

MEGAURETER

CARLOS DE MORAES BARROS (*)

2.º assistente

AUGUSTO A. DA MOTTA PACHECO

3.º assistente

Em 3 de Fevereiro de 1941 procurou o Ambulatorio de Urologia, na Santa Casa, um rapaz de 18 anos E. R. branco, brasileiro, solteiro, lavrador e de Poá, com uma *queixa* de dor na região inguinal direita durante a micção. Como *historico* da sua doença atual refere que ha 5 mezes vem sentindo dor na região inguinal direita durante as micções e, ao mesmo tempo, refere aparecimento de um tumor na região inguinal desse lado, do tamanho de ovo de pomba. A dor não se irradia e assinala que deve fazer muito esforço para iniciar a micção e desde que começa a urinar o jacto sahe normalmente, com força e calibre normaes. Nada mais revela.

Antecedentes familiares: nada denotam de interesse e, nos antecedentes pessoasas, acusa verminose. Nega antecedentes venereos.

Exames — De tipo quasi normolineo estenico, não acusa perda de peso e sempre foi magro. Facies indiferente.

Paniculo adiposo abundante, sistema muscular e osseo regulares. Ligeira tibialgia. Ganglio epitrocleano direito, palpavel.

Distribuição feminina de pelos pubianos. Aparelho circulatorio normal. Pressão: maxima 12 1/2 e minima 6 1/2.

Aparelho respiratorio: torax em peito de pomba.

Aparelho digestivo: dentes mal conservados, abdomeo ligeiramente doloroso no ponto de Mc Burney.

Aparelho neuro-muscular, normal; coluna vertebral com ligeira escoliose dorsal.

Aplasia dos musculos reto anteriores do abdomeo.

Aparelho uro-genital — penis normal. Ausencia dos testiculos, nas bolsas, que não são palpaveis nem na região inguinal. Meato uretral normal. Uretra permeavel a exploradora olivar correspondente a 18 charriere. Rins não palpaveis.

Urinas claras em ambos os calices.

(*) Do Ambulatório de Clinica Urologica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço de Prof. Luciano Gualberto, na Santa Casa.

Toque: Prostata de volume bastante diminuído e de forma normal. Vesículas não palpáveis.

Exames de urina: Reação — acida e densidade 1003. Albumina — traços evidentes. Glicose, acetona e bilis, não contem.

Sedimento urinario: raros leucocitos isolados.

Exame bacterioscópico: negativo.

Próva de Mosenthal: 1.^a eliminação — 160 cc. densidade 1005 — 2.^a eliminação — 200 cc. densidade 1004 — 3.^a eliminação — 160 cc. densidade 1007.

Exames de sangue: uréa, 175 mgrs.%; creatinina, 2,2%; in-dição, 0,088%; acido urico, 3,9%.

Uretrocistografia: Uretra anterior normal. Uretra posterior com 2 1/2 cc de extensão, em filete. Base vesical convexa para baixo, normal.

Cistografia: injetados 400 cc. de iodeto de sodio a 12 1/2%. Bexiga em ovoide, com grande eixo no sentido longitudinal, 15 centímetros, por 11 centímetros de eixo transversal, enchendo toda a bacia e alcançando a 5.^a vertebra lombar. Contorno levemente ondulado (hipotonia). Base situada pouco acima da sinfise pubiana.

Urografia: — Ausencia de sombras opacas aos raios X. Apesar de cuidados e preparos e mesmo administração de excitantes do peristaltismo não se conseguiu esvasiar os colos e o transverso dos gazes que em todas as chapas não permitem visualizar nefrogramas.

Função secretora: alterada; mesmo apoz 1 hora o contraste não aparece.

Função escretora: prejudicada, naturalmente.

