

1189

19

Antonio Dias de Faria Carneiro

N.º 2

BREVE ESTUDO

sobre

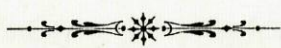
Neoplasmas
peri-renaes

(A PROPOSITO D'UM CASO CLINICO)



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYPOGRAPHIA PROGRESSO de Domingos Augusto da Silva & C.^a

15, Largo de S. Domingos, 15

1904

121/2 EME

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedaticos

| | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna. | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica. | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal. | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | João Lopes da Silva Martins. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica | Carlos Alberto de Lima. |

Lentes jubilados

| | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | { Vaga. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { Antonio Joaquim de Sousa Junior. |
| | { Vaga. |

Lente demonstrador

| | |
|---------------------------|-------|
| Secção cirurgica. | Vaga. |
|---------------------------|-------|

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

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

Á MEMORIA

DE

Meu Avô

A

Minha Avó

A meu Pae

A minha Mãe

À meus Irmãos

À minhas Irmãs

AOS MEUS AMIGOS

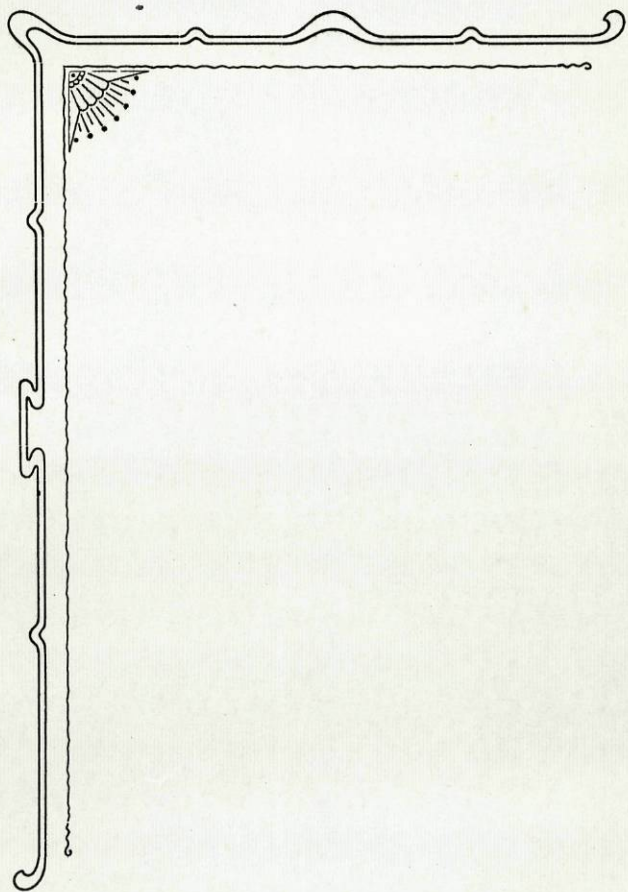
AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

O EX.^{mo} SNR.

Dr. Alberto Pereira Pinto Aguiar



D'entre os doentes que nos foram distribuidos para estudo durante o anno lectivo, escolhemos para assumpto da nossa dissertação aquelle que nos despertou mais interesse.

Com effeito, tratava-se d'um caso clinico de difficil diagnostico onde a cirurgia, desprendendo-se da sua classica intervenção, assentou fructuosamente arraias no campo da semeiologia.

Assim, foi a laparotomia que nos veio esclarecer e precisar o diagnostico.

Julgamos conveniente dividir a nossa dissertação em duas partes:

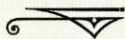
Na primeira, apresentamos a observação do nosso doente e o conjunto de processos clinicos de exploração de que nos servimos para chegar ao diagnostico.

Na segunda, que dividimos em seis capitulos, fazemos d'uma maneira resumida o estudo dos neoplasmas perirenaes, e em alguns d'esses capitulos as considerações que julgamos dever fazer a proposito do nosso caso clinico.

O nosso doente não morreu n'este

hospital, razão pela qual não podemos completar a nossa observação com o exame histologico do tumor.

Que o illustre jury queira vêr n'este modestissimo trabalho, unica e simplesmente o desejo de cumprir d'uma maneira honesta o regulamento da Escola.



PRIMEIRA PARTE

Observação

OBSERVAÇÃO

C. P. M. de 54 annos de idade, casado, jornaleiro, natural de Santa Leocadia—Taboão; entrou para a enfermaria n.º 1 do Hospital Geral de Santo Antonio (clinica cirurgica da Escola), no dia 12 de janeiro do corrente anno.

Queixava-se de dôres na região lombar (lado esquerdo), com irradiações para o flanco do mesmo lado e região hypogastrica, acompanhadas de retração do testiculo esquerdo e pollakiuria.

Exame local

Procedendo ao exame da região lombar (lado esquerdo) notamos o seguinte :

Inspecção. — A pelle vermelha e ligeiramente descamada, apresentava em alguns pontos saliencias acuminadas com o vertice escuro, vestigios da mordedura de sanguessugas, que lhe foram applicadas quando estava em tratamento fóra d'este hospital.

Palpação. — Temperatura normal, exacerbações da dôr, sendo o ponto mais doloroso ao nivel do bordo inferior da duodecima costella, para fóra da massa sacro-lombar; defesa muscular muito accentuada.

A pelle é movel sobre as partes subjacentes.

Percussão. — Som normal da região e exacerbação da dôr.

Mais nada pudemos averiguar.

Exame dos diversos aparelhos

Apparelho circulatorio — normal.

Apparelho digestivo — constipação habitual.

Apparelho nervoso — normal.

Apparelho pulmonar — normal.

Apparelho secretorio — urinas avermelhadas e turvas formando deposito abundante pelo arrefecimento. Não continham albumina nem glucose. A sua reacção é acida.

Historia da doença

O doente referiu-nos que ha vinte dias, andando a trabalhar no campo, sentiu uma pontada na região lombar (lado esquerdo), que lhe desapareceu d'ahi a algumas horas.

Passados cinco dias, acordou alta noute com uma dôr muito mais intensa na mesma região com irradiações para o flanco do mesmo lado e região hypogastrica.

A dôr era acompanhada de vomitos e soluços.

O doente urinava muitas vezes e pouco de cada vez; estas perturbações de micção eram, porém, de data muito mais antiga e não coincidiram com o apparecimento da dôr.

A côr da urina era variavel; umas vezes era barrenta, outras vezes perfeitamente clara.

Consultou varios medicos, e seguiu varios tratamentos; como porém a sua doença não

apresentasse melhoras sensíveis, entrou para este hospital, sendo-nos distribuído no dia 21 de janeiro.

Tinha o n.º 1249 de matrícula hospitalar.

Evolução da doença

Desde que o doente entrou para este hospital, a dôr, de muito intensa que era, tornou-se surda e persistente; havia momentos, porém, em que apresentava a mesma intensidade de principio, sobretudo quando urinava.

Os vomitos e os soluços tornaram-se muito mais raros. A sua observação diária forneceu-nos as seguintes particularidades.

Em Janeiro:

Dia 22 — Volume da urina ¹ — 625 c. c.

Estado do doente — O doente conserva-se apyretico; quasi sempre em decubito dorsal e tem dôres pouco intensas na região lombar.

Dieta — 4.ª de leite.

¹ Urina evacuada por micções voluntarias durante 24 horas.

Dia 23 — Volume da urina — 725 c. c.
Estado do doente — O mesmo do dia antecedente.

Dieta — 3.^a de pão.

Aplicações therapeuticas:

Infusão de androsemo — quinhentos grammas.

Ap.^{ta}

Urotropina — cincoenta centigrammas.
Em uma hostia mais 9 eguaes.
(Duas hostias por dia).

Dia 24 — O volume da urina sobe a 1375 c. c. talvez em virtude da acção diuretica do androsemo e o estado do doente mantem-se o mesmo.

Aplicações therapeuticas — As mesmas do dia antecedente.

