

Trabalhos originaes

Epidemiologia da Poliomielite

Dr. Mario de Assis Brasil

Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina de Porto Alegre em
6 de Agosto de 1937.

O conhecimento da poliomielite aguda ou paralisia infantil — denominação que continua sendo empregada por muitos autores porque mais graficamente assinala o aspéto da verdadeira confirmação da doença — parece remontar a épocas muito afastadas na historia da Medicina.

Em 1774 Underwood faz a primeira descrição clinica da paralisia infantil, que é mais tarde confirmada por John Barhein.

Em 1840 Heine proclama a separação da poliomielite anterior aguda das outras mielites essenciaes e das demais doenças do eixo cerebro medular, e da-lhe fisionomia propria, detalhando sua sintomatologia.

Segundo a concepção dessa época a poliomielite é considerada como uma doença perfeitamente conhecida e sem nenhuma importancia: — um começo febril de infecção geral seguido de paralisias de um ou de varios membros e finalmente um periodo de regressão parcial ou completa das paralisias.

Em 1865 começa o periodo dos estudos anatomo-patologicos.

Cornil, Provost, Vulpian, depois Charcot e outros verificam as lesões dos cornos anteriores da medula.

A poliomielite passa a ser então considerada como um sindromo anatomico resultante da destruição dos cornos anteriores da medula.

Admitia-se, em face dessas verificações, que todas as infecções podiam determinar tal sindromo desde que invadissem a medula, e chegou-se mesmo a descrever casos de poliomielite sobrevivendo no curso da erisipela, da febre tifoide, do sarampo, da pneumonia ou de simples anginas.

Alguns autores acreditaram até ter podido realizar, experimentalmente, sindromos mais ou menos identicos: — Gilbert com o colibacillo; Roger com culturas de estreptococo; Vicent com os bacilos de Eberth e Charrin com a toxina piocianica.

A concepção sobre a poliomielite era, em suma, de uma simples localização medular de uma infecção qualquer.

Nada por consequencia de importante sob o ponto de vista epidemiologico.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA POLIOMIELITE

De tempos em tempos assinalavam-se algumas formas atípicas, notava-se a existência de sinais meníngeos, relatava-se a observação de vários casos sobrevivendo na mesma família ou na mesma localidade. Sabia-se também que existia na Suécia e na Noruega uma doença especial, de forma habitualmente paralytica, com manifestações epidêmicas, mas essa doença não parecia ser, em conclusão, sinão um exemplo a mais destinado a demonstrar que a sua origem obedecia a infecções diversas. Em 1887 Medin estudando 44 casos dessa enfermidade, estabeleceu a noção exata da sua epidemiologia e então abriu-se uma nova fase de estudos; surgiu o período etiológico.

Como se vê, em fins do século passado, os estudos sobre a paralyisia infantil prosseguiram empenhadamente, porém, com idéias contraditórias oriundas de problemas para cujas soluções eram apresentadas opiniões diametralmente opostas.

Mas eis que a partir de 1905 a paralyisia epidêmica assume na Escandinávia proporções alarmantes: — relatam-se epidemias anuais de milhares de casos.

Em seguida a doença aparece em quasi todos os países da Europa, com o mesmo caracter epidêmico. Os estados Unidos e o Canadá, já levemente atingidos são também invadidos por grandes epidemias — em New York verificam-se 9.800 casos no ano de 1916. De Norte America as epidemias propagam-se para Antilhas e para o Mexico. Na Oceania, Australia tem sido a região mais visitada, e em consequência se constituiu um centro de investigações científicas importantíssimo.

Quanto a America do Sul sabe-se que desde bastante tempo vem se assinalando surtos epidêmicos de realce nas republicas vizinhas do Uruguai e Argentina. Na republica Argentina diz-nos A. Alfaro que até principios deste século a poliomyelite era rara, manifestando-se de vez em quando, sob a forma esporádica, e como curiosidade clinica. Mas já em 1911 alguns pediatras, Acuña Schweiser e Arrulalde, assinalavam a frequência alarmante com que se estavam verificando casos de paralyisia infantil e falavam de pequenas epidemias. Estas se tem succedido daí em diante em surtos anuais, principalmente a partir de 1930, em todo o país sobretudo nas provincias de Buenos Aires, Santa Fé e Entre Rios.

