

N.º 260

**PHLEUGMÕES PERINEPHRITICOS**

---

**THESE**

**APRESENTADA**

Á

**ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO,**

PARA SER DEFENDIDA

PELO ALUMNO

**LUIZ D'AZEVEDO MELLO E CASTRO.**

---

PORTO:

NA TYP. DE MANOEL JOSÉ PEREIRA,  
4, Rua de Santa Thereza, 6.

—  
1867.

IX/1º 4ENC

B.º dia 20 de julho de 1867, pelas  
11 horas da manhã.

Presidente o Sr. Sr. D.º Pedro Augusto Piaz

Sec.º Sr. D.º

Seguente {  
D.º Antonio José de Almeida Pinto  
D.º Agostinho Ant.º de Souza  
João Ser.º Pias Lebre  
D.º José Carlos Lopes J.

# ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

## Director

O Ex.<sup>mo</sup> Snr. Conselheiro Dr. *Francisco d' Assis Souza Vaz*, Lente jubilado

## Secretario

O Ill.<sup>mo</sup> Snr: *Agostinho Antonio do Souto*

## CORPO CATHEDRATICO

### Lentes proprietarios

Os Ill.<sup>mos</sup> e Ex.<sup>mos</sup> Snrs.

- |   |  |
|---|--|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....                                       | <i>Luiz Pereira da Fonseca</i>                     |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia.....  | <i>José d' Andrade Gramaxo</i>                     |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia Natural dos Medicamentos, Materia medica                       | <i>João Xavier d' Oliveira Barros</i>              |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, Pathologia externa e Therapeutica externa.....      | <i>Antonio Ferreira Braga</i>                      |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira—Operações Cirurgicas e Apparelhos com Fracturas, Hernias e Luxações.... | <i>Caetano Pinto d' Azevedo</i>                    |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, Molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....     | <i>Manoel Maria da Costa Leite</i>                 |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna, Therapeutica interna e Historia Medica.....         | <i>D.<sup>r</sup> Francisco Velloso da Cruz</i>    |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica Medica....  | <i>Antonio Ferreira de Macedo Pinto</i>            |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica Cirurgica..   | <i>Antonio Bernardino d' Almeida</i>               |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia Pathologica, Deformidades e Aneurismas.....                   | <i>José Alves Moreira de Barros</i>                |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina Legal, Hygiene privada e publica e Toxicologia geral.....   | <i>D.<sup>r</sup> J. F. Ayres de Gouvêa Osorio</i> |
| Lente de Medicina, jubilado.....  | <i>José Pereira Reis</i>                           |

### Lentes substitutos

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Secção Medica.....    | } <i>D.<sup>r</sup> José Carlos Lopes Junior</i><br><i>Pedro Augusto Dias</i> , presid. |
| Secção Cirurgica..... |   |
|                       | } <i>Agostinho Antonio do Souto</i><br><i>João Pereira Dias Lebre</i>                   |

### Lentes demonstradores

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Secção Medica.....    | <i>Joaquim Guilherme Gomes Coelho</i>                 |
| Secção Cirurgica..... | <i>D.<sup>r</sup> Miguel Augusto Cezar d' Andrade</i> |

A Eschola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação, e enunciadas nas proposições.  
(Regulamento da Eschola, de 23 d' Abril de 1840, art. 455.)

A

**MEMORIA DE MEU PAE**

EM TESTEMUNHO DE SAUDADE

O. D. C.

O Auctor.

AO

MEU PRESIDENTE

O ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SNR.

**PEDRO AUGUSTO DIAS**

COMO PROVA DE RECONHECIMENTO E ESTIMA

O. D. C.

*O Auctor.*

# PHLEUGMÕES PERINEPHRITICOS

---

## Historico.

A suppuração do tecido cellular perinephritico, isto é, do tecido cellulo-gorduroso que cerca o rim, e que é tão abundante na face posterior d'este órgão, tem sido até ao presente encarada, pela generalidade dos differentes auctores que se teem d'ella occupado, debaixo d'um ponto de vista muito restricto. Descreveram elles por perinephrite primitiva a inflammção que tem a sua origem no tecido cellular perinephritico. Na etiologia d'esta affecção, apenas se occuparam das causas traumaticas e de causas geraes, deixando de lado as vastas suppurações de que a causa primaria reside no órgão principal d'aquella região, no proprio rim. Os auctores d'estes trabalhos teem assim restringido a questão, encarando-a apenas por uma de suas faces. Em 1860 foram defendidas na Faculdade de Medicina de Paris duas theses sobre a perinephrite primitiva; uma por Féron, outra por Picard. Estes dois medicos procuraram reunir todos os casos de suppurações da região lombar, devidos a causas estranhas ao órgão secretor da ourina.

Parece-me que esta questão póde ser olhada d'uma maneira mais geral; fazendo intervir não só as causas provenientes das affecções tão numerosas de que o rim é a séde, mas ainda as que resultam de inflammções agudas e chronicas, que durante o seu desenvolvimento podem actuar sobre os órgãos visinhos, e sobre o involucro cellulo-gorduroso circum-renal. A these de Féron resume o estado da sciencia no ponto de vista em que elle se collocou; mas uma obra mais completa, que trata a questão por todas as suas faces, e que contém um grande numero de

observações, é o *Tratado das molestias dos rins*, publicado pelo professor Rayer. Este medico occupa-se com effeito das inflammações perinephriticas, e estuda as suas causas considerando-as já no aparelho renal, já independentes d'esse aparelho. Hyppocrates fallou das molestias dos rins, e dos tumores que se formavam na região lombar, indicando mesmo o seu tratamento. Mais tarde Fabrice de Hilden, Rufus, Blaud, Bell e Butter publicaram observações de perinephrite primitiva e consecutiva a uma affecção calculosa dos rins. Porém até á epocha em que appareceu o tratado de Rayer, não se encontravam senão observações assim isoladas sobre este ponto de pathologia, que interessa tanto a Medicina como a Cirurgia. É pois a este práctico, que cabe a gloria de ter reunido em corpo de doutrina todas essas observações que tão dispersas se achavam.

### Causas.

Como são muito numerosas as causas que podem dar origem aos phlegmões perinephriticos, dividil-as-hei, para as expôr com mais ordem, em predisponentes e efficientes, e estas ultimas serão classificadas em 3 séries. Na primeira série, comprehenderei todas as causas que teem a sua séde no tecido cellular perinephritico, mas que são independentes do rim. Na segunda, collocarei as molestias agudas e chronicas do rim, que pela simples extensão da inflammação ao tecido cellular circum-renal, determinam a sua suppuração sem alguma lesão do orgão. Na terceira série, finalmente, apontarei as causas dependentes d'uma lesão renal.

#### 1.º—Causas predisponentes.

SEXO — Se attendermos ás observações colhidas por Charles Hallé e Rayer, devemos concluir que o sexo nenhuma influencia tem no apparecimento d'esta molestia. Charles diz que em 30 casos de phlegmões perinephriticos, quer primitivos, quer symptomaticos, notára um egual numero d'homens e mulheres; o mesmo se collige dos escriptos de Rayer. Por conseguinte, com relação á frequencia, não podemos tirar do sexo a minima conclusão.

IDADE — A idade tem influencia no desenvolvimento dos phlegmões perinephriticos, os quaes são mais frequentes entre os adultos. Todos os casos observados por Charles Hallé se manifestaram em individuos de 20

a 35 annos, exceptuando um que tinha 16. Os factos collidos pelo professor Rayer confirmam o que diz Charles. As crianças estão isemptas d'esta molestia, da mesma maneira que entre ellas são muito raras as doencas dos rins.

