

3-6  
N.º 175

Fernando Francisco Gomes da Costa

# Tuberculose pulmonar e renal

(Monografia clínica)

Tése de doutoramento apresentada  
à Faculdade de Medicina do Porto

DEZEMBRO DE 1923



203/6 FMP

————— 1923 —————  
IMPRENSA NACIONAL  
— de Jaime Vasconcelos —  
204, Rua José Falcão, 206  
————— PORTO —————

Tuberculose pulmonar  
e renal

N.º 175

Fernando Francisco Gomes da Costa

# Tuberculose pulmonar e renal

(Monografia clínica)

Tése de doutoramento apresentada  
à Faculdade de Medicina do Pôrto

DEZEMBRO DE 1923



————— 1923 —————  
IMPRENSA NACIONAL  
— de Jaime Vasconcelos —  
204, Rua José Falcão, 206  
————— PORTO —————

# FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

**Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior**

SECRETÁRIO

**Dr. António de Almeida Garrett**

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinários


Anatomia descriptiva . . . . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia . . . . .	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial . . . . .	Vaga
Farmacologia . . . . .	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral . . . . .	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica . . . . .	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia . . . . .	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene . . . . .	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal . . . . .	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória . . . . .	Vaga
Patologia cirúrgica . . . . .	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica . . . . .	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica . . . . .	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica . . . . .	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral . . . . .	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica . . . . .	Vaga
História da medicina e Deontolo- gia . . . . .	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifillografia . . . . .	Dr. Luis de Freitas Viegas
Psiquiatria . . . . .	Dr. António de Sousa Magalhães e Lemos
Pediatria . . . . .	Dr. António de Almeida Garrett

### Professores Jubilados

**Dr. Pedro Augusto Dias**

**Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão**






À memória de meu avô

José da Silva Cardoso

Eterna saudade.



## A meus Pais

Pelo vosso sacrifício, esta homenagem  
como expoente máximo da minha  
gratidão.

---

## A minha Avó

Porque em tudo tendes sido mãe duas  
vezes, êste logar para vós.

A meus tios

Carolina dos Santos Cardoso

e

Joaquim da Silva Cardoso

Jámais esquecerei o que vos devo.

---

A meus irmãos

Albertina, Olga, Roberto e Belchior

Junto-vos no mesmo lugar, para que,  
como até aqui, continuemos cam-  
minhando unidos pela vida fóra.

À minha noiva

À família Milheiro

Agradecendo atenções imerecidas  
e estima, que não esquecerei.

Ao meu bom amigo e companheiro  
de 6 anos de estudo

Dr. Eduardo Ferreira

Amisade grande e leal.

## AOS MEUS CONDÍSCÍPULOS

---

## AOS MEUS AMIGOS

*Dr. Abel Abrantes*  
*Dr. José Fernando de Castro Correia*  
*Dr. Jaime Pereira de Magalhães*  
*Tenente Joaquim Pinto Coelho*

A todos, os protestos de muita fe-  
licidade e um abraço de pro-  
funda estima.

---

## AOS MEUS CONTEMPORÂNEOS

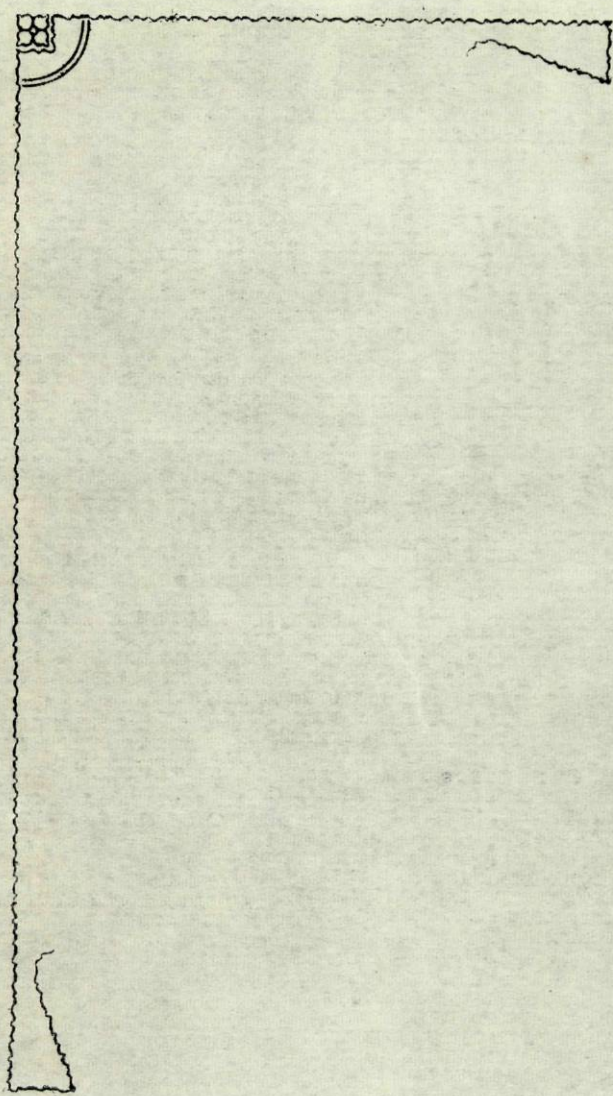
*Bernardo Pereira Leite*  
*Manoel Faria Cardoso de Araujo*  
*Abílio de Mesquita*  
*António de Almeida e Sousa*  
*Abílio de Andrade Pissarra e Almeida*  
*Marcelo Fernandes*  
*Francisco Faria*  
*Júlio de Vasconcelos*

Sincera amisade.

