

Hematuria de causa obscura

por

Jacy Carneiro Monteiro

Docente Livre de clinica cirurgica e urologica

J. N., de 26 anos de idade, branco, solteiro, carioca, de profissão livreiro, vem a consulta por uma uretrite aguda anterior, de natureza gonococica, e não complicada.

Vinte e poucos dias depois de tratamento habitual, seu mal declina rapidamente, as urinas tornam-se claras, com raros filamentos mucosos, a gota matinal é esbranquiçada e pouco volumosa, e o exame bacteriológico acusa estafilococo. Propuzemos ao paciente uns dias de observação sem tratamento, para depois fazer uma uretoscopia, e pedimos que voltasse ao serviço ao fim de uma semana.

Tres dias depois deste encontro, volta o paciente ao consultorio, apreensivo e desolado, relatando-nos que pela manhã ao levantar-se, fora urinar e notara que sua urina era completamente sanguinolenta.

Pedimos então ao nosso doente para urinar em dois copos, e verificamos a existencia de uma hematuria intensa e uniforme, desde o inicio da micção até as ultimas gotas emitidas.

Em vista do tipo total da hematuria, não tivemos duvida em localizar a sua séde no rim; a intensidade da coloração da urina é facilmente explicavel, pois sabemos que basta uma colherinha de sangue para tingir de vermelho um litro de urina; as hematurias aparecendo no inicio da micção partem, via de regra, da uretra posterior ou prostata e são denominadas INICIAES; as de causa vesical, soem aparecer no fim da emissão de urina; certas lesões, porém, da uretra posterior e trigono produzem igualmente estas hematurias, que são então chamadas TERMINAES.

Interrogado o nosso paciente sobre possiveis causas adjuvantes, no aparecimenuto de sua hematuria, soubemos que ela fora expontanea, e apparecera ao levantar-se pela manhã; não coincidira com um esforço excessivo, traumatismo, queda, abuso alimentar, absorção de medicamentos como o ruibarbo, salol e acido fenico que dão a urina uma coloração avermelhada; não fora precedida de crises dolorosas no ventre ou nos flancos, e na vespera deitara cedo depois de um dia normal de trabalho, sem nada ter sentido.

Nunca foi observado na urina do nosso doente a presença de coagulos.

Dez dias depois do aparecimento da hematuria, que até então tinha sido constante, houve um dia de urinas claras, continuando depois a hemorragia.

Seguindo o sabio preceito de Marion, que em toda a hematuria deve ser feita uma cistoscopia, preparamos a uretra do paciente e introduzimos em sua bexiga um cistoscopio de exploração, para localizarmos exatamente o ponto donde provinha o sangue.

Este exame demonstrou que o sangue descia do rim esquerdo.

Focalizada desta maneira, em grandes traços, a historia clinica do paciente e realçado o grande sintoma em causa, a hematuria, passemos ao exame do nosso doente.

Individuo de 26 anos, tipo longilino, pesando 50 quilos e relativamente magro; coloração da pele e mucosas não evidenciavam anemia.

Não foram encontrados em seu passado morbido, elementos que podessem contribuir para elucidação do seu estado atual; entre as doenças habituaes da infancia cita o sarampo e a coqueluche, mais tarde varias infecções gripaes; tonsilectomia aos doze anos; com 18 e 20 contraiu duas blenorragias que terminaram sem complicações; seus paes estão vivos e são fortes; tem tres irmãos que gozam excelente saude.

Estado geral ótimo; não tem perdido peso, alimenta-se bem e dorme oito horas com sono tranquilo. Temperatura axilar 36,6 — pulso 82 por minuto.

Aparelhos digestivo, respiratorio e circulatorio em perfeitas condições.

Sensorio perfeito, não sente-se cansado, e trabalha disposto todo o dia.

Não tem atitudes viciosas e caminha desembaraçadamente.

