

Glomerulo-nephrite diffusa

ou

Glomerulo-nephrite em focos e hypertonia benigna?

por

Thomaz Mariante

Cathedralico de Clinica Medica

As classificações nosologicas são uma necessidade do espirito humano, que sem ellas seria incapaz de se orientar no dedalo dos casos clinicos, assim como sem ellas impossivel se tornaria qualquer tentativa de systematisação scientifica. Na pratica, porém, nem sempre, na complexidade dos aspectos morbidos, na polychromia com que muita vez se nos apresentam os quadros symptomaticos, é possivel seguir á risca a eschematisação nosologica, sem forçar deducções ou torcer a verdade, pois, as formas descriptas pelos pathólogos, parecendo perfeitamente bem delimitadas, com fronteiras bem traçadas, deante da realidade objetiva, revelam a fragilidade da sua individualisação, na semelhança symptomatologica, com que, frequentemente desafiam a nossa argucia e põem á prova o nosso bom senso. Assim é que Volhard, na sua classificação das nephropathias, divide o grupo das nephrites em dois grandes sub-grupos: as glomerulo-nephrites em focos, benignos, em dependencia via de regra de uma infecção focal de onde partam as ondas microbianas que vão determinar metastases inflammatorias nos glomerulos, sempre parciais, isto attingindo apenas uma porção do organo e nunca a sua totalidade, e se exteriorisando principalmente pela hematuria; e as glomerulo-nephrites diffusas, tambem funcção de um processo infeccioso, mas nas quaes o rim é atacado em sua totalidade, por isso diffusas, pelos toxicos, que determinariam um estado espasmodico não só dos capillares renaes, como dos demais capillares da economia, revelando-se aos olhos do observador por uma symptomatologia mais rica, pois, além dos elementos encontrados na forma precedente, haveria ainda, a mais, hypertensão, edema e insufficiencia renal.

Nesta opposição entre a ausencia da hypertensão na glomerulo-nephrite em focos e a sua presença quasi constante (na creança pode não haver) na glomerulo-nephrite diffusa, põe Volhard um dos criterios mais serios de differenciação das duas formas, portanto da sua individualisa-

ção. Ha tambem para considerar a evolução, que se faria por surtos, por paroxysmos, com intervallos de relativa acalmia, na forma em fôcos, ao contrario, silenciosa ou apenas perceptivel, mas progressiva e inexoravel, na 2.^a forma, quando não perfeitamente curada a sua phase aguda.

Em resumo, a seguirmos a orientação de Volhard, teriamos de fazer da presença ou ausencia da hipertensão arterial um motivo de diagnostico differencial da mais alta valia. Ora, não só a hipertensão pôde não comparecer no concerto symptomatologico da glomerulo-nephrite diffusa, embora seja isso excepcional, como podemos encontrar hipertensos que venham a se tornar portadores de uma glomerulo-nephrite em fôcos, uma vez que a hipertensão não tem de per si, capacidade de afastar as causas desta ultima, e assim simular a nephrite diffusa.