Tambem no Uruguai, Morquio e outros descreveram epidemias de igual gravidade, nesse mesmo tempo.

Vemos pois que desde 1911 a poliomyelite começou a adquirir em nossas fronteiras importancia tal que leva-nos a supor que a sua presença dentro do Rio Grande dependeria de ser cuidadosamente pro-

Respeito ao seu estudo epidemiológico no Brasil infelizmente quasi nada se encontra publicado.

O unico trabalho relativamente moderno que encontramos sobre esta relevante questão sanitaria é o de Puech.

Segundo a estatística organizada por Puech foram comunicados

no ano de 1926 em São Paulo 326 casos, 221 na Capital e os restantes no interior daquele Estado.

Puech faz notar com razão que essas cifras devem estar muito aquém da realidade porque os clinicos não diagnosticam sinão as fórmas classicas, e do interior do País só chegam ás capitais, para fim de tratamento ortopedico, os portadores de paralisias residuais.

Vimos que a distribuição geografica das epidemias compreende quasi todas as regiões do mundo excetuando apenas as paragens equatoriais.

Vimos tambem que as proporções atuais da poliomielite vão muito além dos 44 casos da epidemia descrita por Medin na Noriega em 1887.

CONCEITO DO CONTAGIO

Não se conhece ainda o germe produtor da poliomielite anterior aguda porém desde que Landsteiner e Popper, por inoculações no macaco, reproduziram a doença á vontade, com todos os caracteres clinicos e com as mesmas manifestações anatomicas encontradas no homem, ficou demonstrado que se trata de um virus neurotropico filtravel que penetra profundamente no sistema nervoso entral mas que, via de regra, só determina lesões nos entros motores.

Este virus possui acentuada resistencia ás influencias ambientes. Além de conservar a sua capacidade vital nas poeiras, nos objetos de uso e nos alimentos pelo espaço de varias semanas, mostra grande resistencia aos antisepticos brandos.

Na afecção humana espontanea encontra-se o virus nas secreções do nosofaringe e da traquéa bem como nas fêzes, entretanto não é facil definir exatamente o contagio.

As opiniões a este respeito ainda se acham muito contraditorias.

Para alguns autores o contagio direto continua sendo incerto e discutivel.

Para a maioria, porém, dos investigadores das ultimas epidemias, como veremos mais adiante, pela analise das estatisticas estudadas, tanto o contagio direto como o indireto gosam a mesma importancia na propagação da molestia.

O fato de que, não se apontem, sinão raramente, dois ou mais casos sucessivos na mesma familia, não esclue, á luz dos ensinamentos recentes, a frequencia do contagio direto. O numero de observações em que se tem registrado esta eventualidade aumenta á medida sue melhor se aprnde a diagnosticar a poliomielite no seu aspeto protiforme.

O estudo epidemiologico até muito pouco se baseava unicamente nas fórmas paraliticas classicas o que não é mais possivel como veremos adiante.

A existencia do virus nas fôssas nazais e nas fêzes, assim como a presença no sangue de anticorpos imunizantes representa um grande esclarecimento no estudo do contagio indireto e parece explicar a imunidade individual e regional. A demonstração da imunidade regio-

nal que tem sido cuidadosamente pesquisada em diversos países, aproxima o tipo epidemiológico da poliomielite ao de outras infecções que fazem uma verdadeira recurrença ciclica porque grassando, às vezes, com sintomatologia anodina operam a vacinação de grandes nucleos de populações.

Quasi todos os experimentadores admitem hoje que as vias de penetração do virus podem ser duas: a mucosa do nasofaringe e a mucosa intestinal. Outras hipoteses tais como a possível transmissão por insetos hematofagos não podem ser aceitas porque até o presente não foi encontrado o virus no sangue.

A concepção do contagio implica ainda a concurrença de outros fatores:

Primeiro, a variabilidade da virulencia do agente, a qual explica-se porque reinando a enfermidade, durante anos, em estado esporadico, possa adquirir, em dado momento, extraordinaria exacerbação capaz de produzir um grande numero de casos, constituindo verdadeiras epidemias.

Segundo diferente grau de permeabilidade das mucosas nasal e intestinal o que parece traduzir maior ou menor resistencia individual.

Terceiro — Para alguns experimentadores o estado receptivo do sistema nervoso.

