

BREVE ESTUDO
SOBRE
A SEMIOLOGIA DAS HEMATURIAS

93/9 EMC

Para o dia 19 de julho, pelas 11
horas da manhã

Presidente D. Luiz Augusto
Henrique de Alencar Brandão

Esc. sup.

Arg. { D.º Agostinho Ant. do Souto
Ant.º Jacinto de Abreu
M.º de Souza Al.º de Lemos
Roberto Bellarmino de R. F.º

A SEMIOLOGIA DAS HEMATURIAS

Cesar Viriato França

N.º 9.

BREVE ESTUDO

SOBRE

A SEMIOLOGIA DAS HEMATURIAS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Papelaria e Typographia Academica

35, Praça da Batalha, 37

1899

93/9 ENR

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Lentes cathedaticos

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. ^a CADEIRA—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 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 | Agostinho Antonio do Souto. |
| 6. ^a CADEIRA—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a CADEIRA—Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a CADEIRA—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a CADEIRA—Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a CADEIRA—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a CADEIRA—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| 12. ^a CADEIRA—Pathologia geral, semiologia e historia medica | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno F. Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramacho. |
| | { José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | Pedro Augusto Dias. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | { João Lopes da S. Martins Junior. |
| | { Alberto Pereira d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | { Clemente Joaquim dos S. Pinto. |
| | { Carlos Alberto de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica | Vago. |
|----------------------------|-------|

Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CONSELHO ESCOLAR

Leitor cathedratico

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

(REGULAMENTO DA ESCOLA, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

A meus Pais

A meus Avós

A minha Espôsa

A meus Irmãos

A meus Cunhados

Manoel Joaquim Lopes Cordeiro

Antonia dos Santos Silva

Aos meus parentes

Ao ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

João Lopes da Cruz

Jámais esquecerei quanto vos devo.
Amigos como Vós são hoje bem escas-
sos: não é porém com palavras que eu
posso revelar o meu profundo reconhe-
cimento.

AOS EX.^{mos}

Viscondes do Marmelleiro

e seu filho o meu Caro

Engenheiro Antonio Eugenio de Carvalho e Sá

e Ex.^{ma} Família

A' Ex.^{ma} Família Santos Silva

AOS MEUS AMIGOS

E ESPECIALMENTE

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SNRS.

Custodio Joaquim da Costa
Conselheiro Silvino Arthur Calheiros da Camara
Coronel José Maria de Gouveia Leite
Tenente-coronel Antonio Augusto Lopes Saldanha
P.^o Miguel José Rodrigues
Dr. Antonio Joaquim Ferreira Margarido
João Carlos da Motta Pereira
Simão Valente da Costa
José Fortunato Pereira
Augusto Cesar Hypolito
P.^o Abilio Sá
Accacio Alves
Jesualdo Belmiro Mendes
Amorim Pinto
Carlos Alberto de Madureira Bêça
Armando Baptista Machado
José Urbano d'Almeida Saraiva
Antonio Fernandes
Francisco Mendes Piza

Aos meus Condiscipulos

Aos meus Contemporaneos

AOS EX.^{MOS} LENTES DA ESCOLA MEDICA

Dr. Candido de Pinho

Dr. Roberto Frias

Dr. Carlos de Lima

Dr. Clemente Pinto

Dr. Lopes Martins

Dr. Azevedo Maia

Dr. Moraes Caldas

Dr. João Pereira Lebre

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

Não seria a mim que competira lançar mão d'um assumpto tão complexo como o que constitue a minha dissertação; pois, se bem que sobeja a boa vontade, os alicerces e o tempo escasseiam bastante.

A escolha do assumpto não foi dependente de maior cópia scientifica que sobre o mesmo houvesse, mas, ao contrario, determinada pela necessidade de possuir esclarecimentos mais exactos sobre pontos que considero de capital importancia clinica.

Alguns casos interessantes que casualmente observei e a mira simultanea em colher qualquer proveito d'este trabalho, foram as causas que mais imperaram na minha resolução.

Quando nos distrahimos trabalhando, o tempo passa insensivelmente e com tal velocidade, que o fim d'anno se nos abeira julgando apenas tel'o encetado.

Bastante estudo e pouco tempo ha-de certamente acarretar trabalhos insufficientes; tal é o que, cumprindo uma obrigação legal e attendendo ainda a outras circumstancias que me abstenho de referir, venho trazer á justa mas benevolente apreciação d'aquelles que até hoje tem concorrido para a grata recompensa dos meus esforços. Espero pois que n'esta ultima prova me sejam ainda relevadas algumas faltas e incorrecções que evidentemente contem.

Hematuria

Segundo Guyou a palavra hematuria tomada na sua aceção mais lata significa a excreção simultanea de sangue e urina; n'um sentido mais restricto, indica a modificação do liquido urinario, caracterisada pela apparição de sangue durante a micção.

São tantas e tão variadas as perturbações geraes e locaes que podem dar origem á hematuria, a sua etiologia é tão vasta, que, na maioria dos casos nos vemos seriamente embaraçados em conseguir a sua rigorosa diagnose, tanto mais que não escasseiam as affecções em que a hematuria é o symptoma revelador inicial, por vezes permanente e mesmo unico. Eis o motivo porque o

estudo semiologico das hematurias é sobremaneira delicado e importante.

Isoladamente, o estudo do simples symptoma hematuria, não nos póde indicar com segurança o local da sua producção nem a causa productora; só um conjuncto de circumstancias taes como: commemorativos, mistura mais ou menos completa de sangue á urina, momento da applicações do sangue durante a micção, sua duração, existencia simultanea de pús, causas que a aggravam ou beneficiam, symptomas concomitantes, etc., nos pode indicar ordinariamente o que é urgente conhecer, para pôr em pratica os meios therapeuticos apropriados: a affecção que lhe deu origem.

Devemos pois, ligar toda a importancia a este symptoma estudando-o detidamente, todas as vezes que se nos apresente um doente portador de urinas sanguinolentas. D'aqui resulta, que por fórma alguma será licito restringir o nosso inquerito, perguntando apenas ao doente se urina sangue e verificando quando muito a sua existencia real na urina; é indispensavel o conhecimento d'este symptoma com todas as suas particularidades, especialmente no que diz respeito ás condições sob cuja influencia elle se manifestou. Mas, poderemos acaso dar credito absoluto ás indicações fornecidas pelo doente?

Por fórma alguma. Quantos doentes, aqui como em outros casos, nos dão esclarecimentos inexactos,

occultando ou deturpando, quer para encobrir fraquezas proprias ou mesmo impropositadamente? Pois bem; é n'estes casos principalmente que a pericia e tacto profissional são exigidos, tendo o clinico ensejo de apresentar a prova mais cabal da sua competencia. Tal é por exemplo o caso que refere o illustre professor Guyou:—Apresentara-se á sua observação um doente indicando como causa das suas duas primeiras hematurias duas quedas que havia dado sobre o perineo. Posto que o doente apontasse este facto como causa unica da sua affecção, Guyou, com os seus profundos conhecimentos e fino tacto n'estes assumptos, attendendo ao facto de que as hemorragias se deram no momento da micção não se fazendo nunca o escoamento sanguineo gotta a gotta (como é de regra nos casos de urethrorrhagia), tomou sob certa reserva as declarações do doente. Tratava-se effectivamente de quedas sobre a pelve, e o sangue não era devido a uma laceração urethral resultante do traumatismo, mas provinha da bexiga, sendo determinado pelo abalo communicado a um calculo vesical até então latente. Não constituem esses factos, porem, regra geral e, os esclarecimentos colhidos por um interrogatorio bem dirigido são d'um incomparavel e até imprescindivel auxilio, indicando-nos muitas vezes a lesão provavel, e traçando mais ou menos o caminho a seguir na investigação directa, o que restringe enormemente o campo do

nosso estudo. Portanto o necessario, como acabamos de vêr, não será prescindir do interrogatorio, alicerce das nossas pesquisas ultteriores, mas sim possuir os conhecimentos bastantes para confrontar os dados adquiridos por um estudo profundo do symptoma e doente, com os que elle nos fornece, abandonando d'estes os que se não possam coadunar com os resultados d'uma intelligente investigação. Ora, quanto á necessidade de esclarecimentos minuciosos fornecidos pelo doente sobre o seu estado morbido, mormente no que toca a hematurias, não será de grande difficuldade colher os dados mais precisos, pois que este symptoma é dos que ordinariamente não escapam á sua observação, sendo até frequentemente por elles estudado nos seus mais pequenos detalhes

Para que mais facilmente se possa traçar a marcha clinica a seguir quando nos encontrermos em presença d'um doente que urina sangue, é absolutamente indispensavel o conhecimento das lesões que lhe dão origem. Posto isto vejamos quaes as alterações locais ou geraes que mais frequentemente incluem este phenomeno na sua symptomatologia, e de que districtos das vias urinarias poderá o sangue provir.

Sabemos que o apparelho urinario se compõe de diversas partes; taes são: rim, uretér, bexiga e urethra. Ora, qualquer d'estes segmentos é provido de vasos e portanto está em condicões de

ser a séde de uma hemorrhagia. As lesões capazes de dar origem á hematuria são tambem variadissimas, e como pela maior parte pódem existir em qualquer dos locaes supramencionados, difficultam singularmente o problema etiologico d'aquellas.

Assim, apontaremos como causas locaes: traumatismos do uretér, bexiga e urethra; lesões organicas da bexiga e urethra (o que é raro); corpos extranhos do uretér, bexiga e urethra; inflamações da bexiga e urethra.

Pelo que diz respeito ao rim, alem das causas mencionadas nos restantes departamentos, indicarei como causas menos frequentes, nephroptose, hydronephrose, nephralgia, a prenhez e amamentação, hemophilia, e ainda hemorrhagias renaes devidas a causas geraes capazes de modificar a crase sanguinea, fazendo entrar n'esta cathegoria as hemorrhagias devidas ao impaludismo, syphilis, purpura hemorrhagica, scorbuto, sarampo, á variola, escarlatina, febre parotidiana infeciosa, erysipela, febre typhoide, ictericia grave, febre biliosa, intoxicações pelo chumbo, mercurio, phosphoro; á absorpção de certas substancias taes como rhuibarbo, ao esfalfamento, ingestão ou applicação externa de certas substancias medicamentosas, etc., etc. Ainda me referirei a outras causas mais ou menos duvidosas cujo estudo carece de ser feito.

Em face do que precede vemos já quão com-

plicado deverá ser o problema que seguidamente vamos passar em revista d'uma maneira breve.

D'este enunciado tambem dimana que, attenta a complexidade das causas productoras seria absolutamente impossivel fazer um diagnostico etiologico seguro, quando limitassemos o campo das nossas investigações unicamente a verificar a existencia de sangue mais ou menos misturado á urina no acto da micção, apreciando apenas a sua quantidade, córação e a fórma dos seus coagulos. Baseiando-nos n'estes unicos dados ser-nos-ia impossivel determinar em que ponto das vias urinarias o sangue teve origem e qual a lesão que determinou o seu apparecimento. Tanto assim é que Guyou diz-nos: "la présence du sang dans les urines indique qu'un problème pathologique est posé".

É mister, pois, estudar esta questão com o methodo de que carece, lançando mão simultaneamente de todos os meios de que possamos dispor, e nomeadamente d'aquelles que possam ter uma utilidade verdadeira, para o conseguinte do nosso fim.

Antes de entrar propriamente no nosso estudo deveria dizer alguma cousa sobre a anatomia e physiologia renal e vesical, e se o não faço, é porque isso viria augmentar demasiadamente um trabalho que (como de resto todos os demais, ou se não todos a maior parte) tem unicamente por fim cumprir as exigencias da lei, e ainda, porque me não parece de grande necessidade, attendendo aos conhecimentos mais ou menos completos que adquirimos nas cadeiras respectivas. Todavia não deixarei de fazer umas rapidas considerações sobre a anatomia e physiologia da urethra que, na verdade, me parecem d'uma necessidade absoluta para a comprehensão d'alguns pontos do nosso trabalho.

No ponto de vista clinico dividiremos a urethra em anterior e posterior ou profunda, comprehendendo a primeira a porção esponjosa, e a urethra profunda as regiões membranosa e prostatica. Clinicamente ainda é preciso separar a urethra anterior em variadas porções, mas estas divisões são diversamente feitas por Richet, Velpeau e Guyou. Todos estes auctores se baseiam em dados anatomicos, physiologicos ou pathologicos, mas, a divisão de Guyou em porção navicular-peneanna propriamente dita, scrotal e perineo-bulbosa, parece-me possuir uma importancia clinica accentuada, sem todavia contestar as vantagens

que as outras offereçam. Comtudo, o que mais nos interessa conhecer são algumas particularidades anatomo-physiologicas das regiões membranosa e prostatica da urethra. Por ellas veremos que, nem todas as lesões traumaticas, inflammatorias, etc., da urethra, que produzam hemorragia, tem logar no grupo das hematuras.

Região membranosa.—Como sabemos esta está em relação adiante com a arcada publica da qual dista apenas 0,^m1 e atraz com o bolbo e glandulas de Cowper.

Como toda a urethra, esta região é composta de tres camadas, que são, de dentro para fóra a mucosa, sub-mucosa e muscular. Quanto á estrutura estudarei apenas os pontos que nos importam mais, devendo portanto referir-me á parte muscular do canal que no nosso caso é a mais interessante.

A região membranosa possui um aparelho muscular bastante desenvolvido, constituido por fibras lisas e striadas. As lisas apresentam duas direcções principaes; longitudinal e circular.

A musculatura lisa n'esta porção da urethra é completamente constituida, pois que a camada de feixes longitudinaes tem 0,^{mm}5 a 0,^{mm}8 de espessura e é ainda externamente envolvida por uma outra de feixes circulares que tem perto de um millimetro de espessura, e que se dissipa pro-

gressivamente, de forma a ser supprimida quasi por completo ao nivel do bolbo.

Vemos pois que é ricamente provida de fibras lisas, o que se não dá com a porção esponjosa em que estas constituem apenas feixes isolados e pouco espessos. De resto devemos notar ainda que, na porção membranosa as paredes urethraes estão intimamente unidas a estes elementos contracteis.

Ao atravessar a aponevrose do perineo a urethra encontra-se envolvida por um complexo de fibras musculares constituídas pelos musculos de Wilson, (1) transverso profundo ou masculino de Guthrie e orbicular da urethra.

Não me demorarei sobre as suas inserções e disposição geral anatomica; bastará notarmos que a porção membranosa possui além das fibras lisas já mencionadas, um anel striado espesso, que a envolve completamente, e emfim, feixes de reforço circundando-lhe a origem. Na parte esponjosa da urethra, e, como vamos ver, na maior parte da região prostatica, as fibras striadas não estão em contacto immediato com as paredes do canal, mas sim com corpos mais ou menos resistentes que lhe são annexos.

(1) A existencia d'este e até do de Guthrie é contestada por alguns auctores.

Região prostatica.—Esta região é assim denominada por estar completamente envolvida segundo Sappey, incompletamente n'alguns casos segundo Robin e Cadiat, por um órgão glandular —a prostata. A urethra atravessa a prostata mais proximo da sua face superior, de maneira a ser por vezes até o canal recebido n'uma gotteira da glandula.

Esta porção da urethra possui tambem uma camada de fibras lisas, longitudinaes e circulares que é bem evidente na parte superior, podendo attingir no adulto uma espessura de dois millimetros.

Robin e Cadiat por um lado e Sappey por outro, ainda divergem sobre a relação directa ou indirecta em que a mucosa se encontra com as camadas musculares, nos locais em que o canal é envolvido pela glandula (parte posterior e lateraes).

A verdade é que, sómente na parede superior a camada muscular é independente do tecido da glandula.

As fibras musculares lisas intimamente unidas á mucosa na parede superior d'este districto urethral, são reforçados por um plano de fibras striadas que Sappey descreve com o nome de sphincter prostatico; este musculo tem uma forma triangular, confundindo-se o seu vertice com as fibras annulares da porção membranosa e ficando a base em relação na linha media

com o sphincter vesical (1); estende-se d'ahi á porção membranosa da urethra e, transversalmente, d'um a outro bordo da face rectal da glandula.