Dia 25 — Volume da urina — 1125 c. c.
Estado do doente — As dôres augmentaram um pouco de intensidade.
Aplicações therapeuticas. — Idem.

Dia 26 — Volume da urina — 1000 c. c.
Estado do doente. — Sente-se muito fatigado, porque dormiu pouco na noute passada.

As dôres têm a mesma intensidade do dia antecedente.

Dia 27 — Volume da urina — 1200 c. c.

Estado do doente — O mesmo do dia antecedente.

Analyse da urina do dia 26, feita no Laboratorio Nobre:

1.º Caracteres geraes

| | |
|------------------------------|--------------|
| Volume de 24 horas | 1000 c. c. |
| Côr | Amarella |
| Aspecto | Transparente |
| Deposito | Quasi nullo |
| Cheiro | Normal |
| Consistencia | Fluida |
| Reacção | Acida |
| Densidade a 15º | 1,0145 |

2.º Elementos normaes

Urêa. — Doseada pelo hypobromito de soda, no ureometro de Yvon a mercurio — 21,621 gr. por litro.

Acido urico. — Este acido foi doseado pelo methodo de Haycraft — 0,436 gr. por litro.

Acido phosphorico.—Doseado com um soluto graduado de azotato d'uranio—1,980 gr. por litro.

Acido sulfurico.—(Enxofre acido). Doseado em pezo no estado de sulfato de baryta — 1,434 gr. por litro.

Acido sulfurico.—(Enxofre total). Doseado em pezo no estado de sulfato de baryta — 1,687 gr. por litro.

Acido sulfurico.—(Sulfo-conjugados). Doseado em pezo no estado de sulfato de baryta — 0,062 gr. por litro.

Chloretos.—Os chloretos foram doseados pelo processo de Mohr no residuo mineral — 1,228 gr. por litro.

Materias solidas dissolvidas.—(Elementos fixos). Obtidos pela evaporação até á secura de 10 c³ d'urina, em banho maria — 26,680 gr. por litro.

Urobilina.—Determinada pelo methodo espectral — 0,100.

3.º Elementos anormaes

Albumina. — (Substancias albuminoides).
A investigação foi realisada pelo calor, acido azotico a frio e reagentes de Esbach e de Tanret. — Não contem.

Glucose. — A investigação foi realisada com o liquido cupro-potassico. — Não contem.

Pigmentos biliaries. — Investigados pela reacção de Gmelin. — Não contem.

Acidos biliaries. — Investigados pela reacção de Pettenkofer e Udranzky. — Não contem.

Indican. — Investigado com a cal chlo-
rada e chloroformio. — Vestigios.

 Relações urológicas %

$$\begin{array}{l}
 \text{I} \left\{ \begin{array}{l}
 \text{Urica} \left(\frac{\text{Acido urico}}{\text{Urêa}} \right) = 2,0 - (\text{normal } 2,9). \\
 \text{Ureica} \left(\frac{\text{Urêa}}{\text{Residuo organico}} \right) = 81 - (\text{normal } 70,4).
 \end{array} \right. \\
 \\
 \text{II} \left\{ \begin{array}{l}
 \text{Desmineralisação} \left(\frac{\text{Elementos mineraes}}{\text{Elementos totaes}} \right) = 22 - (\text{normal } 35,1). \\
 \text{Phospho-ureica} \left(\frac{\text{Ac. phosphorico}}{\text{Urêa}} \right) = 9,2 - (\text{normal } - 7,8) \\
 \text{Sulfo-ureica} \left(\frac{\text{Enxofre acido}}{\text{Urêa}} \right) = 6,6 - (\text{normal } 9,1).
 \end{array} \right. \\
 \\
 \text{III} \left\{ \begin{array}{l}
 \text{Phospho-sulfurica} \left(\frac{\text{Acido phosphorico}}{\text{Enxofre acido}} \right) = 138 - (\text{normal } 86,3). \\
 \text{Sulfo-conjugação} \left(\frac{\text{Enxofre sulfo-conjug.}}{\text{Enxofre acido}} \right) = 4,3 - (\text{normal } 7,7) \\
 \text{Sulfurica} \left(\frac{\text{Enxofre neutro}}{\text{Enxofre total}} \right) = 14,97 - (\text{normal } 17,1).
 \end{array} \right.
 \end{array}$$

Conclusão. — Diminuição geral de excreção, com retenção de productos de desassimilação incompleta; phosphaturia leve com documentos de atonia hepatica.

Dia 28 — Volume da urina — 1400 c. c.
Estado do doente — O mesmo do dia antecedente.

Dia 29 — Volume da urina — 1500 c. c.
Estado do doente — O mesmo.

Dia 30 — Volume da urina — 1170 c. c.
Estado do doente — Passou melhor a noute antecedente.

As dôres diminuíram um pouco de intensidade.

Dia 31 — Volume da urina — 1500 c. c.
Estado do doente. — Nada de notavel.

*Exame cystoscopico.*¹ — O exame cystoscopico, demonstrou que havia congestão do baixo-fundo da bexiga e uma ecchymose muito ligeira na embocadura vesical do uretere esquerdo.

*Separação da urina dos dous rins.*² — A urina de cada rim, recolhida em dous fras-

¹ Foi feito obsequiosamente pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Carlos Albuquerque que empregou o cystoscopia de Albanan.

² Feita pelo mesmo, empregando o divisor vesical.

cos (em separado), tinha a côr normal e igual. Os rins funcionavam regularmente.

Em Fevereiro:

Dia 1 — Volume da urina — 1425 c. c.

Estado do doente — O mesmo.

Dieta — bife de vitella.

Dia 2 — Volume da urina — 1500 c. c.

Estado do doente — O doente queixa-se de dôres atrozés na região lombar com irradiações para o flanco. Depois de uma injeção hypodermica de chlorhydrato de morphina e um banho geral quente, a dôr diminuiu muito de intensidade.

Aplicações therapeuticas — chlorhydrato de morphina — um centigramma. (Em injeção hypodermica na região lombar). Banho geral, quente.

Dia 3 — Volume da urina — 1000 c. c.

Estado do doente. — Apareceram-lhe de novo as dôres e com os mesmos caracteres do dia antecedente.

Recorremos á mesma medicação.

As dôres quasi que desapareceram.

Dia 4—Volume da urina—1100 c. c.
Estado do doente. — Muito melhor. A
dôr é quasi nulla.

Exames: crioscopico, chimico, microscopico e bacteriologico da urina do rim direito e esquerdo, recolhidas separadamente, feitos no Laboratorio Nobre. (Urina do dia 31 de janeiro).

| | Urina do rim direito | Urina do rim esquerdo |
|--|-------------------------|--------------------------|
| Cryoscopia | | |
| Grau cryoscopico (ponto de congelção) | -1,37 a -1,40 | -1,24 a -1,21 |
| Exame chimico | | |
| Urêa (por litro). | 18,920 gr. | 20,540 gr. |

Exame microscopico. — O sedimento é analogo nas duas urinas (talvez um pouco mais abundante no tubo etiquetado «rim esquerdo»). Contém abundancia de globulos rubros, córados e bem conservados, rarissimos leucocytos, uma ou outra cellula epithelial e, no do rim esquerdo, um unico cylindro finissimamente hyalino. Não se encontram cellulas cancerosas, mas apenas uma ou outra cellula atypica sem semeiologia precisa.

Exame bacteriologico. — Não se encontrou o bacillo de Koch em qualquer dos dous sedimentos.

Dia 5 — Volume da urina — 1200 c. c.
Estado do doente — Muito melhor que nos dias antecedentes.

A dôr é quasi nulla.

Dia 6 — Volume da urina — 1250 c. c.
Estado do doente — O mesmo. Foi colhida uma amostra de sangue da polpa do indicador do doente e mandada para o Laboratorio Nobre, afim de ser analysada.

