

HELMINTHOLOGIA -

ANKYLOSTOMA DUODENAL E ANKYLOSTOMIASE

Pelo Dr. ADOLPHO LUTZ

II PARTE. — ANKILOSTOMIASE

(Continuação da pag. 261)

As dores epigástricas do lado esquerdo podem ser também referidas, pelo menos em parte, ao estomago; mas as do lado direito podemos attribuir sómente a certas regiões do intestino. Excluimos o colon, porque não ha sensibilidade da parte ascendente e descendente d'este. O mesmo acontece quanto ás porções moveis do intestino delgado, porque uma dor localisada nellas não poderia ter uma séde tão fixa e tão constante. Por isso só podemos collocar estas sensações no duodeno e na parte superior do ileon, cuja situação profunda nos explica porque a dor não é augmentada pela pressão. Estes symptomas correspondem aos observados em casos de ulcera duodenal.

Constatei por numerosas experiencias que estas dores dependem da presença dos ankylostomas e desaparecem immediatamente depois de uma applicação bem succedida de anthelminticos, mesmo antes de serem evacuados os vermes. Quando as dores persistem, póde-se concluir que uma parte dos vermes, embora pequena, não foi eliminada, o que póde ser verificado pela presença dos ovulos nas fezes.

A prisão de ventre é explicada em parte pela ingestão de grandes quantidades de alimentos pouco digestiveis, muito frequente no Brazil; talvez se possa accusar também uma diminuição dos elementos da bilis, aos quaes se attribue a acceleração dos movimentos peristalticos; finalmente esta constipação chronica, muito commum nas outras fôrmas de anemia, póde ter outra razão desconhecida ainda. Quando ha evacuação de muitas mucosidades e de alimentos pouco digeridos, podemos suppor uma fôrma particular de catarrho intestinal chronico.

Talvez a existência de cristaes de Charcot deva ser considerada como outra prova d'este.

As diarrhéas intermittentes ou continuas indicam um estado mais grave ainda. Nestes casos devemos suspeitar de degeneração amyloide da mucosa intestinal, assim como infiltrações e ulcerações folliculares. Em certos casos em que ha hemorragias profusas é licito suppor a existencia de verdadeiras ulceras. As peritonites adhesivas, observadas por mim em doentes e e por Wucherer no cadaver parecem provar que ha processos inflammatorios da parede intestinal que pôdem implicar até a membrana serosa.

Não temos factos clinicos para admittir affecções espontaneas dos órgãos annexos ao tubo digestivo.

Para o lado do figado não se nota nem dôr nem ictericia, e as pequenas variações dos limites do mesmo, apenas indicam alguma diminuição ou augmento de volume que, de combinação com outros symptomas, pôdem levar-nos á hypothese de degeneração gordurosa ou amyloide, de congestão ou atrophia consecutiva.

Deixemos agora os symptomas do apparelho digestivo para occuparmo-nos dos interessantes, embora complicados phenomenos do apparelho vascular.

Considerando em primeiro logar o coração, encontramos principalmente dois symptomas subjectivos muito frequentes: *palpitações e sensação de dôr*.

A queixa de palpitações incommodas é tão frequente, que achei-a quasi em 80 % dos casos observados ; são encontradas sempre nos casos algum tanto adiantados. No principio sobrevivem só depois de esforços consideraveis; passado algum tempo bastam trabalhos leves ou ligeiras emoções para provocal-as e em casos extremos existem até no estado de repouso. Estas palpitações são acompanhadas na maioria dos casos de verdadeiras sensações dolorosas, prolongadas, occupando a região precordial de um modo diffuso. Tem character variavel, sendo descriptas por uns, como dores surdas e por outros, como sen-

sação de ardor e de pontadas. Não ha irradiação e distinguem-se por isso dos aneurysmas e das anginas de peito. Pela sua frequencia representam um phenomeno importante, recordado na designação popular *mal-cœur* (mal do coração.) Estas sensações percebidas pelos doentes não são destituídas de fundamento objectivo, como verificamos pelo exame d'elles quando acabam de fazer um esforço (por exemplo : subir uma escada.) Notamos neste caso, de um lado augmento de intensidade, de outro lado acceleração da acção cardiaca que pôdem attingir aos grãos maximos.

Concluimos que o coração precisa de esforços extraordinarios para satisfazer ao augmento de trabalho exigido por estas acções musculares.

Esta exaggeração da funcção cardiaca tem como consequencia fadiga do orgão esforçado, cujo grão se manifesta por sensações de dôr. Pôdem comparar-se com as dores musculares que sobrevêm depois de uma marcha a pé ou a cavallo ou depois de exercicios de remar, de gymnastica, etc.; têm a particularidade de apparecer apenas depois de esforços, mas acabados estes, pôdem perdurar e até augmentar por algum tempo.

