

N.º 152

José Fernando de Castro Correia

# CALCULOSE VESICAL DA INFÂNCIA

(Trabalho de Pediatria)

Tése de doutoramento apresentada  
à Faculdade de Medicina do Pôrto

DEZEMBRO DE 1922

————— 1922 ————  
IMPRENSA NACIONAL  
— de Jaime Vasconcelos —  
204, Rua José Falcão, 206  
————— PORTO —————

## **Calculose vesical da infância**

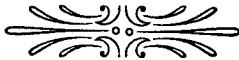
N.º 152

José Fernando de Castro Correia

# CALCULOSE VESICAL DA INFÂNCIA

(Trabalho de Pediatria)

Tése de doutoramento apresentada  
à Faculdade de Medicina do Pôrto



— 1922 —  
IMPRENSA NACIONAL  
— de Jaime Vasconcelos —  
204, Rua José Falcão, 206  
— PORTO —

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

---

DIRECTOR

**Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior**

SECRETÁRIO

**Dr. António de Almeida Garrett**

---

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinários

|   |  |
|---|--|
| Anatomia descritiva . . . . .                           | Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima        |
| Histologia e Embriologia . . . . .                      | Dr. Abel de Lima Salazar                 |
| Fisiologia geral e especial . . . . .                   | Vaga                                     |
| Farmacologia . . . . .                                  | Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão |
| Patologia geral . . . . .                               | Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar      |
| Anatomia patológica . . . . .                           | Dr. António Joaquim de Souza Júnior      |
| Bacteriologia e Parasitologia . . . . .                 | Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão        |
| Higiene . . . . .                                       | Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior   |
| Medicina legal . . . . .                                | Dr. Manuel Lourenço Gomes                |
| Anatomia topográfica e Medicina<br>operatória . . . . . | Vaga                                     |
| Patologia cirúrgica. . . . .                            | Dr. Carlos Alberto de Lima               |
| Clínica cirúrgica. . . . .                              | Dr. Álvaro Teixeira Bastos               |
| Patologia médica . . . . .                              | Dr. Alfredo da Rocha Pereira             |
| Clínica médica . . . . .                                | Dr. Tiago Augusto de Almeida             |
| Terapêutica geral . . . . .                             | Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães     |
| Clínica obstétrica . . . . .                            | Vaga                                     |
| História da medicina e Deontolo-<br>gia. . . . .        | Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos  |
| Dermatologia e Sifilografia . . . . .                   | Dr. Luis de Freitas Viegas               |
| Psiquiatria. . . . .                                    | Dr. António de Souza Magalhães e Lemos   |
| Pediatria . . . . .                                     | Dr. António de Almeida Garrett           |

Professor Jubilado

**Dr. Pedro Augusto Dias**

**A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.**

**Art. 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da Faculdade  
de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.**

# A meus Pais

**Por tanto que vos devo.**

## A meus irmãos

A vós que partilhais da minha alegria  
um apertado abraço.

A meus avós

A meus tios

A meus primos

**Muita amizade.**



# Aos meus condiscípulos

e em especial

*Dr. António Chaves Maia*

*Dr. Bernardino Ribeiro*

*Dr. Ferreira da Cunha*

*Dr. João Macedo Pinto*

*Dr. Manoel Paulo Souza Martins*

*Dr. José Reis*

*Dr. Augusto de Barros*

*Dr. Francisco Vasques de Carvalho*

e em particular

*Dr. Jaime Pereira de Magalhães*

Recordação saudosa dos tempos idos  
e sincera amizade.

# Aos meus contemporâneos

e em especial

*Fernando Gomes da Costa*  
*Avelino da Silva Costa*  
*Aires Ribeiro*  
*Fernando Duarte Azeredo Antas*  
*Aurélio Fernandes*  
*Eduardo Ferreira*  
*Ulisses Canijo*  
*Luciano Aresta Branco*  
*Manoel Araujo*  
*Aleixo Pereira Patinha*

Saudades de vos deixar.

---

# Aos meus amigos

*Dr. Gil Moreira Ramos, Carlos Gomes, Moreira da Costa, Almeida, Nunes, Raul Silva, Machado, Valente, Guerreiro, Silva, Raul, Santos, Adriano, Serafim Monteiro, Guilherme Aguiar, José André.*

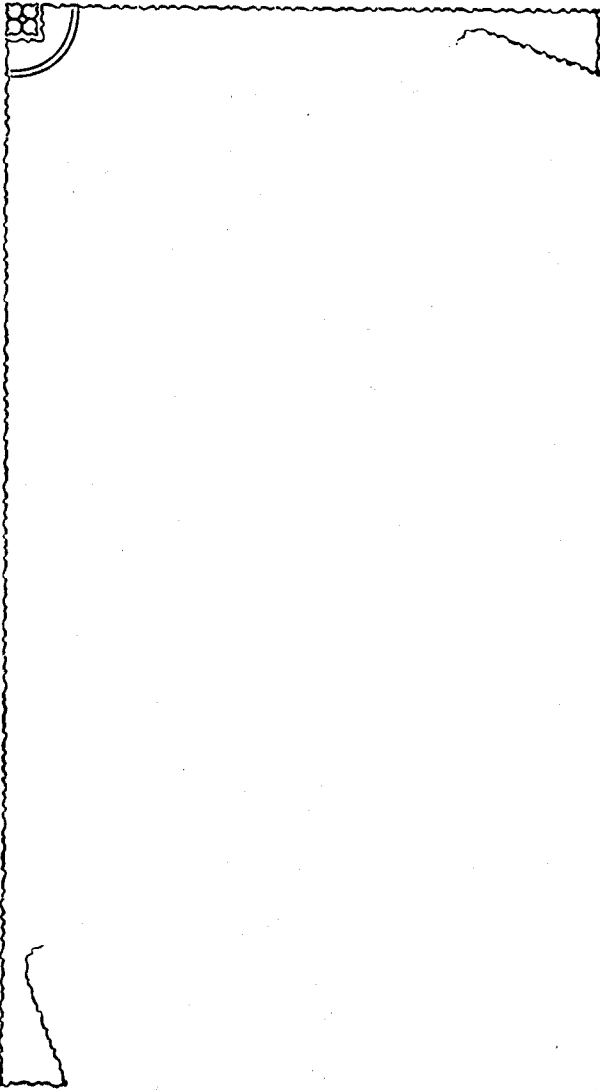
Nunca vos esquecerel.

Ao douto corpo docente  
DA  
Faculdade de Medicina do Pôrto

Ao meu ilustre Presidente de Tése

Ex.<sup>mo</sup> Snr. Prof. Dr. Almeida Garrett

Homenagem, consideração e respeito.



## PREFÁCIO

---

*Feitos os exames de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica, restava-me, para terminar o curso, a apresentação e defesa de uma tese, porque assim o determina a lei.*

*Em face disto, falei com o ilustre professor Dr. Almeida Garrett, mostrando-lhe a necessidade que tinha em conseguir um assunto para tese, e êle lembrou-me êste, da sua especialidade, visto que além de o julgar interessante ainda não tinha sido apresentado à Faculdade.*

*Muito reconhecido, comecei a elaborar êste meu trabalho, ciente de que o assunto que me era oferecido, satisfaria a formalidade legal. Se, porém, os que me julgarem, entenderem que o tempo que dediquei a êste assunto é desprovido de qualquer merecimento, só me resta apelar para a sua benevolência, pedindo-lhes para me relevar a boa intenção*

*com que o escrevi, no que confio, porque, além de se dar a circunstância de escrever pela primeira vez, é obrigado que o faça; e lá diz «La Bruyere»: os erros cometidos obrigatoriamente merecem mais desculpa que os cometidos voluntariamente.*

\*  
\* \* \*

*Dividi êste meu trabalho em duas partes: na primeira faço um estudo geral da calculose vesical da infância, apresentando uma estatística dos casos de cálculos vesicais das enfermarias de crianças do nosso hospital, pela qual podemos ajuizar da sua freqüência entre nós; na segunda, apresento várias observações clínicas colhidas na Enfermaria de Pediatria, excepto uma, a IV, que me foi cedida*

*pelo meu condiscípulo Dr. Vasques de Carvalho, e que é interessante por se tratar de um cálculo vesical, de dimensões regulares, expulso naturalmente.*

\*  
\*

*Cumpre-me agradecer ao Ex.<sup>mo</sup> Professor Dr. Almeida Garrett, o ter aceite a presidência da defesa dêste meu humilde trabalho, e patentear-lhe a minha indelével gratidão por todos os esclarecimentos que tão amavelmente me dispensou.*



# PARTE I

(ESTUDO GERAL)

## Um pouco de história

---

A calculose vesical parece ter sido uma das doenças mais antigamente conhecidas. Já no tempo de Hipocrates era considerada uma doença da infância ou da velhice: "Desde os 42 anos até aos 63, não se desenvolvem pedras na bexiga, a não ser que a pedra já aí se encontrasse precedentemente.". Nas crianças, "o princípio desta doença está no leite, quando êste alimento em lugar de ser salubre fôr aquecido ou bilioso; todavia é a água a causa principal e principalmente as águas que veem de logares afastados que se tornam heterogêneas no longo trajecto que percorrem.". É por, "deposição.", que o cálculo se forma na bexiga, mas Hipocrates já notou que existiam causas locais: "Tais águas depositam, nos copos que as encerram, lôdo e areia, e o uso que se faz delas origina as doenças que eu tenho mencionado (pedra, areia);

não em todos os homens indistintamente; aqueles cuja bexiga não estiver inflamada, nem o cólo deste órgão muito apertado, deixam sair facilmente a urina e nada se condensa na sua bexiga». Já sabia que «as raparigas não são tão sujeitas como os rapazes à pedra, porque nelas a urétra é curta e larga, e elas bebem mais que os rapazes». Os sintomas eram resumidos assim: «Esta doença tem cinco sinais: dôr, quando se quer urinar; emissão, gôta a gôta, da urina como nos apêrtos; urina sangui-nolenta, sendo a bexiga ulcerada pela pedra; inflamação da bexiga, invisível na verdade, mas cujo sinal está no prepúcio». (Hipocrates quer fazer alusão às tracções do pénis que em todo o tempo chamaram a atenção dos médicos): «As crianças calculosas coçam o pénis e puxam-no, julgando que está ali o que opera a emissão da urina».