PROFISSÕES — Parece que as profissões não influem muito na producção dos phlegmões. Comtudo, as que expõem os individuos a arrefecimentos rapidos e repetidos, são as que predispõem mais a contrahir esta affecção.

DOENÇAS ANTERIORES — Entre as molestias que podem ter influencia na producção das inflammações do tecido cellular que cerca o rim, certamente as affecções hereditarias, rheumatismo e gôtta, e as que predispõem, do mesmo modo que os temperamentos, a concreções calcarias no apparelho urinario, devem entrar em linha de conta, pois que a maior parte das phlegmasias circum-renaes são devidas á formação de fistulas nos rins, determinadas pela presença de calculos n'esses órgãos, no basinete ou nos uretères.

## 2.º — Causas efficientes.

1.ª SERIE — O tecido cellular perinephritico, ainda que profundamente situado, não está ao abrigo de inflammações e suppurações, algumas vezes extensas, que podem resultar de todos os generos de traumatismo. As feridas por instrumentos perforantes, e as que são feitas pelo práctico quando procura extrahir um corpo estranho introduzido na região renal, são causas frequentes dos phlegmões perinephriticos. O mesmo acontece não só com os projectís de guerra de que Pépin cita duas observações, mas ainda com as feridas contusas produzidas na região lombar pelo choque de instrumentos contundentes, por quedas sobre esta mesma região, etc. Com relação a estas duas ultimas causas cita Rayer uma observação, e na *Gazeta hebdomadaria* de 1856 publicou J. Bienfait um caso de phlegmão determinado por uma quédia em que foi interessada a região renal.

Os phlegmões perinephriticos podem tambem desenvolver-se de baixo da influencia de certas febres graves.

Butter diz ter visto a formação de abcessos perinephriticos durante uma epidemia de febres que grassou em Plymouth; e Duplay diz ter observado tambem, quando interno do hospital da Caridade, um doente

que, achando-se em convalescença d'uma febre typhoide, foi atacado de dôres intensas na região lombar direita, e que no fim d'alguns dias a flutuação era manifesta. Certas fadigas musculares, taes como marchas forçadas, exercicios violentos e passeios a cavallo muito prolongados podem dar logar a uma suppuração da região lombar. Rayer cita uma observação que lhe foi communicada por Thomaz Turner, medico do hospital de Saint-Thomaz, em que um passeio a cavallo por muitas horas deu logar a uma inflammação intensa, seguida de gangrena da membrana adiposa que envolve os dois rins.

A acção rapida do frio, e os arrefecimentos repetidos determinam muitas vezes dôres na região lombar, dôres que podem terminar pela suppuração. Em apoio d'esta asserção lembro o factó observado por Bland e descripto nos seus *Commentarios aos aphorismos d'Hyppocrates*. Ha ainda observações de Gueneau de Mussy em favor da influencia que tem os arrefecimentos sobre a producção dos phlegmões perinephriticos. Finalmente, podem manifestar-se dôres na região lombar, e mais tarde um tumor que degenera em abcesso, sem que possamos encontrar-lhe a explicação, quer nas relações com o mundo exterior, quer nas circumstancias habituaes da vida.

2.<sup>a</sup> SERIE — Esta comprehende os phlegmões perinephriticos que se formam em consequencia d'uma inflammação dos rins, propagada por continuidade ao tecido cellular visinho sem perfuração dos calices ou bassinete. A nephrite aguda ou chronica, os accessos repetidos de colicas nephriticas, a presença no rim de calculos que irrite a mucosa, são causas frequentes d'essas suppurações abundantes que se originam em volta dos rins, mas cujo ponto de partida é a inflammação do orgão secretor da ourina.

3.<sup>a</sup> SERIE — Comprehende ella os phlegmões perinephriticos que se desenvolvem em consequencia d'uma fistula renal. N'esta serie as observações são muito mais numerosas, pois que as affecções renaes são as causas mais frequentes dos abcessos que se formam em volta dos rins. Os calculos situados nos calices ou no bassinete são a origem d'um trabalho ulcerativo, e as fistulas renaes que d'ahi resultam são a causa dos phlegmões perinephriticos. As fistulas, qualquer que seja o seu ponto de partida, existem ordinariamente na face posterior dos rins; por ellas se escôa o pus e a ourina que alteram o tecido cellular, e que são a origem da inflammação. Em consequencia da abertura dos abcessos, sahem

algumas vezes calculos em grande numero, e o abcesso ou fica fistuloso e não se fecha senão depois da sahida do ultimo calculo, ou póde reproduzir-se depois de se ter cicatrizado, pois que n'estes casos os calculos obram como verdadeiros corpos estranhos, e uma nova inflammação se desenvolve em redor d'elles, obrigando mais tarde o pratico a abril-os de novo.

### Symptomatologia.

Os phlegmões perinephriticos dão lugar a symptomas que, na generalidade dos casos, serão sufficientes para nos fazer conhecer a existencia d'um tal estado morbido. Disse, quando tratei das causas, que a inflammação do tecido cellular circum-renal podia succeder, quer a feridas da região lombar ou do rim, quer sobrevir no curso de febres graves; n'este caso, a inflammação principia muitas vezes immediatamente depois da causa que lhe deu origem, e, segundo o conjuncto dos symptomas, podemos facilmente chegar a diagnosticar a existencia d'um foco purulento na região renal. Mas ha tambem phlegmões consecutivos a uma doença anterior e antiga dos rins, como acontece principalmente quando existem calculos no bassinte ou uretère, tendo produzido uma fistula renal. N'estas circumstancias, os phenomenos inflammatorios desenvolvem-se lentamente, e confundem-se, por assim dizer, com os symptomas da affecção preexistente; o diagnostico será mais difficil de estabelecer, mas ainda assim poderemos observar alguns signaes da inflammação do tecido cellular perinephritico que nos conduzam a um capitulo certo da molestia. Muitas vezes a doença que deu origem á perinephrite determina poucos symptomas locaes, passa d'esta maneira desapercibida, e só pelos signaes geraes agudos é que poderemos conhecer a doença primitiva e as lesões consecutivas.

Desde que, por uma causa qualquer, a inflammação se desenvolve no tecido cellular tão abundante da região lombar, o primeiro symptoma que o doente accusa, é uma dôr profunda, pouco intensa, que augmenta com os movimentos do tronco quando o individuo tenta levantar-se, caminhar ou mudar de posição no leito. Não tem ella no principio uma séde fixa, dirige-se umas vezes para o lado direito, outras para o esquerdo, augmentando sempre com a pressão. Em um periodo mais avançado, a sua intensidade cresce á medida que o mal faz progressos, torna-se lancinante, continúa, exacerbando-se de espaço a espaço.

A sua existencia explica-se perfeitamente pela compressão dos nervos do plexo lombar e dos que veem dos lados da espinal medulla, e que vão distribuir-se na espessura dos musculos transverso, quadrado lombar, etc.

Ha febre, a qual começa ordinariamente por um frio inicial; apparece uma cephalalgia intensa, e estridor de dentes, cuja duração é variavel; quando a febre augmenta, a pelle torna-se muito quente, o pulso cheio e vibrante, os olhos brilhantes e a palavra entrecortada.

A febre póde durar assim muitos dias, ou dar lugar, depois da duração de algumas horas, a um periodo de suores, que trazem ao doente algum allivio. Este accesso que póde apparecer muitas vezes no dia, ou todos os dias durante muito tempo, poderia fazer suspeitar uma febre intermitente, se não houvessem os symptomas locaes que esclarecessem sobre a verdadeira natureza da molestia. Quando a dôr se torna fixa e a febre intensa, a região lombar principia a tumificar-se, tumefacção que pouco consideravel a principio, augmenta de dia para dia, tornando-se muito manifesta quando o doente está assentado. Vê-se então o lado que é a séde da affecção muito saliente, e arredondado. A palpação póde corroborar este signal importante, dando-nos tambem a differença notavel de temperatura entre os dois lados da região. A côr da pelle, no ponto correspondente ao phlegmão, é a principio rosacea, tornando-se mais tarde d'um vermelho escuro; a região lombar é além d'isto a séde d'um edema que póde estender-se mais ou menos longe.

