

6

O RIM FLUCTUANTE

—— E O SEU TRATAMENTO

167/5 FMP

José Alvares de Souza Soares
Alumno ministrante da Clínica Ophtalmologica
do Hospital de Santo Antonio

O RIM FLUCTUANTE

E O SEU TRATAMENTO

(Um capitulo de pathologia medico-cirurgica)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



OUTUBRO — 1916

IMPRENSA NACIONAL
— Jayme Vasconcellos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

16716 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. ^a classe — Anatomia | { | Luis de Freitas Viegas |
| | } | Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Fisiologia e Histo- | { | Vaga |
| logia | } | José de Oliveira Lima |
| 3. ^a classe — Farmacologia. | | Vaga |
| 4. ^a classe — Medicina legal e | { | Augusto Henrique de Almeida Brandão |
| Anatomia Patológica | } | Vaga |
| 5. ^a classe — Higiene e Bacte- | { | João Lopes da Silva Martins Júnior |
| riologia | } | Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6. ^a classe — Obstetrícia e Gine- | { | Cândido Augusto Correia de Pinho |
| cologia | } | Álvaro Teixeira Bastos |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { | Roberto Belarmino do Rosário Frias |
| | } | Carlos Alberto de Lima |
| | } | António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. ^a classe — Medicina | { | José Dias de Almeida Júnior |
| | } | José Alfredo Mendes de Magalhães |
| | } | Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | | António de Sousa Magalhães e Lemos |
| Neurologia | | Vaga |

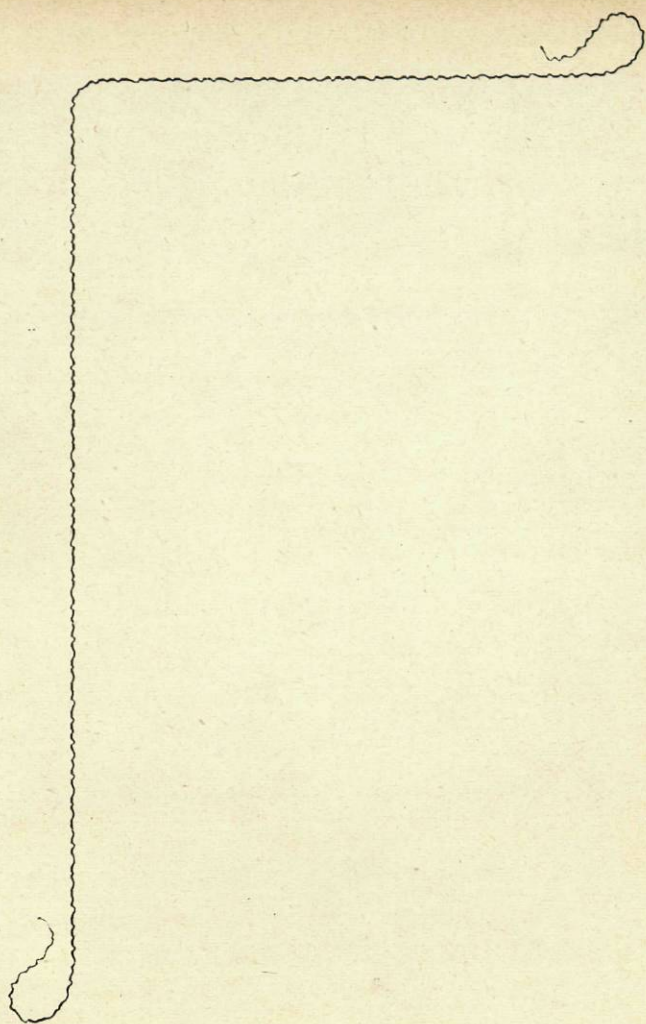
Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

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

(Regulamento da Escola Medica de 23 de abril de 1840, art. 155.º).

A minha Mulher



PREFÁCIO

Suggestionado por uma operação de nephropexia realisada na Enfermaria de Mulheres da 2.^a clinica cirurgica, pelo nosso sabio professor e distinctissimo operador Dr. Roberto Frias e pela lição sobre o rim movel, que o mesmo professor fez ao curso do quinto anno antes da operação, segui cuidadosamente a doente operada, a qual, com a intervenção, se curou radicalmente, vendo-se livre dos seus padecimentos.

Ao passar agora pela mente os casos clinicos que mais attenção me mereceram no decorrer do ultimo anno lectivo, occorreu-me logo este, e desde logo o escolhi, para, estudando-o, com elle realisar a prova final do meu curso.

Não vem este desvalioso trabalho enriquecer com noções novas a sciencia medica.

A par de outros que em identicas circumstancias, isto é, como dissertação inaugural, teem sido apresentados ao illustrado corpo docente desta Faculdade, é realmente um trabalho modesto.

Nem por isso, entretanto, deixa de ser um trabalho consciencioso, porque julgo ter resumido nas poucas paginas que se seguem, o que ha actualmente adquirido em medicina e na cirurgia sobre esta entidade morbida.

Realizando este trabalho, tenho unicamente em vista cumprir a lei; por isso, se me fosse permittido, como antigamente era, tê-lo-hia en-

tregue manuscripto. Procedia assim porque a obrigação d'estas dissertações serem impressas proveio de haver muitos trabalhos de valor, que ficavam ignorados em virtude de serem escritos á mão e haver um unico exemplar e eu sei bem que o meu não estava n'esse numero.

Mas as leis caem impiedosamente sobre todas as cabeças, sem as escolher (assim pelo menos deve ser para todas as leis) e quem por ellas é attingido tem que as cumprir ainda que isso lhe custe—dura lex, sed lex—acontecendo, que pelo peccador paga o justo e pelos auctores de theses de valia, pagam aquelles que fazem uma dissertação com o fim unico de desobrigar-se d'um dever.

E assim é que se imprime um trabalho como este, que pela sua modestia se sentiria melhor alapado n'um manuscrito, longe de olhares indiscretos

* * *

O estudante pensa, em geral, na sua dissertação durante o ultimo anno do seu curso e sobretudo na ultima parte desse anno.

Antes, quasi não pode pensar, porque, sendo as dissertações geralmente trabalhos de clinica, falta-lhe n'essa altura a bagagem scientifica adquirida no quinto anno, e disso fatalmente tinha que se resentir o trabalho.

*Ora, quem n'elle pensasse cedo, certamente
o devia querer apresentar bom e ficava afinal
sujeito a não o fazer assim.*

*Vem depois o quinto anno, mas esse é cheio
de trabalho, mal nos dando tempo de respirar*

*Em constante correria
Da Escola para o Hospital
Assim passamos o dia*

*.
.*

*Depressa chegam os actos e o estudante é
surprehendido sem ter ainda feita a sua dis-
sertação.*

Tem pressa de a fazer, porque deseja chegar o mais cedo possivel á completa realisação das suas aspirações, porque precisa lançar-se afanosamente no struggle for life, com o ardor de quem quer reaver os annos empregados no estudo, talvez os annos de sacrificio da familia!

Vae folhear o seu caderno de apontamentos, lê novamente os relatorios dos doentes de que foi assistente, tenta recordar-se de alguma coisa que durante o anno mais lhe tivesse ferido a attenção, pensa e trata de pôr mãos á obra.

Tendo escolhido o assumpto, parte do caminho está andado, são difficuldades que já foram superadas.

Estabelece-se uma ordem, um methodo para

tratar o assumpto, faz-se por assim dizer o esqueleto da dissertação, consultam-se os auctores que julgarmos necessários e escreve-se.

É assim que se faz uma these.

Assim realisei eu este trabalho.

* * *

Para o Ex.^{mo} Snr. Dr. Roberto Frias que se dignou presidir á defeza desta dissertação, o preito da minha admiração e o meu reconhecimento.

Porto, outubro de 1916.

S. S.

Noções geraes sobre o rim

Antes de entrar propriamente no estudo da entidade nosologica rim movel, deter-me-hei com algumas generalidades sobre o rim.

