

Conceito actual das nephropathias medicas *

A proposito da nova classificação franceza de Rathery e Froment

pelo

Prof. Thomaz Marante

Cathedratico de Clinica Medica

Rathery e Froment vêm de propôr uma nova classificação das nephropathias medicas, que chamarei de classificação franceza neo-classica e que procurarei expôr e commentar, após haver, para bem comprehendidos os seus fundamentos e a sua razão de ser, recordado e analysado, em rapido escôrço, o que em materia de classificação de nephrites, já se tem feito.

Historia das nephrites

O capitulo da pathologia medica que trata das doenças dos rins é, em grande parte, formado das chamadas nephrites. O termo nephrite, que etymologicamente quer dizer inflammação renal, abrange em seu bojo estados morbidos que, embora clinicamente formem um grupo homogeneo, anatomopathologicamente negam a propriedade do termo, pois encontramos lesões não só inflammatorias como tambem degenerativas, e na verdade, houve na materia real progresso quando, em 1905, no congresso de Méram, F. Müller propoz chamar de nephrose ás affecções renaes degenerativas ou aquellas em que não se conseguisse cabalmente demonstrar o elemento inflammatorio, por isso julgo acertado, como já tem sido feito, substituir o termo nephrite pelo de nephropathias medicas para a designação desse grupo de affecções renaes. Apesar do muito que temos avançado neste ramo da medicina — e o caminho andado foi enorme, como veremos — ainda não chegamos á perfeição da verdade evidente, no conhecimento das nephropathias e a prova está na multiplicitade actual de classificações propostas para as mesmas, a Escola Franceza differindo da Inglesa, e esta da Allema, etc.

O conhecimento das nephropathias nasceu com os trabalhos de Richard Bright, em 1827 pois, embora já tivesse Wells em 1812 constatado um caso de anasarca com albuminuria e notado na autopsia o endurecimento dos rins; apesar de terem Alison em 1823 e Barbier de Amiens em 1827 descripto o pequeno rim granuloso, foi elle quem primeiro de facto estabeleceu as relações existentes entre as hydropisias, a albuminuria e certas lesões renaes, descrevendo o grande rim branco, o grande rim vermelho e o pequeno rim atrophiado e duro. Deu-nos o primeiro estudo sobre as formas chronicas das nephrites, por isso foi a estas dado o

* Conferencia lida na Sociedade de Medicina, na sessão do dia 26 de Outubro de 1934.

nome de mal de Bright, como homenagem a esse luminar da sciencia medica ingleza.

Durante uma parte do seculo 19 dominou a anatomopathologia a classificação das nephrites e duas theorias disputaram a preferencia dos auctores: a da unidade e a da pluralidade das formas anatomicas das mesmas.

Para os adeptos da theoria unitaria, as diversas modalidades anatomicas encontradas nada mais são do que differentes estadios de um mesmo processo morbido; para os pluralistas, ao contrario, correspondem á affecções differentes.

Rayer em 1840 affirma serem as lesões do rim, variaveis segundo os casos, apenas differentes etapas de um mesmo processo inflammatorio; na phase de inicio o grande rim, nas phases sub-aguda e chronica — os rins atrophizados. Em 1852 Frerich é da mesma opinião. A seguir Virchow precisa-a mais, declarando que a lesão original é parenchymatosa. Traube porém sustenta que a inflamação do tecido conjunctivo representa a lesão primaria, as alterações dos epithelios sendo secundarias á inflamação intersticial.

Johnson pela primeira vez defende a theoria dualista, descrevendo sob o nome de mal de Bright processos distinctos, dois de natureza de-generativa e dois de natureza inflammatoria.

A theoria unicista passa a ser muito criticada pelos sequases de Johnson, para os quaes as differentes variedades de nephrites representam typos totalmente distinctos, incapazes de se transformar um no outro: o grande rim branco nunca ficará pequeno rim vermelho, porque não póde haver duas phases na evolução das lesões inflammatorias. Samuel Wilks, Todd, W. Roberts, Stuart foram na Inglaterra acerrimos defensores do dualismo, ao qual adheriram os auctores francezes. Jac-coud, Lécorché, Charcot, entre outros, desenvolvem no continente a referida doutrina. Lécorché, em sua primeira classificação, divide as nephrites em parenchymatosas, intersticiaes e mixtas. Charcot em 1877, com sua grande auctoridade de mestre incontestavel, se torna o baluarte da doutrina dualista. Descreve uma nephrite parenchymatosa ou epithelial (grande rim branco), uma nephrite intersticial (pequeno rim vermelho), attribuindo a cada fórma anatomica um quadro clinico bem delimitado.

Em 1870 Klebs demonstra a importancia das lesões glomerulares em certas nephrites, como a escarlatinosa, que precederiam ás lesões dos tubos renaes: a glomerulite seria a lesão inicial.

Breve se inicia a reacção contra esta systematização que ia de encontro ao verificado nas necropsias, isto é, a concomitancia de lesões parenchymatoses e intersticiaes, a ponto de Lécorché e Talamon affirmarem, exaggerando, pois ha casos puros, que toda nephrite é ao mesmo tempo parenchymatosa e intestinal. Brault deu novo impulso no estudo das nephrites e podemos dizer, com razão que aos seus trabalhos, publicados em 1897, devemos o inicio das concepções clinicas, na classificação das nephropathias. Para elle impossivel era, deante das multiplicidades das formas anatomicas, saber si umas são a sequencia ou a terminação de outras, o importante sendo a duração, a intensidade

dos processos morbidos, e nessa base propoz dividir as nephrites em: passageiras, agudas, sub-agudas e chronicas. Dieulafoy, em sua admiravel pathologia medica, assim resume a concepção da Escola Franceza a respeito da materia: "Si, dit-il, á l'autopsie de gens ayant succombé á la maladie de Bright, on trouve des reins gros, des reins petits, des reins atrophiés, des reins blancs, des reins rouges, des reins déformés, des reins granuleux, des reins kystiques tout cela tient á la rapidité ou á la lenteur du processus, á la predominance des altérations épithéliales, vasculaires ou conjonctives, á la nature des toxines ou des poisons, á la violence ou á l'atténuation des agents infectieux."

Não obstante a classificação de Brault assignalasse, como diz Pasteur — Vallery — Radot, um grande progresso sobre as antigas, encaminhando os estudos para a clinica e para a physiologia, não explicava a symptomatologia das nephrites e a sua evolução, o que tão sómente o estudo physiopathologico das mesmas o poderia fazer, permitindo comprehender a sua symptomatologia tão variada e explicar as suas evoluções tão differentes. Com esta orientação se iniciaram os estudos da Escola Franceza actual. Não foi esse porém o criterio seguido pela Escola Allemã que, ainda hoje, tem, precipuamente, na anatomia pathologica a base e o fundamento das suas classificações.

