

Alastrim e Variola *

R. di Primio

A observação de algumas centenas de casos de “variola minor” em Porto Alegre e a vacillação diagnostica ainda existente para muitos, na debatida questão alastrim-variola-varicella, justificam o presente trabalho, orientado, principalmente, pelo desejo de erradicar a doença entre nós.

A denominação “alastrim” dissimula a verdadeira situação do mal e, corollariamente, difficulta a mais simples, segura e economica das prophylaxias.

CLASSIFICAÇÃO

Beaurepaire Aragão, em Lassance, Estado de Minas Geraes, no anno de 1910, teve oportunidade de observar diversos casos de alastrim, sobre os quaes fez interessantes pesquisas.

Propoz em Dezembro de 1911, que se estabelecesse um grupo variolico, constituido pela variola, como typo, e por duas para-variolas, o alastrim e a varicella, á semelhança do grupo typhico, hoje universalmente acceito.

Segundo Osler, tres são as formas de variola:

- a) Variola verdadeira: (1) discreta (2) confluenta;
- b) Variola hemorrhagica (1) purpura variolica ou variola negra (2) forma pustulosa hemorrhagica;
- c) Varioloide ou variola modificada pela vaccinação.

Neste particular a classificação de Osler está de accordo com a recente nomenclatura demographo-sanitaria internacional adoptada pelo D. N. S. P., onde o alastrim está, como se segue, incluido:

- Variola
- a) “variola mayor”
 - b) “variola minor”, alastrim
 - c) “variola” não especificada.

IMMUNIDADE E ALGUMAS DOENÇAS INFECTUOSAS

Corroborando a asserção de que muitas doenças infectuosas, sob a influencia de varios factores, soffrem modificações sob diversos pontos de vista, faremos as considerações que seguem.

A febre amarella, endemica no nordeste brasileiro, accomette sob a forma benigna, em geral, a população infantil, motivo porque os naturaes se apresentam immunes ao mal amarellico, ao contrario do que sóe acontecer aos estrangeiros.

* Transcripto dos “Anais da Sociedade de Medicina de P. Alegre, Ano 1931.

G. H. Roger, chamando a atenção sobre o caracter de malignidade, de que se reveste uma doença quando transportada para regiões indemnes, cita o que ocorreu com o sarampo nas ilhas Feroé e Fidji.

Essa infecção, segundo P. Armand-Delille, durante a grande guerra de 1914—1918, acommetteu os soldados francezes e de preferencia os que estavam alojados nos campos de instrução dos Estados Unidos, bem como soldados procedentes do Far-West e de Texas, precisamente aquelles que na infancia não tinham sido atacados, registrando-se uma mortalidade elevada.

A diphtheria, que constitue em muitos paizes um importante problema sanitario pela sua extensão e virulencia, é uma doença relativamente benigna entre nós.

Innumeras são as entidades morbidas infectuosas que apresentam caracteres especiaes conforme as regiões e outras que se vão modificando sob a influencia de elementos diversos.

Neste particular, nenhuma doença depararia melhor justificativa para o caracter benigno com que se vem apresentando, do que a variola entre nós, pois que esta, mais do que as outras infecções, encontra factores capazes de particularmente coarctar a sua disseminação, sobrelevando os de immuidade: natural, vaccinica ou motivada por anterior acommettimento da infecção.

Essa immuidade vae successivamente e em graus variaveis actuando sobre a escala de virulencia da infecção, assim tomada como expressão da sua gravidade clinica. D'ahi, a infectividade e coefficiente de prevalencia da variola quando incide em populações de resistencia ou receptividade differentes, e, como corollario, a diversidade de formas clinicas, exteriorisada naturalmente, em suas manifestações cutaneas. Observam-se, assim, desde os casos mais benignos com elementos rarissimos e tão discretos, que se não fosse a presença averiguada do mal, certamente passariam despercebidos, como os de grande intensidade e desenlace fatal.

AS NOSSAS DIVERGENCIAS CONTRA O DUALISMO

Se alastrim fosse differente de variola, isto é, se formassem elles duas entidades morbidas autonomas, necessariamente se verificariam infecções variolicas nos individuos já acommettidos de alastrim, tendo soffrido toda a evolução da doença, e, pois, novamente expostos ás formas variolicas typicas: confluentes, hemorrhagicas, as mais das vezes fataes.

Isso não constatamos nas muitas centenas de doentes, que tivemos ensejo de tratar; e, se alguns portadores de formas gravissimas foram afastados da enfermaria commun, tão somente esse facto foi motivado por uma natural deferencia para com os demais doentes, não só pelo aspecto horrendo, como, principalmente, pela grande fetidez que em casos taes se observa.

Immuidade. Do ponto de vista da immuidade, não temos exemplo de uma vaccina tornar um organismo refractario, a não ser contra a doença com cujo germen foi preparada.

Em maioria quasi absoluta, os casos observados têm occorrido em individuos até então, não vaccinados.

Os rarissimos casos, que contrariam essa asserção, soffreram a immunisação jenneriana, ha longos annos. Aliás, para a propria "variolam mayor" nem um primeiro accommetimento da doença, nem a vaccinação, conferem, de maneira absoluta, immundade definitiva.