AO MEU ILUSTRE PRESIDENTE DE TÉSE

Ex.<sup>mo</sup> Snr. Prof. Dr. Thiago de Almeida

Homenagem e gratidão do aluno reconhecido.



2011 *Este trabalho versa sobre um doente que apareceu, durante o ano lectivo, na enfermaria de Clínica Médica. É um caso interessante de tuberculose que lesou, ao mesmo tempo, os pulmões e os rins duma maneira idêntica, e que não é muito vulgar encontrar-se.*

*Este estudo, sugerido pelo Snr. Prof. Thiago de Almeida para o meu trabalho final, leva muitas falhas e deficiências de saber, filhas naturalmente umas da pouca experiência em tratar destes assuntos, outras porque a vastidão da matéria não corresponde ao tempo de que podia dispôr para a sua elaboração circunstanciada.*

*Reporto-me quasi exclusivamente ao caso clínico, tendo angariado para a minha orienta-*

*ção, entre os variados autores, os subsídios que julguei melhores, sendo o meu trabalho decalcado principalmente em noções que colhi nas lições de Clínica Médica professadas durante o ano.*

SUMÁRIO :

CAP. I — *Observação do doente.*

CAP. II — *Evolução da bacilose. Início pulmonar.*

CAP. III — *Influência recíproca das duas localizações no prognóstico e no tratamento.*

## CAPÍTULO I

### Observação do doente

#### Apresentação

Joaquim da S., de 37 anos de idade, solteiro, serralheiro, natural de Anadia, deu entrada no Hospital Geral de Santo António em 26 de Dezembro de 1922 e ficou no mesmo dia internado na enfermaria de 2.<sup>a</sup> Clínica Médica.

#### Estado actual

*Exame subjectivo.* — O doente encontra-se num estado de intensa prostração e pronunciada adinamia, fundando o motivo da sua entrada no Hospital nas perturbações urinárias que desde algum tempo o afligem e cujo tratamento, lá fóra, resultou ineficás. Essas perturbações consistem em *hematúrias*, mais pronunciadas no fim das micções, e *piúria*.

Tais são os dois sintomas que mais impressionam o doente; mas, além destes, outros há e que vou passar em revista.

As micções repetidas e pouco abundantes (polaquiúria) são seguidas de dôres vesicais e uretrais, sendo as primeiras mais freqüentes e também, por vezes, mais intensas, mas não com o carácter agudo de que a princípio se revestiam.

A polaquíria referida é sobretudo nocturna, obrigando o doente a levantar-se inúmeras vezes durante a noite.

Queixa-se de tosse freqüente acompanhada de expectoração muco-purulenta, notando, de quando em quando, escarros hemoptóicos.

Tem febre (Vide gráfico) e transpirações nocturnas, nomeadamente de madrugada, que contribuíram para o levar à astenia em que se encontra e que coincide com o emagrecimento que, desde há muito, vem notando.

Refere dôres nas regiões escapular e infra-clavicular do hemitórax esquerdo e, no hemitórax direito, a meio da linha mamilar, acentuando-se com a tosse e que lhe trazem também uma notável dificuldade de respirar.

Conserva um regular apetite na refeição da manhã.

Ligeiro afrontamento após algumas refeições.



Cefaleias de predomínio vespéral.

Queda do cabelo.

*Exame objectivo.* — Ao examinar o doente, o primeiro facto que chama a atenção, é a palidez e a anemia acentuadas dos tegumentos, que lhe dão uma côr amarelo-palha.

Nas regiões inguinais, notavam-se pequenos gânglios alongados, duros e móveis, palpando-se um epitrocleano à esquerda.

Referidos estes sintomas de ordem geral, vou passar à innumeração dos restantes, por aparelhos, começando por aqueles onde o doente localiza subjectivamente o seu sofrimento.

*Aparelho génito-urinário.* — Pontos renais e ureterais superiores dolorosos à pressão, accusando uma dôr muito viva ao nível do ponto sub-costal esquerdo.

A urina, de côr amarelo-sanguínea, é muito turva e deixa um depósito abundante, que sofre variações diárias, sem nunca deixar de ser bastante apreciável.

