

Esta noção está universalmente aceita. Além disto, ALBARRAN, em 80% dos casos, KOPSAMMER, em 77%, BRONGERSMA, em 89% (citados por BECKEL), encontraram a unilateralidade da infecção. Dahi, a indicação natural: a supressão do foco inicialmente infectado.

Esta indicação ainda é sustentada pela convicção de que a t. r. é incurável por si. ALBARRAN e WILDBOLZ (cit. por BECKEL) "nunca encontraram tuberculos fibrosos em numerosas peças de nephrectomia." LEGUEU diz que, "anatomicamente, nenhum facto demonstra a cicatrização de lesões de t. r.". LE DENTU (cit. por LEGUEU) nunca encontrou factos de transformação cretacea de tuberculos. A nephrectomia é, portanto, imposta pelas tres noções seguintes: t. r. primitiva, t. r. unilateral e t. r. incurável.

Examinemos cada uma dessas noções.

1.^a Noção.—O termo primitiva é confuso. Só se pôde afirmar que a t. r. é primitiva em relação á *beriga*, isto é, que a infecção desce. Ninguém pôde provar que a localisação renal seja primitiva, em relação ao resto do organismo. Si a infecção é hematogena, porque será o rim o organo unicamente atingido? Assim pensam CASTAIGNE, JOUSSET, BRONGERSMA (citados por BECKEL), que dizem: "A t. r. primitiva só seria confirmada si nas autopsias fosse feito exame histológico de todas as visceras e de todos os ganglios lymphaticos". O proprio LEGUEU, entusiasta de nephrectomia, diz que, si essas investigações detalhadas fossem feitas, o dogma da t. r. primitiva se abalaria.

A verdade é que a t. r. pôde ser clinicamente primitiva, porque outras localizações prováveis se mantiveram até então latentes. Mas isto não basta para justificar a nephrectomia com a máxima precocidade, como a querem ALBARRAN e seus discipulos. Desde que permaneçam outros focos, latentes hoje, mas talvez virulentos amanhã, pouco adeanta ao doente a extracção de um rim ainda levemente comprometido.

2.^a Noção.—Já nos referimos ás estatísticas em que se verifica alta porcentagem de unilateralidade. Entretanto, CASTAIGNE diz: "A tuberculose bi-lateral é muito mais frequente do que se pensa, porque a infecção se faz pelo sangue e não ha razão para que um rim seja sempre são."

Parece-nos que essa discordancia provem do seguinte facto: ALBARRAN e outros encaram a unilateralidade clinica (de um lado,—pyuria e diminuição da capacidade eliminatória, denunciando a forma ulcero-cavernosa; do outro,—urinas claras) e CASTAIGNE se refere á unilateralidade real (ausencia completa de lesões de um lado). Entre as duas variedades ha grande differença. Um rim pôde estar comprometido, sem se revelar clinicamente. Ha lesões discretas, que não perturbam o funcionamento do organo. LEGUEU afirma a integridade de um rim, quando produz urinas claras, amareladas, ricas em uréa e chloruretos, quando reage á polyuria experi-

mental. Já temos feito explorações funcionaes nas nossas fórmulas a, b, c, obtendo de ambos os lados eliminações muito boas de uréa e chloruretos.

E' sabido que, frequentemente, os tuberculos pulmonares morrem sem perturbações dos rins. Entretanto, segundo JOUSSET, n'um quarto dos casos os histologistas encontram tuberculos isolados nesses orgams.

Por tudo isto, se vê como é difficil afirmar a unilateralidade perfeita.

Mais ainda: o bacillo de KOCH não produz no rim sómente lesões anatomicas especificas (granulações, tuberculos); ha ainda as lesões inflammatorias banaes.—as nephrites medicas. Estas, durante algum tempo, foram attribuidas á acção toxica das tuberculinas diffusíveis (CHAUFFARD); o bacillo directamente só poderia crear lesões folliculares especificas. Estas idéas não se firmaram.

