

N.º 7

THEOPHILO BERNARDES

N.º 659

EXPLORAÇÃO CIRURGICA DO RIM

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

66 — Rua da Fabrica — 66

1890

56/7 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica.	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

Professores jubilados

Secção medica	João Xavier d'Oliveira Barros.
Secção cirurgica	José d'Andrade Gramacho.
	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	Antonio Placido da Costa.
	Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica	Ricardo d'Almeida Jorge.
	Candido Augusto Correia de Pinho.

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

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

(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 155).

À MEMORIA

DE

MEU PAE

Ha 11 annos que te perdi e ainda
hoje quando te recordo um mixto de
saudade e dôr me encobre o coração.

H

MINHA EXTREMOSA MÃE

Os teus carinhos abriram-me o primeiro sorriso; o ultimo apagar-se-ha quando te perder.

A MEU TIO E PADRINHO

P.^e Innocencio José da Gaya Torres

A meus irmãos

A MINHA CUNHADA E SUA MÃE

A MEU CUNHADO

A MINHA MADRINHA

E

A meus sobrinhos

Acceitae este pequeno trabalho
como prova de amizade.

AO ILL.^{mo} E EXM.^{mo} SNR.

Dr. Paula Marcellino Dias de Freitas

O desinteresse e a protecção existem sempre no coração dos fortes e bondosos, como a gratidão no dos reconhecidos.

AOS EX.^{mos} SNRS.

P.^o Antonio José Lourenço Barreiro

P.^o Manoel Vieira da Cunha

Manoel José Felgueiras

Dr. Eugenio Augusto Perdigão

Com.^{dor} Carlos João Ribeiro Lima

Pedro Affonso

E

A SUAS EX.^{mas} FAMILIAS

AOS EX.^{mos} SNRS.

Visconde de Silves
Joaquim Ferreira Moutinho
Antonio Manoel Pereira Caldas
José H. R. Villarinho

E

A SUAS EX.^{mas} FAMILIAS

AOS MEUS CONDISCIPULOS LEAES

Aos meus contemporaneos amigos

AOS MEUS AMIGOS

E ESPECIALMENTE

Dr. Elias Fernandes Pereira
Dr. Alfredo Nunes Bomfim
Dr. Evaristo da Espectação Pinheiro d'Almeida
Dr. Antonio Joaquim Gonçalves de Figueiredo
Dr. Antonio Pereira de Souza
Francisco Pereira de Souza
Luiz Manoel Pereira Caldas
Manoel José Pereira Caldas
Adolpho Marques da Silveira
Affonso Corrêa de Lacerda Pinto
Aurelio Augusto Vaz
Verissimo Amador Vaz
R.^{do} João Domingues
R.^{do} José d'Outeiro
P.^e Manoel Domingues.

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

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

DR. MAXIMIANO A. D'OLIVEIRA LEMOS JUNIOR

Off.

O discipulo reconhecido.

INTRODUÇÃO

Notre véritable, notre seul point d'appui est dans le diagnostic. Lui seul peut nous donner l'autorisation d'agir. La reconnaissance préalable de l'ennemi et du terrain d'attaque s'impose dans toutes les luttes. Avant d'intervenir, il faut que nous ayons tout vu ou tout prévu.

GUYON.

A cirurgia avança denodadamente no campo da medicina.

A clinica, auxiliada pela semeiologia, reduz dia a dia a área das doenças, localizando-as nos órgãos ou em pontos determinados d'estes, apontando á cirurgia o *punctus-morbi*, onde póde mergulhar afoitamente o bisturi, cortando o mal pela raiz.

O rim é o órgão que 'nestes ultimos tempos mais tem sido beneficiado 'neste sentido.

Ha vinte annos que nem sequer se pensava na intervenção cirurgica sobre este órgão ; mas hoje a antiseptia, banindo completamente o antigo *noli me tangere* do peritoneo, abre de par em par a via intraperitoneal ; a anatomia, com os seus progressos, corre os ferrolhos da via extraperitoneal e o rim vêm então cair nas mãos do cirurgião, libertando-se da tutela exclusiva do medico. Todavia, não basta a liberdade do accessso, é preciso mais alguma coisa.

Effectivamente, em órgão tão delicado não se poderia enterrar impunemente o bisturi, se não possuissemos noções precisas da sua mobilidade, séde, contorno, disposição das differentes partes, estado de cada uma e finalmente uni ou bilateralidade das suas lesões ; questões estas que só a semeiologia pôde elucidar, precisando o diagnostico. De facto, se analysarmos os insuccessos da intervenção cirurgica do rim, achamos pela maior parte serem devidos a erro ou a pouca precisão d'este.

O diagnostico occupa portanto o tempo capital da intervenção operatoria, e, se a maioria das doenças renaes hão de ser vencidas a golpes de bisturi, a maior parte da victoria caberá sem duvida á sua exactidão.

Eis a razão que nos levou a estudar o assumpto que é material do nosso trabalho ; e é de lamentar que outra penna mais vigorosa o não pulse, trazendo mais attracção, clareza e precisão do que nós fazemos.

Que elle por nós tratado vá defeituoso, cremol-o

bem, nem outra coisa era de esperar das nossas pequenas forças nem do pouco tempo que as condições de vida nos deixaram livre. Sirva-nos, pois, esta confissão de desculpa.

PARTE I

BREVES CONSIDERAÇÕES ANATOMICAS SOBRE OS RINS

FÓRMA.— Os rins, collocados normalmente na face posterior do thorax, que excedem inferiormente e por onde não são accessíveis nem é possível sentirem-se, e na parte superior e mais profunda da região lombar, chamada por esta razão *região dos lombos*, por onde são accessíveis, ou, como querem alguns, na parte mais recuada da cavidade abdominal, de cada lado da columna vertebral, ordinariamente alongados de cima para baixo, um pouco achatados de diante para traz, arredondados nas suas duas extremidades superior e inferior, convexos para fóra, chanfrados e concavos para dentro, os rins, digo, teem sido comparados por Haller e outros anatomicos a uma fava ou a um feijão; e é realmente esta a comparação classica mais verdadeira, aquella que póde dar uma melhor ideia da sua fôrma, devendo por isso ser tomada como typo médio. Todavia esta fôrma não é constante, porque ha rins alongados, cujo diametro vertical excede tres vezes o diametro transversal, e cujos bordos concavo e convexo são mais ou menos concentricos. Outros teem

um diametro vertical excedendo apenas o transversal. No seu bordo concavo encontram-se geralmente uma fenda vertical, mas póde tambem ser horisontal ou obliqua.

VOLUME. — Os anatomicos reconhecem para os rins as mesmas dimensões pouco mais ou menos. Assim Beaunis ⁽¹⁾ dá, em média, as seguintes: 11 cent. de comprimento, 5 cent. de largura e 45 mil. de espessura; Cruveilhier ⁽²⁾ dá: 10 a 12 cent. de comprimento sobre 6 cent. de largura e 3 cent. de espessura. Estas mesmas dimensões foram encontradas por mim nas observações que fiz em 14 cadaveres.

Sappey ⁽³⁾ chegou em 20 cadaveres aos seguintes resultados: «1.º o comprimento médio dos rins é de 12 cent., a sua largura de 6 cent. e meio a 7 cent., a sua espessura de 3 cent. pouco mais ou menos; 2.º os dois rins teem um volume médio quasi egual; 3.º este volume não apresenta differenças sensiveis no homem e na mulher. Das tres dimensões do rim, a unica, que offerece variedades individuaes importantes, é o comprimento. Em alguns adultos não excede 10 cent., noutros eleva-se ate 14 ou 15 cent.»

O rim póde estar atrophiado e encontrar-se reduzido a metade, ao terço ou á quarta parte do seu volume; Lenoir apresentou á Sociedade anatomica de Paris um rim, que tinha um sexto das suas dimensões normaes; Barth apresentou outro, reduzido ao volume d'uma noz e finalmente Jaccond apresentou tambem á Sociedade das sciencias medicas de Lyon em 1864 um rim reduzido a um sexto do volume normal.

Os casos de hypertrophia, produzindo grande mudança no volume dos rins, são muito raros.

CONSISTENCIA. — E' maior do que a de qualquer ou-

⁽¹⁾ Beaunis. — Anatomia descr. pag. 800.

⁽²⁾ Cruveilhier. — Anat. descr., 5.^a ed., t. II, pag. 314.

⁽³⁾ Sappey. — Anat. descr., 3.^a ed., t. IV, pag. 522.

tra glandula da economia; pelo contrario a sua fragilidade é tal que nos explica facilmente as lacerações que se produzem no seu tecido, quer como consequencia de choques directos, quer por uma commoção consecutiva a uma queda de logar elevado.

NUMERO. — Ordinariamente encontram-se dois rins em cada individuo; ha casos, porém, em que se tem encontrado um só, o que todavia é muito raro no dizer de Marduel; mas, quando isto acontece, o rim existente está ou no seu lugar normal, sobre um dos lados da columna vertebral, ou 'numa posição anormal, podendo então occupar quer a face anterior da columna vertebral, quer a fossa iliaca, quer a bacia propriamente dita. O rim unico encontra-se quasi sempre hypertrophiado, tendo em geral o volume duplo d'um rim ordinario e possuindo algumas vezes dois ureteres que se vêem abrir na bexiga. Executa as funcções dos dois rins de modo que, excepto alguns casos raros, não resulta nenhum inconveniente d'este vicio de conformação.

Devemos notar que estes factos de rim unico não são tão raros, como diz o citado Marduel, pois que, além dos casos de rim unico citados nos auctores antigos, encontram-se modernamente nos jornaes e revistas de medicina casos variados d'esta natureza.

Como já disse, ás vezes em logar d'esta agenesia unilateral, constata-se uma atrophia congenita d'um só ou dos dois rins, que podem não exceder o volume d'um ovo de pomba. Nestes casos o desenvolvimento do rim atrophiado está geralmente em relação com o fraco desenvolvimento das arterias renaes, de fórma que a suspensão de desenvolvimento d'estes vasos parece ser a causa d'esta anomalia do rim.

Outra anomalia de numero consiste na existencia de rins *supra-numerarios*; Blasio, Fallopio e outros, encontraram tres no mesmo individuo e 'neste caso a situação do rim supra-numerario era, ou abaixo d'um dos outros simplesmente juxtaposto ou continuo com elle, ou transversalmente sobre a columna vertebral

entre os outros dois, continuo ou contiguo pelas suas extremidades com a sua parte inferior.

Alguns auctores referem ainda casos em que encontraram quatro e cinco rins 'num mesmo individuo, todavia Sappey não está disposto a admittir estes factos por não lhe parecerem authenticos.

SYMPHYSES RENAES.—FUSÃO DOS RINS.—Esta anomalia, que consiste na reunião dos dois rins adiante da columna vertebral, raras vezes 'num dos lados, póde apresentar todos os grãos desde a simples reunião dos rins por uma das suas extremidades até á fusão completa dos órgãos. Mas ordinariamente é pelas suas extremidades inferiores, que são adherentes, tendo ureteres e vasos proprios, e apresentando a fôrma d'uma ferradura, cuja concavidade é voltada para cima e para traz, abraçando a columna vertebral.

«A reunião dos dois rins 'num só órgão, collocado adiante da columna vertebral, é uma das anomalias mais frequentes que apresenta a economia. 'Nestes casos a disposição mais constante dos rins é esta: a concavidade do crescente, representada pelos dois rins reunidos, fica para cima; e os dois bacinetes bem distinctos, providos cada um d'um uretere, occupam a parte anterior e superior do órgão. Os dois ureteres sulcam adiante a parte do rim sobre que repousam; o bordo inferior do rim apresenta uma chanfradura mediana para a aorta e a sua face posterior uma especie de gotteira ou de depressão para o mesmo vaso » (1).

Todavia, alguns casos ha em que se tem encontrado a reunião dos rins pelas suas extremidades superiores, formando uma concavidade voltada para baixo (2).

DIRECÇÃO. — Os rins têm o seu eixo maior dirigido

(1) Cruveilhier.—Anat. descr., 5.^a ed., tomo II, pag. 314, nota.
(2) Foucher.—Bul. da Soc. anat., 1854, pag. 334.

um pouco obliquamente para baixo e para fóra, de modo que a parte mais afastada da linha mediana é a extremidade inferior do seu bordo externo que está ordinariamente a 8 cent. e meio das apophyses espinhosas, podendo ás vezes esta distancia ser de 9 cent. e meio. Esta obliquidade faz tambem com que o bordo interno, que dista superiormente da linha espinhosa 2 cent. e meio, esteja em baixo situado a 3 cent. e meio ou a 4 cent. d'esta linha. Ora, como as apophyses transversas das vertebrae lombares teem de comprimento 4 cent. ou 4 cent. e meio, não admira que em virtude d'um traumatismo possam produzir lacerações na metade superior e posterior do órgão.

SITUAÇÃO E POSIÇÃO DOS RINS.—Segundo Beaunis ⁽¹⁾, os rins estão collocados sobre os lados da columna vertebral, correspondendo ás duas primeiras vertebrae lombares. Cruveilhier ⁽²⁾ colloca estes órgãos em relação com as duas ou tres ultimas costellas; Sappey ⁽³⁾ com a ultima costella e com o ultimo espaço intercostal; Richet ⁽⁴⁾ com as duas costellas inferiores; Malgaigne ⁽⁵⁾ com as duas ultimas vertebrae dorsaes e duas primeiras lombares; Henle ⁽⁶⁾ com a primeira, segunda e terceira vertebrae lombares, podendo estender-se superiormente até á undecima costella e até um pouco além.

Finalmente Pansch ⁽⁷⁾, esforçando-se por determinar d'uma maneira precisa a situação dos rins, servindo-se para isso d'um processo que consistia em fixar os rins por meio de longas agulhas, observou em cem cadáveres que estes órgãos apresentavam grandes variações no mesmo e em differentes individuos. Este ob-

(1) Beaunis.—Anat. descr., pag. 800.

(2) Cruveilhier.—Anat. descr.

(3) Sappey.—Anat. descr.

(4) Richet.—Anat. chirurg.

(5) Malgaigne.—Anat. chirurg.

(6) Henle. Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen.

(7) Pansch. Arch. f. Anat. Phys. und wissensch. Med. de Reichert et du Bois-Reymond 1876, n.º 3, pag. 325.

servador, depois de ter constatado as variações de comprimento da duodecima costella no mesmo e em diferentes individuos, julgou que não podia servir para ponto de referencia nas investigações do rim e tomou para ponto fixo a crista iliaca, porque, não obstante as variações de situação que havia encontrado, notou que a extremidade inferior do órgão nunca attingia a crista iliaca; que a distancia entre esta extremidade e a crista era em média de 4 a 5 cent. e excepcionalmente de 6 cent., e finalmente que o comprimento médio do rim era de 11 a 12 cent. Todavia citam-se casos, embora raros, em que umas vezes a extremidade inferior do órgão apenas excedia inferiormente a duodecima costella, ao passo que outras vezes se encontrava a 2 cent. da crista iliaca, mas 'nestes ultimos casos os rins apresentavam 14 ou 15 cent. de comprimento.

Comtudo, apesar de algumas ligeiras divergencias de opiniões, os anatomicos estão de accordo em affirmar: 1.º que, na grande maioria dos individuos e no estado normal, o rim póde ser considerado como correspondendo á undecima vertebra dorsal e ás duas primeiras lombares; 2.º que o rim direito desce um pouco mais abaixo do que o rim esquerdo, pois que, emquanto a extremidade inferior do rim esquerdo chega até ao nível do bordo superior da apophyse transversa da terceira vertebra lombar, a do lado direito desce ás vezes até ao bordo inferior d'esta apophyse; 3.º que esta apophyse é um ponto de referencia importante nas investigações do rim, por isso que se encontra a 5 cent. da crista iliaca.

Além d'isso sabe-se que uma linha horisontal, passando pelas cristas iliacas, que são sempre apreciaveis ao tacto, cae sobre a apophyse espinhosa da quarta vertebra lombar, e portanto facil nos é encontrar a terceira apophyse.

MEIOS DE FIXIDEZ. — Os rins são mantidos não sómente pelos vasos renaes mas tambem, e principalmente, pelo seu involuero. Este involuero comprehende dois elementos bem distinctos: um elemento cellulo-

fibroso e outro adiposo. O primeiro é uma dependência da lamina cellulo-fibrosa que reveste em alguns pontos o peritoneo e que tem o nome de *fascia propria* sub-peritoneal. Esta lamina, chegando ao nível do bordo externo do rim, desdobra-se: um dos seus folhetos passa transversalmente adiante do órgão, como o peritoneo que acompanha e ao qual adhere por um tecido cellular fino; o outro introduz-se sob a face posterior do órgão até ao hilo onde, unindo-se ao da face anterior, se confunde com a bainha conjunctiva dos vasos e do uretere. Estes dois folhetos unem-se superiormente para separar o rim da capsula supra-renal, e inferiormente prolongam-se até ao estreito superior da bacia, adelgaçando-se de cada vez mais. Pela sua face externa adherem a todas as partes ambientes por meio d'um tecido cellular mais ou menos laxo e pela face opposta enviam ao rim prolongamentos filamentosos mais ou menos delgados e mui pouco resistentes, deixando-se lacerar facilmente. E' nas duas extremidades do órgão que offerecem maior resistencia; mas devemos assignalar que é justamente 'nestes pontos e ao longo do bordo interno da glandula que se encontram ordinariamente ramos arteriaes anormaes, dando geralmente a sensação de cordões elasticos, quando são volumosos. Eis um facto de summa importancia que o operador deve ter sempre presente para evitar hemorragias muitas vezes graves. O segundo elemento, o elemento adiposo, do qual trataremos quando descrevermos as relações do rim com os órgãos visinhos, para evitar repetições, enchendo os espaços vãos do elemento cellulo-fibroso, constituindo, por assim dizer, uma especie de almofada ao rim, tem a vantagem de augmentar a fixidez do órgão e de lhe evitar as pressões e os choques.

Ora, como estes dois elementos concorrem para assegurar a fixidez do rim, é evidente que a ausencia ou a suspensão de desenvolvimento de um d'elles permite ao órgão adquirir uma certa mobilidade anormal ou deslocamento.

DESLOCAMENTOS. — Pela sua situação anatomica deprehende-se facilmente que o rim não pôde deslocar-se nem para cima nem para fóra, podendo todavia fazel-o quer directamente para baixo, quer para dentro ou para diante, ou conjunctamente em todas estas direcções. Estes deslocamentos são congenitos ou adquiridos. Congenitalmente deslocados, os rins teem tendencia a dirigir-se para dentro ou para baixo, de modo que o órgão pôde encontrar-se adiante da columna vertebral, na fossa iliaca, ou em outros pontos declives da cavidade abdominal, por exemplo entre o sacro e o recto (Trochon), entre o recto e a bexiga (Boinet). Quanto aos deslocamentos adquiridos, que Cruveilhier attribue principalmente aos espartilhos muito apertados, muito mais frequentes nas mulheres, podem ser attribuidos a duas causas: o relaxamento da parede abdominal e a diminuição do elemento adiposo. Estes deslocamentos attingem com maior frequencia o rim direito. Não devemos esquecer que 'nestes nem a capsula adiposa, nem a supra-renal se encontraram alguma vez fóra da sua posição natural.

