

N.º 4

# TRATAMENTO

DOS

# TUMORES MALIGNOS DO RIM

PELA

## INTERVENÇÃO CIRURGICA

---

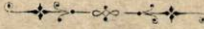
DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto

POR

José Augusto Monteiro de Souza Machado



PORTO

TYPOGRAPHIA DE A. F. VASCONCELLOS, Succ.

RUA DE SÁ NORONHA, 51 E 59

1900

98/4 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO INTERINO

*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*

## Corpo Cathedratico

### Lentes Cathedratcos

1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .	Antonio Placido da Costa.
3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.	Vaga.
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . .	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
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 . . . . .	Roberto B. do Rosario Frias.
10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica. . . . .	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .	Vaga.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia . . . . .	Nuno Freire Dias Salgueiro.

### Lentes jubilados

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

### Lentes substitutos

Secção medica . . . . .	} João Lopes da S. Martins Junior.
	} Alberto Pereira Pinto d'Aguar.
Secção cirurgica . . . . .	} Clemente J. dos Santos Pinto.
	} Carlos A. de Lima.

### Lente demonstrador

Secção cirurgica . . . . .	Luiz de Freitas Viegas.
----------------------------	-------------------------

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

*(Regulamento da Escóla, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)*

*A meus paes*

Nunca esquecerei os vos-  
sos carinhos e a vossa dedi-  
cação.

A MEUS TIOS E PADRINHOS

*D. Joaquina Fortunata de Souza Machado*

E

*José Augusto de Souza Machado*

Tudo o que podésse dizer n'esta pagina seria pouco para vos provar o meu reconhecimento e a minha eterna gratidão.

A meus tios

A meus primos

AOS MEUS AMIGOS

*Aos meus condiscipulos*

---

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

---

*A todos os que me dedicaram as suas theses*

AO CORPO DOCENTE

DA

*Escola Medico-Cirurgica*

DO PORTO

O DISCIPULO RECONHECIDO.



AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

O JLL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SNR.

PROFESSOR

Augusto Henrique d'Almeida Brandão

## Duas palavras

---

A leitura de varios livros e diversas communicacões relatadas pelos jornaes de medicina e cirurgia, suggeriu-me este trabalho que é pobre como pobres são os recursos de quem o escreve.

A lei obriga e o legislado cumpre. Salve-se no entanto a intenção que é boa, porque n'um meio como o nosso em que já se conta um grande numero de operadores distinctos e onde a cirurgia tem avançado em poucos annos d'uma maneira que honra a classe medica portugueza, este assumpto que é relativamente pouco versado entre nós, servirá como de um mal amanhã esboço a que vindouros mais

aptos farão com nitidos traços sobresahir a imagem em toda a sua plenitude.

E se o meu trabalho dêsse tal resultado seria a minha intima satisfação de ter conseguido despertar a atenção para um assumpto de que escasseiam observações e consequentemente estatistica no nosso meio. Porque, falta absoluta de casos, não creio que tenha havido, desde a epocha em que a cirurgia com a ajuda da antiseptia se tornou uma therapeutica de primeira ordem até aos nossos dias de plena florescencia operatoria.

Por ultimo só me resta pedir aos meus julgadores a benevolencia para a ousadia do meu trabalho se ousadia se póde chamar á boa vontade de fazer qualquer coisa util.

## CAPITULO I

### Tumores malignos do rim

Compreende-se sob o nome de tumores malignos do rim, não só os classicos sarcomas e carcinomas do rim e do bassinete, mas ainda certas fórmulas de adenomas e a struma supra-renal de Grawitz de que recentes trabalhos histologicos tendem a demonstrar a malignidade.

Vamos pois apresentar resumidamente os trabalhos que hoje levam a considerar estas ultimas fórmulas neoplasicas como malignas.

## Adenomas

Grawitz foi o primeiro que referiu um caso de adenoma do rim com nucleos secundarios nos pulmões.

Depois Sabourin tendo feito um estudo cuidadoso dos adenomas hemorrhagicos, de collaboração com Ettinger apresenta o seguinte caso :

«Na autopsia d'um saturnino brightico, encontrou os dois rins attingidos de cirrhose atrophica e com tumores multiplos. No rim esquerdo apparecem pequenos adenomas em regressão e um d'elles é um adenoma hemorrhagico mais volumoso.

No rim direito encontrou um grande tumor enkistado recalcando o tecido renal e não deixando subsistir senão uma porção minima á volta do bassinete dilatado. A este nivel, o tumôr tinha perfurado a capsula e feito hernia no bassinete, sob a fórma d'um cogumelo. O exame microscopico dá um tecido semelhante ao que fórma o adenoma hemorrhagico do rim esquerdo, e além d'isso, todas as variedades de tecidos que apresentam os adenomas do rim estudados.

em outras observações. Em certas regiões, o parenchima epithelial do tumôr soffreu as modificações de sclerose que o fazem assemelhar ás fórmulas carcinomatosas. E' n'este estado que o neoplasma parece ter invadido o rim até fazer hernia no bassinete. Finalmente encontra-se a generalisação do tumor no pulmão.»

D'esta observação conclue Sabourin :

«Certos adenomas do rim comportam-se *in loco* e a distancia como tumores malignos». E d'esta conclusão tira este collario: «Certos cancos do rim não são senão adenomas.»

Recentemente Pilliet admitte a malignidade dos adenomas hemorrhagicos e conclue: «Existiria entre o adenoma, o scirrho, o epithelioma vegetante e o epithelioma polykistico do rim, uma série de intermediarios ligando todos estes tumores por uma cadeia de parentesco muito proximo.»

Senator quando quer separar os adenomas dos carcinomas diz: «A distincção é algumas vezes muito difficil, porque existem fórmulas de transicção; e mais particu-

larmente no rim que em outros órgãos encontram-se fórmulas que são descriptas sob o nome de adeno-carcinoma ou adenoma maligno.»

Albarran é de opinião que: «Tanto sob o ponto de vista da estrutura como do exame macroscópico, não se pôde estabelecer limite preciso entre os adenomas e os epitheliomas. Existem numerosos intermediarios e muitas vezes o adenoma é o inicio d'um epithelioma.»

Nos casos apresentados por Ilott e Walsham no livro de Héresco, o exame microscópico mostrou um adenoma kystico congenital do rim, recidivando dez mezes depois e terminando pela morte um anno depois da operação.

N'uma observação de adenoma hemorrhagico papillar apresentada por Temoin o doente morreu onze mezes depois da intervenção.

Sudeck fazendo a autopsia d'um individuo morto por accidentes pulmonares sem ter apresentado nenhum phenomeno renal, encontrou um adenoma no rim esquerdo e nucleos metastaticos nos pulmões.

Podemos pois concluir pelas razões clinicas e histologicas que certos adenomas devem entrar no quadro dos tumores malignos.

Razões clinicas: augmento constante, dando origem a metastases, provocando a cachexia e a morte pela generalisação.

Razões histologicas: impossibilidade de marcar um limite entre o adenoma e o epithelioma e a transformação de certos adenomas em epithelomas.

#### **Struma supra-renalís de Grawitz**

Encontram-se algumas vezes sob a capsula fibrosa do rim pequenos nodulos variando do tamanho d'um graeiro de pão até ao de uma avelã, de aspecto gorduroso e que Robin descreveu com o nome de lipoma intra-nephretico.

Grawitz, em 1883, estudando os lipomas renaes da collecção de Berlin, notou que estes tumores tinham uma estructura que se approximava muito das capsulas supra-renaes.



Emitte então a theoria de que estes tumores, que eram pequenos adenomas, provinham de nucleos adherentes da glandula supra-renal e estavam inclusos no rim.