Cistoscopia — Capacidade 300 cc., clareamento facil. Zimborio, paredes lateraes e fundo, normaes. Orificios ureteraes ás 9 e 3 horas situados profundamente no assoalho da bexiga, ambos de aspeto identico: fenda semilunar de cujas concavidades partem nitidas, fibras musculares que se perdem na massa do musculo inter-ureteral. Trigono hiperemiado e colo edemaciado.

Prova do indigo carmin: Mesmo apóz 30 minutos não houve eliminação.

Separação de urinas: A urina fluiu continuamente pela sonda, sem ritmo, como nas retenções.

As dosagens revelaram: Uréa — 6 gr.%; Cloretos — 7 gr.%; Sedimento urinario: leucocitos isolados de 5 a 7 por campo, raros agrupados e rarissimas hemaceas.

Exame bacterioscópico: negativo.

Exame bacteriologico: negativo.

Pielografia ascendente: lado esquerdo — a sonda foi introduzida na extensão de 20 centímetros neste lado e foram injetados 220 cc. de iodeto de sodio a 12 1/2%, em enchimentos sucessivos, radiograficamente controlados e sem que o doente referisse qualquer sensação dolorosa.



FIGURA 2

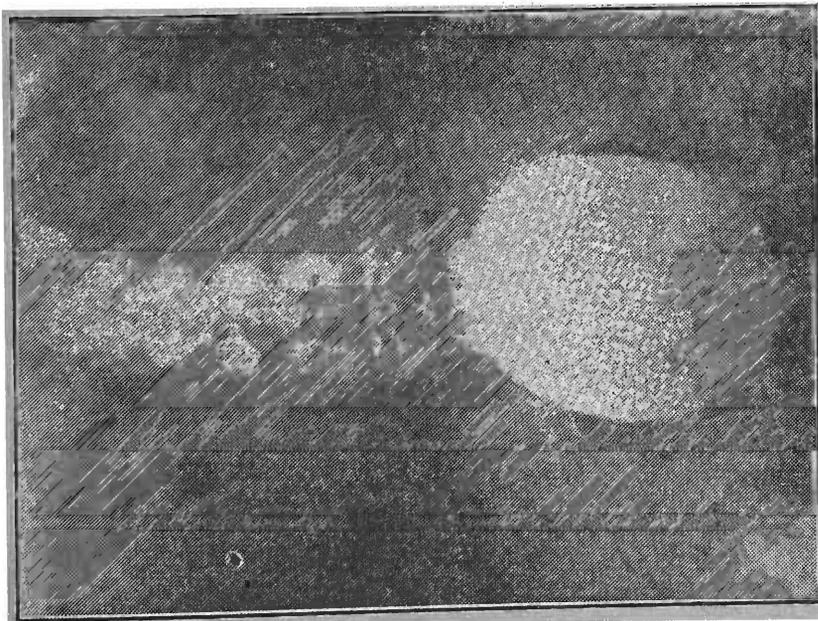


FIGURA 1



FIGURA 4

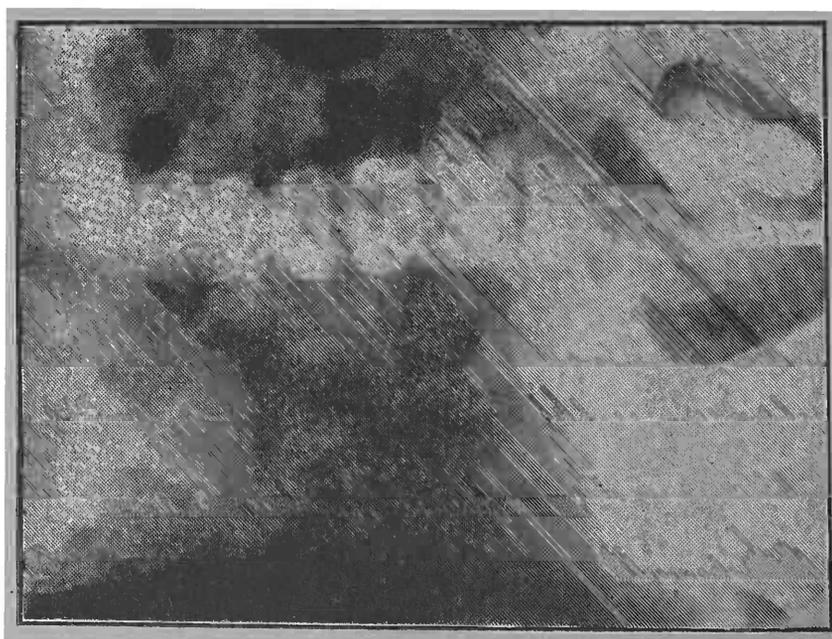


FIGURA 3

Lado direito — a sonda penetrou apenas 1 centimetro no meato ureteral direito, não progrediu mais e o contraste injetado refluiu para a bexiga.

Lado esquerdo — a sonda que foi introduzida na extensão de 20 centímetros não progrediu no ureter em cuja porção justa-vesical, muito dilatada (3 1/2 centímetros), se enrolou.

As chapas com enchimento variavel deixam visualizar o ureter em sua porção inferior que progressivamente se enche e, como a que conseguimos tirar por ultimo e com o maximo enchimento do ureter se justapõe perfeitamente ás imagens das pielografias de enchimento variavel, faremos a descrição desta ultima que dá perfeita noção da anatomia do conducto.