Aparelho uro-genital. Pela inspecção sobre as regiões renaes esquerda e direita, nada de anormal foi encontrado, não havia evidencia de tumor, abaulamento da região, alteração da cor da pelle, circulação colateral etc.; baixando a inspecção para os flancos, fossas iliacas e hipogastrio, não logramos registrar alguma anormalidade. Penis e bolças escrotaes sem alterações.

Orientados pelo exame cistoscopico, que nos mostrou o sangue descendo do rim E., procedemos á palpação da fossa renal deste lado e não percebemos alterações de especie alguma. O rim não era palpavel nem doloroso; os pontos renais tanto posteriores como anteriores encontravam-se silenciosos, o mesmo acontecendo quando da pesquisa dos pontos ureterais.

A palpação do lado D. tambem foi fertil em negativas. A bexiga indolor á pressão sobre o hipogastrio. Capacidade 350 cc., repleção não dolorosa. Urina normalmente de 4 a 5 vezes ao dia, sem perturbações e abundantemente; não acusa micções noturnas.

Ao cistoscopio a bexiga apresenta-se de aspecto normal, mucosa brilhante e de cor rosa claro, trigono ligeiramente hiperhemiado, colo de conformação regular, orificios ureterais de implantação habitual em forma de fenda, o D. ejacula urina limpida e sua coloração, aspecto, ritmo e movimentos, estão dentro da normalidade. O ureter E. encontra-se avermelhado, entreaberto, e ejacula sangue, que aparece no campo cistoscopico como um lindo penacho rubro; contudo, a ereção de seu cone é normal; não existem nas suas bordas ulcerações, formações poli-

poides, dilacerações ou coágulos aderentes. O baixo fundo da bexiga e seu apice nada de estranho apresentavam. Uretra suave, sem indurecimentos, deixando passar facilmente um Benique 48. Prostata pequena, mole, regular e não dolorosa á palpação. Vesículas seminais não perceptíveis. Testículos, epidídimos e canais deferentes completamente livres.

Exames de laboratório.

A urina revela nas 24 horas traços de albumina, piócitos e grande quantidade de hemácias, densidade 1024 Ph. 6,2; não havia glicose nem cilindros. Taxa de hemoglobina 75%. Ureia no sangue 0,328. Reação de Wassermann no sangue negativa após reativação. Espermocultura e gono-fixação francamente negativos. Fórmula sanguínea normal, inclusive para o eosinófilo.

Pesquisa do bacilo de Kock na urina, duas vezes requisitado, sempre foram improficuas, embora empregada a técnica por nós aprendida de Gautier, no Hospital Cochin, de Paris, que consta de: 48 horas de alimentação sem líquido para alta concentração da urina, 40 minutos de Ziel-Nielsen e extração da urina com sonda esteril. Duas inoculações no cobaio foram igualmente negativas. A cultura da urina não evidenciou coli-bacilo.

Cromo-cistoscopia. Com o cistoscópio na bexiga, um assistente injeta carmin ceruleo na veia do cotovelo; notamos então que o rim D elimina o corante em 5 minutos e o rim doente, isto é, o E, em 4 minutos. Não havia, pois, deficiência de função renal nesta prova tanto á E como á D o carmin ceruleo aparecia dentro do prazo normal; é necessário dizer, que esta prova foi praticada numa das fazes de urinas claras.

Pielografia. Requerido um exame pielográfico, foi feita uma injeção de uroselectan B endovenoso e aos oito minutos ambos os bacinetes com seus calices mostravam visíveis, o mesmo acontecendo com os ureteres; aos vinte minutos as chapas mostravam os contornos renais e desenhos das cavidades pelicas muito nítidas e sem alterações dignas de notas; aos 40 minutos as imagens começaram a desaparecer e uma hora e 10 depois da injeção, não notava-se mais opacidade alguma ao nível das vias urinárias superiores, só a bexiga estava cheia de líquido opaco. Conclusões: pielograma normal, bacinetes, calices, rins e ureteres com seus aspectos característicos e sem alterações patológicas.