JOUSSET mostrou bacillos em nephrites diffusas, que só se manifestavam por ligeira albuminuria. LANDOUZY e BERNARD provaram a responsabilidade directa do bacillo em nephrites chronicas, com edema, albuminuria e exaggero da permeabilidade renal. Apezar da opposição ainda recente de BRAULT e COURCOUX, que continúam a afirmar o caracter follicular exclusivo das lesões locais do b. de KOCH, a doutrina das nephrites tuberculosas (lesões renaes não folliculares) parece firmada. Ella é aceita por CASTAIGNE, CHAUFFARD e LÆDERICH, GOUGEROT, etc.

Perante, portanto, um caso em que ha pyuria de um lado e do outro urina clara, mas albuminuria, não se pôde afirmar rigorosa unilateralidade.

LEGUEU, quando descreve os caracteres de integridade do rim considerado bom, diz: "A presença de alguns bacillos deste lado não significa—tuberculose. Este rim pôde soffrir de outras alterações, que não dependem do bacillo de KOCH: albuminuria, cylindruria, raros leucocytos, etc."

Perante a doutrina da tuberculose inflammatoria, esta opinião é insustentavel.

3.^a Noção.—A t. r. é incuravel. Entretanto, CASTAIGNE diz: "Apezar das opiniões em contrario, ha fórmulas de tuberculose renal que são curáveis pelo tratamento medico. Quando o cirurgião extrai um rim, geralmente as lesões são simples granulações, que bastam para provocar hematurias, albuminurias, bacillurias. Estas lesões podem cicatrizar. O auct. r. tem verificado em autopsias granulações cicatrizadas em rins de conjunto são. Os casos incuráveis são os de grossos rins transformados em bolsas purulentas."

Parece-nos muito criteriosa esta opinião. Pois si a tuberculose do pulmão, organo muito vulneravel, incontestavelmente se cura, porque não se daria o mesmo com o rim, organo muito mais resistente?

A isto responde LÉON BERNARD (1): "Pergunta-se porque o rim não poderia, como o pulmão, ser

(1) Citado por BECKEL.

o sitio de tuberculos fibrosos. E' collocar mal a questão. Os tuberculos fibrosos cicatriciaes do pulmão correspondem a fórmulas clinicas particulares, latentes ou abortivas; nunca uma fórmula ulcero-caseosa do pulmão mostrou na autopsia tuberculos cicatriciaes. Do mesmo modo, a fórmula ulcero-caseosa do rim não pôde evoluir sinão para a produção de cavernas."

E ISRAEL (2) confirma: "A possibilidade problematica da cura de pequenos focos parenchymatosos (no rim) não poderia nos conduzir a uma abstenção operatoria, porque os focos tuberculosos só são diagnosticaveis quando communicam com o exterior e, neste caso, a cura é impossivel."

Si a t. r. incipiente é curavel, conforme CASTAIGNE, não se deve operar. Mas si a t. r. aberta é incuravel, conforme BERNARD e ISRAEL, deve-se operar o mais cedo possivel para se evitar a ulceração dos tuberculos. Qual o bom caminho? Ahamos mais razoavel o primeiro. Eis o motivo: a evolução da tuberculose está subordinada, sobretudo, ao grão de resistencia dos doentes. Num caso muito resistente, o tuberculo cicatriza, noutro pouco resistente o tuberculo ulcera e progride. Tornar o doente resistente ao bacillo é o fim de todo o tratamento nesta molestia, contra a qual não temos especifico. Si um t. r. tornou-se ulcero-caseoso, é porque resiste mal. E a nephrectomia directamente (3) não pôde melhorar esta resistencia. A facilidade de resistir bem ou mal ás infecções, apezar de ainda não conhecermos sua intimidade, está subordinada á nutrição geral. Si ha um vicio geral de nutrição, o remedio não deve ser uma intervenção cirurgica.

