

ESTUDO CLINICO DAS HEMATURIAS*)

Pelo Prof. Octavio de Souza, Lente de Clinica Medica da Faculdade.

Chama-se hematuria a emissão de urina sanguinolenta.

Urethrorrhagia é o escoamento gotejante de sangue pela urethra, independente da micção.

As urinas hematuricas se reconhecem pela coloração vermelha ou rosea e aspecto turvo.

Quando a hemorrhagia é grande, observam-se na urina coagulos de consistencia mole, desagregaveis em agua, de cor negra, como borra de café, com formas alongadas, semi-ovoides quando o sangue provem do uréter ou bassinete, podendo accidentalmente obturar a urethra e causar retenção de urina.

Nem sempre a hematuria pôde ser diagnosticada a simples vista, porque os pigmentos hemoglobinuricos e seus derivados como urobilina, hematoporfirina emprestam á urina coloração semelhante a das urinas sanguinea.

E' indispensavel, portanto, o exame microscopico do sedimento urinario que revelará a presença de hematias além de elementos outros anormaes como cylindros, cellulas cancerosas, bacillos de Koch, colibacillo etc., que a urina contiver, auxiliando desta fórma o diagnostico etiologico da hematuria.

Sangue na urina é sempre um symptoma de valor cuja natureza o clinico não pode deixar de investigar, conseguindo na quase generalidade dos casos, com os progressos da urologia, descobrir a origem d'elle.

Na época actual é inacreditavel que ainda se faça o diagnostico de hematuria essencial que só encobre a nossa ignorancia.

Ha já alguns annos um conhecido cirurgião americano dizia que só se devia fallar em hematuria essencial quando se estivesse em roda de amigos muito intimos ou na quietude de um gabinete de estudo, porém nunca na presença de um paciente intelligente.

Si a hematuria é constante, embora leve, a attenção do medico é despertada e a origem procurada; si porém a emissão de urina sanguinolenta se faz de longe em longe, desacompanhada de symptomas, cedendo facil a medicação empregada, o

clinico, as vezes, não lhe dá a importancia merecida.

Mais tarde quando a symptomalogia de um mal insanavel se mostrar então os recursos therapeuticos serão inefficazes. Os Estados Unidos, adeantado centro scientifico, o Dr. Pugh do City Hospital narra nas „Clinics of Norte America“ de 1929 dois casos que são a comprovação do que acabo de dizer.

Um doente com hematuria durante seis mezes cujo tratamento consistia em calcio e ergotina; tratava-se de um tumor da bexiga.

Uma creança de sete annos com o diagnostico de enurese nocturna e que nos ultimos tres mezes apresentou, de quando em quando, hematurias attribuidas a irritação renal, tinha uma tuberculose do rim.

No meu longo tirocinio medico tenho visto casos identicos nos quaes o medico não procurava indagar da origem da hematuria e se contentava com um tratamento symptomatico.

O importante em uma hematuria, seja macro- ou microscopica, é procurar não só a sua etiologia como a séde onde ella se processa e só assim procedendo terá o clinico feito medicina scientifica, com a qual o doente muitas vezes aproveitará.

Qualquer parte do aparelho renal pôde sangrar. E' com o auxilio das circumstancias que provocaram uma hematuria, pelos phenomenos geraes, pelas dores in loco, pelas perturbações funcçionaes que se observam, pelos exames microscopicos e bacteriologicos da urina, pela cystoscopia, radiologia etc., que se chegará a um diagnostico etiologico e topographico. O momento em que a hematuria se verifica em relação á micção, isto é, no inicio, no fim ou durante toda a emissão da urina é em certos casos de valor para o diagnostico. A hematuria inicial, raramente encontrada em clinica, pode-se observar nas lesões da prostata e então a urina, de começo sanguinea, torna-se clara para nas gottas finaes apparecer novamente sanguinolenta; geralmente porém as lesões prostaticas lançam o sangue na bexiga tingindo toda urina de vermelho. A hematuria terminal indica um lesão do collo da bexiga. Si a lesão se assesta nas

*) Trabalho lido na Sociedade de Medicina, em 15 de Maio de 1931.

paredes vesicaes a hematuria é total mas as ultimas gottas de urina têm coloração mais intensa. Perturbações funcçionaes como dysuria, tenesmos, pollakiuria, dores no hypogastro são companheiros habituaes dos processos pathologicos da bexiga. A hematuria total em que a urina é uniformemente sanguinolenta é propria das molestias dos rins. Frequentes ou não, de pequena duração, com dores lombares, sem perturbações vesicaes de inicio fallam a favor de lesões renaes; persistentes durante longos periodos, abundantes, com phenomenos de irritação vesical desde o começo, nos orientam para a localização da bexiga. O exame microscopico do sedimento urinario nos poderá mostrar elementos do rim facilitando assim o diagnostico. A cystoscopia dissipará qualquer duvida.

