

O. R.
Otto Reimer von Hafe

N.º 675

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE A

CYSTOSCOPIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
TYPOGRAPHIA GANDRA

80—Rua de Entre-Paredes—80

1891

59/3

P. o dia 15 de Junho de 1891,
pelas 11 horas da manhã

Presidente. O Ex.^o Sr. Pedro de
Queiroz

De. Sr. Srs.

Arg.^o { Eduardo Per^o Pimenta
Antonio Jorg^o de Moraes Falcão
Ant. Naveiro da Costa
Maximiano A. d'Alv. Lima

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Conselheiro-Director

VISCONDE DE OLIVEIRA

Secretario

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTEs CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Materia medica.	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria..	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semelologia e historia medica....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTEs JUBILADOS

Secção medica.....	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica.....	Visconde de Oliveira.

LENTEs SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} Antonio Placido da Costa. } Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica.....	
	} Ricardo d'Almeida Jorge. } Candido Augusto Correia de Pinho.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Roberto Bellarmino Frias.
------------------------	---------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições. (*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art.º 155.º)

Meinen lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

MEINEN

Schwestern und Brüdern

Meiner lieben Grossmutter

~~~~~

MEINER TANTE

~~~~~

MEINER SCHWÄGERIN

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

Visconde de Alves Machado

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

Dr. Antonio d'Oliveira Monteiro

Ao Ex.^{mo} Snr.

Bernardino Alves dos Santos

E SUA EX.^{MA} FAMILIA

Aos Ex.^{mos} Srs.

Dr. Evaristo Gomes Saraiva
Dr. José Carlos Godinho de Faria
Dr. Arthur Maia Mendes
Dr. J. Martins da Silva
José Alves Bonifacio
Dr. Thomaz Nosolini da Silva Leão
Dr. Antonio Miguel da C. Almeida Ferraz
Dr. Theophilo Bernardes
Ricardo Augusto Ferreira
Gabriel Affonso Ribeiro
Luiz José de Lima
Arthur Pereira Mano
Dr. Severiano José da Silva
José da Silva Monteiro
Amador de Moraes

A todos os meus Amigos

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

E ESPECIALMENTE A

José dos Santos Andrade
Carlos Alberto de Lima
Alberto Perry de Sampaio
Joaquim Pereira de Macedo
Bernardino Moreira da Silva
Antonio Caetano Ferreira de Castro
José Jorge Pereira
Francisco de Vasconcellos C. Beirão
Manoel José Pinhal
João Leite de Castro
José M. Pacheco da Silva Lemos
Scipião José de Carvalho

AO EX.^{MO} CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

E EM ESPECIAL

Aos Ex.^{MOS} Snrs. Drs.

Eduardo Pereira Pimenta

Antonio d'Azevedo Maia

Roberto Bellarmino do Rosario Frias

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

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

Dr. Pedro Augusto Dias

O Cystoscopio

Um bom diagnóstico é coisa difícil, ainda para as doenças que são mais directamente submetidas á investigação dos nossos sentidos. Para provar isto basta mencionar os casos espinhosos que muitas vezes são observados em dermatologia. Ahi podemos vêr, podemos apalpar; e comtudo quantas vezes hesitam os grandes mestres e se confessam impotentes na classificação de certas doenças da pelle? Apezar d'estas difficuldades que a cada passo se encontram, quando tentamos conhecer o estado exacto d'um órgão doente, é claro que quanto maior fôr o numero dos dados fornecidos pelos nossos diversos sentidos e susceptiveis de serem confrontados uns com os outros, menos probabilidade teremos de errar. Quando a vista pôde es-

clarecer-nos sobre o estado d'um orgão, estado que nós não conhecemos senão pelas perturbações da função, e por alguns signaes negativos que nos fornece o sentido do tacto, quando, diziamos nós, o sentido da vista puder ser applicado ao exame d'esse orgão, fornecer-nos-ha noções preciosas que nenhum outro meio d'investigação nos permittiria adquirir. E' por isso que o exame directo, no vivo, da superficie dos orgãos ôcos tem preocupado desde ha muito certos espiritos investigadores, apesar das difficuldades que faziam considerar o resultado desejado como quasi impossivel de attingir.

O problema da illuminação, e do exame visual dos orgãos ôcos, pôde ser considerado actualmente como resolvido pelo menos para a bexiga e urethra. Sem ser d'um manejo muito facil ainda, pôde dizer-se que os cystoscopios mais aperfeiçoados não são agora mais difficeis de manejar do que o ophtalmioscopio, e que, como este ultimo instrumento serão d'aqui a alguns annos, d'um uso corrente nas mãos dos especialistas.

Antes de expôr o estado actual da cystoscopia diremos resumidamente algumas palavras sobre as phases por que tem passado a endoscopia urinaria.

Poderemos dividir em tres periodos a historia da endoscopia. Foi em 1805 que Bozini de Francfort inventou um instrumento pouco pratico a que chamou conductor de luz, com o fim de explorar as cavidades naturaes do corpo. John Fischer em 1824

construiu um instrumento baseado sobre os principios que Desormeaux applicou mais tarde.

No segundo periodo apparece Desormeaux que inventa um endoscopio que constitue um progresso real. Doze annos mais tarde Cruise de Dublin construe um urethroscopio e um cystoscopio bastante mediocre. Como é de crêr, estes instrumentos, d'um preço muito elevado, d'um manejo difficil, permaneceram como curiosidade nas mãos dos seus inventores. Póde dizer-se que não actuaram d'um modo notavel sobre o conhecimento das doenças das vias urinarias.

O terceiro periodo começa com a introdução da luz electrica na prática medica. Em 1867, Bruck inventa o diaphanoscopio para examinar a bocca. Um fio de platina levado ao rubro branco por uma corrente electrica era cercado por uma pequena manga de vidro na qual circulava agua fria. O aparelho, introduzido em uma cavidade, tornava as paredes translucidas e permittia ver as alterações.

Schramm manda construir um diaphanoscopio para o exame dos ovarios. O instrumento era introduzido na vagina e tornava translucida a parte inferior da parede anterior do abdomen. Como diz Fenwick esta tentativa teria dado algum resultado n'uma mulher que já fôsse naturalmente translucida.

Max Nitze é quem tem a honra de ter applicado em primeiro logar a electricidade á cystoscopia.

Em 1877 construe o primeiro cystoscópio, ao qual Leiter fez algumas leves modificações. No primeiro modelo de Nitze o fio de platina incandescente era protegido por um simples tubo de pena de ave susceptível de ser queimado, amollecido e incapaz de proteger convenientemente o aparelho illuminante.

Os instrumentos actualmente empregados para examinar a bexiga são o cystoscópio de Nitze e o megaloscópio de Boisseau du Rocher.

O cystoscópio de Nitze apresenta-se sob a forma d'uma sonda recurvada n.º 22. O bico da sonda do comprimento de 6 a 7 centímetros contém uma pequena lampada electrica visivel atravez de uma janella de vidro. O bico póde desparafusar-se, no caso em que seja necessario mudar a lampada, quando se tenha gasto. Uma segunda janella, que é aquella por onde se vê, está situada quer na curvatura, quer na parte anterior ou posterior, ou mesmo na parte lateral do ramo mais comprido da sonda. Quando a janella está situada em qualquer ponto differente da propria curvatura, então colloca-se um prisma que desvia os raios luminosos de forma que dirigindo-os para o pavilhão da sonda vão incidir atravez das lentes do tubo interno sobre o olho do observador.