Grawitz apoia a sua opinião com os seguintes argumentos:

- 1.º A situação sub-capsular do tumor.
- 2.º A differença completa entre as cellulas do tumor e as dos tubos uriniferos.
- 3.º A presença da gordura nas cellulas.
- 4.º A separação d'estes tumores, por meio d'uma capsula conjunctiva, do parenchima renal.
- 5.º Um aspecto analogo á estructura das capsulas supra-renaes.

6.º A apparição concomitante da degenerescencia amyloide nos vasos do tumor e no cortex das capsulas supra-renaes.

Esta theoria foi acceite e generalisou-se na Allemanha, vindo depois as diversas opiniões sobre em que grupo se deviam classificar estes tumores.

Ainda hoje os diversos auctores não chegaram a uma conclusão definitiva, mas o que é certo e o que nos importa é que es-

tes tumores podem-se generalisar e comportarem-se como tumores malignos.

E' esta a opinião de Grawitz e Lubarsch dizendo este ultimo que: «podem, depois da apparição dos signaes clinicos, evolucionar durante muito tempo, dois, tres e mesmo seis annos. As mais das vezes, depois de ficarem estacionarios durante um certo tempo, tomam rapidamente um grande desenvolvimento e trazem a morte pela formação de metastases.»

E para melhor provar esta asserção, isto é, a malignidade dos struma vamos transcrever algumas observações:

*Observação de Israel* — Um homem de 64 annos consulta o professor Israel sobre dois tumores pequenos situados á altura da 11.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> costellas, existindo ha um anno. Resecção da 11.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> costellas.

A palpação do pólo superior do rim dava um tumor do volume d'uma maçã.

O professor Israel considera a ablação do rim inutil, pela razão do processo de ter generalisado. Tira no entanto um pedaço do tumor e o exame microscopico mostra que se trata de struma supra-rena-

lis de Grawitz. Mais tarde morre o doente e á autopsia encontram-se metastases nos pulmões e na pleura.

*Observação de Perthes*—Mulher de 46 annos com hematurias espontaneas abundantes ha cinco annos. Apparece um tumôr movel do rim direito. Em pouco tempo toma um augmento enorme. Cachexia. Effectua-se uma nephrectomia. Exame microscopico—struma supra-renal. Sahiu curada. Seis mezes depois recidiva local e morre dando a autopsia multiplas metastases.

*Observação de Lotheissen*—Mulher de 56 annos. Tumor situado na região lombar do tamanho de uma cabeça de creança, duro, bosselado, nitidamente limitado. Nephrectomia.

Exame microscopico — Struma supra-renal, de Grawitz. Cura.

Nove mezes depois morte por recidiva.

*Observação de Askanazj*—Homem de 54 annos. Tumor renal esquerdo. Nephrectomia. Verificou-se durante a operação que a veia renal estava thrombosada até á secção operatoria.

Exame microscopico — Struma supra-

renalis. Cura. Cinco semanas depois, recidiva na cicatriz. Metastases no fémur, na mão esquerda e no pescoço. Morte ao fim de quatro mezes depois da operação, dando a autopsia metastases no myocardio, pulmão, diaphragma, rim direito, figado e uma recidiva local no sitio onde existiu o rim esquerdo.

*Observação de Israel* — Homem de 42 annos. Tumor do pólo inferior do rim esquerdo — Nephrectomia — Cura operatoria.

Exame microscopico — Struma suprarenalis.

Um anno e meio depois, apparece um tumor metastatico no humero.

Se é certo que nem todos os adenomas e estrumæ são malignos é no entanto verdade que muitas vezes estes dois grupos de tumores se comportam como verdadeiros cancos. E não nos parece descabido, visto a impossibilidade, pela simples inspecção macroscopica e microscopica, de affirmarmos se um dado adenoma ou um struma evolucionará benignamente, que os façamos entrar n'um estudo de therapeutica cirurgica dos tumores malignos do rim.

## CAPITULO II

### Symptomatologia

Os caracteres clinicos dos neoplasmas renaes em plena evolução apparecem-nos magistralmente estudados nos trabalhos classicos de Guyon, Guillet e Chevalier.

Mas não é intenção nossa apresentar-mos a symptomatologia d'um cancro em plena evolução, isto é, quando elle é inoperavel.

O nosso fim é estudarmos os diversos modos de inicio do cancro renal e portanto os symptommas pelos quaes os podemos surprehender no seu começo. Só isto é que nos aproveita para a intervenção.

Hematuria, tumor, dôres varicocele, modificações na composição da urina; eis

os signaes que se podem apresentar quer isolados, quer associados como denuncia-  
dores d'um cancro do rim.

1.º HEMATURIA — Do estudo das esta-  
tísticas resulta que a hematuria não sendo  
um symptoma de inicio no cancro das  
creanças, é um dos primeiros signaes em  
quasi metade dos casos no adulto.

Assim em 83 casos de adulto a hema-  
turia apresenta-se 34 vezes como primeiro  
symptoma.

Em 42 casos de creanças sómente duas  
vezes.

A hematuria relaciona-se com a loca-  
lisação do neoplasma; e é assim que um  
tumor interessando primitivamente o bas-  
sinete, os calices, as papillas ou o tecido  
renal circumjacente, manifestar-se-ha ra-  
pidamente por um escoamento sanguineo.  
Emquanto que um tumor que se desen-  
volve na periphéria do orgão, na visinhança  
mais immediata da capsula e profunda-  
mente incluso no tecido renal, provôcará  
um tumor apreciavel á palpação em lugar  
de produzir uma hematuria.

Guyon descreve estas hematurias de

inicio com todos os seus caracteres particulares.

Apparecem espontaneamente, sem causa ocasional, sem dôres; de verdadeira surpresa.

O doente ao levantar da cama, urina sangue sem nunca ter apresentado outros symptomas renaes. A hematuria é abundante. Umaz vezes repete-se sob a fórma de ataque, com um intervallo mais ou menos longo, de alguns dias, algumas semanas e mesmo annos, ficando o doente n'um repouso completo nos periodos intermedios.

Outras vezes a hematuria é persistente durando alguns dias e mesmo semanas causando a anemia do doente pela sua continuação. E finalmente, n'uma ultima fórma é tão persistente e tão abundante que põe em perigo a vida do individuo chegando a impôr uma intervenção urgente.

Estes caracteres são algumas vezes modificados e assim Mixter cita um caso em que a hematuria sobrevem dois mezes depois de um traumatismo grave do lado esquerdo onde foi mais tarde reconhecida a

presença d'um neoplasma; e Giordano tem uma observação em que a hematuria foi precedida de symptomas de lithiase renal durante quatro annos. Este ultimo caso foi operado e o exame microscopico deu um epithelioma de cellulas cylindricas tendo como ponto de partida o bassinete.

2.º TUMOR.—Em 83 observações de adultos encontra-se o tumor como primeiro symptoma 19 vezes; e em 42 creanças 34 vezes.

Comparando estes numeros com os da hematuria vê-se que estão n'uma razão inversa, isto é, o tumôr constitue a regra geral na creança e a excepção no adulto.

Os caracteres clinicos do tumôr variam muito na creança e no adulto.

Raras vezes se surprehende na creança o começo do neoplasma. Em geral, quando o doente vem á consulta já o tumôr tem adquirido um volume consideravel. E é quasi sempre a *entourage* da creança que primeiro nota o volume anormal do ventre ou a presença d'uma dureza no abdomen.

O tumôr n'estas circumstancias, é sempre volumoso e o rim degenerado apresen-



ta-se-nos deslocado e augmentado de volume. No entanto, a não ser uma constipação pertinaz, não se observa nenhuma perturbação funcional.

No adulto, pelo contrario, o tumôr não se encontra com facilidade e tem de ser procurado por meio d'uma palpação minuciosa. E' precisa uma longa experiencia para que se possa descobrir pequenos tumôres do rim. Mas tem uma importancia capital, porque o pratico que surprehende um tumôr no seu inicio pôde intervir immediatamente com bom resultado. Se pelo contrario o neoplasma se tem desenvolvido, ou já é tarde para intervir, ou se ainda é tempo substitue-se uma operação benigna e efficaz por uma intervenção grave a que o doente muitas vezes não sobrevive.