RELAÇÕES DO RIM COM AS DUAS ULTIMAS COSTELLAS. — As variações nas dimensões da duodecima costella que, como já vimos, tanto impressionaram Pansch, foram estudadas com cuidado por Holl (¹), ha poucos annos, em 60 cadaveres.

Holl, tendo feito uma nephrectomia, praticada segundo o processo de Simon, no curso da qual a pleura foi aberta, desenvolvendo-se como consequencia uma pleuresia purulenta tão rapidamente que a morte sobreveio no fim de 36 horas, notou na autopsia que a duodecima costella tinha de comprimento apenas 3 cent. e meio, e que nas suas incisões se tinha guiado pela undecima costella. Eis a razão das suas investigações.

Este observador tratou de procurar então as dimen-

(¹) Holl.—Arch. für klin. chir. vol. 25, pag. 224, 1880.

sões da duodecima costella e a relação de comprimento entre esta e a undecima; e, reconhecendo que não havia symetria constante de ambos os lados do thorax, considerou separadamente as duas séries de costellas direitas e esquerdas de cada individuo, de maneira que as suas investigações foram feitas sobre 120 undecimas costellas e outras tantas duodecimas. Nos 60 cadaveres reconheceu: 1.º que tres não tinham as duodecimas costellas direita e esquerda; 2.º que as proporções entre as 114 duodecimas costellas e as 114 undecimas do mesmo lado eram as seguintes:

A duodec. costella equivalia nos 33 casos aos 3 quartos da undecima

»	44	$\frac{1}{2}$	»
»	18	$\frac{1}{3}$	»
»	15	$\frac{1}{4}$	»
»	3	$\frac{1}{6}$	»
»	1	$\frac{1}{8}$	»

Em virtude das suas observações, Holl chegou a concluir que havia um individuo sobre 20, desprovido da duodecima costella, e que esta offerecia variações enormes nas suas dimensões.

Devemos no entanto dizer que em 14 autopsias, que fizemos no theatro anatomico d'esta Escola, encontramos sempre a duodecima costella, e logo na primeira, estando presentes os meus condiscipulos e amigos Severiano José da Silva e Antonio Julio Salgado, notamos que a duodecima costella esquerda tinha de comprimento 1 cent. e meio e a da direita 2 cent., na quarta autopsia estas costellas tinham 2 cent. e meio pouco mais ou menos, sendo-nos preciso em todos estes casos agarral-as entre os dedos para reconhecermos a sua mobilidade e distinguil-as das apophyses costiformes das vertebrae lombares.

Holl não tomaria por apophyse costiforme o que não era mais do que uma costella? Registemos o facto que creio não ser desprezível.

Pelo que respeita às dimensões e direcção das duas ultimas costellas reconhecemos que a undecima era mui-

to pouco variavel, ao passo que a duodecima apresentava grandes variações. Não obstante isto, analysando com cuidado todas as observações de Holl, Pansch, Morris, Guyon e outros sobre as dimensões e direcção das duas ultimas costellas, chegamos a concluir: 1.º que a undecima costella apresenta quasi sempre a mesma direcção e comprimento, seja qual fôr o comprimento da duodecima; 2.º que, sendo raras as duodecimas costellas de comprimento médio, pôdem por isso ser divididas em dois grupos: um comprehendendo as duodecimas costellas de 14 a 7 cent., o outro as de 7 para baixo; 3.º finalmente que as costellas do primeiro grupo, que é o mais frequente, descem parallelamente à undecima, passando muito obliquamente sobre a face posterior do rim e costeando quasi inteiramente o seu bordo externo, ficando portanto a metade do rim encoberta pela duodecima costella, pelo espaço intercostal que a sepára da undecima e por esta ultima, e que as do segundo grupo apresentam a fôrma d'uma lamina larga, achatada de diante para traz, sem curvatura, de direcção horisontal e alojada no angulo costo-vertebral, formado pela columna vertebral e undecima costella, de fôrma que o rim excede inferiormente a duodecima costella em $\frac{3}{4}$ do seu comprimento.

A' primeira vista parece que o rim, inscripto no angulo costo-vertebral, será accessivel no segundo caso, e quasi impossivel de sentir-se no primeiro, mas veremos que pela disposição anatomica, a quasi impossibilidade tanto se dá n'um caso como noutro.

Tendo precisado tanto, quanto nos foi possivel, a situação e as relações do rim com as partes osseas, resta-nos agora indicar as relações do orgão com as partes molles. Eis o que vamos fazer na parte anatomica que se segue, principiando a estudal-as de fóra para dentro e assignalando simplesmente aquellas que julgamos mais importantes e necessarias para o fim a que nos propozemos occupando-nos, além d'isto, da região lombar principalmente porque é, sem contradicção, a melhor via para se chegar ao rim.

RELAÇÕES DOS RINS COM OS MUSCULOS E LIGAMENTOS.—

A região lombar, podendo ser considerada como uma região unica, impar, mediana e symetrica, comprehendida entre o bordo inferior da duodecima costella e a metade posterior das cristas iliacas no sentido vertical, entre o bordo posterior do grande obliquo d'um lado e o do lado opposto no sentido horisontal e entre a pelle e o peritoneo no sentido antero-posterior, tendo a fôrma d'um vasto quadrilatero mais extenso no sentido horisontal do que no vertical, ordinariamente convexa de fóra para dentro e concava de cima para baixo, apresenta na linha mediana uma gotteira estreita no fundo da qual se sentem pela palpação os vertices das apophyses espinhosas das vertebrae lombares. Já dissémos que uma linha horisontal, passando pelas cristas iliacas, corresponde á apophyse espinhosa da quarta vertebra lombar.

De cada lado d'esta gotteira encontra-se uma saliencia arredondada, alongada, vertical e formada pelos musculos da massa sacro-lombar; e, immediatamente por fóra de cada uma d'estas saliencias, reconhece-se uma superficie quasi plana e ás vezes mesmo uma depressão, mais accusada na mulher, e correspondendo ao bordo externo do quadrado dos lombos.

Variando a largura da massa sacro-lombar, segundo o desenvolvimento muscular e segundo a altura da região lombar, sendo mais larga ao nivel das costellas do que na sua inserção iliaca, podemos todavia dizer que o seu bordo externo, nitidamente limitado pelos folhetos aponevroticos que a conteem, e formando uma especie de relevo facilmente apreciavel á palpação na maior parte dos individuos, chegando mesmo a ver-se nos magros, dista em média 7 a 8 cent. das apophyses espinhosas das vertebrae, attingindo algumas vezes 8 cent. e meio, o que é importante conhecer, porque, como veremos, é ao nivel d'este bordo que principalmente se praticam as diversas incisões.

Por consequencia o rim não excede fóra a massa sacro-lombar senão 'num centimetro pouco mais ou menos.

Dissecando os musculos da massa sacro-lombar, pomos a descoberto o folheto médio da aponevrose do transverso, que sepára os musculos precedentes do quadrado dos lombos.

Este folheto é reforçado na sua parte superior pelos ligamentos transverso-costaes de Cruveilhier e Sappey (ligamento lombo-costal de Henle) que enche o espaço do angulo costo-vertebral, dirigindo-se em fôrma de leque de dentro para fóra. Constituido por fibras aponevroticas, muito resistente, falciforme e de bordo inferior cortante, este ligamento insere-se dentro aos vertices das duas primeiras apophyses transversas lombares e fóra ou ao bordo inferior da duodecima costella até perto do seu vertice, quando tem o seu comprimento normal, ou no caso contrario ao bordo inferior da undecima até proximo do seu vertice, enviando todavia alguns feixes de fibras á duodecima de modo a comprehendel-a na sua espessura.

Por esta disposição vemos que a porção do rim que facilmente seria accessivel no angulo costo-vertebral sem a existencia d'este ligamento torna-se quasi impossivel senão impossivel, pela sua presença.

E, coisa notavel, o bordo inferior d'este ligamento encontra-se quasi sempre ao mesmo nível, qualquer que seja o comprimento da duodecima costella.

Incisando este folheto médio, encontramos a face posterior do quadrado dos lombos, verdadeiro musculo inter-transversario e cuja espessura não é superior a $\frac{1}{2}$ centimetro. Este musculo, inserindo-se inferiormente á parte interna da crista iliaca até 10 cent. da linha espinhosa, até ao nível do bordo interno do triangulo de Petit, dirige-se em seguida para cima e para dentro, enviando neste percurso fibras ás apophyses transversas, indo inserir-se ao bordo inferior da duodecima costella, seja qual fôr o seu comprimento, por meio de longas fibras tendinosas, que cruzam as fibras aponevroticas do ligamento lombo-costal. Esta inserção costal estende-se até 6 cent. e meio ou 7 da linha mediana. Este musculo, sendo coberto completamente na sua parte superior pela massa sacro-lombar, excede-a to-

davia quasi 3 cent. na sua parte inferior, de modo que sómente uma pequenissima porção do rim é que fica fóra do quadrado dos lombos e abaixo do ligamento lombo-costal.

RELAÇÕES DOS RINS E DAS COSTELLAS COM O DIAPHRAGMA E COM A PLEURA. — Pelo que diz respeito ao diaphragma, são as suas inserções lateraes que mais nos interessam. Aos lados, no espaço que sepára a columna vertebral dos vertices das duas ultimas costellas, as fibras carnosas do diaphragma inserem-se sobre duas arcadas fibrosas: a primeira, a mais interna, estende-se do corpo da segunda vertebra lombar até á base da apophyse transversa da primeira, dando passagem ao musculo psoas; a segunda, mais extensa, chamada *ligamento cintrado*, e que não é senão o folhetô anterior do musculo transverso do abdomen, adquirindo 'nesta parte maior espessura, insere-se dentro sempre á parte externa da face anterior e ao vertice das apophyses transversas das duas primeiras vertebbras lombares, dirige-se depois obliquamente para baixo e para fóra para se fixar á face interna da costella mais baixa até perto do seu vertice, isto é, á duodecima costella no caso de ser comprida e no caso contrario á undecima, não apresentando então nenhuma inserção na duodecima.

Mas, o que mais importa ao cirurgião, é conhecer as relações do fundo de sacco pleural nas differentes relações de comprimento da duodecima costella. Todos os auctores teem insistido sobre este ponto, porque realmente a sua abertura nas intervenções sobre o rim é extremamente grave. O perigo é tal, diz Le Dentu, que nos podemos admirar do numero relativamente restricto das aberturas da pleura, sendo tantas as operações que se teem feito sobre os rins.

Effectivamente o operador, sempre incommodado pela inextensibilidade dos tecidos 'neste nivel, corta para cima tanto quanto lhe é possivel e, como nada pareça indicar-lhe a presença d'um perigo no meio dos tecidos molles, cõe sobre a serosa, ferindo-a.

Vejamos pois qual a situação que ordinariamente occupa o fundo de sacco pleural, segundo o comprimento da duodecima costella.

Tillaux ⁽¹⁾, tão preciso ordinariamente nas suas descrições, apenas diz que «o fundo de sacco pleural inferior parte da base do appendice xiphoideo e segue, a partir d'este ponto, como as inserções costaes do diaphragma, um tracto obliquo para baixo e para traz até á duodecima costella, excedendo-a um pouco inferiormente». Cruveilhier ⁽²⁾ limita-se a dizer que a pleura se reflecte da parede thoracica sobre o diaphragma, applicando-se sobre as inserções d'este musculo.

Segundo Sappey ⁽³⁾, «o fundo de sacco inferior da pleura desce muito obliquamente da base do appendice xiphoideo até á extremidade vertebral da duodecima costella, que excede inferiormente 1 cent. Finalmente Beaunis ⁽⁴⁾ diz: «o seio costo-diaphragmatico da pleura parte á direita do appendice xiphoideo, dirige-se obliquamente para baixo e para a direita, seguindo o bordo inferior da cartilagem da sexta costella até á linha mamillar, depois dirige-se obliquamente para baixo e para traz até ao meio da duodecima costella, cruzando as costellas e deixando livres as suas cartilagens e uma parte de cada vez maior do seu arco osseo; finalmente, do meio da duodecima costella, dirige-se para dentro e um pouco para cima para a parte lateral da duodecima vertebra dorsal para se continuar com o seio costo-mediastino posterior».

A' esquerda parte do bordo esquerdo do externo ao nivel da quinta cartilagem costal e dirige-se obliquamente para baixo, cruzando as cartilagens da quinta, sexta e setima costellas, seguindo a partir d'este ponto a mesma disposição que á direita, descendo apenas um pouco mais abaixo».

Ora, se todos estes anatomicos nas suas descrições

(1) Tillaux. Anat. topogr., 5.^a ed., pag. 617.

(2) Cruveilhier. Anat. descr., 5.^a ed., tomo II.

(3) Sappey. Trat. de anat. descr., 2.^a ed., tomo IV, pag. 478.

(4) Beaunis. Anat. descr., pag. 800.

admittem que uma parte da extremidade anterior das duas ultimas costellas, que Czerny avalia 'num terço do seu comprimento total, não tem relações com a pleura, é porque consideram a duodecima costella como tendo o seu comprimento normal. E 'neste caso, admittindo que a avaliação de Czerny seja um pouco exaggerada, podemos comtudo dizer que fica sempre adiante um quarto do seu comprimento total, que podemos cortar sem receiarmos ferir a serosa.

« Desgraçadamente, diz Le Dentu ⁽¹⁾, o que é verdadeiro, se as ultimas costellas teem o seu comprimento normal, deixa de o ser quando apresentam uma anomalia; porque 'neste caso as inserções do diaphragma não estão já sujeitas a nenhuma lei precisa e o fundo de sacco pleural pôde então encontrar-se no meio das partes molles, em vez de estar a alguma distancia acima da extremidade anterior das duas ultimas costellas. Eis porque em principio se devem condemnar as resecções costaes. Eis porque tambem se deve evitar seccionar as partes molles, situadas immediatamente abaixo da duodecima costella ». Todavia, suppondo que as costellas teem o seu comprimento normal, julgamos, pelas razões anatomicas acima expostas, que podemos impunemente resecar um quarto pelo menos da extremidade anterior das duas ultimas costellas, o que facilita as manobras do operador, principalmente quando tem de intervir sobre a parte superior do rim.

Digamos tambem, ainda que de passagem, que alguns auctores preconizam o methodo sub-periostico, que consiste em desnudar com uma rugina ou mesmo com as unhas a face anterior da ultima costella e depois resecal-a nos seus dois terços posteriores, baseando-se em que o fundo de sacco pleural, que excede a duodecima costella, é separado d'ella e da aponevrose profunda do quadrado lombar por uma camada cellulosa. Le Dentu, porém, diz que este methodo é ordina-

(1) Le Dentu. Revista de cirurgia, 1886.

riamente enganador e illusorio, pois que, tendo-o experimentado uma vez, abriu a pleura apesar de ter usado de todas as precauções, succedendo o mesmo accidente a Thiriar. 'Nestes dois casos a sutura immediata da laceração com catgut impediu o desenvolvimento d'uma pleuresia.

Vejamos agora o que dizem os auctores sobre a direcção da pleura no caso da duodecima costella ser curta.

Morris (1) diz que, em todas as suas observações, reconheceu que o fundo de sacco pleural ficava em relação com as inserções diaphragmaticas, conservando sempre esta situação, qualquer que fosse o comprimento da duodecima costella. Segundo Holl, na obra que já citámos, o limite inferior do fundo de sacco pleural, nos casos anormaes, mas muito frequentes da brevidade da duodecima costella, é representado por uma linha que, partindo do bordo superior da primeira vertebra lombar, attinge a extremidade anterior da undecima costella quasi a 11 cent. da linha mediana, excedendo portanto superiormente a duodecima. Esta linha, diz elle, corta a duodecima costella, quando é normal, quasi a 3 cent. atraz da sua cartilagem, sendo por isso a maior parte da sua face anterior tapetada pela pleura.

Recamier nas disseccções, que fez para Guyon em 1888, notou que o fundo de sacco pleural, sobre as partes lateraes da columna vertebral, desce um centimetro e muitas vezes um centimetro e meio abaixo da duodecima costella, dirige-se em seguida quasi horizontalmente até 3 cent. da linha mediana e depois, tornando-se bastante obliquo, atravessa a face anterior da duodecima costella a 5 ou a 6 cent. da linha mediana, em seguida o ultimo espaço intercostal, attingindo finalmente a undecima costella a 10 ou a 11 cent. da linha mediana, seguindo a partir d'este ponto as inserções diaphragmaticas. Este mesmo observador consta-

(1) Morris. Doenças cirurgicas do rim.

tuou que, no caso de brevidade da duodecima costella, o tracto da pleura era o mesmo, exactamente como se tivesse encontrado a duodecima costella no seu lugar normal.

Do que fica dicto posso concluir: 1.º o tracto do fundo de sacco inferior da pleura é constante ou pelo menos as variações são muito raras, seja qual fôr o comprimento da duodecima costella, como o prova a semelhança dos resultados de Morris, Holl e Recamier; 2.º nos casos de brevidade da duodecima costella e quando tivermos de operar 'nesta região, nunca a devemos tomar como limite inferior da pleura; 3.º devemos respeitar sempre o ligamento lombo-costal na sua parte externa, porque é elle que verdadeiramente indica que não devemos ultrapassar para respeitar seguramente a pleura; pelo contrario podemos sem receio separar este ligamento da segunda apophyse transversa, pois que o fundo de sacco não desce até este ponto.

RELAÇÕES DOS RINS COM OS ORGÃOS VISINHOS DA CAVIDADE ABDOMINAL. — Levantando o quadrado dos lombos e a sua delgada aponevrose anterior, encontramos uma lamina cellulosa, apresentando ordinariamente um aspecto amarello, o que é devido a uma camada de gordura mais ou menos abundante, situada na sua face profunda. Eis o involucro do rim.

Este involucro compõe-se, como já dissemos, de dois elementos, um cellulo-fibroso e o outro adiposo. Este, não sendo mais do que uma camada de gordura que forra a face profunda do elemento cellulo-fibroso, formando o que se convencionou chamar *atmosphera* ou *capsula gordurosa* do rim, apresenta tal interesse de baixo do triplice ponto de vista *anatomico, physiologico e cirurgico* que merece fixar a nossa attenção tanto mais, quanto é certo que todos os tratados de cirurgia do rim, ligando toda a importancia á anatomia da região lombar, despresam quasi completamente o involucro gorduroso da glandula.

