (New York), aludindo à necessidade da remoção completa da adenoma para restaurar a micção voluntária, realiza deliberadamente a adenomectomia prostática através da bexiga.

A Freyer (Inglaterra) deve-se, no entanto, o renascimento, o estímulo e a divulgação (1901) da técnica de Fuller, que, rapidamente, alcançou conceito universal. No intuito de sanar alguns dos inconvenientes apontados a este método, diversas variantes surgiram. Assim, manda a justiça que se recorde as técnicas de Harris, Lichtemberg, Paglieri, Figuerôa Alcortaa, Hey Gouver e Martins Costa.

### ADENOMECTOMIA ATRAVÉS DO PERINEO

A adenomectomia pela via perineal nasceu nos Estados Unidos em 1890 com Goodfellow, Carpenter e MacLean.

Porém, a precisão científica da técnica só foi obtida com os trabalhos de Zuckerkandl em 1899. Tais estudos foram corroborados, ampliados e aperfeiçoados por Proust e Gosset em 1900, Albarran em 1901 e por Young em 1903.

Ficou, assim, perfeitamente estabelecida, uma nova técnica para a adenomectomia prostática, que, apesar de contar com inúmeros antagonistas, encontrou também grandes e fervorosos adeptos.

A ela estão indissoluvelmente ligados Wilms, Wiedbolz, Pauchet, Gil Vernet, Puigvert e Lowsley.

É mister assinalar os nomes de Otacilio Rosa (Porto Alegre), Martins Costa e Ataíde Pereira (São Paulo), grandes propugnadores deste método entre nós.

Destas técnicas tudo já foi dito. Encher-se-iam livros só com o que se lhes atribui, de bom e de mau.

Embora sucitassem contendas e dividissem as preferências dos especialistas, mereceram elas grande acolhida.

Não poderia, evidentemente, ser de outra maneira, porquanto, em largo período, foram as únicas soluções para as afecções obstrutivas não inflamatórias da uretra posterior e do cólo da bexiga.

Isso, entretanto, não vale pela afirmativa de que esta acolhida traduzisse a ausência de qualquer restrição a elas.

Antes, grandes e justificadas objeções lhes eram feitas.

Si em certos e limitados casos há, sem dúvida, indicação para algumas destas técnicas, não pode, em absoluto, ser negado o enorme passivo que pesa sobre elas quando se procura generalizar suas indicações.

Aliás, não se trata mais de opinião, mas do exame da realidade.

Como éco dos libélos imputados a estes métodos, fixaremos os principais conceitos, de sentido quase interditivo e de eloquência irrecusável.

A ressecção trans-uretral, que tanto brilho deu à urologia da América do Norte, recolheu grandes entusiasmos pelos inúmeros proveitos que oferecia.

Utilizando a via natural, era nitidamente, a intervenção desejada pelos especialistas e pelos doentes. Porém, as esperanças primitivas, com o julgamento de fatos, já se diluíram consideravelmente.

Além da grande dificuldade em apreender e ainda maior em ensinar esta técnica, encontra ela no calibre da uretra seu primeiro precalço.

Com o propósito de evitar as frequentes lesões uretrais irreversíveis — rupturas e estreitamentos traumáticos, infecção e provável periuretrite — produzidas pelo trânsito dos calibrosos ressectores. Cabot sugeriu fôsse praticada a uretrotomia perineal para dar passagem ao aparelho quando não fôsse possível obter uretra com calibre 58 ou 60! De resto, este procedimento não têm sequer o mérito da originalidade, de vez que já era utilizado por Wishard de Indianopolis em 1892!

Seria o equivalente da derrubada das casas de uma rua quando, por um acidente, tivesse sido interrompido o tráfego.

Demais, não devendo, por motivos de ordem geral (fadiga, choque cirúrgico, etc.) o ato operatório prolongar-se além de 60 minutos, torna-se necessário, em certos casos, dentro de 3 a 4 dias, complementar a primeira ressecção.

Novo traumatismo uretral ou nova uretrotomia perineal!