Estudemos agora de um modo geral as affecções do segmento inferior do aparelho renal que apresentam hematurias: prostata e bexiga. A hypertrophia da prostata (adenomas) e os tumores malignos apresentam hemorragias acompanhadas de pollakiuria nocturna, retenção de urina, incontinencia por regurgitamento.

Nos adenomas o toque rectal reconhece um tumor limitado, sem prolongamentos, sem irregularidades, sem grande dureza, não ha invasão ganglionar, nem infiltração das paredes do recto. Os tumores malignos da prostata apparecem na idade em que a hypertrophia é rara (antes de 50 annos ou depois de 70) tem evolução rapida, o toque rectal constata um tumor duro, lenhoso, irregular, com limites superiores indecisos, com invasão ganglionar nas fossas iliacas e regiões inguinaes, dores nevralgicas nos membros inferiores.

As cystites de qualquer natureza podem se acompanhar de hematurias sendo signaes distinctivos destas affecções a frequencia das micções, dores vesicaes e pyuria.

A tuberculose da bexiga, sempre secundaria a tuberculose renal, se apresenta com hematurias no inicio que se tornam raras a proporção que as lesões progridem (phase de ulcerações). Toda cystite cuja causa não se consegue demonstrar é suspeita de ser bacillar, isto é, produzida pelo bacillo de Koch. A pesquisa do bacillo e a inoculação no cobaio positivos affirmam o diagnostico.

Os calculos vesicaes provocam hematurias que por via de regra só se observam durante o dia quando são mobilisados pela marcha, exercicios physicos etc. Uma vez deslocados traumatizam a bexiga que facil-

mente sangra, porque existe quase sempre um estado congestivo della pela presença dos calculos. A hematuria é em geral total embora possa ser terminal e se allia a symptomas cystiticos.

Os tumores da bexiga em geral se acompanham de hematurias que são abundantes, expontaneas, não influenciadas pelo repouso no leito cedendo, ás vezes, bruscamente, independentes de meios therapeuticos.

Si a hemorrhagia é grande ou não, si a sua demora é longa ou curta na bexiga, assim a urina apresenta-se vermelha ou negra, e coagulos se podem formar chegando ás vezes a obliterar a urethra provocando retenção de urina.

Tanto os tumores benignos como malignos da cavidade vesical determinam hematurias; o diagnostico differencial se faz principalmente pela cystoscopia, toque rectal, exame microscopico do sedimento urinario (cellulas neoplasticas) e pela repercussão sobre o estado geral.

Estudemos agora as hematurias que se processam no andar superior do aparelho renal. As hemorrhagias do rim são micro ou macroscopicas. Vezes ha em que a hematuria é o unico symptoma em um estado de saúde aparentemente perfeito; é um aviso, um signal de alarme, tal como a hemoptyse de inicio na tuberculose pulmonar.

Nas nephrites agudas ou nos surtos agudos das nephrites chronicas encontramos hematurias que na maior parte das vezes só o microscopio revela. São os symptomas que acompanham estes estados pathologicos que nos induzem ao exame microscopico da urina, cujo sedimento demonstra a presença de sangue, cylindros etc. As molestias infecciosas como febre typhoide, escarlatina, peste etc. frequentemente apresentam hematurias occultas resultantes de nephrites agudas infecciosas que se associam como complicações a estes molestias. Na glomerulonephrite em focos dependente de um foco septico no organismo as hematurias são constantes e só desaparecem com a extirpação d'elle.

Ha pouco tempo tratei uma senhorita com amygdalas infectadas que provocaram uma glomerulonephrite, somente curada depois da amygdalectomia feito pelo Dr. Valentim.

As nephrites hemorrhagicas se caracterisam por grandes hematurias sem compromettimento da permeabilidade renal.

