

Nodia 15 á tarde	38°
“ “ 16 de manhã	37°,9
“ “ “ á tarde	38°
“ “ 17, 18 e 19 de manhã	37°
“ “ “ “ “ á tarde	37°,5
“ “ 20 de manhã	38°
“ “ “ á tarde	38°,5
“ “ 21 de manhã	36°
“ “ “ á tarde	37°
Até “ 31 de manhã	37°,5
“ “ “ á tarde	38°,4

Em Setembro a temperatura foi a seguinte:

No dia 1 de manhã	37°,8
“ “ “ á tarde	38°,1
“ “ 2 de manhã	37°
“ “ “ á tarde	37°,8
“ “ 3 de manhã	37°
“ “ “ á tarde	38°,5
“ “ 4 de manhã	37°
“ “ “ á tarde	38°
“ “ 5 de manhã	37°
“ “ “ á tarde	37°

voltando ao estado normal.

HELMINTHOLOGIA

ANKILOSTOMA DUODENAL E ANKILOSTOMIASE

Pelo Dr. ADOLPHO LUTZ

II PARTE — ANKILOSTOMIASE

(Continuação da pag. 456)

Esses doentes, continuando os seus trabalhos, acham-se assim perpetuamente nas condições de individuos que impoem esforços extraordinarios aos seus órgãos circulatorios; as funcções exageradas que d'aqui resultam conduzem á hypertrophia e dilatação cardiaca.

Um outro phenomeno é o da oclusão valvular incompleta que se encontra na metade, mais ou menos, dos casos adiantados e pôde manifestar-se tanto no coração de dimensões normaes, como no hypertrophiado.

O gráo mais leve d'este phenomeno é bastante conhecido, por ser encontrado em muitos estados anemicos. Os gráos mais intensos ás vezes são observados na chlorose e na anemia perniciosa legitima.

No primeiro caso ha somente um ruido systolico, impuro ou um sopro brando e não se observa alteração da circulação; no segundo caso o sopro não pode ser distinguido do observado em lesões valvulares e as consequencias para a circulação são as mesmas, embora mais ou menos modificadas pela existencia da anemia. Assim a cyanose não parece tão pronunciada, como no caso de um sangue mais corado; mas o augmento de volume da auricula esquerda e da parte direita do coração pode desenvolver-se de um modo typico.

O pulso tambem apresenta as qualidades caracteristicas da insufficiencia mitral e com o tempo manifesta-se hydropisia, mesmo em casos em que a anemia não é bastante intensa para explical-a.

A marcha da molestia não sendo modificada pelo tratamento, a morte pode sobrevir por insufficiencia cardiaca, por infarctos hemorrhagicos ou em consequencia da hydropisia; por outra parte, a molestia não é somente accessivel á mesma therapeutica, que as lesões valvulares, mas offerece até condições mais favoraveis pela possibilidade de remover-se a causa morbida e chegar d'este modo a uma cura completa.

Tanto esta curabilidade como as observações anatomicas provam que não há perdas de substancia nas valvulas cardiacas. A oclusão imperfeita pode então ser explicada por dous modos differentes: o 1º, suppõe uma contracção imperfeita dos musculos papillares degenerados, de modo que as valvulas não são fixadas na posição normal, mas ha um reviramento d'ellas nos bordos livres e uma regorgitação de sangue para a auricular.

Esta explicação é a que deve ser admittida na maioria dos casos; a 2^a, consiste em suppor que, pela dilatação das regiões correspondentes do coração, as valvulas ficam inhabilitadas para fecharem os orificios dilatados. Esta provavelmente não pode ser applicada senão á insufficiencia secundaria da tricuspide.

Os phenomenos da insufficiencia e degeneração cardiacas podem tambem sobrevir, sem serem precedidos por uma lesão functional das valvulas. As condições necessarias parece serem constituídas pela idade adiantada do individuo, pela duração prolongada de uma anemia intensa ou pelo desenvolvimento rapido do maximo d'esta. Em certos casos o arco senil da cornea apparece em individuos ainda moços, o que parece indicar a existencia de um processo analogo (de degeneração gordurosa) no parenchyma cardiaco.