As paredes inferior e lateraes d'esta porção da urethra não possuem fibras musculares proprias, sendo a sua musculatura constituida pela da prostata que fica intercalada nas fibras lisas que se seguem ás da bexiga, estabelecendo com as da parede superior a continuidade entre o sphincter vesical e o da porção membranosa. D'esta fórma fica a parede urethral separada da camada muscular pelo tecido da glandula nos pontos em que este existe, e não resta mais do que a parede superior em que esta distincção não tenha logar, e onde, a par das fibras lisas annexas á mucosa, existe ainda o sphincter da prostata.

D'estas considerações anatomicas podemos facilmente ver que na urethra existe uma região

(1) O sphincter vesical tem a fórma d'um anel largo, que abraça todo o terço posterior da porção prostatica da urethra. A sua superficie externa corresponde em baixo e lateralmente ao lobulo medio da prostata ao qual adhere; em cima é coberto pelas fibras longitudinaes anteriores da bexiga e ainda pelo musculo constrictor da porção prostatica; a sua superficie interna corresponde ás fibras longitudinaes da urethra e á mucosa urethral; a extremidade posterior está em relação com as fibras transversaes da bexiga, a anterior relaciona-se inferiormente com o verumontanum e em cima com o constrictor prostatico. E constituido por fibras lisas.

completamente distincta pela sua desenvolvida musculatura, não só no que diz respeito a fibras lisas, senão, e muito principalmente, pelo que toca a musculos voluntarios. É esta a região membranosa. Não que as regiões prostatica e esponjosa sejam desprovidas de musculos striados, mas porque a acção d'estes se não pode fazer sentir tão directamente sobre aquellas, attendendo aos órgãos mais ou menos rigidos que lhe são annexos e aos quaes estes musculos se dirigem.

Da existencia d'esta musculatura tão desenvolvida na porção membranosa, resulta um sensível obstaculo á passagem de qualquer corpo da porção esponjosa para a prostatica e vice-versa; assim; é ahi que o catheter encontra uma certa difficuldade em avançar, e as injeccões não vão além, quando a força de impulsão não seja um pouco intensa, ou o contacto do liquido se não prolongue de forma a produzir o relaxamento do musculo. Vemos, pois a necessidade clinica de dividir o canal em duas partes bem distinctas—urethra anterior e urethra profunda, conforme consideramos a parte d'aquelle situada áquem ou além do sphincter membranoso.

Notaremos, todavia, que a acção dos sphincters vesical e prostatico, comquanto menos intensa, tem uma enorme importancia, não permittindo a sahida da urina, salvo os casos em que ha contracções vesicaes involuntarias nos quaes o auxilio do sphincter membranoso é indispensavel.

Notemos comtudo que, a acção d'este sphincter não é tal, que opponha uma barreira invencivel á passagem do sangue ou pús da urethra profunda para o exterior, quando a quantidade d'estes seja bastante apreciavel.

Posto isto, passemos agora a estudar o que constitue o objecto principal da nossa dissertação *a semiologia das hematurias*.

Tratarei primeiramente da investigação do sangue na urina, passando em seguida á determinação da sua significação clinica; isto é: ao estudo da séde e causa da hematuria.

Exame da urina

No exame da urina comprehenderei a simples inspecção, o exame microscopico e a analyse chimica.

A simples inspecção muitas vezes será sufficiente; de factó, n'um numero relativamente elevado de casos não é difficil e até por este meio a diagnose de sangue na urina ás vezes se impõe por assim dizer; mas, o que de certo é relativamente facil nos casos em que o sangue existe em grande quantidade, ou quando mesmo não sendo intensa a hemorrhagia o sangue se nos revela n'um momento da micção tal, que venha quasi puro, (como succede habitualmente nos casos de cystite do colo em que é frequente fazer a sua apparição no fim da micção, momento em

que, a corrente d'urina tendo cessado, será facilmente apreciavel uma pequena quantidade que apenas tinja as ultimas gottas), tornar-se-ha um pouco mais difficil e até impossivel quando a hematuria seja insignificante.

Debaixo d'este ponto de vista é mister saber que, para que haja hematuria não é indispensavel que as urinas sejam vermelhas: esta córação produz-se quando existam 15 a 20 grammas de sangue por litro de urina, mas a hematuria pode reduzir-se á presença n'este liquido d'alguns globulos sanguineos, ou ainda pequenos cylindros microscopicos formados nos canaliculos renaes.

É certo porem que, n'estes casos, como o sangue se nos não revéla objectiva ou macroscopicamente, não partimos d'ahi para investigar da sua lesão causal, mas antes nos servirá como symptoma adjuvante para determinar a natureza e principalmente a sede d'uma lesão, de que outros symptomas nos déram aviso. Ainda mais: é verdade que nos casos em que se encontra misturada á urina uma grande quantidade de sangue podemos pela córação e deposição de coagulos mais ou menos abundantes diagnosticar a sua existencia, mas, não devemos esquecer que a côr que aquelle lhe imprime é muitissimo variavel, havendo casos em que a urina se nos apresenta com uma côr mais ou menos sanguinea sem todavia conter sangue.

Debaixo d'este ultimo ponto de vista notare-

mos, que é mistér não suppôr hematuricas as urinas febris ordinariamente pouco abundantes e muito córadas; as que contem uratos em abundancia que como sabemos se dissolvem pelo aquecimento, tornando-se alem d'isso a urina avermelhada só depois da sua emissão; a côr amarellada devida a certos medicamentos (rhuibarbo, sene) que com a addicção de potassa dá uma côr vermelho carmin; e a côr vermelho castanha ou laranja devida a pigmentos biliares que pôde ser distincta pela reacção de Gmélin.

O erro, porem, será mais facilmente commetido quando se trate da existencia da hemoglobina, caso em que, sómente o exame microscopio poderá ser guia seguro.

Pelo que respeita á córação que o sangue imprime á urina, devemos ter presente a sua grande variabilidade, pois que nos apresenta o gâmma seguinte: vermelho claro, vermelho roseo, rutilante, sombrio e até castanho e negro. Estas côres apresentam ainda differenças no seu tom, podendo encontrar-se o castanho claro etc., semelhante por vezes antes bórras de café ou lôdo que fosse misturado á urina, do que sangue que na realidade contem, como nos certificamos pelo microscopio. Ainda nos casos de hemoglobinuria possuiriamos um outro elemento de differenciação alem do microscopio, e vem a ser a presença de coagulos sanguineos, os quaes não existem n'esta doença; porem, este dado de per si não seria

absolutamente sufficiente attendendo ao aspecto especial que o coagulo reveste em certas circumstancias.

D'aqui se vê que o diagnostico da hematuria, posto que em grande numero de casos seja d'uma facilidade extrêma, nem sempre o é, carecendo algumas vezes do auxilio do microscopio e ainda (se bem que muito menos) da analyse chimica.

Inspecção. — Vejamos quaes os aspectos que reveste a urina hematurica á simples inspecção quando a quantidade de sangue seja sufficiente para que por este meio possa ser verificada.

Na urina hematurica devemos considerar duas partes, a saber: o deposito e o liquido. Ora, de baixo d'este ponto de vista encontramos differenças notaveis, podendo, segundo Guyou classificar-se em tres cathegorias principaes.

1.º Urinas de deposito puramente sanguineo e liquido quasi uniformemente córado.

2.º Urinas córadas e de deposito sanguineo junto a materias viscosas mas distinctas do deposito sanguineo.

3.º Urinas pouco ou nada córadas com depositos de coagulos e substancias viscosas cuja mistura não é ainda completamente intima.

No primeiro caso o liquido é sempre tinto quasi uniformemente, salvo uma córação mais carregada que existe ás vezes junto ao deposito;

se agitamos o vaso vemos todo o liquido tomar o mesmo tom, o que nos revela a facil diluição do sangue pela urina e o grande poder córante d'aquelle. Não avaliaremos jamais precisamente a quantidade de sangue existente na urina pelo maior ou menor grau de córação que esta apresenta, pois, se bem que, quanto maior fôr a quantidade de sangue n'ella contido tanto mais intensa deverá ser a sua côr, isto não é regra absoluta, tendo em vista que, quanto menor fôr a densidade da urina, tanto mais facilmente se effectuará a diluição do sangue, dependendo esta ainda do tempo que os globulos permanecem no liquido urinario, com o qual se encontra n'uma razão directa.

Assim; quando as hematias permanecem muito tempo na urina, havendo ainda como auxiliar uma pequena densidade, soffrem modificações que consistem em tomarem uma fórma espherica, desaparecendo a sua depressão central; uma temperatura elevada ainda auxilia sobre-maneira este effeito, mas, a condicção que o favorece no mais alto grau, determinando a dissociação completa do globulo que perde quasi toda ou toda a sua materia córante, deixando de ser apparente e tornando-se espherico, é o estado putrido da urina tornada alcalina pela presença do producto de fermentação da urea, o carbonato de ammoniaco.

Não ponhamos, pois, de parte o factio da diluição sanguinea ser mais facil quanto menor a den-

sidade da urina, não só por não julgarmos erradamente da quantidade de sangue que esta contém, senão também, porque d'est'arte possuímos um excellente meio para obstar á formação de coagulos volumosos na bexiga, ou determinar a dissolução d'alguns que nos produzam uma retenção d'urinã por obturarem a abertura vesical da urethra.

Pelo que respeita ás diversas variantes de côr e matiz que a urina hematurica pode revestir, e á sua confusão possível com algumas urinas cuja córação é semelhante mas etiologicamente diversa, já tive occasião de me referir.

Como vimos podemos encontrar desde o roseo até ao castanho e mesmo negro. É preciso ter bem presente que esta côr anegrada, não só não exclue a ideia de sangue, senão ainda pelo contrario é muito significativa da sua presença.

Quanto a este ponto dividem-se as opiniões, sustentando uns que a côr castanha das urinas indica que o sangue é de procedencia renal; é assim que Spehl diz que, quando a hematuria é d'origem renal o sangue é ordinariamente muito alterado no momento da micção; mas o illustre professor Guyou contesta a existencia d'esta base segura de diagnostico entre o sangue proveniente do rim e bexiga, apresentando diversos factos da sua vastissima observação clinica, nos quaes baseia solidamente o seu modo de ver. Refere por exemplo o caso d'um doente que, após uma ses-

são de lithotricia teve immediatamente uma micção rosêa, seguida pouco tempo depois d'uma segunda de côr castanha: ora, esta hematuria era vesical, pois que a intervenção não foi seguida de qualquer outro accidente.

Apresenta ainda o caso d'um doente que, fazendo um mau catheterismo se feriu ao nivel do colo vesical; e cujas urinas se apresentaram castanho carregado; por ultimo mostra-nos urinas vermelhas provenientes d'um doente portador d'um tumor renal. De fórma que, não contestando que as urinas acastanhadas ou escuras possam ter uma origem renal e, parecendo-lhe até pouco natural que uma hematuria renal seja caracterisada pela emissão de sangue aparentemente puro, não admite entretanto este facto como signal sufficiente de diagnostico differencial, attendendo á existencia d'essa córação em hematurias d'outra origem.

Coagulo.—Os coagulos d'esta fórma de hematuria a que me refiro, não poderiam sempre ser reconhecidos, desde o momento que não tivessemos presentes as fórmas e aspectos variados que elles podem offerecer. E em verdade; erradamente operaria todo aquelle que, desconhecendo este facto, aguardasse a presença de coagulos sanguineos vermelhos, para diagnosticar a sua existencia real.

Passemos portanto em revista os aspectos diversos que os coagulos podem apresentar á nossa simples observação.

Os coagulos são mais ou menos numerosos e a sua variada córação reveste as tintas seguintes: vermelho vivo, carregado, negro e ainda acinzentados, podendo tambem estas côres apresentar uma intensidade diversa ou misturar-se n'um mesmo deposito. Esta multipla córação depende principalmente da maior ou menor quantidade de globulos e fibrina pelo que respeita á predominancia do cinzento e, quanto á côr viva, carregada ou escura, está mais intimamente ligada ás alterações que o sangue experimenta por virtude da sua permanencia na urina, e mais ainda, como já vimos, á reacção alcalina que esta possui, graças á fermentação ammoniacal que acaso tenha soffrido: mas, esta variabilidade de aspecto não diz respeito sómente á côr, senão tambem á fórmula dos coagulos que pôde apresentar uma multiplicidade enorme. E assim que encontramos, a par de coagulos irregulares, outros de fórmula mais ou menos definida, entre os quaes mencionaremos especialmente os que tem uma fórmula alongada chegando a medir varios centimetros de comprimento, attendendo á importancia semiologica assás valiosa que elles possuem, uma vez que servem em grande numero de casos como indicio seguro do local em que a hemorrhagia se effectuou.

Dieulafoy, por exemplo, liga-lhes uma importancia capital, considerando esta fórmula de coagulos delicados que podem attingir 15 a 20 centimetros de comprimento, como modulados sempre nos ure-

téres. De fórma que, segundo Dieulafoy, Tillaux e a maior parte dos auctores, todas as vezes que estes coagulos se nos deparem, poderemos logo estar seguros da proveniencia renal ou ureteral do sangue.

Lanfranchi na sua these diz-nos que a presença de coagulos alongados, vermiformes, indica d'uma maneira constante a origem renal da hematuria; mas por outro lado Guyou diz que a fórma d'estes não possui um verdadeiro valor semiologico, uma vez que se encontram hematurias de causa e proveniencia diversas apresentando coagulos semelhantes, e ainda que, em hematurias d'origem renal muitas vezes revestem certas fórmas innominadas que não poderiam permittir-nos qualquer distincção. Sómente em casos excepcionaes poderemos asseverar a origem renal do sangue, não nos baseando unicamente na fórma alongada dos coagulos, mas porque, a par d'este signal possuimos por vezes outros de maior valor, cuja reunião ao primeiro constitue uma base segura de diagnostico.

É assim que não hesitaremos em assignar uma origem renal á hematuria, quando, sendo os coagulos delgados e alongados, houvesse simultaneamente a existencia de dôres nephreticas, oliguria ou anuria.

O unico resultado a que Guyou pode chegar foi, verificar que os coagulos alongados se fórmam muitas vezes tanto na parte profunda como na região anterior da urethra.

Compreende-se bem que a hematuria renal não apresente coagulos possuindo constantemente essa fórma particular; este facto ha-de certamente estar dependente da abundancia da hemorrhagia.

Quando esta seja violenta o sangue não terá tempo de coagular-se nos uretères, tendo este facto sómente logar quando ella seja de fraca ou media intensidade, sobrevindo emfim, em condições taes, que esta coagulação tenha tempo de effectuar-se. Os coagulos pois, podem apresentar fórmas variadas que, na generalidade dos casos não nos fornecem base sólida para um diagnostico, a não ser no caso particular a que venho de alludir, cujo valor certamente não deve ser contestado em absoluto.

Devemos ainda ter bem presente a diversidade da sua córação, attendendo mais particularmente á existencia de coagulos fibrinosos de fundo cinzento ou acinzentado por vezes tintos de sangue em alguns pontos, pois que ordinariamente os doentes se aterrorizam quando reconhecem a existencia d'estes nas suas urinas, uma vez que objectivamente se lhe affiguram bocados de carne.

Não admira muito que esta falsa supposição seja formada por um doente que, a pár do estado de preocupação em que se encontra e que faz com que *os dedos lhe pareçam hospedes*, não tem obrigação de conhecer estas particularidades; mas, o profissional deverá estar de sobre-aviso, não

ignorando a existencia de taes coagulos, lembrando-se que muitas vezes a simples inspecção não é sufficiente e apenas o exame microscopio nos salvará da possibilidade de commetter um grave erro clinico.