A análise da urina, requisitada ao Laboratório Nobre da Faculdade e cujo resultado vai adiante inserto nos seus pormenores, revelou, além dos factos já consignados, uma *albu-*

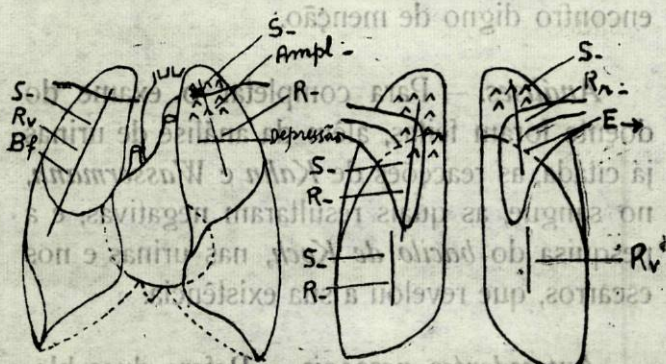
*minúria* não muito pronunciada, abundante *indicanúria*, mostrando o exame microscópico ao lado de células das vias urinárias, numerosos hematias e piócitos.

Os epidídimos encontravam-se hipertrofiados e duros, nomeadamente o esquerdo.

### Análise das urinas

ELEMENTOS	URINA ANALISADA		
	Por litro	Por 24 horas	
Caracteres gerais	Volume de 24 horas . . . . .	1300	
	Côr . . . . .	Am. <sup>o</sup> sanguíneo	
	Aspecto . . . . .	Turvo	
	Depósito . . . . .	Abundante	
	Cheiro . . . . .	Normal	
	Consistência . . . . .	Fluida	
	Reacção . . . . .	Acida	
Densidade a 15° . . . . .	1,0139		
Elementos normais	Elementos orgânicos . . . . .	23,544	30,607
	Elementos minerais . . . . .	5,056	6,572
	Total das matérias dissolvidas . . . . .	28,600	37,179
	Acidez total (em P <sup>2</sup> O <sup>5</sup> ) . . . . .	0,621	0,807
	Urêa . . . . .	18,428	23,956
	Acido úrico . . . . .	0,504	0,656
	Acido fosfórico (em P <sup>2</sup> O <sup>5</sup> ) . . . . .	0,980	1,274
Cloreto de sódio (em Na Cl) . . . . .	2,630	3,421	
Urobilina . . . . .	0,100	0,130	
Elementos anormais	Albumina . . . . .	2,313	3,006
	Glucose . . . . .		Nula
	Pigmentos biliares . . . . .		Nulos
	Ácidos biliares . . . . .		Nulos
	Indican . . . . .		Abundante
<b>Exame microscópico</b>			
Celulas das vias urinárias, numerosos hematias e numerosos piócitos			

**Aparelho respiratório.** — Polipneia (32 m. r. por minuto). Os sinais revelados pelo exame circunstanciado dêste aparelho encontram-se resumidos nos seguintes esquêmas:



OBSERVAÇÃO:

Rv = respiração em vaga      Bf = broncofonia  
 R- = " diminuída      E > = expiração prolongada  
 Rr = " rude      ^^^ = sarridos de fusão tu-  
 S- = submassicês      ^^ = berçulosa.

**Aparelho circulatório.** — Ruídos cardíacos sensivelmente normais. Pulso pequeno, rítmico e hipotenso (as tensões medidas ao *Pachon*, na radial direita, tinham os seguintes valores: TM = 12, Tm = 6).

**Aparelho digestivo.** — No domínio dêste aparelho apenas se nota que o bôrdô inferior

do figado excede um pouco o rebôrdo das falsas-costelas.

*Sistema nervoso.* — Além dum ligeiro exagêro do reflexo rotuliano, à direita, nada mais encontro digno de menção.

*Análises.* — Para completar o exame do doente foram feitas, além da análise de urinas já citada, as reacções de *Kahn* e *Wassermann*, no sangue, as quais resultaram negativas, e a pesquisa do *bacilo de Koch*, nas urinas e nos escarros, que revelou a sua existência.

*Antecedentes pessoais.* — Refere duas blenorragias, uma contraída em 1915 e outra em 1919.

*Antecedentes hereditários.* — O pai faleceu aos 67 anos, ignorando o doente a causa.

A mãe é saudável e nunca teve abortos, e dos seus 5 filhos apenas um faleceu em criança, sendo os quatro restantes saudáveis.

*História da doença.* — Desde muito tempo que vem o sofrimento do nosso doente, manifestando-se há 3 anos por tosse, a princípio pouco intensa e que se tornou mais violenta nos últimos quatro meses. Em fins de 1918,

então na guerra, onde esteve 28 meses, fez a primeira hemoptise, prolongada durante 8 dias sob a forma de escarros hemoptoicos, que se têm repetido. De há 3 meses para cá, sente-se astenizado, embora não tenha perdido por completo o apetite.

Em princípio de Setembro (1922) suspendeu o tratamento que vinha fazendo da sua última blenorragia por notar que as urinas apareciam turvas, começando, passados dias, a tomar a coloração *amarelo-sanguínea*, ao mesmo tempo que lhe sobreveio a dôr vesical post-micção.

Essa coloração das urinas tem-se mantido da mesma maneira que as dôres, não tendo experimentado melhoras sensíveis.

*Diagnóstico.* — Em face dos sintomas oferecidos pelo doente aos exames subjectivo e objectivo, o diagnóstico impunha-se e as análises laboratoriais vieram confirmá-lo pelos seus resultados concludentes. Assim, fomos levados a diagnosticar, antes de mais nada, uma *tuberculose renal*, como dominando o complexo patológico do doente.