A analyse do sangue deu o seguinte:

O sangue contém 8650 globulos brancos por millimetro cubico e a percentagem dos diversos globulos é:

| | |
|-----------------------------|-------|
| Polynucleares | 68 |
| Mononucleares . . . , . . . | 10 |
| Lymphocitos | 19 |
| Eosinophilos | 3 |
| | <hr/> |
| | 100 |

Dia 7 — Volume da urina — 1050.
Estado do doente — O mesmo.

Dia 8 — Volume da urina — 1200 c. c.
Estado do doente — Nada de notavel.

Dia 9 — Volume da urina — 1040 c. c.
Estado do doente — O mesmo.

Dia 10 — Volume da urina — 1250 c. c.
Estado do doente — O mesmo.

Dia 11 — Volume da urina — 1100 c. c.
Estado do doente — O mesmo.

*Exame radioscopico.*¹ — O exame radioscopico, mostrou-nos que a metade esquerda do diaphragma, repellida para cima por uma massa escura sem contornos nitidos e immobilizada n'esta posição, attingia a altura da 7.^a costella.

Dia 12 — Volume da urina — 725 c. c.

Estado do doente — Dôres surdas e persistentes na região lombar.

Puncção exploradora na região lombar. — A analyse da amostra de sangue, proveniente da puncção na região lombar (es-

¹ Feito no Instituto Pasteur pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Arantes Pereira.

querda) feita no Laboratorio Nobre, é a seguinte:

A amostra de sangue (já coagulado) não revelou com evidencia a existencia de cellulas carcinomatosas ou elementos neoplasticos.

N. B. — Se a suspeita da existencia de taes elementos fôr grande, convém prevenir o Laboratorio afim de se colher amostra mais adequada.

Dia 13 — Volume da urina — 950 c. c.

Estado do doente — O mesmo.

Applicações therapeuticas:

Urotropina — cincoenta centigrammas.

M.^o em 1 uma hostia, mais 9 eguaes.

Ap.^{tes}:

Infusão de androsemo — quinhentas grammas.

Dia 14 — Volume da urina — 1200 c. c.

Estado do doente — O mesmo.

Permeabilidade renal. — N'este dia, injectamos no tecido cellular sub-cutaneo da coxa, um centimetro cubico da solução a 5 % de azul de methylena. A eliminação pelos rins começou passada meia hora.

O doente apresenta uma tumefacção ganglionar em massa dos ganglios axillares es-
querdos.

Dia 15.

Operação — Laparotomia.

Procedeu-se á laparotomia exploradora de preferencia á incisão na região lombar, na previsão de que esta não fosse sufficientemente ampla para a passagem do rim, no caso de tratar-se de uma producção pathologica limitada a esse orgão, ou existente nos orgãos visinhos, que pelo seu grande volume não podesse transpor a incisão lombar.

Pela laparotomia concluiu-se que a face posterior do rim esquerdo se apresentava perfeitamente livre. A face anterior do mesmo rim não era accessivel, porque um neoplasma peri-renal, com adherencias aos orgãos visinhos, impedia que ella fosse attingida.

Desde que pela laparotomia se reconheceram a existencia de um neoplasma diffuso, sem limites precisos e com adherencias a orgãos importantes d'essa região, foi o caso dado como inoperavel e procedeu-se immediatamente á sutura da ferida abdominal.

Dia 16.

Estado do doente — Queixa-se de dôres surdas na região lombar.

O doente conserva-se apyretico.

Dia 17.

Estado do doente — O mesmo do dia antecedente.

Dia 18.

Estado do doente — O mesmo.

Dia 19.

Estado do doente — As dôres augmentaram um pouco de intensidade.

A ferida abdominal suppura, dando sahida a uma pequena quantidade de pus, branco-amarellado e mal ligado.

Fez-se saltar um ponto de sutura e explorando com um estylete o trajecto seguido pelo pus, viu-se que elle era superficial.

O pus provinha dos labios da ferida abdominal.

A ferida foi lavada com um soluto de sublimado e o trajecto drenado.

A temperatura do doente é normal, bem como o pulso.

Dias: 20, 21, 22 e 23.

Estado do doente — Estacionario.

Dia 24.

Estado do doente — O mesmo.

Foram tirados os pontos da sutura abdominal. A suppuração cessou.

Dias: 25, 26, 27, 28, 29.

Estado do doente — Nada de notavel.

Em Março:

Dia 1.

Estado do doente. — As dôres redobraram de intensidade.

Dia 2.

Estado do doente — Não ha melhoras sensiveis.

O doente sahiu do hospital no mesmo estado ¹.

Antecedentes pessoas

Nunca foi muito saudavel. Teve as sezões aos 18 annos, repetindo-se o mesmo ataque aos 50 annos.

¹ Por informações particulares soube que morreu, dez dias depois, na terra da sua naturalidade.

Alguns mezes depois de ter as sezões pela primeira vez deitou sangue pela bocca; nunca, porém, lhe doeu o peito.

E' muito achacado ao rheumatismo, tendo sentido por varias vezes dôres nas articulações do joelho e braço. E' um constipado habitual.

Antecedentes hereditarios

Conheceu o avô paterno que era muito saudavel; morreu de 104 annos de idade.

Seu pae padecia do rheumatismo e morreu de idade avançada.

Sua mãe era muito saudavel, morreu de 70 annos de idade. Tem 7 filhos vivos; quasi todos se queixam de rheumatismo.

Morreram 3; dous, gemeos, poucos dias depois do nascimento; outro, de 7 annos de idade.

Não pude averiguar a causa da sua morte.

Diagnostico, prognostico e tratamento

O Ex^{mo} professor de clinica-cirurgica Dr. Roberto Frias, tendo procedido á laparotomia exploradora, fez o diagnostico seguinte:

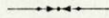
Neoplasma maligno peri-renal (esquerdo)

Prognostico — Fatal.

Tratamento — E' inoperavel por causa das adherencias com os orgãos visinhos e generalisação aos ganglios axilares.



SEGUNDA PARTE



Neoplasmas peri-renaes

CAPITULO I

Noções geraes

São neoplasmas que se desenvolvem nos tecidos visinhos do rim: capsula fibrosa, ou gordurosa, tecido cellular retro-peritoneal, ganglios lombares, etc.

Estes neoplasmas só teem de commum entre si, desenvolverem-se á volta do rim.

Revestem como caracter clinico geral o dos tumores renaes e teem como caracter anatomico a sua origem na capsula fibrosa ou adiposa da athmosphera peri-renal; isto é, são geralmente de ordem conjunctiva.

O seu prognostico depende da variedade.

O rim, quasi sempre normal na sua estru-

ctura, encontra-se englobado no néoplasma, algumas vezes deslocado ou deformado, e occupando quer o centro quer a periphéria do tumor servindo-lhe de pediculo.

No nosso caso clinico, o rim não se encontrava completamente cercado pelo tumor, a sua face posterior era perfeitamente accessivel.

Estas especies de tumores, muitissimo raros e de um diagnostico por vezes difficillimo, podem, graças ao seu enorme desenvolvimento, simular diferentes tumores abdominaes, particularmente os tumores do rim, do baço, e do ovario.

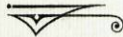
Geralmente os neoplasmas peri-renaes não contraem adherencias com os diferentes órgãos da cavidade abdominal; comtudo tem-se notado, muito raras vezes, adherencias com o intestino, os grossos vasos do abdomeu ou com a columna vertebral.

Um tumor, que Gourand apresentou á *Société Anatomique*, era adherente ao quadrado dos lombos e ao psoas iliaco.

Os tumores peri-renaes são unilateraes; casos ha, comtudo, em que se tem operado um duplo tumor peri-renal. (Spencer Wells).