Uma vez feitas estas investigações de ordem clínica e laboratoriais sobre o caso em estudo, chegamos á conclusão que o nosso doente é portador de uma hematuria total, proveniente do rim E, com ausência de coágulos e aparecida bruscamente, sem ter sido precedida de causas traumáticas, tóxicas ou infecciosas, e manifestando-se completamente indolor.

Verificada a séde da hemorragia, o rim E, como ficou provado pela cistoscopia, tratamos logo de, no estabelecimento de um verdadeiro diagnóstico, procurar a exata etiologia desta hematuria e classificar a no capítulo morbido correspondente.

Devemos afastar, antes de tudo, a hipótese do nosso doente ser portador de uma hemoglobinúria, pois o quadro clínico não sugestionava esta afecção e o exame de urina mostrava grande quantidade de hemácias.

A' primeira vista, pela subitaneidade da hematuria e idade jovem do paciente, pensamos imediatamente na *tuberculose renal*, embora esta entidade morbida sangre pouco, mas possa aparecer às vezes com o tipo de hemoptise renal no seu período inicial. A pesquisa do bacilo de Kock nas urinas, segundo a tecnica de Gautier, foi por duas vezes negativa. A inoculação do cobaio também efetuada em numero de duas e com intervalo de um mês, foi igualmente sem resultados positivos, os animais foram sacrificados findo o praso legal, e não foram encontradas lesões tuberculosas. Não existia no nosso caso sintomatologia vesical, que lembrasse a cistite tuberculosa, companheira, por assim dizer, inseparavel da bacilose renal, com polaquiúria, fenomenos cistalgicos e piúria, elementos sempre presentes na tuberculose, e que estavam, no nosso doente, ausentes. Os achados cistoscópicos também falam contra este diagnostico, a bexiga mostrava boa capacidade, suas paredes tinham um aspecto normal, não havia ulcerações sobre o orificio ureteral ou na sua vizinhança. A eliminação do carmin ceruleo observada pela cromocistoscopia, evidenciava uma função renal optima para ambos os rins; o rapido desaparecimento das imagens pielograficas obtidas por intermedio do urosectetan intravenoso, assim como a ausencia de aspectos radiologicos especiais, falam também, na opinião de Lichtenberg, por uma boa capacidade funcional dos rins e exclusão do diagnostico de tuberculose renal; ora, nós sabemos que esta terrível afecção, mesmo no seu inicio, lesa e perturba de modo sensível o funcionamento renal. Assim, com esta documentação, afastamos a hipótese do nosso doente ser portador de uma tuberculose renal E.

A *litíase* também entrou nas nossas cogitações diagnosticas, mas a ausencia de dores caracteristicas sob a forma de colicas nefreticas, o efeito negativo da trepidação sobre o paciente, e a não cessação da hematuria pelo repouso, ausencia de eliminação de calculo, a não existencia de manchas suspeitas sobre as radiografias, nos fazem afastar esta possibilidade, embora possam os calculas estarem fixos no tractos urinario e não produzirem dores, ou então serem diafanos aos raios X, não fornecendo sombras como os calculos de urato. Estas condições da litíase são porem pouco frequentes, no entanto devem ser lembradas.

O *neoplasma renal* também foi considerado, mas para a sua presença era necessario tumor, hematuria com coagulos, detritos nas urinas etc., que as nossas investigações clinicas não encontraram. Alem disso o *pielograma* endovenoso trouxe ao nosso conhecimento que o volume e os contornos do rim E eram normais e os desenhos do bacinete e calices eram perfeitos, não trazendo amputações ou irregularidades proprias dos tumores renais.