Em 25% dos seus doentes, Nesbit pratica a uretrotomia perineal reclamada pelo exíguo calibre da uretra.

Concorrem ainda de forma preponderante para o demérito desta velha técnica,

restaurada e perfeioada pelos norte-americanos, os seguintes fatos:

- 1) — Explosão da bexiga por acúmulo de gases.
- 2) — Ruptura da bexiga pela superdistensão por excesso d'água.
- 3) — Hemorragias prematuras ou tardias.
- 4) — Infecção.
- 5) — Fístula urinária.
- 6) — Incontinência.
- 7) — Retirada incompleta do adenoma.

Efetivamente, só um número limitadíssimo de reseccionistas conseguem pela sua excepcional habilidade, praticar a adenomectomia total, por este método.

A grande maioria, por dificuldades técnicas compreensíveis e justificado temor, limitar-se a retirar o "quantum satis" para solucionar o problema do trânsito urinário.

Quando muito abrem caminho no tumor, conservando a grande massa que, afóra os malefícios decorrentes de sua toxidez consoante Thaon e Legueu, em breve período voltará a inquietar o doente, reconstituindo a situação anterior.

É, não há dúvida, um recurso, cuja possibilidade, de uma maneira geral, não poderá ser acenada com muita tranquilidade, a não ser em mãos de elzitos.

No mínimo é uma técnica que atenta contra as regras da simplicidade e da inocuidade.

À míngua dessas condições esse processo jamais poderá ter caráter de generalidade, de recurso amplo, mas, de utilidade fortuita.

Encontra, entretanto, indicação na retenção urinária por cancer da próstata, na bexiga neurogênica, no pequeno lóbulo mediano, na esclerose do cólo e na barra vesical.

### ADENOMECTOMIA PERINEAL

A adenomectomia prostática através do períneo está longe de merecer a relevância que alguns urologistas lhe quiseram emprestar. Embora já meio século esteja a pesar sobre ela, o número reduzido de adeptos que logrou, não deixa de ser uma advertência bastante eloquente. Em verdade, de início suscitou grandes esperanças. Além de ser considerada como a técnica mais sujeita aos cânones da cirurgia, impressionava, principalmente, pelo baixo índice de mortalidade. Cedo, porém, as temíveis se-

quelas — incontinência, fístulas uretroretaes, fístulas perineaes, estreitamento e, por vezes, impotencia coeundi — incumbiram-se de mostrar à sociedade que esta técnica não poderia triunfar.

### ADENOMECTOMIA TRANSVESICAL

A operação de Fuller-Freyer ninguém poderá negar, honestamente, os grandes e inestimáveis serviços que já prestou. E, certamente, a gratidão não permitirá uma coisa seja feita: é esquecê-la. Porém sobre esta gratidão estendem-se diversos motivos que impediram tivesse este método uma glória muito duradoura. Tomemos o ensejo para relembrar estas razões, já tão fatigadas:

- 1.º) é uma técnica que infringe todos os princípios gerais da cirurgia;
- 2.º) sendo o processo patológico rigorosamente extra-vesical, a operação é essencialmente vesical.
- 3.º) risco de hemorragia;
- 4.º) risco de incontinência;
- 5.º) desconforto dos doentes pelos temponamentos, drenagens pelo tubo de Freyer-Marion ou calibrosas sondas e pelos extravasamentos quasi constantes da urina;
- 6.º) formação de bridas e extensa tardia do cólo vesical;
- 7.º) demora do fechamento da bexiga, com risco de se constituir a fístula vasico-cutânea;
- 8.º) permanência prolongada no leito.

É obvio, portanto, que em face dessas razões, o problema ainda se nos oferecia. Em boa fé, cremos, ninguém poderá negar essa verdade cristalina e já velha!

E, basta que se atente para o grande número de técnicas novas aparecidas e para as inúmeras modificações sugeridas ao método clássico, no constante empenho de encontrar a solução de tão relevante problema, para se constatar da não conformidade dos urologistas, em geral, com esta terapêutica.

Também aqui vemos comprovada a já celebre sentença de Miguel Couto: "em medicina, fartura é sinal de pobreza".