A parte mais alongada do cystoscópio é formada por dois tubos dispostos concentricamente. O tubo interno é munido de tres lentes: uma obje-

ctiva, uma media e uma ocular. Este tubo adapta-se perfeitamente á superficie interna do tubo externo, e póde escorregar sobre elle, para d'esta fórma podermos, á maneira do que se faz com os oculos de longa vista, tornar os raios luminosos mais ou menos convergentes.

A extremidade externa ou pavilhão do cystoscopio de fórma de funil, tem dois botões aos quaes se prendem os rheophoros da pilha; um outro botão serve para indicar-nos qual a posição do bico do cystoscopio dentro da bexiga; finalmente uma pequena alavanca serve para abrir ou fechar o circuito.

A pilha geralmente empregada é a de bichromato de potassa.

Alguns cystoscopios possuem ainda um pequeno tubo no qual se póde introduzir uma vellingha para o catheterismo dos uretéres.

Technica da Cystoscopia

A primeira coisa a fazer é tractar de esvasiar a bexiga, quer por meio do catheter de Nelaton, quer por meio de qualquer outro, quando o primeiro não penetre na cavidade da bexiga.

O catheter, antes de ser empregado, deve ser mergulhado durante um quarto d' hora n' uma solução de acido phenico a 4 0/0, e em seguida lavado com uma solução de acido borico a 3 0/0 para eliminar toda a solução phenica da sua superficie. Além d' isso no mais curto espaço de tempo, antes da introdução do catheter, lava-se o orificio externo da urethra e a glande com algodão imbebido em solução borica a 3 0/0

Finalmente humedece-se o meato urinario e o catheter com glycerina, e em seguida é este introduzido na bexiga.

Emprega-se de preferencia a glycerina para facilitar a introdução do cystoscopio e d'outros instrumentos, por isso que os oleos e outras substancias mais consistentes, como por exemplo, a vaselina, mancham o prisma, e portanto impedem a formação clara das imagens.

Com a glycerina acontece ainda, que em consequencia da sua propriedade hygroscopica a camada pouco espessa que cobre o prisma reúne-se, logo em seguida á entrada na bexiga, á agua que enche esta, e com isso são removidas as pequenas impurezas que durante a passagem atravez da urethra tivessem adherido ao prisma.

E' d'esta fórma, que o sangue ou muco que por vezes cobrem o prisma desaparecem da sua superficie passado algum tempo depois de o cystoscopio permanecer na bexiga.

Depois de completamente esvasiada, injectam-se immediatamente na bexiga 150 centimetros cubicos de uma solução morna de acido phenico a meio por cento.

Esta injeção é sufficiente no caso em que as paredes da bexiga não sejam a séde de hemorrhagias nem de formação de pus; no caso contrario lava-se a bexiga umas poucas de vezes até que o liquido se conserve perfeitamente claro durante um periodo mais ou menos longo.

A posição do doente deve ser tal, que o observador possa imprimir ao cystoscopio todos os mo-

vimentos necessarios, sem se collocar a si proprio em uma posição incommoda. Para isso deve o doente estar deitado sobre uma meza bastante alta, de modo que a parte superior do tronco esteja n'um plano horizontal e as nadegas estejam ao nivel do bordo da meza ou o excedam um pouco. As pernas muito abertas serão mantidas por ajudantes. A meza deve ter uma altura tal que a extremidade externa do cystoscopio introduzido na urethra deva estar á mesma altura que o olho do observador. Não só para facilitar a introducção do cystoscopio na urethra como para tolerar a sua permanencia na bexiga convem sempre anesthesiar o doente, quer por meio do chloroformio, ou o que é mais simples ainda, fazer a anesthesia local por meio do chlorhydrato de cocaina.

A anesthesia tem sobre tudo grande utilidade, quando haja grande sensibilidade do doente; quer esta sensibilidade seja geral, quer seja limitada á urethra e bexiga.

O chloroformio será sómente empregado nos individuos em quem o medo e excitação nervosa, provocados pela ideia de que se lhe vae introduzir um instrumento, produzem grande desasocego.

Em todos os outros casos deverá ser empregado o chlorhydrato de cocaina.

As mucosas da bexiga e da urethra são dotadas d'um poder minimo de absorpção não dando por isso logar a accidentes de intoxicação. Foi ba-

seado n'esta propriedade que Malherb empregou uma solução de chlorhydrato de cocaina a 10 por cento, e Fenwick uma solução a 20 por cento. Julgamos porém desnecessaria uma solução tão concentrada e daremos a preferencia á mais geralmente adoptada que é a 3 por cento.

Quando se applicar a solução de cocaina, deve ter-se sempre em conta, que o liquido empregado não contenha bacterias e que chegue ao contacto de todos os pontos da mucosa da urethra e da bexiga. Para satisfazer a esta ultima condição, especialmente pelo que diz respeito á bexiga, a quantidade da solução injectada deve ser tal que as paredes da bexiga sejam por ella sufficientemente distendidas. Ordinariamente bastam 50 centimetros cubicos.

Para proceder á anesthesia faz-se o seguinte: com uma pequena seringa de vidro introduzem-se alguns centimetros cubicos da solução de cocaina a 3 por cento, na urethra, retira-se a seringa e com o dedo tapa-se o meato urinario. Passados alguns minutos esvasia-se a bexiga; introduzindo n'ella um catheter de Nelaton de pequeno diametro. Se o liquido retirado estiver turvo, o que prova que a mucosa da bexiga está ainda coberta de pus em maior ou menor extensão, deve então lavar-se a bexiga umas poucas de vezes com uma solução de acido phenico a $\frac{1}{2}$ por cento. No caso de se não dar esta circumstancia introduz-se immediatamente toda a solução. Passados 5 minutos esvasia-se a be-

xiga, e procede-se em seguida á injecção do liquido que deve servir para o exame da bexiga e de que acima já fallamos.

E' em seguida a estas operações preliminares indispensaveis que se introduz o cystoscopia na urethra. Devemos porém antes de o introduzir, examinar a superficie externa do prisma, afim de evitar que a presença de quaesquer impurezas torne menos nitidas as imagens. A introduccção do cystoscopia faz-se como a de qualquer sonda.

Introduzido o instrumento na bexiga põe-se os rheophoros da pilha em communicacção com os botões do pavilhão do cystoscopia, e immediatamente se produz a luz *electrica* na lampada.

E' preciso certificarmos-nos de que o bico do cystoscopia está todo introduzido na bexiga (o que não offerece difficuldade, porisso que n'esse caso pôde facilmente ser movido em todas as direcções), antes de accender a lampada, sem o que arriscarmos-nos a queimar a mucosa da urethra; do mesmo modo é conveniente quando se termina o exame, deixar o instrumento durante um curto espaço de tempo na cavidade da bexiga, para que a lampada possa resfriar-se.

O exame da bexiga deve começar-se pelo trigono vesical, e devem empregar-se todos os esforços para vêr nitidamente o orificio dos ureteres, porisso que esse ponto é as mais das vezes a séde dos neoplasmas.

Para observarmos os outros pontos da bexiga não temos mais do que imprimir um movimento lento de rotação ao pavilhão do instrumento.

Por vezes surgem dificuldades que se oppõem ao exame por meio do cystoscopio. Essas difficuldades dizem respeito á urethra, á bexiga ou ainda a ambas ao mesmo tempo.