Tenho visto varios casos terminados pela cura.

Dores do peito, Tonteiras e palpitações. Dyspnéa de esforço. Mucosas muito descoradas. Augmento da area cardiaca. Tachycardia. Sopros mesosystolicos. Galope. Reacção de Wassermann: negativa. Urina: pesquisa de albumina: negativa. Hematias: 1.540.000. Hemoglobina: 15% (Zahli).

Observação N.º 10

F. P. G. Reg. A. 456, 18 annos, masculino, branco, lavrador.

Está doente ha 2 annos. Indolencia, descoramento da mucosa e pallidez. Edema dos membros inferiores e pela manhã, das palpebras. Tonteiras e martelladas na cabeça. Dyspnéa, palpitações e dores abdominaes. Muita fradueza. Dores osseas. Mucosas descoradas. Augmento da area cardiaca. Sopros mesosystolicos. Tachycardia. Urina: pesquisa de albumina: traços. Hyposthenuria. Polyuria. Nicturia. Fezes: presença de ovos de ankylostomo e de tricocephalo. Hematias: 2.135.000 mm³. Hemoglobina: 34%. Reacção de Wassermann: negativa.

Observação N.º 11

H. C., Reg. 380, 24 annos, branco, brasileiro, residente á rua Thomaz Coelho 9.

Ha muitos annos sente-se doente. Tem a pelle cor de cera, as mucosas descoradas e edema dos membros inferiores e das palpebras. Dyspnéa. Inapetencia e peso do estomago. Dilatação cardiaca. Sopros mesosystolicos. Costuma expellir vermes. Fezes: presença de numerosos ovos de ankylostomo e raros de tricocephalo. Urina: pesquisa de albumina: negativa. Hematias: 2.840.000 mm³. Hemoglobina: 48% (Zahli).

Observação N.º 12

W. G., Reg. A. 457, 17 annos, branco, brasileiro, lavrador.

Está doente ha annos, sempre com canceira. Tem dores epigastricas, fraqueza nas pernas, desanimo para o trabalho. Palpitações, dores no hypochondro direito. Não tem edema. Pelle pallida e mucosas descoradas. Tachycardia. Sopros mesosystolicos. Reacção de Wassermann: positiva. Fezes: ovos de ankylostomo. Urina: pesquisa de albumina: traços. Hemoglobina: 19% (Zahli). Hematias: 2.300.000 mm³.

Observação N.º 13

N. A., Reg. 3870, branco, brasileiro, residente á rua Fernando Cunha, 92.

Está muito pallido, tem as mucosas descoradas. Sente muita canceira principalmente com o exercicio. Já esteve com edema na face e dos membros inferiores. Baço facilmente palpavel. Dilatação cardiaca. Sopros mesosystolicos. Reacção de Wassermann: fracamente positiva. Fezes: abundancia de ovos de ankylostomo. Urina: traços de albumina. Polyuria. Nicturia. Hematias: 2.392.000 mm³. Hemoglobina: 30% (Zahli).

Observação N.º 14

A. S., Reg. A. 480, 24 annos, masculino, brasileiro, pardo, residente na Penha.

Inicio da doenca ha 2 annos com vomitos e nauseas frequentes. Inapetencia. Sensação de martelladas na cabeça. Mucosas muito descoradas. Lingua pallida com impressões dentarias nas bordas. Ventre proeminente. Augmento moderado na area cardiaca. Sopros mesosystolicos. Reacção de Wassermann: negativa. Fezes: abundancia de ovos de ankylostomos e de tricocephalos. Hematias: 3.234.000 mm³. Hemoglobina: 50%.

Observação N.º 15

A. A. Reg. A. 483, 13 annos, branca, brasileira, residente em uma olaria na rua S. João, 179.

Foi sempre doente. Pallidez, mucosas descoradas. Já esteve com os membros inferiores edemaciados. Geophagia. Cança-se facilmente com o exercicio. Fígado e Baço não augmentados. Tachycardia. Pequeno augmento da area cardiaca. Reacção de Wassermann: fortemente positiva. Fezes: numerosos ovos de ankylostomo e ascaris. Urina: pesquisa de albumina: negativa. Hemoglobina: 25%. Hematias: 2.100.000 mm³.