Esta capsula é constante, seja qual fôr a idade, o

sexo, o estado normal ou pathologico do individuo, apresentando todavia differenças consideraveis. Assim, varia com a *idade*, sendo no feto e recém-nascido representada apenas por alguns lobulos adiposos amarellos, perdidos em torno da capsula fibrosa da glandula, ao passo que no adulto a sua espessura é sempre notavel; varia com o *sexo*, sendo geralmente mais abundante na mulher do que no homem; varia com a *adipose geral do corpo*, apresentando as mesmas vicissitudes como qualquer tecido cellulo-adiposo do organismo; finalmente o *estado pathologico do rim* reflecte-se d'uma maneira curiosa sobre este involucro. Assim, determinados estados pathologicos renaes umas vezes provocam uma hypertrophia enorme d'esta capsula, uma verdadeira lipomatose peri-renal, podendo passar por um neoplasma do rim; outras vezes este mesmo tecido, em logar de se hypertrophiar, pôde pelo contrario ou desaparecer, sendo então substituido por um tecido lardaceo, duro, escleroso e friavel, que pôde fazer com que o operador, descuidando-se, abra a glandula renal, ou transformar-se 'numa camada fibrosa, inextensivel, lenhosa, que cerca a glandula, adhire aos órgãos visinhos, de modo a tornar-se quasi impossivel toda a evolução no campo operatorio. Esta camada adiposa embora continua não é egualmente *distribuida* em torno do rim. Faltando quasi completamente na face anterior do órgão, o que demonstra a rapidez com que as phlegmasias da glandula se propagam ao peritoneo, apresenta pelo contrario uma espessura consideravel na sua face posterior e nas suas duas extremidades. Segundo Le Dentu, a sua espessura é comprehendida, no estado physiologico, entre 3 e 10^{mm} em média e, segundo Tuffier, pôde attingir 2,3 ou 4 cent.

Esta capsula adiposa é, como já dissemos e como o provam as observações clinicas, um meio de fixidez do rim; mas será este o seu papel exclusivo ou o seu papel principal? Não haverá outra coisa que explique a necessidade d'esta camada cellulosa peri-renal, bem como a sua distribuição? E 'neste caso qual a razão porque se tem desconhecido esse papel?

Está hoje demonstrado por numerosas observações que os rins no estado normal effectuam duas especies de movimentos: *movimentos d'expansão* e *movimentos de translação vertical*. Os primeiros, que se podem verificar, agarrando com a mão no rim d'um animal, consistem em pulsações isochronas com as do coração.

«Pude, affirma Tuffier (1), verificar estas pulsações em cães, vi-as e mostrei-as aos assistentes em varias operações sobre o rim do homem, sendo todavia muito menos extensas do que os movimentos que em opposição a estes se chamam de translação».

Os segundos, que consistem em movimentos de vae-vem, seguem os movimentos respiratorios. Guyon constatou-os em muitas incisões lombares e insistiu sobre o seu valor; e Tuffier observou-os não só em animaes mas tambem directamente no homem, durante uma incisão exploradora que o fez cair sobre um rim normal. Além d'isso as relações do órgão com o diaphragma á esquerda e com o figado á direita fazem d'algun modo prever este resultado.

Por outro lado sabemos que, quando um órgão é movel, é cercado ou d'uma serosa ou d'uma camada gordurosa laxa e fluida para a execução dos seus movimentos, e, na economia, abundam exemplos que provam evidentemente que esta parte do systema adiposo é um verdadeiro succedaneo do systema seroso.

Portanto podemos concluir que os dois movimentos d'expansão e translação vertical do rim explicam a necessidade da camada cellulosa peri-renal, gozando a este nivel o mesmo papel que a gordura peripherica dos tendões, bexiga etc., desconhecendo-se porém este papel, ainda ha poucos annos, porque se ignorava a mobilidade normal do rim.

Além d'isso a sua distribuição em torno do órgão está em relação com estes movimentos. Assim, *adiante* é muito pouco abundante, porque o peritoneo, passando por diante da glandula, permite os seus movimentos

(1) Tuffier. Estudos experimentaes sobre a cirurgia do rim.

sobre a massa intestinal. *Na face posterior* é espessa, porque o rim tem de se mover sobre a parede lombar que é fixa e immovel. *Na sua extremidade inferior*, enchendo o espaço comprehendido entre o colon e a parede lombar, fórma uma almofada elastica, uma especie de ninho, onde a extremidade do órgão se introduz. Fóra, *sobre o bordo convexo*, formando uma faixa espessa, enche o espaço deixado vazio por causa das variações de volume do colon, permittindo os escorregamentos reciprocos d'esta parte do intestino e da glandula. Finalmente ao nivel do hilo, formando uma especie de nucleo que desce ao longo do uretere e dos vasos espermaticos, é precisa por causa dos movimentos d'expansão do bacinete, das arterias e das veias renaes, movimentos que devem fazer-se livre e independentemente sem se transmittirem uns aos outros.

Concluindo: a capsula gordurosa não serve sómente para fixar o rim, mas sim, e principalmente, para lhe permittir os movimentos normaes.

Como já dissemos, sendo a fórma classica do rim a d'um feijão ou d'uma fava, cujo hilo está voltado para a columna vertebral, podemos descrever-lhe duas faces (anterior e posterior), dois bordos (interno e externo) e duas extremidades (superior e inferior). Examine-mos as relações d'algumas d'estas partes com os órgãos circumvisinhos, visto termos já tratado das outras.

A *face anterior*, coberta d'um lado e d'outro pelo tecido cellulo-gorduroso e pelo peritoneo, apresenta relações differentes, segundo se considera o rim direito ou esquerdo.

Encontra-se adiante do rim direito: 1.º o figado, que ordinariamente cobre os seus dois terços superiores, algumas vezes os tres quartos, e raras vezes a totalidade do órgão; 2.º a visicula biliar; 3.º o colon ascendente, que ordinariamente só está em relação com o terço inferior do órgão, que percorre seguindo uma linha obliqua de baixo para cima e da direita para a esquerda; 4.º a veia cava inferior e a porção vertical do duodeno, que cobre a parte interna d'esta face desde o nivel do hilo até á sua extremidade inferior.

Adiante do rim esquerdo encontra-se: 1.º o baço em cima e para fóra, cobrindo metade ou o terço superior da glandula; 2.º a extremidade do pancreas; 3.º a grande tuberosidade do estomago; 4.º o colon descendente, que cobre a parte anterior e inferior d'esta face 'numa extensão mais ou menos consideravel, segundo a situação do rim.

Comprehende-se, segundo estas relações, não só a difficuldade que ha em explorar o orgão através da parede abdominal anterior, mas tambem a propagação das lesões do rim aos orgãos e d'estes áquelle.

Notemos tambem que o colon, na incisão lombar destinada a descobrir o rim, vem sempre fazer hernia na ferida, e eis um verdadeiro perigo para o operador, porque o colon está muitas vezes vasio, flaccido, perdido na gordura e por isso mesmo é facil de ferir, como o testemunham certas observações. Talvez, a presença do intestino 'neste nivel, em virtude das mudanças notaveis e frequentes de volume, entre por uma parte na persistencia das fistulas peri-renaes, pois que se dão condições analogas áquellas que se invocam para explicar as fistulas ischio-rectaes.

O *bordo interno* está, na sua totalidade, em relação com o musculo psoas, sendo todavia coberto inferiormente pelas ansas do intestino delgado, e, superiormente e á direita, corresponde á veia cava e á segunda porção do duodeno. O hilo, que se encontra 'neste bordo, corresponde ao espaço comprehendido entre as duas primeiras apophyses transversas lombares.

Emquanto ás extremidades do orgão temos unicamente a dizer que a fosseta duodeno-jejunal, terminação do duodeno e principio do ileon, está situada um pouco dentro da extremidade inferior do rim esquerdo. Esta é a sua disposição normal.

Todavia Henle (1) representa a fosseta duodeno-je-

(1) Henle. Op. cit.

junal unida ao rim esquerdo, e ultimamente Jonesco ⁽¹⁾ apresentou á Sociedade anatomica de Paris algumas peças em que esta disposição era posta em evidencia.

Ao terminar esta primeira parte do nosso trabalho, devemos declarar que não tivemos em vista fazer uma descripção completa da configuração exterior do rim, mas simplesmente indicar das suas relações aquellas que julgamos terem uma importancia capital para o fim que nos propozemos, assignalando ao mesmo tempo tanto quanto possivel os pontos de referencia, os perigos da região e o aspecto differente que apresenta, segundo a disposição da duodecima costella.

(1) Jonesco. Bul. soc. anat. 15 fev. 89.

PARTE II

PROCESSOS DE EXPLORAÇÃO MEDIATA E IMMEDIATA DOS RINS

Se quizessemos desenvolver circumstanciadamente os differentes processos que permitem reconhecer o estado dos rins, ser-nos-hia preciso, como era aliás nosso desejo, tornar muito extensa esta importante parte do nosso trabalho; infelizmente, porém, o tempo de que dispomos e as difficuldades com que luctamos em materia tão escabrosa não nos deixam realizar este desejo e obrigam-nos a tornar muito mais succinta a exposição que se segue. Eis porque nos limitaremos a expôr simplesmente os principios geraes d'estes differentes meios e a indicar o seu valor muito desigual, como veremos, no diagnostico das affecções cirurgicas do orgão.

A exploração cirurgica dos rins é *mediata* ou *immediata*, isto é, faz-se atravez dos tegumentos mais ou menos intactos, ou directamente, depois da incisão de todas as camadas dos tecidos que os protegem.

Da exploração mediata

a) *Exploração visual*

INSPECÇÃO. — Para reconhecermos os signaes fornecidos por este exame não é indifferente a posição do doente.

E' preciso que as duas regiões renaes estejam perfeitamente illuminadas, e para isso: devemos collocar o doente na posição coxo-humeral, com os joelhos e cotovêlos apoiados sobre um leito duro ou sobre um canapé e com a região pelvica voltada para a janella. O observador deve collocar-se em frente da luz e portanto do lado da cabeça do doente.

Além d'isso, para que este exame adquira o seu valor, requerem-se da parte do individuo certas condições favoraveis, isto é, deve ser magro ou mediocrementemente gordo, porque, como sabemos pelas considerações anatomicas indicadas no principio d'este trabalho, é sómente 'nestes individuos que podemos apreciar uma superficie mais ou menos depremida, limitada em cima pelas duas ultimas costellas, em baixo pela crista iliaca e dentro pelo relevo do bordo externo da massa sacrolombar, depressão que desaparece nos obesos por causa do desenvolvimento do seu tecido adiposo, não tendo por isso 'neste ultimo caso valor nenhum o exame visual.

Portanto, quando um individuo magro ou mediocrementemente gordo apresentar exaggeração unilateral d'esta depressão, temos um grande signal de presumpção, que nos pôde indicar ou a ausencia congenita, ou a atrophia, ou ainda o deslocamento d'um dos rins, principalmente se o individuo é do sexo masculino e se apresenta *uma conformação femini*l.

Da mesma maneira o desaparecimento da depressão normal pôde ser um signal de presumpção, pois que nos indica ou um augmento de volume dos rins

ou a invasão da região perinephretica por um tumor solido ou liquido.

Se chamamos a este signal — de presumpção, é porque, não obstante as suas indicações contribuirem para esclarecer o diagnostico, pouca confiança nos inspira na maioria dos casos e principalmente não sendo corroborado por qualquer outro; demais, dada a situação do rim e sabendo-se que os tumores renaes se desenvolvem ordinariamente para diante, parece-nos que um augmento ou uma diminuição de volume do órgão difficilmente se traduz no exterior por uma saliencia ou uma depressão da região lombar,

b) Exploração manual

PERCUSSÃO. — Alguns auctores, Piorry, Troussseau, Zuelzer, Pansch, etc., tentando limitar o rim pela percussão, concluíram depois de numerosas e profundas investigações que este processo não merecia confiança.

No entanto Le Dentu ⁽¹⁾ diz que, embora isto seja verdadeiro para o rim intacto, o som baixo, devido á presença do rim, e que, como sabemos pelas relações anatomicas d'este órgão, só se póde ouvir normalmente a um centimetro ou quando muito a centimetro e meio fóra do bordo externo da massa sacro-lombar e acima da crista iliaca 3 cent. pouco mais ou menos, é manifestamente substituido por uma sonoridade, devida á presença do colon 'neste nivel, quando o rim falta ou é atrophiado. O mesmo observador liga grande importancia a este signal, quando é nitidamente constatado.

Guyon porém não lhe liga importancia alguma, por que, examinando um doente, que havia sido nephrectomizado por outro cirurgião, e, percutindo alternadamente as duas regiões renaes, não encontrou differença alguma de sonoridade, apesar de haver d'um lado

(1) Affections chirurgicales des reins.

ausencia do rim e do outro augmento de volume por causa da hypertrophia compensadora.

Este mesmo observador, examinando outro doente, cujo rim descia na posição vertical e voltava ao seu logar no decubito, não notou differença alguma apreciavel de sonoridade nas duas regiões lombares, fosse qual fosse a posição do doente. O som basso apenas se tornava mais nitido quando o doente contrahia os musculos da região.

Resulta d'estas considerações e das relações anatomicas do órgão que a percussão da região lombar, feita com o maior cuidado, não offerece senão um elemento de diagnostico de valor mediocre, tanto no caso de ausencia ou atrophia do órgão como no caso de se não afastarem as suas dimensões do estado normal senão dentro de limites restrictos. Todavia, quando o rim está fortemente deslocado para baixo e para fóra, occupando acima da crista iliaca o logar onde se ouve a sonoridade do colon no estado normal, ouvimos então 'neste logar um som basso apreciavel á percussão, mas 'neste caso será a palpação que nos dará dados muito melhores e muito mais fieis. O mesmo succede quando as dimensões do rim são notavelmente augmentadas, pois que, embora os resultados da percussão se tornem muito mais nitidos, é a palpação que fornece as indicações mais importantes.

Todavia, se a percussão posterior parece pouco importante, o contrario succede com a percussão da região anterior do abdomen, quando existe um tumor renal.

Com effeito, quando o rim augmenta de volume, dirige-se para diante, repellindo diante d'elle as ansas intestinaes, e d'aqui resulta uma sonoridade muito nitida, adiante do tumor, indicando a sua séde retro-peritoneal.

Se o volume se torna consideravel e as ansas intestinaes são repellidas contra o abdomen, reconheceremos pela percussão, em logar d'uma sonoridade bem nitida, um som mais ou menos basso, comprehendendo todo o flanco, tornando-se todavia completamente basso,

quando o tumor tiver grandes dimensões e o intestino não encerrar gases; mas 'neste caso sente-se muitas vezes adiante do tumor uma faixa elastica, escorregando sob o dedo, que indica a presença do intestino grosso. Para completar então o diagnostico pela percussão, emprega-se muitas vezes um meio muito simples que consiste em fazer penetrar pelo anus uma quantidade d'agua ou gaz (ar ou hydrogenio) que seja sufficiente para distender o intestino grosso. Em virtude d'isto esta viscera, desenhando-se nitidamente na face anterior do tumor, no meio ou sobre um dos seus bordos, faz com que o observador determine com precisão, por causa da sonoridade, a posição exacta do colon, já mais ou menos reconhecida.

Podemos pois terminar a descripção d'este processo, dizendo que, se a percussão da região lombar é inutil, a da região abdominal tem uma importancia capital no ponto de vista do diagnostico dos tumores do rim.

PALPAÇÃO. — O terceiro e o mais importante dos tres processos de exploração mediata do rim é indubitavelmente a — palpação. Este processo pôde ser practicado com uma só mão ou com ambas. A palpação uni-manual não dá mais do que uma impressão sobre o estado das regiões onde podemos sentir um tumor renal.

Fazemol-a de dois modos, quer repellindo a parede abdominal directamente para traz, quer abraçando toda a região costal-iliaca com o pollegar adiante e os outros quatro dedos collocados atraz até ao bordo externo da massa sacro-lombar. Nos individuos magros ou de mediocre gordura, chega-se, por este ultimo modo de exploração, a approximar quasi até ao contacto a parede abdominal anterior e a parede posterior, chegando a ser a distancia que separa os dedos oppostos de 5,6 ou 7 cent.

A palpação bi-manual offerece muito mais segurança, mas exige um cuidado especial. Para que este processo possa dar resultados satisfatorios é indispensavel

o relaxamento muscular absoluto e, para se attingir este resultado, é preciso mandar deitar o doente sobre o dorso, com as pernas estendidas, a bocca aberta e respirando largamente, e a cabeça ligeiramente levantada ou completamente baixa. Guyon faz notar com razão que é 'nesta posição que os musculos da parede abdominal estão mais completamente relaxados.

« Rêcommendo que não se mandem dobrar as coxas sobre a bacia, como geralmente acontece; porque, para as manter 'nesta posição, fica um grupo de musculos em estado de vigilancia e, por causa da lei de synergia que regula as acções musculares, este estado de vigilancia torna d'alguma forma inevitavel, 'num momento qualquer, a contracção dos musculos da parede anterior do abdomen ».

« Se não ha contracção verdadeira, existe uma especie de contracção virtual que prejudica a exploração. Collocae pois o doente na attitude do repouso muscular absoluto, estendido inteiramente e com as pernas alongadas » (1).

Devemos dizer todavia que a flexão coxo-abdominal tem, segundo alguns auctores, uma vantagem real nos individuos de ventre desenvolvido e por isso, para obtermos á difficuldade assignalada por Guyon, devemos encarregar um ajudante de manter os joelhos do doente em contacto, ou de apoiar sobre o seu peito o joelho do doente do lado em que se pratica o exame.

A maneira como o operador deve exercer a pressão e o modo como deve collocar as duas mãos para praticar a palpação foram perfeitamente descriptos por Guyon na obra que acabamos de citar e que transcrevemos.

« A posição do doente, continua Guyon, não basta, é preciso ainda usar d'um artificio que preconiso egualmente desde longos annos e que designo sob o nome: *d'exploration en mesure* ».

(1) Guyon. *Bullet. med.*, mars 1889. *Ann. des mal. des voies urinaires*, 1888, pag. 318.

«Chamo assim esta exploração, porque deve rigorosamente seguir, para se exercer utilmente, os movimentos respiratorios».

«O seu principio é evitar toda a pressão durante a inspiração que torna o abdomen tenso, e utilizar a falta de tensão produzida pela expiração para penetrar successivamente na profundidade do abdomen».

«Se não fizermos pressões senão nas expirações chegaremos gradualmente, por assim dizer, até ao contacto da parede posterior, atravez dos abdomens menos dispostos até a deixarem-se penetrar».

Emquanto ao modo de collocar as mãos Guyon exprime-se da seguinte maneira nas licções clinicas que já citamos:

«A mão posterior tem por missão sustentar a parede lombar e ir tão directamente quanto possivel ao encontro do rim; estendida completamente e collocada por baixo do doente, deprimindo o colchão para não o obrigar a levantar-se, applica-se sobre a parte da região lombar correspondente ao rim».