Nem sempre, porém, é possivel elucidar se as pessoas que se dizem vaccinadas anteriormente, tiveram reacção positiva ou simples reacção inflammatoria não especifica.

Em diversos doentes tardiamente vaccinados, em pleno periodo de incubação, verificamos a concomitancia evolutiva da vaccina e da infecção, sendo esta tanto mais benigna, quanto mais precocemente praticada aquella.

Tambem não nos foi dado observar um caso de vaccina generalizada.

O virus. Temos diversas infecções, perfeitamente diagnosticaveis e autonomas, sem que a sciencia tenha elucidado até hoje quaes os respectivos agentes etiologicos. Entre ellas figura a variola, cuja observação clinica, factores epidemiologicos e outros parecem attribuir-lhe caracter semelhante ou connexo com o do alastrim, mesmo ignorado o agente etiologico, cuja elucidação poria termo ao problema.

Acceptavel é a hypothese de ser um virus o causador da variola, cujo poder morbido vem, irregular e continuamente, declinando.

Sob diversas influencias, na "variola minor" o virus parece apresentar uma relativa fixidez, mais para a attenuação do que exaltação do typo.

Febre de invasão. Dos symptomas do periodo de invasão, bem conhecido dos clinicos das nossas enfermarias, por ser a phase geralmente observada na Santa Casa, sobreleva citar a febre, que nem sempre é, então, proporcional, á dos estagios posteriores da doença.

A reacção febril oscilla, geralmente, entre 39° e 40°, e precede, uma evolução gravissima, quiçá fatal, ou, igualmente, casos de extrema benignidade.

Febre de suppuração. Segundo os diversos autores, a febre de suppuração seria sempre constante na variola e ausente no alastrim.

E' uma asserção falha, porque temos observado que as reacções febris são, relativamente, proporcioneas á superficie de suppuração.

D'ahi a grande variabilidade, neste particular, de observações que pretendem apresentar o alastrim como autonomo, feitas, aliás, em paizes onde a variola, mercê de diversos factores, tem soffrido e vem soffrendo largas modificações evolutivas.

Umbilicação. Na differenciação diagnostica das duas pretendidas entidades morbidas, apresenta-se a umbilicação, que para os dualistas seria constante na variola e ausente no alastrim.

Isso não se coaduna inteiramente com as nossas observações.

Em alguns casos a umbilicação é typica; em outros, apparece esboçada ou como ligeiro ponto ennegrecido no centro das pustulas, antes da formação das crostas.

Cicatrizes. Outro caracteristico invocado como differencial das duas infecções, é a presença ou ausencia de cicatrizes indeleveis.

E' para nós tambem um factor dependente da intensidade do processo suppurativo, que em maior ou menor gráo compromette o derma.

Innumeras pessoas que, apesar de decorridos alguns annos, tiveram essa mesma infecção, ora em progresso, conservam cicatrizes indeleveis.

Além dessas, temos observado manchas planas, hyperchromaticas ou papulas pardas que se desvanecem em lapso de tempo variavel.

Nos negros apparecem, quasi sempre, na região dos elementos eruptivos, manchas despigmentadas, tambem fugazes.

Recidivas. Até a presente data, não observamos nenhum caso de recidiva de "variola minor".

E' possivel que isso tenha occorrido em alguns doentes, que anteriormente houvessem, como dizem, contrahido o mal, parecendo em outros tratar-se de varicella, denominação popular tambem empregada para as formas benignas de variola.

Recalhidas. Não constatamos, tambem, caso algum de recalhida.

RESUMO DE OUTROS SYMPTOMAS

Periodo de incubação — Tem sido em media de 14 dias.

Periodo de invasão — Geralmente violento, calefrio, cephalalgia, dores generalizadas, vomitos, rosto congestionado, ligeira secreção nasal, rash, quando presente, do typo escarlatiniforme, agitação, insomnia e outros symptomas geraes das doenças infectuosas.

Impossibilidade diagnostica, salvo presumpção, nas epochas epidemicas nos casos expostos ao contagio, neste periodo da doença, que dura 3 a 4 dias.

Periodo de erupção. Caracteriza-se pela queda brusca da febre, acalmia geral dos symptomas e apparecimento de pequenas manchas, que seguem a seguinte ordem: face, pescoco, tronco, membros superiores e finalmente os inferiores.

Periodo de suppuração. A transformação das manchas em vesiculas e estas em pustulas, opera-se na mesma ordem referida. As nossas photographias representam casos de maior ou menor intensidade dos elementos eruptivos, desde as formas mais benignas, até as mais confluentes como a que terminou pela morte (figs. 19 e 20).

Incluimos tambem alguns diagrammas thermicos, que demonstram, uns, ausencia da febre de suppuração, outros, a variabilidade febril pro-

porcional á superficie de suppuração, notando-se em alguns as remissões matinaes (fig. 15).

Presença de enanthemas. Transformação progressiva, obedecendo a marcha geral, das pustulas em crostas e na quéda destas, as cicatrizes ou manchas já anteriormente referidas.

Ausencia de vesico-pustulas nos casos benignos em regiões palmar e plantar, frequencia relativa destes elementos nos de media intensidade e maior numero nos graves, que originam o completo descollamento cutaneo nessas regiões.