Do lado da urethra as difficuldades consistem em apertos situados quer ao nivel do meato, quer mais profundamente, e na existencia de lesões taes, que ao menor contacto com um instrumento deem logar a hemorragias ou encham a urethra de pus.

Para remover o obstaculo devido ao aperto, ou procede-se á dilatação progressiva por meio de sondas cujos diametros vão successivamente augmentando, ou então é por vezes possivel vencer esse obstaculo empregando um certo esforço sobre o proprio instrumento.

Emquanto ao segundo obstaculo empregam-se os adstringentes para suspender a hemorrhagiã, e procede-se a lavagens repetidas para limpar a urethra do pus e muco que dentro d'ella se tenha accumulado.

Do lado da bexiga a maior difficuldade que póde haver é aquella em que esse reservatorio se não póde distender sufficientemente.

N'este caso o caminho a seguir, é tentar a dilatação da bexiga, introduzindo na sua cavidade quantidades de agua progressivamente crescentes,

até que se obtenha uma capacidade sufficiente, para poder mover o cystoscópio com facilidade. Acontece porém ás vezes que na bexiga tem-se passado processos pathologicos de ordem tal, que a dilatação é completamente impossivel. E' claro que n'esse caso o unico caminho a seguir é desistir do exame.

Finalmente uma outra difficuldade consiste na existencia de sangue ou de pus na cavidade da bexiga.

Para remover essa difficuldade deve lavar-se a bexiga tantas vezes, quantas forem necessarias, para que o liquido saia completamente limpido. Se, a despeito de todas essas lavagens, este ainda sae turvo de sangue, não constitue isso motivo sufficiente para desistirmos do exame, por isso que a intensidade da luz, ainda assim nos permite vêr a mucosa da bexiga, posto que o seu aspecto seja um pouco mais avermelhado. O exame n'esse caso deve ser pouco demorado como é facil de vêr.

Valor da Cystoscopia no diagnostico das doenças das vias urinarias

O caminho a seguir para a determinação do diagnostico das doenças das vias urinarias é o mesmo que para qualquer doença d'outro orgão.

A' anamnese segue-se a determinação do estado actual e a este junta-se a observação ulterior do doente.

E' da maior importancia um exame cuidadoso e bem dirigido do doente, para o conhecimento das doenças das vias urinarias e permite-nos muitas vezes avaliar d'uma maneira surprehendente o modo de ser das alterações pathologicas.

A determinação do estado actual resulta da reunião dos symptomas morbidos subjectivos e objectivos que o doente apresenta na occasião.

Os symptomas subjectivos dôr, frequente necessidade de urinar, etc., dão n'este caso menos

apoio ao diagnostico do que em outras doenças, e assim é que muitas vezes servem apenas para enganar o doente e o medico com relação á séde da lesão. E' frequente os calculos do rim apresentarem espasmos da bexiga como symptoma, e calculos da bexiga manifestarem-se por dôres no meato urinario.

Pelo que diz respeito aos symptomas objectivos já não acontece o mesmo; estes dão-nos uma base mais solida para o diagnostico.

O que porém nunca devemos esquecer é relacionar as alterações morbidas das vias urinarias com o estado dos outros órgãos e com o organismo em geral. E' assim que muitas vezes é importantissimo conhecer o estado dos pulmões, e vêr se existe alguma cicatriz resultante d'uma carie antiga, quando existam duvidas acêrca da natureza tuberculosa da cystite. Devemos ainda a pari passu com o exame cuidadoso dos differentes órgãos ter em consideração o temperamento, a constituição, a temperatura, o estado de nutrição, etc.

Os symptomas morbidos objectivos determinados por alterações pathologicas da bexiga são: em primeiro logar perturbações da funcção d'esse órgão, isto é, evacuações anormaes da urina.

O medico porém nunca deverá confiar na declaração do doente que as mais das vezes é confusa, e deve certificar-se tanto quanto possivel por meio de observações pessoaes, quaes as alterações d'essa funcção.

Devemos primeiro investigar se a necessidade de urinar se tornou mais frequente; se ha augmento na secreção urinaria; se o augmento no numero de vezes que o doente urina se dá tanto durante o dia como durante a noite, se esse augmento se dá só de dia ou só durante a noite. A observação directa dir-nos-ha se o jacto é grosso ou fino; se é forte ou fraco; se é continuo ou intermitente.

Ao mesmo tempo interrogaremos o doente sobre se sente dôres durante a micção; se estas dôres são mais intensas no começo ou no fim.

Deveremos ainda recolher a urina d'uma micção em vasos de vidro, de fôrma que em um se recolha a que é primeiro evacuada, e no outro as ultimas porções; em seguida submetter cada uma d'essas porções, a analyse, porque esta nos póde fornecer dados importantes sobre a natureza da lesão, todas as vezes que entre as duas analyses haja differença.

Grande valor pathognomônico tem a existencia de sangue na urina, n'este caso é muito importante saber se o sangue já apparece na primeira porção, ou se só apparece no fim da micção quando a bexiga está quasi vazia.

O valor do exame microscopico e da analyse chimica é por vezes tão grande, que só por si podem ser sufficientes, para nos elucidarem sobre o diagnostico das doenças das vias urinarias.

Maior porém seria ainda esse valor, se além de nos dizer quaes as producções pathologicas existentes na urina, nos dissesse tambem qual o ponto das vias urinarias, onde esses productos se formam. Isso porém, é que só mui raras vezes é possível.

Na bexiga, que é o reservatorio commum, reúnem-se os productos normaes e pathologicos dos rins, dos bassinets e uretères, assim como da propria bexiga, e em certas condições os da parte prostatica da urethra. Esses productos, intimamente misturados na bexiga, são em seguida expellidos junctamente.

Qualquer exame, por mais rigoroso que seja, não nos poderá indicar com precisão, a proveniencia de cada um d'esses differentes productos. Nem no sangue, nem nos globulos do pus, podemos reconhecer, se provem do rim, se da mucosa da bexiga. Devemos porém dizer, que a existencia dos tubuli recti nos productos pathologicos devem sempre levar-nos a admittir a existencia d'uma lesão do rim, por isso que é só n'este orgão, que elles existem.

O exame quer microscopico, quer chimico nada nos diz de positivo, sobre a natureza dos outros productos. Para demonstrar a verdade d'esta asserção, basta citar como exemplo, o epithelio dos bassinets que não pôde ser reconhecido pela sua fórma, por isso que o epithelio polymorpho da

mucosa vesical, nas camadas mais profundas, contém cellulas fusiformes analogas.

Não queremos com isto dizer, que o exame do doente se não deva fazer, nem que a analyse deva ser posta de parte. Se ha casos, em que por esses meios podemos chegar a um diagnostico seguro do estado pathologico, muitos ha tambem, em que ao mais esperto não é possivel chegar a obter um conhecimento completo da natureza do processo morbido; n'esses casos, o diagnostico só poderá determinar-se com probabilidade ou por exclusão, ficando comtudo ainda dous ou tres processos morbidos, a que se podem applicar os mesmos dados.

Em taes casos, só poderemos chegar a um diagnostico definitivo, por meio d'um exame local, que torne accessivel á nossa observação directa as alterações morbidas da bexiga.