Ademais, cada um de nós que se interroga a si mesmo e procure lembrar-se

dos dissabores, do trans e do post-operatório de um Freyer, que nunca sabemos quando e como termina. (Em).

## ADENOMECTOMIA RETRO-PÚBICA

Em novembro de 1945 — Terencio Millin, pretendendo resolver esta torturante incognita, apresenta ao mundo científico, através da Sociedade Real de Medicina, de Londres, sua técnica de tratamento da obstrução prostática.

Poucos métodos têm merecido tão rápida divulgação e despertado tamanhos entusiasmos no mundo urológico. A prostatectomia retro-púbica — como a denominou seu autor — marca, uma nova era na cirurgia da próstata.

A rota que escolheu não era nova. Com técnicas diversas já haviam-na utilizado, porém sem êxito, von Stockum em 1909, Otto Maier em 1924, Casper e Jacobs em 1933 e, em 1935, por Hybbinete.

Altamente marcante e sugestiva é, sem dúvida, a aceitação que mereceu o método de Millin por parte de Marion, Sydney Mac Donald, Lowsley, Fey Couvelaire, Gouvener, Michon, Widbolz, Castano, Fleck, Cibert, Jaci Monteiro e Lalor Motta.

Desde 20 de dezembro de 1947, vimos realizando esta técnica com verdadeira devoção, tendo efetuado a presente data cêrvoção, tendo efetuado até a presente data cêrca de 50 operações. Com esta experiência ser divulgada. É um processo preciso e inócuo, superior a qua'quer um dos outros, quer quanto à técnica, quer quanto aos resultados. Pensamos, e não seremos suspeitos dizendo, ser ela a operação de eleição, sem contraindicações, para o adenoma prostático.

Millin propõe enuclear o adenoma sem atravessar a bexiga, mas ir diretamente a êle, pelo espaço de Retzius, vendo o que corta, ligando os vasos que sangram e reconstruindo os planos cortados, com mortalidade mínima, morbidade quasi nenhuma, cura integral no menor espaço de tempo, sem o desconforto dos post-operatórios a que já nos havíamos quasi habituado.

Couvelaire retraca na seguinte síntese admirável o método do urologista irlandês: "A operação não é difícil. Reclama, entretanto, desejo de perfeição, amor à minúcia, ausência de relógio. O objetivo não é realizar um "Freyer" por via extra vesical, isto

é, de operar em uma volta de mão ou mais precisamente em uma volta de dedo, mas operar metodicamente, passo a passo, sob o contrôlo constante da vista, e de não pesar ao tempo seguinte se o tempo precedente não esteja terminado. Do contrário, toda vantagem do método desaparece".

Permitam-nos citar ainda um valioso conceito de Cibert, "êste método (Millin) significa muito mais que um progresso de técnica, por que traz profundas modificações à nossa maneira de conceber a cirurgia prostática".

Aos 20 de dezembro de 1947 realizamos no Serviço do Prof. Homero Fleck a primeira adenomectomia retro-púbica. Daí para cá não praticamos outra técnica. Para aquilatar do valor real do método não fizemos seleção dos casos, vício, aliás muito comum das estatísticas. Nunca deixamos de operar um doente visando não estragar a estatística. Ha, é verdade, uma exceção que é facil compreender. O paciente n.º 3, foi por nós escolhido no magnífico Serviço de Urologia do Hospital das Clínicas de S. Paulo, onde, aos 16 de janeiro de 1948, o operamos, por honroso convite do Prof. Luciano Gualberto, a cuja inteligência, cultura e caráter apraz-nos render, neste momento, a nossa homenagem de admiração. Salientamos ainda a bondosa acolhida a nós dispensada pelo seu brilhante corpo de assistentes e seu culto chefe de Clínica, Dr. José Martins Costa.

Duma maneira geral, temos seguido a técnica operatória descrita por Millin.

