

1053
1902
LUIZ ANTONIO DE SOUZA

N.º 8.

BREVE ESTUDO

SOBRE

A TUBERCULOSE DO RIM

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



107/8 ENC

PORTO

1902

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral.....	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Ilidio 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, doenças das mulheres do parto e dos recém-nascidos.....	Candido Augusto Correia de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica.....	Augusto Henrique 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 Junior
Pharmacia.....	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

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

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ José Dias d'Almeida Junior
	{ José Alfredo Mendes de Magalhães
Secção cirurgica.....	{ Luiz de Freitas Viegas.
	{ Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

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

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

(Regulamento da Escola de 23 de Abril de 1840, art.º 153.º).

A MEUS PAES

E

A MINHA IRMÃ

Ter-vos-hei sempre no coração.

A

D. M. M. P.

* * *

A MINHAS TIAS

A MEUS TIOS

E EM ESPECIAL A

Antonio José d'Oliveira Ferraz

Um abraço de muita amizade.

A MEUS PRIMOS

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.

Prof. A. J. Ferreira da Silva

E

Conselheiro Wenceslau de Lima

Testemunho de respeito e indelevel
gratidão.

A meus Padrinhos

AOS EX.^{mos} SNRS.

José Maria Pereira
Alfredo Ferreira de Castro
José Antonio da Fonseca Oliveira
Luiz Cardoso

E SUAS EX.^{mas} FAMILIAS

Aos meus condiscipulos

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Dr. Manoel de Castro

Dr. João Alvares C. Leal

Antonio Maria Pereira

Padre Manoel de Lacerda O. Borges

Rufino Ferreira Cardoso

Antonio Pinto de Gouvêa e Almeida

AO MEU INTIMO

Apolinario Monteiro d'Azevedo

Fomos como irmãos.

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O EX.^{mo} SNR.

Prof. Clemente Pinto

Homenagem ao seu talento e excellente
caracter.

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica

DO

PORTO

TUBERCULOSE DO RIM

Se bem que a historia da tuberculose do rim seja de data relativamente recente, tão numerosos e importantes são já os trabalhos apresentados sobre esta doença que, póde dizer-se, constitue actualmente um dos melhores capitulos estudados da pathologia renal.

Reconhecida por Bayle e Rayer, em 1841, como uma localisação especial, a tuberculose do rim foi mais tarde considerada como um episodio ou complicação da tuberculose vesical e subordinada á pathologia urinaria geral. Mas a bacterioscopia por um lado, a cystoscopia e therapeutica cirurgica por o outro, fizeram d'esta localisação tuberculosa uma entidade morbida especial que provocou uma serie de estudos clinicos sobre que assenta hoje a sua descripção completa.

A tuberculose renal póde ser d'origem des-

cedente, circulatoria, e n'este caso as granulações tuberculosas encontram-se de preferencia na substancia cortical do rim, ou *ascendente*, quando a tuberculose localisada primeiro na bexiga e nos órgãos genitales sóbe até ao rim, onde então as lesões se encontram principalmente na substancia medullar.

Dividiremos o nosso trabalho em seis capitulos:

Anatomia pathologica

Etiologia

Symptomatologia

Evolução

Diagnosticco

Tratamento.

CAPITULO I

ANATOMIA PATHOLOGICA

Como acaba de ser dito, a tuberculose do rim manifesta-se sob duas fórmas essencialmente distintas:

Uma primitiva—a tuberculose descendente; outra secundaria—a tuberculose ascendente.

A' primeira chamam tambem alguns auctores—medica ou *miliar*; á segunda, que póde tornar-se o objecto d'uma intervenção cirurgica,—*infiltração tuberculosa*.

Posto que esta divisão não seja bem nitida, attenta a possivel transformação da forma miliar na forma infiltrada, adoptal-a-hemos com-tudo para mais facilidade de descripção.

I—**Tuberculose miliar.** As granulações miliares no caso do rim medico encontram-se em geral no parenchyma das duas glandulas.

Disseminadas principalmente na substancia cortical, estas granulações de côr branco-acizentada apresentam no seu conjuncto o aspecto de estrias dirigidas da peripheria para o centro e seguindo exactamente a direcção dos vasos do rim. Cornil e Ranvier, constatando que estas localisações se faziam ao longo das arteriolas,

concluíram desde logo, que a infecção bacillar se fazia por via circulatoria. Depois Durand-Fardel e Cayla deram a prova material d'esta asserção, mostrando n'estes casos a presença do bacillo específico ao nível dos glomerulos e da sua arteria afferente.

O parenchyma renal nos seus pontos não infectados fica normal ou pouco congestionado. N'esta forma miliar o rim não é sómente o unico órgão attingido, encontram-se tambem em quasi todas as outras visceras as mesmas *poussées* de granulia. Sómente o uretère é que segundo Barthez fica quasi sempre intacto, porque em 49 casos observados por este anatomo-pathiologista, apenas uma só vez pôde verificar a infecção d'este órgão. Apontam-se, se bem que excepcionalmente, casos de granulia com predominio renal. Assim Potain refere-se na *Semaine Medicale* de 1896 (pag. 509) ao caso d'uma mulher de 26 annos com todos os symptomas d'uma nephrite epithelial aguda, que á falta d'outra causa, foi attribuida a uma bacillose pulmonar incipiente; o ponto de partida d'esta dupla lesão residia em uma salpingite tuberculosa apparentemente extincta, mas ainda assim sufficiente para produzir uma granulia de predominio renal, em consequencia da estase circulatoria produzida por uma insufficiencia mitral.

A granulia renal é em summa um epiphenomeno da infecção generalisada, que se produz por via circulatoria. Mas como já dissemos, esta tuberculose miliar pôde, passado algum tempo,

transformar-se na forma infiltrada que passamos a descrever.

II — Infiltração tuberculosa. Este typo ascendente da tuberculose renal apresenta-se sob formas macroscopicamente variadas, que pôdem existir isolada ou associadamente. Estas formas são as seguintes :

- 1.º—*Infiltração nodular com ou sem abscesso frio.*
- 2.º—*Pyelo nephrite tuberculosa*
- 3.º—*Degenerescencia massiça do rim*
- 4.º—*Hydronephrose tuberculosa*

Antes porém de passarmos á descripção de cada uma d'estas modalidades, convém dizer que na ablação do rim tuberculoso, se encontram por vezes grandes difficuldades, em virtude das adherencias solidas e numerosas que se estabelecem entre o rim e os órgãos visinhos (os ganglios lymphaticos do hilo e da região lombar, o intestino, o peritoneo, a veia cava e a aorta, para o rim direito, etc). Extirpado o rim, nota-se que o tumor formado pelas massas tuberculosas é principalmente volumoso, quando abrange o rim e a camada esclero-adiposa que o cerca.

1.º—Infiltração nodular. Esta lesão manifesta-se sob a forma de massas amarello-acizentadas, arredondadas e fazendo saliencia á superficie do rim. O rim é augmentado de volume, mas não

apresenta em geral o aspecto informe dos rins cancerosos. A sua superficie de côr pallida ou amarella e dura em alguns pontos, é lisa ou ligeiramente bossellada pela saliencia das cavernas. Por vezes mesmo, a superficie é perfurada pela abertura d'essas cavernas na atmosphera perirenal. A capsula propria do rim é espessa, esclerosada e adherente á camada cellulo-gordurosa peripherica, que toma em alguns casos uma importancia de primeira ordem.

Pela sua exuberancia, pelo seu desenvolvimento excessivo, no qual o processo escleroso e o processo adipomatoso são diversamente combinados, este tecido cellulo-adiposo perirenal adquire uma espessura consideravel, sobretudo ao nivel do bacinete, onde elle póde constituir verdadeiros tumores lipomatosos. Esta perinephrite esclero-adiposa ou esclero-adipomatosa constitue uma barreira, que protege o organismo d'uma generalisação bacillar; mas esta barreira não é insuperavel, porque a infecção tuberculosa renal póde invadir os tecidos visinhos por propagação directa ou por via lymphatica.