E como chegamos a êste diagnóstico clínico?

A existência de hematúrias poderia fazer

pensar que se tratava dum *cancro* ou duma *littasé renal*. O primeiro fácilmente se põe de parte, porque êle não se acompanha de piúria. Quanto à segunda, os antecedentes do doente não accusam os sinais próprios dessa afecção — cólicas violentas, eliminação de areia ou de cálculos.

Além disso, a existência de bacilos na urina confirma por completo o nosso diagnóstico (1).

O doente, porém, não tem todos os outros aparelhos perfeitamente íntegros, em particular o aparelho respiratório, onde as alterações são notáveis pela sua difusão e acentuação.

Sobre a natureza bacilar destas últimas, dúvida alguma pode também suscitar-se, dada a confirmação trazida pela análise bacteriológica da expectoração, que revelou a presença de bacilos.

Neste caso, como em tantos outros, o bacilo de Koch não limitou a sua obra a um único recanto da economia e adiante procuraremos saber qual a lesão que consideramos como primitivamente instalada.

---

(1) É frequente a presença, nas urinas, de bacilos ácido-resistentes fácilmente confundíveis com o bacilo de Koch. É preciso, pois, ser reservado na afirmação de tuberculose antes de fazer a inoculação em caviás.

Feito o diagnóstico de tuberculose renal, resta-nos saber se se trata duma tuberculose localizada num dos rins ou estendida a ambos.

Pelo exame clínico do doente, sou levado a supôr que os dois rins estão tocados pelo processo bacilar, com predomínio à esquerda, onde provavelmente se iniciou, ao contrário do maior número de casos dêste género que tem a sua eclosão no rim direito.

A favor desta ideia vem a circunstância de o doente apresentar dolorosos os pontos renais de ambos os lados, acrescida da opinião de alguns urologistas, entre eles *Legueu et Papin*, que afirmam a bilateralidade das lesões nos casos de evolução um pouco avançada da tuberculose renal, embora esta inicialmente seja limitada a um rim.

Permita-se-nos, no entretanto, uma reserva acêrca das conclusões a que nos pode levar o simples exame clínico; e ela consiste em que a dôr pode ser despertada de ambos os lados, embora só um dos rins esteja lesado, isto em virtude do reflexo reno-renal.

De sorte que, para termos a confirmação da nossa maneira de ver, necessário se tornaria fazer a separação das urinas pelo cateterismo dos ureteres e analisá-las em separado.

Esta análise mostraria a origem uni ou bi-

lateral da piúria e outras alterações reveladas pelo exame em conjunto.

Alguns dos sintomas oferecidos pelo doente mostram-nos também o sofrimento dos segmentos inferiores do aparelho urinário, resentindo-se já um pouco o aparelho genital.

Na verdade, a cistalgia predominando no fim das micções, a polaquiúria, etc., estão ligadas propriamente à cistite concomitante. A

Da mesma maneira, as dôres provocadas ao longo dos ureteres denunciam uma ureterite, da qual o doente é também portador.

Mas esta propagação da tuberculose renal ao tubo urinário não é um caso particular no doente Joaquim da S.

A ureterite, diz Hallé, observa-se quasi sempre — e sempre a periureterite — no decurso da bacilose renal; a cistite está-lhe ligada intimamente que faz mesmo parte do seu quadro sintomatológico. Está para a tuberculose renal como a laringite tuberculosa para a bacilose pulmonar.

## CAPÍTULO II

### Evolução da bacilose

#### Início pulmonar

Outrora, quando se falava em tuberculose, entendia-se por esta designação sómente a sua localização nos pulmões.

O agente entraria por qualquer porta no organismo e escolheria para habitat predilecto o parenquima pulmonar, desenvolvendo aí a sua acção mórbida imediatamente ou esperando socegado, em latência, que as mais diversas causas ocasionais lhe exaltassem a virulência ou diminuíssem a resistência orgânica, para então pulular.

Hoje, ninguém pensa em restringir a acção funesta do *bacilo de Koch* aos pulmões.

Todos os órgãos e sistemas da economia são susceptíveis de serem invadidos e lesados por aquele agente, umas vezes directamente,

outras, indirectamente, por intermédio dos variados produtos tóxicos que segrega.

São freqüentíssimos os casos de baciloses extrapulmonares, uns nitidamente caracterizados, outros que podem ser tomados à conta duma infecção vulgar, porque a sua sintomatologia banal nada pode dizer-nos acêrca da sua *verdadeira natureza*. Só a presença do bacilo, denunciado pelo exame microscópico ou pela inoculação na cobaia, nos pode conduzir a essa afirmativa.

Mercê dos modernos processos de investigação, a tuberculose vai dia a dia ampliando o seu âmbito, mostrando-nos assim que muitas das doenças chamadas *sine matéria*, que outrora absorviam um grande número de estados mórbidos, devem ser consideradas como modalidades daquela doença.

Todo o clínico, portanto, dada a extensão do mal e em face duma sintomatologia tam variada e que, pelo seu polimorfismo, tudo pode simular, não deve afastar de si a idéa de que a bacilose afecta variadas modalidades, procurando encaminhar o seu exame para a verdadeira etiologia.

