

1203

vol - exxiii
(123)

15 190
a' 11 1/2 h

Um Caso

de Cystite Ulcerosa

Presid - Dr. J. H. ...

Arg - August ...

Lop. ...
Socia ...
Claid ...



...

Joaquim Antonio d'Ascensão Corrêa

et.º

Um Caso

de

Cystite Ulcerosa

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO—Imprensa Portugueza
Rua Formosa, 112—mcmv.

123/1 I" c

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES



Corpo Cathedratico

LENTES CATHEDRATICOS

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

LENTES JUBILADOS

- Secção medica José d'Andrade Gramaxo.
- Secção cirurgica } Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho A. do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

- Secção medica } Vaga.
} Vaga.
- Secção cirurgica } Antonio J. de Sousa Junior.
} Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

- Secção cirurgica Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

À Saudosa Memoria

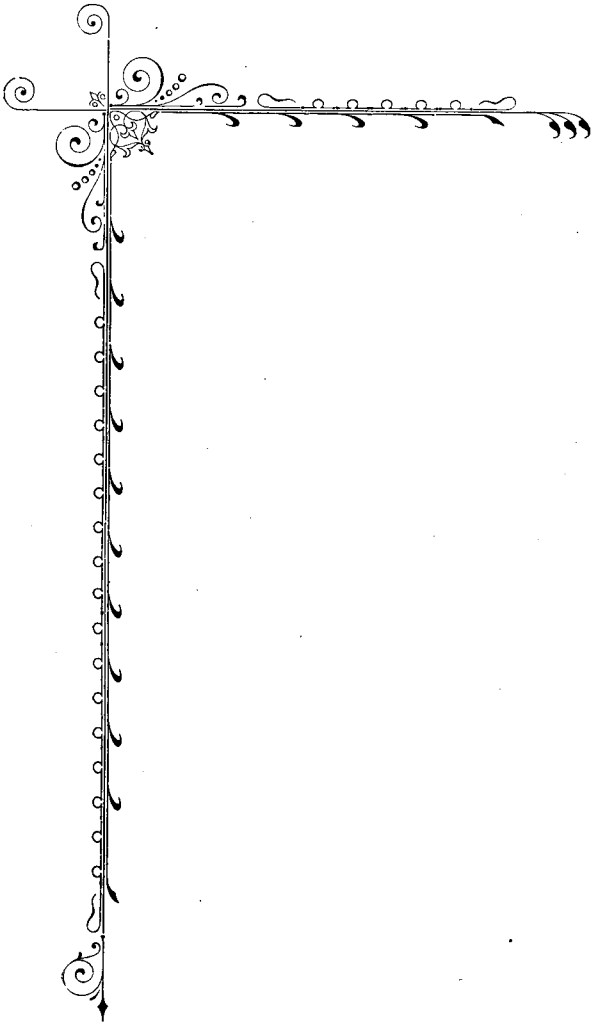
de

Meus Bons Paes

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

Dr. José Dias d'Almeida Junior



Prologo

Não descer ás minudencias de qualquer assumpto das vastas sciencias medico-cirurgicas, furtando-se a embrenhar-se no seu inextricavel labyrintho, tal deve ser o proposito de quem á escassez de tempo allia a insufficiencia de conhecimentos scientificos.

Longe de mim a pretensão de apresentar um trabalho completo ou a ideia de entrar na discussão das numerosas questões que se prendem com este assumpto, tão vasto e complexo, e que exige, além de longa pratica, conhecimentos scientificos que não possuo.

Cumprir o que preceitua uma lei e nunca pensando em enriquecer a sciencia com novos elementos, é o unico fim que tem em vista o trabalho que, não significando uma ambição de gloria, attenta a exiguidade das minhas forças, envolvo no humilde titulo de dissertação inaugural.

Resta-me appellar para a generosa e nunca desmentida benevolencia do distinctissimo jury a cuja apreciação vae ser submittida, flado em que merecerá a sua absolvição, embora nada tenha de

original, pois não posso produzir sciencia, e contenha innumeras deficiencias e imperfeições que sou o primeiro a reconhecer.

Tendo tido ensejo de observar, na enfermaria de clinica cirurgica, um interessante caso de ulcerações vesicaes consecutivas a uma cystite chronica, e verificando-se á palpação bimanual um notavel espessamento da parede lateral esquerda da bexiga, o que levou a suspeitar a existencia de um neoplasma, que o exame cystoscopico parece ter revelado, optei pela sua escolha na persuasão de que, uma vez bem estudado, não surgiriam difficuldades que obstassem a uma bem orientada exposição dos dados que podesse ter colhido.

Eu vi, porém, a minha incapacidade crescer por tal fórma em face do assumpto, mais proprio de especialistas, que seria dever meu a escolha d'outro se a vontade não fosse tão imperiosa.

Leu-se e estudou-se o que se pôde no pouco tempo de que se dispõe em um anno de lide como

é o 5.º, e d'essa leitura e d'esse estudo compilou-se, porque a *innovação* é apanagio dos mestres, o humillimo trabalho que dividirei nos capitulos seguintes:

O primeiro será consagrado á etiologia, pathogenia e anatomia pathologica das ulcerações vesicaes na cystite chronica, terminando por umas conclusões geraes.

O segundo versará sobre neoplasma da bexiga e frequencia das ulcerações n'esses tumores.

No terceiro exporei os processos de diagnostico das lesões vesicaes, terminando pelo methodo cystoscopico.

No quarto descreverei a symptomatologia, prognostico e tratamento.

Um caso clínico

(OBSERVAÇÃO PESSOAL)

Francisca Gomes, com 61 annos, casada, domestica, natural de Villa Nova de Gaya, deu entrada no Hospital de Santo Antonio, sendo recolhida na enfermaria n.º 8 (clinica cirurgica da Escola), no dia 12 de março do anno corrente, dizendo ter dôres no hypogastrio, com irradiações para os lombos, na occasião das micções, ser obrigada, por uma vontade imperiosa, a urinar frequentemente (mais vezes durante a noite), sendo as urinas pronunciadamente turvas, de côr vermelho-escura, e deixando um espesso sedimento pelo repouso.

Antecedentes

a) *Hereditarios* — Seu pae morreu em idade avançada, de enfermidade desconhecida da doente. Era saudavel, não obstante entregar-se frequentemente á embriaguez. Era, talvez, um alcoolico. De sua mãe pouco sabe dizer, porque

falleceu ha muito; apenas conseguiu saber que não teve padecimentos que possam suppôr-se de natureza syphilitica, tuberculosa ou neoplasica.

Egualmente não conta nos collateraes parentes a quem possa imputar-se estas mesmas doenças.

b) *Pessoas* — Teve dez filhos, dos quaes cinco falleceram de tenra idade, sem que apresentassem quaesquer estygmas do escrophulismo, sendo os restantes de uma robustez invejavel.

Procurando inquirir do seu passado morbido, com o fim de filiar a sua doença actual, pude apurar que foi saudavel até aos 20 annos, idade em que contrahiu uma febre gastrica. Aos 23 teve a variola e aos 31 fez o seu inicio um ataque de rheumatismo, de que jámais deixou de soffrer a doente todos os annos, impossibilitando-lhe, por vezes, a marcha. Como suspeitassemos que a sua doença fosse uma manifestação venerea, interrogamol-a n'esse sentido, obtendo resposta negativa. Ficamos, no cmtanto, na duvida.

Doença actual

Inicio e evolução — Ha cinco annos, sem saber a que attribuir, appareceram as primeiras manifestações de cystite: pollakiuria com miçções dolorosas, por vezes imperiosas, não passando despercebido á doente que as urinas,

além de conterem flocos brancos, semelhantes a claras de ovo, e alguns coagulos, eram tintas de sangue. A dôr que se declarava no acto da micção, e que ella compara a picadas de alfinetes, irradiava da bexiga para os lombos, para de novo se localisar no ponto de inicio e desaparecer com a expulsão das ultimas gottas de urina.

Justamente preocupada, procurou um medico da localidade que, apòs a narração dos factos e o conhecimento mais ou menos perfeito do que se tratava, foi prescrevendo hostias, pilulas, cosimentos de cevada, etc., sem que obtivesse resultados proficuos, pois que a hematuria, longe de desaparecer, antes augmentava, dando margem a que na doente se arreigasse a ideia da incurabilidade.

Vendo que o seu mal progredia de um modo assombroso, dispòz-se a vir ao Porto consultar um medico que, apòs repetidas irrigações vaginaes e lavagens feitas á bexiga, conseguiu dominar a intensidade das dôres á micção e sustar, embora temporariamente, a cystorrhagia, facto este que deu ás urinas a sua côr quasi normal.

As esperanças de cura que a doente nutriu foram de pouca duração, porquanto, volvidos dias, a frequencia das micções mantinha-se como anteriormente, a roupa manchava-se de sangue e as dôres, embora pouco intensas, eram causa de incommodo.

Foram-se passando mezes sem que de novo surgisse uma esperança de obter saude, quando,

em meados de agosto do anno passado, se viu subitamente presa de violentissimas dôres ao nivel da região hypogastrica e, forçada a procurar um vaso de noite, verificou que se tinha dado uma abundante cystorrhagia.

Apprehensiva com o que acabava de succeder-lhe, mandou chamar um clinico, que, após um breve exame, prescreveu dieta lactea e caldos, recommendando o mais absoluto repouso.

No dia seguinte a face estava inchada, inchação que se generalizou a todo o corpo com extraordinaria rapidez, a hematuria persistia, as dôres estavam exacerbadas e as urinas continham uma quantidade consideravel de pús. Recorreu, por ultimo, ao professor sr. dr. Carlos Lima, que a aconselhou a recorrer ao Hospital de Santo Antonio.

Estado actual da doente

Mulher de constituição forte, mas de aspecto anemiado. Symptomatologia: micções frequentes e dolorosas; hyperestesia vesical mesmo fóra das micções; jacto muito modificado, urinas de côr vermelho-escura, deixando pelo repouso um sedimento purulento.

Exploração directa — Auscultando o coração, pude verificar que o primeiro ruido é mal batido; os pulmões funccionam normalmente; a re-

gião hypogastrica é extremamente dolorosa e a lombar apenas o é a pressão.

Exame macroscopico do sedimento — Sedimento muito abundante, contendo globulos rubros alterados, globulos de pús em abundancia e algumas cellulas vesicaes; não ha cylindros renaes. A urina contém pequena quantidade de albumina.

Catheterismo vesical — Urina tinta de sangue, correndo lentamente; hyperestesia vesical.

Cystoscopia — A doente foi cystoscopisada duas vezes, revelando o segundo exame cystoscopico uma ulceração do tamanho de 50 réis em prata, duas pequenas ulcerações, algumas echymoses, um pontilhado hemorrhagico e um pequeno neoplasma ulcerado (?) implantado na parede lateral esquerda da metade superior da bexiga.

Este neoplasma, cuja existencia é duvidosa, sangrava um pouco, tinha os bordos pouco salientes e não apresentava uma nitida reacção inflammatoria na periphéria.

