

N.º 182

I

Ávelino da Silva Costa

Hidronefroses traiçoeiras

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

JANEIRO DE 1924



1924

TIPOGRAFIA GONÇALVES

Rua do Almada, 348

PORTO

Hidronefroses traiçoeiras

210/1 FMP

Avelino da Silva Costa

Hidronefroses traiçoeiras

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

JANEIRO DE 1924



210 / 1 F 47

1924

TIPOGRAFIA GONÇALVES

— Rua do Almada, 348 —

PORTO

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO

Dr. António de Almeida Garrett

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva.	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Vaga
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patológica	Dr. Antonio Joaquim de Souza junior
Bacteriologia e Parasitologia.	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene.	Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
Medicina legal	Dr. Manoel Lourenço Gomes
Anatomia cirúrgica	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História de medicina e Deontologia	Vaga
Dermatologia e sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A faculdade não responde pelas doutrinas espendidas na dissertação.

*Art. 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da Faculdade
de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920.*



À saudosa memória de

MEU PAI

Se podesses vêr, hoje, o fructo do teu
trabalho, seria a maior alegria
da minha vida.



A minha Mãe

Que este livro seja um lenitivo
para o teu sofrimento.

Às minhas irmãs

Ana Rita e Narcisa

Jâmais vos esquecerei.

A TI

Para, nas tuas horas vagas,
te recordares de mim.

À família Correia

Em especial:

Dr. José Fernando de Castro Correia

e

Carlos de Castro Correia

Jâmais esquecerei as atenções e amizade
que me tem dedicado.

Ào meu intimo amigo
e companheiro de estudo

Dr. Amandio Tavares

Para recordares as horas que, à mesma
mesa e lendo o mesmo livro, tantos
anos, juntos passamos...

Ao meu primo

Bernardino Moreira da Costa

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS AMIGOS

AO DOUTO CORPO DOCENTE

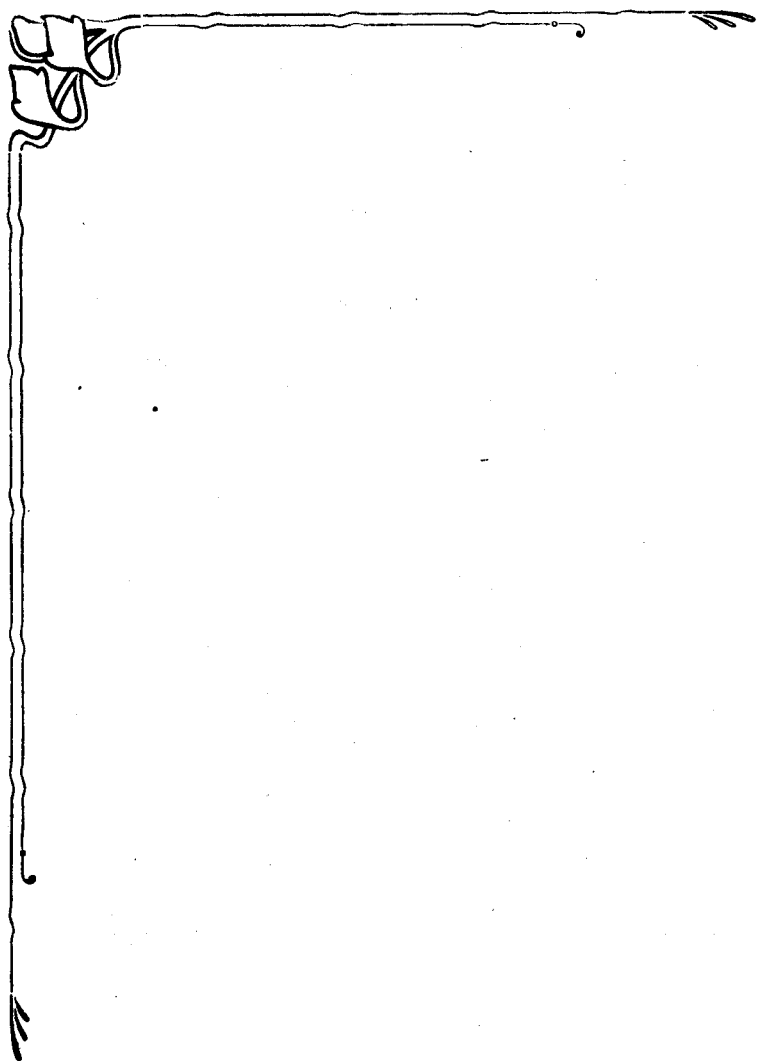
DA

Faculdade de Medicina do Porto

ILUSTRE PRESIDENTE DE TESE

Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Sincera homenagem
de consideração e respeito



PREFÁCIO

Este trabalho versa sôbre uma afecção que nos conduz, muitas vezes, a erros de diagnóstico.

E' um trabalho deficiente com muitas arestas por limar.

Mas julgamo-lo interessante porque a hidronefrose, sendo uma afecção muito traiçoeira, êle representará, pelo menos, um aviso para, quando em face de doentes com sintomas analogos aos doentes apresentados nas três observações, pensarmos sempre, além de tantas doenças que os apresentam, na possibilidade de uma hidronefrose.

Se aqueles que nos julgarem entenderem que este assunto e desprovido de qualquer interêsse, resta-nos apelar para a sua benevolência, pedindo para nos levar em conta a boa intenção com que o fizemos.

Dividimos êste trabalho em duas partes: na primeira estudamos as hidronefroses em geral e a sua importância na patologia do rim; na segunda estudamos as hidronefroses que nos levam a cometer erros de diagnóstico, apresentando as observações que pudemos colher.