Devemos, pois, esforçar-nos sempre por conseguir, *ab initio*, um diagnóstico certo, afim de que, de harmonia com êle, entremos imedia-

tamente em combate com a doença, lançando mão dos melhores recursos terapêuticos, de cuja eficácia muito há a esperar quando oportunamente instituídos.

Mas, se a tuberculose em certos casos nòs é facilmente revelada por um simples e rápido exame, de sorte que facilmente e a tempo podemos aplicar uma terapêutica apropriada, casos há em que a sua sintomatologia, apagada ou até mesmo mascarada de feições estranhas, nada nos diz da sua verdadeira natureza, dificultando-nos o seu diagnóstico etiológico e, consequentemente, a sua terapêutica.

E assim, o Snr. Prof. Thiago de Almeida divide os tuberculosos em dois grandes grupos: *grandes tuberculosos* e *pequenos tuberculosos*.

Os do primeiro grupo, que se apresentam com uma sintomatologia vastíssima, desde as mais variadas curvas térmicas até às mais delicadas perturbações digestivas, nervosas e cutâneas, raras vezes oferecem dúvidas no seu diagnóstico.

No segundo grupo estão aqueles a quem a doença vem minando, silenciosamente, há muito tempo e que se traduz por tosse ligeira, dispepsias, enterocolites antigas, ovarites que a inter-

venção cirúrgica não liquidou; os que fizeram a apendicectomia e continuam a sofrer; os que padecem de faringites e bronquites de repetição; emfim os anémicos, os reumáticos e tantos outros. Nestes pequenos tuberculosos, a sua sintomatologia, pouco evidente, pode capitular-se em duas fases: — Na primeira, o doente queixa-se de padecimentos variados e, se o auscultarmos vamos encontrar nos seus pulmões alguns dos sinais das baciloses larvadas ou latentes — *respiração rude, murmúrio vesicular diminuído, respiração intercisa, expiração prolongada, uma dôr ligeira*, etc. Na segunda persistem aqueles sinais e aparecem outros, pulmonares ou extrapulmonares, que veem então vincar o verdadeiro carácter da doença.

São os pequenos tuberculosos que mais casos dão de baciloses extrapulmonares.

No nosso caso o diagnóstico não oferecia, como vimos, dúvidas algumas; por isso, facilmente fomos conduzidos a etiquetar o padecimento do nosso doente: *tuberculose pulmonar + tuberculose renal*.

E assim o dizemos por entendermos que

as lesões pulmonares foram o resultado da localização inicial do bacilo e as renais secundárias àquelas, como, em regra, se verifica. Com efeito, a sintomatologia pulmonar precedeu no seu aparecimento a sintomatologia renal, pois o doente refere a primeira hemoptise em 1918 e só em Setembro do ano transacto se tornaram apreciáveis as perturbações renais. É no decurso do tratamento da sua 2.<sup>a</sup> blenorragia que o surpreende a turvação das urinas e depois a sua purulência com as dôres assinaladas a propósito da História da doença.

É possível que a blenorragia tenha, neste caso, contribuído para determinar a localização secundária, ao lado doutras causas mais ou menos obscuras — *causas gerais e locais*.

Entre essas causas obscuras, julgamos dever destacar, por não ter sido suficientemente posta em relêvo, a acção nociva da própria terapêutica medicamentosa anti-tuberculosa, susceptível de determinar no rim as mais variadas lesões, desde a simples poliúria à nefrite de prognóstico mais reservado.

No nosso doente, porém, esta causa deve ter exercido uma bem limitada influência, se atendermos ao desprêso a que votou a sua tuberculose pulmonar, contraída provavelmente na miséria a que o sujeitaram 28 longos meses

de vida das trincheiras, em França, pois que, desde então, data a primeira manifestação do sofrimento dos pulmões.

A evolução dêste sofrimento não foi entravada e permitiu que se propagasse ao departamento urinário.

A frequência das localizações renais no tuberculoso pulmonar é bem evidente e bem maior do que alguns autores querem, como por exemplo Robberts, que à autópsia de 6.000 indivíduos encontrou lesões tuberculosas em 1317, dos quais apenas 74 apresentavam lesões renais.

Esta estatística não corresponde à realidade, pois que Robberts entendia por tuberculoses renais só aquelas formas com lesões específicas, isto é, desde o folículo de Kœster até ao abcesso resultante da fusão de vários tubérculos.

Ora, sabe-se hoje que o *bacilo de Koch* é susceptível de ocasionar ao nível dos rins, como noutros pontos do organismo, lesões sem carácter específico, atípicas, impossíveis de distinguir das lesões de nefrite banal e dependentes da acção das toxinas.

É assim que outros autores dão essas lesões como mais frequentes (Tamayo diz que  $\frac{1}{4}$  dos tísicos tem granulações nos seus rins —

percentagem esta que ainda reputamos, como aliás querem outros autores, insuficiente). Afir-  
mam alguns até que o estudo do rim tem, num  
tuberculoso, tanta importância como o do co-  
ração num reumatismal.

