

## Estudo critico da Amebíase

por

Didal de Oliveira

Tomando ao acaso cem observações consecutivas de doentes do nosso serviço de consultorio, verificamos que, em 48, o Laboratorio achou, no exame de fezes, formas vegetativas e cistos amebianos, ou sómente cistos, em um ou dois exames; outros 15 doentes que tiveram um primeiro exame negativo e que, por qualquer motivo, não o puderam repetir, viram o diagnostico clinico confirmado pela prova terapeutica que, digam o que disserem seus detratores, demasiado devotos do laboratorio, tem seu valor real.

Na falta de pesquisas sistematicas para o estabelecimento de percentagens de portadores de amebas e cistos, a exemplo do que tem sido feito em outros paises, as cifras acima citadas já dizem eloquentemente da frequencia da amebíase em Porto Alegre. Não é provavel que constituamos uma excepção no Brasil, antes devemos supôr que, quanto mais nos aproximamos da zona equatorial, tanto mais numerosos e mais graves devem ser os doentes de amebíase e os portadores de amebas e cistos.

Entretanto não parece, que o saibamos, que a molestia ocupe entre nós, no quadro nosologico, o lugar que lhe compete por sua difusão e consequencias.

Prestamos a maxima atenção á tuberculose, procurando despista-la nos seus começos e descobri-la nessas fórmas que se arrastam, minando sorrateiramente a existencia, que a transformam numa via crucis; empenhamo-nos em desmascarar a sífilis nos seus disfarces mais imprevistos; nas regiões paludicas buscamos a malária, mesmo onde ela não está; a ancilostomiase já mereceu cuidados especiais das autoridades sanitarias, interessadas em salvar grandes nucleos de população; enquanto isso a amebíase só nos chama a atenção pelas suas formas agudas espetaculares.

Nestas, a sintomatologia é tão conhecida, tão característico o sindroma disinterico, que já pouco pôde interessar o seu estado a clinicos e cientistas. As fórmas crônicas, porém, que englobam as chamadas fórmas anômalas, oferecem um vasto campo onde, quantos se interessam pelo estudo da medicina, poderão exercer sua sagacidade.

A disenteria amebiana é a expressão de uma agressão em massa das amebas evoluídas para o tipo histológico, de tipo agudo, com lesões multiplas, se bem que não tão generalizadas como na disenteria bacilar, e localizadas no colon descendente e alça sigmoide, um pouco menos fre-

quente no ascendente e quasi nunca assestadas no transverso, segundo C. Mathis.

A amebiase é a fôrma crônica da molestia, com ou sem surtos agudos disenteriformes, com uma sintomatologia digestiva e nervosa que desvia a atenção do medico para o estomago e o centro cerebro-espinhal.

Em grande numero de casos, os aspéto geral do doente não denota, como em muitas de nossas observações, um grande abalo da saúde, o que nos leva a pensar que, em situação financeira menos favoravel, muitos desses doentes ou não procurariam o medico, ou o fariam num ambulatório onde as condições do serviço, pela grande frequencia de consultantes, não permite ao encarregado deter-se na anamnese, aprofundar-se no exame, e menos ainda requisitar uma pesquisa de amebas, que nada pareceria indicar.

A sintomatologia muitas vezes exclusivamente subjetiva e a aparente benignidade do estado morbido em exame, tenta o medico a classificar o paciente de doente imaginario e no maximo a rotula-lo com um termo vago, como dispeptico, nervoso, neurastenico.

Entretanto, essas alterações minimas da saúde são muitas vezes agravadas pelo aparecimento de surtos agudos mais ou menos serios e podem, por sua duração, acabar provocando perturbações funcionais irreductiveis, lesões viscerais, que engrossam com esses pacientes as fileiras dos doentes incuraveis. Acresce, além disso, que não poucas vezes abrem a porta a outras infecções.