Deste quadro poderemos colher os seguintes dados:

**A idade** dos pacientes oscilou entre 54 e 86 anos. Assim temos:

|               |       |    |       |
|---------------|-------|----|-------|
| De 54-59 anos | ..... | 7  | casos |
| " 60-69 "     | ..... | 24 | "     |
| " 70-79 "     | ..... | 15 | "     |
| " 80 "        | ..... | 1  | caso  |
| " 81 "        | ..... | 1  | "     |
| " 84 "        | ..... | 1  | "     |
| " 86 "        | ..... | 1  | "     |

Igualmente variável tem sido o volume do adenoma. Temos tumores de todo o tamanho, desde o volume de um caroço de pêcego até o tamanho de um grande pêcego, com o peso limite de 420 gramas e 7 gramas. Na retirada de adenomas muito pequenos, as dificuldades técnicas são, efetivamente, maiores, não só quanto a enu-

cleação do tumor, como também o fechamento da cápsula é mais difícil.

Com a finalidade de restabelecer as condições normais, principalmente no tocante ao metabolismo, às mecânicas respiratória e circulatória, temos também seguido a prática de levantar relativamente cedo nossos doentes e permitir-lhes façam exercícios físicos, progressivamente:

17 deixaram o leito com 4 dias  
29 com 3 dias

46

Dois doentes não puderam se levantar em virtude de seu mau estado geral.

**Retirada da Sonda** — Quando dizemos retirada da sonda equivale dizer que o doente está curado. A sonda foi retirada com:

|        |   |    |            |
|--------|---|----|------------|
| 9 dias | — | em | 12 doentes |
| 10 "   | — | "  | 20 "       |
| 11 "   | — | "  | 2 "        |
| 12 "   | — | "  | 4 "        |
| 13 "   | — | "  | 1 "        |
| 15 "   | — | "  | 3 "        |
| 18 "   | — | "  | 2 "        |
| 20 "   | — | "  | 1 "        |
| 30 "   | — | "  | 1 "        |
| 35 "   | — | "  | 1 "        |

Dois doentes retiraram suas sondas no dia mesmo da operação. Em A. B. ela foi recolocada com facilidade, o que se repetiu mais 10 vezes. Em A. R. foi necessário introduzi-la através da incisão do hipogastrio, com o auxílio de um trocarte. A mesma manobra tivemos de praticar em A. M., que teve sua sonda deslocada quando foi transportada para o leito.

Registamos 2 mortes por pneumopatia. Eram dois velhos tossidores, enfisematosos de 72 e 84 anos, que apesar do uso da penicilina — pré e postoperatoriamente não puderam resistir.

Pelo exame histológico das peças foi constatado em 2 casos núcleos, insuspeitados clinicamente, de adenocarcinoma.

Também no Millin, como no Freyer, não praticamos como rotina a ligadura dos deferentes. Só os pacientes, como o n.º 34, acometidos de orquite de repetição são submetidos à ligadura.

Apenas no 38 observamos ligeira reação para o testículo D.

Tivemos, ainda, dois casos de nevrite do obturador

Em nenhum dos 50 operados houve hemorragia intestinal importante, nem primitiva, nem secundária. Houve, é certo, sangramento no ato operatório, que facilmente cedeu com as pinças em T e pela sutura da capsula.

Operamos o doente n.º 48 pelo método de Millin, embora já estivesse talhado. É uma norma que consideramos acertada. A simples cistostomia não de ve privar os prostáticos de colherem os benefícios que o método lhes oferece.

Para alguns especialistas franceses a obesidade constitui uma das contra-indicações para a adenectomia retro-púbica. Não é comodo, efetivamente, operar pessoas gordas, mas esta condição está longe de estabelecer a inexequibilidade do método.

Em conclusão, os resultados da adenomectomia retro púbica não comportam mais litígios em torno da terapêutica do adenoma prostático. A técnica de Millin oferece menos inconvenientes do que a perinea; menos grave, menos chocante e infinitamente mais comoda para o doente e para o médico do que a de Freyer; mais completa, mais exequível e mais lógica do que a trans-uretral.

Sem quasi nenhum dos inconvenientes das suas concorrentes, reúne quasi tôdas as vantagens das demais técnicas.