Nas cidades a poliomielite acomete quasi exclusivamente a infancia ao passo que nas zonas rurais a frequencia média da doença se observa em individuos de idade mais elevada como acontece com o sarampo, a difteria e a coqueluche.

Cumpra notar tambem que a distribuição da poliomielite, nas cidades e nas zonas rurais, não depende da densidade da população, comportando-se antes como uma afecção propagada por portadores silenciosos.

Efetivamente as pesquisas de Flexner, de Levaditi e de Kling puzeram em evidencia o grande numero de individuos sãos portadores do virus no nasofaringe.

O fato que domina na historia etiologica da poliomielite é a dupla noção da existencia de casos isolados ou esporadicos e o aparecimento de epidemias.

O exame minucioso da epidemiologia da poliomielite, em qualquer região que se a queira estudar, para conduzir a um conceito real de sua extensão e de sua infecciosidade, terá que abranger uma investigação prolixa do quadro sintomatologico da doença.

MODERNO CRITERIO CLINICO

O conceito classico dos 5 periodos que clinicamente se descrevia na evolução da doença: incubação, invasão, apresentação das paralisias, regressão e sequelas, tem sido, de tal sorte modificado pelos ensinamentos trazidos pelas ultimas epidemias que mal pôde ser aplicado á metade dos casos.

A melhor observação das manifestações iniciais da doença em todas as suas formas, ampliou de tal maneira as possibilidades para sur-

preende-las que, si para formularmos o diagnostico de poliomielite esperarmos o aparecimento das paralisias não só deixaremos de identificar o maior numero de casos como chegaremos tardiamente, com a ação medica que ficará reduzida a constatar sequélas.

A expansão da poliomielite na Dinamarca e nos Estados Unidos tem oferecido, como em nenhuma outra parte, importante campo para o estudo clinico e epidemiologico bastante elucidativo de aspetos até então obscuros deste mal, em consideravel numero de casos, na sua fase inicial, graças a um conjunto de circunstancias favoraveis: população instruida e disciplinada, corpo medico advertido das variedades da infecção, facilidade de hospitalisação e uma organização sorologica modelar.

Pela analise cuidadosa dessas estatisticas conclue-se que os casos sem paralisias constituem a grande maioria das infecções poliomieliticas nos surtos epidemicos. W. Park, nos Estados Unidos, computa em 75% o numero de fórmas não paralíticas e Janssen e Nissen elevam a cifra das fórmas não paralíticas a 90 % na Dinamarca.

No relatorio de Janssen publicado em Junho de 1936 encontra-se a descrição das ultimas epidemias da Dinamarca, organisadas sob pontos de vista inteiramente novos.

Em Agosto de 1933 houve uma epidemia localisada a uma parte da Jutlandia em que pela primeira vez se diagnosticaram e hospitalizaram muitos casos não paralíticos. Começou então o emprego do sôro de convalescentes. Os casos comunicados no inverno se espalhavam por todo o país porém em fórmula esporádica. De Janeiro a Abril de 1934 o numero de casos comunicados foi 4 vezes maior que a frequencia normal, isto é, 8 a 15 casos por mês, em lugar de 2 a 4. Este aumento fez esperar uma epidemia no verão de 1934, e assim sucedeu, começando a observar-se os casos em Junho, atingindo o maximo em Setembro, com 650 casos só em uma semana. Na Dinamarca é bem conhecida a flutuação estacional da doença. Em 1934 o fóco de 1933 permaneceu indene.

Dos 4.525 casos, 3.875 não apresentaram paralisias. A maioria dos casos correspondeu a idade escolar. A julgar pelos dados disponiveis, a propagação foi por contato com portadores humanos, e muito menos com casos reconhecidos sem se ter comprovado nenhuma participação da difusão lactea ou hidrica.

Em 398 familias houve casos multiplos chegando o total a 945 ou seja 2, 4 por familia, admitindo-se porém que as cifras reais foram sem duvida maiores.

“O medico sanitaria de Vejle, Dr. Ingbol comunicou 509 familias infetadas, em 49 das quais (12 %- houve de 2 a 8 casos. Em 89 % dos casos recebidos no hospital havia febre. Uma das normas para o ingresso hospitalar consistia no sinal raquidiano, isto é, rigidez do raquis e dores no dorso á ventriflexão e esse sintoma alcançou uma proporção de 85 %. A facies poliomielitica foi observada em 58 %. Os vomitos e sintomas intestinais foram comparativamente raros, em compensação a angina muito frequente. Foi observada pleiocitose em

64 %. 78 % dos casos ingressaram no serviço hospitalar dentro dos dois primeiros dias de iniciado o estado meningeu.