Com effeito, em certos casos não se trata mesmo de coagulos fibrinosos, mas de um deposito mixto de pús e sangue que é expellido sob a forma de flócos de tamanho e configuração variada; em outras circumstancias estes coagulos existirão nas urinas de doentes que se suppõem portadores de cancro vesical e poderão ser tomados por fragmentos de tumôr, quando na realidade são verdadeiros coagulos fibrinosos que, como vemos, nos deixariam em duvida ou nos compelliriam a um erro importante se não fizéssemos o seu exame microscopico; ou ainda, o caso inverso seria possivel, pois, se bem que a existencia de fragmentos cancerosos na urina não é muito frequente, todavia apparecem doentes em que este facto tem logar e nos quaes, alem de podermos tomar os destróços carcinomatosos por coagulos fibrinosos, desprezando os esclarecimentos que o microscopio nos podia fornecer, permaneceriamos duvidosos sobre a etiologia d'uma hematuria que pretendiamos conhecer, quando esta nos fornecêra já os dados mais seguros para tal fim.

N'uma segunda variedade indiquei as urinas mais ou menos tintas pelo sangue e cujo deposito é constituido por materias viscosas distinctas nitidamente do deposito sanguineo.

Esta variedade tem ordinariamente logar quando n'um doente portadôr de cystite calculosa ou de outra natureza se fez uma sessão de lithotricia, ou ainda uma exploração do reservatorio urinario. N'estes casos não foi a inflamação vesical que produziu a hemorrhagia; foi determinada pelo contacto do instrumento, por um mau catheterismo que lacerasse alguns vasos na porção profunda da urethra, ou ainda mais frequentemente pelo traumatismo produzido não só pelo instrumento senão antes pelo calculo e seus fragmentos etc; tambem o sangue manteve a sua autonomia, ficando sufficientemente separado do deposito purulento, e mostrando-nos dést'arte que a sua presença na urina não passa d'um epiphenomeno determinado pelas manobras.

Na terceira variedade englobámos os casos em que o sangue córa pouco ou mesmo nada a urina, podendo muitas vezes a sua existencia ser desconhecida, quando não tivessemos o cuidado de examinar o deposito em que elle se encontra mais ou menos ligado ao pús, sem que todavia a sua mistura a este seja completamente intima.

Todas as vezes que pretendamos investigar se o deposito é constituido por sangue e outras materias, devemos cercar-nos d'algumas precauções. Quando haja necessidade de examinar o deposito no proprio vaso do doente, facto que é relativamente frequente na clinica rural, decantaremos o liquido lentamente, até que o deposito seja descoberto para que se possa examinar melhor.

N'esta terceira variedade tomam logar duas formas distinctas. Na primeira encontramos no fundo do vaso um deposito amarellado com strias sanguineas muito delicadas e flexuosas, constituindo pequenas linhas onduladas que o dividem em camadas; na segunda forma apparece um deposito de aspecto viscoso e côr vermelha muito viva, sendo esta tinta devida a uma grande quantidade de strias sangrentas que listram a camada viscosa em toda a sua espessura.

Vê-se pois que, em qualquer d'estas variedades o deposito é constituido por uma mistura de pús e sangue, formando o pús rolhas levemente viscosas cada uma das quaes tem annexa uma stria de coagulo sanguineo. Ainda n'estes casos a mistura dos dois elementos não é perfeitamente intima, pois que a camada viscosa é reconhecivel e distincta por toda a parte. Estas duas ultimas variedades a que acabo de me referir encontram-se habitualmente em casos de cystite sub-aguda e aguda. É preciso notar que, ainda aqui a quantidade de pús e sangue será maior ou menor, ha-

vendo circumstancias em que o pús pode ser tão pouco que se torne inappreciavel á vista desar-mada.

De tudo o que fica exposto facilmente se depreheende que, não só é impossivel formular um diagnostico seguro baseando-nos apenas no sym-ptoma hematuria, senão tambem que, a diagnose do sangue na urina, parecendo á primeira vista coisa facil, o não é de facto muitas vezes, haven-do casos em que a sua quantidade é tão insigni-ficante e o seu aspecto tão diverso, que nos ve-riamos não só embaraçados, senão mesmo impos-sibilitados de affirmar a sua existencia.

É certo que alguns auctores têm apresentado a côr carregada do sangue e até a sua mistura intima á urina como um signal de grande valor para que, baseando-nos n'elle, possamos attribuir á hematuria uma origem renal; é assim que Littré por exemplo diz que, quando o sangue vem da bexiga só se mistura á urina sendo esta abun-dante e ainda assim aparece apenas no fim da micção; quando tem uma proveniencia renal é-lhe intimamente misturado qualquer que seja a quan-tidade d'aquella e desde o principio da micção: quanto á primeira parte já tivemos occasião de vêr o que será licito pensar a tal respeito e, re-lativamente ao facto de se indicar a mistura in-

tima como significativa d'uma hematuria renal, deveremos dizer que este modo de ver não é admittido por Guyon, uma vez que tem encontrado frequentemente essa intimidade de mistura em sangue de proveniencia vesical averiguada. Já nos casos em que existe simultaneamente sangue e pús na urina a indecisão não será a mesma, fornecendo-nos estes dois factores um valor semiológico real, pois que, como atraz indiquei, os depositos constituidos por estes dois elementos nas condições apontadas constituem uma prova evidente de cystite.

Ponho de parte aqui os casos de pyelite em que a urina póde conter tambem sangue e pús, pois n'estes, o facto de em regra ser secundaria, a existencia por vezes de dôres renaes, o aspecto lactescente das urinas não se tornando limpidas pelo repouso, a polyuria turva, etc., indicar-nos-hão a affecção em jogo.

Como vimos nem sempre a simples inspecção nos poderá fazer suppôr a presença de sangue, sendo portanto para estes casos indispensavel o auxilio do microscopio e a analyse chimica.

Exame microscopico.—O microscopico deverá principalmente ser applicado em casos taes como alguns a que me tenho referido, em que, sem a sua vantajosa cooperação, não só nos veriamos em embaraços, como seriam as nossas pesquisas

verdadeiramente estereis, correndo risco de desconhecer o que é, para nos suppôrmos em face do que não é. Só o microscopico em alguns casos poderá mostrar o que nos é do mais alto interesse—a existencia de globulos rubros; dissipará as duvidas em casos de hemophilia, revelar-nos ha (posto que a analyse chimica seja mais usual) a existencia de acido urico, oxalato de cal, etc., pela presença dos respectivos cristaes, que immediatamente nos farão suppôr a existencia de calculos; mostra-nos parasitas especiaes (filaria sanguinis hominis, bilharzia hoematobia) que nos indicam estarmos em presença d'uma hematuria dos paizes quentes; pôde revelar não só a existencia de cellulas renaes e vesicaes em abundancia, o que de resto não tem uma importancia capital, senão tambem um factor importantissimo—cylindros formadós nos canaliculos renaes, o que nos affiança que se trata d'uma lesão primitiva ou consecutiva do filtro depurador da economia, e quando estes apresentem hematias, evidenciam-nos uma hemorrhagia intra-renal.

É ainda só o microscopico que pôde revelar-nos algumas cellulas cancerosas que nos mostrem a causa real d'uma hematuria suspeita; elle o unico a dar-nos conta d'uma enorme quantidade de bacterias immediatamente após a micção, facto que tambem tem valor para sabermos do estado do reservatorio urinario, e finalmente é ainda o microscopico a levar-nos ao conhecimento da exis-

tencia de pús na urina quando a quantidade d'este seja insufficiente para que possamos reconhecê-lo pela simples inspecção, carecendo d'um grande ampliador que nos mostre os globulos purulentos com os seus nucleos, differençando-os assim dos globulos rubros, salvo o caso de permanecerem muito tempo n'uma urina, principalmente quando esta é alcalina, em cujas condições se tumefazem e tornam brilhantes no centro, podendo a alteração ir além e, attendendo ás modificações das hematias em analogas circumstancias, não poderem d'estas ser distinctos. Por este e outros factos deveremos fazer tanto o exame microscopio como a analyse chimica o mais breve possivel após a emissão urinaria.

Analyse chimica.—O papel da analyse chimica para o nosso caso é mais limitado do que o do microscopio, e, só em casos excepcionaes poderá realmente gozar d'uma utilidade verdadeira; todavia este factor será de vantagem quando tenhamos de distinguir a córação sanguinea de certas tintas que a podem semelhar, taes como materias córantes biliares etc. Já vimos que a presença de pigmentos biliares nos é revelada pela reacção dos aneis córados a que dá origem o acido azotico nitrôzo.

Servir-nos-ha mais a analyse para investigar da presença do acido urico e uratos (reacção da

murexida) que tingem tambem a urina de vermelho, e ainda oxalatos, etc, devendo no caso affirmativo, como vimos, fazer-nos logo suspeitar da existencia de calculos: ainda a presença de phosphatos conjugada com reacção alcalina, globulos purulentos, epithelio vesical em abundancia e muitas bacterias no momento da emissão da urina, nos indica cystite chronica de longa data, e possivelmente a existencia de calculos secundarios.

A analyse chimica elucidar-nos-ha de resto sobre a natureza d'outras córações que acaso possessemos confundir com a sanguinea; mas, d'este ponto já tive occasião de me occupar ligeiramente, passando portanto a um dos principaes esclarecimentos que pela analyse podemos obter.

Refiro-me á dosagem da albumina existente na urina.

Esta dosagem, porem, não nos fornece elementos de apreciação exacta para julgar da quantidade de sangue que a urina contem, pois que muitas vezes em urinas hematuricas vamos encontrar uma quantidade demasiada de albumina, que por forma alguma poderá estar em relação com a que pertence ao sangue extravasado.

Entretanto esta investigação tem uma grande importancia, pois permite diagnosticar um mau estado do epithelio glomerular, dirigindo portanto ao rim a nossa attenção quando a quantidade de albumina seja demasiada para o sangue e pús que a urina contem. Ordinariamente n'estes casos te-

mos como adjuvante poderôso a existencia de cylindros renaes.

Como acabamos de ver, a diagnose de sangue na urina não se faz por vezes pela simples inspecção, carecendo de analyses mais minuciosas; mas, o nosso papel não se limita á investigação do symptoma, pois que n'essas condicções não teria utilidade pratica alguma; antes temos principalmente em vista determinar o local do apparelho urinario onde a hemorrhagia se produz, isto é; a sua séde, e ao mesmo tempo a affecção que lhe dá origem; a sua causa.

É n'este intento que, não encontrando na simples existencia do sangue, considerando este symptoma isoladamente, uma base sobre a qual posámos mais ou menos fundamentar o nosso diagnostico, somos compellidos a lançar mão de todos os dados uteis adquiridos pela simples inspecção, pelo exame microscopico e analyse chimica, e juntar depois o resultado d'esta colheita a uma outra ordem de esclarecimentos que nos serão fornecidos não só por um interrogatorio bem dirigido, mas tambem por um exame do doente tão minucioso quanto possivel.

Passemos pois ao estudo do doente complemento sem o qual nada poderemos fazer, e que portanto é sufficientemente importante para que nos encontremos no dever de lhe prestar alguma attenção.

D'este ponto me occuparei seguidamente, não com a minucia e boa direcção que elle exige, mas com o que caiba na esphera dos meus conhecimentos actuaes sobre o assumpto.

Exame do doente

O estudo do doente tanto no que diz respeito ao symptoma principal, como no que toca á investigação de outros symptomas concomitantes, ao exame directo dos orgãos, commemorativos, antecedentes etc., é como sabemos a parte principal no diagnostico etiologico dos hematurias, pois que d'elle decorrem os esclarecimentos mais importantes e sem os quaes seria na maioria dos casos, senão em todos, absolutamente impossivel declararmo-nos relativamente a esta ou áquella séde e causa, ficando portanto infructifera a nossa colheita no que respeita a exame directo das urinas, exame microscopico e analyse chimica.

Mas, para que este estudo possa ter uma verdadeira utilidade pratica, é mister que se faça

com o maximo cuidado e boa direcção, não nos contentando com o simples conhecimento da causa occasional da hematuria, mas sim, estudando tambem as relações d'esta com a micção, isto é; o momento da micção em que esta se declára; a influencia do repouso; a sua frequencia e duração, quer no que diz respeito á duração do ataque, como ainda no que se refere á duração total da affecção; os symptomas geraes ou locais concomitantes, os antecedentes pessoaes e hereditarios do doente e o seu exame directo etc.

E, posto que se supponham todas estas minudencias demasiadas ou superfluas, veremos que ellas de per si não bastam ainda, se bem que, apenas em casos mais ou menos excepçoes.

De resto este facto não deverá surprehender-nos muito, logo que tenhamos bem presentes as multiplas causas hematuricas, e ainda, que estas causas podem existir em qualquer districto do apparelho urinario.

Não quero referir-me então aos casos em que diversas causas possam actuar simultaneamente, pois que n'esses a complicação seria enorme, sendo necessario formular um numero de hypotheses quasi infinito, e que por outro lado cada um poderá facilmente conceber em face de casos taes.

Posto isto, vamos estudar seguidamente os diversos pontos que atraz ficam mencionados e que são os principaes do nosso trilho em face d'um hematurico.

No estudo do doente terei em vista dois pontos capitaes: diagnostico da séde e da lesão.

N'esse intuito tratarei primeiramente de fazer umas breves considerações sobre os signaes que em geral nos são mais proveitosas para determinar a sede da lesão, passando seguidamente uma vista rapida sobre os symptommas que julgo mais capitaes no que respeita á sua natureza. E' evidente que estas duas partes se completam reciprocamente: assim se, posto que os signaes classicos mais geraes nos levassem a pensar n'uma hematuria vesical, encontrassemos dados importantes revelando uma affecção renal, seriamos naturalmente inclinados a suppôr a segunda parte e vice-versa, tendo em vista a existencia de hematurias atypicas.

D'esta forma não entrarei em consideração com alguns signaes importantes para o diagnostico da sede, uma vez que a elles me referirei ao diagnosticar a natureza da lesão.

Diagnostico da séde

As condições productôras da hematuria são de certa importancia, devendo nós debaixo d'este ponto de vista procurar saber se houve traumatismo, o logar traumatizado e o tempo que medeu entre aquelle e a eclosão do symptoma em questão etc.

Os esclarecimentos fornecidos pelo doente a este respeito, são d'uma importancia capital; mas, não devemos ignorar que elles algumas vezes não representam mais que as supposições por estes formadas, podendo pois, não só ser erroneos, se não tambem induzir-nos no mesmo caminho quando não investiguemos convenientemente.

É assim que muitos doentes attribuem a existencia de sangue a traumatismos soffridos, em

epochas muito anteriores á apparição do symptoma. Já no principio d'este estudo tive occasião de indicar o caso que Guyon aponta, referente a um doente que attribuia as suas duas primeiras hematurias a umas quedas que fizéra sobre o perineo; mas, como o sangue nunca surdiu gotta a gotta e se apresentou sempre ligado ao acto da micção, Guyon duvidou das declarações do doente, pois que as quedas sobre o perineo dariam antes origem a uma ruptura da urethra anterior, produzindo portanto uma simples urethrorrhagia.

Já sabemos que a urethra se compõe de duas partes quasi completamente distinctas, não existindo communicação facil da urethra anterior para a profunda por virtude do sphincter membranoso: n'estas circumstancias qualquer lesão capaz de produzir uma hemorrhagia da urethra anterior não se manifestará pela existencia de sangue na urina (excepção feita d'aquelle que por esta seja arrastado no momento da micção), mas sim por um corrimento sanguineo que affluirá ao meato sob a fórma de gottas fóra da emissão urinaria.

O contrario em alguns casos terá logar quando a lesão interesse a urethra profunda, attendendo á referida barreira que obsta á sahida para o exterior do sangue, pús ou outra qualquer substancia fóra do acto da micção.