Conceito actual das nephropathias

Escola Allemã

A classificação allemã das nephropathias, é essencialmente anatomica, muito embora, affirmem alguns auctores, o contrario, pois o elemento clinico nella é apenas accidental e só considerado quando capaz de se adaptar aos factos anatomicos, do contrario sendo desprezado, como por exemplo, no caso das nephroses toxicas. Para Rathery e Froment, esta classificação, pretensamente moderna, não é, na realidade sinão a traducção, á luz de pesquisas recentes, de idéas muito antigas, admittidas outrora em França e em seguida regeitadas, constituindo contrariamente ao que alguns pensam, não um progresso, mas um retrocesso. Não vou a esse extremo, pois, á Escola Allemã, inegavelmente devemos o grande capitulo das nephroses, incontestavel avanço no estudo das nephropathias.

Dominam a Escola Allemã duas correntes, uma chefiada por Fritz Munk e outra por Volhard e Fahr; vejamos em primeiro lugar a de Munk. Este auctor estabelece como meios clinicos para a orientação na classificação das nephropathias duas provas funcçionaes, ás quaes dá muito valor: a da diluição e a da concentração. Pela primeira verifica-se a capacidade dos rins de eliminarem quantidade de agua sufficiente e pela segunda a normal eliminação de corpos dissolvidos na urina, concentrando a sua dissolução na mesma. Nas nephroses as lesões são degenerativas e nas glomerulo-nephrites inflammatorias. No quadro que se segue estão reunidas as divisões e subdivisões da classificação de Fritz Munk:

Nephropathias	Degenerativas (lesões tubulares) — nephroses	- albuminoide - gordurosa - necrotica - lipoidica - amyloide
	Inflammatorias - glomerulo nephrite - nephrite hemorragica - nephrite purulenta	- benigna (alteração só do novello capillar) - maligna (lesão do novello e da capsula)

Esta classificação, como confessa o proprio auctor, é muito eschematica, pois, as lesões se generalisam dando as formas mixtas. Na propria Allemanha não foi ella admittida por todos. A que mais adeptos attrahiu foi a que reina officialmente entre nós, a de Volhard e Fahr, que passo a expôr. Para Volhard e Fahr em trez grupos principaes podemos enquadrar as alterações anatomicas verificaveis nas nephropathias: lesões degenerativas, lesões inflammatorias e lesões vasculares. Ligando a estes elementos de ordem exclusivamente anatomopathologica, outros retirados da clinica, como sejam a evolução e a etiologia, assim como buscando na associação das lesões entre si mais um elemento de classificação, estabelecem a seguinte divisão das nephropathias:

A

Lesões degenerativas: nephroses idiopathicas ou genuinas e nephroses de etiologia conhecida:

1.º de evolução aguda; 2.º de evolução chronica; 3.º estado terminal: atrophia renal nephrotica, sem hypertensão.

B

Lesões inflammatorias: nephrites.

- | | | |
|--|---------------------|---|
| 1.º nephrites em foco
(sem hypertensão) | (a) estado agudo | |
| | (b) estado chronico | <ul style="list-style-type: none"> 1) nephrite intersticial em fóco (sceptica) 2) nephrite embolica em fóco |
-
- | | |
|---|--|
| 2.º Glomerulo nephrite diffusa
(com hypertensão) | 1) Estado agudo |
| | 2) Estado chronico, sem insufficiencia renal |
| | 3) Estado chronico, com insufficiencia renal |

Esses trez estados pôdem evolver: a) sem elemento nephrotico, b) com elemento nephrotico, isto é, com degeneração intensa e diffusa do epithelio, constituindo uma forma mixta.

C

Lesões vasculares: escleroses	{	1) Forma hypertensiva pura, benigna: esclerose pura dos vasos renaes 2) Forma hypertensiva combinada, ma- ligna: esclerose complicada de ne- phrite
-------------------------------	---	---

Volhard e Fahr partem dos seguintes elementos clinicos: hematuria, edema, hypertensão arterial e insufficiencia renal, para chegarem ao diagnostico das diversas nephropathias. A hematuria, por diapedese em fóco, indica glomerulo nephrite; o edema é proprio das nephroses embora não ligado directamente a insufficiencia renal e sim a maior permeabilidade dos capillares occasionada por “hypotheticas nephroblastinas hydropigienicas”; a hypertensão traduziria a existencia das escleroses renaes; e a insufficiencia renal a presença de lesões combinadas glomerulo-tubulares.

A classificação de Volhard e Fahr, além de ser complicada, tem sido muito criticada, até no merito dos seus fundamentos.

Critica da Escola Allemã

Löhlein não admitte a lesão do epithelio tubular caracteristica da nephrose. Ribbert acha a nephrite glomerular em fóco tão glomerular quanto intersticial. O mesmo Ribbert, assim como Jones e Lundberg negam a existencia da esclerose combinada.

L. Lichtwitz em o seu tratado sobre as enfermidades dos rins, commentando a nomenclatura e as classificações das nephropathias, depois de criticar a introdução dos termos agudo, sub-agudo e chronico, condemna a classificação esteada na etiologia, porquanto tomando por base dados etiologicos não é possivel estabelecer uma classificação sufficientemente precisa e clara, pois são muitas as enfermidades dos rins cuja causa immediata se desconhece, assim como, o mesmo agente etiologico nem sempre produz identicas alterações podendo até succeder que, causas diferentes produzam effeitos semelhantes. Dá maior valor aos symptomas quando possam trazer uma indicação acerca da porção do parenchyma que está affectada de um modo exclusivo ou preferencial, e para justificar a sua tendencia e a tendencia da Escola Allemã para tomar como base de classificação a anatomia diz: o nosso diagnostico differencial aspira não só estabelecer a distinção entre os processos morbidos do parenchyma e do tecido intersticial, sinão tambem, entre os de ambas as partes do parenchyma, glomerulos e canaliculo e as enfermidades do sistema vascular. De encontrarem-se alterados mais de um de taes elementos constitutivos, o diagnostico deverá procurar tambem reconhe-

cer e precisar em qual delles se originou a affecção, e isto é de absoluta necessidade, pois, o curso que segue o processo morbido influe grandemente no ulterior desenvolvimento da doença e na sorte do enfermo.

Segundo a alteração primaria proceda do glomerulo, no canaliculo ou do systema vascular, as enfermidades derivadas serão muito diversas. Do mesmo modo as lesões pathologicas residuaes que em cada uma destas partes se descubram terão valor muito differente para o futuro do paciente. Como se vê, para Lichwitz ha necessidade na classificação das nephropathias de se determinar exactamente, qual a porção do tecido renal exclusiva e preferentemente lesada, assim como de fixar, ainda mais minuciosamente, por onde ella começou. Ora, o proprio Lichwitz, a seguir, analysando a classificação de Volhard e Fahr, não só, como em breve veremos, apresenta as suas difficuldades quanto a localisação exclusiva ou inicial das lesões, como tambem, tratando da pathogenia, manifesta as suas duvidas quanto ao caminho que segue o processo morbido na invasão do rim, uma das columnas mestras da referida classificação.

