

VALOR DO EXAME UROLÓGICO NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DOS TUMORES DO ABDOMEN

CARLOS DE MORAES BARROS (*)

(2.º assistente)

AUGUSTO A. DA MOTTA PACHECO

(3.º assistente)

No objetivo de acentuar o valor do exame urológico metuculoso em casos de tumores do abdomen, reunimos neste trabalho varias sumulas de observações nas quaes o diagnostico diferencial pôde ser feito com precisão pela propedeutica urológica.

1.º CASO — N. V. P. branco, brasileiro, 26 anos, masculino, casado.

Queixas dor na região hipogastrica ha um ano.

Historico: Em 25-12-939, violenta dor ao nivel da porção superior da região hipogastrica e inferior da região umbelical, mais acentuada para o lado direito. Procurou a Santa Casa. Melhóra completa após medicação sedativa. 15 dias depois, nova crise. Internado na Santa Casa, sofreu apendicectomia de urgencia. Alta 8 dias após, permanecendo em bôa saúde durante trinta dias, ao fim dos quaes foi acometido de nóva crise em tudo identica ás anteriores. Desde essa época as crises se repetem periódicamente com intervalos que vão de algumas horas a uma semana.

As crises se iniciam com dor progressivamente acentuada até atingir fórmula de violenta pontada ao nivel da parte superior da região hipogastrica e inferior da região umbelical, irradiando-se para a coxa e testiculo do lado direito. Refere, durante a crise, um tumor na região citada, que aumenta sensivelmente de volume, com nauseas, desejo frequente de urinar e de evacuar.

Assinala, ainda, que as dores decrescem na sua intensidade até completa regressão, quando percebe diminuição e quasi desaparecimento do tumor referido.

(*) Da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço do Professor Luciano Gualberto, na Santa Casa.

Exame: A palpação percebe-se um tumor situado mais ou menos na linha mediana, na parte inferior da região umbelical e na superior da região supra-pubica. Ovoidal, de eixo maior no sentido longitudinal, limites nitidos, particularmente em sua bórda direita. Superfície lisa, consistencia parenquimatosa, pouco móvel lateralmente e não se mobilisa no sentido longitudinal. Não tem relação com colons e cecum que são palpaveis. O tumor não é atingido nem pelo toque retal e nem pelo palpar combinado reto-hipogastrico. Rim direito não palpavel e esquerdo palpavel no seu pólo inferior.

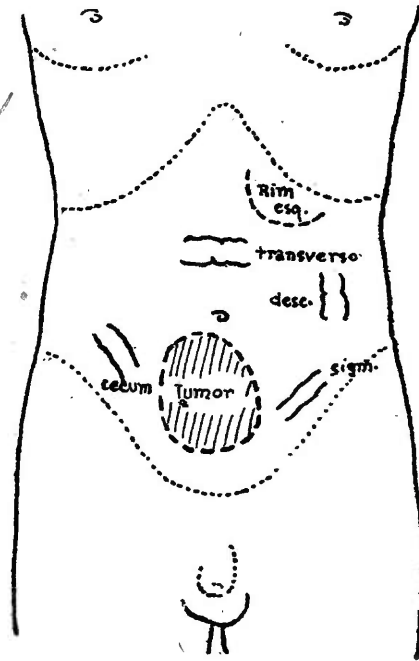


FIG. 1
Esquema do abdomen
(Caso 1)

Urografia: Revelou ausencia de secreção à direita, mesmo após 30' e normal a esquerda.

Cistoscopia: Normal. Cateterismo ureteral normal a esquerda e, a direita, ligeiro obstaculo inicial, vencido após manobras e tendo sido a sonda introduzida numa extensão de 20 centímetros com esvaziamento continuado de urina pela sonda deste lado.

Urinas separadas: Rim direito-uréa 2,9 ‰ — cloretos-7 ‰
— Rim esquerdo-uréa-6,1 ‰ — cloretos-12,5 ‰.

Sedimento urinario: Normal.

Indigo carmin: A esquerda, azul intenso em 3 minutos e a direita, azul muito claro em 9' e em 15' azul pouco mais acentuado.

Pielografia ascendente: Ureter esquerdo, bacinete e calices bem cheios, dilatados e constipados. No lado direito a sonda ureteral dirige-se para a linha média ao nível do promontório e o contraste enche uma cavidade (bacinete) de contornos nitidos, lisos, ovalar, de maior diametro transverso e apresentando dois córnos em seus angulos supero esternos, direito e esquerdo. Em um desses córnos,

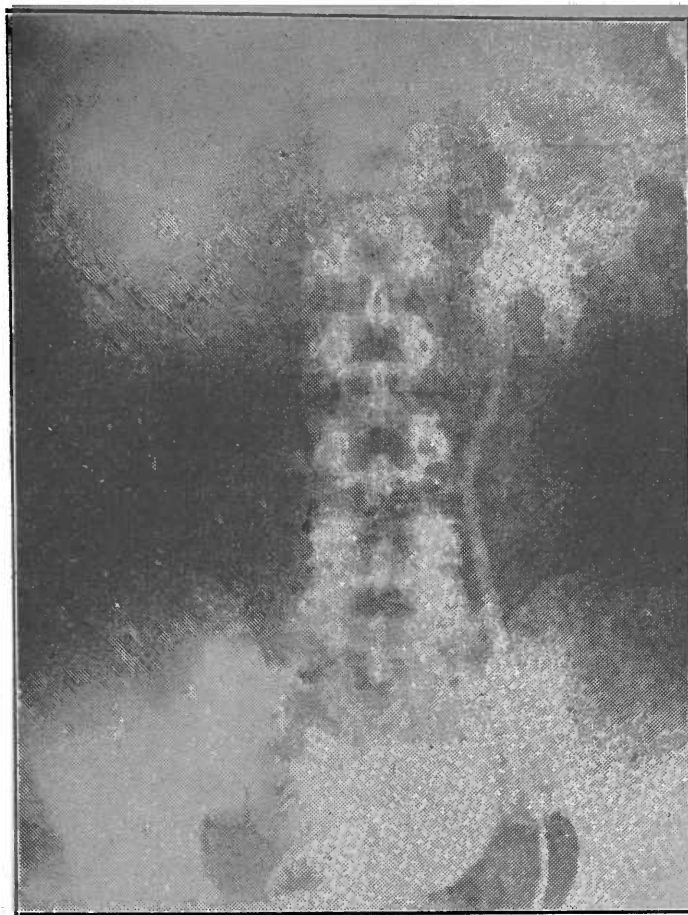


FIG. 2
(Caso 1)