Ha diversos modos de praticar a palpação do rim mas o mais empregado é a palpação bimanual, que consiste em collocarmos uma das mãos atraz na angulo costovertebral com toda a face palmar bem unida á pelle. A outra mão é dirigida para a parte anterior ao nivel do musculo recto. Com a mão situada na região posterior im-

primem-se ligeiros abalos á parede lombar, e o rim dá á outra mão a sensação d'um choque, do chamado-*balanço de Guyon*.

Mas este balanço não é pathognomônico de tumor renal. E é assim que nos casos d'um figado hypertrophiado e deslocado para baixo, ou ainda quando uma lamina hepatica hypertrophiada recobre o rim, podemos obter um falso balanço do lado direito.

Tem-se empregado tambem nos casos difficeis a *phonendoscopia* que limita e separa o figado do rim com uma grande precisão, diz Guyon.

Finalmente, quando a palpação não é possível por causa d'uma parede abdominal muito espessa ou intolerante, temos a *radiographia* que póde prestar grandes serviços.

N'um caso de Hartman o diagnostico foi feito pela radiascopia, que deixou vêr sob o abobada diaphragmatica a presença d'um tumor dando uma sombra de contorno arredondado.

A evolução do tumor renal do adulto é estudada por Guillet em 3 periodos. «N'um

*primeiro periodo*, diz o auctor citado, o tumor sendo pouco desenvolvido, não se percebe, se se não tem o cuidado de fazer a investigação do balanço renal. Este signal permite o diagnosticar o neoplasma renal antes da apparição de outro qualquer symptoma. N'um *segundo periodo*, o tumor tendo adquirido um volume medio, mostra um relevo apreciavel ao nivel d'uma das regiões antero-lateraes do abdomen e reconhece-se facilmente por uma palpação profunda; mas ainda o balanço renal vem completar os resultados, dados pela palpação podendo nós apreciar d'um modo mais nitido o volume e a fórma do rim. Existe algumas vezes por deante do tumor uma zona sonora e sente-se á superficie uma ansa intestinal achatada rolando sob os dedos; é a chamada *corda colica*. Outras vezes o tumor vem encostar-se directamente á parede abdominal tendo afastado o peritoneu e os intestinos, e n'esse caso a zona e a corda colica não existem.

Finalmente n'um *terceiro periodo* quando o tumor occupa uma grande parte do abdomen perdem-se alguns dos caracteres apon-

tados. O balanço renal não é perceptível e a palpação e a percussão já não permitem diagnosticar a séde verdadeira do tumôr.»

3.º DÔR. — Encontra-se a dôr no adulto como primeiro symptoma, em 83 casos 27 vezes, e em 42 observações de creanças 6 vezes.

Primeiramente é pouco aguda e quando começa a preoccupar o doente tem, em geral, os caracteres seguintes: a sua séde na região lombar, e d'alli propaga-se para as regiões vizinhas, thorax, revestindo a fórma de nevralgia intercostal, para as côxas e abdomen. Estas dôres são espontaneas não sendo influenciadas nem pelo movimento nem pelo repouso, e tanto apparecem de dia como de noite.

Em geral não são muito agudas, e são intermittentes. Entretanto ha casos exceptionaes em que as dôres são continuas e tão terriveis que se poderia distinguir uma fórma dolorosa do cancro do rim. Foi o que se deu n'uma observação de Brault em que as dôres provocaram a morte por esgotamento.

Ainda não está bem determinada a re-

lação que existe entre a apparição da dôr e o grau de desenvolvimento do tumor renal. Será só a compressão ou a invasão dos filetes nervosos quer pelo volume do tumor quer pelas metastases ganglionares?... Não é ainda uma questão resolvida. E é d'este modo que as dôres algumas vezes revestem o caracter de colicas nephriticas e são o indicio da emigração d'um corpo estranho, tal como um coagulo, um detrito de tumôr, no uretere.

De tudo o que diz respeito á dôr a conclusão é que este symptoma deve ser considerado quasi sempre como um signal tardio, e servir-nos-hemos das palavras de Lancereaux que diz: «A dôr no cancro renal não é nem constante nem caracteristica.»

4.º VARICOCELE — F. Guyon foi quem primeiro apontou o varicocele como sendo algumas vezes symptomatico dos tumores malignos do rim, e diz este auctor: «Devemos sempre que se nos apresente um varicocele doloroso e recente ir examinar a região renal; n'um doente, por exemplo, que me foi enviado por um collega para eu operar de um varicocele recente e doloroso,

situado á esquerda, indo examinar o flanco esquerdo descobri um tumor renal.»

Segundo ainda a opinião de Guyon o varicocele existe quasi sempre, mas raras vezes se nota, devido a examinar-se o doente deitado.

Os caracteres d'este varicocele são: primeiro a sua séde. Tanto se pôde encontrar á esquerda como á direita.

Depois a apparição que é relativamente brusca. Ainda se pôde encontrar em qualquer idade, e finalmente a marcha que é progressivamente rapida.

O varicocele pôde ser precoce ou tardio segundo acompanha o inicio do tumor ou o seu desenvolvimento.

Não está bem determinado se o varicocele é o resultado da compressão das veias espermaticas pelo tumor renal (segundo Guillét,) ou á compressão dos ganglios degenerados (segundo Legueu).

Se esta opinião de Legueu fosse inteiramente veridica, chegava-se á conclusão de que, nos casos de varicocele, não se devia fazer a nephrectomia porque, desde que existiam ganglios infectados já fóra do rim,

a operação era contra-indicada visto de nada aproveitar.

Mas do estudo de varias observações cuidadosamente feito por Bérard, Lantzenberg, Albarran, Pierre Delbet, Boinnet, Le Dentu e Israel resulta:

1.º Casos em que faltava o varicocele e no entanto o hilo estava invadido pelos ganglios.

2.º A existencia de varicocele sem ganglios.

O que é certo é que se deve investigar com cuidado a existencia do varicocele e a existencia ou ausencia de ganglios antes e depois da operação.

Finalmente quanto á contra-indicação operatoria devida a este symptoma e que Legueu sustenta e defende, não nos parece uma verdade absoluta, porque se ha casos em que o varicocele é devido á compressão ganglionar, ha outros e muitos em que elle é devido á compressão das veias espermaticas pelo proprio tumor renal.

5.º EXAME DAS URINAS — As modificações das urinas são muito variaveis no cancro do rim.

A côr é normal ou hematica segundo ha ou não hemorrhagia.

São limpidas, ou contém pús no caso de pyelonèphrite concomitante.

O exame microscopico póde dar globulos sanguineos, globulos de pús ou detritos cancerosos.

A quantidade de urêa é geralmente diminuida, mas não constitue regra absoluta. Israel apresenta uma observação d'um doente portador d'um carcinoma do rim direito, muito cachetico e que no entanto dava 33,7 grammas d'urêa por dia. Os chloretos e o acido phosphorico diminuem.

A presença da albumina não é constante, e está ligada seja á presença do sangue, do pús ou a um certo grau de congestão do rim doente, seja a uma alteração concomitante do epithelio do outro rim.

No começo do cancro a quantidade das urinas umas vezes augmenta, outras diminue. A côr normal da urina altera-se nos casos de hematuria de que já fallamos. No entanto, em principio o exame microscopico póde mostrar globulos sanguineos na urina sem haver coração sensível.



E' a chamada *hematuria microscopica*. Tambem n'este periodo póde o mesmo exame descobrir elementos sarcomatosos. Este signal seria definitivo mas infelizmente não é frequente.

A diminuição da urêa tem sido sufficiente em certos casos, para diagnostico.

Rovsing diagnosticou um cancro do rim n'um doente que dava 13 grammas de urêa em 24 horas.