Convem, antes de prosseguir, dizer alguma cousa sobre esse conceito pathogenico da Escola Allemã. Segundo elle, é mister distinguir-se as enfermidades renaes ascendentes das descendentes, ou hematogenicas, aquellas se introduzindo por effeitos de infecções ascendentes, com excepção dos rins com estagnação urinaria sem infecção; ao passo que a origem das fórmas descendentes se deve buscar em causas bacterianas, toxico-bacterianas, toxicas, circulatorias e toxico-circulatorias, acometendo, cada uma dellas primitivamente determinado ponto do rim. Para Volhard e Fahr, as causas de indole degenerativa (intoxicações) tendem a produzir affecções dos canaliculos e as productoras de phlogose atacam preferentemente o parenchyma, sobretudo ao nivel do glomerulo (Lichwitz). Agora vejamos as restricções do proprio Lichwitz: nas infecções toxico-bacterianas nem sempre é facil estabelecer a distincção entre os factores do typo degenerativo e do typo inflammatorio, pois, a peneumonia crupal, por exemplo, pôde, uma ou outra vez determinar uma glomerulo nephrite aguda genuina; quanto á possibilidade de um processo inflammatorio parenchymatoso, o que Virchow havia admittido, si bem que se apoiando em não muito solida argumentação, o criterio dos pathologos é muito diverso e entre os principaes investigadores que tem estudado a materia, são muitos os que negam tal inflammiação. Para tentar uma classificação pathogenica das enfermidades renaes, só tem interesse theorico, o criterio que adoptemos quanto a admittir ou negar uma inflammiação parenchymatosa, por ser fóra de duvida que a nephrite propriamente dicta não fica limitada aos glomerulos, sinão que quasi sempre attinge os cahaliculos. Quanto ao argumento de que a relação que entre si tem as affecções destes dois segmentos do parenchyma, pôssa talvez consistir em que a glomerulite produza consecutivamente uma irrigação sanguinea mais defeituosa dos epithelios de modo que as cellulas soffram por effeito da ischemia, contra elle está o facto, allega Lichwitz, de que a gravidade com que são assaltados os canaliculos está longe de corresponder sempre á gravidade e á duração da glomerulite, e o que é mais, pôde ser que os phenomenos por parte do glomerulo fiquem em

segundo plano, ou que, por fugazes, escapem á nossa observação e, que, ao contrario, o processo tubular predomine a ponto da enfermidade parecer ser puramente tubular. Estas observações nos ensinam (Lichwitz) que a opinião de que os agentes inflammatorios só atacam o glomerulo, não pôde ser admittida sem muitas restricções. Depois de expor os trabalhos de Hübschmann, assim como os de Kuezynski, Stolz e Bohnenkamp, conclue affirmando poder o mesmo factor inflammatorio tanto produzir uma affecção glomerular quanto uma affecção tubular primaria e baseado na sua propria experiencia, confessa que o conceito de affecção tubular primaria exposto na 1.^a edição de sua obra deve transformar-se em o de enfermidades preferentemente tubulares, nas quaes, mesmo no caso de faltarem symptomas clinicos, não se pôde nem se deve excluir a possibilidade de uma lesão glomerular ligeira ou solapada. Tratando do termo nephrose applicado ás enfermidades renaes de natureza não inflammatoria, diz que segundo Aschoff, atendo-se a definição primitiva de Müller, o rim retraído genuino corresponderia tambem á nephrose por se não tratar de nenhuma affecção inflammatoria e por isso, para evitar confusões, acha, com Strauss, conveniente usar a denominação de nephrose tubular ou epithelial ou, melhor ainda, acompanhando a Aufrecht (partindo do criterio da natureza inflammatoria da lesão epithelial) propõe para a mesma a designação de nephrite tubular; tanto mais que, segundo Volhard e Fahr, só nos primeiros periodos a alteração fica limitada ao epithelio dos canaliculos, posteriormente produzindo-se reacções inflammatorias no tecido conjunctivo vascular, de começo circumscriptas ao tecido intersticial, e a seguir tambem alcançando o glomerulo.

Com muito acerto, pois, diz Oswaldo de Oliveira, que se tantas duvidas ha em materia positiva de observação histopathologica, que será da parte clinica, por natureza incerta, contingente e aleatoria.

Lichwitz abordando a ultima parte da classificação de Volhard e Fahr, opina serem as designações de esclerose benigna e esclerose maligna adoptadas por estes auctores causa de confusões, o que se comprehende levando em conta que os signaes distinctivos de ambas se fazem derivar exclusivamente do modo de comportar-se o rim e da influencia que, por effeito d'elle, se exerce sobre a duração da vida do paciente, porém não do complexo representado por todos os perigos que a enfermidade expõe; e com effeito, apesar das alterações que na esclerose benigna se encontram não parecerem graves, nem por isto deixa de ser muito frequente que os enfermos succumbam em consequencia de um insulto apopleptico ou por insufficiencia cardiaca.

Rathery e Froment dividem em trez grupos os argumentos contrarios ás classificações de base anatomo-pathologica, como a allemã.

1.^o Argumentos anatomopathologicos — as pesquisas recentes, confirmando as antigas de Bamberger, Weigert, Dieulafoy, Cornil e Brault, demonstram a extrema frequencia das nephrites diffusas; o rim não é acometido em um dos seus elementos fundamentaes, mas, em todos; ha simplesmente predominancia da alteração sobre um delles. Impressiona, lendo as classificações de Volhard, Fahr e de Oberling, da inexistencia destas alterações atacando exclusivamente: tecido intersticial, tecido

glandular e vasos; a systematisação em typos glomerular ou tubular puros, tambem parece não ter sido ainda verificada; assim como, é muitas vezes, bem difficil distinguir uma lesão degenerativa, de uma inflammatoria.

2.^o Não se pôdem admittir como verdadeiras as conclusões de Schlayer, segundo as quaes, o arsenic e a cantharida lesando exclusivamente o glomerulo, determinariam diminuição da secreção aquosa, com queda da tensão arterial e falta da eliminação da lactose, ao passo que o sublimado, e o chromo, offendendo sómente as cellulas tubulares, occasionariam má secreção do iodeto, normal ficando a eliminação hydrica, de modo que possivel seria caracterisar clinicamente as alterações dos glomerulos e as dos tubos uriniferos nas nephrites agudas, porque, segundo Munk, Roth e Bloss ainda não se conseguiu reproduzir experimentalmente a verdadeira glomerulo nephrite humana.

3.^o Argumentos de ordem clinica — não temos o direito de concluir de uma lesão anatomica para um typo clinico no que diz respeito ao rim: em primeiro lugar a distincção entre lesão tubular e lesão glomerular, distincção admittida por certos auctores na Allemanha, não corresponde, na realidade, a nenhum dado physiologico preciso. Volhard mesmo o reconhece; para elle as funções tubulares e glomerulares em sendo diferentes estão a tal ponto intrincadas e conjugadas que não se pôde chegar a dissociar clinicamente o que pertence á alteração de uma ou de outra.

Difficil se torna comprehender a ligação de typos anatomicos, não só a formas particulares de evolução e duração, como até a typos symptomatologicos. Não se vê Fahr fazer da hematuria signal de lesão glomerular, ao passo que Oberling a considera manifestação de ordem cellular tubular? De tudo isso se impõe a conclusão de que actualmente não é possivel acceitar em clinica uma classificação anatomica das nephrites. A secreção urinaria é um processo physiologico complexo, exigindo a actividade de todos os elementos constituintes do rim. Mesmo um phenomeno como, por exemplo, a secreção do chloreto de sodio, que parece se passar tdo na cellula tubular, depende, no entanto, ao mesmo tempo, da integridade do glomerulo, dos capillares e do tecido intersticial; uma modificação de qualquer um destes elementos pôde repercutir sobre o funcionamento da cellula tubular. O que é verdadeiro para a secreção chloretada tambem o é para a da uréa, a da agua, etc. (Rathery e Froment).