*

* *

Ao sr. Dr. Oscar Moreno exaramos aqui o nosso profundo reconhecimento pela maneira carinhosa com que sempre nos auxiliou.

O nosso reconhecimento vai ainda para o sr. Dr. Alberto Gonçalves pela forma amiga com que nos forneceu a sua observação.

*

* *

Cumpre-nos agradecer ao sr. Prof. Teixeira Bastos ter aceitado a presidência da defeza dêste nosso humilde trabalho e patentear a nossa indelevel gratidão ao Professor amigo que sempre foi.

Justificação do titulo

A palavra «hidronefroze» serve para designar toda a distensão total ou parcial, pela urina aseptica, das cavidades formadas pelos calices e pelo bassinete.

Como o liquido que distende estas cavidades é a urina, mais precioso seria designar a lesão assim produzida pelo termo *uronefroze*; mas, como, por outro lado, o liquido contido na bolsa é urina modificada na sua qualidade e como este liquido é pobre em substâncias orgánicas e minerais, aproximando-se da agua, pelo seu aspecto e composição, mais que da urina, tomou-se o habito de dizer: hidronefroze em vez de uronefroze, da mesma maneira que se diz hidartrose ou hidrocélo.

Continuaremos, pois, a designar a lesão pelo nome de hidronefroze.

A hidronefroze nem sempre é constituída pela urina mais ou menos pobre, porque se pode misturar sangue, quer a seguir a um traumatismo, quer espontâneamente; tem-se então uma hemo-hidronefroze; as consequências desta modificação não são tam importantes que se devam tomar em conta. Já não succede o mesmo quando existe pús: porque teremos então uma hidronefroze infectada, uma pio-hidrone-

frose ou pio-nefrose de que o prognostico e o tratamento podem ser muito diferentes da hidronefrose simples.

A hidronefrose não é uma doença; não é uma afecção morbida.

E' uma lesão anatomica determinada por outras lesões ou condições anatomicas.

Merece, contudo, uma descrição á parte, porque seria difficil ou impossivel entrar no quadro das doenças ou afecções que incidem sobre o aparelho urinário; além disso, comporta indicações therapeuticas particulares e, sobretudo, tratamentos cirurgicos especiais, que variam com as condições da hidronefrose, mas que tem todos por caracter comum ser actos cirurgicos importantes.

Mas a que chamamos nós hidronefroses traiçoeiras?

Designamos assim aquellas a que obedece o nosso estudo, porque elas podem simular outras doenças, muito diferentes e, outras vezes, porque elas mordem o portador que, inconscientemente, vai andando até que, de um momento para o outro, o matam rapidamente, num estado de coma uremico, septicemia, etc.

E succede assim porque evoluçionam silenciosamente, com sintomas tam vagos e tam leves que não chamam a atenção do paciente, que vai andando despreocupadamente, entregando-se ás suas occupações, sem que a menor sombra de suspeita recaia ou haja um sinal de alarme que o avise do mal que se avisinha.

Atacam o portador silenciosamente umas vezes e, outras vezes, iludem-no sem que ele pegue em armas para se defender. São traiçoeiras e perigosas. Traiçoeiras, porque não se esperam: estalam pela calada; perigosas, porque a maior parte das vezes matam o portador.

E se não fôra assim eu nunca tentaria pegar neste assunto porque ele é de sobra conhecido e estudado — e

não faria eu mais do que ir buscar uma gôta de agua a um extenso oceano demasiadamente conhecido.

Mas o interesse particular deste assunto resume-se, por assim dizer, na classificação «traíçoeiras».

Ela, só por si, define quasi todo este trabalho. Mas dar-lhe um sentido mais lato e pôr de sobreaviso para os possíveis erros de diagnostico, bem como examinar um doente o mais cuidadosamente possível sob este ponto de vista, mesmo quando apenas existam sintomas muito vagos e imprecisos, é o que pretendo fazer.

E, por isso, depois de ter definido o que se deve entender por hidronefrose, era justo que algumas palavras se dissessem para aclarar o titulo hidronefroses traíçoeiras.

Porque a hidronefrose é uma lesão renal de manifestação variada e inconstante, capaz, por isso mesmo, de se nos apresentar com diversas formas e de se esconder por detraz dos sintomas de outras doenças.

Quantas vezes se nos apresenta com todo o aspecto duma outra doença que, parecendo benigna, de um momento para o outro mata o portador!

E quantas vezes o portador, deambulando pela vida fora, se queixa amargamente da não efficacia dos medicamentos!

Busca um medico, procura outro e outro e a doença continua a avançar e a minar o doente, que debalde procura alivio para o seu mal. . .

E porquê?

Sómente porque a hidronefrose se apresenta por vezes com sintomas de interpretação difficil, outras vezes evoluciona surdamente, não permitindo opôr áquelas a indicação terapeutica justa e a estas qualquer terapeutica que evite ao paciente a fatal surpresa dum golpe *traíçoeiro*!

Historia das hidronefroses

A retenção aseptica ou séptica do bassinete foi suspeitada desde muito tempo, ainda que muito vagamente.

Hipocrates fala, no seu tratado, de tumores abdominais que, ora fazem saliencia, ora se apagam nos flancos com grande escoamento de urina.

Galeno parece não ter visto a lesão. Mais tarde, a doença ficou durante muito tempo assim mal conhecida.

Não é senão no fim do seculo xvii que se encontram as primeiras referencias a observações no cadaver.

Foi Bonêt o primeiro que fez alusão em 1679; depois, Morgagni faz uma descrição anatómica em 1760; a seguir os casos observados sucedem-se rapidamente, principalmente os de Van Daveren em 1765; de Haller em 1777; de Sandifort em 1781.