## RESUMO

Depois de breve revisão na história da adenomectomia prostática, o autor faz a crítica das três técnicas até então usadas: vesical, trans-uretral e perineal.

Passa a estudar a técnica de Millin, que realizou, pela primeira vez, em 20 de dezembro de 1947.

Baseado em 50 observações pessoais e em sucinta revisão bibliográfica, assinala as vantagens do método e conclue: "É um processo preciso e inocuo, superior a qualquer um dos outros, quer quanto à técnica, quer quanto aos resultados. É a operação de eleição, sem contra-indicações, para o adenoma prostático. Millin propõe enuclear o adenoma sem atravessar a bexiga, mas ir diretamente a êle pelo espaço de Retzius, vendo o que corta, ligando os vasos que sangram e reconstituindo os planos cortados, com mortalidade minima, morbidade quasi nenhuma, cura integral no menor espaço de tempo, sem os desconfortos dos pos operatórios.

Acredita o autor que "os resultados da adenomectomia retro púbica não comportam mais litígios em torno da terapêutica do adenoma prostático".

pubic adenectomy allow for no further disadenomata".

### SUMMARY

After briefly reviewing the history of prostatic adenectomy the author criticizes the three techniques theretofore used: perineal, transvesical and transurethral. He then proceeds to study the technique of Millin, who performed the operation for the first time on the 20th of December, 1947. Based upon 50 personal observations and on a concise bibliographical revision, the author points out the advantages of the method and concludes that "It is an accurate and harmless process, superior to all others both as to technique and results. It is the universal operation for prostatic adenomata, with no possible contraindications. Millin recommends that the adenoma be denucleated without breaking through the bladder, but by going straight to it along the space of Retzius, a procedure which enables the operator to see what he is cutting, at the same time making it possible for him to connect bleeding vessels and reconstruct cut planes with a minimum mortality, almost no morbidity and the assurance of complete recovery in the shortest time possible, without the postoperative discomfort we had almost got used to ". The author believes that "the results of retro-

### BIBLIOGRAFIA

- 1 — Cibert, Perrin et Collenet-La prostatectomie de Millin chez les infectés. J. d'Urologie 53:257-1946-1947.
- 2 — Cibert-La chirurgie Urinaire retro-pubienne selon Millin — J. d'Urologie 54:56-1948.
- 3 — Fey, B. — J. Urologie 53:4-6, 1946-1947.
- 4 — Gouverneur et Aboulker - Reflexions sur la prostatectomie extravesicale retropubienne de T. Millin. J. d'Urol. 53:105-1946-47.
- 5 — Grey, J. M. — Rev. Brasileira de Medicina — 96-1948.
- 6 — Lowsley and Gentil — Retro-pubic Prostatectomy. The J. of Urol. 59:3-1948.
- 7 — Millin, T. - Retropubic prostatectomy. Proc. Royal S. Med. — 39:327 1946.
- 8 — Millin, T. - Retropubic prostatectomy. Lancet 2:693-1945.
- 9 — Millin, T. - The J. of Urol. 59:3-1948.
- 10 — Millin, T. - Retropubic Urinary Surgery (1947) Edinburgh: E. & S. Livingstone, Lt.