A barreira oposta pela mucosa intestinal aos agentes infecciosos que pululam na luz do intestino pôde ser vencida com relativa facilidade por protozoarios do tipo da ameba e outros parasitas, armados de meios de agressão efficientes e que arrastam nas suas migrações intratissulares o riquissimo cortejo da flora microbiana intestinal, em que se contam o B. de Ehert, o coli<sup>a</sup> os piogenos e outros.

Dado o grande numero de portadores de amebas e cistos, a insignificancia, por vezes, da sintomatologia, a apparencia de saúde desses portadores, acóde naturalmente a pergunta de, se em determinadas condições, o parasito pôde ou não, ser um hospede inofensivo do intestino do homem.

O Prof. Castex, de Buenos Aires, entre outros, como relator no ultimo Congresso Medico Argentino, respondeu peremptoriamente que não. Neste estudo, em que relatamos o que temos observado, procuraremos apresentar os argumentos que nos levam a partilhar a opinião do mestre portenho.

\*

\* \*

A disenteria amebiana e a amebiase são causadas pela Entameba disenterica, descoberta por Losch, em 1875 e consagrada definitivamente por Schandinn, em 1903, como agente específico da molestia, sob o nome de histolitica.

Sendo perfeitamente conhecidos os caracteres da ameba disenterica, quer nas suas fôrmas vegetativas, histolitica e tetragena, quer na

fôrma cística, julgamos desnecessário estendermo-nos sobre o assunto longamente explanado em qualquer tratado ou manual de parasitologia.

Muito mais interessante é a impressão que se cõlhe da leitura de tratados e trabalhos de pesquisadores especializados, de onde ressaltam as dificuldades, por vezes insuperáveis, para a diferenciação dos varios tipos encontrados.

Longa é a lista das numerosas entamebas descobertas por outros tantos autores, e discutidas por um numero ainda maior de criticos que chegam muitas vezes a recusar a inclusão de algumas no genero entameba.

Entretanto, ha uma tendencia a dividi-las em patogenicas e não patogenicas, segundo causem ou não disenteria.

Entre as primeiras lembraremos a “Braziliense”, de Beaurepaire Aragão, que C. Mathis acha provavel tratar-se de “uma mistura” (?) de duas entamebas intestinais do homem”.

O professor Brumpt, no seu tratado de Parasitologia, edição de 1937, além de manter a “Hartmani” individualisa a “Entameba Dispar”, cujos caractêres morfológicos, estaticos e dinamicos coincidem de tal fôrma com os da Entameba disenterica, que ele confessa: “não a podemos distinguir senão por um carater negativo: a ausencia de grandes fôrmas moveis, hematofagas ou não, mesmo depois de purgações violentas”; acrescentando que “a morfologia não pôde, no estado atual da questão, dar-nos nenhum criterio absoluto de diagnostico”. Os cistos da dispar são de 4 nucleos “completamente comparaveis aos da Entameba disenterica”.

Como carater diferencial fundamental, ele considera o fato de não ser ela patogenica para o homem, isto é, não causar disenteria, pelo que acha ser a Dispar que os ingleses têm encontrado em 5% dos habitantes das Ilhas Britanicas, porque “nós vemos que na Inglaterra, país em que existem 2 milhões de portadores de cistos de 4 nucleos — (a Escola de Liverpool admite até 23% em mais de seis exames) — se registram apenas um ou dois casos de disenteria amebiana por ano”.

Dobell e Jepps, Wenyon e O'Connor baseando-se sobre as dimensões dos cistos de 4 nucleos, admitem pelo menos 5 raças distintas de Entameba disenterica, o que é refutado, entre muitos, por H. Scot, Mathis e Brumpt, achando este ultimo que “essas flutuações de tamanho são determinadas pelo meio intestinal”!

Comentando uma comunicação de Brumpt á Academia de Medicina de Paris, em sessão de 16 de março de 1924 — em que o professor de Parasitologia refere 4 casos de Hammerschmidt, de Viena, nos quais este verificou em ulcerações do colon a presença de antameba coli, — A. Bocage assim se expressa: “Ha aí uma verificação de um grande interesse, sob o ponto de vista biologico: mostrando que uma ameba saprozoite vivendo na luz do tubo digestivo, pôde tornar-se histologica e patogenica, ela indica um dos estadios seguidos no decorrer dos seculos pelas amebas, para passarem da vida livre ancestral á vida parasitaria, cujo tipo mis perfeito, no homem, é fornecido pela ameba disenterica verdadeira”.