E' no capitulo das nephroses que mais evidente se torna a difficuldade em adaptar os quadros clinicos ás lesões anatomicas, pois, ao passo que a anatomopathologia demonstra a identidade destas, todas do typo degenerativo, embora variando em aspecto e gravidade, porém, sempre dentro do conceito expresso pelo termo nephrose, a clinica nos revela formas completamente diversas, antitheticas, pois si o edema e a taxa normal de uréa no sangue são caracteristicos da nephrose typica, a unica digna deste nome, a lipoidica, nas nephroses toxicas, como por exemplo, na resultante da intoxicação pelo mercurio, ao contrario não existe edema e a uréa pôde alcançar cifras formidaveis! Como pois associar entre si os dois criterios: nephrose é igual edema mais uréa normal no sangue,

e nephrose é igual a uréa augmentada no sangue mais a ausencia de edema! Como pois continuar a classificar no mesmo grupo, sob a mesma rubrica, casos que clinicamente são completamente diversos e oppostos em sua systematologia? Só porque em ambos ha lesões degenerativas localisadas principalmente nos tubos contornados? Ou a logica está errada ou o desmembramento de grupos se impõe.

Rosenberg referindo-se ás nephroses toxicas, assim se expressa: “só motivos anatomopathologicos nos levam a enumerar o rim da intoxicação pelo sublimado entre as nephroses, como uma affecção da mesma porção do parenchyma renal, mas pathogenetica, histologica e clinicamente differente.”

Genival Londres e Pedro Nava em bem recente e documentado artigo sobre as toxicoses mercuriaes agudas affirmam não ser facil englobal-as em qualquer das trez chaves da classificação de Volhard e Fahr (a nephropathia mercurial aguda) uma vez que revestem aspectos superpostos que as approximam ora do primeiro grupo ora do ultimo grupo. “Lesões degenerativas, principalmente tubulares, sob a dependencia, primeiro do toxico e secundariamente do estado geral por elle creado — a ausencia de caracter inflammatorio, a ausencia de degenerações vasculares — tal se nos apresenta a nephropathia mercurial aguda; vamos classificar-a portanto entre as nephroses, conferindo entretanto a esta designação *mais o seu valor como caracter anatomico, do que como representação clinica e funcional*, pois, si ha morphologicamente parentesco entre estes estados do ponto de vista physio-pathologico, ao lado dos traços comuns, evidenciam-se caracteres de todo aberrantes e que conferem a nephrose mercurial um caracter differencial de individualisação clinica que a afasta de quaesquer outros processos renaes.” E a seguir, no termino do seu magnifico trabalho, concluem: “da apreciação dos nossos casos, evidencia-se mais uma vez que a toxicose mercurial aguda determina uma affecção renal com caracteres anatomo clinicos particulares, que de certa forma a distanciam dos typos fundamentaes das classificações eschematicas das nephropathias. Do ponto de vista clinico a sua significação é complexa, apresentando uma exteriorisação symptomatologica incolor, na qual faltam os symptomas fundamentaes que individualizam cada um dos typos das classificações correntes; e se no quadro urinario predomina o aspecto nephrotico (oligo-anuria, albuminuria), já no quadro humoral vamos encontrar indices de retenção azotada tidos como attributos das glomerulites e arterio-escleroses renaes. Do ponto de vista anatomo-pathologico, ao lado de phenomenos degenerativos salientam-se processos necroticos intensissimos que se não enquadram no aspecto habitual da nephrose.

Em virtude dessas particularidades, talvez se justificasse a separação da nephropathia mercurial como um typo a parte, não assimilavel ás formas eschematicas. Mas, em face das concepções doutrinarias ora vigentes, tem predominado o criterio de englobar-se a affecção mercurial ás nephroses, distinguindo-se apenas como sub-grupo á parte, ao lado de outras toxicoses, constituindo as nephroses necroticas.”

A nephrose gordurosa tambem é uma nephrose... sem edema e a nephrose amyloide é nephrose mais clinicamente do que anatomopatho-

logicamente (Berardinelli) pois a substancia amyloide se deposita preferentemente nos vasos renaes e nos glomerulos...

Na Italia as classificações das nephropathias orientam-se pela Allemã. Na Inglaterra e Estados Unidos reina ainda o criterio anatomo-clinico na classificação das nephropathias. Bradford divide as nephrites em agudas e chronicas e nestas ultimas distingue os typos com: grande rim branco, pequeno rim branco e rim amyloide, descrevendo a parte o rim atrophico da arterio-esclerose. Herrickt subdivide as nephrites chronicas em: 1.^o) nephrite chronica parenchymatosa, 2.^o) nephrite chronica intersticial comprehendendo a) forma primitiva, b) forma secundaria, c) rim arterio-esclerose, 3.^o) typos mixtos, combinação 1 e 2, nephrite diffusa (Oswaldo de Oliveira).

Cabot distingue: 1) glomerulo nephrite, 2) nephrite arterio-esclerotica.

Creio, de sobejo, haver demonstrado já não ser, hoje possivel continuarmos a seguir, em nephropathias medicas, o criterio anatomico para a sua classificação, mas que se faz mister buscar um outro ponto de partida, que, acredito, só a physiopathologia renal nos poderá dar, e que foi, como já disse, a orientação seguida pela moderna Escola Franceza.

ESCOLA FRANCEZA

Classificação classica de Widal, Javal e Castaigne

A classificação franceza das nephrites, de Achard, Widal, Javal e Castaigne, assenta os seus fundamentos na physiopathologia renal e pôde ser chamada, com inteira justiça, de physiopathologica. Widal e os seus collaboradores tiveram o grande merito de mostrar que o importante em uma classificação de nephrites é menos a localização das lesões do que a intensidade e a modalidade da alteração funccional renal (Rathery e Froment). A anatomia pathologica nos dá noções fixas de alterações imutaveis resultantes da lucta entre o aggressor e o aggreddido, a physiopathologia, ao contrario, é dinamica, nos expõe o organismo em plena lucta atravez a alteração funccional e, para nós medicos, é este o ideal, pois, só assim a nossa intervenção poderá ser efficiente e util. "Autant les classifications précédents étaient stériles et ne conduisaient à aucune donnée importante d'ordre pronostique, diagnostique et thérapeutique, autant la classification basée sur l'état du fonctionnement rénal est fertile en déductions diagnostiques, pronostique et thérapeutiques" (Rathery e Froment).