«E' no angulo costo-vertebral que se deve actuar; neste espaço restricto, que facilmente se reconhece, graças aos seus limites osseos, um ou dois dedos poderão ser utilizados, e deveis, para vos approximardes o mais possivel do órgão a explorar, comprimir pouco a pouco, de maneira a fazel-os, por assim dizer, penetrar gradualmente, pela depressão das partes molles, no seio osseo onde se encontra invariavelmente o rim».

«A mão anterior deve ser collocada parallelamente á linha mediana sobre o musculo recto, immediatamente abaixo das cartilagens costaes; á direita, esta posição poderá ser conservada durante toda a exploração; á esquerda, pelo contrario, será sempre indispensavel fazer penetrar a extremidade dos dedos por baixo das costellas, e ser-vos-ha sempre permittido fazer esta manobra á direita, se a julgardes util. Se tomares por auxiliares as expirações, chegareis em quasi todos os individuos a penetrar facil e realmente em pleno hypochondrio».

Não devemos esquecer que todos os auctores re-

commendam que as pressões devem ser feitas 'numa direcção obliqua para dentro.

Observando fielmente estas regras, venceremos quasi absolutamente o obstaculo que formam os musculos, principalmente quando os rins e o abdomen são indolentes. Foi assim que Israel ⁽¹⁾ pôde sentir um neoplasma maligno do volume d'uma noz na extremidade inferior d'um dos rins, diagnostico que lhe permittiu praticar uma nephrectomia muito precoce.

Todavia o emprego d'estas differentes manobras, ordinariamente facil nos individuos magros, torna-se muitas vezes difficil não só pelo desenvolvimento exaggerado da gordura intra-epiploica ou subcutanea mas tambem, e principalmente, pela contracção dos musculos abdominaes tão frequente, quando existe um estado doloroso pronunciado, sendo 'neste caso impossivel fazer-se uma palpação profunda sem a chloroformisação, por mais cuidado que tenha o operador.

Este modo de exploração, sobretudo auxiliado pela anesthesia, tem grande valor, pois que, se o praticarmos sobre um individuo, cujos rins tinham as dimensões normaes, embora seja magro, não sentimos mais do que as camadas constituintes das duas paredes abdominaes, com o colon que ordinariamente fica comprehendido entre os dedos das duas mãos.

Todavia Guyon ⁽²⁾ diz ter podido sentir, raras vezes é verdade e em algumas mulheres, a extremidade inferior do rim direito sem ser augmentado de volume, nem deslocado.

Israel ⁽³⁾ diz que, quando o individuo é magro, quando existe pouca tensão das paredes abdominaes, quando a distancia entre a crista iliaca e a ultima costella é sufficiente, quando em fim existe uma forte curvatura dorso-lombar, poderemos sentir a face anterior do rim normal.

(1) Israel. *Semana medica*, 1887.

(2) Guyon. *Ann. des mal. de voies urinaires*, 1888.

(3) Israel. *Soc. de med. interna*, 21 de março de 1887.

Este modo de vêr de Israel parece-nos realisavel em theoria, mas praticamente irrealisavel, pois quando é que existirão reunidas estas diversas condições? Demais, não comprehendemos facilmente pela anatomia que o rim normal não póde ser accessivel pela palpação?

Entendemos portanto que podemos considerar, salvo rarissimas excepções, como negativa a palpação do rim normal, de modo que, se distinguirmos um corpo arredondado que não foge pela pressão, podemos concluir do exame que o rim tem dimensões superiores ás normaes.

Podendo este modo de exploração fornecer-nos dados precisos sobre a sensibilidade, volume e mobilidade, vejamos pois quaes as sensações que devemos encontrar 'nestes diferentes casos, e os modos como as poderemos obter.

EXPLORAÇÃO DA SENSIBILIDADE.—Esta exploração funda-se em que o rim é insensivel no estado normal e por isso, todas as vezes que provocarmos uma dôr profunda pela pressão, temos um bom signal d'alteração renal.

Para praticarmos esta exploração empregamos quer uma só mão, comprimindo a parede anterior contra a posterior ou vice-versa, quer as duas mãos. A posição que devemos dar ao doente é a mesma que para a palpação ordinaria.

A pressão da parede posterior é a que melhores dados nos póde fornecer; porque, embora com a pressão anterior sobre a região do rim possamos determinar dôr 'neste órgão, todavia na maioria dos casos, quando o rim é sensivel, os musculos da parede abdominal, contraindo-se desde o principio da exploração, tornam completamente impossivel a penetração da mão na profundidade. Não devemos esquecer que esta pressão anterior deve ser feita gradualmente e no momento das expirações.

A pressão posterior deve ser feita no angulo costovertebral onde temos a certeza de estarmos em contacto com o rim pelo menos com a sua parte inferior.

Devemos comprimir doce mas fortemente, não fazendo caso da sensibilidade superficial que podemos despertar; a sensibilidade do rim dá ao doente uma sensação de tal fôrma que a differenceia perfeitamente da ligeira dôr causada pela compressão muscular.

E' sempre bom fazermos o exame comparativo dos dois lados, pois que d'este modo adquirimos mais certeza das sensações que obtemos.

A pressão bi-manual é empregada principalmente quando o rim, um pouco movel, não está no seu lugar normal, sendo 'neste caso preciso fornecer-lhe um ponto de apoio para o impedir de fugir diante do dedo que, retido pelo ligamento transverso-costal, não pôde penetrar profundamente no angulo costo-vertebral.

Não devemos, porém, confiar completamente 'nesta exploração da sensibilidade, porque, se existe muitas vezes, o que é muito util para o diagnostico, a sua ausencia não é absolutamente rara, ainda mesmo quando o rim é alterado.

EXPLORAÇÃO DO MOVIMENTO DE EMBALANÇO RENAL. — AUGMENTO DE VOLUME.—Já vimos e pela anatomia comprehendemos facilmente que nem a inspecção, nem a percussão, nem a palpação ordinaria nos fornecem noções precisas para afirmar quer a ausencia quer a diminuição de volume do rim, deixando-nos portanto desarmados 'nestes dois casos.

Pelo contrario, graças á descoberta do movimento, que Guyon ⁽¹⁾ chama — *embalanco renal*, podemos perceber as mais das vezes um augmento de volume do órgão, por mais pequeno que seja. Este auctor insiste sobre o valor d'este movimento no diagnostico dos neoplasmas dos rins, dizendo que, procurando este signal, nunca deixou de o encontrar nos casos d'augmento de volume e de abaixamento ligeiro, nunca o reconhecendo, porém, quando o rim tinha a posição e o volume normaes.

(1) Guyon. Ann. des mal. des voies urinaires, 1888, p. 318.

Quando o encontramos, continua Guyon, o seu valor diagnostico é tanto mais importante, quanto é certo que os tumores, desenvolvidos 'noutra parte e invadindo secundariamente a região renal, não podem produzi-lo, porque tomam ponto de apoio tanto sobre a parede anterior do abdomen como sobre a parede posterior, não tendo por isso as condições necessarias para a producção d'este movimento.

Le Dentu ⁽¹⁾ diz : pude, graças a elle, diagnosticar recentemente uma tuberculose renal incipiente que sómente tinha suspeitado 'num primeiro exame.

As duas unicas condições necessarias para a sua producção são: o contacto absoluto com a parede lombar e a existencia, adiante do tumor, d'um espaço sufficiente para poder ser mobilisado detraz para diante, d'onde resulta que, comprimindo a parede abdominal anterior a ponto de não deixarmos um espaço livre adiante do rim, impedimos absolutamente que o phenomeno se produza.

Para o observarmos é preciso darmos ao doente e ás nossas mãos a posição descripta na palpação ordinaria.

Eis em que consiste: «Applicando largamente uma das mãos adiante, ao nivel do rim, comprimindo ligeiramente a parede abdominal para diminuir, mas não supprimir, o espaço que a separa do rim, e com a outra mão collocada atraz no intervallo lombo-costo-iliaco, o observador imprime pequenas impulsões á parede lombar, as quaes surprehendendo e deprimindo os musculos d'esta região, são transmittidas por elles ao rim, levando-o assim ao contacto da mão anterior. Esta percebe uma sensação de choque tão nitida que permite ao observador affirmar immediatamente que sente o rim, que aprecia o seu volume, chegando mesmo a ter, em muitos casos, uma ideia da sua forma e da sua consistencia». ⁽²⁾

⁽¹⁾ Le Dentu. Affections chir. des reins. 1889 p. 597.

⁽²⁾ Guyon. No logar citado.

Este movimento tem sido verificado ainda mesmo no caso do rim adherir fortemente à parede lombar.

EXPLORAÇÃO DA MOBILIDADE ANORMAL DO RIM.—Já dissemos na primeira parte do nosso trabalho que o rim póde deslocar-se em differentes direcções.

Guyon divide a mobilidade anormal do rim em mobilidade *lombo-abdominal*, *abdomino-lombar* e *abdominal*.

A *mobilidade lombo-abdominal* é o movimento de embalanceço, do qual já dissemos o modo como se devia procurar e quaes os signaes que nos fornecia.

A *mobilidade abdomino-lombar*, característica dos rins deslocados mais ou menos para a parede abdominal, consiste na volta absoluta ou relativa d'um tumor abdominal para a fossa lombar ou para o seu contacto.

Guyon recommenda que o operador, explorando este signal, deve empregar a palpação bimanual e collocar-se do mesmo modo como se fosse para explorar o embalanceço, devendo todavia afastar a mão anterior da linha mediana, simplesmente por causa de se encontrar o rim um pouco mais fóra do que o normal, depois, agarrando o rim entre as duas mãos, e repellido-o para cima e para traz, para a sua fossa lombar, reconhecerá então a extensão da sua mobilidade.

E' assim que Guyon aprecia o grau d'esta mobilidade e a laxidão das adherencias do rim á parede, e segundo a extensão do movimento assim produzido, dá a esta mobilidade dois graus:

1.º *Estabelecimento do contacto lombar*, isto é, possibilidade de sentir, pela mão collocada no triangulo costo-vertebral, a saliencia feita pelo tumor 'neste nivel, quando o comprimimos de diante para traz e de baixo para cima com uma mão collocada sobre o abdomen. Este primeiro grau encontra-se principalmente nos tumores um pouco volumosos ou quando algumas adherencias, fixando o rim deslocado, o impedem de voltar completamente para o seu logar.

2.º *Reductibilidade completa do rim*, isto é, o

rim sob o effeito da pressão combinada das duas mãos, entra completamente na fossa lombar, desapparecendo sob as falsas costellas, como succede frequentemente nos rins moveis.

«Mas se o modo de collocar as mãos, diz o mesmo auctor, é sempre o mesmo, a posição dada ao doente é muitas vezes differente, e é por isso que uso, segundo os casos, as seguintes posições: *posição semi-assentada*, analoga á posição de leitura no leito, apoiando-se o doente sobre os travesseiros, *posição vertical* e *posição de decubito lateral* sobre o lado sã.

Finalmente a *mobilidade abdominal* é característica d'um rim absolutamente fluctuante, isto é, movendo-se em todas as direcções, todavia, como não apresenta nada de especial nas suas manobras e a sua exploração é analoga á d'um tumor qualquer do abdomen, não nos occuparemos por tanto d'ella 'neste trabalho. Apenas diremos que esta mobilidade abdominal póde ás vezes enganar-nos a ponto de julgarmos que o rim é pediculado, o que é extremamente raro mesmo nos casos em que o órgão apresenta a maior mobilidade, como o demonstram as observações transperitoneaes por causa de rins moveis, e nas quaes alguns auctores, julgando encontrar estes órgãos absolutamente pediculados, os encontraram quasi sempre atraz do peritoneo, e não coifados por elle. Lawson-Tait ⁽¹⁾ declara que nunca viu rim com mesonephron.

Polailon ⁽²⁾ é da mesma opinião, mostrando-nos ao mesmo tempo as difficuldades que podemos encontrar a este respeito.

Eis em que termos se exprime este auctor:

«O rim direito era tão movel, que se encontrava indifferentemente em todas as partes do abdomen, podendo agarrar-se entre os dedos atravez das paredes abdominaes. Conclui, segundo a opinião classica sobre os rins fluctuantes, que devia ter um longo pediculo

(1) Lawson-Tait. Brit. med. journ., 18 nov. 1882.

(2) Polailon. Acad. de Med., 13 juil. 1886.

formado pelos vasos do hilo e uma bainha do peritонеo».

«Por isso, julgando ser difficil extrahil-o pela via lombar sem abrir a cavidade peritoneal, entendi que a via mais curta e mais segura parecia ser a via abdominal».

«Fiz pois a laparotomia sobre a linha mediana e em vez de encontrar o rim pediculado, reconheci que o orgão se movia no tecido cellular muito laxo do espaço retro-peritoneal e que não se comportava de nenhuma maneira como um tumor pediculado».

Anderson ⁽¹⁾, fazendo uma incisão abdominal para reconhecer a natureza d'um tumor muito movel no hypochondrio direito, encontrou um rim fluctuante que, apesar de ser muito movel, não tinha mesonephron.

Além d'este modo de exploração para reconhecer a mobilidade anormal do rim, existe outro, devido a um medico distincto de Lyon, Glenard ⁽²⁾, baseado sobre os movimentos de *translação vertical* do rim e chamado—*palpação nephroletica*.

Eis como o auctor expõe o seu processo 'numa lição importante, feita no Hôtel-Dieu de Lyon :

«A exploração do rim movel comprehende tres tempos : ⁽³⁾

PRIMEIRO TEMPO. TEMPO DE ESPERA.—Devemos collocar os dedos de modo que, se durante a inspiração alguma coisa de anormal fôr impellida de cima para baixo, a sintamos passar entre os dedos e a possamos agarrar; para obter isto, aperta-se larga e solidamente com a mão esquerda, o pollegar adiante e o medio atraz, a zona das partes molles immediatamente subjacente ao rebordo costal. Os dedos formam d'este modo um annel estreito que será completado na sua parte interna, atraz pela columna vertebral e adiante pela

⁽¹⁾ Anderson. Brit. M. Journ., 1883, t. II, p. 917.

⁽²⁾ Glenard. Province medicale, 23 avril, 1887.

⁽³⁾ Il s'agit d'un rein droit.

mão direita; esta comprime a parede anterior no prolongamento da extremidade do pollegar esquerdo que se encontra á altura e abaixo da extremidade da nona costella direita».

«Fazendo inspirar profundamente a nossa doente, sentimos descer alguma coisa entre os dedos, uma massa ainda indecisa, renitente, do volume d'uma tangerina. Primeira constatação que exprimo assim: «ptose» no hypochondrio direito, porque no estado normal os dedos não devem sentir descer nada. . .»

«SEGUNDO TEMPO. CAPTURA. — Este tempo consiste em prender e reter a ptose entre o pollegar e o medio esquerdos. Para isso, depois de termos reconhecido perfeitamente, tateando com estes dedos, o trajecto exacto de descida, durante duas ou tres inspirações, eleva-se o pollegar o mais acima possivel por baixo do rebordo costal, seguindo a pista da ptose, á proporção que a sentimos descer; durante a inspiração, quando a ptose parece ter atingido o limite inferior do seu curso, augmenta-se bruscamente a constricção, exercida pelos dedos atravez dos tecidos, approximando o mais possivel uma da outra as extremidades do pollegar e medio esquerdos. Durante este tempo, a mão direita certifica-se e dá constantemente conta de que a ptose não se desvia para a linha mediana e não escapa assim á acção da mão esquerda».

«Procedendo d'este modo sobre a nossa doente podemos exceder a ptose, collocar o pollegar esquerdo acima d'ella e apanhar, entre este dedo e o medio esquerdos, uma região, formando uma especie de sulco transversal. . .»

«Emquanto a ptose está assim captiva, sentimos pelo esforço de compressão, que devemos exercer acima d'ella para a sustermos, que esta ptose exerce uma certa tracção de baixo para cima e que bastaria afastar um pouco os dedos para a sentirmos escapar entre elles. Aproveitaremos esta segunda passagem para apreciar os differentes caracteres de séde, fórma, consistencia, volume e sensibilidade da ptose, constituin-

do tudo isto o terceiro tempo da palpação nephroleptica ».

«TERCEIRO TEMPO. FUGA. — Este momento da palpação consiste em afastar ligeiramente uma da outra as extremidades do pollegar e medio esquerdos, abaixando ao mesmo tempo a linha de compressão, e deixando escapar a ptose por entre elles. Se depois de a ter examinado, exercermos uma compressão brusca no momento em que estamos quasi a perdê-la, poderemos apreciar o grau de mobilidade da ptose no hypochondrio...»

Glenard chega por este processo a reconhecer os differentes graus de mobilidade do rim.

«Quando no fim do tempo de *espera*, quando se deve apanhar a ptose, sentimos profundamente um corpo redondo, liso, duro, do volume d'uma noz que, sob a influencia da pressão brusca, exercida pelos dedos, salta como uma bola e foge para cima, deixando aos dedos uma sensação analoga áquella que experimentam quando acabam de projectar um caroço de cereja, temos a ponta de nephroptose, ou nephroptose do primeiro grau, porque no estado normal não podemos attingir o rim; a ponta de nephroptose do segundo grau existe quando o rim pôde ser retido entre os dedos sem puder todavia attingir o sulco transverso e sem puder comprimir os tecidos acima do rim; porque 'neste caso temos a nephroptose do terceiro grau, isto é, o rim movel vulgar; finalmente a nephroptose do quarto grau é o rim verdadeiramente fluctuante, é o rim que sentimos pela parede abdominal anterior...»

«A polpa do pollegar esquerdo é a que 'neste diagnostico gosa o papel intelligente.»

Glenard, empregando este processo em 1:310 doentes, observados por elle em Vichy, encontrou 148 casos de nephroptose, tendo sido sómente diagnosticados tres por medicos que o haviam precedido.

Embora este trabalho de Glenard tenha um grande interesse e uma verdadeira utilidade, mostrando-nos a possibilidade de reconhecer desde o principio estas

pontas de nephroptoses ordinariamente desconhecidas, não deixa de estar sujeito a algumas objecções.

Assim, para empregarmos este processo é preciso que a mão chegue muito perto da linha mediana para se pôr em contacto com a face anterior do rim, o que nem sempre é possível, pois, como sabemos, o bordo externo do rim dista, em boa média, 9 cent. das apophyses espinhosas, limite que corresponde quasi ao bordo externo do musculo grande recto do abdomen. E' verdade que o rim mobilisando-se desvia-se muitas vezes um pouco para fóra, todavia fica sempre a uma distancia bastante grande do flanco.