O doente morreu antes de ser operado e á autopsia encontrou-se um cancro do rim bilateral.

*Estado geral*—Algumas vezes como primeiro symptoma ha uma anorexia tão profunda que se chega a suppôr uma localisação gastrica da neoplasia.

Em geral a cachexia apparece como symptoma dos cancros avançados, quando já evolucionam ha bastante tempo. Mas ha casos, raros sim, em que a cachexia é o primeiro signal do cancro do rim.

Concluindo, nós podemos aconselhar como signaes de precocidade dos tumores malignos do rim a *hematuria*, o tumor, a dôr e a cachexia, isto é, os symptomas que até

hoje estão mais bem estudados nas estatísticas dos casos observados.

No capítulo seguinte nós vamos ainda estudar com mais detalhe o exame das urinas que hoje parece ser chamado a prestar um grande auxilio á diagnose.

## CAPITULO III

### Diagnosticco

Para melhor estabelecermos as bases do diagnosticco supponhamos a seguinte hypothese:

Um doente vem consultar o medico, apresentando um só symptoma nitido, quer este seja hematuria, ou tumor, ou modificação no estado das urinas, mas com todos os caracteres que lhe assignalamos no capitulo da symptomatologia.

Estamos, pois, em presença d'uma affecção renal que temos de investigar se é ou não cancerosa.

Os signaes de que nós tomamos o exemplo são incapazes por si só e isolados de nos esclarecer a natureza da affecção.

Dizem-nos simplesmente que ha perturbação renal.

Estaremos ou não em presença d'um cancro do rim?

Esta preocupação deve ser predominante em cirurgia renal, e é preciso ter sempre presente no nosso espirito este principio fundamental: «que a ablação cirurgica do cancro do rim é tanto mais benigna e mais efficaz quanto ella fôr dirigida aos cancros em começo».

Deve ser esta a ideia diretriz de todas as nossas investigações.

A primeira investigação será — qual o rim doente.

Se o symptoma observado é um tumor, facilmente sabemos de que lado é a lesão. Se se trata da dôr a sua localisação n'uma das fossas lombares póde-nos levar a localizar a lesão na região correspondente. Mas sabe-se que este signal é muito fallivel e só deve ser considerado como um pretexto para explorações mais minuciosas.

A exploração deve ser feita, como já dissemos, por meio da palpação e se esta é improficua devemos esperar um outro

symptoma que nos esclareça convenientemente.

Supponhamos agora que se observou uma hematuria. Ainda a palpação nos póde dar modificações apreciaveis do rim.

Mas, como já vimos, certas hematurias são extremamente precoces, precedendo toda a alteração sensível de volume ou de fórma do rim doente e n'este caso só o exame directo do uretere nos póde prestar bons esclarecimentos.

Temos de chamar como auxilliar de diagnostico a cystoscopia e o catheterismo dos ureteres.

Foi em 1853 que se construiu o primeiro cystoscopio de luz externa, tendo soffrido depois um grande numero de aperfeiçoamentos até hoje em que os cystoscopios mais empregados são os de Nitze e de Albarran. Substituiu-se a illuminação externa pela interna e adaptou-se-lhe um systema de irrigação.

A cystoscopia póde ser praticada em duas circumstancias differentes: 1.º n'uma hematuria; 2.º no intervallo de duas hematurias.

Se se pratica o exame no 1.º caso, dá-se uma larga irrigação á bexiga e certificamo-nos em seguida se ella é ou não a origem da hemorrhagia, examinando com attenção toda a parede.

Depois examinamos os orificios ureteraes cada um por sua vez e d'este modo chegamos a precisar de qual dos orificios escorre o sangue para a bexiga.

Devemos aproveitar, tanto quanto possível, a existencia da hematuria para fazer a cystoscopia, porque, como já dissemos, um dos caracteres da hematuria neoplasica é que uma vez terminada podem-se passar semanas, mezes e annos sem que ella se reproduza.

No 2.º caso, isto é, depois de ter cessado a hemorrhagia então a difficuldade é muito maior e na maior parte dos casos a simples cystoscopia é impotente para localisar a lesão.

No entanto em observações feitas por Nitze, Bräninger e Albarran poderam notar um dos orificios ureteraes mais dilatado que o outro, e adherente ao orificio mais largo um pequeno coagulo. E' preciso no-

tar que estas observações foram feitas dias depois de ter terminado a hematúria.

Doyen no «Congresso francez de cirurgia» realizado a 17 de outubro de 1898 propôz um processo que empregava ha dez annos com bons resultados.

Consiste em introduzir uma sonda na bexiga e depois de a lavar cuidadosamente até sahir o liquido inteiramente claro, comprimir successivamente um e outro rim. Quando se faz a pressão sobre o rim doente, diz Doyen, o sangue sáe pela sonda e assim diagnosticamos o orgão affectado.

E' para pôr em duvida que um processo relativamente tão grosseiro dê resultado, quando nós sabemos que na cystoscopia é precisa uma attenção extraordinaria para vêr a ejaculação ureteral, e isto vendo directamente a entrada do uretere.

Passemos agora a outra investigação que tem importancia e vem a ser—qual o estado do outro rim.

Para isso tem de se procurar: se elle existe, qual o seu estado e valor functional.

Ha dois meios preconizados para tal investigação: a prova do azul de methylena e o catheterismo dos ureteres.

A primeira prova consiste em que: um centimetro cubico de azul de methylena a 5 por 100, bem esterilizado e chimicamente puro, é injectado sob a pelle do doente. No individuo cujos rins sejam normaes, a eliminação principia a fazer-se, em geral, uma hora e meia depois da injeccão.

Se existe uma lesão renal uni ou bilateral o começo da eliminação é retardado e a duração é prolongada.

E' preciso attender a que algumas vezes o azul elimina-se sob a fórmula d'um composto incolor o *chromogeno*. Para verificarmos se este corpo existe na urina basta juntar-lhe algumas gottas de acido acetico e ferver. Se existe, obtem-se por este meio uma côr azul caracteristica.

Este processo do azul era muito empregado para as diversas nephrites, mas só recentemente é que Leon Bernard e Heresco sob a direcção de Albarran o pozeram em pratica em dois doentes atacados de neoplasmas renaes.



Eis as observações:

No dia 23 de janeiro de 1899 foi feito o catheterismo do uretere direito a um doente da cama n.º 7 da sala Velpeau do Hospital Necker, portador d'um neoplasma renal esquerdo, injectando-se-lhe em seguida sob a pelle da nadega esquerda 1 c. c. d'uma solução de azul a 1 p. 20.

Obtiveram-se resultados semelhantes para os dois rins:

Começo da eliminação — 1 hora depois da injeção

Duração. . . . . 48 horas

Marcha . . . . . continua

Forma . . . . . durante as 24 horas que a sonda permaneceu no uretere a eliminação fez-se sob a fórma de chromogeno; depois que se tirou a sonda eliminou-se uma pequena quantidade de azul durante 12 horas voltando a tomar a fórma de chromogeno.

Por conseguinte o chromogeno eliminou-se tanto do lado não catheterizado (rim doente) como do catheterizado (rim são). Durante todo o tempo do catheterismo, as urinas foram de um e do outro lado, umas vezes claras, outras sanguinolentas, ora acidas, ora alcalinas, sem que se tenha podido estabelecer nenhuma relação entre

os diversos factores, a não ser a presença constante do chromogeno.

Passando-se ao exame chimico das duas urinas os resultados fornecidos foram bem mais interessantes. Assim :

Rim direito (catheterizado, são)	Rim esquerdo (doente)
Quantidade—em 24 h. 1110 cm. c.	Quantidade — 650 cc.
Aspecto — turvo	Aspecto — turvo
Côr — vermelha amarellada	Côr — vermelha amarellada
Cheiro — forte	Cheiro --- forte
Reacção — alcalina	Reacção — alcalina
Densidade — 1,014	Densidade — 1,010
Urêa — 10, <sup>gr</sup> .80 por litro	Urêa — 8, <sup>gr</sup> .30 por litro
Chloretos — 9, <sup>gr</sup> .40 »	Chloretos — 6,20 »
Ac. phosph. — 1,55 »	Ac. phosph. — 0,80 »
Albumina — 0,50 »	Albumina — 4 »

O segundo doente da cama n.º 26 da mesma sala apresenta igualmente um tumor renal esquerdo.