CONCOMITANCIA DE OUTRAS FEBRES ERUPTIVAS

Temos observado no decorrer dos ultimos annos, o apparecimento concomitante de outras febres eruptivas, como a varicella e o sarampo, ambas, relativamente, benignas entre nós.

DISCORDANCIAS ENTRE AUTORES

As constatações discordantes de muitos autores decorrem ou por deficiencia de numero de observações ou por condições especiaes de habitat.

Cambessédés descreveu um caso, procedente da Martinica, observado no hospital Claude Bernard, em Paris, apresentando particularidades que o approximam da variola e outras que tendem para a theoria dualista.

Moody, entre outras considerações, é de opinião que o alastrim pode evolver muito bem nos vaccinados.

Para Henry, que observou o mal em Cayenne, alastrim é uma variola attenuada.

Em 1925 Marcel Robineau descreveu em França, casos de alastrim em recrutas procedentes da Guiné Franceza.

Em um total de 59 doentes, entre outras ponderações, diz não ter observado a confluencia das vesiculas, nem a presença dessas nas regiões palmar e plantar.

O autor resume as relações do alastrim com a vaccinação anti-variolica com as seguintes conclusões:

a) A vaccinação anti-variolica previa attenua a virulencia do virus alastrim, sem, entretanto, crear uma immunnidade absoluta contra esta doença.

b) O virus alastrim parece desenvolver no organismo anti-corpos, que attenuariam a reacção vaccinal.

A. Le Dantec descreveu na França um caso de alastrim, em um individuo não vaccinado, procedente das Antilhas, coisiderando-o semelhante aos de varioloide, observados no curso das epidemias de variola.

Boyé, observou no Sudan, uma affecção chamada *foué-foué*, tendo simultaneamente características da varioloide e da varicella.

Rosenau considera, pelo menos hygienicamente, o alastrim identico á variola.

G. Schok refere-se ás formas graves ao lado de outras attenuadas, observadas na Inglaterra.

O Dr. Eduardo Meirelles, da Academia Nacional de Medicina, em um artigo sobre o "Alastrim na creança" fez diversas considerações, das quaes vão resumidas as mais interessantes: maior gravidade nas creanças do que nos adultos; os recém-nascidos podem ser acommettidos e mais poupadas são as creanças entre 2 e 7 annos, com incidencia accentuada entre as anemicas, debilitadas tuberculosas, syphiliticas.

Raridade do rash pre-eruptivo e facil abortamento do exanthema, especialmente nos lactentes. Considera o alastrim como uma molestia autonoma.

Em 1922, o Prof. Thomaz Mariante, com o brilhantismo que lhe é peculiar, tratou do assumpto entre nós, analysando os trabalhos nacionaes de Aragão, Emilio Ribas, Carini, Floriano de Lemos, Jayme Reis, Nilo Cairo, João Candido, Petit Carneiro, A. Azevedo, Miguel Santiago e outros.

No mesmo anno o Dr. Tude de Godoy, de D. Pedrito, teve occasião de assistir a um surto epidemico de alastrim, sobre o qual fez referencias.

Assim se formaram duas correntes: dos unicistas, para os quaes o alastrim é uma forma attenuada de variola, denominada varioloide, e a dos dualistas, que consideram entidades morbidas distinctas. A primeira foi defendida em São Paulo por Carini e a segunda pelo saudoso Emilio Ribas, uma das grandes glorias da medicina brasileira.

Mortalidade no "alastrim" — E' bastante variavel o coefficiente de mortalidade no "alastrim" pelo que se vê nas seguintes citações:

— Em São Paulo, Emilio Ribas, cita mortalidade de $\frac{1}{2}$ %.

— Para a mesma localidade, Carini assignala um coefficiente de 8 a 14 %.

— Roody, em 2.000 casos, determina em 4,5 %.

— Korte, na Africa, avalia em 3 %.

— Para Henry, a mortalidade é approximadamente de 1 %, ligada mais ás condições outras do que propriamente a infecção.

— Gideon, na Jamaica, refere-se a 13 casos fataes, entre 9.000 observações.

— Garrow observou em Derby, entre 2.000 casos, um só de desenlace lethal.

— Leger desconhece caso mortal.

Mortalidade na variola. Depois da vaccinação jennneriana, a variola perdeu o caracteristico do alto indice de lethallidade, como varias vezes se observou no nosso continente.

Citaremos algumas das manifestações epidemicas mais recentes, com coefficientes variaveis de mortalidade.

O Prof. Erich Leschke, de Berlim, refere-se a uma epidemia de variola em Zurich em 1921, "que invadiu em 1925 a Suissa allemã e durante os annos de 1922 a 1924, segundo Stiner e Leuck, sobre 1.159, 21.145 e 1234 doentes, houve apenas um caso mortal."

Em 1927, na Inglaterra, houve uma epidemia de variola attenuada, e no ultimo semestre de 1928, 724 casos, sendo 2 delles mortaes.

Com o mesmo caracter de extrema benignidade, irrompeu em Maio de 1929, em Rotterdam, uma epidemia do mal.

No surto epidemico de variola em 1926 no Districto Federal, o Dr. Lafayette de Freitas, cita o indice de lethalidade de 45,12 %.