Uma vez creada a perinephrite esclero-adipomatosa, esta póde tornar-se caseosa, suppurada e constituir d'esta fôrma, um verdadeiro abcesso frio, que por vezes se estende ás regiões visinhas, quer subindo até ao diaphragma e abrindo-se na cavidade thoracica, quer descendo até á fossa iliaca e fazendo saliencia ao nivel da arcada crural, do pequeno trochanter, etc. Citam-se mesmo casos em que os abcessos

perirenaes se propagam aos órgãos abdominaes abrindo-se no intestino e na bexiga.

No corte do rim encontram-se nucleos amarello-acizentados do tamanho d'uma avelã e inclusos no seu parenchyma. Estes nucleos são multiplos; uns são ainda duros, outros têm o centro já caseificado e outros finalmente, são verdadeiros abcessos frios perfeitamente enkystados e separados uns dos outros.

Estes abcessos perirenaes, que fazem mais ou menos relevo á superficie do órgão, têm por séde de predilecção a substancia cortical quando se trata da fôrma primitiva ou descendente da tuberculose renal e a substancia medullar, quando o rim é invadido pela fôrma secundaria ou ascendente. O seu volume varia desde o tamanho d'uma avelã até ao d'uma laranja ou maior ainda. Estes abcessos podem ser unicos ou multiplos, mas em regra são acompanhados de nucleos tuberculosos, amarellados, mais ou menos espalhados na substancia do rim. A sua parede interna, lisa ou coberta de villosidades, é pouco espessa e provida de folliculos tuberculosos na sua espessura.

O seu conteúdo em nada differe do pús dos abcessos frios d'outros órgãos.

2.º—**Pyelo-nephrite tuberculosa.** O augmento de volume dos nucleos que acabamos de descrever e o seu amollecimento consecutivo, levando-os a despojarem o seu conteúdo no bacinete, dão origem a uma verdadeira *vomica re-*

nal e a cavernas do rim que ficam a derramar os seus productos no canal que se lhe segue.

Estas cavernas tuberculosas contêm ás vezes concreções calculosas phosphaticas, cuja presença nos explica a etiologia das pseudo-colicas nephreticas. O rim é mais ou menos destruido, com escavações de bordos duros e irregulares. Muitas vezes é difficil distinguir estas lesões das d'uma pyelo-nephrite simples, quando não se encontram nucleos endurecidos no resto do parenchyma; comtudo em vez d'uma cavidade simplesmente distendida, as cavernas tuberculosas têm como característica a sua parede ulcerada, irregular e cantando ao cóрте. O exame histologico da pyelo-nephrite mostra tres zonas: uma interna, formada de elementos caseificados; outra média de infiltração tuberculosa com mais ou menos tendencia para a esclerosis e outra, enfim, externa, constituida por elementos embryonarios.

Esta mesma pyelo-nephrite encontra-se no caso d'uma evolução ascendente da tuberculose urinaria; o bacinete e os calices formam como que uma grande escavação, cujas paredes anfractuosas são constituidas por um tecido lardaceo e infiltrado, com numerosas granulações.

O exame macroscopico d'estas lesões indica, segundo Dupasquier, ⁽¹⁾ uma tuberculose d'origem genito-urinaria; mas outros auctores ha, que affirmam o desenvolvimento inicial d'uma

(1) These de Paris.

pyelo-nephrite tuberculosa por ulcerações dos calices e do bacinete.

Independentemente da pyelo-nephrite tuberculosa, enormes collecções purulentas se pôdem desenvolver simultaneamente no interior do rim — collecções que occupam o uretère e os calices dilatados, mas trata-se então de hydro-nephroses infectadas secundariamente.

A' alteração tuberculosa primitiva pôde succeder uma obliteração do uretère de sorte que as urinas não contem, em taes casos, vestigios alguns de pús. A evolução ulterior do processo, depende do estado do uretère. Se elle é permeavel ou dilatado—facto que muitas vezes se dá—o rim augmentará pouco de volume. Se pelo contrario o uretère é retrahido, formar-se-ha uma pyelo-nephrite com distensão ou mesmo uma pyonephrose com descargas intermitentes de pús. Quando o uretère é obliterado rapidamente, ou quando é primitivamente retrahido, pôdem desenvolver-se duas formas de tuberculose que estão em relação com a impermeabilidade ureteral. (1)

Estas formas são: A degenerescencia massica e a hydronephrose tuberculosa.

3.º—**Degenerescencia massica do rim.** Na degenerescencia massica, o rim é representado por uma membrana delgada e transparente, que encerra uma massa solida, densa e com um aspe-

(1) Tuberculose do rim. Archives de medicine, 1892.

cto comparavel ao conteúdo d'um grande kysto dermoide. Esta massa informe que póde encher o rim, o bacinete e estender-se mesmo até ao uretère, é incompletamente dividida por delgados septos emanados da membrana de involucro. A degenerescencia massiça é, segundo Dieulafoy, devida á accumulacão dos productos tuberculosos que não podem ser expulsos por causa da obliteracão do uretère.

4.^o—**Hydronephrose tuberculosa.** Esta forma não differe das dilatações asepticas do rim em geral. A parede é formada por uma capsula fibrosa, com septos incompletos e o conteúdo é constituido por um liquido levemente citrino absolutamente transparente e analogo sob todos os pontos de vista ao liquido da hydronephrose. O exame bacteriologico d'este liquido mostra a ausencia de qualquer microorganismo que não seja o bacillo de Koch.

Por vezes succede mesmo que o bacillo é raro e que o exame bacterioscopico não revela a sua presença; mas a innoculacão d'este liquido n'um caviá determina a tuberculose.

E' possivel, segundo a opinião de Wurtz, que as volumosas pyonephroses bacillares, que se apresentam sem turvacão d'urinas, sejam lesões d'este genero tornadas septicas.

Lesões histologicas

O unico ponto interessante da tuberculose miliar do rim consiste no facto das lesões se-

rem visinhas dos vasos—o que prova a origem circulatoria da infecção.

Relativamente á tuberculose secundaria ou cirurgica, as lesões são banaes. Como nas outras visceras, a parede das cavernas apresenta a mesma disposição em camadas concentricas: no centro em contacto com a cavidade ha uma zona caseificada e necrosada mais ou menos espessa e adherente á camada subjacente, mais por fóra existe uma outra camada de infiltração tuberculosa, irregular, com cellulas gigantes e d'onde a onde vestigios de cicatrização parcial.

Segundo Hallé, (1) é a cellula gigante que, em muitos casos, permite fazer o diagnostico da tuberculose renal.

Mas da mesma fórma que o bacillo de Koch falha muitas vezes, assim tambem a cellula gigante falta em muitos cortes. Em taes casos é necessario fazer então uma serie de cortes successivos no rim para se encontrar uma d'essas cellulas—o que basta, na opinião de Hallé, para se poder affirmar a especificidade tuberculosa d'uma lesão suppurada do rim.

A cellula gigante porém, além de não ser hoje considerada como especifica, nem sempre é revestida dos seus caracteres ordinarios; o seu centro é frequentemente vitro-caseoso e a zona das cellulas epithelioides falta por vezes. O que fica do parenchyma renal, isto é, a substancia que separa os focos tuberculosos, não é

(1) These de Paris — 1887.

normal; encontram-se lesões de nephrite difusa mais ou menos pronunciadas, infiltrações embryonarias em volta dos tubos uriniferos e dos vasos e mais tarde esclerose peri-tubular e peri-vascular.

Os tubos uriniferos situados no meio de tecido fibroso ficam privados do seu epithelio e cheios d'uma massa colloide.

No ultimo periodo de evolução tuberculosa, quando o rim não é mais do que uma capsula com septos, os elementos do rim desaparecem e apenas existe n'elle tecido fibroso. Dentro da camada externa fibrosa ou mesmo fibro-caseosa ha uma membrana de tecido embryonario em via de caseificação.

A's vezes, pelo exame macroscopico d'uma preparação, reconhece-se que tudo foi destruido pelo processo tuberculoso, pelas lesões de infecção secundaria ou por esclerose. Finalmente, por o que diz respeito ao conteúdo das cavernas, sabemos já que o bacillo de Koch só raras vezes apparece, a não ser nos primeiros estadios da doença em que então ha mais possibilidade de ser recolhido. Mais tarde, o exame bacteriologico apenas mostra a presença de microorganismos variados, como: diplococcos, coccos, bacterias pyogenicas, streptococcos, etc.