Em conjunto trataram-se com sôro mais de 3.000 casos (90 % de todos os recebidos no periodo pre-paralitico). Diversos observadores se referem as melhoras subjetivas e objetivas consecutivas a soroterapia e o autor realça que até a presente data não se ofereceu nenhuma prova verdadeira de que o sôro de convalescente seja ineficaz."

A classificação clinica proposta por Park e adotada pela Comissão Internacional para o estudo da poliomielite, distingue, de conformidade com a sua sintomatologia: 1.º — tipo abortivo; 2.º — tipo não paralitico; 3.º — tipo com paralisias subcortical; e dois tipos accessorios muito menos frequentes: a) tipo encefalico; e b) tipo ataxico.

FORMAS ABORTIVAS

O relatório do comité de peritos da Sociedade das Nações e a Comissão Internacional para o estudo da poliomielite, presidida por Park, define "fôrmas abortivas as que se apresentam como episodios febris passageiros que desaparecem no fim de 2 ou 3 dias, com ou sem cefaléa, vomitos, constipação ou diarréa, angina ou fenomenos catarrais, em que existe evidencia de invasão do sistema nervoso central; nestes casos o diagnostico não poderá ser feito com certeza, visto que não apresentam alterações características do liquido cefalo-raquidiano". Por conseguinte não é facil precisar a frequencia das fôrmas abortivas dada a ausencia de sinal patognomônico; entretanto Paul, Salinger e Trask admitem para as fôrmas abortivas a existencia de ligeira rigidez no pescoço e nuca, aproximando-se do "sinal espinal de Drapper".

"Fôra das epidemias, existe grande dificuldade e chega a ser impossível o diagnostico diferencial entre casos abortivos de poliomielite e numerosos casos de angina e febre devida a infecção do aparelho respiratorio". Em época epidemica é mais facil reconhecê-los, diz Park.

Niessen, em 1935 ao descrever 730 casos hospitalizados na epidemia de Haderslew dos quais 27 fizeram paralisias, observou que entre os irmãos e comunicantes dos internados, apresentaram-se ao mesmo tempo, mais de 600 casos de febre e sintomas catarrais que ele denomina "Poliomieltitis like" e que julga serem casos abortivos.

Niessen assinala, em um grafico muito eloquente, o aumento anormal da gripe e anginas em Setembro, coincidindo com a frequencia das fôrmas classicas da poliomielite, e a coincidência tambem do declinio das duas curvas, o que faz pensar ao investigador dinamarquez que tais anginas e gripes são fôrmas abortivas de poliomielite.

Jensen, outro investigador dinamarquês, chega ás mesmas conclusões estudando 3.938 casos de poliomielite, dos quais 90,5 % não chegaram á paralisia; como apenas 63,9 % dos casos não paraliticos apresentaram alterações do liquido cefalo raquidiano, Jensen conclue que se encontrava um bom numero de fôrmas abortivas.

Paul, Salinger e Trask contam que de 197 familias com casos francos, a proporção de casos abortivos, em relação aos primeiros variou de 4 a 1 e 6,3 a 1. Em familias testemunhas, sem casos francos duran-

te a mesma epidemia, encontraram estes autores, 11,1 % de casos abortivos, entre 1 e 4 anos.

Em um grupo de crianças de 1 a 4 anos verificaram os autores citados 8 % de poliomielite franca e 43,2 % de poliomielite abortiva.

Concluem os autores admitindo uma proporção de 4 a 6 casos abortivos por caso franco e uma frequência média de 10 % de casos abortivos, em famílias sem casos francos, em período epidêmico.

O estudo de Birk, sobre a epidemia de 1936 em Wurtemberg assinala que, em certas zonas, onde a população quasi na sua totalidade adoeceu com uma sintomatologia infecciosa, aparentemente gripal, apenas um grupo de 135 individuos fizeram formas meningeas, e entre estes uma minima parte, formas paralíticas.

Birk considera esse processo infeccioso que atingiu a quasi toda a população de alguns distritos de Wurtemberg como formas abortivas de poliomielite.

