

VOL - CLXXIII
(173) I.

N.º 28

Adelaide dos Prazeres Oliveira Coelho



UM CASO DE ECTOPIA RENAL

(Trabalho de 2.^a clinica cirúrgica)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA A

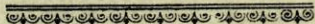
Faculdade de Medicina do Porto



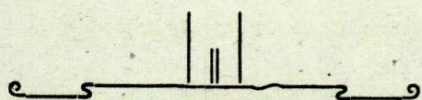
JULHO - 1919



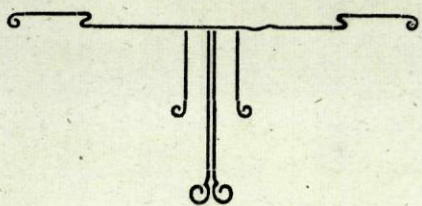
Composto e impresso na
ESCOLA TIP. DA OFICINA DE S. JOSÉ
Rua Alexandre Herculano — Porto



173/1 FMT



UM CASO DE ECTOPIA RENAL.



Adelalde dos Prazeres Oliveira Coêlho



UM CASO DE ECTOPIA RENAL

(Trabalho de 2.^a clínica cirúrgica)

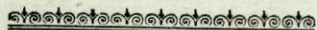
TESE DE DOUTORAMENTO

► ◆ ◄ APRESENTADA À ► ◆ ◄

Faculdade de Medicina do Pôrto



JULHO - 1919



Composto e impresso na
ESCOLA TIP. DA OFICINA DE S. JOSÉ
Rua Alexandre Herculano — Pôrto



Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão.....	Anatomia patológica.
Vaga.....	Clinica e policlinica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da Medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas.....	Dermatologia e Sifilografia.
Vaga.....	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães:.....	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida.....	Clinica e policlinica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima.	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima.....	Farmacologia.
Alvaro Teixeira Bastos.....	Clinica e policlinica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes.....	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar.....	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett....	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira.....	Patologia e terapêutica médicas.
Vaga	Clinica das doenças infecciosas.

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo.
Pedro Augusto Dias.

À saudosa memória de meu

PAI

A minha Mãe

Estão cumpridos os vossos
desejos.

A meus Irmãos

Um grande abraço.

A minha Madrinha

Muito vos devo e muito vos quero.

A minha Família

A todos que estimo

*A' memoria de Francisco de Assis
Sousa Vaz, do Conselho de Sua
Majestade, comendador das
ordens de Nosso Senhor Jesus
Cristo e de S. Mauricio e S. Láz-
zaro, doutor em Medicina, lente
jubilado e director da Escola Me-
dico-Cirúrgica do Porto, nascido
a 7 de agosto de 1797 e falecido
a 6 de abril de 1870, o qual,
havendo projectado deixar um
legado à dita escola para o seu
sentimento ser applicado ao aper-
feiçoamento e derramamento dos
conhecimentos médicos, bem
como a subsidiar alguns alunos
necessitados, e não podendo rea-
lizar tão util pensamento, foi este
interpretado por sua irmã e her-
deira D. Rita de Assis de Souza
Vaz, legando à mesma escola, e
para o fim indicado, sessenta
inscrições da dívida pública
nacional do valor nominal de
1:000\$000 réis cada uma.*

Em testemunho de gratidão

O. D. C.

A aluna pensionária,

Adeiaide dos Prazeres Oliveira Coelho.

AO ILUSTRADO CORPO DOCENTE

da

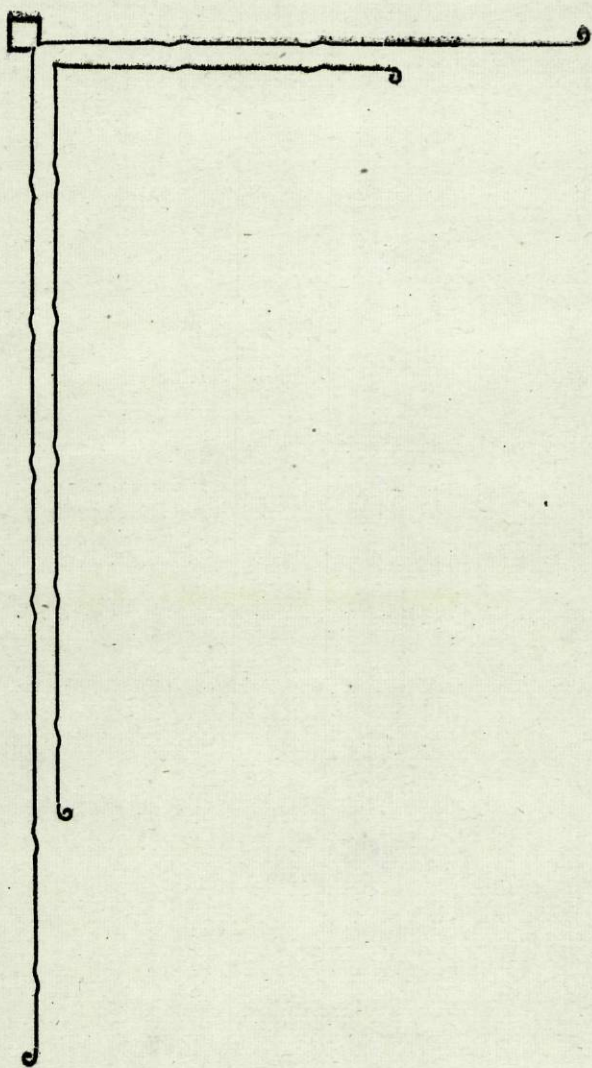
Faculdade de Medicina
do Pôrto

Ao meu professor e digníssimo
presidente de tese

Ex.^{mo} Snr.

Dr. Teixeira Bastos

Os meus agradecimentos.



Duas palavras

Em cumprimento dum dever, apresentamos o nosso despretencioso trabalho que nada vale, mas representa, contudo, um esforço grande, atentas as condições em que foi elaborado.

Ao Ex.^{mo} Professor Dr. Teixeira Bastos a quem devemos o nosso assunto, agradecemos muito os seus valiosos ensinamentos, bem como a amabilidade com que se dignou presidir á nossa tese.

Queremos tambem significar o nosso reconhecimento ao Ex.^{mo} Professor Dr. Pires de Lima que tão obsequiosamente nos auxiliou, e aos Snrs. Dr. Oscar Moreno, Dr.

*Hernani Monteiro, Dr. Roberto de Carvalho e
Alberto Sousa.*

*Ao sapientissimo juri que houver de
julgar-nos, pedimos a benevolência que se
deve a todo aquele que escreve por dever.*

* * *

*Dividimos o nosso trabalho em duas
partes:*

*1.ª PARTE — Observação clínica —
Observação anatómica.*

*2.ª PARTE — Ligeiras considerações
sobre ectopia renal.*

1.^a PARTE

Observação clínica.

Observação anatómica.

Observação clínica

H. P., 36 anos, solteira, natural de Moimenta da Beira.

Deu entrada na Enfermaria 8 — Clínica Cirúrgica — em 19 de abril de 1919.

Estado actual

A doente apresenta um certo grau de emaciação, palidês dos tegumentos com mucosas descóradas.

Tem um aspecto triste, resultante da preocupação contínua do seu sofrimento.

Queixa-se da presença dum tumor abdominal que ela palpa muito bem e que a intimida sobremaneira.

A inspecção do abdomen mostra-nos uma cicatriz cirúrgica infra-umbilical; há uma ligeira eventração.

Pela palpação notamos um tumor ¹ consistente, de superfície regular, alongado no sentido vertical e ligeiramente deprimido na sua face anterior, junto do bordo interno; o bordo externo é convexo.

A extrema flacidez da parede abdominal permitia-nos limitar, com relativa facilidade, este tumor e explorar a sua mobilidade.

Estava situado na metade direita do abdomen, para baixo do umbigo, junto da linha branca, ocupando a porção inferior da

¹ Com Sacconaghi, chamamos «tumor abdominal», a toda e qualquer resistência que parece não ser normal e que nos é revelada pela palpação superficial ou profunda do abdomen.

região umbilical e parte da fossa ilíaca direita; media, segundo o seu grande diâmetro, 10^{cm} aproximadamente e distava da espinha ilíaca ântero-superior direita cêrca de 8^{cm}.

Este tumôr, cuja configuração se aproximava bastante da configuração dum rim, era movel e absolutamente independente da parede abdominal.

Deslocava-se no sentido transversal cruzando a linha mediana para ir ocupar a fossa ilíaca esquerda; no sentido vertical o deslocamento era muito reduzido.