Inicialmente o ureter, cujo diametro transverso é de 3 1/2 centímetros, dirige-se para a espinha ciatica esquerda e daí desce para o pubis formando um angulo agudo, de onde novamente toma a direção para cima com novo angulo agudo. Toda a porção do ureter dilatado e alojada na pequena bacia, forma um V torcido e de apice superior. Do promontorio se dirige obliquamente para a crista iliaca e, formando nova angulação aguda para fora, desce de novo até 4 centímetros abaixo da crista iliaca, sobe 7 centímetros acima desta ultima, encurva-se posteriormente e desce de novo atingindo outra vez a crista iliaca e no conjunto como que desenha um C voltado para a linha mediana. Apoz nova angulação dirige-se para dentro e para cima até a apofise transversa da 1.^a vertebra lombar. Nessa altura volta-se ligeiramente para fora e o seu calibre se reduz a 2 1/2 centímetros (nivel da junção uretero-pelvica). Com esse calibre se continúa para cima em 3 dilatações ovulares, superpostas, sendo a superior aquela na qual o ureter desemboca e as outras duas, inferiores, todas comunicantes (calices dilatados).

Na cavidade vesical existe contraste refluido enchendo-a incompletamente. Varias tentativas de cateterismo do ureter do lado direito foram feitas sem que se conseguisse fazer progredir a sonda e, finalmente, apoz varias manobras, torcendo o cateter e inclinando a meza e desviando a extremidade do cistocopio, conseguiu-se fazer com que o cateter ureteral progredisse numa extensão de 20 centímetros, tambem do lado direito. Foram injetados 5 cc. de iodeto de sodio na solução habitual e o paciente acusou dor ao nivel do hipogastro, dor acentuada, o que fez suspender a injeção e tirar a primeira radiografia que revelou a sonda enrolada em oval na projeção do ureter pelviano ao nivel da espinha ciatica. O contraste enche uma cavidade ovalada, de 3 1/2 centímetros por 2 de largura, de contornos regulares, sombra homogenea e pouco densa, atravez a qual se visualisa o cateter. Da parte inferior e esterna do ovoide, e como que partindo da projeção posterior, o contraste enche um prolongamento adelgado de 1 1/2 centímetros de comprimento por 1/2 centimetro de largura que se dirige para baixo e para dentro. (ureter cego).



