

746

EDUARDO DE MOURA

---

*ed. 07*

# SYMPTOMATOLOGIA

DIAGNOSTICO E TRACTAMENTO

DA

# TUBERCULOSE RENAL

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA

A' ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

IMPRENSA MODERNA

(OFFICINA A VAPOR)

55, Rua de Passos Manuel, 57

1893

70/7 EMC

# Escola Medico-Cirurgica do Porto

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTES CATHEDRATICOS

- |                                                                                              |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral . . . . .                               | João Pereira Dias Lebre.            |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .                                                | Vicente Urbino de Freitas.          |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Materia medica . . . . .          | Dr. José Carlos Lopes               |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                  | Antonio Joaquim de Moraes Caldas.   |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . .                                        | Pedro Augusto Dias.                 |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . . | Dr. Agostinho Antonio do Souto.     |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e Therapeutica interna. . . . .                   | Antonio d'Oliveira Monteiro.        |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .                                             | Antonio d'Azevedo Maia.             |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica. . . . .                                           | Eduardo Pereira Pimenta.            |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .                                      | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .   | Manoel Rodrigues da Silva Pinto.    |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .            | Illidio Ayres Pereira do Valle.     |
| Pharmacia . . . . .                                                                          | Vaga.                               |

### LENTES JUBILADOS

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção medica . . . . .    | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica . . . . . | Visconde de Oliveira.   |

### LENTES SUBSTITUTOS

- |                            |                                        |
|----------------------------|----------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { Antonio Flacido da Costa.            |
|                            | { Maximiano A.d'Oliveira Lemos Junior. |
| Secção cirurgica . . . . . | { Ricardo d'Almeida Jorge.             |
|                            | { Candido Augusto Correia de Pinho.    |

### LENTE DEMONSTRADOR

- |                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Secção cirurgica . . . . . | Roberto Bellarmino do Rosario Frias. |
|----------------------------|--------------------------------------|

Escola Medica Cirurgica do Porto

ALVARO DE ALBUQUERQUE

ALVARO DE ALBUQUERQUE

COOP. CATHOLICAYCH

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas  
na dissertação e enunciadas nas proposições. (*Regula-  
mento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 155.º).



**M** MEUS **P** AES



A minhas Irmãs

A MEU TIO

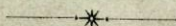
Francisco Antonio de Moura

---

À MEMORIA

DE MEUS IRMÃOS

CARLOS E MARIA



À MEMORIA

DE MEU AVÔ

Antonio Homem de Moura

E DE MINHA TIA

Maria da Luz Henriques da Maia Mendonça

---

*Aos Ill.<sup>mos</sup> e Ex.<sup>mos</sup> Srs.*

*Dr. Antonio Mendes Correia  
João Mendes Esteves*

F

*a suas Ex.<sup>mas</sup> Famílias*



# Aos meus Condiscipulos





Aos meus Companheiros de Casa



AOS INTIMOS

*Custodio Martins Henriques*  
*José Alves Ferreira da Silva*  
*Francisco Maria Monteiro Seia*

E

a suas Ex.<sup>mas</sup> Famílias

*Aos meus Amigos e Contemporaneos*

Dr. Alberto Augusto Gomes d'Almeida

Abel Brandão Leite Pereira Cardoso de Menezes

Eduardo Gonçalves de Mattos

Armando da Cunha Azevedo.

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

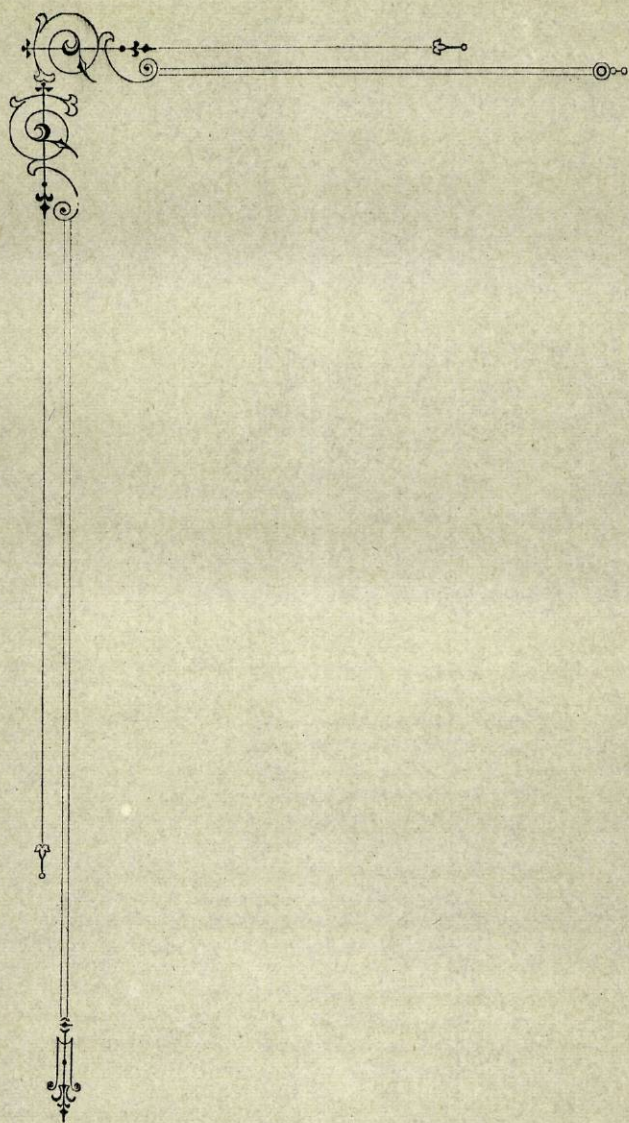
DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AO MEU DIGNO E ILLUSTRE PRESIDENTE

O Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Sr.

Dr. Candido Augusto Corrêa de Pinho



## INTRODUÇÃO

---

Explica-se a escolha do assumpto da minha these simplesmente pelo interesse e admiração, que sempre me despertaram os notaveis estudos e trabalhos de Guyon, Czerny, Le Dentu e tantos outros sobre doenças renaes, e não porque me sentisse com forças e experiencia para tractar, á devida altura, este difficil capitulo da medicina.

Na impossibilidade de recolher qualquer observação clinica durante este ultimo anno de tirocinio hospitalar, o meu trabalho não passa d'uma compilação imperfeita do que li n'aquelles authores, e ainda n'um recente trabalho de E. Vigneron. Demais, á falta de tempo, limitei-me a fazer este estudo da tuberculose renal unicamente sob o

ponto de vista da sua symptomatologia, diagnostico e tratamento.

Reconheço que são muitas, e talvez graves, as imperfeições da minha ultima prova, e, se ousou apresental-a, é porque confio na benevolencia do illustrado jury.

## INTRODUÇÃO

Examinar a escolha do assunto da minha  
tese simplesmente pelo interesse e utilidade  
que sempre me despertaram os notáveis estudos e  
trabalhos de Excmo. Sr. Dr. J. B. de Almeida e  
outros sobre doenças renaes, e não porque me sen-  
tasse com forças e oportunidade para tratar de de-  
vela altura, este difficil assunto da medicina.

É impossivel de escolher qualquer obra  
ou clinica durante este ultimo anno de lição  
no hospital, e meu trabalho não passa de uma  
compilação imperfeita do que li e pude estudar  
nesta minha humilde e recente esbelta de E. Viçoso  
temos a falta de tempo, tivemos a falta de  
estudo da tuberculose renal unicamente sob o

## CAPITULO I

# Symptomatologia do Rim Tuberculoso

### Symptomas funcçionaes

a) **HEMATURIA**—Nem sempre apparece, e póde mesmo considerar-se restricto o numero de casos em que ella se observa. Convem mencionar, todavia, que em alguns d'esses casos é este o primeiro symptoma na ordem chronologica, precedendo de diversos mezes e até de diversos annos as outras manifestações morbidas proprias do rim tuberculoso.

