

# Casos clínicos

## TUBERCULOSE RENAL

*Dr. H. Annes Dias, Professor da Faculdade.*

O caso clínico, de que nos vamos occupar, mostrará quanto é, por vezes, delicado, na clinica, o diagnostico da bacillose renal, que obstaculos é mistér ultrapassar, que difficuldades vencer, que somma de esforços despendir, para se poder chegar a esclarecer, de modo completo, as multiplas incognitas, que desafiavam a cada passo, o raciocinio clinico.

Trata-se de uma moça de 20 annos, que, em Março, adoeceu com phenomenos de embaraço gastrico. Em plena saúde, após a refeição da noute, teve fortes dôres de cabeça e no estomago, vomitos, diarrhéa, febre alta.

Esses symptomas cederam rapidamente, persistindo um certo tympanismo do ventre, que era doloroso, principalmente do lado esquerdo.

D'ahi, por diante, prisão de ventre rebelde se installou, alternando, de quando em quando, com crises diarrheicas. As dôres no baixo ventre se mantinham e a febre oscillava entre 38.º e 40.º, á noute.

Ao fim de um mez, a dôr se localizou na região vesical e as urinas se tornaram purulentas, com micção frequente e dolorosa, usando a doente, nessa occasião, de urotropina, com resultado. A cuti-reacção de V. Pirquet foi positiva.

Examinada por tres collegas, dous diagnosticaram pyélite, o outro suppoz, diante dos phenomenos abdominaes observados, que a causa desses accidentes deveria ser procurada no tubo digestivo ou no aparelho genital.

Esse estado se manteve estacionario, durante algum tempo, continuando a doente febril, com pyuria intermittente, dôres constantes na região lombar direita e, principalmente, na região vesical.

Emmagreceu bastante. A medicação feita foi: urotropina, helmitol, salol etc. Regimen lacteo.

— A 8 de Julho examinamos, pela primeira vez, a doente, que nos havia sido recommen-

dada por illustre collega do interior do Estado. Achamol-a bastante emmagrecida, mas o estado geral se mostrava relativamente bom. Tem appetite. Ventre ligeiramente tympanico, evacuações normaes. Dôr na região vesical e em todo o lado direito do abdomen, até á região lombar; pontos ureteraes, desse lado, dolorosos.

O exame do aparelho respiratorio mostra respiração ligeiramente rude no apice direito.

Não tem tosse.

Para o lado do aparelho circulatorio, notámos tachycardia accentuada, 120 a 130, mesmo em apyrexia; tensão pouco elevada:  $\frac{13}{7}$ .

— Ha amenorrhéa desde o começo da doença.

— Muitos dentes cariados. Não ha pyorrhéa. As dôres vêm, por vezes, em crises, havendo periodos de calma tão accentuados, que uma vez chegou a se considerar curada.

A doente notou que as crises são precedidas de polyuria. Esta, geralmente clara, é, ás vezes, turva. Ha micção frequente, principalmente á noute.

Por occasião das crises todo o lado direito do ventre fica doloroso e apresenta manifesta resistencia muscular; as dôres extendem-se pela perna direita; nessas occasiões a paciente deita-se do lado esquerdo.

Por algumas vezes, tem sentido dôres do lado esquerdo, que são menos fortes e passageiras.

— Deante desse quadro clinico tres diagnosticos disputavam: pyelonephrite, lithiase infectada e tuberculose renal.

Por motivos que serão expostos adiante, inclinámo-nos para o ultimo e procurámos, por exames diversos, solver as difficuldades que defrontavamos.

E' assim que, desde logo, além do exame completo de urinas, pediamos a pesquisa do b. de Koch e a inoculação de uma cobaya.