Isto não é verdade em absoluto e, posto que fôsse esta a opinião dos clinicos ainda ha poucos

annos, hoje é sabido que o sphincter membranoso não constitue uma barreira insuperavel, podendo ser transposto pelo sangue nos casos em que a lesão causal d'este esteja além do referido sphincter, occupando a urethra profunda: recordo-me (se a memoria me não falha) de ouvir o meu illustre professor Dr. Roberto Frias citar alguns d'estes casos de sua observação pessoal.

Não é preciso mesmo para o phenomeno ter logar que a quantidade de sangue seja muito consideral. Ora a verdade é que, o doente de Guyon era portador d'um calculo vesical que, pelo seu abalo produziu a hemorrhagia, e as quedas não fôram sobre o perineo, mas sobre a pelva.

Erradamente procederia todo aquelle que, desconhecendo estas particularidades, dêsse um crédito absoluto ás declarações do doente. Devemos pois sempre estar de opinião antecipada, para que em casos analogos não acceitemes as suas informações, quando ellas se não coadunem com o resultado das nossas conclusões scientificas, e, manter bem gravado na memoria que toda a hematuria supposta traumatica que não tenha sido immediata, que persista mais d'alguns dias (2 ou 3) ou que se renove sem causa apparente, deve ser suspeita.

Ainda no campo das hematurias traumaticas, que podem ser devidas a varias causas, taes como: violencias exteriores ou internas (como frequentemente acontece com o catheterismo), temos

de collocar uma outra classe de hematurias, que de resto tambem são traumaticas—as que resultam da presença d'um calculo.

O calculo representa n'estas o agente traumatisante, pois que, qualquer abalo mais violento imprime-lhe movimentos que tem como resultado determinar a hemorrhagia.

D'aqui se vê a enorme importancia que n'estes casos poderá ter a existencia de qualquer fadiga ou abalo. Outro tanto não succede nos casos em que a hematuria é de natureza congestiva ou inflammatoria, em cujas circumstancias o repouso terá uma acção senão nulla, pelo menos insignificante. Qual será a razão?

Supponho dever interpretar-se da maneira seguinte: no caso de calculo houve uma verdadeira laceração vascular e, como sabemos, todos as vezes que exista uma hemorrhagia resultante d'uma ruptura vascular, quando o vaso não seja de grande calibre, o sangue encontrando-se em contacto com uma parede lacerada, coagular-se-ha; portanto, n'estas condições, deixando de actuar a causa, cessará o effeito, emquanto que, nos casos d'uma lesão congestiva ou inflammatoria a continuidade da causa dará em resultado a persistencia do effeito.

Assim succede nos casos em que existe uma retenção d'urina prolongada, principalmente quando n'estas circumstancias fazemos a evacuação do reservatorio.

É de notar que, em certos casos (cancro, tuberculose), nos quaes deveriamos suppôr que a hemorragia fôsse dependente da existencia de ulcerações, a observação clinica mostra o contrario. D'este facto fornece-nos a tuberculose vesical e até renal a prova mais convincente. É isto o que pôde deduzir-se d'un dos variados exemplos que Guyon nos apresenta.

Para o diagnostico da séde da lesão, devemos ainda tomar em consideração a duração das crises.

É frequente a existencia de hematurias bastante prolongadas nos casos de lesões vesicaes, emquanto que as lesões renaes se manifestam ao contrario por accessos hematuricos de pouca duração. Assim é que, nos casos de hemorragias dependentes de lesões vesicaes vamos encontrar habitualmente a persistencia do symptoma durante semanas e até mezes e annos, emquanto que, quando a lesão tenha o rim por séde, a hematuria raramente excederá alguns dias (8 a 12 ou 15); mas isto não é tudo, e é mister lembrar que nos casos de lesões vesicaes as crises hematuricas, além da sua grande duração, não apresentam senão como excepção periodos intermedios longos, durante os quaes quasi sempre permanece qualquer signal na urina; não succede pois como nas lesões renaes em que a hematuria, além da sua pouca duração habitual, apresenta periodos longos

em cujo decurso a urina por via de regra não contém sangue algum.

Demais, quando a lesão é vesical, revela-se quasi sempre por outros symptomas concomitantes, taes como: dôres hypogastricas ou perineaes, frequenciã de micção, tenesmo, etc., symptomas estes que se declaram habitualmente durante ou mesmo no intervallo dos periodos hematuricos, esclarecendo-nos sobremaneira nos casos de diagnostico difficil.

E certo porém, que existem muitas vezes lesões vesicaes sem que outros symptomas mais que a hematuria venham auxiliar-nos.

Assim succede nos casos de tuberculose, polypo, cancro vesical, etc., nos quaes a cystite só mais tarde costuma fazer a sua apparição, sob condicção de que a não tenhamos provocado por meio d'um catheterismo explorador.

Faremos vêr entretanto, que nem sempre as as lesões renaes produzem hematurias de pouca duração: casos ha em que o sangue vem do rim, e não obstante a crise é bastante duradoura.

Este facto tem logar em algumas degenerescencias kysticas do orgão em que as hematurias tem persistido um mez, mas onde elle se torna mais accentuado é em certos casos de tuberculose renal cortical primitiva de origem sanguinea, em que o symptoma hematuria é ás vezes solitario, apresentando-se ainda com uma abundancia que antes militaria a favor da existencia de can-

cro, e com uma persistencia que nos compelliria á diagnose d'uma lesão vesical. Como exemplo indicarei as observações de Routier, em que a hematuria apresentou uma tal tenacidade que chegou a persistir mez e meio sem interrupção; a observação de Pousson, e ainda um caso de degenerescencia do rim direito n'um doente observado por Guyou, no qual as hematurias que datavam de dois annos tinham persistido por vezes algumas semanas consecutivas; todavia aqui ainda os intervallos duravam semanas ou mezes e, o que fazia pensar na origem renal, era a falta de symptomas vesicaes, mas principalmente a suspensão completa do symptoma durante os periodos inter-criticos.

Refirirei tambem uma observação de Tuffier que passo a expôr. Este clinico observou uma mulher que, sem causa apreciavel, sem dôr nem quaesquer outros symptomas, apresentou uma hematuria rebelde e abundante. A principio foi passageira, adquirindo immediatamente a urina os seus caracteres normaes, mas as crises succederam-se durante 4 annos e meio, diversas vezes por anno, persistindo 12 a 15 dias cada uma. As urinas no intervallo das crises eram normaes, não havendo manifestação alguma dolorosa: por ultimo declarou-se uma hematuria tão violenta que a doente que ia em viagem teve de permanecer 15 dias n'uma estação do seu percurso.

Fez-se o exame cystoscopico e, graças a elle,

reconheceu-se que o sangue brotava do ureter esquerdo. Attendendo ao profundo estado de abatimento da doente, faz a ablação do rim affectado com um magnifico resultado consecutivo. O exame do rim extrahido mostra apenas saliencias esbranquiçadas, fluctuantes, no bordo convexo e nas extremidades, e pela secção do orgão encontram-se tres abcessos tuberculosos na junção das substancias medullar e cortical sem que haja communicação com o bassinete.

A inoculação do liquido dos abcessos em cavias dá resultados positivos.

D'estas observações e de muitas outras que poderia ennumerar vê-se que, apesar de ser frequente nas tuberculoses renaes a par de outros symptomas (dôr, pyuria, albuminaria) uma hematuria pouco intensa e duradoura, não deixa por vezes este symptoma de ser o unico e, o que mais nos interessa, de adquirir uma duração assáz longa.

Todavia os casos excepçionaes por fórma alguma poderão constituir regra, e, como por outro lado em toda á regra existem excepções, é perfeitamente permittido formulal'a da maneira seguinte: quando o sangue procede do reservatorio urinario os periodos hematuricos são longos, no intervallo d'estes apparecem cedo ou tarde symptomas vesicaes, e, é raro que a urina nos intervallos adquira os seus caracteres normaes, principalmente pelo que respeita á côr e transparen-

cia; de resto os intervallos são por via de regra pouco longos: quando a lesão causal tenha o rim por séde, as crises são em geral d'uma duração que não excede alguns dias, e ha largos periodos de tréguas durante os quaes a urina apresenta o seu aspecto physiologico.

A origem renal do sangue poderá com mais justa razão ser diagnosticada quando n'um mesmo dia haja micções francamente sanguineas e outras perfeitamente limpidas.

Quanto á frequencia das crises hematuricas, para que ella adquira um real valôr diagnostico é mister que estas não sejam determinadas por qualquer causa apparente.

Não são, porem, estes os unicos meios que possuímos para diagnosticar a séde da lesão.

Raras vezes a bexiga será affectada sem que nos declare por quaesquer symptomas o seu sofrimento, e nós já tivemos occasião de ver que nas lesões vesicaes é muito frequente a existencia de dôres hypogastricas, irradiando para a pré-ga inguino-scrotal e região lombar, frequencia de micções, tenesmo etc.

N'estes casos deveremos servir-nos da sonda olivar, que muitas vezes é a unica a dar-nos a sensação do calculo, por vezes apenas no momento em que a retiramos. Muitas vezes os signaes fornecidos por estes calculos são insignificantes para que n'elles se fundamente um diagnostico.

Devemos praticar sempre o toque rectal, que ás vezes auxiliará, e póde mesmo dar-nos crepitação quando haja diversos calculos; é necessario fazer a exploração da bexiga pela sonda metallica.

Não quero referir-me naturalmente a casos como o que refere Bazy, nos quaes o calculo tenha adquirido um grande volume; e em que o diagnostico será singularmente simplificado: tratava-se d'um homem com lithiase averiguada, portador d'uma urethrite chronica datando de 28 annos, e no qual se desenvolveu progressivamente ao nivel da prostata acompanhado de suppuração da glandula, um calculo que pesava 32 grammas.

O diagnostico ainda se torna mais obscuro quando se trata de pequenos calculos prostaticos propriamente ditos; mas, além de não dárem em geral origem a hematuria, são por outro lado excepçionaes. Guyon observou um doente com calculos glandulares prostaticos, que apresentava apenas symptomas de cystite.

Pelo que respeita a outros corpos extranhos, o caso não é frequente, e, quando se dê, os commemorativos esclarecer-nos-hão.

Quando estes não nos illucidem, poderemos facilmente suppôr a presença de calculo, principalmente depois de soffrerem um tal ou qual grau de incrustação calcarea. Citarei um caso de Bazy, no qual a urethroscopia apenas, revelou a existencia d'um bocado de vidro da ponta d'uma seringa de que o doente se servia no tratamento

d'uma urethrite, e que se encontrava proximo á porção membranosa.

Se a lesão occupasse a prostata, manifestar-se-hia por symptomas de prostatite mais ou menos nitidos. Se existisse o liquido esbranquiçado e viscoso, dôres á ejaculação, sensação de peso no perineo, suppuração e impossibilidade em estar assentado ou de pé, naturalmente seria indicada uma affecção da prostata, e para determinar a natureza d'esta, auxiliar-nos-hiam muito os commemorativos; investigariamos a duração da affecção, a existencia de blennorrhagia, o tempo em que esta se declarára, etc., tendo sempre em vista que, toda a blennorrhagia que tenha 15 dias de existencia se póde considerar como affectando já a urethra posterior; procurariamos a presença de irregularidades, lobulações ou bossuladuras mais ou menos indurecidas, a sensibilidade do orgão e perturbações de micção, notando sempre que, se bem que póde haver polakinia, é sempre menos intensa do que nos casos de cystite, sendo ainda a dôr final e o tenesmo mais accentuados n'esta ultima affecção; de resto, muitas vezes quando a prostata é atacada, o cólo vesical não fica indemne, tendo em vista a posição relativa dos dois orgãos.

É certo todavia que, n'algumas lesões vesicaes (e n'este grupo entram as lesões organicas) só n'uma epocha mais ou menos afastada do seu inicio se declararão quaesquer symptomas do re-

servatorio alem da hematuria; mas, ainda n'estes casos possuímos alguns outros meios de investigação, como o toque rectal e a exploração directa da bexiga.

O contrario do que se dá com o reservatorio encontramos no filtro; este é muitissimas vezes silencioso, o que em muitos casos é aproveitavel, pois que, na ausencia completa de qualquer symptoma vesical e renal, é mais natural incriminar o rim. Mas, o rim nem sempre apresenta esta esterilidade symptomatica, havendo até casos em que o diagnostico é relativamente facil: é assim que ninguem duvidará da existencia d'uma affecção renal quando se encontre em face de todo esse conjuncto de perturbações geraes e locaes que o estado pathologico d'este órgão pode acarretar. A existencia d'uma colica nephretica, o augmento de volume, a dôr lombar espontanea ou provocada, a presença de cylindros, de albumina em quantidade e ainda a presença de edemas e anasarca, tudo reunido, ou apenas alguns d'estes symptomas, será seguramente o sufficiente para attribuir ao sangue uma proveniencia renal, quando mesmo se não tenha procedido a um minucioso inquérito da bexiga ou urethra.

Quando o rim nos não facilite o diagnostico, como succede por vezes nos casos de tuberculose, cancro, nephrite conjunctivo-vascular em começo, etc., em que não encontramos hypertrophia, dôr ou qualquer outra manifestação apparente, é ao

exame minucioso da bexiga que devemos proceder, para, quando este seja negativo, attribuir o sangue ao occulto enfermo.

Na exploração vesical, o catheterismo sómente nos será permittido nos casos de grande difficuldade, attendendo aos inconvenientes que possui, principalmente quando seja utilizado durante uma hematuria violenta. Fóra mesmo das crises é mister ser sóbrio no seu emprego. Nos casos difficeis, porém, possuimos hoje meios que nos dão a certeza absoluta da proveniencia da hemorragia, como são o catheterismo dos uetères e a cystoscopia, a qual sómente nos não prestará serviços quando a hematuria seja muito violenta. É preciso saber entretanto que estes processos e principalmente a cystoscopia, sendo na realidade da mais alta importancia para diagnosticar a séde e por vezes a natureza da lesão, não são faceis de manejar e, para que possamos colher dados valiosos, é mister bastante pratica e alguns conhecimentos especiaes que nem sempre possuimos.

São estas as bases principaes em que assenta o diagnostico entre as hematurias vesicaes e renaes ou ureteraes; vejamos agora quaes as de que dispomos pelo que respeita á distincção entre estas e as que tem a urethra por origem.

Debaixo d'este ponto de vista prestar-nos-hã um poderoso auxilio a investigação do momento da micção em que a hematuria se declara.

O sangue póde apparecer sómente no principio da micção; n'outras circumstancias apenas no fim; póde apresentar-se no principio e no fim ou persistir durante todo o acto, podendo n'estes casos o liquido vir uniformemente córado ou augmentar de córação tornando-se mais rutilante para o fim.

Interpretemos a significação clinica d'estes variados phenomenos. Supponhamos o primeiro caso: é evidente que, n'estas condições, o local da hemorragia fica áquem do reservatorio urinario, e poderá ser localizado na urethra anterior ou na profunda. Comprehende-se facilmente que, existindo elle em qualquer d'estes locaes, graças á intensidade do jacto, seja arrastado com as primeiras porções d'urina que lavam a urethra e são portanto as unicas córadas.

Quando a séde da hemorragia seja a urethra anterior, será necessario que aquella seja demasiado insignificante para que o sangue não afflua ao meato fóra da micção, correndo gotta a gotta; ora, este caso é raro, e portanto tem este signal uma capital importancia. Notaremos entretanto que, quando a hematuria tem por origem a urethra profunda (região prostatica e ainda cólo vesical) não é este o phenomeno mais frequente.

E' mister attender á intensidade da hemorragia e ainda ás disposições physiologicas e anatomicas d'esta porção do canal. Se tivermos bem presente este ultimo ponto, facilmente deprehen-

deremos os phenomenos que devem ter logar quando a séde da lesão seja a ultima mencionada. Se a quantidade de sangue é diminuta, ficará armazenado na urethra profunda esperando a dilatação do sphincter membranoso para ser arrastado ao exterior pelas primeiras porções d'urina; se é um pouco mais abundante, como anteriormente encontra um obstaculo mais ou menos removivel, poderá transpor o sphincter surdiudo do meato fóra das micções, lançar-se-ha na bexiga indo córar todo o liquido, ou mesmo estes dois phenomenos poderão ser observados.