Essa observação podemos fazel-a pela palpação, pela auscultação ou pela inspecção. Alguns methodos de exploração permittem ao mesmo tempo o emprego de mais d'um sentido, como por exemplo o tacto e o ouvido. O toque dá-nos a conhecer as modificações de consistencia, o volume, a fórma e posição de productos pathologicos solidos. Servimo-nos do dedo ou se este não chega até á séde da lesão, empregamos as sondas. Por meio do ouvido percebemos o ruido produzido pela sonda batendo d'encontro a corpos solidos; a maior

ou menor altura do som dá-nos a conhecer o grau de dureza do corpo percutido. Com a vista, podemos vêr directamente, ou com o auxiio de instrumentos especiaes a cavidade da bexiga.

Além da diversidade dos sentidos, por meio dos quaes nós percebemos as alterações morbidas da bexiga, ainda se distinguem os methodos uns dos outros, por isso que em um, o exame se faz pela parte externa, conservando o orgão intacto; n'outro recorre-se a instrumentos, como por exemplo as sondas que são introduzidas pela urethra até á bexiga; e n'outros finalmente recorre-se a uma operação sangrenta prévia, por meio da qual se penetra na bexiga.

Emquanto ao primeiro methodo de exploração, póde elle ser feito, quer pela parede abdominal, quer pelo recto. Do lado do abdomen, podemos pela percussão e palpação informar-nos das condições da bexiga, do lado do recto é isso só possivel por meio do toque.

Pela urethra introduzem-se na bexiga quer as sondas quer outros instrumentos com o fim de explorar a sua superficie interna; ou reconhecer pela percussão não só a existencia como tambem a consistencia de corpos contidos na sua cavidade.

Fazendo uma operação sangrenta prévia, quer esta seja a *boutonnière* perineal, ou a talha suprapublica, nós abrimos um caminho directo até á bexiga, podendo d'esta fórma explorar a sua cavida-

de, com tanto mais exito quanto mais larga fôr a abertura.

Além d'estes methodos, por assim dizer typicos, ha ainda outros de que em breve fallaremos.

Para reconhecer qual o logar que a cystoscopia occupa entre os differentes methodos exploradores, expolos-hemos um pouco detidamente.

A palpação e a percussão da bexiga, acima da symphyse publica pouco nos podem dizer acerca das alterações d'esse orgão. Dar-nos-hão, em egualdade de circumstancias, tanto maior numero de dados, quanto mais magro fôr o doente, e quanto maior a flaccidez das paredes abdominaes: n'estes casos, é por vezes possivel chegar por traz da symphyse até á pequena bacia. Serão por outro lado tanto mais desfavoraveis as condições, quanto mais nutrido fôr o individuo e quanto maior fôr a distensão das paredes abdominaes. N'estas condições, embora a bexiga contenha 500 centimetros cubicos de liquido, não é sempre possivel determinar com precisão, nem pela palpação nem pela percussão, quaes as suas relações; dá-se isto principalmente nos velhos com hypertrophia da prostata. Quando a bexiga está muito cheia torna-se muitas vezes perceptivel, mesmo pela inspecção, atravez das paredes abdominaes, assimilhando-se a um tumor de fórma ovoide, cujo eixo maior é parallelo ao eixo do corpo e cujo vertice está logo abaixo do umbigo, formando uma saliencia arredondada.

A simples exploração pela via rectal, quando applicada ao exame da bexiga, tambem pouco resultado nos póde fornecer, ao contrario do que se dá, quando queremos examinar a prostata, porisso que esta se presta tão facilmente ao toque, apenas podemos com o dedo tocar o fundo da bexiga.

Melhor resultado podemos obter, quando juntarmos o toque rectal á palpação.

Este methodo consiste no seguinte:

Depois do doente estar bem anesthesiado, introduzem-se os dedos medio e indicador no recto, tão profundamente quanto possivel; com a outra mão comprime-se a bexiga acima da symphyse contra os dedos introduzidos no recto. Este methodo permite-nos reconhecer a existencia de tumores mais ou menos volumosos, infiltrações duras das paredes, calculos etc., na cavidade da bexiga, sob a fórma de corpos solidos e resistentes, contrastando com a superficie molle, lisa e igual d'este orgão. Esta exploração, porém, torna-se difficil, no caso de hypertrophia da prostata, e casos ha em que é completamente impossivel tocar a bexiga com o dedo.

Muitas vezes, ainda que não exista esse obstaculo, o resultado do toque rectal é insufficiente. E' assim que os tumores molles, embora o seu volume seja consideravel, escapam ao toque, e os calculos mesmo volumosos não dão ao tacto a sensação que á priori se poderia esperar.

Uma causa d'erro d'este methodo e que mui-

tas vezes póde fazer-nos suppor a existencia d'um tumor ou d'um calculo, quando realmente não existem, é a contracção parcial dos musculos da bexiga, provocada pela accção do dedo sobre um ponto qualquer das suas paredes.

O methodo de exploração mais geralmente empregado no exame das doenças da bexiga, consiste na introducção d'uma sonda solida atravez da urethra até á bexiga.

Do mesmo modo que os antigos cirurgiões não podiam vêr uma ferida sem que immediatamente lhe introduzissem um estylete, tambem é raro ainda hoje escapar algum doente, que accuse qualquer soffrimento das vias urinarias, sem experimentar a introducção d'uma sonda na urethra. Se o doente se não cura pelo emprego dos meios usuaes no periodo desejado, ou se o doente se torna impaciente, immediatamente, e as mais das vezes sem indicação determinada, lhe é feito o catherismo, e isto muitas vezes só com o intuito de fazer alguma cousa. Se com a sonda nada se encontra no interior da bexiga, então é ella retirada com dupla satisfação, como se se tivesse ficado mais conhecedor do caso, do que anteriormente. Embora o doente em seguida a esta exploração fique peor do que estava antes, isso nada faz ao caso.

Este abuso de exploração por meio de sondas é sobretudo prejudicial, quando se empregam sondas cuja extremidade visceral é muito recurvada e

cujo diametro relativamente grande. Estas sondas, que ordinariamente dão bom resultado no exame da urethra e quando tenhamos de fazer um simples catheterismo, devem ser regeitadas, quando se pretende explorar a cavidade da bexiga.

Sabemos que qualquer sonda curva, para se poder mover facilmente na bexiga, deve ser introduzida no reservatorio urinario, até que só a parte recta do instrumento fique na urethra. Ora no caso em que o diametro da curva, assim como a curva, são grandes, acontece que a parte introduzida na cavidade da bexiga não se póde mover facilmente, e a cada momento bate de encontro ás paredes da bexiga. N'estes casos, será só por acaso, que se encontre qualquer calculo de tamanho regular. E' claro que nem todas as sondas tem este inconveniente, e que algumas como por exemplo a sonda exploradora de Thompson, podem servir perfeitamente para a exploração de qualquer ponto das paredes da bexiga.

Vejamos agora, quaes os dados que a exploração com a sonda nos póde fornecer, e quaes os limites em que ella póde ser feita.

Com a sonda podemos sentir a resistencia que ella encontra movendo-se na cavidade da bexiga, quer essa resistencia seja devida ao attrito sobre as paredes normaes da bexiga, quer seja devida ao contacto de corpos extranhos ou productos pathologicos, adherentes ás paredes, ou no estado livre.

Esta sensação de resistencia é tanto mais pronunciada, quanto mais duro fôr o obstaculo, e tanto menos perceptível quanto mais molle fôr o corpo tocado pela sonda.