Damos a seguir os exames feitos então:

Exames de sangue: (16 — 7 — 19)

1) *Wassermann* — negativo

2) *Exame chimico*: Uréa — 0,722 por litro de sangue.

	mgr.
Acido urico .....	0,976 %
Creatinina . . . . .	1,35 %
Assucar . . . . .	52,5 %
Chloruretos . . . . .	62,4 %

3) *Contagem de globulos*:

Hemacias . . . . .	4.875,000
Leucocytos . . . . .	18,125
Relação globular .....	1/268

4) *Formula leucocytária*:

Polynucleares neutrophilos .....	66,8 %
Polynucleares eosinophilos.....	1,2 %
Lymphocytos .....	25,3 %
Grandes e medios mononucleares	5,4 %
Fôrmas de transição.....	1,1 %
Fôrmas não caracterisadas.....	0,2 %

5) *Dosagem da hemoglobina* = 69%.

6) *Exame de urina*

Total em 24 horas = 410 c<sup>3</sup>

Densidade 1021 — grande deposito

Acidez total = 1.808

Ammoniaco e amino-acidos.....	= 0,735 —
Extracto secco {	residuo organico ... = 13,514 —
	residuo mineral..... = 7,765 —
Acido urico .....	= 0,21 —
Uréa . . . . .	= 5,74 —
Azoto da uréa.....	= 2,674 —
Azoto ammoniacal .....	= 0,60 —
Azoto total .....	= 3,645 —
Chloruretos . . . . .	= 3,932 —
Phosphatos . . . . .	= 1,232 —

Albumina: traços levíssimos

Escatol — regular quantidade

Indicção — regular quantidade.

*Sedimento*: Varios leucocytos, cristaes de acido urico, varios de urato acido de ammoniaco e granulos de urato amorpho. Cristaes de phosphato ammoniaco-magnesiano.

*Coefficientes*:

De tensão .....	81 —
de utilização azotada.....	73 —
de desmineralisação .....	63 +
de phosphaturia .....	21 +
de deschloruretação .....	68 +
de oxydação das substanc. ternarias	27 —
de acido urico — uréa.....	3,6 +
de ammoniuria .....	16,5 +

7) *Pesquisa de B. de Koch*, na urina foi feita, diversas vezes, quer por bacterioscopia directa, quer após homogeneisação, sendo sempre negativa. Uma vez foram encontrados dois exemplares de microorganismos, que pareceram suspeitos ao collega que fez o exame.

8) A inoculação da cobaya foi feita no dia 16 de Julho.

Adiante daremos o resultado da necropsia desse animal.

9) Dias depois foi, pelo illustre collega Dr. Alfeu Medeiros, feito o exame cystoscopico, que revelou a inexistencia de cystite, a capacidade vesical integra, o orificio ureteral direito ligeiramente maior que o esquerdo.

10) O exame radiographico dos rins não revelou a existencia de calculos.

Foram esses os dados colhidos no decurso do primeiro mez de tratamento.

Vamos analysal-os, mostrar qual a nossa interpretação e a nossa acção no caso, para estudar, após, os exames feitos ulteriormente.

E' este um dos casos mais instructivos, que temos defrontado na clinica, tanto pelas difficuldades que envolveram o diagnostico, como pela responsabilidade das decisões a tomar, enquanto esperávamos a confirmação deste pelo laboratorio.

Que semeada de escabrosidades se antepunha a questão, é bem certo: ahí estão, a demonstral-o, os differentes diagnosticos feitos por collgeas distinctos e competentes.

De inicio, em face de uma doente, moça, com phenomenos vesicaes accentuados, sem historia de lithiase renal ou de urethrite, uma suspeita surge: a da tuberculose renal. Essa suspeita cresce e empolga o nosso espirito, ao depararmos com a tachycardia accentuada, mesmo em apyrexia, sem que outras causas, que não a suprarenalite especifica, pudessem, como o hyperthyroidismo, explical-a.

A temperatura vespéral, durando ha 4 mezes, com relativo bem estar geral, é tambem de molde a reforçar aquella hypothese, tanto mais que não corresponde, ao tipo de grandes oscillações, expoente de suppuração.

O exame do apparatus respiratorio revela respiração ligeiramente rude para o apice direito.