Diagnostic — Ordenando todas as particularidades e signaes d'esta doença, recolhidos pela exploração directa, pelos anamnesicos, pelos caracteres macroscopicos das urinas e ainda pelo que resolveu o exame cystoscopico, sou inclinado a admittir que se trata de ulcerações conse-

cutivas a uma cystite chronica, visto a doente ser portadora d'esta affecção ha cinco annos, não podendo affirmar a existencia de neoplasma, porquanto o tratamento parece mostrar o contrario.

Como a duvida subsistia passei longas horas estudando a frequencia das ulcerações nos neoplasmas vesicaes, o que motivou consagrar a este assumpto um capitulo da minha dissertação.

Diario

Dois dias depois da sua entrada, prescreveram-lhe clysteres de althêa com laudano, com o fim de extinguir ou, pelo menos, diminuir as dôres que accusava na occasião das micções. A inefficacia d'este tratamento fez com que no dia 20 se optasse pelas instillações diarias de 50 grammas d'um soluto de chlorhydrato de cocaína a 1 0/0, seguidas d'uma injeccção de igual quantidade de um soluto de tannino a 2 0/0.

Submettendo a doente a este tratamento durante cinco dias consecutivos, conseguiu-se a completa extincção das dôres e uma notavel modificação no aspecto das urinas, que agora se apresentavam com uma côr vermelho-clara e pequena turvação.

Tudo fazia prevêr que a cura se não faria esperar, quando, no dia 27, reapareceram as dôres, e as urinas, readquirindo a côr vermelho-

escura, formavam um sedimento francamente purulento.

Em face d'uma cystalgia e d'uma hematuria que pareciam zombar de todos os meios empregados para as combater, e reconhecida a impossibilidade de a doente continuar soffrendo, prescreveu-se a hyosciamina na dõse de 5 milligrammas para 200 grammas d'agua, afim de tomar duas colheres de sopa por dia.

Um engano de pharmacia na percentagem da hyosciamina fez com que a doente, tres horas depois de ter tomado os primeiros 20 grammas d'aquella soluçãõ, accusasse todos os symptomas d'uma intoxicaçãõ por este agente medicamentoso.

Permittindo um feliz acaso que n'esse momento nos encontrassemos em aula na mesma enfermaria, desde logo se chamou a attençãõ do illustre professor de clinica cirurgica que, sem perda de tempo, conseguiu evitar uma morte certa, combatendõ a intoxicaçãõ por meio do cafê.

No dia 11 d'abril procedeu-se ao exame urethoscopico, que revelou a existencia de dois polypos na parede anterior e esquerda da urethra, ao mesmo tempo que, praticando-se a palpaçãõ bimanual, se notou um consideravel espessamento da parede lateral esquerda da bexiga, que levou a suspeita de que esse ponto deveria ser a sêde de implantaçãõ d'um neoplasma.

Convem notar que, antes de se cystoscopisar a doente, o illustre professor sr. dr. Roberto

Frias disse, depois de a ter algaliado, que lhe parecia haver polypos na urethra.

Como todos os tratamentos até agora instituidos resultassem infructiferos, e o primeiro exame cystoscopico pozesse a nú as ulcerações vesicaes, prescreveram-se instillações diarias de 50 grammas de nitrato de prata a 1 0/0, que, sendo bem toleradas durante alguns dias, deu margem a substituil-as a 1 0/50, na crença de que não surgiriam inconvenientes. As dôres, porém, que as primeiras instillações d'esta solução occasionaram, bem depressa fizeram com que se pozessem de lado durante dois dias, opinando-se, por ultimo, que se applicassem de dois em dois dias. A efficacia d'este tratamento foi surprehendente.

No dia 15 do mesmo mez o sr. dr. Carlos Albuquerque, munido d'um cystoscopio de luz externa, pôde, d'uma maneira simples e rapida, observar todas as lesões que já tive occasião de enumerar.

Collocada a doente na posição de Trendelenburg, com a pelve fortemente levantada, procedeu-se a uma lavagem rigorosa dos orgãos genitales externos, esvaziamento da bexiga e dilatação progressiva da urethra com os dilatadores de Hegar.

Feito isto, tomou-se um tubo cystoscopico munido do respectivo mandril, préviamente lubrificado com glicerina aseptica, e introduziu-se na urethra, impellindo-o docemente até á bexiga. Em seguida retirou-se o mandril, e o photopho-

ro, já em posição, accendeu-se e orientou-se do melhor modo.

N'esta sessão a cystoscopia estabeleceu o diagnostico e prestou um serviço importante, facultando ensejo para fazer therapeutica.

O exame cystoscopico descobriu um neoplasma (?) e ulcerações que, acto continuo, foram cauterisadas com uma solução de nitrato de prata de que estavamos munidos.

Como se vê, a cystoscopia de luz externa, na mulher, pôde ser extremamente util e, por vezes, methodo insubstituivel.

No dia 16 pediu alta, sendo-lhe facultada a entrada no hospital afim de continuar com as instillações de nitrato de prata a 1 $\frac{0}{50}$, tendo tido occasião de verificar, dia a dia, que as melhoras se accentuavam por tal fórma que, quinze dias depois da sua sahida, as urinas apresentavam a limpidez e côr normaes; a frequencia e as dôres á micção tinham desaparecido e o aspecto physico da doente era regular, motivo porque dei por finda a minha tarefa.

Ulçerações na cystite chronica

Definição

Antes de entrarmos no assumpto que nos propozemos tratar, e que tem sido objecto de numerosas descripções, forçoso é saber-se o que se entende por ulceração vesical.

Em face das noções que nos foi dado colhêr — a *ulceração vesical* deve definir-se como sendo toda a alteração, quer macroscopica, quer hystologica da parede da bexiga, caracterisada, sob o ponto de vista clinico, pela tendencia em persistir e degeneração dos seus elementos.

Com effeito, não raro acontece que a descamação epithelial passa despercebida a olho desarmado e, todavia, não deixa de constituir uma ulceração ou, pelo menos, uma exulceração, lesão que, embora superficial, é a mais importante de todas; pois, como teremos occasião de mostrar, o epithelio, quando normal, é um poderoso revestimento, uma excellente muralha de defeza, em face de todas as causas de irritação.

A excessiva tendencia do epithelio á proliferação garante-lhe o poder reparar todas as suas perdas, com extraordinaria rapidez; mas, se vem um momento em que lhe faltam os meios de que carece para a sua nutrição, se esta é mais ou menos atacada, cahe e as camadas subjacentes, que estavam sob a sua protecção, ficam agora á mercê de todas as infecções, quer internas, quer externas.

É então que, com todo o seu cortejo symptomatico, se inicia uma cystite.

Facilmente se comprehende o papel que desempenha a descamação epithelial — ulceração hystologica, como deveria chamar-se-lhe, — sabendo-se que uma descamação epithelial muito extensa traz, na maior parte dos casos, consequencias muito mais graves do que uma ulceração profunda e localisada, visto n'ella se fazer, com mais facilidade e rapidez, a absorpção de productos toxicos.

Etiologia, pathogenia e anatomia pathologica

Hoje está perfeitamente averiguado que durante a evolução de uma cystite chronica podem constatar-se todas as lesões da parede vesical, como sejam espessamento, suppuração e, n'um grau mais avançado, alterações destructivas (ulcerações, gangrena e perfuração).

Como as alterações vasculares da mucosa precedem e fazem comprehender os processos

destructivos, é racional que d'ellas nos occupemos antes de abordar a descripção das ulcerações na cystite chronica.

Em que consistem, pois, essas lesões vasculares, que antecedem e até explicam os processos de destruição?

Por vezes é pouco manifesta a alteração da côr normal; mas, na maioria dos casos, a mucosa adquire uma côr escura em uns pontos, acinzentada n'outros, além de manchas echymoticas disseminadas á sua superficie.

Examinando mais detidamente podem constatar-se arborisações vasculares mais desenvolvidas em certas regiões, especialmente ao nivel do trigono e do baixo-fundo, echymoses e suffusões sanguineas na espessura da mucosa e, por vezes, varias infiltrações hemorrhagicas, tanto na camada sub-mucosa, como muscular.

Ao microscopio poder-se-ha reconhecer um grande desenvolvimento de todo o systema vascular e surprehender dilatada e, algumas vezes, rôta a rêde capillar das camadas sub-epithelial, mucosa e sub-mucosa.

São estas alterações que, de ordinario, precedem as lesões ulcerosas e mostram á evidencia que o aparelho circulatorio é um dos primeiros atacados, quando ao epithelio, elemento protector contra a infecção, ainda é dado conservar a sua integridade.

N'um futuro mais ou menos proximo, os fôcos hemorrhagicos, originados á custa da ruptura dos capillares mucosos e sub-mucosos, infe-

ctam-se, deixam-se invadir pela infiltração, supuram, e eis que o processo ulceroso começa a sua obra de destruição. O epithelio que, ao nível dos focos hemorrhagicos, perdeu os seus meios de nutrição, cahe e morre, seguindo-se o phenomeno da descamação epithelial, que tão importante é na cystite e formação das ulcerações vesicaes.

É então que se declaram todos os phenomenos caracteristicos de uma cystite chronica definitivamente constituida, como erosões, ulcerações, emfim a perfuração e, por ultimo, o processo destructivo. Localisadas, especialmente ao nível do collo, do trigono e do baixo-fundo, estas lesões são verdadeiras regiões pathologicas da bexiga na cystite chronica.

Ordinariamente de fôrma irregular e superficiaes, se bem que, por vezes, attingam a camada muscular, as ulcerações recobrem-se de um magma purulento de côr acinzentada que as pôde dessimular, sendo, por vezes, necessario destacal-as para pôr a descoberto a parede vesical nitidamente ulcerada. Casos ha em que este magma affecta a fôrma de pseudo-membranas.

Além das ulcerações a que acabamos de referir-nos, a mucosa apresenta-se mais ou menos irregular, tomentosa, espessada e semeada de verdadeiras vegetações e villosidades. Não raro existem pequenos abcessos que se formam, quer sob a mucosa, quer na camada muscular, e que ulteriormente podem soffrer a transformação purulenta, dando assim logar a phlegmões diffusos

ou a uma verdadeira infiltração da parede vesical.

Estes abcessos que, de ordinario, attingem o volume de grãos de ervilha, podem existir em todos os pontos da parede do órgão e occupar toda a sua espessura, resultando d'este facto a frequencia com que se abrem na bexiga ou no tecido cellular peri-vesical e mesmo no peritoneo, embora a sua marcha, que é bastante lenta, dê tempo a que esta serosa forme, a maior parte das vezes, adherencias protectoras.

Após estas breves considerações, que julgamos não dever omittir, passemos á exposição e critica da theoria com que pretende explicar-se a complexa pathogenia das ulcerações vesicaes, na evolução da cystite chronica.

Quasi todos os auctores são concordes em admittir que só uma urina alterada, permanecendo por largo espaço de tempo em contacto com o epithelio vesical, pôde provocar a descamação em massa d'esse epithelio, d'onde resulta uma ulceração. Repugna acceitar como verdadeira uma theoria que está longe de explicar um grande numero de factos.

Na verdade, para admittil-a seria necessario que apenas existissem ulcerações no baixo-fundo vesical, o que tal não succede, pois indifferentemente as vamos encontrar em todos os pontos da parede. Por outro lado, a theoria admite como necessaria a estagnação da urina e suppõe *à priori* que assim succede na cystite chronica. Ainda n'este ponto nos desviamos d'este modo

de vêr, porquanto sabemos que em certas fórmas de cystite chronica, e nomeadamente na cystite dolorosa, o reservatorio vesical, já pela sua irritabilidade, já porque se encontra retraído, depressa se liberta da urina e, comtudo, a sua mucosa pôde apresentar ulcerações.