Os Papilomas do bacinete e ureter. Os papilomas do bacinete e

ureter são causadores de hematurias, mas vêm acompanhados de dôres, expulsão de fragmentos através dos ureteres, emissão de coágulos e os raios X mostram alterações profundas nas formas e disposição dos bacinets e calices, o que não havia no nosso caso. A cistoscopia revela igualmente nesta rara afecção, destroços destas formações tumorais, fazendo hernia para a bexiga através dos orifícios ureterais, facto este que não foi encontrado no caso presente. Assim também o signal de Chevassu, que consiste na provocação da hemorragia com a sonda ureteral no bacinete para o diagnostico desta entidade morbida, não trouxe resultados positivos, quando foi praticada em uma das pausas da hematuria em que o doente apresentava urinas claras.

A *hidronefroze*, *pionefroze* e outras afecções dilatadoras e destructivas do rim, ficam desde logo afastadas, pela falta de symptomatologia convincente e pelos resultados categoricos da pielografia endovenosa, que revelara normais as câvidades do rim E.

A *sifilis renal* sob forma de glomerulo-nefrite tambem pôde ser excluida, não só pelo exame de urina e Wassermann negativo, como tambem pela prova terapeutica, pois este enfermo esteve sob a ação dos arsenobensoes e sua hematuria piorou sensivelmente, até as fases de urinas claras foram suprimidas durante este tratamento. Ao aludirmos a este diagnostico lembramo-nos de um caso por nós observado, acerca de 4 anos na 10.^a enfermaria, onde tivemos occasião de tratar de uma hematuria renal bi-lateral e rebelde, sem coágulos e sem piuria, que cedeu rapidamente com uma série de 6 injeções de Neosalvarsan.

Pensamos igualmente em uma *afecção parasitaria* do rim E, como filariose, equinococose etc., mas não havia quilúria, como é comum na primeira e a contagem dos eosinofilos era normal; alem disso, não havia anemia, e a terapeutica pelos arsenicais, iodo, emetina e tartaro emetico, resultou improficua.

A *hemofilia* pôde dar lugar a hematuria sob a forma de hemofilia geral com predileção para o rim, como quer Senator, ou então de hemofilia renal pura, como pensa Schede. Embora não tenha sido feita a prova de tempo de sangria, o nosso doente nega a hemofilia nos seus antecedentes pessoais e familiares; com 12 anos sofreu tonsilectomia dupla e mais tarde a avulsão de varios dentes sem ter sofrido hemorragias consecutivas. Assim, não nos parece que se trate de um caso de hemofilia.

A *ptose renal* causadora algumas vezes de hematuria, não entra em cogitações, por isto que, ela se verifica em regra á D, produz colicas renais e dilatações do bacinete, e o pielograma do nosso doente mostra o rim E em posição normal e ausencia de dilatação pellica.

O rim *polistico* apresenta igualmente o episodio hematurico, mas o seu quadro clinico é semelhante ao das nefrites cronicas, com elementos anormais na urina, taxa elevada de ureia no sangue, e é quase sem-

pre bi-lateral e apresenta formações tumorais intensas. A pielografia fornece quase sempre nestes casos imagens características, comparadas com as pás de moinho. Nada disso foi verificado no nosso hematurico.

A *pielo-nefrite cronica hematurica* bem poderia ser causadora do quadro clinico aqui descrito, e Estelita Lins, numa comunicação á Academia Nacional de Medicina, apresenta um caso de hematuria do rim D, que persistiu por largo tempo e que cedeu completamente, depois de uma terapeutica dirigida contra a pielonefrite. Embora esta entidade urologica apresente-se sobre diversos aspectos os mais variados possiveis, não acreditamos que ela seja responsavel pela afecção de que é portador o paciente em estudo. Nunca teve ele em seu passado proximo, infecções responsaveis por uma pielo-nefrite, não existiram furunculos antrases, infecções da boca ou faringe, colites, constipação rebelde etc., que pudessem ser incriminadas. Não haviam perturbações urinarias sob a forma de piúria, polaquiúria, micções ardentes ou noturnas, não acusava dores lombares e a radiografia não mostrava dilatação dos calices ou bacinetes, e a terapeutica energica então empregada, na suposição de uma infecção pielica, foi sempre negativa. A cultura de urina nunca revelou coli-bacilo, o agente mais responsavel pelas pielo-nefrites.