A Achard e Widal devemos o conhecimento das relações existentes entre as alterações da eliminação urinaria do chloreto de sodio, verificadas nas nephrites, e os edemas que nestas soem apparecer, assim como Widal e a sua escola, retomando os antigos estudos de Christison, Picard, Babington, Lécorché e Talamon, etc., sobre as variações do teor sanguineo em uréa, igualmente observaveis no decorrer das mesmas, mostraram a importancia do conhecimento dessas variações, no diagnostico e no prognostico das affecções renaes. Ficou assim estabelecida a existencia

de dois typos de nephrites: um com alteração da secreção dos chloretos, respeitada a da uréa — a nephrite com edema e retenção chloretada, e o outro em que havia a alteração da secreção da uréa, respeitada a dos chloretos — a nephrite azotemica. Castaigne, levando mais em conta as manifestações clinicas, propõe para estes dois typos de nephrites respectivamente as denominações de nephrites hydropigenicas e nephrites urémigenicas.

Tomando em consideração a evolução aguda ou chronica que podiam ter as nephrites, dividiram os auctores francezes as nephrites em dois grupos principaes, nephrites agudas e chronicas. Attendendo, tão sómente, a evolução, ás manifestações symptomaticas e a physiopathologia e tendo observado que a molestia podia consistir durante muito tempo, tão sómente na presença de albumina na urina, fazendo taboa raza no que diz respeito á anatomia, subdividiram-nas em:

- | | | |
|------------------------|---|-------------------|
| 1) NEPHRITES AGUDAS | { | Passageira |
| | { | Super-aguda |
| | { | Aguda-typica |
| 2) NEPHRITES CHRONICAS | { | Aluminosa-simples |
| | { | Hydropigenica |
| | { | Urémigenica |

(Castaigne).

Widal, como já vimos, adopta uma nomenclatura um pouco differente, pois, denomina a fórma hydropigenica de chloretemica, e a urémigenica de azotemia, acrescentando ainda uma outra forma, a hypertensiva, na qual a doença do rim se traduziria exclusivamente por augmento da tensão arterial. Castaigne, na ultima edição de seu livro sobre molestias dos rins, modifica a sua primeira classificação, unindo a fórma hypertensiva de Widal á forma urémigenica, que passaria a ser hypertensiva e urémigenica, pois, considerava, a fórma hypertensiva apenas como uma phase evolutiva da urémigenica.

Adoptada em quasi todos os paizes latinos, a classificação franceza reinou por muito tempo sem restricções, mas nos ultimos annos, começou-se a notar que a rigidez e eschematica da sua estrutura já se não podia perfeitamente adaptar aos progressos dos nossos conhecimentos no dominio da pathologia renal e do metabolismo das substancias mineraes e proteicas. Pasteur, Vallery e Radot já em 1922 escrevia: “não devemos comprehender os termos nephrite chloretemica, nephrite azotemica ou nephrite hypertensiva num sentido tão absoluto como outrora se tomavam os termos de nephrite parenchymatosa ou nephrite intersticial. Nephrite chloretemica significa: nephrite com syndrome actual de chloretemia, nephrite azotemica significa nephrite com syndrome actual de azotemia. As syndromes não são immutaveis; apparecem, modificam-se, desapparecem, combinam-se, intrincam-se, isolam-se e associam-se. Não representam uma forma clinica definitiva porém um momento na historia da nephrite.” Distingue elle as seguintes syndromes nas nephrites: chloretemica, azotemica, cardio vas-

cular e urinaria. "E' da associação variavel destas syndromes, diz Widai, que nascem na realidade os aspectos differentes revestidos pelas doenças dos rins." Diante de um nephritico, qualquer que seja a origem, a duração e variedade de sua doença, pôdemos, graças a pesquisa destas syndromes, adquirir noções exactas sobre o funcionamento do rim e assim tratar correctamente o nosso paciente". (Pasteur, Vallery e Radot). Admittiram, então, Widai, Lemiene e Pasteur, Vallery, Radot, os cinco grandes tipos de nephrite:

- 1.º) Albuminuria chronica simples
- 2.º) Nephrite hematurica (affecções bucco-pharyngeas)
- 3.º) Nephrite com retenção chloretada
- 4.º) Nephrite com retenção azotada
- 5.º) Nephrite hypertensiva.

Mas, a sciencia não pára, a medicina não estaciona na sua evolução millenaria e as syndromes que pareciam sufficientemente traduzir os disturbios resultantes das alterações renaes já não bastam; novas surgem, outras se modificam; ao lado da retenção chloretada de Widai e Achard, surge a retenção chloretada secca de d'Ambard e Beaujard; ás syndromes de hyperchloremia annexam-se as syndromes oppostas de hypochloremia; na retenção do chloreto de sodio se procura distinguir as manifestações que resultariam da retenção de seus componentes, o sodio Na hydratante e o Cl não hydratante; verifica-se que a syndrome de retenção azotada poderia resultar da hypochloremia; a ellas ajunta-se a syndrome resultante das alterações do equilibrio acido basico; verifica-se que certas nephrites com retenção chloretada nem sempre apresentam augmento de chloretos no sangue, etc. De modo que, como muito bem dizem Rathery e Froment, si era logico admittir nephrites com disturbios da secreção dos chloretos e nephrites com disturbios da secreção da uréa, já se não estava auctorisado a caracterisar exclusivamente umas pelo edema e as outras pela elevação da uréa sanguinea.

O rim é um orgam dotado de funcções multiplas e variadas, embora a secreção de Na Cl e a da uréa seja das mais importantes, por serem os dois corpos que se encontram na urina em maior quantidade, existem outros dos quaes a classificação de Widai não cogita. Ao lado do Na Cl e da uréa ha um corpo ainda mais importante na urina — a agua. Ora, não temos o direito de assimilar, com Widai, Castaigne, a nephrite com edema, a nephrite hydropigenica, com a nephrite por disturbios da secreção de Na Cl pelos rins. O edema pôde existir fóra da retenção aquosa; as alterações da secreção aquosa se pôdem encontrar fóra de toda a anomalia da secreção chloretada ou azotada. Infelizmente, a secreção da agua é um phenomeno muito mal conhecido physiologicamente, apesar das pesquisas de Albarran, de Vaquez e Cottel, em França, de Volhard, na Allemanha. Além da agua, o rim secreta muitos outros corpos: phosphatos, sulfatos, acido urico, creatinina, materias corantes diversas, etc., etc....

Achard e Castaigne estudaram as variações da eliminação do azul de methylene nas nephrites, outros corantes foram experimentados, particularmente a phenolphthaleina.

Emfim, a secreção da urina não é a unica função do rim, existem outras; como por exemplo, o papel do rim na secreção do ammoniaco e na manutenção do equilibrio acidobasico (acidose e alcalose renaes).

Si é exacto de vêr-se todas essas funções perturbadas em caso de alterações massigas do orgam, já não é o mesmo nas alterações leves ou de media intensidade. As funções renaes são independentes umas das outras; não vemos nephrites com alterações da secreção dos chloretos, sem perturbações da da uréa? Ora, nada nos permite eliminar typos de nephrites com disturbios de uma só das funções ou de um numero mais ou menos limitado dellas diversas das do Na Cl e da uréa.

Uma classificação das nephrites não deve, pois, excluir esses diversos typos de perturbações funcçionaes e comprehender exclusivamente as perturbações da secreção dos chloretos e da uréa. Ora, na classificação precedente, a ellas se não allude. Ha, comtudo, nephrites nas quaes não existe nem perturbações da secreção da uréa, nem dos chloretos e contudo a lesão renal é inegavel; é facil constatal-o nas preparações histologicas. Em que cathegoria classificaremos essas nephrites?