A sua séde e dimensões, bem como os graus de mobilidade que apresentava, podem vêr-se nítidamente na fig. 1.

Todos estes movimentos eram absolutamente indolôres.

A coluna vertebral palpava-se bem, sentindo-se perfeitamente as pulsações da aorta abdominal.

A percussão — indolôr também — não nos fornecia grandes elementos.

Exame do aparelho urinário

A doente não acusa dores na região lombar.

Na análise completa da urina colhemos o seguinte :

Diurese normal — 1500.

Côr amarela.

Aspecto levemente turvo.

Depósito pequeno.

Cheiro normal.

Consistência fluida.

Reacção ácida.

Densidade — 1,0105.

Vestígios de albumina.

Pequena porção de indican.

Ureia.....	10,610 gr. por litro.
Ácido úrico.....	0,269 » » »
Acidez total	0,656 » » »
Ácido fosfórico.....	1,320 » » »
Cloreto de sódio.....	1,755 » » »
Total das materias dissolvidas	18,040 » » »
Urobilina.....	0,100 » » »

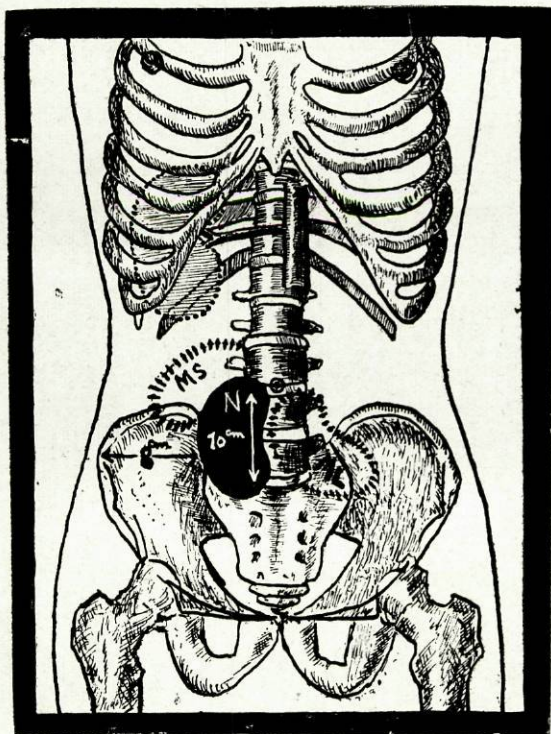


FIG. I

Esquema representativo
da situação do rim e seus
deslocamentos.

N — Situação anormal

MS — Mobilidade superior

ML — Mobilidade lateral

O exame microscópico revelou a presença de células das vias urinárias, algumas células vesicais e numerosos micróbios de inquinação.

Relações urológicas

Urica.....	2,5
Ureica.....	94,8
Desmineralisação.....	37,9
Fosfo-ureica.....	12,4
Sulfo-ureica.....	8,2
Fosfo-sulfúrica.....	150,2
Sulfo-conjugação.....	8,0
Sulfúrica.....	18,1

Confrontando com a urina normal nós temos a notar o seguinte: diminuição de todos os elementos normais, mas muito principalmente da ureia, dos cloretos e do total das matérias dissolvidas. Senão vejamos:

Ureia.....	10,610 (Norm. 20,952 por litro).
Cloretos	1,755 (Norm. 9,964 por litro).
Total das matérias dissolvidas.. .	18,040 (Norm. 45,875 por litro).

* * *

Para avaliarmos do estado funcional de cada rim, foi recolhida separadamente a urina, pelo cateterismo ureteral, e mandada analisar.

Cateterismo ureteral

Vamos descrever rapidamente a técnica empregada pelo Snr. Dr. Oscar Moreno no cateterismo ureteral da nossa doente. Antes de se proceder propriamente á cistoscopia, foi recolhida num balão esterelizado, por meio duma sonda vesical, toda a urina contida na bexiga, sendo o balão etiquetado: «urina total». Depois injectou-se água fervida para se obter a dilatação da bexiga; é indispensável que a distensão vesical seja suficiente para permitir que sejam encontrados facilmente os orifícios ureterais, que, na distensão incompleta, ficariam escondidos numa prega qualquer da mucosa.

Quando a doente sentiu vontade de urinar, suspendeu-se a injeção. Foram pre-

cisos 200^{cc}. Procedeu-se em seguida á cistoscopia com o cistoscópio de Albarran.

A mucosa vesical apresentava uma vascularisação bastante acentuada, mas principalmente no «bas-fond» da bexiga.

O orifício ureteral direito era bastante largo, mas a sonda ureteral pārava a cērcade 2^{cm} do orifício e todas as tentativas para a levar mais longe, resultaram inúteis; constatou-se a existência dum cotovêlo do uretere.

Do lado esquerdo, o orifício ureteral era punctiforme deixando passar com dificuldade uma sonda de pequeno calibre — n.º 6.

Foi retirado o cistoscópio, ficando em posição a sonda ureteral esquerda para recolher a urina do rim correspondente, sendo colocada, na bexiga, uma sonda vesical para recolher a urina do rim direito.

As extremidades destas sondas foram introduzidas em balões esterelizados, onde era récolhida a urina para análise.

A colheita de urina durou 1 hora, ao fim da qual verificamos, com surpresa, que

o balão receptor da urina do rim direito estava completamente vazio, enquanto que aquêlê onde era recebida a urina do rim esquerdo continha alguns centímetros cúbicos. Este último balão etiquetado «rim esquerdo» e o da «urina total» foram mandados para análise.

Os resultados foram os seguintes :

URINA TOTAL

Volume.....	200cc
Ureia $\frac{0}{100}$	21,608
Cloretos $\frac{0}{100}$	6,552

Raras células das vias urinárias superiores.

Separação de urina durante 1 hora.

R. E.		R. D.
Vol.....	25 cc.	(nada)
Ureia $\frac{0}{100}$	13.660	
Cloretos $\frac{0}{100}$	5,49 ⁹	
Albumina :	1 gr.	

A presença de albumina na urina do rim esquerdo, embora não tivesse sido revelada na «urina total», não nos surpreende porque é muito freqüente no cateterismo ureteral.

Durante a noite que seguiu o cateterismo a doente teve cólicas renais muito intensas do lado esquerdo, acompanhadas de vômitos abundantes.

Uma picada de morfina calinou tudo.

No dia seguinte repetiram-se as cólicas, sendo a diurèse muito reduzida — 250 cc.

As cólicas renais são muito freqüentes após o cateterismo, quando o orifício ureteral é muito pequeno, como no nosso caso.

Vejamos agora esse facto extraordinario que bastante nos surpreendeu : o não funcionamento do rim direito.

A existência do cotovêlo do uretere, a que já nos referimos, seria sufficiente para o tornar absolutamente impermeavel, impedindo transitóriamente o escoamento da urina?

Tratar-se-hia antes duma atrofia renal?

Todavia o rim estava pouco reduzido de volume — como verificamos pela palpação — e

nunca foi séde de lesões inflamatórias, as mais leves, nem a análise de urinas revelou alterações renais apreciáveis, para aceitar-mos a hipótese de atrofia adquirida.

A atrofia congénita é ainda mais prontamente posta de parte porque, há quasi um ano, foi feito o cateterismo ureteral recolhendo se urina de ambos os rins. E mesmo as dimensões do rim não são as dum rim congénitamente atrofiado.

Resta-nos a hipótese do «reflexo inibitório» observado tambem nas cistoscopias acompanhadas de cateterismo ureteral.

Parece todavia que o «reflexo», nò cateterismo ureteral, não vai além de 15 a 20 minutos e a duração da colheita, no nosso caso, foi levada até 1 hora.

A que attribuir, pois, o facto observado ?

O obstáculo mecânico, dependente da existência do cotovêlo ureteral, é um factor muito importante, mas não parece único; está sem duvida associado a outros factores, importantes tambem.

E assim as tentativas para vencer o

obstáculo que se opunha à progressão da sonda ureteral direita, provocando uma irritação da mucosa, o próprio cateterismo, actuando como um corpo estranho, seriam, sem dúvida, a origem dum «reflexo inibitório» que viria acentuar o cotovêlo do uretere, impedindo por completo o escoamento de urina. O cateterismo ureteral tem grande importância porque, nos casos em que a nefrectomia se impõe, elucida-nos ácerca do valor funcional do rim que deve ficar.

Tambem nos permite evitar a ablação dum rim único, o que aconteceu algumas vezes, quando este método de exploração renal era desconhecido.

Exame do aparelho digestivo

Língua ligeiramente saburrosa. Apetite diminuído. Digestões lentas. Estado nauseoso freqüente.