Segundo Kronlein, a frequência da tubercu-  
lose em relação às outras afecções cirúrgicas do  
rim observar-se-ia na proporção de 29,8 por %  
e menos vulgarmente na idade avançada e na  
adolescência, sendo a idade de predilecção dos  
20 aos 40 anos.

Mais frequente na mulher do que no ho-  
mem, manifestaria, segundo aquele autor, uma  
certa tendência à localização no rim direito.

As estatísticas de Israël, Albarran e Kumiel  
mostram-nos que no maior número dos casos  
é unilateral (para muitos urologistas ela é sem-  
pre unilateral no início) e que a bilateralidade  
corresponderia a 20 % dos casos. Nestes últi-  
mos as lesões dos dois lados não se encontram  
no mesmo estadio de evolução.

**Formas.** — A tuberculose do rim oferece  
um acentuado polimorfismo, podendo fazer-se  
a seguinte classificação:

I Tuber. renais cirúrgicas  $\left\{ \begin{array}{l} \text{granulosas} \\ \text{ulcera-caseosas} \end{array} \right.$

II. Tuber. renais médicas, 

insidiosas	hidropigénicas, hematóricas (Michaux), ordinárias, degenerescência amiloide, uremigénicas e albuminúricas simples.
bruscas	
agudas	
crônicas	

As primeiras, também chamadas *tuberculosos renais foliculares* ou *propriamente ditas*, são susceptíveis de serem beneficiadas pelos recursos da terapêutica cirúrgica; as segundas são também chamadas não *foliculares* ou *nefrites tuberculosas*.

Além dos sintomas particulares (hematúria, hipotensão, poliúria, albuminúria, dores renais, etc.), as tuberculoses renais médicas possuem os sintomas ordinários do *brightismo*, de que elas não são senão uma forma especial.

Na forma *insidiosa*, como o nome o indica, o doente pode andar a fazer uma tuberculose renal, seja êle um baciloso averiguado ou não, sem dar por isso.

Nas formas *bruscas* o quadro mórbido aparece rapidamente sob a influência de qualquer causa, por exemplo, sob a simples acção de desvios alimentares.

Nas formas *agudas*, o indivíduo já era um tuberculoso e elas fazem a sua eclosão sob a influência duma gripe, duma angina banal, do frio (Tub. r. à frigore), etc.

As tuberculoses renais crônicas aparecem sob as formas que ficam apontadas no quadro: hidropigénicas, hematóricas de Michaux (as hematórias veem por períodos separados por outros em que se não revelam), ordinárias, com os sintomas da degenerescência amiloide, com os syndromas uremigénico e albuminúrico simples; neste último caso o rim não revela lesões específicas nem bacilos.

Esta albuminúria pode ser contínua, ortostática ou cíclica, sobrevir só de noite ou de dia, etc.

Na grande maioria dos casos a tuberculose renal é secundária a lesões bacilares já curadas ou em actividade e de localização pulmonar ou extrapulmonar. Alguns autores, por exemplo Legueu et Papin, vão mesmo mais longe e negam a existência da tuberculose *primitiva* do rim, alegando que o bacilo de Koch para atingir aquela glândula deve necessariamente atravessar outros órgãos, onde deixaria vestígios da sua passagem. Estes seriam em alguns casos bem perceptíveis, limitando-se noutros a lesões que escapam à nossa observação, quer pela sua levêsa, quer pelo facto de já estarem curadas.

No entretanto há autores que não compartilham desta opinião e afirmam que a tuber-

culose primitiva do rim deve ser considerada como uma verdade científica (1).

O bacilo de Koch, para atingir o rim pode seguir diversas vias: *sanguínea, uretral e linfática*. A predominante é a primeira; a segunda e a terceira são excepcionais.

Alguns autores, e entre eles, Tendeloo e Brongersma, admitem a via linfática retrógrada, explicando assim a unilateralidade das lesões renais como consequência das relações directas entre a origem da infecção e o rim atingido. Assim, quando a infecção bacilar se tenha localizado no pulmão direito o rim do mesmo lado seria também o mais frequentemente infectado.

A via ureteral ou ascendente explicaria a infecção secundária do outro rim quando um fôsse já lesado.

No nosso caso, como dissemos, tratava-se duma tuberculose secundária a uma localização pulmonar inicial, com provável propagação por via hematogénea.

A ter-se dado esta hipótese, podemos resumir assim as diferentes *étapes* lesionais: o

(1) Dr. Henrique Bastos.—Jornal das Ciências Médicas.—Lisboa.

agente, carregado pelo sangue desde o pulmão, passou à artéria renal, parando nas artérias glomerulares e na substância cortical, onde determinou a formação de folículos, que seguiram a sua evolução habitual até à caseificação.

De passagem notaremos que as lesões tuberculosas mostram no rim uma tendência mais progressiva (caseificação, infiltração difusa) que regressiva (esclerose), o que não deixa de ter uma alta importância para a terapêutica a instituir.

Neste doente a tuberculose ultrapassou já o âmbito renal para morder os segmentos inferiores do aparelho urinário. A generalização fez-se por intermédio da urina bacilífera que, na sua corrente, semeou novas lesões que enquadram no grupo das *tuberculoses de eliminação*, como alguns autores lhe chamam.