Longe de nós a pretensão de procurar deruir uma theoria que sabios erigiram, porque mesmo não deixamos de concordar que uma urina alterada, estagnando no baixo-fundo vesical, possa, pelo seu prolongado contacto com a mucosa vesical, originar ulcerações; é certo que n'estas condições o epithelio se encontra n'um banho irritante e caustico, em uma verdadeira maceração, que podem occasionar uma descamação epithelial.

Estes casos, aliás raros, apenas servem a explicar a frequencia das ulcerações vesicaes ao nivel do baixo-fundo.

Havendo multiplas experiencias comprovativas da extraordinaria resistencia do epithelio vesical em face de soluções toxicas, e do seu prolongado poder defensivo contra urinas profundamente infectadas, especialmente em casos de fistulas vesico-intestinaes, como admittir com esta theoria echymoses, infiltrações sanguineas e abcessos da parede, quando na mucosa não existem lesões dignas de menção?

A formação de abcessos sub-mucosos e musculares apenas teriam explicação admittindo que a seguir a uma descamação epithelial, a uma crosão microscopica, servindo de porta de en-

trada aos microbios contidos na urina, houvesse o transporte d'estes elementos infecciosos por via lymphatica, cujas origens, como é sabido, nascem sob o epithelio por uma rêde extremamente desenvolvida.

Na impossibilidade de abraçar esta explicação, insufficiente para nos mostrar as lesões vasculares (congestões, echymoses e hemorragias) que a maior parte das vezes mais se evidenciam e primeiro apparecem, somos levados a concluir que as ulcerações vesicaes resultam como a cystite que as acompanha, e que as não produz das mesmas causas pathogenicas. É preciso admittir que os germens infecciosos, carrilhados por via sanguinea, encontrando condições favoraveis ao seu desenvolvimento (congestão, retenção), acantonam-se em um ponto qualquer da circulação vesical, ahi formam colonias e produzem todas as lesões.

No ponto em que a colonia microbiana se installa, começam a produzir-se lesões vasculares (thromboses e embolias septicas, ruptura dos capillares, echymoses, suffusão sanguinea), ás quaes se seguem as de nutrição dos tecidos que recebiam a circulação dos vasos atacados. O epithelio que, pela delicadeza dos seus elementos, é o primeiro a soffrer as consequencias de uma deficiencia de nutrição, cahe, e ao nivel d'esta descamação constitue-se a ulceração que evolucionará segundo o estado de maior ou menor resistencia que os planos subjacentes, já mortificados, poderão offerecer.

O processo de destruição é absolutamente proporcional á importancia e séde da lesão vascular. Comprehende-se que havendo apenas arborisações vasculares mais ou menos desenvolvidas, com pontos echymoticos á superficie da mucosa vesical, o epithelio ainda poderá encontrar meios de defeza nas anastomoses dos capillares visinhos e, *ipso facto*, assegurar a sua nutrição; se, ao contrario, ha importante ruptura vascular e uma consideravel infiltração sanguinea ulterior, mais se accentuarão os phenomenos de necrose hemorrhagica ao nível da mucosa e muito especialmente do epithelio.

A lesão vascular primitiva não deixa de possuir summa importancia. Se ha ruptura do plexo sub-epithelial, a lesão da mucosa será immediata e superficial; se, em resultado do ataque de alguns pequenos vasos da camada sub-mucosa, sobrevem uma necrose da mucosa subjacente, a lesão será mais profunda e requisitará tempo para se constituir; emfim, se o fóco hemorrhagico occupa a camada vascular, a lesão será muito mais consideravel, contribuindo a colonia microbiana ahi existente para uma suppuração e origem de abcessos que, uma vez constituidos, podem seguir duas marchas differentes: ou invadem o tecido cellullar peri-vesical, ou se abrem na bexiga, creando uma ulceração.

Estes factos são de molde a mostrar claramente que a cystite chronica pôde conduzir á ulceração, quer originando alterações nos vasos

capazes de produzir perturbações de nutrição e necrose hemorrhagica dos tecidos, quer por lesões de suppuração intersticial — e que frequentemente se encontram —, que dão logar á formação de abcessos que acabam por abrir-se na bexiga. Tanto o estado d'este orgão como o das urinas desempenham um papel importantissimo durante o periodo evolutivo das lesões que acabamos de mencionar.

Comprehende-se que havendo congestão e, sobretudo, retenção, e que as urinas estejam infectadas, a lesão inicial, longe de marchar para a cicatrização, progredirá em extensão e profundidade; se não ha lesões parietaes e intersticiaes de natureza hemorrhagica e infecciosa, o epithelio, armado com todos os meios de defeza de que dispõe, poderá obstar á formação de uma ulceração, ainda mesmo em face de urinas purulentas e estagnadas; mas, uma vez atacado em um ponto qualquer, essa urina fará sentir a sua acção malefica, contribuindo para que o processo de destruição augmente e impedindo que a cicatrização consiga esboçar-se pela incrustação calcaria, a que, não raro, dá origem.

Se, até ao presente, mais prenderam a nossa attenção as lesões do systema vascular, cujas hemorrhagias, situadas na espessura da parede vesical e, sobretudo, na mucosa, podem crear abcessos e ulcerações, não é porque desconhecamos que o systema lymphatico não seja muitas vezes affectado ao mesmo tempo que aquelle, e, em certos casos, a infecção não seja mais notavel.

Longe de nós tal omissão, sabida a íntima relação que existe entre os dois systemas.

Em face do que temos dito, somos levados a admitir que, na maioria dos casos, a ulceração succede a pequenos abcessos sub-mucosos ou a uma suppuração intra-muscular, lesões que também são a sequencia de hemorrhagicas.

Quão frequente é a ulceração na cystite chronica, quão rara é a perfuração. De resto, comprehende-se que assim succeda, sabendo-se que a marcha das lesões chronicas é lenta e progressiva, e que, por este facto, tanto o tecido peri-vesical, como o peritoneo, criam lesões de irritação tendentes a oppôr uma séria barreira e a delimitar o processo.

É mesmo curioso constatar a pouca frequencia de perfuração, ainda mesmo quando as ulcerações são muito profundas, o que prova que ella é mais a consequencia de um processo ulcerativo agudo, muito embora possa encontrar-se em uma fôrma particular de cystite chronica consecutiva a *cellulas* ou *bolsas* da bexiga.

Conclusões geraes

Em face do que temos exposto ácerca da pathogenia das ulcerações vesicaes, podemos formular as seguintes conclusões:

Toda a ulceração vesical é consecutiva a lesões hemorrhagicas ou infecciosas da parede vesical, exceptuando, talvez, as de origem trau-

matica (sonda permanente, calculo), que, pelo seu prolongado contacto, podem occasionar lesões destructivas da mucosa, sem que, todavia, essas lesões tendam a persistir, a menos que haja um certo grau de cystite concomitante.

Estas lesões hemorrhagicas ou infecciosas dependem, em geral, d'essa toxemia. O colibacillo, hospede habitual do intestino, tambem o é da bexiga, em caso de cystite, pelas numerosas e directas vias de communicação.

A infecção, embora geral, pôde ser transmitida á bexiga por via sanguinea. N'este caso as lesões hemorrhagicas são mais intensas e as primeiras que apparecem.

A intoxicação pôde ser local ou geral: quando local, pôde resultar da transformação putrida da urina accumulada na bexiga; geral, resulta de uma doença geral (cancro, tuberculose).

Parece inferir-se que as ulcerações vesicaes, de ordinario, dependem das differentes toxemias que acabamos de enumerar. Tal não succede. Embora o elemento infeccioso seja o mais frequente, o mais importante e aquelle sob cuja dependencia directa estão as lesões destructivas que terminam na ulceração, não podemos ser inteiramente exclusivo, admittindo que só elle opéra, sendo necessario conceder, pelo menos na bexiga, uma parte importante ao elemento mechanico.

Este musculo ôco que, a cada instante, entra em contracção, revestido d'uma mucosa rica em capillares que não teem, por assim dizer, ponto

de apoio do lado da cavidade vesical, e possuindo grossos vasos que, muitas vezes, estão submettidos a compressões do lado da cavidade pélvica e a frequentes thromboses venosas ao nível dos plexos vesicaes e prostaticos, este órgão estará, por sua propria natureza, imminente-mente predisposto para a congestão e hemorrhagias intersticiaes. Ora, nós vimos que, em certos casos, a infiltração hemorrhagica pôde de per si provocar uma necrose total dos elementos da parede e, consecutivamente, ulcerações; é isto que explica a importancia da congestão e da retenção na producção de certas ulcerações.

Castaigne diz que pôde haver ulceração por embolia e thrombose arterial sem que se note o menor vestigio de infecção; mas é racional admittir que, n'estes casos, a infecção ou intoxicação passem despercebidas, tanto mais que actualmente se crê que todas as embolias e thromboses são de ordem infecciosa. Sendo levados a reconhecer que, na maioria dos casos, a infecção rapidamente complica a lesão hemorrhagica, concluimos que a hemorrhagia desperta a infecção.

É n'estes casos que se nota a associação de lesões hemorrhagicas e infecciosas e se constata-ram lesões destructivas e intensas.

O aspecto das lesões é variavel com a extensão e profundidade das lesões: se a lesão toma toda a extensão da parede vesical, podem observar-se ulcerações multiplas ou uma ulceração total, como acontece em certos casos de antiga cys-

tite chronica, de cystite exfoliante ou tuberculose vesical diffusa; se está bem localizada em um ponto, teremos uma lesão isolada d'este orgão, lesão que mereceu dos auctores o nome de ulceração solitaria ou simples.

Segundo a profundidade e o aspecto das lesões, pôde observar-se a erosão hemorrhagica, a exulceração, a ulceração superficial da mucosa, a ulceração mais profunda com fundo hemorrhagico ou escarificado, a ulceração gangrenosa, a ulceração aguda que, de repente, é perfurante, e, por ultimo, a ulcera-chronica com bordos espessos.

Mas quaesquer que sejam o grau e extensão das lesões, ellas são sempre consecutivas a enfartes hemorrhagicos ou a escáras, e as alterações hystologicas, que originam a ulceração, apresentam-se sempre sob o mesmo aspecto.

Em resumo, podemos estabelecer-lhes a seguinte fórmula: *vaso-dilatação* excessiva e geral das venulas e capillares da mucosa, sub-mucosa e, por vezes, da camada sub-peritoneal; *abundante infiltração hemorrhagica* de todas estas camadas e, finalmente, na periphèria da infiltração hemorrhagica; *infiltração inflammatoria* de elementos embryonarios que podem operar por sua conta e causar uma infiltração em fóco ou uma infiltração diffusa.

Quando succede que as lesões são muito pronunciadas pôde vêr-se a necrose total dos elementos infiltrados com thrombose especial dos pequenos vasos da visinhança, o que leva a uma

eliminação em massa do bloco necrosado. Como se vê, só ao microscopio é dado resolver o problema pathogenico, e nós concluiremos afirmando que todas as ulcerações vesicaes são dependentes de tres ordens de lesões, a saber: hemorrhagicas, inflammatorias e trophicas, lesões que provocam a ulceração pelo mesmo processo hystologico.