Ao grande nome da escola árabe, Avicena, não passou despercebida a importância de alguns sintomas; parece ter procurado sobretudo os caracteres da dôr, vesical e uretral, acompanhada de erecções e provocando as tracções do pénis, sendo aliviada em certas posições. Nota as hematurias e certas particularidades da micção: «E muitas vezes urina-se sangue por causa do arranhar da pedra, sobretudo quando é rugosa, grande. . . .» «E quando o calculoso se deita de costas e se lhe levantam as coxas e se sacode, a pedra é desviada do meato, e fazendo então pressão sobre o púbis sai urina e

esta é a prova cabal da existência da pedra». A terapêutica de Avicena compreende diversas fórmulas medicamentosas e uma curta descrição da talha perineal.

A escola de Salerno, (séculos x-xii) e os médicos da Idade Média abandonam o tratamento cirúrgico aos barbeiros, e não se ocupam senão do tratamento médico pelos litontrípticos. Era, aos barbeiros que eram confiados os cuidados cirúrgicos aos quais não descia um médico ou um mestre, e em particular ao cateterismo e à talha. Em França, duraram séculos as lutas profissionais entre os médicos, os cirurgiões e os barbeiros, tendo terminado por, em 1515, os cirurgiões, em lutas contra a Faculdade de Medicina que apoiou as reclamações dos barbeiros, se submeterem a esta, passando a seguir lado a lado, cirurgiões e barbeiros o curso de anatomia dos mestres-regentes. Os cirurgiões tinham, pouco tempo depois, conquistado um lugar de maior categoria; todavia no começo do século xvi, não se tinha atenuado a tradição e não era permitido aos cirurgiões praticarem a talha. As lutas prolongam-se até que em 1725 a extinção dos barbeiros foi definitiva, passando a operação da talha a ser feita pelos cirurgiões que dantes só raramente se ocupavam em tal. Apesar disto, alguns se dedicaram, e entre êles, Franco, tenta fazer uma descrição metódica dos sintomas da calculose vesical e ocupa-se da técnica da talha. Os sintomas

são expostos muito resumidamente, mas no decorrer das suas operações, Franco notou as diferenças de côr, aspecto e durêsa das pedras, que são brancas, negras ou vermelhas.

Mâlgaigne, seu comentador, diz que o trabalho de Ambroise Paré — “Des Pierres”, é em parte fundado nas doutrinas de Franco.

A. Paré parece nunca ter praticado a talha, e ter-se dedicado em especial ao tratamento médico. Eis a fórmula dum caldo, segundo Paré, “de maravilhoso efeito e bem experimentado”: — “Tomai um galo e uma mão de vitêla e ponde a coser em água, com um punhado de cevada, e uma onça de cada uma das seguintes raízes: raízes de salsa, de azedeira, de funcho, e de chicória; em seguida juntai-lhe fôlhas de azedeira, de beldroega, de alface, de malvas e de violetas, de cada uma meio punhado; depois guardareis êste caldo, do qual o doente tomará, durante quatro dias seguidos, uma quantidade com um pouco de sumo de limão, tendo o cuidado de ferver o caldo todas as vezes que dêle se faz uso, e em breve vereis uma operação maravilhosa”.

No século xvii é da litotomia que quási todos os autores se ocupam. No século xviii os cirurgiões ocupam-se da talha a que levam notáveis progressos. Scheele, Rouele, Bérzelius, fizeram o estudo dos elementos da urina, que conduziu aos cálculos vesicais. Depois, Darcet, Prout, e prin-

principalmente Magendie, forneceram noções precisas sobre a sua composição e logo começaram os ensaios da dissolução dos cálculos. Os resultados positivos *in vitro* levaram os médicos a tentar a dissolução *in vivo*; mas êles provocaram uma irritação e uma inflamação da bexiga, tal, que se puderam de parte as experiências.

Vem depois Gruthuisen e Civiale, (1818), que inventam a litotricia, procurando isolar o cálculo para o submeter a acção dos dissolventes. Depois Thompson em Inglaterra e Nelaton em França, estudaram minuciosamente o assunto; por fim P. Guyon fixou o quadro clínico dos cálculos vesicais estudando completamente os sintomas e dando a cada um dêles o valor semiológico que lhe cabe.

## Freqüência dos cálculos vesicais nas crianças

---

É muito variável de país para país a freqüência da calculose vesical na infância. É pelo menos o que se deduz das opiniões que sôbre êste ponto veem nos livros que se ocupam do assunto. Assim, tanto o oriente da Europa (Rússia) como a Ásia (Turquia, Pérsia, Índia), parece fornecer uma proporção muito maior de casos que o Ocidente europeu. De todos os países, segundo vários autores, são a Índia, a Pérsia, a Ásia Menor e o Egito, os mais atacados pela litíase, e especialmente pela da infância.

Em Madagascar os cálculos vesicais são freqüentes nas crianças, conduzindo-as a uma caquexia precoce (Jourdan et Fontoynt).

Entre as nações da Europa central e oriental admite-se que a calculose vesical é comum, sobretudo na Inglaterra, Holanda, Baviera e França, mas

principalmente em adultos e velhos. Pelo que respeita à infância, em França, a calculose é rara; em 30 anos da clínica de Necker, Mayet só encontrou uma vintena de casos, e A. Broca diz que apenas viu uma dezena dêles. Na Hungria, parece serem freqüentes, pois Bokay, no Hospital Estefania, de Pesth, num período de 57 anos, apurou 387 casos de calculose infantil.

A influência do sexo é considerável. O sexo masculino é mais atacado, devido ao comprimento e à estreiteza da sua urétra, à hipertrofia da próstata e às infecções urinárias que são mais freqüentes. A mulher é menos exposta aos cálculos. Assim, Coulson, encontrou apenas 5 mulheres calculosas para 100 homens; Thompson, 3 para 756; etc. Estas diferenças acentuam-se ainda na infância: assim Alexandrov não encontrou senão 3 p. 100 de raparigas em 591 casos observados no hospital de crianças de Moscow. A estatística de Bokay dá 4 por cento para o sexo feminino. Em face das estatísticas clínicas, a proporção de cálculos das crianças em relação com as de todas as idades é muito diferentemente enunciada. Nas estatísticas antigas encontra-se uma percentagem considerável de crianças calculosas. Assim pela estatística de Civiale, sobre 5.383 calculosos, temos:



|                 |       |
|-----------------|-------|
| Até aos 10 anos | 1.946 |
| Dos 10 " 20 "   | 943   |
| " 20 " 30 "     | 460   |
| " 30 " 40 "     | 336   |
| " 40 " 50 "     | 392   |
| " 50 " 60 "     | 513   |
| " 60 " 70 "     | 577   |
| " 70 " 80 "     | 199   |
| Acima dos 80 "  | 17    |

Le Dentu, comparando os quadros de mortalidade, foi de parecer que, tomando em conta o número de sobreviventes, a estatística de Civiale devia ser modificada para os números seguintes:

|                  |       |
|------------------|-------|
| De 0 aos 10 anos | 1.946 |
| " 10 " 20 "      | 1.907 |
| " 20 " 30 "      | 644   |
| " 30 " 40 "      | 524   |
| " 40 " 50 "      | 686   |
| " 50 " 60 "      | 1.072 |
| " 60 " 70 "      | 1.580 |
| " 70 " 80 "      | 1.054 |

Mesmo assim, o número de crianças calculosas é considerável, parecendo em desproporção com o pequeno número de crianças calculosas que se observa hoje. Pode-se invocar que, outrora, nas crianças dos hospitais a miséria fisiológica era muito maior que hoje e que a sua alimentação as predispunha para a litíase. Thompson, julga ainda que em razão da imperfeição dos meios de diagnós-

tico muitos dos cálculos não eram reconhecidos nos velhos. A sua estatística hospitalar e a da sua clientela, dão as diferenças seguintes: encontra para 100 calculosos; no Hospital:

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Abaixo dos 16 anos . . . . . | 13 |
| Dos 16 aos 50 " . . . . .    | 27 |
| " 50 " 70 " . . . . .        | 56 |
| Acima dos 70 " . . . . .     | 4  |

E para 100 calculosos na clientela civil:

|                              |      |
|------------------------------|------|
| Abaixo dos 16 anos . . . . . | 0,4  |
| Dos 16 aos 50 " . . . . .    | 11,7 |
| " 50 " 70 " . . . . .        | 66   |
| Acima dos 70 " . . . . .     | 21,9 |

Como se vê, é muito diversamente avaliada a frequência da calculose vesical na criança, parece, pelo menos na Europa central e ocidental; é possível que, com as condições de vida moderna tenha mudado muito, diminuindo notavelmente. Porque é inegável que, nos hospitais franceses, o número de crianças operadas é muitíssimo mais pequeno que o dos velhos. Para os doentes da cidade a diferença parece ser ainda maior. Diz Guyon que, na sua enorme prática, em mais de 4.000 operados, poucas crianças contou; "os cálculos vesicais podem ser considerados como uma doença da idade adulta e sobretudo da velhice".

39

---

Seria interessante fixar quais as idades, dentro da infância, em que mais frequentemente aparece a calculose. É muito difícil determinar em que idade se formam os cálculos, e quanto à época em que manifestam claramente a sua sintomatologia, são pobres em informes os livros que podemos consultar. Sem dúvida, podemos encontrar cálculos vesicais desde o nascimento, em todas as idades infantis. Mas, segundo Bokay, cuja estatística é clássica por ser feita sobre grande número de casos é aos 3 e 4 anos que os cálculos aparecem com mais frequência.

Como subsídio para este estudo elaboramos uma estatística dos casos que tem dado entrada no Hospital de Santo António.