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 8

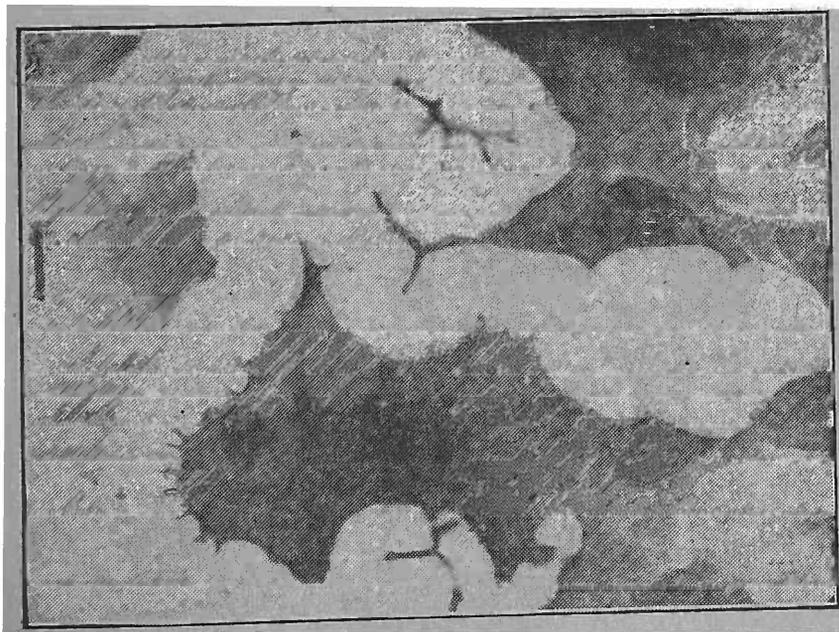


FIGURA 7

Exames complementares: “Exame radiológico do esofago e dos colos: sinais de dolicosigma. Ausencia de outras modificações atuais para o lado dos colons. Dilatação discreta e atonia esofagiana mostrando o cardia bastante permeavel. Assinado — Dr. Camilo Almeida”.

Eletro-cardiograma: normal.

Pressão arterial: maxima 12 1/2 e minima 6 1/2.

Dosagens de uréa no sangue:

em 16-7-941	1 gr. 265%
em 2-8-941	2 gr. 90%
em 25-8-941	2 gr. 55%

Eletro diagnostico dos musculos do abdomen: aplasia dos grandes retos anteriores e hipotonia dos musculos restantes.

Caso n. 2 — J. B. 32 anos, brasileira, branca, casada, domestica, residente nesta capital.

Como queixa referia colica renal direita com 10 dias de duração.

Na historia da doença atual refere dores vagas no flanco e fossa iliaca direita, que aparecem de quando em quando. Consultou varios medicos sem ter tido diagnostico dos seus padecimentos. Ha seis mezes, as dores vieram acompanhadas de nauseas e vomitos. Ha dez dias, dor intensa na região lombar direita com irradiação para flanco e fossa iliaca, náusea, máo estar mas ausencia de temperatura. O medico que a atendeu fez diagnostico de colica renal.

Antecedentes hereditarios e historia menstrual e conjugal: nada revelam. Quanto aos *antecedentes pessoas*, no decorrer de suas gestações, em numero de 3, refere ter tido febre, calafrios, o exame de urina tendo revelado presença de puz.

Exame geral: quasi normalinea estenica, não refere perda de peso. Paniculo adiposo regular, sistema muscular e osseo normaes. Não ha ostialgia.

Aparelho circulatorio: pressão maxima 120 e minima 70. Pulso 78.

Aparelho respiratorio e digestivo — normaes.

Aparelho uro-genital — rim direito palpavel, aumentado de volume e podendo ser acompanhado até a fossa iliaca direita.

É doloroso e ligeiramente movel.

Rim esquerdo não palpavel.

Pontos reno ureteraes, dolorosos os posteriores e lateraes do lado direito.

Capacidade vesical 200 cc., ausencia de urina residual.