O facto da existencia de sangue no principio e nas ultimas gottas d'urina, milita ainda a favor da existencia de lesões prostaticas ou do colo vesical. N'estas circumstancias o sangue existe na primeira urina expellida pelas razões supra-mencionadas, e vem tingir as porções ultimas por virtude da expressão vascular determinada pelas contracções expulsivas finaes.

Quando a urinã vem toda córada, estamos em presença d'uma hematuria de procedencia renal, vesical, ou ainda da urethra profunda. Em taes casos o diagnostico não é facil e, apenas o estudo da frequencia e duração das hematurias, o exame da urina, o conhecimento dos symptomas geraes e locais, os commemorativos, o exame directo dos órgãos e principalmente o exame cystoscopico, poderão guiar-nos a um diagnostico certo.

N'esta ultima variedade ainda poderemos ve-

rificar uma côração tanto mais rutilante quanto a micção se vae approximando mais do seu terminus, o que nos indicará a proveniencia vesical provavel da hematuria.

N'uma ultima fórma o sangue apenas se apresenta nas derradeiras porções expulsas, sendo frequente mostrarem-se unicamente as ultimas gottas sanguineas ou sanguinolentas.

Em face d'um tal caso podemos affirmar que se trata d'uma lesão do colo vesical ou das partes mais proximas, como a porção prostatica; isto não é para admirar, pois, segundo Küss, esta não é mais que uma dependencia da bexiga: é o colo vesical prolongado. Faremos entretanto algumas reservas, uma vez que ha factos experimentaes que por isso mesmo nos merecem certa ponderação, tendentes a provar a existencia de sangue nas ultimas porções de urina, e dependendo de lesões não tendo por séde o cólo mas sim a porção anterior da urethra.

É assim que n'uma communicação de Bazy, vêmos a possibilidade da hematuria terminal em lesões d'esta parte.

As observações que Bazy nos apresenta dizem respeito na maior parte a doentes com blennorrhagias antigas, com ou sem apertos, e aos quaes préviamente foi feita a dilatação, tendo seguidamente soffrido installações de nitrato a $\frac{1}{50}$ no fundo do sacco do bolbo e urethra anterior, e que, no dia seguinte á sessão, apresentaram sangue

nas nas ultimas porções d'urina sem haver dôr, frequencia, tenesmo, etc.

Refere até um caso em que, (para melhor provar a proveniencia urethral anterior tendo em vista a pequena quantidade de sangue), aquelle em circumstancias identicas ás ultimas indicadas, não só se mostrou nas ultimas gottas, senão ainda, terminada a micção, continuava a correr gotta a gotta para logo se suspender.

Bazy formula duas hypotheses, a saber: ou o sangue se produz sómente no fim da micção, ou durante todo o acto, percebendo-se apenas n'aquelle momento graças á pequena quantidade d'urina e á diminuição da corrente. Qualquer d'estas hypotheses é admissivel, sendo todavia a segunda a mais provavel uma vez que no primeiro caso o sangue só poderia ser devido á contracção do bulbo-cavernoso, determinando a compressão da urethra e a expressão dos vasos; mas aquella não seria por certo sufficiente para fazer sangrar estes ainda que fôssem de nova formação.

A segunda hypothese como disse é a mais razoavel, tendo até sido confirmada experimentalmente por Bazy, que fez urinar o doente após instillações de nitrato a $\frac{1}{30}$ e recolheu a urina em 3 copos. O primeiro era o que continha mais globulos rubros. A explicação seria a seguinte: o jacto urinario distenderia bruscamente o canal, lacerando o tecido de cicatriz ou granulações me nos extensivel e mais fragil.

É também este o phenomeno que tem logar nos dias que seguem um trãumatismo com ruptura urethral. Nos casos d'instillações de nitrato a hemorrhagia não se effectuou logo graças á acção hemostatica do caustico com produção de eschára. A proveniencia urethral do sangue, ser-nos-ha ainda indicada na maioria dos casos pela localisação da dôr ou ardôr á micção, outros symptomas concomitantes, etc.

Diversos outros signaes são d'uma utilidade incontestavel no diagnostico da lesão, como: a existencia de pús fóra da micção ou durante o acto, a séde da dôr, etc., e ainda outros dados fornecidos pela palpação hypogastrica, catheterismo explorador, etc., etc.

Não me alongarei aqui n'estas considerações uma vez que a tal respeito terei de referir-me ao tratar do diagnostico da lesão que passo a estudar d'uma maneira breve.

Diagnostico da lesão

Supponhamos que, baseados no que precede, concluimos que a hemorragia tem por séde a urethra. Qual será a lesão productora? Tratar-se-ha d'uma blennorrhagia, ruptura, calculo engasgado ao atravessar o canal ou n'elle formado, d'uma prostatite tuberculosa, calculosa ou blennorrhagica?

É evidente que, logo que o doente accuse a existencia de coito suspeito, corrimento urethral purulento e dôr mais ou menos intensa á micção, pensaremos immediatamente n'uma blennorrhagia, devendo o microscopio cortar as duvidas revelando-nos a presença do gonococco. É preciso não contar demasiadamente sobre este ponto com os comemorativos attendendo a que os doentes muitas vezes tem

em vista antes desviar a nossa attenção, do que illucidar-nos.

As rupturas não são frequentes a não ser que tenha havido um catheterismo executado por mão inexperiente, ou quando mesmo façamos dilatação do canal, principalmente sendo este pouco extensivel e muito fragil, como succede nos casos de individuos que tenham sido affectados por varias blennorrhagias. N'estes casos a dôr experimentada pelo doente, o momento em que o sangue se declara, a existencia progressa do catheterismo e a curta duração da hemorrhagia, porão de parte qualquer outra hypothese.

O sangue uretral póde ser devido ainda a traumatismo exterior perineal, ou mesmo á brusca suspensão d'um calculo n'uma parte mais estenosada do canal. No primeiro caso os commemorativos prestar-nos-hão um valioso auxilio, não esquecendo a possibilidade do erro a que por vezes me tenho referido: a segunda hypothese dá-se mais frequentemente em seguida a uma sessão de lithotricia, quando porções do calculo tenham ficado no reservatorio. Aqui ainda, a existencia do calculo vesical ou lithiase renal por vezes conhecida, os commemorativos, a dôr brusca no momento da micção, o apparecimento immediato do sangue e a diminuição ou suspensão completa do jacto, nos darão quasi a certeza; finalmente o catheterismo far-nos-ha reconhecer a existencia d'um corpo duro obturando a luz do canal.

O diagnostico não será já tão facil quando se trate de calculos da urethra prostatica, encastoados ás vezes na glandula e adquirindo um volume variavel.

Investigaremos sempre o estado do epidydimo que nos casos de tuberculose nos dará quasi sempre signal. Quando haja alterações da prostata, ainda a constatação do volume do orgão terá valôr. É preciso lembrar que, devemos consideral'a augmentada todas as vezes que pelo toque rectal não possamos determinar-lhe os contornos.

Attendendo sempre á idade do doente e aos seus antecedentes pessoaes ou hereditarios.

Investigados todos estes pontos capitaes convenientemente, e adquiridos outros pela analyse a que já me referi, ser-nos-ha possivel reconhecer as lesões da urethra anterior ou posterior e dos orgãos que mais directamente lhe dizem respeito.

Entretanto, ás vezes o caso é bastante espinhoso, pois que as lesões inicialmente são d'uma natureza, vindo seguidamente outras enxertar-se, as quaes tem sempre por effeito tornar complexos os dados do problema e bem assim a sua solução.

Assim é que, n'uma das minhas observações o caso se complicou por forma a tornar-se interessante, se bem que um pouco embaraçoso.

Hematurias vesicaes

O sangue d'esta proveniencia tem por causa mais habitual uma neoformação, calculo, tuberculose, ou ainda uma cystite.

Este orgão sangra muitas vezes por virtude d'um estado congestivo determinado pela presença d'um calculo ou neoformação; por lesões ulcerativas interessando as paredes vasculares, um estado inflammatorio, rupturas vasculares produzidas por um corpo extranho, ou ainda devido á distencção prolongada. Na maioria dos casos trata-se entretanto de neoplasma, calculo ou cystite. Não quero já referir-me a casos mais raros de não difficil diagnostico como são as rupturas do reservatorio, quer estas sejam produzidas pela acção d'um corpo exterior de ponta acerada, quer sejam o resultado de quedas ou qualquer traumatismo actuan-

do localmente quando aquella se encontre distendida. N'estas circumstancias os commemorativos e um rapido estudo do doente será sufficiente.

A ruptura dependente de retenção não é nada frequente, pois que, incidindo esta habitualmente nos prostaticos, o colo vesical quando a tensão é grande pode ser forçado, e a bexiga desembaraça-se do *trop-plein*, dando muitas vezes logar á incontinencia d'urina e mesmo a erros clinicos quando não haja o devido cuidado: lembremo-nos sempre de que o doente interrogado sobre se tem ou não urinado, responde affirmativamente.

É pois necessario aqui fazer a palpação e percussão hypogastricas. Mas, se estes casos são excepçionaes, não diremos exactamente o mesmo relativamente á hemorragia dependente d'uma retenção urinaria de certa duração, mórmente quando se faça a evacuação do reservatorio ainda que com morosidade. Em tal caso é frequente vêrmos a urina tingir-se tanto mais, quanto mais nos approximamos do esvasiamento completo.

A existencia no hypogastro do tumôr vesical, a constatação de hypertrophia prostatica, a idade do doente, e emfim, todas as variadas causas que pôdem acarretar uma retenção, esclarecem o diagnostico.

Todavia nem sempre o augmento de córação para o fim do acto tem logar, e ha casos em que a urina vem igualmente tinta durante toda a evacuação. N'outras circumstancias ainda a hemorrha-

gia continua depois de fazermos a depléção vesical, mas a sua duração por via de regra não é grande. Quando o phenomeno tem logar não é ordinariamente a bexiga só a sangrar, produzindo-se a congestão ainda nos uretêres e rins. E isto o que resulta do estudo experimental da retenção d'urina feito pelos professores Guyon e Albarran, demonstrando a unidade do processo congestivo em todo o apparelho urinario distendido, e a influencia que a retenção exerce sobre a congestão renal.

Quando haja hypertrophia prostatica principalmente, a hemorrhagia será mais intensa tendo em vista não só os phenomenos congestivos do apparelho, senão ainda as pessimas condicções vasculares em que estes doentes se encontram.

De facto, n'estes accrescem outras circumstancias, taes como: a idade, alterações vasculares dependentes d'aquella e das diversas causas geraes, do estado septico das urinas, etc., que favorecem consideravelmente a hemorrhagia, augmentando a congestão e diminuindo a resistencia vascular.

Tudo o que respeita a este ponto encontra-se amplamente exposto na these de Escat.

Tratemos agora das causas mais habituaes das hematurias vesicaes, e que, como já referi, são: neoformações, tuberculose, calculos e cystite.

Parece á primeira vista que será de extrema facilidade fazer a distincção entre as hematurias, tendo por causa lesões francamente inflammatorias (cystites), e as que estejam dependentes da existencia vesical d'um neoplasma, calculo ou tuberculose em começo. Assim deveria ser, attendendo á existencia de pús na urina na primeira hypothese; todavia esta apparente simplicidade obscurece um pouco, logo que nos recordemos que, não só um tumor ou calculo determina pela sua presença uma cystite que se declarará n'um periodo variavel, senão ainda que, nos casos de cystite, nem sempre podemos confiar absolutamente no exame objectivo da urina pelo que respeita á investigação do pús.

É assim que, devendo este ser facilmente conhecido pela simples inspecção nos casos de catharro vesical em que o muco-pús é abundante, e ainda em casos de cystite aguda blennorrhagica, outro tanto não terá logar quando a lesão em questão seja uma cystite tuberculosa ou cancerosa, em que por vezes a quantidade de pús é tão insignificante que só o microscopio a poderá revelar.

Bazy ainda nos ensina que ha casos em que, juntamente á eclosão de symptomas de cystite a urina parece conter pús, aspecto que é o resultado tão sómente da presença de saes (phosphatos). Estes erros, entanto, remover-se-hão facilmente, constatando o precipitado viscoso que pelo ammoniaco o pús nos offerece.

Como fazer então, diagnostico d'estas mais frequentes causas de hematuria vesical? Vejamos. Existem symptomas de cystite (pús, polakinria, dôr final á micção, tenesmo, dôres hypogastricas, etc.), ou pelo menos alguns d'estes symptomas combinados.

Os commemoratiyos guiar-nos-hão em grande parte. É assim que, se houve uma blennorrhagia immediatamente anterior a este cortejo symptomatico e principalmente se existe o gonsococco, o diagnostico é evidente; quando, ainda mesmo existindo aquella, a cystite é de longa data, a pesquisa do diplococco é infructifera, a quantidade de pús por vezes minima, a hemorrhagia mais ou menos abundante e pertinaz, e principalmente quando a therapeutica da cystite blennorrhagica longe de beneficiar agrava os symptomas, é licito e até devido pensar na existencia d'outra causa, quer ella fosse inicial ou enxertada na primeira, sendo n'estas circumstancias naturalmente levados a investigar se se trata d'uma tuberculose vesical: isto é tanto mais natural quanto é certo que, não só a blennorrhagia não impede a implantação d'uma tuberculose testicular ou vesical, senão até muitas vezes parece ser a causa determinante.

Os antecedentes blennorrhagicos, pois, longe de affastarem, antes nos devem induzir a suspeitar uma tuberculose.

N'este intuito procuraríamos descobrir o ba-

cillo de Koch nas urinas, devendo no caso de prova negativa recorrer ao exame do testiculo, epidymo e prostata, que são quasi sempre os primeiros atacados.

Não esqueçamos emfim, que a tuberculose póde declarar-se primitivamente na bexiga, o que é raro, ou ainda ser descendente, em cujas circumstancias o rim nos devêra já ter dado signal.

Quando estas diversas investigações fôsem negativas, pensariamos então n'um tumor vesical, n'um calculo ou n'uma cystite varicosa. Os antecedentes hereditarios que nos seriam uteis quando se tratasse d'uma tuberculose, ainda aqui serviriam de grande auxiliar.

O caso de cystite varicosa, alem de apresentar em regra uma dôr final menos intensa, facto de somenos importancia, seria promptamente eliminado desde que o doente nos seus antecedentes pathologicos, pessoas ou hereditarios, nos não revelasse manifestação alguma da diathese arthritica, confessando não ter nunca soffrido de hemorrhoides, e principalmente quando a hematuria fôsse persistente, não sobrevivendo por periodos de fluxões sanguineas abundantes.

Relativamente á existencia de calculo, já vimos precedentemente que possuímos uma base importantissima para asseverar que uma hematuria não é d'esta natureza; refiro-me á acção do repouso.

É preciso notar todavia que, póde um calculo

existir e a hemorragia não ceder completamente, ou mesmo não se modificar pelo repouso; n'estes casos, porem, é que essa hematuria não é devida aos abalos do calculo, mas antes a qualquer outra causa, e mais frequentemente á cystite por elle determinada.

Investigaremos pois a acção dos momentos e repouso, os antecedentes pessoaes ou hereditarios, taes como: existencia de colicas nephreticas, expulsão de calculos, etc., e faremos ainda o exame das urinas.