Lesões accessorias

Estudaremos primeiro estas lesões na atmosphera perirenal. Esta soffre a influencia da bacillose do rim e torna-se a sêde de lesões varia-

das, taes como: a perinephrite-fibro-lipomatosa, o abcesso frio, a perinephrite fungosa e o flegmão perinephretico. Passemos pois em revista cada uma d'estas lesões.

A perinephrite fibro lipomatosa. Esta forma não differe da degenerescencia das outras pyelo-nephrites. A gordura perirenal augmenta de volume e de consistencia, formando um verdadeiro tumôr que póde adquirir até o volume d'uma cabeça de feto. Esta camada gordurosa, que envolve o rim, é sobretudo abundante ao nivel do bacinete e prolonga-se muitas vezes ao longo do uretère.

O abcesso frio perirenal é mais raro, mas quando apparece, forma no tecido gorduroso uma vasta collecção, que em regra tem contiuidade directa com a lesão tuberculosa do rim. Póde mesmo haver, como já dissemos, uma comunicação franca entre o abcesso e a caverna intra-renal. Quando á bacillose do rim se segue uma pyelo-nephrite por infecção accessoria, este abcesso peri-renal póde dar origem á forma seguinte:

Ao flegmão perinephretico, que só tem de tuberculoso a sua origem.

A perinephrite fungosa. Esta forma é provocada pela propagação directa da tuberculose renal ao tecido cellular perirenal consecutivamente a uma intervenção cirurgica. N'esta perinephrite, encontram-se vastos descollamentos forrados de expessas fungosidades, que repousam sobre uma falsa membrana lardacea.

A's vezes ao nivel do hilo do rim existe um tumor irregular, mais ou menos volumoso, adherente e constituido por ganglios lymphaticos do hilo, que foram invadidos pelo processo tuberculoso.

Attento o bom resultado colhido pelos doentes neprectomizados, estes ganglios raramente são a sede d'uma recidiva e se na necropsia elles se apresentam caseosos, é porque se trata d'uma lesão ultima de tuberculose renal. Como consequencia da esclerose perirenal, da perinephrite esclero-adipomatosa, comprehende-se que se possam estabelecer, como já dissemos, adherencias com os orgãos que estão em relação com o rim.

Estas adherencias quasi constantes nos periodos avancados da tuberculose renal, são por vezes tão intimas, que a fusão dos orgãos é completa. O rim direito, sendo d'ordinario o escolhido por a bacillose de Koch, é precisamente n'elle que então as adherencias estabelecidas são mais perigosas, attenta a visinhança proxima dos grossos vasos.

A veia renal muito curta do lado direito, repuxando, ao retrahir-se, a veia cava inferior contra o bordo interno do rim, faz com que se produzam adherencias mais ou menos extensas entre estes orgãos. Ao rim esquerdo póde tambem adherir a aorta abdominal.

Em face d'isto, comprehende-se facilmente que perigos póde crear uma tal visinhança no decurso da nephrectomia, tanto mais que o dia-

gnostico d'essas adherencias é absolutamente impossivel.

Felizmente porém, como estas adherencias são capsulo-parietaes e como além d'isso a capsula fica quasi sempre separavel da substancia propriamente renal, segue-se que a ablação infra-capsular do rim é praticavel.

Passemos agora ao estudo das lesões no uretère.

Ao contrario do que succede na fôrma miliar, o uretère é o orgão mais vezes attingido por lesões de tuberculose ascendente. Este orgão pôde ser permeavel e mesmo ampliado, mas em geral é infiltrado e o augmento do seu calibre é apenas apparente. Com effeito, alguns anatomo-pathologistas dizem que fazendo um córte n'um uretère assim lesado, vê-se que a sua peripheria e a sua face externa estão notavelmente espessadas e que a mucosa ulcerada fôrma em certos pontos, apertos analogos aos d'uma ureterite não especifica.

No uretère encontra-se tambem uma substancia caseosa que enche e oblitera a sua cavidade, tanto mais que a esclerose peripherica impede a dilatação do canal por este lado. Attingido quasi sempre na tuberculose secundaria, o uretère permite estabelecer a marcha ascendente da lesão n'um periodo pouco avançado da doença.

Na tuberculose primitiva do rim, a porção superior do uretère pode ser a unica região tuberculisada; mas na tuberculose secundaria, to-

do o órgão é em geral invadido formando assim um cordão duro mais ou menos grosso e regular, que pôde sentir se no vivo, atravez da parede abdominal. A's vezes o uretère é adherente aos órgãos visinhos—ao peritoneo ; aos vasos utero-ovaricos; ao ileon, á direita; ao S iliaco, á esquerda, etc.

Mas, n'estas lesões de visinliança, o que mais importa, sob o ponto de vista therapeutico, é conhecer o estado do outro rim e do aparelho uro-genital subjacente.

A tuberculose renal é em geral unilateral, mas o outro rim pôde igualmente ser atacado.

Assim, se consultarmos a estatistica de Vigneron relativa á tuberculose renal, vê-se que em 205 observações ha 99 casos de unilateralidade.

N'um estado menos avançado da doença comprehende-se que esta percentagem seja ainda menor. Quando a tuberculose é dupla, um dos rins (geralmente o direito) é quasi sempre muito menos alterado do que o outro, e n'este segundo, a tuberculose é ascendente ou secundaria. Mas outras lesões podem ainda apresentar-se no outro rim: a uretero-pyelo-nephrite ascendente, a degenerescencia amyloide do rim, ou a pyelite calculosa. Estas lesões não tuberculosas do segundo rim são d'uma grande importancia no diagnostico, porque contraindicam uma intervenção cirurgica.

Quanto mais antiga fôr a tuberculose renal mais se deverão procurar estas lesões não tuberculosas antes d'uma operação.

Passemos agora ao estudo das lesões do aparelho uro-genital subjacente.

Este aparelho é frequentemente atingido de tuberculose; mas não se póde dizer, nem mesmo approximadamente, no fim de quanto tempo a bacillose renal primitiva passa ao uretére ou á bexiga, porque a invasão d'estes órgãos depende certamente do seu estado anatomico-physiologico e da idade do fóco primario. Vignerou encontrou 11 vezes a bexiga sã e 12 vezes tuberculisada em 23 necropsias a que procedeu. Na bexiga a tuberculose limita-se quasi sempre á mucosa, e as lesões de evolução ordinariamente lenta são variaveis segundo o estado da doença.

Assim no começo ha pequenas granulações acizentadas, muito superficiaes e que mais tarde se tornam amarellas e caseosas.

Depois estas granulações caseosas fundem-se, estendem-se e ulceram-se.

As perfurações vesicaes são muito raras, porque além da camada musculosa ficar em regra intacta, forma-se tambem em volta da bexiga, como em volta do rim, uma ganga fibrosa mais ou menos espessa, que limita o processo ulcerativo.

Estas lesões começam em geral no trigono, mais perto do collo se a tuberculose é ascendente e mais perto dos orificios ureteraes se a tuberculose é descendente.

No aparelho genital do homem, as vesiculas seminaes, a prostata, o canal deferente e o

epididymo são frequentemente invadidos pela tuberculose renal. Em 182 observações de tuberculose urinaria, Vigneron encontrou 74 casos de tuberculose isolada e 108 casos de tuberculose uro-genital. Em 41 necropsias a que o mesmo auctor procedeu, teve 14 tuberculosos urinarias puras e 23 tuberculosos uro genitales. N'estes ultimos dados porém trata-se apenas de factos que nada dizem sob o ponto de vista da partida e da evolução das lesões.

Na mulher, a tuberculose genital é muito rara. Fóra da esphera genito-urinaria têm-se mesmo encontrado na autopsia lesões tuberculosas, quer nos pulmões e pleuras, quer no intestino, no baço, nas capsulas supra-renaes, etc.

Evolução das lesões

Os estados anatomo-pathologicos da tuberculose do rim são muito differentes, segundo o seu ponto de partida e, sobretudo, segundo a pureza ou a infecção combinada da bacillose.

Quando a tuberculose se inicia ao nivel da substancia cortical ou antes, quando é primitiva, os nodulos peri-glomerulares formam nucleos amarellos quasi sempre muito pequenos e inapreciaveis á palpação; depois apparecem abcessos frios emkystados no rim, abcessos que abrindo-se n'um dos calices deixam, pela vasão do seu conteúdo, uma caverna renal. O resto do parenchyma é sensivelmente normal.