N'este segundo caso deve haver um limite, além do qual não é possível perceber com nitidez a resistencia. Esses limites são mais estreitos do que á priori se pensa. E' isso devido a que não podemos mover livremente a sonda e a que a delicadeza da sensação, que a sonda transmittê á nossa mão, é prejudicada pelo attrito que a sonda exerce sobre as paredes da urethra, todas as vezes que se executa qualquer movimento. Além d'isso, com a continuação d'esse attrito, e principalmente no caso de haver hypertrophia da prostata, acontece que a sensação, se torna cada vez menos nitida.

Além da consistencia do corpo tocado pela sonda, a sensação ainda é influenciada pelo volume d'esse corpo. Um corpo pequeno e molle, que difficilmente poderia ser reconhecido com a sonda, produz uma sensação cada vez mais nitida, á medida que o seu volume augmenta.

Uma differença importante pôde ainda existir, entre a sensação que se obtem quando o producto pathologico se eleva perpendicularmente á superficie da mucosa, e aquella que se obtem, quando esse producto morbido se eleva obliquamente.

E' assim que um tumor molle que se eleva perpendicularmente á superficie normal da mucosa

da bexiga, póde facilmente deter a extremidade visceral da sonda exploradora; qualquer infiltração dura, elevando-se obliquamente acima das paredes, póde deixar escorregar a extremidade da sonda, sem que se possa perceber uma resistencia sensivel.

As producções pathologicas, que mais se prestam á exploração por meio da sonda, e que portanto mais faceis são de diagnosticar, são aquellas, que possuem grande dureza e que ao mesmo tempo se levantam perpendicularmente á superficie da mucosa. Estas duas propriedades podem encontrar-se reunidas, principalmente nos calculos, e é por isso, que elles constituem o terreno mais apropriado para a exploração por meio da sonda.

Com relação aos outros processos morbidos, só em casos excepcionaes, é que a exploração com a sonda, póde dar resultado. Observa-se isso, nos casos em que massas duras se elevam mais ou menos acima da mucosa e nos casos em que os productos pathologicos attingem um desenvolvimento sufficientemente grande.

A exploração com a sonda póde ser feita só ou combinada com o toque rectal, feito com o dedo, de modo que o indicador d'uma das mãos, introduzido no recto, possa apanhar a parede posterior da bexiga contra a extremidade da sonda. Serve esta operação para reconhecer o estado da porção da bexiga comprehendida entre o dedo e o bico da

sonda. Não admite duvida, que por este processo se possa colher algum resultado importante, quando a producção morbida tiver a sua séde n'esse ponto, tão limitado da parede posterior da bexiga.

Conhecendo a imperfeição da exploração por meio das sondas solidas, muitos auctores tem conseguido modificá-las, ao ponto de poderem por meio d'ellas, não só perceber a sensação produzida sobre a mão, pela percussão dos corpos existentes na bexiga, como também ouvir ao mesmo tempo o som produzido pela mesma percussão; temos assim um grande numero de sondas, que á sensação do tacto alliam a sensação do ouvido. Entre estas devemos mencionar a sonda exploradora de torneira de Guyon, o explorador de campainha de Collin, o de Bardeleben, etc.

Se os differentes methodos de exploração até aqui resumidamente descriptos, em muitos casos nos podem fornecer dados importantes para o diagnostico, restam ainda muitos outros, em que não são sufficientes. Reconhecendo essas difficuldades e baseando-se na facilidade e certeza da exploração da bexiga da mulher por meio da exploração digital foi, que Volkmann e Thompson, aconselharam o seguinte methodo:

Depois de chloroformisado o doente, faz-se-lhe uma abertura sufficientemente larga, na porção membranosa da urethra. Essa abertura deve deixar passar o dedo indicador do observador. Introduz-se

em seguida o dedo por essa abertura, de modo que chegue á bexiga, e percorre-se tanto acima quanto possível, toda a superficie interna, ao mesmo tempo que se exerce uma pressão moderada com a outra mão sobre a parede do abdomen acima da symphyse.

Não ha duvida, que em condições favoraveis, se póde reconhecer facilmente por meio d'este processo a presença de tumores ou de calculos.

Thompson cita um grande numero de casos de tumores, que não poderam ser reconhecidos pelos methodos anteriores, e um grande numero de calculos enkystados, que escaparam á exploração pela sonda, e que só poderam ser reconhecidos pela applicação do seu methodo.

A palpação digital dá sobretudo bom resultado nos individuos novos e magros. N'estes casos é sempre possível tocar com o dedo todos os pontos da parede da bexiga. Com a idade porém acontece, que a prostata augmenta de volume, o tecido adiposo desenvolve-se, e portanto apparecem condições desfavoraveis ao bom resultado do methodo. E' assim que nos casos extremos, o dedo nem mesmo chega a tocar o fundo da bexiga.

A exploração digital tambem não satisfaz em outros casos, como por exemplo quando se tracta de distinguir pequenos tumores dos coagulos sanguineos, e ainda muitas vezes succede, que pequenos calculos envolvidos em pregas da mucosa es-

capam facilmente ao toque digital. Finalmente é grande a difficuldade que por vezes existe em traduzir fielmente a impressão sentida pelo dedo.

Emquanto alguns auctores consideram este methodo como o mais infallivel, é certo que outros como Guyon em França, o condemnam em absoluto, como meio de exploração, e lhe preferem a operação da talha supra-pubica.

A operação da talha supra-pubica é a intervenção radical, que nos póde collocar em condições mais favoraveis para fazermos o diagnostico. E', com effeito, por meio d'esta operação que nós abrindo a bexiga acima da symphyse, podemos, quando a secção seja extensa, tocar com o dedo da maneira mais segura, todos os pontos das paredes do reservatorio urinario.

Mesmo á vista póde observar-se qualquer ponto, posto não seja tão facil como *á priori* se podia suppor. E' assim, que sem o auxilio da luz artificial, e ainda mesmo no caso em que a secção seja muito extensa, a cavidade da bexiga nunca chega a ficar bem illuminada.

O melhor meio de a illuminar depois de feita a secção, consiste em desviar os bordos por meio de afastadores, introduzir uma pequena lampada electrica na cavidade e percorrer todas as partes das paredes.

A facilidade de tocar com o dedo todos os pontos das paredes da bexiga e ao mesmo tempo

a possibilidade de os vêr elevam a operação da talha supra-pubica acima de todos os outros methodos ordinariamente empregados para a determinação do diagnostico das lesões da bexiga. Se por vezes não houvesse algumas circumstancias desfavoraveis é certo que ella tornaria superfluos todos os outros methodos.

Langenbuch, na Allemanha, propoz ainda a talha sub-pubica para diagnosticar as lesões da bexiga, porém as vantagens sobre a talha supra-pubica são nullas.

Além d'estes methodos mais ou menos adoptados ha ainda outros que pela maior parte só se applicam em casos raros e as mais das vezes obscuros. Uns tem por fim a acquisição de materiaes para exame microscopico, outros procuram descobrir o ponto das vias urinarias em que se formam os productos anormaes da urina ou ainda esclarecer as condições em que se encontram um ou ambos os rins.