Lembrarei em poucas palavras a sua situação, fórmula, dimensões, meios de fixação, a sua função, reservando um capitulo especial para a semiologia.

Situação.— Chamam-se rins dois órgãos situados mais ou menos symetricamente aos lados da columna vertebral, na parte posterior do abdomen, ao nivel da ultima vertebra dorsal e das três primeiras lombares. Digo collocados mais ou menos symetricamente aos lados da columna, porque a sua symetria não é

perfeita, visto que segundo a estatística de Helm em dois terços dos individuos, o rim direito está collocado mais inferiormente do que o esquerdo, attribuindo-se esse facto á pressão exercida sobre elle pelo figado.

A sua posição não é precisamente transversa. A face posterior fica um pouco voltada para dentro, applicada sobre o musculo sôas, sendo portanto a face anterior um pouco externa.

Egualmente não são parallelos um ao outro, estando na parte inferior mais afastados que na superior, cerca de 1 centimetro.

Fórma, dimensões e peso.—O rim tem approximadamente a fórma de um feijão, cujo hilo está voltado para dentro, sendo por ahi que passam os vasos afferentes e efferentes, os nervos e o uretére. Ha tambem, ainda que raramente, rins com fórmas variadas. O rim tem mais ou menos 10 a 12 centimetros de comprimento e 5 a 7 de largura.

O seu peso regula 150 grammas.

Relações.—O rim direito está na sua

face anterior em relação com o figado, com o colon, com o duodeno e ainda com a veia cava inferior.

Pela sua face posterior o rim fica nos dois terços superiores recoberto pela 11.^a e 12.^a costellas. Às vezes, porém, acontece que a ultima costella é curta e não o pôde recobrir; n'esse caso fica unicamente em contacto com a 11.^a

Quando tem 5 centímetros ou menos de comprimento a 12.^a costella diz-se curta.

Para baixo da ultima costella o rim está em relação com um ligamento fibroso, o ligamento cintrado do diaphragma, que depende do folheto anterior da aponevrose do musculo transverso, e que, partindo das apophyses transversas das duas primeiras vertebraes lombares vae inserir-se em cima e para fóra á 12.^a costella, se ella fôr normalmente extensa, ou a ella e á 11.^a no caso contrario.

Esta disposição anatomica, descripta por Henle e Récamier, encontra-se sempre ao mesmo nivel, recobrendo portanto bastante o rim. Este, no seu pólo inferior está em contacto com os musculos da parede posterior

do abdomen (quadrado dos lombos e transverso do abdomen).

O rim esquerdo, na sua face anterior, está em relação com o pancreas no quarto superior, com o baço para deante, e para fóra com o angulo esquerdo do colon transverso.

Meios de fixação.— O rim não está constantemente no mesmo logar. A cada movimento inspiratorio o musculo diaphragma desce, para augmentar a capacidade da caixa thoraxica; o rim desce tambem com o diaphragma, afastando-se da sua situação normal cerca de 5 centímetros.

Dentro, pois, de certos limites, o rim é um órgão fixo, mantido em posição por uma serie de elementos. Cada um delles contribue em parte para que o rim se mantenha fixo, sem que nenhum de per si seja indispensavel, como o provou Legueu com as suas experiencias.

Vejamos quaes são esses elementos.

O rim está ligado em cima á capsula suprarenal, mas esta, que se encontra bem fixada ao fascia commum, só nos primeiros annos da existencia tem com elle ligações sufficientemente

fortes. Depois tornam-se ellas bastante laxas e ficam tão pouco ligadas uma á outra, que a capsula suprarenal não acompanha o rim nas excursões realisadas a cada movimento respiratório.

Os vasos que para o rim se dirigem ou que delle sahem, contribuem egualmente muito pouco para a sua fixação.

Legueu, cortando o feixe vascular nem por isso notou que se desse a nephroptose.

Ha ainda um outro meio de fixação do rim, que vem a ser o conjuncto do fascia renal, das trabeculas fibrosas e da massa cellululo-gordurosa que envolve o rim.

O peritoneu parietal passa por deante dos rins sem com elle ter relação directa, mas o seu folheto mais externo, com o nome de fascia propria, ao chegar ao bordo externo do rim, aquelle que está em contacto mais directo com as costellas, desdobra-se em dois, que são : o folheto pre-renal e o folheto retro-renal.

O folheto pre-renal passa por deante do rim e vae fundir-se com o do outro lado.

O folheto retro-renal separa o rim dos musculos, quadrado dos lombos, sôas e da ca-

mada gordurosa retro-renal e vae fixar-se na parte antero-externa dos corpos vertebraes.

Os dois folhetos, para cima, depois de passarem pela capsula supra-renal, unem-se um ao outro e o folheto resultante contrahe fortes ligações com o diaphragma.

Para baixo seguem sem unir, tornando-se cada vez mais delgados até se perderem na fossa illiaca interna.

Se é verdade que se não chegam a unir, no entretanto, approximam-se, dando uma fórma afunilada para baixo ao recinto formado por elles e que se chama loja renal.

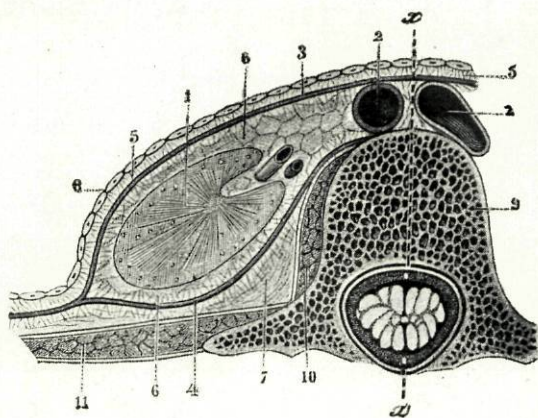
Alguns auctores pretendem que na mulher os dois folhetos seguem para baixo, sem se approximarem um do outro, sendo essa abertura maior a causa da predominancia da ptose renal no sexo feminino.

São estes os meios de fixação do rim.

Ha, porém, meios de contenção, que nem por isso o seguram menos.

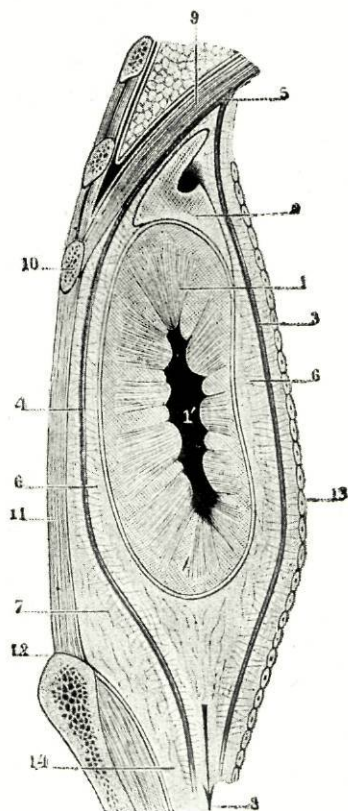
O peritoneu apertando os rins de encontro á parede posterior do abdomen serve-lhe de contenção a que Legueu não liga grande importancia e a que Trocart considera como

MEIOS DE FIXAÇÃO DO RIM



Corte horizontal do fascia renal

x x, linha mediana—1, rim—2, 2', aorta e veia cava inferior—3, fascia pre-renal—4, fascia retro-renal—5, tecido celular infra-peritoneal—6, massa adiposa peritoneal (capsula adiposa)—7, massa adiposa para-renal—8, peritoneu parietal, representado schematicamente por uma camada de cellulas chatas—9, vertebra—10, musculo sôas com a sua aponevrose—11, musculo quadrado dos lombos com a sua aponevrose.