Por outro lado comprehende-se que, se este processo é possível 'num individuo magro, ou mediocrementemente gordo, torna-se senão impossível ao menos difficil nos individuos obesos ou 'naquelles cujo abdomen não é flaccido, ajuntando-se ainda a isto a saliencia constante da undecima costella no flanco, que, principalmente nos casos em que tentamos approximar-nos o mais possível do thorax, vindo apoiar-se contra a base do pollegar, limita a depressibilidade das partes molles e portanto a sua penetração.

Finalmente não devemos abandonar a palpação bimanual na exploração da mobilidade do rim, porque, como diz Guyon, as sensações recolhidas pela polpa de muitos dedos devem ser mais precisas do que aquellas que póde perceber o pollegar, collocado horisontalmente sobre o órgão a explorar; e com effeito na palpação nephroleptica o pollegar é o unico que recebe as sensações, a mão direita não faz mais do que impedir que o rim se desvie para a linha mediana.

Israel (4), notando que nenhum dos processos, que temos descripto, permite reconhecer a consistencia do rim não augmentado de volume e no seu logar normal, empregou um novo processo que, segundo elle, per-

(4) Israel. Ueber Palpation gesunder und Kranker Nieren, Berlin. Klin. Woch. 1889. n.º 7 et 8, pag. 125 et 156 (Broca, Gazetto hebdomadaire, 12 avril 1889).

mittiria esta exploração, baseando-se nos movimentos do rim transmitidos pela respiração.

Eis como elle se exprime:

« Collocamos o doente no decubito lateral sobre o lado que se não examina, posição em que os musculos estão relaxados e em que o rim explorado tende, pelo seu peso, a dirigir-se para baixo e para diante. Os membros inferiores devem estar em ligeira flexão. O doente deve respirar largamente, com a bocca aberta. Para explorar a região esquerda, o cirurgião colloca-se á direita do leito, com a face voltada para a cabeça do doente. Assenta os dedos da mão direita completamente estendida sobre a região lombar esquerda, e a mão esquerda sobre o ponto correspondente da parede abdominal anterior, de maneira que a extremidade do index e do médio esteja dois dedos abaixo do ponto de reunião da nona e decima cartilagens costaes. Depois, manda-se fazer ao doente inspirações profundas, e, no momento em que principia a expiração, comprime-se doce, mas fortemente, as paredes, imprimindo aos dedos alongados ligeiros movimentos de flexão nas articulações metacarpo-phalangianas. Assim a extremidade dos dedos chega pouco a pouco acima da extremidade inferior do rim, quando este órgão está na posição mais baixa, isto é, no fim da inspiração; durante a expiração sente-se o órgão elevar-se, e é precisamente este ligeiro movimento que permite a percepção. Attingida assim a extremidade inferior do órgão, apalpa-se a face anterior, quando principia a expiração, porque é 'neste momento que a superficie accessivel é *maxima*. Os movimentos de subida e descida deixam sentir com nitidez as irregularidades que pôde apresentar esta superficie.

« Por este processo, diz este auctor, pôde-se apalpar o terço inferior ou mesmo a metade inferior d'um rim normal. Sente-se então um corpo convexo, liso, de bordos rombos (o que é uma differença com o figado e com o baço). Se, fazendo a palpação á esquerda, encontrarmos um órgão de bordo cortante, devemos notar que é o baço, por conseguinte collocado muito su-

perficial e lateralmente. Succede muitas vezes, porém, encontrarmos'-nos seriamente embaraçados, tanto á direita como á esquerda, não sabendo o que pertence ao figado ou ao baço e o que depende do rim, salvo se conseguirmos, o que é as mais das vezes possível, introduzir a extremidade dos dedos entre os dois órgãos, tocando a face palmar o rim e a face dorsal o figado ou o baço, sendo preciso todavia para se chegar a uma analyse exacta, aperfeiçoar pouco a pouco esta analyse, por explorações successivas, á proporção que se reconhecem sensações novas ».

Israel apresenta algumas observações em que o seu processo lhe deu optimos resultados.

Emquanto a este processo parece-nos que não satisfaz precisamente ao fim para que o auctor o propoz; porque, como já dissemos na primeira parte, o rim normal e collocado na sua fossa lombar é inacessivel. E' verdade que muitos auctores, e entre elles Guyon, citam algumas observações em que poderam sentir a extremidade inferior dos rins, principalmente do direito, sem que houvesse augmento de volume nem deslocação, todavia, estes casos são tão raros e requerem da parte do individuo taes condições que rarissimas vezes as podemos encontrar reunidas. Demais, quando o facto se dá podemos sentir o rim mesmo pela palpação ordinaria.

Quando o rim está augmentado de volume ou deslocado, a exploração por este processo permite de certo sentir facilmente o órgão, principalmente quando as paredes abdominaes são flaccidas, mas 'neste caso o movimento de embalanceo tambem nos pôde fornecer dados precisos.

No entanto não deixa de ter grande vantagem e utilidade, como se pôde concluir dos resultados que o proprio auctor obteve, empregando-o.

Digamos de passagem para terminar com o estudo da palpação renal que alguns auctores empregaram a *exploração pelo recto*, que consistia em introduzir a mão inteira no recto com o fim de sentir o rim. Este processo é tão brutal que devemos regeital-o.

c) *Puncção exploradora*

Escusado é dizermos que a puncção renal não pôde ser recommendada senão como operação exploradora. Alguns auctores porém pretenderam curar radicalmente certos abcessos renaes por meio da puncção. Infelizmente a experiencia tem sufficientemente demonstrado o contrario; pois que apenas podemos citar em seu favor alguns casos favoraveis: o de Dieulafoy que era realmente uma hydronephrose suppurada e necessitou 47 puncções ⁽¹⁾; o de Pozzi que era uma pyelite por dilatação, devida á compressão do uretere por um fibroma uterino ⁽²⁾; o de Cl. Lucas, onde se vê que bastaram duas puncções para produzir a cura ⁽³⁾ e finalmente o de Duplay que era um kysto hydatico, apesar da sua cura não parecer completa ⁽⁴⁾.

Em compensação podiamos citar muitas mortes e hoje os cirurgiões de todos os paizes reconhecem que a puncção, como meio curativo, deve ser completamente rejeitada.

Portanto a puncção renal tem por fim fornecer ao diagnostico elementos importantes sobre a natureza de um tumor renal. Infelizmente nem sempre nos pôde prestar noções precisas, porque numerosas vezes tem sido tentada com este fim e, excepto os casos em que o diagnostico d'alguma forma se impunha, poucas vezes deu resultados. Assim Guyon fez tres puncções em casos duvidosos, sempre sem resultado; num quarto caso de tumor renal, retirou urina, mas o diagnostico d'hydronephrose já se impunha sem a puncção.

Todavia Newman ⁽⁵⁾ liga grande importancia á pun-

(1) Dieulafoy. Kyste suppuré du rein. Gaz. hebd. de méd. et chir., 1887.

(2) Pozzi. Ann. de gynécologie, 1884, tomo xxii, pag. 1.

(3) Cl. Lucas. Abcés du rein traité avec succès par l'aspiration (deux ponctions), The Lancet, 1878, vol. ii, pag. 437.

(4) Duplay. Arch. génér. de méd. 1880, pag. 611.

(5) Newman. Lectures to practitioners on the surgical diseases of the Kidney, 1888.

ção aspiradora no diagnostico dos differentes tumores liquidos, recusando-lhe pelo contrario toda a importancia nos tumores solidos.

Evidentemente, em casos de duvida sobre a existencia d'um foco purulento no centro do rim, é de toda a necessidade fazer uma punção exploradora, tendo o cuidado de introduzir o trocarte o mais profundamente possivel, para que a canula não fique perdida no meio do parenchyma renal ou das camadas de fibrina e de sangue coagulado que existem na parte interna. Depois examinaremos o pus para verificar se tem alguns bacillos caracteristicos da tuberculose.

Esta punção servirá ainda algumas vezes para estabelecer a natureza calculosa de pyelonephrite, mas então devemos empregar um trocarte muito mais longo que os de Dieulafoy ou Potain. Este trocarte deverá penetrar pelo menos a 10 ou 12 cent., para encontrar os calculos, que estão ordinariamente situados no bacinete e nos calices distendidos, a uma grande distancia dos tegumentos.

A punção exploradora, quando se suspeita uma hydronephrose, é muitas vezes um recurso precioso, a *ultima ratio* de diagnostico, pois que ordinariamente o liquido possui caracteres quasi pathognomonicos. Assim, a presença no liquido, extrahido pela punção exploradora, de epithelio pavimentoso, principalmente de epithelio estratificado, a constatação de elementos normaes d'urina, embora em pequena proporção, a falta absoluta, ou fracas proporções de albumina, tudo isto pertence ás hydronephroses e não aos kystos simples dos rins nem aos kystos ovaricos, nestes o epithelio é cylindrico. Digamos no entanto que se têm descoberto algumas vezes nos kystos tanto simples como ovaricos os mesmos elementos que na hydronephrose e por isso o seu valor, embora real, é muito relativo.

Muitas vezes é por meio da punção que chegamos a estabelecer se o tumor liquido é uma hydronephrose, um kysto unilocular ou kysto hydatico. No primeiro caso, e principalmente se observarmos a affecção no principio, o liquido encerra ainda muitos elementos

d'urina; no segundo, é ordinariamente albuminoso, talvez sempre nos grandes kystos, finalmente no terceiro, a ausencia d'albumina e a presença dos colchetes característicos de echinococos, globulos do pus, gordura etc., fixam o diagnostico. Neste ultimo caso o diagnostico torna-se ás vezes tão difficil que podemos dizer que não existe nenhum signal de valor real, fóra dos resultados da punccão, sendo todavia muito relativa a sua significação. Por isso não nos devemos admirar dos numerosos erros commettidos, antes de praticada a punccão, por cirurgiões de grande merito, taes como Hinckeldeyn e Heussner que os tomaram por tumores malignos do baço e do figado; Spencer Wells e Péan que os diagnosticaram lipomas do mesenterio e finalmente Baldini e Le Dentu que pensaram que se tratava de hydronephroses.

Simon recommenda ainda a punccão como meio proprio de esclarecer o diagnostico entre os tumores renaes e os kystos ovaricos. Eis como elle se exprime: Depois de fazermos uma punccão no tumor, introduz-se pela canula uma longa e fina velinha de gomma. Inclinando o pavilhão da canula para cima ou para baixo, para dentro ou para fóra, e introduzindo a velinha profundamente em todas as direcções, podemos verificar se a cavidade se estende até ao diaphragma ou até ao figado (o que seria proprio dos tumores dos rins), ou se desce até á pequena bacia (caracter pertencente aos kystos ovaricos). Apesar d'este modo de exploração estar muito longe de ter o valor que lhe attribue o cirurgião allemão, quando o tumor é excessivamente volumoso, tem sua utilidade nos casos de dimensões medias ou sómente consideraveis, sem serem extraordinarias.

Podemos tambem, em casos duvidosos, empregar a punccão para verificar o estado do rim, utilizando certos artificios empregados por Chauffard.

Este auctor ⁽¹⁾, para reconhecer se um rim hydro-

(1) Chauffard. Bull. Soc. méd. des hôpitaux, p. 170, 1888.

nephrosado funcionava ainda, deu á sua doente salicylato de soda, encontrando-o depois no liquido extrahido do tumor por uma punção capillar; depois, para saber se o uretere tinha ficado em parte permeavel, injectou no sacco renal uma solução de fuchsina que, corando as urinas, provou que a cavidade communicava em parte com a bexiga.

Foi por meio da punção que May Bennett ⁽¹⁾, depois d'um traumatismo em que suspeitava uma extravasação urinosa peri-renal, chegou a obter um maravilhoso resultado não só porque esclareceu o diagnostico, mas tambem porque actuou como tratamento.

Apesar dos grandes serviços, fornecidos pela punção, e que acabamos de descrever, entendemos que, nos casos verdadeiramente difficeis, que são aquelles que mais demandam um diagnostico exacto e rapido, quando o rim está pouco augmentado de volume ou mesmo diminuido, quando se suspeita um rim calculoso, por exemplo, pouco ou nada podemos esperar da punção.

Embora Barker ⁽²⁾ tenha sustentado o contrario, publicando um caso em que encontrou um calculo por meio da punção, estranhando mesmo que não se tivesse empregado mais cedo este meio facil de diagnosticar os calculos renaes; Barlow e Godlee ⁽³⁾ tenham tambem descoberto por este processo a natureza d'um pequeno tumor, fazendo saliencia entre a duodecima costella e a crista iliaca; embora todos estes felizes resultados, não podemos admittir a utilidade das punções exploradoras 'nestas circumstancias; pois que, além de bastantes factos provarem a facilidade com que podemos desconhecer um calculo mesmo quando o rim é posto a descoberto por uma incisão, muitas observações ha em que se demonstra, com mais forte razão, que punções atravez da parede deixaram desconhecer

(1) May Bennett. Brit. M. Journ., 1883, p. 109.

(2) Barker. Lancet, vol. I, p. 681, 1880.

(3) Barlow et Godlee. Trans. of Clinic. Societ., v. xv, p. 134.

um numero consideravel de calculos. Basta-nos citar o caso de Bilton Pollard ⁽¹⁾, que fazendo muitas punções sem encontrar nenhum calculo, retirou pela nephrotomia quarenta e cinco.

Demais, Barwell ⁽²⁾, Olshausen, Morris, Barker ⁽³⁾ desenganado da sua primeira opinião, e finalmente Guyon, preferem 'nestes casos a incisão exploradora a estas tentativas inuteis e perigosas. Effectivamente o seu emprego, se não apresenta um verdadeiro perigo em geral, não é inoffensivo, pois uma parte do conteúdo do tumor, podendo escapar-se para a cavidade peritoneal no momento em que se retira a canula, pôde produzir uma peritonite mortal, como o provam alguns casos; além d'isso o trocarte pôde attingir algum vaso sanguineo importante e produzir uma hemorragia, senão fatal, pelo menos muito perigosa.

Portanto, em casos difficeis, quando os signaes recolhidos pela inspecção e pela exploração manual não forem sufficientes para esclarecer o diagnostico e principalmente quando desejarmos certificar-nos do estado do rim, no ponto de vista d'uma intervenção que seria muito util em ser precoce, não devemos recorrer ás punções, que são tão incertas nos seus resultados, mas sim á incisão exploradora de que vamos tratar immediatamente.

Antes porém de terminarmos, julgamos dever dizer alguma coisa sobre o ponto escolhido para a introdução dos instrumentos e sobre as dimensões d'estes ultimos.

Pelo que diz respeito ao ponto a escolher, admitindo com Morris que deve variar segundo as circumstancias, pensamos todavia que nos devemos guiar tanto quanto possível por esta regra: a punção deve ser extra-peritoneal. Para que expormo'-nos a ferir o peritoneo, a fazer correr na cavidade serosa sangue, se-

(1) Bilton Pollard. Pathol. Societ. of London, Brit. M. Journ., fév. 1885, p. 435.

(2) Barwell. Brit. M. Journ. 1881, tomo I, pag. 642.

(3) Barker, id.

rosidade ou pus, quando podemos evital-o? Le Dentu recommenda como logar de eleição a parte externa da região lombar, quando o tumor é pequeno, ou o flanko, quando é consideravel. Todavia nada impede que se possa fazer mais adiante com tanto que tenhamos a certeza de que o peritoneo, tendo sido repellido, abandonou lateralmente a parede abdominal. As unicas precauções que se devem tomar são as que dizem respeito á pleura, sendo preciso guardar sempre a distancia de dois centimetros abaixo da duodecima costella para se evitar feril-a, e á direita devemos suspeitar do bordo inferior do figado.

Quando o tumor formado pelo rim é movel, podendo ainda attingil-o pela parede lombar, é indispensavel fazer repellir o orgão de diante para traz pela mão d'um ajudante. 'Neste caso a escolha do logar deve ser subordinada aos resultados da palpação mediata do tumor. Esforçar nos-hemos por attingil-o tanto quanto possivel onde a fluctuação é mais nitida, quando o tumor fôr evidentemente liquido, ou no ponto menos resistente, se apenas podemos suspeitar a existencia d'uma colleção. Devemos tambem examinar com cuidado a região para se reconhecer o logar do colon. Finalmente não devemos inclinar muito para dentro a agulha, porque, como sabemos, é na parte interna do orgão onde se tem encontrado o maior numero de vasos anormaes.

Emquanto aos instrumentos que devemos usar, os melhores são os trocartes de Dieulafoy ou Potain e d'estes são os mais grossos que merecem a preferencia, se suppomos que ha pus na colleção que se explora. Para os tumores de conteúdo seroso, taes como kystos e hydronephroses, as canulas finas ou semi-finas são sufficientes. 'Nestes casos a sahida do conteúdo será facilitada pela aspiração. Sem o seu auxilio, certos kystos hydaticos, cheios de destroços fluctuantes d'echinococos, não deixariam sahir quasi nenhum do seu conteúdo.

E' quasi superfluo dizer que as canulas e as agulhas devem ter sido préviamente lavadas e passadas

por uma chamma e que a região também se deve lavar primeiramente com sabão e depois com uma solução antiseptica.

Exploração immediata

Pela descripção dos processos de exploração immediata, vimos que, se este meio permittia ao cirurgião reconhecer perfeitamente a sensibilidade do rim, o seu augmento de volume e a sua mobilidade anormal, infelizmente deixava-o quasi completamente desarmado sobre a constatação da ausencia do órgão, da diminuição do seu volume e da sua consistencia; foi então que diversos cirurgiões, reconhecendo a importancia que havia em adquirir noções precisas sobre estes pontos, recommendaram descobrir o rim e fazer um exame directo d'este órgão.

Eis a exploração immediata do rim, a *ultima ratio* do diagnostico, a fonte preciosa que permite reconhecer o estado do órgão nos differentes casos duvidosos, fazendo com que o cirurgião intervenha precoce e felizmente, o que é da maxima importancia para o bom resultado das operações.

Este meio de exploração comprehende dois processos: *exploração immediata propriamente dita e exploração transperitoneal*.

EXPLORAÇÃO IMMEDIATA PROPRIAMENTE DITA. — Preconizada por Simon e posta em pratica por muitos cirurgiões, consiste em seccionar todos os tecidos que cobrem o rim e palpar directamente este órgão, posto a descoberto. Esta exploração pôde ser levada mais longe e ser completada por punctões ou incisões feitas no parenchyma ou no bacinete.

MANUAL OPERATORIO. — VIA LOMBAR. — Sob o ponto de vista especial que nos occupa as incisões, que permitem attingir o rim pela via lombar, podem ser reduzi-

das a duas: incisão vertical, que Simon recommendava ao nível do bordo externo da massa sacro-lombar, e a incisão oblíqua de Morris e de Le Dentu.

O instrumento, que devemos empregar 'nestas incisões, é o bisturi pois que não ha hemorragias sérias a temer e porque com elle se facilita a reunião immediata dos diversos tecidos seccionados.