Entre estes devemos mencionar o de Madelung que aconselha que nos doentes que apresentem os symptomas caracteristicos de calculos da bexiga, e nos quaes apezar do emprego de meios usuaes de exploração se não possa demonstrar a existencia d'esses calculos, a introduccão de agulhas finas e compridas, proximo e acima da symphyse e em differentes direcções atravez da bexiga. Madelung baseia-se no processo por vezes seguido no

caso de nephrolithiase, e que consiste em pôr o rim a descoberto por meio da talha lombar e fazer uma punção exploradora.

Para nos certificarmos, quando haja desconfiança, do diagnostico dos tumores da bexiga, tem-se tentado extrahir pequenas porções quer por meio do lithotrimo, quer por meio de instrumentos cortantes especiaes, para as submeter ao exame microscopico.

Com relação á compressão de um ou mesmo d'ambos os uretéres tem sido propostos differentes processos, d'entre os quaes apenas mencionarei o de Tuchmann, por ser aquelle que melhor resultado pôde fornecer. Atravez da bexiga comprime-se com a pinça ureteral durante algum tempo, um dos ureteres proximo da sua desembocadura na cavidade vesical. Analysa-se em seguida a urina recolhida separadamente antes e durante a compressão e das alterações que ella apresentar se podem tirar as conclusões desejadas.

Em concorrência com os differentes processos de exploração da bexiga do homem, resumidamente enunciados apparece-nos finalmente mais modernamente a cystoscopia.

Vejamos qual o logar que ella occupa.

✓ Duas condições são necessarias para determinar o valor de qualquer processo de exploração; em primeiro logar o numero e certeza dos dados por elle colhidos relativamente ao estado do orgão;

segundo pôpar-se tanto quanto possível o doente ao soffrimento.

Pelo que diz respeito á primeira condição só a operação da talha suprapubica pôde merecer-nos completa confiança podendo até n'esse sentido exceder a cystoscopia. O methodo de exploração com a sonda só permite tocar de cada vez uma superficie muito pequena, ao passo que com o cystoscopio examinamos com a mais perfeita nitidez uma parte da mucosa vesical de diametro proximamente igual a o,^{mo}4. Basta sómente fazer uma ideia clara do modo como a bexiga, tanto no estado normal, como no estado pathologico, se appropria ao exame endoscopico.

A exploração digital que tanto valor tem na practica gynecologica, não pôde no nosso caso concorrer com a cystoscopia, porisso que as lesões da bexiga se desenvolvem na quasi totalidade na superficie interna do orgão e portanto são muito mais accessiveis á vista por meio do cystoscopio, do que ao toque por meio do dedo.

Com o cystoscopio, e imprimindo-lhe o movimento de rotação é que nós examinamos com a mais perfeita nitidez e n'um curto espaço de tempo toda a superficie interna da bexiga.

E' esta propriedade que dá todo o valor á cystoscopia moderna, em opposição ao antigo methodo de Desormeaux por meio do qual só podiamos observar uma parte muito limitada da superficie

interna da bexiga. Foi só depois que se conseguiu descobrir o meio de introduzir a fonte de luz no interior dos órgãos ôcos, e que ao mesmo tempo se pôde augmentar o campo visual, por meio d'um aparelho optico especial, que os resultados obtidos pela cystoscopia attingiram o grau de perfeição que se obtem pela inspecção dos outros órgãos.

Devemos ainda notar, que o cystoscopio pôde tambem ser empregado como sonda, todas as vezes que desejarmos reconhecer a consistencia do corpo observado, e, guiando com a vista a extremidade do cystoscopio, percutir os calculos para avaliarmos a sua dureza pelo som produzido.

Se como acima dissemos, a operação da talha excede a cystoscopia como meio de diagnostico, visto que por meio d'uma abertura larga da bexiga formámos, com facilidade um juizo mais completo das alterações pathologicas, é isso devido sómente a que alem da vista ainda podemos praticar a palpação mais perfeita.

Se por outro lado compararmos as imagens fornecidas pela cystoscopia com as que obtemos quando praticamos a talha suprapubica, veremos quanto as primeiras são mais nitidas do que as segundas.

Ha por vezes no exame cystoscopico grande difficuldade em dar á imagem a sua verdadeira traducção. E' assim, que por vezes é difficil saber se se tracta d'um tumor, se de productos d'uma inflam-

mação chronica intensa. E' claro que n'esses casos se torna necessario proceder com a maxima circumspecção, e lançar mão de todos os dados, que nos conduzam á verdade.

Isto porém não constitue motivo para condemnar o emprego da cystoscopia, por isso que ella participa das mesmas difficuldades de outros methodos de exploração que apesar d'isso são todos os dias empregados. Quero referir-me ao especulo vaginal, ao laryngoscopio, ao opthalmoscopio, etc., com os quaes não é sempre facil distinguir alterações produzidas pelos processos inflammatorios chronicos, das neoformações incipientes, ou ainda distinguir os carcinomas dos polypos.

Emquanto ao soffrimento que a applicação do cystoscopio produz ao doente, vejamos se é maior ou menor do que o resultante dos outros methodos de exploração.

Sem fallarmos da palpação e da percussão da região da bexiga acima da symphyse e sem fallarmos do toque rectal que só nos podem elucidar sobre a natureza da lesão, quando as alterações são muito consideraveis, diremos que a cystoscopia excede todos os outros processos tanto pelo pequeno incommodo que dá ao doente como pela delicadeza da sua applicação.

A palpação e o toque rectal combinados para serem feitos, exigem a anesthesia do doente, sem o que a pressão exercida sobre a bexiga inflamma-

da produziria dôres insupportaveis, principalmente quando na cavidade do órgão houvesse algum calculo. Acontece tambem por vezes que sobre as paredes da bexiga ficam persistindo as impressões do dedo (1).

A exploração da bexiga por meio da sonda, pelo que diz respeito á delicadeza da exploração, é inferior á cystoscopia, por isso que exige como principio fundamental que a sonda toque todos os pontos possiveis das paredes da bexiga, ao passo que o cystoscopio exige que tudo o que se pretende vêr, seja mantido a uma certa distancia da extremidade do instrumento.

A exploração digital segundo o methodo de Thompson e a talha suprapublica são como já dissemos, os unicos methodos que podem concorrer com a cystoscopia para a determinação do diagnostico das doenças da bexiga. Mas serão elles d'uma applicação mais facil e isentos de complicações e de perigos?

Hoje com o emprego dos meios antisepticos, é certo que as operações sangrentas perderam muito do seu character de gravidade; mas nem sempre devemos contar com a sua efficacia, e considerar a operação da talha como inoffensiva. Além d'isso sobrevem frequentemente complicações mais ou menos graves como sejam incontinencia, fistulas, pye-

(1) Volkmann—Archiv. für Klin. Chir. 1876—Band. 19.

lite, etc. Devemos finalmente mencionar que não deve ser muito agradável ao operador ter aberto a bexiga unicamente para fazer o diagnostico e encontrá-la no seu estado normal, quando é certo que elle contava verificar a existencia de lesões profundas.

Ainda no caso de não se dar esta circumstancia, devia por certo ter sido muito mais simples o emprego do cystoscopio cuja technica nenhuma difficuldade offerece, e a que o doente tão facilmente se sujeita, porisso que o soffrimento que lhe resulta póde dizer-se nullo.

As estatisticas de Garcia e de Fuffier accusam uma mortalidade de 20 por cento pelo que diz respeito á exploração digital de Thompson e á talha suprapubica.