Pudemos estabelecê-la desde o tempo do Prof. Dias de Almeida, ano de 1901, até ao corrente ano de 1922 prestes a terminar, não mencionando os anos de 1909 e 1910 porque dêles não me foi possível encontrar o registo.

Por ela se verifica que a calculose vesical da infância, se encontra espalhada pelo norte de Portugal, mas sendo, duma maneira geral, pouco considerável, visto que apenas encontrei 15 casos durante um período de 20 anos.

Pelo que respeita à idade em que ela é mais frequente verifica-se ser aos três anos e dos seis aos nove anos.

Com efeito, dos desasseis casos, quatro são de

crianças com três anos de idade, e por cada ano de idade dos seis aos nove, há dois casos. Abaixo dos três anos, não foi registrado caso algum, acima dos nove anos, só um caso com treze anos. É pelo menos nestas idades que a sintomatologia da calculose vesical se manifesta por forma a alarmar as famílias e a procurar o tratamento do hospital.

Relativamente ao sexo, é sem dúvida alguma muitíssimo mais freqüente no sexo masculino que no feminino: nos quinze casos apenas se encontra uma rapariga, de quatro anos de idade.

Quanto ao tamanho e natureza dos cálculos não me foi possível colher dados seguros.

Estadística dos casos de cálculos vesicais das enfermarias de  
crianças do Hospital Geral de Santo António

| Ano               | N.º da Tabela            | Nome                        | Sexo           | Idade                | Naturalidade                              |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------|----------------------|---|
| 1901              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1902              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1903              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1904              | 749                      | J.                          | m.             | 6 anos               | Pôrto                                     |
| 1905              | 1.075                    | A. P. R.                    | m.             | 5 anos               | M.de Canavezes                            |
| 1906              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1907              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1908              | 1.615                    | J. P. L.                    | m.             | 13 anos              | Covilhã                                   |
| 1909<br>e<br>1910 | <b>Não há registo</b>    |                             |                |                      |   |
| 1911              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1912              | 2.566<br>41              | A. R.<br>D. F.              | m.<br>m.       | 3 anos<br>9 "        | Pôrto<br>Sobr. de Paiva                   |
| 1913              | 634                      | D. G. F.                    | m.             | 8 anos               | V. do Castelo                             |
| 1914              | 1.231<br>137 p.<br>1.740 | A. J.<br>A. F. L.<br>A. V.  | m.<br>m.<br>m. | 7 anos<br>6 "<br>7 " | Pôrto<br>P. de Ferreira<br>M.de Canavezes |
| 1915              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1916              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1917              | 2.137<br>331             | A. O.<br>A. C.              | m.<br>m.       | 8 anos<br>4 "        | Pôrto<br>"                                |
| 1918              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1919              | 608<br>1.221             | V. <sup>a</sup> C.<br>J. A. | f.<br>m.       | 4 anos<br>3 "        | Amarante<br>Pôrto                         |
| 1920              | —                        | —                           | —              | —                    | —   |
| 1921              | 218<br>404               | M. P.<br>D. S.              | m.<br>m.       | 9 anos<br>3 "        | Mirandela<br>Barcelos                     |
| 1922              | 225                      | D. T.                       | m.             | 3 anos               | Cabec. de Basto                           |

## Etiologia e Patogenia

---

Os cálculos vesicais dividem-se em primitivos e secundários. Os cálculos primitivos são os que chegam já formados à bexiga, não fazendo mais do que aumentar aí. Os cálculos secundários são formados na bexiga a favor da estase urinária e da sedimentação da urina. A urina, ácida, contém ácido úrico, urato de sódia, oxalato de cálcio e cistina; são estes elementos que dão no rim os cálculos primitivos; mas estes são as mais das vezes úricos ou oxálicos.

Os cálculos fosfáticos primitivos são raros, ao passo que eles constituem por si sós a classe dos cálculos secundários desenvolvidos por uma urina alcalina, sob a influência da infecção vesical. Dada a diversa forma de constituição dos cálculos vesicais compreende-se bem como na criança devam ser os cálculos primitivos os que correntemente se

encontram. Falta a infecção vesical para a formação dos cálculos secundários; pode haver cistite por irritação proveniente do cálculo, mas nesse caso se dá a precipitação dos fosfatos, ela apenas forma uma camada ao cálculo préviamente existente. Das duas substâncias que mais freqüentemente constituem os cálculos primitivos (o ácido úrico e o oxalato de cal) é o oxalato que forma a maior parte dos cálculos das crianças, ao contrário do que sucede no adulto, em que os cálculos são em geral úricos. Esta noção sobre a natureza dos cálculos vesicais das crianças, tem importância para o diagnóstico e para a terapêutica, como veremos. Excepcionalmente, os cálculos podem ser múltiplos, mas, na grande maioria dos casos, há só um cálculo na bexiga.

Procuremos agora averiguar como se explica a formação dos cálculos, passando em revista as principais teorias propostas, para vermos quais as aplicáveis à calculose infantil. Entre as numerosas teorias propostas para a formação dos cálculos, as duas principais são: a *teoria dos coloides* e a *teoria histo-necrótica*.

Sob a influência das substâncias coloides que se encontram normalmente ou acidentalmente na urina, cada uma das substâncias salinas em dissolução na urina normal ou patológica é susceptível de vêr a sua forma cristalina modificar-se, aglomerar-se, modelar-se em esferoide e finalmente cons-

tituir os cálculos. Esta é a base da teoria dos coloides; a composição da urina, a sua riqueza em princípios salinos, não constituem senão causas predisponentes da litíase.

Explicaria esta teoria o facto de um indivíduo tomar grandes quantidades de ácido úrico, de uratos e outros sais, sem nunca apresentar o menor vestígio de areias ou de cálculos, ao passo que um outro, emitindo urinas normais será quasi inevitavelmente atingido de concreções; no primeiro caso faltariam os coloides, que existiriam no segundo.

As substâncias coloides da urina, são umas normais (mucus, a matéria córante extractiva) e outras encontram-se na urina patológica (albumina, açúcar, sangue e pús). Tudo o que exagerar a produção dos exudatos coloides na urina, torna-se assim uma causa da calculose.

Ebstein e Nicolaier, tendo administrado a animais doses variáveis dum corpo visinho do ácido oxálico, o oxamido, (amido correspondendó ao ácido oxálico, obtido, aquecendo-o com oxalato de amonio), êstes autores encontraram à sua autópsia concreções nos rins, nos uretéres e às vezes mesmo na bexiga.

O estudo das concreções assim obtidas e o exame histológico dos rins permitiram apanhar e interpretar as diversas fases dêste processo litogénico experimental.

Com efeito, as concreções são formadas de



camadas sucessivas e concêntricas de oxalato de cal, dispostas à volta dum núcleo de substância orgânica; quanto aos rins, êles apresentam dum modo constante lesões epiteliais consistindo na necrose e degenerescência gordurosa das células, de que um grande número são incrostadas de pequenos cristais de oxalato de cal. Parece pois que o oxamido, eliminado pelos rins, actua como um verdadeiro veneno sôbre o epitélio dos canaliculos que, mortificados e degenerados, formam o núcleo à volta do qual se precipita e aglomera o oxalato calcáreo. É possível que em patologia humana as coisas se passem do mesmo modo, no que diz respeito à eliminação do ácido oxálico pelo rim. Esta é a teoria histo-necrótica.

Não é aplicável à calculose formada na bexiga, ou seja à formação dos cálculos fosfáticos. Vindos do rim ou formados desde comêço na bexiga, os cálculos encontram neste reservatório e logar por excelência para o seu desenvolvimento. É preciso por isso estudar as causas vesicais, de ordem local, que são por assim dizer o "leito do cálculo," e presidem ou à sua formação ou ao seu desenvolvimento. São elas, principalmente: as alterações morfológicas ou funcionais da bexiga, capazes de impedir a evacuação completa das urinas ou de se opôr ao transporte das areias urinárias, e a infecção vesical.

Entre as mudanças de forma da bexiga que fa-

vorecem a estagnação da urina e o depósito das areias a mais frequente é a existência dum desvão formado à custa da face inferior da bexiga. Esta região é a parte fraca da musculatura vesical, a que se deixa fácilmente vencer pela pressão da urina produzida pelas contracções excessivas do órgão, a que parece também ser atacada em primeiro lugar pela paresia nas doenças do sistema nervoso; do mesmo modo a cistite, em certos casos, contribui para a enfraquecer. Desde que o aparecimento dêste desvão tenha traído o desfalecimento da parede vesical, a experiência mostra que, muitas vezes, mesmo depois do desaparecimento da causa produtora, a cistite, por exemplo, ela não recuperará mais a sua fôrça primitiva. Logo que uma areia se deposita lá, raras vezes uma contracção desta região virá levanta-la o suficiente para que a micção a arraste. A profundidade do desvão é às vezes aumentada pelo cansaço de toda, ou parte da região cervical, na hipertrofia da próstata e nos neoplasmas do cólo cervical; êste cansaço, forma às vezes um obstáculo à permeabilidade do cólo, donde a estagnação da urina e, com mais forte razão, dos corpos estranhos. Outras mudanças de forma, que são verdadeiros ninhos de cálculos, são a hérnia da bexiga e o cistocélo na mulher. Há ainda os divertículos vesicais e as colunas vesicais.

Estas diferentes espécies de estagnação parecem à primeira vista realisarem condições ideais para os

depósitos calcáreos. Todavia os cálculos vesicais, sem serem raros nestes doentes, são contudo muito menos frequentes que nos prostáticos ou apertados infectados. Noutras condições os cálculos formam-se mesmo sem retenção e sem obstáculo mecânico. Assim, nas crianças, nenhum obstáculo se aloja no cólo e as paredes vesicais são absolutamente regulares. É preciso, pois, intervir uma perturbação das condições fisiológicas. É, sem dúvida, a direcção viciosa das contracções vesicais que impede que os cálculos sejam expulsos quando o seu volume o permite ainda. A própria presença do cálculo explica a incoordenação das contracções; porque se sabe experimentalmente que o toque dum ponto da bexiga produz imediatamente uma contracção parcial do feixe muscular tocado, às vezes de toda uma metade do corpo vesical, mas nunca a totalidade; o contacto do cálculo desempenha um papel análogo provocando contracções que o deteem no seu caminho para o cólo no momento da micção.