Frank Oldt, estudando minuciosamente, casa por casa, uma epidemia em uma pequena cidade do estado de Ohio, na qual só haviam sido denunciados 5 casos francos, verificou que dentre 90 famílias, com um total de 253 crianças, ocorrera um obito, havia 12 paralíticos, e ainda que 45 crianças apresentavam reflexos anormais sem historia clinica manifesta, e que 127 dessas crianças haviam apresentado, durante a epidemia, transtornos digestivos, dor de garganta, cefalea, conjunto de sintomas que Oldt considera suspeitos.

Vemos pois que não se pôde negar a existencia frequentissima de formas abortivas de poliomielite; o que é preciso é saber investiga-las.

O seu diagnostico é difficil porque a sintomatologia das formas abortivas não tem nada de caracteristico para orientar o medico, mas, como diz Park é necessario desde que se conhece a existencia de um caso franco, na entourage investigar atentamente. Interrogar a familia; inquerir se no momento em que a criança caiu enferma todos estavam sãos se na vizinhança não se havia observado algum fenomeno morbido.

Devemos saber interrogar para não nos contentarmos com informações incompletas.

FORMAS NÃO PARALITICAS

As formas não paralíticas, bem estudadas por Niessen, Jansen e Park. "compreendem os casos em que as células nervosas não chegam a ser bastante lesadas para determinar paralisias".

No quadro clinico das formas não paralíticas, dizem os autores acima citados, predominam os sintomas de irritação meningeal, e, sobretudo o sinal espinal de Drapper.

O sinal de Drapper representa o ponto mais importante no diagnostico precoce da poliomielite; tal é a sua significação que, na Dinamarca, serve de norma para assinalar o inicio da infecção e portanto para a admissão do doente nos hospitais.

A distinção clinica entre formas não paralíticas no período pre-paralítico não se pôde estabelecer no inicio da infecção porque a mesma sintomatologia de irritação dos centros nervosos — prostração em desa-

côrdo com a elevação termica, congestão do rosto com palidez circum-bucal, dando a facies típica sobre a qual muito insiste Niessen, tremores, sinal de Drapper e as modificações do liquido cefalo raquidiano são comuns ás duas fórmãs, isto é, pôdem se encontrar tanto em um como em outro caso.

Mas estabelecer, de inicio, a diferença das fórmãs clinicas, da poliomielite, não é o maximo objetivo a atingir o que impõe-se é formular o diagnostico precoce da infecção poliomielitica isto é, antepo-lo ao aparecimento das paralisias.

Entre todos os sintomas de inicio da infecção, seja nas fórmãs não paralíticas seja no periodo pre-paralítico, o quadro meningeu é o mais constante, o que mais ressalta, e por isso o de maior importancia.

Todos os autores admitem que a sintomatologia meningéa, caracteriza, com grande frequencia, o inicio da infecção poliomielitica. Como vimos Jansen adota como criterio para diagnostico precoce e para hospitalisar os enfermos o sinal de Drapper, isto é, rigidez dolorosa do raquis. Este autor considera como inicio da doença "o começo do estado meningítico", momento que ele escolheu para recorrer a soroterapia.

Goldschlager diz que "o ataque da meninge é constante, na poliomielite; pôde manter-se oculto e revelar-se só pela punção lombar ou traduzir-se clinicamente por um sindromo meningeu que realisa a fórmula meningéa da doença"; segundo ele, marca geralmente o inicio da enfermidade e precede o periodo paralítico; raras vezes não aparece sinão mais tardiamente, no curso da evolução paralitica; seu diagnostico se torna facil graças ás modificações caracteristicas do liquido cefalo raquidiano".

Rohmer estudando 635 casos produzidos na Alsacia em 1931, conclue: "existe na poliomielite, como primeiro estado da invasão do sistema cerebro espinhal uma meningite inicial; não encontramos casos de poliomielite em que a reação celular tenha falhado; podemos concluir que a meningite aguda existe em todos os casos de poliomielite, pelo menos, nos casos que foram confirmados pelas paralisias".

Nos raros casos, continua Rohmer em que existiu um intervalo apreciavel entre a angina ou a faringite do inicio e a invasão do sistema nervoso, o liquido cefalo raquidiano se mantem normal durante a primeira fase da doença. Nestes casos, uma segunda punção lombar, praticada no inicio da fase nervosa nos revelará um liquido cefalo raquidiano de meningite aguda poliomielitica".