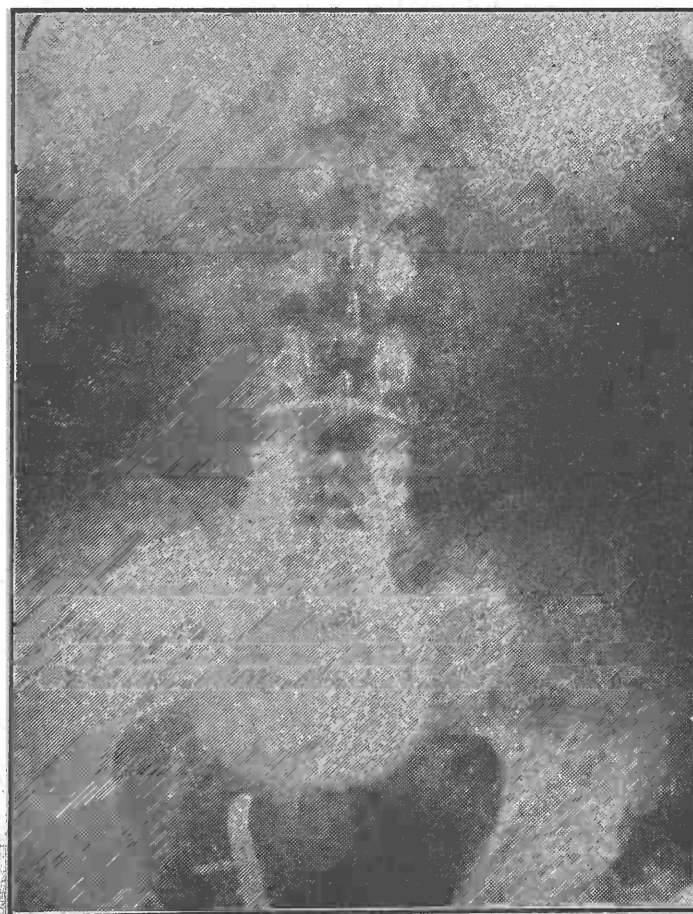


FIG. 3
(Caso 1)

o direito, parece que o ureter, depois de retorcido na parte inferior, vem desembocar. Na uretero-pielografia direita ascendente, com sonda de Chevassú, nota-se um ureter curto que se dirige para cima e a seguir para dentro, em direção ao promontório, abrindo-se na cavidade descrita.

Diagnostico: Rim ectópico pélvico direito com hidronefróse.

Comentários: A anamnese do doente revela história de cólica renal a direita, caracterizada perfeitamente pela dor com seus distintivos de irradiação e, o que é mais, um tumor que o proprio doente refere mais tenso durante a crise, doloroso, com premencia, tenesmo e vomitos, tumor esse que decresce e desaparece passada a crise. Esse tumor é muito bem individualizado pela palpação abdominal. Não se justifica, em face desse quadro, o descuido de um exame inicial e cuidadoso do aparelho urinario.

A urografia já assinalaria exclusão (hidronefróse) de um lado e a pielografia ascendente faria o diagnostico, como o fez, evitando uma apendicetomia inutil.

2.^o CASO — N. D. branco, brasileiro, casado, masculino.

Queixa: Dores na fossa iliaca e no flanco direito ha 4 anos.

História: Ha 4 anos dores difusas como acima, pouco intensas e irradiação para ambas as regiões lombares. Apareciam cada 15 ou 20 dias, são mais frequentes atualmente e teve cólica abdominal nestes ultimos dias.

Apresenta estreitamento uretral que dilatou ha trez anos.

Seu játo de urina é fino, de novo, destes dois ultimos anos a esta data. Refere ter sido examinado desde o inicio de sua doença por varios medicos e os diagnosticos foram, entre outros: apendicite, kisto e seminoma. Foram, mesmo, propostas varias intervenções cirurgicas para estirpação quer do apendice, do kisto ou do tumor.

Exames: No abdomen, na fossa iliaca direita e na região umbelical, junto a linha mediana, palpa-se um tumor de limites bem definidos e nitidos. Ligeiramente movel no sentido lateral, de consistencia parenquimatosa, doloroso, de superficie lisa, não pulsatil e correspondendo perfeitamente a sombra visivel na urografia.

Sigma, transverso e cecum palpaveis, nada apresentando de anormal. Pontos reno-ureteraes dolorosos os posteriores e lateraes de ambos os lados. Rim não palpavel do lado esquerdo. Uretra permeavel a exploradora olivar 17, com numerosos resaltos.

Urografia: Nefrograma direito, nitido, na zona de projeção do tumor descrito. Aparecimento do ureter pelviano do lado direito. Não houve aparecimento de calices e bacinete em todas as chapas, de 1 minuto até uma hora. Não se consegue visualizar nefrograma do lado esquerdo e nem, tambem, eliminação de contraste até uma hora. Não foi feita pielografia ascendente em virtude do estreitamento uretral que impedia cistoscopia. O doente não mais voltou a consulta para exames complementares necessarios.

Diagnostico: Rim ectópico iliaco direito.

Comentario: Dor no flanco, dor lombar e disturbios miccionaes imputaveis ao estreitamento e o tumor, palpavel no flanco, com

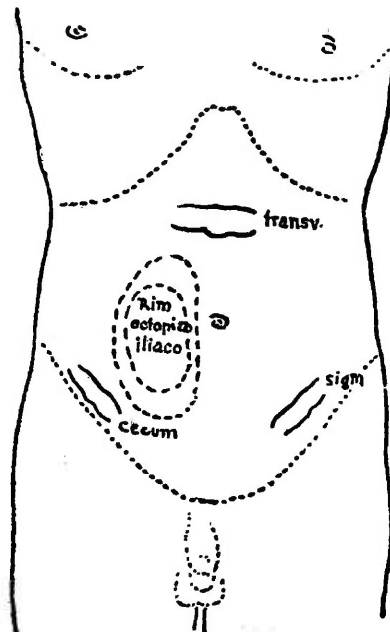


FIG. 4

Esquema do abdomen
(Caso 2)

característicos de retro-peritoneal, parenquimatoso e reniforme, por certo tornam imperativo o exame urológico cuidadoso.

A urografia já assinala que o tumor palpavel no flanco corresponde ao nefrograma direito.

A sintomatologia alta, embora frustra, com história e lesão do trato urinário baixo, merece maior atenção clínica para que se afastem e se evitem diagnosticos de apendicite, kisto, etc.

Infelizmente o estreitamento uretral impediu se completassem, com pielografias indispensaveis, o exame do aparelho urinário logo após a consulta e, o doente não tendo voltado, conforme recomendamos, não nos foi possível positivar situação e estado do outro rim.

3.º CASO — V. L. Z. brasileiro, branco, masculino, 23 anos, solteiro, funcionario publico, Capital.

Queixa: Vasio na região lombar direita e peso no hipocôndrio do mesmo lado ha cinco anos.

Historico: Em 1935 notou, no lado direito do abdomen (hipocôndrio), uma saliencia que, ele proprio, pela palpação, verificou ser movel e não dolorosa. Fizeram-lhe diagnostico de rim cahido. Nessa mesma ocasião começou a sentir um vasio na região lombar direita. Nada mais refere.

Exame: Na posição de decubito dorsal palpa-se o polo inferior do rim direito e na posição ortostatica palpa-se todo o orgão, no flanco. Rim esquerdo não palpavel.

Urografia: Ausencia de sombras opacas aos raios X. Rins de forma e contornos normaes. Polo inferior do rim direito ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar; em posição ortostatica desce 6 centímetros, ficando 2 centímetros abaixo da crista iliaca. Polo inferior do rim esquerdo ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar e desce 1 centimetro em posição ortostatica. Funções secretora e escretora normaes.

Cistoscopia: Normal. Cromocateterismo: rim direito, azul claro em 8', rim esquerdo, azul claro em 6' e, 1' depois, azul intenso em ambos.

Separação de urinas: Sedimento urinario: normal. Exame bacterioscopico-negativo. Exame bacteriologico-presença de coli do lado direito e negativo para o lado esquerdo.

Pielografia ascendente: Em posição ortostatica, o polo inferior do rim direito bascula para dentro acarretando angulação entre bacinete e ureter; 5 centímetros abaixo desse ponto e ao nivel da 1.^a vertebra sacra, presença de angulações ureteraes.

Diagnosticos: Ptose renal direita.

Comentarios: O interesse deste caso está apenas no patentear a facilidade com que clinicamente se póde comprovar a queixa do doente referindo tumor movel e não doloroso, no flanco direito. A palpação cuidadosa já revela, em posição ortostatica, um tumor retro-peritoneal, movel, com as características palpatorias de rim e que se póde fazer voltar á loja renal, sem a menor dificuldade.