Vejamos agora a importância da infecção vesical. Os cálculos secundários formam-se e desenvolvem-se num meio infectado, no decorrer duma infecção vesical ou duma cistite, que pode ter várias origens: uretral, (em virtude duma infecção propagada dêste canal ou dum cateterismo séptico), primitiva, (por uma infecção tal como a tuberculose), da visinhança, (fóco infeccioso perivesical) ou su-

perior (em caso de uretéro-pielite). A tuberculose vesical só raras vezes parece originar a formação dos cálculos. As causas de persistência da infecção vesical são por sua vez uma causa de cálculo, tais são: as fístulas vésico-vaginais, hipogástricas, apendiculares, intestinais, etc., que tornam impossível a asepsia da bexiga.

Mas as causas locais não bastam para explicar a formação dos cálculos. São precisas causas gerais, e já apontamos como os antigos ligavam grande importância às condições mesológicas; até aos tempos modernos, sempre se explicou pela natureza do sólo e das águas que dêle proveem, a distribuição geográfica da calculose vesical. Civiale, combateu estas asserções e Pousson exprime a opinião moderna nestes termos: "o que nós sabemos das mutações biológicas sofridas pelas diversas substâncias introduzidas no organismo mostra que o problema das excreções é complexo e que não basta que uma água seja rica em carbonato de cal para que deixe depositar os sais nas vias urinárias; é sómente permitido supôr que as águas calcáreas e magnesianas constituem condições predisponentes". A influência predisponente das águas e do sólo parece que não deve ser completamente afastada, mas parece menor que a do modo de vida e sobretudo da alimentação. Assim é que Preindlsberger constatou em Bosnie-Herzégovine, "que a litíase predomina numa zona ocupando transversal-

mente o país, seguindo a alta cadeia mais oriental dos Alpes Dináricos». Mas, mesmo nesta zona de eleição existem diferenças segundo as raças: «os cálculos vêm-se sobretudo nas crianças cristãs, mais pobres, mais mal alimentadas e mais exclusivamente vegetarianas que os musulmanos».

Preindlsberger e Plowright dizem que em Norfolk, a litíase é muito frequente, excepto no pequeno distrito de Marshland, onde ela é, pelo contrário, extremamente rara, o que atribuem a conter a água de Marshland, 108 grãos de cloreto de sódio por galão, ao passo que nos outros distritos de Norfolk não se encontram senão 7 grãos; ora, segundo experiências feitas por Henry Brown, o cloreto de sódio impede a formação da litíase. Os mesmos autores dizem que no Egito, onde os cálculos são muito frequentes nos felahs, que bebem a água do Nilo, são raros nos europeus que purificam a água que bebem; poder-se-ia ter julgado o lodo ingerido, que parece elevar-se até dois gramas por dia, se a alimentação não fôsse muito diferente entre os europeus e os felahs. Foi ainda atribuída a frequência dos cálculos no Egito à ingestão com as águas do Nilo, da *Bilharzia hematobium*, e depois à fixação dos ovos dêste entozoário na bexiga; mas Pfister, em sessenta e oito casos, apenas três vezes constatou que a presença da *Bilharzia* era certa. Kuthner afirma que, em Wurtemberg, com o melhoramento da dieta das criancinhas de peito, coin-

cidu a diminuição da litíase. É pois muito obscura ainda a etiologia da calculose, estando por apurar devidamente quais os factores essenciais para lhe dar origem.

Pelo que respeita à calculose infantil vimos já que os cálculos vesicais nas crianças são em regra oxálicos, vindos portanto do rim e não formados primitivamente na bexiga. Todas as causas portanto de ordem vesical, não podem ser invocadas para a etiologia da calculose infantil. E quanto à patogenia, ao mecanismo da sua formação, é possível que alguma parte de verdade exista nas duas teorias que indicamos, mórmente na teoria dos coloides. Não está porém suficientemente esclarecido este ponto para que se possa assentar doutrina. O que parece existir é uma discrasia da qual resulta a concreção oxálica. Mas as causas desta discrasia, são-nos ainda desconhecidas.

## Sintomatologia e diagnóstico

A tríade sintomática própria dos cálculos vesicais nos adultos — incontinência de urina, hematúrias e dores — diverge muito quanto à frequência e caracteres de cada uma das suas partes, pelo que diz respeito à calculose infantil. Os cálculos podem passar desapercibidos durante muito tempo na infância, quer pelo facto das crianças não saberem acusar as suas sensações, quer porque a afecção pode ser muito pouco dolorosa, traduzindo-se, às vezes, sómente por *incontinência de urina*, incontinência que se produz não sómente durante a noite mas principalmente durante o dia. Existe com efeito uma grande excitabilidade da bexiga, que a cada instante se contrái para expulsar o seu conteúdo. Mas no comêço, em geral, os sintomas são vagos, e a incontinência não aparece tão viva que chame a atenção dominantemente para uma lesão da be-

xiga. Em face disto, o clínico pode ser levado a fazer sómente o diagnóstico de incontinência simples, dirigir o tratamento neste sentido, desprezando a exploração da bexiga e cometendo assim um erro. Dos casos que coligimos, I, II e III, apresentavam como sintoma constante, a incontinência de urina mais diurna que nocturna.

Um elemento que distingue bem a sintomatologia dos cálculos vesicais das crianças dos cálculos dos adultos é a ausência de *hematúrias*. Elas são muito raras na litíase vesical das crianças, não tendo a bexiga tendência às hemorragias que tão vulgares são nos adultos e principalmente nos velhos. Muitas crianças trazem durante longos anos um cálculo na bexiga sem nunca urinarem sangue. As hematúrias abundantes, tantas vezes observadas no adulto, são excepcionalíssimas nas crianças. Nas observações que apresentamos, em nenhuma houve hematúrias.

As *dôres* podem ser muito violentas; as crianças soltam gritos, agitam-se, batem com os pés no chão, e seguram-se com fôrça aos objectos visinhos. São dôres abdominais, de irradiação imprecisa, mas muito intensas, e acompanhando-se por vezes de vômitos. Estas fortes dôres são quasi sempre dos primeiros sintomas de calculose, e modificam-se depois, quando se instala a disúria. A dôr localisa-se então, aparece no começo da micção, irradiando para o baixo ventre, para a urétra,



prepúcio e extremidade da glândula. Em virtude disto, as crianças contraem o hábito de exercerem tracções contínuas no pénis e no prepúcio, donde resulta por vezes um desenvolvimento exagerado deste último. Outra particularidade destas dôres é desaparecerem com o repouso, donde a frase de Guyon: os calculosos são "guéris lá nuit". Os nossos doentes tinham todos dôr à micção, com irradiação para a glândula, bem nítida nos casos II, III e IV.

A micção é difícil, dolorosa, de modo que os esforços que os doentinhos fazem, determinam, algumas vezes, como complicação passageira, a produção dum *prolapso rectal*.

Um outro sintoma freqüentemente encontrado na afecção calculosa da bexiga, e muito especial nas crianças, é a *interrupção do jacto de urina* durante a micção. A causa disto está na ausência de fundo de sacco retro-prostático; de modo que a bexiga contraindo-se com fôrça apaga completamente a sua cavidade expulsando o cálculo para o cólo que êle oblitera. Era o que se dava nos nossos casos III e IV. A retenção aguda da urina pode ser devida à histeria, pode observar-se nas doenças infecciosas, ou depois duma operação cirúrgica. Tirando êstes casos, de fácil relação, em regra, só a calculose a ocasiona, porque a retenção prolongada é rara na calculose, desaparecendo quando a criança se deita e o cálculo muda de posição, na

maioria dos casos. Se persiste, e não há paralisia da bexiga, (que acompanha a paraplegia), pode fazer pensar, nas crianças muito novas, em apêrto congênito da urétra, o qual provoca a distensão da bexiga, seguida de incontinência.

Aos sintomas precedentes deve juntar-se a existência de *cistite*, que nas crianças se produz muito cêdo, geralmente, sucedendo à fase de irritação vesical. Cistite muito dolorosa, com micções muito freqüentes, urina turva e purulenta. Como não aparece causa dessa cistite, constitui uma forte razão para se pensar na existência dum cálculo.

Note-se, porém, que o *aspecto das urinas* na ausência de cistite é, muitas vezes, mais claro que antes da formação do cálculo.

Uma vez verificados os sintomas precedentes, que nos levam a pensar na existência duma calculose vesical, é preciso não confiar apenas nos sintomas subjectivos e procurar os sinais objectivos da existência do cálculo. É preciso proceder ao exame local, porque o diagnóstico de certeza funda-se na constatação objectiva da pedra. Êste exame comporta vários processos, a saber: a exploração externa, a exploração intra-vesical e a radiografia.

Nas crianças o *toque rectal* tem uma grande importância, porque devido ao pouco desenvolvimento da próstata e das vesículas seminais, pode-se muito freqüentemente constatar a presença

duma pedra na bexiga. Introduzindo o indicador da mão direita no recto, e palpando com a mão esquerda a região abdominal, pode-se, em virtude das razões acima expostas e da pouca espessura das paredes nesta idade, apanhar entre as mãos o cálculo e ajuizar-se muito exactamente o seu volume, desde que êste não seja muito pequeno. No sexo feminino o *toque vaginal* serve também, muito nítidamente, para elucidar sôbre a existência e o volume dêsse cálculo.

O toque rectal permitiu constatar a existência do cálculo nos doentes I e II.