Tanto nas lesões valvulares funcionaes, como na ausencia d'estas, pode apparecer uma verdadeira cachexia cardiaca, com grande emmagrecimento e perturbação das funcções organicas. O catarrho gastro-intestinal, tão frequente nos casos adiantados e que pela falta de appetite, pelas diarrhéas e pela absorção imperfeita conduz ao emmagrecimento, o catarrho pulmonar chronico, mais raro que augmenta os padecimentos, emfim a albuminuria rarissima, devem ser attribuidos em parte a stase venosa.

Podemos tentar agora estabelecer um certo numero de fórmulas para uma orientação mais facil (naturalmente deve haver transição de uma para outra fórmula).

Distinguiremos as cathogorias seguintes:

I—PERIODO DOS SYMPTOMAS LOCAES

A, fórmula aguda — B, fórmula chronica

Os symptomas são os mesmos em ambas as fórmulas; consistem em dores e perturbações da digestão, sem descoramento e acceleração do pulso.

II—PERIODO DE ANEMIA SIMPLES (PERIODO CHLOROTICO)

A, fôrma aguda

Primeiro gráo, mais ligeiro

Os saccos conjunctivaes apresentam vasos injectados. As unhas e os labios são de uma côr rosea pallida. O pulso é accelerado. Não ha sopro no coração.

Segundo gráo mais intenso

Saccos conjunctivaes sem injeccão vascular, unhas esbranquiçadas, mucosa labial descorada, sem limites distinctos para com a cutis externa. Pulso muito accelerado, ausencia do ruido de sopro.

B, fôrma chronica

Anemia que não attinge o gráo maximo. Em muitos casos hypertrophia e dilataçãõ manifesta do coração; em outros, oclusão valvular imperfeita; ás vezes a combinaçãõ d'estes phenomenos. Acceleraçãõ moderada do pulso.

III—PERIODO DE HYDROPSIA

A, fôrma aguda

Anemia maxima. Pulso pequeno, muito accelerado. Ausencia de sopro; edema de character hydremico.

B, fôrma chronica

Symptomas de lesão valvular não compensada. Pulso muitas vezes intermittente ou irregular, indicios de cyanose, anemia de gráo variavel, hydropsia por stase venosa. Estado de nutriçãõ alterado.

O periodo e a fôrma da molestia dependem de varias condições; *cæteris paribus* são determinados pelo numero de parasitas. Este pode augmentar de um modo rapido ou lento, ou ficar estacionario, quando os parasitas eliminados são substituidos por uma importaçãõ proporcional. Emfim pode haver uma diminuiçãõ mais ou menos rapida.

Se ha augmento constante, a molestia percorre em um tempo proporcional todos os periodos da fórma aguda ou chronica e termina pela morte. Se os parasitas morrem pouco a pouco, a molestia diminue e podem desaparecer os symptomas, mesmo antes da eliminacção completa. Observa-se isto principalmente quando o doente é subtrahido ás condições de infecção, o que se dá muitas vezes, graças a uma mudança de domicilio. Assim se explicam os effeitos favoraveis da mudança de ar, preconizado por certos autores; devia chamar-se antes mudança de agua ou de occupação. Um resultado analogo pode ser obtido pela observação dos preceitos hygienicos.

As curas espontaneas têm sido observadas por varios autores. Tive occasião de notar um grande numero de exemplos. Observadores pouco criteriosos não deixam de attribuir esses resultados á therapeutica empregada, embora seja esta absolutamente indifferente e de inactividade demonstrada. Comtudo, este processo de cura é sempre lento, precisando de mezes e até de annos para chegar a um resultado definitivo e completo. Mesmo quando todos ou a maior parte dos vermes têm desaparecido, a cura não é certa, principalmente em individuos idosos o quando a molestia, de marcha chronica, tem determinado uma cachexia cardiaca.