Corte sagittal do fascia renal

1, Rim — 1', seio renal — 2, capsula supra-renal — 3, fascia pre-renal — 4, fascia retro-renal — 5, inserção comum dos dois folhetos ao diaphragma — 6, massa adiposa peri-renal (capsula adiposa) — 7, massa adiposa para-renal — 8, abertura inferior da loja renal — 9, diaphragma — 10, 12.^a costella — 11, musculo quadrado dos lombos — 12, crista iliaca — 13, peritoneo parietal — 14, tecido cellulogorduroso da fossa iliaca interna.

sendo o principal obstaculo ao seu deslocamento.

As ansas intestinaes e os musculos da parede são ainda excellentes meios de contenção dos rins, sendo muitas vezes a causa da nephroptose, uma hypotonicidade desses musculos.


Breve noção das suas funcções. — O rim é um órgão extremamente vascular, cuja funcção é fabricar a urina, conservando ao sangue sempre a mesma composição.

Essa vascularisação explica-se pelo papel que elle tem a desempenhar.

Os alimentos, depois de emulsionados e absorvidos, passam ao figado, onde as substancias azotadas são decompostas em urêa, acido urico, creatinina, etc. Nas substancias que contem enxofre, este é eliminado sob a fórma de sulfatos; e o phosphoso de substancias como a lecittina e a nucleina é eliminado sob a fórma de phosphatos.

Esses productos de desaggregação não podem ficar retidos no sangue e nelle circularem, constituindo mesmo a sua permanencia um pe-

rigo para a vida do individuo. É necessario, pois, que sejam eliminados. A torrente circulatoria leva esse sangue pela arteria renal ao rim, onde este executa as suas funcções de filtro e de orgão de secreção.



Semiologia do rim

Na semiologia do rim empregamos os meios geraes de investigação: inspecção, palpação, percussão, phonendoscopia, radiographia e interrogatorio.

Inspecção. — A inspecção dá em geral poucos esclarecimentos.

Para que o rim tenha na parte anterior do abdomen um relevo apreciavel á vista, é necessario que elle tenha augmentado bastante de volume.

Na parte posterior é ainda mais difficil apparecer uma saliencia proveniente do rim, sendo as que apparecem, quasi sempre de origem perinephretica.

Palpação.— Quando o rim fôr accessivel á palpação, por ella se póde fazer melhor uma ideia da fórma, volume, consistencia e sensibilidade do rim. Este processo semiotico é especialmente util no diagnostico dos deslocamentos ou dum augmento de volume do rim.

Ha varios processos para a realisar, differindo pouco uns dos outros.

A palpação nem sempre se faz com facilidade, porque em certos casos ha uma contractura tão grande dos musculos da parede abdominal, que se torna infructifera qualquer manobra de palpação que se tente.

Para obstar a isso, cada auctor aconselha um methodo, desde as uncções com vaselina de que nos falla Mayér, até aos banhos tepidos preconisados por Bendersky.

PROCESSO DE GLÉNARD.— A palpação por este processo presta sobretudo serviços quando queremos investigar uma mobilidade anormal do rim.

O doente deita-se em decubito dorsal com as pernas estendidas ou apenas ligeiramente flectidas. O medico colloca-se do lado que vae

explorar. Com a mão esquerda, se estiver do lado direito e vice-versa, aperta o flanco do doente, collocando o dedo pollegar na parte anterior e os outros quatro dedos na região lombar.

A mão livre, applicando-se sobre a região abdominal anterior, na direcção do pollegar, impede que o rim fuja á pressão exercida entre o pollegar e os outros dedos.

Manda-se ao doente respirar pela bocca e aproveitam-se as inspirações mais profundas, para tocar com o pollegar anterior o rim que se abaixa a cada movimento respiratorio.

Agora, conforme o grau de mobilidade do rim, podemos, seguindo este methodo, sentir o polo inferior, reter o corpo do orgão ou segural-o por completo.

Para completar esta manobra, que se realisa em três tempos (sentir o rim, apanhal-o e largal-o), aperta-se o pollegar de encontro aos outros dedos e assim o rim escapa-se da mão como um caroço de cereja que se aperta entre os dedos.

PROCESSO DE GUYON.— Para se explorar o

rim por este processo o doente pôde estar deitado ou encostado.

O medico colloca uma das mãos na parte posterior do abdomen, no angulo costo-vertebral. A outra mão fica na parede anterior. Aproximando-as uma da outra podem-se colher impressões a respeito do estado das duas faces, anterior e posterior do rim e sobre o seu grau de mobilidade. Pôde-se ainda, conservando quieta a mão anterior, com a posterior impeller o rim para deante, obtendo-se o choque chamado *ballotement de Guyon*.

Este choque pôde ser sentido com qualquer tumor que tome contacto lombar, taes como tumores do figado, do baço, do colon e até do pancreas.

Quando comtudo o maximo de intensidade desse choque fôr no angulo costo-vertebral, deve tratar-se do rim por ser esse o ponto em que o rim está mais proximo da parede abdominal posterior.

Quando o rim não é muito volumoso ou quando não está muito deslocado, o exame do doente em posição meio sentada é aconselhado por Tuffier, ao passo que Trastour diz que, em

idênticas circumstancias, se deve sentar o doente, inclinando-o ligeiramente para deante.

Deste modo, pela acção da gravidade, o rim desce abaixo do rebordo costal, offerecendo-se á mão do medico.

PROCESSO DE ISRAEL. — A posição do doente neste processo é a de decubito lateral, que faz com que o rim do lado opposto áquelle sobre que o doente está deitado, desça para o abdomen, abandonando a sua posição infracostal que prejudica a exploração no decubito dorsal; flecte as pernas e as coxas e respira pouxada e profundamente.

O medico colloca-se em frente do doente e com as duas mãos, uma collocada anteriormente outra posteriormente, procede á palpação. Este methodo póde tambem ser executado collocando-se o medico atraz do doente, o que permite a mão anterior insinuar-se mais facilmente debaixo das costellas.

PROCESSO DE HARTMANN. — Fundando-se numa lei, pela qual os tumores nascidos na parte superior do abdomen e cahidos neste, quan-

do se eleva a bacia, tornam, em virtude da acção da gravidade ao lugar primitivo, Hartmann propõe o exame nessa posição. Deste modo podemos fazer o diagnostico differencial entre um rim movel e um rim congenitamente ectopiado.

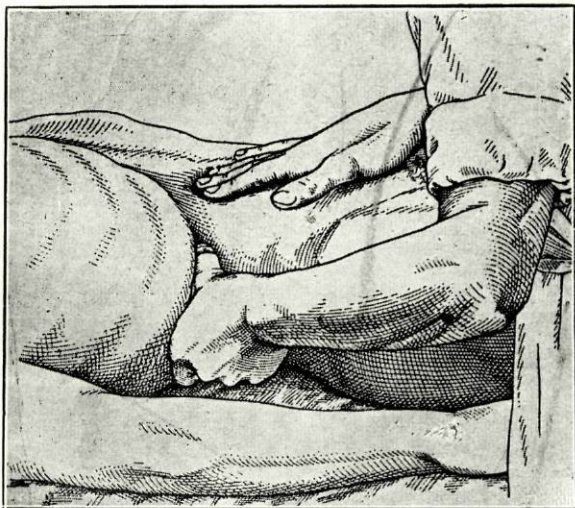
Percussão. — Pela percussão não se póde com certeza marcar os limites do rim, tanto superiores como inferiores, porque a massicês do figado para cima do musculo sôas e do rachis para dentro e a do baço para o rim esquerdo, mascaram a verdadeira massicês do rim.

É portanto um methodo infiel de resultados pouco precisos.

