

NOTAS SOBRE UM CASO DE FEBRE AMARELLA, DE FÓRMA HEPATO-RENAL GRAVE, OCCORRIDO EM PORTO ALEGRE EM MAIO DE 1929

pelo

Prof. BASIL SEFTON

Cathedrático de Medicina Tropical

Ha mais de 40 annos não se observam casos de febre amarella em Porto Alegre, sendo o que se segue o primeiro notificado após o advento da Republica.

Trata-se de A. H., branco, norueguês, 22 annos, foguista do cargueiro "Skogland", que, procedente de Oslo e tendo feito escalas em Recife e Rio, aqui aportou a 6 do corrente.

O paciente, que veio ao Brasil pela segunda vez, é de constituição robusta e, segundo as informações colhidas, não foi atacado anteriormente de molestia tropical, nem tampouco inhalou chloroformio, ingeriu phosphoro ou se fez injectar neosalvarsan. Saltou á terra em Recife e pernitoitou preso num xadrez do Rio na noite de 24 a 25 de abril, tendo pisado em terra novamente na tarde de 25, entre 18 e 19 horas, e, nos demais dias em que esteve neste porto, dormiu a bordo, estando o navio atracado ao armazem 5 e tendo pelo costado livre chatas a descarregarem.

No dia seguinte á partida do Rio, isto é,

a 2 de maio, sentiu-se subitamente doente, com febre, calafrios, dôr de cabeça.

O navio, que fez viagem directa até o nosso Estado, fundeou em Porto Alegre no dia 6, á tarde, ocasião em que fui convidado pelos agentes a ir assistir o enfermo a bordo. Chegado, levou-me o commandante a uma cabine situada na ponte de commando, onde se me deparou um marujo ainda joven, deitado em um beliche inferior, com apparencia de gravemente enfermo. Colhidos alguns dados sobre os antecedentes do doente e as escalas que o navio havia feito, o que ficou registrado acima, iniciei o interrogatorio, por intermedio do commandante, em lingua inglesa, visto o paciente não falar outro idioma senão o seu, o norueguês.

Apurei que o mesmo se queixava de dôr accentuada na região lombar e nos membros inferiores, ligeira ansiedade gastrica, cephalalgia supra-orbitaria intensa e grande asthenia. O doente exhalava suspiros e emittia penosos gemidos. A temperatura

atingia 39,5° C., com um pulso chelo e rhythmico de 72. Pelle secca. Observada a *facies*, as palpebras inferiores ecchymosadas e o olhar particularmente brilhante davam a impressão de languor e soffrimento, as conjunctivas accusavam uma leve injeção, a par de uma tenue, muito tenue subictericia da esclerotica dos angulos internos.

Uma accentuada photophobia fazia com que o doente se furtasse á luz, procurando sempre deitar-se com o rosto para a parede.

Voltei a examinar as conjunctivas em busca do elemento ictericia. Era tão subtil que, com o proposito de eliminar a auto-sugestão, afastei as palpebras do enfermo, e, chegando mais á luz natural, perguntei ao commandante e ao dispenseiro, que estavam presentes, se não achavam os olhos amarellados. A attitudo dubia de ambos nada me adeantou. Encontrava-me nesta conjuntura, sem me poder mesmo convencer da presença de um signal que seria factor da maxima importancia para a elu-

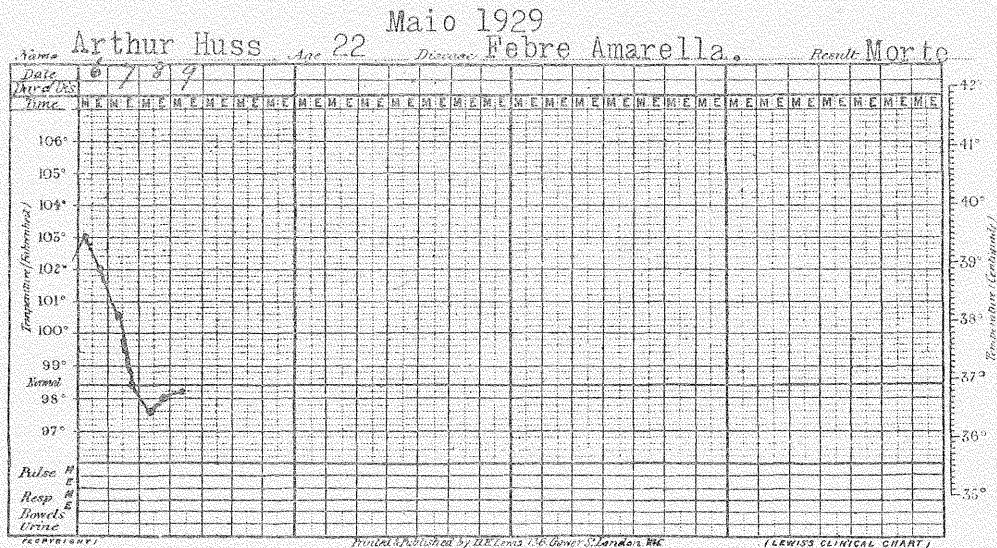


Fig. I

Não havia vultuosidade da face. Esta, entretanto, apresentava um rubor uniforme e diffuso. O tegumento da parede thoracica tinha o mesmo colorido e sobre elle se desenhava a estampa nacarada da mão, quando esta o premia.