Uma ultima condição desfavoravel a estas operações é que em seguida á sua practica, o doente deve conservar-se no leito durante um periodo mais ou menos longo, o que constitue ainda um inconveniente que nunca devemos esquecer.

Com a applicação do cystoscopio nada d'isso acontece.

Portanto poderemos concluir que: a cystoscopia, pelo que diz respeito a poupar o doente, está superior a todos os outros methodos de exploração; a applicação do chlorhydrato de cocaina torna o seu emprego completamente isento de dôr. Não só constitue um methodo mais suave mas ainda o doente sujeita-se mais facilmente a elle do que a qual-

quer operação sangrenta, unica capaz de concorrer com ella; ao passo que qualquer doente, para se submeter á operação da talha necessita primeiro de ser excessivamente atormentado pelo soffrimento, sujeita-se, pelo contrario, ordinariamente ao exame cystoscopico logo após os primeiros symptomas e com a mesma facilidade que á introdução de qualquer sonda.

Se compararmos a cystoscopia com a laryngoscopia, por exemplo, veremos que a primeira tem mais valor no diagnostico das doenças da bexiga do que a segunda no das doenças da larynge, por isso que ao passo que o laryngoscopio apenas nos dá a imagem da maior parte da superficie interna da larynge, com cystoscopio nós podemos vêr com a maxima facilidade toda a superficie interna do reservatorio urinario.

Vejamos agora quaes os limites da applicação da cystoscopia, comparados com os dos outros methodos.

A palpação e percussão e o toque digital só não dão resultado quando haja hypertrophia consideravel da prostata; com a sonda podemos explorar a bexiga, quer esta esteja vazia quer esteja cheia de urina, pus e sangue; a talha suprapubica pôde fazer-se em todas as occasiões, apesar de oferecer maiores ou menores difficuldades segundo as circumstancias.

A cystoscopia porém necessita um certo nu-
5

mero de condições já enunciadas e sem as quaes o resultado será muito duvidoso. Essas condições como sabemos são: transparencia sufficiente do conteúdo do reservatorio urinario; passagem livre do cystoscopio atravez da urethra e finalmente capacidade sufficiente da bexiga. O modo de remover, tanto quanto possivel esses inconvenientes já tambem foram expostos; apenas accrescentaremos agora que poucos são os doentes que se apresentam n'essas condições, e que essas difficuldades no principio da doença não constituem um obstaculo á applicação da cystoscopia. Todos esses doentes teem a sua doença ha muito tempo, ás vezes mesmo ha annos, e em uma dada occasião já tinham lesões em que a urina por vezes seria clara e em que o exame cystoscopico seria da maior simplicidade.

N'esse caso se é por vezes tarde para fazer a exploração por outro lado é tambem tarde para praticar com resultado qualquer operação. Nitze refere ainda que todos os doentes a quem fez o exame cystoscopico, e se mostravam improprios para um bom resultado, já anteriormente tinham sido examinados com outros instrumentos ou já se lhes tinha introduzido sondas na bexiga para qualquer outro fim, como por exemplo esvasiar a bexiga.

D'aqui resulta que na maior parte dos casos as condições que se oppõem ao bom resultado da cystoscopia provém da introdução de instrumentos na bexiga, e todas as vezes que as lesões sejam

mais ou menos obscuras, os doentes devem submeter-se ao exame cystoscopico primeiro do que a outro, principalmente se este depender da introdução de qualquer instrumento na cavidade da bexiga.

Poderemos por meio da cystoscopia determinar o diagnóstico da séde das lesões de outras partes das vias urinarias situadas além da bexiga?

Acontece effectivamente por vezes haver grande difficuldade em saber se a bexiga é ou não a séde de perturbações morbidas.

Até á descoberta da cystoscopia só podiamos obter a certeza praticando a talha suprapubica. Estes casos de duvida dão-se quando o doente apresenta urina turva por sangue ou pus sem que pelo emprego dos meios usuaes nos seja possivel determinar, se a origem d'esses productos anormaes da urina provém da bexiga, dos ureteres ou dos rins. Se esses casos se appropriarem ao exame cystoscopico, poderemos ter a certeza de descobrir a séde da lesão. E' assim que o cystoscopio ou nos revela a existencia de alterações pathologicas na bexiga, que possam ser consideradas como a causa d'essas producções, ou então mostra-nos a bexiga no estado normal e portanto que a séde da lesão deve estar mais superiormente situada quer nos ureteres, quer nos rins.

Todos os dados até hoje conhecidos, que tem por fim estabelecer uma differença absoluta entre uma hemorragia renal e uma hemorragia vesical,

são insufficientes em muitos casos. Tem-se dito que a fôrma do coagulo, a frequencia das hemorragias, o numero e a fôrma dos globulos rubros e o espectro da urina misturada com sangue são differentes nos dous casos, porém não devemos ter absoluta confiança n'esses dados. E' assim, que se diz que os coagulos vermiformes provêm de hemorragias que se deram nos bassinets. No entretanto pôde tambem acontecer, que o sangue proveniente da bexiga, passando através da urethra ou atravessando um catheter fórme coagulos vermiformes; e além d'isso, embora difficilmente se comprehenda a razão, o que é certo, é que sobre as paredes pathologicas da bexiga tambem por vezes se formam coagulos com essa fôrma.

Os symptomas subjectivos, que de resto faltam ordinariamente no caso de simples hemorragia, não podem por isso mesmo ter um valor absoluto.

O que dizemos com relação á proveniencia do sangue encontrado na urina, tambem se applica á determinação da proveniencia do pus.

Os symptomas locaes tambem pouco nos dizem, porisso que umas vezes faltam e outras podem levar-nos a considerar como séde da lesão qualquer ponto que a autopsia mais tarde não confirma. Muitos auctores, entre os quaes Howship, Civiale, Brodie e Thompson citam casos em que lesões graves dos rins, se manifestavam por symptomas taes que faziam suppôr que a séde da lesão era na be-

xiga; e comtudo a autopsia mostrava-nos a bexiga sã e a existencia d'uma tuberculose ou uma nephrolithiase ou um abcesso do rim.

E' ainda n'estes casos que a cystoscopia nos póde fornecer dados superiores a qualquer outro methodo.

Por meio de signaes positivos ou negativos dir-nos-ha com a maior certeza se a séde da lesão é superior ou não á bexiga.

Se a bexiga se apresenta no estado normal, concluiremos immediatamente que a séde da hemorragia ou o logar de formação do pus é mais distante e portanto nos uretéres ou nos rins.

Pela cystoscopia podemos ainda precisar mais o diagnostico, por isso que examinando successivamente ambos os uretéres, facilmente reconheceremos qual d'elles é o que dá sahida ao sangue ou ao pus, e ainda d'um modo directo determinaremos se nos casos de lesão de um dos rins, o segundo funciona ou não.

Determinamos assim resumidamente qual o valor da cystoscopia e podemos concluir que ella constitue sem duvida alguma o mais poderoso auxiliar de que hoje dispomos para o diagnostico das doenças das vias urinarias.

Importancia da Cystoscopia na therapeutica das doenças das vias urinarias

O tratamento de qualquer doença dará tanto melhor resultado, quanto mais cedo fôr applicado; ora como elle depende do diagnostico, é claro, que o tratamento será tanto mais proveitoso quanto mais cedo se fizer o diagnostico.