Baboneix e Levy consideram que em presença de uma reação meningéa que não faz sua prova, se deve sempre pensar na poliomielite.

Tassovatz que estudou comparativamente o liquido cefalo raquidiano na meningite serosa, na meningite tuberculosa e na poliomielite, diz: "a paralisia infantil é uma meningo-poliomielite. A meningite aparece primeiro e retrocede quando as paralisias se instalam."

Zappert diz que em alguns casos são tão pronunciados os sintomas de irritação meningéa, no periodo pre-paralítico que torna-se muito difficil no começo, estabelecer um diagnostico diferencial com as meningites de outra causa. Este sintoma tanto pode desaparecer como persistir depois das paralisias; tambem podem desaparecer os

sintomas meningeus sem que se apresente paralisia ulterior. Estas formas meningíticas, acrescenta Zappert, estão comprovadas clinica, sorologica e epidemiologicamente.”

Bower, Meals e outros analisando a epidemia de Los Angeles, de 1935 acham a sintomatologia meningéa frequente, com o sinal de Draper precoce.

Schaw e Thelander estudando a epidemia de São Francisco da California, de 1936, dizem “que a meningite serosa aguda epidemica constitue em realidade uma forma da poliomielite”.

Lichtfield e Cohen estudando a epidemia de Broecklin, em 1935, dizem “que todos os casos hospitalizados apresentaram sintomatologia meningéa predominante, clinica e citologicamente. Melhoraram todos os doentes rapidamente manifestando-se paralisia apenas em poucos casos”.

Waddel e Pulcell analisando a epidemia do Estado de Virginia, de 1935, dizem: “como nas epidemias anteriores o mais patognomônico de todos os sintomas foi a rigidez da nuca e coluna vertebral; os esforços para produzir a flexão dorsal causavam pronunciada dificuldade na maioria de nossos casos; apenas a 5.^a parte destes casos apresentaram paralisias”.

Cibils Aguirre e J. L. Araoz apresentaram recentemente á Sociedade de Pediatria de Buenos Aires um estudo sobre a “Frequencia de formas meningéas en la atual epidemia de parálisis infantil” onde realçam a importancia fundamental do conhecimento destas formas meningéas, no diagnostico precoce da infecção poliomielitica.

O Centro de profilaxia, investigação e tratamento da doença de Heine-Medin organizado recentemente em Buénos Aires, sobre a direção de C. Aguirre contava em Maio ultimo com 82 observações de formas meningéas das quais 19 evoluíram sem paralisias. “Cremos interessante realçar, diz o autor citado, já que foi o momento que nos incitou a orientar-nos neste estudo, a curiosa simultaneidade da apresentação de casos meningeus iniciada com uma criança da clientela civil, que vimos em consulta por um sindromo meningítico nitido, no dia 24 de Fevereiro de 1936, que nos fez pensar em uma meningite tuberculosa; aos poucos dias outro caso visto também em conferencia na clientela civil faz uma forma meningo-encefalica. Nestes mesmos dias, ao regressar das férias ao nosso serviço nos encontramos com 6 meningites linfocitárias, conglomerado bem sugestivo de casos clinicamente analogos, que jamais se haviam apresentado em nossa clinica hospitalar. O antecedente das observações da clientela civil e da epidemia reinante de paralisia infantil, podemos presumir, pela clinica e comprovar pelo exame do liquido cefalo raquidiano, que se tratava de formas meningéas de poliomielite, em 5 desses casos. Na mesma época podemos comprovar 2 irmãos internados e contagiados um pelo outro com um intervalo de 9 dias, um com a forma bulbar e o outro com a forma meningo-bulbar”.

Pette, em 1934, afirma que entre a inoculação e o aparecimento das primeiras lesões parenquimatosas, transcorre um periodo pre-paralítico, facil de estudar no animal, e que corresponde ao estado pre-

paralítico no homem. Durante esta fase o autor observou de maneira constante a reação do liquido cefalo-raquidiano; "a investigação da reação cefalo-raquidiana, diz Pette, dá um elemento importante para o diagnostico no periodo inicial da poliomielite".

Birk estudando a ultima epidemia de Wurttemberg, na Alemanha, diz que uma grande parte da população foi atacada por uma epidemia especial durante a qual familias inteiras, adultos e crianças adoeceram com um quadro clinico analogo á gripe.