Quando o foco purulento se dirige para o bordo da crista iliaca, vê-se apparecer, na generalidade dos casos, um symptoma que tem grande importancia por causa do erro de diagnostico a que poderia conduzir. O doente não póde estender completamente a côxa sobre a bacia. Dá-se um ligeiro grau de flexão da perna do lado correspondente ao abcesso, e se tentarmos fazer a extensão, o doente accusa dôres, cuja séde não é o membro, mas sim a região do flanco. Este phenomeno tem uma explicação facil; sabe-se que todas as vezes que um musculo se inflamma, a fim de evitar a tensão de suas fibras, tende elle a approximar seus dois pontos de inserção; n'estas circumstancias a parte colloca-se n'uma ligeira flexão.

E' o que acontece com o musculo psoas, que diminuindo a distancia que separa os seus dois pontos de inserção, põe o membro inferior correspondente na flexão da côxa sobre a bacia, conduzindo-o ao mesmo tempo

para a abdução. Por este meio diminue a compressão exercida sobre o tecido cellular que o envolve pela tensão das suas fibras musculares.

A ourina differe segundo que o phlegmão é primitivo ou symptomatico d'uma affecção renal; no primeiro caso não apresenta character algum especial, no segundo, póde conter differentes productos morbidos, como sangue, pus ou areias. Quanto ao acto da micção, raras vezes é modificado. Do lado do aparelho digestivo nota-se diminuição de appetite, lingua branca, nauseas, vomitos e constipação; algumas vezes apparecem dôres vagas no abdomen, colicas, cuja séde o individuo não sabe indicar, mas que podem ser o resultado d'um certo grau de inflammação do peritoneu, em consequencia da visinhança do foco purulento. Mais tarde ha a inappetencia completa, diarrhêa que, conjuntamente com o trabalho da suppuração, fazem cahir o doente n'uma fraqueza extrema. O systema nervoso, raras vezes é affectado, quando a molestia segue marcha franca e rapida para a cura; porém, quando assim não acontece, quando a suppuração é de má natureza, os doentes ou cahem no estado adynamico, ou no estado ataxico. Algumas vezes apresentam symptomas que levam a um prognostico grave, taes são os *sapinhos* que cobrem toda a mucosa bocal, e as escaras do sacro; estas são muitas vezes, não o resultado da pressão, mas sim a consequencia d'um estado geral de cachexia que affecta os doentes n'estas circumstancias.

### Complicações.

As molestias que complicam os phlegmões perinephriticos podem manifestar-se em differentes periodos da sua duração. Essas doenças intercorrentes são sempre graves. Se ellas apparecem quando a suppuração é ainda abundante, as forças vitaes do doente raras vezes poderão ser sufficientes para fazer face a tantas causas de enfraquecimento; se se manifestam durante a convalescença, podem impedir a cicatrização da ferida, e determinar mesmo uma nova formação de pus.

Do lado do pulmão, apparece em muitos casos a pleuresia. Explica-se bem a invasão d'esta molestia, recordando-nos que o foco perinephritico póde dar logar por visinhança, atravez do diaphragma que lhe está proximo, á inflammação da pleura diaphragmatica. Adherencias se formam entre a base do pulmão esquerdo e a pleura correspondente, ficando quasi sempre isempto o pulmão direito, em virtude da interposição

do figado. A pleuresia e a pneumonia complicam gravemente a situação do enfermo, e as adherencias multiplas que d'ahi resultam, incommodam e põem grandes obstaculos á respiração. Os doentes são atacados muitas vezes de vomitos biliosos, phenomeno que é devido á irritação do figado pela proximidade do foco purulento. O peritoneu pôde tambem inflamar-se, e dar logar a dôres intensas.

Um estado morbido que apparece muitas vezes nos doentes esgotados de ha muito pela suppuração, é a erysipela. Ella começa quer pela ferida da região lombar, quer pelas escaras do sacro; pôde tambem manifestar-se em outra qualquer parte. Quando sobrevém antes da cicatrização ser perfeita, a cicatriz desune-se, o pus torna-se seroso, de má natureza, o doente é assaltado pela febre e perde o appetite que pouco antes havia recuperado. É esta uma complicação terrivel, á qual poucas vezes se resiste. Do lado do systema nervoso apparece o delirio, symptoma que se desenvolve só nos ultimos dias da molestia, quando o doente se acha em um estado ataxico dos mais graves.

### **Marcha, duração e terminações.**

Os phlegmões perinephriticos teem marcha insidiosa, desde que começa a inflamação na região lombar, até que o pus appareça ao exterior. Com effeito, muitas vezes ignora-se o seu principio. N'estes casos a causa primeira escapa ao doente, que não pôde filiar as dôres intensas que sente mais tarde n'aquella região, a uma causa algumas vezes passageira, que considera como insignificante na occasião em que actuou; então o práctico vê-se obrigado a procurar na profissão e hygiene do doente a causa muitas vezes duvidosa d'um mal que esteve por longo tempo occulto, e que quando se declara já interiormente tem feito estragos profundos e difficeis de reparar. Se as causas dos phlegmões perinephriticos são, em muitos casos, desconhecidas, ha comtudo signaes certos da formação e existencia do pus; porém estes signaes revelam-se tarde, quando a molestia se tem estendido muito além do seu foco primitivo.

Quando a doença tem a marcha francamente inflammatoria, o phlegmão completa todos os seus periodos n'um espaço de tempo muito limitado, se o foco não fôr entretido por alguma causa dependente do rim. De resto, a sua duração varia segundo os accidentes que podem impedir-lhe a marcha.

Os phlegmões perinephriticos terminam-se geralmente pela suppuração, mas ha tambem casos de terminação pela gangrena. Relativamente a este ultimo modo de terminação cita Rayer duas observações. Uma colhida por Thomaz Turner, em que pela autopsia, encontrou a membrana adiposa que cerca os dois rins gangrenada, formando uma especie de massa negra e pulposa; as capsulas renaes estavam inflammadas, e a do rim direito estava em parte gangrenada; a substancia dos rins offerecia vestigios de inflamação. O doente que fez objecto d'esta observação, havia soffrido um arrefecimento depois de ter dado um passeio a cavallo por algumas horas. O outro caso foi visto por Blaud; o tecido cellular perinephritico estava gangrenado, e tratava-se tambem d'um phlegmão perinephritico resultante d'um arrefecimento. Em quanto á terminação pela resolução, a sciencia não tem archivado um unico caso.

Tratarei agora, mas em poucas palavras, para não dar grande extensão a este meu trabalho, dos pontos mais ou menos separados do foco primitivo em que o pus pôde ir apparecer, fallando em primeiro logar da abertura do phlegmão na região lombar, que de todas é a mais natural. Se a abertura tem logar sem o auxilio da arte, muitos podem ser os orificios por onde o pus faça sahida, se, ao contrario, é com o bisturi que se abre o foco, só um orificio fica existindo. As fistulas consecutivas á abertura espontanea do foco podem permanecer por muito tempo, principalmente se elle é muito extenso; porém se fôr pouco consideravel e não houverem causas dependentes do rim que entretenham a fistula, a ferida cicatriza depressa. Mas se o phlegmão reconhece por causa uma fistula renal ou a presença de calculos, então o trajecto fistuloso persiste durante muitos mezes, muitos annos, podendo mesmo tornar-se permanente. Algumas vezes o orificio cutaneo do phlegmão se cicatriza antes que as paredes do foco se tenham retrahido, e antes da sahida do calculo; então os doentes podem acreditar-se curados; mas dentro em pouco apparece a febre, e uma dôr fixa, aguda, na região lombar no ponto correspondente á cicatriz; percebe-se a fluctuação, e uma nova incisão torna-se immediatamente indispensavel. Observações d'esta ordem são apontadas por Fabrice d'Hilden.