A clinica é caprichosa e muita vez parece se comprazer em zombar dos nossos conhecimentos e da nossa capacidade de raciocinio, attenuando, mascarando, invertendo e associando symptommas e signaes, de tal modo, que nos deixa eembaraçados para achar o verdadeiro caminho, porque aqui não são todos que levam a Roma. Assim é que, em um mesmo individuo, pôdem estar associados e de tal maneira intrincados os symptommas de duas entidades morbidas differentes, que, ou a difficuldades está em ver qual é a dominante, ou em afastar a hypothese de uma terceira, o que nem sempre é facil, mas sempre absolutamente necessario. No caso em apreço, por exemplo, como já foi dicto, um individuo, portador de uma hypertonia benigna, pôde, em determinadas circumstancias, em consequencia de uma angina, de uma amygdalite, de uma infecção no apice da raiz de um dente, de uma appendicite, de uma annexite, etc., fazer uma glomerulo-nephrite em fôcos, sem que por isso, se possa estabelecer a menor relação pathologica entre aquella e esta. Na verdade, o quadro assim pintado se nos apresenta nitido em seus contornos, mas, na realidade, tal se não dá, ou porque o paciente não havia sido anteriormente examinado, ou porque, pouco cuidadoso da sua saude ou incapaz de se analysar, não nos forneça os necessarios elementos á construcção diagnostica! Como fazer então? Como decifrar a esphyngue sem ser por ella devorado? Sómente pelo cuidado na analyse do caso, pela minucia na anamnese, não se cansando em procurar verificar a existencia, no pasado do paciente, dos symptommas mais caracteristicos da hipertensão: dôres de cabeça, localisadas no alto e na nuca, gravativas, hemorragias, tonteiras, dormencias, zumbidos nos ouvidos, etc., em summa si a hipertensão já existia antes dos primeiros indicios da nephrite em fôcos, o que ás vezes se torna facil si tomarmos para ponto de referencia o apparecimento de um processo infeccioso, doloroso e incommodo, como a angina, p. ex., tentando despertar na memoria do doente a lembrança da coincidencia das primeiras alterações urinarias, urinas vermelhas, turvas, etc., com o referido processo infeccioso, de modo a poder estabelecer seguramente si a hipertensão precedeu, e de quanto tempo, si coincidiu ou si foi posterior ao processo renal. A etiologia não basta, pois, pôde ser commun a ambas.

E' pensando sempre que a pathologia com os seus quadros eschematicos constitue apenas um meio e não um fim, que conseguiremos comprehender, nas entrelinhas, o sentido das phrases que constituem os diversos capitulos do grande livro da clinica medica.

Lichtwitz, tomando como symptomas cardeaes a hypertonia, o edema e a hematuria, organiou o seguinte quadro diagnostico, util, na sua simplicidade, para nos auxiliar em taes occorrencias:

Hypertonia	Edema	Hematuria				
+	+	+	Nephrite glomerular diffusa			
○	+	+	Nephrite glomerular diffusa			
+	○	+	}	Nephrite glomerular diffusa	Si antes existia hypertonia, pode tratar-se:	de um infarcto do rim ou de uma glomerulo-nephrite em focos
+	+	○				Ou bem de uma insuficiencia cardiaca ou de uma estase renal
+	○	○	Hypertonia (nephroesclerose)			
○	+	○	Nephropathia epithelial			
○	○	+	Glomerulo-nephrite em focos			

Discorrendo sobre o diagnostico das glomerulo-nephrites diffusas diz o mesmo auctor que as primeiras manifestações da enfermidade só são, na maior parte das vezes, observaveis, quando, como succede na escarlatina, esperadas, sendo o diagnostico facil no caso de haver augmento da pressão sanguinea, edema e hematuria.

Faltando o edema, si tambem notados não são accentuados symptomas de hydremia, o diagnostico será difficil, em todos os casos em que anteriormente já existisse hypertonia, ou naquelles em que a existencia desta fosse possivel deduzir da idade do paciente, da sua constituição ou do estado dos vasos sanguineos, pondo no exame do coração, embora con-

fesse não ser, a miude, fácil interpretar devidamente os dados deste exame, na verificação de uma hypertrophia datando de muito tempo, a base do diagnostico, a favor da hypertonia. Faltando esta, outra possibilidade, o facto de ser encontrada forte hematuria, ao mesmo tempo que existam edemas, indicará a existencia de uma glomerulo-nephrite diffusa, ao passo que a ausencia destes, sendo normaes as quantidades de urina, fará pensar na forma em fôcos. E' de notar que a ausencia da hypertensão poderá correr por conta de uma insufficiencia cardiaca, que deverá ser procurada sempre que tal se der. Por outro lado a ausencia de hêmaturia nem sempre pôde eliminar o diagnostico da forma diffusa, pois, poderá ser função de grave disturbio na circulação sanguinea do glomerulo, o seu reaparecimento indicando melhora e sendo companheiro do augmento da diurese, isto quando ao lado da hypertensão, houver edema de apparecimento rapido.