Os mais frequentes são: os sarcomas e suas variedades, os lipomas e os fibro-lipomas. Casos ha em que o exame histologico demonstrou tratar-se de tumores mixtos: myo-fibromas, fibro-myo-osteosarcomas. Estes tumores encontram-se de preferencia nas creanças o que quadra bem com a hypothese geralmente admittida que são tumores desenvolvidos á custa de elementos embryonarios aberrantes. O seu aspecto clinico é o dos sarcomas.

Os tumores peri-renaes são mais frequentes na mulher que no homem e desenvolvem-se de preferencia entre 30 e 50 annos. A sua evolução não tem nada de particular; está subordinada á natureza do tumor.



CAPITULO II

Anatomia pathologica

Estes tumores pertencem á serie conjunctiva: sarcomas, mixomas, fibromyomas, lipomas, algumas vezes tumores mixtos, excepcionalmente kistos serosos, sanguineos, etc., ainda mal definidos.

Mixomas. — O mixoma puro é raro; apenas se conhece um caso citado por Lotheissen em 1896; a massa tumoral independente do rim, residia entre este e a capsula supra-renal.

Os mixo-sarcomas encontram-se mais vezes.

Lipomas. — Os lipomas ou fibro-lipomas são mais frequentes.

Nascem na capsula gordurosa e podem estender-se até ao rim, comportando-se em face de este órgão de maneiras diferentes.

A principio independentes do rim, que elles recalcam simplesmente, podem, em certos casos, engloba-lo ou adherir-lhe ligeiramente; algumas vezes infiltram-se no rim e substituem-se ao parenchyma renal.

O seu volume é por vezes enorme, cabeça de creança ou de adulto, e o seu peso consideravel, 4 kilog., 7 kilog., 11 kilog.; podem encher por completo o abdómen, e como são ordinariamente fluctuantes, ligeiramente lobulados, comprehende-se que elles tenham podido ser confundidos com producções ovariicas.

Convém fazer uma divisão entre lipoma verdadeiro e a perinephrite fibro-lipomatosa de Godard.

N'estes casos trata-se de neoplasmas desenvolvidos á volta de um rim infectado (pyelonephrite).

Estas producções são analogas ás periadenites.

Podem tornar-se enormes e encher o abdomen.

Tuffier viu algumas que tinham o volume de uma cabeça de feto e que continham no seu interior um pequeno abcesso renal.

Estas massas lobuladas são mais duras e diffusas que o lipoma classico.

N'um caso de Thiriar o tumor pesava 11 kilogr.

O que é interessante é que o proprio rim póde ser degenerado, invadido pela gordura e o ponto de partida infeccioso póde então passar despercebido.

Fibromas. — Os fibromas ou fibro-myomas são producções desenvolvidas á custa da capsula propria do rim que contém normalmente fibras musculares lisas.

Nas autopsias, encontram-se algumas vezes pequenos fibromas sem importancia, do volume de uma ervilha.

Estes neoplasmas só adquirem valor cirurgico pelo seu volume. Jeanel cita um exemplar que pesava 2500 gr.

A estructura d'estes tumores é a dos fibro-

myomas uterinos, com desenvolvimento venoso consideravel; como estes ultimos, evoluem lentamente e podem apresentar degenerescencias kisticas.

Sarcomas. — São tão frequentes como os fibromas.

Nascem muito frequentemente da capsula propria do rim, mas podem ter origem em qualquer dos elementos que formam a atmospheria peri-renal.

Podem adquirir um volume enorme, 18, 35 libras.

Os seus elementos mais vivazes e mais invasores que os dos fibromas, podem penetrar no rim, nos musculos e nas aponevroses da visinhança e comportar-se como verdadeiros tumores malignos.

Os elementos constituitivos do sarcoma são ora puros, ora associados ao fibroma, ou ao mixoma.

Estes tumores podem ser muito vascularizados; Jeane et Gould citam um exemplo de sarcoma telangiectasico da região renal, secundario a um tumor do testiculo extirpado 8 mezes antes.

Tumores mixtos. — Os tumores mixtos foram estudados principalmente por Martha Wollstein, em 1893 e O. Hildebrand em 1895.

São rhabdo-myo-sarcomas, ou fibro-myo-osteo-sarcomas que se encontram aqui como na parotida, ovario e testículo.

Encontram-se de preferencia nas creanças. O seu aspecto clinico é o dos sarcomas.

Kistos. — Os kistos são de ordem muito differente:

Kistos urinosos de origem traumatica. — Devidos á ruptura do uretere ou do bassinete.

Podem persistir por muito tempo e conter urina ou uma mistura uro-hematica.

Kistos hydaticos. — Tuffier cita dous casos, desenvolvidos: um na athmosphera retro-renal, que tinha repellido o rim; o outro, ao nivel da capsula supra-renal entre o seu bordo inferior e o rim.

Kistos serosos ou sero-sanguineos. — A sua origem e natureza são absolutamente desconhecidas.

Em resumo: os tumores peri-renaes nascem as mais das vezes da capsula propria ou do envolucro adiposo do rim; podem adquirir um enorme volume, mas um facto sobre o qual deve incidir a nossa attenção é que o rim escapa quasi sempre á invasão, sendo as mais das vezes recalçado ou englobado, sem ser directamente attingido.



CAPITULO III

Symptomatologia

Para facilidade de descripção, adoptaremos a divisão classica em symptomas phisicos, funcionaes e geraes.

Signaes phisicos

Tumor. — O principio da sua evolução é sempre insidioso.

O tumor, seja qual fôr a sua natureza, é absolutamente indolôr e produz poucos ou nenhuns symptomas funcionaes capazes de despertar a attenção dos doentes.

Quasi sempre estes dirigem-se ao medico, queixando-se d'uma doença muito differente do seu tumor de flanco.

Um doente citado por Galimir, queixava-se de constipação sem ter conhecimento do enorme tumor que apresentava no seu flanco esquerdo.

Um doente de Elliott, queixava-se de uma phlebite, e foi só durante o exame, que Elliott descobriu um tumor do flanco direito, que a principio julgou provir do figado.

Outras vezes, os doentes reclamam os socorros da medicina, porque soffrem de dôres lombares, ou abdominaes, sem saber que são portadores de tumores por vezes muito consideraveis.

O nosso doente estava n'este caso; apresentou-se á consulta, queixando-se sobretudo de dôres lombares com irradiações para os flancos e região hypogastrica, sem ao de leve suspeitar, do grande tumor que occupava o seu flanco esquerdo.

Reconhecido o tumor abdominal, os seus caracteres são os seguintes:

Inspeção. — O tumor occupa um dos flancos, estendendo-se geralmente das falsas costellas até á fossa iliaca que elle enche.

O seu eixo maior é dirigido verticalmente.

O abdomen, visto de face, está como dividido em duas partes: uma metade achatada, mas não deprimida, a outra metade levantada pelo tumor.

Pela inspeção da região lombar nota-se que ella é asymetrica; a parte correspondente ao tumor é mais elevada.

E' evidente, que o aspecto do ventre não será o mesmo no caso em que o tumor tome taes proporções que encha toda a cavidade abdominal.

A localisação do tumor n'um dos flancos não é absoluta. Se elle é muito movel póde deslocar-se para o epigastro, como já aconteceu n'um caso, e simular perfeitamente um tumor do figado.

N'um outro caso, o tumor residia no baixo-ventre e simulava um tumor do utero ou dos annexos.

Estes casos são excepçionaes.

Diremos pois, quando um tumor peri-re-

nal, nasce n'um dos flancos, na região renal propriamente dita, é ahí que elle se desenvolve, podendo em seguida, graças ao seu crescimento, ganhar todos os pontos da cavidade abdominal.

Um exame minucioso feito ao nosso doente, e por varias vezes, não nos revelou nenhum signal, dos que a inspecção costuma fornecer em taes casos, pelo qual poderemos suspeitar da existencia d'um tumor peri-renal.

Palpação. — O tumor peri-renal apresenta-se á palpação, debaixo da fórma de um tumor bastante regular, liso, sem saliencias nem depressões.

O tumor citado por Elliott apresentava bosseladuras á sua superficie.