Assim poderíamos, multiplicando os exemplos, demonstrar que, para a differenciação diagnostica entre a "variola mayor" e o alastrim, não serve, "in totum" de argumento o coefferiente de mortalidade, ligado mais aos diversos factores epidemiologicos e outras particularidades, do que propriamente ao mal.

INCIDENCIA DA "VARIOLA MINOR" EM PORTO ALEGRE

Na seguinte relação da Repartição de Estatística do Estado, que se refere á mortalidade pela variola, de 1900 a 1922 em Porto Alegre, vem consignado em 1917 o maior numero de obitos, epoca em que irrompeu um surto epidemico do mal.

1900	1	1911	0
1901	0	1912	2
1902	0	1913	4
1903	2	1914	1
1904	4	1915	0
1905	0	1916	0
1906	0	1917	111
1907	0	1918	0
1908	0	1919	0
1909	1	1920	0
1910	4	1921	0
		1922	0

Os dados, publicados pela Secção Demographo-sanitaria do Estado, indicam, pelas notificações, a seguinte incidencia da "variola minor" em Porto Alegre, com o respectivo percentual de mortalidade (fig. 1):

Anno	Notificações	Numero de mortos	Percentagem
1922			
1923	70	3	4,2
1924	380	18	4,7
1925	209	12	5,7
1926	35	1	2,8
1927	7	0	0
1928	26	1	3,8
1929	15	0	0
1930	177	2	1,1
Até Out.º 1931	458	13	2,8

Esses coefferientes ficam aquem da realidade dos casos occorridos, porque grande parte delles é sonegada ao conhecimento official.

Outros, benignos, considerados como varicella, tem muitas vezes o diagnostico retrospectivo firmado, por occasião de contaminações posteriores.

Assim, temos verificado com frequencia formas gravissimas, confluentes, que tiveram como fonte de contagio, modalidades benignas, ambulatorias e vice-versa.

Observa-se que, apesar do maior numero de casos notificados, o coeﬃciente de lethalidade tem decrescido, como reflexo de uma menor virulencia do mal.

IDADE

A predilecção pelas diversas idades tem sido:

Em 1929 — Maior frequencia — entre 10 a 30 annos. Menor idade — 6 mezes — Maior idade — 50 annos.

Em 1930 — Maior frequencia — entre 10 a 30 annos. Menor idade — 6 mezes. Maior idade — 6 mezes. Maior idade — 70 annos.

Em 1931 — Maior frequencia — entre 11 a 40 annos. Menor idade — 1 caso congenito. Maior idade — 76 annos.

Idades extremas: de congenito aos 76 annos.

Maior predisposição: entre 10 a 33 annos.

CÔR

Nos tres ultimos annos, o percentual, com referencia á côr, foi:

Anno	branco	preto	mixto
1929	76,5	8,8	14,7
1930	80,3	9,2	10,5
1931	63,0	15,8	21,2

Até Outubro

Nenhuma predilecção quanto ás nacionalidades, prenominando, por força das circumstancias, a brasileira, que foi a seguinte:

Em 1929 — 85,3 %
“ 1930 — 98,2 %
Até Outubro 1931 — 99,3 %

ESTADO CIVIL

Nenhuma influencia epidemiologica directa. Pela ordem decrescente tivemos: solteiros, casados e viuvos.

INFLUENCIA DAS ESTAÇÕES

Interessante pelas condições climatericas especiaes do nosso Estado, a prevalencia estacional foi nos dez ultimos annos relativamente baixa nos mezes frios, isto é, de Abril a Agosto, com ascensão accentuada nos mezes de Outubro a Dezembro.

CONDIÇÕES SOCIAES

Temos observado maior incidencia nas zonas da cidade onde domina o pauperismo, principalmente pela falta de vaccinação, mingua de

conhecimentos hygienicos e de outras particularidades decorrentes do factor pobreza.

TEMPO DE DURAÇÃO DA DOENÇA

A duração media da doença tem sido, entre nós, para os casos benignos, de 14 a 20 dias.

A evolução, em um caso gravissimo terminado pela cura, attingiu 3 mezes e meio.