Os intestinos funcionam irregularmente; obstipação habitual.

O fígado está na sua posição normal.

Exame do aparelho genital

É nulípara. Foi menstruada aos 15 anos; a menstruação é regular e não é dolorosa.

O fluxo menstrual dura geralmente 4 dias.

Não apresenta malformações congénitas.

Exame do aparelho cárdio-vascular

Leve taquicardia: P-92

Ligeira hipotensão arterial:

{	T. M.	10
{	T. m.	5,5

Os ruídos cardíacos eram bem batidos; nada notamos de anormal.

Exame do aparelho respiratório

Normal.

— História da doença —

Ha cerca de um ano a doente, que até então se entregava a toda a espécie de trabalhos domésticos e campestres, sem dificuldade alguma, principiou a sentir-se fraca, a emmagrecer sem causa aparente. Uma vez, estando deitada, notou qualquer coisa em que nunca havia reparado, como que um tumor, no lado direito do abdómen.

Ficou muito assustada e, cada vez que palpava o seu ventre, tinha a impressão de que o tumor se avolumava mais.

O apetite diminuia e a doente era presa dum mal-estar terrível.

Difinhava dia a dia incapaz de trabalhar, de se entregar ás suas occupaões de outróra.

Quando andava, ou quando se abaixava, tinha uma sensação de peso na fossa ilíaca direita. Preocupada em extremo com o seu mal, resolveu-se enfim a procurar médico. Este disse-lhe que tinha um tumor abdominal e precisava de ser operada,

Veio imediatamente para o Pôrto, dando

entrada no Hospital da Misericórdia — enfermaria 8 — em junho de 1918.

Foi pôsto o diagnóstico de tumor do mesentério; a situação quási mediana e sobretudo o deslocamento transversal que apresentava, eram elementos em favor desse diagnóstico.

Em julho de 1918, o Prof. Teixeira Bastos fez uma laparotomia infra-umbilical, reconhecendo, que se tratava dum *rim distópico*, impossível de atacar por via transperitoneal, devido á sua intensa vascularização. Foi proposta á doente uma nova operação para mais tarde e ela voltou para a sua terra, fazendo uso dum cinto abdominal, na esperança de dispensar uma nova intervenção cirúrgica.

Durante algum tempo esteve bem, mas decorridos três ou quatro meses voltou-lhe a mesma impressão no abdomen, uma sensação de peso.

O apetite diminuia de novo; um mal-estar contínuo a apoquentava, vendo-se na impossibilidade de trabalhar como dantes.

Assim foi passando 10 meses. ao fim dos quais se decidiu a voltar para o Hospital, onde a viemos encontrar em maio de 1919.

Antecedentes pessoais
— e hereditários —

Foi sempre saudável. Apenas ha anos teve uma febre epidémica — gripe ?

A mãe morreu aos 60 anos; sofria do estômago.

O pai é vivo e saudável.

Tem irmãos todos saudáveis.

Diagnóstico

Ectopia congénita do rim direito ¹.

Na nossa observação colhemos ele-

¹ Alguns autores reservam a designação de ectopia para deslocamentos congénitos, enquanto que outros abrangem nessa designação as ptoses adquiridas.

mentos suficientes para firmar o nosso diagnóstico.

Que se tratava dum rim distópico era indubitável por que a palpação nos fornecia elementos bastante elucidativos e, mais do que isso, a laparotomia exploradora, dava-nos a prova irrefutável.

Tratar-se-hia porem duma distopia congénita ou adquirida?

A irreductibilidade do rim, isto é, a impossibilidade de o deslocar no sentido vertical e leva-lo para a região renal, é um dos elementos que melhor caracterizam clinicamente o rim ectópico.

Nós sabemos que o rim movel é reductivel, salvo nos casos excepcionais em que se torna fixo pela existência de aderências.

Além disso a ausência quási completa do quadro sintomático da ptose renal — de que nos occuparemos na segunda parte deste trabalho — e a ausência ainda dos factores patogénicos desta afecção, são outros tantos elementos a favor duma distopia congénita.

A vascularização intensa, notada no decurso da laparotomia exploradora, fez nascer no nosso espírito a ideia de que vasos anómalos existiam, o que seria mais um elemento a favor do nosso diagnóstico.

Tratamento

Nefrectomia por via para-peritoneal. Incisão de Raymond Grégoire.

Operador — Prof. Teixeira Bastos.

Duração da operação — 1 hora e 14 minutos.

Duração da anestesia — 1 hora e 34 minutos.

Clorofórmio absorvido — 25 gramas.

* * *

A doente foi colocada em posição dorso lateral.

Estava fortemente dobrada para traz, tendo um rôlo de roupa colocado sob a

região lombar do lado doente e não excedendo a coluna vertebral, de maneira que o lado são «portait à faux» e que o corpo pendesse fortemente para êle.

É calçado por uma compressa dobrada em quatro, do lado são.

A incisão foi feita sobre o prolongamento da linha axilar anterior, indo do rebordo costal á crista ilíaca. Vide fig. II.

Na sua extremidade superior recurvava-se ao longo do rebordo costal numa extensão de 3 a 4^{cm} enquanto que, ao nível da extremidade inferior, a incisão seguia ao longo da crista ilíaca numa extensão de 4 a 5^{cm}.

Depois foram cortados sucessivamente todos os planos até ao peritoneu.

Foi colocado um afastador na parte anterior da incisão, que um ajudante segurou, — para imobilisar o intestino e aumentar a luz do campo operatório.

Para trás fez-se fácilmente o descolamento até ao raquis; para diante era preciso caminhar até ao ponto de reflexão do

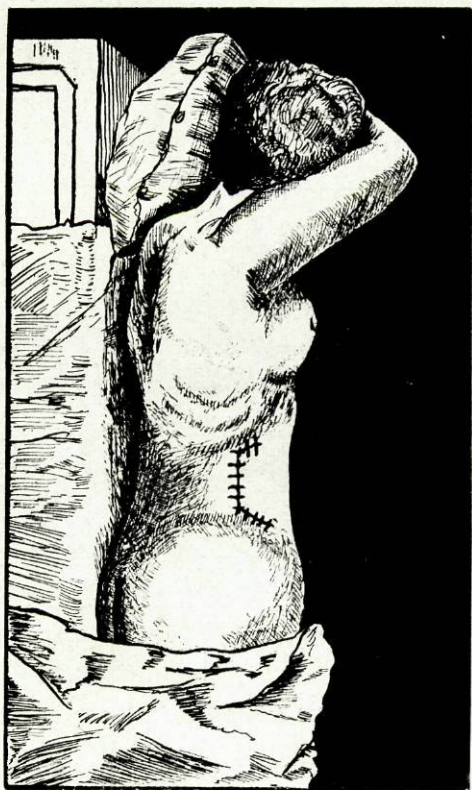


FIG. 11

Esquema representativo da incisão de Grégoire.

peritoneu parietal, sobre a face anterior do rim. Como o rim estava muito baixo foi preciso que o ajudante o impelisse para cima, fazendo pressão sobre êle atravez da parede abdominal; escapava-se fácilmente. Depois de seguro era preciso desembaraça-lo da sua camada gordurosa e pediculisa-lo.

Foi este o tempo mais difficil. Numerosos vasos, nascidos dum tronco comum, dirigiam-se para o rim, pela sua parte superior, numa grande confusão.

O pedículo vascular abordava o rim pela parte superior do bordo externo, e contornava a sua face anterior, alojado num profundo sulco cavado nessa mesma face.

Para tornar mais facil a pediculisação do rim, procurou-se primeiramente o uretere, que, mais para baixo e para dentro, se dirigia ao hilo; foi seccionado entre dois fios.

Depois foi seccionado o pedículo junto do bordo externo do rim e mais quatro artérias supra-numerárias, das quais uma se dirigia ao polo superior do rim, face

anterior, e as outras três terminavam na sua face posterior.

O rim estava emfim livre.

Fez-se a hemostase e procedeu-se em seguida á reconstituição da parede, empregando nisso a maior atenção, porque a doente é uma predisposta às eventrações.

Fez-se a sutura em três planos por pontos contínuos, sendo a sutura da pele por pontos separados. Não se deixou dreno.

— Sequências da operação —

No mesmo dia da operação — 30 de maio — a doente teve vômitos abundantes devidos ao clorofórmio absorvido.

O pulso era pequeno e taquicárdico — 104 pulsações por minuto.

Fez-se uma injeção de cafeina.

A temperatura que de manhã era de 36,6, à tarde subia a 37,5 como poderá ver-se no gráfico adjunto.