Bem facil de comprehender é a gravidade das consequencias decorrentes dessa suspeita, pois tudo deverá tender para confirmar esta ou afastal-a, mantendo o tratamento até então feito, nesta ultima hypothese ou orientando-o para novos rumos, na primeira. E, o que é mais, attendendo á difficuldade que, por vezes, existe de se chegar a resolver tal controversia, será preciso tomar uma deliberação sobre a conducta a seguir, enquanto o diagnostico não for firmado.

— Desde o primeiro exame de urinas pedido, como já esperavamos que fosse negativo, recommendámos a inoculação de uma cobaya.

Os exames que se seguiram, a curto intervallo, foram tambem negativos.

Desde logo, não só encarando os elementos que corroboravam nossa hypothese, como em face do nenhum resultado da medicação magistralmente feita pelo collega que nos enviou o caso, medicação classica da pyelonephrite — resolvemos considerar a doente não como uma renal e sim como uma baccillosa.

Dessa resolução decorreram o tratamento e o regimen alimentar prescriptos.

Adrenalina 60 gottas diarias,

Recalcificação intensa pelo methodo de Ferrier.

Injecções de paratoxina.

— Alimentação fortemente nutritiva e variada: carne, ovos, pão, sopas, etc.

Foi grande a responsabilidade que arrostamos, em aconselhar tal regimen num caso diagnosticado de pyelonephrite, em que o exame de sangue revelava um certo gráo de retenção ureica (0,722).

Tão grande como essa responsabilidade era porém, a convicção em que estavamos do diagnostico, embora o laboratorio se negasse a confirmal-o.

A adrenalina foi indicada de um lado pela tachycardia, denunciante de um accomettimento supra-renal, de outro como aximio fixador dos saes de calcio no organismo.

Receitar phosphato de calcio não parecia, á

primeira vista, boa indicação, em face da possibilidade, aventada, em conferencia, de uma lithiase phosphaturica.

—Os exames se succediam negativos, e o estado geral da doente ia melhorando sensivelmente, podendo ella, após um mez, levantar-se um pouco e logo, a seguir, manter-se quasi todo o dia de pé até que, em fins de Agosto, não mais voltou á cama, indo tomar as suas refeições na sala de jantar. Por esse tempo a paciente não sente senão dôres insignificantes, diminuiu consideravelmente a irritação vesical, e se sente forte, tendo augmentado bastante de peso. A febrícula mantem-se vespéral, entre 37 e 38, com excellent estado geral. Do mesmo modo se mantem a techycardia 100 - 120 pulsações. Muito appetite. Funções intestinaes regulares.

As dôres vêm, por vezes, da região lombar, até á bexiga. Urinas claras. Não ha pollakiuria.

Em face destas melhoras, que pensar do diagnostico da turbeculose renal?

Devemos dizer que o Instituto Oswaldo Cruz pediu mais 15 dias de prazo, para, ao fim deste, sacrificar a cobaya, pois esta continuou sem alteração apparente.

Antes que resposta seja dada á questão acima proposta, analysemos a symptomatologia do caso, o raciocinio que transformou aos poucos a suspeita em affirmação e as objecções feitas ao diagnostico referido.

Em resumo, o caso se apresenta, desnudado, que é, de detalhes superfluos, com a seguinte symptomatologia: — moça solteira que, após phenomenos agudos, de embaraço gastrico, sente dôres no lado direito do abdomen, principalmente na região vesical, tympanismo discreto, resistencia muscular do flanco e fossa iliaca direitas, pollakiuria, dysuria e polyuria, com pyuria inconstante; febre, tachycardia, emmagrecimento progressivo, tudo isso durando ha 4 mezes. A idéa de se tratar de uma T. renal nos veiu pelo facto de serem suspeitos taes phenomenos de irritação vesical, n'um caso falho de urethrite ou de collicas nephriticas.

Era pois necessario pedir ao laboratorio derimisse, sem appellação, a duvida, fixando de modo irrespondivel o juizo clinico que procurava emergir de entre as hypotheses aventadas de pyelonephrite, pyelite, lithiase, ovarite, appendicite, etc.

Desde logo recusámos o diagnostico de pyelonephrite simples, banal, porque não só o ty-po thermico lhe negava apoio, como pela inefficacia do tratamento feito, que devera combatel-a com proveito, si ella existisse.