O primeiro diagnostico feito no vivo foi o de Hoffman.

Rayer, foi o primeiro que deu o nome de hidronefroze, no seu tratado das doenças dos rins, a esta lesão (t. iii pg. 476).

Frederic Walter, no principio do seculo xix, fez a primeira descrição, que ficou durante muito tempo classica.

Cita-se, pouco depois, a observação de Tungal: trata-se duma mulher, á autopsia da qual se encontra um rim unico atrofiado pela constante pressão que exercia sobre ele o bassinete distendido pela accumulação de liquido,

A hidronefrose dependia duma retenção de sangue menstrual numa das metades do utero bifido, cujo orificio cervical estava *atresiado*.

O tumor formado por esta metade do utero distendido comprimia o unico ureter de maneira a torna-lo impermeavel.

Este caso de teratologia, extremamente curioso, parece ser o caso mais completo de autopsia que se possui.

No museu de Anatomia patologica de Breslau encontra-se uma preparação pertencente a uma observação de Ebstein. No fundo da bexiga encontra-se um diverticulo que tem as dimensões da cabeça duma criança. Os ureteres estão distendidos a ponto de terem o diametro do intestino delgado.

A' esquerda existe um saco hidronefrotico consideravel. Nada mais resta que alguns vestigios de parenquima renal comprimido e atrofiado. A' direita existe uma hidronefrose de menor volume.

Jacoud no seu dicionario, fala longamente das dificuldades de diagnostico da hidronefrose e cita os meios em uso nessa epoca para denunciar a afecção.

No dicionário de Deschambres, Robert publica uma estatistica de 52 casos e diz que o tumor é susceptivel de variar bruscamente de volume; o seu apagamento corresponde a uma diurese consideravel e a sua tensão faz com que haja obstipação, dôr e vomitos.

«Todavia o diagnostico não se faz sem dificuldades, diz Deschambres, e a maior parte das vezes, cometem-se graves erros».

A confusão mais habitual é com o kisto do ovario, com o kisto hidático abdominal, ou ainda com o kisto hidático do rim.

Em 1862, Henninger, numa tese sustentada em Stras-

bourg fez, pela primeira vez, um estudo do conjunto da hidronefrose ou hidropisia dos rins.

Pouco tempo depois, aparece o tratado dos tumores de Virchow, com um capítulo muito interessante consagrado á lesão de que nos ocupamos.

Em 1886 aparece o tratado de Brodeur sobre as afecções do rim. Cita um caso de Trélat, onde se encontra um aperto inflammatorio devido, provavelmente, á irritação repetida produzida pela passagem dos calculos que existiam no bacinete.

Labadie-Lagrave, no tratado de urologia clinica e doenças dos rins apparecido em 1888 procura os processos mais seguros para chegar ao diagnostico nos casos duvidosos.

Devemos citar, depois desta epoca, sobre o mesmo assunto, os trabalhos de Simon, Morris, Neumann, Le Dentu, Guyon. A hidronefrose congenita foi especialmente estudada por Virchow e a hidronefrose intermitente foi objecto dos trabalhos de Landau, Terrier e Baudoin; o tratamento operatorio das grandes hidronefroses deve-se a Bardenhauer, Küster, Tenger e Israël.

Os processos operatorios, tendo por fim o restabelecimento do curso normal da urina, devem-se a Bazy em 1896 e a Albarran em 1897.

Alguns anos mais tarde, Rathery, no tratado de Debove Huchard e Cassaigne, consagra longas paginas ao estudo completo da hidronefrose.

O trabalho mais consciencioso e mais importante sobre a questão do diagnostico é a tese de Imbert, de Montpellier.

Trabalhos numerosos tem sido apresentados em congressos realizados em Paris; citaremos as communicações de Levaditi, de Bukarest, as discussões de Albarran, Kuster, Marbourg, Bazy, Legueu e muitos outros, como Debove sobre as operações conservadoras nas hidronefroses volumosas,

Importancia na patologia do rim

A importancia da hidronefrose na patologia renal é evidente. Porque se nos lembrarmos do grande polimorfismo sindromal, o cirurgião escrupuloso não deixa de experimentar uma intima perplexidade quando laparatomiza certos doentes.

A hidronefrose, pela variedade de aspectos clinicos que oferece e erros notaveis que origina, ocupa um saliente relevo entre as afecções insidiosas.

Henri Maire denomina-a «a grande simuladora cirurgica», reunindo, em cuidadoso estudo, numerosos casos a atestar a sua opinião, firmado, por nomes eminentes.

Confundiram-se hidronefroses atipicas com kistos do ovário, do figado, do pancreas; com apendicites, gastropatias, abcessos e até mesmo com a gravidez.

Por outro lado, sendo o rim uma glandula eliminadora de productos prejudiciais ao organismo, evidentemente que a sua alteração acarretará graves perturbações.

Os doentes renais apresentam sempre uma patologia merecedora de estudo, como em regra são todas as patologias dos órgãos de secreção, órgãos de eliminação, órgãos de funções multiplas como sejam: figado e rim.

A' medida que a sua fisiologia tem progredido de forma a permitir o estudo das suas variadas funções, melhor se vai conhecendo a respectiva patologia.

Mas, por grandes que sejam estes progressos, há sempre para o clinico motivo de estudo particular da patologia destas glandulas.

A fisionomia clinica dos renais é muito variavel e dependente de multiplices circunstancias.

Ora, se esta glandula em si representa um papel maximo

na economia, pois que representa funções multiplas e delicadas, que hoje conhecemos, e muitas outras que parecem estar adstritas ao seu papel e até hoje desconhecidas; a hidronefrose, sendo uma afecção que vai determinar graves perturbações secretorias, é digna de que se estude minuciosamente.