Foi catheterizado o uretere esquerdo (do lado doente) a 27 de janeiro de 1899 e fez-se-lhe immediatamente a injeccção do azul. Eis os resultados :

Rim direito (são)	Rim esquerdo (doente catheterizado)
Começo da eliminação—uma hora e meia depois da injeccção	Começo — 2 h. depois da injeccção.
Duração — 3 dias	Duração — 3 dias
Marcha — 4 h. depois da injeccção, marcha continua.	Marcha — 4 h. depois da injeccção, marcha continua.
Intensidade — media	Intensidade — fraca

A analyse chimica deu os seguintes resultados:

Rim direito (são)	Rim esquerdo (doente)
Quantidade — 1300 c. c.	Quantidade — 470 c. c.
Reacção — alcalina	Reacção — alcalina
Densidade — 1,008	Densidade — 1,007
Urêa — 9 <sup>gr.</sup> por litro	Urêa — 5 <sup>gr.</sup> por litro
Chloretos — 5,5 <sup>gr.</sup> 80 »	Chloretos — 3,5 <sup>gr.</sup> 50 »
Ac. phosph. — 0,5 <sup>gr.</sup> 70 por litro	Ac. phosph. — 0,40 »
Albumina — 0,5 <sup>gr.</sup> 80   »   »	Albumina — 0,70   »

De tudo isto conclue-se que a prova do azul de methylená embora preste grandes serviços em medicina, fazendo-nos conhecer o poder eliminador da glandula renal, na cirurgia dos tumores malignos do rim nada nos dá de concludente podendo até levar-nos a uma intervenção falsa quando não houvesse signaes objectivos pelos quaes nós soubessemos qual era o rim doente.

Outro tanto não acontece com o catheterismo dos ureteres seguido da analyse chimica e exame das urinas recolhidas separadamente dos dois rins.

Actualmente este é o unico meio scientifico que nós temos para reconhecer a existencia e estudar o valor funcional d'um rim.

CATHETERISMO DOS URETERES. — E', graças á cystoscopia, que hoje se effectua com relativa facilidade o catheterismo dos ureteres.

No entanto nas mulheres, póde-se fazer o catheterismo sem auxilio do cystoscopio. Mas só uma grande experiencia é susceptivel de conseguir tal habilidade.

Foi Albarran que aperfeiçoou os varios cystoscopios de modo a conseguir que o catheterismo ureteral se torne pratico e inoffensivo.

Este catheterismo póde ser empregado quer com o fim de diagnostico, quer com o de conhecer o valor funcional do outro rim. E esta ultima investigação tem uma grande importancia, porque se no caso d'uma nephrectomia o rim que fica é doente, a insufficiencia renal provocará a morte do doente. E' por isso que Guyon antes de cada nephrectomia pratica o catheterismo ureteral e analysa cuidadosamente as urinas obtidas por este meio.

Evita-se, por este modo a nephrectomia d'um rim que era o unico que existia (como aconteceu n'um caso de Drissen) ou deixar

ficar um rim extraordinariamente alterado e portanto incapaz de desempenhar a função.

Ainda como meio de diagnostico temos de precisar as relações do rim doente com as partes visinhas.

Assim no caso de adherencias não podemos obter o balanço renal por meio da palpação. Nos individuos magros e de parede abdominal flacida podemos ainda, por meio da palpação bimanual, reconhecer a presença dos ganglios vertebraes tumefactos, ou de nucleos secundarios nos órgãos circumvizinhos.

### Diagnostico differencial

O cancro do rim apresenta no seu inicio symptomas communs com outras affecções renaes e particularmente com a *tuberculose*, os *calculos renaes*, a *pyonephrose*, a *hydronephrose*, os *kystos hydaticos* e as *hematurias essenciaes*.

TUBERCULOSE. — Encontramos igualmente hematurias, tumor e um certo grau de magreza.

A hematuria é abundante, persistente e com todos os caracteres communs ao cancro renal tornando-se na maior parte das vezes quasi impossivel fazer o diagnostico differencial por este symptoma.

O tumor tambem em nada differe.

A magreza do doente nada nos póde revelar, porque no inicio da tuberculose renal e no do neoplasma nenhum aspecto differente de emaciação tem sido notado.

E'-nos preciso, pois, o exame geral do doente e dos seus antecedentes para descobrir a tuberculose, considerando como bons elementos de diagnostico a febre, a purulencia das urinas e a investigação do bacillo de Koch.

CALCULO RENAL. — Encontramos igualmente: hematurias, dôr e um tumôr. Mas os dois primeiros signaes teem caracteres inteiramente particulares.

Assim a hematuria não é espontanea, mas succedendo-se sempre a uma marcha forçada, a um passeio a cavallo, de carro,

etc. Não é abundante, desaparecendo ao fim d'algumas horas para reaparecer sob a influencia das mesmas causas occasionaes.

As dôres revestem frequentemente a fôrma de colicas nephreticas, e a apparição e a calma dá-se nas mesmas condições que a hematuria.

No entanto em condições especiaes o cancro manifesta-se do mesmo modo.

Temos tambem a investigar os antecedentes de lithiase urinaria e conhecer a analyse das urinas. E a proposito, diz Newman terem-se encontrado casos de coexistencia ou melhor successão do cancro á lithiase renal, e accrescenta que a lithiase predispõe ao cancro.

N'estes casos a difficuldade não consiste em distinguir o calculo renal do neoplasma maligno, mas sim em precisar o momento em que o cancro succede á lithiase. Ha casos em que este momento é marcado por uma hematuria caracteristica, mas na maior parte dos doentes o inicio do cancro é insidioso, tanto mais que o doente acostumado já aos seus soffrimentos renaes,

passa-lhe despercebido qualquer symptoma que nos podesse elucidar.

PYONEPHROSE. — Aqui as differenças clinicas são mais notaveis.

Ha tambem o tumôr e as dôres, mas só excepcionalmente apparece a hematuria. Esta é pouco abundante e sem repetição.

Além d'isto as pyonephroses caracterizam-se pela febre, pela purulencia constante ou intermittente das urinas e pelas lesões ureteraes. Nos antecedentes do doente encontramos, ou a blenorragia, ou a infecção puerperal, ou outra qualquer doença infecciosa geral.

Mas ainda podemos encontrar a coexistencia d'uma pyonephrose e d'um cancro. E n'este caso o diagnostico só se faz quando o accrescimo rapido do tumôr e o depauperamento geral se impoem á nossa investigação, tarde demais para que possamos intervir proveitosamente.

HYDRONEPHROSE. — As differenças são tão notaveis que só o symptoma tumôr é que é commum e este mesmo muito mais tardio que no cancro.

KYSTOS HYDATICOS DO RIM. — E' uma



doença muito rara. Como elemento de diagnostico só temos ou a punção, ou a abertura espontanea do kysto no uretere e a eliminação d'hydatides pelas vias naturaes.

Se tal não succede, fica-se na duvida até á intervenção operatoria.

HEMATURIAS ESSENCIAES. — Chamam-se assim as hematurias *sine materia* ou melhor aquellas de que nós não conhecemos a causa.

Vê-se quanto o diagnostico differencial é difficil quando nós não podemos mesmo chegar a classificar a causa da hematuria.

Póde ser que p'ra futuro, com melhores meios de investigação desapareça a designação de hematurias essenciaes, mas actualmente não podemos levar mais longe a nossa pesquisa. Basta-lhe o nome para o justificar.