Neoplasmas vesicaes

Tendo mostrado a observação que a forma exterior dos tumores da bexiga não é typicamente caracteristica; que a pediculisação, que se suppunha ser um caracter proprio do papilloma, não é especial ao tumor benigno, por forma alguma a sua classificação pôde basear-se emquanto á forma e configuração, sendo racional adoptar a de Albarran, que assenta exclusivamente sobre a sua estructura.

Sendo cada um dos elementos constitutivos da bexiga (epithelio, tecido conjunctivo e muscular) susceptiveis de originar neoplasmas de natureza e genero muito diversos, dividimol-os em epitheliaes, conjunctivos e musculares.

Sendo os tumores epitheliaes os que mais frequentemente se observam e que o exame cystoscopico revelou (?) no caso presente, é d'elles que vamos tratar, descrevendo os seus caracteres macroscopicos e hystologicos, symptomas, evo-

lução clinica, complicações, diagnostico, prognostico, tratamento e, por fim, a frequencia com que podem ulcerar.

Caracteres macroscopicos — Implantados de preferencia na zona inferior da bexiga, parecendo ter por ella verdadeira predilecção, raro affectam as paredes lateraes — e só excepcionalmente o vertice do órgão. Em um quarto dos casos são multiplos (Albarran), apresentando caracteres diversos, pois ao lado d'um tumor sessil encontram-se pediculados e nem sempre correspondem ao mesmo typo anatomico.

Sob o ponto de vista da sua configuração, apresentam grandes variações, sendo mais que em outro órgão papillares, villosos ou franjados á superficie que, por este facto, se apresenta irregular (mamelonada ou lisa).

Emquanto ás relações que affectam com a parede vesical, podem ser pediculados, sesseis ou infiltrados. Os *pediculados* teem por caracter implantar-se sobre a parede por intermedio de uma parte retrahida que lhe serve de pediculo, podendo este ser cylindrico, lamelloso ou membraniforme e possuir um comprimento que lhe permita fluctuar na cavidade vesical. O pediculo continua com o neoplasma, que mais parece uma porção dilatada da sua extremidade, e do lado da parede vesical insere-se á mucosa por uma base larga, sendo difficil precisar, a olho desarmado, o ponto onde começa o tumor e termina a mucosa, visto a facilidade com que esta

se permite distender e destacar da camada muscular.

Em caso de intervenção, comprehende-se a vantagem que pôde advir da laxidão da mucosa.

Os tumores *sesseis*, mais raros que os pediculados e de superficie irregular, implantam-se largamente sobre a parede, com a qual fazem corpo, são moveis sobre o plano muscular, podem levantar-se, mas é toda a massa que se levanta á custa da mucosa.

Os tumores *infiltrados* são sempre malignos e caracterizam-se pela invasão parcial ou total da espessura da parede que, ao cóрте, é facil reconhecer e que o tacto aprecia pela espessura.

Estes tumores podem ou não fazer saliencia na cavidade vesical. Os *salientes* teem a fôrma encephaloide, consistencia molle, côr vermelha, e destacando-os da parede, o que é facil com o dedo ou curêta, deixam uma superficie rugosa e desigual.

Os que não fazem saliencia na cavidade vesical são, umas vezes, mamelonados, bosselados, irregulares e fazem pregas na mucosa; outras, apresentam-se sob a fôrma de tumores ulcerados, com bordos salientes de superficie irregular.

A bexiga está sempre infiltrada, e no seu contorno existem propagações neoplasticas.

Propagação dos neoplasmas epitheliaes

É fraco o poder de propagação e generalisação dos tumores epitheliaes aos órgãos visinhos. São os mais benignos dos tumores da bexiga e menos que os outros expostos ás propagações e á extensão.

No entretanto, algumas vezes succede que, após a sua ablação, sobrevem a recidiva sob a fôrma de tumor sessil ou infiltrado.

A propagação pôde fazer-se por continuidade ou a distancia, por via lymphatica ou sanguinea. A propagação por continuidade ou enxertia é muito frequente, succedendo, por vezes, encontrar-se um tumor da mesma natureza desenvolvido em um ponto do reservatorio urinario, que estava em contacto directo com o neoplasma.

São estas relações de contiguidade, e o facto do epithelio, que separa o pediculo do tumor principal da superficie do outro, conservar a sua integridade, que levaram Albarran a admittir que se trata de enxertias.

Os pequenos papillomas, que, não raras vezes, se encontram circumdando a base dos cancros, poder-se-hiam considerar, por si só, enxertos epitheliaes. Por continuidade, o tumor pôde propagar-se aos órgãos visinhos, como á urethra, prostata e muito excepcionalmente á vagina e tecido cellular da bacia. As propagações aos

ganglios também são muito raras, sendo levados a supôr que isto se dá por uma invasão accentuada da parede vesical, sempre que ha adenopathias.

Do exposto podemos concluir que são raras as propagações d'estes tumores.

Etiologia — Comquanto não sejam muito frequentes os neoplasmas da bexiga, estão longe de ser raros. É, sobretudo, dos cincoenta aos sessenta annos que a sua frequencia é mais manifesta.

Symptomas — A *hematuria*, que rarissimas vezes falta, constitue o primeiro e, muitas vezes, o unico symptoma dos tumores vesicaes.

Esponanea no começo, apparecendo e desaparecendo sem causa apreciavel, a sua existencia apenas se faz evidenciar pela côr vermelha ou escura da urina, porque se não faz acompanhar da menor sensação anormal.

Algumas vezes, porém, um pequeno excesso, um traumatismo, uma fadiga bastam a determinar-a, não estando a sua importancia em relação com o grau de provocação, pois que a uma causa insignificante pôde succeder uma abundante hematuria. Já dissemos que a hematuria, assim como apparece, assim desaparece. Na verdade, cessa sem causa, sendo para registrar que, muitas vezes, não se consegue, nem com o repouso, nem com o regimen, obter a menor modificação, e, sem se prevêr, chega um

momento em que as urinas adquirem a limpidez e côr normaes.

A *hematuria* é sempre mais pronunciada no fim da micção, chamando-se-lhe, por este facto, hematuria terminal. Não pretende affirmar-se, dizendo isto, que o sangue apenas existe no fim das micções, como acontece nas cystites, porquanto ainda mesmo que o fluxo sanguineo se faça durante toda a micção, que a totalidade da urina seja córada, as ultimas gottas de liquido são mais córadas ou constituídas por sangue puro. Este character de terminalidade da hematuria, indicando-nos que é a bexiga que sangra, faz comprehender o seu alto valor para a diagnose.

Mandando urinar o individuo e recolhendo a urina em tres copos, nota-se que ella é mais córada no segundo que no primeiro e que as ultimas gottas do terceiro constituem um liquido fortemente tinto.

Só um abundante fluxo sanguineo do rim pôde dar a apparencia de uma hematuria terminal, mas é necessario que a hematuria renal seja muito abundante, o que raro succede.

Podemos, pois, concluir que a hematuria terminal é o character das hematurias vesicaes.

A hematuria dos neoplasticos é muito *abundante*.

É n'elles que se vêem grandes hemorrhagias, que persistem semanas e até mezes, levando rapidamente o individuo a uma anemia profunda. Na bexiga accumulam-se coagulos que a disten-

dem, oppõem serio obstaculo á micção, expõem á retenção, sendo, por vezes, necessario aspiral-os por meio de uma seringa, porque a sua presença entretem a congestão e esta a hematuria.

Estes coagulos não apresentam nenhum caracter digno de menção; mas, quando retidos por muito tempo na bexiga, descóram-se, lembrando, pelo aspecto, os fragmentos de neoplasmas.

A hematuria é *intermittente*.

No começo, os periodos da hematuria são raros e afastados, sendo, por vezes, muito longo o intervallo que os separa; mas, á medida que o processo vae evolucionando, não só se approximam, como são de mais longa duração. É, durante muito tempo, o unico symptoma, embora, não raro, existam concomitantemente a pollakiuria e dôr na occasião da micção.

Guyon insiste em affirmar que os neoplasmas infiltrados se caracterisam por symptomas que fazem suspeitar uma cystite, quando os tumores pediculados provocam congestão e emissões sanguineas.

Os neoplasmas pediculados, quando se acompanham de cystite, apenas produzem dôr e pollakiuria.

Finalmente, casos ha em que tem sido possível observar-se a retenção, que deve attribuir-se ao neoplasma que, umas vezes, fazendo tampão no collo, obsta á passagem das urinas, emquanto que outras se introduz na urethra, ocasionando incontinencia.

Raro acontece que o exame das urinas forneça indicações particulares, porque, umas vezes, a quantidade de sangue, n'ellas contido, é tão abundante, que se torna impossivel caracterisal-o por mudanças de coloração sufficientemente apreciaveis, ao passo que outras, é em tão pequena percentagem, que só ao microscopio é dado revelar a sua presença.

A frequencia com que as urinas arrastam fragmentos de neoplasma, permite-nos chegar ao conhecimento da natureza do tumor. Na mulher tem-se visto a eliminação, pela urethra, de um tumor inteiro. Além dos fragmentos macroscopicos de neoplasma, a urina pôde arrastar consigo cellulas epitheliaes descamadas, em quantidade tal que turvam a limpidez de uma urina aseptica.

A grande abundancia d'estas cellulas, com ou sem leucocytos, mas em pequena abundancia, fazem crer na existencia de um tumor. Além dos neoplasmas, outras alterações diffusas do epithelio, ainda mal conhecidas, podem lançar na urina abundantes cellulas epitheliaes alteradas.

Evolução clinica—Baseados em que a marcha dos neoplasmas vesicaes é variavel e dependente da sua estructura, podemos, artificialmente, estabelecer tres grupos d'estes tumores.

Ao primeiro pertencem os tumores benignos, isto é, os que conservam caracter de benignidade durante todo o seu periodo de crescimento,

se desenvolvem para a cavidade vesical e teem marcha lenta e longa duração. Nitidamente pediculados não tendem para a infiltração; a hemorragia sobrevem em periodos afastados, havendo, no intervallo, uma saude tão perfeita, que o doente não accusa o menor soffrimento. As complicações são raras e a cystite tardia.

Muito embora a frequencia das hemorragias preocupe sériamente os doentes, ainda hoje se consideram os melhores casos com que o cirurgião poderá deparar.

O segundo grupo de tumores vesicaes é constituido por neoplasmas transformados, isto é, por aquelles que, sendo benignos no seu inicio, se transformam, no fim de algum tempo, em malignos. Desde que tal succede, a marcha accelera-se em alguns mezes e o doente morre. As crises hematuricas approximam-se, a cystite installa-se, as dôres tornam-se intoleraveis e os doentes acabam por ser victimados por qualquer complicação local ou geral. Ha, finalmente, tumores primitivamente malignos. São sempre parietaes com implantação sessil e a infiltração mais ou menos intensa.