Urografia: Ausencia de sombras opacas aos raios X. Rim esquerdo de forma e volume normaes. Polo inferior ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar. Rim direito forma normal, volume aumentado. Polo superior na altura do disco intervertebral

da 12.^a vertebra dorsal e 1.^a lombar e polo inferior ao nivel da apofise transversa da 5.^a vertebra lombar. Não se fez radiografia em posição ortostatica.

Função secretora normal a esquerda, contraste eliminado em 5 minutos; alterada a direita onde não houve eliminação até 1 hora.

Função escretora: ligeira constipação do bacinete e do terço inferior do ureter da lado esquerdo. Do lado direito o exame é prejudicado.

Cistoscopia: capacidade vesical 200 cc. Clareamento facil. Zimborio, paredes lateraes e fundo, normaes. Orificios ureteraes a 5 e 7 horas e de aspeto normal. Trigono e colo normaes. Cateterismo ureteral do lado direito: a sonda numero 6 ascendeu facil até 25 centímetros: colheu-se 100 cc. de urina que fluia continuamente.

Exame do sedimento urinario: abundante, constituido por numerosas hemaceas, raros piocitos e algumas celulas epiteliaes tipo cilindrico. Não foram vistos cilindros de qualquer natureza. O exame bacterioscopico foi negativo.

Exame de sangue: uréa 12,90% e cloretos 5,8%.

Pielografia ascendente: pela sonda ureteral foram injetados 60 cc. de contraste sem que a doente reclamasse e verificou-se:

Enchimento do ureter em toda a sua extensão bem como do bacinete e calices.

O ureter se termina em funil nitido, visualisavel em todas as radiografias, destacando-se perfeitamente a sua imagem apoz retirada da sonda em contraste com o cistograma. O ureter se apresenta dilatado na sua porção pelviana.

Ao nivel do estreito superior ele se acotovela e angula e, em seguida, apresenta-se dilatado, como uma salchicha, até o nivel do disco intervertebral das 4.^a e 5.^a vertebrae lombares donde se alonga e se angula para fóra, diminuindo a seguir de calibre. Segue-se nova dilatação fusiforme até a junção uretero-pelvica, assinalada ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar. Bacinete bastante dilatado bem como os calices.

Em 4-12-940 abertura do meato com tesoura endoscopica tipo Papin, eletro-coagulação de vaso sangrante. Dilatação com velas ureteraes e, em seguida, com sonda ureteral n. 10. A seguir, retirada a sonda n. 10 para ser substituida por outra mais fina destinada a permanecer de demóra, não foi possivel o novo cateterismo. A doente tomou albucid e eserina. Durante dois dias não houve acidente mas no terceiro dia nova colicá lombar direita com temperatura elevada e urinas turvas. A temperatura atingiu 39 1/2 e o exame bacterioscopico das urinas acentuou presença de piocitos que a cultura identificou como coli e estreptóoccus. Nessa ocasião nova cistoscopia, cateterismo ureteral facil e sonda ureteral de demóra. A doente teve melhora sensivel, cessaram seus padecimentos e a temperatura cahiu. No 5.^o dia apoz a intervenção endoscopica e estando