Sobrevem sem dôr, é quasi sempre transitoria e em pequena quantidade, córando ligeiramente a urina, de maneira que o doente não presta attenção alguma a este facto. Só excepcionalmente a hematuria é bastante consideravel para dar lugar á formação de coagulos, que possam provocar dôr durante a sua passagem quer nos uretêres, quer na urethra.

Póde observar-se tanto de dia como de noite, durante o repouso como depois d'uma marcha ou exercicio violento.

Dura, geralmente, pouco tempo: algumas horas, o maximo um dia, e desaparece, por fim, sem causa apreciavel. A's vezes reaparece, mas sómente passadas algumas semanas ou alguns mezes.

No periodo de estado da tuberculose renal registra-se menos vezes o apparecimento da hematuria, do que no periodo premonitorio, onde ella tem sómente valor para o diagnostico.

b) **EXAME DAS URINAS** — No periodo premonitorio as urinas podem apresentar-se limpidas, mas isto é raro. Quasi sempre se nos deparam turvas, lactescentes, francamente purulentas, tendo em suspensão grumos caseosos, de côr pallida, com alguns pequenos coagulos.

A pyuria é contínua, muito abundante, e isto é caracteristico para indicar a origem renal da supuração, que na cystite nunca chega a attingir uma tão elevada proporção.

Recolhendo as urinas das 24 horas forma-se no fundo do vaso um deposito da espessura de diversos centimetros, viscôso, muco-purulento, de côr acinzentada ou esverdeada. Nos ultimos tempos este deposito occupa um quarto ou um quinto da urina recolhida, mas que póde variar de dia para dia.

Esta diminuição na pyuria acompanha-se de

crises dolorosas, de diminuição na quantidade da urina e de varios symptomas geraes.

Pelo *exame microscopico* encontramos: pús, globulos de gordura e leucocytos, hematias, quasi sempre cellulas epitheliaes numerosas mas deformadas.

Póde determinar-se a natureza da lesão pelo *exame microbiologico*; basta encontrar então o bacillo de Koch. Este foi encontrado pela primeira vez na urina por Babés e Rosenstein em 1883.

O bacillo de Koch tem a fôrma d'um pequeno bastonete, alongado, de comprimento de 3 a 5  $\mu$  de extremidades arredondadas, umas vezes recto, outras vezes recurvado. Encontram-se umas vezes isolados, outras agglomerados em fôrma de feixe ou de cadeia.

Pelo exame microbiologico podemos ainda achar outros micro-organismos de infecção secundaria: bacterias vulgares, entre as quaes a bacteria pyogenica urinaria.

Convem, todavia, fazer notar desde já que póde estar determinada a natureza tuberculosa das lesões, e apesar d'isso não se encontrar o bacillo de Koch. Depende isto da lentidão com que o bacillo se desenvolve, da sua expulsão contínua pela urina, meio improprio para o seu desenvolvimento, e ainda pela sua grande diluição n'este liquido. E' necessario, pois, fazer um exame minucioso, procural-o com todo o cuidado sobretudo no fundo do deposito, nos grumos caseosos, e isto em dias consecutivos.

A urina, com raras excepções, é acida, e a sua densidade é quasi normal; encontra-se albumina em pequena quantidade. A ureia é quasi normal, e pelo seu doseamento podemos convencer-nos se o segundo rim supprime ou não o rim doente. Os phosphatos são por vezes abundantes, e podem encontrar-se tambem uratos em grande quantidade.

c) **DOR**—Este symptoma não é constante, pode faltar quasi por completo.

Quando existe, porém, nota-se sempre variações quer nos seus caracteres, quer na sua séde, quer mesmo no momento da sua apparição.

Querem alguns authores (Monod, Czerny) que a dôr renal possa manifestar-se muito tempo, annos até, antes de qualquer outro symptoma. Mas será essa dôr devida então a uma localisação tuberculosa no rim? Não podemos attribuil-a a outra qualquer affecção d'aquelle órgão, que viesse preparar o terreno para o desenvolvimento ulterior do bacillo de Koch? Pequenos calculos renaes não poderiam dar-lhe origem? Parece, entretanto, mais ou menos averiguado que a dôr renal sobrevem alguns mezes antes do apparecimento d'outro qualquer symptoma.

Muitas vezes mostra-se depois da hematuria ou dos symptomas vesicaes, no periodo de estado da tuberculose, outras vezes só apparece muito tarde.

Parece que a dôr tem o seu ponto de partida

no bassinête quando este é invadido; mas nas autopsias descobre-se muitas vezes lesões do parenchyma e bassinete sem que durante a vida qualquer dôr fosse accusada pelo doente.

Os seus carecteres são da mesma maneira muito variaveis: Umâs vezes é quasi nulla, limitando-se a uma sensação de peso, quasi contínua, mal localisada na região lombar; outras vezes é intensa, aguda, sob a forma de picadas ou sensação de queimaduras, sobrevindo por crises sem causa apreciavel, a não ser a marcha ou o decubito lateral, que podem despertá-la. Mas a dôr pode irradiar em diversas direcções: para o epigastro, para a fossa iliaca, virilha, membro inferior e órgãos genitales externos.

Sob o ponto de vista quer da sua intensidade, quer da epocha da sua apparição, a dôr irradiada pode offerecer as mesmas variedades da dôr localisada.

As crises dolorosas duram alguns segundos ou minutos, e são tanto mais approximadas quanto mais accentuados são os progressos do processo tuberculoso.

d) **SYMPTOMAS VESICAES** — Segundo Thornton, as perturbações do lado da bexiga são constantes na grande maioria dos casos, e são ellas as que primeiro causam cuidado ao doente.

A micção é frequente e dolorosa. A dor, relativamente á sua intensidade, duração e frequência, é muito variavel. Ao passo que em alguns

indivíduos se limita a uma sensação de constricção ao nível do collo da bexiga e no hypogastro, propagando-se ao longo da urethra e augmentando de intensidade á medida que as gottas da urina vão sahindo, n'outros essa dor é verdadeiramente atroz. N'este ultimo caso a dor sobrevem bruscamente na pequena bacia e perineo, e tão intensa que o doente se curva, apresenta a face congestionada e grita durante alguns segundos antes de sahirem as primeiras gottas de urina. Ao longo da urethra, durante a passagem da urina, experimenta o doente uma sensação de queimadura horrivel. No fim da micção o doente fica prostrado até que a dor se acalma.

Estas crises dolorosas chegam a durar 4 a 5 minutos. A dor toma assim esta grande intensidade quando a propria bexiga se apresenta tambem invadida pelo processo tuberculoso.

Nota-se egualmente variedade na frequencia das micções. Na verdade, em certos casos, são pouco frequentes, ha o intervallo de 2 a 3 horas entre ellas, n'outros casos pelo contrario o doente urina quasi constantemente, de 10 ou de 15 em 15 minutos. Geralmente, esta maior frequencia liga-se tambem ao estado pathologico da bexiga.

A micção é imperiosa. Desde o momento que haja na bexiga uma certa quantidade de urina, variavel com as diversas phases das lesões, o doente é obrigado a urinar em seguida á contracção subita d'aquelle orgão.

### **Signaes physicos**

**TUMOR RENAL**— Na grande maioria dos casos o rim tuberculoso apresenta no principio um augmento de volume, ainda que ligeiro e de difficil apreciação. Em geral, o tumor renal não chega a tomar um volume notavel, ainda mesmo quando as lesões estejam já bastante adiantadas. Citam-se, porém, casos em que o rim passou além do rebordo costal 3 a 4 centímetros, attingindo por vezes o umbigo ou mesmo a fossa iliaca.

Rarissimas vezes o tumor chegará a tomar um desenvolvimento capaz de produzir deformação apreciavel á vista, quer do lado do ventre, quer do lado da fossa lombar. Tambem poucas vezes chega a produzir perturbações trophicas ou edêma por compressão.

Dão-se ás vezes crises de retenção renal, e então poderemos notar variações de volume do tumor entre 2 ou 3 centímetros de dia para dia.

Para apreciarmos com exactidão o volume do rim, a conformação da sua superficie, a sua mobilidade e sensibilidade, teremos de recorrer á palpação bimanual de Guyon, por isso que nem a inspecção, nem a percussão, nem mesmo a palpação simples, mórmente se se trata d'um tumor medio, nos forneceriam elementos para o diagnostico.