Joaquim da S. permaneceu no Hospital dois meses e meio, aproximadamente, e durante êste não curto período foram nulos os benefícios colhidos pela terapêutica instituída. Os exames subseqüentes não denotaram profundas alterações na sintomatologia descrita no Capítulo I.

O estado geral do doente piorou, tornando-se mais acentuadas a astenia, a adinamia e

a prostração e mais notáveis, o emagrecimento, acabando por perder o apetite.

A tosse e os suores nocturnos mantiveram-se com os caracteres apontados, o mesmo sucedendo à temperatura, que não sofreu abaiçamento sensível.

A expectoração veio, de vez em quando, raiada de sangue.

No que respeita propriamente à sua tuberculose renal, devo notar que a piúria não sofreu modificações no conjunto, variando apenas de dia para dia o depósito deixado pelas urinas entre 20 e 30 c. c.

A poliúria, que se notava na curva da diurese, aumentou e fixou-se nos últimos dias.

Onde se fez notar mais a influência do tratamento foi na hematúria que, rebelde à acção duma série de cloridrato de emetina, cedeu pela aplicação da *hipofisina*, observando-se o seu desaparecimento após 9 injeções.

A hipofisina foi empregada em virtude da acção benéfica que ela exerce nas hemoptises, coadjuvando os outros factores de tratamento. Sobre os efeitos desta nova aplicação, o Sr. Dr. Aureliano Pecegueiro, assistente no serviço de homens em Clínica Médica, tem entre mãos um trabalho, que deve merecer interesse sob todos os pontos de vista.

### CAPÍTULO III

## Influência das duas localizações no prognóstico e no tratamento

A tuberculose renal, como todas as tuberculoses, é susceptível de cura ou, pelo menos, de remissões tão longas que podem impôr-se como tal.

Mas também, como para todas, existem condições de curabilidade, variáveis segundo os casos, e em cuja determinação interveem factores que devem ser considerados e applicados a cada doente em particular. Entre estes occupam um logar preponderante, não só a fase evolutiva das lesões, mas ainda a localização simultânea delas num outro aparelho, concorrendo para agravar o prognóstico.

No nosso caso, como vimos, o doente durante bastante tempo deixou evoluir a sua tuberculose pulmonar após os primeiros reba-

tes, sem que cuidados suficientes fossem prestados ao estado dos pulmões no período em que deles haveria a esperar uma maior eficácia.

O fóco de intoxicação não foi atalhado no seu progresso e o rim, órgão de capital papel de eliminação, acabou por ser atingido na sua integridade.

Desde então, natural era esperar a falibilidade dos recursos terapêuticos num caso como êste, em que a uma bacilose pulmonar, mais ou menos desprezada, se ajuntava a do rim chegada a uma fase tam avançada da sua evolução. Não era já uma simples lesão fechada, sôbre a qual se pudesse ter fácil prêsa e pudessemos contar com o órgão para os *efeitos do tratamento da localização inicial*, mas sim uma lesão aberta, como o exame clínico e as análises o demonstraram.

Ainda mais: — a tuberculose pulmonar era bilateral e, ao nível dos rins, também ela não se tinha limitado a ferir um deles à exclusão do outro.

A importância dêstes dois factos tem um valor considerável para o prognóstico e para a terapêutica e de tal sorte que, em face dum doente a cujo padecimento tenha sido posto o diagnóstico de tuberculose renal, não se deve esquecer a averiguação dêstes dois pontos: pri-

meiro — ¿ trata-se duma tuberculose renal isolada ou associada a outras localizações da infecção? segundo — ¿ a tuberculose renal é uni ou bilateral?

A conduta do clínico será bem diferente num ou noutro caso.

Quando a tuberculose renal é isolada, unilateral, e o doente oferece um estado geral bom, a operação é aconselhada e ela consistirá na extirpação do rim doente. Mas neste caso particular as opiniões divergem ainda.

Os urologistas, a partir de Albarran, não discutem as probabilidades de êxito e admitem como um *dogma* a necessidade da nefrectomia nos casos de tuberculose renal unilateral.

Outros, pelo contrário, são de opinião que a intervenção cirúrgica não deverá ser adoptada como princípio.

Não esquecendo que a intervenção cirúrgica pode dar resultados de eficácia real, quando feita oportunamente, nós compartilhamos da opinião dos últimos e entendemos que o médico deve discutir o caso particular que se lhe oferece. E as razões são óbvias.

Além da já citada (possibilidade de cura em tuberculosas renais ou, pelo menos, de remissões tão prolongadas, que como tal se impõem), devemos notar ainda o perigo do trabalho

operatório, que pode ocasionar a disseminação dos bacilos e transformar em lesões abertas as lesões fechadas que o exame bacteriológico não denunciára.

E, por isso, as vantagens colhidas pelo doente seriam absolutamente nulas.

No nosso caso, tratando-se duma tuberculose bilateral, tal discussão não tinha lugar, porquanto a intervenção cirúrgica era, desde logo, posta de parte.