A sua consistencia é de ordinario bastante firme.

Não é a mesma consistencia que se sente quando se palpa um lipoma ou fibro-lipoma.

N'este caso, sente-se um tumor molle, apresentando uma falsa fluctuação que os tem feito confundir com tumores liquidos. Assim, Thiriar (Bruxellas), extirpou um fibro-lipoma

para-nephretico, julgando intervir para um kisto multiloculor do ovario.

Este erro tem sido commettido por outros cirurgiões.

Se tentarmos imprimir ao tumor alguns movimentos, estes são, quando o tumor não é muito volumoso, muito limitados e no sentido lateral. Galimir diz: que uma só vez um tumor peri-renal de volume medio era de tal maneira movel que se julgou estar em presença d'um rim fluctuante.

D'uma maneira geral póde dizer-se, que os lipomas são mais moveis que as outras variedades de tumores.

Quando o tumor é bastante volumoso, torna-se absolutamente fixo e não segue os movimentos do diaphragma, este é um caracter de grande valôr para o diagnostico.

O *ballotement* propriamente dito falta no caso de tumor peri-renal, signal negativo d'um certo valôr.

Fazendo deslizar a pelle, que não é adherente, sobre o tumor sente-se em certos pontos uma especie de crepitação ou de fremito muito particular.

Comprehende-se facilmente que a palpa-

ção não dará resultado algum no caso d'um tumor enorme enchendo toda a cavidade abdominal.

O caso de Spencor Wells é interessante debaixo d'este ponto de vista: uma mulher de 30 annos apresentou-se-lhe com um enorme tumor, que enchia todo o ventre. Foi-lhe absolutamente impossivel, apesar d'um exame minucioso, precisar a que orgão da cavidade abdominal pertencia o tumor.

Feita a autopsia, encontrou um tumor, que pesava 84 arrateis, adherente ao figado, ao colon, e sobretudo ao rim.

Por uma dissecção minuciosa pôde destacar o rim intacto.

Segundo Wilson Fox, que fez o seu exame histologico, tratava-se d'um tumor fibro-plastico que provavelmente tinha nascido no revestimento serôso do rim.

Quasi sempre o tumor peri-renal encontra-se directamente debaixo da pelle sem lhe adherir.

N'alguns casos, porém, sente-se entre a pelle e o tumor um cordão achatado, formado pelo intestino grosso vasio.

Pela leitura da nossa observação vê-se que o nosso doente, apesar do grande tumor que apresentava na região peri-renal esquerda, não forneceu á palpação nenhum symptoma pelo qual podessemos estabelecer um diagnostico preciso.

Percussão. — A percussão dá som basso em toda a extensão do tumor. A região lombar do lado doente é tambem bassa, character distinctivo dos tumores do baço.

Heyder notou, um som tympanico no epigastro.

Paquet reconheceu, no seu doente, uma zona de sonoridade de cima para baixo sobre a parte lateral esquerda do abdomen.

No nosso doente, a percussão não forneceu nada de anormal.

Symptomas devidos á compressão dos orgãos intra-abdominaes

Varicocelo symptomatico. — Descripto pelo professor Guyon para os tumores do rim.

E' muito dolorôso e, ás vezes, d'um volume consideravel.

Não o encontramos no nosso doente.

Ascite. — Em alguns casos tem-se notado um leve derrame no peritoneo. A ascite nunca tem sido bastante abundante para poder ser diagnosticada durante a vida; ordinariamente falta por completo, como aconteceu no nosso doente.

Circulação venosa complementar. ---
Não apresenta nada de particular.

No nosso doente não havia.

Edema dos membros inferiores. — Aparece tardiamente, no ultimo periodo da doença, e começa habitualmente pelo membro do lado doente para ganhar o outro em seguida.

Ha casos, porém, em que apesar da circulação venosa se achar compromettida o edema dos membros inferiores não apparece, como aconteceu com o doente de Elliott.

O nosso doente não apresentou este symptoma.

Compressão da bexiga. — Dysuria, pollakiuria, dôres irradiando ao longo da uretra até á glande.

Retenção e incontinencia de urinas.

O nosso doente tinha pollakiuria que, naturalmente, era devida á compressão da bexiga pelo tumor, porém, não apresentava nenhum dos outros symptomas innumerados acima.

Compressão do recto. — Constipação pertinaz que pôde apparecer antes de outro qualquer symptoma de compressão.

Se o tumor adhire ao intestino, pôde haver diarrhéa que fatiga muito os doentes.

O nosso doente era um constipado habitual.

Deslocamento de orgãos. — Quando o tumor peri-renal é bastante volumoso, desloca os orgãos com os quaes se acha em contacto.

E' frequente encontrar o baço deslocado se o tumor reside á esquerda.

A autopsia feita ao doente que Galimir observou, demonstrou que o baço se encontrava applicado contra a face inferior do diaphragma.

O figado póde tambem ser recalçado, para cima, pelo tumor.

O intestino grosso é sempre deslocado, quer para o epigastro, quer para a outra metade do abdomen; mas raras vezes se colloca adeante do tumor como acontece na maior parte dos neoplasmas abdominaes.

Na mulher, Heyder encontrou o utero em anteflexão, em retroversão, um prolapso moderado da parede anterior da vagina prolapso da parede posterior com rectocelo.

Terminaremos os symptomas physicos dos tumores peri-renaes, pelo exame das urinas.

Este exame deve ser feito diariamente e tão completo quanto possivel.

As urinas dos doentes portadores de tumores peri-renaes são sempre normaes em qualidade e em quantidade.

Nunca se tem encontrado albumina, glu-

coese, globulos brancos ou de pus, globulos vermelhos, nem qualquer outro elemento figurado.

E' um symptoma negativo de grande valor.

Não podemos dizer o mesmo no nosso caso clinico.

As urinas do nosso doente não eram normaes nem como qualidade, nem como quantidade.

Nos sedimentos das urinas de cada rim, recolhidas em separado, havia abundancia de globulos rubros, corados e bem conservados, alguns leucocytos, uma ou outra cellula epithelial e na urina do rim esquerdo, um unico cylindro finissimamente hyalino; ainda mais; as conclusões da analyse do dia 27 de janeiro (urina de 24 horas) foram as seguintes:

Diminuição geral de excreção, com retenção de productos de desassimillação incompleta; phosphaturia leve com documento de atonia hepatica, e comtudo o nosso doente era portador de um neoplasma peri-renal, como ficou plenamente demonstrado pela laparotomia exploradora.

Signaes fnnccionaes

Dôr. — E' um signal que apparece tardiamente, em geral no ultimo periodo da doença.

A dôr, quando apparece, apresenta alguns caracteres que lhe são proprios:

Localisa-se na região lombar, d'um só lado, ou dos dous lados; d'ahi, erradia para o abdomen, virilhas e sobretudo ao longo do membro inferior do lado em que reside o tumor.

E' uma dôr surda, pungitiva, continua, calmada ou exagerada pelos differentes movimentos.

A dôr, no nosso doente, apresentava quasi os mesmos caracteres.

Compressão nervosa. — O tumor perirenal póde comprimir os plexos lombar e sagrado, produzindo dôres violentas nos rins e membros inferiores.

Póde-se observar differentes zonas de anesthesia, nas coxas, pernas, etc.

No nosso doente não observamos taes zonas de anesthesia.

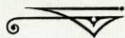
Symptomas geraes

Os tumores peri-renaes podem evolucionar durante um certo tempo, sem que o estado geral do doente seja manifestamente attingido.

Não ha anorexia; o emmagrecimento é nullo ou pouco accentuado.

Mas a partir d'um certo momento, quando o tumor é bastante volumoso, o quadro torna-se sombrio: o emmagrecimento, a perda de forças, tornam-se consideraveis, o appetite desaparece pouco a pouco e os doentes succumbem aos progressos da cachexia.