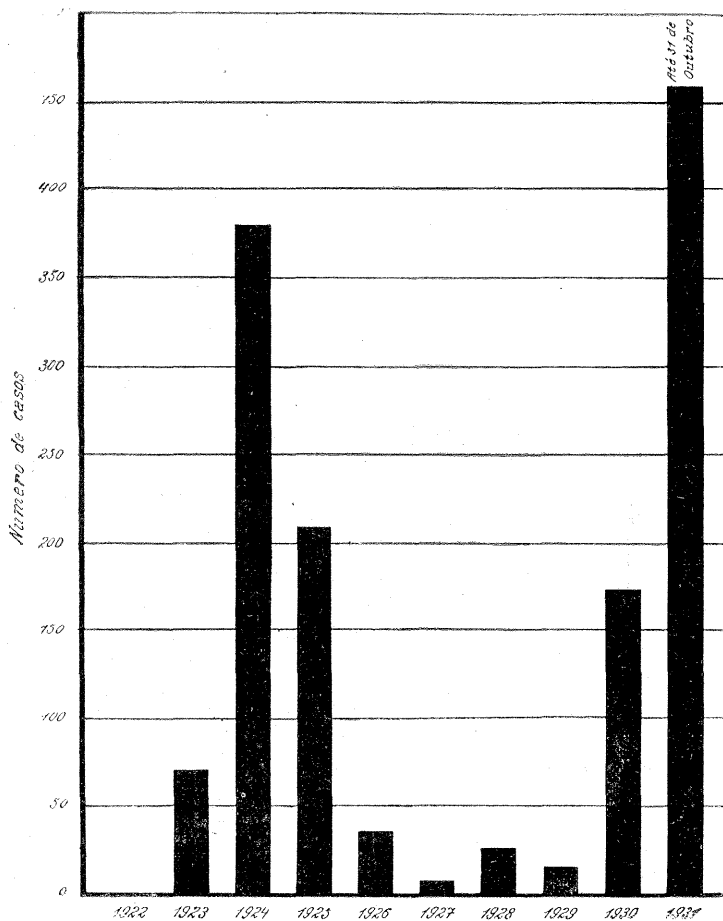
Entre estes extremos, observam-se os mais variados lapsos de tempo, muitas vezes dependentes das complicações suppurativas, que retardam a cura completa.

COEFFICIENTE DE LETHALIDADE GERAL

Os dados officiaes, levam-nos a um coefficiente lethal, nos dez ultimos annos, calculado em 3,6 %.

Com as succintas considerações em torno da classificação, da qualidade e unicidade, da influencia da immuniidade sobre algumas doenças infectuosas e de modo especial sobre a variola, das controversias de certos autores, e, principalmente, da incidencia da "variola minor" em Porto Alegre, em seus differentes aspectos, clinicos e epidemiologicos, pretendemos focalisar a tão debatida questão.

Secundando as autoridades sanitarias, não faltará, certamente, o concurso generoso dos medicos locaes, para a erradicação completa de um mal, que não devia figurar, ha muito tempo, no nosso quadro nosologico.



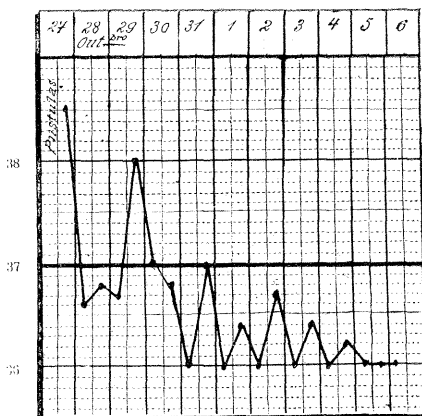
R. di Primio, phot.

Diagramma dos casos de "variola minor" notificados nos dez ultimos annos, segundo os dados publicados pela Secção Demographo-sanitaria.



R. di Primio, phot.

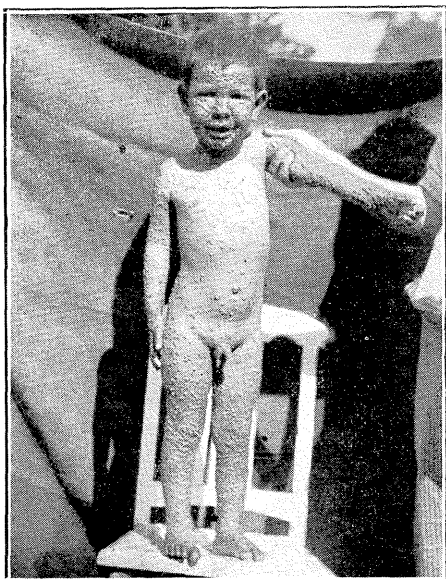
Phot. n.º 2 — Doente Ely A. 6 mezes de idade.
Caso benigno.



Doente: Ely A.

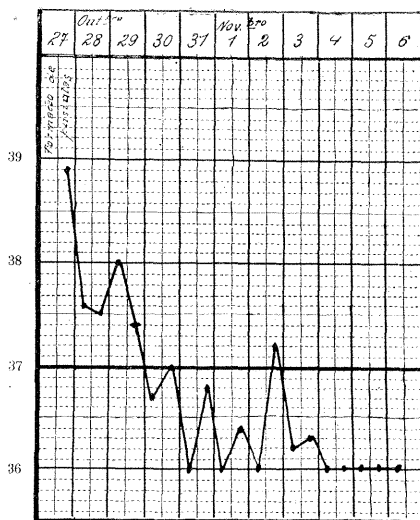
R. di Primio, phot.

N.º 3 — Curva thermica.



R. di Primio, phot.

Phot. n.º 4 — Doente E. A. 3 annos de idade. Observa-se a maior predominancia dos elementos eruptivos no rosto e nas extremidades.



Doente: E.A.

R. di Primio, phot.

N.º 5 — Curva thermica.