Deste grande grupo, um grupo menor representado por crianças chegou a apresentar manifestações nervosas gerais: febre, rigidez da nuca, Kernig e as vezes hiperestesias; o exame do liquido cefalo raquidiano demonstrou sempre grande aumento de elementos celulares. De 49 casos com manifestações graves meningéas, acrescenta Birk, apenas 6 apresentaram paralisias ultteriores.

Na região norte da Alemanha observou-se, segundo o mesmo autor, identica epidemia geral, de aspeto gripal tambem, registrando-se 86 casos com manifestações meningéas, dos quais apenas 17 apresentaram paralisia ulterior. Conclue Birk "com toda a certeza se trata de epidemia de paralisia infantil e os medicos norte americanos tem razão quando sustentam a possibilidade do diagnostico no periodo prodromico e é tambem exato que em torno dos casos tipicos de paralisia infantil existem centenaes de enfrmso com fórmãs abortivas".

A frequencia de alta significação diagnostica dos sindromas meningéus, proclamada pelo Congresso do Departamento Internacional de Higiene em 1935, induziu as autoridades sanitarias da Gran-Bretanha a resolver que, em épocas de epidemia, no intento de surpreender os casos iniciais devem, sob vigilancia rigorosa, as crianças das escolas, efetuar todas as manhãs exercicios de levar o mento até a altura das rotulas afim de surpreender o fenomeno irritativo nervoso, sinal de Draper, como provavel indicio da infecção poliomielitica.

O vasto cabedal de ensinamentos colhidos no estudo das epidemias destes ultimos anos, que em breve sintese bibliografica acabamos de expor, mostra a importancia pratica que encerra o conhecimento perfeito da sintomatologia inicial da infecção poliomielitica. Só assim se poderá chegar a estabelecer o diagnostico precoce que permitirá um tratamento com as maiores probabilidades de exito e uma profilaxia efetiva.

Em Julho do ano passado em uma comunicação feita a esta Sociedade de Medicina ocupei-me da epidemiologia e do tratamento da poliomielite aguda. Nesse trabalho procurei focalisar as idéias de imediato interesse para clinica. Logo após ocorreu-me a idéia de por a Sociedade de Medicina em contato com a classe medica do Estado, por meio de um inquerito que visaria estabelecer o gráu epidemiologico da poliomielite dentro das nossas fronteiras.

Essa iniciativa que encontrou a maxima boa vontade e amparo material do presidente da Sociedade de Medicina, foi-me sugerida pelo fato de que o publico começa a se preocupar, com o anuncio feito pelos proprios medicos, em varias localidades do Estado, de que a paralisia infantil se apresenta, nos ultimos tempos, sob a fórmula de pequenos fô-

cos epidemicos em diversos pontos do territorio riograndense. E não me parece razoavel por em duvida a veracidade dessas afirmativas levando em conta o aumento continuo de surtos epidemicos da doença em regiões vizinhas das nossas fronteiras. Não obstante o respeitavel conduto pelo qual foi encaminhado o inquerito que constou na remessa a todos os medicos de um questionario facilmente respondivel, e não obstante os pedidos que pessoalmente apresentei a varios medicos, de preferencia á aqueles que me deram conhecimento de casos em sua clinica privada, foram até agora muito poucos os que se prestaram a colaborar nesta obra.

E' de lamentar essa falta porque enquanto não possuirmos estatisticas demonstrativas da expansão da paralisia infantil, estaremos privados de documentação palpavel para solicitar o auxilio dos Poderes Publicos, sem o qual nada eficiente é possivel fazer.

(Continuará)

NA CLINICA PEDIATRA

VITAGEN

VITAMINA D

Vitagen é a Vitamina D. — Para o tratamento das Avitaminoses, causadas pela ausencia do fator D. Vitagen possui 200.000 vezes a atividade anti-raquitica do bom oleo de figado de bacalhau, de modo que cinco gramas equivalem a 1.000 quilogramas do oleo.

Produce rapido aumento da quota de fosforo e calcio no sangue. Facilita a boa formação e desenvolvimento dos dentes. Especifico do raquitismo — Osteomalacia — Gravidez — Lactação — Tuberculoses osseas e pulmonar.

A M O S T R A S E L I T E R A T U R A

Dirigir-se aos Representantes

LATTES & CIA. LTDA.

Rua Gal. Camara, 420.

Porto Alegre.