## CAPITULO IV

### Nephrotomia exploradora

O estudo do diagnostico mostra-nos que nenhum dos signaes clinicos é sufficiente para affirmarmos a existencia d'um tumor maligno do rim no seu começo.

Empregou-se durante muito tempo a punção exploradora como meio de diagnostico. Mas hoje está condemnada como insufficiente, inutil e perigosa.

E' insufficiente, porque só nos dá indicações da parte do tumor onde se enterra a ponta do trocate; e se juntamente existe, por exemplo, um kysto e um tumor maligno, a punção pôde demonstrar a existencia do kysto e fazer ignorar a do tumor.

E' inutil, porque é muito tardia, não

sendo indicada senão quando existe tumor apreciavel, e o nosso fim é intervir antes que o neoplasma se tenha desenvolvido nitidamente; é inutil ainda, porque hoje pouco nos pôde importar clinicamente a variedade histologica do tumor maligno, desde que todos são condemnados á mesma intervenção.

Finalmente, é perigosa, porque, como toda a puncção exploradora, é feita *às cegas*, podendo perfurar os órgãos em relação mediata ou immediata com o rim, ou ainda vasos anormalmente desenvolvidos. Resta-nos, pois, a nephrotomia exploradora.

Bruce Klarke foi o primeiro que em 1887 aconselhou a que se fizesse a incisão do rim doente para determinar a natureza da lesão, e actualmente a maior parte dos cirurgiões não hesitam em abrir um rim para reconhecer a lesão e estabelecer as indicações operatorias.

Vamos a vêr quaes os signaes que podem legitimar uma nephrotomia exploradora e para isso temos de passar em revista os symptomas principaes dos tumores

malignos do rim: dôr, tumôr, hematuria, modificação das urinas e varicocele.

Nem todos estes symptomas têm o mesmo valor. E é assim que, por exemplo, a hematuria e o tumôr podem ser, mesmo isolados, sufficientes para indicar a exploração cirurgica, emquanto que a dôr, o varicocele e as modificações da urina devem ser associados, pelo menos a outro signal importante para poderem ter uma indicação definitiva.

A cachexia e a diminuição da urêa pertencem a todas as affecções neoplasticas, e para que tenham um valor importante é preciso que se façam acompanhar d'um outro signal qualquer (dôres lombares, varicocele) que nos permitta localisar o neoplasma no rim.

Do mesmo modo os symptomas dôres lombares e varicocele é necessario que venham associados um ao outro ou a uma alteração do estado geral para que possam determinar a intervenção do cirurgião. Recordamos aqui que o varicocele só tem valor diagnostico quando existe á direita ou que appareceu recentemente n'um homem idoso.

O tumor esse é bastante para indicar a intervenção. Embora se não trate d'uma neoplasia maligna nada perdemos com a incisão exploradora. Poderemos encontrar, uma tuberculose, um calculo, pyonephrose, hydronephrose, kysto hydatico, mas nada d'isto representa uma contra-indicação.

Finalmente as hematurias abundantes, espontaneas, rebeldes são que estabelecem a indicação da nephrotomia. Inclusive se estavamos em presença d'uma hematuria d'origem essencial, calculosa, ou tuberculosa, a operação era perfeitamente indicada depois dos trabalhos e estatísticas modernas que aconselham mesmo n'estes casos a nephrotomia como um meio curativo.

E para o provar nós temõs as palavras ditas no congresso francez de cirurgia, por Guyon e Albarran os dois grandes mestres das doenças urinarias, e que vêm na *Presse medicale* de 19 d'outubro de 1898: «A nephrotomia exploradora é o melhor meio d'exploração do rim que temos no momento actual».

E' uma operação benigna e para ser bem feita, a incisão renal deve:

1.º Destruir o parenchyma renal o menos possível; 2.º sangrar pouco; 3.º abrir os calices e o bassinete; 4.º apresentar á inspecção o maximo de tecido renal.

Todas estas condições são preenchidas pelo seguinte processo: chegar até ao contacto do rim por uma incisão lombar recto-curvilinea ou obliqua, abrindo em seguida o rim largamente pelo bordo convexo de modo a chegar até ao bassinete.

Finalmente a compressão do pediculo permite fazer a incisão e o exame da superficie da secção, sem hemorragia.

## CAPITULO V

### Nephrectomia

INDICAÇÕES OPERATORIAS.—As indicações da nephrectomia tiram-se do estado geral e do estado local.

Localmente tres séries de casos se podem apresentar.

A primeira comprehende todos os que já vimos a proposito do diagnostico precoce, isto é, aquelles em que se intervem por uma nephrotomia exploradora. Os resultados d'esta nephrotomia levam o cirurgião a praticar uma nephrectomia.

A segunda categoria engloba casos mais avançados, em que os signaes funcionaes e physicos são sufficientemente nitidos. O tumor aqui já é apreciavel e é movel. As

estatísticas é que defendem esta indicação operatoria, que accusa curas duradouras e em outros casos longas sobrevivencias equivalentes a verdadeiras curas.

Finalmente n'uma terceira serie comprehendemos os casos em que o tumor está mais ou menos adherente. As indicações da nephrectomia n'estas circumstancias devem ser tiradas do estado geral.

O estado geral apresenta os seguintes pontos a estudar: idade, generalisação aos pulmões e figado, e a cachexia.

A idade não apresenta nenhuma contra-indicação quando o individuo é regularmente constituido. Têm-se operado com magnificos resultados creanças de 6 mezes e adultos de 67 annos. Se o organismo é sufficientemente robusto, a operação está perfectamente indicada.

Finalmente nos casos de existencia de nucleos secundarios ou generalisação aos pulmões e ao figado, bem como na cachexia avançada, então a contra-indicação é formal e absoluta.

E' isto que resalta de todo este meu trabalho e que eu constantemente repito:



Quanto mais precoce fôr o diagnostico e a intervenção, tanto mais seguro e completo é o resultado.

MANUAL OPERATORIO. — A nephrectomia pôde praticar-se por duas vias: a via *extra-peritoneal* e a *transperitoneal*.

Tem-se querido dar a preferencia a uma d'ellas com exclusão da outra, e é assim que Guyon, Albarran, Israel, Le Dentu e ainda outros cirurgiões, consideram como methodo de escolha a via extraperitoneal ou lombar.

Com effeito, é á que se deve recorrer na maioria dos casos, e, particularmente, nos casos precoces, em que uma nephrotomia exploradora já indicou o caminho.

Mas se nós admittimos que a via lombar seja preferivel, não podemos consideral-a como devendo ser a unica exclusivamente empregada. Israel diz que esta incisão é sufficiente para extirpar todo e qualquer tumor renal mesmo de grande volume.

Não nos parece, porque devemos reconhecer que ha casos cujas dimensões do tumor não permitem a extracção pelo estreito espaço costo-iliaco, tendo de recorrer, de

preferencia, á via transperitoneal. Particularmente nas creanças, em que o volume do tumor é, ordinariamente, muito consideravel e por outro lado o espaço costo-iliaco muito estreito, devemos preferir a laparotomia.

Por outro lado Thornton á frente d'um grupo de cirurgiões dá a preferencia á via transperitoneal e assignala-lhe como principal vantagem o permittir a exploração directa do outro rim. Mas além d'esta exploração ser insufficiente como muito bem dizem Guyon e Le Dentu é hoje quasi inutil perante os progressos realisados pelo catheterismo dos ureteres.

D'aqui conclue-se que devemos ser eclecticos, reservando conforme as indicações que apontamos a cada um dos methodos, a escolha d'esta ou d'aquella via. Por este mesmo principio abstemo-nos de fazer um estudo comparativo dos dois methodos, visto serem empregados em condições inteiramente differentes.

Continuando com o assumpto do manual operatorio, nós não vamos fazer uma descripção completa d'uma nephrectomia,

mas insistir sobre um ou outro ponto particularmente interessante para o nosso trabalho.