Nefrites hematuricas. As nefrites hematuricas, via de regra, se apresentam sob a forma aguda no decorrer das grandes infecções, como esscarlatina, variola, febre tifoide etc., factor que as eliminam do nosso caso, ou então aparecem sob a forma de nefrite cronica. Estas ultimas, diz Widál, são constituídas pela presença de hematurias, aparecendo com intervalos mais ou menos longos, com dores lombares intensas e seus portadores mostram sempre os sintomas das nefrites cronicas, sobretudo síndrome cardio-renal, e são individuos idosos, arterio-escleroticos, hipertensos e a hematuria sempre é bi-lateral. A verdadeira natureza destas hematurias constituem tarefa difficilima e só pode ser estabelecida ao preço de observação prolongada e muito atenta.

As hematurias denominadas essenciais ou ideopaticas, não mais aceitas hoje em dia, são consideradas como expressões da nossa ignorancia, quando não encontramos sua verdadeira causa, e devem ser ligadas, como diz ainda Widál, aos capitulos mal definidos das nefrites cronicas hematuricas.

Esta variedade, como bem se póde verificar pela sua descrição clinica, não cabe absolutamente no caso por nós relatado.

Após estas divagações pelos diversos capitulos da patologia urinaria, no concernente á etiologia das hematurias e onde procuramos encaixar a historia clinica presentemente em estudo, confessemos honestamente que não podemos filia-la a nenhuma das entidades morbidas acima descriminadas e por isso consideramos o nosso caso como hematuria de causa obscura.

Krestschner em um estudo sobre 933 casos de hematuria, publicados na revista americana *Surgeri, Ginecologi and Obsterics*, diz não ter conseguido encontrar a causa etiologica em 3,13%, e considera estes casos como hematuria de causa obscura ou desconhecida, devido a impos-

sibilidade diagnostica. Encerrando estes comentarios necessarios ao esclarecimento deste nosso trabalho, voltemos ao paciente.

Durante o periodo de cinco meses tivemos oportunidade de acompanhar este doente e seguirmos pari-passu a marcha de sua afecção. Sua hematuria apresentava de quando em quando fases de interrupção e a urina era emitida completamente limpida, sem filamentos ou coágulos, e de coloração amarelo palido; este periodo de folga da hematuria durava de dois a quatro dias, seguidos então de novas descargas sanguinolentas, que persistiam por dez e mais dias; o estado geral do enfermo nunca apresentou alterações para pior, não haviam sinais de anemia, seu apetite e peso continuavam estaveis.

Afastada desde logo a hipótese de tuberculose pelos meios de laboratorio, a litíase, o tumor, hidronefrose, uronefrose, rim movel etc., pela historia clinica e provas radiologicas, tentamos as terapeuticas mais variadas, não só atendendo ao sintoma hematuria, como principalmente procurando subjugar a sua causa eficiente.

Julgando-as por certo tempo de origem infecciosa, com sede no bacinete E, fizemos repetidas lavagens desta cavidade com nitrato de prata a 1 e 2% e mercurio cromo na mesma dose, porem sem resultados apreciaveis.

Injetamos por via venosa urotropina, tripaflavina e mercurio cromo, mas a hematuria por vezes tornava-se mais acentuada durante o uso destes antisepticos e a nenhum deles cedia. Tentamos a vacinação anti-pielitica, cuidamos da desinfecção do tractus intestinal, empregamos o bacteriofago anti-coli per os e sub-cutaneo, instituimos um tratamento acido-alcalino alternado cada tres dias, e os sintomas hematuricos continuavam os mesmos; ás vezes as urinas tornavam-se claras, lançando um raio de esperança na nossa terapeutica, para depois de dois ou tres dias aparecerem novamente sanguinolentas.