ABERTURA DO PHLEUGMÃO NA FOSSA ILIACA — Em consequencia da accumulção do pus na região lombar e da resistencia que elle encontra do lado das paredes abdominaes, a materia purulenta procura introduzir-se por onde encontra menores obstaculos, e como não ha barreira que se-

pare o tecido cellular da região renal do tecido cellular da região iliaca superficial, e do que existe entre o peritoneu e a aponevrose dos musculos psoas e iliaco, assim ella tem uma grande tendencia a correr para fossa iliaca, tanto mais, quando encontra os vasos femoraes de que segue a direcção. A inflammação propaga-se a este ponto, revelando-se por uma dôr obtusa á pressão na fossa iliaca. A principio o pus espalha-se no tecido cellular sub-peritoneal, e, se é em grande abundancia, vai accumular-se ao nivel da arcada femoral, aonde fórma uma collecção manifesta, podendo dar alli logar a fistulas, ou ganhar a região da côxa, seguindo o tracto dos vasos. A abertura na região inguinal pôde existir conjuntamente com a da região lombar, e darem ambas sahida ao pus.

**ABERTURA NO PERITONEU** — Este modo de terminação dos phlegmões é muito raro. O peritoneu, encostado á face anterior dos rins e ao tecido cellular que a envolve, é um obstaculo tanto mais poderoso a esta terminação, quanto, em consequencia da inflammação, o tecido cellular se endurece, e o peritoneu se reveste n'esse ponto de falsas membranas. Comtudo citam-se algumas observações, ás quaes foram seguidas de peritonites mortaes. O orificio de communicação está quasi sempre situado por detraz do colon ascendente ou descendente, segundo que é a região lombar direita ou esquerda a séde do phlegmão. Uma observação notavel d'este modo de terminação, acha-se publicada por Mr. Lamoine, na *União Medica*, em que pela autopsia se observou uma communicação do foco com a cavidade do peritoneu, sem ter determinado algum accidente durante a vida.

**ABERTURA NO TUBO DIGESTIVO**—Aqui lembrarei não só os factos observados e descriptos pelo professor Rayer, mas ainda os que se acham inseridos na *Collecção hyppocratica*. Apontarei tambem as palavras de Fernel: «*Hæc, quæ accidunt, totam jam pene renis substantia putredine consumpta est, illincque pus redundans inter peritonæi membranas fluctuat. Hujus copia, interdum vidimus totam ventris lumbarumque regionem distendi, et apus hinc tum dejectione tum vomitione reddi sincerum.*»

Portal diz que, em 1707, encontrara no cadaver d'um homem de 50 annos de idade, o colon, o peritoneu e o rim esquerdo de tal maneira adherentes entre si, que não foi possivel separar estas partes. Havia no meio d'esta adherencia uma abertura pela qual o rim communicava com o colon, sendo aquelle muito volumoso e contendo muitos abcessos com pequenas pedras. Frank escreveu o seguinte: «*Ad exteriora quidem eum-*

*«dem renis abscessum apertum fuisse, ac cum urina purulenta calculum evacuasse; sed brevi tempore colon etiam intestinum perforasse, ac urinam purulentam, cum flatibus et excrementis, non modo per anum, sed per externum quoque ad lumbos, et illic ulcus expulisse compertum habemus.»*

**ABERTURA NO PULMÃO** — O phlegmão perinephritico pôde pelos seus progressos descollar o peritoneu que cobre a face inferior do diaphragma, separar as fibras d'este musculo, maceral-as e determinar alli uma abertura por a qual o pus se introduza; a pleura pôde romper-se deixando entrar a materia purulenta para a cavidade thoracica. Quando o pus chega ao pulmão, apparece a tosse e os escarros veem misturados com grande quantidade da substancia puriforme, que pôde ter o cheiro urinoso. Rayer cita uma d'estas observações, e nos *Archivos geraes de medicina* encontram-se duas: uma observada por M. Ducasse filho, e a segunda por M. Cantegril.

**ABERTURA NA URETRA ATRAVEZ DA PROSTATA** — Para prova de que o phlegmão pôde ir abrir-se na uretra, lembro a leitura do facto observado por MM. Demarquay e Viglá, e descripto por Charnal nos *Boletins da sociedade anatomica*.

**ABERTURA NA VAGINA** — Féron cita um caso em que o pus foi apparecer no fundo do sacco posterior da vagina. Julgando ser um phlegmão circum-uterino, fez uma punção seguida de injecção; a doente succumbiu poucos dias depois, e na autopsia viu-se que existia uma vasta communicação entre o tecido cellular perinephritico e a vagina. O rim direito estava no centro do foco e não apresentava a minima alteração.

### Diagnosticó.

No estudo dos phlegmões perinephriticos, é esta a parte certamente a mais importante e mais difficil de expôr. A mais difficil, por causa d'um grande numero de molestias que teem com esta affecção muitos pontos de semilhança; a mais importante, pois que é, na maior parte dos casos, da promptidão do diagnosticó que depende a efficacia da therapeutica. Bastantes estados morbidos podem ser confundidos com o phlegmão perinephritico; é pois do seu diagnosticó differencial que vou occupar-me, principiando pelas molestias dos rins.

## Doenças do rim.

O rim é, de todos os órgãos contidos na cavidade abdominal, o que offerece um maior numero de molestias, que podem confundir-se com os phlegmões perinephríticos. Todas as que vou apontar apresentam muitos caracteres communs á affecção que faz o objecto d'este meu trabalho.

**NEPHRITE** — Esta doença apresenta certos symptomas que acompanham tambem os phlegmões, taes são a dôr, o frio, a febre e a tumefacção da região lombar. A dôr é geralmente mais profunda, mais obtusa; não tem o character lancinante, pulsativo, que se observa nas collecções purulentas em via de formação; é verdadeiramente contínua, e mais limitada que no caso de phlegmão, estendendo-se algumas vezes além do rim, e seguindo a direcção do uretère; augmenta com a pressão e movimentos, occupando em muitos casos os dois rins. A nephrite é acompanhada de dôres nos testiculos, phenomeno que se não dá nos phlegmões.

O frio que apparece no principio da nephrite raras vezes falta, mas não se reproduz, e não tem o character intermittente como se observa no phlegmão do tecido cellular perinephritico. N'aquella molestia a tumefacção é pouco pronunciada, muitas vezes mesmo não existe; o ligeiro augmento de volume do rim na nephrite não determina tumor na região lombar, salvo se houver retenção de ourina no bassinete; tambem não é acompanhada de edêma e fluctuação. A pelle conserva a sua temperatura normal, e a febre existe principalmente na invasão da molestia, não tendo longa duração, e sendo em alguns casos contínua. Não apresenta além d'isso o character intermittente.

Finalmente, na nephrite as ourinas são sanguinolentas, podendo em um periodo mais avançado conter pus, em quanto que no phlegmão perinephritico são ellas normaes, exceptuando o caso em que ha communicação do abcesso com a uretra, mas então temos os outros signaes locais que nos esclarecerão o diagnostico. A nephrite chronica distingue-se do phlegmão pela ausencia de febre e dôres intensas na região lombar, sendo sobre tudo caracterizada por uma dôr obtusa, intermittente, que nenhuma semilhança tem com a dôr resultante d'uma inflammação aguda.