Seja qual fôr a incisão que adoptarmos, a posição do doente será sempre a mesma. Assim, tomadas todas as precauções antisepticas, manda-se deitar o doente sobre o lado são e o mais proximo possivel do bordo do leito ou mesa d'operações, ligeiramente inclinado para diante, e sobre uma almofada collocada na chanfradura ileo-costal. A posição do operador será do lado do dorso durante todo o tempo da operação, devendo precisar bem a posição da duodecima costella longa ou curta, da crista iliaca e do bordo externo da massa sacro-lombar muitas vezes palpavel. Além d'isso Guyon recommenda muito o auxilio d'um ajudante que collocado do lado do abdomen, deve comprimir com a mão fechada o flanco ao nível do rim que se pretende explorar, repellindo-o solidamente para traz, o que facilita muito a descoberta do órgão, fornecendo um ponto d'apoio aos dedos que o exploram.

INCISÃO VERTICAL. — Esta incisão comprehende dois tempos: incisão das partes superficiaes até á capsula gordurosa do rim e isolamento do órgão.

1.º A incisão das partes superficiaes faz-se a 7 cent. ou a 5 dedos fóra das apophyses espinhosas. Parallelamente ao bordo externo do quadrado lombar, o operador fará uma incisão que principiará em cima sobre a undecima costella, terminando em baixo na crista iliaca.

D'este modo dividirá successivamente a pelle e o tecido cellulo-gorduroso sub-cutaneo e, chegando a este nível, deverá proceder com muito cuidado e profundar pouco a pouco a incisão. Assim, em presença do folheto aponevrotico que cobre posteriormente a massa commum dos musculos das gotteiras vertebraes,

praticará 'nelle um córte em todo o comprimento da ferida, e, chegando ao bordo externo do sacro-lombar separará este musculo das partes visinhas por meio de pequenos golpes, afastando-o depois para dentro com um tenaculo forte, pondo assim a descoberto o folheto médio da aponevrose do transverso, que passa por diante do sacro-loimbar. A meia altura da incisão fará com o bisturi uma pequena abertura 'neste folheto aponevrotico, e, introduzindo o index 'nesta casa de botão, dividirá com o bisturi botonado, assente sobre a polpa digital, esta aponevrose, tanto para cima como para baixo em toda a extensão da ferida, chegando assim sobre o quadrado dos lombos e, como não ha necessidade de ter um campo operatorio muito extenso para baixo, o operador contentar-se-ha em destacar com o cabo do bisturi ou com o dedo o seu bordo externo e afastal-o para dentro por meio d'um tenaculo, podendo no entanto, se quizer, seccionar transversalmente as suas inserções inferiores sem o menor inconveniente.

Por diante d'este musculo o operador encontrará uma aponevrose profunda que o separa da gordura peri-renal, e que cortará sobre a sonda canelada em baixo, ao passo que em cima, por causa de não ferir a pleura, deverá introduzir o dedo por baixo d'esta aponevrose e repellir com a unha toda a gordura facilmente descollavel que cobre e protege 'neste nivel o *fundo de sacco pleural*, cortando-a depois até á duodecima costella, e formando assim em cima o maior campo operatorio possível, o que é essencial principalmente quando o rim está muito reduzido.

Feita esta incisão, encontra-se a *fascia propria* que o operador dilacerará com a sonda canelada, ou que seccionará directamente, chegando assim sobre a face posterior da atmosphaera cellulosa do rim, cruzada a este nivel pelo grande nervo abdomino-genital, e cuja secção produz a anesthesia do penis, como verificou Tuffier (1).

(1) Tuffier. Arch. gén. de méd. Janv. 1890.

2.º Descoberta d'este modo a capsula gordurosa do rim, o operador tratará de isolar este órgão; infelizmente, porém, é isto o mais difficil e, segundo a opinião auctorizada de Simon, este tempo é de todos o mais trabalhoso, embora se encontre o rim normal. A difficuldade d'este isolamento varia segundo se explora um rim são ou inflammado.

No primeiro caso é preciso ir procurar o órgão por baixo da duodecima costella e em seguida tratar de o separar com o maximo cuidado, empregando sempre de preferencia a ponta dos dedos, porque a gordura molle e fluida escapa-se aos instrumentos de tal forma que, tentando fixal-a com pinças, os fragmentos gordurosos ficam entre as suas laminas; além d'isso o operador deverá evitar toda e qualquer pressão forte, porque no caso contrario poderá produzir uma ruptura do órgão, dando logar ás vezes a hemorragias muito graves que pôdem não só tornar difficilimo o terminar a operação mas tambem comprometter-lhe o resultado. Procedendo assim e estando o rim bem fixo, o operador irá pouco a pouco dissociando com a polpa dos dedos a gordura até sentir a resistencia da face posterior do rim; afastando então os dedos um do outro e reconhecendo o órgão, o operador tomará dois afastadores com o fim de conterem a massa adiposa, conservando a ferida largamente aberta, contribuindo ao mesmo tempo poderosamente para illuminar-lhe o fundo por causa da superficie polida que apresentam estes instrumentos.

Em alguns casos, o rim só é sentido quando o operador usa d'uma especie de palpação bimanual; mas ordinariamente auxiliado pela noção da sua situação, o operador facilmente chegará sobre a face posterior do rim.

Não succede o mesmo, porém, quando o órgão está inflammado e suppurado. Neste caso o tecido celluloso-gorduroso, tornando-se espesso, adhire tão fortemente ao órgão que em certos casos Ollier (1) aconse-

(1) Ollier. *Revue de chirurgie*, 1885.

lhou fazer o desbridamento infra-capsular, que é hoje uma operação classica. Deverá portanto o operador dilacerar pouco a pouco a atmosphera gordurosa, adherente e ás vezes muito dura; e para isso, servindo-se de duas pinças de dissecção, e introduzindo de vez em quando o dedo para guiar o instrumento, descobrirá a face posterior do órgão, conservando afastada a atmosphera gordurosa quer como ainda disse ha pouco, quer por meio d'uma especie de fio suspensor, quer ainda por meio de pinças de kystos, servindo então os afastadores para abrir a ferida para cima e para baixo.

Outras vezes encontrar-se-ha esta região invadida pela suppuração, formando quer uma só cavidade, quer muitas, cheias de pus e cercadas d'uma parede tão resistente de tecido lardaceo, que pôde tornar-se difficilimo para o operador saber se chegou sobre o rim ou não ⁽¹⁾.

Esta incisão, empregada ainda por muitos cirurgiões, tem sido diversamente modificada, fazendo cair sobre ella, para se obter maior campo operatorio, uma incisão externa perpendicular, ou na sua extremidade superior ou na inferior ou mesmo na sua parte média.

Guyon, empregando-a, inclina para fóra a extremidade inferior da incisão, começando em cima a 8 cent. da linha mediana e terminando em baixo a 10 cent.

INCISÃO OBLIQUA. — Esta incisão, comprehendendo dois tempos como a vertical, apenas differe d'ella no primeiro tempo. Assim, Morris ⁽²⁾ começa a sua incisão ao nivel do bordo externo da massa sacro-lombar sem abrir a sua bainha, dirige-a obliquamente para baixo e para fóra, parallelamente á duodecima costella e passando dois dedos abaixo d'ella.

Esta incisão tem de comprimento 14 centímetros, podendo todavia ampliar-se mais tarde, como recom-

(1) William K. Bennett. Clinical Society, janvier 1887, Brit. Med. Journ. 1887, I, p. 187.

(2) Morris. Surgical diseases of the Kidney, 1885.

menda o auctor, se houver necessidade, ou mesmo praticar uma incisão vertical, que parta da primeira dois dedos adiante da sua extremidade posterior até à crista iliaca, fazendo-a da profundidade para a superficie da região por meio d'um bisturi botonado.

Le Dentu ⁽¹⁾ preconisa uma pequena incisão vertical fóra da massa sacro-lombar e a partir da duodecima costella, não interessando senão a pelle e as camadas sub-cutaneas. Da extremidade inferior d'esta incisão, que chega a 3 ou 4 cent. abaixo da duodecima costella, faz partir uma outra parallelá a esta costella, e tendo o comprimento que as diversas circumstancias exigirem. Esta incisão anterior, comprehendendo a camada muscular em toda a sua espessura, póde, segundo o proprio auctor, por si só ser sufficiente em muitos casos.

Emquanto ao modo e cuidado com que estes dous cirurgiões praticam os seus processos, nada diremos por serem exactamente analogos aos da incisão vertical tanto no primeiro como no segundo tempo.

Tendo occasião de praticar estas duas incisões, vertical e obliqua, em alguns cadaveres no theatro anatomico d'esta escola, verifiquei que a incisão obliqua deve ser preferivel á incisão vertical pelas seguintes razões:

A incisão vertical, embora tenha a vantagem de conduzir directamente sobre o rim, todavia não apresenta muitas vezes um espaço sufficiente para a introdução da mão, espaço que não podemos augmentar por ter limites invariaveis; pois que é limitado em baixo pela crista iliaca e em cima pelo ligamento lombocostal que, como já dissemos quando tratamos da anatomia, deve ser conservado por causa de não correremos o risco de ferir a pleura, que muitas vezes se encontra a este nivel por baixo da costella; ao passo que na incisão obliqua podemos dar o comprimento que quizermos á ferida e além d'isso, passando dous centimetros

(1) Le Dentu. *Maladies chirurgicales du rein*, 1889.

abaixo da duodecima costella, afastamos o perigo de ferir a pleura, principalmente nos casos em que a duodecima costella é muito curta.

Alguns auctores preconisaram augmentar as dimensões da incisão vertical, resecando uma porção da duodecima costella, todavia podemos responder-lhes que, se a maior parte dos cirurgiões condemnam absolutamente qualquer resecção costal na nephrectomia, com mais forte razão deverá ser renunciada na incisão exploradora.

Na incisão vertical o fundo da ferida não fica illuminado perfeitamente porque os seus labios, sendo muito elevados lateralmente e difficeis de afastar, não deixam penetrar a luz até ao fundo, incommodando ao mesmo tempo as manobras; succede porém o contrario na incisão obliqua. Devemos notar tambem que sendo preciso puxar a duodecima costella para cima por um afastador, este aproxima os labios na incisão vertical e afasta-os na obliqua.

E' certo que a incisão vertical se afasta mais do colon do que a obliqua, parecendo por isso mais segura sob este ponto de vista, todavia a ferida do intestino na incisão obliqua é extremamente rara.

Podemos portanto concluir que a incisão obliqua deve ser preferida á incisão vertical.

Descoberta a face posterior do rim, seja qual fôr a incisão que empreguemos, começamos em seguida a sua exploração. Tendo o rim bem fixo, tratamos de apreciar todas as desigualdades que apresenta esta face, e, sentindo pequenas saliencias, devemos raspar-as ligeiramente com a unha, porque, sendo devidas a pequenos abcessos superficiaes, desaparecem bruscamente abrindo-se por baixo do dedo, ao passo que, sendo devidas a calculos, o dedo sentirá a sensação da existencia d'um corpo duro ⁽¹⁾. Depois, levando a mão até ao hilo e bacinete, procuraremos apreciar a sua consistencia e para isso tomamos o bacinete entre o

(1) H. Buttin. Clinic. Society Rep. 1882, p. 113.

pollegar e o index, descendo assim sobre a parte superior do uretere que nitidamente sentimos, embora cercado do tecido celluló-gorduroso, dando-nos uma sensação analoga á do canal deferente.

Não devemos, porém, terminar aqui a exploração do rim, como se fazia, ainda ha poucos annos, porque, para fazermos uma palpação profunda do orgão, é indispensavel tomal-o entre o index e o médio oppostos ao pollegar. Portanto a desnudação da sua face anterior é rigorosamente necessaria, e evital-a com cuidado, como perigosa, segundo Von Bergman, é collocarmo-nos em condições defeituosas para uma exploração séria, como se prova pelos casos de Howse ⁽¹⁾ e de Henry Morris ⁽²⁾.

Para isso, desnudamos pouco a pouco o bordo externo do rim, escorregando assim um dedo ou dois adiante d'elle, depois, comprimindo o orgão entre estes dedos, situados adiante e o pollegar atraz, obtem-se uma noção nitida da sua forma e da sua consistencia. Todavia a palpação está longe de ter o valor que *a priori* póde attribuir-se-lhe, pois que nem sempre nos fornece noções precisas, como se prova pelas observações de Marcus Beck ⁽³⁾, Bennett May ⁽⁴⁾, Henry Morris ⁽⁵⁾, Bouchier Nicholson ⁽⁶⁾ e Kendal Franks ⁽⁷⁾, em que a palpação directa do orgão não accusou a presença de calculos dos rins, verificados depois pelas puncções ou incisões. Portanto a investigação do rim deve ser completada por puncções capillares multiplas, quando a exploração não der nada. Para se tirar todo o proveito possivel d'estas puncções, devemos proceder com methodo. O melhor instrumento é uma agulha

(1) Howse. Brit. M. Journ. 1885, p. 315.

(2) Henry Morris. Clinical. Soc., fev. 1885, Brit. Med. Jour., 1885, p. 489.

(3) Marcus Beck. Transact of the Clinic. Society, 1882, p. 103.

(4) Bennett May. Clinic. Soc. Brit. M. J. Janv. 1885, p. 315.

(5) Henry Morris. Medico-surgical, soc, transactions, vol. 68 1885, p. 67.

(6) Bouchier Nicholson. Brit. M. J., 1885, II, p. 445.

(7) Kendal Franks. Brit. M. J. 1888, p. 685.

d'acupunctura tendo por cabo um pequeno cylindro hexagonal de 3 a 4 millímetros de diametro.

Primeiramente devemos fazer uma serie de punções sobre o bordo convexo do rim, posto a descoberto, distantes umas das outras quasi um centimetro ou um centimetro e meio, dirigindo a ponta da agulha obliquamente para os calices e introduzindo-a até 4 cent. de profundidade. Se estas primeiras punções não derem resultado, devemos fazer duas outras series verticaes sobre a face posterior do orgão, guardando entre si a mesma distancia que as primeiras, mas introduzindo a agulha de cada vez menos, á medida que nos vamos approximando do bacinete, porque a exploração d'este não deve fazer-se senão depois de estarmos seguros da situação exacta da arteria e veia renaes.

Devemos, porém, parar aqui, no caso de resultados negativos, ou levar mais longe as nossas investigações? Devemos completar o nosso diagnostico, fazendo incisões no rim.

Quaes serão então a direcção e a séde da incisão? Como nos deveremos comportar em frente da ferida renal, debaixo do ponto de vista da hematóse a principio, da cicatrização em seguida? Eis as questões que vamos resolver na parte que se segue.

SÉDE E DIRECÇÃO DA INCISÃO. — Sabe-se hoje que as feridas do rim, accidentaes ou cirurgicas, são susceptiveis de cura complêta, do mesmo modo que as feridas de qualquer outro tecido. Mas o prognostico—cura—está subordinado a duas condições principaes.

E' preciso primeiramente que o rim esteja aseptico e além d'isso que a parte do rim, que é interessada, apresente uma certa tendencia á cicatrização. Ora, o rim compõe-se essencialmente de duas partes, parenchyma e bacinete, muito differentes debaixo d'este ponto de vista. Assim como as feridas do parenchyma, tecido rico em elementos de toda a natureza, teem tendencia a curar naturalmente, assim as do bacinete, formado d'uma membrana delgada e pobre em fibras musculares, nos expõem á ausencia de reunião e á fistula con-

secutiva. Não queremos, porém, dizer que a produção d'uma fistula seja 'neste ultimo caso a regra absoluta, todavia os factos d'este genero são rarissimos.

A questão da região a seccionar, embora importante, parece todavia ter sido, pelo menos até estes ultimos tempos, despresada pela maior parte dos operadores. Certos auctores quizeram até estabelecer como regra a incisão do bacinete. Assim 'num trabalho *sobre as feridas do rim e as operações que 'nelle se praticam* ⁽¹⁾, Edw. Otis preconisa as incisões do bacinete, para explorar o seu interior com os dedos ou com um estylete. Recommenda drenar em seguida e suturar a ferida.

Da mesma maneira, Bruce Clark ⁽²⁾ aconselha, nos casos de lithiase, uma pequena incisão na parte posterior do bacinete, seguida da introdução d'uma sonda de gomma com a extremidade de porcellana, investigando assim cada calice. Este auctor, para se certificar até que grau era possivel explorar com uma sonda flexivel as differentes cavidades do rim, fez a seguinte experiencia :

Tomando uma sonda ordinaria, adaptava-lhe uma extremidade de porcellana. Molhava esta sonda 'numa solução de nitrato de prata, e, depois de ter descoberto o rim por uma incisão no flanco, e de ter lavado bem o seu interior com uma solução de chloreto de sodio, introduziu no bacinete a sonda flexivel, fazendo-a percorrer os differentes calices. Todos os pontos, em que a sonda penetrava, tornavam-se leitosos pela formação do chloreto de prata, e quando o rim era em seguida extrahido e aberto, via-se que a exploração tinha atingido quasi todos os calices e todas as porções do bacinete. Esta experiencia foi repetida muitas vezes, sempre com o mesmo resultado.

Bruce Clarke diz tambem que, collocando uma ervilha no rim, sempre a encontrou pela acupunctura;

⁽¹⁾ Travail lu à la Société médicale du District de Suffolk, mai 1887.

⁽²⁾ Diagnostic and treatment of Surgical Diseases of the Kidney, 1886.

devemos todavia notar que 'num caso lhe foi preciso praticar 96 punções para o conseguir.

Semelhante predilecção para o bacinete explica-se facilmente, se considerarmos que é elle as mais das vezes, senão sempre, que encerra calculos, facilmente accessiveis pela incisão directa das suas paredes.

Todavia na mesma epocha, outros cirurgiões pensaram em fazer as suas incisões sobre o parenchyma. Assim, Lloid ⁽¹⁾ aconselha incidir atravez da substancia renal o calice mais inferior, para chegar ao bacinete. Belfield ⁽²⁾, de New-York, aconselha no mesmo anno um proceder analogo. Herczel ⁽³⁾, examinando os resultados da pratica de Czerny, concluiu que a incisão do bacinete cura mais lentamente, e accrescenta: Quando não ha pus, podemos tentar a reunião immediata.

Morris ⁽⁴⁾, que se occupou especialmente das doenças do rim, aconselha a incisão do parenchyma, mas sem ligar grande importancia á direcção e á séde da incisão. Preconisa simplesmente uma incisão tal, que permita abrir todos os calices, e exploral-os com o dedo. Quando, porém, a superficie do rim apresenta saliencias anormaes, fazendo suppôr a presença d'um calculo ou d'um abcesso, Morris faz uma punção a este nivel com um trocarte. Serve-se para isso d'um trocarte, cuja canula apresenta uma canelura, e quando encontra a sensação do calculo ou quando algum pus sae pela canula, escorrega um bisturi na canelura e cae nitidamente no ponto que deseja attingir.