N'estes casos o catarrho gastro-intestinal e a degeneração do musculo cardiaco constituem já por si uma molestia independente e difficil de curar-se por causa das perturbações da nutrição e da circulação. Estes casos, em que os doentes acabam por succumbir e na autopsia os vermes faltam ou encontram-se pouco numerosos, são bastante frequentes e têm contribuido muito para occultar a relação etiologica entre o parasita e a molestia. E' tanto mais necessario insistir sobre a existencia de uma cachexia consecutiva á ankylostomiase já extincta, quanto os auctores até hoje apenas alludiram a esse estado. Caracterisa-se pelo facto de nunca tratar-se de uma anemia simples, mas de haver sempre uma perturbação da nutrição e da circulação, ás vezes muito pronunciada.

Quando o numero dos parasitas é o mesmo por muito tempo os symptomas podem permanecer tambem no mesmo gráo; porém, não é raro terem uma tendencia a augmentar, porque, passado o primeiro periodo, o organismo fica cada vez menos apto para compensar as perdas continuas. Por isso pode-se observar, depois de uma infecção rapida seguida de uma mudança para logar não infectado, que os phenomenos continuam a progredir por bastante tempo, como foi observado em muitos doentes da epidemia de S. Gothardo.

Pelo que acabo de expôr já se vê que não é possivel concluir de modo exacto da fôrma da molestia sobre o numero dos parasitas. Além da duração do processo e da resistencia differente segundo a idade, a constituição e da alimentação diversa, ha mais um factor de muita importancia, que vem a ser as complicações que não tardam a apparecer na maioria dos casos.

As affecções que vêm complicar a ankylostomiase podem ser divididas em quatro grupos: 1.º Ellas são uma consequencia immediata; 2.º Apparecem sob a influencia das mesmas condições hygienicas; 3.º O seu desenvolvimento é favorecido pela molestia existente; 4.º A sua coexistencia é devida a um mero acaso.

Se em virtude d'estas complicações, funcções importantes vêm a soffrer, a physionomia da molestia torna-se mais grave: se pouco tempo depois esses processos terminam por uma cura completa, a molestia principal volta á fôrma primitiva. Porém se a cura é demorada, as condições alteradas impedem uma restituição do *statu quo ante*, e d'ahi resulta uma exacerbação permanente dos symptomas morbidos. Si estas affecções são difficeis de curar ou completamente incuraveis, a ankylostomiase pode occupar o segundo logar na ordem da importancia, ou as duas molestias se combinam de tal modo que o observador fica sujeito a deixar de notar um ou outro processo. Nestes casos é sempre importante reconhecer a ankylosto-

miase, e pela cura d'essa tornar a molestia menos grave e complicada.

O primeiro grupo de complicações foi mencionado, em parte, por occasião dos symptomas, como a dilatação do estomago e a peritonite circumscripta. Ha outras duas que, pela sua frequencia e suas consequencias funestas, muito influem sobre a marcha da molestia, a saber: as diarrhéas e as hemorragias intestinaes. As duas augmentam a anemia; as enterorrhagias intensas accrescentam-na de um modo tão rapido, que podem ser diagnosticadas pela exaggeração subita da anemia. Se então se encetar tratamento, embora indifferente, ha melhoras rapidas. O clinico experimentado não se enganará por essas apparencias de successo, porque sabe que essas alternações são caracteristicas da molestia; o criterio de uma cura certa será o restabelecimento completo e duradouro.

Na segunda cathegoria mencionarei o paludismo. Tanto este como a ankylostomiase são ligados á presença de agua ou a um terreno humedecido; por isso, o mesmo logar conterà frequentemente o germen das duas molestias. Este facto deu occasião a confusões frequentes, embora nem os symptomas, nem a distribuição geographica das duas molestias sejam identicos, como muito bem o provou o finado professor Souza Costa. Tambem observei alguns casos de febres intermitentes simples, facilmente curadas pela quinina, em doentes opilados. E' para notar-se que na acme do accesso a pallidez pode desaparecer completamente.

Na minha clinica a coincidencia de outras molestias não era muita rara. Uma complicação que observei com frequencia foi o bocio. Não só era commum a coincidencia nos mesmos individuos, como tambem uma manifestação endemica nas mesmas localidades.