Tanto pela sua etiologia, ainda hoje contro versa, como pela sintomatologia, umas vezes violenta, outras surda e traiçoeira, a hidronefrose tem em patologia renal um lugar primacial digno de estudos cuidadosos.

Evolução e terminação habitual

A evolução da hidronefrose é, poderia dizer-se, fatal: ela termina na destruição do rim se se não leva remedio ao portador.

Evolue com sintomas por vezes alarmantes ou insidiosamente e torna-se definitiva.

Pela sua persistencia, pela sua incurabilidade espontânea, pelas alterações secundarias que ela desenvolve no rim congènere, a hidronefrose é uma afecção séria.

Complicações são sempre possíveis.

E', a principio, a possibilidade de hemorragias na bolsa e a transformação da hidronefrose em uma hematonefrose, na qual se encontra um liquido completamente negro.

O sangue provem dos vasos da parede e nesta encontram-se apoplexias capilares e echimoses em grande numero.

E' provavel que a transformação se efectue progressivamente.

E', em seguida, a infecção da bolsa levada por uma punção, pelo cateterismo, ou desenvolvida espontaneamente pela via sanguinea.

E' devida em geral ao coli-bacilo. As urinas são turvas a febre torna-se então o cortejo de todas as crises de hipertensão e a destruição produz-se mais rapidamente pela combinação das lesões de distensão, de esclerose e de infecção.

Excepcionalmente, observa-se a ruptura da hidronefrose; esta pode ser expontânea ou, na maior parte das vezes, traumática.

Na criança o peritoneu rompe-se sempre e a peritonite é a regra.

No adulto produz-se uma perinefrose com os sinais de ruptura do rim e o operador encontra o rim ou a bolsa rotos.

Outra complicação é o peritonismo.

A hidronefrose concretisa-se por sinais de peritonite ou de torsão visceral.

A hidronefrose pode durar muito tempo, dez e quinze anos. *A la longue*, pode arrastar a morte por insuficiência renal, graças á sua acção sobre o outro rim.

Emfim, ou termina *no coma uremico e morte* ou no *acto cirurgico* com todas as probabilidades de cura se a intervenção se fez a tempo.

Hidronefroses traiçoeiras

Como se formam

O aparecimento da hidronefrose está sujeito a variadas circunstancias dependentes de factores tambem muito variados.

Mas para o nosso caso descrevamos dois, que me parecem ter capital importancia, porque nos veem demonstrar e exemplificar o conteúdo do nosso estudo.

Estudemos a hidronefrose intermitente congénita.

Esta é caracterizada pelo aparecimento dum tumor no flanco, quer direito, quer esquerdo, sobrevivendo duma maneira brusca e acompanhando-se duma dôr que lembra mais ou menos a cólica nefrética.

O desaparecimento, bastante brusco do tumor é precedido duma diminuição, depois cessação, da dôr e coincide com uma emissão mais ou menos abundante de urina.

Observa-se tanto nos homens como nas mulheres, na criança como no adulto, á esquerda como á direita.

Os casos observados são demonstrativos; comprehende-se também que se devem observar estes casos em pessoas de pouca idade, se é certo que a condição da hidronefrose seja uma disposição congénita da embocadura do ureter no bassinete e uma conformação particular do bassinete; mas podem observar-se tambem em individuos de idade avançada; esta diferença no início parece depender um pouco da conformação do bassinete e das relações com o ureter.

Estudemos desde já as relações do ureter e do bassinete e o modo de inserção da ureter no bassinete.

As pouças observadas por Bazy e provenientes das operações por ele feitas elucidam este assunto.

Todos os casos tem isto de comum: é que a inserção

do ureter sobre o bassinete se faz num ponto que está longe de ser o ponto de maior declive.

Bazy diz mesmo que, quando a bolsa está vazia, este ponto está mais baixo do que quando a bolsa está cheia (mais baixo, relativamente, porque é bem certo que não se tomam medidas absolutas): a distancia do ponto de inserção do ureter á extremidade inferior do bassinete é menor quando o bassinete está vazio do que quando está cheio e as dimensões do órgão são diferentes nos dois estados.

Em alguns casos a inserção do ureter pode fazer-se na parte superior do bassinete e Bazy diz que, quanto mais elevada é a inserção, tanto mais cedo aparecerá a hidronefrose.

O modo de inserção do ureter é variavel, mas o que nunca vemos é o ureter terminar em funil no bassinete.

O orificio pode ter o calibre medio do ureter ou ser mais apertado.

Este apêrto parece acompanhar-se duma valvula ou dum esporão, que não é indispensavel, mas que auxilia seguramente a hidronefrose.

Suponhamos agora um afluxo de liquido ou bassinete sob uma influencia nervosa ou mecanica — uma poliuria abundante — pode succeder que o orificio não deixe correr rapidamente o liquido que afluê ao bassinete e a hidronefrose instala-se súbitamente com todo o seu cortejo sintomatico.

Vejamos agora a hidronefrose por vaso anormal.

O bassinete, já um pouco dilatado, pode, em particular encontrar vasos do hilo e como o ureter segue o bassinete no seu deslocamento, pode succeder que o ureter encontre furtivamente um vaso.

Outras vezes dá-se mesmo a inflexão do ureter sobre a artéria.

Ora esta arteria pode passar adeante ou atraz do ureter e manter relações intimas, deixando por vezes verdadeiras

marcas, que interiormente se traduzem por valvulas. Ora se, por uma causa qualquer, o rim se dobra para baixo, o bassinete acompanha-lo-ha e forçará o ureter a cavalgar e a dobrar-se cada vez mais sobre a arteria, como um tubo elastico se dobra sôbre uma haste rigida quando se puxam as suas extremidades e teremos então, como consequencia, o aparecimento duma hidronefrose.