Le Dentu ⁽⁵⁾ aconselha, nos casos de saliencias calculosas manifestas, seccionar directamente sobre os calculos, seguindo os raios do orgão (do hilo ao bordo convexo). Nos casos em que este signal falta, a incisão sobre o bordo convexo, diz elle, tem superioridade no ponto de vista da sutura e da hemostase.

(1) Practitioner, sept., 1887.

(2) New-York, Medic. Record.

(3) Herczel (Annales des Voies urinaires, novembre 1889).

(4) Morris. Op. cit.

(5) Affections chirurgicales des reins, 1889.

Devendo pois fazer incisões sobre o rim, onde e como deveremos pratical-as para tirarmos os melhores resultados possiveis? Para respondermos a isto é necessario dizer algumas palavras sobre a disposição dos grossos vasos no tecido renal.

Tuffier ⁽¹⁾, injectando um rim normal pela arteria renal, notou que vasos de grande calibre, e cuja disposição é constante no homem, caminham nas duas faces do órgão, onde estão situados muito superficialmente. Esta disposição mostra-nos os perigos que offerece uma incisão do parenchyma renal seguindo uma das faces do órgão, e que tem todas as probabilidades de interessar um ou muitos d'estes vasos. Podemos admirar-nos que, dada esta disposição das arterias, não tenham sido as mais das vezes observadas hemorragias graves em nephrotomias praticadas sobre a face posterior do rim. Todavia não devemos esquecer que a intervenção é muitas vezes tardia, dirigindo-se então sobre órgãos mais ou menos esclerosados, nos quaes o affluxo sanguineo se encontrava consideravelmente diminuido por causa da atrophia dos vasos. Mas, suppondo um rim novo debaixo do ponto de vista pathologico, e approximando-se por consequencia do rim normal, comprehende-se a gravidade d'uma hemorragia que será muitas vezes difficil de sustar, como o provam as observações apresentadas por Kendal Fransk, Mayo Robson, Sabatier e E. Desnos.

Tuffier verificou tambem pelos seus estudos experimentaes que, fazendo uma incisão mediana do rim, partindo do bordo convexo para o hilo, semelhante á que se pratica ordinariamente 'numa autopsia, se vê que os vasos volumosos quasi que não existem. Primeira e preciosa vantagem offerecida por este modo de incisão. Este auctor praticando esta incisão duas vezes sobre o vivo, apenas teve d'ambas as vezes uma pequena hemorragia. Mas devemos ter sempre pre-

⁽¹⁾ Tuffier. Études expérimentales sur la chirurgie du rein 1889.

sente que este resultado só se obtem quando a incisão fôr bem mediana, não se desviando nem para diante nem para traz.

O cirurgião, que pratica sobre um órgão qualquer uma operação, não deve pensar sómente em evitar os perigos immediatos da operação; deve pensar tambem nas consequencias afastadas para cumprir exactamente o seu dever. Por exemplo, ha operadores que ficam satisfeitos porque, tendo feito uma incisão sobre a face posterior do rim, a hemorrhagia foi pequena, a cicatrização fez-se e o doente curou. Todavia, pensando um pouco sobre as consequencias possiveis, provaveis mesmo, da sua intervenção, a sua alegria será muito pequena. Com effeito Tuffier demonstrou que uma tal incisão é constantemente seguida d'uma atrophia irremediavel dos glomerulos, consecutiva á secção dos seus canaliculos excretores. Ora, sendo dada a disposição em leque dos elementos do rim, concebe-se que a uma incisão, mesmo pouco extensa, feita 'neste sentido na visinhança do bacinete, corresponderá uma degeneração mais consideravel dos elementos corticaes.

Pelo contrario, diz o mesmo auctor, a incisão do bordo convexo por meio d'um instrumento cortante, reduzirá ao seu minimo os perigos da atrophia ulterior, sendo feita, segundo uma direcção parallelá, e não perpendicular, aos canaliculos excretores. Poderemos, seguindo esta via, em casos por exemplo de lithiase renal, restituir ao rim, depois da extracção dos calculos, a sua integridade quasi absoluta.

A incisão sobre o bordo externo offerece-nos ainda outra vantagem: abre uma via larga e facil para a exploração do órgão.

Esta incisão, preconizada por Tuffier, abrindo d'um só golpe todos os calices, dá-nos as maiores probabilidades de cahirmos sobre os calculos, qualquer que seja a sua séde.

ACCIDENTES E MEIOS DE OS REMEDIAR. — Já demonstramos como a incisão do bordo convexo nos põe ao abrigo das grandes hemorrhagias. Todavia podemos,

mesmo seguindo esta via, encontrarmo'-nos em presença d'uma hemorragia consideravel, principalmente se o órgão estiver pouco ou nada esclerosado. Esta hemorragia, facilmente explicavel pela extensão da ferida e pela grande vascularidade do órgão, póde constituir um obstaculo consideravel á continuação da operação, sendo em alguns casos a perda de sangue tão consideravel, que se tem de recorrer á nephrectomia como ultimo recurso. A uma operação relativamente benigna tem succedido uma outra operação infinitamente mais grave pelas suas consequencias ultteriores.

Felizmente temos armas contra este perigo. São: a compressão e a sutura.

1.º *Compressão*.—No momento em que se divide o tecido renal, duas circumstancias se podem apresentar: ou este tecido sangra pouco, ou a hemorragia é abundante, tornando-se tão perigosa para o operado como incommoda para o operador. 'Neste ultimo caso Tuffier recommenda que se mande comprimir por um ajudante o pediculo vascular; o sangue pára logo, e podemos continuar com toda a segurança a operação sem que os dedos do ajudante nos incommodem.

Acontece às vezes que uma compressão, prolongada sómente durante alguns instantes, basta para prevenir a hemostase ulterior, sendo isto devido a que estas mesmas arterias hypertrophiadas, que sangram no momento da incisão, são cercadas de elementos musculares muito desenvolvidos, circumstancia eminentemente favoravel á sua rapida retracção. Tuffier, no momento em que fendeu um rim, viu uma hemorragia bastante notavel, verdadeira *chuva de tempestade*, como lhe chamou, todavia a simples pressão dos dedos na ferida foi o bastante para a sustar immediatamente.

Sabemos além d'isso que a tensão vascular é tanto mais fraca 'num órgão quanto as anastomoses são mais numerosas. Ora, existindo no rim, entre as arterias e as veias uma rede muita rica em anastomoses, eis uma segunda circumstancia favoravel á não persistencia de uma hemorragia inquietadora.

Portanto se o rim dividido sangrar facilmente, devemos fazer a compressão digital do pediculo, quer durante alguns minutos, quer até ao fim da operação, se o julgarmos necessario.

Já dissemos que devemos proscrever d'uma maneira absoluta o thermo ou o galvano-cauterio, e isto pelas seguintes razões: 1.º os cauterios produzem uma perda de substancia muito maior do que o instrumento cortante, inconveniente grave quando se trata d'um tecido tão precioso como o do rim; 2.º as escaras, produzidas pela cauterisação, prejudicam inevitavelmente ou mesmo oppõem-se inteiramente á reunião primitiva, o que devemos tentar tanto quanto fôr possível; 3.º finalmente a cauterisação não actua senão sobre os capillares, sendo portanto inutil, porque uma hemorrhagia capillar é sempre facil de sustar, ao passo que será impotente contra a hemorrhagia que provém de vasos mais importantes.

2.º *Sutura*.—A sutura tem um duplo ponto de vista: 1.º assegurar a hemostase, mantel-a d'uma maneira definitiva; 2.º obter uma reunião completa e immediata, evitando a producção d'uma fistula.

No momento em que se deixa de comprimir os vasos do hilo, pôde acontecer, como já dissemos, que a hemostase seja e fique quasi completa. Pelo contrario a hemorrhagia pôde voltar, principalmente se se trata d'uma incisão exploradora sobre um rim normal, sendo então preciso fazer de novo a compressão e praticar a sutura. E' importante saber que, feita a sutura, o affluxo sanguineo, longe de prejudicar a coaptação dos dois labios da ferida, contribue pelo contrario para assegurar a homostase, e isto pelo seguinte:

No momento da sutura, o rim está exsangue, graças á compressão; a operação é pois das mais simples. Os fios são successivamente apertados, atados, e podemos 'neste momento deixar de comprimir o pediculo, vindo em seguida uma onda de sangue tumefazer o rim. Augmentando rapidamente de volume, as duas partes suturadas do orgão applicam-se uma á outra tanto mais estreitamente quanto mais pronuncia-

da é a turgescencia do tecido. Podemos pois dizer que a propria presença do sangue torna a ferida mais secca e a hemostase mais certa.

Aqui apresenta-se um perigo que é preciso evitar, sob pena de vermos sobrevir os accidentes mais graves. Se os fios tiverem sido muito apertados, o tecido renal, tumefacto pelo sangue, estrangular-se-ha sobre estas ligaduras, resultando, quer uma compressão exaggerada, quer mesmo uma secção do parenchyma pelos fios. No primeiro d'estes dois casos os accidentes, embora não sejam immediatos, não são menos para temer. Uma tal compressão pôde, com effeito, produzir uma esclerose, que a principio limitada ao ponto mesmo da ligadura, se estenderá depois progressivamente nos segmentos comprimidos.

Se cada ponto comprimido dá assim logar a uma esclerose, que irradia pelo parenchyma, vê-se quanto serão compromettidas as punções ultteriores do órgão.

Muito mais graves e muito mais rapidas serão as complicações que se seguirem á secção do parenchyma renal pelos fios. E' inutil insistir sobre os perigos de semelhantes lesões 'num órgão tão vascular, abandonado no abdomen atraz d'uma ferida cutanea inteiramente suturada.

D'aqui esta conclusão : empregar para a sutura catgut bastante grosso (o n.º 3 é o que convem melhor); apertar moderadamente estes fios, tendo sempre presente que a tumefacção do rim vae immediatamente augmentar consideravelmente o seu volume e auxiliar a adaptação dos labios da ferida. Não esquecer que, se os vasos são numerosos, a tensão intra-renal é fraca, e que uma compressão moderada triumphará sem custo d'uma hemorragia ainda mesmo consideravel. Esta manobra, bem executada, dá notaveis resultados. Para praticar as suturas devemos primeiramente passar os fios, interessando profundamente o parenchyma, fazendo em seguida, por necessidade, um plano de suturas superficiaes.

A *priori* poder-se-hia julgar que a permanencia dos fios de catgut no tecido renal, prolongada até á sua

completa reabsorção, dará logar á infiltração d'urina ou a phenomenos de inflammação. Todavia nada d'isso succede; ao nivel dos fios, assim como ao nivel da ferida, não se produz inflammação; além d'isso numerosas experiencias demonstram que o rim tolera perfeitamente um corpo estranho completamente aseptico.

Resta-nos agora fallar d'uma ultima e importante condição para o bom resultado da operação. Para que a urina não venha refluir pela ferida renal, é preciso que o seu escoamento seja livremente feito pelas vias naturais, é preciso que o uretere seja permeavel. D'aqui a mui grande importancia do catheterismo d'este conducto, que permittirá por si só affirmar a ausencia de todo o obstaculo por calculos, aperto etc. Esta operação, feita com prudencia e com todas as precauções de antiseptia, não offerece nenhum inconveniente, sendo singularmente facilitada pela extensão da ferida do bordo convexo.

E' finalmente o complemento obrigatorio de toda a incisão sobre o rim quando quizermos fazel-a seguir d'uma reunião completa e immediata.

Depois de termos feito as suturas da incisão renal, e depois de ser lavada a ferida com uma solução antiseptica, agua phenicada forte por exemplo, fechamol-a completamente por meio de tres planos de sutura. Os dois planos mais profundos reúnem os planos aponevroticos e musculares, empregando para isto o catgut, e o plano superficial, comprehendendo a pelle e o tecido celular, é suturado com crina de Florença. Se receiarmos que as partes seccionadas, retrahindo-se, não possam ser depois reconhecidas, devemos actuar, como o recomenda Koenig, passando uma ansa de fio de cada lado da linha de secção antes de cortar o plano e servirmo'-nos depois d'estes fios para encontrarmos os dois topos retraidos. Alguns auctores têm collocado um pequeno dreno em contacto do plano profundo, tirando-o no fim de quarenta e oito horas. Todavia esta precaução parece-nos inutil desde o momento que se tenha usado d'uma *antiseptia perfeita*. O penso deve ser feito com gaze iodoformada e algodão, costumando al-

guns cirurgiões interpor uma esponja aseptica para ter uma compressão muito exacta. Devemos lembrar-nos sempre que a capsula adyposa tem um grande poder absorvente, o que é de summa importancia para obstarmos á intoxicação pelos antisepticos.

Os cuidados consecutivos consistem 'num *repouso absoluto* no decubito dorsal, com o recto um pouco elevado, de maneira que o rim não tenha nenhuma tendencia a descer. Para obstar aos vomitos post-operatorios Tuffier administra aos seus doentes antes da chloroformisação atropo-morphina, deixando-os dezoito horas em dieta. Finalmente para evitar todo o movimento o mesmo auctor manda approximar o doente do bordo do leito, sempre no decubito dorsal, e é 'nesta posição que faz o penso, permittindo sómente no fim da terceira semana que o seu doente se levante e passeie.

GRAU DE BENIGNIDADE DA INCISÃO.—Se consultarmos o livro de Newman ⁽¹⁾ veremos que Dickinson em trinta e cinco casos de nephrotomias exploradoras, apenas em vinte e dois encontrou calculos.

Morris ⁽²⁾ menciona tambem que, em trinta e tres casos, a incisão exploradora sómente forneceu signaes mais ou menos nitidos de calculo renal em quinze.

Belfield ⁽³⁾ Mayo Robson ⁽⁴⁾ e muitos outros cirurgiões apresentam casos em que a exploração directa do rim tem dado resultados negativos.

De todos estes casos concluimos que se esta operação apresentasse uma verdadeira gravidade, não poderia ser recommendada, porque o perigo, a que se expõe o doente, não estaria em porporção com os bons resultados. Mas, consultando o trabalho de Gross ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Newmam. Lectures to pactitionners on the surgical diseases of the Kydney 1888.

⁽²⁾ Morris. Medic. Society, 9 février 1885.

⁽³⁾ Belfield. New-York, Medic. Record., mai 1887.

⁽⁴⁾ Mayo Robson. Brit. M. J., oct. 1889, p. 814.

⁽⁵⁾ Gross. Americal Journ. of medic. science, 1885.

encontramos vinte e tres casos d'incisões exploradoras, curando-se todos os doentes da intervenção.

Newman, na obra já citada, apresenta também quarenta e dois casos de incisão sobre o rim, para investigar um calculo quando não havia suppuração, e não tem um só caso de morte. Finalmente consultando todas as estatisticas não encontramos nenhum caso fúnebre quando a incisão é feita sobre um rim não suppurado.

Não succede o mesmo, porém, quando se trata d'um órgão suppurado e em parte destruido; todavia as estatisticas ainda nos mostram que 'nestes casos a lesão é tudo, e que a incisão exploradora pouco ou nada accrescenta á gravidade do estado do doente.

Das numerosas observações de incisões infructiferas sobre o rim, não ha nenhuma em que a intervenção tenha sido nociva ao doente, antes pelo contrario, é curioso vêr quasi sempre uma melhora seguir-se ao desbridamento da região lombar e do rim; como se prova pelas observações de Reliquet ⁽¹⁾, de Lucas Championnière ⁽²⁾, Golding Bird ⁽³⁾, Annandale ⁽⁴⁾, Duncan ⁽⁵⁾, Hulke ⁽⁶⁾, Morris ⁽⁷⁾, Barker ⁽⁸⁾, Arthur e E. Barker ⁽⁹⁾, Bennett May ⁽¹⁰⁾, Clement Lucas ⁽¹¹⁾, W. Garduër ⁽¹²⁾, Belfield ⁽¹³⁾, Mayo Robson ⁽¹⁴⁾ e muitos outros cirurgiões.

Morris, na sua obra sobre as doenças chirurgicas do rim, cita as differentes hypotheses invocadas para explicar estes factos singulares.

(1) Thèse Brodeur, 1886.

(2) Idem.

(3) Brit. Med. Journ., 1880, p. 923.

(4) Edinb., Med. Soc., Janv, 1875.

(5) Idem, p. 81, vol. 1.

(6) Citado por Morris. Med. Soc. Brit. Med. Journ. 1885, p. 331.

(7) Idem.

(8) Lancet, 24 Janv, 1885, p. 141.

(9) Idem, p. 140.

(10) Birmingham, Med. review, December 1885, thèse Brodeur.

(11) Brit. Med. Journ., 1883, p. 611.

(12) Revue Chirurgie, 1885.

(13) New-York., Med. Record., mai 1887.

(14) Brit. Med. Journ., oct. 1888, p. 814.

Segundo elle, os signaes, que simulam em certos casos o calculo, seriam devidos a uma mobilidade excessiva do rim, que, como se sabe, póde dar logar a hematuria, vivas dores renaes e frequencia de micção. 'Nestes casos a operação teria alliviado o doente, fixando o rim ao seu logar na região lombar, o que se explica pela exsudação plastica que se segue a uma exploração digital do rim.

'Noutros casos, segundo Annandale, a secção dos nervos visinhos do rim póde produzir o desaparecimento da dôr e da irritação renal, tratando-se então d'uma dôr de nevralgia reflexa.

'Noutros casos, podendo ser os signaes renaes devidos a perinephrite chronica, a incisão lombar dará alivio ao doente, diminuindo a tensão.

A hysteria póde tambem provocar dôres excessivas acompanhadas de hematuria e fazendo pensar 'num calculo, como succedeu a Hulke e a Morris, e 'neste caso a incisão póde produzir a cura.

Finalmente, podemos cair sobre um rim tuberculoso no principio e 'nestes casos ainda veremos o doente alliviado depois da incisão, sendo isto devido á diminuição de tensão, por causa da saida d'um pouco de pus.

Portanto, podemos concluir que a incisão exploradora é benigna, podendo empregar-se sem receio, quando não o contra-indique o estado do individuo.

Demonstrada pois a sua benignidade ninguém poderá duvidar da sua utilidade, basta lembrarmo'-nos que devemos verificar com cuidado o estado d'um dos rins para podermos actuar sobre o outro.

Se temos desenvolvido tanto, quanto pudémos, esta exploração immediata pela via lombar foi por ser a que mais geralmente se segue.

EXPLORAÇÃO TRANSPERITONEAL. — Este modo de exploração consiste em abrir o abdomen sobre a linha mediana ou lateralmente, comprehendendo o peritoneo e ir palpar com a mão a face anterior dos dois rins, coberta pelo folheto parietal do peritoneo. Rigorosa-

mente fallando, não é uma exploração immediata, todavia approxima-se muito d'isso.