Urografia e pielografia confirmaram o exame clinico, estabelecendo as relações entre o órgão e o conducto escretor. (cotovelos)

4.^o CASO — E. R. branca, russa, 34 anos, casada, feminina, domestica, São Paulo.

Queixa: Dor na região lombar direita ha cinco anos.

Histórico: Ha cinco anos dor na região lombar direita com irradiação para o flanco, fóssea iliaca e coxa do mesmo lado.

As dores são continuadas e em fórmula de peso intenso, com periodos de exacerbação. Polakiuria diurna (8 a 10 veses). Nada mais refere.

Exames: Abdomen: palpa-se, no flanco direito, um tumor ovalar, muito movel, superficie lisa, consistencia parenquimatosa, doloroso e que deslisa facilmente para a loja renal. Colons palpaveis e dolorosos em todo trajeto. Pontos reno-ureteraes dolorosos os posteriores e os lateraes, do lado direito.

Urografia: Ausencia de sombras opacas aos raios X. Rins de fórmula, volume e contornos normaes. Rim direito com pólo inferior ao nivel da apófise transversa da 4.^a vertebra lombar e, na posição ortostatica, ao nivel da bórda inferior da 5.^a vertebra lombar. Rim esquerdo, pólo inferior ao nivel da apófise transversa da 3.^a vertebra lombar e, na ortostatica, ao nivel da bórda superior da 4.^a vertebra lombar.

Função secretora: Normal.

Função escretora: Alterada discretamente, com ligeira constipação bilateral, mais acentuada do lado direito. Na posição ortosta-

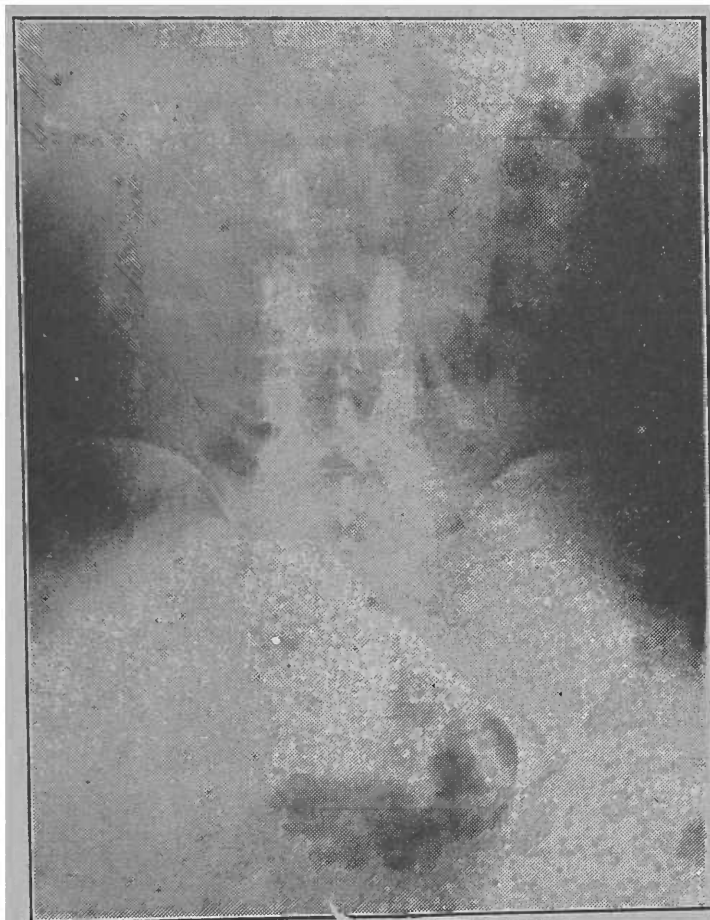


FIG. 5
(Caso 4)

tica, o rim, descendo, bascula o seu pólo inferior para dentro, havendo formação, ao nível da junção piélo-ureteral, de um cotovelo em nitido anzol.

Comentário: A anamnese, com o síndrome de dor renal (sede e irradiação) e a palpação abdominal, percebendo um tumor no flanco com as características palpatórias de rim ptosado, já estabeleceram diagnóstico que o exame radiográfico confirmou in totum.

5.^o CASO — A. D. C. branco, brasileiro, 41 anos, casado, comércio, São Paulo.

Queixa: Massas tumorais nos flancos há 5 anos.

Historia: Há 5 anos começou a sentir peso junto as últimas costelas de cada lado e, ele próprio, palpava massas duras, nessas regiões, sendo ligeiramente dolorosa a palpação, a esquerda, que também doía espontaneamente, em certas ocasiões. Há uma semana, após a micção, notou aparecimento de sangue no meato uretral.

Exames: Abaixo da reborda costal direita palpa-se massa tumoral dura, bosselada, dolorosa, situando-se sua borda inferior 2

centímetros abaixo da linha transversal que passa na altura da cicatriz umbilical e aproximando-se da linha mediana, da qual dista 4 centímetros. Abaixo da reborda costal esquerda palpa-se massa de característicos identicos aos da supra citada a direita, cuja borda inferior está 1 centímetro abaixo da linha transversal que passa pela cicatriz umbilical. Transverso palpavel ao nível da cicatriz umbilical. Cecum e sigmoides, nas fossas iliacas, gargarejantes e não dolorosos.

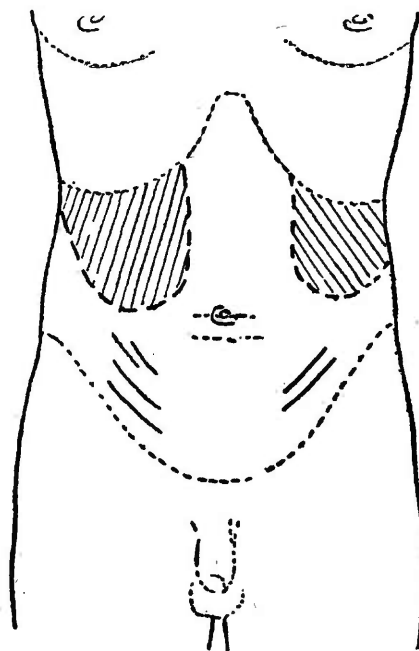


FIG. 6

Esquema do abdomen
(5.º caso)

Urografia de eliminação: Rins muito aumentados de volume, de forma normal e de contornos lobulados. Rim direito, com polo inferior ao nível da apófise transversa da 5.^a vertebra lombar e ao nível da crista iliaca. Rim esquerdo, 3 centímetros abaixo da crista iliaca.

Função secretora: Rim direito, 5' após, a presença de contraste ao nível do calice superior e bacinete, mesmo após 50' não ha maior concentração. Rim esquerdo, não se visualisa contraste, nem em 50'

Função escretora: Alterada. A direita: bacinete alongado, afilado e comprimido lateralmente, em cuja extremidade, em angulo obtuso, se implantam, um calice superior e um calice inferior, alongados, dilatados e comprimidos lateralmente, terminando cada um deles em dilatação, com forma de clava. Ureter não visível. Bexiga nada revela. Rim esquerdo, prejudicada a interpretação por não ter havido eliminação de contraste.

Cistoscopia: Capacidade vesical 260 cc. Clareamento facil; bexiga de aspeto normal, como colo vesical e meatos ureteraes. *Cateterismo ureteral:* as sondas ureteraes foram introduzidas 20 centímetros

de cada lado e, injetado indigo carmin, houve eliminação, a direita, em 9' (azul claro). O rim esquerdo não eliminou até 1 hora.