A *exploração intra-vesical*, pode, na criança como no adulto, fazer-se, com o explorador olivar, de haste mole, que fornece quer uma sensação de atricto contra a pedra, quer uma sensação de choque, ou com os instrumentos metálicos, dos quais o preferido é o explorador metálico de Guyon, de pequena curvatura, convindo em geral o n.º 10. A presença do cálculo traduz-se por uma sensação táctil e às vezes auditiva; o som dado pelos cálculos uráticos ou oxálicos é sêco e nítido; os fosfáticos, friáveis, dão uma sensação pastosa e rugosa e resoam mal. Êste processo tem na criança muito maiores dificuldades operatórias, que no adulto, pela estreiteza da urétra e indocilidade dos doentes. Por isso o método de escôlha na criança para a confirmação de um cálculo, é a *radiografia*. Com ela se obtêm resultados muito nítidos nesta

idade, devido à pouca espessura das paredes abdominais, e ao facto dos cálculos serem em regra de oxalato e fosfato de cálcio, o que os torna bem opacos.

Os sintomas funcionais que acabamos de descrever, sobrevindo nas condições especiais de movimento do corpo ou de contracções da bexiga e cessando pelo repouso, autorisam, as mais das vezes, a fazer o diagnóstico de cálculos. Êles teem muito mais valor se forem observados simultaneamente: assim, quando um doente acusa, durante a marcha, vontades freqüentes de urinar, um pêso doloroso da bexiga acompanhando-se de vontade de urinar, devemos pensar imediatamente na probabilidade de um cálculo vesical. Quando além disto, o interrogatório nos diz que o doente teve, há já algum tempo passado, várias cólicas de tipo nefrítico, que êle começou por expulsar areias mas que o não tem feito nas últimas crises, a probabilidade da existência dum cálculo na bexiga acentua-se: «*Qui ne charrie pas, bâtit*» diz o professor Guyon. Mas casos há em que, o atenuamento da característica destes sintomas nos pode fazer sugerir outras doenças.

É assim, por exemplo, na fase de tolerância, em que o clínico pode ser levado a cometer dois êrros, a saber: 1.º atribuir as dôres à fimosis e à balanite, que acompanham o cálculo; 2.º ligar exclusiva importância à incontidência, como atrás referi.

Mas o principal diagnóstico a fazer é com a *tuberculose vesical*, que é a afecção que pela sua sintomatologia mais se assemelha à calculose vesical. Todavia, se bem que os mesmos sintomas se encontrem numa e noutra doenças, êles tem características diferentes nas duas afecções.

Vejamos os caracteres diferenciais entre as duas afecções: a *calculose vesical* e a *cistite tuberculosa*. Nesta, a dôr faz-se sentir no fim da micção no momento das últimas gôtas; ao passo que na calculose, pelo contrário, ela dura o tempo da micção, e é muito viva no comêço. A hematúria é em regra terminal na tuberculose vesical e aparece desde o comêço da doença, sendo um sintoma freqüente. Na cistite calculosa das crianças é como já dissemos, raríssima; nos casos em que aparece é terminal também, mas dá-se poucas vezes. As dôres são atrozes na cistite tuberculosa, e a necessidade de urinar é imperiosa tanto de dia como de noite. Última diferença enfim: dôres e hematúrias são provocadas, reproduzem-se por ocasião duma marcha, dum passeio de carro, duma fadiga qualquer, na hipótese dum cálculo; na tuberculose vesical, êstes mesmos sintomas reaparecem espontaneamente. Além destas diferenças, o diagnóstico de cistite tuberculosa pode ser confirmado pelo exame histo-bacteriológico das urinas, quer mostrando o bacilo de Koch nas urinas, quer inoculando positivamente a cobaia. A cistoscopia, que presta tantos

serviços no diagnóstico desta afecção em indivíduos adultos, não pode servir para as crianças, pelo menos enquanto não tiverem um desenvolvimento que permita o uso do cistoscópio.

Mas a cistite tuberculosa não é a única espécie de cistite que aparece na infância. Por isso é preciso indicar aqui os diversos tipos de cistites nas crianças. Na criança, a cistite aproxima-se muito da da mulher. Contudo, existem diferenças ligeiras, certos sintomas revestindo uma importância e uma frequência muito mais considerável, como, por exemplo, a incontidência.

As cistites são mais raras nas crianças que nos adultos. As formas etiológicas são relativamente pouco numerosas, porque em dois terços dos casos trata-se de cistites tuberculosas sob a dependência da tuberculose renal. As cistites, na infância, não tuberculosas, são de três espécies: cistites devidas a uma infecção ascendente (o tipo é a cistite das rapariguinhas atacadas de vulvo-vaginite); cistites de origem intestinal (a colibacilemia, e consequente eliminação dos bacilos pelo rim, dá a bacteriúria e depois a cistite; ou a infecção se faz por via ascendente, o que pode suceder nas raparigas, por contacto de matérias fecais com a vulva); cistites por corpos estranhos, (ganchos de cabelo, pontas de lápis, botões, etc., sendo quasi sempre a masturbação a causa da introdução destes objectos), cistite frequente nas raparigas, em que é o tipo mais vul-

gar depois da cistite tuberculosa. Nos rapazes o tipo mais vulgar é o da cistite de origem renal.

*Cistite complicando uma vulvo-vaginite.* — Em muitas rapariguinhas o único sintoma que nos revela a infecção vesical, complicando a infecção vulvar é a incontinência que é muito precoce.

Nas raparigas mais idosas, elas começam por se queixar de micções mais frequentes e mais dolorosas; por vezes uma criança que era limpa e não urinava na sua roupa, começa então a fazê-lo. Aqui ainda a frequência das micções acarreta a incontinência. Tratada precocemente esta cistite cura com facilidade. Vê-se pois que a cistite complicando uma vulvo-vaginite apresenta os sintomas clássicos das cistites agudas, com mais a incontinência que é muito mais frequente e mais precoce que nos adultos.

*Cistites de origem intestinal.* — Na criança apresenta-se como no adulto quer sob a forma de cistite aguda prolongando-se e passando à cronicidade, quer sob a forma de crises de cistite com bacteriuria no intervalo das crises, quando é de origem renal. Apresenta também incontinência que é muito precoce e não é de mau prognóstico, porque, estas cistites, são em geral benignas.

*Cistites por corpos estranhos.* — São ainda mais frequentes nas raparigas do que nas mulheres.

Esta cistite pode manifestar-se duma maneira leve, apresentando contudo a incontinência, ou

então agravar-se rapidamente e todos os fenômenos aumentam: o estado geral é atingido, as urinas muito fétidas são misturadas de membranas: é o quadro da cistite membranosa.

Outras vezes a cistite é atenuada, mas, pouco a pouco, um depósito fosfático forma-se à volta do corpo estranho e um verdadeiro cálculo fosfático se forma sobre êle. Bem entendido, as dificuldades de exame são muito piores nas crianças, que confessam muito menos a introdução do corpo estranho que as mulheres. Os pequenos sinais descritos por Hantkohl podem-nos orientar o diagnóstico; o canal parece muito largo, o meáto muito aberto, em funil. Pelo toque vaginal, sentir-se-há, às vezes, o corpo estranho. Finalmente, os *tumores da bexiga* podem dar sintomas parecidos aos da calculose. Êstes tumores são raríssimos nas crianças. Concetti, em toda a literatura médica, apenas conseguiu reunir 42 casos; Albarram só viu 6 casos. São tumores conjuntivos e não tumores epiteliais (sarcômas puros ou de formas complexas). Tem a forma de pólipos. Além da incontidência de urina e das dôres, dão hematúrias, ao contrário do que sucede com os cálculos. Os pólipos não são, em geral, dolorosos, enquanto não são ulcerados. Os tumores sesséis e infiltrados são rapidamente dolorosos acabando as dôres por se tornarem insuportáveis. São devidas ao funcionamento do reservatório vesical, porque, quando êste é posto em



descanso por derivação das urinas a montante da bexiga, as dôres cessam completamente. O que se pode observar mais tarde é a dôr por infiltração neoplásica do plexo sagrado e seus ramos.

Aos diversos tipos de cistite, que podem fazer pensar num cálculo vesical, devem-se juntar os casos em que a irritação vesical dá sintomas parecidos com os da calculose, mas sem que haja cálculo na bexiga. Êsses casos, muito interessantes, vamos estudá-los à parte.

## Falsas calculoses vesicais

---

Pouco se encontra na literatura médica sobre este assunto. Com um caso clínico que nos foi relatado quando cursávamos Clínica Pediátrica, algumas noções aprendemos sobre este ponto de grande interesse prático.

Como já referimos, um erro pode ser praticado: o de não pensar na possível existência de um cálculo, fixando a atenção apenas na incontidência e diagnosticando assim uma incontidência simples de urina. A incontidência nocturna, que assenta em geral num fundo nervoso, não pode tomar-se como sinal de cálculo, porque é uma micção involuntária, mas de marcha normal. É quando há polakiúria, emissão de urina em pequenas quantidades e freqüentemente, que se pode desconfiar da existência de um cálculo. A polakiúria aparece na histeria, na diabetes assucarada, na litíase renal, nas có-

licas nefríticas, nas nefrites, nas irritações vesicais, e na cistite. A incontinência pode ser sintomática de afecções nervosas, (mal de Pott, spina bífida, doença de Friedreich, epilepsia, histeria), de afecções urinárias, (cistites, cálculos ou corpos estranhos da bexiga, tuberculose urinária etc.), e pode ainda ser de causa reflexa (fimosis, apêrto e hipospeadias, vermes, doenças do recto, acidentes da denticção, vegetações adenoides).

Em face de um caso de incontinência é preciso pensar em qualquer destas causas, ao mesmo tempo que se pensa na possibilidade de existir um cálculo, se a sintomatologia urinária se reduz à incontinência, e não há a primeira manifestação dos cálculos, que é a dôr.

O diagnóstico diferencial com a calculose vesical, deve principalmente fazer-se, além das cistites e tumores em que já falamos no capítulo anterior, com as nefrites dolorosas, com as irritações vesicais não inflamatórias ou melhor não infecciosas, e com a simulação histérica. Mas esta última, é muito rara, e acompanha-se de outras manifestações que levam ao diagnóstico.