Como evolucionam

A evolução das hidronefroses, que intitulamos «traicoeiras», é uma evolução lenta, socegada, aparecendo bruscamente um dia, quando o portador menos o pensa.

Os portadores, esboçam, por vezes, em epocas muito afastadas, algumas dores cuja natureza não podia sêr conhecida pelos clinicos que o examinaram nessas ocasiões.

As urinas não são modificadas e os sintomas existentes não são suficientes para nos revelar a afecção que existe.

E é quas sempre assim; excepto rarissimos casos de individuos suficientemente inteligentes, o doente é incapaz de descrever o seu mal com clareza; é preciso que um sintoma se acentue um pouco mais para que êle o observe.

E, se não fôr assim, a afecção continua a avançar a pouco e pouco, destruindo, por vezes, o rim hidronefrótico e o rim do lado oposto, sem que o paciente acuse a menor alteração.

O conjunto sintomático é extremamente reduzido. São casos completamente obscuros, nos quais os doentes não são de maneira nenhuma incomodados, quer pelo tumor que se forma lentamente, quer pelos sintomas que são minimos.

Por vezes, a lesão é de tal maneira latente que a morte sobrevem, quer por uma doença intercurrente, quer pelo facto

de qualquer complicação ou mau funcionamento do rim e surpreende-nos, á autópsia, encontrar uma volumosa hidronefrose com todas as alterações e perturbações que ela pode produzir na sua evolução.

E é assim que, com esta evolução tam lenta, ela faz com que o doente se encontre em perigo a todos os instantes.

As hidronefroses escapam com relativa facilidade ao exame clinico, quando mesmo, propositadamente, o vamos executar.

As crises que se notam frequentemente nas hidronefroses alarmantes não existem, parecendo que qualquer coisa estranha neutralisa toda a sintomatologia para que mais silenciosamente a afecção ataque o portador.

Parece não haver, clinicamente, nada que revele a lesão, pois que, em alguns casos, nem as urinas são modificadas, quer na quantidade, quer na qualidade. Outras vezes, a traição revela-se de outra maneira; simulando nitidamente outras doenças pelos sintomas que apresenta.

Tudo concorre, em certos doentes, para esconder o diagnostico e procura-se em vão um sinal revelador ou um grupo de sinais que permitam fazer uma opinião justa.

Ela pode simular todos os tumores abdominais.

A analogia é, por vezes, tal que é impossivel evitar o êrro, seja qual fôr o cuidado que se tenha no exame local.

Quantas vezes se não teem confundido com o kisto do ovário e serem operados como tais!

E succede assim, porque o principio do kisto ovárico é, em geral, tambem insidioso e durante muito tempo estes tumores podem não se manifestarem por nenhum sintoma.

Os sinais funcionais, são em geral, reduzidos, excepto para os grandes tumores ou para os tumores inclusos que exercem compressões.

As dores, fora de qualquer complicação, são devidas a

compressões nervosas; podem aparecer no momento das regras e desaparecer com elas.

As perturbações da menstruação são variáveis.

As micções podem não ser perturbadas, o mesmo podendo suceder às urinas.

Emfim, a simulação é perfeita e os erros cometidos no diagnostico são frequentes porque são, em geral, grandes tumores, cujo polo inferior mergulha na pequena bacia e se percebem nitidamente pelo toque vaginal, sob a forma duma massa flutuante situada aos lados ou para traz do útero e independente dele.

Por outro lado, sabe-se quanto as dôres lombares são frequentes no kisto do ovário, ao mesmo tempo, por pouco que as urinas se alterem; a albumina pode notar-se numa e noutra lesão, de maneira que a semelhança é perfeita; a séde, os sinais físicos, a consistencia do tumor e a dôr que a hidronefrose provoca, a sua evolução lenta sem alteração do estado geral, são sintomas do kisto do ovário.

Sinais que se procuram quasi sempre são as conexões do tumor com a propria região lombar.

Mas estas conexões não são visíveis senão no acto operatorio e são somente constatadas quando a mão do operador toca directamente a massa.

O rim móvel pode também simular perfeitamente uma hidronefrose.

Descrevamos um doente que num dia é tomado bruscamente duma dôr violenta no lado direito.

A séde é à altura das falsas costelas, um pouco abaixo de vesicula biliar, acentuando-se para baixo para a região da virilha e para a bexiga.

Esta dôr é um pouco acentuada e o doente é obrigado a deitar-se; aqui ainda não pode ter a situação de repouso; dobra as pernas e deita-se do lado doente.

As necessidades de urinar são nulas ou muito frequentes; a micção é dolorosa; a quantidade de urina pouca ou nula.

Ha fenomenos gerais, como palidez da face, traços apanhados, olhar de angustia e anciedade, pulso pequeno e frequente. Ao exame, o flanco mostra-se contracturado, os musculos anteriores e posteriores estão em defesa e a palpação, muito dolorosa, é difficil.

Comtudo, sob esta contractura e, sobretudo, quando vai cessar ou diminuir, percebe-se um aumento de volume do rim; sente-se um tumor que muitas vezes é vago e impreciso, mas suficientemente acentuado para permitir afirmar que o rim ou o bassinete estão aumentados de volume. A tumefacção é, ella propria, dolorosa.

Aqui temos nós um doente com um conjunto sintomático complexo e confuso e que nos levaria a fazer um diagnostico de rim móvel.

Faz-se a operação e com grande espanto encontra-se uma extensa hidronefrose.