Mais plausivel era o diagnostico de lithiase infectada; contra elle batalhavam, no emtanto, a ausencia de hematuria e a inexistencia, nos commemorativos, de colicas renaes; ora, é difficil que uma primeira colica seja logo acompanhada de infecção.

O exame cystoscopico era antes favoravel a lithiase, pois revelou que os phenomenos vesicaes eram puramente reflexos, ausentes que eram os signaes de cystite, estando integra a capacidade do orgão e lisas, normaes, as suas paredes, os seus orificios.

Não eram pois os signaes locais sufficientes para solver a questão, que se mantinha nebulosa, turva. Era preciso, já que o laboratorio se calava, já que os signaes locais eram insufficientes, ir procurar alhures elementos que pudessem esclarecer e orientar o nosso julgamento. Foi a tachycardia persistente, foi a febricula pertinaz, foi o ponto suspeito pulmonar que, em feixe, com os dados fornecidos pelo app. urinario, nos levaram a encarar com attenção crescente a hypothese de uma bacillose do rim.

Os exames de laboratorio continuando negativos, só restava o exame da cobaya, mas o diagnostico se fazia mais firme, porque, e é esta a resposta á pergunta formulada acima — si se tratasse de pyelonephrite banal a doente teria peiorado com o regimen prescripto, si se tratasse de lithiase phosphatica esta, por certo, não melhoraria com a medicação phosphatado-calcica; as melhoras da doente, por paradoxal que isto possa parecer, vinham em apoio da idéa de T. renal, idéa que não seria afastada nem por um resultado negativo da inoculação da cobaya.

EXAME DA COBAYA, 2—9—19

“No dia 16 de Julho, ás 18h. foi feita a inoculação do producto centrifugado de 10 c<sup>3</sup> da amostra (de urina) sob a pelle da coxa de um cobayo de 800 gr.

O animal foi cuidadosamente observado até esta data, não tendo sido possivel verificar durante este periodo mais do que a presença de um ganglio inguinal do lado D.

Sacrificado o animal, verifica-se que o gan-

glio se apresenta em franca caseificação e o baço com lesões macroscopicas suspeitas. A pesquisa bacterioscopica nos esfregaços do ganglio é positiva. E’ pois possivel affirmar a presença de bacillos de Koch, virulentos, na amostra examinada. — Chefe de serviço Dr. *Paula Esteves.*”

Era a confirmação plena do diagnostico e nós tinhamos a nossa consciencia satisfeita, por ter, emquanto tardava o *verdictum*, levantado as forças da doente com uma alimentação forte e sadia e com a medicação reconstituinte.

A questão da diagnose resolvida sem contestação possivel, outros problemas e espinhos nos aguardavam, pedindo soluções promptas e radicacs.

E’ ao sahir do intrincado do diagnostico que se tem de formular um prognostico e estabelecer uma therapeutica radical.

Novas questões surgem, novas difficuldades começam.

A tuberculose é uni ou bilateral?

Si um rim está são, será elle sufficiente, no caso de nephrectomia?

Não existe, no organismo, alguma lesão que contraindique, a operação radical?

Fomos, assim, levados á solicitar do distincto collega Dr. Alfeu Medeiros o catheterismo dos uretères, para exame separado das urinas dos dous rins.

Nessa occasião foi feita a pesquisa da uréa no sangue, e estabelecida a constante ureosecretoria de Ambard.

A uréa sanguinea era 0,79

A constante de Ambard = 0,157.