Por sua vez em um hypertenso antigo, sem hematuria ou com hematuria muito discreta, o apparecimento recente de edemas, fará oscillar o diagnostico entre nephrite aguda e insufficiencia cardiaca.

Passemos agora ao relato da observação que motivou estes comentarios, pela interessante associação, de uma glomerulo-nephrite em fôcos a uma hypertensão solitaria, simulando a glomerulo-nephrite diffusa.

Observação

O. C. F., com 37 annos, de côr branca, brasileiro, commerciante, casado, residente nesta capital. No seu passado morbido encontra-se uma febre typhoide com recahida, durando cerca de 90 dias, em 1901. Em 1918 a gripe epidemica, forma grave, com colapso cardiaco. Nega toda e qualquer doença venerea. E' de habitos morigerados, não usa alcool, nem fuma. Os seus antecedentes morbidos hereditarios e familiares são dignos de nota: o pae falleceu ainda moço, com 49 annos de idade, de angor pectoris, após 7 annos de ininterrupta *albuminuria*; a mãe, aos 56 annos, de uremia, após 2 operações por uma affecção renal muito dolorosa, provavelmente calculose, era *diabetica*. Tem um irmão gosando saude. Um tio, unico irmão do pae, *diabetico*. Esposa forte; não ha filhos, nem abortos.

Em Maio de 1930, em plena saude apparente, começou de ter pequenas hemorragias nasaes, ás quaes não ligou maior importancia. A 24 de Junho, ou melhor na noite de 24 para 25 desse mez, a epistaxe foi muito intensa, obrigando-o a chamar um medico que fez tamponagem e uma injeccção de um sôro anti-hemorrhagico, tendo verificado haver accentuada hypertensão arterial, Mx. 20—22, Mn. 11—12. Nessa data foram feitos os seguintes exames complementares:

Sangue (27 de Junho):	Leucocytos	— —	15.312 mm ³
	Hematias	— —	7.040.000 mm ³
	Thrombocytos	—	256.250 mm ³
	Hemoglobina	—	85%
	Uréa	—	0,545‰

Formula leucocytaria — Polynucleares neutrophilos —	73,2%
“ eosinophilos —	1,8%
“ basophilos —	0,4%
Monocyots —	3,8%
Lymphocyots —	20,4%
Formas transição —	0,4%
Hematias normaes.	

Havia, pois, reacção hematopoietica traduzindo-se por elevação do numero de hematias e leucocyots, com polynucleose, aliás, já esboçada, quanto á leucocytose em um anterior exame, feito a 8 de Maio:

Leucocyots —	10.200 mm ³
Hematias —	4.980.00 mm ³
Hemoglobina —	89 (Sabli)

O exame de urina revelou a existencia de glycosuria, a 2,gr35%, e nada mais.

A 28 de Julho já estava modificado o resultado da contagem dos elementos figurados do sangue, havendo nitida diminuição dos mesmos:

Leucocyots —	9.200 mm ³
Hematias —	5.740.00 mm ³
Hemoglobina —	96% (Sabli)

A tendencia á normalisação se foi accentuando e a 30 de Setembro havia:

Leucocyots —	6.100 mm ³
Hematias —	5.670.000 mm ³
Hemoglobina, —	94% (Sabli)