Separação de urinas: Rim direito: apoz 1 hora secretou 20 cc.: uréa 7,40 e cloretos 9,50, sedimento urinario: raras celulas epiteliaes descamadas, raros leucocitos isolados. Grande numero de hemaceas. Bacterioscopico-negativo.

Rim esquerdo: apoz 1 hora eliminação de 2 cc.: urina turva: uréa 4,7; cloretos 9. Sedimento urinario: raras celulas epiteliaes descamadas. Numerosos leucocitos degenerados e varias hemaceas. Bacterioscopico-varias formas de estafilococus e de bacilos coli.

Exame de sangue: uréa-75 mmg. % — Creatinina — 2,3 mmg. % — Indicão — 0,128 mmg. %.

Prova de uroseletan: densidade 1008 — em 5' — 1014 — em 50' — 1012.

Prova de sulfofenóftaleina: em 15' — traços — em 30' — traços — em 70' — 17 1/2%.



FIG. 7
(5.º caso)

Pielografia ascendente: 20 cc. de iodeto de sodio a 12 1/2%, de cada lado, acusando o paciente ligeira dor.

Rim direito — mesmo aspeto que a urografia, apenas mais nítido. Ureter dirigindo-se obliquamente para dentro, alcançando

disco intervertebral entre 2.^a e 3.^a lombares, donde desce para a bexiga acompanhando a linha das apófises transversas.

Rim esquerdo — bacinete afilado, comprimido lateralmente e obliquo de cima para baixo e de fóra para dentro, terminando em porção dilatada de onde partem, em angulo largamente obtuso, um calice superior e um calice inferior e, de sua parte media, um calice curto. O calice superior está alongado e achatado lateralmente terminando-se em clava dilatada e irregular. O calice médio, que é curto, termina em taça nitida. O calice inferior desde seu inicio é alongado e termina em clava irregular, havendo refluxo pielo-venoso. Ureter se dirige obliquamente para dentro atingindo a apófise transversa da 3.^a lombar e daí dirige-se para baixo e torna-se obliquo para fora, quando vae atingir a grande chanfradura ciática. Bexiga normal.

Comentarios: A queixa que trouxe o doente a consulta: "massas tumoraes em ambos os flancos e dolorosas" já orientava o exame clinico. De fato a palpação abdominal assinala massas tumoraes bilateraes, retro-peritoneaes, bosseladas e com rechaço nitido, características de rim policistico bilateral.

6.^o CASO — M. B. branco, italiano, 54 anos, alfaiate, casado, São Paulo.

Queixa: ardor e frequencia ás micções, que reporta a 4 anos e peso no hipocondrio direito, ha seis meses.

Historico: Refere micções noturnas frequentes, ardor, urinas turvas e não raro com coagulos sanguineos, ha 4 anos. Nessa época, logo após os primeiros padecimentos urinarios, consultou e teve diagnostico de tumor vesical do qual se operou um ano mais tarde. Desconhece detalhes da intervenção cirurgica que sofreu referindo tão sómente que lhe abriram a bexiga por cistostomia supra-pubica. A fistula vesical só ficou inteiramente cicatrisada 20 meses após o ato cirurgico. Apesar da intervenção a sintomatologia perdurou, o que o doente precisa e acentúa: micções frequentes (noturnas e diurnas), ardor, urinas turvas e, ás vezes, com coagulos de sangue. Assinala que não raro a polakiuria e a premencia de tal fórmula se exacerbam que as urinas escorrem continuamente pela uretra, ás gotas, o que lhe tornou imperiós a necessidade de usar urinól de borracha para conter o penis. Ha seis meses sentiu certo peso no hipocondrio direito e observou que o seu abdomen se tornava mais volumoso e proeminente nessa região. Tem tomado medicação visando corrigir disturbios hepaticos uma vez que teve abcesso amebiano anteriormente e a queixa que refere, foi, atualmente, relacionada a alterações do figado. Nada mais assinala de interesse na sua história a não ser que, nestes ultimos dias, notou elevação vespertina e diaria da temperatura — (37° e 37°,5).

Exames: Cicatriz operatória na região supra-pubica. A palpação abdominal da bexiga é dolorósa. No hipocondrio direito nota-se um grande tumor de consistencia dura, doloróso á palpação e á percussão, apresentando rechaço nitido. A percussão, em certas

ocasiões, revela interposição de alça intestinal na frente do tumor. A palpação e a percussão assinalam que o tumor desce 9 centímetros abaixo da reborda costal e alcança 8 centímetros para cima da mesma reborda, avançando para a linha mediana da qual dista apenas 4 1/2 centímetros. O tumor méde 19 centímetros de comprimento por 14 de largura.

Rim esquerdo não palpavel, pontos reno-ureteraes posteriores e anteriores, dolorózos á palpação.

A capacidade vesical é de 30 cc. de urina turva, espontaneamente emitida:

Exame de urina revelou ser acida, densidade 1020 e traços evidentes de albumina. O sedimento continha grande quantidade de

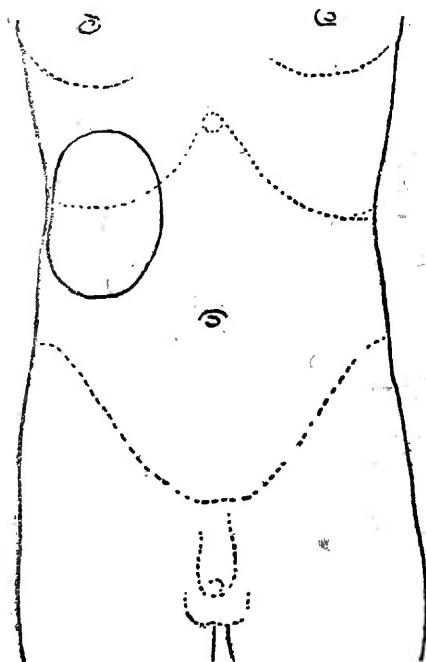


FIG. 8
Esquema do abdomen
(6.º caso)

púz, bacilo gram negativo, que o exame bacteriológico evidenciou como sendo coli.

Exame de sangue: uréa-28 mmg.% — creatinina-1 mmg% — indicação-0,091 mmg % — Tempo de sangria-2' 15" — Tempo de coagulação- 5'

Urografia de eliminação: Ausencia de imagens opacas. Rim direito muito aumentado de volume com pólo inferior situado a 2 1/2 centímetros abaixo da crista iliaca. Contórnos pouco nitidos. Rim esquerdo de fórmula e volume normaes e polo inferior situado ao nível da bórda inferior da 3.^a vertebra lombar. Contórnos normaes. Função secretora-normal a esquerda e ausente a direita em 30'. Função escretora prejudicada a direita e alterada a esquerda: discreta dilatação de calices e bacinete. Ureter progressivamente