Diurese — 500 gr.

Não teve dôres.

1-vi-19 — Os vômitos persistem a temperatura eleva-se. O estado geral levantou-se um pouco.

2-vi-19 — Continuam os vômitos. Baixa a diurese — 350. O pulso melhora muito e a temperatura mantem-se a 37,3.

São-lhe administradas VIII gotas de adrenalina — para combater uma insuficiência suprarrenal possível pelas trações exercidas sobre as cápsulas suprarrenais durante a operação.

Não ha evacuações.

Foi-lhe feito um clistér de Monod: vinho — 60 gr.; glicerina — 20 gr. e água 20 gr. Não há dôres.

3-vi-19 — Os vômitos cessaram. Boa tolerancia para o leite. O estado geral levantou-se muito. A temperatura, diurese e número de pulsações

estão registados nos gráficos correspondentes.

7-VI-19 — Formou-se um pequeno abcesso da parede abdominal que, juntamente com a retenção intestinal explica a elevação térmica.

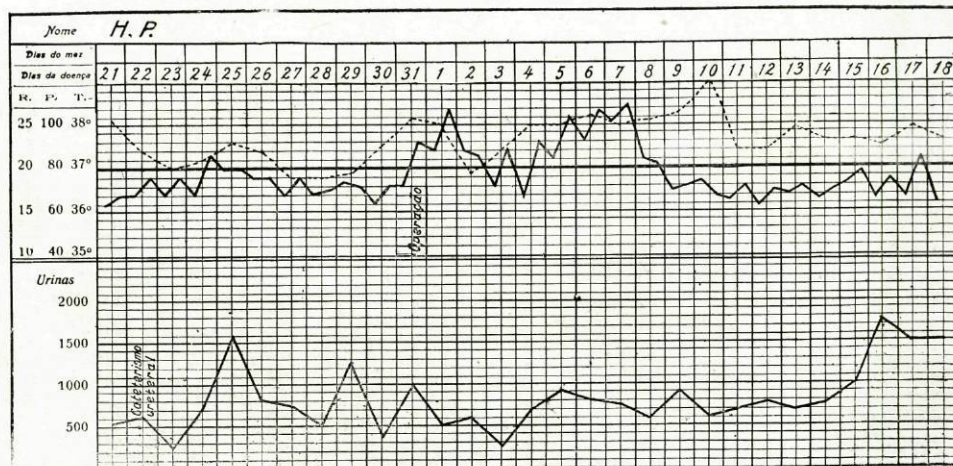
No meio do pús apareceu um pedaço de catgut. Foi feito um penso húmido de permanganato de potássio.

Evacuação abundante com um clister. A doente está muito bem disposta.

{	T. M.....	8
	T. m.....	4

9-VI-19 — Retiraram-se todos os pontos. Principiou a comer a dieta seguinte: 4.^a de costeleta e 3.^a de pão fino.

12-VI-19 — A supuração desapareceu por completo.



16-vi-19 – Muito melhorada. Excelente apetite. Diurese abundante — 1750. Levantou-se notando apenas uma ligeira impressão ao nível da cicatriz, quando andava.

19-vi-19 – A análise qualitativa da urina nada revelou de anormal. O aspecto da doente é excelente, sendo para notar o contraste da sua bôa disposição de agora com a melancolia de outrora.

Foi-lhe fornecido um cinto abdominal que a doente deverá usar sempre, para obstar ás eventuações para as quais tem uma predisposição manifesta. Saiu completamente curada.

Observação anatómica

Exame da peça

Rim direito ectópico de H. P., 36 anos, doméstica, natural de Moimenta da Beira, extraído pelo Prof. Teixeira Bastos.

Preparação anatómica do Dr. Hernani Monteiro.

Desenhos do Snr. Alberto Sousa.

Peça conservada no Museu do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto.

Observação depois da imersão em álcool durante 3 dias:

Peso	63 gr.	120-100 gr.
Altura	81 mm	120 mm
Largura maxima	55 mm	70 mm
Espessura.....	31 mm	30-40 mm
Altura do hilo.....	35 mm	
Largura media do hilo.	16 mm	

Face anterior (Vide fig. III)

Esta face é bastante convexa encontrando-se, junto do bordo interno, o hilo do rim que é muito largo e irregular. Da porção inferior e externa do hilo parte um sulco profundo, dirigido oblíquamente para cima e para fóra; este sulco é côncavo de concavidade voltada para cima e para dentro, e aloja os vasos renais, ficando a veia acima da artéria, paralelamente a esta.

No seu trajecto a artéria emite vários ramos que se perdem no parênquima renal.

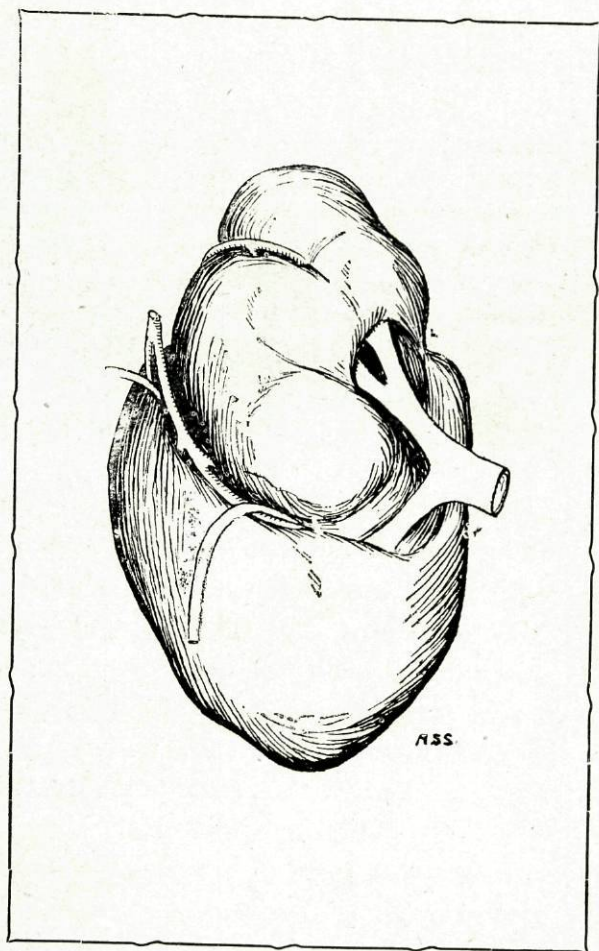


FIG. III

Face anterior do rim

No hilo encontra-se o bacinete formado por dois grandes cálices, um superior e outro inferior, os quais, por sua vez, são constituídos pela reunião de três pequenos cálices.

Por detrás do bacinete e na parte inferior do hilo, lança-se uma artéria que está alojada num sulco situado no bordo interno e prolongando-se para a face posterior do rim.

No terço superior da face anterior do rim, junto do seu bordo externo, lança-se uma artéria supra-numerária, donde partem dois ramos, um dos quais penetra no parênquima renal junto daquêle bôrdô, e o outro se dirige mais para dentro deslizando numa goteira sensivelmente horisontal.

Esta face apresenta vestígios da lobulação fetal, na parte situada acima do grande sulco já mencionado.

Esquecia-nos fazer referência a um pequeno vaso que se lança no rim na porção superior deste sulco, junto do seu bordo externo, como pode vêr-se na fig. III.

Face posterior (Vide fig. IV)

A face posterior é achatada, apresentando, na união do terço superior com os dois terços inferiores, um pequeno sulco dirigido de baixo para cima e de dentro para fóra.

Na parte inferior deste sulco está alojada a artéria a que já nos referimos na descrição da face anterior, a qual vai para a parte inferior do hilo.

No mesmo sulco encontra-se a terminação de mais duas artérias supra numerárias, estando uma delas mesmo junto do bordo externo do rim e a outra mais perto do bordo interno do que do bordo externo.

Bordo interno

Ligeiramente convexo. Apresenta dois sulcos em comunicação com o hilo: um na parte inferior, já mencionado a propósito duma artéria, e outro, muito profundo, na sua extremidade superior.