Examinando o doente depois de descansado, tanto pela inspecção e palpação, como pela percussão e auscultação, em alguns não encontramos phenomeno anormal para o lado do coração; em outros notamos varias alterações mais ou menos pronunciadas. Quanto á impulsão da ponta do coração, podemos observar anormalidades de intensidade e de localisação ou de ambas. No primeiro caso observamos que a área da impulsão é mais extensa; pôde haver uma *protusão* d'esta região e até de toda a area precordial. A ponta do coração pôde bater mais á esquerda passando até a linha mamillar, e mais para baixo no sexto espaço intercostal, raras vezes na setima costella. Em alguns doentes ha vibrações ou mesmo uma pulsação em toda a área precordial.

Da frequencia das pulsações trataremos mais tarde.

Pela palpação notamos o alargamento e a exaggeração da

intensidade da impulsão cardíaca e vibrações em varias partes da área precordial, correspondente ás vavulas. No repouso muitos casos não offerecem phenomenos sensiveis pela palpação.

Pela percussão se póde verificar ás vezes augmento da área precordial, principalmente para a esquerda, o que combinado com os phenomenos de auscultação e de palpação descriptos, indicam augmento de volume da parte esquerda do coração, porém os limites pódem ser ampliados tambem para a direita, chegando a obscuridade absoluta até além do bordo direito do sterno. Todavia os casos em que não ha modificação da área precordial constituem a maioria.

Pela auscultação notamos alterações dos ruidos do coração em relação á frequencia, á intensidade e ás propriedades acusticas.

Da frequencia das contracções cardiacas trataremos juntamente com a descripção do pulso e examinaremos os outros caracteres em cada um dos tempos da evolução.

O primeiro ruido póde ser normal; ás vezes é mais ou menos reforçado, em alguns casos até o ponto de tornar-se perceptivel a alguns pés de distancia. Por outro lado pode ser enfraquecido na asystolia que sobrevem nos ultimos periodos da molestia. Numa porcentagem consideravel o ruido é mais ou menos impuro: observa-se todos os estados de um ruido um pouco protraído até a um sopro pronunciado e prolongado que não cede pela intensidade, aos observados em lesões valvulares. O sopro póde existir sómente no apice ou na base do coração, sendo substituido em outros logares por um ruido protraído e indistincto; outras vezes percebe-se este em toda a região precordial. Póde haver tambem uma alternção de ruido protraído e sopro, ou este ultimo póde desaparecer, quando as contracções augmentam de frequencia.

O segundo ruido cardiaco pode tambem ser reforçado, normal ou enfraquecido, e isto nas mesmas condições que o primeiro ou de modo independente. Se o sopro systolico é muito

accentuado, o ruído diastólico pôde desaparecer de todo ou somente na aorta. Quando é accentuado, percebe-se esta exaggeração, principalmente no lugar onde se costuma fazer a auscultação da valvula pulmonar. Segundo Leuckart e Heller o segundo ruído pode ser percebido isoladamente á distancia. Não pude perceber-o de longe, senão junto com o primeiro; é muito excepcional ser substituído por um sopro.

Considerando agora os phenomenos vasculares, principia-remos pelo estudo do pulso que pode apresentar alterações diversas. Quanto á frequencia raras vezes é normal; quasi sempre é alterado no sentido do augmento. Pode attingir a cifras maximas seja mesmo no descanso, seja só depois de esforços; estes produzem quasi sempre uma acceleração consideravel. A média de 36 casos de varios grãos de intensidade e de differentes idades deu pelo pulso contado no repouso 98 batimentos por minuto. O rythmo do pulso pode tambem ser perturbado. Assim um phenomeno bastante frequente consiste em uma intermittencia que costuma sobrevir com muita regularidade. A suppressão que se dá tanto no coração como na arteria, é observada frequentemente entre a 10^a e a 15^a pulsação; quando percebida pelo doente provoca uma sensação penosa. Outro phenomeno, ás vezes encontrado, consiste n'uma variação irregular de pulsações breves e longas, fortes e fracas. Nestes casos a frequencia das contracções acha-se augmentada, contando-se no coração; na arteria pode parecer normal, porque uma parte d'ellas não é percebida.

O caracter do pulso é frequentemente alterado; ás vezes pequeno, breve, compressivel, podendo mesmo ser filiforme; outras vezes a onda arterial é ampla, mas de pouca duração (devido á grande frequencia); percebe-se como o ventriculo dilatado projecta uma quantidade maior de sangue n'um espaço de tempo mais breve. O dedo sente um batimento rapido e uma elevação consideravel; mas a arteria não é dura, nem resiste á compressão. Este pulso breve, cheio e compressivel é muito commum e caracteristico de um certo periodo. A's vezes

observa-se o dirotismo. (A descripção refere-se ao estado de repouso ; os esforços tornam o pulso mais cheio e mais duro.),

Essas ondas grandes e rápidas trahem-se á inspecção por uns batimentos exagerados, visiveis principalmente na carotida e muitas vezes percebidos pelo doente. Pela auscultação ouve-se no decurso das arterias, maiores ruidos ou sopros systolicos, podendo ás vezes ser percedidos mesmo nas pequenas ramificações até certa distancia. Observei um caso, em que se podia collocar o estethoscopio em qualquer parte da cabeça, ouvindo sempre um forte sopro systolico; em outro doente o mesmo se dava em toda a região hepatica. A's vezes ha um sopro arterial distincto na arteria, sem ser perceptivel no coração; mas na maioria dos casos ha coincidencias entre os sopros cardiacos e arteriaes.