Quando a bacillose é ascendente ou secun-

daria a infecção tem lugar por intermedio do bacinete e as granulações dão lugar a ulcerações irregulares, que cavam ulteriormente o parenchyma.

Nas lesões antigas, a bacillose complica-se de lesões d'infecção urinaria accessoria, dando lugar então a uma pyelo-nephrite classica, na qual a natureza tuberculosa da doença é indicada pelas ulcerações e pelos focos tuberculosos disseminados n'outros pontos do apparelho urinario. A destruição lenta, progressiva e total do órgão é pois a regra. Se a bacillose fica pura, como acontece nos casos em que o uretère é obliterado, póde haver uma degenerescencia calcaria na qual as alterações revestem o aspecto d'uma massa gredosa, que só póde ser diagnosticada com o auxilio do microscopio.

Tilden-Browen, de New-York, encontrou, com effeito, o bacillo da tuberculose no meio de certos calculos renaes.

Da mesma fórma que na invasão do parenchyma por um tecido de esclerose, alguns auctores consideram esta degenerescencia calcaria como um meio de cura.

CAPITULO II

ETIOLOGIA

A tuberculose do rim é uma localisação rara da tuberculose geral.

Se effectivamente, consultarmos os dados estatísticos relativos a esta doença, vemos que em 170 necropsias a que Louis procedeu, apenas 5 casos se poderam constatar, e que em 1:314 necropsias de adultos realizadas no hospital de Praga, sómente 75 vezes appareceram lesões bacilares no rim. Esta raridade relativa explica-se hoje não só pelo facto do rim não ser o emunctorio principal dos organismos pathogenicos contidos no sangue, mas também pelos estudos de Coffin tendentes a mostrar que as nephrites dos tuberculosos são quasi sempre toxicas, devido ás toxinas bacterianas e nas quaes só raramente se encontra o elemento especifico bacillar.

Nas creanças a percentagem da tuberculose renal parece ser maior, attenta talvez a frequencia de granulia n'esta idade.

Assim, as estatisticas de Barthez dão 49 casos de tuberculose renal, em 72 necropsias de

creanças que succumbiram aos estragos da tuberculose.

A chronicidade d'esta doença é mais frequente na idade média da vida, e o homem é menos vezes attingido do que a mulher (Guilhaud).

A antecedencia d'uma affecção inflammatoria no rim, ou a retenção d'urinas têm alguma influencia sobre a localisação da tuberculose.

A retenção d'urinas pôde favorecer a ascensão do bacillo, exactamente como succede n'outras infecções.

Na grande maioria dos casos colhidos na litteratura medica, vê-se que a tuberculose renal é quasi sempre secundaria, porque houve previamente tuberculose vesical e genital; mas se por outro lado, consultarmos os resultados remotos das intervenções cirurgicas realisadas em individuos portadores de tuberculose renal, vemos que a localisação bacillar se dá primitivamente na glandula renal, aliaz os resultados operatorios não seriam salutaes. E este facto é incontestavelmente, d'um valor bem mais accentuado do que o primeiro. Relativamente á proporção que ha entre as duas fórmas da tuberculose do rim, diremos apenas que Watson publicou uma estatistica em que a forma primitiva apparece em 15 % dos casos. O mecanismo da infecção bacillar do rim está actualmente bem estabelecido. Ou o bacillo é conduzido ao rim por via circulatoria exactamente como ao pulmão, ou, como dissemos, caminha por via ascendente da bexiga até ao rim. Excepcional-

mente uma lesão extra ou peri-ureteral pôde ser o ponto de partida da infecção que, pelo uretère, chega até ao rim. Citam-se casos em que, com effeito, um abcesso frio peri-vertebral, pôde inocular o uretère de fóra para dentro e por via ascendente attingiu o rim.

O traumatismo representa uma causa adjuvante que se encontra mencionada na historia de muitos doentes.

CAPITULO III

SYMPTOMATOLOGIA

A tuberculose do rim é em regra insidiosa e latente no seu começo. A's vezes mesmo fica latente até um periodo mais ou menos avançado da doença, sobretudo se ha obliteração ureteral. Assim, nas fórmas subagudas e em algumas tuberculosas chronicas tem-se com effeito encontrado na necropsia, granulações isoladas no rim, sem que semelhantes lesões fizessem suspeitar sequer em vida, a existencia d'uma tuberculose renal.

Em certos doentes, com a tuberculose do rim coexiste uma tuberculose vesical de tal ordem que a sua symptomatologia encobre por assim dizer a doença renal.

Os factos de granulia com predominio renal simulando nephrites, são formas medicas da doença em que sómente a pesquisa do bacillo de Koch nas urinas ou a sua inoculação no ca- viá permitem reconhecer-as (1).

A tuberculose do rim apresenta-se, em geral, com o aspecto seguinte: Desde longa data,

(1) Potain Semaine Medicale—1897.

ha necessidades frequentes d'urinar e as urinas são claras e abundantes, depois apparecem dôres ao nivel do rim e as urinas apresentam-se turvas ou mesmo com pequenos coagulos, mais tarde surgem hematurias por vezes abundantes e o doente empallidece, perde o appetite, começa a emmagrecer e a accusar uma ligeira febre vesperal. Com a evolução progressiva da doença, os membros inferiores tornam-se a séde de edemas e o rim augmenta de volume.

Estes accidentes aggravam-se lenta e successivamente até á cachexia e até á morte por tuberculose pulmonar, por uremia, ou melhor, por insufficiencia renal.

Este quadro esboçado a traços largos, nem sempre porém é a reproducção de todas as formas clinicas da doença. Nenhuma doença do rim dá logar a accidentes mais variados e nenhuma é mais fertil em erros de diagnostico do que a tuberculose.

Assim em alguns casos, depois de ter percorrido silenciosamente uma parte da sua evolução, a tuberculose do rim revela-se por uma hematuria ou por uma pyuria mais ou menos abundantes, que representam como que os signaes d'alarme da doença.

A' maneira de muitos tratadistas, dividiremos a tuberculose do rim em dois periodos:

1.^o *Periodo de começo*—A tuberculose do rim póde revelar-se pela emissão brusca d'uma quantidade consideravel de pús, por uma verdadeira vomica renal; mas d'uma maneira geral, a pyu-

ria só é um symptoma precoce e mesmo dominante, no caso de tuberculose pyelo-renal ascendente. Quando porém a tuberculose renal é cortical ou primitiva, a pyuria é tardia porque só pôde apparecer quando os abcessos e as cavernas corticaes se abrem nos calices e no bacinete.

Como veremos, a micção de pús pôde mesmo faltar.

Mais raras vezes e pela apparição d'um tumor na região lombar que a lesão do rim se manifesta precocemente, e dizemos raras vezes, porque em poucos casos o tumor adquire proporções taes, que chamem á attenção do doente ou do medico. Este tumor umas vezes fluctuante, mas quasi immobilizado por adherencias, é devido em parte á distensão do rim e sebetudo á perinephrite esclero-lipomatosa.

A's vezes o symptoma inicial é uma hematuria habitualmente pouco abundante e pouco tenaz. Ha mesmo hematurias que procedem de longa data todos os symptomas da tuberculose renal, exactamente como succede com certas hemoptyses precoces d'origem tuberculosa, ás quaes Dieulafoy chama — hemoptyses de defeza.

As hematurias tuberculosas, raras vezes são seguidas da formação de longos coagulos fibrinosos, coagulos que pôdem originar pseudo-colicas nephreticas na sua passagem pelo uretère, ou uma retenção urinaria consecutiva á obstrucção urethral.

A formação d'esses coagulos é mais propria das hematurias cancerosas.

No começo, a bacillose renal é geralmente simples sem associações d'outros elementos infecciosos e póde ficar assim durante muito tempo; mas quando apparecem accidentes graves, é porque uma affecção pyogenica qualquer se lhe sobrepõe. E' baseando-se n'este facto, que alguns auctores descrevem clinicamente dois periodos na tuberculose renal: Um de bacillose pura; outro de infecção combinada.

No exame d'um doente suspeito de tuberculose renal os antecedentes têm uma importancia notavel, não só os antecedentes hereditarios e os signaes de bacillose anterior (tuberculose pulmonar ou genital, caria, adenites, etc.) mas ainda o seu passado urinario.