A palpação lombo-abdominal, dando-nos o embalanco renal, permite-nos assim avaliar o grau

de sensibilidade, umas vezes pequeno outras intenso, os limites do tumor, as suas variações de volume e ainda a sua maior ou menor consistência.

### Accidentes

Duas ordens de accidentes podem observar-se durante a evolução do rim tuberculoso: a *retenção renal*, *infecção perirenal*.

A *retenção renal* sobrevem bruscamente, acompanhada de dores vivas, agudas, irradiando-se ao longo do uretère, para o testiculo que se retrahê, e para o membro inferior.

Ha elevação da temperatura a 40°, suores abundantes, acceleração do pulso, nauseas, vomitos e, como dissemos acima, augmento de volume do rim. O uretère apresenta-se duro e mais doloroso, e as urinas, desde a apparição d'estes symptomas, tornam-se menos abundantes e muito menos purulentas. Estas crises duram de 12 a 24 horas e enfraquecem consideravelmente o doente. São devidas á obliteração passageira do uretère, já compromettido no processo tuberculoso, por grumos caseosos, que alli se accumulam.

O *phlegmão perinephretico* pode apparecer em qualquer periodo da tuberculose renal, e a sua marcha é variavel.

Umas vezes desenvolve-se sem temperatura mais elevada do que a devida á lesão renal, sem

dor, outras vezes estes symptomas aggravam-se e reflectem-se sobre o estado geral do individuo.

Este accidente é grave, e exige a intervenção cirurgica para obstar á sua marcha invasora. A suppuração pode alcançar o psoas, a fossa iliaca ou mesmo o membro inferior, e os authores citam casos em que o abcesso se abriu na cavidade pleural e até no peritoneo.



## CAPITULO II

# DIAGNOSTICO

### Periodo premonitorio

Lucta o clinico com enormes dificuldades para estabelecer o diagnostico da tuberculose renal durante o periodo premonitorio, e querem mesmo alguns auctores, entre elles Morris, que isso se torna impossivel n'esta altura do processo morbido.

Realmente as dôres lombares vagas e as hematurias do principio nada têm de caracteristico, e assim torna-se indispensavel n'estes casos lançar mão de todos os elementos de informação que conseguirmos obter, não esquecendo os dados etiologicos que possuimos sobre a tuberculose renal.

Deve attender-se á idade, porque esta doença apparece sobretudo no adolescente e no adulto e, é, pelo contrario, rara na creança e no velho. Re-

lativamente ao sexo, tem-se observado que o homem é mais vezes atacado do que a mulher: em 13 casos de observação de Morris, ha 9 homens e 6 mulheres.

Podemos ainda descobrir antecedentes de tuberculose, quer hereditarios, quer pessoas, taes como a tuberculose pulmonar ou local, ganglionar, ossea, etc.

Faltam muitas vezes estes elementos, aliás d'alto valor para o diagnostico, e então seremos levados a considerar o estado geral do individuo, apreciando n'elle signaes de miseria physiologica, indagando se se entrega a trabalhos violentos, ou se é victima de emoções moraes.

Consideram alguns auctores, como causas predisponentes mais directas e locaes, as contusões lombares, as complicações renaes das doenças infecciosas: escarlatina, febre typhoide, etc.

Já vimos acima que no principio accusa o doente dôres lombares vagas, de pequenissima intensidade, e que julgamos sem importancia para a resolução definitiva das nossas duvidas.

Não devemos, entretanto, confundil-as com outras dôres dependentes de diversos estados, taes como as nevralgias lombo-abdominaes, em que ellas são vivas e augmentam pela pressão em pontos determinados, o lumbago caracterizado por dôres agudas que desaparecem rapidamente depois do tractamento. As dôres devidas a calculo renal são mais agudas, irradiantes, mórmente ao

longo do uretère, augmentam pela pressão e pela marcha.

Quando se tracta d'um tumor do rim, sobreveem dôres que facilmente se confundem com as da tuberculose d'este orgão, mas devemos então ter em vista que os neoplasmas apparecem n'uma época mais avançada da vida.

De tudo isto se conclúe que não podemos só com o elemento dôr assentar no diagnostico.

Consideremos agora outro elemento: a hematuria, denunciadora d'uma affecção do aparelho urinario. De que natureza poderá ser essa affecção?

Uma hematuria traumatica ou dependente de uma hypertrophia prostatica ou d'uma cystite benignissima aguda, facilmente se reconhece. Nos calculos vesicaes a hematuria vem no fim da micção, em seguida a marchas, e a exploração da bexiga affirma o diagnostico.

Quando se desenvolve no rim um neoplasma, a hematuria apparece ás vezes e como symptoma unico.

Voltaremos a nossa attenção para o sexo e idade: no homem os tumores do rim são mais frequentes, e apparecem n'um periodo mais avançado da vida do que a tuberculose. A hematuria sobrevem expontaneamente nas duas affecções, mas nos tumores é mais abundante, prolonga-se mais, repete-se em curtos intervallos, formam-se longos coagulos vermiformes que provocam crises nephreticas na sua passagem pelos uretères; es-

tas crises são raras na tuberculose durante este periodo.

Os neoplasmas da bexiga trazem tambem, como consequencia, a hematuria, precedendo muito tempo a constatação do tumor, e então é expontanea, irregular, o sangue vem em maior abundancia do que na tuberculose, e não produz crises nephreticas. A endoscopia firmará o diagnostico.

Nos calculos do rim a hematuria é tão abundante como na tuberculose, mas as condições em que ella apparece é que são diversas. Quando o individuo caminha, se agita, ou faz exercicios, vê-se sangue na urina que desaparece depois do repouso. Na tuberculose não se dá o mesmo facto. O doente accusa por vezes colicas nephreticas, seguidas da expulsão dos calculos e o rim é n'este caso muito mais sensivel á pressão.

Torna-se d'uma extrema difficuldade estabelecer o diagnostico differencial entre a tuberculose vesical e a tuberculose renal, por isso que a hematuria premonitoria se nos apresenta nos dois casos com os mesmos caracteres: expontanea, pouco abundante, indolór, regular, apparecendo nos individuos novos, saudaveis até então, ou que apresentam antecedentes tuberculosos. N'outros tempos era mesmo impossivel estabelecer esse diagnostico, a não ser quando se constataba no epididymo, nas vesiculas seminaes ou na prostata, nucleos tuberculosos, salientes e endurecidos. Pela tuberculose genital diagnosticava-se a tuberculose

vesical. Ora esta maneira de vêr era erronea em muitos casos, porque estas lesões genitales só existem no homem, faltam na mulher assim como por vezes no homem e a tuberculose vesical pôde ser primitiva <sup>(1)</sup>.

O clinico ficava, pois, indeciso. Hoje, porém, graças aos trabalhos de J. Albarran e J. Janet sobre cystoscopia, o práctico n'esta ordem de observações poderá, na maior parte das vezes, estabelecer o seu diagnostico.

Tem a cystoscopia por fim explorar methodicamente a bexiga, sobretudo o trigone, e vêr claramente os orificios ureteraes.

E' realmente no trigone e em volta do collo que se desenvolvem as primeiras granulações na tuberculose ascendente, que se destacam na mucosa sob a fôrma de pequenas saliencias miliares, isoladas ou confluentes, e distribuidas irregularmente. Apresentam uma côr acinzentada ou amarellada, e são cercadas por uma zona mais ou menos vascularizada, onde pequenas veias se salientam. Quando por este exame nada se encontra de anormal, quer no trigone, quer no resto da bexiga, temos então necessidade de procurar os orificios ureteraes.

Pondo de parte a descripção dos differentes

---

(1) E. Vigneron. De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein.

cystoscopios, passamos a expôr o manual operatorio indicado por Albarran.