Vejam, em primeiro logar, e dum modo geral, o que são as falsas cistites. A falsa cistite é um reflexo vesical que se traduz por: polakiúria, desejos imperiosos de urinar, dôres durante a micção. Mas, êstes sintomas, ao contrário do que se passa na cistite verdadeira, são transmitórios e intermitentes,

e manifestam-se só durante o dia. O exame da bexiga mostra que esta está normal: não é doloroso, e a capacidade vesical não está diminuída. As causas da falsa cistite são muito variadas; ela, pode ser de origem nervosa, medicamentosa, alimentar, urinária e genital. Todas as afecções do sistema nervoso, mas particularmente o tabes, a podem causar. Certos indivíduos tem uma mucosa vesical muito sensível ao farmol, e fazem fenómenos de irritação vesical quando tomam urotropina. Alguns alimentos, em certos indivíduos, provocam uma falsa cistite que pode ser violenta; estão nestas condições, sobretudo, os camarões e a cerveja. As urinas concentradas, ricas em sal, excitam a bexiga; os reflexos podem partir de lesões da urétra (uretrites, apêrtos, pólipos), ou do aparelho urinário superior (rim, bacinete, ureteres). Na mulher, principalmente, aparecem as falsas cistites de origem genital: tumores da pequena bacia, tumor ou desvio uterino, kisto do ovário, fibroma, salpingites, gravidez, prolapso uterino, etc. Isto, de um modo geral, é aplicável, sobretudo, à clínica dos adultos. Na clínica das crianças, o reflexo vesical pode dizer-se que só aparece, além da histeria (tabes juvenil não se vê nas idades em que a calculose é mais frequente), nas nefrites e nas irritações da mucosa vesical por urinas anormalmente ácidas.

As dôres abdominais, violentas, da cólica de rins, podem confundir-se com os da calculose,

quando a criança não sabe ainda localizar a dôr, ou quando a dôr se não localiza ainda, visto, como já dissemos, poderem as dôres vagas constituir um sintoma do primeiro período clínico da calculose. Mas logo que a dôr pode ser localizada, a sua insistência sôbre a bexiga e a sua irradiação para o pênis não podem dar lugar a confusões. Já outro tanto não sucede com a irritação vesical pelas urinas muito ácidas, carregadas de cristais precipitados, que pode semelhar a sintomatologia de uma calculose. É desta ordem a observação que inserimos depois das de calculose, como exemplo de um caso nítido de pseudo-calculose. É bem elucidativa, dispensando mais considerações sôbre esta matéria.

## Evolução e tratamento

Os cálculos, uma vez formado o núcleo que lhes serve de base, vão aumentando progressivamente em tamanho. Podem ser expulsos, naturalmente, pela urétra, enquanto não adquirirem grandes dimensões, como sucedeu com o doente da observação IV.

Se não são expulsos, o seu aumento em volume e a sua permanência na bexiga, são causas de irritação vesical, de cistite calculosa. Requerem então um tratamento, que pode ser reclamado com urgência, quando a retenção da urina por encravamento do cálculo no colo vesical dá acidentes de uremia.

O tratamento dos cálculos vesicais é essencialmente cirúrgico. Usa-se o tratamento geral ou médico, como um paliativo que permite atenuar sofrimentos, ou como um auxiliar a uma intervenção

cirúrgica. Diremos pois duas palavras a respeito d'êlé assim como dos ensaios de dissolução das pedras vesicais, conquanto este processo esteja de facto abandonado.

*Dissolução dos cálculos.*—Desde os tempos mais remotos, foram feitas tentativas para fundir os cálculos, como já mencionamos; as obras médicas, desde Galeno até ao século xviii, são cheias de fórmulas litontripticas. Há um século e meio para cá, a questão foi retomada, periodicamente, sob um ponto de vista mais científico, sem nunca dar resultado. Nenhum medicamento, nenhum dissolvente do ácido úrico *in vitro*, conseguiu, até à data, destruir a pedra uma vez constituída, seja qual fôr a composição química.

Experimentaram-se, sem resultado, quer *in vitro*, quer no doente, soluções alcalinas, como a de carbonato de potássio (Roberts), soluções de ácido nítrico (Brodie), ou de ácido clorídrico (Thompson) e a pipérazina (Hamon). Foi por acção dissolvente do ácido sulfúrico, produzido electrolyticamente numa solução de sulfato de soda, que Yvon, conseguiu, *in vitro*, dissolver uma certa parte dum cálculo, colocado entre dois electrodos de platina; mas, este processo não pode entrar na prática.

*Tratamento geral.*—Não é necessário repouso absoluto, mas deve-se evitar as fadigas e as trepidações. Na alimentação, deve-se evitar as substâncias que tenham propriedades congestivas e toda

a bebida alcoólica ou excitante. Deve-se combater a obstipação.

O tratamento operatório, compreende duas intervenções: a litotricia e a talha.

*Litotricia.*— Esta intervenção oferece, na criança, bastantes dificuldades, devido à estreiteza da urétra que obriga ao uso de instrumentos de pequeno calibre e à dureza habitual dos cálculos, devida à sua natureza química, como indicamos já. Além disso, à bexiga, faltam pontos de reparo; é muito contráctil e o cálculo escapa-se muito facilmente, sobretudo se é pequeno. A litotricia tem a vencer tais dificuldades de catéterismo, devido à estreiteza do canal uretral, que apesar de se terem construído litotritores de pequeno calibre para as crianças, estes são ainda muito volumosos, e pode dizer-se que, a sua aplicação não é possível, quando a criança tenha menos de cinco anos. Em face destas dificuldades, a talha, que cura tão rapidamente nos novos, segundo os autores, é a operação de escolha para as crianças, conquanto os ingleses, especialmente os da Índia, onde a calculose é muito frequente, como já referimos, usem a litotricia seguida de aspiração evacuadora.

*Talha.*— Outrora, a talha perineal, estava muito em voga. Actualmente pode considerar-se abandonada pela grande maioria dos cirurgiões, sendo preferida a talha hipogástrica. Esta operação compreende os tempos seguintes, segundo Marion:



1.º — Depois de introduzida uma sonda na bexiga começa-se por encher esta, ao máximo, com uma solução boricada ou de oxianeto de mercúrio; êste, enchimento da bexiga, tem por fim facilitar a sua descoberta e, por outro lado, evitar o descolamento do espaço de Retzius que seria necessário se a bexiga estivesse vazia; se a bexiga é atacada de cistite, indilatável, facilitar-se-há a sua descoberta introduzindo um Béniqué cuja extremidade fará salientar a parede vesical.

2.º — Incisão da parede abdominal, que será mediana, começando um pouco abaixo do bordo superior do púbis, e medindo aproximadamente 10-12 centímetros; esta incisão interessará, sucessivamente, a pele, o tecido celular, depois os planos aponevróticos ou musculares representados pelas aponevroses que vão constituir a linha branca, o piramidal e o grande recto do abdómen; uma vez atravessados êstes planos cai-se sôbre a camada de gordura peritoneal.

3.º — Um ajudante mantém afastados os lábios da ferida operatória e o operador, com o indicador esquerdo, levanta o tecido gorduroso prevesical e sob-peritoneal de modo a levantar ao mesmo tempo o fundo de saco peritoneal; reconhece-se que se está sôbre a bexiga, pela sua consistência renitente, quando ela contém líquido, pela sua parede, de que se pode apreciar a espessura, quando ela não o contenha, e pelo seu aspecto estriado; a

descoberta será facilitada pela introdução dum Bê-niqué que levantará a parede.

4.º — Antes de abrir a bexiga é bom fixa-la por meio de fios que servirão para a manter depois da sua abertura; dois fios de catgut são pois passados de cada lado da linha média; se, devido à friabilidade das túnicas vesicais, fôr impossível, colocar os fios, sem lacerar a parede, abre-se a bexiga e apanham-se os lábios da abertura por meio de pinças.

5.º — Abertura da bexiga, que não é preciso ser muito longa, pois é, em geral, através dum orifício de 2 a 3 centímetros que as tenazes vão procurar o cálculo; após a ablação dos cálculos, mesmo quando se trate dum cálculo não infectado, há todo o interêsse em não fechar imediatamente a bexiga; deve colocar-se um tubo vesical na cavidade e apertar, se houver necessidade, por alguns pontos de catgut, a abertura vesical sôbre o tubo, fazendo-se em seguida a sutura, por planos, da parede abdominal. A drenagem deve ser feita durante três dias, findos os quais, se retira o tubo e se coloca uma sonda que se deixa ficar até que a abertura vesical esteja fechada. Esta técnica tem sofrido pequenas modificações, segundo os autores, conservando contudo a mesma marcha geral.

Como referi, no princípio da descrição desta operação, outrora usava-se exclusivamente a talha perineal. Assim, Guersant, diz tê-la praticado 100 vezes com 14 mortes, das quais, 6, devidas a doen-

casos intercorrentes e, apenas oito, imputáveis à operação. Segundo Bokay, 340 casos de talhas perineais, foram praticados, no Hospital de Pesth, com uma mortalidade de 15 p. 100.

Em face disto, diz Kirmisson, que parece dever dar-se a preferência à talha hipogástrica, operação esta que é tanto mais fácil nas crianças, quanto mais a bexiga se eleva acima do estreito superior, e ainda, segundo outros autores, porque a talha hipogástrica é mais simples, mais rápida, e expõem a um mínimo de acidentes operatórios e post-operatórios.

Como se vê pela minha estatística, todos os doentes, (15), foram operados pela talha hipogástrica. É muito pequeno o número de casos, que nela registro, para tirar conclusões positivas acêrca do prognóstico desta operação; todavia, nos 15 casos, que registro, aparecem três casos de morte, dos quais um, com seis anos de idade, faleceu logo no dia seguinte à operação, outro, com cinco anos, três dias depois e outro, com três anos, vinte e dois dias depois devido a supuração da bexiga e gangrena da ferida operatória. Quer dizer, isto representa uma mortalidade de 20 p. 100, mortalidade excessiva em face do prognóstico benigno mencionado nos livros, o que deve ser atribuido a uma série insuficiente para calcular uma percentagem dos casos fatais.