É n'este grupo que está inclusa a totalidade dos sarcomas e a terça parte dos tumores epitheliaes. Desde o começo manifesta-se a pollakiuria e dôres á micção, que, de semana para semana, mais se aggravam. As hematurias, que são tardias e pouco abundantes, servem para differençar os tumores infiltrados dos benignos; pois, como já vimos, as hemorragias, n'estes

ultimos, são muito abundantes. Guyon, insistindo sobre este facto, não deixa de lembrar o que se passa quando se pratica o catheterismo.

Com effeito, sempre que se catheterisa uma bexiga com neoplasmas malignos e infiltrados, provoca-se immediatamente uma hemorragia que, embora de curta duração, impede o exame; se, ao contrario, o tumor é benigno e pediculado, a hemorragia não se declara durante o exame, mas apparece depois muito abundante e persistente.

Por fim, as dôres fatigam o doente, esgotam-o, o tumor alastra-se, pôde atacar os ganglios ou generalisar-se e a cachexia rapida e prompta é a consequencia.

Complicações — Todo o neoplasma expõe a bexiga a diversas complicações. A hematuria é, por vezes, tão abundante, que, se se não intervem immediatamente, a vida do individuo pôde comprometter-se seriamente.

Ainda mesmo nos casos em que a hemorragia é pouco abundante, ao cirurgião compete velar cuidadosamente, pois isto não impede que na bexiga se accumulem coagulos que este orgão não conseguirá expulsar e d'ahi estabelecer-se uma retenção que servirá de ponto de partida á infecção.

A *retenção* não se realiza apenas pela fórma que acabamos de apontar. Outras vezes é a consequencia de uma hypertrophia prostatica conco-

mitante, ou do engasgamento do collo por um neoplasma muito movel.

Todas as lesões de ordem mechanica, incluindo a congestão, preparam o terreno para a infecção.

Quaesquer que sejam as causas determinantes de uma cystite e a especie de microbio que possa invadir a bexiga, ella é sempre uma complicação grave. Faz época na historia da doença, e o dia em que apparece assignala uma nova era. A cystite dos neoplasticos é susceptivel de provocar pollakiuria, crises de tenesmo e dôres tão intensas que os doentes, no auge do desespero, são levados á pratica do suicidio.

O character das hematurias permanece sensivelmente o mesmo; mas como a infecção não fica localizada á bexiga, não tarda que o estado geral se altere.

Diagnosticco — Os aspectos das hematurias são tão caracteristicos, por tal fôrma deixam adivinhar a lesão, que um erro de diagnosticco é quasi impraticavel. Na maioria dos casos, o estudo d'este symptoma, alliado a um exame attencioso do doente, são elementos de sobejo para conhecer a doença, antes da endoscopia; e se, por vezes, surgem algumas difficuldades, ellas dependem da hematuria se apresentar isolada ou, quando muito, associada a algumas perturbações da micção. A hematuria pôde confundir-se com a hemoglobinuria à *frigore* quando é o unico symptoma, mas as circumstancias em

que esta se produz, a influencia tão notavel do frio sobre a evolução das urinas, e a analyse hystologica permittem elucidar esta questão, sobre a qual é inutil insistir.

Reconhecida a hematuria, resta saber se é de origem prostatica, vesical ou renal. A hypertrophia da prostata dá, algumas vezes, logar a hemorragias abundantes, tenazes e persistentes, que sob a influencia do repouso, da evacuação da bexiga e com a sonda permanente facilmente se sustam, porque a sua unica causa reside nos ataques congestivos a que aquelle orgão está sujeito. O cancro da prostata, muito mais que a sua hypertrophia, pôde lembrar, pelo fluxo de sangue que provoca, os tumores vesicaes, visto a hematuria apresentar o character de espontaneidade que tão bem define as hematurias neoplasicas. Abundantes, raras vezes, repetem-se com frequencia e, em geral, manifestam-se no começo das micções.

A prostata, n'estes casos, sangra ao contacto do explorador, e o toque rectal revela endurecimentos caracteristicos de carcinose prostatopelvica. Quando tal succede poderá perguntar-se se um neoplasma da bexiga propagado á prostata não daria estas sensações.

A hematuria pôde vir dos rins; nas nephritis existe, por vezes, mas quasi sempre está longe de ser tão abundante e tenaz como a neoplasica.

A presença de cylindros urinarios nas urinas, as dôres locais e outros signaes de nephrite bas-

tam a prender a atenção do clinico que, além d'isso, reconhecerá, n'uma hematuria terminal, uma hematuria da bexiga.

Se estes elementos não forem sufficientes para calar no seu espirito a ideia d'um diagnostico preciso, obtem rapida confirmação recorrendo ao exame cystoscopico.

Os calculos do rim nunca dão hematurias espontaneas e, se as causam, ellas fazem-se acompanhar de phenomenos dolorosos muito accentuados, que forçam a convergir toda a atenção para os rins (1).

No entretanto, no decurso de uma lithiase tem-se observado hematurias abundantes e de longa duração, causadas pelo engasgamento de um calculo no uretere, mas a hematuria produzida n'estas condições, além de ser total, faz-se preceder d'uma cólica nephretica. Se a hematuria não vem da prostata nem do rim, podemos concluir que tem a sua origem na bexiga.

Quando á hematuria se associam perturbações de micção, o diagnostico simplifica-se muito, pois desde logo acode a suspeita da existencia de uma cystite, restando apenas estabelecer a differença entre esta affecção e um tumor da bexiga, sobretudo com os neoplasmas infiltrados, pela analogia que existe entre os seus symptomas. Chega, emfim, o momento em que a cystite, associando-se ao tumor, fará com que

(1) Lugeu—*Des calculs de rein et de l'uretère*—These de Paris, 1891.

o clinico possa constatar um espessamento da bexiga e procure saber se se trata de uma pericystite simples ou de uma cystite neoplasica.

É recordando alguns caracteres, por meio dos quaes facilmente se pôde reconhecer uma cystite, e conhecendo-se que o apparecimento dos tres symptomas (pollakiuria, dôr e suppuração) é precoce, embora se não revelem ao mesmo tempo, apesar de se seguirem de perto, que se torna facil differençal-a dos tumores, onde a frequencia, que é o primeiro symptoma, existe por muito tempo isolada, vindo depois a dôr e mais tarde a hematuria.

É, graças a esta dissociação de symptomas, que conseguimos facilitar o diagnostico differencial, embora haja cystites que possam induzir em erro, quer pela sua marcha bem differente, quer pelas hemorragias abundantes que podem causar.

Diagnostico da variedade e da natureza— Suppondo estabelecido o diagnostico do neoplasma vesical, resta saber qual a sua séde, o seu volume e as relações que affectam com a parede. Isto consegue-se recorrendo á exploração do doente, afim de colhêr dados que possam addicionar-se aos funcionaes já obtidos e ao mesmo tempo confirmal-os.

Câtheterizando a bexiga com uma sonda molle, desde logo podemos saber se ella se esvasia bem e certificarmo-nos se sim ou não ha hematuria terminal.

Se acontece que o escoamento da urina se suspende abruptamente, devemos suspeitar que ha obliteração dos olhos da sonda por neoplasmas ou coagulos, embora nem sempre d'estes accidentes possa tirar-se uma illação definida para o diagnostico. A prova é mais convincente sempre que, para a evacuação de coagulos accumulados, nos utilizamos da grossa sonda da lithotercia.

Ulçerações neoplasiças da beçiga

São pouco frequentes as ulcerações nos neoplasmas vesicaes. É isto o que sustenta Guyon affirmando que á congestão, e não á ulceração, devem attribuir-se as hematurias symptomaticas d'estes tumores.

Ao invéz do que succede com a tuberculose vesical, e exceptuando o cancro que cava fundo a parede, todos os tumores vesicaes são mais vegetantes que ulcerativos.

N'este capitulo farei o estudo da frequencia da ulceração, pondo em destaque que ella pôde considerar-se uma phase pathologica na evolução dos tumores e succeder, como bem mostrou Albarran, a perturbações nutritivas e microbianas.

Nas degenerescencias granulo-gordurosa, colloide ou calcarea consistem as lesões de nutrição, que são, quasi sempre, a sequencia d'uma eliminação de retalhos fluctuantes de porções

maiores ou menores de neoplasmas, que são eliminados com as urinas e permitem fixar o diagnostico do tumor, ou que estacionam na cavidade vesical, podendo soffrer uma putrefacção mais ou menos avançada. Se esta eliminação se dá em um tumor muito vegetante, comprehende-se quão difficil possa tornar-se a descoberta d'essa perda de substancia que contribuirá, sem duvida, para a progressiva ulceração do neoplasma.

A pathogenia das lesões de nutrição e d'estas degenerescencias ainda não está bem determinada. É possivel que dependa de lesões nervosas ou tambem da falta de proporção entre as proliferações cellulares neoplasticas e o desenvolvimento dos vasos destinados a nutrilas; e, n'este caso, são verdadeiras necroses por insuficiencia de irrigação sanguinea.

A estas pôde juntar-se a retenção de urina, facto observado frequentemente nos neoplasticos vesicaes, e que pôde oppôr um obstaculo á circulação n'estes tumores. As ulcerações tambem podem ser a consequencia de lesões microbianas.

Não raro acontece vêem-se tumores invadidos por microbios que dão logar a uma inflamação, apresentando todos os graus desde a infiltração leucocytaria, commum a todos os tumores, ainda os mais pequenos pediculados, até aos fôcos de suppuração, que apenas é dado observar nos grandes epitheliomas, vindo em seguida a ulceração, que representa a ultima

phase das lesões, quer nutritivas, quer infecciosas.

Muito embora se saiba que estas lesões infecciosas podem ser, tanto no caso presente, como em outros, motivadas por catheterismos septicos, por simples retenções de urina, isso não impede que affirmemos que a sua origem é mais frequentemente hematogenica, isto é, causada por microbios que, arrastados pela corrente sanguinea a um ponto qualquer da mucosa ou da parede vesical, ahi criam lesões de necrose hemorragica, ás quaes póde succeder uma ulceração vesical, cuja causa primaria é, sem duvida, o neoplasma, mas que deve considerar-se uma ulceração simples, sob o ponto de vista da pathogenia immediata.

Nas diversas variedades de neoplasmas vesicaes a frequencia e aspecto das ulcerações não são os mesmos. A não ser os kystos e, por vezes, alguns myomas, não é frequente encontrar-se outro grupo de tumores benignos da bexiga que apresente ulcerações.

Estes kystos, ordinariamente pequenos e multiplos, de superficie lisa e brilhante, contendo um liquido limpido ou turvo e de consistencia viscosa, estão situados, a maior parte das vezes, ao nivel do trigono e do baixo-fundo e podem invadir toda a mucosa vesical.

Á medida que o seu volume augmenta, mais se desenvolvem do lado da cavidade vesical, accentuando-se a sua saliencia á superficie da

mucosa até ao momento em que, espontaneamente, ou sob a influencia de um catheterismo, ou de uma contracção vesical, ou ainda de outra acção traumática qualquer, se rompem, deixando uma superficie ulcerada ou coberta de epithelio.

Quando o conteúdo da vesicula se tornou turvo ou suppurou, a superficie apresenta-se ulcerada; ao contrario, quando o kysto é absolutamente claro e normal, a sua ruptura deixa a parede profunda da cavidade tapetada de um revestimento epithelial.

De ordinario, estas ulceracões marcham rapidamente para a cura, deixando, como vestigio, umas manchas esbranquiçadas.