O cystoscopia é levado 2  $\frac{1}{2}$  cent. além do collo, faz-se girar em seguida de um quarto de circulo, com o bico para baixo. Imprimindo alguns pequenos movimentos lateraes de diante para traz, descobrimos ordinariamente um dos orificios; para achar o segundo basta procurar o ponto symetrico. Achado o orificio, vê-se sahir d'ali um pequeno jacto de liquido, o que nos demonstrará que é realmente o orificio do uretère. Praticando o exame no momento d'uma hematuria, podemos vêr sahir o sangue do uretère, e descobrimos então a origem renal e o lado doente.

Quando não encontrarmos lesão alguma vesical, e quando fôr limpido o liquido fornecido pelos uretères, o nosso diagnostico ficará hesitante.

N'este caso poderiamos tentar ainda o catheterismo dos ureteres, recolher as urinas para serem devidamente analysadas, mas, sobretudo no homem, isto é difficilimo, mesmo para quem tem longa pratica n'este genero de trabalhos.

Demonstramos assim quanta difficuldade ha em estabelecer o diagnostico da tuberculose renal, durante o periodo premonitorio. Só a presença do bacillo de Koch acabaria com todas as duvidas, mas então é raro encontrar-se.

### **Periodo de estado**

Se durante o periodo premonitorio é altamente embaraçoso assentar no diagnostico da tuberculose renal, já não succede o mesmo quando este processo pathologico tiver chegado ao seu periodo de estado.

Então as urinas purulentas, os symptomas vesicaes, a existencia do bacillo de Koch e o augmento de volume do rim, vem esclarecer mais facilmente o espirito do clinico sobre a natureza da affecção. Todavia, algumas duvidas ainda podem levantar-se e urge, pois, indicar os caracteres pathognomonicos que distinguem a tuberculose renal d'outras entidades morbidas.

**TUMORES ABDOMINAES**—Aqui as difficuldades de diagnostico desapparecem, se attendermos a que faltam n'estes casos os symptomas vesicaes e a pyuria, e a que o embaloço renal se nota precisamente no angulo costo-vertebral.

**TUMORES RENAES**—N'este caso crescem mais as difficuldades. O tumor renal, todavia, é mais volumoso, mais duro e irregular, e não soffre variações de volume. A hematuria é mais abundante e frequente, e em quasi todos os casos podemos constatar a presença d'um varicocélo symptomatico do mesmo lado do tumor renal.

**PYELONEPHRITES NÃO TUBERCULOSAS**—Quando, durante as nossas analyses, encontrarmos o bacillo de Koch, ou, na sua falta, obtivermos resultados claros de successivas inoculações, poderemos affirmar que se tracta d'uma suppuração tuberculosa. A' falta d'estes fios conductores teremos de recorrer a outros meios de estudo.

Vamos referir-nos em primeiro logar á pyelonephrite não tuberculosa, devida á lithiase renal, que é de todas a mais importante.

O rim n'este caso é muito doloroso á pressão, a hematuria é muito antiga e com caracteres especiaes, queixa-se o doente de colicas nephreticas frequentes, acompanhadas por vezes de expulsão de areias e, finalmente, temos a notar que a marcha da affecção se mostra muito aguda desde a sua passagem d'ordinario recente ao periodo de infecção. Segundo diz Poncet, podemos encontrar todos estes symptomas de lithiase, e apesar d'isso estarmos em face d'uma tuberculose renal, secundariamente enxertada sobre a affecção lithiasica primitiva.

D'aqui uma causa d'erro no diagnostico, á falta de prova bacteriologica. Outras vezes pôde dar-se o caso contrario, e isto quando os symptomas do calculo do rim faltarem, forem muito reduzidos ou difficilmente apreciaveis.

Muitas vezes mesmo podemos constatar n'esse individuo a tuberculose pulmonar ou ossea, e isto virá reforçar a nossa suspeita de que se tracta d'uma pyelo-nephrite de natureza tuberculosa.

Vê-se, pois, que para assentarmos com firmeza no diagnostico differencial, necessitamos de encontrar o bacillo de Koch e, quando isso não possa ser, vêr qual o resultado de successivas inoculações.

A confusão com a pyelo-nephrite de infecção vulgar não é facil, se attendermos á idade avançada do individuo, ao embaraço que experimenta de esvair a sua bexiga, sendo obrigado a algalhar-se repetidas vezes.

Torna-se mais difficil o diagnostico com as pyelo-nephrites consecutivas ás diversas cystites, mórmente attendendo a que ellas podem sobrevir, como o calculo do rim, em individuos tuberculosos (Vigneron).

Para estabelecer o diagnostico será muito util indagar em que condições appareceu a infecção, e assim notar se os accidentes se deram depois d'um catheterismo, no curso d'uma blenorragia, ou no periodo puerperal.

A's vezes, todavia, não achamos razão alguma para que se dê a infecção, que parece ser primitiva, e que realmente resulta da invasão das vias urinarias pelos micro-organismos normaes da urethra, normaes ou anormaes da vagina.

N'estes casos podemos recorrer a outros elementos para chegarmos ao diagnostico differencial, ao menos com uma certa approximação.

Na pyelo-nephrite não tuberculosa, a marcha da infecção é mais aguda, mais rapida e emfim, acompanha-se de symptomas geraes mais pronun-

ciados. A temperatura é mais elevada, o rim mais volumoso e as crises nephreticas de maior violencia. Os micro-organismos que se teem encontrado n'estas affecções, nada têm de especifico: *staphylococcus aureus*, *albus* e o *bacterium coli commum*, de maneira que sómente pelo bacillo de Koch encontrado no pús, ou pelas inoculações poderemos firmar o nosso diagnostico.

**CYSTITES NÃO TUBERCULOSAS** — Aqui o diagnostico differencial faz-se com uma certa facilidade, se notarmos que ha ausencia de tumor renal, que é pequena a quantidade de pús na urina, relativamente á que se encontra nas suppurações do rim, a ausencia de bacillos no deposito, o resultado negativo das inoculações e ainda attendendo aos commemorativos. Póde recorrer-se ainda ao exame endoscopico quando a bexiga o permita.

**CYSTITES TUBERCULOSAS** — O conjunto dos symptomas que acompanham a cystite tuberculosa, taes como: a hematuria, a pyuria sem causa apreciavel, os symptomas vesicaes, a presença do bacillo de Koch na urina, poderia tambem levar-nos a pensar n'uma lesão renal, principalmente se um deslocamento ligeiro do rim viesse pôr-nos em duvida sobre o seu volume real. Nas cystites tuberculosas ha a notar a sensibilidade da bexiga ao toque e á dilatação. Entretanto, podemos admitir a hypothese de que se tracta d'um pro-

cesso tuberculoso na bexiga e ao mesmo tempo no rim.

O unico meio de que podemos lançar mão, para avaliar o estado real do rim, ser-nos-ha fornecido pelo exame cystoscopico dos uretères, depois da lavagem completa da bexiga. Por elle descobriremos quaes as lesões vesicaes, e se a urina, á sahida dos uretères, apparece limpida.

### **Diagnostic do estado dos outros órgãos**

Pelo's symptomas physicos e funcçionaes acima expostos, pela analyse bacteriologica e ainda pelo resultado das inoculações, nós procuremos estabelecer o diagnostico da tuberculose renal. Mas bastará isto?

Para o cirurgião de certo não basta, quando julgue opportuno lançar mão de processos sangrentos, necessarios para conseguir a cura ou, pelo menos, para obter notaveis melhoras no estado do doente. N'estas circumstancias é forçado a investigar, com todo o rigor possivel, qual o estado do uretère do lado doente, se a bexiga se apresenta normal ou alterada, e, sobretudo, adquirir a convicção de que o segundo rim está integro e que é perfeitamente regular o seu funcionamento. E' d'este exame que nós vamos occupar n'esta parte do nosso trabalho.

**URETÈRE** — Diz-nos a anatomia pathologica que o uretère do lado doente é quasi sempre atacado. Para o reconhecer teremos de proceder á palpação d'aquelle canal, como aconselha Hallé, e d'este modo chegaremos a constatar as zonas de endurecimento, os espessamentos e ainda o grau de sensibilidade.