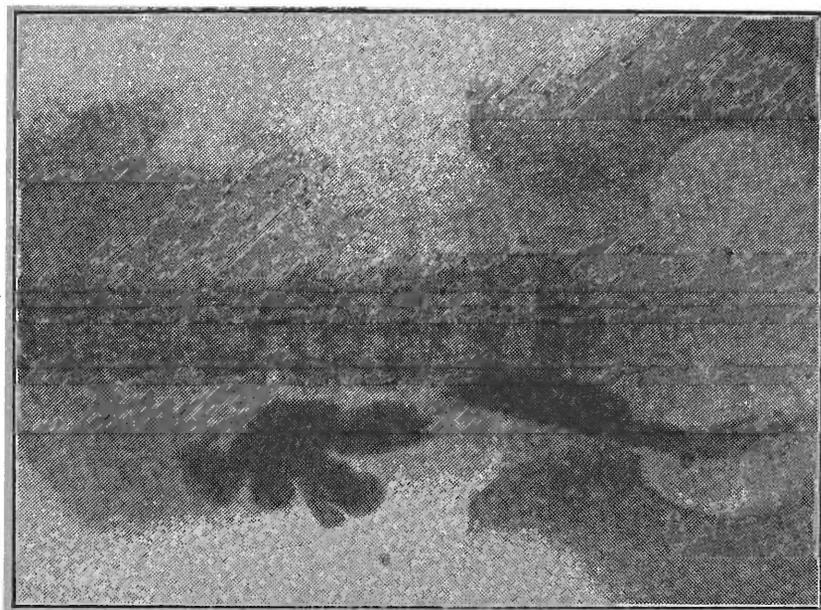


FIGURA 10

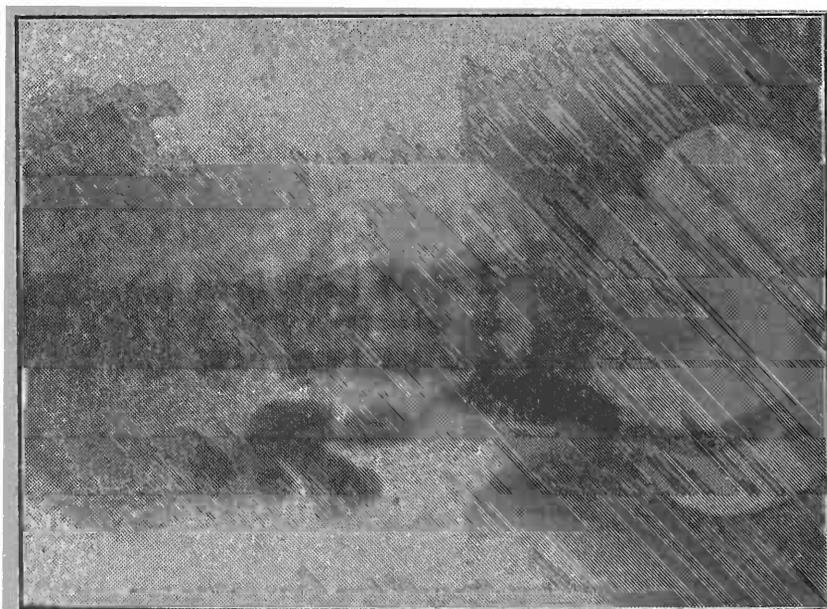


FIGURA 9

a doente desde o 4.^o dia sob a ação de prontosil injetável verificou-se eliminação do corante, pelo cateter de demora, 15 minutos após a injeção e a urina que anteriormente fluía de maneira contínua começa a sair com intervalos e ritmo. Fez-se instilação de solução de nitrato de prata a 1 por 200- (5 cc.)

Em 15-12-940 a prova do indigo-carmin, pelo cromocaterismo, revelou eliminação do corante em 6', azul claro e 7', azul intenso.

Sonda de demora permaneceu por 23 dias sendo que após 11 dias foi trocada por ocasião de nova elevação de temperatura que a doente apresentou.

O decurso posterior foi normal, tendo a paciente continuado com a terapêutica antisséptica (albicid, prontosil e anfotropina).

23 dias após a intervenção, nova cistoscopia, tendo o I. C. se eliminado aos 15'. Bexiga de aspecto normal.

Durante um mês a doente não referiu incidentes, acentuando que suas urinas permaneciam claras. Ao cabo desse tempo, nova cólica renal, temperatura elevada e urinas turvas, sintomatologia esta que cedeu com o uso de albucid e anfotropina. 15 dias depois, novo surto agudo- (cólica, calafrio) e 11 dias depois deste último surto foi praticada nova cistoscopia que assinalou bexiga normal, porém, não se conseguiu cateterizar o lado direito, com sondas de números 5,6 ou 7. Não se verificou ejaculação de urina por esse meato e o I. C. não se eliminou durante 20 minutos.