Se se trata de lipomas ou fibro-lipomas, a evolução é muito lenta e o estado geral não é perturbado; a ablação d'estes tumores póde ser seguida d'uma cura duravel e perfeita.



CAPITULO IV

Diagnostico

Em face d'um doente, que se apresente com um neoplasma abdominal tendo todos os caracteres que nós acabamos de descrever, o diagnostico de tumor peri-renal será mais que uma presumpção; tornar-se-ha uma probabilidade depois de termos eliminado, um por um, todos os outros tumores abdominaes capazes de o simular.

Como chegaremos a esse resultado?

E' o que nós propomos estudar n'este capitulo.

Os tumores da parede abdominal são raros e faceis de eliminar empregando o processo

do prof. Tillaux, que consiste em marcar com um lapis dermographico e ponto culminante do tumor; depois, fazer executar ao doente, algumas inspirações forçadas.

Se o tumor é da parede abdominal, o traço marcado pelo lapis e o ponto culminante do neoplasma ficam fixos; se o não é, variam nas suas relações.

As mais das vezes, a palpação é bastante para o diagnostico.

Reconhecer-se-ha então que o tumor é da parede abdominal, se elle fôr movel quando os musculos rectos do abdomen estiverem relaxados, e fixo quando estes se acharem contrahidos.

Tumores do rim

Varios cirurgiões teem commettido o erro de confundir um tumor renal com um tumor peri-renal.

Julgando extirpar um rim neoplasico, durante a intervenção, constataram que o rim, perfeitamente normal, se achava englobado por um tumor, que tinha nascido em torno d'elle.

Sarcoma do rim. — Ordinariamente de pequeno volume pôde entretanto simular um tumor peri-renal, quando apresenta grandes dimensões.

Os caracteres differenciaes são os seguintes:

No caso de sarcoma renal tem-se notado, algumas vezes, *hematurias*.

O tumor renal é absolutamente fixo e não obedece aos movimentos respiratorios.

A sua *marcha é rápida*, o que faz com que em alguns mezes tome dimensões consideraveis.

Emfim, o sarcoma renal apparece na infancia, quasi sempre antes dos 5 annos.

A *idade do doente* apresenta, n'este caso, um grande interesse.

Cancro do rim. — Não é na dôr que se deve procurar um elemento de diagnostico.

Esta pôde faltar, e quando existe não tem nada de particular.

A *alteração das urinas* é da maior importancia n'esta especie de tumores.

O cancro do rim occasiona, desde o principio, perturbações na secreção urinaria.

A *hematuria* constitue um symptoma de grande valor, sobretudo quando se apresenta com os seus tres caracteres proprios:

1.º Ser absolutamente espontanea.

2.º Não ser modificada pelo repouso ou pelo movimento.

3.º Ser acompanhada de pseudo-colicas nephreticas, resultantes da expulsão, pelas urinas, de longos coagulos cylindricos.

Ordinariamente, o cancro renal não toma dimensões tão consideraveis que chegue a encher a metade ou a totalidade da cavidade abdominal, como acontece com os tumores peri-renaes.

Quando se desenvolve á esquerda, as circumvoluções intestinaes collocam-se entre o tumor e a parede abdominal.

O cecum e a parte inferior do colon ascendente, caminham transversalmente adeante do tumor.

Quando o rim direito é invadido pelo neoplasma, este acha-se geralmente separado da parede abdominal pelo colon descendente.

Ebstein attribue uma grande importancia a este deslocamento do intestino.

O cancro do rim é mais frequente no homem que na mulher.

O contrario acontece com os tumores perirenaes.

Kisto hydatico do rim. — O kisto echinococo do rim quando é volumoso, produz sensação de pezo na região lombar.

Pela palpação methodica, póde sentir-se um tumor mais ou menos espherico, renitente e em certos casos, o fremito hydatico, signal de grande valôr.

A duresa do tumor kistico póde ser sufficiente para que se confunda com um tumor solido extra-renal.

N'este caso, uma palpação paciente poderá dar-nos a sensação d'uma massa que não é homogenea; ao lado d'uma parte dura, lembrando vagamente o rim, póde sentir-se outras nitidamente fluctuantes.

A constatação do intestino adiante do tumor será d'um certo valôr.

Emfim, a abertura do kisto nas vias urinaes ou n'um orgão da visinhança, tirará todas as duvidas.

Terminaremos o diagnostico com os tumo-

res renaes, dizendo algumas palavras sobre o *rim fluctuante* que póde simular um pequeno tumor peri-renal, d'uma mobilidade insolita.

O erro tem sido commettido.

O rim fluctuante está, quasi sempre, cercado d'um certo numero de ansas intestinaes; assim, a percussão a este nivel, dará um som tympanico.

Apresenta-se á exploração debaixo da fórma de um tumor liso, resistente, tendo mais ou menos a fórma do rim.

O rim movel acompanha-se geralmente de dôres (na mulher no momento das regras), de perturbações gastricas e nervosas.

E' possivel a redução do rim fluctuante para dentro da sua loja.

Emfim, Trousseau liga uma grande importancia a uma sensação dolorosa muito especial, acompanhada de nauseas, desenvolvida pela palpação do rim fluctuante.

Tumores do ovario

E' evidente, que não se poderá confundir um pequeno tumor peri-renal, com um tumor

do ovario no seu primeiro periodo; um, desenvolve-se no flanco e é inacessivel á exploração vaginal; o outro, desenvolve-se na cavidade pelvica e póde sentir-se n'um dos fundos de sacco vaginaes.

A confusão tem-se dado, no caso de tratar-se d'um tumor peri-renal de volume bastante consideravel e que apresente quasi todos os caracteres d'um tumor ovarico no seu ultimo periodo.

Vejamos quaes são os symptomas proprios dos tumores do ovario e que não se encontram quasi nunca nos casos de tumor peri-renal.

Tumores solidos do ovario. — N'estes casos, a evolução da doença póde fornecer-nos alguma luz sobre o diagnostico.

Ordinariamente, a doente conta que no principio da sua doença soffria de dôres agudas no baixo-ventre, nas virilhas, no perineo, que tinha perturbações menstruaes, particularmente dysmenorrhêa, perturbações da micção e da defecação, e que de repente todos estes symptomas diminuíram ou desapareceram.

A exploração vaginal constata uma eleva-

ção do utero (arrastado pelo tumor), e não é raro encontrar um desvio lateral em virtude do qual o focinho de tenca se dirige para o lado em que reside o tumor.

Pelo toque, combinado com a palpação abdominal, podemos agarrar o tumor e sentir que elle depende do ovario; emquanto que, se se tratar d'um tumor peri-renal, o toque não dará resultado, senão nos casos de tumor bastante volumoso; por elle se reconhece que os annexos do utero estão livres, sem conexão com o neoplasma.

Os tumores do ovario acompanham-se de dôres profundas; n'outros casos, apparecem accidentes peritoneaes (febre, vomitos, pequenez e frequencia de pulso, alterações das feições, etc.), accidentes que não se encontram nunca nos tumores peri-renaes.

Kistos do ovario. — Da mesma maneira que para os tumores solidos do ovario, a difficuldade do diagnostico principia, quando o kisto adquire um certo volume e se torna um tumor francamente abdominal.

Os symptomas funcionaes são, muitas vezes, os mesmos que os dos tumores peri-renaes.

Se interrogarmos a doente sobre o modo de desenvolvimento do seu tumor, contar-nos-ha que a principio, elle residia n'uma das fossas iliacas, d'onde, pouco a pouco, ganhou a linha media, elevando-se para o umbigo. Já vimos que o modo de crescimento d'um tumor peri-renal não é o mesmo; apparece no flanco, d'ahi, estende-se para cima até debaixo das falsas costellas, e para baixo até á fossa iliaca.

Um dos primeiros symptomas dos kistos ovaricos é a *dôr*.