| N.º | Iniciais | Idade | Profissão     | Diagnóstico Urológico | Resíduo | Outros Aparelhos             |
|-----|----------|-------|---------------|-----------------------|---------|------------------------------|
| 1   | F. A.    | 57    | Agricultor    | Adenoma               | 300cc   | Bons                         |
| 2   | A. B.    | 68    | Comerciário   | "                     | 120cc   | "                            |
| 3   | J. M.    | 65    | Operário      | "                     | —       | —                            |
| 4   | A. N.    | 72    | Operário      | Adenoma               | 400cc   | Bronquite crônica            |
| 5   | A. S.    | 68    | "             | "                     | 170cc   | Bons                         |
| 6   | L. S.    | 72    | "             | "                     | 200cc   | Hipert. arterial             |
| 7   | B. R.    | 75    | Guarda-livros | Ret. Completa Adenoma |         | Insuf. cardíaca              |
| 8   | A. P.    | 54    | Comerciário   | Adenoma               | 80cc    | Bons Inguinal                |
| 9   | P. S.    | 69    | Industriário  | "                     | 120cc   | H. Art. Hernia               |
| 10  | F. P.    | 62    | Chauffeur     | Ret. Completa Adenoma |         | Art. Escl. Parkinson         |
| 11  | R. T.    | 62    | Agricultor    | Adenoma               | 100cc   | Bons                         |
| 12  | C. P.    | 68    | Comerciário   | Ret. Completa Adenoma |         | Bronquite crônica            |
| 13  | A. F.    | 64    | Func. Público | Adenoma               | 300cc   | Insuf. Renal                 |
| 14  | J. C.    | 65    | Comércio      | Adenoma               | 80cc    | Art. Esclerose               |
| 15  | O. C.    | 55    | Func. Público | Adenoma               | 250cc   | Bons                         |
| 16  | A. S.    | 74    | S/profissão   | Adenoma               | 400cc   | Hiper. Arterial              |
| 17  | R. R.    | 70    | Comerciante   | "                     | 60cc    | Art. Esclerose               |
| 18  | J. S.    | 66    | Agricultor    | "                     | 350cc   | Insuf. renal                 |
| 19  | Z. C.    | 62    | Comerciário   | "                     | —       | Bons                         |
| 20  | O. B.    | 63    | Func. Público | "                     | 120cc   | "                            |
| 21  | R. A.    | 68    | Pedreiro      | "                     | 200cc   | Insuf. cardíaca              |
| 22  | G. A.    | 71    | Industriário  | "                     | 80cc    | Bons                         |
| 23  | R. B.    | 62    | Prof. Público | Ret. Completa Adenoma | 110cc   | Insuf. renal                 |
| 24  | E. M.    | 70    | Comércio      | "                     | 220cc   | Bons                         |
| 25  | A. P.    | 59    | Operário      | "                     | 150cc   | "                            |
| 26  | J. C.    | 60    | Criador       | Adenoma               | 120cc   | Cálculo vesical              |
| 27  | B. B.    | 84    | Fazendeiro    | Adenoma               | 450cc   | Art. Escl. Bronq. cron.      |
| 28  | H. B.    | 78    | Comércio      | "                     | 300cc   | Bons                         |
| 29  | A. M.    | 77    | "             | "                     | 1200cc  | Taquic. paroxist.            |
| 30  | J. Z.    | 75    | Agricultor    | "                     | 350cc   | Bons                         |
| 31  | L. R.    | 60    | Deputado      | "                     | 90cc    | "                            |
| 32  | A. R.    | 86    | Capitalista   | "                     | 400cc   | Art. esclerose               |
| 33  | J. Z.    | 59    | Comércio      | "                     | 120cc   | Bons                         |
| 34  | J. M. M. | 67    | Médico        | "                     | 60cc    | Orquite E                    |
| 35  | A. B.    | 74    | Comércio      | "                     | 400cc   | Art. esclerose<br>Senilidade |
| 36  | J. B.    | 80    | Agricultor    | Adenoma               | 280cc   | Inf. miocardio               |
| 37  | E. M.    | 74    | Comércio      | "                     | 120cc   | Bons                         |
| 38  | W. O.    | ?     | Médico        | "                     | 80cc    | Inf. miocardio               |
| 39  | B. B.    | 64    | Bilheteiro    | "                     | 220cc   | Grave insuf.                 |
| 40  | W. F.    | 59    | Comércio      | "                     | 40cc    | Hepática. Bons               |
| 41  | J. L.    | 62    | Fazendeiro    | "                     | 100cc   | Bons                         |
| 42  | O. C.    | 79    | Func. Público | "                     | 180cc   | Astenia                      |
| 43  | L. L.    | 64    | Comerciário   | "                     | 120cc   | Bons                         |
| 44  | E. G.    | 70    | Func. Público | "                     | 200cc   | Hipert. arterial             |
| 45  | A. S.    | 55    | Alfaiate      | "                     | 230cc   | Bons                         |
| 46  | J. B.    | 61    | Operário      | "                     | 170cc   | "                            |
| 47  | J. F.    | ?     | Engenheiro    | "                     | 60cc    | "                            |
| 48  | B. P.    | 76    | Agricultor    | "                     | 60cc    | "                            |
| 49  | A. A.    | 81    | Advogado      | "                     | 180cc   | "                            |
| 50  | J. M.    | 64    | Tropeiro      | "                     | 200cc   | "                            |