A pathogenia dos kystos da bexiga ainda hoje é muito discutida, sendo accetavel a de Limbeck, que os attribue a uma proliferação circumscripta do epithelio da mucosa vesical na derme mucosa com transformação kystica secundaria, ou a de Albarran, que os considera de origem glandular, formados á custa das glandulas normaes da mucosa.

Passando ao estudo da ulceracão vesical no grupo dos tumores malignos da bexiga, vê-se que é mais frequente que nos benignos, mas ainda rara, sobretudo em certas variedades.

Os sarcomas que, de ordinario, se apresentam sob o aspecto de tumores sesséis ou infiltrados, raras vezes pediculados, de superficie lisa ou bosselada, de côr vermelha ou rosea e consistencia molle, limitam-se a invadir, em

massa, toda a espessura da parede vesical, raro ulcerando.

Epitheliomas — N'este ultimo e mais importante grupo de tumores da bexiga que nos resta estudar, a ulceração varia muito de frequencia e aspecto, segundo as variedades hystologicas.

A ulceração nos tumores pediculados, villosos, é rara ou, pelo menos, tão superficial que, não passando d'uma ligeira exulceração, difficil se torna poder constatal-a.

Nos tumores epitheliaes infiltrados, a ulceração é variavel com a fôrma e disposição d'estes tumores. Albarran admite a existencia de duas especies de tumores d'esta natureza, que se caracterizam: uns, pela saliencia que fazem na cavidade vesical sob a fôrma de massas fungosas vegetantes e recortadas, de côr rosea e consistencia molle; outros, cuja saliencia na mesma cavidade apenas se faz esboçar, não offerecem a exuberancia dos primeiros e apresentam-se, de ordinario, sob a fôrma de placas ulceradas com tendencia destructiva.

No primeiro grupo, que é quasi exclusivamente representado pelos cancros encephaloides, as ulcerações são raras ou, pelo menos, passam despercebidas; outrotanto não succede com os tumores cancroidaes, que constituem o segundo grupo, onde ellas são muito frequentes e profundas. Os tumores encephaloides da bexiga permitem que da sua massa se destaquem retalhos putrefactos que, de mistura com uma urina

infectada e coagulos provenientes das hemorragias, podem, uma vez expulsos, conduzir-nos ao diagnostico, quer pelo seu aspecto macroscopico, quer pelo exame hystologico.

Compreende-se que, devido á extraordinaria proliferação da massa cancerosa, possam effectuar-se identicas eliminações, sem que o volume do tumor diminua sensivelmente, sem que se forme uma ulceração tão nitida, que ao exame cystoscopico seja dado pôr a descoberto.

Entretanto, alguns casos ha em que a necrose, causada por lesões de nutrição ou infecções microbianas, determina a queda de um volumoso bloco canceroso, d'onde uma depressão cavitaria n'esse ponto da massa tumoral.

Acontece algumas vezes que, emquanto a periphéria da massa cancerosa vegeta, a porção central cava em profundidade, podendo ir até á perfuração, terminação aliás rara n'este grupo de tumores.

Em 220 casos de tumores da bexiga, reunidos por Albarran no seu *Traité des tumeurs de la vessie*, só em 22 observou a ulceração nitida, pertencendo 6 ao cancro encephaloide e 16 ao cancroide vesical.

A ulceração, como se deprehende, é tres vezes mais frequente no cancroide vesical, motivo porque vamos descrever alguns caracteres que aquelle auctor conseguiu obter.

Chamou-se-lhes tumores cancroideaes pela semelhança macroscopica que tem com os cancroides da pelle. Pequenos e limitados, em cer-

tos casos, são, a maior parte das vezes, muito extensos, podendo mesmo invadir toda a parede vesical. Duros ao tacto, estes tumores infiltram profundamente a bexiga, cuja face externa se encontra quasi sempre levantada pelos relevos das bosseladuras; muitas vezes invadem as partes visinhas, como se o tumor se não desenvolvesse para a cavidade e antes tivesse especial predilecção em esgotar para o exterior toda a sua potencia proliferativa.

Hystologicamente, os cancroïdes vesicaes divergem dos cutaneos, porque as suas cellulas, não só não encerram eleidina, mas não se acham reunidas por filamentos protoplasmaticos; o que mais fundamente os caracteriza é a presença de *globos epidermicos*, constituídos por uma serie de camadas concentricas de cellulas corneas, achatadas umas sobre as outras, e de uma ou varias arredondadas no centro d'aquelles. Em face de caracteres tão pouco accentuados, Albarran pergunta se estes tumores são realmente de origem ectodermica ou o fructo de uma evolução particular dos epitheliomas lobulados da bexiga.

Hallé, em um brilhante artigo intitulado *Leucoplesies et cancroïdes de l'appareil urinaire*, completa a descripção dos cancroïdes vesicaes dizendo que o seu character especifico é hystologico; que a presença de cellulas achatadas, dispostas em *globos epidermicos* e susceptiveis de revestir todos os caracteres epidermicos, considerados especificos (keratenisação, filamentos de

união, granulações de eleidina), os individualisa e separa dos outros tumores epitheliaes da bexiga.

Além dos caracteres já enumerados, o aspecto macroscopico, a séde, a marcha e a tendencia á ulceração especifica-os e imprime-lhes uma feição particular, motivo porque são estudados á parte sob o nome de *cancroides*. A pouca abundancia de stroma conjunctivo explica a pobreza da sua vascularisação.

A proliferação epithelial é enorme; montões compactos de cellulas, que não são alimentadas por um igual desenvolvimento do tecido conjunctivo e vascular, constituem quasi toda a massa neoplasica. O esqueleto conjunctivo-vascular ramificado dos epitheliomas papillares, que sustenta o revestimento epithelial neoplásico e garante a sua nutrição, não existe.

Ha alveolos onde não penetra um só vaso, pelo facto de se encontrarem repletos de cellulas chatas keratenisadas, caducas, por sua natureza epidérmica, como a camada cornea da epiderme e, portanto, votadas, por um estado inferior de nutrição, á destruição.

A ulceração é, pois, fatal e constante á superficie do cancroide, e desde que se inicia o trabalho de desagregação, depressa avança em profundidade, graças á frequente infecção do meio vesical. Da massa tumoral destacam-se blocos epitheliaes necrosados que, uma vez em liberdade na cavidade vesical, podem ser expulsos com as urinas.

Eis, segundo Hallé, os caracteres da ulceração e as causas que contribuem para o seu avanço em superficie e profundidade.

Não pôde negar-se o importante papel que desempenham as lesões de propagação, por continuidade do neoplasma na espessura da parede vesical, e as de nutrição, por insuficiência de irrigação vascular, mas isto não basta.

É necessario fazer intervir lesões vasculares (thromboses e embolias) que, situadas na espessura da massa neoplasica e nas camadas subjacentes da parede vesical, são quasi sempre o resultado d'uma infecção, que a esta se propaga por via lymphatica ou venosa.

Parece poder pensar-se que ha relações pathologicas entre a inflamação chronica, a leucoplasia e o cancroide vesical.

A inflamação chronica inicia-se, complica-se de transformação epidermica do epithelio; este pôde ser por sua vez o ponto de partida de um cancroide; e existem alterações intermediarias entre a leucoplasia benigna, que é uma lesão inflammatoria de superficie, e o cancroide, que é uma lesão accentuadamente maligna.

Em certos casos está-se auctorizado a estabelecer uma cadeia ininterrupta entre estas lesões que, á simples vista, parecem distanciar-se muito, mas que nós approximamos da fórmula seguinte: lesões puramente inflammatorias, como a infiltração embryonaria e hemorrhagica da derme mucosa e a proliferação ou descamação do epithelio; lesões modificadoras, como a placa de

leucoplasia, a pseudo-membrana; lesões destrutivas, como a ulceração, lesões, enfim, de degenerescencia como o cancro.

Dever-se-ha ter presente a ideia de que um cancro pôde implantar-se sobre lesões chronicas rebeldes e persistentes da mucosa vesical, quer sejam proliferativas como as vegetações, quer destructivas como as ulcerações.

Assim como as lesões inflammatorias podem favorecer e até occasionar o apparecimento d'um neoplasma vesical, assim tambem este, em uma época de pleno desenvolvimeno, poderá, actuando sobre o elemento inflammatorio, crear focos de necrose hemorrhagica, inflammatorios, abcessos cicatriciaes e ulcerações.

Estas noções, evidenciando os laços que existem entre as ulcerações e os neoplasmas, bastarão a justificar as breves considerações com que iniciamos o nosso trabalho.

Symptomatologia

Não havendo um unico symptoma que caracterise a ulceração vesical, só o *exame cystoscopico*, e o *de visu*, praticado durante a operação da talha, podem constatar a sua existencia. A hematuria, que outr'ora se considerava como o symptoma mais característico d'esta lesão, pôde faltar em algumas ulcerações symptomaticas, embora profundas.

Guyon conseguiu provar que a congestão da mucosa está mais apta a provocar hemorrhagia que as lesões anatomicas.

É sabido que certas ulcerações tuberculosas muito profundas da parede vesical não dão hemorrhagias, emquanto que uma exulceração de comêço d'aquella affecção pôde ser muito hemorrhagica.

Suppômos, no entretanto, que a eliminação de detrictos necroticos e a apparição de hematuria, em certas e determinadas circumstancias,

poderão considerar-se elementos de grande valia. Sem duvida, sempre que, a olho nú, deparemos com uma urina contendo detricitos negros de aspecto exharotico, e que o microscopio nos revele tecidos desorganizados e nicrosados, deve-se-ha pensar em uma alteração destructiva da mucosa.

Pôde confundir-se um flôco purulento ou hemorrhagico com um dos detricitos, mas o exame microscopico é sufficiente para destruir qualquer duvida que tenda a subsistir.

Uma hematuria que apparece e se prolonga em certas e determinadas condições, que persiste sem modificações sensiveis, não sendo motivada por nenhuma das causas que podem produzir uma descongestão rapida, deve fazer suspeitar a existencia de uma lesão anatomica da parede e muito particularmente uma ulceração se, feito o exame bacteriologico, elle nos mostrar que se não trata nem de cancro nem de tuberculose.

Vê-se, pois, que não ha um symptoma revelador de uma ulceração symptomatica e que os que acabamos de mencionar são de probabilidade, podendo affirmar-se que só ao exame cystoscopico é dado estabelecer um diagnostico exacto.

Diagnóstico

Antes de entrarmos na exposição do methodo cystoscopico julgamos opportuno descrever succintamente todos os outros meios de que dispõmos para a exploração da cavidade vesical.

Inspecção e percussão — Pouco ou nenhum valor prático se me afigura que possuam estes processos de exploração, pois nem mesmo quando a bexiga se encontra muito distendida poderá fornecer bons elementos para um diagnostico, pelo facto de entre ella e a parede abdominal poderem interpôr-se as ansas intestinaes que mascaram os phenomenos.

Palpação hypogastrica — Comquanto seja um meio de exploração mais vantajoso, pois dá-nos a conhecer o volume, sensibilidade pathologica e o grau de contractilidade do reservatorio urinario, a palpação é, de per si, insufficiente, porque não nos revela um tumor, não nos diz da sua situação e das suas connexões.