Observação N.º 16

E. X., Reg. A. 3891, branco, portuguez, chacreiro, residente na Penha.

Pallidez, mucosas muito descoradas. Dyspnéa de esforço. Palpitações. Fadiga e desanimo para o trabalho. Sopros mesosystolicos. Leve edema dos membros inferiores. Dores no ventre principalmente

no epigástrico. Reacção de Waseermann: positiva. Fezes: presença de numerosos ovos de ankylostomo. Urina: pesquisa de albumina: negativa. Hematias: 3.043.000 mm³. Hemoglobina: 43% (Zahli).

Observação N.º 17

B. R., Reg. A. 24 annos, branco, brasileiro, chacreiro.

Está doente ha annos, palpitações, desanimo, sensação de martelladas na cabeça e appetite caprichoso. Mucosas descoradas. Durante o mez é forçado a interromper o trabalho para repousar. Dilatação cardíaca. Fezes: ovos de ankylostomos. Urina: albumina: ausencia. Hemoglobina: 38% (Zahli). Hematias: 2.340.000 mm³.

Observação N.º 18

V. R. V., Reg. 4028, 7 annos, brasileiro, branco, residente á Estrada do Norte.

Pallidez intensa, cor amarello terrosa do tegumento. Labios com aspecto marmorizado. Leve edema dos membros inferiores e das palpebras. Dyspnéa de esforço. Augmento da area cardíaca. Sopros mesosystolicos. Desenvolvimento retardado. Fezes: presença de numerosos ovos de ankylostomo. Urina: traços de albumina. Polyuria. Nicturia. Hematias: 1.920.000. Hemoglobina: 25% (Zahli).

Observação N.º 19

A. S., Reg. A. 513, 29 annos, branca, brasileira, residente á rua Dyonisio.

Internada em estado de grande anemia. Mucosas descoradas. Leve edema das faces. Dores epigástricas e na região precordial. Dyspnéa de esforço. Fadiga facil. Dilatação cardíaca. Sopros mesosystolicos. Sempre doente, tendo os symptomas se aggravado ha 4 mezes. Reacção de Wassermann: negativa. Fezes: presença de numerosos ovos de ankylostomo, alguns de ascaris e tricocephalo. Urina: traços de albumina. Polyuria. Nicturia. Hematias: 1.840.000 mm³. Hemoglobina: 19% (Zahli).

Observação N.º 20

A. F. G., Reg. A. 544, branco, masculino, solteiro, internado em 8-11-929.

Internado em estado grave. Anemia e pallidez intensas. Anasarca. Mucosas completamente descoradas. Malestar epigástrico. Area cardíaca augmentada. Sopros mesosystolicos. Extrasystoles. Sensação de martelladas na cabeça. Palpitações. Geophagia. Reacção de Wassermann: negativa. Fezes: presença de numerosos ovos de ankylostomo e de tricocephalo. Hemoglobina: 15%. Hematias: 1.280.000 mm³.

Bibliographia

- 1) — LINDER, LUNDGAARD e VAN SLYKE. — Journ. of Exp. Med. Vol. 39, 1924, pg. 887.
- 2) — HOWE. — Journ. of Biol. Chem. 1921, vol. 49, pg. 109.
- 3) — EPSTEIN. — Journ. of Exp. Med. 1912, vol. XVI, pg. 719.
- 4) — ROWE. — Arch. Int. Med. 1916, vol. 18, pg. 455.
- 5) — WHIPPLE, MASON e PEIGHTAL — Bull. Johns Hopkins Hosp. 1913, vol. 24, pg. 207.
- 6) — MEYER BODANSKY, MORSE, KIECH e BRAMKAMP. — Journ. of Biol. Chem., vol. 74, 1927, pg. 463.
- 7) — CUNHA MOTTA e JUVENAL MEYER. — Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo, vol. 2, 1927,
- 8) — HAMMARSTEN. — Lehrbuch der Physiologischen Chemie, 1924.
- 9) — GRAM. — Journ. of Biol. Chem., 1921, vol. 49, pg. 279.
- 10) — GAINSBOROUGH. — The Quart. Journ. of Med., vol. 23, n.º 89, Out. 1929, pg. 101.
- 11) — RUSZNIAK. — Zeit. f. d. Gesamte. Exp. Med., vol. 41. 1924, pg. 532.