E' isto, o que se dá em todas as doenças e muito especialmente nas das vias urinarias. Se a bexiga fôr a séde d'uma lesão, acontece não só que essa lesão tende a estender-se e a aggravar-se cada vez mais, mas ainda como complicação sobrevem a pyelonephrite que vem terminar a scena e não a doença. E' a ella que os doentes succumbem todas as vezes que é tarde de mais para a applicação dos meios cirurgicos.

Pelo contrario, se o tractamento racional puder ser feito a tempo, emquanto a lesão se limita á be-

xiga, é claro que o prognostico será tanto mais favoravel.

Se lêrmos as estatisticas de Thompson, sobre as operações por elle practicadas no caso de existencia de pequenos calculos da bexiga, não deixaremos de seguir o seu conselho tão sabio, como prudente, de tentar, por todos os meios e tão cedo quanto possivel, fazer o diagnostico da presença de calculos na bexiga, para desde logo podermos applicar o tratamento com tanto mais resultado.

A importancia do diagnostico dos tumores da bexiga é grande, principalmente se os tumores não forem malignos.

Se ainda ha pouco tempo o resultado das operações de tumores era tão desfavoravel, era isso sem duvida devido a que a sua presença só era reconhecida tarde de mais para a sua extracção.

Uma estatistica favoravel d'estas operações só poderá portanto obter-se, quando esses tumores forem diagnosticados a tempo; isto é, quando a sua existencia date de ha pouco; quando os rins e bacinetes estejam sãos e o resto da bexiga não esteja compromettido.

Este diagnostico feito a tempo só o poderemos determinar por meio do cystoscopio.

Vejamos agora como a cystoscopia pôde influir no tratamento racional das diversas lesões da bexiga.

A demonstração exacta de diverticulos é da

maior importancia, por isso que, a permanencia da urina n'um diverticulo deve ser considerada como a principal causa da pouca efficacia das lavagens da bexiga no caso de catarrho rebelde.

Reconhecida portanto a existencia de diverticulos devemos esvasial-os e laval-os. Para isso, dá-se ao doente uma posição tal, que, o conteudo do sacco, obedecendo ás leis do escoamento dos liquidos, possa da melhor fórma sair e se o sacco estiver situado em logar apropriado, a pressão exercida externamente pôde dar bom resultado. No proprio diverticulo podemos ainda introduzir um catheter e laval-o com uma solução antiseptica.

A existencia de diverticulos, revelada pelo cystoscopia, tem ainda grande importancia, quando tenhamos de praticar a operação da talha supra-pubica, por isso que acontece por vezes dar-se a ruptura, quando se tenta encher a bexiga de liquido, para d'esse modo obter a distensão das suas paredes. Esta ruptura é devida á pouca espessura das paredes do sacco.

Com relação aos catarrhos da mucosa vesical devemos admitir, por analogia com os dos outros orgãos, que do conhecimento exacto de cada fórma, depende o tratamento especial.

O tratamento das lesões de natureza tuberculosa já hoje seguido em muitos hospitaes de França, Allemanha e Austria, consiste na excisão completa das partes tuberculizadas. A cystoscopia virá

ainda auxiliar-nos, por isso que estabelecendo a tempo o diagnostico, permite-nos intervir cedo e esperar um resultado tão favoravel quanto possível.

Infelizmente esse diagnostico não é sempre facil de fazer-se, logo ao primeiro exame nem sem o concurso do microscopio.

Com relação aos calculos e corpos extranhos na bexiga, escusado será dizer qual a importancia que tem o diagnostico feito a tempo e com precisão na applicação do tratamento. No caso de corpos extranhos de pouca consistencia, sendo por vezes muito difficil apanhal os, torna-se isso mais facil, se empregando o cystoscopio nós pudermos primeiro reconhecer com exactidão qual a séde e posição d'esses corpos.

Onde a cystoscopia tem grande valor, é no auxilio que póde prestar á lithotricia.

Esta operação, que hoje conta tantos adversarios, deixando ficar na bexiga fragmentos de calculos, é em muitos casos a causa mais rapida de recidiva. A cystoscopia virá sem duvida levantar a lithotricia á altura que estava nos ultimos decenios, revelando-nos com a maior nitidez a presença d'esses fragmentos. Para isso não temos mais do que fazer o exame cystoscopico logo que tenham decorrido 8 dias em seguida á operação, e no caso affirmativo operar de novo o doente.

Pelo que diz respeito aos calculos incapsula-

dos, só por meio da cystoscopia poderemos melhor decidir-nos sobre o processo operatorio a seguir.

Vejamos finalmente a influencia da cystoscopia, sobre o tratamento das neoformações da bexiga pela operação da talha. Depois de reconhecida a séde exacta do tumor dirigiremos o golpe de modo que o bisturi não incida muito proximo do tumor, evitando-se assim uma hemorragia incommoda. A palpação não é por vezes sufficiente, depois da bexiga estar a descoberto, para nos revelar a séde do tumor.

Nitze refere um caso de um doente, que tendo sido examinado primeiro com o cystoscopio, que revelou a existencia d'um tumor, feita em seguida a abertura do abdomen, não conseguiu verificá-lo pela palpação.

A cystoscopia tem ainda grande influencia sobre o tractamento dos tumores da bexiga.

Do mesmo modo que a laryngoscopia e a rhinoscopia não só nos mostram, com a maior nitidez as neoformações dos órgãos correspondentes, mas ainda nos permitem operá-las atravez das vias naturaes, tambem a cystoscopia nos póde permittir extrahir atravez da urethra intacta, pelo menos, pequenos polypos das paredes da bexiga. A cystoscopia trará por esse lado consigo, um novo processo operatorio, que offerecerá vantagens eguaes ás dos methodos intralaryngeos e que poupará ao doente pelo menos o susto d'uma operação sangrenta.

Resta-nos por ultimo fallar n'um assumpto que sem duvida alguma é da mais alta importancia; quero referir-me aos casos em que estando indicada a nephrectomia nós encontramos na cystoscopia um poderoso meio para reconhecer, não só qual o rim lesado, como tambem se o outro está em condições taes que possa desempenhar só por si o papel de ambos.

Não poderemos concluir este resumido trabalho, sem expressar o nosso agradecimento ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr. Dr. Augusto Sebastião Guerra, pelo obsequio que nos fez, mostrando-nos e dando-nos as indicações precisas, referentes ao primeiro cystoscopio que appareceu no Porto.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—Existem tres phalanges no dedo pollegar.

Physiologia—O sympathico cervical é o antagonista do oculo-motor commum na persepção visual.

Anatomia pathologica—O exame bacteriologico das urinas é o unico meio, posto que insufficiente, de diagnostico da cystite tuberculosa.

Materia Medica—Como antiseptico prefiro o aristol ao iodoformio.

Pathologia externa—A nephrectomia deve ser precedida da cystoscopia.

Operações—Prefiro a intubação da larynge á tracheotomia.

Partos—O homem syphilitico, apparentemente curado, não deixa de ser perigo certo nas suas relações sexuaes.

Pathologia interna—Aos fôcos classicos de auscultação aortica devemos accrescentar o fôco parasternal.

Hygiene e Medicina legal—Consideramos as rodas como estabelecimentos indispensaveis.

Pathologia geral—O cystoscopio é o mais valioso auxiliar no diagnostico das lesões da bexiga.

Visto.

O Presidente,

Pedro A. Dias.

Póde imprimir-se.

O Conselheiro Director,

Visconde de Oliveira.