As doentes contam que no principio da sua affecção soffreram, de dôres surdas, d'um incommodo, d'um peso, ou d'uma especie de *tiraillement* nos rins e no dorso, algumas vezes apresentam os symptomas da hysteria.

Os tumores peri-renaes, a principio, são indolôres.

Pelo exame directo constatamos que o ventre tem uma fórma mais ou menos globulosa, occupando geralmente a linha media.

Pela palpação podemos sentir uma fluctuação nitida (se o kisto é unilocular e a bolsa não muito destendida). A percussão mostranos que os flancos são ordinariamente sono-

ros, contrariamente ao que se dá no caso de tumor peri-renal, em que o flanco do lado doente é sempre baixo, e este som baixo estende-se, as mais das vezes, para traz até á columna vertebral.

Galimir notou algumas modificações e deslocamentos do lado dos órgãos genitales internos, produzidos por um enorme tumor peri-renal, modificações constatadas pelo toque vaginal; este, será muitas vezes negativo no caso de kisto do ovario, porque o tumor elevando-se para a cavidade abdominal arrasta comsigo o utero e annexos.

Tem-se notado tambem perturbações menstruaes, modificações da urina (diminuição da quantidade, presença de albumina), sopros, ruidos hydro-aericos que segundo Bacelli são característicos dos kistos do ovario.

A apparição d'uma complicação: inflamação do kisto, peritonite, ruptura do kisto, tirará todas as duvidas.

Emfim, nos casos muito difficéis recorrer-se-ha á laparotomia exploradora.

Tumores do mesenterio

Estes tumores caracterizam-se, muitas vezes, pela ausencia de dôres e pelas poucas perturbações funcçionaes que occasionam, apesar do seu volume, por vezes, excessivo.

Comtudo, differem dos tumores peri-re-naes, por alguns caracteres que é importante conhecer.

Os doentes portadores d'um tumor do mesenterio, tem conhecimento do seu mal, ora, pela constatação accidental d'um tumor, ora, por sensações dolorosas.

Os caracteres proprios d'um tumor do mesenterio são os seguintes:

I— *Apparece*, geralmente, ao nivel do umbigo, quasi sempre do lado direito.

Deve inquirir-se com todo o cuidado, qual o logar em que o tumor appareceu a principio, porque no momento em que o paciente procura o cirurgião o neoplasma tem, geralmente, crescido tanto que é impossivel dicidir qual a sua situação inicial, perdendo-se, assim, um dado importante para o diagnostico.

II — A *mobilidade* do tumor constitue um signal de grande valor.

Move-se em todos os sentidos, mas principalmente no sentido lateral.

Nos tumores peri-renaes, os movimentos são muito menos intensos e não se fazem em todos os sentidos.

III — Tillaux considera como signal quasi constante, uma *sonoridade adeante do tumor*, produzida pelas ansas intestinas interpostas entre o neoplasma e a parede abdominal.

IV — A *dôr* signal negativo nos tumores peri-renaes em começo, é muitas vezes, o phenomeno inicial nos tumores do mesenterio.

Algumas vezes, o doente localisa a dôr ao nivel do umbigo ou na sua visinhança, outras vezes, no epigastro ou na fossa iliaca.

V — O *aspecto do ventre*, uniformemente desenvolvido na sua parte media, ou piriforme (lipomas), pleitará em favor d'um tumor mesenterico.

Segundo Tillaux, um tumor intra-abdominal será considerado como pertencendo ao mesenterio, quando apresentar os tres symptomas seguintes :

- a) Grande mobilidade em todos os sentidos.
- b) Situação sobre a linha media.

c) Zona de sonoridade á percussão, adeante do tumor.

Ainda que estes caracteres não sejam d'um valor absoluto debaixo do ponto de vista clinico; são apezar disso, d'uma grande utilidade para o diagnostico, porque nunca se encontram reunidos nos tumores peri-renaes.

Tumores do baço

Incontestavelmente, o diagnostico entre um tumor peri-renal e um tumor do baço é dos mais difficeis.

O modo de desenvolvimento d'um tumor splenico, a sua localisação, os phenomenos physicos ou funcionaes que elle apresenta, são de tal maneira identicos aos do tumor peri-renal, que o diagnostico parece, á primeira vista, impossivel.

Comtudo, o exame attento e minucioso de cada um dos seus symptomas, acabará por nos dar alguns caracteres distintivos e proprios dos tumores do baço, que nós procuraremos apresentar n'este capitulo.

Cancro do baço. — Como nos tumores peri-renaes, a dôr póde, a principio ser nulla; mas, quando apparece, n'um certo periodo da doença, localisa-se no hypochondrio esquerdo, d'ahi irradia em todos os sentidos, ou para a espadua esquerda; não é continua, sobrevem por crises.

Lembraremos de novo os caracteres da dôr produzida por um tumor peri-renal no seu ultimo periodo; ella é lombar, com irradiações para o lado do abdomen e ao longo do membro inferior do lado direito.

O tumor póde ser apreciado pelo proprio doente, que tem uma sensação de pezo muito especial.

A inspecção mostra-nos um arqueamento do flanco, *sem haver deformação da região lombar correspondente.*

Pela palpação póde sentir-se bosseladuras e desigualdades á sua superficie, e que o tumor tem approximadamente a fórma do baço.

Além d'isso, os bordos do tumor não são parallelos, circumscrevem uma ellipse de eixo maior obliquo para baixo e para dentro.

A percussão da região lombar dá uma

sonoridade normal; este signal é d'um grande valôr, porque, como já vimos, esta região é absolutamente bassa, e pôde mesmo estar deformada no caso de tumor peri-renal.

Os signaes funcionaes dos tumores perirenaes faltam durante um periodo bastante longo da sua evolução.

No cancro do baço, pelo contrario, tem-se notado: hemorragias (pelo nariz, intestino, etc.), dyspepsia, diarrhêa, emmagrecimento rapido, côr amarello-palha.

Emfim, a inflamação do orgão pôde pagar-se ao peritoneo visinho e produzir a peritonite aguda ou chronica, accidente que nunca se tem observado nos casos de tumor peri-renal.

Outros tumores do baço. — Passaremos rapidamente sobre o diagnostico da *hypertrophia do baço* devida ao impaludismo ou á lymphadenia; os antecedentes do doente e o exame do sangue bastam geralmente.

Diremos algumas palavras sobre a *splenomegalia primitiva de Debove*.

O baço apresenta-se, n'este caso, debaixo da fórma d'um tumor occupando todo o flanco

esquerdo, e que pôde, pelos seus caracteres phisicos, simular um tumor peri-renal.

Pelo exame do sangue, vê-se que ha uma diminuição consideravel dos globulos vermelhos, 2 a 3 milhões.

O valor globular é abaixado. Não ha augmento de leucocyts, que são volumosos e de grandes nucleos.

Encontra-se a hypertrophia concumitante do figado.

Tem-se notado, além d'isso, perturbações digestivas, diarrhéa, constipação, polyuria e oliguria.

Tumores do figado

Os tumores do figado e da vesicula biliar pôdem ser confundidos com os tumores perirenaes.

Comtudo, alguns caracteres, taes como: a sua continuidade com a glandula hepatica, a ausencia de sonoridade anterior, a ausencia habitual de *ballotement*, juntamente com as perturbações funcçionaes que os acompanham, permitem que em certos casos os possamos reconhecer.

Mas, não devemos esquecer-nos que estes caracteres podem faltar.

Não raras vezes se tem visto, um neoplasma hepatico ou uma visicula biliar dar *ballotement* e certos lobulos hepaticos fluctuantes do figado, simular um tumor tendo o aspecto e as connexões do rim (Cestan).

O nosso doente tinha dôres na região lombar (lado esquerdo) com irradiações para o flanco do mesmo lado e região hypogastrica acompanhadas de retracção do testiculo e polakiuria.

Pela sua historia pessoal e hereditaria, vê-se que o rheumatismo é a doença predominante na familia.