Dir-se-ha: Os resultados operatorios são favoráveis; os doentes engordam, as lesões vesicaes involuem. POUSSON, ALBARRAN, GARCEAU, KUMMEL (citados por LEGUEU) referem curas de 4, 5, 10, 12 annos. Responderemos: Os resultados immediatos são realmente bons. As estatísticas colhidas por BECKEL indicam uma mortalidade operatoria de 5,8%. Mas os resultados afastados são muito menos favoráveis. O Prof. ANDRÉ (loc. cit.), de 64 operados, só considera curados 30 (47%). Dos outros, 11 morreram de lesões tuberculosas 1 a 5 annos depois; 3 apenas melhoraram ligeiramente; 7 são duvidosos, porque foram operados ha menos de 1 anno; 13, apezar de terem melhorado o estado geral, conservam signaes de infecção do rim restante: dôres vesicaes, pollakiuria, leucocyturia.

Os casos curados coincidem com a precocidade da nephrectomia. Os intervencionistas vêm nisso mais uma prova de que se deve operar cedo. Nós acreditamos que os doentes apanhados pela operação, com lesões incipientes, são justamente os que têm resistido melhor á infecção e, por isto, se têm mandado incipientes. Nessas condições o tratamento me-

(2) Citado por BECKEL.

(3) Veremos mais longe que a nephrectomia em alguns casos pôde influir indirectamente.

dico deve ser muito eficaz. E' o que se dá na tuberculose pulmonar.

—As bases que sustentam a doutrina da nephrectomia precoce são, portanto, duvidosas.

—Ainda mais. Devido a trabalhos de varios auctores, nos ultimos tempos, ha tendencia a se conceber a tuberculose de um modo muito mais amplo. As chamadas tuberculoses cirurgicas vão se tornando pouco acceptaveis.

EMPIS descreve a granulia, que é hoje classica. LANDOUZY, desde 1883, descreve a typho-bacillose de KOCH e confirma-a em 1908. LANDOUZY e LÆDERICH, ainda em 1908, descrevem um caso de tísica septicemica sub-aguda com determinações pulmonares, pleuracs, cutaneas, periosticas, articulares, endocardicas e pericardicas ("Bulletin de l'Académie de Médecine, 28 de Julho").

Ainda LANDOUZY descreve arthropathias serosas e congestivas sem lesão follicular e prova experimentalmente sua natureza bacillar (4).

PONCET confirma a doutrina da tuberculose inflammatoria e descreve o rheumatismo poly-articular agudo de origem tuberculosa, diferentes fórmulas de arthrites, e manifestações para o lado dos tendões e aponevroses. LANDOUZY (cit. por PONCET) mostra a natureza tuberculosa da pleuresia a frigore, anatomicamente indifferente, e descreve a chlorose de origem tuberculosa. MARFAN (cit. por PONCET) afirma que 25% dos casos de rachitismo têm a tuberculose por causa.

JOUSSERAND, PIC e BONAMOUR (cit. por PONCET) notam as relações clinicas entre a tuberculose e a arterio-esclerose e o atherome. Em 1914, CALMETTE mostra experimentalmente que "nos tuberculosos, mesmo no principio da infecção, a bacillemia é infinitamente mais frequente do que se pensava até agora."

Perante tudo isso, nós clinicos temos a impressão de que a tuberculose se parece com a syphilis neste sentido: tem o seu ponto de inoculação e generalisa-se. Pouco nos interessa aqui que esse ponto esteja no pulmão ou no intestino. As tuberculoses pulmonar, renal, testicular, etc., são accidentes de uma infecção geral. Dahi a frequência de focos multiplos. Dos nossos 72 casos,—43 tinham os apices obscuros e 23 tinham nodulos nos epididymos. RAFIN (cit. por BECKEL) encontra em 63% dos casos de t. r. associações tuberculosas nos orgãos genitais.

A extracção de um rim ou de um testiculo, incipientemente comprometidos, nada adeanta ao doente, que continua tuberculoso. O verdadeiro tratamento das tuberculoses pulmonar, renal ou ossea, é um só,—o tratamento da infecção tuberculosa. As differenças estão apenas em detalhes particulares a cada localisação e a cada caso.

Assim tambem o tratamento de qualquer accidente syphilitico é—o tratamento da syphilis.

(4) Mais tarde mostra que certas dermopathias nodulares são manifestações da bacillemia.

Condemnamos, portanto, a *nephrectomia precoce*. Mas não condemnamos a *nephrectomia*.