Com o kisto hidatico do rim, torna-se tambem necessario ter muito cuidado, porque o kisto hidatico do rim é uma afecção de marcha muito lenta, podendo estender-se durante um periodo de 35 a 40 anos.

O tumor é geralmente o primeiro sintoma em data e a existencia deste tumor é muitas vezes reconhecida por um mero acaso.

E' um doente que, vitima dum accidente, olha o seu corpo com mais atenção que habitualmente e descobre um tumor até aí insuspeito; ou é um medico que, examinando o individuo por outro motivo, encontra o tumor.

Além disso, se o tumor é o primeiro sintoma, não quer dizer que elle seja na verdade o primeiro, porque qualquer outro podia passar despercebido da mesma maneira que elle.

Muitas vezes esta afecção principia por cólicas nefreticas e outras vezes pela expulsão de hidátidas.

Mas, passando despercebido as sintomas como acima digo, é muito natural a confusão entre o kisto e a hidronefroze.

Outras vezes, em vez de simular outra doença, ela vai mordendo sorrateiramente o paciente e continua a avançar com o seu papel destruidor.

O paciente toma aquele mal-estar como que fazendo parte integrante do seu viver e nem uma leve sombra de receio tem!

E assim vai andando pela vida fora, entregando-se ao seu trabalho quotidiano, quando um dia, talvez numa ocasião de franca alegria, lhe rebenta uma uremia, que o mata rapidamente, ou o deixa ficar num estado de torpôr, á mercê de cuidados medicos que se esforçam por o livrar dum estado tam grave, como de aflicção para a familia.

A simulação é variada. Diagnosticos de outras afecções se teem feito erradamente. Tem-se confundido a hidronefroze com o kisto hidatico do figado, com o kisto do pancreas, com a apendicite, a gravidez, etc.

O engano é frequente porque atacam o indivíduo sem que ele o sinta e assim vão minando o doente até irromperem com toda a sua sintomatologia alarmante.

Mesmo com sinais do seu quadro sintomatico as hidronefroses iludem-nos, como acabamos de ver.

São por vezes, uma perfida afecção, porque este estado morbido torna-se permanente no portador, que a ele se habitua e nunca calcula as consequencias que podem advir.

E, assim, os portadores nem mesmo prestam atenção quando algum aviso lhes aparece. Julgam ser coisa banal e é certo que o mal continua no seu papel destruidor o mais socegradamente possivel.

Como terminam

Acabamos de ver o quanto podemos ser iludidos na etiologia e evolução das hidronefroses traiçoeiras.

Vejamos agora um outro ponto que me parece ser interessante: como terminam.

A terminação destas hidronefroses pode ser variada; estudemos a sua forma mais frequente.

Sendo estas hidronefroses de uma marcha tam arrastada, as perturbações vão-se acumulando, umas após outras, sem que o organismo se ressinta.

E um dia doente pode sentir uma dôr, semelhante uma colica nefretica banal; mas, ao cabo de algumas horas ou de alguns dias, aquele mal-estar diminue, a dôr desaparece, ao mesmo tempo que a secreção pára a anuria se instala, durando mais ou menos tempo; outras vezes, a anuria sobrevem muito mais insidiosamente: não ha dôres, ou pelo menos são tam vagas ou tam leves que o doente chega a não recordar-se e a não precisar o lado em que as sentiu. A anuria é então o primeiro e fica, muitas vezes, o unico sinal que chama a atenção do doente.

Durante dois ou trez dias (periodo de tolerancia) o doente sente-se bem, sem nenhum mal estar; continua as suas occupações, urinando algumas vezes duas ou trez gotas de urina sanguinolenta.

Ao cabo de algum tempo, que varia com a resistencia do individuo, com as suas intoxicações, com a tara e o estado de outras visceras, sinais de cansaço geral se produzem: há inapetencia, a cabeça é pesada e a noite é agitada.

E' então o periodo de intoxicação, no decurso do qual se veem desenrolar todos os sinais que caracterisam a ure-

mia: cefaleias, sede viva, insonia, soluços, aperto pupilar, vomitos incessantes que se tornam hemorragicos, erupções de urticária edema prêmaleolar, epistaxis abundantes e repetidas, etc.

A azotemia eleva-se a duas ou trez gramas e a sua elevação mede então o prognostico.

Bem depressa o doente cai num estado de torpôr intellectual e de indiferença e morre no coma urémico.

Reconhecemos, então, neste momento a uremia, mas a sua causa passa despercebida!

Outras vezes, os doentes queixam-se de perturbações estranhas á sua lesão e morrem duma afecção aguda; a este proposito, os doentes atingidos de grandes retenções piêlicas latentes podem morrer de pneumonia, complicação que também é frequente nas outras afecções renais. Além disso, são individuos que tem tolerado sempre bem a sua lesão até o momento em que eles proprios se admiram da rapida complicação.

A infecção é tanto mais frequente quanto a lesão se presta mais facilmente ao acesso dos microbios.

Desconhecida a hidronefroze, ela continuará a desenvolver-se até o momento em que a morte aparece devido a uma complicação e a terminação dessa hidronefroze será então a pionefrose.

Outras vezes, o doente pode apresentar-se-nos com sintomas gerais identicos aos das contusões do abdomen, quando sobre a região renal incidiu um traumatismo.

As relações do rim com o peritoneu explica-nos a reacção peritonial que se opera; o shock traumatico, actuando sobre o simpatico abdominal, explica-nos os fenomenos graves e alarmantes que se podem produzir, mesmo no caso de lesões renais minimas.