No systema venoso nota-se n'um certo numero de casos uma forte distensão das veias jugulares; muitas vezes apresentam ondulações, porém uma verdadeira pulsação é rarissima. Na auscultação (evitando uma rotação lateral da cabeça) ouve-se mais ou menos na metade dos casos ruido de corrupção (*bruit-de-diable*); na maioria d'elles é observado dos dois lados, mas pode ser observado isoladamente, tanto á esquerda como á direita. Pode tambem ser intermittente ou continuo; ás vezes é muito fraco, mas augmenta de intensidade pela rotação da cabeça. Outras vezes é muito intenso, communicando-se ás regiões visinhas, de modo a ser percebido até no segundo espaço intercostal dos dois lados, do que podem resultar enganos para a auscultação do coração. Este phenomeno pode tambem ser observado pela palpação sob a fórma de fremito.

Os ruidos vasculares, tanto arteriaes como venosos, podem ser percebidos pelo doente. Repetidas observações me convenceram que os zunidos dos ouvidos, tão frequentes n'esta molestia, sempre resultam de ruidos vasculares exagerados; quando são continuos como os produzidos por uma cachoeira, existe o ruido de corrupção; outras vezes o doente descreve

perfeitamente o sopro intermittente dos ruidos arteriaes systolicos.

A exposição dos symptomas cardiacos e vasculares nos apresenta os phenomenos encontrados n'um grande numero de observações clinicas. Pela variação e falta de constancia d'esses phenomenos fica explicado porque ha tanta contradicção entre os autores, principalmente os que observaram poucos casos ou não fizeram estudo minucioso d'esta parte interessante da symptomatologia.

Sem entrar ainda em particularidades, creio dever distinguir 4 grupos de phenomenos, cuja discriminação nos dá uma explicação dos symptomas observados. Estes grupos quasi sempre são combinados por varios modos e só podem ser distinguidos por um só exame attento.

No 1.º grupo entram os phenomenos observados nos casos em que os órgãos da circulação parecem normaes, a saber: um certo erethismo da acção cardiaca manifestado pela frequencia augmentada das pulsações.

O 2.º grupo é formado pelos phenomenos de dilatação e hypertrophia do coração (principalmente da sua parte esquerda), prevalecendo ora uma, ora outra. Manifestam-se pelo augmento da area obscura, pelo reforçamento, o alargamento e a deslocação do impulso do apice, pela protusão e a pulsação da região precordial em sua totalidade, pelos ruidos cardiacos e arteriaes exaggerados; pelo pulso grande e outros phenomenos d'esta cathegoria.

No 3.º grupo collocaremos os signaes que provam uma oclusão imperfeita das valvulas auriculo-ventriculares de ambos ou de um só lado, a saber: um sopro continuo, prolongado, com ausencia do segundo ruido ou sopro systolico sobre a valvula mitral, e accentuação do segundo ruido pulmonar, acompanhado ás vezes de augmento da área obscura para o lado direito. O pulso tem os caracteres observados nas lesões cardiacas correspondentes, porém uma frequencia média consideravelmente augmentada.

No 4.º grupo reunimos os symptomas que provam uma degeneração do parenchyma cardiaco: pulso intermittente, irregular, pequeno, de frequencia exaggerada, ruidos cardiacos fracos, impulsão cardiaca imperceptivel, etc.

(Continúa).

THERAPEUTICA •

ESTUDO SOBRE A COCA E COCAINA E SUAS APPLICAÇÕES THERAPEUTICAS

Pelo Dr. JOSÉ PEREIRA REGO FILHO

(Continuação da pag. 132)

Ao tratar do chlorhydrato de cocaina surge como questão complementar dizer alguma cousa sobre as alterações que soffrem as soluções, as quaes disse, repetindo as ideias de Bignon, soffrerem muitas vezes a fermentação e cobrirem-se de vegetações.

As idéas que lançou Fenwick, (101) a este respeito, precederam as de Squibb, que esboçou escrupulosamente o que se poderia escrever de melhor sobre a materia. Seu artigo está escripto em estylo correcto e revelando como sempre a erudição deste illustre chimico americano. Apresentado em differentes periodicos americanos (102) foi em optimo resumo transcripto no *Monitor Scientifico*, e d'ahi para a *L'Union Pharmaceutique*, a qual consultei para extractal-o.

N'este artigo lê-se: «As soluções de chlorhydrato de cocaina são alteradas por plantas microscopicas que n'ellas desenvolvem-se, nutrindo-se do alcaloide. Esta vegetação principia de ordinario no fim de uma semana e uma vez iniciada prolifera rapidamente.

« Como o chlorhydrato, é sempre empregado em solução, e

(101) *Fenwick* (Hurry) Cocaine Fungus.—The Lancet—London—Vol. I, 1885, January 31, p. 224.

(102) *Squibb*—Preservation of solutions of cocaine—Ephemeris of Materia Medica, Pharmacology and Therapeutic Gazette, Philadelphia, p. 285, n. 4, April 15, 1885.