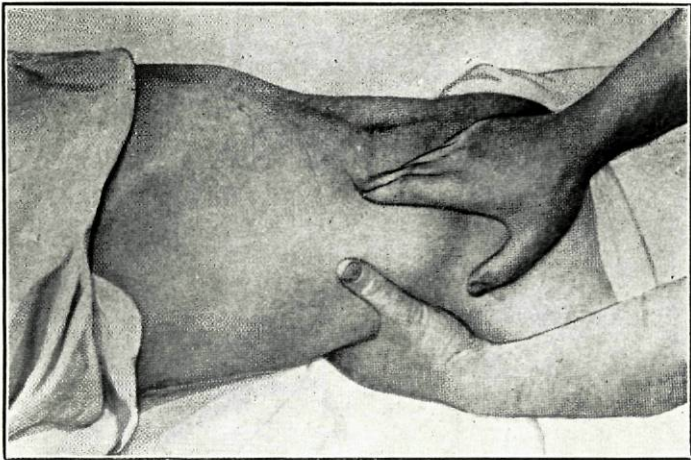
Phonendoscopia. — Albarran no Tratado de Cirurgia de Delbert e Le Dentu diz, que juntamente com Guyon tem empregado com muito resultado a phonendoscopia no exame do rim, aconselhando-o sobretudo como contrôle.

Com o phonendoscopia, diz Albarran, póde-se delimitar o rim normal, marcam-se-lhe

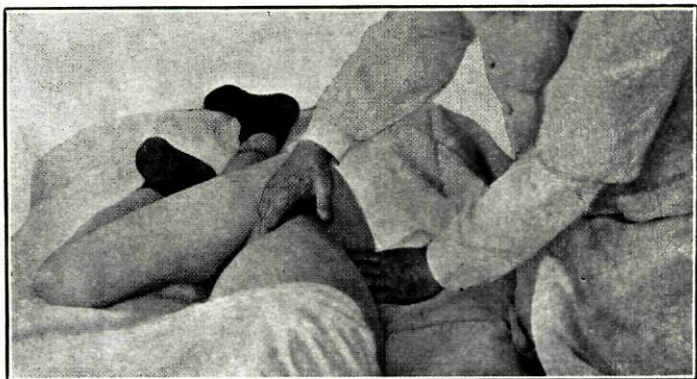
EXPLORAÇÃO DO RIM



Processo de GLÉNARD



Processo de GUYON



Processo de ISRAEL

bem os contornos quando elle está deslocado ou augmentado de volume.

É comtudo um processo muito sujeito a causas de erro e que exige, dum lado, uma grande hypertrophia do rim e do outro, grande pericia do medico.

Radiographia.—Garrigou diz em 1898 ter obtido radiographias mostrando o deslocamento dos rins.

Hoje é um processo que se deve empregar sobretudo na lithiase renal, porque, para diagnosticar a nephroptose, a palpação é em geral sufficiente.

Sensibilidade do rim.—O rim normal é indolor á pressão. No caso de haver dôr, deve tratar-se de um rim doente. Essa dôr, porém, accentua-se em certos pontos, chamados mesmo pontos dolorosos e que foram estudados ha alguns annos por Bazy. São elles: o ponto doloroso sub-costal, situado, como o nome o indica, logo abaixo do rebordo das costellas; o ponto doloroso lombar, ao nivel do angulo costo-muscular; e o ponto para-

umbilical, situado sobre o bordo externo do musculo grande recto, a três dedos do umbigo e sobre uma linha horizontal, que por elle passe.

Este ultimo é o ponto mais frequente e investiga-se, assim como os outros, pela palpação bi-manual.

Interrogatorio. — A historia pessoal e os antecedentes hereditarios são de grande importancia na semiologia do rim. Analysaremos as dores de que o doente se queixa, a feição subjectiva dessa dôr, as suas irradiações, a relação dessas doses com a micção, etc.

Havia ainda muito mais que dizer sobre a semiologia do rim e mesmo no que expuz poderia ser muito mais extenso.

Mas como o caso sujeito era sobretudo o que me occupava, supponho ter dito o indispensavel para se poder diagnosticar uma nephroptose.

Historia

O facto do rim se poder achar fóra da sua situação normal era já conhecido dos antigos.

Menué, de Veneza, em 1561, refere-se já a ectopias renaes, mas muito vagamente, e attribue-as a cousas muito variadas, umas internas, outras externas.

François Pedemontanus em 1581, dellas nos falla egualmente.

Novas observações foram feitas por Riolan em 1682.

Diz esse auctor que o rim, comquanto pareça fortemente ligado á região lombar, póde ser deslocado, cahindo para diante ou para baixo. Explica elle esse facto, pelo desaparecimento da camada gordurosa que envolve o

rim, ou pelo volume e peso que elle possa attingir, em virtude de algum tumor que n'elle se tenha desenvolvido, ou pela presença de um calculo no bassinete.

Accrescenta elle, que o rim algum tempo depois de ter mudado de logar apodrece (sic) e enche-se de abcessos.

No anno anterior, Panthot falla-nos de vicios de conformação congenitos e descreve rins em fórmula de ferradura situados abaixo da posição normal.

Como esse, ha muitos mais observadores antigos, que nos fallam do rim movel.

É esta, portanto, uma affecção cujo conhecimento data de muito tempo; o seu estudo é, porém, relativamente moderno.

Essas observações antigas eram feitas sobretudo por anatomicos e não conseguiram despertar a attenção dos clinicos desses tempos.

Provém dahi, que, apesar de ser conhecida desde o seculo xvi, só no seculo passado foram estudados os accidentes que essa affecção determina.


Rayer, Fritz e Dietl realisaram importantes

trabalhos, que vieram lançar muita luz sobre essa entidade morbida.

Desde que a cirurgia, entrou no numero dos meios therapeuticos para tratar o rim movel, com a primeira operação de nephrorraphia praticada em 1881 por Hahn, de Berlim, innumerous trabalhos lhe foram consagrados.

Hahn, no 11.º congresso da sociedade alemã de cirurgia, realizado em Berlim em 1882 fallou sobre a immobilisação do rim movel por via operatoria, apresentando uma doente curada pela intervenção.

Desde então tem-se tornado cada vez mais conhecida esta doença e numerosos trabalhos lhe têm sido dedicados.



Etiologia e pathogenia

O rim movel é uma affecção extremamente frequente. Ataca de preferencia as mulheres. Attinge muito mais vezes o rim direito que o esquerdo e manifesta-se-nos pelos mais variados symptomas.

Póde dizer-se sem errar muito, que um terço das mulheres tem um rim movel.

Glénard avalia esse numero em 22 0/0, Mathieu em 28, Fleury sobe essa cifra para 42 0/0, e Verhooger para 46.

Essas estatisticas dão porventura numeros bastante elevados, o que attribuo a que sendo alguns desses clinicos, especialistas de determinadas doenças, são individuos portadores de rim movel ou pelo menos asthenicos e portanto predispostos, que os vão procurar.

Estudemos quaes as causas da nephroptose e analysemos em seguida quaes as que determinam serem as mulheres que lhe pagam um maior tributo e porque razão é o rim direito o mais attingido.

Temos presente a configuração do rim, as suas relações com os órgãos visinhos e os seus meios de fixação.

Isso deve-nos ajudar bastante.

O rim torna-se movel, porque os seus meios de fixação não conseguem mantel-o suspenso e porque o seu envolucro, a sua loja, sendo aberta para dentro e para baixo, n'isso consente.

Para que os meios de fixação deixem de manter o rim, é preciso que, ou se tenham tornado sufficientemente frageis, friaveis, ou que o rim tenha adquirido um peso maior do que a resistencia dos seus sustentaculos.

Este ultimo caso póde dar-se ou porque o rim tenha no seu bassinete um calculo bastante volumoso, ou porque n'elle se tenha desenvolvido algum tumor.

N'esse caso a ectopia representa unicamente uma complicação da doença primitiva.

É necessario entrar tambem em linha de conta com os meios de contenção do rim, que são os que mais contribuem para a sua estabilidade e delles diremos o mesmo que dos meios de fixação.

Ha, para a nephroptose, causas predisponentes cuja acção é preponderante e causas occasionaes, que actuam em geral sobre individuos predispostos.

Entre as causas habitualmente invocadas, devem-se citar, a gravidez, o emmagrecimento rapido, os esforços violentos, certas quedas sobre os ischions e sobre os pés e em geral os traumatismos.