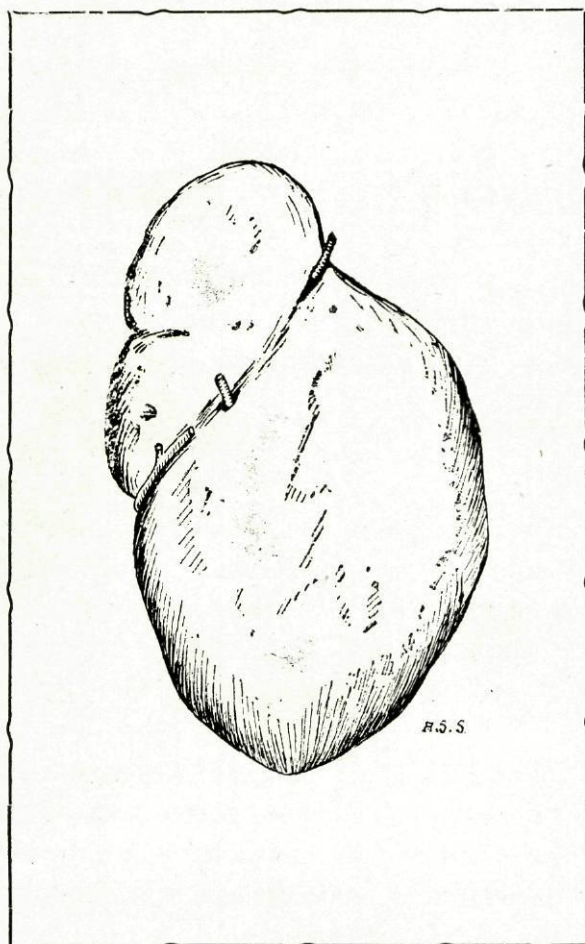


FIG. IV

Face posterior do rim

É possível que este profundo sulco corresponda á presença dum vaso que não foi conservado.

Bordo externo

Fortemente convexo. Apresenta uma depressão correspondente ao profundo sulco citado na descrição da face anterior.

Parece que essa depressão corresponderia á presença dum tronco arterial — verdadeira artéria renal — donde emergiam todos os ramos.

Polo superior e polo inferior

Normais.

O córte clássico do rim — ao longo do seu bordo externo — não revelou nada de anormal.

As figuras III e IV mostram com tanta clareza a disposição por nós descrita nas faces anterior e posterior, que julgamos desnecessário acrescentar qualquer nota explicativa.

O estudo das anomalias renais e ureterais tem merecido grande atenção a vários autores francêses e entre nós ao Prof. Pires de Lima que, no seu trabalho «Contribuição portugúesa para o estudo das anomalias renais e ureterais» reuniu 10 observações muito interessantes.

Vamos ocupar-nos delas tão resumidamente quanto possível.

1.^a — «Rins em ferradura com ístmo muito curto».

Rins de aspecto quási normal fusionando-se pelos pólos inferiores.

2.^a — Rins em ferradura com extenso ístmo. Artérias supra-numerárias.

Neste caso os rins têm uma forma muito extravagante. A face anterior é convexa e apresenta uma série de relêvos e sulcos podendo contar-se vários lobos.

O ístmo é longo, constituido por um lóbo triangular.

O seio é largamente aberto.

Apresenta anomalias arteriais. As artérias renais, provenientes da aorta, bifurcam-se á altura do pólo superior do rim, dando um ramo que penetra imediatamente no rim e outro que margina o lábio anterior do hilo.

No bordo superior do hilo, sai da aorta uma artéria que se bifurca dando um ramo direito, outro esquerdo, que vão distribuir-se no parênquima renal.

3.^a — Rins em ferradura numa creança.
Artérias múltiplas.

Bacinete implantado na face anterior.

Neste caso os rins estão fusionados em maior extensão que os anteriores, estabelecendo-se uma transição entre «rins em ferradura» e «rins em bôlo».

Neste exemplar vêm-se quatro artérias nascendo todas independentemente da aorta.

4.^a — Rins em bôlo num homem adulto.

Neste caso os rins estão completamente fusionados, reduzidos a um bloco disforme.

Três artérias provenientes da aorta junto da sua bifurcação lançam-se no rim; uma na face anterior e duas na face posterior.

A metade esquerda recebe outra da ilíaca primitiva.

5.^a — Uretere esquerdo bífido. Artéria extra-hilar direita.

6.^a — Rim esquerdo com dois bacinetes e dois ureteres que se abrem numa cavidade ampular.

7.^a Uretere e artéria renal duplos. Além da artéria principal, que crusa a veia em X, há outra que tem origem perto da bifurcação da aorta e se dirige para cima, lançando-se no bordo interno do rim.

8.^a Rim direito com uretere duplo. Rim esquerdo com uretere bífido.

9.^a Ureteres duplos bilaterais.

10.^a Artérias renais supra numerárias.

Ant.º C., jornaleiro, natural de Gandra.

Peça existente no Museu de Anatomia Normal.

A veia renal nasce por três ramos na parte anterior do seio.

A arteria renal direita encontra-se atrás da veia renal e da veia cava inferior ramificando-se antes do hilo.

Por detrás destes ramos está o uretere, que se segue a um bacinete profundamente disposto no seio; além da artéria principal, este rim possui uma artéria mais delgada que nasce da aorta 1^{cm} para baixo daquela, passa adiante da veia cava lançando-se na parte inferior do hilo.

A artéria renal esquerda está situada por detrás da veia e bifurca-se antes do hilo.

Logo após a sua origem na aorta, dá um ramo divergente para cima, com 3^{cm} de comprimento, que vai lançar-se na face anterior, perto do pólo superior, 1^{cm} acima do hilo e 1^{cm} para fóra do bordo interno.

Esta arteria polar dá dois raminhos que vão distribuir-se na glândula suprarrenal.

Há ainda no Museu de Anatomia Normal um exemplar constituido por um rim direito com duas artérias nascidas directamente da aorta.

O Dr. Hernani Monteiro descreverá oportunamente três novos exemplares de anomalias renais existentes no Museu do Instituto de Anatomia da nossa Faculdade.

Um dêles é de nefrossinfisia e os outros dois de multiplicidade de artérias renais.

O conhecimento da existência de vasos anómalos é de magna importância em cirurgia renal.

Legueu na sua lição sobre «As consequências cirúrgicas da teminalidade das artérias renais» vai de encontro ás ideias anteriormente professadas de que estas artérias se anastomosam entre si, e apresenta experiencias comprovativas das suas afirmações.

Descreve uma observação em que, no decurso duma pielotomia, a rutura despercebida duma artéria anormal produziu um «infarctus» de todo o pólo superior do rim.

Sobrevieram hematúrias muito graves a que só a nefrectomia secundária pôz termo.

O quarto superior do rim estava necrosado ; havia portanto um território privado da sua vascularisação arterial.

* * *

As anomalias arteriais são bastante freqüentes. Há várias estatísticas ; mas a estatística pessoal mais numerosa é a de Papin, que reuniu 364 observações.

Praticamente temos a distinguir dois casos :

- 1.º A artéria renal é única.
- 2.º Há várias artérias renais.

A artéria única pode penetrar toda no seio renal ; não há probabilidade de ser ferida.

Quando se divide precocemente, os seus ramos penetram no rim para fóra do hilo, no seu pólo superior, nas faces, no bordo convexo, etc.

Neste caso a secção ou simples laceração dos vasos, é facil.

Artérias múltiplas—São muito frequentes, há uma média de 30 p. 100.

A maior parte das vezes há duas artérias renais — a origem é geralmente aórtica, ou ilíaca — mas também pode haver mais, até seis.

E assim teremos a considerar três categorias :

- (Hilares ou médias.
- } Polares superiores.
- (Polares inferiores.

As polares superiores também chamadas cirúrgicas, quer provenham do tronco da renal, quer directamente da aorta, podem ser muito perigosas se forem desconhecidas.

Quando se faz uma operação conservadora do rim é preciso respeitar estes vasos; a nefrotomia é por isso difícil e a pielotomia impossível.

Nas nefrectomias estes vasos serão pinçados, cortados e ligados separadamente.

A ligadura do pedículo daria facilmente uma hemorragia secundária pelo deslismo ou retracção da artéria.

As artérias do polo inferior ou «patológicas» vem por vezes comprimir o uretere, provocando a hidronefrose.

*

A prova de que todas as artérias, quer normais, quer anormais, são terminais, resulta de várias experiências, sobre as quais não nos deteremos, e que vem largamente expostas na «Revue Mensuelle des Actualités Médicales et Chirurgicales». Tome I, n.º 1, 1913, pg. 35.

2.^a PARTE

Ligeiras considera-
ções sobre ectopia renal

Ligeiras considerações sobre ectopia renal

Definição

Ectopia renal ou congénito deslocamento do rim, é uma afecção pela qual o rim não ocupou nunca a sua posição normal.

Distingue-se do *rim movel* porque este desceu da sua loja onde primitivamente estava colocado.

História

A ectopia renal era já conhecida dos antigos anatómicos. Os primeiros trabalhos completos são muitos mais recentes.