Esta hipótese é perfeitamente aceitável, porquanto organismos elementares, como amebas, devem ser profundamente influenciados na sua evolução filo e ontogenética, pelas condições de nutrição, do que temos um belo exemplo na transformação pela hematofagia da tetrágena inofensiva em disenterica, histológica e necrosante para a mucosa do intestino, segundo a opinião de C. Mathis.

Podíamos multiplicar as citações neste sentido, mas julgamos que, com as que aí ficam, já teremos demonstrado as hesitações e incertezas, os pontos obscuros e controversos que ainda existem sobre o que diz respeito á unicidade ou pluralidade das amebas patogénicas.

É um assunto em que é prudente não ser demasiado afirmativo, porque até agora os conhecimentos especializados dos parasitologistas ainda não o resolveram, permanecendo como critério a autoridade dos mestres, que nem sempre representa a verdade.

A esse respeito é muito instrutivo o que se passou com Schaudin e a ameba descoberta por Lösch, que aquele distinguiu da histolítica e que hoje se identifica com ela.

Deixando de parte o que diz respeito á morfologia e demais caracteres diferenciais das várias amebas, que é mais obra de parasitologistas, ocupemo-nos de preferência da parte clínica, estudando o que se refere á acção patogénica do protozoário.

O conhecimento da disenteria precedeu naturalmente de muito o conhecimento dos agentes que a provocaram.

Sómente em 1875, com a descoberta da ameba, em 1888 com a descoberta do disenterico, por Chantemesse e Widál, e em 1898, com os trabalhos de Shiga, foi possível estabelecer o diagnóstico diferencial entre as duas entidades mórbidas. Pela frequência da disenteria bacilar na Europa, e da amebíase nos países tropicais, foram os autores levados naturalmente a classificar a primeira de disenteria dos climas frios e temperados, e a segunda considerada a disenteria dos climas quentes, e por isso molestia exótica.

As evacuações disentericas caracterisavam forçosa e imprescindivelmente a infecção e a parasitose.

Mais tarde a lambliose, a balantidiose, as disenterias por *Tricomonas intestinalis*, *Tetramitus Mesnili*, e outros protozoários, vieram aumentar o quadro das disenterias e reforçar o valor do síndrome.

Atualmente, não obstante o conhecimento das formas anómalas sem disenteria, que levou a adotar a denominação de amebíase, proposta por Musgrave e Clegg, a força da tradição, que em medicina é difícil de vencer, faz com que muitos continuem a encarar a acção patogénica da ameba exclusivamente através de sua manifestação clássica.

Quando se diz que uma não é patogénica, se quer com isso dizer que o portador não apresenta o sintoma evacuações disentericas, e portanto não é doente, embora apresente alguns sintomas que são referidos a outras causas.

Vemos autores que, afirmando que as formas frustas isto é, sem disenteria, "não modificam sensivelmente o estado geral", linhas adean-

te convêm em que “quando elas se prolongam, acabam determinando emagrecimento e perda de forças.” (C. Mathis).

Depois dos trabalhos de Musgrave e Clegg, mais tarde os de Ravaut, Krolunitsky, Charpin, Jacques Charles, Petzetakis, Petridis e muitos outros, além das observações que todos fazemos diariamente, não podemos mais aceitar o critério antigo, para a classificação das amebas em patogênicas ou não patogênicas, baseados na disenteria.

Lembremos que Musgrave, em autópsias de indivíduos que não apresentaram sequer diarreias, e cuja sintomatologia se reduzia a dores abdominais mais pronunciadas à noite, acompanhadas de flatulência e por vezes constipação, encontrou no colon “raras ulcerações características”.