Praticando a palpação ao nivel do estreito superior, o uretère será comprimido pelo dedo sobre um plano resistente, a  $4\frac{1}{2}$  cent. approximadamente da linha media. Provoca-se uma dor bastante forte, tem-se ao mesmo tempo a sensação d'um cordão mais ou menos regular, por vezes grosso e bastante duro, e rolando ou não debaixo do dêdo. A porção intra-pelvica do uretère explora-se pelo toque rectal no homem, e na mulher pelo toque vaginal associado á depressão hypogastrica.

Por este meio pode descobrir-se se ha ou não indurecimento e lesões avançadas sobre todo o comprimento do canal.

Entretanto, a palpação não pode dizer-nos se o canal está ou não obliterado, e assim poremos em pratica o exame cystoscopico, repetido varias vezes antes de qualquer intervenção cirurgica, até que se consiga vêr sahir dos uretères a urina limpida ou turva, o que demonstrará a sua permeabilidade.

**BEXIGA** — A bexiga, geralmente, soffre alterações, apresentando ora lesões de infecção, ora uma tuberculisação clara. Todavia, cita-se casos em que

ella se mostra sã por completo, ou ligeiramente congestionada.

Não nos servem para diagnosticar estes diferentes estados os symptomas vesicaes (micção frequente, dolorosa, etc.) por isso que, com lesões vesicaes insignificantes, estes symptomas podem ser accentuados.

Recorremos então á sensibilidade vesical, dotada de muito maior valor.

Segundo observações de M. Vigneron, a sensibilidade á pressão, procurada pelo toque combinado, é mais viva na face posterior da bexiga, precisamente na sede das alterações tuberculosas, do que quando se tracta d'uma simples cystite.

A sensibilidade ao contacto da oliva exploradora é mais importante de considerar-se. A oliva desperta uma dor violenta n'um ponto muito limitado, correspondente á sede das ulcerações tuberculosas, ao passo que havendo cystite provoca em toda a bexiga uma dor menor, mas mais disseminada e quasi igual por toda a parte.

A sensibilidade á tensão é grande unicamente quando as ulcerações tuberculosas attingiram o seu maximo desenvolvimento. Na cystite vulgar e na tuberculosa de intensidade media a sensibilidade á tensão é igualmente pronunciada.

A hyperestesia, pois, pode ser um elemento de altissimo valor para estabelecer o diagnostico, quando a tuberculose vesical esteja bastante adeantada; o que demais será confirmado pelo toque,

dando-nos a sensação do espessamento das paredes vesicaes.

Quando, porém, a tuberculose vesical seja recente ou occupe pequena extensão, só a cystoscopia poderá levar-nos a uma conclusão segura. O exame cystoscopico é possível quando conseguirmos injectar pelo menos 60 grammas de liquido; abaixo d'esta quantidade torna-se impraticavel. Aconselham alguns authores o emprego do chloroformio para assim se injectar uma quantidade sufficiente de liquido, que não seria tolerada pelo doente, quando no seu estado normal.

A bexiga deve ser previamente lavada, e o exame será feito rapidamente para evitar as dores provenientes da distensão da bexiga, e ainda para obstar a que o liquido vesical se turve.

A bexiga sã apresenta uma mucosa brilhante, rosada e córada por igual.

Deve haver cuidado em não tomar por lesão pathologica o crescente avermelhado e saliente que forma o collo da bexiga normal.

Como dissemos acima, pode encontrar-se a bexiga no seu estado normal, apesar d'uma tuberculose renal muito adeantada e claramente confirmada. Isto todavia é raro; a bexiga quasi sempre está doente e apresenta signaes de cystite. A mucosa vesical apparece-nos mais vermelha do que normalmente, irregular, tumefacta, sulcada de vasos dilatados e com pontos echymoticos varias vezes. Em outros casos observamos granulações d'um vermelho vivo, com fungosidades mais ou

menos salientes e irregulares, sangrando facilmente.

Finalmente, n'uma terceira categoria de doentes a bexiga mostra-se claramente tuberculizada e com lesões de cystite.

Em geral, encontram-se granulações recentes, ligeiramente salientes, agrupadas e cercadas por uma zona mais fortemente congestionada do que o resto da mucosa.

Estas lesões pouco avançadas tem por séde o trigone, dispostas primitivamente em volta do collo ou d'um uretère, segundo a tuberculose é ascendente ou descendente.

Em outros casos ao lado de granulações recentes acham-se outras tendo já soffrido a degenerescencia caseosa, e podemos encontrar ainda ulcerações, umas pequenas e superficiaes, cercadas d'uma zona de granulações, outras profundas, anfractuosas, de fundo irregular coberto d'uma massa caseo-purulenta.

Estes exames cystoscopicos são muito difficeis, e exigem da parte do observador muita pratica n'esta ordem de trabalhos.

**SEGUNDO RIM**—Todas as vezes que n'uma tuberculose renal esteja indicada a nephrectomia, é dever do cirurgião attender não só ás lesões vesicaes, mas sobretudo inquirir, com a maxima cautella e prudencia, do estado do segundo rim, sem o que pode ter um resultado fatal da sua intervenção.

Duas questões tem a resolver: saber se o *segundo rim* existe, e, existindo, verificar se está integro na sua constituição e funcionamento.

O *rim unico*, citado por G. Smith e Polk, é rarissimo, mas temos ainda assim de contar com esta anomalia.

O diagnostico apresenta extrema difficuldade. Para o obter não basta a inspecção da região lombar, a palpação, a percussão, a exploração renal feita pelos differentes processos, a não ser quando o rim tenha soffrido um deslocamento ou apresente augmento de volume. Recorre-se ainda aqui á endoscopia, pela qual podemos não só descobrir os dois uretères, mas tambem vêr correr dos dois lados uma urina diversa, turva do lado doente, clara do lado são.

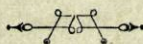
**HYPERTROPHIA COMPENSADORA OU PYELONEPHRITE** — O augmento de volume do rim, que quasi sempre se observa, pôde depender d'uma hypertrophia compensadora ou pyelonephrite tuberculosa ou não. Para distinguir o primeiro caso do segundo, bastará lembrar que o augmento de volume na hypertrophia compensadora não é muito consideravel; o rim raras vezes chega a ultrapassar de dois a tres centimetros o rebordo costal, ao passo que nas pyelonephrites o rim pôde apresentar-se muito mais volumoso e soffrer variações de volume se se tornar a séde de retenção.

Pelo symptoma dôr, que nada tem de caracteristico, a nenhuma conclusão podemos chegar. A

analyse da urina, dizendo-nos que a quantidade de ureia, segregada a mais pelo segundo rim, é muito approximadamente igual á normal, constitue um elemento importante para o diagnostico, na opinião de Czerny, Couper, S. Mackensie, etc.

Para confirmar esse diagnostico será muito util observar se a urina, sahindo do uretère, apparece limpida ou purulenta, se ha lesões tuberculosas em torno da abertura do uretère. Finalmente, para dissipar ainda quaesquer duvidas, procede-se ao exame bacteriologico, ou á inoculação da urina recolhida pelo catheterismo, quando seja realisavel a sua pratica.

**TUBERCULOSE EXTRA-URINARIA**—E' nosso dever procurar em todos os órgãos da economia qualquer manifestação de processo tuberculoso, que, a dar-se e sendo já adeantado, levar-nos-ha a pôr de parte qualquer intervenção cirurgica que se tenha em mente.



### CAPITULO III

## TRACTAMENTO

Em face d'um caso bem diagnosticado de tuberculose renal, o clinico tem dois caminhos a seguir: ou empregar todos os meios therapeuticos e hygienicos, capazes de melhorar o estado geral ou local do doente, visto que no estado actual da sciencia, não conhecemos substancia que actue especificamente sobre o bacillo de Koch; ou recorrer aos meios chirurgicos, quando aquelles tiverem falhado, e o rim augmentado de volume, se tiver transformado n'um verdadeiro tumor cavernoso.

### **Tractamento medico**

Na opinião de Rosenstein, podemos esperar algum resultado do tractamento medico, emquanto a tuberculose estiver localisada no rim, ou quando pelo menos não exista alteração pulmonar muito accentuada.