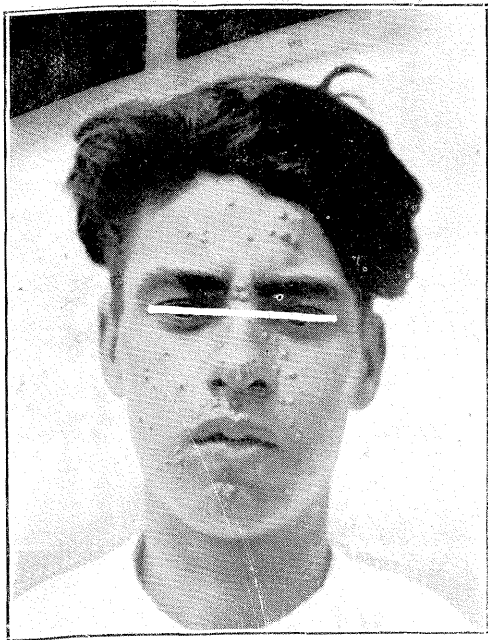
R. di Primio, phot.

Phot. n.º 6 — Doente J. O., com 6 meses de idade.
Período de supuração.



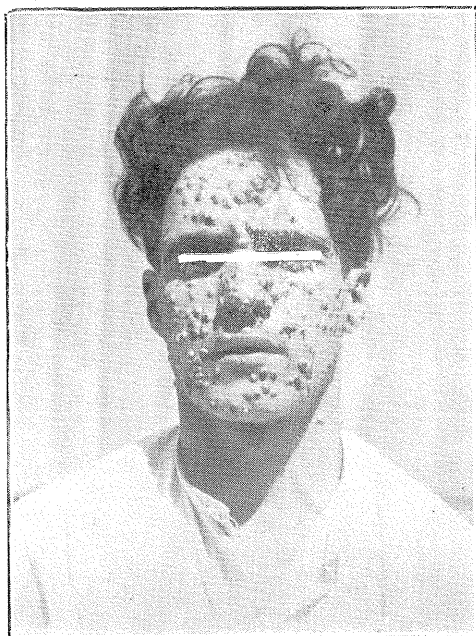
R. di Primio, phot.

Phot. n.º 7—O mesmo doente J. O., completamente
curado.



R. di Primio, phot.

Phot. n.º 8 — Doente J. A. R. Caso benigno com poucos elementos eruptivos.



R. di Primio, phot.

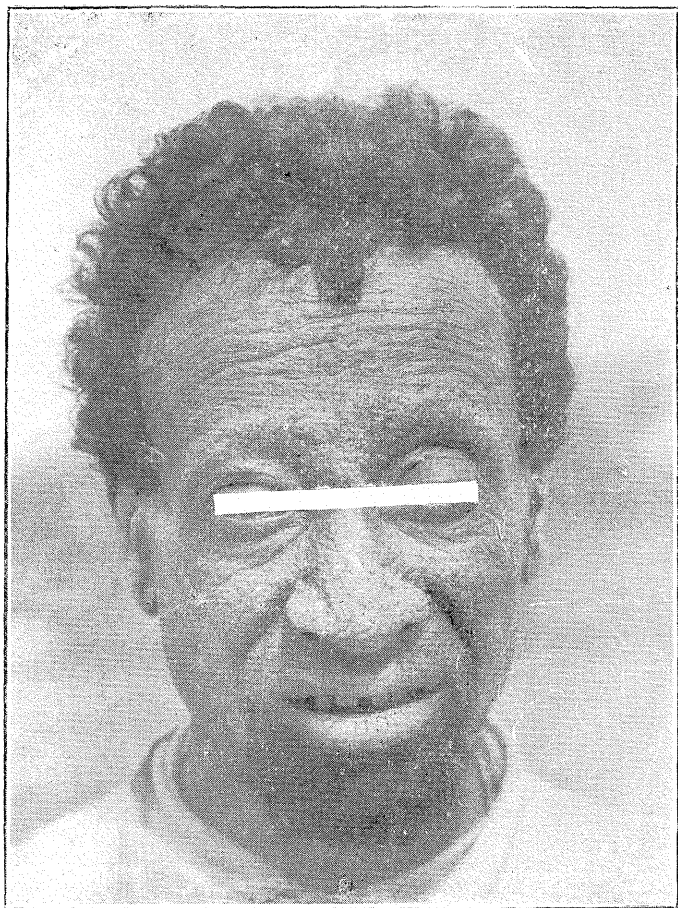
Phot. n.º 9 — Doente E. N. Caso benigno, com maior numero de elementos eruptivos.