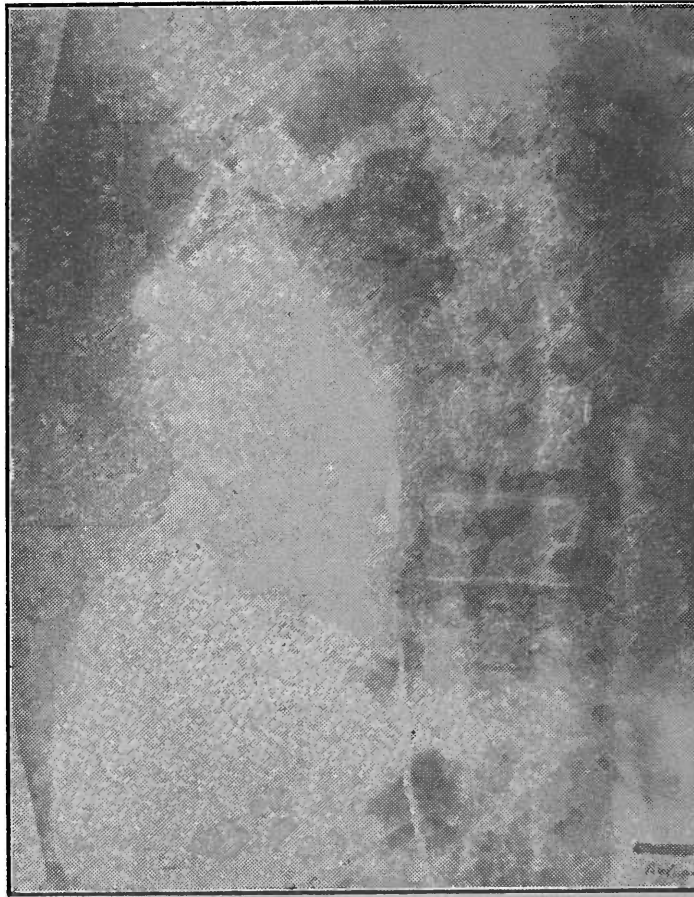


FIG. 9
(6.º caso)



FIG. 10
(6.º caso)

dilatado de cima para baixo, principalmente porção pelviana, com angulações ligeiras. Bexiga retraída, elevada e de contornos regulares. A *cistografia* revela deformação no zimbório às 10 horas e refluxo vesico-uretero-pielo-calicial a esquerda.

Cistoscopia: Capacidade 30 cc. Clareamento difícil. Hipermia das paredes vesicais com presença de pequenos orifícios enegrecidos. Às 10 e às 2 horas, no zimbório vesical, orifícios enegrecidos por onde sae jato abundante de líquido amarelado. O orifício direito foi cateterizado e injetou-se iodeto de sódio a 12½% para pielografia. Após injetados 30 cc. o doente acusou dor ao nível da bexiga e nada referiu quanto a região lombar.

Pielografia ascendente: Rim aumentado de volume. Polo inferior ao nível da borda inferior da terceira vertebra lombar.

Enchimento irregular de cavidades pielo-caliciaes, com absoluta ausência de suas características anatomicas. Da junção uretero-pielica, para cima, o bacinete apresenta-se como que afunilado e comprimido de cima e de baixo, com contornos irregulares e, da sua estremitade distal, partem, divergindo, para cima e para baixo, respetivamente, os calices superior e inferior que formam um T com o bacinete. O calice inferior se apresenta alongado, deformado, como que apertado, de contornos irregulares, terminando-se em porção dilatada e arredondada. O calice superior se apresenta dilatado, deformado, contornos muito irregulares e como que empurrado para o hilo renal. Ureter de calibre exiguo em toda a sua extensão, visualizando-se sonda ureteral na altura do ureter lombar. Apresenta zonas de calibre mais estreitado, verdadeiramente filifórme, como nas alturas dos terços superior e inferior, rígido e de contornos irregulares. Sua desembocadura na bexiga se faz em funil de base inferior com repuxamento da vicera para esse lado. Enchimento da bexiga que se apresenta retraída e presença de refluxo vesico ureteral esquerdo que atinge bacinete e calices.

Diagnostico: Tumor renal direito.

Tratamento: Nefrectomia em 7-2-941. Anestesia raquidiana alta, no final da operação anestesia geral pelo eter.

O exame macroscopico da peça, que não foi aberta, ainda fazia manter o diagnostico e sómente o exame anatomo patológico é que revelou tratar-se de tuberculose cavernosa em rim muito alterado.

Comentario: Embora este doente se tenha apresentado ao Ambulatorio com queixa de peso no hipocondrio direito e, mesmo, diagnostico feito alhures de um processo ao nível do figado, naturalmente em face da historia de abcesso hepatico amebiano, o exame clinico e a anamnese afastaram de inicio esta hipotese fazendo ressaltar a sintomatologia urinaria. A historia de tumor vesical operado anteriormente e os exames de laboratorio dando presença de bacilo coli na urina, acentuavam, ao lado da queixa, do historico e dos exames, que a séde da lesão era o trato urinario.

A palpação abdominal revelando figado situado 1 centimetro abaixo da reborda costal e tumor palpavel no hipocondrio, retro-

peritoneal, com rechaço e doloroso, sugere hipótese de tumor renal. Os exames complementares, principalmente os radiográficos, confirmam a presunção clínica de tumor renal. Mesmo no ato operatorio, o aspecto macroscópico externo da massa tumoral, que não foi aberta, parecia confirmar o diagnóstico. O exame anatomo-patológico é que revelou tratar-se de tuberculose cavernosa do rim. Característicos palpatorios de um e de outro, nessa fase, são de fato muito semelhantes (tumor renal) e só com os demais dados dos exames complementares é que seria possível estabelecer diagnóstico diferencial. No caso em apreço, no entanto, isso não aconteceu em face da acidentada história nosológica do doente e quadro atípico da bacilose renal. Entretanto, a indicação terapêutica que os exames clínico e complementares comandaram, era a única adequada.

7.º CASO — J. Z. branco, brasileiro, 64 anos, masculino, casado, comércio São Paulo.

Queixa: Ha 1 ano e 3 mezes foi bruscamente acometido de fortes dores na região lombar direita com irradiação para baixo e para frente, que duraram 2 dias. Essas dores se acompanharam de urinas sanguinolentas. Durante 1 ano não acusou padecimento algum e apoz esse tempo teve nova colica acompanhada de hematuria. Ha 1 mez sente constantemente dolorosas, a região lombar e a fossa iliaca direita. Levanta duas vezes a noite para urinar.

Exames: Palpa-se um tumor no flanco iliaco direito, duro, de

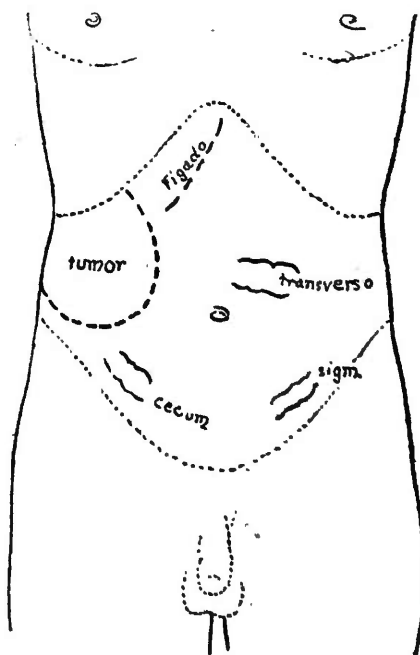


FIG. 11
Esquema do abdômen
(7.º caso)

superfície irregular, doloroso, com rechaço, sendo o transverso palpável na sua frente. O tumor não é movel com os movimentos res-

piratorios. Sigma e transverso em situação habitual e nada revelam de anormal.

Exames de sangue: uréa — 65mmg%; creatinina — 2,1mmg%; indicação — 0,093mmg%.

Exame de urina: Acida, densidade 1016. Traços evidentes de albumina.

Sedimento: raros leucocitos isolados, varios agrupados, raras hemáceas, rarissimos cilindros granulósos. Exame bacterioscópico negativo.