Todos estes sintomas gerais variam em geral com a

intensidade do traumatismo e torna-se difícil, diz Albarran, distinguir o que pertence á lesão renal no aparecimento da palidez do doente, suores frios, pequenez de pulso e vomitos que por vezes se observam.

São sintomas capazes de esconder mais o diagnostico do que esclarece-lo.

Um estado geral relativamente bom pode corresponder a lesões graves e rapidamente mortais.

Os sinais funcionais consistem no aparecimento da dor e nas modificações da urina. A dor, essencialmente subjectiva, é brusca, coincidindo com o shock traumatico.

Por outro lado, a formação rapida dum tumor de dimensões por vezes impressionantes, fazem com que o diagnostico clinico não seja facil e, entre varias hipoteses, levam-nos a pensar, ou numa perinefrose ou numa hematonefrose.

Autopsia-se ou opera-se e vamos então encontrar uma ruptura numa extensa hidronefrose desconhecida até ao momento do shock traumatico.

Aqui temos nós uma outra forma de terminação das hidronefroses traiçoeiras.

No decorrer da nossa descrição fomos observando os quadros variados que os tumores hidronefroticos podem apresentar ao clinico e bem assim os inumeraveis sindromas que eles mascaram na sua evolução.

Succede mesmo, por vezes, que, sejam quais forem os meios que empreguemos para chegarmos a um diagnostico claro, nunca temos a certeza, em face dum doente com uma sintomatologia tam embaraçadora, de chegarmos a esse diagnostico firme.

O aparecimento das crises renais é variável e não nos marca com nitidez se se trata desta ou daquela afecção.

A dor e o tumor tambem nada nos explicam, visto que são particulares a tantas e tão variadas afecções renais.

De maneira que, em face de doentes que apresentem esta complicada e confusa sintomatologia, uma outra coisa pode suceder: é o doente ser portador duma hidronefroze e chegar-se a um diagnostico errado, julgando ser uma outra afecção de tantas que demonstramos no capitulo da evolução.

Podemos, pois, ter, como outra forma de terminação, a indicação operatória feita com um fim diferente.

Observações

I (1)

C. A. D. de 45 anos, casada, domestica, deu entrada no Hospital de Santo Antonio a 2 de Agosto de 1923 e saiu a 25 de Agosto do mesmo ano.

Apresentava, como sintomas gerais: emagrecimento, astenia geral, anorexia e grande excitabilidade.

Ao exame local acusava sensação de pêzo e *moedeira* na região do hipocondrio direito e flanco do mesmo lado, ao mesmo tempo que mostrava uma saliencia que occupava a direita da região umbilical, estendendo-se para dentro até perto da linha média e para baixo até á horisontal que passa pelo umbigo.

Correspondia esta tumefacção a um tumor movel sob a pele e que se deslocava na cavidade peritonial com os movimentos imprimidos ao figado: este encontrava-se ptosado, descendo abaixo da rede costal e, na linha mamilar, o seu limite superior não ascendia o bordo inferior da 7.^a costela.

Para fóra desta linha descia obliquamente e palpava-se facilmente nas regiões do flanco e dos lombos.

A percussão do tumor dava um som mate e não se colhia a sensação de onda.

Uma punção exploradora revelou liquido citrino, cristal de rocha.

Do aparelho urinário nada se queixava.

Do aparelho circulatorio apresentava: pulso com uma frequencia de 76 pulsações por minuto, pequeno e instavel extrassistoles e palpitações.

(1) Esta observação devo-a à amabilidade do Snr. Professor Dr. Teixeira Bastos, a quem renovo os meus agradecimentos.

Do aparelho digestivo apresentava a língua saburrosa, anorexia e obstipação.

Historia da doença:

Há muitos anos já apresentava leves perturbações digestivas, sentindo um dia uma dôr que calhou com o repouso e aplicações quentes. Desde então tinha leves perturbações, a que não prestava atenção.

Há pouco tempo notou que lhe aparecia aquele tumor acompanhado de algumas perturbações digestivas como fossem os vomitos.

O facto do aparecimento do tumor obrigou-a a inter-nar-se no hospital.

Antecedentes pessoais:

Diz ter sido sempre fraca. Teve o sarampo e uma pneumonia dupla aos 26 anos.

Teve 10 filhos falecidos de poucos mezes com enterites.

Tem duas filhas vivas que sofrem dos intestinos.

Nada refere da historia do seu marido.

Antecedentes hereditários:

A mãe faleceu de avançada idade com uma doença do coração. O pai também morreu de doença do coração.

Tem quatro irmãos vivos e teve mais dois que faleceram, um de doença do coração, outro com gripe pneumonica.

Em face daquele quadro sintomatico, a esta doente foi-lhe feito o diagnostico de kisto hidático do figado.

Resolvida a intervenção e feita a laparotomia deparou-se com uma rasoavel hidronefrose.

Feito o esvaziamento, fez-se a seguir a nefrectomia.

A doente saíu curada passados dias.

II (4)

A. I., 35 anos, solteiro, natural de Arouca. Homem de constituição franzina, tendo atravessado toda a sua vida até agora com sofrimentos varios, muito principalmente gastro-intestinaes. Desde longa data que, intermeando os seus sofrimentos digestivos habituaes, vinha tendo dôres no hypocondrio direito, as quais facilmente eram atribuidas por ele e por clinicos varios, a crises hepaticas acompanhando ou precedendo as crises digestivas.

Em Março de 1914 refere uma febre tifoide que evoluciona regularmente com caracter pouco grave até meados de Abril. Nesta data observou-se reaparecimento da febre a 40º acompanhado de dôres fortes no hypocondrio direito. Pela 1.ª vez nota o doente e a familia que as urinas se apresentam turvas e sanguinolentas, deixando forte deposito no fundo do vaso.