R. di Primio, phot.

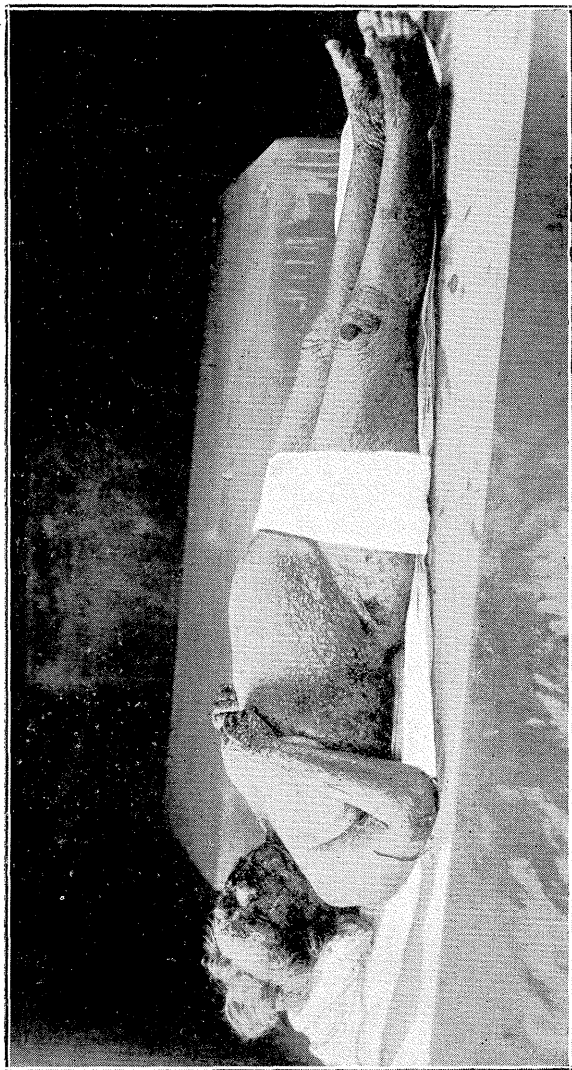
Phot. n.º 17 — Doente B. A. B. Caso

confluente, em pleno periodo de suppuração.



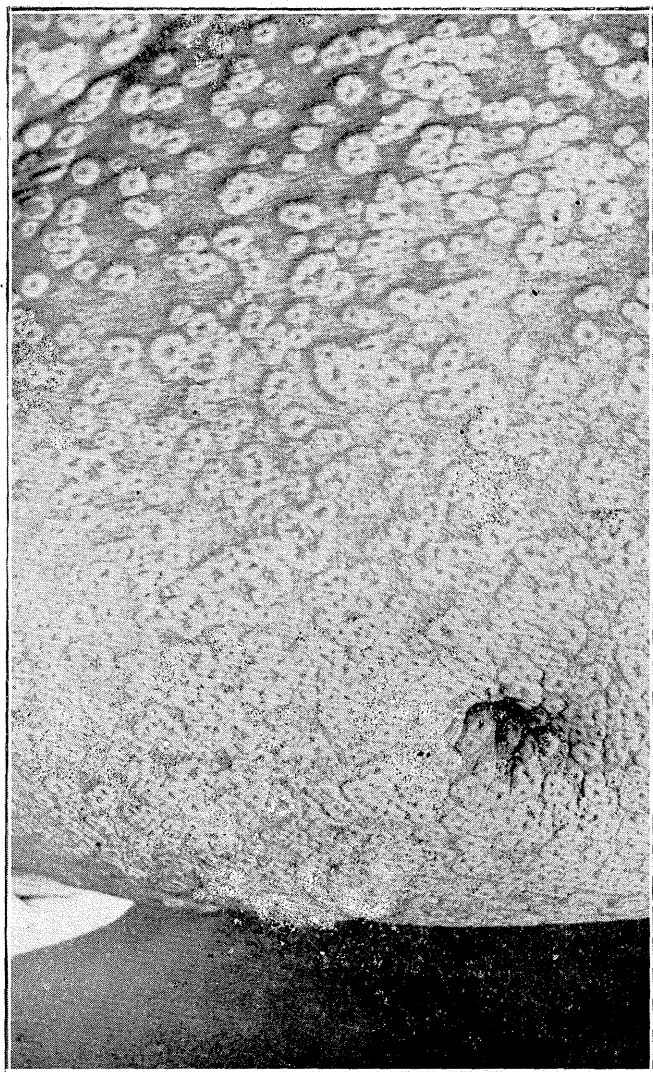
R. di Primio, phot.

Phot. n.º 18 — Doente B. A. B, completamente curado, mostrando numerosas cicatrizes.



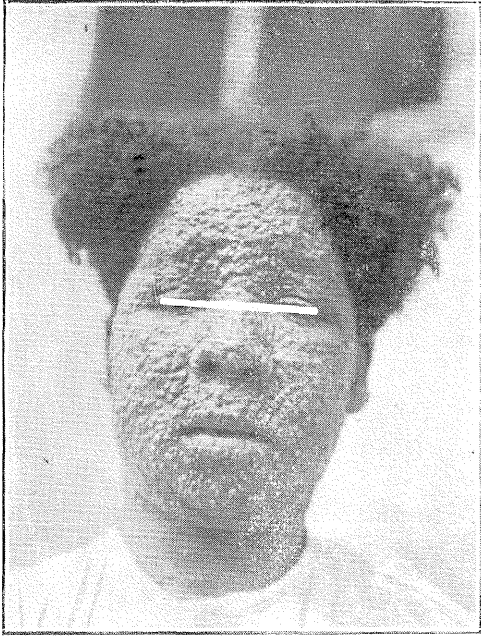
Phot. n.º 19 — Doente A. R. A. Caso de grande
confluência, de desenlace fatal.