Acrescia ainda a circunstância de valor de o doente ser portador de lesões pulmonares em adiantado grau — 2.º grau da classificação de Turban — e de um estado geral que a contra-indicavam em absoluto, pois que nem poderia suportar a acção dos anestésicos gerais, nem tampouco o choque operatório.

Tendo na devida conta estas considerações, tínhamos apenas os recursos do tratamento médico. Êste pode dividir-se em duas partes, compreendendo a primeira o tratamento geral da tuberculose e a segunda o tratamento sintomático exigido pelos accidentes que reclamam mais urgente intervenção.

O primeiro não difere aqui do seguido para as outras formas de tuberculose e que é baseado no tripé de Brehmer: *repouso, bom ar e boa alimentação.*

Por certo, impossível era, no internamento hospitalar, colocar o doente nas condições higiênicas que mais lhe conviriam, principalmente a segunda daquela tríada, o que, no entanto, seria realisável deslocando-o para o ar puro do campo ou montanha duma pequena altitude, que convêm a todas as formas de tuberculose, em particular à dos emunctórios.

Quanto ao segundo, ainda é divisível em duas partes, abrangendo a primeira as indicações fornecidas pelos sintomas predominantes do lado do aparelho respiratório e a segunda as do lado do aparelho urinário.

O nosso doente fez uso dum produto espanhol, que se encontra no mercado com o nome de *Bronquimar*, composto de gomenol, gaiacol, eucaliptol e iodofórmio. Dêsse produto, que está em experiência nas enfermarias da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, fizeram-se-lhe 6 injeccões, tendo sido pouco notáveis os benefícios.

Merece uma referênciã particular o tratamento das hematúrias, que foi feito neste doente seguindo as normas do tratamento das hemorragias pulmonares: 1.<sup>o</sup> — repouso o mais completo possível; 2.<sup>o</sup> — alimentação pouco abundante durante o período hemorrágico. 3.<sup>o</sup> — uso de substâncias que favorecem por qual-

quer mecanismo a hemostase. Entre estas foram utilizadas: o sôro gelatinado, o cloridrato de emetina e a hipofisina ou infundibulina.

Do primeiro fizeram-se duas injeccões de 30 c. c. cada uma, mas sem resultados apreciáveis, o mesmo se verificando com o segundo, em cujo uso o doente esteve por duas vezes, desde 11-I a 23-I e desde 5-II a 10-II.


Os resultados mais brilhantes foram obtidos, como já atrás tivemos ensêjo de dizer, com o emprêgo da hipofisina, que operou o completo desaparecimento da hematúria num lapso de tempo relativamente curto.

Não ficavam por aqui os recursos terapêuticos de que poderíamos dispôr para minorar o duplo sofrimento do nosso doente. Outros meios e outras substâncias medicamentosas se poderiam instituir, como a tuberculina, os corpos imunisantes de Spengler, o hectol, os antisépticos urinários, os antisépticos gerais que se eliminam ao nível do rim — creosota, gaia-col, gomenol, azul de metileno, etc. — e ainda os balsâmicos.

Porêm, os resultados obtidos seriam pouco apreciáveis, nulos ou mesmo contraproducentes, porque, se certas dessas substâncias e dêsses meios estão indicados para uma daquelas loca-

lizações, podem ser contraindicados para a outra.

Daí se conclui facilmente que as duas localizações se conjugam para agravar o prognóstico.



modo de casos inicialmente unilateral, muito  
há a esperar da intervenção cirúrgica feita  
oportunamente e que terá por fim a ablação do  
tumor doente; porém, ela não deve ser proposta  
de uma maneira sistemática.

## Conclusões

### I

As lesões renais nos tuberculosos pulmonares são muito freqüentes, o que exige da parte do clínico um cuidadoso exame do sistema urinário todas as vezes que se trate de doentes daquela natureza.

### II

A presença de lesões renais num tuberculoso é um notável factor de agravamento do prognóstico.

### III

Sendo a tuberculose renal, num grande nú-

mero de casos, inicialmente unilateral, muito há a esperar da intervenção cirúrgica feita oportunamente e que terá por fim a ablação do rim doente; porém, ela não deve ser proposta de uma maneira sistemática.

Visto

**Thiago de Almeida**

Presidente.

Pode imprimir-se

**Lopes Martins**

Director.

## BIBLIOGRAFIA

---

THIAGO DE ALMEIDA. — *Lições de Clínica Médica.*  
— 1.º vol., 1913.

THIAGO DE ALMEIDA. — *Lições de Clínica Médica.*  
— 2.º vol., 1923.

THIAGO DE ALMEIDA. — *Estudos sobre a tuberculose.* — 1921.

RAFIN. — *Encyclopédie Française d'Urologie.* T. II.  
— Paris, 1904.

LEGUEU & PAPIN. — *Précis d'Urologie.* — Paris,  
1921.

BROUARDEL ET GILBERT. — *Maladies des organes  
génito-urinaires.* T. XXII. — Paris, 1912.

J. CASTAIGNE. — *Les Maladies des Reins.* — Pa-  
ris, 1918.

P. M. C. — *Nouvelle pratique médico-chirurgicale  
illustrée.*

HENRIQUE BASTOS. — *Bacilose renal.* — *Jornal das  
Ciências Médicas.* — Lisboa.