As incisões são tantas quantos os autores e operadores, tornando-se impossivel descrevê-las todas. Simplesmente diremos que a incisão lombar pôde ser vertical, obliqua, vertico-obliqua e transversal.

Guyon e Albarran preferem a incisão vertical praticada sobre o bordo externo da massa sacro-lombar, prolongando-a para deante parallelamente á crista iliaca.

Chegados proximo do tumor é necessario, tanto quanto possivel, evitar a ruptura da capsula. Nos casos em que esta se tem rompido, a recidiva tem sido quasi sempre fatal e rapida.

Para obstar a que fiquem ganglios inclusos na camada gordurosa perirenal, Israel e Albarran preconizam a extirpação d'essa camada.

Seguidamente, uma vez desembaraçado o pediculo, applica-se uma pinça ou uma ligadura elastica passada por meio dos tubos de Gooch e pratica-se a nephrectomia.

Deve-se laquear separadamente os vasos e o uretere. Para isso emprega-se ordinariamente a sêda, mas tem o inconveniente de nem sempre se enkystar, occasionando fistulas interminaveis. Albarran aconselha o emprego do catgut para esta laqueação. Algumas vezes devido ao mau estado dos tecidos, torna-se impossivel a laqueação; obsta-se a este inconveniente applicando uma pinça que se deixa permanente durante 24 a 36 horas.

Pelo que respeita ao methodo transperitoneal, a incisão pôde ser feita na linha média ou ao longo do bordo externo do musculo recto.

Esta ultima, ou incisão de Langenbuch, convém na maioria dos casos, mas é indifferente que a incisão seja exactamente sobre o bordo externo do musculo ou mais por fóra; pôde-se dizer d'uma maneira geral que a incisão deve ser praticada no ponto em que o tumor faz proeminencia.

Cortado o peritoneu parietal, repellem-se as ansas intestinaes para dentro e faz-se uma incisão no peritoneu que recobre o rim, por fóra do colon. Evitam-se d'este

modo as hemorragias que poderiam provir dos vasos colicos.

Poncet e Villard aconselham a suturar em seguida os labios do peritoneu visceral e os da ferida abdominal, antes de atacar o tumor. Este methodo só se emprega nos casos de suppuração renal parecendo inutil na extracção dos tumores do rim.

Pelo contrario o processo de Terrier que consiste em suturar os labios do peritoneu parietal ao peritoneu visceral depois da extirpação do tumor, constitue um excellente methodo de hemostase e de drenagem.

ACCIDENTES DA NEPHRECTOMIA — Os accidentes da nephrectomia podem ser de ordem local ou d'ordem geral.

Entre os accidentes d'ordem geral citaremos como principaes e possivelmente evitaveis, a *infecção* e a *intoxicação*.

Não é nos acanhados limites d'este trabalho que cumpre indicar os preceitos que levam a evitar uma infecção. Demais aquelle que se resolver a praticar uma nephrectomia tem obrigação restricta de estar sufficientemente elucidado sobre a

pratica corrente d'uma boa desinfecção, elementos que hoje se aprendem nos principios do curso medico e que um simples enfermeiro é obrigado a conhecer.

Um ponto que mais especialmente nos interessa, são os phenomenos de intoxicação que se apresentam frequentemente depois d'uma nephrectomia por tumor maligno.

Effectivamente, comprehende-se que a ablação d'um rim prejudica consideravelmente a eliminação dos corpos toxicos que são introduzidos no organismo durante a operação.

Esta intoxicação póde ser de duas ordens: ou devido ao chloroformio ou ao emprego immoderado de antisepticos.

E' certo que não podemos prescindir d'uma anesthesia geral para praticar uma nephrectomia, mas é certo tambem que esta anesthesia geral deve ser feita com o maior cuidado e a quantidade de anestesico reduzida ao minimo necessario.

Tem-se aconselhado o emprego do ether como meños toxico. No entanto optaremos sempre pelo chloroformio quando seja convenientemente administrado.

Insistimos egualmente sobre o uso immoderado do iodoformio e do tampão iodoformado. As lavagens feitas principalmente com agua fervida e conservada aseptica, o tampão de gaze esterilizada e o cuidado de o operador passar as mãos por agua esterilizada antes e durante a operação, constituem a melhor prophylaxia das intoxicações pelos antisepticos.

Os accidentes locais que podem sobrevir durante uma nephrectomia são: as *hemorrhagias*, a *abertura da pleura*, do *peritoneu* ou do *intestino*.

As hemorrhagias podem produzir-se, quer durante o isolamento do tumor quando se ferem seios venosos desenvolvidos á superficie ou na vizinhança do neoplasma, quer depois da extirpação do rim ao nível do pediculo.

Já indicamos quaes os meios de obstar a estes inconvenientes, que hoje uma technica bem dirigida torna cada vez mais raros podendo mesmo chegar a evital-os d'uma maneira completa.

A abertura da pleura pode-se dar quando tem de se praticar a resecção da XII<sup>a</sup> e

mesmo da XI<sup>a</sup> costella. Para obstar a este acontecimento requer-se muita attenção e cuidado. Se tal accidente se dá é necessario suturar immediatamente. A abertura do fundo de sacco pleural póde não ter consequencias perigosas, mas tambem póde determinar uma pleurisia purulenta mortal.

Quanto á abertura do peritoneu, quando operamos pela via lombar, pratica-se immediatamente a sutura. Este accidente não tem tido consequencias graves.

O intestino e particularmente o colon póde ser aberto ou lacerado n'uma maior ou menor extensão durante a extirpação do neoplasma.

D'aqui poderá resultar uma peritonite mortal (n'um caso de Israel) ou fistula estercoral (um caso de Perthes).

Quando tal succeda, se a ferida intestinal é pequena devemos tentar immediatamente a sutura. Se a laceração é demasiado extensa, devido a grandes adherencias com o tumor, teremos de reseccar a porção do intestino attingida e fazer uma sutura dos topos intestinaes, ou um anus contra-



natura se as necessidades de occasião assim o indicarem.

---

Concluindo, independentemente de todos os progressos da technica cirurgica geral ou especial ao rim, ha uma condição que prima todas as outras quando nos queremos collocar nas melhores condições possiveis para obter excellentes resultados operatorios immediatos, e sobretudo bons resultados affastados na cirurgia do cancro do rim, é operar os neoplasmas renaes o mais perto possivel do seu começo.

## Estadística

---

No trabalho publicado em 1891 por Chevalier encontra-se a estatística feita até 1890.

A mortalidade operatoria era em média de 60 p. 100. E a via lombar era a que dava melhores resultados.

Modernamente em 1899 apparece uma ultima estatística a começar em 1890 com os resultados seguintes.

### Resultados immediatos

Em 165 observações de nephrectomia motivada por cancro, 32 mortes (tendo sido considerados como mortos da operação aquelles que succumbiram no 1.º mez a seguir á intervenção) isto é, uma mortalidade operatoria de 19,39 p. 100.

Nas 165 nephrectomias encontram-se 53 praticadas em creanças com 9 mortes ou seja uma mortalidade de 17 p. 100.; e 112 praticadas no adulto com 23 mortes, mortalidade de 20,5 p. 100.

Quanto á via seguida existem detalhes em 144 casos.

A *via transperitoneal* tem sido seguida no adulto e na creança 74 vezes com 16 mortes, mortalidade de 21,5 por 100.

A *via extraperitoneal* em 70 casos de creanças e adultos deu 14 mortes ou 20 p. 100.

Considerada a mortalidade segundo a via seguida na creança e no adulto temos:

*Na creança.* — Via transperitoneal: 34 casos com 7 mortes; mortalidade de 20,6 p. 100.

Via extraperitoneal — 6 casos sem nenhuma morte.

*No adulto.* — Via transperitoneal — 40 casos, 9 mortes; 22,5 p. 100 de mortalidade.