Nunca mais foram observadas epistaxes, mas, a tensão arterial continuava elevada, sem, contudo, trazer-lhe maior incommodo. Em Maio de 33, 3 annos, portanto, após a verificação da hypertensão, no decorrer de leve grippe, notou que as urinas se haviam modificado em seu aspecto e quantidade, tornando-se escuras e escassas, tendo o respectivo exame dado o seguinte resultado: Densidade — 1.021.2 — pH. 5.6 — grande quantidade de albumina, traços leves de pyina, presença de sangue e de hemoglobina, excesso de escatol. diversos cristaes de oxalato de calcio, varios cylindros hyalinos, granulosos, hematicos e mixtos, numerosissimas hematias, poucos pyocitos e algumas cellulas epitheliaes pavimentosas. Feito pelo collega que o assistia, Dr. Fayet, o diagnostico de nephrite aguda hemorragica em focos, foi-lhe indicada dieta de leite, fructos secos e compotas, assim como ordenado completo repouso no leito, applicação de faixas quentes e ventosas na região lombar. E' de notar que havia febre, porém, moderada. Após 5 semanas de tratamento, como o ultimo exame de urina indicasse melhora, foi levado a um especialista, o docente Ivo Barbedo, que verificou estarem as amygdalas septicas e iniciou a destruição das mesmas pela fulguração, assim como foi examinado,

quanto ao estado dos dentes, pelo dentista Dr. Campani, que encontrou dois em más condições, sendo que um estava com a raiz infectada, tendo sido ambos extrahidos. As urinas foram melhorando progressivamente, sendo que em Outubro apenas continham traços leves de albumina, rarissimos cylindros mixtos e alguns pyocetos. Na verdade não podemos dizer que se tratasse, então, de albuminuria residual, pois, que havia tambem cylindruria indicando o processo não estar extinto, mas, sim, em actividade, embora muito reduzida. A tensão arterial manteve-se sempre entre 20—22 de Mx e 11—10 de Mn. Tendo voltado ás suas occupaões, após, uma cura Irahya, onde passou relativamente bem, em Dezembro do mesmo anno, após leve resfriado, novamente as urinas se tornaram escasas e escuras e o quadro urinario se reproduziu com o mesmo aspecto que apresentára em Maio. Foi então feita a curva glycemia que resultou prolongada, tendo em jejum leve augmento da glycemia 1,367% e 2 horas após a ingestão de 50 gr. de glycese estando ainda acima da taxa inicial, 1,960% havendo glycosuria de 9gr130.

Havia, pois, imperfeição no metabolismo hydrocarbonado. Tentada a therapeutica pela insulina, foi mal supportada. Por essa epocha tambem foi feita a prova da agua de Volhard, que resultou irregular, no dia de 2 litros, urinou 1,680 cc, a densidade, verificada pelo proprio paciente, vindo a 1008, o que é pouco e no dia de 500 grs., prova da concentração, subindo a 760 cc, com densidade de 1010 cc, parecendo haver melhor eliminacão com a diminuicão dos liquidos. Como, porém, a prova foi feita em Dezembro, mez muito quente e como a sua technica não parecesse perfeitamente correcta, ficam os seus resultados sob caucão, tanto mais que, posteriores exames não confirmaram as suas conclusões. O exame bacteriologico da urina, inclusive inoculaçao no cobaio, foi negativo. Após prolongado tratamento, passando bem, sem se sentir cansado on enfraquecido, sem dôres, mas, com a sua hypertensão e sempre com traços leves de albumina e algumas hematias na urina, voltou á sua vida habitual, quando, a 15 de Novembro p.p. (1934), após leves disturbios gastricos se traduzindo por sensaçao de picadas no estomago (sic) que cederam ao uso do elixir paregorico, teve fortes dôres de cabeça que o obrigaram a tomar $\frac{1}{2}$ comprimido de aspirina, com o que se sentiu alliviado, mas, notou, que pela terceira vez, as urinas tomavam o aspecto delle já conhecido, o já apresentado em Maio de 33. Nessa occasião fui convidado a examinal-o. Tratava-se de um senhor ainda novo, bem nutrido, embora já tivesse perdido com os regimes a que se vem submettendo, parte de sua gordura, que, aliás, era excessiva, face côrada, robicunda, nariz e maçãs avermelhadas por accentuado desenvolvimento venoso, pescoço grosso e curto, biotipo brevilíneo esthenico, plethorico. Altura 1,83 — peso 84 kg. Pelle de aspecto normal, ausencia de edemas. Pulso regular, batendo 78 vezes por minuto, tensão Mx de 21 e Mn de 11, arterias elasticas. O ictus cordis no 4.º espaço, na altura da linha hemiclavicular E, pouco perceptivel, nota-se hyperphonese da 2.ª bulha no fóco aortico. Apparelho respiratorio normal. Dentes bem conservados, faltam 2 que foram extrahidos, lingua levemente saburrosa, humida; amygdalas quasi totalmente destruidas, apenas se nota, entre os pilares, algumas granulações, de côr avermelhada, véo e pilares leve-