A t. r., às vezes, cria accidentes que ameaçam a vida e que só podem ser removidos pela *nephrectomia*. Nesses casos a *nephrectomia* influe *indirectamente* para a efficacia do tratamento medico. Exemplo: Num caso de symptomas vesicaes muito dolorosos, o doente decahe porque não tem allivio dia e noite: a *nephrectomia* acalma-lhe a bexiga. Noutro, ha accessos febris, porque no rim ha cavernas, que não se drenam bem: a *nephrectomia* suprime esses focos de retenção, etc. Além disso, ha casos em que a molestia progride sempre, apesar de tudo. São doentes particularmente pouco resistentes. Deve-se tentar a *nephrectomia* como recurso unico.

Finalmente, parece-nos que a melhor orientação a esse respeito é a de CASTAIGNE. Resumimos do seu livro (*Maladies des reins* — "Bibliothèque du Médecin") as indicações da *nephrectomia*. Eil-as:

- a) Retenção e pyonephrose.
- b) Symptomas vesicaes muito intensos.
- c) Certas complicações graves: hematurias rebeldes, calculos associados á tuberculose, infecções super-ajuntadas, intra-renaes ou perinephreticas.
- d) Quando, apesar do tratamento medico (5), os symptomas locais e geraes não cederem, deve-se operar antes que o estado geral decaia muito.

Casos discutíveis.— São os casos de t. r. unilateral, traduzindo-se por symptomas nitidos, porém não ameaçando de nenhum modo a saúde geral. O medico hesita e alguns cirurgiões também. Dizem uns: são doentes que se podem curar medicamente e não temos o direito de lhe tirar um rim, que elles ainda podem salvar. Dizem outros: a t. r. só cura pela morte do rim, portanto deve-se operar, porque são estes os casos que dão melhores resultados. O auctor aconselha o seguinte:

- a) Si é impossivel ao doente submeter-se ao tratamento medico, deve-se operar;
 - b) si no fim de 6 mezes de tratamento medico, nota-se aggravação ou estado estacionario, deve-se operar.
- 2ª. Conclusão.— *Si os aspectos clinicos da nossa t. r. são mais benignos, si seus accidentes são bem mais raros que na Europa, a nephrectomia entre nós deve ser a excepção.*

(5) Ver no mesmo livro os detalhes do tratamento medico.

BIBLIOGRAPHIA

- LEGUEU.— *Traité d'Urologie*.
 JOUSSERY.— *Rein et bacille de Koch*.— "Arch. med. exper." 1904.
 LÉON BERNARD et SALOMON.— "Bull. Soc. d'études sur la tub." Fév., 1908.
 BOCKEL.— *Valeur de la néphrectomie dans la tuberc. du rein*.— "Thèse de Nancy".
 G. MARION, HEITZ-BOYER et P. GERMAIN.— *Traité pratique de cystoscopie et du cathét. urétral*.
 ANTONIAL PEREIRA.— *Contribuição ao estudo clinico dos pyelo-nephrites*.— "Brazil-Medico" — 15-22 Junho 1914.
 CASTAIGNE.— *Maladies des reins*.— ("Bibliothèque du Médecin").

CHAUFFARD.— *Nephrite par tuberculine*.— Bull. méd., 1892.

LANDOUZY et BERNARD.— *La néphrite parenchymateuse chronique des tuberculeux*.— "Presse Médicale", 16 Mars 1907.

BRAULT et COURDOUX.— *Traité d'histologie pathologique de CORNIL et RANVIER*, 1912, T. IV.
 CHAUFFARD et LEDERICH.— *Maladies des reins*.— "Traité de Médecine et de Thérapeutique" de GILBERT et THOINOT. Vol. XXI.

GOUGEOT.— *L'état actuel de la question de la bacillo-tuberculose non folliculaire*.— "Progrès Méd.", Agosto, 1912.

L. LANDOUZY.— *La typho-bacilliose de KOCH*.— "Journ. de Méd. et de Chir. prat.", 1885. — "Presse Méd.", Outubro, 1908.

L. LANDOUZY.— *Erythème noueux et septicémies à bacille de KOCH*.— "Presse Méd.", 19 Novembro, 1913.

L. LANDOUZY, H. GOUGEOT et H. SALIN.— *Démonstration et pathogénie des arthropathies bacillaires séreuses et congestives*.— "Presse Méd.", 1 Maio, 1912.