Estadística dos casos de cálculos vesicais das enfermarias de crianças do Hospital Geral de Santo António

| Ano               | N.º da Tabela            | Idade                      | Operação                          | Operador                                | Data da operação                                | Data da saída                               | Resultado final     |
|-------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---------------------|
| 1901              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1902              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1903              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1904              | 749                      | 6 anos                     | Talha hipogástrica                | Prof. Dias d'Almeida                    | 17 de Novembro                                  | 18 de Novembro                              | falecido            |
| 1905              | 1.075                    | 5 anos                     | Talha hipogástrica                | Prof. Dias d'Almeida                    | 10 de Dezembro                                  | 13 de Dezembro                              | falecido            |
| 1906              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1907              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1908              | 1.615                    | 13 anos                    | Talha hipogástrica                | Dr. António Andrade                     | 3 de Junho                                      | 11 de Agosto                                | curado              |
| 1909<br>e<br>1910 | Não há registo           |                            |                                   |   |   |   |                     |
| 1911              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1912              | 2.566<br>41              | 3 anos<br>9 anos           | Talha hipogástrica<br>,<br>,      | Prof. Dias d'Almeida<br>,<br>,          | 17 de Julho<br>9 de Setembro                    | 25 de Agosto<br>19 de Setembro              | curado<br>,         |
| 1913              | 634                      | 8 anos                     | Talha hipogástrica                | Dr. Alberto Ribeiro                     | 9 de Novembro                                   | 15 de Dezembro                              | curado              |
| 1914              | 1.231<br>137 p.<br>1.740 | 7 anos<br>6 anos<br>7 anos | Talha hipogástrica<br>,<br>,<br>, | Dr. Alberto Ribeiro<br>,<br>,<br>,      | 13 de Janeiro<br>14 de Fevereiro<br>17 de Março | 30 de Janeiro<br>23 de Março<br>25 de Julho | curado<br>,<br>,    |
| 1915              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1916              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1917              | 2.137<br>331             | 8 anos<br>4 anos           | Talha hipogástrica<br>,<br>,      | Dr. Alberto Ribeiro<br>Dr. Oscar Moreno | 21 de Junho<br>11 de Setembro                   | 5 de Julho<br>9 de Outubro                  | curado<br>,         |
| 1918              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1919              | 608<br>1.221             | 4 anos<br>3 anos           | Talha hipogástrica                | Dr. Alberto Ribeiro                     | 4 de Dezembro                                   | 29 de Janeiro<br>16 de Junho                | curada<br>melhorado |
| 1920              | —                        | —                          | —                                 | —                                       | —   | —   | —                   |
| 1921              | 218<br>404               | 9 anos<br>3 anos           | Talha hipogástrica<br>,<br>,      | Dr. Couto Soares<br>,<br>,              | 17 de Setembro<br>3 de Novembro                 | 16 de Outubro<br>26 de Novembro             | curado<br>,         |
| 1922              | 225                      | 3 anos                     | Talha hipogástrica                | Dr. Couto Soares                        | 15 de Setembro                                  | 7 de Outubro                                | falecido            |

## PARTE II

(OBSERVAÇÕES)

## OBSERVAÇÃO I

### **Calculose vesical**

J. A. de 3 anos de idade, sexo masculino, natural do Pôrto.

Consulta por motivo de incontinência de urina, mais diurna que nocturna, com polakiúria e dôres na ocasião da micção. Já sofre há algumas semanas, sendo, pouco precisas, as informações que a família dá sôbre a história da doença. Também pouco se pode apurar da história pessoal e hereditária; foi creado ao peito, mas desde os dois meses que começou a tomar leite de vaca e a comer sopas de pão em leite. Criança pouco desenvolvida, mas sem anormalidade digna de registo.

Foi internado a 7 de Maio de 1919, enfermaria 9, sala de Pediatria, onde foi verificada a existência de um cálculo vesical, pequeno, como uma amêndoa aproximadamente, por meio da palpação hipogástrica combinada com o toque rectal. As urinas tinham um aspecto normal.

Instituída a dieta láctea, e conservada a criança na cama, a polakiúria diminuiu, bem como as dôres, permitindo-lhe a alta, melhorado, em 13 de Junho.

Não foi operado, devido à família se ter recusado a consentir na operação, depois de várias instâncias nesse sentido.

## OBSERVAÇÃO II

### Calculose vesical

D. S., de 3 anos de idade, sexo masculino, natural de Barcelos.

Veio à consulta do Hospital, por sofrer de dôres quando urinava, sendo as micções muito freqüentes. Era uma criança regularmente constituída, tendo sido criada ao peito até à idade de 10 meses.

História pessoal e hereditária, sem interêsse.

Urinava-se muito a miúdo, datando de alguns meses os sofrimentos, exacerbados nas últimas semanas. Diminuíam quando estava na cama, queixando-se de noite muito menos vezes do que de dia. Agarrava freqüentemente a glândula quando urinava, gritando com dôr.

Entrou para a enfermaria 9, (sala de Pediatria), em 25 de Outubro de 1921, sendo instituída a dieta láctea mitigada.

O toque rectal combinado com a palpação hipogástrica, permitiu constatar a presença de um corpo duro, do volume de uma noz, aproximadamente. A radiografia, confirmou os dados da palpação, (Gabinete de Radiologia do Hospital). As urinas eram de côr amarelo-alaranjado, de aspecto normal, com vestígios de albumina.

Na enfermaria, manteve-se a polakiúria e a incontinência, mas mais moderadas, decerto pela permanência do doente em decúbito dorsal. Estado geral bom.

Foi operado no dia 3 de Novembro, por talha hipogástrica, sendo operador o Sr. Dr. Couto Soares. Foi-lhe extraído um cálculo com forma ovalar medindo 3 centímetros de comprimento, por 2 de largura, e que pesava 4,8 gramas. A superfície do cálculo era rugosa e tinha uma côr castanho-avermelhado; era muito consistente. Por todos êstes sinais, se pode deduzir, que se tratava de um cálculo principalmente formado por oxalatos, mesmo sem análise química. As seqüências da operação foram boas tendo o doente tido alta no dia 26 de Novembro.



## OBSERVAÇÃO III

### **Calculose vesical**

D. T., de 3 anos de idade, sexo masculino, natural de Cabeceiras de Basto.

Veio para este hospital por indicação de um clínico, para ser operado de um cálculo vesical. Entrou para a enfermaria 9, (Sala de Pediatria), em 4 de Setembro de 1922.

Antecedentes pessoais e hereditários, despidos de interesse.

Há meses que sofria, tendo-se os padecimentos agravado nas últimas semanas.

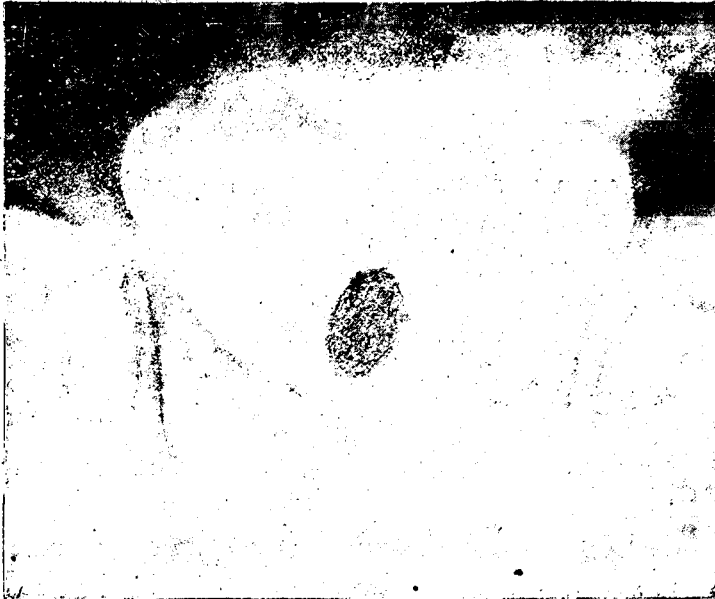
Tinha dôr no comêço e durante a micção, incontinência de urina, sendo êstes sintomas mais freqüentes de dia.

As dôres irradiavam para a glande, levando o pequeno doente a puchar pelo prepúcio, que se apresentava distendido e um pouco inflamado.

Por vezes o jacto da urina suspendia-se bruscamente, com dôr viva. O toque rectal, que se fêz uma única vez para não sacrificar o doente, combinado com a palpação hipogástrica, deu resultado negativo. A radiografia, mostrou a sombra de um cálculo de forma oval e do tamanho de uma azeitona, (Gabinete de Radiologia do Hospital).

## W O R K I N G

Observação



*Radiografia do cálculo vesical da Obs. III*

Observação

As urinas eram de côr normal, mas um pouco turvas.

Foi operado, por talha hipogástrica, no dia 15 de Setembro, sendo operador o sr. Dr. Couto Soares. Foi-lhe extraído um cálculo de côr amarelo-acastanhado, ovoide, medindo cêrca de 2 centímetros no seu maior diâmetro, e de superfície levemente rugosa.