Urografia: Ausencia de imagens opacas aos raios X. Rim direito muito aumentado de volume. Polo inferior ao nivel da crista iliaca e desce 4 centímetros na posição ortostatica. Rim esquerdo de forma e volume normaes. Polo inferior situado ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar. Posição ortostatica desce 1/2 centimetro. Função de secreção: normal. Função de escreção: alterada a direita onde se nota calice superior apenas visivel e não se visualisa bacinete.



FIG. 12
(7.º caso)

Cistoscopia: Bexiga trabeculada com musculo inter-ureteral muito saliente. Trigono congesto e colo deformado na sua vertente

inferior. Indigo-carmin: tanto a direita como a esquerda, azul intenso em 9'

Pielografia: Lado esquerdo: a sonda ascendeu no ureter até a porção iliaca, enchendo ureter, bacinete e calices, notando-se ligeira dilatação pielica. Do lado direito a sonda ascendeu até a porção lombar havendo ligeiro cotovelo ao nível da junção pelo ureteral. Enchimento do bacinete com ligeira dilatação; calice superior muito dilatado, de contornos pouco nitidos. Calices médio e inferior, amputados.

Exame radiológico dos colons, transito e relevo: Transito normal do contraste até o cecum. Ausencia de lesões intrinsecas dos varios segmentos cólicos. Grande tumor estrinseco, comprimindo o angulo hepatico dos colons, para baixo, achando-se o cecum tambem rebaixado e de situação pelvica. Tumor renal? Dr. Moretzsohn de Castro."

Comentarios: Dor na região lombar direita, típica de cólica nefritica, com irradiação para baixo e hematuria, acentua logo o comprometimento da porção direita do trato urinario alto.

O exame clinico revela tumor no flanco e hipocondrio direitos com caracteristico de retro-peritoneal, rechaço, imobilidade respiratória, tipicos de tumor renal. A pielografia confirmou o diagnostico, mostrando um bacinete deformado e comprimido com desaparecimento do calice inferior. Além disso o exame radiológico do trato intestinal assinala ausencia de lesões em todo o transito havendo, no entanto, compressão do angulo hepatico dos colons, para baixo e rebaixamento do cecum que é de situação pelvica.

O diagnostico de tumor renal se impõe e afasta quaesquer outras hipóteses.

8.º CASO — L. C. branco, brasileiro, 25 anos, solteiro, lavrador e procedente de Pompeia.

Queixa: dor e aumento de volume do epididimo esquerdo bem como peso e aumento de volume do hipocondrio do mesmo lado. Ha dois meses.

Histórico: Ha um ano, após coito suspeito, ardor á micção e corrimento amarelado, no meato uretral, mais abundante á expressão. Curou-se após trez meses de tratamento. Ha dois meses, após esforço, sentiu forte ardor á micção e aumento do testiculo esquerdo. Um medico lhe diagnosticou orquite prescrevendo injeções e uso de suspensorio escrotal. Nesta época começou a sentir peso na região lombar e no hipocondrio esquerdos com dores continuas mas pouco incomodativas.

Exames: abdomen plano com ligeiro abaúlamento situado no hipocondrio e flanco esquerdos e parte lateral e esquerda do epigastro. Pela palpação, nessa região, notamos um tumor cujos limites se evidenciam pelo grafico anexo:

Méde 12 centímetros da rebórda costal até seu limite inferior que dista 2 centimentros da cicatriz umbelical, com 15 centímetros de largura. Pela percussão a massicez no hipocondrio esquerdo atinge o 6.º espaço inter-costal, na linha mamilar anterior. Seus limites

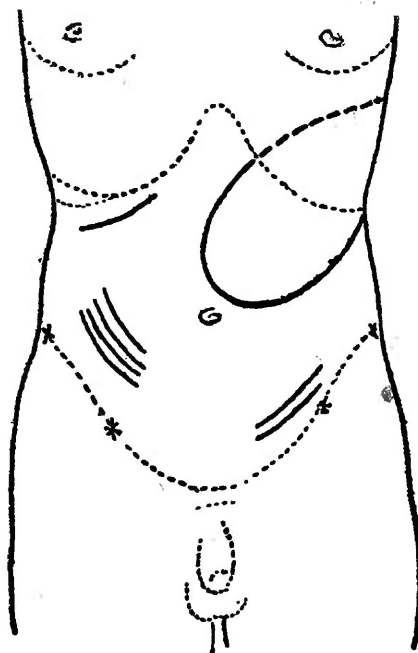


FIG. 13
Esquema do abdomen
(8.º caso)

são nitidos: é liso, regular, duro, massiço, prolongando-se pôr baixo da rebórda costal esquerda, onde existe zona de massicez que o delimita. Ha rechão lombar do tumor. Não existe interposição de segmento intestinal entre o tumor e a parede abdominal anterior. Fígado no 6.º espaço inter-costal, na linha mamilar direita. Palpavel 3 centímetros abaixo da rebórda costal, com bórda fina, lisa e ligeiramente dolorosa. Cecum, cólo ascendente e sigmoide, palpaveis, nada apresentando de anormal.

Epididimo esquerdo aumentado de volume, atingindo proporções identicas as de ovo de galinha, duro, muito doloroso e a pele da bolsa escrotal que o recobre é avermelhada. Dilatação varicosa das veias do funiculo. Meato uretral normal.

Manobra de Giordano negativa. Pontos reno-ureteraes não dolorosos.

Tóque: Aumento de volume do lóbo direito da prostata que é ligeiramente dolorosa. Vesiculas palpaveis, tensas e pouco dolorosas.

Próva de calices: Urina turva em ambos os calices e com filamentos pesados.

Exame da secreção uretral: Bastonetes grã negativos.

Urografia: Rim direito de fórmula, volume e situação normaes. Do lado esquerdo não se distingue nitidamente a fórmula do rim cujo

volume é muito aumentado e não se consegue visualizar, com precisão, o seu pólo inferior. Função secretora: normal á direita e muito retardada á esquerda. Função escretora: ligeira estase pielo-ureteral a direita e está francamente alterada a esquerda com desvio do pielograma para o lado. Calices dilatados, bacinete como que comprimido.

Diagnostico: Tumor renal a esquerda com uretrite total cronica, prostato-vesiculite e epididimite esquerda.

Tratamento: Em 6 de Junho de 1938 nefrectomia esquerda sob anestesia peri-dural. Encontrou-se massa neoplasica durante o descolamento da qual foi rompido o peritonio e mesmo 2 focos supurativos de pequenas proporções. O tumor descia para a fossa iliaca esquerda e avançava para a linha mediana tendo sido muito penoso o seu isolamento. No alto da massa tumoral, comprimido e angustiado pela mesma, se encontrava o rim atrófico que foi estirpado conjuntamente com o maximo de tecido néoplasico. Após nefrectomia foi retirada a maior quantidade possivel de massa tumoral remanescente.

Exame anatomo-patológico: “metastase de seminoma retro-peritonal. Assinado: *Constantino Mignoni*”

Sequencia: Em 5 de Julho de 1938 foi praticada castração esquerda sob anestesia peri-dural. Não se encontrou metastase nem na altura dos vasos iliacos externos. Testiculo estirpado nada apresentava de anormal macroscopicamente, nem mesmo a sua consistencia parecia alterada. O exame anatomo-patológico, entretanto, já revelou nucleos de néoplasia. Apesar de nóvas applicações radioterapicas, o doente, 2 meses após a ultima intervenção, falecia de caquexia cancerosa.