As gravidezes repetidas actuam como causas predisponentes, pela consequente flacidez das paredes do ventre. Esta flacidez dá-se sobretudo nas mulheres que se levantam antes da completa involução uterina. Actuam ainda pela descompressão rapida, que o ventre soffre, quando se dá o parto. N'esse caso, a gravidez actua como qualquer tumor do abdomen, que seja extrahido.

Volkoff e Delitzine realisaram interessantes experiencias para verificar os efeitos da

descompressão, que consistiam em encher de liquido a cavidade abdominal e evacua-lo bruscamente.

O rim movia-se.

Ha ainda outra causa que actua no mesmo sentido e que vem a ser a emissão de urina retida na bexiga varias horas.

Todos sabem que as mulheres podem passar mais tempo do que os homens sem urinar.

Testut, na sua anatomia, falla-nos das experiencias realizadas por Genonville, das quaes se conclue que a bexiga feminina tem uma capacidade bastante maior que a masculina.

Ora, a urina retida bastantes horas na bexiga attinge um volume sufficiente para que a sua evacuação se possa assemelhar á extracção dum tumor relativamente grande, donde se conclue que a emissão de urina retida bastante tempo na bexiga, pode ser considerada como provocadora da nephroptose.

O emmagrecimento rapido, desacolchoando por assim dizer o rim, por lhe faltar ou diminuir a camada gordurosa que o envolve, como consequencia dum emmagrecimento geral, é tambem uma causa de ptose renal, por-

que com o desaparecimento da gordura, o rim fica mais livre na sua loja.

Aos espartilhos tambem tem sido imputadas responsabilidades na mobilidade do rim.

Ha vinte ou trinta annos os espartilhos comprimiam o tronco e apertavam fortemente a cinta, obrigando os orgãos intra-abdominaes a supportar uma forte pressão.

Poderiam, portanto, ser na realidade, causa da affecção que nos occupa, se não continuasse a haver ptoses renaes, depois do uso dos espartilhos modernos, que entraram na moda pela propaganda da medica Gaches Sarraute e cuja pressão se exerce unicamente nas ancas.

Nem por isso diminuiram as percentagens dos rins moveis, donde se conclue, que o uso do espartilho não merece ser considerado como causa morbida.

Além disso, ha raças, onde se não usa o espartilho nem cinto de qualquer especie e onde, contudo, nos apparecem casos de rim movel. É o que succede com as mulheres arabes, nas quaes Trekaki encontrou uma cifra de 43% portadoras de ptose renal.

Na acção das quedas e dos traumatismos seria obvio fallar.

O augmento de volume do figado, a dilatação do estomago (Bouchard) e os desvios da columna, nomeadamente as lordoses, são causas de nephroptose, que actuam de uma maneira directa, facilmente comprehensivel.

Glénard considera a nephroptose como um simples accidente duma doença mais geral — a enteroptose, ou doença de Glénard.

Danhieux, fundando-se em numerosas estatisticas, conclue o seu estudo, dizendo, que as causas do rim movel, são as mais das vezes independentes das da enteroptose, para a qual contribuiam sobretudo a gravidez e a idade.

Ewald e Guttmann egualmente não consideram as duas affecções como dependendo uma da outra.

A predisposição é admittida e considerada o factor etiologico dominante, o que fez com que Albarran considerasse, na sua theoria, o rim movel como um estigma de degenerescencia.

Legueu diz que o rim movel não é senão uma maneira local de se manifestar uma doença

geral, que consiste em perturbações da nutrição do systema fibroso, muscular e nervoso e cujas manifestações se espalham por diversas partes do organismo.

Esta doença, contínua, é congénita ou adquirida.

Congénita, querendo dizer que as crianças já nascem com as lesões necessárias.

Adquirida, desenvolve-se mais cedo ou mais tarde, augmenta com a idade e as diversas manifestações desta doença juntam-se umas ás outras.

As hernias, as varizes, as eventrações, a enteroptose, são as diversas manifestações successivas desta doença.

Maurice Fleury diz que o rim movel é uma das mais características manifestações do arthritismo. Esta diathese é caracterizada sobretudo por uma extrema friabilidade das fibras elasticas, uma notavel diminuição da tonicidade muscular e um retardamento das trocas nutritivas.

Porque será mais frequente o rim movel na mulher, que no homem?

Naturalmente, porque as causas que estu-

damos, actuam mais sobre a mulher e tambem porque n'ella a fossa renal é mais larga e menos profunda que no homem. A nephroptose dá-se tambem muito mais frequentemente no rim direito que no esquerdo (90%).

Explica-se isso, pela situação mais inferior do rim direito, pela pressão constante do figado e porque a veia suprarenal esquerda se lança na veia renal, tornando assim mais solida a fixação da capsula suprarenal e do rim esquerdo.

O peritoneo tem tambem mais um reforço do lado esquerdo, e só desse, com o folheto descripto por Zuckerkandl, e que delle tirou o nome.

O rim movel apparece sobretudo dos 20 aos 40 annos.

Porém Comby e outros auctores citam muitos casos observados em todas as edades.

Este facto vem em abono de ser a predisposição a causa principal desta affecção, pois apparecem rins moveis em edades em que as outras causas não poderam ainda actuar.

Anatomia pathologica

Como o rim movel não é doença de que se morra e como tambem a nephrectomia é hoje um processo therapeutico quasi completamente abandonado e que tem rarissimas indicações, não se torna facil estudar a anatomia pathologica do rim fluctuante.

Colligindo, porém, observações isoladas, tem-se podido fazer um estudo bastante perfeito.

O rim desce verticalmente a principio, mas depois executa varios outros movimentos, cujo conhecimento e estudo teem uma importancia capital, para, no caso de uma intervenção, o medico poder calcular em que posição vae encontrar o rim, evitando, com o conhecimento

antecipado daquillo que vae encontrar, manobras perigosas.

Na sua descida, o rim executa umas vezes, uma rotação á volta do seu eixo transversal, trazendo para traz a extremidade superior e para deante o polo inferior; outras, colloca-se em ante-versão.

Póde ainda haver flexões do orgão, que se tornam insupportaveis para o doente, e constituem casos em que está indicada uma intervenção operatoria, apesar de se tratar muitas vezes de uma nephroptose do primeiro grau.

Potain pretende que a ante-versão é produzida pelo desaparecimento da camada celluloso-gordurosa peri-renal, mas esta interpretação talvez não seja exacta, porque a inflamação deve seguir-se a esclerose e então mais seguro ficaria o rim com a formação do tecido fibroso cicatricial.

Ha ainda posições viciosas, mas consecutivas a intervenções.

N'esses casos a fixação do rim só se dá em parte, continuando movel o resto do orgão, que fica assim sujeito a adquirir attitudes viciosas.

Além das attitudes viciosas, encontram-se também lesões do tecido renal.

Apparecem por vezes rins lobulados, outros tem uma parte mais desenvolvida.

N'outros, ainda, ha lesões de nephrite, pyelonephrite e pyonephrose, que devem corresponder aos symptomas observados pelo clinico.

Em quasi todos os rins ptosados ha também em certo grau de hydronephrose.

A lithiase renal é também relativamente vulgar.

O rim fluctuante adquire adherencias pathologicas com os órgãos visinhos, as quaes podem mesmo attingir uma certa gravidade, como veremos a proposito das complicações desta affecção.

Depois desta succinta explicação das lesões de que o rim movel póde ser sede, vejamos as que podem existir nos órgãos e formações, que estão relacionados com elle.

Os vasos renaes e o uretere, além dos desvios do trajecto que podem ter, são quasi sempre mais extensos do que o normal.

A camada gordurosa peri-renal desaparece

muitas vezes ou pelo menos diminue consideravelmente.

O peritoneu torna-se algumas vezes adherente ao rim, sobretudo ao nivel do hilo; outras, recobre-o na sua face convexa.