Chapuis, em 1896, estudou a questão sob o ponto de vista cirúrgico e obstétrico.

Depois apareceram varias monografias e algumas teses francêsas.

A anatomia patológica microscópica foi estudada em 1913 por Lejars e Rubens Duval.

Embriologia do rim e do uretere

Limitar-nos-hemos apenas a recordar algumas noções de embriologia indispensáveis para a compreensão da séde e forma do rim ectópico.

O uretere é formado á custa da invaginação da parede dorsal do canal de Wolff, ao nível da sua extremidade posterior.

Este divertículo é pois o esbôço do uretere, o qual cresce de trás para diante, alargando-se na parte posterior para formar o bacinete.

Este último vem achatar-se contra o raquis e divide-se em dois ramos — superior e inferior — formando os grandes cálices. As paredes dos cálices continuam a subdividir-se para dar origem aos canais papilares e canais colectôres.

Chegado ao nível da 2.^a vértebra sagrada, o uretere sóbe então verticalmente, atingindo o seu lugar definitivo ao fim do 2.^o mês.

Vejamos o que se passa com o rim.

Para alguns autores o rim desenvolve-se todo à custa do uretere; para outros, o rim definitivo desenvolve-se à custa de dois esbôços distintos, que se reúnem secundariamente.

A substância cortical, com os tubos contornados, ansa de Henle, etc., provém dum esbôço particular.

O uretere cuja origem já conhecemos

— penetra na placa intermediária imediatamente para trás do corpo de Wolff; esta placa prolifera dando origem a uma massa de pequenas células que constitue o esbôço do rim. E assim vai crescendo de trás para diante, como o uretere, pouco a pouco, não mostrando a sua diferenciação íntima senão depois de ter atingido a posição definitiva. Então aparecem os canalícalos contornados ao mesmo tempo que na sua parede se formam os corpúsculos de Malpighi.

Os canalículos da substancia cortical, formados duma maneira independente, re-unem-se pouco a pouco aos tubos colectôres que provêm, por germinação, da extremidade do uretere.

Durante a ascensão, o uretere sofre um movimento de torsão que torna o bacinete transversal.

Os vasos só penetram no rim depois de estar na sua posição definitiva.

As cápsulas suprarrenais são independentes do rim; estão intimamente ligadas ao simpático lombar e á veia cava inferior.

Tem-se observado casos de atrofia congênita do rim com grande desenvolvimento da cápsula suprarrenal.

Com estes dados embriológicos é-nos relativamente fácil compreender a séde das ectopias. O rim pára na sua ascensão ou — o que é mais raro — desvia-se do seu caminho.

Há várias hipóteses para a explicação da paragem do rim : a existência de aderências, deformações esqueléticas e ainda a coexistencia de malformações dos órgãos genitais.

Quanto ao desvio que o rim pode sofrer no seu caminho, só ao nível da região sagrada poderá dar-se ; quando encontrarmos um caso de ectopia crusada alta, devemos supôr que o rim subiu depois de crusar a linha média nessa região.

Classificação

Varios autôres, Chapuis, Nurdin, etc., etc., estudaram esta anomalia sob a designação de distopia congênita.

Ha vários tipos de distopia segundo a situação do rim :

Abdominal — o rim está pouco abaixado.

Abdómino-pélvica — o rim está no estreito superior.

Pélvica — o rim está abaixo do estreito superior.

O deslocamento pode ainda ser variável em relação á linha mediana, e assim têm os :

Distopia homo-lateral — o rim está na metade do corpo a que pertence.

Distopia mediana — o rim ocupa a região do promontório.

Distopia latero-lateral — o rim ocupa o lado oposto, indo colocar-se debaixo do rim directo, que é geralmente normal.

Girard, na sua tese sobre rim ectópico, dá-nos uma classificação muito completa.

Diferentes posições do rim ectópico esquematizadas por Girard.

1.º — Ectopia simples sobre um só rim, estando o outro em posição normal :

Lombar baixa	}	Variedades homo-laterais.
Íliaca		
Pélvica		
Lombar alta		
Crusada	— Variedade hetero-lateral.	

2.º — Ectopia sobre um só rim, estando o outro ausente :

Lombar baixa.
Íliaca.
Pélvica.
Crusada.

3.º — Ectopia dos dois rins (bilateral).

Pode ser igualmente :

Íliaca.
Pélvica.
Crusada.

Ou os dois rins podem estar :

Um lombar, outro ilíaco.

» » » pélvico.

» ilíaco » »

A variedade mais freqüente é a *pélvica* que é interessante sob o ponto de vista obstétrico e cirúrgico; Girard reuniu 102 observações.

Vem em seguida por ordem de freqüência, a variedade ilíaca — 45 observ. de Girard — e a lombar baixa, 29 observações.

A lombar alta e a crusada são mais raras.

A ectopia crusada bilateral é excepcional porque os rins abaixados fusionam-se — nefrossinfisia ou rins em ferradura.

* * *

Esta malformação é bastante freqüente; Girard reuniu 360 observações, encontrando a média de 1 para 500.

O sexo feminino parece ser mais vezes atingido, mas os resultados da necrópsia vem não confirmar esta constatação clínica.

O rim ectópico é mais frequente á esquerda, segundo alguns autôres, o que serviu mesmo de elemento de diagnóstico diferencial com o rim movel, que, na mulher, se localisa geralmente à direita.

O rim ectópico é sensivelmente normal no tamanho mas pode ser reduzido de volume; pode ser ovalar ou piramidal e apresentar vestígios de lobulação fetal.

A origem dos vasos é sempre mais baixa; há geralmente vasos múltiplos que provêm da parte inferior da aorta, junto da sua bifurcação, ou dos vasos ilíacos, por um tronco comum ou ramos directos. Em regra um sistema venoso corresponde ao sistema arterial, mas nem sempre se observa este facto.

O uretere é mais curto e o bacinete frequentemente ramificado.

O pedículo vascular insere-se geralmente

na face anterior do rim ectópico, conservando assim a sua relação fetal.

A posição do rim está dependente do momento em que o desenvolvimento normal cessou; o rim parou na sua ascensão.

Geralmente ocupa a pequena bacia por trás do utero ou ao lado, junto do promontório, junto da sínfise sacro-iliaca, etc.

Algumas vezes está situado na fossa ilíaca.

É geralmente fixo, mantido por vasos numerosos e curtos.

Mas pode tornar-se movel sob a influencia dum traumatismo, da gravidez ou do emagrecimento rápido.

As glandulas suprarrenais foram sempre encontradas na sua posição normal, excepto num caso em que estavam ectopiadas.

É extremamente freqüente a associação de malformações genitais

São geralmente do mesmo lado da ectopia. Na mulher as malformações mais frequentes são: o desenvolvimento imperfecto

ou mesmo a ausência do útero e da vagina e bifidez do útero.

Há por vezes desenvolvimento incompleto da bexiga.

Esta afecção é também acompanhada de perturbações menstruais.

Notam-se varios estigmas de degenerescencia.

O rim ectópico está sujeito a afecções patológicas como o rim normal: calculose, degenerescencia quística, tuberculose, etc.

Está particularmente predisposto para a hidronefroze em virtude da brevidade do seu uretere.

Caractéres clínicos

Clinicamente o rim ectópico pode ter uma evolução silenciosa, passando completamente despercebido, mas também pode dar origem a crises dolorosas, lembrando as dores típicas do rim movel.

As perturbações digestivas são muito frequentes.

O diagnóstico é por vezes difficilimo. O rim ectópico é encontrado, por acaso, no decorrer duma intervenção cirúrgica. O maior número de observações é feito no cadaver.

O exame da região lombar pode mostrar-nos um «méplat» da chanfradura costo-ilíaca, ou dar sonoridade á percussão. Isso indicará a ausência do rim na sua posição normal.

No entanto os melhores processos de exploração renal são: a palpação, o cateterismo ureteral, a radiografia e a pielografia».

Pela palpação colheremos vários elementos: a absoluta ou relativa fixação do tumor; a constatação de lobulações; a depressão correspondente ao hilo e até a pulsação de tronco arterial.

O cateterismo ureteral, cuja técnica já descrevemos na 1.^a parte, virá elucidar-nos sobre o estado dos ureteres — existência de cotovêlos — e o estado funcional dos rins.

E ainda o cateterismo, por meio duma sonda opaca, acompanhado de radiografia, mostrando-nos a direcção do uretere e a posição do rim, vem fornecer-nos valiosos conhecimentos.