Comentarios: Embóra uma história de blenorragia recente mascarasse a queixa principal: “peso e dores na região lombar e no hipocondrio esquerdos” — o exame clinico acentuou a sintomatologia renal assinalando presença de tumor liso, regular, duro, massivo, saliente 12 centimetros abaixo da rebórda costal esquerda, com rechaço lombar, embóra sem interposição de segmento intestinal entre tumor e a parede abdominal anterior. O diagnostico de tumor renal foi confirmado pela urografia e só no ato operatório é que se verificou a origem da massa tumoral: retroperitonal e comprimindo e englobando um rim já inteiramente atrofiado. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de metastase retro-peritoneal de seminoma. O diagnostico de tumor renal se impunha em face da história, da anamnése e mesmo dos exames complementares, inclusive os radiológicos. Além disso, o testiculo, tanto clinicamente como a exame externo e macroscópico, após orquiectomia se apresentava perfeitamente normal.

A nefrécctomia praticada o foi com ampla exerése, tanto quanto possivel, da massa metastatica tumoral.

A indicação terapeutica só poderia ser esta, acrescida de applicações radioterapicas á posteriori, o que foi feito.

9.º CASO — M. R. branco, brasileiro, 26 anos, masculino, lavrador, casado, Marília.

Queixa: Fórtes dores no abdomen ha trez anos.

Histórico: Ha cerca de trez anos sentiu forte dor na região umbelical que desapareceu espontaneamente. Essas dores reapareciam de dois em dois meses ou de mez em mez. Ultimamente aparecem diariamente. Faz um ano que o paciente notou o aparecimento de uma bóla, que se móve no abdomen, com predominancia no epigastro.

Exames: Abdomen: á inspeção nóta-se um abaúlamento situado no flanco direito e na metade direita da região umbelical mais acentuado no fim da inspiração. A palpação nóta-se, no flanco direito e na metade direita da região umbelical, a presença de um tumor ovalar, disposto transversalmente, medindo quatro centímetros no sentido transversal e sete no longitudinal. De limites nitidos, consistencia firme, liso e doloroso, E' muito movel, sendo levado com facilidade para a lója renal direita, onde adquire a posição longitudinal, ficando seguro pelo dedo que palpa. Em nóva inspiração forçada volta á posição primitivamente descrita. Em posição ortostatica desce dois centímetros abaixo do ponto referido. Esse tumor é facilmente deslocavel para a parte esquerda da região umbelical. Baço palpavel 6 centímetros abaixo da reborda costal esquerda, em bórda romba, dura e não dolorosa. Fígado palpavel trez centímetros abaixo da reborda costal direita, em bórda fina e não dolorosa. Sigmoidé e cecum, na situação habitual, nada revelando de anormal. Transverso palpavel 5 centímetros acima da cicatriz umbelical. Es-

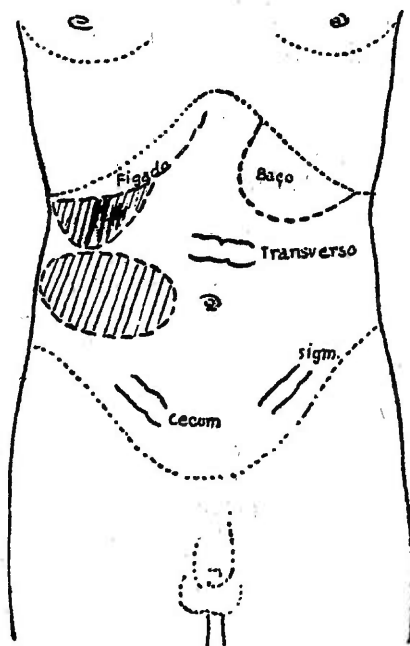


FIG. 14
(9.º caso)
Esquema do abdomen

tomago palpavel 10 centímetros acima da cicatriz umbelical. Rim esquerdo não palpavel.

Urografia: Ausência de sombras opacas aos raios X na zona de projeção do trato urinário. Rins de forma, volume e contornos normaes. Pólo inferior um centimetro abaixo da bórda superior da terceira vertebra lombar. Em posição ortostatica desce um centimetro. Função secretora — normal. Função escretora: normal.

Diagnostico: urograma normal.



FIG. 15

(Caso 9)

(Na redução do filme a copia foi invertida)

Pielografia ascendente: Lado direito: sonda ascendeu no ureter até 6 centímetros do meato ureteral. Enchimento de ureter, bacinete e calices, nada apresentando de anormal. Nóta-se a presença de uma sombra arredondada, de limites nitidos, medindo $8\frac{1}{2}$ por $10\frac{1}{2}$ centímetros situada no flanco direito sobre o musculo psoas, lateral ao ureter e parecendo superpor-se ao pólo inferior do rim.

Diagnostico: Pielograma normal. A sombra tumoral não tem relação de continuidade com o aparelho urinário.

Comentario: Tumor revelado pelo proprio doente e que a palpação abdominal assinala como localizado na região umbelical e flanco direito, perfeitamente movel, crescendo, ainda, que facilmente levado para a lója renal direita. Este ultimo dado é bem característico do rim flutuante. A propedeutica urológica cuidadósamente executada,

principalmente os exames radiograficos, afastou qualquer comprometimento do trato urinario. A unica hipótese plausivel, em face dos caracteristicos palpatórios era a de tumor do mesenterio, que assim ficou estabelecida. O doente foi operado pelo Dr. Raul Vieira de Carvalho que, no ato operatorio, verificou o acerto do diagnostico.

10.^o CASO — N. F. brasileira, branca, 30 anos, casada, feminina, residente nesta capital.

Queixa: Dor no flanco ha um ano e meio.

Histórico: Ha um ano e meio começou a sentir dores no flanco, na fossa iliaca e no hipocondrio direitos. As dores eram surdas, continuadas e não eram acompanhadas de outro sintoma.

Exames: Abdomen: palpa-se um tumor situado no flanco, fossa iliaca e chegando até o hipocondrio direito. E' de consistencia cística, de superficie lisa, movel aos movimentos respiratórios e pouco móvel lateralmente pela palpação. A insuflação dos colons mostrou que o ascendente se situa em posição anterior ao tumor.

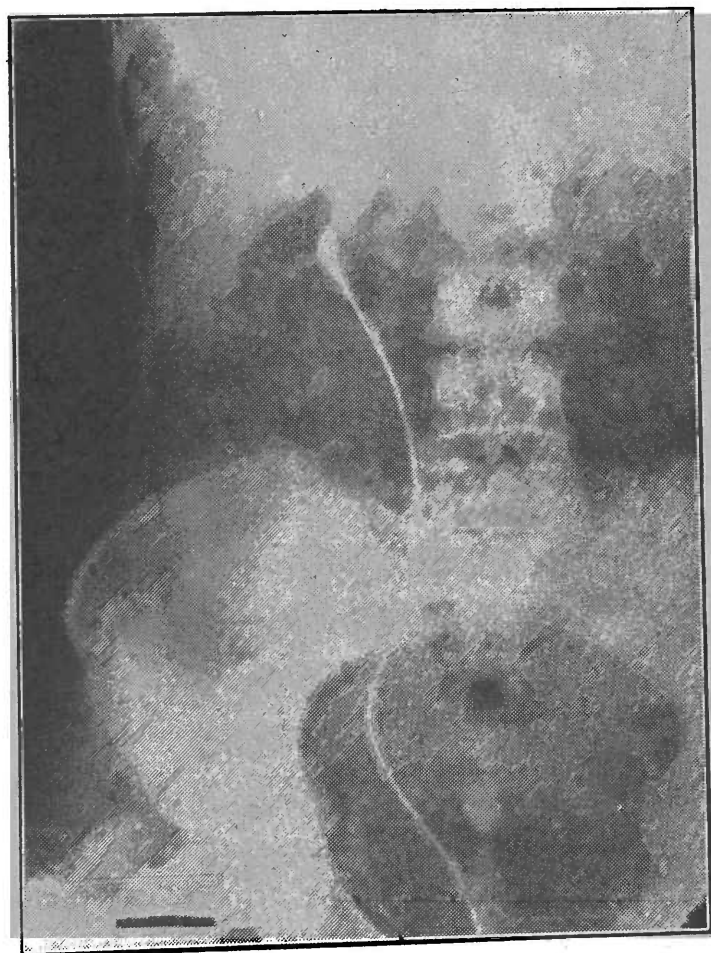


FIG. 16
(10.^o caso)

Pielografia ascendente: Sonda ureteral elevada no ureter direito até altura do bacinete. Ligeira angulação na junção pielo-ure-

teral com enchimento do bacinete e dos calices. Não ha relação de continuidade entre o rim direito, a rebórda hepatica e o ureter com uma sombra tumoral situada para fóra do ureter que se apresenta empurrado, pela mesma, para a linha mediana, em suas porções lombar e iliaca.