**PYELITE CALCULOSA** — Esta molestia annuncia-se geralmente por accessos mais ou menos repetidos de colicas nephriticas, que cessam depois da expulsão d'alguma areia. Ha arrippios, vomitos, lypothimias, e

as urinas são sanguinolentas. Se as areias não são expellidas com as urinas, as dôres prolongam-se augmentando com a pressão e com os movimentos; os arrippios repetem-se frequentemente, e os doentes, se ha muitos calculos contidos nos calices e bassinete, experimentam na região lombar tensão, entorpecimento e uma sensação pulsativa.

Ha um periodo da molestia em que a semilhança com os phlegmões é mais frisante: é quando aos symptomas precedentes se junta um tumor fluctuante existente na região lombar, tumor produzido pela accumulacão de pus nas cavidades do bassinete e calices distendidos. O seu volume é algumas vezes muito consideravel, podendo estender-se desde as falsas costellas até á crista iliaca. A dôr não é muito activa, mas augmenta com a pressão. Estes symptomas podem fazer acreditar uma pyelite, quando se trata d'um phlegmão perinephritico, e vice-versa, tal é a analogia entre os signaes fornecidos por estas duas affecções.

Rayer estabelece perfeitamente a distincção entre ellas; por isso limitar-me-hei a transcrever aqui as suas palavras: «*Il he a noter que, dans le cas de tumeur formée par une collection de pus dans lá cavité du bassinete, lá fluctuation est plus profonde aux lombes que dans le cas d'abcés autour du rein. En outre, ceux-ci sont presque toujours suivis ou accompagnés d'un edeme du tissu cellulaire sous-cutané de la region lombaire.*

«*Presque toujours aussi les abcés sont situés entre la peau dans un point où la fluctuation est tres-superficielle; et si on applique une des mains sur la partie anterieure de l'abdomen et l'autre sur la region lombaire, la fluctuation est plus sensible que dans le cas de collection purulente dans la cavité du bassinete e des calices.*»

Podemos assim differençar a pyelite calculosa da perinephrite. Mas, quando ha ao mesmo tempo retenção de pus no bassinete e collecção purulenta no tecido cellular visinho, é muito difficil reconhecer a existencia da ultima d'estas duas affecções; entretanto quando, depois de termos a certeza da presença d'um abcesso no rim, virmos o doente ser de repente assaltado por dôres intensas na região lombar com edema e fluctuacão mais superficial, poderemos suspeitar uma perfuracão do rim com evacuação no tecido cellular circum-renal d'uma parte do pus contido no bassinete. Se depois de aberto o foco, o práctico conservar alguma duvida sobre a existencia d'um phlegmão consecutivo a uma lesão calculosa do rim, a introduccão d'uma sonda metallica na ferida poderá muitas vezes dar a conhecer a presença d'um calculo, que ou se acha livre na cavi-

dade do abcesso perinephritico, ou adherente ao rim, e mesmo introduzido nas suas paredes. Podemos mesmo, com o auxilio do dedo profundamente enterrado na ferida, descobrir quer a presença d'um calculo, quer a face posterior do rim, que reconheceremos pela sua fórma alongada, pela sua superficie liza e separada das paredes do foco, pois que n'estes casos o rim está como que suspenso, adherindo por sua face anterior ao peritoneu que o levanta.

Se o foco, depois da sahida d'uma certa quantidade de pus, que póde ser em alguns casos muito consideravel, tende a diminuir de capacidade; se as suas paredes se tocam e se a ferida cicatriza, com razão deveriamos julgar que se esteve a braços com uma perinephrite ideopathica; pois que se tivessem sahido alguns calculos e ourina pela ferida, forçosamente haviam de sobrevir fistulas que levariam muito tempo a desaparecer, e que podiam mesmo tornar-se definitivas.

**HYDRONEPHROSE** — A marcha essencialmente chronica d'esta doença, o volume muito consideravel d'este tumor, que póde variar desde uma laranja até o volume d'um utero nos ultimos mezes da gravidez, a sua insensibilidade quer á percussão, quer á palpação, e finalmente a ausencia de febre, são signaes de sobejo para differençar a hydronephrose do phlegmão perinephritico. Além d'isso as dôres que se manifestam algumas vezes nos primeiros dias da molestia não duram muito.

**CANCRO DO RIM** — Esta molestia póde, quando se desenvolve, dar logar a um augmento consideravel do rim, e produzir na região lombar uma tumefacção que nos deixe duvidosos sobre a natureza da molestia. Porém este tumor apresenta uma falsa fluctuação, e é acompanhado de hematurias frequentes, e de signaes exteriores de cachexia cancerosa.

**KYSTOS SEROSOS DO RIM** — Os kystos do rim, como a hydronephrose teem a marcha lenta, não dolorosa, o que os fará distinguir dos tumores de marcha aguda. Seu volume raras vezes é tal, que possa formar um tumor na região lombar. Porém, n'estes casos excepcionaes, confundir-se-iam mais com a hydronephrose, que com os phlegmões perinephriticos.

### **Doenças do figado.**

**HEPATITE AGUDA** — Esta molestia é caracterizada por dôres agudas na região do figado, dôres que se irradiam para o dorso, e que apparecem

muitas vezes ao longo do rachis e mesmo na espadua; o figado augmenta de volume, e ultrapassa o rebordo das ultimas costellas; a côr da pelle é a caracteristica das affecções d'esta vicera, e as materias fecaes apresentam-se descoradas.

A febre é contínua, podendo tambem affectar a fórma intermittente. Estes symptomas, enumerados rapidamente e d'uma maneira incompleta, são sufficientes para mostrar a differença que ha entre a hepatite e a perinephrite.

**KYSTOS DO FIGADO** — Os kystos distinguem-se pelo seu desenvolvimento indolente, pelo tempo que levam a desenvolver-se e pela séde que occupam, que de maneira alguma pôde ser confundida com a do phlegmão perinephritico.

**CANCRO DO FIGADO** — O cancro do figado determina algumas vezes na região renal, uma collecção purulenta, que pôde ser ou limitada pela capsula de Glisson, ou contida na cavidade do peritoneu, mas contida alli por adherencias intimas que não permitem ao pus fazer irrupção para o resto da cavidade abdominal. Este foco, tendo por causa uma affecção cancerosa, será precedido de todos os signaes de cachexia e serosidade que acompanham sempre esta molestia.

### **Doenças do baço.**

As doenças do baço, a splenite, e os abscessos desenvolvidos no parenchyma d'este orgão, são raros, e não determinam na região lombar uma tumefacção que possa ser confundida com a dos phlegmões. As dôres teem a sua séde debaixo das costellas; comtudo certos signaes geraes como a febre e os frios intermittentes poderiam trazer-nos ao espirito alguma duvida. Porém a inspecção da região é sufficiente, na generalidade dos casos, para nos mostrar qual a verdadeira séde do mal. Além d'isto, se se trata d'um phlegmão perinephritico, a percussão indicará que o baço conserva o seu volume; e o edêma da região lombar deve fazer-nos crêr n'uma affecção inflammatoria do tecido cellular, e nunca em um desenvolvimento do baço.

### **Abscessos por congestão.**

Os abscessos por congestão são muitas vezes difficeis de distinguir da perinephrite. Recordando porém a marcha d'estas duas affecções, re-

conheceremos que a perinephrite é acompanhada desde os primeiros dias de febre, e edema na região lombar; e se além d'isto interrogarmos os precedentes da molestia, encontraremos immensas vezes, para a explicação do estado morbido, quer um traumatismo recente, quer uma causa local ou geral, dependente d'uma lesão renal, se o phlegmão é consecutivo.