mente injectados, assim como a parede posterior da pharynge; ventre normal, não percebe augmento do figado, nem do baço. Não ha dôr á palpação da região lombar, nem é esta despertada pela pressão nos pontos renaes e ureteraes. Reflexos e sensibilidade normaes. Foram feitos os seguintes exames complementares: Urina — Dnsidade 1.018,7 — pH 5,2 albumina — traços nitidos; pyina — traços levissimos; sangue — idem; não ha hemoglobina livre, excesso de escatol, alguns crystaes de oxalato de calcio, rarissimos cylindros hyalinos, granuloses e mixtos, regular numero de hematias e bacterias, diversos pyocitos e cellulas epitheliaes pavimentosas.

Sangue:

Hematias	4.940.000 mm ³	Tempo de sangria—1 minuto 30"
Leucocyots	14.200 mm ³	Tempo de coagulação—4 min. ^s 30"
Hemoglobina	81% (Sahli)	

Polynucleares neutrophilos	—	75%
“ eosinophilos	—	0,4%
“ labrocyots	—	0,6%
Formas de transição	—	1,8%
Grandes mononucleares	—	5,2%
Macrolymphocyots	—	5,6%
Microlymphocitos	—	11,4%

(Lab. Pereira F.^o).

Dosagens chimicas

Chloretos	— 5 grs 850 ‰
Uréa	— 0,323 ‰
Creatinina	— 1 milligr, 3%
Saes de calcio	— 8 milligr, 0%
Cholesterina	— 1 gr 68 ‰
Glycose	— 1 gr 10 ‰

Havia, pois, moderada leucocytose com polynucleose, integridade funcional renal, evidente nas taxas normaes supra-citadas, albuminuria, hematuria, cylindruria, hypertensão arterial, ausencia de edemas. Procurei então verificar a capacidade de eliminação para a agua, aproveitando uns dias bem frescos que então fizeram e, como não fosse possível fazer tomar um litro e meio de agua em meia hora, dosei exactamente o total dos liquidos ingeridos nas 24 horas, em repouso no leito e medi, dor dias consecutivos, a quantidade de urina emittida, verificando um balanço perfeito, ingeria um litro de liquidos e eliminava um litro de urina. Com esses elementos, levando em linha de conta as

Homenagem



Dr. Gabino da Fonseca

Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

informações claras e precisas do paciente quanto á descoberta da hypertension arterial 3 annos antes do apparecimento dos disturbios urina-rios, o facto deste surgirem após uma grippe, o primeiro, um leve refriado o segundo, perturbações gastricas mal definidas o terceiro, em antigo portador de fôcos infecciosos a evolução por surtos, com intervallos de relativa acalmia, a ausencia de edema, confirmando a opinião dos collegas que me haviam precedido, firmei o diagnostico de: glomerulo-nephrite em fôcos forma hemorragia e hypertonia benigna, tendencia a disturbios do metabolismo hydrocarbonado, evidente nos exames feitos eb 1933. As considerações anteriormente feitas explicam este diagnostico e porque foi afastada a glomerulo-nephrite difflsa, em sua phase aguda. Com esse diagnostico, tambem clareou-se o progostico, sabida a benignidade desta fórma de nephrite, acho mesmo que serão, talvez, os ultimos estertores do mal, como sóe acontecer, durante algum tempo após a eliminação dos fôcos infecciosos, sendo até possivel observar aggravação nos primeiros tempos, o que leva a indicar só tentar uma intervenção cirurgica, como a extirpação das amygdalas, attenuada a phase aguda da glomerulo-nephrite.