Tal colorido cutaneo de cor de cereja resultava sempre da combinação do vermelho com o amarello claro e é, por isso, muito caracteristica e de grande importancia, quando não é produzido artificialmente por algum agente revulsivo.

cidade do meu caso, quando um pequeno accidente inesperado veio dissipar toda duvida, quanto á existencia da ictericia.

Afim de proceder ao exame physico do doente com mais conforto, pedi ao dispenseiro que o retirasse do acanhado beliche, collocando-o num sofá ao lado. Este senhor accedeu promptamente ao meu pedido e, com o auxilio de um camarada, o collocou sentado no referido sofá. O paciente, em estado de abatimento consideravel de forças, teve uma lipothymia e foi, então, que

eu pude discernir com o desmaio, pela dissociação momentanea do rubor, uma cor levemente açafrada de todo o tegumento.

O exame minucioso dosapparelhos respiratorio e circulatorio nada revelou de anormal.

A palpação do abdomen mostrou um fígado ligeiramente doloroso, mas dentro das dimensões normaes. Epigastralgia, signal de Seidl e baço impalpavel. Solicitado a urinar, não o conseguiu e foi-me, então, fornecida uma urina turva, jumentosa, que estava em deposito e que, examinada na propria occasião, accusou grande quantidade de albumina.

Deante de uma syndrome tão suggestiva num individuo que, dias antes, estivera exposto á aggressão de aedineos numa cidade onde se manifestava um surto epidemico de typho americano, e, sendo remotas as possibilidades de erro dependentes de provas laboratoriae ainda em incubação, optei pela decisão mais logica, segura e prudente — dei-me pressa em declara-lo um caso de febre amarella.

Feita immediatamente a notificação ás autoridades sanitarias, foi o doente, sem perda de tempo, removido para a secção de isolamento da Santa Casa de Misericordia, onde subsequentemente apresentou exacerbação da cephalalgia supra-orbitaria, não obstante estivessem os seios nasaes integros á diaphanoscopia, accentuada inquietação, vomitos alimentares, mucosos e biliosos, provocados pelo paciente que levava frequentemente os dedos á garganta. A pressão arterial, medida gentilmente pelo professor Thomaz Mariante, accusou Mx: $11\frac{1}{2}$ Mn: $7\frac{1}{2}$ (Vaquez-Laubry). Por esta occasião começou o declinio da pyrexia, que marcou o inicio do segundo período.

Com a remissão da temperatura, diminuíram de intensidade a cephalalgia e o brilho dos olhos, abrandaram as dores nos membros inferiores, a diurese tornou-se abundante e durante algum tempo o doente

apresentou uma acalmia enganadora, uma melhora ficticia, muito propria deste rapido periodo de transição. Com effeito, por volta das 2 horas, o doente, sobremodo desalentado, faz sentir ao enfermeiro que vae morrer, e, de facto, em breve aggravam-se os symptomas, prepondera a adynamia, a ictericia acnesmica accentua-se e surgem novos signaes, então ominosos, como grande inquietação acompanhada de suspiros e queixumes flebeis e soluços estrepitosos e fatigantes, nephrose, caracterizada por uma intensa ischuria, com augmento consideravel da albuminuria, cylindruria granulosa, etc., melena, sensação de repleção gastrica, vomitos negros de dez em dez minutos. Finalmente, cerca das 8 $\frac{3}{4}$ do mesmo dia 9, com a intelligencia lucida, depois de atroz ansiedade epigastrica, emittio copioso vomito preto que, jorrando pela bocca e pelas narinas, lhe inundou as vestes, manchando as roupas do leito e a parede do quarto, como se poderá ver na fig. 2.

Expellida essa massa consideravel de liquido hemorrhagico, o paciente cae em profundo collapso e, com o pulso tachyco e filiforme, ao cabo de dez minutos, levando os braços á cabeça, expira sem articular uma nota.

As pesquisas laboratoriae constaram de: Hemocultura em geral, hemocultura em bile, para os b. typhico e paratyphicos; reacção de Widal, diazo-reacção de Ehrlich, pesquisa do plasmodio de Laveran, do espirillo de Obermeyer, todas com resultado negativo.

A formula leucocytaria revelou-se normal.

A dosagem de hemoglobina accusou uma porcentagem de 90.

Os reiterados exames de urina demonstraram a presença de grande quantidade de albumina, diversos pyócytos, varios globulos vermelhos, algumas cellulas epitheliaes, diversos cylindros hyalinos, muitos cylindros granulosos, etc., etc.

O indice optico, em face da resorcina, verificado pelo Prof. Pereira Filho, foi de 18.