A palpação isolada deve, para ter algum valor, combinar-se com outros processos, taes como o toque rectal, a palpação bimanual, o toque vaginal (na mulher), o catheterismo e a cystoscopia.

O toque rectal impõe-se sempre que temos

em vista explorar o fundo da bexiga, a prostata e as glandulas seminaes, pois diz-nos se ha modificações de consistencia, qualquer endurecimento, falta de elasticidade e indicio de neoplasma ou pericystite.

A palpação, combinada com o toque rectal, constitue o melhor meio de apreciarmos do volume, consistencia e alterações da bexiga. Para colhêr d'este processo toda a vantagem que elle offerece, deverá conservar-se o doente em decubito dorsal, as pernas bem desviadas, as côxas ligeiramente flectidas sobre o abdomen, a cabeça em posição horisontal e a bacia um pouco elevada. O clinico colloca-se indifferentemente de um ou outro lado do individuo e, introduzindo o dedo médio de uma das mãos no anus, procura attingir a prostata, e em seguida o seu bordo superior, que está em relação immediata com o fundo da bexiga, para conhecer da consistencia e volume d'este orgão e, ao mesmo tempo, do estado da prostata e das vesiculas seminaes.

É então que intervem a outra mão, que colloca à *plat* sobre a parede abdominal, que deprime ligeiramente, como procurando mergulhar na excavação, ao encontro do dedo, que está introduzido no recto.

Quando os orgãos estão sãos, a mão que deprime a parede abdominal nada mais sente a não ser a resistencia que esta parede lhe offerece, e o dedo do recto apenas experimenta, por toda a parte, uma sensação de molleza. Quando a parede é molle e depressivel, os dois dedos quasi

se juntam, estando apenas separados por tecidos molles e um endurecimento, que vem a ser a bexiga normal pregueada e vazia com a prostata pequena por baixo.

Devido á sua localisação, se a bexiga se encontra distendida, embora não muito, interpõe-se entre o recto e a parede, ficando os dedos abdominal e rectal muito separados.

Se, em uma das metades da bexiga, ha um tumor, esse tumor manifestar-se-ha á palpação bimanual por um exaggero de volume que se fará sentir entre os dedos, após o esvaziamento da bexiga.

O toque vaginal, além de facilitar a prática da palpação, pois está-se em tacto directo com a face anterior da bexiga, dá-nos a garantia de conhecermos de um modo preciso uma infiltração neoplasica, um espessamento, ou uma hypresthesia notavel.

Catheterismo — É o processo de investigação mais corrente e que, afóra a cystoscopia, mais serviços nos fornece na prática.

Podemos catheterisar a bexiga, com o fim de conhecer do seu estado pathologico, servindo-nos da sonda olivar, de uma seringa ou do explorador metallico de Guyon.

Baseados no conhecimento de que, no estado normal, a sensibilidade da bexiga é obtusa e se exaggera quando ha cystite, tornando-se dolorosa, este meio de exploração pôde fornecer indicações precisas, não só sobre aquella, mas

tambem denunciar a presença de corpos extranhos, porque o simples contacto da oliva com o collo ou a parede posterior, basta a determinar uma dôr muito viva e caracteristica, que começa a manifestar-se desde que attinge a urethra posterior, percebendo a mão que a dirige uma sensação de attrito duro e secco, caso haja corpo extranho (calculo).

Como um obstaculo prostatico, ou uma columna saliente da bexiga, nos pôde dar a mesma sensação, o resultado do catheterismo com a sonda olivar carece ser confirmado com o obtido pelo explorador metallico.

Um outro processo que, na prática, não deixa de possuir grande alcance, já pela sua facil excussão, já porque nos fornece dados valiosos para a diagnose, é a exploração da bexiga com a seringa.

Sabendo-se que a bexiga pôde receber 500 grammas de liquido, embora a sua capacidade physiologica seja de 250 a 300, representando esta cifra a percentagem normal da bexiga á distensão, comprehende-se que, uma vez esvaziado aquelle orgão, o exame d'esta propriedade poderá fornecer valiosos elementos ao diagnostico.

Para com este processo se chegar a conhecer da sensibilidade do reservatorio urinario, deve esvaziar-se completamente e em seguida injectar lentamente 60 ou 100 grammas de agua boricada, tepida.

Chega um momento em que o doente accusa

uma vontade imperiosa de urinar, ao mesmo tempo que a mão que impelle o pistão poderá sentir uma resistencia causada, sem duvida, pela contracção da bexiga.

Sempre que não seja possivel introduzir na bexiga uma quantidade de liquido inferior a 250 ou 300 grammas, devemos crer na existencia de um excesso de sensibilidade; quando, ao contrario, se pôde injectar o conteúdo de varias seringas, podemos concluir que é pequena ou nulla.

Explorador metallico de Guyon — Excepção feita do cystoscopio, é este o processo que mais serviços nos presta na prática. Pena é que, sendo o catheterismo, quer da bexiga, quer da urethra, uma operação que nada tem de innocente, requiera a maxima attenção, exigindo que o medico não seja expedito em pô-la em prática sem ter colhido, com antecipação, os dados que uma boa observação em completo interrogatorio poderá fornecer.

Esta operação faz-se em tres tempos, devendo a extremidade da sonda, uma vez na bexiga, ser voltada para o lado esquerdo ou direito e nunca para a região publica ou perineal, sob pena de escoriar a mucosa vesical.

No primeiro tempo, a sonda progride na urethra até á região bollar; no segundo, atravessa a região membranosa; no terceiro, transpõe a região prostatica e o collo da bexiga.

Na urethra normal, os dois ultimos tempos

confundem-se; na urethra pathologica, e muito especialmente havendo hypertrophia prostatica, a travessia torna-se por vezes muito difficil, exigindo que se faça uma pressão mais energica sobre as partes molles da região sub-pubica, unico meio de conseguir que a extremidade da sonda vença o obstaculo que lhe offerece o promontorio prostatico.

A facilidade com que o instrumento se move de deante para traz e vice-versa e para os lados, indica que o bico da sonda está em plena cavidade vesical. A exploração deve fazer-se o mais methodicamente possivel, pois do contrario não será facil reconhecer a presença de calculos, nem adquirir noções sobre a contractilidade, sensibilidade e depressibilidade da bexiga.

Quando normal, este orgão não sente o contacto do instrumento; ao contrario, a sensibilidade, que ao nivel do collo é sempre mais pronunciada, exaggera-se ao menor contacto do bico da sonda. Estando a contractilidade da bexiga intimamente ligada á sensibilidade, comprehende-se o alto valor d'este processo de exploração vesical.

Diagnostico cystoscopico

Após a rapida exposição dos processos classicos empregados na investigação dos phenomenos morbidos das doenças do apparelho urinario, offerece-se-nos ensejo de fallar sobre o me-

thodo cystoscopico, mostrando as vantagens que sobre aquelles tem este processo de exploração.

Comquanto a cystoscopia seja por si só incapaz de resolver todos os problemas da pathologia urinaria, o seu valor, em face dos outros processos, que aliás nada tem de banaes e inuteis, é incontestavel.

A cystoscopia constitue um meio absolutamente indispensavel para estabelecer o diagnostico de certas affecções e impedir n'outras verdadeiros desastres operatorios, impossiveis de prevêr e, portanto, de evitar com os outros methodos de exploração.

Mas se é verdade que a cystoscopia occupa um logar de honra, porque evita muito erro grosseiro e substitue processos sangrentos infinitamente mais desfavoraveis e perigosos para o doente, o resultado que d'ella se tira para o diagnostico tem muito mais valor, é muito mais proficuo se, antes de a pôr em prática, se colhem noções que derivam do interrogatorio do doente e da exploração directa.

Embora o tenhamos na conta de um methodo de exploração precioso, util e indispensavel, elle não deve constituir o nosso unico meio de investigação, porquanto é dos outros um poderoso auxiliar.

Não será o exame cystoscopico, muitas vezes, causa d'erro? Não nos enganará occultando-nos lesões cuja existencia é incontestavel, e não nos fará vêr outras que não existem?

Guyon cita o facto de não revelar uma ulcera-

ção quando a talha permittiu reconhecê-la e bem extensa junto do collo. Quando a ulceração está localizada n'este ponto ou no vertice da bexiga, é facil escapar-se ao exame cystoscopico.

A difficuldade que ha em interpretar todas as imagens cystoscopicas pôde fazer acreditar na presença de uma ulceração que não existe, não contribuindo para isso, é claro, a imaginação do cirurgião. É por aquelle motivo que se explicam casos de ulcerações vesicaes bem profundas, que se vêem ao cystoscopia e que uma talha hypogastrica é incapaz de pôr a descoberto.

Em alguns casos invoca-se a rapidez com que algumas ulcerações cicatrisam, mas é mais racional admittir um erro de interpretação.

Felizmente, o que vimos de apontar não succede na maioria dos casos, e muito menos se o cystoscopia é bom e manejado por mão habil.

É possível, em alguns casos, reconhecer a natureza da ulceração? Quando ella é mantida á custa de um corpo extranho, calculo ou neoplasma, não resta duvida de que o cystoscopia permite, de ordinario, relacionar a ulceração á sua causa e, em outros casos, conduzir rapidamente ao diagnostico causal.

Em caso de *leucoplasia*, por exemplo, elle mostrará, além d'uma inflammação diffusa, manchas vermelhas exulceradas e pequenas placas brilhantes que reflectem, nitidamente, a luz da lampada electrica; desde que alguma duvida tenda a subsistir, uma lavagem com um soluto de acido picrico, dando a todas as placas leuco-

plasticas uma c6r amarello-clara e deixando as manchas exulceradas de um violeta-escuro, 6 suficiente para a destruir.

Em caso de *cystites pseudo-membranosas ou exfoliantes* o exame cystoscopico p6de revelar a presen7a de membranas mais ou menos espessas, quer destacadas, quer adherentes 6 parede.

Quando esta membrana 6 muito grande e se encontra destacada, p6de vir applicar-se sobre o collo, impedindo todo o exame.

Em caso de *ulcera76o simples*, a cystoscopia permite, algumas vezes, reconhecer a variedade da ulcera76o: a ulcera chronica, com bordos endurcidos e espessos, e a ulcera76o aguda perfurante, facilmente poder6o constatar-se, sendo necessario, n'este ultimo caso, fazer um diagnostico o mais rapidamente possivel, assim como se torna indispensavel praticar a cystoscopia quando ha hematuria persistente e abundante sem outros symptomas e sem que possa attribuir-se a sua origem ao rim.

No com67o, infelizmente, pouco poder6 v6r-se, porque a ulcera76o perfurante, fazendo quasi sempre o seu inicio por uma esc6ra, a que se n6o liga a importancia que realmente tem, a cystoscopia apenas nos indicar6 uma placa acinzentada ou escura, mas nem por isso o exame deixa de ser util por nos indicar uma interven76o, unico meio de poder salvar-se o doente.

Por fim, em casos de *completa perfura76o vesical*, o cystoscopia estabelecer6 desde logo o diagnostico; se se trata de uma antiga perfura76o,

de uma fistula vesico-intestinal, por exemplo, elle prestará grandes serviços mostrando-nos a passagem de sangue, pús ou materias fecaes pelo orificio. Como vêmos, a cystoscopia conduz ordinariamente ao diagnostico da existencia de uma ulceração, mas é impotente para estabelecer a sua natureza. Infelizmente, é com frequencia que isto succede na clinica.