Em face dessa emergência foi decidida a intervenção.

Uréia no sangue: 0,38.

Pressão arterial: máxima e mínima 70. 78 pulsações por minuto.

Tempo de sangria 11 minutos e tempo de coagulação 3.

Pré-operatório: 5 transfusões diárias de 100 cc de sangue puro. 500 cc de soro glicosado e botropase.

Nefrectomia em 12-2-941 com anestesia geral pelo éter. Pós-operatório sem incidentes e alta curada com cicatrização per primam 10 dias após a operação cirúrgica.

COMENTÁRIOS

Nos dois casos que apresentamos não existe obstáculo abaixo, isto é, nos tratos médio e inferior.

Além disso não existe refluxo vesico ureteral.

Em ambos os casos ha presença de magãuretères angulares e com hidronefróse.

Em ambos os casos o ureter intramural é permeável á sonda ureteral, portanto, sem obstáculo.

No 2.^o caso a pielografia demonstra, muito claramente, a presença de uma contração ao nível do ureter intramural contrastando

com a dilatação que dessa porção se inicia em funil e prosegue até os pequenos calices.

Neste caso, sem duvida, se trata de lesão do ureter intramural por hipertonia do mesmo.

No 1.º caso não se visualisa esta porção do ureter em face do pronunciado acotovelamento do mesmo, já muito dilatado na pequena bacia, dando imagens superpóstas que impossibilitam determinar o estado da porção intramural.

Neste caso, pois, duas hipóteses podem ser discutidas:

1 — a primeira seria aquella na qual se admitisse existencia de hipertonia do ureter intramural como no caso anterior;

2 — a segunda seria a hipótese de valvula ou membrana de Schwalla.

Em se tratando de individuo jovem (18 anos) apresentando outras anomalias: criptorquidia, atrofia da próstata, aplasia dos musculos reto-anteriores do abdome e ureter cego do lado oposto, claro que a lesão deve ser admitida como congenita. Além disso, em favor desta hipótese, fala o estado do unico rim existente e mesmo a acentuada uretero-hidronefróse. No momento o doente entra em uremia franca porque a taxa de uréa, no sangue, ascende a mais de 2 gramas e o processo vem se instalando tão lenta e progressivamente que, mesmo com essa taxa elevada de escórias no sangue, o doente não apresenta perturbações acentuadas que o impeçam de se locomover, agir e levar uma vida relativamente normal. Isto demonstra uma adaptação organica a um estado de progressão lenta. É um fato de verificação clinica.

É necessario acentuar que, no caso, a lesão congenita é tão sómente aquella assestada no ureter intramural, quer se trate de hipertonia, quer se trate de membrana ou valvula de Schwalla e que a dilatação e angulação ureteraes e dilatação pielo-calicial são adquiridas por força e rasão da obstrução congenita ao nivel do ureter intramural.

O 2.º caso já apresenta aspéto diverso quanto á etiopatogenia. Doente de 40 anos de idade referindo queixa que reporta a quinze meses de duração e com função renal relativamente bôa, porisso que a próva do I. C. assinalou eliminação corada aos 6' em cromocateterismo. Além disso não apresenta outras anomalias e o rim homonimo é normal.

É de assinalar que a doente procurou assistencia médica por cólica renal, e bloqueio ureteral agudo, como a urografia demonstrou. Após sondagem de demóra a função se restabeleceu e normalizou-se.