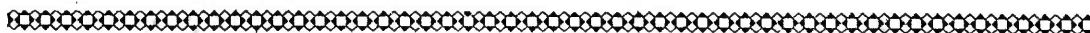
Comentario: Sómente a localização do tumor indicou a esploração radiológica do rim direito, na falta de toda e qualquer sintomatologia característica. A pielografia excluiu completamente a participação renal e assinalou a rebordá hepatica, também, sem relação com o tumor. A insuflação dos colons, contudo, estabeleceu a sua séde como retro-peritoneal. Foi indicada uma laparotomia exploradora, tendo sido verificada a presença de um tumor situado no meso-colon ascendente, facilmente estirpado. Tratava-se de um cisto seroso do meso-colon ascendente.

Estes dois ultimos casos (9 e 10) ressaltam o valor do exame urológico no diagnostico diferencial. De inicio excluiu completamente qualquer comprometimento renal. Num dos casos conduziu ao diagnostico definitivo e, no outro, á laparotomia exploradora, perfeitamente indicada e de resultado eficaz.

Conclusão: A propedeutica urológica, e principalmente ao exame radiológico se deve o diagnostico perfeitamente estabelecido dos dez casos que acabamos de relatar.

Da leitura atenta dos mesmos resalta a necessidade de se pensar no rim, nos quadros de tumores abdominaes, sejam quaes forem as suas localizações. Em geral, como nas afeções dolorósas do abdomen, nos tumores abdominaes, o rim é muito esquecido e poucas vezes explorado.

Se muitas vezes o processo é de origem renal e o diagnostico se esclarece, noutras, embóra não o seja, o exame urológico, auxiliando o diagnostico diferencial, orienta e encaminha.



CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

HIPERTENÇÃO ARTERIAL — MIOCARDITES — ARTERIOESCLEROSE

A base de Viscum album — Cactus grandiflora — Cratoegus — Kola — Scila Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

Casa Lohner

S/A MÉDICO - TÉCNICA

SÃO PAULO

Rua São Bento, 216

TELEF.: 3-2175

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 133

TELEF.: 23-5863

Telegr.: RENOL



Casa do Médico no Brasil

Tudo o que o médico, o dentista, o químico, o hospital ou o sanatório pode necessitar, desde o simples bisturi até à instalação radiológica ultra-potente, tudo é fornecido pela Casa Lohner, sempre de acordo com os mais recentes aperfeiçoamentos da técnica moderna. Há decênios na vanguarda e pioneira em todos os ramos da eletricidade médica, a nossa casa orgulha-se de contar entre seus amigos e clientes as maiores sumidades médicas do país. Faça uma visita às nossas amplas exposições e não se esqueça que o lema da Casa Lohner é BEM SERVIR A TODOS OS MÉDICOS E DENTISTAS DO BRASIL.

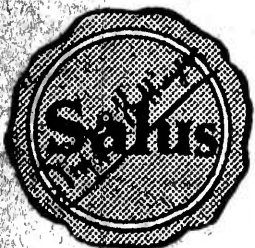
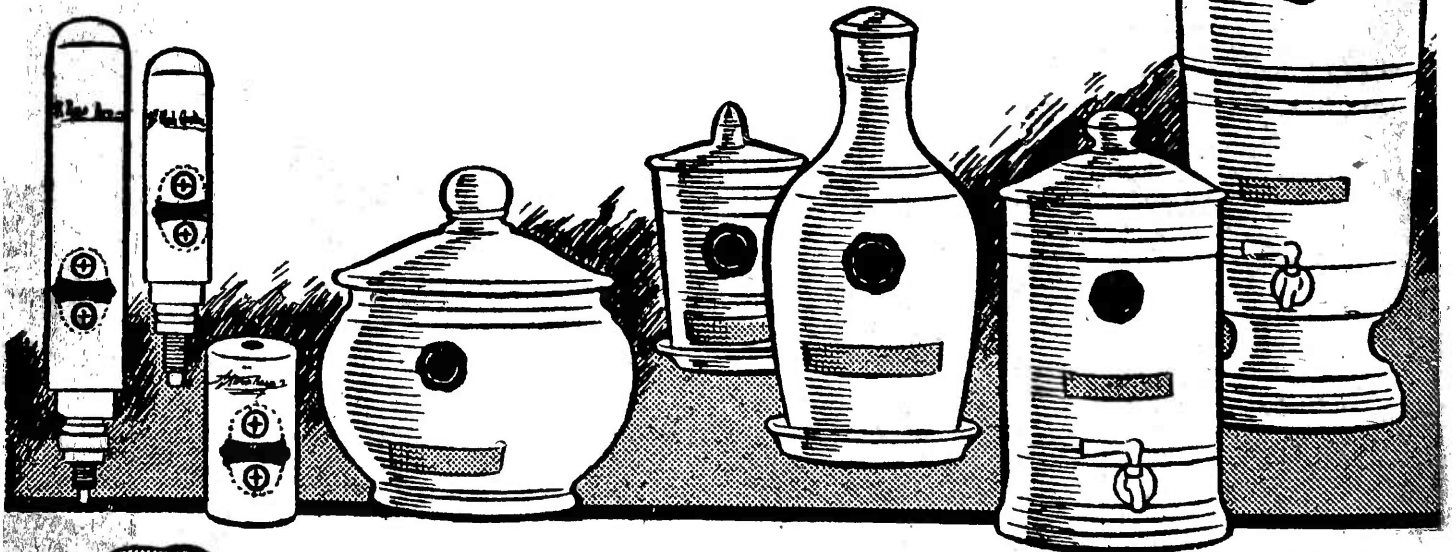
Filiais em Porto Alegre, Curitiba e Recife.

2 mandamentos para **Viver** com saúde:

**BEBER AGUA CRISTALINA E PURA!
COMER FRUTAS E SALADAS DE
VERDURAS CRUAS COM ABUNDANCIA!**



● Siga o exemplo de milhões de pessoas que em todo o mundo protegem a saúde com os esterilizadores, SALUS! Os esterilizadores SALUS esterilizam cientificamente a água, frutas e verduras, sem neutralizar-lhes a vitalidade, evitando a transmissão do tifo e de outras moléstias perigosas. Há um produto SALUS para cada fim, filtros, velas, talhas, moringues e saladeiras. SALUS! é o símbolo de pureza e saúde, de reconhecida idoneidade científica.



Salus



UNICOS FABRICANTES E DISTRIBUIDORES
ANTONIO NOGUEIRA & CIA.

DEPOSITARIA CASA SALUS RUA XAVIER DE TOLEDO, 60 - S. PAULO