Ao contrario, os abscessos por congestão observam-se geralmente em individuos debilitados, de fraca constituição e escrofulosos; não apparece a febre, e as dôres são pouco intensas. Se o tumor se abre, quer naturalmente, quer pelo auxilio da arte, a natureza do pus será differente se fôr o resultado d'um abcesso ou d'um phlegmão. Louvavel, phlegmu-noso e bem ligado, no segundo caso; no primeiro achar-se-ha misturado de grúmos espessos, tuberculoso, e poderá conter pequenas porções osseas. Se ha abcesso por congestão, não se limita, na maior parte dos casos, o pus á região lombar, se a lesão ossea tem a séde em alguma das vertebraes lombares; segue então a direcção do musculo psoas, fazendo caminho por entre as suas fibras, e vindo formar um tumor molle e fluctuante debaixo da arcada femoral, e mais tarde ao nivel do pequeno trochanter.

**INFLAMMAÇÃO DO COLON** — A inflammação do grosso intestino e mais tarde a sua perfuração, podem dar logar por continuidade a uma inflammação do tecido cellullar circum-renal, principalmente se as materias fe-caes chegam á região do flanco. O tumor lombar será então precedido de dôres intensas do lado do abdomen, de symptomas de enterite e dysente-ria, e o pus sahirá pelo recto; e se o abcesso se abre na região lombar, as materias fecaes e gazes farão sahida por este ponto; poderá além d'isso apparecer o emphysema que tenderá a generalisar-se, não encontrando barreiras que o limitem.

**INFLAMMAÇÃO DO MUSCULO PSOAS** — Na symptomatologia disse que, um dos signaes que algumas vezes acompanhava os phlegmões perine-phriticos, era a retracção do membro inferior correspondente ao lado doente; este signal póde levar a erro, e fazer confundir a inflammação do tecido cellullar da região lombar com a inflammação do musculo psoas.

N'esta molestia a retracção é ainda muito mais pronunciada, que no caso de phlegmão; a fossa iliaca torna-se muito dolorosa á pressão, acontecendo o contrario na região lombar. O pus vai apresentar-se debaixo da arcada femoral, sendo a fluctuação profunda, e a marcha da doença muito vagarosa; além d'isso não ha tumefacção nem edema na região lombar.

**PHLEUGMÃO ERYSIPELATOSO DAS PAREDES LOMBARES** — Este estado morbido apresenta algumas vezes difficuldades sérias no seu diagnostico com o phleugmão perinephritico. No principio podem confundir-se estas duas molestias, porém n'um periodo mais avançado, tal confusão não póde existir. Com effeito, na invasão, a molestia não se manifesta por symptomas que possam servir de distinctivo; ha frios, febre intensa, vontade de vomitar, vomitos e uma dôr aguda em um dos lados da região lombar. Esta região é tambem a séde d'uma tumefacção não limitada, mas diffusa, tumefacção que existe só d'um lado.

Estes symptomas são muitas vezes communs ás duas doenças de que se trata; assim podem facilmente tomar-se uma pela outra. Porém dentro em pouco, o doente é assaltado de delirio em alguns casos violentos, e a vermelhidão dos tegumentos augmenta e estende-se d'uma maneira consideravel ás paredes abdominaes e thoracicas. A erysipela sobe até á cavidade axillar, chegando a occupar o lado da região lombar opposto áquelle em que principiou a manifestar-se. No phleugmão perinephritico jámais a vermelhidão adquire taes proporções; de mais, no phleugmão erysipelatoso não ha a tumefacção da região lombar, e não se sente no flanco a resistencia profunda que se observa sempre no caso de phleugmão perinephritico; n'este estado morbido, o edêma limita-se á região lombar, no outro ha uma dureza particular dos tegumentos, que facilmente se reconhecerá, e o edêma acompanha a côr erysipelatosas.

O delirio é menos violento no phleugmão perinephritico. Os phenomenos graves diminuem no phleugmão erysipelatoso depois de feitas incisões superficiaes e multiplas, em quanto que, na inflammação do tecido cellular que cerca o rim, é preciso recorrer a uma incisão profunda para dar passagem ao pus e melhorar assim o estado do doente.

### **Prognostico.**

O prognostico varia segundo as causas e a marcha d'esta molestia. Os phleugmões perinephriticos idiopathicos, isto é, que não teem por causa uma lezão dos rins, os que dependem d'um traumatismo na região lombar, e os que se desenvolvem pela influencia de arrefecimentos, ou no curso de febres graves, curam-se muitas vezes, tanto mais facilmente quanto a doença tiver seguido marcha aguda e mais rapida. Se ao contrario, a inflammação se desenvolve vagarosamente, se o foco leva muito

tempo a formar-se, devemos então recear que o pus se tenha dirigido para as regiões visinhas, determinando em órgãos importantes lesões irremediáveis.

Quando o phlegmão foi causado e é entretido por uma lesão renal, por uma fistula do rim, ou pela presença de calculos no tecido cellular circum-renal, o prognostico é de muita gravidade; pois que, se o foco não é aberto, o doente morrerá indubitavelmente da febre hetica ou da gangrena; se elle se abre, poderão sobrevir fistulas que não se fecharão talvez senão passados muitos annos, e que poderão mesmo tornar-se permanentes. A gravidade do prognostico depende em grande parte do estado de adiantamento da molestia no momento em que o foco se abrir, pois que o pus não sendo contido em pontos limitados por aponevroses, pôde estender-se e levar ao longe alterações profundas. Em alguns casos, quando o pus se escôa a tempo, sem causar graves desordens no organismo, podemos esperar um prompto restabelecimento; a tumefacção, causada pela accumulacão da materia purulenta, diminue rapidamente, o pulso cae de dia para dia, as dôres mitigam-se, e o doente pôde então deitar-se sobre o dorso; e nos casos mais felizes, quando não sobrevém do lado da ferida, nem do estado geral alguma complicacão, podemos esperar a cicatriscão do foco em tres semanas, e quando muito n'um mez.

Não é raro vêr parar a suppuração, n'um phlegmão perinephritico aberto, e que marcha para a cura, obliterar-se a ferida, o doente ser atacado de febre, frios, e de todos os accidentes que acompanham geralmente a retenção do pus em um foco profundo. Porém com o auxilio dos meios destinados a augmentar a abertura da ferida, taes como a esponja preparada, a raiz de genciana, e com a collocacão do doente em certas posições tendentes a favorecer a sahida do pus, poderemos vêr desaparecer todos os symptomas graves que nos faziam duvidar um momento d'uma feliz terminacão.

### Anatomia pathologica.

Impossivel é, por certo, observar as alterações que se dão nos tecidos visinhos dos rins durante o periodo inflammatorio do phlegmão, pois que o doente jámais succumbe n'esse periodo. Comtudo, podemos concluir o que alli se deve passar, attendendo ás alterações que a anatomia pathologica nos mostra em tecidos analogos, alterações que são o resul-

tado de affecções inflammatorias a que o doente não poude resistir. Os vasos venosos estão engorgitados, os capillares injectados, o que dá ao tecido cellular um aspecto rosaceo; as malhas d'este tecido acham-se cheias de serosidade, e mais tarde, quando o pus se encontra reunido em foco e incommoda a circulação das paredes lombares, essa serosidade invade o tecido cellular profundo, os sepimentos inter-cellulares rompem-se, e pequenos focos purulentos se formam de distancia a distancia, separados ainda por areolas infiltradas d'um liquido sero-purulento. Em pouco tempo estes focos reúnem-se formando uma camada purulenta; o pus estende-se desde a face profunda dos musculos quadrado lombar e transverso até a face posterior do rim, e desde a face inferior do diaphragma até á crista iliaca.