Pelo que diz respeito á hereditariedade, o Snr. Dr. Souza Junior cita na sua these de 1900 a observação pessoal d'uma rapariga, que contrahiui uma cystite blennorrhagica por tal fórma rebelde ao tratamento, que lhe fez suggerir a idéa d'uma tuberculose vesical. Tratando pois de investigar os seus antecedentes hereditarios, soube que a mãe succumbiu a uma *queixa do peito* e a analyse repetida das urinas d'esta doente revelou, posto que só tardiamente, a presença do bacillo de Koch.

Esta observação é corroborada pela asserção de Guyou, quando se refere ás relações que podem existir entre uma blennorrhagia e uma tuberculose. Guyon diz que a blennorrhagia é nos individuos predispostos, uma causa determinante de tuberculisacção.

A frequencia de micções, de data mais ou menos remota, é um signal inicial da tuberculose vesical, que pôde existir com exclusão d'outras perturbações funcçionaes.

A polyuria é egualmente um symptoma habitual e precoce da bacillose renal, e como já dissemos, as urinas apresentam-se n'este caso perfeitamente limpidas. Esta polyuria verdadeiramente pretuberculosa, como lhe chama Guyon, sobrevem por accessos coincidindo com um exagero de dôr visical.

2.º—*Periodo d'estado.* N'este periodo o quadro symptomatico é constituido por symptomas funcçionaes (dôr, perturbações de micção) e por signaes physicos (augmento de volume do rim e caracteres da urina). A dôr nem sempre apparece em todos os doentes, e nos casos positivos apresenta-se sob fôrmas variaveis.

Umas vezes é espontanea, parecendo ser o resultado d'uma doença inflammatoria; outras vezes é provocada e a sua origem depende quer das adherencias que o rim contrahe com os órgãos visinhos, quer da passagem pelo uretère de fragmentos caseosos, de concreções phosphaticas, de coagulos fibrinosos consecutivos a uma nephrorrhagia, etc. Em regra, os doentes queixam-se d'uma sensação de peso na região lombar e de dôres surdas quasi sempre unilateraes, mas que pôdem tambem irradiar para o rim do lado opposto, para os órgãos genitae com retracção testicular, para as virilhas e para a

côxa do mesmo lado. Esta dôr caprichosa, que umas vezes é acalmada e outras vezes aggravada pelo decubito, pôde ser influenciada pelo frio ou calor, pelas refeições, pelas regras e até mesmo pelo movimento, como nos casos de lithiase renal.

O Snr. Dr. Souza Junior cita na sua dissertação inaugural o caso d'um marceneiro portador d'uma tuberculose renal, que tinha exasperações dolorosas, sempre que os labores do seu mister o obrigavam a fazer esforços.

Permanente e com paroxysmos a nephralgia pôde tambem revestir em muitos casos a forma intermittente, parecendo então ser devida á distensão do rim por um accumulo temporario de pús.

Assim, existem na litteratura medica casos de retenção renal intermittente, nos quaes os accessos dolorosos coincidiam com o augmento de volume do rim; a sahida de pús pelas urinas produzia não só a abolição da dôr, mas tambem a diminuição do tumôr renal.

Finalmente o estado doloroso pôde sobrevir por crises agudas, tendo todos os caracteres da vulgar colica nephretica calculosa. Ora isto não é para estranhar, tanto mais que se conhece já a formação de concreções phosphaticas no rim e a emigração até á bexiga da propria materia caseosa.

Ha casos mesmo em que os accessos dolorosos coincidem sobretudo com a menstruação

sem que haja nenhuma causa de distensão do rim. E' possível que se trate então d'uma simples congestão aguda.

Passemos agora aos outros symptomas functionaes.

Do lado da bexiga passam-se phenomenos d'ordem reflexa, que pela sua frequencia são considerados por alguns auctores, como d'um grande valor diagnostico. Assim a frequencia da micção é por vezes tão constante na tuberculose renal, que em certos casos duvidosos, permite distinguir esta doença d'um neoplasma do rim ou d'uma pyelo-nephrite simples.

Mas este symptoma não tem talvez a pathogenia que alguns auctores lhe attribuem. As micções frequentes e imperiosas constituem na verdade, mais um symptoma de tuberculose visceral do que de tuberculose renal e se taes perturbações urinarias apparecem n'esta ultima localisação tuberculosa é, segundo alguns tratadistas, porque a bexiga é egualmente a séde d'uma lesão. Este facto tem mesmo servido de argumento na discussão travada sobre o ponto de partida da tuberculose urinaria.

Como corroboração citam-se casos de pessoas portadoras de tuberculose renal com frequencia de micções e nas quaes a nephrectomia não fez supprimir a supposta pollakiuria—o que parece provar que esta é devida a uma lesão vesical. Contudo é incontestavel que certas tuberculosas renaes dão logar a symptomas quasi unicamente vesicaes, como se observa em algumas nephrites.

Estudemos agora os signaes physicos, começando pelos caracteres das urinas que têm indubitavelmente uma importancia capital.

As urinas são d'ordinario abundantes, variando entre 1:800 grammas e 3 ou 4 litros por dia; mas nos periodos avançados da tuberculose renal, pôde haver oliguria e até mesmo anuria. No começo da tuberculose do rim ou mesmo quando existem já volumosos nucleos enkystados, as urinas são limpidas, claras, ou por vezes muito albuminosas (Le Gendre).

Quando porém á tuberculose renal se associa uma infecção, as urinas tornam-se então turvas ou francamente purulentas e em certos casos são até mais ou menos ricas em grumos caseosos.

Pelo repouso as urinas dividem-se em duas camadas com o aspecto seguinte: A camada inferior é sedimentosa, de côr acizentada e com estrias sanguinolentas; a superior é liquida, escura e mais ou menos opaca.

A reacção da urina tuberculosa é acida. Antigamente affirmava-se que um distinctivo da bacillose urinaria era a alcalinidade das urinas, mas recentemente, provou-se que semelhante alcalinidade é o resultado d'uma transformação posterior, d'uma fermentação ammoniacal consecutiva á emissão e realisada pelo abandono das urinas a si mesmo.

Se alguma cousa pôde haver de caracteristico na reacção da urina tuberculosa, é justamente a constancia da sua acidez por vezes excessiva.

A pyuria, segundo Guyon, é espontanea cons-

tante e duradoira; mas casos ha em que ella apparece intermittentemente ou é supprimida por uma obliteração ureteral.

*As urinas, podem mesmo conter destroços do parenchyma renal sob a forma de fibras elasticas; mas este character não é importante, sob o ponto de vista de diagnose, attenta a sua appareção n'outras doenças.

Lebert affirma que se pôde constatar a natureza tuberculosa da lesão, sempre que o deposito da urina contem grumos do volume d'uma cabeça d'alfinete e insolueis em acido acetico, comtudo parece-nos mais solido o criterio da especificidade morbida pela presença do bacillo de Koch na urina.

E' sobretudo no deposito das urinas purulentas que o exame bacterioscopico deve recahir, e nos casos em que este exame é infructifero, recorrer-se-ha então ao processo da inoculação sobre animaes do laboratorio. Com as hematurias tem-se observado que não é mais facil descobrir o bacillo da tuberculose, ao contrario do que acontece com certas hemoptyses, que em regra são favoraveis á sua pesquisa.

A hematuria ordinariamente pouco abundante, surge frequentes vezes no começo da tuberculose renal. O sangue é intimamente misturado á urina, que em taes condições toma uma côr vermelho-viva e só de quando em quando, é que pequenos coagulos se depositam n'ella.

E' certo que algumas micções sanguinolentas podem originar coagulos abundantes; mas

estes factos são verdadeiramente excepcionaes.

A hematuria tuberculosa distingue-se da hematuria das neoplasias malignas, em que esta é escura, ao passo que a primeira é nitidamente vermelha, não só pelo facto da congestão activa no periodo premonitorio da tuberculose, mas tambem pela circumstancia da lesão se fazer acompanhar de pollakuria—o que determina a expulsão constante do sangue, á medida que elle se vae derramando na bexiga.

Mais tarde, quando o pús apparece, as urinas apresentam-se, como já dissemos, com grumos mucopurulentos estriados de sangue.