A. PONCET et R. LERICHE.— *La tuberculose inflammatoire*.
 A. PONCET.— *Rhumatisme tuberculeux*.

DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE.— *Maladies des reins*.
 M. A. CALMETTE.— *La bacillémie tuberculeuse et son diagnostic*.— "Presse Méd.", 11 Fev., 1914.

Rio, Abril, 1915.

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

O caso da Maternidade (*)

PELO DR. FERNANDO MAGALHÃES

Meus caros amigos. Anualmente costume inaugurar o curso de clinica obstetrica com uma aula sobre assumpto de interesse social. Falo então com a auctoridade que a função me empresta, e desenvolvendo o raciocinio expositivo, estou habituado a falar por mim mesmo. Hoje não posso me socorrer desta auctoridade nem me apoiar no conceito pessoal: sou suspeito para dizer sobre o thema da lição que, embora, no momento, mais de interesse particular, tem uma feição social bem nitida e um grande alcance profissional.

O inquerito que pedi ainda não findou, mas já tendo dado nelle as explicações indispensaveis, quero, agora, perante o vosso juizo, produzir a defeza a que me obrigam a denuncia anonyma e a critica theorica. Desde logo o assumpto interessa pelo lado da ethica profissional; não me encontraes nem diminuido, nem revoltado, pois a verificação da responsabilidade é inherente ao exercicio consciente da profissão. Mas tal verificação precisa ser justa e honesta e o absoluto afastamento da maldade: não cabe em momento tão digno lugar a sentimento tão vil. Depois, pelo cunho especial da profissão que lida com os problemas da vida, que enfrenta os desgnios do irremediavel, cumpre não esquecer que os attributos humanos da arte não podem alcançar os enygmata divinos da morte. Nunca, e pelo mundo tem passado os maiores inspirados da medicina, o irremediavel deixou de subsistir e é, justamente na luta que o profissional trava com a fatalidade inexoravel, que a maledicencia pernicioso pretende attribuir o epilogo

(*) Lição inaugural do curso de clinica obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

triste, não á sentença irrevogavel do destino, mas á incapacidade definida do medico.

A vaidade dictou naturalmente este pensamento monstruoso e, tão perversa ella, que com certeza apagou da maioria dos criticos casos analogos em que o desfecho fatal derrocou tambem os impetos de uma sabedoria demasiada. Ainda assim a suspeita que surge não molesta: ninguem suppôrã que o medico, em determinada condição, deixou proposadamente escapar a vida do seu doente, quando a unica vida que elle proposadamente sacrificã é a propria. Depois, a accusação de incapacidade é um recurso destructivo imposto pelas exigencias da competição e pelo desespero na concurrencia aos lucros da clinica: assim, tambem sobre a morte se tripudia, sem escrúpulos, para a conquista da vida facil e feliz.

Nunca porém, entre nós, situação analogã alcançou a significação que este caso comporta: as accusações tem sido sempre extra-profissionais e as intervenções ostensivas de medicos só são conhecidas no sentido da solidariedade e do conforto. Sobre mim cahiram a um tempo a denuncia anonyma e os criticos profissionais: o acaso ensina, agora, mais uma vez, a semelhança das cousas coincidentes.

Mas, meus caros amigos, o peso desta accusação é nobilitante, porque ella só attinge os homens de responsabilidade, permitindo-lhes, no desassombro de sua defeza, descobrir onde a protervia se esconde e onde a verdade se ostenta. Lucra-se assim com a dupla investigação, o que para todos vós valerã igualmente pela oportunidade de avaliar, desde já, o que vae ser a vossa vida pratica, em luta encarniçada, continua e simultanea com os imprevistos do destino immutavel e com os delirios do homem invidio. E o facto, que vae ser narrado, comporta, no particular, extraordinarios ensinamentos.