R. di Primio, phot.



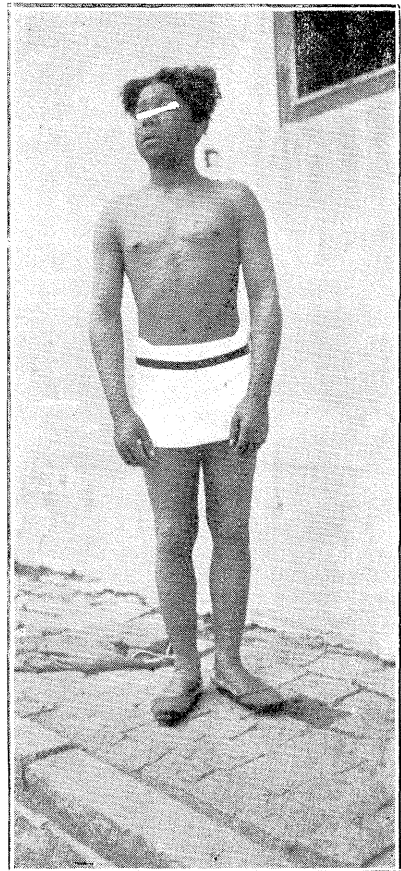
Phot. n.º 20 — Doente A. R. A. Ampliação photographica da região umbilical, para mostrar a confluencia e umbilicação das pustulas.

R. di Primo, phot.



R. di Primio, phot.

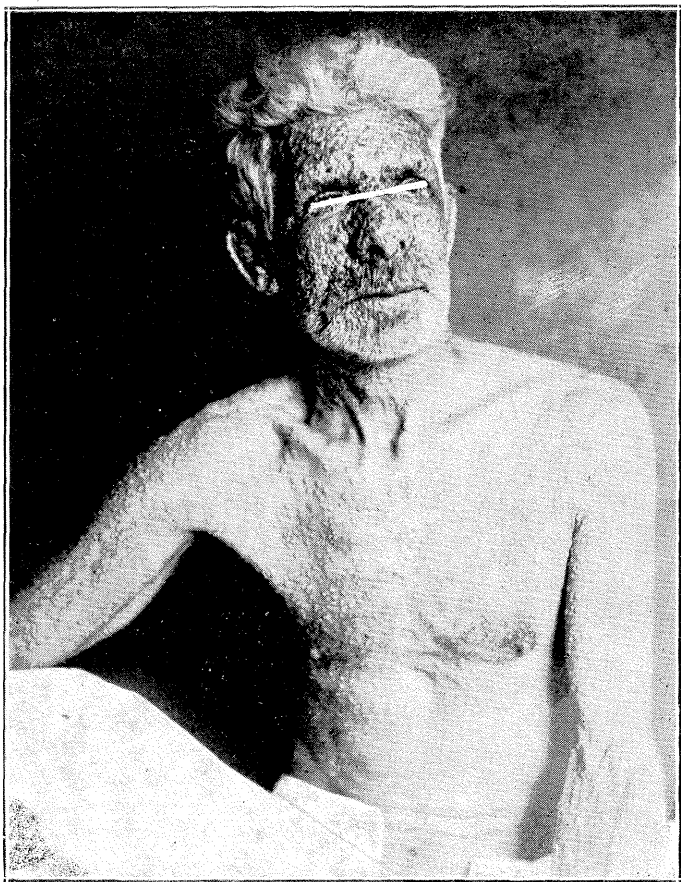
Phot. n.º 10 — Doente C. L. S. Grande quantidade de elementos eruptivos.



R. di Primio, phot.

Phot. n.º 11

O mesmo doente C. L. S. mostrando a disposição geral dos elementos eruptivos.



R. di Primio, phot.

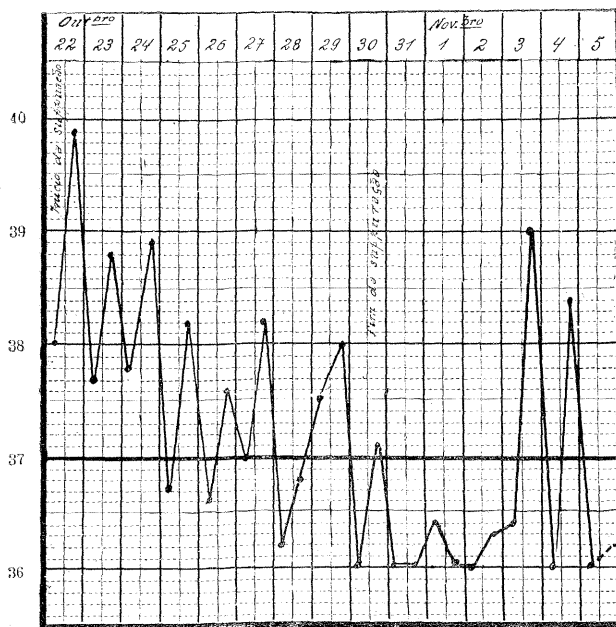
Phot. 12 — Doente V. C. Caso confluyente.



R. di Primio, phot.
Phot. n.º 13 — Doente M. C. S. Caso grave, confluyente.



R. di Primio, phot.
Phot. n.º 14 — A mesma doente M. C. S. mostrando as cicatrizes no rosto e o completo descollamento cutaneo das mãos.



Doente: M. C. S.

R. di Primio, phot.

N.º 15 — Curva thermica, da doente M. C. S.



Phot. n.º 16 — Doente F. E., curado, mostrando as cicatrizes caracteristicas.

Doente M. A. S., caso de intensidade e evolução

identicas, apresentando manchas pardas.

R. di Primio, phot.