Certos symptomas levam-nos a diagnosticar uma ulceração, cuja existencia o exame cystoscopio confirma; mas como saber se se trata de uma ulceração simples, se tuberculosa, se neoplasica? Em caso de duvida, e nada mais podendo exigir da cystoscopia, é ao exame clinico que devemos recorrer.

Será este exame que permittirá, por exemplo, descobrir a tuberculose n'um doente com antecedentes hereditarios ou pessoases suspeitos, apresentando hematurias com fórmias congestivas e portador de uma cystite dolorosa, mas crêmos bem que só a presença de bacillos de Kock nas urinas, nos grumos do pús, no sedimento retirado com o endoscopio (Grünfeld) ou a inoculação no caviá, poderão constatar que se trata de tuberculose, assim como granulações tuberculosas e uma mucosa vermelha e muito vascularizada.

De igual modo, quando se hesita entre uma ulceração simples e uma ulceração neoplasica, ordinariamente cancroidal, os caracteres de uma hematuria regular e constante no primeiro caso, muito irregular no segundo, e muito especial-

mente o estudo histologico das urinas e dos retalhos eliminados, poderão levar-nos a estabelecer o diagnostico differencial.

Caracteres das lesões ulçerativas

No primeiro periodo ha descamação simples, constatando-se então a perda do polido normal da mucosa. Existe uma côr rosea-mate, que contrasta com as partes visinhas mais brilhantes.

No segundo periodo ha perda de substancia. Os bordos da ulçeração são mais ou menos recortados. O fundo é constituido por retalhos fluctuantes, de ordinario muito finos. Póde haver verdadeiras perdas de substancia, mas nunca se encontram superficies cavadas e irregulares de bordos espessos, como acontece no cancro.

A ulçeração póde ser muito profunda, mas encontram-se sempre alguns retalhos pequenos da mucosa, pouco espessos, fluctuantes e esbranquiçados. No cancro a superficie das porções ulceradas é mais sangrenta, os bordos mais espessos e os detricos maiores.

Caracteres das lesões concomitantes

Estas lesões são muito importantes, pois o seu aspecto, mais que o da propria ulçeração, permite estabelecer o diagnostico casual ou de natureza.

Para fazer-se um bom diagnostico deve examinar-se a bexiga em conjuncto, pois do contrario está-se sujeito a commetter erros grosseiros, visto o exame da ulceração em si não bastar.

As cauterisações cystoscopicas e as feridas feitas pela ablação de neoplasma, são as unicas que podem ser reconhecidas por si mesmas.

As primeiras teem, a maior parte das vezes, a fôrma arredondada ou ovalar, apresentando-se circuitadas por estrias convergentes, devidas á retracção da mucosa pela cicatriz.

As segundas, reunidas ou incompletamente cicatrisadas, caracterisam-se por uma fôrma alongada, bordos nitidos, contornos regulares e arredondados; são feridas collocadas symetricamente em face umas das outras.

Quando, com o cystoscopio, se consegue descobrir um *cancro*, nada mais se vê a não ser alguns pontos com tumor pediculado.

Em caso de *tuberculose*, vêem-se tuberculos miliares esbranquiçados, disseminados, arredondados e, raras vezes, agrupados aos pares. Constata-se a existencia de um pontilhado e vermelhidão diffusa.

Grandes vascularisações, algumas vezes verdadeiras varizes, fazem saliencia sobre a superficie da mucosa.

Na cystite edematosa encontram-se pregas da mucosa, que parece espessa, como que infiltrada e um pouco vermelha.

Estas pregas espessas, regulares e parallelas, são facéis de constatar quando se está habituado

a conhecer as saliências formadas pelas columnas no começo do seu desenvolvimento.

Prognóstico

O prognostico, embora variavel segundo os casos, é, em geral, muito grave. Compreende-se que uma ulceração symptomatica de uma velha cystite chronica ou de um neoplasma muito avançado na sua evolução, dar-nos-ha um prognostico mais sombrio que uma ulceração devida a um corpo extranho ou calculo, porque a cura deverá obter-se desde que se extinga a causa que a motivou.

Sabendo-se que uma cystite grave ou diffusa pôde complicar uma ulceração de causa benigna, comprehende-se que o prognostico se modificará por completo sempre que se opere a transformação de uma lesão localizada em uma lesão diffusa, visto os meios de tratamento que, com vantagem, poderiam oppôr-se á primeira, serem, a maior parte das vezes, inefficazes para a segunda.

Tratamento

O tratamento é palliativo ou curativo.

O tratamento palliativo dirige-se apenas aos symptomas como a hematuria ou ás dôres causadas pela micção. É o tratamento que deve empregar-se sempre que, pelo diagnostico, se reco-

nheça que o neoplasma é inoperavel. Para combater a hematuria prescreve-se o repouso absoluto, applicações frias sobre a região hypogastrica, clysteres frios e, internamente, diversos hemostaticos. A maior parte das vezes é pouco animador o resultado que se obtem com o uso d'estes medicamentos.

Thompson opta pelas injeções vesicaes, praticadas diariamente na dose de 40 gottas de tintura de perchloreto de ferro por 125 grammas de agua fria, ou um soluto de 6 a 30 centigrammas do mesmo por 125 grammas de agua.

Guyon tem conseguido resultados com a solução quente de tannino a 1 %.

As dôres violentas da cystalgia e do tenesmo vesical podem attenuar-se consideralvente, quer pela drenagem da bexiga por via perineal (Thompson), quer por uma incisão vesical praticada na região hypogastrica, quer ainda, como se faz na mulher, estabelecendo uma fistula vesico-vaginal.

A fistula hypogastrica pôde manter-se por meio de um tubo elastico, ou por uma canula analoga ás empregadas na tracheotomia.

São operações palliativas com as quaes podemos colhêr magnificos resultados, alliviando as dôres ao doente. De igual modo a abertura da bexiga, annullando as contracções vesicaes, faz desaparecer as hematurias.

O tratamento curativo consiste em extirpar o tumor. Na mulher, a ablação por vias naturaes deve ser a operação de escolha.

Em trinta e sete operações de tumores vesici-

caes a urethra deu por trinta e tres vezes passagem após a sua prévia dilatação. Só em casos excepcionalmente difficeis deverão praticar-se as talhas vesico ou urethro-vaginaes. Uma vez attingido o neoplasma por qualquer d'estas vias, é cortado por meio de uma tesoura, ou curetado, ou ainda extirpado pela torsão.

Raro succede sobrevir hemorragia, que se suspende facilmente com injeções frias de uma solução de acido borico a 4 ‰ que, ao mesmo tempo, beneficiam a bexiga, lavando-a.

No homem, a ablação dos neoplasmas da bexiga faz-se por via perineal ou hypogastrica, pois rarissimas vezes se consegue tirar, pela urethra, ainda mesmo com o auxilio do cystoscopio, pequenas porções de neoplasmas pediculados.

Por via perineal pôde pôr-se em prática qualquer das talhas que, de ordinario, se utilizam para a extracção de calculos ou a botoeira perineal, que Thompson tanto valorisa.

É por esta botoeira, atravez as porções prostática da urethra e a do collo, dilatadas, que Thompson introduz, em primeiro logar, um dedo e em seguida uma pinça-forceps, de bordos largos e dentados, conseguindo apanhar, sem cortar, e attrahir para fóra uma porção mais saliente de neoplasma.

Desde que Bazy praticou, pela primeira vez, a cystotomia hypogastrica (1882) e Guyon conseguiu tirar d'ella grandes vantagens para a exploração e manobras intra-vesicaes, a intervenção perineal tende a ser posta de parte. Na ver-

dade, feita uma incisão na bexiga e mantendo-se os seus labios afastados e levantados por meio de dois fios, facilmente se procederá á extirpação do neoplasma por qualquer processo de exeresse, desde a simples curetagem digital até ao córte do pediculo tumoral.

Esta intervenção, que será tanto mais benigna e efficaz quanto mais cedo fôr posta em prática, exige que préviamente se faça um diagnostico seguro.

A mortalidade é, presentemente, de 29,4 % (Tuffier). Podemos dizer, resumindo, que ella é de 6,4 % para os tumores benignos e de 4,5 % para os malignos, não contando com as recidivas, que são de 14,6 % nos primeiros e de 30 % nos segundos.

Emfim, quando o neoplasma está implantado no vertice ou na parede antero-lateral da bexiga, Monod e Bazy aconselham a resecção da parede anterior e mesmo lateral do reservatorio urinario, desde que haja a convicção de que, por esta fórma, se consegue tirar toda a zona atacada.

Terminação

Resta-nos saber se a ulceração pôde curar-se espontaneamente. A duvida não subsiste em face das numerosas observações que a autopsia tem fornecido, tendo podido constatar-se cicatrizes na mucosa vesical durante a operação da talha. Outr'ora negava-se a existencia d'estas cicatrizes;

mas, hoje, sabe-se que são muito frequentes e aptas a produzir-se, ainda mesmo quando o meio esteja infectado.

É muito variavel o aspecto sob que se apresentam as cicatrizes vesicaes. Uma vez é uma linha branca circular que se nos depara, outras uma superficie muito pallida, e ainda outras uma cicatriz crucial, acuminada ou deprimida.

As cicatrizes teem os seus inconvenientes e graves, dependendo a gravidade, quer da sua extensão, quer da sua situação.

É factó averiguado que a capacidade vesical diminue, se uma grande parte da parede se transformou em cicatriz, e se esta occupa, quer um orificio ureteral, quer o collo da bexiga, comprehende-se que a obliteração do uretere, no primeiro caso, e a retenção ou incontinencia de urina, no segundo, poderão dar margem a serias perturbações.

É á custa d'uma modalidade ou invasão dos elementos hystologicos da visinhança que se opéra o trabalho da cicatrização. O tecido conjunctivo ou embryonario soffre a transformação fibrosa e o epithelio consegue, no fim de algum tempo, cobrir por completo a superficie cicatricial.

Este epithelio provém do visinho, que se reúne quando a perda de substancia não é muito grande, e do tecido conjunctivo subjacente por transformação directa das cellulas epitheliaes.

É por este processo que se restaura o epithelio, após uma curetagem energica e profunda de toda a mucosa vesical, praticada contra as suas lesões diffusas.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O perineo é o suporte natural dos órgãos genitales internos.

Physiologia. — O descanso total do coração é condição indispensavel de conservação e energia.

Pathologia geral. — A insufficiencia hepatica é o coefficente mais importante das auto-intoxicações gravidicas.

Materia medica. — Como medico civil, regeito o methodo expectante.

Anatomia pathologica. — A congestão precede sempre a inflammação.

Pathologia cirurgica. — Reprovo o emprego da electrolyse como meio therapeutico na cura dos apertos da urethra.

Pathologia medica. — A gastrite é a causa mais frequente da dilatação do estomago.

Medicina operatoria. — Não ha séde electiva das incisões.

Obstetricia. — A percentagem dos abortos está na razão directa do grau de civilisação.

Hygiene. — Á inhumação prefiro a cremação.

Medicina legal. — A integridade do hymen não constitue o signal mais valioso da virgindade.

Visto.

Dias d'Almeida.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Moraes Caldas.