Aos agentes ordinarios fortificantes, taes como o arsenico, o iodeto de ferro, a quina, podemos accrescentar o iodoformio, o salol, o borato de soda, etc., antisepticos cuja acção é claramente efficaz em casos d'esta ordem.

Aconselha-se o oleo de figado de bacalhau, tomado em alta dose, pela sua benefica acção sobre o organismo.

Pelo contrario estão aqui contra-indicadas todas as substancias excitantes ou irritantes, capazes de congestionar o rim, taes como os diureticos e os balsamicos em doses elevadas.

Quando houver dores agudas na região lombar, recorreremos ás cataplasmas quentes, aos antiphlogisticos locaes, aos narcoticos, sobretudo ás injeções sub-cutaneas de morphina. Por vezes o brometo de potassio póde prestar-nos relevantes serviços. Recommenda-se ainda os banhos quentes que provocam uma hyperemia da pelle, e diminuem assim o affluxo sanguineo para o rim.

Deve observar-se também um tractamento dietetico apropriado. Deve prohibir-se ao doente o uso de alimentos muito condimentados, assim como do alcool e das diversas bebidas estimulantes. Pelo contrario o doente usufrue grandes vantagens d'uma dieta lactea predominante, e póde, com vantagem, fazer uso dos ovos, da carne, dos alimentos farinaceos.

De resto o individuo deve ter uma vida regular, methodica, furtando-se a todas as influencias nocivas; deve procurar as habitações bem illumi-

nadas, o bom ar, etc. Mas tudo isto são meios paliativos, que só têm por fim augmentar a força de resistencia do individuo contra a doença, e collocar-o d'esta fôrma em melhores condições de vitalidade.

Falhando estes meios, tentaremos então a intervenção cirurgica, que passamos a expôr.

### **Tractamento cirurgico**

#### **NEPHROTOMIA**

Consiste esta operação em abrir o rim tão largamente quanto possivel para dar facil sahida ao pús e permittir, por meio da drenagem, o seu escoamento ulterior.

Segundo M. Vigneron, esta simples operação bastará na maior parte das pyónephroses verdadeiras, em que cahimos sobre uma cavidade unica e quasi regular. Quando, porém, se tracta de lesões tuberculosas disseminadas no parenchima renal, formando cavernas isoladas ou communicando difficilmente umas com as outras, já não podemos, em geral, obter resultados tão satisfactorios. Depende isto da difficuldade que ha em abrir completamente todos os focos, d'essa abertura ser insufficiente ou incompleta, e temos ainda de contar aqui com a natureza do agente infeccioso, com a sua resistencia e tendencia a propagar-se.

A nephrotomia está indicada nos casos em que ha tuberculose renal avançada, formando tumor, com temperatura elevada e crises dolorosas por retenção renal, emfim quando o estado geral do doente é grave. Não deve ainda por-se de parte na tuberculose secundaria, quando a bexiga está manifestamente tuberculisada, quando as suas lesões sejam insignificantes, ou ainda quando o processo tuberculoso esteja limitado só a um rim, ou o segundo já esteja em via de infeccionar-se.

Em seguida a esta operação as dores renaes violentas diminuem ou desaparecem completamente, as micções, no fim d'alguns dias, tornam-se menos frequentes e menos dolorosas, e nota-se ainda que o segundo rim fica em condições mais favoraveis para o seu funcionamento.

Finalmente, quando o rim é largamente aberto e se estabelece uma drenagem perfeita, o estado geral do doente resente-se muito favoravelmente: a febre cahe, reapparecem as forças e o appetite, e na ausencia das dores, o doente concilia facilmente o somno.

As estatisticas sobre a mortalidade d'esta operação variam com os diversos auctores: segundo Newman, a mortalidade é de 30 %, segundo Guyon de 22 % e querem outros que seja de 12,72 %, o que nos leva a considerar a nephrotomia uma operação relativamente pouco grave.

Entretanto, em seguida a uma nephrotomia, uma fistula póde ás vezes estabelecer-se e persis-

tir. Estas fistulas são maior numero de vezes purulentas do que urinarias, e não trazem afinal senão um ligeiro embaraço á existencia. Ainda a respeito da mortalidade da nephrotomia, devemos lembrar-nos que esta operação é ás vezes praticada em más condições, em individuos profundamente debilitados, padecendo muitas vezes de lesões tuberculosas multiplas.

Passamos agora a expôr em traços geraes o *Manual operatorio* da nephrotomia.

Como recommenda Guyon, o doente repousará sobre o flanco opposto áquelle em que vae operar-se, tendo o corpo sustentado por uma travesseira.

Pratica-se a nephrotomia pela região lombar, unica via adoptada pelos cirurgiões modernos (Le Dentu, Tillaux).

O primeiro tempo da operação consiste na *incisão* lombar, cuja fórma varia tambem com os diversos operadores. Inclina-mo-nos para a incisão curva de Guyon, por isso que ella dá uma abertura muito sufficiente e permite chegar ao rim com facilidade. Esta incisão começa immediatamente abaixo do bordo inferior da 12.<sup>a</sup> costella, afastada pouco mais ou menos quatro cent. da crista das apophyses espinhosas; seguindo o bordo externo da massa sacro-lombar, dirige-se em linha recta de cima para baixo n'um comprimento de 5 ou 6 cent., recurva-se em seguida até chegar adeante, perto da espinha iliaca anterior e su-

perior, caminhando ao longo da crista iliaca. Esta é preferivel á incisão francamente obliqua com a qual podemos ser embaraçados pelo colon, ou á transversal, que se afasta muito bruscamente do rim.

Dividem-se todos os tecidos até chegar á atmospheria cellulosa do rim, que se corta até attingir este órgão. Tendo previamente descoberto a séde do foco por meio de punções com um trocate, praticamos a incisão do rim ao bisturi ou segundo outros, com o thermo-cauterio, esvaziamos o sacco e passamos em seguida, sobre cada labio do rim aberto, dois ou tres fios de seda, que servirão de fios suspensores.

Depois da incisão do rim temos de effectuar a unificação dos focos renaes, abrindo o mais largamente possivel todas, ou o maior numero das cavernas encontradas pelo index introduzido na cavidade. Fixa-se depois o rim á parede, por meio de fios passados atravez dos folhetos profundos da parede lombar e da capsula do rim, desinfecta-se com uma solução de sublimado (1/5000), estabelece-se a drenagem por dois grossos drenos profundamente collocados, e, finalmente, a ferida é suturada em toda a extensão onde não existem os drenos, e coberta d'um largo penso antiseptico.

### Nephrectomia

Diz-nos hoje a sciencia que a ablação d'um rim n'um homem é compativel com a conservação da sua saude, desde o momento que o segundo se apresente normal.

A primeira nephrectomia para tuberculose renal, foi praticada em 1872 por Peters, que julgava, entretanto, tractar-se d'um rim calculoso. A descoberta do bacillo de Kock veio tornar menos frequentes estes erros de diagnostico.

Depois dos aperfeiçoamentos introduzidos por Israël e Guyon na exploração do rim, e ainda em seguida ao emprego da endoscopia, o diagnostico da tuberculose renal verificou-se mais rigorosamente, determinou-se melhor qual o estado da bexiga e do segundo rim, de maneira que do conhecimento exacto de todos estes elementos resultou uma diminuição da mortalidade, e d'aqui a pratica da nephrectomia, tendendo actualmente a vulgarisar-se.

Passamos a apresentar algumas questões, que n'estes casos pôdem ser formuladas:

Em que momento devemos intervir?

Sobre este ponto divergem os authores.

Morris diz que a *intervenção está indicada* quando as lesões sejam bem limitadas. Contra esta maneira de pensar levantam-se as seguintes objecções: nem sempre é possível estabelecer um diagnostico precoce; ha casos de tuberculose renal

absolutamente chronica, levando por vezes muitos annos a originar um estado geral grave e a produzir a disseminação das lesões; por fim devemos recordar-nos que pôde dar-se uma cura espontanea.

Na opinião de M. Vigneron, a nephrectomia está indicada d'uma maneira *absoluta*, quando o diagnostico da tuberculose renal ficou claramente estabelecido n'um individuo, cujo estado geral é satisfactorio, e cujos restantes órgãos se apresentam indemnes de qualquer lesão.