Houve ausencia de retracção do coagulo,

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL

O diagnostico differencial da febre amarella nem sempre é tarefa simples. No raciocinio clinico ponderado que deve preceder o estabelecimento do diagnostico, o pratico precisa passar em revista todas as entidades morbidas proteiformes, capazes de assumir a physionomia do complexo symptomatico que caracteriza o typho icterode,

de um caso de infecção do grupo typhico.

O sexo, a esplenectasia, a ausencia de uma ictericia intensa acompanhada de prurido, a falta de leucina e tyrosina na urina, o figado antes ligeiramente augmentado que diminuido, a pyrexia, a historia negativa de inalação de chloroformio, ingestão de phosphoro ou injeção de neosalvarsan nos induzem a abandonar a hypothese da atrophia amarella aguda do figado.



Fig. II

excluindo, por meio de apreciação critica dos symptomas capitaes, uma por uma, as hypotheses cabiveis.

Assim, a ascensão subitanea da temperatura, a presença de um baço normal, a hemocultura em bile, e a reacção de Widal negativas, a ictericia (apenas 3 em 829 casos de Osler), a leucocytose, já eram bastantes para duvidarmos de que se tratasse

O diagnostico da malária maligna é insubsistente, dada a ausencia absoluta do hematozoario sob a forma de gametos, bem como da hemozoina, verificada em exames multiplos e minuciosos do sangue. O parallelismo entre o pulso e a temperatura e a falta de megalosplenía, sobretudo raros no inicio do impaludismo maligno com cyrrhose, a ictericia, a albuminuria e a he-

maturia, a proporção normal de grandes lymphocytos (menos de 15 %), tudo depõe ainda contra o diagnostico de impaludismo.

Quanto a pyemia e septicemia, a ausencia de focos infecciosos, a cultura geral negativa, etc., nos autorizam a descrever de sua existencia.

Na doença de Weill, a ictericia já se apresenta intensa nas primeiras 24 horas. Não se observa discordancia esphygmothermica.

A falta de leucocytose e a pesquisa reiteradamente negativa de espirillo de Obermeyer em sangue recolhido durante a exacerbção febril repellem o diagnostico de febre recorrente.

No envenenamento pelo phosphoro, o pulso apresenta-se rapido e o baço augmentado de volume.

Na dengue, a occorrença de ictericia, de nephrose e de vomito negro é muito rara. Além disso, observa-se nesta entidade, na maioria dos casos, um erythema inicial pruriginoso e urente, não caracteristico. Verifica-se uma leucopenia geral de 4.000 com diminuição polymorphonuclear e augmento relativo dos mononucleares. Ha dôres musculares e articulares. No prognostico differe em absoluto, pois a mortalidade é apenas de 0,1 % següdo refere Hare. Por fim a diazo-reacção de Ehrlich, jamais positiva na febre amarella, é o frequentemente na dengue grave.

Na febre biliosa hemoglobinurica, o augmento dos mononucleares e a verificação espectroscopica de oxyhemoglobina e, ás vezes, de methemoglobina e hematina acida na urina bastam para caracterizá-la. Ha sempre antecedentes paludicos e o figado apresenta-se sensivelmente augmentado.

As considerações acima esplanadas levamos, pois, a estabelecer para o caso vertente um diagnostico inequivoco de febre amarella.

O tratamento empregado consistiu na applicação do classico methodo de Sternberg, modificado, além da therapeutica symptomatica (crymotherapia tonicos diffusivos, diureticos, cardiosthenicos, etc., etc.)

O exame cadaverico e os achados da necropsia revelaram:

Amarellidão do tegumento externo malhado de ecchymoses.

Elevação de temperatura, tendo o corpo permanecido quente até o momento da autopsia, isto é, 10 horas após a morte.

Rigidez cadaverica precoce.

Decomposição rapida.

Figado de tamanho normal, exangue, de cor pardo-amarellada.

Vesicula de tamanho normal, contendo pequena quantidade de bido biliar.

Baço de dimensões normaes, congesto e molle.

Tubo pharyngo-esophagico cheio de liquido espesso e negro.

Estomago distendido, de cor violacea, contendo grande quantidade de materia semelhante a borra de café; mucosa hypertrophada, pontilhado linear hemorrhagico.

Ligeiro engorgitamento dos ganglios mesentericos.

Rins de tamanho normal, congestionados.

Bexiga contendo 150 cc. de urina limpida.

Pericardio com effusão de cerca de 15 cc. de liquido amarello-esverdeado (phenomeno raro, jamais encontrado por Torres Homem).

Pleuras normaes, pulmões fortemente congestos, fluctuantes na agua.

Meninges congestionadas, com pontos hemorrhagicos.

O exame histopathologico, feito solicitamente no Instituto Pereira Filho e Laboratorio da Hygiene, pôz em foco a necrose cellular hepatica salpicada, de Rocha Lima, e uma polyesteatose visceral intensa, caracteristica.