Desta constatação da anatomia pathologica do rim movel, nasce em principio para a intervenção, que porventura se venha a fazer: a incisão deve ser feita o mais atraz possivel, para não nos expormos a cortar o peritoneu e a entrar na cavidade peritoneal, julgando cortar o folheto fibroso peri-renal.

- Juntamente com o rim fluctuante apparece tambem ás vezes a ptose de outros órgãos, como o figado e os intestinos, mas isso dá-se quasi sempre quando a nephroptose é dependente duma ptose generalisada.

Symptomas

O rim movel é muitas vezes constatado, quando o doente já o tem nesse estado de ha muito tempo. Vae-se ptosando a pouco e pouco, sem elle dar por isso.

Outras vezes, sobrevem bruscamente após uma fadiga ou depois de um violento esforço.

Nas ptoses que se dão nessas condições, ha casos, em que o doente apoquentado com atrozes dores procura o medico, este faz o diagnostico e procura levar o rim novamente para a sua loja.

Ao tentar isso, o rim que a principio se mantinha renitente, salta bruscamente e retoma o seu logar normal, para não mais delle se

afastar. É isto uma verdadeira luxação do rim e assim se chama na realidade.

Em geral admittem-se três graus de ectopia renal: primeiro grau, quando pela palpação, se percebe a extremidade inferior do rim abaixo do figado; segundo grau, quando a mão exploradora attinge o pólo superior do orgão; terceiro grau, quando o rim pode ser apalpado em todos os seus contornos caracteristicos, ao nivel do umbigo, ou até mesmo na fossa iliaca interna.

Este ultimo, é que é o verdadeiro rim fluctuante, termo que, comtudo, se usa, como nome generico da affecção.

Fica assim justificado o titulo deste trabalho.

Além das posições descriptas, o rim pode ainda encontrar-se em outras, posto que mais raramente.

Póde estar ectopiado, por exemplo, para dentro e para cima, na direcção do estomago, ou para traz, formando hernia. É o caso citado por Monro. Foi-lhe apresentada na consulta uma creança com duas saliencias, uma de cada lado da região lombar, formadas pelos rins

herniados, os quaes eram facilmente reduzidos.

O rim ptosado num mesmo doente não está, tambem, sempre no mesmo lugar. O estado geral do doente, sobretudo, contribue para essas variações.

Quando o doente se encontra n'um estado de tonicidade normal, mercê duma medicação apropriada ou dum facto d'ordem psychica, uma alegria, por exemplo, o rim movel encontra-se mais levantado, aproxima-se da sua localisação verdadeira. No caso contrario, dá-se um effeito opposto.

Assim, na occasião dum estado moral deprimente, ou duma mudança do estado atmospherico, o rim fluctuante encontra-se mais cahido.

Estes factos veem em abono de ser o rim movel dependente do estado geral do doente.

Além deste symptoma estudado, que consiste em pela palpação, se conhecer que o rim está ectopiado, ha ainda outros, que são sobretudo, dôres, perturbações nervosas e digestivas.

Ha rins moveis que são completamente

indolores. O portador duma tal affecção, vive ás vezes muitos annos sem o suspeitar, queixando-se de quando em quando, apenas vagamente, de perturbações digestivas sem importancia, de ligeiros phenomenos nervosos, entre os quaes uma tristeza completamente injustificada.

Outras vezes trata-se dum simples mal estar dependente duma marcha mais violenta ou de qualquer esforço.

Por vezes o symptoma dôr chega a ser violento e constante, obrigando o doente a recolher-se á cama.

Ha porém doentes a quem sobreveem crises dolorosas gravissimas.

Esses accessos assemelham-se muito ás colicas nephreticas e podem mesmo muitas vezes com ellas se confundir.

N'um doente desconhecido pensariamos tratar-se dum ataque de appendicite ou duma peritonite por perfuração, sendo as characteristics desses accessos, vomitos, lipothymias e facies peritoneal. Este symptoma dôr tem sido explicado de varios modos.

Uns, attribuem-no a tracções dos plexos

nervosos exercidos pelo rim quando se desloca.

Dietl, que foi um dos que melhor estudou o rim movel, filia essas dores numa irritação peritoneal e diz que ainda ninguem pensou em distinguir clinicamente os symptomas dum estrangulamento renal, dos duma peritonite local adhesiva, que appareça adeante dum rim deslocado.

A curvatura dos vasos do rim e consequente congestão do orgão, tem tambem sido tomada como causa productora desses accesos dolorosos.

Senator, attribue a dôr á curvatura do uretére.

Albarran appoia essa ideia porque numa operação que realisou em pleno accesso doloroso encontrou a retroversão do rim e curvatura do uretére. A essa curvatura do uretére são devidas tambem as crises de hydronephrose caracterisadas pela dôr, augmento do volume do rim e diurese final abundante.

Durante os accesos, por um reflexo inhibitorio, ha oliguria.

A menstruação tem uma certa repercussão

sobre o rim ptosado, pela congestão que nelle provoca.

Nos casos em que o rim deslocado não provoca dores, admite-se que seja por causa do concomitante deslocamento do uretère.

Sinitzine tinha um doente com extrophia vesical, e, pinçando-lhe um dos ureteres, provocou-lhe dores intensissimas.

Quando uma sonda ureteral se obtura, succede o mesmo.

É pois indiscutivel, que depende em grande parte do facto do uretère acompanhar ou não o rim ectopiado, o apparecimento de crises dolorosas.

E é assim, que, por vezes, deslocamentos pequenos, são o sufficiente, pelas crises dolorosas que provocam, para constituirem indicação de interferencia operatoria.

Estudado este primeiro symptoma vejamos quaes são as perturbações nervosas proprias do rim movel.

Palpitações, nevralgias, irritabilidade, e impressionabilidade de character, eis as principaes manifestações nervosas.

Além disso ha symptomas de dyspepsia

atonica ou perturbações nervosas vagas e indefiníveis, a que poderemos dar a denominação de nervosismo.

Albarran, na sua theoria da degenerescencia admite que os portadores de rim movel são tarados de herança nevropathica e portanto mais sujeitos que os outros individuos á eclosão de doenças nervosas, como a hysteria e a neurasthenia que tantas vezes apparecem nos ptozados, representando nesses casos a nephroptose o papel de cousa occasional.

Para se poder pronunciar a esse respeito, o medico tem de investigar se existiam accidentes nervosos antes de se dar a ptose renal e que relação ha entre uma e outra coisa.

Quanto ás perturbações digestivas, temos a considerar, as produzidas por compressão mechanica, como a dilatação gastrica pela compressão do duodeno e a lithiase biliar pela do canal choledoco (Cordier); a dyspepsia nervosa com constipação de ventre, atonia gastrica, crises gastralgicas, com hyperchlorhydria e vomitos; e ainda os accidentes digestivos provenientes da enteroptose associada ao rim movel, que são raros, e dos

quaes os devidos unicamente á nephroptose, com ella desaparecem.

Muitos outros symptomas se podem apresentar, como o aspecto triste, asthenia, fadiga, diminuição da capacidade respiratoria, voz fraca, tendencia ás dermatoses seccas.

Estes symptomas dos arthriticos a que em grande numero pertencem os nephroptosados são bellamente descriptos por de Fleury no seu livro intitulado os grandes symptomas neurasthenicos.

Complicações

A ectopia renal póde ser causa de complicações varias, no rim e noutros órgãos.

Até mesmo alguns symptomas, quasi podem ser levados á conta de complicações, como a dilatação gastrica, a lithiase biliar, etc., produzidas por compressão mechanica.

Entre as complicações mais vulgares a hydronephose por compressão dos ureteres e a infecção do rim, por via ascendente, causada pelas successivas hydronephroses, dando assim origem a pyelonephrites pyonephroses.

O rim ptosado póde ainda ser atingido de nephrite, que se traduz por albuminuria e o seu trabalho secretorio fica reduzido a metade do rim são (Gouraud).