MANUAL OPERATORIO. — VIA ABDOMINAL. — Knowsley Thornton ⁽¹⁾ e Lawson Tait foram os dois primeiros cirurgiões que preconisaram esta via para explorar o rim, sendo depois seguida em França por Lucas Championnière.

Knowsley Thornton, tendo feito a sua primeira tentativa de nephrolithotomia lombar em 1880, encontrou um rim volumoso tuberculoso, e drenou-o pela via lombar; o doente sentiu algum allivio, mas depois supprimiu-se-lhe a urina e morreu por uremia.

Na autopsia encontrou os dois rins doentes. Este accidente mostrou-lhe a necessidade que havia em fazer um diagnostico exacto, e resolveu-se a fazer sempre uma incisão abdominal exploradora, fazendo depois uma incisão separada pela região lombar do lado doente.

O manual operatorio é dos mais simples; faz-se uma incisão como para uma laparotomia ordinaria, e, introduzindo a mão, vae palpar successivamente os dois rins. Esta incisão póde ser feita sobre a linha mediana, ou sobre as partes lateraes do abdomen, ao nivel do bordo externo do grande recto, segundo o processo de Langenbuch. Para praticar esta incisão procede-se como nas laparotomias ordinarias, depois introduz-se a mão no abdomen para ir explorar o rim; ora, se o intestino é um pouco distendido por gazes não é tarefa simples chegar á face anterior do orgão, porque as ansas intestinaes, coifando as extremidades dos dedos, impedem assim que a mão avance. Devemos pois proceder da seguinte maneira, suppondo que a incisão foi feita na linha mediana.

Collocando-nos do lado opposto áquelle que queremos explorar, introduzimos a mão, com a face dorsal

(1) Thornton. Lancet, 1887, 1, 370. Brit. Med. Journ. 1884, II. 425.

apoiada contra a parede abdominal, e depois contornamos a parede anterior e em seguida a externa, sem nunca perdermos o contacto do peritoneo parietal; chegando perto da face posterior, as sensações tornam-se diferentes á esquerda e á direita.

Do lado esquerdo encontramos ao nivel d'esta face o mesocolon descendente, que sentimos facilmente como um véo estendido, e que sempre reconhecemos, quer o colon esteja distendido quer vazio; contornamos então esta parte do intestino com a polpa dos dedos, sentindo immediatamente dentro d'elle o rim que fazemos escorregar ligeiramente atraz do peritoneo e que é comprehendido quasi inteiramente no angulo formado pelo colon transverso e descendente.

Acima e fóra d'elle sentimos o baço, podendo palpar o hilo e mesmo, quando o individuo não é muito gordo, reconhecer o uretere descendo sobre o psoas.

Do lado direito não é tão facil attingir o rim como do lado esquerdo, porque a situação differente do colon e a presença do figado complicam um pouco as manobras.

D'este lado a melhor via a seguir para fazer a exploração é escorregar a mão sob a face inferior do figado, por fóra da visicula biliar, com a face dorsal applicada contra a superficie hepatica; supposto que o angulo do colon não esteja adherente ao figado, chegamos assim muito facilmente sobre a extremidade superior do rim, e limitamol-a. E' quasi impossivel sentir o uretere d'este lado, porque é ordinariamente coberto pelo coecum e pelo colon ascendente.

A incisão de Langenbuch ⁽¹⁾ consiste em fazer a incisão da parede abdominal immediatamente fóra do bordo externo do musculo grande recto.

Conhecido o manual operatorio d'estes dois processos de exploração immediata, vejamos agora qual é o que nos dá mais segurança e mais certeza e por qual devemos optar.

(1) Langenbuch. Trans. of the med. internat. Congress. in London, v. II, p. 278, 1881.

Esta questão deu logar a uma discussão interessante, no seio da Sociedade de medicina e cirurgia de Londres ⁽¹⁾ e no Congresso de Copenhague ⁽²⁾, sendo muito grande o debate entre os partidarios da incisão peritoneal e os da incisão lombar.

Tratemos pois de examinar estes dois processos pelo lado da sua benignidade e depois da superioridade.

Sabemos que até hoje a exploração extra-peritoneal não tem sido seguida de morte. Admittindo que ella seja a causa de algumas complicações, suppuração perinephrica, por exemplo, não põe todavia os dias do doente em perigo, apenas tornaria mais lenta a cura. O dreno ou os drenos collocados na ferida no momento do primeiro penso, empediriam que esta suppuração se tornasse diffusa, e permittiriam a desinfecção da ferida profunda, desde o apparecimento da complicação. Não podemos, é verdade, fazer uma ideia exacta da gravidade da intervenção pela via transperitoneal, pois que os factos são ainda muito raros, tendo apenas os de Thornton ⁽³⁾, Howard Marsh ⁽⁴⁾, Championnière ⁽⁵⁾ e Martin, todavia não devemos perder de vista que a consequencia d'uma exploração transperitoneal seria uma peritonite septica rapidamente mortal.

A exploração transperitoneal não pôde pois sustentar o paralelo com a exploração extraperitoneal senão com a condição de ser sempre feliz. Ora, apesar dos usos de antisepsia rigorosa, que se generalisam cada vez mais, qual é o cirurgião que possa jactar-se de estar sempre acautelado contra um accidente ainda mesmo muito excepcional?

Formuladas estas reservas d'uma maneira geral, a proposito da incisão peritoneal, admittamos por um

(1) Lancet. 1, 1887, p. 370.

(2) Brit. Med. Journ., II, 1884, p. 425.

(3) Thornton. Med. Times, p. 10, juillet 1885, ser. xxvii. I.^{re} fascicule p. 305.

(4) Marsh. Clinic. Soc., Lancet. 28 Janv., 1887.

(5) Lucas Championnière., in thèse Brodeur.

instante que a gravidade seja igual d'uma parte e d'outra, isto é, nulla, como affirma Thornton, e examinemos o valor relativo dos dois processos no ponto de vista dos dados que nos fornecem. Um rapido exame dos casos aos quaes a exploração transperitoneal é applicavel mostrar-nos-ha que o seu valor não é igual á exploração extra-peritoneal.

Consideremos aquelles em que se deseja confirmar um diagnostico baseado até então sobre probabilidades. Os mais simples são aquelles em que o rim soffreu um augmento de volume, ou é atacado de pyelonephrite suppurada, de tuberculose, ou invadido por um neoplasma. Ha tantos meios de fazer um diagnostico preciso ou sufficientemente visinho da verdade, pela analyse rigorosa dos signaes e com auxilio dos processos de exploração mediata, estudados no principio d'esta segunda parte do meu trabalho, que os casos em que uma exploração immediata pôde ser julgada necessaria são inteiramente excepçionaes. Mas quando tenhamos de usar d'esta exploração, porque não fazemos então desde logo as incisões exteriores na propria região onde poderão ser utilizadas para uma operação ulterior, em vez de fazer a incisão abdominal e depois a lombar?

O doente não ganhará em não soffrer uma operação em logar de duas, um choque operatorio em vez de dois?

Se ao menos a exploração transperitoneal permitisse uma palpação mais completa do rim, embora temendo-a um pouco, seriamos forçados a reconhecer-lhe a superioridade; mas nada d'isso succede. A mão collocada no abdomen não pôde explorar senão a face anterior do órgão, nem mesmo em toda a sua extensão, porque o duodeno e o colon cobrem á direita, uma parte importante d'esta face. Poderá sentir sempre calculos pouco volumosos, inclusos nos calices ou no parenchyma e cuja acupunctura pôde quasi sempre fazer reconhecer exactamente a existencia, a séde, as dimensões?

Entre uma operação que permite tomar todo o rim entre os dedos e o pollegar e aquella que não torna

possivel senão a palpação mediata da face anterior parece-nos que não ha que hesitar. Godlee, exprimindo esta mesma opinião, diz que não julga admissivel que se possa reconhecer pela palpação transperitoneal um calculo ou um abcesso, desconhecido pela via lombar.

As experiencias de Thornton, Lucas Championnière e Marsh, já citadas, não pôdem bastar para invalidar os numerosos resultados fornecidos pela incisão posterior. Que seja possivel reconhecer irregularidades sobre a superficie do rim, atravez do peritoneo, é indiscutivel, todavia é preciso ainda assim que se trate d'um individuo não muito gordo, porque Barker viu 'neste caso o rim completamente encoberto pela camada gordurosa infra-peritoneal.

May Bennett cita um caso, relatado por Morris, em que a palpação transperitoneal ou intraperitoneal fez julgar perfeitamente são um rim que, na autopsia, se encontrou completamente degenerado e invadido pela tuberculose.

A exploração transperitoneal é limitada absolutamente á palpação, não se podendo recorrer nem á acupunctura nem á incisão do rim sem grande perigo; e eis uma inferioridade sufficiente para ser regeitada, quando os signaes funcçionaes fizerem pender o diagnostico para a hypothese d'um calculo ou d'uma supuração intra-renal, caso em que a incisão exploradora será algumas vezes o tratamento curativo.

Temos tambem já citado varios casos em que calculos, impossiveis de reconhecer pela palpação ainda a mais bem feita, não foram descobertos senão pela acupunctura ou pela incisão do rim.

Supponhamos agora condições differentes: *A extração do rim é decidida em principio. Trata-se, saber qual é o estado do seu congenere, ou se o doente possui um segundo rim.*

Já dissemos que podia haver ectopias congenitas unilateraes, encontrando-se algumas vezes um dos rins na pequena bacia. Além d'isso bastantes exemplos de fusão sobre a linha mediana, constituindo o que se chama rim em forma de ferradura, são reproduzidos

em todos os tratados ou artigos que dizem respeito às affecções d'este órgão; mas a anomalia congenita consiste às vezes na ausencia completa d'um dos rins, sendo incontestavelmente a mais grave na clinica, pois que talvez um certo numero de nephrectomias, cujo resultado tem sido funesto, tenham sido causadas por esta anomalia. Como reconhecel-as?

A ectopia pelvica não apresenta perigo se o rim mal situado está intacto e bem desenvolvido para supprir o seu congenere. Quanto aos rins em forma de ferradura, admittindo que sejam doentes, toda a sua symptomatologia evolucionaria 'numa séde anormal e abandona, por assim dizer, a região lombar para se transportar para o abdômen, para os lados e para diante da columna vertebral.

Um dos rins póde faltar, por causa d'uma doença que produziu a sua atrophia. A importancia clinica d'esta circumstancia é tal que em theoria nunca se deveria emprehender uma nephrectomia sem estarmos seguros que o órgão do lado opposto existe e funcçãoa normalmente. Como chegar a esta certeza?

O exame visual perde uma grande parte do seu valor quando uma das regiões lombares está deformada, embora muito pouco, por um tumor. Vimos tambem que a palpação e a percussão não podem revelar seguramente senão um augmento de volume já notavel do rim e que perdem muito do seu valor quando o órgão é são. Por conseguinte os signaes, dados pelo diagnostico da ectopia adquirida, caracterizada por um tumor abdominal movel, não têm aqui senão uma significação muito reduzida. A exploração immediata propriamente dita ou transperitoneal são as unicas que podem fornecer uma certeza completa. Todavia só a julgaremos ordinariamente necessaria se alguma circumstancia tal como a depressão da região lombar, uma sonoridade exaggerada, parecer suspeita, pois no caso contrario seria preciso assentar como regra fazer em todas as nephrectomias uma constatação da existencia d'um rim antes de operar sobre o outro, o que seria cahir em absurdo.

Supponhamos pois que estamos em presença d'um caso de exploração necessaria, indispensavel. 'Neste caso não a poderíamos fazer completamente, operando fóra do peritoneo? Podem dizer-nos que não é permitido fazer a incisão das duas regiões lombares ao mesmo tempo, e que a incisão abdominal seria mais simples e mais susceptivel d'uma cura muito rapida, mas a isto respondemos que nada impede, se não houver urgencia absoluta em tirar o rim doente, começar pela exploração do lado opposto, fazendo-a alguns dias antes. Uma boa antisepsia e um dreno conveniente podem tambem assegurar d'este lado uma cura muito rapida.

Supponhamos outro caso. Não se duvida da existencia do outro rim, mas quer conhecer-se o seu estado actual. Supponhamos tambem que se esgotaram todos os recursos do diagnostico pela analyse dos signaes physicos ou racionais. Digamos todavia que a falta de symptomas não é de nenhuma maneira, como se diz, uma garantia da integridade do segundo rim.

Será o catheterismo dos ureteres que resolverá a questão? Raras vezes, porque muitas impraticavel, infiel nos seus resultados, não pôde fazer-se senão na mulher. Portanto somos obrigados a recorrer á exploração immediata e escolher entre os dois processos. Pelas mesmas razões e com as mesmas reservas, preferiremos a exploração extraperitoneal. Mas, infelizmente quer usemos d'esta quer da outra, nenhuma pôde fornecer-nos dados uteis, se o rim possui quasi o seu volume normal e se não está deformado nem por uma inflamação, nem por calculos, nem por um neoplasma.

Finalmente supponhamos que a natureza da affection d'um dos rins, por exemplo um tumor muito volumoso, etc., obriga a praticar a operação pela via transperitoneal. E' evidente que devemos aproveitar sempre esta occasião para explorar o outro rim, mas, digamol-o novamente, d'esta exploração não se tirará senão dados incompletos, principalmente se encerrar areias ou pequenos calculos.

Ha todavia casos, em que não podendo os signaes funcçionaes fazer prever qual o lado atacado, a incisão

abdominal parece preferível; Morris julga que é então a este modo de exploração que devemos recorrer se os symptomas demandarem nitidamente uma intervenção.

Portanto, excepto estes ultimos casos, pensamos que devemos dar a preferencia ao processo extra-peritoneal, não tanto porque seja de certo mais inoffensivo, senão porque é mais seguro, pois uma palpação immediata extra-peritoneal entre o pollegar e os outros dedos, auxiliada pela acupunctura methodica e terminada pela incisão, se não nos assegura absolutamente o diagnostico, é incontestavelmente mais digna de confiança.

Bruce Clarke, Lucas Championnière e Koenig, procurando reunir as vantagens das incisões lombar e abdominal, empregaram para isso um novo processo que consiste em fazer uma incisão lateral, abrindo ou não o peritoneo.

Terminaremos pois este nosso trabalho pela descrição, embora resumida, do manual operatorio d'esta incisão, preconizada por estes cirurgiões para a exploração immediata dos rins.

Bruce Clarke ⁽¹⁾ faz uma incisão semi-lunar, de concavidade voltada para traz, desde o vertice da decima ou undecima costella até á crista iliaca. Corta successivamente as differentes camadas até á fascia transversalis, que evita seccionar porque, em virtude da sua adherencia com o peritoneo, seria muito difficil destacar-a d'esta serosa sem a interessar, e em seguida separa conjunctamente o peritoneo e a fascia das paredes abdominaes e de diante para traz até attingir o órgão.

Este auctor diz que a unica difficuldade d'este processo está na parte posterior do abdomen. Se o operador não está com muito cuidado, pôde seguir por detraz

⁽¹⁾ Clarke. Diagnostic and treatment of Disease of the Kidney, p. 144.

do quadrado dos lombos, em lugar de passar por diante d'elle, ou então afastar o rim com a fascia e chegar á columna vertebral sem ter sentido o órgão.

Quando, porém, o rim é muito volumoso podemos seccionar a fascia transversalis, porque o órgão, augmentando gradualmente de volume, separa o peritoneo das paredes do abdomen, deixando a fascia em relação immediata com os musculos.

Lucas Championnière ⁽¹⁾, de quem apenas encontramos uma observação, começa a sua incisão fóra do bordo externo do quadrado dos lombos, na parte antero-lateral do abdomen, dirige-a obliquamente para diante 'numa extensão maior ou menor, segundo as circumstancias, abrindo ao mesmo tempo o peritoneo.

Koenig ⁽²⁾ faz uma incisão vertical ao longo do bordo externo da massa sacro-lombar a partir da duodecima costella e, chegando a alguns centímetros acima da crista iliaca, dirige-a para o umbigo até ao bordo externo do musculo recto do abdomen, seccionando mesmo este musculo em caso de necessidade. Vae então cortando camada por camada toda a espessura das paredes abdominaes até ao peritoneo. e, como este auctor liga grande importancia á sutura por planos, passa ansas de fio por cada tecido, á medida que o vae seccionando, de maneira a encontral-o facilmente quando fôr praticar a sutura. Depois descolla o peritoneo até ao rim. Koenig chama a esta incisão *lombo-abdomino-retro-peritoneal*.

Todavia certas circumstancias pôdem obrigar a convertel-a em *lombo-abdomino-retro-intraperitoneal*. 'Neste caso o auctor recommenda que se abra o peritoneo na parte anterior da incisão, quando se quizer fazer uma exploração intra-abdominal.

Koenig empregou duas vezes este processo, tirando bons resultados.

(1) Lucas Championnière. Citado na these de Brodeur, 1886.

(2) Koenig. Citado por Heydenreich. Sem. médic. 9 de mars 1887

Abstemo'-nos de julgar este processo, ainda na sua infancia, porque os factos que o justificam são muito poucos para permittirem estabelecer uma critica segura. Todavia sempre diremos que não nos parece innovação digna de rivalisar com as outras que já fizeram as suas provas com excellentes resultados, não só porque o traumatismo é maior e portanto mais grave, porque apresenta os mesmos inconvenientes que os processos anteriores sem vantagem de reconhecida utilidade, mas também porque é muito morosa e todos sabemos que o tempo nas operações de alta cirurgia deve ser o mais breve possível, pois que cada minuto a mais é uma probabilidade a menos.

Operar bem e depressa, eis a norma dos grandes cirurgiões.

Portanto devemos, pelo menos até nova ordem, seguir para a exploração immediata dos rins as vias lombar ou abdominal, preferindo, todas as vezes que ser possa, aquella, pelas razões já apresentadas.

Proposições

Anatomia—O cordão proveniente da obliteração da arteria umbilical pôde deixar de apparecer obliterado no adulto.

Physiologia—Admittimos duas especies de movimentos normaes do rim.

Therapeutica—O podophyllino é o melhor purgante nos hemorrhoidarios.

Anatomia pathologica—Os caracteres anatomo-pathologicos dos processos neoplasticos e dos processos microbianos são radicalmente differentes.

Pathologia geral—Não admittimos a febre sem alteração dos centros thermogeneticos.

Pathologia interna—Não admittimos endocardites.

Partos—Ha uma relação intima entre a ovulação e a menstruação.

Pathologia externa—No tratamento das ulceras fungosas optamos pela raspagem.

Medicina operatoria—Reprovamos a punctão renal como meio therapeutico.

Medicina legal—Pelo facto dos pulmões não conterem ar em nenhuma das suas partes, não podemos concluir que a creança não viveu durante algumas horas depois do nascimento.

VISTA

O presidente,

Maximiano de Lemos.

PÓDE IMPRIMIR-SE

O director,

Visconde de Oliveira.