Como ultima objecção á classificação de Widal, resta ainda não levar ella em linha de conta a repercussão sobre o organismo da insufficiencia funcional renal" (Rathery e Froment).

A longa transcrição que venho de fazer, encontra a sua razão de ser na identidade de idéas e de pensar que mantenho com os autores quanto á deficiencia actual da classificação das nephrites segundo a escola franceza classica. Foi ella, com razão arguida de não levar em linha de conta a unidade organica, sendo exaggeradamente localistica e hoje não ha doenças locaes e sim localisadas. Aqui, porém, algumas resalvas quanto ao meu ponto de vista: as relações morbidas entre o rim e organismo em sua totalidade pôdem ser re trez ordens: 1.^o) as alterações geraes precedem ás renaes, como no grupo das nephroses lipoidicas, infiltração amydoide; 2.^o) as alterações geraes são concomitantes ás alterações renaes, como nas nephrites da escarlatina, onde ha uma capillarite generalisada; 3.^o) as lesões renaes são primitivas, precedem ás alterações geraes, como em algumas nephropathias chronicas com retenção azotada, chloretada, etc.

Vejamos agora a interessante classificação que Rathery e Froment, tomando por base a classificação classica de Widal e Castaigne, renovando-a e completando-a, por isso por mim appellidada de neo-classica, lançaram em os n.^{os} 24 e 27, de 24 de Margo e 4 de Abril do corrente anno, da Presse Medicale.

CLASSIFICAÇÃO DE RATHERY E FROMENT

Principios directores da classificação

Quatro principios directores orientam esta classificação. Dois são fundamentaes e dois são accessorios.

Primeiro principio: uma lesão do rim pode manifestar-se por um certo numero de symptomas sem que por isso as funções do rim estejam

perturbadas. Um rim pode estar alterado e o disturbio funccional pode ser nullo, ou pelo menos muito leve e impossivel de reconhecer pelos meios de investigação actual; este typo de nephrite pode ficar neste estadio, mas as lesões as mais das vezes evoluem; ora desapparecem, ora progridem, acabando por determinar phenomenos de insufficiencia funccional.

A proposito e como justificativa deste principio passam a demonstrar como podem existir perturbações funcçionaes sem lesões e lesões sem perturbações funcçionaes, citando, a proposito, o resultado de autopsias onde se verificam lesões de órgãos que durante a vida do paciente não se tinham manifestado por nenhuma alteração das suas funcções. Para o rim este facto é tanto mais explicavel quanto nós sabemos hoje que a lesão renal nunca é generalisada, pelo menos no seu inicio; só um certo numero de tubos glandulares sendo attingidos, os outros ficando normaes. A lesão é insular como um dos autores demonstrou a mais de trinta annos. Ora, todos os órgãos, e o rim em particular, tem uma quantidade superabundante de parenchyma; pode-se retirar um dos rins e ainda uma parte do rim que fica, sem provocar nenhuma alteração das respectivas funcções. E' facil, pois de comprehender que um rim possa ser offendido, lesado e as suas funcções permanecerem normais. Póde-se ainda fazer intervir outros factores, notadamente a hypertrophia compensadora e os phenomenos de supplencia de ordem extra renal. A hypertrophia compensadora está hoje completamente demonstrada, Ambard admite e insiste sobre este facto, que uma constante uréo-secretoria normal póde existir mesmo em caso de lesão renal, a constante indicando que o funcionamento do rim é normal e não que o seu parenchyma esteja inalterado. Quanto aos phenomenos de supplencia de ordem extra renal, pódem elles intervir para compensar a deficiencia da glandula e impedir a appareição dos phenomenos de insufficiencia funccional grave. Quanto á objecção que se poderia fazer de que o rim tendo funcções normaes a lesão não se manifestaria por nenhum signal, respondem que uma lesão insular, incapaz de determinar uma insufficiencia funccional do órgão, póde chegar a formação de uma ilhota de tecidos cicatricial com transformação destructiva da cellula tubular, modificação esta que irá provocar o apparecimento de um certo numero de manifestações; albuminuria, hematuria, etc., que traduzirão não a perturbação das funcções do rim, mas o estado do seu parenchyma.

Segundo principio: as funcções renaes são independentes umas das outras; assim podem existir nephrites com insufficiencia attingindo sómente uma destas funcções: trata-se das insufficiencias funcçionaes dissociadas. A nephrite com retenção chloruretada póde não se acompanhar de nenhuma alteração da secreção azotada, etc., facto admittido por Vidal, Ambard, etc.

Esta noção de asynergia funccional de um órgão não é de modo algum especial ao rim, encontramo-la igualmente, por exemplo, no figado, como Fiessinger muito bem o demonstrou.

Terceiro principio: a lesão renal apenas representa no quadro clinico de uma nephrite e uma parte das perturbações que póde occasionar. Pelo facto da defficiencia de uma ou de varias das funcções re-

naes, as diversas glandulas, parenchymas e tecidos do organismo são mais ou menos profundamente atingidos. A repercussão sobre o organismo da lesão renal intervem por uma parte muito importante não sómente no prognostico, como tambem no quadro clinico apresentado pelo doente. Como se vê, por este principio integra-se a classificação de Rathery e Froment no conceito actual das nephropathias consideradas doenças geraes do organismo de localisação renal electiva e dentro da orientação constitucionalista, segundo o principio hypocratico: "tudo consente, tudo conspira, tudo concorre no corpo humano."

Apesar de admittirem este factor importante em sua classificação não descrevem Rathery e Froment typos clinicos particulares correspondendo ás diversas visceras ou glandulas atingidas; é o papel do clinico, dizem, saber fazer valer a parte deste factor extrarenal no typo de nephrite que defronta.

Quarto principio: é preciso distinguir nas nephropathias no ponto de vista etiologico duas classes bem distinctas: as nephropathias dependendo de uma lesão primitiva do rim, a mercurial é um typo dellas, e as nephropathias resultantes de um disturbio do metabolismo que só secundariamente age sobre o rim; a nephrose lipoidica de D'Epstein é sobretudo uma doença de ordem geral; as manifestações renaes são secundarias. aPra facilitar a explanação da classificação de Rathery e Froment, antes de entrar no estudo analytico dos diversos grupos que a integram; condensei-a no quadro seguinte:

Nephropathias sem syndrome de insufficiencia funccional	Nephropathias simples	albuminosas
		hematuricas
Nephropathias complicadas de insufficiencia funcional	Edematosa	hypertensivas
		nephrose lipoidica
		amylose renal
	Secca azotemica	aguda
		sub-aguda
	Forma mixta	chronica
		edematosa e azotemica
		azotemica e chloretemica secca
		azotemica e hypochloretemica

Desenvolvimento

Como se vê, distinguem, Rathery e Froment, dois grandes grupos de nephropathias: as nephropathias sem syndrome de insufficiencia e as nephropathias com syndrome de insufficiencia renal. No primeiro o rim, apesar de lesado continua a funcionar bem, ao passo que no segundo o seu funcionamento é deficitario. O primeiro grupo em parte

corresponde ao das nephroses dos allemães, mas, "como em toda a classificação a terminologia é muitas vezes representativa de uma idéa", e o conceito de nephrose tem servido para caracterisar uma concepção completamente diversa, foi necessario crear essa denominação, perfeitamente concorde com a clinica e a physiologia pathologica.