Conhecida a riqueza de inervação do grosso intestino, com os plexos parietais, não se pôde admitir que uma espinha irritante, da natureza das lesões amebianas, possa permanecer silenciosa.

Impõe-se a insistência sobre este ponto, uma vez que parasitologistas, e dos melhores, estabelecem distinções entre cistos de 4 núcleos, com cromídios, dimensões mais ou menos iguais, particularidades nucleares semelhantes, senão idênticas, baseados unicamente numa ação patogênica, a disenteria, que separa as amebas “boas”, das que são nocivas para o homem.

Não ha elementos seguros, por enquanto, para resolver a questão da unicidade ou pluralidade das amebas parasitárias do homem; o que se pôde e deve é prestar a máxima atenção às manifestações mórbidas sempre encontradas nos portadores de formas vegetativas ou cistos, pertençam elas à Ent. disenterica, nas suas formas histológica ou tetragena, ou à Dispar, ou à Hartmani, e até mesmo à coli ou à gingivalis.

Na pesquisa de amebas, nos exames de fezes, é comuníssimo encontrar, associados, óvulos de helmintos e diversos protozoários, entre os quais assinalaremos, pela sua frequência entre nós, o trichomonos intestinalis.

\*

\* \*

O estudo das lesões amebianas do colon foi minuciosamente feito por Kelsh e Kiener, e Dutrouleau, sendo modernamente revisado por Doptar e C. Mathis, a cujos trabalhos recorreremos nesta exposição.

Lesões em “botão de camisa”, segundo a expressão consagrada, consistem em ulcerações da mucosa, que, através de um canal estreito, se comunicam com a sub-mucosa, largamente infiltrada, edemaciada e deslocada da mucosa, formando verdadeiros tuneis. Não se detêm, porém, nessas capas; com grande frequência aprofundam-se á musculosa, alcançando não raras vezes a serosa, que podem perfurar.

A localização das lesões é de preferencia na alça sigmoide colon descendente, cecum, apendice e colon ascendente, sendo, segundo C. Mathis, excepcionais no colon transverso.

As lesões celulares são do tipo de necrose de coagulação, que transforma o elemento celular, quer das glandulas de Lieberkun, quer dos folículos fechados, e da trama conjuntiva, em “um magma amorfo e

friavel" (C. Mathis)), ao qual afluem em grande quantidade os leucócitos, que também sofrem o processo de necrose, transformando-se em piócitos, e dando lugar a supurações extensas que em geral rompem na luz do intestino.

Pelo processo inflamatório, ha grande desenvolvimento e dilatação dos vasos sanguíneos e linfáticos, com presença, muitas vezes, de numero consideravel de amebas, na luz destes ultimos.

Sendo a amebíase uma afecção essencialmente crônica, não é de extranhar, como assinala Dopfer, que se encontrem no grosso intestino lesões antigas e recentes, e nos varios periodos de sua evolução. São também de assinalar as lesões peritoneais, que fazem com que o peritонеo "se encontre por vezes tão espessado, que tinha uma consistencia quasi cartilaginosa" (C. Mathis) e que "nos casos de marcha crônica seu tecido torna-se denso e fibroso". (Dopfer).

O mesenterio participa em menor escala do processo flegásico. Nada referem Dopfer e Mathis sobre a sorte dos plexus parietais nesse processo violento, mas forçosamente, dada a localização das lesões, sua extensão e profundidade, depreende-se que elles banhem nesses tecidos mortificados e transformados em abcessos, sofrendo na sua contextura pela ação do meio.

Aliás Loeper, estudando as celialgias de origem intestinal, nos diz: "Se uma inflamação, uma infecção, uma erosão, uma ulceração, apparecem na superficie da mucosa digestiva; se se produz uma fissura mesmo histologica, a inflamação se propaga aos elementos nervosos, tanto como se propaga aos linfáticos sub-jacentes."

Acrescenta ser comum encontrarem-se essas lesões nervosas na febre tifoide, disenteria, tuberculose. Classifica-as de enteronevrites, capazes de produzirem espasmos, estrangulamentos, atonias, dôres, podendo mesmo explicar as sequelas dolorosas e espasmódicas de afecções intestinais aparentemente curadas.