Todavia o processo que tende mais a entrar em prática e de manifestas vantagens sobre todos os outros é a pielografia, que nada mais é de que uma radiografia instantânea, depois de se ter injectado no bacinete uma solução de colargol.

A técnica é a seguinte: introduzem-se umas sondas apropriadas até ao bacinete e injecta-se uma solução de colargol a 10 %.

Em vez da seringa vulgarmente utilizada, Legueu usa um aparelho de pressão hidráulica, que lhe permite fazer penetrar a injeção muito lentamente; a sonda adapta-se a este aparelho, o qual é levantado 70 a 80^{cm} acima do doente.

Quando o doente acusar uma *impressão* do lado correspondente, deve prosseguir-se com muito cuidado; quando sentir dôr, sus-

pende-se. Faz-se então a radiografia instantânea, com uma empôla apropriada, etc.

Depois retira-se a sonda; o colargol elimina-se pouco a pouco, durante o dia, com as micções.

Os acidentes que têm sido observados, como: penetração de colargol nos tubos do rim, nos glomérulos, em volta do rim, parecem dependentes dum defeito de técnica.

Quanto ás cólicas nefréticas e elevação térmica que ás vezes se observam, são provocadas pelo simples cateterismo ureteral.

A pielografia é muito importante para o diagnóstico das ectopias, mas sobretudo útil para revelar a presença de cálculos.

Há ainda um processo de exploração directa, a laparotomia exploradora.

* * *

O rim ectópico pode comprimir o tubo digestivo — constipação teimosa, perturbações digestivas, oclusão intestinal; a bexiga

—incontinencia de urina; o colo vesical—retenção; pode comprimir o próprio uretere ou o do lado opôsto. Mas os accidentes mais graves são determinados, na mulher, pela obstrução da fileira pélvica no decurso da gravidez e pelo parto distócico.

O rim ectópico pode ainda ser comprimido por tumôres da bacia e principalmente pelo útero grávido, podendo esta compressão determinar accidentes renais graves, sobretudo quando a pressão é exercida ao nível dos vasos ou do uretere.

— Diagnóstico diferencial —

O diagnóstico diferencial é muito mais difficil na mulher do que no homem pela frequência com que o rim ectópico simula uma afecção dos anexos.

E assim o rim ectópico tem sido tomado por um quisto do ovário, um apionefrose por piosalpinge. No homem o diagnóstico diferencial tem de fazer-se principalmente com uma inflamação do apêndice.

Vários tumôres abdominais podem também ser confundidos com o rim ectópico, principalmente os tumôres do mesentério que se deslocam no sentido transverso bilateral, e os do epíplon que se deslocam no mesmo sentido e de baixo para cima.

Um meio de diagnóstico diferencial, entre qualquer tumor e um rim ectópico, é a albuminúria provocada.

Este processo estudado por Scheiber é baseado no seguinte princípio: a palpação do rim durante 1 a 2 minutos provoca a aparição de albumina, passados 10 a 15 minutos, cuja eliminação não vai além de uma hora. Para que esta albuminúria se produza, é preciso que o rim esteja quási normal, capaz de funcionar.

É um meio de grande alcance desde que possa entrar na prática corrente.

Mas o processo que não falha é a prelografia de que já nos ocupamos; desde que constatemos que o tumor em observação recebe o uretere, não teremos mais dúvidas ácerca da sua origem renal.

Temos ainda como último recurso a laparotomia exploradora.

Resta-nos agora estabelecer o diagnóstico diferencial entre rim ectópico e ptose renal. Nós sabemos já que o rim ectópico é geralmente fixo, localisa-se principalmente á esquerda e não acarreta grandes perturbações, isto é, tem, em regra, uma evolução silenciosa.

Autôres há, porem, que consideram o rim ectópico mais predisposto á mobilidade do que o rim normal, pela ausência de relações e meios de fixação que normalmente possui e particularmente pela ausência da loja renal.

Porem esta mobilidade é reduzida — devido á brevidade do pedículo vascular e á existência de vasos anômalos — e o rim não pode nunca ser levado á região renal correspondente; é irreductivel.

Ao contrário o rim movel, apresenta um quadro sintomático bastante característico, e só excepcionalmente pode passar despercebido.

É sobretudo freqüente na mulher e localisa-se principalmente á direita.

Varios factores são incriminados na sua patogenia; recordemos alguns.

— A gravidês, ou melhor gravidêses repetidas que actuam diminuindo a tonicidade dos músculos abdominais, fazendo assim enfraquecer o poderoso meio de contenção dos rins; raras são as nulíparas atingidas desta afecção.

— O uso do colete, ou mesmo dum cinto, que, comprimindo o fígado, o faz pesar sobre o rim direito que vai descendo pouco a pouco. É este por certo um factor pouco importante, porque Trekaki encontrou numerosos casos de rim movel em mulheres arabes que nunca usaram colete.

— A menstruação que, provocando a congestão dos rins, os torna mais pesados e portanto favorece a descida.

E principalmente a disposição anatomica da loja renal que, no homem é afunilada, de grande abertura superior, emquanto que na mulher é mais ou menos cilíndrica,

devido á estreitêsa da base do torax e ao alargamento da excavação pélvica.

* * *

A sintomatologia do rim movel é geralmente a seguinte :

Dôres — que podem ser contínuas ou por crises, como se observa na hidronefrose intermitente.

Perturbações digestivas — vômitos, dilatação do estomago, enterite muco-membranosa e obstipação.

Perturbações nervosas — que podem ir das formas mais ligeiras até á neurastenia.

É tambem freqüente a existência de afecções genitais.

Há vários processos de palpação que permitem determinar o grau de ptose renal : 1.º grau : rim simplesmente abaixado ; 2.º grau : rim movel ; 3.º grau : rim flutuante, o qual pode deslocar-se no abdômen para a fossa ilíaca, para o umbigo, chegando até a crusar a linha mediana.

Todavia Glenard diz-nos que o rim fluante não pode crusar a linha mediana por causa da inserção do mesentério á columna, o que constituirá um elemento de diagnóstico diferencial entre esta afecção e ectopia congénita. Mas o melhor elemento é, já o dissemos, a irreductibilidade do rim ectópico, emquanto que o rim movel pode ser reconduzido á sua loja.

* * *

O factor etiológico mais importante na mobilidade renal é a predisposição congénita.

O rim movel é considerado como um estigma de degenerescência.

Os indivíduos — mulheres principalmente — de torax longo, estatura estreita e ancas largas são freqüentemente atingidos.

Riva chama a atenção para o alongamento da linha xifo-púbica ou xifo-umbilical, com afastamento exagerado entre as espinhas ilíacas ântero-superiores.

Salmoni e Stiller insistem sobre a estreiteza da base do tórax.

O rim movel póde ser hereditário; tem-se observado numerosos casos na mesma família.

Tratamento

Quando o rim funciona bem na sua posição anormal e não acarreta perturbações sérias, nada indica que se dêva intervir; porém, quando o rim ectópico está doente, as indicações operatórias são mais ou menos idênticas ás do rim patológico na sua situação normal.

Já sabemos que o rim pélvico determina freqüentes partos distócicos e por vezes abôrtos.

Os meios de tratamento são exclusivamente cirúrgicos.

E assim teremos indicado: a nefropexia quando a grande mobilidade do rim provoca as mesmas perturbações do rim movel, e a nefrectomia quando aquela é irrealisável e a intervenção operatória se impõe.

Porém, como uma das características do rim ectópico é a sua irreductibilidade, a

que já nos referimos, como poderia conseguir-se levar o rim ao lugar que êle deveria ocupar normalmente, sem exercer grandes tracções sobre os vasos, geralmente curtos, sem produzir ruturas das artérias anormais, tão freqüentes nesta anomalia?

Antes de nos decidirmos pela nefrectomia devemos assegurar-nos do bom funcionamento de rim opôsto. Já vimos o meio de o conseguir pelo cateterismo ureteral.

Nefrectomia

A história da nefrectomia data duma operação feita por Símon d'Heidelberg em 1689.

Baseando-se sobre experiências praticadas em cães e sobre dados anteriores de ablação de rim praticada acidentalmente, com sobrevivência dos indivíduos, Simon tirou um rim a uma mulher portadora duma fístula ureteral, consecutiva a uma histero-ovariotomia, colhendo excelentes resultados.

A nefrectomia pode fazer-se por via lombar, transperitoneal ou anterior e paraperitoneal ou lateral.

A via lombar é a mais usada na cirurgia do rim e a mais simples.

A via transperitoneal é indicada nas ectopias congénitas, principalmente descobertas no decurso duma laparotomia.