Acompanhemos, agora, os auctores na analyse da sua classificação.

Nephropathias simples

As nephropathias simples comprehendem: as nephropathias simples albuminosas, as nephropathias simples hematuricas e as nephropathias simples hypertensivas. Tambem se enfileiram neste grupo, a nephrose lipoidica, da qual um dos caracteres principaes é de se não acompanhar, pelo menos durante algum tempo, de nenhum disturbio das funções renaes, assim como a amylose renal. Mas, a irritação do parenchyma renal constantemente mantida pela passagem da albumina, pelo deposito dos lipoides ou da substancia amyloide, pode com o tempo transformar a nephropathia simples em nephrite com disturbio do funcionamento renal, verdadeiras formas de transição.

Nas formas simples albuminosas, sómente existe a albuminuria. A proposito da possivel objecção de que normalmente o rim não excrete albumina e que fazel-o seria, portanto, uma alteração de suas funções; dizem parecer-lhes um pouco paradoxal assim comprehender a albuminuria e admittir a existencia de funções negativas. Para elles toda a albuminuria provem de lesão renal, um rim normal não elimina albumina, a existencia desta albumina permite ser absolutamente affirmativo quanto á existencia da lesão, mas nem a presença da albumina, nem a sua qualidade, nem a sua quantidade, podem informar-nos sobre a gravidade da syndrome. Quando disturbios das funções renaes se ajuntam ás albuminurias já se não trata de nephropathias simples.

A nephropathia albuminosa simples abrange as albuminurias febris do periodo de inicio das infecções, certas albuminurias toxicas ou auto-toxicas (gota e diabetes), as albuminurias das anginas ou das infecções rhino-pharyngeas, as albuminurias digestivas (clara de ovo, etc.), assim como o grupo importante das albuminurias chamadas funcçonaes: (albuminurias orthostaticas, intermitentes, cyclicas, albuminurias de fadiga) e as albuminurias cicatriciaes.

A albuminuria constitue pois o symptoma capital da affecção, podendo, tambem, serem presentes cylindros granulosos, certificando de que se trata de uma lesão em evolução e não de uma albuminuria cicatricial.

A nephropathia simples hematurica apresenta um só signal; a hematuria, que sobrevem bruscamente e desaparece da mesma forma, acompanhando-se, muitas vezes de dores lombares. Não devemos confundil-a com as hematurias que pôdem surgir no decorrer de nephrites chronicas.

A nephropathia simples hypertensiva caracteriza-se por todos os signaes habituaes da hypertensão: as urinas são abundantes, pallidas,

algumas vezes hematuricas, apenas contendo traços de albumina; existe pollakiuria, e, ás vezes, ruído de galope. A constante uréo secretoria, a azotemica são normaes; não ha alterações da secreção chlorurada, nem edema; a prova da phenolphthcina é normal. Contrariamente a opinião sustentada por alguns autores que baseados na ausencia de perturbações funcçionaes renaes consideram esta hypertensão de natureza extrarenal, affirmam que justamente por ella existir compensa as perturbações que poderiam sobrevir do facto da lesão renal; pois, segundo a observação de Carnot e Rathery, abaixando bruscamente a tensão destes doentes, ver-se-á surgirem os signaes de insufficiencia das funcções renaes.

Nephropathias complicadas de insufficiencia funcçional

Nephrites

A caracteristica deste grupo reside na presença constante de alterações das funcções renaes, que podem existir isoladamente; nephrites com insufficiencias dissociadas; ou se podem se agrupar, englobando varias funcções renaes; nephrites com insufficiencias mixtas.

Como as diversas funcções renaes podem ser atingidas isoladamente poder-se-ia descrever uma serie de typos clinicos em relação com a função atingida: syndrome de alteração da secreção chloretada, da secreção azotada, da secreção aquosa, da secreção do acido urico, da creatinina, do potassio, do calcio, do phosphoro, etc., etc.

Muitas destas syndromes nunca foram identificadas isoladamente, achando os autores muito possivel que não o sejam jamais; assim como ao lado dessas funcções, relativas á constituição da urina, o rim possui outras, das quaes muitas apenas em estudo, como, por exemplo, a que se refere ao papel do rim no equilibrio acido-basico.

No grupo das nephrites de alterações funcçionaes dissociadas, poder-se-ia fazer comprehender certos typos de diabetes insipida, nas quaes sómente a função da secreção aquosa é atingida. Mas a secreção da agua pelo rim é a tal ponto mal conhecida e de tal modo ligada ao estado das concentrações maximas das outras substancias que parece impossivel actualmente isolar uma syndrome de nephrite hydrurica; assim como uma nephrite com alterações exclusivas da função acido basica, nephrites com acidose e nephrites com alcalose.

Depois de affirmarem que só está bem conhecida a secreção dos chloretos e da uréa, perguntam Rathery e Froment se existirão nephrites em função unicamente da alteração da secreção pelo rim do chloreto de sodio, seja por um excesso de sua eliminção (hypochloremia), seja por uma falta da sua excreção (hyperchloremia e retenção chloretada), assim como outras com exclusiva retenção uréica, opinando serem excepcionaes e bem raramente assignaladas, as mais das vezes encontrando-se alterações associadas de algumas das funcções renaes, das quaes os dois typos mais conhecidos foram os individualisados por Widal: a nephrite com edema e retenção chloretada, (com alterações associadas da secreção aquosa e chloretada) e a nephrite secca azotemica, (com alterações

associadas de funções secretorias multiplas, das quaes as principaes são a da uréa e a chloreto de sodio), os quaes tambem se podem combinar entre si, dando-nos a nephrite mixta, com alterações da secreção da uréa dos chloretos e da agua.

Nephrite edematosa, nephrite secca azotemica e nephrite mixta sendo no momento actual as formas mais representativas das nephrites.

Convem assinalar o grande alcance pratico desta interpretação applicavel á quasi totalidade dos casos clinicos de nephropathias, assim como a verdade do seu mechanismo physiopathologico, mórmente no que tange ao valor da azotemia como expressão de mau funcionamento renal, sabido que esta é apenas um indicador do gráo de retenção organica de substancias toxicas, ás quaes se devem os symptomas mais graves assim como a evolução do caso clinico. Tambem explica o complexo das formas clinicas resultantes dos disturbios do metabolismo dos chloretos e da agua, sem o exclusivismo da primitiva classificação de Widal ou de Castaigne, incompativel com o que hoje sabemos do metabolismo desses dois corpos.

Nephrite com edema

Esta fórma corresponde á nephrite com retenção chlorexada de Widal e d'Achard, a nephrite hydropigenica de Castaigne. Mas, seria inexacto denominar-a, como se o faz muitas vezes, nephrite chloretemica, pois, a hyperchloretemia está longe de ser um phenomeno constante. A retenção chlorexada tisular é a base deste typo clinico e as anomalias attingindo a secreção dos chloretos e a secreção aquosa são os unicos signaes da insufficiencia das funções renaes. Acham Rathery e Froment possivel, comtudo, como Aubel e Mauriac o demonstraram, que alterações de excreção de outros elementos mineraes tambem entrem em jogo, por exemplo do K, Ca, P, Mg.