*
*
*

Na manhã de cinco de Abril deste anno, ás 9 1/2, chegando á Maternidade, soube pelo assistente que uma mulher, na ante-vespera internada, achava-se em trabalho de parto por cerca de 22 horas. Era a mesma paciente, sobre a qual, no dia da entrada, fóra eu informado tratar-se de um vicio pelviano no 1º grão; como nada indicasse o parto immediato determinei o exame completo da bacia para a segunda feira proxima, opinando todavia, no caso de trabalho, por uma conducta expectante. Com effeito, desde o meio dia da vespera, domingo 4, inicio do trabalho, resolveva o assistente aguardar a parturición espontanea, seguindo a evolução natural, embora lenta, do trabalho, até que ás 5 horas da manhã desse dia (5), percebendo diminuição dos batimentos cardiacos e perda de meconio, completou a dilatação adiantada do collo e applicou o forceps sobre a cabeça fixa no estreito superior: as trações moderadas fóram infructiferas e o assistente, administrando uma injección sedativa, resolveu aguardar a minha chegada.

Encontrei então a paciente rebelde á demora do

trabalho e vi que havia no grande labio direito um thrombus embaraçando a penetração do dedo explorador dentro da vagina. Determinei a abertura e esvaziamento da collecção sanguinea, seguida de hemostasia; mas, no momento em que era feita a asepsia local, rompeo-se o thrombus, sendo immediatamente augmentada a abertura, retirados os coelhos, ligad o vaso sangrante e fechada provisoriamente a cavidade com uma pinça. O exame permittiu o diagnostico de apresentação cephalica, O. I. E. A.: fixa no estreito superior, asynclitismo incompleto do parietal posterior, grande circumferencia sobre a entrada da bacia, com o conjugata diagonalis de quasi onze centimetros, contracções uterinas frequentes. Repito — cabeça fixa, conjugata diagonalis de quasi onze centimetros, — sem receio de contestação, repellido a increpação de erro. Entendi dever indicar nova applicação de forceps, pois o feto tinha os batimentos cardiacos mal perceptíveis em numero de 90 por minuto.

A segunda applicação foi feita, *secundum artem*, foi solida, mas as trações moderadas mantiveram-se infructiferas; então, retirado o instrumento e pesquisados de novo os batimentos cardiacos do feto, repetida e cuidadosamente, foi o exame negativo, pelo que aconselhei ao assistente a craneotomia, seguida de craneoclasia. A craneotomia foi facil e rigorosamente executada, mas o craneoclasta escapou á primeira tração. Seguindo um preceito de verdadeira prudencia, ordenei a retirada immediata do instrumento e fui eu mesmo verificar a causa do insuccesso: o toque explorador permittiu-me reconhecer que o orificio externo do collo do utero se havia retrahido, de maneira a apresentar uma dilatação de cerca de quatro centimetros, e a exploração manual do segmento inferior revelou-me a retracção do anel de BANDI. Compreendi, então, porque o forceps fóra infructifero, em bacia de pequeno vicio e, diante dos que assistiam a todo o quadro clinico, chamei a attenção geral para a nova dystocia que no meu entender tornava perigosa a operação pelviana. E commentei, então: é assim que se iniciam as catastrophes obstetricas, é assim que se chega á impiercia. Resolvi, por isso, praticar a operação cesariana.

O caso, como védes, é simples e banal: deram-lhe destaque a ineptia da denuncia e a insufficiencia audaciosa da critica. Si a occorrença fosse da clinica particular, envolvendo o meu nome apenas, não me aperceberia do ataque, mas commigo era arrastada a respeitabilidade do estabelecimento que dirijo. E, somente por isso, repliquei á denuncia e aos criticos com o pedido de inquerito á auctoridade policial.

Naturalmente não me occuparei da denuncia anonyma, alcanço-a respondendo á critica profissional, que é semelhante na essencia e, talvez, idetica na origem. E a critica, precedida do estardalhaço do noticiarista, começou por querer invalidar as minhas determinações no caso clinico, comparando-as com as que divulguei em um livro, — a dystocia pelviana, — publicado em 1910: a transcrição dos topicos do livro importa desde logo em reconhecer que eu não