Mas isto não é tudo, e as dôres que este habitualmente determina (salvo o caso de calculo immobilizado, encaestado, distante do colo vesical), a localisação da dôr (extremidade da verga), a maior frequencia da micção durante o dia dependente da excitação do colo, a desaparição da dôr quando o doente passa ao decubito dorsal resultante do deslocamento do calculo para o baixo fundo vesical, a suspensão brusca e indolôr do jacto no momento da micção, etc., deverão ser bem procurados. Quando alguns d'estes symptomas não sejam nitidos porque as manifestações cystiticas os lancem em segundo plano tornando-se preponderantes, é que, ou o calculo permanece já ha tempo na cavidade tendo originado secundariamente a inflammação da mesma, e em taes circunstancias ainda é natural que n'um periodo mais ou meno remoto elle tivesse manifestado a sua presença por quaesquer dos symptomas men-

cionados, ou bem poderá tratar-se de calculos phosphaticos formados *in loco* mais ou menos rapidamente, devendo então a cystite ser de longa data; existirão alterações profundas da urina que será alcalina e de cheiro ammoniacal, e verificaremos commummente a presença de qualquer obstaculo ao curso do liquido, como por exemplo; hypertrophia prostatica: de resto, n'esta ultima fórma, a hematuria não é a regra.

O toque rectal combinado ou não á palpação hypogastrica poderia elucidar-nos apenas quando se tratasse d'um calculo muito volumoso, tal como o que foi observado por Routier em Necker, a que já alludi.

Notaremos emfim que, casos ha nos quaes um calculo póde existir na bexiga, sem que este facto seja revelado por qualquer symptoma mais do que a hematuria; óra, a tuberculose vesical e principalmente os neoplasmas, podem durante bastante tempo ser a causa de hemorragias de certa intensidade, succedendo que, n'estes ultimos particularmente, os symptomas de cystite são tardios; mas, isto não é tudo, podendo observar-se nos casos de neoformações alguns dos signaes mais pathognomomicos dos calculos.

E assim que um tumôr pediculado existindo nas proximidades do cólo determinará ás vezes não só polakiuria pela irritação d'este, senão tambem póde a polakiuria diminuir na posição horizontal, e ainda haver a suspensão brusca e indo-

lôr do jacto, quando aquelle impellido pela urina obture a abertura vesical da urethra.

Como distinguir então estas affecções? Para os casos de tuberculose já sabemos quaes as bases principaes de diagnostico. A palpação da bexiga pelo toque rectal poderá tambem esclarecer-nos. Relativamente ao caso de calculo tambem já vimos que, a causa occasional e as circumstancias que beneficiam a hematuria, se não em absoluto, entram comtudo n'uma larga parte na delineação do nosso diagnostico; e, para cortar duvidas, restar-nos-hia como ultimo recurso a exploração pela sonda que, salvo o caso de calculo encastado quasi por completo, constituiria o alicerce mais seguro.

Convém entretanto ser sóbrio quanto possivel no emprego d'este meio attendendo aos graves accidentes que póde determinar, e ter sempre presente que, nos casos de hematuria vesical de qualquer natureza que não seja dependente de retenção urinaria, o catheterismo não só terá como effeito augmentar a hemorrhagia, senão tambem provocal-a, e, o que é não menos grave, determinar a producção d'uma cystite que só mais tarde evolucionaria, convertendo prematuramente a vida do doente n'um verdadeiro tormento e apoucando-lhe talvez os curtos dias da existencia.

Todas as vezes que uma hematuria vesical se nos apresente isolada de qualquer outro symptoma, quando os commemorativos e a anamnastica

sejam estereis, quando emfim nos econtremos desprovidos de todos os elementos diagnosticos precedentemente citados, deveremos pensar na existencia d'um tumôr, pois que estes constituem as lesões que mais frequentemente dão origem a hemorragias violentas, alarmantes e perigosas mesmo, sem que qualquer symptoma prodromico as fizesse suspeitar: aqui, por via de regra, o doente aparentemente são, fica atterrado vendo que ao urinar unicamente emite sangue, por vezes mesmo quasi puro.

São estas ainda as lesões vesicaes que durante um tempo mais longo apresentam a hematuria como unico symptoma, sendo as manifestações cystiticas, quando existem, muito morósas a declarar-se. Quanto a saber se o tumôr e em geral a affecção é benigna ou maligna, sómente a data da doença, as adenites inguinaes e lombares e ainda por vezes a idade do doente, poderão ensinar-nos.

É evidente que, se n'um doente portador d'uma hematuria vesical cuja affecção já é antiga datando por exemplo de um a dois annos, não encontramos nada que nos revele um estado de desmoronamento organico, de cachexia, conservando-se antes pouco ou nada alterado o seu estado hygido anterior, diagnosticaremos uma lesão benigna (polypo, por exemplo); o contrario terá logar quando a cachexia progrida rapidamente, existindo o amarello palha caracteristico, etc.

Entre um caso de tuberculose em principio e um pequeno polypo, é que a hesitação será grande quando não haja outro symptoma a auxiliar.

Aqui apenas um exame cystoscopico bem feito nos poderá illucidar. Pelo menos não vejo outra maneira de cortar a questão, e ainda assim este meio, penso, nem sempre será de grande utilidade. A existencia de cellulas cancerosas ou destroços de tumor, é sem duvida a prova mais segura da presença d'estes, mas, com que poucas vezes podemos contar.

Hematurias renaes

Eis-nos chegados á parte ultimo do nosso trabalho; e, por não ir de encontro ao adagio vulgar... é aqui precisamente que as difficuldades se multiplicam por fórma a tornar a nossa missão verdadeiramente árdua e por vezes inexequivel.

Se compulsarmos os diversos trabalhos escritos sobre este assumpto, e passarmos em revista as numerosas observações que lhe dizem respeito, comprehenderemos então a barreira enorme que se nos depára quando tivermos de diagnosticar a etiologia d'uma hematuria renal.

Certamente não quero referir-me ás hematurias dependentes de nephrites que se declaram ás vezes no curso das doenças infecciosas (scarlatina, sarampo, variola, febre typhoide, etc.), ou mesmo

áquelas que sejam a manifestação local da infecção e do processo hemorrhagico geral.

Não entro em consideração ainda com as que sejam resultantes d'uma nephrite aguda á frigore.

No primeiro como no segundo caso, a existencia da infecção geral e os symptomas de nephrite (edemas, albuminaria, etc.), tornarão a causa facilmente reconhecivel. Além d'isso as hematurias das nephrites agudas são em geral pouco intensas e de mediocre importancia ou mesmo nulla, posto que seja um phenomeno quasi constante ao menos nos primeiros dias da doença: não obstante citam-se casos em que a sua duração foi de 27 dias, não ultrapassando nunca um mez, mas, ainda aqui o seu prognostico não é sombrio, não merecendo portanto uma attenção demorada.

Ainda nas nephrites chronicas poderemos encontrar hematurias; estas porém, devidas a *poussées* congestivas, são habitualmente d'uma duração ephémera, persistindo apenas 2 ou 3 dias, e não recidivam.

Mas nem sempre as cousas se passam por esta fórma: na maioria dos casos assim succede; porém, em outras circumstancias poderemos encontrar hematurias renaes abundantes, persistentes e mesmo inquietadores, dependentes apenas d'uma nephrite chronica.

Parece todavia que n'estas circumstancias não será difficil o diagnostico, uma vez que são

bem característicos os diversos symptomas que o doente deve apresentar, e mais particularmente edemas e albuminuria. Pois não é tanto assim. Se é incontestavel a importancia d'estes symptomas no decorrer d'um mal de Bright, principalmente quando venham acompanhados de pequenos accidentes do brightismo ou dos graves symptomas urémicos, não é menos verdade que não podemos n'aquelles basear seguramente o diagnostico, pois que, por um lado a albuminuria póde faltar em casos de nephrite de predominancia conjunctivo-vascular, e alem d'isso é precisamente n'esta que os phenomenos hemorrhagicos tem lugar; mas não só isso, senão ainda que estas se produzem em alguns e talvez a maioria dos casos, no principio da doença, quando apenas pequenos symptomas brighticos acaso a façam suspeitar.

Por vezes mesmo é a hemorrhagia o primeiro signal apparente; e se ha casos em que as hematurias não são muito violentas, podem entretanto revestir uma certa intensidade em periodo tal que o diagnostico fique obscuro.

Dieulafoy diz-nos que tem varias vezes verificado hematurias abundantes d'origem renal, tendo em dois casos sido precedidas de fortes epistaxis.

Nao se declára ás vezes uma nephrite chronica por uma epistaxis violentissima—a grande epistaxis brightica? Pois bem; não conheço certamente a pathogenia d'esta, mas, não poderá a

hemorrhagia derivar do rim? Que nos seja permitido formular esta interrogação.

Se lérmos as observações de Picqué, Ulmier, Potherat, Pousson, Reynier, Marchand, Gerard, etc., veremos que em diversos casos hematurias abundantes e persistindo mezes se tem revelado, sem que o exame da substancia renal indicasse qualquer outra alteração que não fôsse a presença de pequenos fôcos de sclerose no orgão que sangra, no seu congénere, ou em ambos.

É conveniente que o saibamos para que nunca deixemos de investigar cautelosamente os pequenos symptomas do brightismo (polakiuria, cryesthesia, sensação de dedo morto, caimbras, etc.), que serão ás vezes os unicos a levar-nos a suspeitar da causa hematurica, e a impor-nos assim a maxima prudencia com as nephrectomias que podem ter uma fatal consequencia.

Olhêmos o caso de Potherat que não é um mau exemplo: n'este, a hematuria datava de 18 mezes; o rim era deslocado, augmentado de volume e bosselado: era natural pensar n'um neoplasma; posto a descoberto o orgão, mais se confirmou o diagnostico, attendendo a que era de superficie tomentosa, vermelho-carregado. O rim foi extirpado, mas a existencia de neoplasma, calculo ou tuberculose não se verificou.

A verdade é que o doente foi tomado de anuria que primeiramente cedeu um pouco á administração de theobromina, mas que não tardou a

declarar-se novamente, victimando-o no meio de grandes accidentes urémicos.

Verificou-se depois que a sclerose e insufficiencia funcional do rim opposto tivera dado em resultado uma hypertrophia compensadora d'aquelle. As urinas todavia continham uma quantidade insignificante d'albumina.

Como se vé, n'este caso, longe de se atacar um rim doente, por um erro que não seria facil prevenir, fez-se a ablação d'aquelle, que não só cumpria as suas funcções, senão ainda as do outro.

Que estes factos não esqueçam, e lembremos sempre que aqui ainda, as dôres, a hypertrophia e as bosseladuras vieram juntar-se á hematuria, completando assim o quadro symptomatico d'um tumôr renal, uma vez que a presença de cellulas cancerosas faz ordinariamente falta.

Entretanto isto não significa por forma alguma que estas hematurias abundantes e pertinazes pertençam antes aos casos de sclerose renal; é apenas um ensinamento que julgo conveniente ponderar para pôr de sobre aviso.

Todas as vezes porem, que uma hematuria intensa se declare, apresentando os caractéres das hematurias renaes, devemos immediatamente pensar n'um cancro, tuberculose ou calculo, ou ainda n'um rim polykystico.

Sabemos que de todas estas affecções aquella que mais sangra em regra é o cancro, cujas he-

maturias são violentas, primeiramente com grandes intervallos (mezes), indo-se as crises approximando com os progressos da doença; na tuberculose como nos calculos e ainda nos kystos, a hematuria é menos abundante, e todavia não são raras as observações (Routier, Pousson, Tuffer etc) em que a tuberculose renal tem dado origem a hematurias de longa duração, continuas ou intermittentes.

Ainda, se este symptoma pertencesse a uma tuberculose avançada que se nos revelasse não só pela dôr e tumôr renal o que não basta, senão ainda pela presença de pús na urina e principalmente de bacillos, ou derivasse da tuberculose secundaria ascendente, o caso não seria de grande difficuldade; mas, infelizmente, o que nos ensinam as diversas observações, é que o phenomeno tem logar antes no despontar da tuberculose primitiva cortical, não vindo estas hematurias a ser mais que uma verdadeira hemoptyse tuberculosa inicial. As experiencias de Laroche, injectando culturas de tuberculose na veia renal, provam bem o papel da congestão na pathogenia d'esta.

Vejamos entretanto se algum signal pathognomico existe, pelo qual possamos destrinçar a lesão que origina a hematuria.

Poderá a dôr servir-nos de base para tal diagnose? Por certo que não. A sua grande variabilidade em qualquer dos casos mostra bem a impossibilidade de firmar n'ella um diagnostico.

E assim é com effeito.

Que se trate de tuberculose, cancro, kysto ou calculo, a dôr pôde existir ou não, e, quando exista, umas vezes é insignificante, por vezes mesmo uma simples sensação de peso, outras é violentissima, mesmo intoleravel: ha casos em que é espontanea, n'outros apenas provocada; pôde ser continua, mas frequentemente paroxistica, e, se se suppozesse que a dôr nos casos de calculo é característica, errar-se-hia, pois que, não só por vezes é constituída apenas por uma sensação incommoda ou de peso avivada pela pressão ou aballos (principalmente quando se trata de grandes areias dos calices ou calculos volumosos immobilizados no bassinète como no caso citado por Reynier), mas ainda podemos encontrar a dôr paroxistica semelhando exactamente a colica nephretica na ausencia completa da lithiase.

A investigação de areias e depositos uricos, indicar-nos-ha a via do diagnostico. Ainda mesmo a anuria calculosa nos não serve, pois que, como a colica, pôde dar-se em resultado d'uma obliteração do uretér.

Entretanto devemos notar que, o kysto hydatico nomeadamente, o rim polykystico, e ainda a tuberculose primitiva em comêço, além de não dá-

rem com grande frequencia dôres nephréticas, como a lithiase, são geralmente menos dolorósas que o cancro: comtudo, nos casos de calculo ainda a acção do repouso ou abalos se faz sentir, excepção feita d'alguns casos em que a hematuria pôde ser espontanea, como na precitada observação de Reynier.

O tumôr mais ou menos regular tambem não servirá, pois, não só será apreciavel n'um periodo bastante avançado da doença, como ainda pôde ser verificado em qualquer das affecções citadas.

E certo que, exceptuando o rim polykystico que affecta sempre os dois rins, todas as outras doenças em questão são habitualmente unilateraes; mas, além de que estas podem atacar os dois rins, a distincção baseada na unilateralidade do tumôr não poderia ser feita, attendendo a que, mesmo no rim polykystico, a evolução muito mais rapida n'um dos orgãos vem sempre mascarar a invasão do outro.

O tumôr renal pois, apenas nos indica que o orgão é augmentado de volume, e na maioria dos casos nada esclarece sobre a natureza d'essa hypertrophia. Convém saber ainda que, de todas estas lesões, aquella que mais silenciosamente evolue não dando mesmo logar a qualquer outro symptoma que não seja o tumôr, é o kysto hydatico: tambem quasi sempre é a ruptura d'este, a presença de echinococcus ou hydatides na uri-

na e ainda a punção exploradora, que nos revela a natureza da lesão.

Guyon apresenta tambem como signal importante de neoplasia renal a existencia de varicocele.

Pelo que precede se vê que, afóra a existencia do bacillo de Koch, de cellulas cancerosas, de cristaes ou sedimentos uricos, de hydatides, etc., não será facil o diagnostico d'uma hematuria renal, principalmente quando a lesão, qualquer que ella seja, esteja ainda por assim dizer em embrião. N'um periodo mais avançado, a cachexia, a côr, a pyuria, a polyuria, etc., prestar-nos-hão grandes serviços.

Todavia, ainda no inicio não estamos completamente desarmados, e, além da fórmula evolutiva mais habitual de cada uma d'estas affecções, auxiliar-nos-hão os commemorativos, a idade, os antecedentes pessoaes, hereditarios, etc. Entretanto não são raros os casos em que todas estas investigações, ainda que minuciosas, ficam improficuas.

Já ao tratar das lesões vesicaes me referi aos casos de hemorragias determinadas pela retenção e distenção consecutiva do aparelho, circumstancia em que a bexiga como o uretér e rim podem sangrar como se vê das experiencias de Guyon e Albarran, apresentando este por vezes, quando a retenção é de certa duração, largas zônas hemorrágicas

que tornam escura parte ou todo o órgão. Por experiencias se verifica ainda o papel adjuvante da infecção.

Seria a ação da distenção que nos daria conta da fórma porque certas affecções até então latentes se declaráram por hemorragias após uma retenção d'urina.