A hematuria tuberculosa, d'ordinario transitoria, sobrevem sem causa apreciavel; não é provocada, como a hematuria calculosa, por exercicios violentos, por passeio de carro ou a cavallo, etc, e uma vez dissipada, pode não se reproduzir ou reaparecer passado algum tempo.

A's vezes a hematuria é abundante e de tal forma tenaz, que póde durar muitos mezes como symptoma unico ou preponderante da doença. Comprehende-se, pois, como semelhantes perdas de sangue possam ser graves em consequencia d'um estado anemico mais ou menos perigoso que ellas podem originar. Segundo Pousson, é nas tuberculosos primitivas ou corticaes do rim, que estas emissões abundantes e pertinazes de sangue existem mais frequentemente—emissões estas, que pódem motivar pseudo-colicas nephreticas ou retenções urinarias respectivamente pela

passagem de coagulos no uretère ou pela obliteração do canal da urethra.

Exploração do rim. A exploração do rim faz-se quasi sempre indirectamente, pela inspecção, pela palpação e pela percursão. Rarissimas vezes se recorre á radioscopia, ao catheterismo dos uretères, á cystoscopia, etc.

A inspecção poucos elementos nos póde fornecer acerca da tuberculose.

A palpação dar-nos-ha não só o grau de consistencia e sensibilidade do rim, mas tambem a sua forma, o seu volume e a sua mobilidade ou immobildade. Se o rim é pouco augmentado de volume e se é immovel, a palpação é incapaz de o descobrir; se pelo contrario o seu volume é augmentado, então a palpação revela uma nephromegalia sem caracteres especiaes (o tumor é arredondado, regular, liso, tenso, etc.). Por vezes mesmo com este modo de exploração clinica, podemos constatar a presença de grandes collecções renaes.

A technica da palpação bi-manual, que é a mais seguida, consiste no seguinte:

Colloca-se o doente no decubito dorsal e obtem-se préviamente um relaxamento completo dos musculos abdominaes pelos processos ordinarios. Depois applicam-se as mãos, extendidas sobre a região a explorar (o flanco, adiante; a região lombar, atraz) e exerce-se simultaneamente uma pressão branda e continua até attingir o rim entre as duas mãos.

A percursão do rim é difficil e dá ordina-

riamente resultados muito incertos, tanto na região lombar, como na região abdominal.

Em casos duvidosos poder-se-ha ainda recorrer á exploração por meio do catheterismo ureteral, que permite não só reconhecer a permeabilidade do uretère e recolher separadamente a urina dos dois rins, mas também avaliar a bilateralidade das lesões. Este processo requer uma antisepsia perfeita e só pôde ser utilizado na mulher.

Consiste na introduccão d'uma sonda atravez da urethra e da bexigã até chegar a um dos uretères, onde se recolhe isoladamente a urina correspondente; mas attenta a difficuldade da sua applicação e as anomalias variadas que pôdem apresentar os uretères, o catheterismo é hoje pouco recommendavel.

Ácerca da radioscopia e da cystoscopia diremos apenas que são excellentes meios de investigação, mas infelizmente ainda pouco empregados entre nós.

Além dos processos indirectos a que acabamos de nos referir e graças aos processos modernos da antisepsia, podemos ainda explorar directamente o rim quer por meio da punccão, quer com o auxilio da incisão.

A punccão constitue um bom meio de diagnóstico, principalmente nas pyonephroses com obturação ureteral, porque permite recolher um liquido, que pôde ser examinado microscopicamente e macroscopicamente.

A incisão exploradora é um meio sómente

empregado em casos especiaes. Póde, é verdade, aproveitar a um doente tuberculoso, dando vasão por exemplo, a uma collecção purulenta do rim; mas n'estas condições uma tal intervenção deixa de ser meramente exploradora para se transformar n'um meio evidentemente curativo, ao qual não se póde contestar um grande merito.

Muitas vezes a incisão exploradora é completada pela punção.

Symptomas geraes. Estes symptomas faltam no começo da doença, mais tarde são caracterizados pelo emmagrecimento gradual, pela falta de appetite, por accessos febris de forma remittente ou intermittente, com exacerbações vesperaes e transpirações nocturnas. Em muitos casos, a tuberculose renal é latente, traduzindo-se apenas por emmagrecimento e cachexia; mas n'outros apparecem todos os symptomas d'uma tuberculose generalisada.

A elevação thermica persistente, com exacerbações vesperaes, é um accidente que se nota principalmente quando ha retenção de pús, e portanto, de agentes septicos e de toxinas n'uma cavidade fechada, como a que resulta d'uma obturação ureteral.

Mas de todos os symptomas geraes, aquelles que mais frequentemente são observados, dependem do apparelho digestivo: diarrhêa abundante, tympanismo, perturbações dyspepticas, lingua extremamente saburosa, etc.

CAPITULO IV

EVOLUÇÃO

A evolução da tuberculose renal está longe de ser rápida. E' tão difficil precisar a marcha da bacillose do rim, como a d'outro órgão qualquer. Em certos doentes ha *poussées* agudas separadas por longos intervallos d'uma acalmia relativa, mas n'outros a doença, uma vez installada, progride gradualmente, sem accessos graves.

Para muitos tratadistas, a evolução da doença varia segundo que se trata d'uma tuberculose renal simples ou d'uma bacillose associada a uma infecção urinaria; mas o que se póde affirmar é que, nas formas em que o bacillo habita sómente o rim, a doença entra no quadro das tuberculosas cirurgicas de marcha lenta, approximando-se por esta forma das arthrites tuberculosas. Citam-se muitos casos em que a tuberculose renal se cura espontaneamente, quer por transformação fibrosa, quer por lesões calcarias. Numerosas necropsias confirmam esta asserção.

Mas a tuberculose renal, póde tambem generalisar-se ao rim do lado opposto, á bexiga, aos órgãos genitales, etc, e esta generalisação é sobretudo para receiar, quando uma infecção accessoria se junta á bacillose.

A apparição da febre e das perturbações digestivas são sempre symptomas inquietadores,

porque pôdem indicar não só lesões graves e extensas, mas até uma evolução rapidamente fatal. Da mesma forma uma pyelo-nephrite com distensão é sempre particularmente grave. Os doentes succubem em geral, mais pelo facto da insufficiencia renal e da cachexia devida á supuração prolongada do que propriamente por uremia.

Complicações

No decurso da tuberculose do rim, numerosos accidentes podem aggravar o estado do doente, e esses accidentes consistem sobretudo na invasão bacillar dos órgãos visinhos.

Assim na atmosphera perirenal apparecem ás vezes abcessos formados insidiosamente, sem dôr e sem mais elevação de temperatura do que a devida á lesão do rim ; mas nos casos d'infeção mixta, a suppuração d'atmosphera perirenal faz-se n'um curto praso de tempo acompanhar de symptomas graves, como sejam: dôres violentas, arrepios, febre, empastamento, tumefacção, etc. Em breve, pois, desenvolve-se um flegmão perirenal agudo e franco, que pode abrir-se quer na pleura visinha, quer no intestino, no peritонеo e na fossa iliaca correspondente.

Estes focos secundarios devem ser abertos, mas por vezes ficam trajectos fistuosos que constituem por assim dizer a porta de entrada d'uma septicemia chronica.

A bacillose vesical que é uma complicação na tuberculose renal primitiva domina ás ve-

zes de tal forma a situação, que a lesão do rim pode passar despercebida.

O symptoma dominante d'esta bacillose vesical é, como já dissemos, uma pollakiuria imperiosa e por vezes muitissimo dolorosa; cada micção é como que uma tortura horrivel, durante a qual o doente apenas consegue expulsar algumas gottas de urina turba e sanguinolenta.

Estas dôres não são localisadas; da bexiga irradiam para a região perirenal, para o anus e para os órgãos genitales. Mas estas formas intensamente dolorosas são d'ordinario excepcionaes.

A invasão do uretère constitue certamente uma complicação; comtudo, se a lesão é unicamente bacillar, pôde haver isolamento da doença por uma obliteração do órgão atacado.

Se pelo contrario a pyelo-nephrite é constituida, a retenção dos productos septicos no rim produzem os accidentes a que já nos referimos. Uma outra complicação importante é a insufficiencia renal e a uremia consecutiva.