E' nesta altura que se dá a especial intervenção da parte do Snr. Dr. Oscar Moreno.

O diagnostico de pyelo-nefrite post-tifoide parecia impôr-se.

O tratamento medico é feito durante 12 dias sem que as melhoras surjam. Resolveu-se fazer-lhe uma lavagem do bassinete por cateterismo ureteral, o que é praticado em fins de Abril.

Resultado: sonda ureteral n.º 8 introduzida livremente até ao rim. Por ela saem em jacto continuo 120 gram. de urina extremamente purulenta e sanguinea. A analyse revela

(4) Esta observação devo-a à amabilidade do Snr. Dr. Oscar Moreno, a quem renovo os meus agradecimentos.

pus e sangue em abundancia de tal ordem que se desiste de pesquisar a concentração ureica. Na possibilidade de qualquer intervenção cirurgica foi resolvido acto continuo recolher por sonda vesical n.º 14 a urina do rim oposto que nos deu essa á analyse :

Urina	— limpida
Vol.	— 20 cm 3
Ureia	— 3 ‰
Albumina	— 5 gram. ‰

Fez-se larga lavagem da bolsa pyonefrotica com pro-targol a cinco por mil.

O diagnostico da pionefrose impunha-se e com ele o diagnostico retrospectivo da hidronefrose antiga infectada recentemente. A par disso, a mesma separação dava-nos a bem provavel insuficiencia do rim oposto. Isso veio brevemente a ser confirmado pela pesquisa ureica do sangue que revelou 3 gr. 75 por ‰. O doente declina rapidamente em cinco dias sem dar a possibilidade, momentanea que fosse, de pensar em qualquer intervenção, mesmo uma simples nefrotomia. A morte sobreveiu ao fim d'esses 6 dias em plena *uremica* e *septicemia* inesperada e fatal.

A nota interessante d'esta observação, segundo o Snr. Dr. Oscar Moreno, «está em que, d'isso estamos plenamente convencidos, a sua «poussée» ultima renal foi precedida d'uma hidronefrose ignorada, ou antes, confundida com reacções hepaticas nos seus sofrimentos digestivos. Há a acrescentar, com toda a probabilidade, que o seu rim oposto vinha desde muito tempo sofrendo as consequencias reflexas e toxicas d'essa hidronefrose ignorada ou toxicas digestivas, de tal modo que tornou instantaneo o desfecho fatal d'essa vida».

III (1)

X., 55 anos de idade, natural de Matosinhos, deu entrada no Hospital do Terço por motivo dum volumoso tumor abdominal de que era portadora havia, talvez, vinte anos e que vinha aumentando de volume de ano para ano.

Era um tumor movel, liquido e tam volumoso que na posição vertical lhe descia quasi aos joelhos; apresentava uma circulação colateral acentuada e ao exame dava a impressão de se tratar dum volumoso kisto ovárico, provavelmente direito.

O estado geral da doente era bastante precário — emaciação, palidez e astenia; o pulso era frequente e hipotenso.

Nada havia de anormal nos outros órgãos e principalmente no aparelho urinario.

Resolvida a intervenção e feita a laparotomia encontrou-se um volumoso kisto aderente á parede.

Feito o esvaziamento, por meio do trocar de kistos, retiraram-se 40 litros de liquido citrino, limpido, sem cheiro caracteristico.

Descorticado o kisto, com grande surpresa verificou-se que não se tratava dum kisto ovárico mas sim duma volumosa hidronefroze.

Fez-se, então, a nefrectomia.

O rim quasi que tinha desaparecido e, na capsula do kisto, viam-se bem desenvolvidos os calices e o bassinete.

A doente sucumbiu depois, talvez, devido ao grande traumatismo operatorio.

(1) Esta observação devo-a à amabilidade do Snr. Dr. Alberto Gonçalves, a quem renovo os meus agradecimentos.

NOTA:

Esta doente tinha sido examinada no principio da sua doença por um distinto cirurgião desta cidade, já falecido a quando da intervenção, que lhe fez uma punção que lhe permitiu extrair grande quantidade de liquido.

Conclusão

Em face de doentes, com esta sintomatologia, rarissimas vezes, tanto o cirurgião como o clinico, pensam na hidronefroze.

Visto

Teixeira Bastos

Presidente.

Pode imprimir-se

Lopes Martins

Director.

Bibliografia

Oscar Moreno e Alvaro Rosas — *Sobre um caso de hidronefrose. Comunicação apresentada ao 1.º Congresso Luso-Espanhol* (Porto 26-VI a 1-VII-MCXXIII).

Henri Maire — *Des difficultés du diagnostic des grosses hidronéphroses. Thèse présentée à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon* — Lyon, 1909.

E. Berard et Ch. Dunet — *Critique du fremissement hydatique à propos d'une hidronéphrose simulant un kyste hydatique du foie*, in *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, tome XI, n.º 1, Paris Janvier 1921.

F. Chatelin — *A propos de quatre grosses hydronéphroses*. Paris. Octobre 1906.

A. Aimes et A. Delord — *Énorme hydronéphrose révélée par un traumatisme*, in *Journal d'Urologie*. Paris. Octobre 1919.

Louis Jullien — *Hématonéphrose Traumatique*. Paris 1904.

F. Legueu — *Traité chirurgical d'Urologie, Deuxième Édition* — 2.

A. Pousson. E. Desnos — *Encyclopédie Française d'Urologie* — Tome Troisième. Paris 1914.

Albarran — 3.^{ème} leçon — *Uronéphroses acquises. Organes génito — urinaires* — Paris 1907 vol. — N.º 13 1.^{er} Juillet 1907.