Tal é o caso apresentado por Albarran referente a um homem que, sem qualquer antecedente urinario, depois d'uma pequena retenção devida a excessos alcoholicos, verificou que a urina era sangrenta á primeira micção: este doente tinha um tumôr renal que sómente se declarou quando as condicções circulatorias do aparelho se modificáram graças á retenção.

O quadro das hematurias renaes, porém, não pára aqui: tem-se verificado ainda hematurias em casos de rim movel, como n'uma observação d'Albarran; n'esta, depois de fixado o órgão, as hematurias faltáram; registrarei ainda em identicas circumstancias as observações de Israël, Rebland e Newmann.

Podemos encontrar tambem estas hematurias de replecção em casos de retenção renal, principalmente septica.

Guyon observou um grande rim pyelo-nephético distendido e cheio de sangue, quando n'um cadáver se entregava a investigações sobre os meios de chegar ao rim por via transperitoneal.

Albarran e Andersen tem encontrado o phe-

nomeno em casos de hydronephrose, tendo-se ainda notado durante a prenhez e amamentação em mulheres cujo aparelho genito-urinario parecia absolutamente indemne.

Mas isto não é tudo.

Não são hoje já escassos os casos em que hematurias renaes de certa intensidade e duração se tem observado, sem que lesões anatomicas ou anatomo-pathologicas conhecidas fôssem encontradas, a despeito das mais minuciosas pesquisas.

Guyon reuniu diversos factos notaveis d'esta cathegoria, em que as perdas de sangue fôram tão graves que o determinaram a praticar a nephrectomia, suspeitando por vezes d'um neoplasma ou tuberculose.

Parece que a maioria d'estes factos seria dependente da congestão.

De facto, debaixo d'este ponto de vista o rim é nitidamente distincto da bexiga: emquanto que n'esta a congestão se não produz senão nos casos em que existe uma lesão anatomica importante ou uma profunda perturbação funcional, no rim a congestão declara-se e torna-se mesmo tão intensa que produza uma hemorragia grave, sem que uma lesão importante ou mesmo qualquer lesão a solicite?

É esta classe de hematurias, que os auctores denominam essenciaes, termo que talvez represente antes a difficiencia dos nossos conhecimentos ou meios de investigação.

A explicação que apresentam não é concordante: assim para Lanceraux e Brocá seria uma angio-nevrose, baseando-se para formular esta hypothese não só na sua maior frequencia em mulheres nervosas, senão na desappareição rapida que habitualmente se observa após operações variadas, taes como: simples incisão lombar descobrindo o rim, nephrotomia, e até talha hypogastrica, o que não poderia explicar-se senão por acção nervosa reflexa sobre a circulação renal.

Albarran pelo contrario, crê que estas hematurias tem origens muito variadas, sendo devidas a maior parte senão todas a lesões renaes insignificantes mas apreciaveis. Para isto funda-se nas quatorze ou quinze observações de hematuria essencial publicadas.

Assim; umas vezes apparecem lesões tuberculosas muito pouco avançadas (Albarran e Routier); n'outras uma leve incrustação do vertice d'uma pyramide (Abbi); por vezes verificaram-se lesões diminutas de nephrite chronica (Sabatier, Senatôr e outros; ou ainda uma leve hydronephrose (Lauhreinstejn) etc.; apenas nas de Brocá e Schède é que, apezar dos maiores cuidados no exame histologico, nenhuma lesão microscopica se pôde descobrir.

Diversas tem sido as classificações que d'ellas se tem feito. Já em 1841 Rayer separa em tres grupos as hematurias renaes, collocando no terceiro grupo as hemorragias renaes essenciaes.

Em 1875 Lanceraux estuda as hematurias neuropathicas do rim e a congestão do orgão por acção nervosa; em 1884 Brocá reúne um certo numero d'observações d'este genero; Klemperer apresenta duas observações e divide estas hematurias em — 1.º physiologicas, succedendo a fadigas physicas; 2.º hemophilicas; 3.º angioneuroticas; apresenta como bases de distincção os antecedentes hemophilicos ou os signaes geraes de neurasthenia.

Hamel na sua these classifica estas hematurias em — hematuria com nephroptose, hematuria com nevralgia, hemophilica, purpurica, com albuminuria e essencial pura (?) apresenta observações. Unicamente ao tratar d'este ultimo grupo diz:

“Existe-t'elle réellement?”

Por minha parte, creio que os casos de hematuria essencial pura se irão restringindo com o progresso dos meios de investigação.

Depois do que precede, que conclusão podermos colher pelo que respeita a hematurias renaes? Que estas são devidas a causas multiplas umas já adquiridas, outras desconhecidas, e que, cada uma d'estas causas poderá ainda produzir hematurias muito variaveis em abundancia e duração, sendo pois o diagnostico na generalidade dos casos d'uma extrema difficuldade ou mesmo impossivel. Se n'algumas circumstancias symptomas diversos, commemorativos, tára mórbida etc., etc., podem garantir-nos um diagnostico approximado,

em outros a incerteza dominará e não ousaremos formular mais que um diagnostico provavel.

Devemos ainda lembrar que, além das difficuldades já expostas, existem casos das chamadas hematurias atypicas que Lanfranchi divide em quatro grupos—1.º hamaturias atypicas de séde; quando apresentam os symptomas classicos vesicaes sendo renaes, e vice-versa; 2.º de natureza; quando, simulando por exemplo um neoplasma, são devidas a calculo; 3.º de séde e natureza; quando apparentando uma affecção vesical ou renal, são determinadas por uma outra lesão renal ou vesical; 4.º de causa; comprehendendo as que são dependentes de causas anormaes, e ainda as chamadas essenciaes.

Quando a atypia seja de séde ou mesmo de natureza (vesical), o exame cystoscopio poderá revelal-a; mas, em casos de atypia de natureza ou causa renal, isto é: nos casos difficeis em que a lesão renal se não manifesta com a sua symptomatologia habitual, ou quando mesmo é devida a lesões quasi inapreciaveis e pouco communs, como diagnostical-a?

Segundo Pièrre Heresco, a nephrotomia exploradora é o melhor meio actual de exploração do rim, e Oscar Bloch aconselha o seguinte procedimento;—fazer a punção exploradora com ou sem aspiração; quando esta não dê resultado sufficiente recorre á incisão exploradôra, pondo o rim a descoberto; faz a palpação do orgão, retira-o para

fóra de fórma a examinar melhor o bassinete e punciona este com ou sem aspiração. Não sendo estes meios sufficientes, aconselha fazer a nephrotomia, excisando mesmo um pouco de parenchyma renal para fazer o exame bacteriologico e microscopico. Affiança a pouca gravidade da operação.

O que parece mais rasoavel é, segundo Picqué, recorrer primeiramente a meios medicos; não dando estes resultado e verificando-se qual o rim que sangra, fazer a incisão lombar, abstendo-se quando o resultado seja negativo, no caso contrario (segundo tambem a opinião de Demons) recorrer á incisão do rim com o fim de o explorar melhor; examinar os calices e bassinete.

De resto, qualquer d'estas operações, a simples incisão exploradora por vezes, suspende a hematuria.

A nephrectomia só será indicada quando os outros meios falhem, a hemorragia ameace os dias do doente, e se verifique a integridade do outro rim.

Observações

Observação I

(PESSOAL)

Enfermaria de Clinica Cirurgica

DIRECTOR—Professor, *Roberto Frias*.

F, natural da Galliza, solteiro, cosinheiro, 27 annos de idade; ha 14 annos que vive no Porto. Entrou para o hospital por virtude de hematuria pertinaz.

Antecedentes hereditarios:—Os paes fallecidos; não existia nada de arthritico tuberculoso ou escrofuloso. Irmãos saudaveis.

Antecedentes pessoas:—Sarampo em criança. Teve cinco blennorrhagias sem que houvesse cystite. A ultima terminou approximadamente 3 mezes antes da eclosão da doença actual. Foi affectado por duas gastrites agudas, uma aos 25 outra aos 26 annos. De ha 5 annos para cá tem tido leves manifestações hemorrhoidarias.

Historia da doença:—Ha oito annos que se declarou a hematuria. N'essa data houve um coito suspeito, apparecendo dois dias depois uma purgação amarellada pouco abundante e indolôr, que persistiu apenas um a dois dias. Seguidamente o corrimento purulento desapareceu, sendo substituido por um outro sanguineo que affluia ao meato gotta a gotta fóra da micção, córando apenas durante o acto a primeira porção emittida. Durante todo o resto

NOTA.— Nas minhas observações, tudo o que respeita á analyse da urina e exame microscopico é trabalho que o meu amigo Souza Junior obsequiosamente me cedeu.

da micção a côr do liquido era normal. Simultaneamente havia dôres ao longo da urethra, irradiando para o perineo e anus: tinha grande difficuldade em expulsar o primeiro jacto de urina, pois que experimentava uma sensação de constrictão urethral que compara a um anel elastico, sendo sempre necessario um violento esforço para que a urina triumphasse d'este obstaculo. Havia dôr bastante accentuada na porção posterior da urethra mas sómente no principio da micção. Não havia perturbação alguma final, dôr ou tenesmo; pelo contrario experimentava uma sensação de allivio, de bem estar após a evacuação da bexiga: existia apenas alguma frequencia. A urethrorrhagia acompanhada dos symptomas mencionados, persistiu um mez, ao fim do qual se sustou para dar logar ao seguinte cortejo symptomatico: grande difficuldade em iniciar a micção, dôres n'este momento, e urinas mais ou menos uniformemente sanguinolentas durante todo o acto com micções de 2 em 2 horas. O repouso não tinha influencia sobre a hematuria, aggravando ainda a frequencia, que era maior quando deitado. Ha já annos notou que antes de começar a urinar sahia um liquido branco, mais ou menos espêsso e viscôso. Este estado tem permanecido com leves modificações até hoje. Fôram-lhe feitas ha 4 annos lavagens vesicaes boricas, sem que algum resultado colhesse. Ha 1 e 3 annos soffreu installações de nitrato, tratamento que antes aggravava, augmentando a polakiuria e a côr da urina final; apenas alguns medicamentos internos (salsaparrilha, etc.), parecem ter-lhe sido proveitosos, pois que lhe chegaram a tornar as urinas quasi completamente limpidas. Nunca houve colicas nephreticas.

Estado actual:—Persiste o mesmo estado. Não ha emaciação nem alteração de côr. Pelo exame directo colhi o seguinte: a sonda deu-me conta de 5 apertos largos; um pouco além do meato, outro proximo ao bolbo, e o terceiro na região membranosa. Creio que este ultimo era

antes spasmó, pois apenas era sensível ao passar da sonda, tornando-se logo inapreciável. Apenas um núcleo duro, indolente e não adherente aos involucros, existe no epididimo.

Ao toque rectal encontrei a próstata regular, apenas sensível; como symptomas vesicaes unicamente uma leve dor hypogastrica á pressão. O rim não é augmentado; é indolente e não ho ballotement.

Antes de ser expulsa a primeira porção de urina vê-se sair um liquido esbranquiçado e viscoso.

A urina á emissão é quasi uniformemente corada, apparecendo de vez em quando (antes no principio do acto) alguns coagulos.

Exame da urina.—Urina vermelho-claro, turva, com alguns coagulos negros no fundo, e deposito de pús e sangue.

$V=1100 \text{ cent}^3$; $d=1,0225$; $a=1,775$.

Deposito= 1 cent^3 de sangue e pús, ficando o liquido acima do deposito pouco corado; Albumina= 1 gr ; indican-pouco.

Exame microscopico.—Lencocytos, cellulas e globulos rubros.

O estado do doente no hospital persistiu o mesmo quasi. A principio a urina era mais carregada contendo coagulos de variadas formas; ultimamente tornou-se menos corada e não existiam já coagulos. Fizeram-se 4 instillações de nitrato de prata, dando o resultado das que tivera já soffrido anteriormente. Por ultimo tomou diariamente 3 capsulas de $0,5^{\text{gr}}$ de urotropina: melhorou um pouco. Durante a sua estada na enfermaria teve uns dias fluxões hemorroidarias anaes pouco intensas.

Diagnostico.—Attendendo ao facto de existir um coito suspeito dois dias antes da eclosão da doença, seriamos inclinados a suppor a existencia primitiva d'uma blennorrhagia, pois que houve um corrimento amarelado; mas, este durou apenas dois dias, passados os quaes desappa-

receu completamente e foi substituído pelo corrimento sanguineo, o que não quadra com a marcha habitual d'esta doença.

Seria licito admittir a blennorrhagia inicialmente, tendo-se produzido em seguida por qualquer mechanismo uma laceração da urethra? A primeira parte é admissivel, pois que, se o doente não refere que o corrimento purulento durasse mais de dois dias, é porque o pús poderia ser mascarado pelo sangue; mas, se esta hypothese é admissivel, não o é a segunda parte: se por um lado é permittido ainda pensar n'uma laceração do canal tendo em vista a existencia de 5 blennorrhagias anteriôres que o deviam ter tornado sclerôso, rigido e pouco elastico, por outro, além dos commemorativos serem estereis de baixo d'esse ponto de vista, n'estes casos não persistiria a urethrorrhagia um mez, quando alguma causa traumatica não continuasse a actuar.

Admittir a existencia d'um calculo urethral cu prostatico tambem não é licito, porque a sonda e toque rectal nada indicou; de resto o jacto urinario é normal o que mostra a ausencia de qualquer aperto. Deveremos pensar n'uma alteração dos vesiculas e canaes ejaculadores? Por certo que estes órgãos não são intactos, attendendo á sahida do referido liquido esbranquiçado, que como vimos contem spermatozoides, e ainda á dôr inicial da micção a qual poderá em parte estar ligada á ejaculação; mas, qual a natureza d'esta lesão? Para ser tuberculosa, além de em regra não sangrar tanto, deveriam as lesões estar mais avançadas, dando a prostata e testiculo signaes evidentes, o que não existe; demais a urina não contem bacillos: para se suppor blennorrhagica, deveria existir o gonococco, e esta unica lesão não explicaria todos os symptomas apontados, sendo necessario admittir tambem qualquer causa vesical.

A duração da affecção, a falta d'alguns symptomas, a grande quantidade de sangue e os resultados negativos

do tratamento, excluem a ideia de lesões actuaes blennorrhagicas da urethra profunda, cólo vesical, etc.

Primeiramente ainda pensei que a difficuldade em iniciar a micção se relacionasse com a saída de coagulos volumosos na primeira porção urinaria; mas, estes coagulos desapareceram, e entanto o phenomeno ficou o mesmo.

Para admittirmos uma urethrite blennorrhagica anterior ganhando logo a urethra posterior, cólo vesical e bexiga, tambem os resultados do tratamento, o tempo, a falta de symptomas proprios, a ausencia de gonococco, etc., devem affastar tal hypothese actualmente, pôsto que devesse ser esta a lesão inicial.

O mais natural é que não seja a mesma affecção em jogo desde o principio.

Será esta hematuria de proveniencia renal ou vesical? Não existem coagulos alongados; ha ausencia de signaes renaes, a mistura do sangue á urina (signal contestado) não é perfeitamente intima, a persistencia da hematuria, a dôr á micção e á dôr hypogastrica, a ausencia de cylindros e a falta de periodos de remissão completa, militam a favor da origem vesical.—Qual a lesão? Não se trata de calculo certamente; falta a dôr na extremidade da verga etc.; o toque rectal esteril, não ha suspensão brusca e indolôr da micção, e a hematuria não cede ao repouso—O caso de cystite blennorrhagica está excluido pelas razões atraz indicadas — Deveremos pensar n'uma cystite tuberculosa? A ausencia de bacillos, o estado da prostata e epidydimo, a longa duração da doença e o bom aspecto do doente levam a suspeital'a pouco; entretanto é admissivel. Tratar-se-ha d'uma cystite varicosa? Por forma alguma. O que seria natural admittir era a existencia ulterior d'um tumôr benigno e pediculado que avesinhasse o colo vesical, havendo ainda spermatocystite. Ficaria assim explicada a abundancia e persistencia da hematuria, a ausencia quasi completa de symptomas cystiticos, a difficuldade inicial da micção, a

dôr e a presença de espermatozoides. O exame cytoscopico, porem, assegurando a proveniencia vesical do sangue, mostrou-nos que se não tratava de polypo, mas antes de ulcerações na parede anterior do reservatorio.