Não concordam com Léon Blum na distincção da retenção de Na. hydratante, em logar da retenção Na Cl. Dizem ter preferido a denominação de nephrite com edema á de nephrite com retenção chlorexada, porque a retenção dos chloretos póde existir sob a forma de retenção secca e porque o signal caracteristico desta nephrite é o edema; com muita razão continuam affirmando que si se quizesse dar a esta forma de nephrite um epitheto correspondente a alteração funccional renal e dever-se-ia denominar-a nephrite por alteração da secreção hydrica e chlorexada, e si o edema está certamente sob a dependencia da lesão renal, não é menos certo que os phenomenos tissulares, sanguineos, capillares, intervem igualmente, o mechanismo do edema estando longe de ser simples.

Descrevem trez formas desta nephrite: aguda, sub-aguda e chronica, considerando a forma sub-aguda a mais frequente. Dão nos della o seguinte quadro clinico: edema mais ou menos generalisado; albuminuria, urinas pouco abundantes, escuras, turvas; tensão arterial as mais das vezes normal, algumas vezes abaixo da normal; concentração maxima, constante uréo secretoria, azotemica, normaes; eliminação da P S P normal, eliminação do azul massica; excreção dos chloretos profundamente

alterada (rythmo em escalões de Vidal e Pasteur, Vallery e Radot). A ingestão de chloretos determina augmento do edema e a excreção urinaria dos mesmos fica defficiente, a suppressão dos chloretos provocando polyuria e desapareição dos edemas.

A terminação pôde ser pela cura ou pela transformação em nephrite mixta. As complicações mais frequentes são o edema agudo do pulmão e a asystolia.

Nephrite secca azotemica

Esta forma acompanha-se, as mais das vezes, de uma insufficiencia renal variada, mas, sómente a insufficiencia da excreção azotada parece preponderante e serve clinicamente para caracterisal-a; assim, ao passo que na forma precedente a alteração do funcionamento renal ficava limitada á agua e ao Na Cl, nesta, muito mais delicado é poder affirmar-se sómente a secreção das substancias azotadas estar alterada. A concentração maxima, a constante uréo secretoria, a eliminação dos corantes (azul de methileno, P S P) estão frequente e profundamente perturbadas. A azotemia é constante e acompanha-se da elevação do acido urico, da creatinina, assim como é frequente accentuada reacção xantoproteica e nitida indoxylemia. A excreção renal é attingida sob todas as suas formas, assidua tambem sendo a acidose. Não existe edema, salvo caso de asystolia concomitante, a secreção aquosa e chloretada não parecendo modificada. São signaes classicos della desde Vidal: torpor, vomitos, prurido, myose, anorexia, alterações visuaes e hypotermia.

Descrevem duas formas: a forma aguda e a forma chronica, a primeira apresentando-se seja segundo typo de nephrite aguda propriamente dicta (febre thyphoide, diphteria maligna, etc.), seja sobre o de nephrite super-aguda (espirochetose, mercurio, etc.). A azotemia pode nas formas agudas ser muito elevada, mas não tem nellas o mesmo valor prognostico que nas formas chronicas, já se tendo observado casos com azotemia superior a 6 grammas que curaram completamente. A forma chronica permanece muitas vezes durante longo tempo latente, não existindo mesmo siquer a albuminuria, sómente o exame do sangue demonstrando uma ascensão progressiva da azotemia. Rathery e Froment dão, nesta forma, completo valor ás leis prognosticas de Vidal que, como sabemos, estão baseadas na taxa de uréa sanguínea.

Nephrites mixtas

As nephrites mixtas são as mais frequentes; pôdem ser mixtas de inicio ou, o que é mais habitual, como terminação das formas dissociadas. O quadro clinico é, segundo Rathery e Froment, perfeitamente bem representado pela nephrite saturnida, na qual são encontrados, ao maximo, os symptomas traduzindo ao mesmo tempo a existencia de uma lesão e de uma alteração funcional renaes. A evolução é lenta, com marcha, via de regra, progressiva. A hipertensão é aqui insufficiente para compensar a alteração produzida pela lesão muito mais profunda do que na nephropathia simples. A hipertensão, de per si, pelo gráo de sua

elevação, se torna um verdadeiro perigo, podendo ser acompanhada de ruído de galope. Ha polyuria e albuminuria de media intensidade. Das modalidades de perturbações da secreção chloretada que se pôdem apresentar resultam os trez typos seguintes de nephrites mixtas:

Primeiro typo: é representado pela associação das formas completas descriptas precedentemente: nephrite azotemica mais nephrite com edema, donde, aos symptomas de retenção azotada se ajuntaram, edema e retenção chloretada tissular, sendo inconstante a hyperchloretemia.

Segundo typo: á retenção azotada se superpõe uma retenção chloretada secca: verifica-se além da azotemia, elevação da taxa de chloreto, do sangue, parecendo, segundo Ambard e Léon Blum, tratar-se aqui mais especialmente de retenção chlorada do que chloretada. A acidose é frequente, porém, segundo os autores, não deve estar exclusivamente ligada á chloretemia.

Terceiro typo: á syndrome azotemica associa-se uma queda dos chloretos do sangue, uma syndrome de hypochloretemia. O chloro plasmatico é abaixado. A hypochloretemia pôde, segundo os casos, acompanhar-se de ausencia de retenção de chloreto de sodio nos tecidos, ou ao contrario de um accumulo deste nos mesmos.

A forma mixta das nephrites, quer se acompanhe ou não de edema, é sempre de prognostico reservado; a azotemia sóbe progressivamente: uma, duas e trez grammas e mais, todas as provas de funcionamento renal mostram anomalias profundas e o individuo morre, seja em consequencia da hipertensão, seja da asystolia, seja emfim do que se convençionou chamar de uremia, isto é, um estado resultante de profunda decadencia das funcções renaes, associada a sua repercussão sobre todo o organismo (Rathery e Froment).

Discussão

Como é facil de ver, têm razão Rathery e Froment quando affirmam não ir a classificação das nephropathias por elles proposta de encontro aos conhecimentos scientificos novos, não se apoiar em dados anatomopathologicos (sabido que uma mesma alteração anatomica pôde se manifestar por typos clinicos differentes), assim como não basear na etiologia os seus elementos diferenciadores (o mesmo agente pôde crear alterações diversas e a lesão produzida pôde manifestar-se por formas clinicas differentes), mas, muito acertadamente se esteiar na physiopathologia, o importante sendo, de facto, não o typo anatomico da lesão, mas as alterações provocadas por esta no organismo.

Não obstante estar de accordo quanto aos fundamentos e seriação geral dessa classificação, tenho para mim como necessario não só fazer algumas restricções no tocante aos typos de nephropathia do primeiro grupo como dar um lugar á parte á nephrose lipoidica e á amylose renal e acerescentar mais um sub-tipo ao segundo grupo e duas formas novas, dividindo as nephropathias em 3 grupos, e não em 2 como o fazem Rathery e Froment.