E' claro que, quando um só rim está tuberculoso, os symptomas de insufficiencia não apparecem porque o outro rim é regularmente valido para garantir a depuração renal.

A uremia e os symptomas de pequeno brigtismo são mais proprios d'uma nephrite dupla, infecciosa, toxica ou diathetica em que as lesões são diffusas e generalisadas aos dois rins — o que poucas vezes se nota na tuberculose do rim.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO

Logo que o conjunto de symptomas que acabamos de descrever (polyuria limpida, pyuria espontanea e persistente, hematurias repetidas e caprichosas, micções frequentes, etc.) apparece n'um doente ainda novo, pallido e enfraquecido, esse conjunto symptomatico implica logo a idéa d'uma tuberculose urinaria.

Se um tumor lombar coexiste, então o diagnostico de tuberculose renal quasi que se impõe. Mas como a presença d'um tal tumor é muitas vezes tardia e como a doença reveste tambem formas multiplas, comprehende-se quão fecundo póde ser em erros o diagnostico da tuberculose do rim. A constatação do bacillo tuberculoso nas urinas é verdadeiramente o unico signal de certeza da natureza morbida.

Sob o ponto de vista pratico, podemos constatar ou a presença d'uma pyelo-nephrite, ou um só symptoma urinario (hematuria, colica-nephretica, pyuria, tumor lombar, etc.)

Mas, se uma pyelo-nephrite tuberculosa apresenta todos os caracteres d'uma pyelo-nephrite

simples, é a analyse mais ou menos minuciosa dos seus symptomas, que muitas vezes revela *nuances* mais ou menos importantes. Assim a tuberculose renal desenvolve-se frequentemente sem causa apparente, sem infecção prévia; as urinas são de longa data hematuricas e o aparelho genital do homem, apresenta por vezes indurações tuberculosas. Na mulher as infecções sem causa não são sempre tuberculosas; as lesões genitales faltam quasi sempre e a affecção e n'ella muito mais difficil de precisar.

Como dissemos, é a presença do bacillo de Koch ou o resultado da sua inoculação no caviá, que permitem eliminar as outras affecções e estabelecer o diagnostico. Alguns auctores, e entre elles Bloch, de Copenhague, (1) tem mesmo proposto fazer o diagnostico, nos casos difficéis da tuberculose renal, pelo exame d'um fragmento do rim obtido por uma incisão exploradora; mas comprehende-se que tal pratica só deva ser seguida nos casos, em que o diagnostico importe a vida ao doente. Quando a hematuria renal é o primeiro e unico signal da doença, é difficil precisar qual seja a sua causa, tanto mais que a hemorrhagia pode provir d'uma neoplasia renal, d'uma calculose e até mesmo d'uma lesão vesical, comtudo n'este ultimo caso, o cystoscopia tirará todas as duvidas.

E' certo que a hematuria é geralmente pouco abundante, repetida, com crises affastadas e

(1) Congr. de Moscow — 1897 — citado por Dienlafoy.

diminuindo com os progressos da doença, com a appareição do pús nas urinas e com o emmagrecimento do doente; mas é certo tambem, que ha muitas excepções a esta forma geral.

Assim a hematuria tuberculosa póde ser como já dissemos, muito abundante; póde até ser fulminante justamente como uma hemoptyse tuberculosa e póde finalmente faltar em absoluto. Pelo que diz respeito á hematuria das neoplasias rénaes, diremos que na maioria dos casos esta é mais abundante, no entanto existem tambem frequentes excepções; ha mesmo neoplasias renaes sem hematuria como ha tuberculosos urinaes que nunca expelliram uma gotta de sangue pela micção.

Diz-se tambem que a espontaneidade, a falta de relação com os movimentos mais ou menos bruscos do doente, permittem fazer a destrinça entre a hematuria da tuberculose e a da calculose renal. Na verdade assim acontece na generalidade; mas ha casos, e nós já tivemos occasião de citar um, em que tal não se observa.

Existem tambem certos estados mal definidos, classificados de hemophilia renal, que apresentam exactamente a mesma marcha hemorrhagica. Acontece por exemplo, que o unico symptoma apreciavel é uma hematuria espontaneamente iniciada, intermittente, indolente, pouco abundante e na qual o exame repetido das urinas apenas revela a sua origem renal. Em face de tudo isto, comprehende-se como é facil um erro de diagnostico, como é preciso

attender sobremaneira ás outras manifestações tuberculosas, ao estado geral do doente e finalmente como a bacterioscopia tem valor para, em ultima analyse, resolver as difficuldades que possam surgir.

E' claro que a ausencia do bacillo de Koch na urina, até mesmo centrifugada, não traduz a falta de lesões tuberculosas.

As pseudo-colicas nephreticas apresentam-se na bacillose do rim com os mesmos caracteres das colicas calculosas. Estas pseudo-colicas podem manifestar-se tanto no começo da tuberculose, como no seu periodo de pyelo-nephrite, ou quando se formam as concreções phosphaticas a que já nos referimos. No começo, a tuberculose do rim provoca accessos congestivos que se traduzem por dores lombares agudas, bruscas e com irradiações inguinaes e cruasas ; mas como estas dores não se fazem acompanhar da emissão de corpos estranhos, o diagnostico da natureza da lesão é, quando muito, de probabilidades.

A ausencia de antecedentes relativos á lithiasse renal, a falta de eliminação de calculos depois das crises dolorosas, a presença de grumos mais ou menos espessos, a emissão de urina clara durante o periodo doloroso e de urina turva depois d'elle, indicam uma pseudo-colica nephretica devida á passagem d'uma rolha mucopurulenta pelo uretère.

O exame d'estes fragmentos mucopurulentos ou das concreções que tambem podem ori-

ginar colicas, permitem saber qual a natureza da doença. O tumor renal, por vezes movel, pôde existir sem hematuria, sem pyuria e, muitos frequentemente mesmo sem dôr. N'estas condições o diagnostico, comprehende-se, é impossivel, porque um tal signal pode apparecer tambem n'outras doenças; mas quando ao volume do tumor se juntam phenomenos de tuberculose concomitante, pode-se com muitas probabilidades estabelecer o diagnostico.

E' pela idade do doente, pelas evoluções da doença, pelos antecedentes, ou por lesões bacillares simultaneas que o diagnostico é possivel. Estabelecida a natureza tuberculosa da lesão do rim, é necessario tambem precisar qual o estado do outro rim, do resto do aparelho urogenital e sobretudo dos órgãos thoracicos para se fazer o prognostico e para se instituir uma therapeutica apropriada. A bilateralidade das lesões renaes é, como já tivemos occasião de dizer, pouco frequente, e nos casos em que um rim está doente e em que a urina é clara ou intermittentemente purulenta, a integridade do outro rim é quasi certa. Se a isto juntarmos a ausencia de tumor e de indolencia no outro rim, a bilateralidade da lesão fica *ipso facto* excluida.

O catheterismo ureteral pode, em ultima analyse, resolver qualquer duvida que possa apparecer. Quanto ao resto do aparelho urogenital, é a sua exploração, quer pelo toque prostatico, quer pelo exame das visiculas seminaes no ho-

niem, que determina o estado d'estes orgãos. Os signaes vesicaes (dôr, frequencia de micções, etc.) constituem elementos de grande valia no diagnostico da bacillose vesical; mas semelhantes perturbações podem ser d'ordem reflexa, como já tivemos occasião de dizer.

CAPITULO VI

TRATAMENTO

O tratamento da tuberculose do rim divide-se em cirurgico e medico:

O tratamento cirurgico está indicado:

1.º—Sempre que a extirpação total do foco é possivel

2.º—Logo que a vida do doente corre perigo por um dos accidentes provocados pela doença

O tratamento medico deve obedecer a circumstancias oppostos e baseia-se nos recursos da hygiene, do regimen e da therapeutica.

Como é principalmente o tratamento cirurgico que mais nos interessa, passamos por isso a descrevel-o.