Como fomos bem sucedidos de uma feita, num caso de hematuria total e rebelde pela terapeutica com os arsenobenzóes, empregamos o Neosalvarsan em series de 6 injeções de 0,30, mas aconteceu a hematuria tornar-se mais intensa, nos obrigando a suspender esta medicação.

Havendo a possibilidade de nos encontrarmos em presença de uma afecção parasitaria do rim E, orientamos a nossa terapeutica para este lado, mas o arsenico, a emetina, o iodo e tartaro hemetico, como relatamos acima, mostraram-se improficuos.

Uma serie de coagulantes, cloreto de calcio, soro normal de cavalo, soro gelatinado, clauden, coaguleno etc., foram tambem usados sem exito algum.

Após este longo periodo de cinco meses e apesar dos nossos esforços e da constancia e docilidade do paciente, a sua hematuria não foi debelada; diminuido o seu entusiasmo, em vista da persistencia de seu mal e da inefficiencia do grande numero de medidas terapeuticas mobilizadas sem resultados contra a sua doença, resolveu abandonar o tratamento, seguindo para uma localidade do interior do Estado, onde esteve em repouso por espaço de um mês. Voltando á esta capital, procurou novamente o nosso serviço e verificamos que o seu estado era esta-

cionário e a hematuria ainda estava presente, porém as fases de urinas claras eram agora mais longas e duravam cerca de 7 a 8 dias.

Logo depois seguiu para o Rio de Janeiro a negócios e demorou cerca de 15 dias; já um cirurgião com quem consultara, indicou-lhe a nefrectomia, que foi recusada. De volta, continuou de longe em longe a frequentar o nosso consultório, sem contudo se sujeitar a tratamento energico; um facto, porém, resaltou ao nosso espirito: os periodos em que a urina aparecia clara eram cada vez mais dilatados e a hematuria aparecia já poucos dias na semana e não perurava mais durante todo o dia.

Finalmente, tres meses depois de ter abandonado o tratamento, suas urinas começaram a ficar completamente limpidas e a hematuria desaparecera por completo. Este doente, que foi por nós observado e tratado durante 1933, pois anos após, questão de poucos dias, esteve novamente em nossa presença e nada de anormal apresentava para seu aparelho urológico, sua cura tinha sido completa e definitiva.

Eis aí um caso que rotulamos: HEMATURIA DE CAUSA OBSCURA e que trazemos á consideração e á critica desta culta assembléa.

Bibliografia

- 1) Otavio de Souza — Estudo clinico das hematurias Archivos Rio Grandenses de Medicina. Agosto de 1931.
- 2) Ockerblad — A case of hematuria from lead poisoning. The Journal of Urology. November 1923.
- 3) Legueu — Traite Chirurgicale d'urologie.
- 4) Young — Practice of Urology.
- 5) Maissonet — Urologie et appareil genital de l'homme.
- 6) Legueu-Papin — Precis d'urologie.
- 7) Olivieri — Ichtiöse et hematurie. Journal d'urologie Aout 1927.
- 8) Mihalovici — Hematurie hemophilie et celules gigantes. Journal d'urologie. Avril 1923.
- 9) Kretschner — Hematuria 933 cases. Surgery-Gynecology-Obstetrics. May 1925.
- 10) Fey — Un cas d'hématurie. Presse Medicale. Juin 1934.
- 11) Marion — Traité d'Urologie.
- 12) Estellita Lins — Pielonefrite hematurica. Comunicação á Academia Nacional de Medicina, 1930.
- 13) Rosenberg — Clinica das afecções renaes.
- 14) Lichtwitz — Enfermidades do rim.
- 15) Roger Vidal Teissier — Nouveau Traité de Medicine.