Qual a natureza d'estas? Não sei. É natural que primeiramente se tratasse de urethrite blennorrhagica, vindo seguidamente enxertar-se uma affecção de outra natureza (tuberculosa?) O doente sahio no dia 15 de junho quasi no mesmo estado.

Observação II

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 1—DIRECTOR, *Dr. Nogueira*

F. 33 annos, natural da Barquinha, casado, serralleiro; entrou para o hospital no dia 22 de abril de 99, por virtude de hematuria, polakiuria, etc.

Antecedentes hereditarios:—Mãe hemícranica e pae rheumatico; tem 5 irmãos todos saudaveis.

Antecedentes pessoas:—Aos 17 annos teve intermitentes (quartans); aos 22 rheumatismo articular agudo; aos 25 cancro molle. Falla na existencia de um corrimento declarado ha 7 annos, que não parece ser blennorrhagico.

Historia da doença e estado actual:—Ha 3 mezes que começou a ter hematurias, reconhecendo-as graças aos coagulos e á sensação especial que estes determinavam á micção.

Primeiramente não havia dôr alguma; ha apenas mez e meio que esta se declarou no fim do acto. Esta dôr foi muito violenta durante 15 dias, havendo simultaneamente tenesmo, dôres perineas e polakiuria (micções todas as horas).

Esta hematuria declarou-se sem causa apparente, e tem augmentado progressivamente. O cortejo symptomatico vesical não se revelou d'emblee. A urina apparece ás vezes sanguinolenta desde o principio, outras vezes apenas as ultimas porções contém sangue e coagulos.

O descanso diminue pouco a frequencia. Ha vontade imperiosa de urinar. O repouso não tem acção alguma sobre a hematuria.

O sangue tem diminuido. A urina é quasi uniforme-

mente córada d'um vermelho claro. Existem bastantes coagulos de fórmias indefinidas. Ultimamente a urina tornou-se quasi limpida e os coagulos desapareceram.

Exame directo:—Não revelou cousa alguma do lado do rim, urethra, prostata ou bexiga. Devemos notar que foi insufficiente.

Exame da urina:—Deu o seguinte: $V=1,550$ cent.³, $d=1020$, $a=1,242$. Deposito $1\frac{1}{2}$ cent.³ de pús no fundo e sangue bem vermelho em cima.—A urina é toda córada de vermelho, e possui um deposito muito abundante de pús e sangue. Indicam augmentado. Uma nova urina mostrou numerosos crystaes de oxalato e phosphato acido de cal.—Acidéz= $1,420$.

Sahiu no fim de maio muito melhorado, sem que lhe fôsse feita alguma lavagem á bexiga. Esteve no uso de urotropina, ergotina e semicupios.

Diagnostico:—Todos estes dados me levam a diagnosticar uma hematuria vesical, provavelmente tuberculosa.

Observação III

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 5--PROFESSOR, Moraes Caldas

F. 76 annos, viuvo, lavrador, natural de Villa Real; entrou no hospital no dia 6 de fevereiro

Antecedentes hereditarios:—Pae hemorrhoïdario e rheumatico articular agudo; mãe hemicranica e doente d'estomago. Teve onze filhos sendo apenas 5 vivos; todos saudaveis.

Antecedentes pessoas:—Estereis.

Historia da doença e estado actual:—Ha um anno andando no quintal, urinou sangue, sem dôr, vindo toda a urina fortemente tinta. Desde essa data tem tido hematurias que duram 8 a 10 dias pelo maximo; a urina é sempre córada durante toda a micção. Ha periodos inter-hematuricos de 10 a 12 dias e mais, durante as quaes as urinas vem limpidas quasi completamente. O jacto urinario é quasi normal. O movimento ou repouso não tem acção. Nunca houve signaes de cystite. As urinas são fortemente córadas do principio ao fim. Desde o dia 7 de maio que a urina tem acclarado successivamente até que no dia 10 estava quasi completamente limpida: depois ainda houve dois dias em que continha sangue, mas logo voltou a acclarar.

Exame microscopio:—Muitos globulos rubros; muitos leucocytos em degeneração gordurosa; cellulas grandes e pequenas.

Em 5/4/99, fez-se nova analyse:—Urina muito sanguinea por toda, com farrapos membranosos de tecido embryonario que podia fazer suppor cellulas sarcomato-

sas. A urina é alcalina 2 horas depois da micção. Urina vermelho-vivo, sem grande deposito.—Mais tarde era alcalina já á emissão.

Em 23/4/99, foi colhida outra urina.—Côr sanguinea-escura, com alguns coagulos e muita bórra de sangue e pús.—*Alb*=10 gr. por litro; deposito=3 cent.³ de sangue negro e algum pús ammoniacal.

Sahiu em 12/6/99, tendo cessado a hematuria havia um mez.

Diagnostico:—Hematuria renal de causa neoplasica (benigna).

Observação IV

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 5—PROFESSOR, *Moraes Caldas*

F., 35 annos, casado, pedreiro, natural de Penafiel; entrou para o hospital no dia 6 de maio de 99.

Antecedentes hereditarios:—Paes já fallecidos; a mãe era hystérica e tem um irmão escrofulôso.

Antecedentes pessoais e historia da doença:—Variola aos 22 annos. Ha 21 mezes andando a trabalhar, notando então um corrimento esbranquiçado e ardôr junto ao meato. Esta purgação continuou depois fóra da micção, sem dôres, as quaes, segundo diz, apenas sentia durante este acto. O membro tumefez-se, e, depois d'alguns dias sentiu dôres fracas no ventre, que desapareceram ao fim de 3 mezes. O corrimento todavia persistiu ainda durante 3 ou 4 mezes sem que houvesse dôres á micção.

No dia 14/2/99, appareceu-lhe de novo uma purgação e ardôr á micção na parte anterior do canal.

Decorrido um mez, viu que as ultimas porções d'urina vinham córadas de sangue; havia dôres, polakiuria, tenesmo e micção imperiosa.

Estes symptomas aggravaram-se, e ao cabo de 15 dias já a urina era fortemente sanguinolenta durante toda a micção. Havia dôres espontaneas no hypogastro, que o impediam de andar. O repouso não tem acção sobre a hematuria. O corrimento urethral persiste ainda com períodos de calma e exacerbação, chegando por vezes a sentir ardôr na urethra. Do lado da bexiga os symptomas tem-se successivamente minorado. Já antes de entrar para o hospital esteve em casa quasi bom devido ao trata-

mento (leite, agua de linhaça, etc.) Tinha então a doença 2 mezes. As urinas fôram francamente sanguinolentas durante mais d'um mez, e, ao passo que melhorava, ia-se o sangue apenas mostrando no fim da micção. A sua entrada foi motivada pelo aggravamento da doença devido á incuria therapeutica. Durante a permanencia no hospital diminuiram os symptomas successivamente; ha poucas dôres e a hematuria foi-se dissipando.

No dia 20 já a urina posto que turva, não tinha se não uma leve côr sanguinea. Ultimamente voltou a aggravar-se um pouco, de fórma que sahio quasi no mesmo estado nos principios de junho. No hospital tomou decocto de gramma e fragaria que o melhorou uns dias. O exame directo não foi tão completo como deveria ser; não revelou mais que sensibilidade anormal da urethra e bexiga.

Analyse da urina:—Urina vermelho cardinal, turva, com abundante deposito de sangue, alguns coagulos negros e pús. $V=1200$ cent.³, $d=1,0165$, $a=0,887$, albumina =4 gr., indican muito abundante, dep.=1 cent.³ de sangue e algum pús, ficando a urina clara; acima do deposito uma zona de côr sanguinea viva. Existe o gonococco.

Diagnostic:—Urethro-cystite blennorrhagica. (1)

(1) Este doente negava a existencia de coito suspeito de ha mais de 2 annos para cá.

Observação V

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 6—DIRECTOR, *Dr. Agostinho de Mattos*

F., 72 annos, casado, hortelão, natural do Porto; entrou para o hospital dia 9 de junho de 99.

Antecedentes hereditarios:—Nada. E' engeitado, e de 5 filhos que tem só um padece de peito.

Antecedentes pessoas e historia da doença:—Teve sarampo e variola. Ha 40 annos que na palpebra inferior direita tem uma neoformação formando crostas que elle destacava de vez em quando. Ha 5 annos cresceu, adquirindo o volume d'uma avelã. Um anno depois foi convidado a operar-se, não aceitando. Ha poucos dias soffreu um traumatismo que provocou a ulceração da neoplasia; esta tende a alastrar-se e invadir o globo ocular. E' varicoso. Nas pernas tem ulceras cobertas de verdadeiras escamas epitheliaes. As hematurias datam quasi de 2 annos. Notou que o liquido vinha córado desde o princio, augmentando a côr um pouco para o fim da micção. Nunca no mesmo dia houve urinas tintas e limpidas, tendo a hematuria persistido até hoje sem interrupção. O repouso não tem influencia. Ha 6 mezes que experimenta uma pequena dôr no fim da micção, sem que haja frequencia. O doente tem uma côr cachetica accentuada que pôde ligar-se ao epithelioma palpebral.

A exploração vesical nada deu; sómente o orgão é doloroso á palpação bimanual. O rim mudo: os ganglios inguinaes hypertrophiados. Existe um variococello duplo, e a prostata está normal. Ha grandes coagulos negros de forma variada. Foi necessario por duas vezes fazer-lhe a

evacuação da bexiga, por causa da retenção determinada por spasmo do colo. Fizeram-lhe injeções vesicaes de tannino, e uma injeção de 20 cent.³ de sôro. A urina está quasi limpida.

Exame da urina: — Côr vermelha-escura, levemente acida, V=700 cent.³

Elementos anormaes: — Alb.=3 gr. por litro; sangue abundantissimo; indicam muito

Exame microscopico:—Globulos rubros, leucocytos (não globulos purulentos), e numerosas cellulas epitheliaes volumosas, federadas em tubos ou moldes de fôrma variada.

Diagnostic: — Processo vesical primitivo; neoplasia epithelial provavelmente, attendendo á diathese epithelial do doente. Parece que um exame ultimo mostrou cellulas de epithelioma tubulado.

Observação VI

(DEVIDA A SOUZA JUNIOR)

F., natural da Mêda. solteiro, caixeiro, 18 annos de idade. Entrou para o h6spital na quinta-feira 17 de fevereiro de 1899 com symptomas de urethrite e cystite hemorrhagicas.

Antecedentes hereditarios :—O pae 6 um arterio-scler6so (alcoolico), a m6e e irm6es saudaveis.

Antecedentes pessoas :—Uma blennorrhagia ha 2 mezes (injec6o de vinho e outros medicamentos). Ha 1 mez declarou-se a cystite com hematuria final; o repouso aggravava todos os symptomas. A hematuria tem sido constante; tomou balsamicos.

Exame directo :—D6r na regi6o vesical. P6s sanguinolento no meato. No p6s urethral encontrou-se o gonococco.

Urina :—V=1570 c³—C6r vermelho-escarlate-A-0,710. Deposito sanguineo abundante, pesado, havendo algum p6s, mas pouco relativamente ao sangue; d = 1,015; deposito de 1 cent.³ de sangue puro vermelho escuro, com annel nublado de 2 cent. de altura e formado de sangue rutilante e p6s. Urina desc6rada. Albumina 4 gr.

Exame microscopico :—Numerosissimos leucocytos e bastantes globulos rubros nitidos; n6o ha uma unica cellula epithelial. Sahiu curado em 29 de mar6o de 1899.

Observação VII

(DEVIDA A SOUZA JUNIOR)

F., de Gondomar, cigarreiro, 36 annos de idade, casado. Entrou em 13 de abril de 1899 com cystite hemorrhagica e hemorrhoides.

Antecedentes hereditarios e pessoas:—Nada.

Historia e estado actual:—Ha. cerca de 15 annos tomou um banho n'uma tarde muito quente, (era então pedreiro); no dia seguinte de manhã appareceram algumas pingas de sangue sem urina, e difficuldade em obrar. Levou injeções adstringentes dadas por curandeiros, que nada lhe fizeram. Continuou com hematuria violenta, polakiuria e dôr final. Entrou então na enfermaria n.º 3 onde esteve 2 mezes com o regimen lacteo e alcatrão, cessando a hematuria, e podendo já reter a urina¹ uma, duas ou mesmo tres horas. Sahiu e passou relativamente bem cerca de um anno. Voltou a encontrar-se mal e entrou na enfermaria 5 onde se deu muito bem durante 3 mezes com o regimen lacteo; depois começou a ter lavagens de bexiga com agua e alcatrão (algalia com corrente dupla); as 5 primeiras fôram bem supportadas, mas depois começou o protesto da bexiga, e sentiu-se peor dia a dia, até fazer 30 lavagens; suspenderam-l'has; voltando ao regimen lacteo e com este as melhoras. Sahiu melhor depois de 6 mezes de estada no hospital. Esteve durante 13 annos relativamente bem, contrahindo no entanto uma blennorrhagia que curou facilmente, bem como alguns cancos mol-

(1) Uma urina d'este doente apresentava indician muito abundante. Havia embaraço gastrico e uma exacerbação de dôres nevralgicas.

les. Em setembro de 1898, tendo feito alguns excessos alcoolicos, encontrou-se de novo mal, consultando um medico que lhe administrou nitrato em instillações = 3 a $\frac{1}{200}$, bem supportadas; 3 a $\frac{1}{175}$ rasoavel; 3 a $\frac{1}{150}$ menos bem, e uma a $\frac{1}{100}$, além do que não pôde ir por se sentir muito mal. Resolveu entrar no hospital pela 3.^a vez.

Exame do doente:—Prostata augmentada e dolorosa; baixo fundo da bexiga fazendo grande saliencia no recto. Grande dôr pela palpação bimanual. Varicocello esquerdo; sensibilidade do rim direito. *Urina*:—V=680 c³, d=1,021 a=1,065, alb. 1 gr., deposito 1 $\frac{1}{2}$ cent.³ branco-avermelhado. Urina amarello-castanho. Indican levemente augmentado.

Em 29 de junho de 1899 foi encontrado com uma meningite em estado comatoso. N'essa occasião—urina 20 cent.³, côr amarello-alaranjada, cheiro normal, acida, com alguns farrapos. Centrifugada deu um precipitado que se esborôa.

Exame microscopico:—Muitos leucolytos e raros cylindros (leucocytarios e um hyalino). Bacillos de Koch raros, em montões. *Albumina* 2 gr. Indican abundante. Morreu.

Proposições

Anatomia. — A aponévrose prostato-peritoneal é um residuo de regressão do fundo de sacco recto-vesical de Douglas.

Physiologia. — A puberdade no homem traduz-se por uma reacção physiologica menos accentuada que na mulher.

Therapeutica. — A digitalis não tem acção sobre o pneumogastico.

Operações. — Na amputação da perna prefiro o methodo de Sedillot.

Anatomia Pathologica. — O tuberculo não é pathognomonic da bacillose de Koch.

Pathologia Externa. — Reprovo a intervenção precoce nos casos de osteite com necrose.

Pathologia Interna. — Quando um doente se queixa do coração, é muito provavel que este orgão não esteja doente.

Partos. — Quando exista disproporção entre o volume da cabeça fetal e as dimensões da bacia, opto pela symphyseotomia antes que qualquer tentativa de forceps seja emprehendida.

Hygiene. — Os microbios são poderosos meios hygienicos.

Pathologia Geral. — O producto da concepção consanguinea só pôde ser prejudicado quando haja tãra morbida

Visto,
A. Brandão
Presidente.

Póde imprimir-se,
D. Souto.
Director interino.