A extincção do foco tuberculoso póde ser obtida ou pela ablação das regiões doentes, ou pela extirpação total do rim. E' certo que os dados necropsicos nos mostram que as tuberculosos renaes são em geral acompanhadas de lesões da mesma natureza em outros órgãos (bexiga, rim opposto, órgãos genitales, etc.); mas de forma alguma significam, que n'um momento dado, a bacillose não podesse ser sómente renal,

alias os resultados remotos das intervenções operatorias não seriam tão satisfactorios. Ora nós já dissemos que a tuberculose pôde ser descendente, primitiva, atacando o rim em primeiro lugar, e d'ahi propagar-se ao resto do aparelho uro-genital. Comprehende-se, pois, como em taes condições, a extirpação do foco primitivo e unico, possa pôr os outros órgãos ao abrigo d'estas invasões.

Mas além d'estes factos d'ordem geral, ha tambem certos accidentes provocados pela tuberculose renal, que pôdem necessitar d'uma intervenção cirurgica; por exemplo, a appareição d'uma nephrorrhagia tão abundante e repetida que ponha o doente na imminência d'uma anemia mortal. E' claro que, n'este ultimo caso, devemos primeiro recorrer aos hemostaticos e á revulsão, sob a forma de pontas de fogo, de ventosas, etc., porque, estas hemorragias parecem ser d'ordem congestiva, visto que se produzem no começo da doença; mas se estes meios forem infructiferos, recorrer-se-ha a uma operação. A exereses das partes doentes sómente, com conservação da glandula, seria naturalmente o ideal operatorio; mas uma tal conservação torna-se infelizmente quasi impraticavel, em consequencia dos dados anatomo-pathologicos nos mostrarem que as lesões podem ser pouco accentuadas e difficilmente apreciaveis.

Portanto, sómente dous processos tem sido empregados: a *nephrotomia*, meio palliativo e a *nephrectomia*.

A dôr, quando reveste a forma de pseudo-colicas nephreticas, pôde tambem, posto que excepcionalmente, conduzir a uma intervenção cirurgica, logo que se esgotaram sem resultado todos os recursos medicos.

N'este caso, o melhor modo operatorio consiste na incisão lombar, na exploração do rim e na nephrectomia, se as lesões se estendem a todo rim, ou localizados no bacinete e uretère, não permitem uma resecção parcial. Os accidentes infecciosos, de resto frequentes, exigem tambem por vezes uma intervenção.

Assim se n'uma pyelo-nephrite associada á simples tuberculose, os productos septicos se vão drenando sufficientemente atravez do uretère, bastará seguir um tratamento medico anti-tuberculoso e simultaneamente uma therapeutica antiseptica apropriada; mas se ha retenção d'esses productos septicos o tratatamento cirurgico impõe-se. A retenção dos productos septicos pôde ser completa ou incompleta. Na primeira hypothese, apparece uma pyonephrose tuberculosa, que exige uma nephrectomia primitiva, se o estado geral do doente é mau ou se a data d'esta pyonephrose é tal, que compromette o valor physiologico do rim opposto. Na segunda hypothese, se a retenção incompleta produz uma distensão renal com elevação thermica, está naturalmente indicada uma nephrectomia com drenagem consecutiva; mas, se os focos purulentos se esviam ainda mal, recorre-se á nephrectomia secundaria.

Em todas estas formas porém, as indicações operatorias dependem da integridade do aparelho uro-genital e da ausencia de lesões tuberculosas no outro rim. Um nucleo bacillar da prostata, não é uma contra-indicação, se o doente é portador d'uma pyonephrose com accidentes geraes; mas, se pelo contrario este nucleo se constata n'um doente com tuberculose renal torpida, sem accidentes febris, dever-se-ha na opinião de muitos cirurgiões, rejeitar a idéa d'uma operação. Onde porém as difficuldades são sobretudo accentuadas, é quando se trata de lesões concomitantes do rim e da bexiga. Assim, Trendelenburg não hesita em intervir, quando a bexiga é sómente lesada na visinhança do uretère do lado doente, fazendo a extirpação do rim, do uretère e da zona vesical atacada. Mas outros cirurgiões ha, que julgam esta operação não authorisada e só intervêm quando as lesões são unicas e graves.

Resta-nos agora estudar, embora ligeiramente, a nephrotomia e a nephrectomia, sob o ponto de vista das suas indicações e do seu manual operatorio.

D'uma maneira geral, a nephrotomia impõe-se em todos os casos de retenção septica, acompanhada dos symptomas de septicemia. A nephrectomia primitiva deve ser mais restricta nas suas applicações, porque necessita d'uma noção exacta da integridade funcional do rim opposto, e n'estes casos o catheterismo ureteral pôde prestar grandes serviços no decurso

d'uma operação, visto que revela ás vezes a presença d'uma hydronephrose bacillar, d'uma tuberculose massiça que exigem a ablação do rim. Durante a operação, póde ainda constatar-se no rim, a presença d'abcessos frios multiplos e, n'estas condições está indicada tambem a nephrectomia.

Nas pyelo-nephrites tuberculosas e mesmo nos casos de grandes collecções purulentas e enkystadas, nas quaes o uretère fica permeavel, alguns cirurgiões dão preferencia á nephrotomia. Mas uma tal intervenção, além de ser apenas um meio palliativo, póde tambem crear fistulas purulentas, que se persistem sem graves inconvenientes nas pyelo-nephrites simples, são pelo contrario sempre mais ou menos desfavoraveis aos tuberculosos.

E' por esta razão que a maior parte dos cirurgiões se decidem desde o começo pela ablação total do rim tuberculoso—pela nephrectomia.

Na nephrotomia, depois de pôr o rim a descoberto, deve-se fazer a pesquisa minuciosa dos abcessos independentes uns dos outros, porque succede muitas vezes que se abre uma grande collecção e ficam ainda focos secundarios intactos que augmentam depois.

E' claro que nos casos em que o rim está seriamente compromettido por ser a séde de focos muito numerosos e dissimados, dever-se-ha recorrer á nephrectomia. Depois da abertura e da regularisação do foco tuberculoso, é util uma exploração do uretère, porque se este

está obliterado, a nephrotomia transformar-se-ha em nephrectomia.

Depois da evacuação do pús, é uma boa precaução, segundo alguns auctores, a sutura do rim e da sua capsula propria á parede lombar, visto evitar-se assim a inoculação dos productos septicos na gordura peri-renal e visto que, sendo precisa, se pratica depois mais facilmente a ablação secundaria do rim — o que nem sempre é facil por causa d'algumas adherencias estabelecidas pela primeira operação.

O manual operatorio da nephrectomia, não differe, n'estes casos, do da ablação do rim em geral.

Depois do isolamento do rim, a unica precaução importante a tomar consiste em resecar o uretère tanto mais abaixo quanto fôr possível, attenta a invasão frequente d'este órgão pela tuberculose; e para isto, com uma simples incisão lombar, é facil isolar este conducto até ao estreito superior da bacia.

Nos casos em que o uretère é dilatado, tortuoso, mostrando uma lesão anatomica dependente de ablitação peri-vesical do uretère, dever-se-ha, na opinião de Tredelemburg, fazer uma incisão ileo-lombar, que permitta a sua ablação total.

As nephrectomias parciaes na tuberculose do rim são verdadeiras curetagens de focos caseosos.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—As arterias coronarias abrem-se sempre acima do bordo livre das valvulas sigmoideas.

Physiologia—Não ha verdadeira analogia entre a funcção da vesicula biliar e a da bexiga.

Pathologia geral—Reprovo a vaccinação de braço a braço.

Anatomia pathologica—Prefiro a denominação de bacillose de Koch, á de tuberculose.

Materia medica e therapeutica geral—Com os brometos ou iodetos, prescrevo muitas vezes o benzo-naphthol e o bi-carbonato de soda.

Medicina operatoria—Na primeira infancia, o labio leporino deve ser quasi sempre operado.

Pathologia interna—As *poussées* granulicas da tuberculose pulmonar são favorecidas por a superactividade funcional dos pulmões

Pathologia externa—O tratamento dos apertos rectaes, por meio dos dilatadores, deve fazer-se sem traumatismo.

Obstetricia—Para transformar a apresentação de face em apresentação de vertice, não sigó as manobras Schatz de Pinard ou de Thorn.

Hygiene—O casamento não deve ser realisado sem conselho medico.

Medicina legal—Deve considerar-se um criminoso todo o individuo que, consciencemente, contaminar a syphilis.

Visto.
O presidente
Clemente Pinto

Póde imprimir-se.
O director
Moraes Caldas