A nephrectomia está indicada: se, com lesões limitadas a um só rim, o estado geral não está gravemente compromettido; se, com um estado geral regular, só encontramos lesões muito limitadas fóra do rim, quer nos pulmões, quer na bexiga.

**CONTRA-INDICAÇÕES**—1.<sup>a</sup> Quando, com lesões mesmo limitadas a um só rim, o estado geral se apresentar gravemente compromettido. 2.<sup>a</sup> Quando encontrarmos lesões tuberculosas disseminadas. As lesões da bexiga e do pulmão, quando forem de pequena importancia, não contra-indicam a operação. 3.<sup>a</sup> Quando constataremos uma lesão qualquer do segundo rim. Não é sómente a tuberculose bilateral que contra-indica a nephrectomia, é ainda a menor lesão de infecção d'este órgão: uretéro-pyelite ascendente não tuberculosa, degenerescencia amyloide, lithiase, etc.

N'este exame torna-se indispensavel da parte do medico toda a prudencia, todo o cuidado e es-

erupulosa applicação dos diversos meios de exploração do segundo rim, a que n'outra parte já nos referimos.

### **MANUAL OPERATORIO DA NEPHRECTOMIA.**

Para praticar a extirpação do rim, pôde seguir-se quer a via abdominal, quer a via lombar. A nephrectomia abdominal consiste em chegar directamente ao rim, abrindo o abdomen por uma incisão média ou por incisões lateraes.

Os adeptos d'este processo operatorio explicam a sua preferéncia pelas seguintes vantagens que elle traz na pratica: 1.<sup>a</sup> dá maior espaço, e por conseguinte permite melhor a extracção dos grossos rins do que a via lombar; e o cirurgião evita assim mais facilmente dilacerar os vasos, o intestino, etc. 2.<sup>a</sup> permite este processo a exploração dos dois rins. 3.<sup>a</sup> tem a vantagem de poder cortar-se uma porção do uretère quando o encontramos doente. 4.<sup>a</sup> ha maior facilidade em passar uma ligadura simples ou dupla sobre o hilo.

Baseando-se n'estas vantagens, Tillaux é um dos authores que dá a preferéncia á nephrectomia pela via abdominal, praticando para isso uma incisão media. Reprova o processo, que consiste em fazer uma incisão aos lados do ventre até ao peritoneo, e em descollar em seguida esta membrana até chegar ao rim, porque elle tem um inconveniente serio: o peritoneo, geralmente, é aberto. Este author condemna ainda o processo da laparotomia lateral de Langenbuch, que consiste em

fazer a incisão da parede abdominal, seguindo o bordo externo do musculo recto, de modo a chegar mais directamente ao rim.

Mas vamos agora analysar e criticar, segundo Vigneron, as vantagens apresentadas pelos defensores da via abdominal na pratica da nephrectomia.

Relativamente á primeira vantagem póde ser apreciavel quando se tracta d'um tumor solido do rim; mas quando o rim tuberculoso se apresenta grosso, volumoso, podemos punccionalo pela via lombar e diminuir d'esta fórma o seu volume. Demais o rim tuberculoso, geralmente, não adquire dimensões extraordinarias.

Pelo que diz respeito á exploração dos dois rins, não chega ella a fazer-se senão cortando a parede abdominal na linha media, e hoje é muito mais adoptada a incisão lateral de Langenbuch. Ha ainda real difficuldade em palpar os dois rins, e, para obtermos algum resultado, é preciso que o rim tenha grande volume, e que a sua consistencia e configuração externa estejam bastante modificadas.

A terceira vantagem, que se attribue á nephrectomia abdominal, tambem não tem valor absoluto. Quando encontramos doente o uretère podemos cortal-o, mas só parcialmente; o resto fica doente.

Por outro lado muitos inconvenientes tem este processo, que não devemos deixar no esquecimento. Quando o pús cahe no peritoneo, ou quando

a antisepsia não é rigorosa, sobrevem a peritonite, a septicemia e d'ahi a morte. Devemos temer o choque resultante d'esta longa operação com dupla incisão do peritoneo e respectivas suturas. Ha necessidade ainda n'este caso de estabelecer uma drenagem lombar, porque do contrario podem sobrevir accidentes produzidos pela retenção dos exsudatos, fornecidos por uma vasta cavidade fechada na sua parte declive. Quando intervimos nos órgãos abdominaes, em seguida a uma laparotomia, raras vezes deixa de observar-se durante 24 ou 48 horas uma oliguria mais ou menos accentuada, não se tendo tocado nas vias urinarias, e estando indemnes os dois rins.

A nephrectomia transperitoneal irá exagerar este accidente.

Reduzidas aos seus justos termos as vantagens indicadas pelos defensores da nephrectomia abdominal, e expostos em seguida alguns dos inconvenientes que lhe andam inherentes, nós inclinamo-nos a preferir a via lombar á via abdominal.

**NEPHRECTOMIA LOMBAR.**—D'entre os cirurgiões que mais teem praticado a nephrectomia lombar, destacam-se os nomes de Billroth, Madelung, Guyon, etc.

A fôrma e a direcção das incisões superficiaes divergem com os differentes operadores. Ha as incisões simples de Simon, rectilineas e verticaes, ou obliquas em relação ao eixo do corpo;

as incisões simples curvilineas e as combina-

das. Não é da índole do nosso trabalho fazer aqui a descripção de todos estes processos, mas qualquer que seja a incisão escolhida póde ella ser sufficientemente alongada, ou combinada a uma incisão secundaria, para que a operação se faça sem difficuldade, e sem que haja urgencia de praticar a ressecção da 12.<sup>a</sup> costella.

O tempo mais laborioso d'esta operação é a enucleação do rim, que precede ou segue a ligadura do pediculo, segundo os processos adoptados. Augmenta esta difficuldade quando existem adherencias perirenaes, porque n'essas circumstancias póde dar-se a laceração dos grossos vasos, do colon ou do peritoneo.

E' então muito conveniente, para evitar taes complicações, recorrer ás manobras que M. Ollier designou pelo nome de *descorticação sub-capsular*. Consistem estas manobras em não tocar no que adhiere fortemente, e em tirar com a extremidade dos dedos tudo o que se deixa destacar sem grandes esforços.

Depois da enucleação levanta-se o rim, tira-se para fóra da ferida com a maxima cautella, porque o rim é um órgão muito friavel, e pratica-se em seguida a ligadura em massa, ou passam-se ligaduras isoladas sobre a arteria, a veia e o uretère. Segundo Le Dentu, a este respeito não podem estabelecer-se regras absolutas; as circumstancias é que devem indicar o caminho a

seguir. A ligadura em massa, entretanto, é a única praticavel em certos casos: quando o pediculo é curto, quando o bassinête, desenvolvido anormalmente, repelliu os vasos e o uretère para dentro, quando, finalmente, a incisão dos tegumentos se fez longe da columna vertebral.

Quanto aos fios a empregar tambem não podem assentar-se regras fixas. Assim podemos usar do bom catgut, n.º 5 ou 6, ou o fio de seda antiseptico; e quando haja difficuldade em ligar o pediculo, servir-nos-hemos d'um fio duplo, ou de dois fios a uma pequena distancia um do outro.

Terminada a operação, a cavidade deixada pelo rim ou pelo tumor renal é tractada pelas injecções antisepticas, tendo o cuidado de drenar escrupulosamente, como aconselha Le Dentu, a parte mais elevada da ferida.

Quando o rim não foi tirado completamente, e se deixam ficar alguns fragmentos, que são destinados a mórtilficar-se, não deve procurar-se a reunião immediata; mas as condições inversas, que são as mais ordinarias, autorisam-nos a tental-a.

Colloca-se um ou dois grossos drenos profundamente, pratica-se a sutura dos planos musculares, quando houve incisão obliqua, e applica-se em seguida o penso antiseptico conveniente.

A reunião da ferida, na ausencia das contra-indicações acima mencionadas, combinada com a drenagem profunda, tem dado bellos resultados, e assim não devemos vacillar na sua applicação.