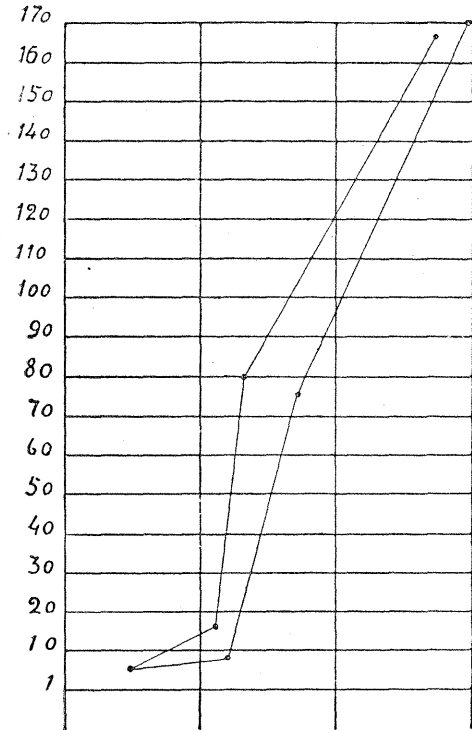
O exame histo-bacteriologico das urinas deu este resultado.

Exame bacteriologico	Rim direito	Rim esquerdo
A inoculação da urina global deu resultado positivo (B. de Koch.)	Diversas he-macias, Alguns cris-taes uricos B. de K. = 0 Cylindros=0.	Diversas cel-lulas renaes, numerosos leucocy-tos, cristaes uricos.
O resultado da inoculação das urinas separadas ainda não foi da-do.		B. de K. = 0 Cylindros=0.

Capacidade vesical = 120

Exame chimico:	Rim D	Rim E
Agua (em 2 horas).....	260 c <sup>3</sup>	250 c <sup>3</sup>
Chloruretos (por litro)	1 <sup>er</sup> ,170	1,053
Chloruretos (em 2 hs....	0,312	0,271
Uréa (em 2 horas).....	1,658	0,816
Album. por litr.).....	traços	0,75

A prova da polyuria experimental deu o seguinte resultado:



Ella fornece, como se vê, resultados sensivelmente iguaes para os dous rins.

Da exposição de dados, acima feita, se notará desde logo o resultado desfavoravel da Constante de Ambard, motivo bastante para contemporisar, por alguns dias, até que novas determinações do referido coefficiente, fixassem o seu valor no caso.

Além disso a familia da doente insistia em consultar um especialista em tuberculotherapie antes de ser resolvida a questão da oportunidade da nephrectomia.

Assim, pois, aconselhámos que a Constante de Ambard novamente fosse procurada, e o organismo cuidadosamente examinado, para verificar si o estado pulmonar poderá constituir contra indicação dessa medida salvadora.

## NOTAS DE CLINICA

Para **Lockwood** são as seguintes as indicações da analyse do succo gastrico:

1. — Em todos os casos da dyspepsia.
2. — Nos casos de diarrhêa chronica, que não forem devidos a uma affecção evidente do colon e do recto.
3. — Em todos os casos da toxemia intestinal, cephalalgia periodica de origem toxica.
4. — Em todos os casos de anemia e depauperamento physico geral de causas desconhecidas e rebeldes ao tratamento.

**Mandamentos sobre a appendicite** (Cheiddecquel, España Médica, Junho 1918).

1.º — Nunca se deve tratar medicamente uma appendicite:

- a) Quando existem signaes de peritonite.
- b) Quando a febre fôr augmentando.
- c) Quando se percebe claramente uma tumefacção na fossa iliaca direita.
- d) Quando o pulso fôr lento e a temperatura baixa, como signaes de peritonite local e de que o appendice começa a gangrenar.
- e) Quando cessarem bruscamente as dores.
- f) Quando a proporção dos mononucleares fôr superior a 30.

g) Quando a acceleração do pulso não estiver em relação com a temperatura.

h) Quando os symptomas adquirirem gravidade pouco depois de começar a enfermidade.

i) Quando já tenha havido outras crises anteriores.

2.º — Nunca se deve fazer tratamento medico quando o paciente fôr uma criança, porque a explosão de uma peritonite e a formação de um abcesso, nessa idade, realizam-se com rapidez.

3.º — Não se deve confundir a appendicite com uma febre typhoide, a arthrite coxofemoral, a tiflíte, a lithiase intestinal, a obstrucção intestinal, a cholecystite com distensão vesicular, o abcesso perinephritico, a peritonite tuberculosa, a gravidez extrauterina, a colica nephritica, o cancer do cœcum, a hypocondria e a hysteria.