Na parte anterior a parede do foco é formada pelo rim que se acha adherente ao peritoneu, e uma camada mais ou menos espessa de tecido cellular endurecido protege a serosa abdominal do contacto do pus. Em consequencia da inflammação visinha e das adherencias que d'ella resultam, o colon ascendente ou descendente affecta relações anormaes com os órgãos subjacentes e proximos, adherindo quer ás ansas do intestino delgado, quer ao rim, não ficando tão livre e tão fluctuante como no estado normal. O órgão secretor da ourina é protegido pela membrana fibrosa contra a acção do pus; esta membrana, espessa e resistente, apresenta muitas vezes na sua espessura pontos endurecidos, brancos ou escuros, que são productos pseudo-membranosos que alli se depositam. Póde além d'isso participar, em um periodo mais avançado da molestia, da inflammação visinha e adherir á substancia cortical pela sua face interna, e pela externa ás partes com que se acha em contacto. Não é raro apparecerem tambem depositos cartilagosos e calcareos adherentes a esta membrana, e que podem ser considerados como o resultado de inflammações anteriores.

O diaphragma apresenta alterações não só em quanto á côr, mas tambem em quanto á consistencia. O peritoneu que lhe reveste a face inferior póde descollar-se, permittindo assim que o pus se ponha em contacto com as suas fibras musculares; estas podem separar-se umas das outras, e darem passagem ao pus para a cavidade thoracica.

Adherencias se estabelecem entre a base do pulmão correspondente e pleura diaphragmatica, mostrando-nos a possibilidade das evacuações do pus pelo pulmão. Os musculos que formam a parede posterior do foco,

quadrado lombar e transverso, apresentam as suas fibras alteradas nos seus elementos, tendo uma côr escura ou azulada, o que indica um principio de putrefacção; laceram-se facilmente com a menor tracção.

Os musculos psoas e iliaco podem igualmente, em consequencia da extensão do foco, ser a séde de alterações analogas ás que acabam de descrevêr-se. O tecido cellular da fossa iliaca pôde tambem ser invadido pelo pus que, como disse quando tratei das terminações, vae algumas vezes apparecer em regiões muito distantes do seu ponto de partida. O rim quando é a séde d'uma fistula, e quando contém pequenos calculos, apresenta um volume muito maior que no estado normal; pôde estar distendido pela ourina que não passa para o seu reservatorio proprio em virtude da obliteração mais ou menos completa do uretère. N'este caso o rim adquire um volume consideravel e contém pus em grande abundancia; umas vezes, está a materia purulenta alojada no bassinete banhando a extremidade das pyramides de Malpighi, outras vezes infiltrada em todo o parenchyma renal, apparecendo tambem em alguns casos reunida em foco entre a membrana fibrosa e a substancia cortical. Encontram-se além d'isso n'este ponto productos pseudo-membranosos em grande quantidade.

O pus dos phlegmões perinephriticos é de boa natureza, quando a perinephrite é primitiva; porém quando esta é symptomatica d'uma lesão renal, então a materia purulenta mistura-se com certa quantidade de ourina, torna-se serosa e apresenta grumos espessos. N'este caso as paredes do foco quasi sempre se gangrenam. Podem ainda encontrar-se no pus vesiculas hydaticas, quer provenientes da ruptura dos kystos dos rins, quer organisadas no tecido cellular perinephritico. Se o pus provém d'um phlegmão consecutivo a violencias exteriores, a contusões sobre a região lombar, etc... pôde elle ter uma côr avermelhada, em consequencia da sua mistura com o sangue, principalmente se o phlegmão se manifestou immediatamente depois do traumatismo.

A materia purulenta quando é de boa natureza, quando o foco é assás limitado e se não acha proximo do canal digestivo, pôde não contrahir mau cheiro; porém, quando acontece o contrario, adquire um cheiro repugnante analogo ao das materias fecaes, e muito semelhante ao que se observa, por exemplo, nos abcessos da margem do anus, e em todas as collecções purulentas que se encontram visinhas do tubo digestivo. Este cheiro pôde existir sem haver a perfuração do aparelho gastro-intesti-

nal, mas se essa perfuração tiver logar o pus póde sahir pela abertura do phleugmão misturado com as materias fecaes.

### Therapeutica.

O tratamento dos phleugmões perinephriticos é essencialmente cirurgico. Na invasão da molestia deve recorrer-se aos meios antiphlogisticos geraes e locaes, taes são, a sangria do braço, se a reacção é intensa, a febre demasiada, o pulso cheio, e se o estado geral do individuo não contra-indica uma perda de sangue consideravel. O tratamento local consiste na applicação sobre a região lombar de ventosas escarificadas, vesicatorios, cataplasmas emollientes laudanizadas, e banhos geraes.

Jámais deveremos ter esperança na resolução d'uma tal inflammção, salvo quando os symptomas locaes se acharem ainda pouco desenvolvidos, e quando a perinephrite fôr primitiva, pois se o rim fôr a séde d'uma fistula que lance constantemente pus e ourina no tecido cellular visinho, então podemos perder de todo a esperança da terminação por aquelle modo; a propria incisão do foco será n'este caso muitas vezes impotente. Quando os meios antiphlogisticos, precedentemente enumerados, não tiverem dado algum resultado, quando o edema se tiver manifestado, podemos ter quasi que a certeza de que ha já formação de pus nas malhas do tecido cellular; no fim d'alguns dias a fluctuação será manifesta, e para ella se poder perceber mais facilmente na região lombar, deve um ajudante fazer pressão na fossa iliaca correspondente ao lado em que o práctico faz a exploração. A fluctuação sendo evidente, devemos immediatamente recorrer á abertura do foco.

Qual será pois o meio que temos a empregar para chegar a esse fim? Tres são os processos operatorios de que podemos lançar mão:

A cauterisação e a incisão successivas;

A punção;

A incisão.

A prática de se abrirem, com o auxilio da arte, os phleugmões perinephriticos vem de Hyppocrates, o qual formulou e seguiu este preceito: «Se ha um tumor ou elevação na região renal, praticai uma incisão, e, «depois de ter havido a evacuação do pus, todo o vosso empenho será tendente a desembaraçar os rins de areias que possam alli achar-se, recórrendo para isso aos diureticos. Portando-vos d'esta maneira podereis

«ter alguma esperança na cura, de contrario o doente succumbirá.» Um pouco mais adiante exprime-se assim: «Quando ha pus no rim fórma-se um tumor perto da espinha dorsal; n'este caso fazei uma incisão na parte tumificada, e cortai profundamente até áquelle orgão.»

Rufus recommenda a abertura do abcesso pelo caustico ou por outro qualquer processo. Esta opinião é ainda hoje geralmente adoptada; porém uns empregam a mortificação dos tegumentos por meio da potassa caustica, incisam a escara e collocam ainda no fundo da incisão um novo fragmento de potassa, e assim successivamente até penetrarem no foco; outros preferem a incisão feita com o bisturi como mais rapida e mais completa; outros finalmente penetram no foco com um trocate curvo, fazendo-o sahir em um outro ponto mais ou menos separado do primeiro, e deixando-o ahi, ao exemplo de M. Chassaignac, um tubo de gutta-percha com aberturas de distancia a distancia. Estes tres processos operatorios tem suas vantagens e seus inconvenientes; por isso nós os discutiremos.