Via extraperitoneal: 64 casos, 14 mortes; mortalidade 21,9 p. 100.

### Resultados afastados

*Na creança.* — Em 54 creanças operadas conhecem-se os resultados afastados de 24 casos.

D'estes 24 casos: 8 não apresentaram recidiva e 16 morreram.

Os 8 que não tiveram recidiva foram examina-

dos, apresentando-se em estado satisfatorio, ao fim de:

6 annos e 6 mezes	observação de	Abbé
6 » . . . . .		Döderlein
5 » . . . . .		Israel
3 » e 6 mezes		Schmidt
2 » 3 »		Steele
2 » 3 »		Rovsing
14 mezes . . . .		Malcoolm
9 » . . . . .		Hippel

16 que morreram que recidiva :

1 ao fim de 3 annos e 6 mezes		Abbé
1 » 22 »		Jordan
1 » 13 »		Coley
1 » 12 »		Ilott e Walsham
1 » 10 »		Manasse
2 » 9 »		Rovsing
		Leonte
1 » 7 »		Perthes
		Brandt
3 » 5 »		Walker
		Dohrn
		Jordan
4 » 3 »		Brun
		Verhoff
		Rovsing
1 » 2 $\frac{1}{2}$ »		Brokaw

*No adulto.* — Em 112 operados 89 sobreviveram á operação.

Existem indicações ulteriores refferentes a 62 d'estes doentes.

D'estes 62 encontram-se 36 que foram vistos em bom estado :

1 ao fim de 7 annos. . . .	Israel
1 » 6 » e 6 mezes	Giordano
2 » 5 » 6 »	{ Rovsing
	{ Jordan
1 » 5 » 3 »	Perthes
1 » 4 » 6 »	Braeninger
1 » 4 » 3 »	Bellati
1 » 4 » . . .	Weeney
1 » 4 » . . .	Israel
1 » 3 » . . .	Israel
1 » 2 » 9 »	Lotheissen
1 » 2 » 6 »	»
	Albarran
	{ Biggs
5 » 2 » . . .	{ Drugesco
	{ Israel
	{ Terrillon
1 » 20 »	{ Sullivan
	{ Edgard Willett
4 » 18 »	{ Rovsing
	{ Israel
	{ Scudder
1 » 15 »	Israel

1 ao fim	de	12 mezes	Israel
3 »	»	6 »	{ Bräninger
			{ Israel
			{ Israel
2 »	»	7 »	{ Albarran
			{ Pawlick
7 entre	2 e 6 mezes		

4 morreram de affecção intercurrente sem ter apresentado recidiva:

1 ao fim	de	4 annos e 9 mezes	Israel
1 »	1 »	. . .	Israel
1 »		6 »	Hildebrand
1 »		6 semanas	Tuffier

22 morreram de recidiva:

1 ao fim	de	3 annos e 6 mezes	Swift
1 »	2 »	3 »	Perthes
1 »		18 »	Jordan
1 »		13 »	Israel
1 »		10 »	Manasse
3 »		9 »	{ Legueu
			{ Israel
			{ Lotheissen
2 »		6 »	{ Perthes
			{ Perthes
			{ Jordan
			{ Roving
5 entre	4 e 5 mezes		{ Askanazy
			{ Malcoolm
			{ Roving

7 ao fim de 3 mezes

Lange  
Jordan  
Johnson  
Rovsing  
Temoin  
Jordan  
Israel

Quanto aos resultados da nephrectomia relacionados com as diferentes fôrmas histologicas dos tumores malignos do rim, temos:

Das 165 observações possuem-se detalhes histologicos em 154 casos.

Estes 154 casos são assim distribuidos:

Sarcomas . . . . .	68
Carcinomas . . . . .	53
Adenomas . . . . .	14
Struma . . . . .	17
Epitheliomas do bassinete. . . . .	2

*Sarcoma.* — Em 68 casos, 14 mortes operatorias ou seja 20,5 p. 100. 21 recidivas. Curados 33.

*Carcinoma.* — Em 53 casos, 12 mortes operatorias ou seja 22,56 p. 100.

Recidiva 8 casos — Mortos por doença intercorrente 3 — Curados 42.

*Adenoma.* — Em 14 adenomas não houve ne-

nhuma morte operatoria — 3 recidivas — 1 morte por doença intercorrente — Curados 10.

*Struma supra renalis* — Em 17 strumæ houve 5 mortes operatorias ou seja 29.4 p. 100. 4 recidivas. 1 morte por doença intercorrente. Curados 7.

*Tumores do bassinete* — 2 curas.

\*

\*

\*

Nos tres grandes centros operatorios do nosso paiz — Lisboa, Porto e Coimbra só encontramos um caso no Porto observação do Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Antonio d'Andrade Junior, medico do Hospital da Misericordia, e cujo doente pertencia á enfermaria do Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Alberto d'Aguiar, illustrado professor d'esta Escóla.

A communicação d'este caso foi feita á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Porto no dia 4 de dezembro de 1899 e foi publicada na Gazeta Medica do Porto do dia 20 de dezembro do mesmo anno.

Os resultados foram os seguintes:

Adulto de 39 annos, sexo masculino, operado a 6 de julho de 1899 d'um tumor muito volumoso do rim direito.



Via operatoria — laparotomia.

Exame histologico — sarcoma.

O doente morreu no dia 11 de julho,  
isto é, 5 dias depois de ser operado.

Não foi classificada a causa da morte.

## Conclusões

---

1.<sup>a</sup> Em presença das observações e consequentemente das estatísticas, estamos auctorizados a reunir n'um estudo de conjuncto do tratamento dos tumores malignos do rim, não só o carcinoma e o sarcoma, mas ainda os adenomas e os strumæ de Grawitz, visto ser impossivel, actualmente, distinguir as fórmas benignas das fórmas malignas.

2.<sup>a</sup> Nas condições operatorias que determinamos e sobretudo quando o neoplasma está n'um periodo de evolução vizinho do seu começo, a nephrectomia nos tumores malignos do rim é uma operação benigna tanto na creança como no adulto.

3.<sup>a</sup> Na extirpação dos neoplasmas malignos do rim a longa sobrevivencia equivalente a uma cura quasi estabelece a regra.

4.<sup>a</sup> Para surprehendermos um tumor maligno do rim tão proximo quanto possivel do seu inicio, não devemos desprezar nenhum symptoma por leve ou isolado que seja.

No caso em que o symptoma observado não póde ser relacionado nitidamente com uma affecção bem determinada, devemos recorrer á nephrotomia exploradora, bello auxiliar de diagnostico, sempre benigna, capaz de nos revelar o tumor no seu começo, e no caso negativo capaz, por si só, de curar a affecção que dava origem ao symptoma observado.

5.<sup>a</sup> Só devemos pôr de parte a nephrectomia quando ha generalisação ou adherencias que não permitem a extirpação.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — O plantar delgado é um pleonasmo anatomico.

**Physiologia.** — A escripta é o graphico do sentimento e do caracter.

**Materia medica.** — A medicação purgativa é a principal base de toda a therapeutica.

**Pathologia geral.** — A especificidade bacteriologica é incompletamente demonstrada.

**Anatomia pathologica.** — O tecido conjunctivo é o grande reparador e ao mesmo tempo demolidor do organismo.

**Pathologia externa.** — A cirurgia conservadora é muitas vezes impotente perante uma ulcera.

**Pathologia interna.** — A cirrhose é subseqüentemente hypertrophica e atrophica.

**Operações.** — A conservação do periosseo nas reseções é o melhor apparelho de prothese.

**Partos.** — A consequencia d'um aborto é na maioria dos casos uma infecção puerperal.

**Hygiene.** — Os balnearios gratuitos são um dos principaes factores da hygiene dos grandes centros.

---

Visto,  
A. Brandão,

PRESIDENTE.

Pôde imprimir-se,  
Moraes Caldas,

DIRECTOR INTERINO.