A via paraperitoneal tem as suas principais indicações na ablação dos tumores renais; dá maior luz ao campo operatório e permite tirar juntamente com o rim, os linfáticos e a gordura perirrenal.

Emprega-se a incisão de Raymond Grégoire a que já nos referimos na 1.^a parte do nosso trabalho.

No caso que nos serviu de «sujet» foi empregada a via paraperitoneal, preconizada por Raymond Grégoire, porque, sendo a via lombar impraticável e a transperitoneal difícil pela intensa vascularisação

do rim, restava essa que, dadas as condições do rim ectópico, era a que permitia mais largo acesso e portanto a mais indicada. Alguns autores utilizam ainda as vias vaginal e sagrada, mas não vemos as suas vantagens sobre as outras correntemente adoptadas.

Complicações post-operatórias das nefrectomias

Dôr — A dôr é muito marcada; localisa-se geralmente na região lombar, com irradiações. A localização ao longo do uretere é também frequente, sob a forma de cólicas, devido á migração dum coágulo.

Elevação térmica — Quando aparece imediatamente após a operação é devida á lesão operatoria do plexus renal.

A febre séptica é tardia.

Vômitos — Os vômitos parecem dependentes duma lesão do plexus renal.

Hemorragia — Aparece por vezes mas geralmente desaparece logo; se persistisse obrigaria a uma nova intervenção.

Anúria — É rara. Está sob a dependência da anestesia clorofórmica. Mac Guise fá-la sempre depender duma perinefrite pre-existente.

Hematúria — É devida à congestão do rim único cujo trabalho foi aumentado.

Fístulas — A fístula urinária aparece quando cáe a ligadura do uretere; geralmente só faz a sua aparição passados alguns dias.

É tratada pela ressecção do uretere.

Perinefrite — Esta complicação foi bem estudada por Legueu.

A infecção da loja renal pode ser devida a 3 causas:

1.^a — Presença dum corpo estranho. Num caso apresentado por Legueu, cinco anos após a nefrectomia, formou-se um abcesso e foi encontrado um fio de sêda banhando em pús.

2.^a — Nefrectomia incompleta. Os fragmentos do rim que possam ficar após a

nefrectomia atrofiam-se e desaparecem, emquanto que os fragmentos de bacinete persistem e podem dar origem a perinefrite supurada.

3.^a — A tuberculose, pela propagação à gordura perirrenal.

A única maneira de evitar a supuração é tirar tudo com o rim; a atmosfera perirrenal pode conter nódulos tuberculosos escapando ao exame macroscópico.

Consequências da nefrectomia

Modificações que se podem produzir depois da ablação do rim:

1.^o — Modificações dos órgãos de pedículo. Os vasos cicatrisam-se geralmente; ás vezes, porem, a cicatriz é viciosa e um coágulo destacando-se produz uma hemorragia secundária. O uretere oblitera-se; mas só ao fim de 2 a 3 anos a obliteração é completa.

Legueu fala dum caso em que o uretere ficou aberto.

2.º — Modificações do outro rim.

Alguns autores dizem que há, não só hipertrofia compensadora, mas também hiperplasia, neoformação de glomérulos e canalículos. Albarran sustenta que há apenas hipertrofia dos glomérulos e dos canalículos, mas sobretudo dos primeiros. Depois vários autores veem em apoio desta opinião.

3.º — Modificações funcionais.

O rim que fica é suficiente para a depuração urinária desde que esteja são. Após a nefrectomia observa-se anúria durante 24 horas, o maximo, e depois o rim começa a funcionar gradualmente até que no fim de 6 dias o equilíbrio funcional está restabelecido. Há oligúria e diminuição de ureia.

No estado normal o trabalho dum dos rins seria 2 a 3 kgr. nas 24 horas, mas pode tornar-se 20 ou 30 vezes maior, quando as condições de eliminação da urina são menos favoráveis, como no caso da nefrectomia.

Este aumento de trabalho tem como resultado a hipertrofia compensadôra.

A quantidade de tecido renal indispensável á vida foi calculada por Tuffier em 1 gr. a 1^{gr},50 por kg. de animal.

Assim um indivíduo de 65 a 70 kg. tem necessidade de 80 a 100 gr. ou seja o terço ou quarto do peso total dos rins.

Pode chegar-se a conservar muito menos porção de tecido renal fazendo ressecções sucessivas e espaçadas, de fórmula a permitir a hipertrofia compensadôra.

Nas nefrites nota-se também a hipertrofia do rim menos atingido, de maneira que a nefrectomia vai favorecer a cura das lesões em início, suprimindo as nefrotoxinas que tinham origem no outro rim.

A nefrectomia não provoca a aparição de albumina.

A ureia, os clorêtos, fosfátos e ácido úrico apresentam a sua taxa normal de

eliminação, quer nas nefrectomias praticadas por doenças infecciosas — pielonefrite banal ou tuberculose; diatésicas — litíase; ou ainda por doenças deixando intactos os elementos anatómicos — distopia renal.

Traube encontrou nas consequências da nefrectomia, a hipertensão arterial e consecutivamente hipertrofia do coração. Todavia Simon d'Heidelberg diz-nos que a hipertrofia compensadôra do rim restante é suficiente para prevenir a hipertensão.

* * *

O desenvolvimento do indivíduo e a sua saúde geral não são perturbados pela nefrectomia.

Nefrectomias praticadas em crianças de 13 meses e observadas muitos anos depois, provam-nos este facto.

Os nefrectomizados resistem bem ás intoxicações e infecções como ás intervenções cirúrgicas, ainda mesmo sobre o rim único.

* * *

Alguns autores dizem que o éter produz uma ligeira nefrite epitelial enquanto que o clorofórmio produziria uma nefrite parênquimatosa, com persistência de albumina.

Mas a prática da cirurgia urinária tem mostrado que o rim único presiste perfeitamente aos anestésicos.

A raquistovaïnisação deve ser evitada porque provoca oligúria.

A novocaina é preferível porque produz apenas uma ligeira modificação da urina, reduzida á presença transitória duma mínima porção de albumina sem cilindrúria.

A mulher nefrectomizada está apta a casar desde que não apresente perturbações da secreção urinária, ou que estas sejam ligeiras.

Antes, porém, de nos pronunciarmos sobre a questão, devemos determinar o estado anatómico do rim e o seu valor funcional, assim como a naturêsa da afecção renal que exigiu a nefrectomia.

Conclusões

1.º Estamos em face dum rim ectópico; variedade ilíaca segundo Girard, e fôrma abdómino-pélvica segundo Chapuis e Nurdin.

2.º Este caso clínico, raro entre nós, senão único, difere bastante dos casos citados nos diferentes tratados francêses e inglêses.

Essa diferença consiste principalmente na localização á direita, muito rara na mulher, e na mobilidade acentuada que o

nosso rim apresentava, quando o rim ectópico é geralmente fixo.

3.º Este rim cuja configuração descrevemos ao tratar do exame da peça, apresenta anomalias arteriais muito interessantes, dando-nos a impressão de que um tronco único, oriundo da aorta perto da sua bifurcação, se ramificava ao abordar o rim, dando uma artéria principal que resvalava num sulco cavado na face anterior constituindo, com a veia, o pedículo vascular, e mais quatro artérias supra-numerárias, das quais uma se dirigia para a face anterior e três para a face posterior.

4.º O conhecimento dos vasos sanómalos tem grande importância em cirurgia renal, por causa da terminalidade das artérias renais.

5.º A nossa doente não apresentou complicações post-operatórias, frequentes nas nefrectomizadas, certamente pela boa

preparação que teve no período pre-operatório.

Esteve submetida ao regimen lacteo durante mais de 15 dias, sendo-lhe feitas injecções de éstricnina e uma bôa desinfeccção intestinal.

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

Teixeira Bastos.

Maximiano Lemos.

Bibliografia

F. LEGUEU — *Traité chirurgical d'Urologie.*

G. L. SACCONAGHI — *Diagnostic des Tumeurs abdominales.*

F. LEGUEU — *Cliniques de Necker.*

S. MERCADÉ — *La période post-opératoire. Soins suites accidents.*

A. BUSSON ET DESNOS — *Encyclopédie française d'Urologie.*

O. HESTWIG — *Traité d'Embryologie.*

BROUARDEL — GILBERT — THOINOT — *Maladies des Reins.*

*Anais Scientificos da Faculdade de Medicina
do Porto — (1915-1916).*

Journal d'Urologia — (1912 a 1915).

*Maladies des Organes genito urinaires —
(1909 a 1912).*

*SURGERY — Gynecology and Obstetrics —
(May 1919.)*

Revue de chirurgie.