Sendo uma hipertonia adquirida, embóra não tivesse sido feito exame radiológico do tubo digestivo, não havia referencia de sintomas e não foram notados sinaes clinicos de megaesofago e de megacolo. Nessas circunstancias poder-se-hia relacionar a hipertonia ad-

quirida á acalasia (Hurst e Gayner Jones), que é uma perturbação do sincronismo entre o órgão e o esfíncter, de tal fórma que este não se abre no momento oportuno e acarreta dificuldade ou obstáculo ao esvaziamento do conduto. Aliás, Etzel, em seu trabalho, "Megaesofago e sua neuropatologia", se refere a analogia das lesões com o ureter, dizendo ser frequente a associação entre megaesofago (dilatação do esofago causada por desordem funcional do cardia), megacolon (dilatação do colo com perturbação funcional dos esfínteres do intestino grosso — Alipio Correia Neto) e acalasia do pilóro. Etzel afirma que o sistema urinario póde apresentar alterações funcionaes semelhantes com formação de megaureter, hidronefróse e bexiga dilatada, tendo observado megaesofago, acalasia do pilóro e megaureter num mesmo caso e, noutro, megaesofago, megacolo e megaureter. Etzel termina o seu trabalho dizendo: "as associações mórbidas de megaesofago difficilmente pódem ser consideradas accidentaes. A inervação autonoma de todos esses órgãos (esofago, colons, estomago e ureter) é semelhante e parece provavel ser um só fator o responsavel pelas desordens funcionaes de todos eles. E isto me conduziu a encarar megaesofago como estado mórbido do sistema nervoso autonomo cuja destruição parcial e compléta resultaria no aparecimento de algumas ou de todas estas perturbações associadas. Esta teoria sugere que não estamos tratando com varias afecções independentes mas com uma unica, de muitas manifestações."

Após seus estudos experimentaes, concluiu que essas observações o convenceram de que megaesofago e megacolo e os estados associados são manifestações de neuropatia degenerativa da porção intramural do sistema nervoso autonomo, causadas por deficiencia cronica e incompléta de vitamina B'.

Robert Gayet, fasendo um estudo detalhado do ureter intramural, no capitulo de inervação, chega a seguinte conclusão: "existe um verdadeiro centro nervoso uretral situado na porção baixa do ureter, pois, se os histologistas não se entendem sempre sobre detalhes dos fatos que puderam encontrar são unanimes em considerar o ureter intramural como a porção a melhor provida e a mais diferenciada com relação á inervação."

O assunto perdura como problema de clinica urológica ainda mais, porquanto, pouco se sabe das desordens de origem nervósa assestadas no trato urinario superior.

Pelo exposto concluímos que:

NO PRIMEIRO CASO, não resta duvida que se trata de lesão congenita assestada ao nivel do ureter intramural e,

NO SEGUNDO CASO, a lesão é adquirida e assestada nessa mesma porção.

PYORRHÉA

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito: Resultados positivos em 8 dias, com o específico

PYORRHON.

CONSULTAS: 30\$000.

DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS AOS SENHORES MÉDICOS E DENTISTAS.

DR. CLINEO PAIM

Rua Barão de Itapetininga, 120
5.º andar - Salas, 505 e 506
(Casa Guatapará).
Tel: 4-4050 - SÃO PAULO

ENDOSCOPIOS

PARA TODOS OS CASOS DE DIAGNOSTICA E CIRURGIA



CISTOSCOPIO UNIVERSAL
"MIRA - MORAES BARROS"
PATENTE 26000 --

Asclepio Mira LTD.

RUA CESARIO MOTTA 335 TEL. 4-1811 CAIXA POSTAL 2425

SÃO PAULO

Pyorrhon

Um medicamento que veio resolver os casos de Gengivites e Pyorrhéa

A T E S T A D O

E' para mim um prazer atestar que venho empregando em minha clinica com os mais brilhantes resultados, o Pyorrhon, medicamento de escol para o tratamento da Piorrhéa Alveolar e das Gengivites.

Tambem venho calorosamente recomendando o seu uso aos meus pacientes, porque assim fazendo estes teem assegurada a perfeita saude do seu meio bucal.

O Pyorrhon é um preparado que pela propaganda honesta com que é lançado e pelos seus meritos, merece da nossa classe a melhor acolhida.

São Paulo, 6 de Outubro de 1939.

Octavio Demacq Rosas.

Receite PYORRHON aos seus clientes