Para constatar a presença de albumina na urina do rim doente e verificar a quantidade de secreção desse rim em relação com o outro, emprega-se o aparelho separador de Luys, de facil manejo e muito interessante.

Por compressão venosa ou acção nervosa reflexa, o rim movel pode dar origem a que se produza uma congestão do utero e dos anexos, havendo assim uma maior receptividade para as infecções produzidas pelos micro-organismos da vagina. D'ahi, haver lesões utero-ovaricas, consecutivas a uma nephroptose.

Landau pretende que prolapsos e desvios uterinos podem ser causas de rim movel, e outros, como Albarran, admittem que as duas lesões podem coexistir independentemente uma outra.


É, comtudo, sempre prudente examinar o aparelho genital em caso de nephroptose.

A compressão da veia cava inferior é tambem uma complicação e das mais graves do rim fluctuante.

Dronin encontrou na autopsia duma rapariga de 17 annos, que morreu dum vomito de sangue depois de ter tido um abundante fluxo

menstrual durante 3 mezes, o rim direito muito hypertrophiado, collocado de encontro ao sacro comprimindo fortemente a aorta e a veia cava e encerrando oito enormes calculos.

Rayer, diz que os rins verdadeiramente fluctuantes, descidos para a bacia, podem inflamar-se e contrahir adherencias com o recto, por onde se forme uma fistula que deixe passar pus.



Diagnostico

Nem sempre é facil fazer-se o diagnostico duma nephroptose pela variedade e multiplicidade de symptonas, que os doentes podem apresentar.

Muitas vezes, quem vem consultar o medico não se queixa de nenhum padecimento verdadeiramente defenido, apresenta uma série de symptommas muito vagos, que nem sequer sabe explicar bem.

Podemos ficar embaraçados, e, se não fizermos um exame minucioso ao organismo do doente, sujeitamo-nos a fazer um diagnostico errado, fundando-nos sobretudo nas perturbações nervosas e digestivas que o doente apresenta.

Ha por isso medicos, que tomam por norma explorar os rins a todos os doentes que os procurem, sobretudo ás mulheres.

É um bom costume attenta a percentagem elevada de rins moveis (30 0/0 nas mulheres) e os symptomas pouco nitidos que elles ás vezes apresentam.

É sobretudo pela constatação directa da mobilidade do rim, que se deve fazer um diagnostico e necessario tambem se torna ver até que ponto os symptomas que o doente apresenta são dependentes da nephroptose.

Attendendo ao symptoma dôr, muitas vezes o symptoma dominante, temos que destringar se se trata na realidade de uma nephroptose ou de outra affecção dolorosa, como colicas nephreticas, hepaticas, apertos do pyloro ou dyspepsias.

Ha tumores abdominaes moveis, que se podem confundir com o rim fluctuante, mas a reductibilidade para a fossa lombar é caracteristica do rim movel, fazendo-se deste modo o diagnostico differencial.

A mobilidade, comtudo, nem sempre existe, porque, como vimos a proposito da anatomia

pathologica, o rim, depois de estar ptosado algum tempo, começa a crear adherencias, que por vezes mesmo causam grandes inconvenientes.

Essas adherencias impedem-no de voltar ao seu logar, quando a isso o sollicitamos por manobras de palpação.

O diagnostico torna-se mais difficil e temos que lançar mão de outros processos semioticos. Está nesse caso a phonendoscopia. Se o tumor que observamos não fôr renal, com o phonendoscopio devemos sentir o rim na sua situação normal. Essa distincção não se faz sem as difficuldades que já apontamos á phonendoscopia applicada á exploração do rim.

Se o tumôr movel que se sente á palpação fôr o baço ectopiado, devemo-lo encontrar logo por baixo da parede abdominal e o seu bordo é muito mais nitido que o do rim.

Acontece tambem ás vezes encontrar-se fluctuante um dos lobulos do figado, mas nesse caso uma percussão cuidadosa e methodica mostrar-nos-ha que a maciszez hepatica se estende até elle.

Tambem os bordos do figado são cortan-

tes, ao passo que o contorno do rim é mais redondo.

A vesicula biliar pode estar distendida a ponto de simular um rim fluctuante.

Como distingui-los?

Se por um lado a distensão da vesicula deve dar symptomas de ictericia, sabemos por outro, que o rim movel a póde produzir egualmente por compressão do canal choledoco.

O estudo do doente, o tratamento que se lhe prescreva pódem-nos elucidar.

Temos ainda o recurso da phonendoscopia e da radiographia.

O diagnostico entre o rim movel e a appendicite chronica egualmente offerece certas difficuldades.

Ha, em ambos os casos, tympanismo, vomitos, constipação de ventre.

Além disso, as crises de hydronephrose assemelham-se bastante ás da appendicite.

A curva da diurese póde-nos auxiliar, por sabermos, que nas crises dependentes do rim ptosado, ha primeiro oliguria ou mesmo anuria, sobrevindo ao acesso uma emissão abundante de urina.

Outra circumstancia que devemos ter em vista é a das crises appendiculares sobrevirem sobretudo de noite e o decubito dorsal não lhe trazer allivio immediato. As crises dolorosas do rim movel succedem em geral a um esforço, a uma marcha violenta e a posição horizontal traz quasi sempre um allivio.

O pulso e a temperatura são ainda auxiliares do diagnostico.

Ha cirurgiões americanos que pretendem ser a appendicite causada pelo rim movel. Dizem elles que o rim direito deslocando-se, torna egualmente movel o duodeno e a cabeça do pancreas; comprime a veia mesenterica superior, do que resulta haver perturbações na circulação do appendice. Este congestiona-se primeiro e inflamma-se depois.

Esta theoria não parece absolutamente verdadeira e Legueu objecta-lhe, que sendo as duas affecções tão vulgares como são, não é muito commum encontrá-las associadas.

A ptose renal é muitas vezes acompanhada da do lobulo direito do figado, que desta maneira recobre o rim e fica então interposta en-

tre elle e a parede abdominal, a lamina de tecido hepatico.

Se se não fizer um exame attento pode parecer-nos haver hydronephrose pelo augmento apparente do volume do rim. O catheterismo do uretére é o melhor meio de afastar todas as duvidas.

Tratamento

Uma vez diagnosticado o rim movel, necessario se torna tratá-lo.

Temos á mão meios medicos e meios cirurgicos. Não devemos, porém, lançar mão destes ultimos senão nos casos em que elles estiverem indicados, apesar de serem os unicos, que podem dar uma cura radical.

É este um dos casos, em que o clinico tem que ser essencialmente clinico e portanto, medico quando o deve ser e cirurgião quando isso tem cabimento, porque rim movel não corresponde a nephropexia.

Estudemos esses diferentes meios medicos e cirurgicos e duma maneira geral digamos as suas diferentes indicações.

Um individuo que tem um rim fluctuante,

carece em primeiro logar de ter em vista um certo numero de principios hygienicos.

Tem que evitar todas as fadigas e esforços; a equitação é-lhe formalmente prohibida.

A sua alimentação deve ser tal, que as toxinas intestinaes sejam reduzidas ao minimo e que proporcione ao doente uma certa nutrição, porque a gordura irá augmentar a da loja renal, e em certo modo contribuirá para a fixação do rim.

Os tonicos geraes levantar-lhe-hão as forças e darão tonicidade aos musculos, o que é duma grande importancia, como vimos na symptomatologia, pois o estado geral do doente reflecte-se logo na exteriorisação dos symptomas.

A massagem tambem tem sido empregada, mas sem grande resultado. Kumpf, que a preconisou pretendia, que com ella o peritoneu se retrahia e o rim consequentemente se fixava melhor.

Para fixar o rim por meios medicos, ha grande variedade de apparatus orthopedicos, mas é preciso modificá-los e adoptá-los a cada caso particular.