A ferida operatória supurou; essa supuração pareceu a princípio ceder, com o tratamento anti-séptico instituído. Mas aumentando depois, apareceram sinais de gangrêna das partes moles, com supuração abundante e fétida vinda da bexiga. Pela ferida operatória fêz-se a saída de uma membrana em forma de saco, que devia ser a mucosa vesical necrosada. O estado geral do doente, já mau quando a supuração aumentou e se mostraram os sinais de gangrêna, piorou de dia para dia, com decadência do estado geral, fenómenos de intoxicação: emagrecimento, côr térrea, dispneia e pulso taquicárdico, pequeno e hipotenso. A curva das temperaturas acompanhou as fases de supuração e finalmente o progresso dessa decadência:

| Mês      | Dias | TEMPERATURAS |       |
|----------|------|--------------|-------|
|          |      | Manhã        | Tarde |
| Setembro | 16   | 37           | 38,1  |
| »        | 17   | 37,2         | 37,6  |
| »        | 18   | 37,1         | 37,7  |
| »        | 19   | 37,4         | 37,6  |
| »        | 20   | 37           | 38,6  |
| »        | 21   | 37,2         | 37,1  |
| »        | 22   | 37,1         | 36,2  |
| »        | 23   | 36,4         | 36,7  |
| »        | 24   | 36,4         | 37    |
| »        | 25   | 36,8         | 36,7  |
| »        | 26   | 36,4         | 37,3  |
| »        | 27   | 36,7         | 36,8  |
| »        | 28   | 36,4         | 38,2  |
| »        | 29   | 36,8         | 38    |
| »        | 30   | 36,4         | 37,4  |
| Outubro  | 1    | 36,7         | 37,7  |
| »        | 2    | 36,8         | 38,2  |
| »        | 3    | 37           | 38    |
| »        | 4    | 37,8         | 40    |
| »        | 5    | 39,5         | 38,7  |
| »        | 6    | 37,7         | 38    |
| »        | 7    | 39           |       |

O doente faleceu às 14 horas do dia 7 de Outubro.

## OBSERVAÇÃO IV

### Calculose vesical

S. R. S., de 11 anos de idade, sexo masculino, morador em Lordelo do Ouro, da clínica do Dr. Vasques de Carvalho.

Foi a êste apresentado, às 6 horas da manhã do dia 11 de Novembro, por sua mãe, porque tinha apresentado ataques convulsivos nocturnos que puzeram em sobressalto a sua família.

Interrogada a mãe acêrca dos caracteres dêstes ataques, apenas soube dizer que de um momento para o outro, fazendo esforços para urinar, seu filho, entrava em convulsões tónicas e clónicas, os olhos giravam-lhe nas órbitas, tendo durado estas convulsões uns minutos apenas.

Ao exame do doente encontrava-se no hipogastro uma tumefacção, que à percussão dava um som baixo, e que era dolorosa; a palpação da urétra era também dolorosa.

Tratava-se de uma retenção de urinas, e o catéterismo da bexiga, impunha-se. Foi o que lhe foi feito. O doente fica bem, mas às onze horas da manhã sobrevieram-lhe novos ataques convulsivos. Desta vez, foi-lhe feito o catéterismo, mas deixando ficar a algália, e os ataques não voltam a repetir-se. Fêz-se-lhe uma lavagem à bexiga com permanga-

nato de potássio a 1 por 2.000; para fazer a anti-sepsia das vias urinárias foi-lhe prescrito:

Salol . . . . . } aa  
 Urotropina . . . . . } Cinco decigr.

para uma hostia: 3 por dia

e foi-lhe instituída a dieta láctea.

Uma certa irritação em todo o comprimento da urétra, um esboço de balanite com tumefacção da glândula e do prepúcio, eram sintomas que fizeram inclinar para o diagnóstico de cálculo. No dia 13 à noite, constata-se uma parafimosis, que foi reduzida por manobras manuais.

O doente continua bem e no dia 20 de manhã, foi levado pela mãe, a casa do meu condiscípulo, o cálculo que o doente tinha expulso com um esforço.

É um cálculo de cor castanho-escuro, de forma oval irregular, um pouco achatado, de bordos lisos e faces rugosas, duro, e medindo, um centímetro de comprimento por sete milímetros de largo.

## OBSERVAÇÃO V

### Falsa calculose vesical por Irritação pela urina

A. T. P., de 8 anos de idade, sexo masculino, natural de Amarante.

Veio consultar por motivo de dôres intensas no acto da micção, localizadas na região vesical, irradiando para o pênis. Foi internado por suspeita de cálculo vesical em 6 de Março de 1920.

A doença datava de alguns dias, aparecendo as dôres irregularmente, mas, ultimamente, com muita freqüência. Havia polakiúria, sem incontidência. As micções eram menos freqüentes e as dôres mais atenuadas, quando estava deitado, de noite. O doente, quando urinava, fazia tracções do prepúcio, para atenuar a dôr que se estendia viva para a fossa navicular; por êste motivo o prepúcio estava distendido e avermelhado.

Criança normal, sem história pessoal, ou hereditária de interesse.

Foi-lhe feito o toque rectal combinado com a palpação hipogástrica, que deu resultado negativo.

A radiografia, feita a 10 de Março (Gabinete de Radiologia do Hospital), foi também negativa. O exame das urinas, (Laboratório Nobre, da Faculdade de Medicina), mostrou o seguinte:

| ELEMENTOS          |  | URINA ANALISADA                        |              |         |
|--------------------|--|--|--------------|---------|
|                    |  | Por litro                              | Por 24 horas |         |
| Caracteres gerais  | Volume de 24 horas . . . . .   | 1100cc                                 |              |         |
|                    | Côr. . . . .   | Amarelo                                |              |         |
|                    | Aspecto . . . . .  | Levemente turbo                        |              |         |
|                    | Depósito . . . . .   | Abundante                              |              |         |
|                    | Cheiro . . . . .   | Normal                                 |              |         |
|                    | Consistência. . . . .  | Fluida                                 |              |         |
|                    | Reacção . . . . .  | Levemente ácida                        |              |         |
|                    | Densidade a 15° . . . . .  | 1,0152                                 |              |         |
| Elementos normais  | Elementos orgânicos . . . . .  | 21,120 gr.                             | 23,232 gr.   |         |
|                    | Elementos minerais . . . . .   | 10,260 »                               | 11,286 »     |         |
|                    | Total das matérias dissolvidas . . . . .                             | 31,380 »                               | 34,518 »     |         |
|                    | Acidez total (expressa em Ph <sup>2</sup> O <sup>5</sup> ) . . . . . | 0,266 »                                | 0,292 »      |         |
|                    | Urêa . . . . .   | 17,999 »                               | 19,798 »     |         |
|                    | Acido úrico . . . . .  | 0,134 »                                | 0,147 »      |         |
|                    | Acido fosfórico (em Ph <sup>2</sup> O <sup>5</sup> ) . . . . .       | 1,100 »                                | 1,210 »      |         |
|                    | Acido sulfúrico (em SO <sup>3</sup> )                                | } mineral<br>dos sulfos<br>conjugados. | 1,249 »      | 1,373 » |
|                    | Enxofre neutro (em SO <sup>3</sup> ) . . . . .                       |  | 0,117 »      | 0,128 » |
|                    | Clorêto de sódio (em NaCl) . . . . .                                 | 0,161 »                                | 0,177 »      |         |
| Urobilina. . . . . | 4,680 »  | 5,148 »                                |              |         |
|                    |  | 0,100 »                                | 0,110 »      |         |
| Elementos anormais | Albumina ou albuminoides . . . . .                                   | Nula                                   |              |         |
|                    | Glucose . . . . .  | Nula                                   |              |         |
|                    | Pigmentos biliares. . . . .  | Nulos                                  |              |         |
|                    | Acidos biliares . . . . .  | Nulos                                  |              |         |
|                    | Indican . . . . .  | Pequena porção                         |              |         |

**Exame microscópico**

Elementos não organizados : — Numerosíssimos cristais de fosfato amoníaco-magnesiaco.

Elementos organizados : — Raras células das vias urinárias, raros leucócitos e micróbios de inquinação.

Durante a estada na enfermaria, as dôres foram desaparecendo. Esteve a dieta láctea. Saíu curado, no dia 1 de Abril de 1920; micções normais em número, e indolores, nos últimos dias de enfermaria.

Veio à consulta passados uns oito dias, tendo declarado que continuava bem.



## Conclusões

### I

Apesar da calculose vesical ser uma das doenças mais antigamente conhecidas, só no século XIX é que Guyon, fixou o quadro clínico dos cálculos vesicais, estudando completamente os sintomas e dando a cada um deles o valor semiológico que lhe cabe.

### II

A calculose vesical na infância, é sobretudo frequente dos 3 aos 9 anos.

Relativamente ao sexo é muito mais frequente no sexo masculino que no sexo feminino. Em relação com a calculose em todas as idades, pode dizer-se que ela é pouco frequente entre nós, como nos países da Europa ocidental.

## III

Da tríade sintomática da calculose vesical dos adultos, (hematúrias, incontínência e dôres), em clínica infantil faltam as hematúrias e as dôres tem caracteres especiais como o da irradiação para o prepúcio.

## IV

A cistite calculosa é nas crianças uma das mais freqüentes, devendo estabelecer-se o diagnóstico diferencial, principalmente, com a tuberculose vesical e com as irritações vesicais por urinas excessivamente ácidas.

## V

O tratamento da calculose vesical é essencialmente cirúrgico; a operação de escolha, na infância, é a talha hipogástrica.

---

---

Visto

Almeida Garrett

Presidente

Pode imprimir-se

Lopes Martins

Director

## BIBLIOGRAFIA

- LEGUEU & PAPIN. — *Précis d'Urologie*. — Paris, 1921.
- E. KIRMISSON. — *Précis de chirurgie infantile*. — Paris, 1906.
- A. BROCA ET ALBERT MOUCHET. — *Chirurgie de la vessie*. In — *La pratique des maladies des enfants*, T. VII. — Paris, 1911.
- A. BROCA. — *Chirurgie infantile*. — Paris, 1914.
- ENRIQUE SUÑER. — *Enfermedades de la infancia*, T. II. — Valladolid, 1918.
- JULES COMBY. — *Maladies de l'enfance*. — Paris, 1907.
- M. E. DESNOS. — *Histoire de l'urologie*. — Encyclopédie Française d'Urologie. — T. I, Paris, 1914.
- POUSSON ET JACQUES CABLES. — *Affection calculeuse*. — Encyclopédie Française d'Urologie. — T. II, Paris, 1914.
- E. DESNOS ET H. MINET. — *Calculs de la vessie*. — Encyclopédie Française d'Urologie. — T. IV, Paris, 1921.
- NOGUÈS. — *Journal d'Urologie*. — T. XI, 1921 — n.º 5 e 6.
- E. FORGUE. — *Précis de Patologie externe*. — Paris, 1921.
- G. MARION. — *Technique Chirurgicale*. — T. II, 1917.