A complicação mais frequente é a existencia de outros vermes intestinaes. Esta observação foi feita na Italia, principalmente em relação aos ascarides, trichocephalos e rhabdonema (anguillula) no Brazil a presença dos ascarides, em grande nume-

ro, foi notado por Jobin, Felicio dos Santos e varios outros. Em 50 casos por mim examinados achei 40 vezes outros helminthos, a saber: trichocephalos 18 vezes; rhabdonema strongyloides (Leuckart) 25 vezes; ascarides 30 vezes; 6 vezes houve coincidencia das 3 especies. O numero de ascarides e trichocephalos é sempre muito inferior ao dos ankylostomos. Não aconteceu o mesmo quanto ao rhabdonema.

As duas ultimas complicações não têm grande importancia e são completamente accessiveis á therapeutica.

O terceiro grupo de complicações não está ainda bem circumscripto; mencionarei contudo algumas que talvez devem alli ser collocadas. Em primeiro logar, cito a tuberculose pulmonar que foi observada por varios autores em doentes opilados; provavelmente a anemia favorecia o seu desenvolvimento. N'um caso por mim observado, depois da eliminção dos parasitas, o processo pulmonar estacionou e houve uma cura apparente. Os catharrhos bronchicos, muito frequentes e com tendencia a ficarem chronicos, devem ser collocados nesta ou na primeira cathegoria.

Observei por vezes a epilepsia em opilados e parece ser uma predisposição para esta molestia. Com a eliminção dos vermes e a cura da anemia os ataques pareciam ficar mais raros; mas não observei cessação completa. E' verdade que perdi de vista todos os clientes, pouco tempo depois.

Em alguns casos notei ulcerações pertinazes e com tendencia a se estenderem, difficeis de cura emquanto existe a anemia e facilmente curaveis, uma vez debellada esta.

O quarto grupo necessariamente póde conter quasi toda a pathologia. Os processos mais interessantes são distinguidos ou pela sua frequencia ou pela similhaça com a molestia principal ou por um decurso alterado por esta.

As molestias observadas em maior numero são poucas: o pleuriz sero fibrinoso em Turim com trez casos de morte (Bozzolo), a anthracosis dos pulmões nos trabalhadores do S. Gothardo, e nos mesmos em pequeno numero a pellagra. Das

minhas observações cito dois casos de rheumatismo articular, um agudo e facil de curar e outro chronico e acompanhado de alterações cardiacas que creio dever attribuir á complicação e não á molestia principal. Em outro caso existia um cancro do utero concomitantemente com a ankylostomiase; como o doentê não se queixava de symptomas locaes, não foi achado o neoplasma, senão depois que o tratamento da ankylostomiase não conseguiu curar a anemia.

De outras hemorragias, observei sómente uma epistaxis repetida num rapaz com hypertrophia cardiaca. Uma tendencia a hemorragias, como ás vezes existe na leukemia, nunca foi observada na ankylostomiase. E' verdade que Saint-Vel diz que nas operações era preciso fazer um numero grande de ligaduras; porém, sou de opinião que nos seus casos havia hypertrophia cardiaca, o que basta para explicar este phenomeno.

Num caso de amputação abaixo do cotovello, feita por mim num moço opilado, a hemorragia era minima, não havia hypertrophia cardiaca, mas anemia intensa com pulso pequeno e acelerado. O decurso foi apyretico, mas assim mesmo não deixou de haver pequenas necroses dos bordos das feridas, que custaram muito a cicatrizar.

REVISTA DA IMPRENSA MEDICA

CONGRESSO PARA O ESTUDO DA TUBERCULOSE

INFECCÃO LOCAL TUBERCULOSA. — *Tscharning* (de Copenhague) Já em 1885 referi um caso de tuberculose local por inoculação directa por meio de fragmentos de vidro d'um escarrador pertencente a um tísico. Posso hoje citar outro facto d'este genero que diz respeito a um veterinario que se feriu na autopsia d'uma vacca tuberculosa. No primeiro caso, foram invadidos os ganglios da axilla, no segundo não. Em ambos os casos pelo exame bacteriologico se reconheceu a presença dos bacillos de Koch.