| Perm. no<br>Leito                      | Retir. da<br>Sonda | Perm. no<br>Hosp. após<br>a oper. | Observações                                                               |
|----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 4 dias                                 | 13 dias            | 30 dias                           | Ficou em observação.                                                      |
| 4 "                                    | 10 dias            | 15 "                              |                                                                           |
| 4 "                                    | 10 "               | —                                 | Operado no Hos. das Clínicas de S. Paulo — Serv. Prof.<br>L. Gualberto.   |
| —                                      | —                  | —                                 | Pneumonia Post. Operatória — Faleceu no Hospital.                         |
| 4 dias                                 | 10 dias            | 30 dias                           | Nevrite do obturador.                                                     |
| 4 "                                    | 10 "               | 13 "                              |                                                                           |
| 4 "                                    | 12 dias            | 15 "                              |                                                                           |
| 3 dias                                 | 9 dias             | 12 "                              |                                                                           |
| 4 dias                                 | 12 dias            | 15 "                              |                                                                           |
| 3 dias                                 | 9 dias             | 12 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 "                | 12 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 dias            | 13 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 "               | 13 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 dias             | 14 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 "                | 12 "                              | Ex. Histológico: Adeno-carcinoma.                                         |
| 3 "                                    | 15 dias            | 13 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 11 dias            | 19 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 dias            | 15 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 "               | 13 "                              |                                                                           |
| 4 dias                                 | 10 "               | 13 "                              |                                                                           |
| 4 "                                    | 10 "               | 22 "                              | Nevrite do obturador.                                                     |
| 3 dias                                 | 9 dias             | 13 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 "                | 12 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 "                | 12 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 "                | 12 "                              |                                                                           |
| 4 dias                                 | 15 dias            | 12 "                              |                                                                           |
| 4 dias                                 | 18 dias            | 25 dias                           | Pneumonia Post Operatória — Faleceu no 4.º dia.                           |
| 3 dias                                 | 10 dias            | 13 dias                           | Atonia vesical — Barra vesical.                                           |
| 3 "                                    | 9 dias             | 14 "                              |                                                                           |
| 4 dias                                 | 18 dias            | 28 "                              | O paciente retirou a sonda várias vezes, inclusive no dia<br>da operação. |
| 3 dias                                 | 9 dias             | 11 dias                           |                                                                           |
| 4 dias                                 | 30 dias            | 40 "                              | Ligadura do Deferente E.                                                  |
| Seu estado<br>geral não o<br>permitiu. | 35 dias            | 60 "                              | O paciente retirou a sonda cerca de 10 vezes.                             |
| 4 dias                                 | 10 dias            | 15 dias                           |                                                                           |
| 3 dias                                 | 10 "               | 13 "                              | Ex. histológico: Adeno carcinoma.                                         |
| 3 "                                    | 9 dias             | 30 "                              | No 8.º dia ligeira reação no testículo D.                                 |
| 4 dias                                 | 10 dias            | 22 "                              |                                                                           |
| 3 dias                                 | 10 "               | 15 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 "               | 12 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 "               | 16 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 "               | 12 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 11 dias            | 14 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 12 dias            | 15 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 9 dias             | 11 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 10 dias            | 13 "                              |                                                                           |
| 3 "                                    | 20 dias            | 25 "                              | Cistostomizado.                                                           |
| 3 "                                    | 10 dias            | 15 "                              |                                                                           |
| 4 dias                                 | 12 dias            | 15 "                              |                                                                           |