A *cauterisação* tem a vantagem de proceder gradualmente, de não expôr ás hemorragias que causa o bisturi lesando as arterias lombares; e se, desde o principio, a abertura é um pouco estreita, augmenta ella pouco a pouco com a eliminação da escara. A applicação do caustico, feita immediatamente, quando a inflammação se não acha em um periodo de agudeza extrema, é util e póde ser um meio derivativo mais poderoso que o vesicatorio. E' assim que se applicam na parede abdominal cauterios nos casos de phlegmões da fossa iliaca, com o duplo fim quer de obter a resolução, quer a evacuação do pus, methodo mais seguro n'esta região que o emprego do bisturi. E' verdade que não ha na região lombar, com relação á preferencia do caustico, as mesmas razões que se dão na região abdominal; não temos que recear n'aquella a presença do peritoneu. Se o caustico apresenta algumas vantagens sobre o bisturi, tem elle o inconveniente grave de obrar lentamente, e necessitar de muitos dias para o pus encontrar sahida facil e sufficiente.

Ora, para nós, um dos pontos o mais importante no tratamento d'estes phlegmões é a evacuação do pus o mais prompta possivel, para prevenir d'esta maneira os graves accidentes que podem resultar da demora d'este liquido no foco. Além d'isso, o emprego do caustico não despensa completamente as incisões; pois que acontece muitas vezes haver necessidade de augmentar a abertura da ferida, que se tornou pequena pelo trabalho de cicatrisação, com o fim de facilitar a extracção de calculos

que pôde conter o foco. A sensibilidade extrema do doente é muitas vezes um obstaculo ao emprego de largas incisões, que o práctico substitue pelo caustico.

A *puncção* apresenta a vantagem de se oppôr á introducção do ar na ferida, mas, para isso, é preciso collocar-se no orificio um tubo elastico que permitta a sahida do pus. M. Chassaignac, entre cujas mãos experimentadas a drenagem tão bons resultados tem dado, introduz no foco um trocate curvo, que elle faz sahir em um outro ponto dos tegumentos; depois colloca na sua extremidade um tubo com diferentes aberturas, que se fixa no trocate, fazendo-o passar pelo caminho que seguiu o instrumento. Pôde d'esta maneira banhar-se no foco uma ansa do tubo elastico que recebe o pus pelos seus orificios, conduzindo-o ao exterior.

Este meio permite o darem-se facilmente injeccões no phlegmão, sem haver necessidade d'uma nova introducção de sonda, quer metallica ou de gomma, introducção muitas vezes difficil e sempre dolorosa para o doente. Por este meio ficamos certos de que o pus sai constantemente para o exterior, sem ficar prêso no foco, como acontece quando nos servimos de mechas de fios introduzidas com o fim de impedir a cicatrização dos labios da ferida. A presença constante d'uma sonda mais ou menos dura na ferida é dolorosa para o doente; incommoda seus movimentos, não pôde elle deitar-se sobre o lado do phlegmão, posição bastante util, pois que favorece a sahida do pus. Os doentes podem comtudo conservar por muito tempo e sem inconveniente o tubo na ferida. Este meio seria seguramente muito bom, se elle fosse applicavel a todos os casos de phlegmões perinephriticos. Muito util quando a perinephrite é primitiva, mas de applicação infructifera quando o rim é fistuloso, que contém pedras, ou quando se trata de extrahir calculos contidos no foco. As pequenas aberturas feitas pela puncção não permitem a exploração do foco com o dedo, para reconhecer a existencia e a posição dos calculos. N'este caso, devemos dar a preferencia á incisão.

A *incisão* do phlegmão com o bisturi é o modo mais geralmente empregado; é precioso, com effeito, ter á mão um meio que se pôde pôr immediatamente em prática desde que a indicação se apresenta para dar ao pus uma sahida tão prompta como facil. A incisão deve ser larga, e pôde ser feita quer transversalmente, quer no sentido vertical, e mesmo n'uma direcção obliqua; deve praticar-se sempre no ponto o mais culminante da tumefacção, aonde a fluctuação fôr mais superficial e mais ma-

nifesta. Nos casos em que quizessemos assegurar-nos bem da existencia do pus, deveriamos, antes de praticar uma larga incisão, fazer uma punctação com um bisturi estreito e comprido, augmentando depois essa abertura se por ella tivesse sahido materia purulenta.

Para praticar a incisão d'uma certa extensão, deverêmos com o primeiro golpe interessar a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo; a aponevrose será cortada sobre a sonda canellada, depois com este instrumento separaremos as fibras musculares, chegando assim á parede do foco que abriremos com a mesma sonda. Poderemos ainda augmentar a abertura introduzindo no foco um bisturi botonado, e desbridando as partes profundas. Algumas vezes durante esta operação, o pus infiltrado nos musculos sae para o exterior antes de se ter chegado ao proprio foco.

Póde acontecer que, durante a operação, se lezem as arterias lombares; n'este caso recorreremos á sua laqueação, para suspender a hemorrhagia.

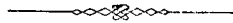
O foco, depois d'uma larga incisão, permite ao pus a sua sahida pela ferida; a posição do doente e a mais ligeira pressão serão sufficientes para fazer escoar o liquido, que é, na generalidade dos casos, muito abundante. Algumas vezes vem do interior do foco, juntamente com a materia purulenta, sangue quasi puro; sangue cuja presença se não póde explicar senão pela cessação rapida d'uma compressão de dentro para fóra, que exercia o pus nas paredes que o continham.

Se o pus é entretido pela presença da ourina, filtrando atravez d'uma fistula renal, e pela existencia de calculos, não deverêmos favorecer a oclusão da ferida, como no caso de perinephrite primitiva, em que o foco tende a diminuir de capacidade. Se o pratico reconhecer que ha calculos no foco, deverá extrahil-os com uma pinça de curativo; porém se elles estiverem introduzidos no rim, é melhor não lhe tocar, do que fazer desbridamentos n'esse orgão, ou produzir desordens graves, extrahindo-os com violencia.

Tarde ou cedo esses calculos poderão tornar-se independentes, e sahir espontaneamente; algumas vezes o calculo é unico, outras vezes existe mais do que um; seu volume varia tambem. Quando o pus sahe com facilidade, quando não sobrevém algum accidente que possamos attribuir á sua retenção no foco, bastará entreter a ferida aberta, collocando entre os seus bordos uma pequena mecha de fios. Porém se o pus adquire um cheiro nauseabundo, deveremos dar duas injecções por dia no foco, por

meio d'uma sonda de gomma; estas injeções serão formadas pela tintura de iodo, a principio muito diluida em agua, indo augmentando gradualmente a sua concentração. As injeções concorrerão a mudar a natureza do pus, modificando tambem o estado das paredes que o contém.

Em quanto á alimentação deve ella ser bastante nutritiva, a fim de que o doente possa reparar promptamente as perdas occasionadas por uma abundante suppuração. O uso dos caldos de carne, o vinho generoso e de quinina, as carnes assadas, etc. serão de muita utilidade; finalmente os ferruginosos e os amargos são empregados com vantagem para despertar as funções digestivas.



## PROPOSIÇÕES.

---

**ANATOMIA** — A anatomia é a base das sciencias medicas.

**PHYSIOLOGIA** — O calcaneo é um osso indispensavel para a regularidade da estação e da marcha.

**MATERIA MEDICA** — Não ha medicamentos abortivos.

**PATHOLOGIA EXTERNA** — A abertura dos phlegmões deve praticar-se logo que se conheça a fluctuação.

**OPERAÇÕES** — Nas operações não ha logar de eleição.

**PARTOS** — O methodo de Saussier na extracção da placenta é preferivel a todos os outros.

**PATHOLOGIA INTERNA** — As irregularidades de menstruação teem importante influencia nas molestias das mulheres.

**ANATOMIA PATHOLOGICA** — A anatomia pathologica utilisa ao diagnostico.

**MEDICINA LEGAL** — E' absurda a lei que considera illegitimo o filho, quando este se demorou no ventre materno mais do que 302 dias.

---

Vista.

*P. A. Dias.*

Presidente

Póde imprimir-se.

Porto 21 de Junho de 1867.

*Antonio Ferreira Braga.*

Servindo de Director.