**CUIDADOS ULTERIORES PARA COM O OPERADO.**—Immediatamente depois d'esta grave operação é necessário aquecer o doente, excitar o seu estado geral por bebidas alcoolicas tomadas em pequenas doses, recorrer mesmo, sendo preciso, ás injectões subcutaneas de ether. Devemos vigiar o funcionamento da bexiga e do rim; quasi sempre o doente deverá ser algaliado durante as primeiras horas. Muitas vezes a quantidade da urina é ao principio pouco abundante, e ás vezes mesmo torna-se util excitar a funcção renal por fricções e applicação de pannos quentes sobre a região lombar.

A nossa attenção deve dirigir-se tambem para a bexiga, por mais insignificantes que sejam as lesões tuberculosas ou de cystite apresentadas por ella. Guyon aconselha n'estes casos as instillações de sublimado. Para levantar, emfim, o estado geral do doente, devemos ordenar-lhe um regimen tonico e fortificante, uma hygiene severa, o uso dos banhos salgados, o emprego do iodoformio, da creosota e da glycerina internamente.

**CONSEQUENCIAS DA NEPHRECTOMIA.**—Em seguida a esta operação desenvolvem-se e podem observar-se um certo numero de phenomenos nervosos, a que se referem Le Dentu e Ollier, e que julgamos util mencionar n'esta altura do nosso pequeno estudo.

Estas *perturbações nervosas*, ainda que resultantes do abalo traumatico, distinguem-se, pela

sua localisação em certosapparelhos, do choque propriamente dito cuja acção é mais geral. Consistem essas perturbações em alternativas de congestão e calôr na face, nas extremidades, n'uma ou n'outra metade do corpo. Ollier observou em um dos seus casos uma paralysia momentanea do plexo brachial do lado do rim operado, e, n'uma outra circumstancia, uma sialorrhœia muito abundante durante algumas horas.

Pelo seu lado Le Dentu teve ensejo de observar n'um dos seus doentes uma analgesia absoluta, em grande extensão, do lado esquerdo do corpo (lado operado): no antebraço, na face posterior do braço, na região iliaca e no flanco, na parte externa da côxa, na metade esquerda da face. A sensibilidade ao calôr e ao frio era nulla n'estes pontos, mas a sensibilidade tactil conservava-se intacta. Estas perturbações persistiram durante mais de tres semanas, e diminuíram gradualmente.

Quanto á insensibilidade na zona de distribuição dos ramos do plexo lombar, cortados durante a operação, será facil de distinguir, pela sua séde, das perturbações de origem reflexa.

Em outros doentes sobrevem ainda um augmento consideravel do numero das pulsações cardiacas, (130 a 140 por minuto), e das inspirações (30 a 40), com temperaturas até 38°. Estes phenomenos pôdem durar diversos dias, sem que acarretem perigo real para o doente, e consideram-se de natureza reflexa, como os que se observam depois das grandes operações abdominaes.

Além das perturbações nervosas, que acabamos de descrever, nota-se ainda *modificações da secreção urinaria*. Ha sempre uma diminuição consideravel na quantidade da urina eliminada, durante as vinte e quatro horas que seguem a nephrotomia, e sobretudo a nephrectomia. A quantidade total desce a 300 centimetros cubicos, termo medio, e pôde dar-se até a anuria absoluta, que é vulgar nas tres ou quatro primeiras horas. Se a anuria persistir durante um ou mais dias é um symptoma grave, por isso que é então a expressão d'um choque profundo, a que o operado difficilmente resistirá.

Diz-nos Le Dentu que o restabelecimento da micção normal não está submettido a regras fixas, mas affirma, pelo resultado das suas observações, que o augmento gradual é o mais ordinario, ao passo que o restabelecimento irregular da funcção, com alternativas de altas e baixas na quantidade da urina, deve considerar-se como excepçional.

Quanto ás mudanças ulteriores, relativas á quantidade da urina e da ureia que ella contém, estão sujeitas a muitas condições diversas, que nos impedem de lhes estabelecer regras fixas.

Aquelles individuos, em que o segundo rim não está absolutamente intacto, e que eliminavam por dia uma quantidade de urina inferior á normal, não ficam em melhores condições logo em seguida á intervenção cirurgica. E' pouco a pouco que o estado anatomico e funcçional do rim não

operado se modifica. As condições pathologicas revelam-se, nos symptomas clinicos e nas analyses chimicas, por particularidades muito variaveis. As consequencias das diversas operações, e mórmente da nephrectomia, podem offerecer uma certa constancia sómente quando o segundo rim está são no momento em que se opera.

A nephrectomia arrasta ainda uma outra consequencia afastada: a *hypertrophia compensadôra*, que já tinha sido constatada pela autopsia, em individuos em que um dos rins se apresentava atacado de atrophia congenita ou adquirida. G. Simon, em dois casos por elle observados, estabeleceu a differença de dimensões e de peso entre o rim normal e o hypertrophiado.

Avaliando em 150 grammas o peso normal do rim, achou em um d'esses casos uma elevação a 273 grammas, e no outro a 298. Além d'isso viu que o volume do rim tinha tambem augmentado. A hypertrophia, ainda que não seja absolutamente constante, apparece geralmente, sobretudo se o segundo rim está intacto, condição esta essencialmente favoravel para o seu desenvolvimento.

Os resultados da experimentação foram tambem eloquentes. Chegou-se claramente á conclusão de que o segundo rim soffria um augmento de volume e de peso, podendo attingir o duplo do estado normal, que esse augmento de volume não estava terminado senão no fim d'alguns mezes, e que a rapidez, com que se effectuava, dependia

muito da idade dos animaes. Além d'isso, depois dos estudos de Simon, Rosenstein, Tuffier, etc., podemos considerar como demonstrado que a hypertrophia compensadôra do rim é devida á hyperplasia de certos elementos da substancia cortical, associada ao augmento de volume dos elementos preexistentes.

As experiencias de Tuffier, relativas á regeneração do rim, em seguida a resecções successivas, mostram as vantagens da nephrectomia parcial, quando não se julgue necessaria e indispensavel a extirpação total do orgão.

As estatisticas sobre a mortalidade d'esta operação, apresentadas pelos diversos authores Gross, Guyon, Brodeur, etc., variam, mas não muito. Geralmente accusa-se n'ellas uma mortalidade de 36 a 43 %. Vê-se, pois, que a proporção de mortes é ainda muito consideravel, para que a nephrectomia possa ser considerada como operação chegada a um grau sufficiente de aperfeiçoamento. Entretanto, julgamos que o cirurgião intervindo com a maxima prudencia e discernimento, escolhendo um processo operatorio segundo os dados d'um diagnostico rigoroso, de que depende o successo da sua intervenção, poderá chegar no futuro a resultados operatorios muito mais favoraveis do que os actuaes.

---

## PROPOSIÇÕES

---

**ANATOMIA.**—A pretendida bolsa serosa pre-rotuliana sub-cutanea não existe.

**PHYSIOLOGIA.**—Entre a pelle, rim e mucosas existe uma estreita solidariedade funcional.

**ANATOMIA PATHOLOGICA.**—A unica característica do processo tuberculoso é a presença do bacillo de Koch.

**OPERAÇÕES.**—Na pratica da nephrectomia prefiro a via lombar á via abdominal.

**MATERIA MEDICA.**—A hydrastina é um hemostatico precioso nas hemorrahagias uterinas por congestão.

**PATHOLOGIA GERAL.**—A accumulacão da gordura nos obesos resulta d'uma insufficiencia das oxidações.

**PATHOLOGIA EXTERNA.**—Os estados diatheticos exercem influencia nociva sobre a evolução cicatricial das feridas.

**PATHOLOGIA INTERNA.**—O carcinoma do estomago é muitas vezes secundario a uma ulcera do mesmo orgão.

**PARTOS.**—A semi-anesthesia pelo chloroformio é inteiramente recommendavel no trabalho do parto normal.

**HYGIENE.**—Condemno a vaccinaçãõ braço a braço.

Visto  
*Pinho.*

IMPRIMA-SE  
*Dr. Souto,*  
Director interino.