Não ha duvida de que se trata d'uma familia de arthriticos.

O arthritismo não se poderia ter manifestado n'este doente debaixo da fórma de *lithiase renal*?

As dôres não seriam produzidas pela *emigração d'um calculo atravez do uretere*?

Foram estas as primeiras interrogações que surgiram no nosso espirito.

Procuramos se na urina do doente existiam areias, porém, nada encontramos.

Immediatamente pedimos para o Laboratorio Nobre a analyse da urina do doente, a qual não nos forneceu dados pelos quaes possessemos sustentar o nosso diagnostico provisório.

Tratar-se-ha d'um calculo immobilizado nos calices ou no bassinete?

A radioscopia a que então se recorreu, em nada nos esclareceu relativamente á existencia de corpo extranho no rim.

Mostrou-nos a metade esquerda do diaphragma repellida para cima por uma massa escura e immobilizada.

Attingia a altura da 7.^a costella.

A ideia de que se tratava d'um calculo immobilizado, cahiu por terra, desde que pela separação da urina dos dous rins, se viu que elles funcionavam regularmente.

Não se tratava positivamente d'uma colica nephretica calculosa.

Tuffier demonstrou, que póde haver accesos graves de colicas nephreticas, (pseudo-colicas nephreticas) sem lithiase renal e mesmo sem lesão apreciavel do rim ou do uretere.

Segundo existe ou não obstaculo, ao curso da urina no uretere, agrupa elle estes factos em duas cathogorias :

Na primeira, entram todas as lesões capazes de produzir uma obstrucção brusca e total do uretere com distensão do bassinete e do rim.

Na segunda cathogoria Tuffier faz entrar as pseudo-colicas nephreticas, nas quaes não existe nem causa, nem signal algum de obstrucção do uretere.

Talvez que estas fórmulas sejam devidas á congestão do rim consecutiva a uma inflexão da veia renal.

Pela palpação bi-manual, não encontramos tumefacção alguma na região lombar ; o contrario aconteceria se se tratasse d'uma hydro-nephrose, pois n'este caso, a distensão do rim traria um augmento do volume bastante pronunciado para que elle, excedendo as falsas costellas, fosse accessivel á palpação.

A separação da urina dos dous rins, veio provar-nos, que não havia obstrucção dos ureteres.

Restam-nos as pseudo-colicas nephreticas, nas quaes não existe, nem causa, nem signal algum de obstrucção do uretere.

O nosso caso talvez deva entrar n'esta categoria.

Tratar-se-ha d'um caso de tuberculose renal?

Clinicamente não encontramos symptoma algum que nos levasse a esse diagnostico.

O exame microscopico do sedimento da urina do rim esquerdo, deu resultado negativo relativamente á existencia do bacillo de Koch.

O exame cryoscopico da urina, veio provar-nos que a permeabilidade renal não está comprometida.

O contrario aconteceria se se tratasse d'um rim affectado de tuberculose.

Tratar-se-ha d'uma inflamação peri-renal?

A analyse do sangue extrahida da polpa do indicador do doente, mostra-nos que não ha leucocytose.

Tratar-se-ha d'um tumor renal?

A analyse da urina do rim esquerdo, nada nos forneceu de concludente para este diagnostico. Deu o resultado seguinte:

«Não se encontram cellulas cancerosas, mas apenas uma ou outra cellula atypica, sem semeiologia precisa».

Com o fim de investigar da existencia de

cellulas carcinomatosas, ou elementos neoplasicos, foi feita uma punção na região lombar, afim de colher sangue para a analyse.

O resultado d'essa analyse foi o seguinte :

« A amostra de sangue (já coagulado) não revelou com evidencia a presença de cellulas carcinomatosas ou elementos neoplasicos ».

Comtudo, a existencia d'uma tumefacção ganglionar em massa, dos ganglios axillares esquerdos e que só se manifestou no dia 13 de Fevereiro, veio trazer-nos a suspeita de que se tratava d'um neoplasma, suspeita que se tornou certeza, desde que se procedeu á laparotomia exploradora.

Viu-se, com effeito, que se tratava d'um *neoplasma maligno peri-renal esquerdo*.



CAPITULO V

Prognostico

O prognostico dos tumores peri-renaes, como de resto o de todos os tumores, depende da variedade.

Gravissimo nos casos de sarcoma, é relativamente benigno nos casos de lipoma e fibrolipoma, em que a ablação do neoplasma é, quasi sempre, seguida d'uma cura perfeita e duravel.



CAPITULO VI

Tratamento

O tratamento dos tumores peri-renaes é exclusivamente cirurgico.

Consiste na extirpação do neoplasma, com ou sem nephrectomia.

Os lipomas só necessitam tratamento activo quando o seu volume incommoda, e n'estes casos a nephrectomia não poderá ser evitada, porque o rim, sempre doente, está perdido no tumor.

Nos sarcomas, em que é preciso talhar por largo, este mesmo sacrificio impõe-se as mais das vezes.

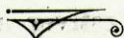
Quando o rim estiver adherente á massa

neoplasica por um dos seus polos, sem que o uretere e os vasos sejam invadidos, talvez possamos contentar-nos com uma nephrectomia parcial.

Emfim, todas as vezes que se reconheça ser possivel a conservação do rim, é necessario limitar a intervenção á extirpação do tumor.

Tal foi a conducta seguida por Jeanel, n'um caso de volumoso myoma peri-renal, que extirpou pela via transperitoneal deixando o rim intacto.

Em conclusão: Nos tumores peri-renaes, a nephrectomia, operação de necessidade, será muitas vezes exigida pelas circumstancias; póde ser que em certos casos, possamos recorrer economicamente a uma nephrectomia parcial; a extirpação da massa neoplasica com conservação do rim, operação de escolha em presença d'um tumor benigno e limitado, deverá ser tentada, todas as vezes que fôr possivel e sufficiente.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Os musculos da lingua só são distinctos na sua porção extra-lingual.

Histologia. — O globulo rubro não é uma cellula.

Physiologia. — A membrana do tympano é mais prejudicial que util.

Anatomia topographica. — O pavimento da bocca, não deve fazer parte da região supra-hyoidéa.

Pathologia geral. — A hyperleucocytose com polynucleose é essencialmente caracteristica das infecções agudas.

Materia medica. — Reprovo o emprego dos alcaloides de baixo da fôrma granular dosimetrica.

Anatomia pathologica. — A sclerose do tuberculo nem sempre é processo de cura.

Medicina operatoria. — Nas amputações da perna, devemos attender ao sexo e ás condições sociaes do doente.

Hygiene. — Para o calcetamento das ruas é preferivel a *keramite* a qualquer outro material.

Pathologia externa. — A reacção de Neisser é um elemento valioso para o diagnostico differencial entre a cystite blennorrhagica e a cystite tuberculosa.

Pathologia interna. — A reacção de Courmont é preferivel á de Chantemesse e Widal, no diagnostico precoce da febre typhoyde.

Partos. — O medico-parteiro deve ser ambi-dextro.

Medicina legal. — A presença de areia muito fina nas ultimas ramificações bronchicas, indica que o afogado cahiu vivo á agua.

Visto.

O Presidente,

Alberto d'Aguia

Póde imprimir-se.

O Director,

Moraes Caldas.

CORRECÇÕES

| Paginas | Linhas | Onde se lê: | Deve lêr-se: |
|---------|--------|--------------|----------------|
| 3 | 10 | retração | retracção |
| 12 | 22 | Albanan | Albarran |
| 27 | 6 | tumores | tumores mixtos |
| 39 | 2 | multiloculor | multilocular |
| 40 | 4 | Spencor | Spencer |
| 50 | 2 | e ponto | o ponto |
| 53 | 12 | duresa | dureza |
| 57 | 25 | destendida | distendida |
| 60 | 18 | pleitará | pleiteará |

Mais alguns erros escaparam á nossa precipitada revisão, que o leitor facilmente corrigirá.