Temos as faixas de Leiter e de Guyon, que exercem uma contenção uniforme das paredes abdominaes, e, por meio do intestino comprimido, repellem o rim para cima; ha tambem o cinto de Glénard com uma pelota, que sustenta o rim pela pressão exercida na parede do abdomen, mas tem o inconveniente de comprimir o rim e não o sustentar na sua situação normal.

Comtudo, em alguns casos allivia bastante o doente e em outros mesmo faz-lhe cessar por completo as dores.

Temos depois a therapeutica cirurgica, mas estabelecer o limite entre o uso dos cintos orthopedicos e as indicações operatorias, é muito difficil e cada auctor tem a sua opinião, fundando-se nos resultados operatorios, tanto exitos como insuccessos.

Deve-se porém operar só depois de esgotados todos os meios medicos.

As duas operações que se fazem sobre o rim movel são a nephrectomia e a nephropexia.

A primeira que teve muita vaga e que foi introduzida por Keppler está hoje abandonada. As raras indicações que tem são os casos em

que o rim movel se complique de algum tumor ou de tuberculose, ou quando duas operações conservadoras foram tentadas sem resultado.

A outra operação que se emprega é a nephropexia de Hahn.

Este auctor diz que o rim fica fixado duma forma segura e duravel por esta operação.

Quando Hahn fez a sua communicação ao congresso da sociedade allemã de cirurgia, apresentou uma doente que ficou completamente curada, e outra que obteve melhoras notaveis, accrescentando que é uma operação completamente inoffensiva e que se deve tentar quando ha symptomas graves e quando os meios habituaes falliram.

Laudau objectou-lhe que o rim fica n'uma posição anormal e que os vasos e o uretère hão-de com isso soffrer.

Sobretudo, quando sobrevier uma gravidez, accrescenta, o uretère fica comprimido e póde dar logar a uma hydronephrose. Apesar destas objecções a nephropexia tem sido cada vez mais empregada e com regular successo.

É uma operação bastante benigna, que dá

apenas 1^o/₁₀ de mortalidade, numa estatística, em que ainda alguns operados succumbiram a complicações infecciosas.

Quando está ella indicada?

Quando o rim fluctuante fôr dependente duma enteroptose, claro está que se devem usar os cintos orthopedicos, na impossibilidade de levantar toda a massa intestinal ptosada, a não ser que sobrevenham accidentes que possamos attribuir sem contestação á nephroptose, caso em que preferiríamos a intervenção.

Tornar-se-hia então indispensavel o uso constante dum cinto contencor.

Vejamos agora:

O rim ptosado, sabêmo-lo, não se conserva normal. Schilling avalia em 14^o/₁₀ os rins moveis que dão albuminuria.

Temos tambem, os tumores, a hydronephose e as infecções, que tantas vezes complicam o rim fluctuante.

Sabemos egualmente que os meios medicos não dão resultados seguros e que a intervenção é muito benigna.

Podemos, n'estas condições, propor perfeitamente a um ptosado, ainda que sem sympto-

mas importantes, uma intervenção, para tentar curar-se por completo e não estar sujeito a usar toda a vida um incommodo cinto orthopedico.

Nos doentes que apresentam symptomas nervosos, a nephropexia nem sempre dá resultados satisfatorios, porque essas manifestações nervosas são em alguns casos dependentes do rim movel, mas depois evolucionam, ainda que cesse a causa.

A percentagem de curas completas não é muito grande, mas ainda assim é animadora, para que, como disse, com uma intervenção benigna, tentarmos livrar o doente de grandes padecimentos.

Hahn executava a principio a nephropexia pela simples fixação da capsula gordurosa, mas os insuccessos fizeram-no abandonar o methodo.

Bassini fixava a capsula propria.

O processo geralmente adoptado fixa o rim á 12.^a costella e ás aponevroses profundas. O doente deita-se em decubito lateral sobre o lado são.

Faz-se uma incisão lombar, ligeiramente

obliqua desde a 11.^a costella até á crista iliaca a quatro dedos de distancia das apophyses espinhosas.

Cortam-se os musculos; faz-se a dissociação lenta e muitas vezes difficil da capsula gordurosa.

O ajudante propelle o rim para a incisão com as mãos collocadas na parede do abdomen e faz por o manter em posição.

Posto a nú o orgão, passam-se, com a agulha de Reverdin, três fios em pleno parenchyma renal, um em cada polo e outro no meio do bordo convexo. Este ultimo fio só se passa depois de ter avivado o parenchyma cortical, com a dissecção da capsula propria.

A descapsulação completa está indicada nos casos de nephroptose complicada de nephrite, como meio curativo desta, por facilitar a circulação e o funcionamento do orgão.

Ás vezes, quando o ajudante impelle o rim para a ferida, elle sahe fora e isso mais facilita a passagem dos fios.

Estes são de cat-gut ou melhor ainda de tendão de kangurú, que se resorvem com

mais difficuldade; alguns auctores aconselham o uso da seda esterelizada, que dizem melhor suspender o orgão.

Dos tres fios passados, no tecido do rim, o primeiro fixa-se ao periosseo da 12.^a costella, os outros á aponevrose profunda.

Não se apertam muito os fios para não lacerar o rim, cujo tecido é friavel.

Faz-se depois a sutura muscular e da pelle e colloca-se um dreno ou não.

A hemorrhagia proveniente da perfuração do rim, cessa espontaneamente.

Póde acontecer que o colon se venha intrometter no campo operatorio, podendo-se n'esse caso retiral-o, e com os afastadores não os deixar voltar novamente, ou então com um fio de cat-gut passado no tecido que o envolve, segural-o ao quadrado dos lombos.

Chama-se a essa operação, copopexia.

O rim fica sempre fixo pela operação, um pouco abaixo da sua situação normal, por ser impossivel n'ella o tornar a collocar.

Podem surgir contratemplos na operação, lacerando-se a pleura ou o peritoneu.

Depois da operação ha uma diminuição

de diurese durante alguns dias, succedendo-se-lhe um pequeno periodo de polyuria.

O operado carece de estar três semanas deitado para consolidar a fixação do rim.

Depois desse tempo deve andar ainda algumas semanas com um cinto ou faixa.

Por vezes apparecem depois da operação, anesthesias, que podem ser variadas, e são provenientes de secções nervosas.

Se se puder seguir os operados durante algum tempo ainda depois da intervenção, examinando-os na posição genu-peitoral, podemos constatar bem os resultados della.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A formação da chamada cabeça de medusa na hipertensão portal é explicada pela dependencia da rede venosa da parede abdominal do systema venoso profundo.

Histologia. — O centrosoma é um centro dinamico.

Physiologia. — O sangue soffre grandes modificações na sua passagem pelo figado.

Pathologia geral. — As urinas carregadas, nos estados febris, são devidas á presença de grande quantidade de urobilina.

Anatomia pathologica. — A gangrena senil é produzida pela diminuição do calibre das arterias.

Pathologia externa. — Os insuccessos do methodo de Keating-Hart são devidos muitas vezes ao desconhecimento que o medico tem desse methodo.

Materia medica. — O opio é para o cerebro o que para uma articulação é um aparelho que a immobilise.

Pathologia interna. — A luz vermelha exerce uma acção benéfica sobre as vesico-pustulas das febres eruptivas.

Operações. — Ha operações, que começadas antes de uma anesthesia profunda, podem ter consequências gravissimas.

Higiene. — No Porto ha melhoramentos mais necessarios, sob o ponto de vista hygienico, do que aquelles a que actualmente se está procedendo.

Partos. — Toda a mulher grávida devia ser convenientemente seguida pelo medico.

Clinica cirurgica. — Só por uma intervenção se cura radicalmente uma ptose renal.

Medicina legal. — As visceras que forem mandadas para exame toxicologico devem ir em frascos selados, sem nenhuma substancia conservadora.

Clinica medica. — Nas doenças do estomago é frequente uma baixa de tensão do pulso.

Visto.

Roberto Frias,
Presidente

Imprima-se.

Candido de Pinho,
Director