Afirma, mais, que: "toxinas, microbios, produtos inflamatórios, neoplasias, seguem os nervos, alterando-os, mais ou menos, e produzindo já nessa etapa intraparietal perturbações importantes."

Assinala ainda Loeper que essas lesões nervosas não se confinam aos plexos parietais, mas que ascendem ao solar, "inflamando-o, irritando-o, esclerosando-o", alcançando mesmo os ganglios semi-lunares, onde Laignel Lavastine encontrou numerosas ulcerações microscópicas, constituindo as ganglio radiculites de Timbal. A anatomia patologica das lesões amebianas não é completa sem o estudo das modificações e lesões dos plexos parietais e abdominais.

\*

\* \*

A sintomatologia das fórmulas anômalas da amebíase fez com que se formulassem hipóteses que explicassem as manifestações a distancia que as caracterizam, e que são aparentemente independentes das lesões cólicas.

Falou-se na possibilidade de toxinas difusíveis (Ravaut); numa simpatose (J. Carles); assim como em amibemia (Petzetakis). Está demonstrado que o contato da ameba com os tecidos determina neles necrose de coagulação evidenciando a existencia de toxinas necrosantes. Mas estas atuam in-loco nada havendo que prove sua difusão pelo aparelho circulatorio, nem tampouco a existencia de outras toxinas.

No que diz respeito á amibemia, os abscessos amebianos do cerebro, pulmão e outras visceras impõem admitir a migração da ameba pela rêde vascular sanguinea ou linfatica; mas sua ação nestes casos permanece localisada no ponto em que colonisa, manifestando-se principalmente pela concurrencia dos piogenos.

A existencia da simpatose parece fóra de duvidas, comprovada pela anatomia-patologica e pela simpatologia.

Outro elemento da patogenia foi posto em evidencia, a intoxicação oxalemica assinalada por N. Marsiaj e H. Weimann, que encontraram constantemente nos seus amebiasicos uma alta taxa do acido oxalico do sangue, que em um dos seus doentes alcançou a 38 miligramas por cento. Temos verificado a constancia da hiperoxalemia, achando em nossa clinica, num caso, uma taxa de 34 miligramas.

Sobre a origem desse acido oxalico não é possivel por enquanto formular uma opinião que escape á critica.

Podendo-se afastar a origem alimentar, por ingestão excessiva de alimentos oxaloforos, pelo conhecimento do regime habitual do doente, ficam em causa as duas doutrinas classicas: da formação endógena por perturbações metabolicas, ou a que lhe atribue uma origem intestinal por fermentações propiciadas por determinada flóra em que se destacam o bacilo oxalatigeno de De Sandro, o coli, o mucor Rouxii, aspergillus, etc., etc.

Esta ultima doutrina, defendida por Fitipaldi, tem a seu favor argumentos valiosos. Sendo tanto a carne e as gorduras, como os hidratos de carbono alimentos oxaligenos, verificou Viale que com o regime carneo exclusivo a eliminação de acido oxalico é maior do que com o regime mixto; por sua vez De Lucia viu que com regime em que predominavam os hidratos de carbono (pão) sobre as proteínas (carne) ou as gorduras (toucinho), a eliminação era menor do que com a predominancia dos ultimos.

Por outro lado Loeper assegura que a taxa de acido oxalico do sangue pôde ser aumentada pela ingestão de grande quantidade de açúcar, o que não acontece se igual quantidade de glicose é injetada por via sub-cutanea.

Estes fatos pleiteam em favor da origem intestinal, mediante fermentações que realmente existem na amebiase, maximé quando ha constipação de ventre com retenção de fézes.

Ha na amebiase uma rutura do equilibrio vago-simpatico, decorrendo dessa rutura, que pôde ser provocada por excitação ou paralisia de um dos elementos do neuro-vegetativo, manifestações de ordem motora, secretoria, trofica e finalmente endocrinica. Deixando de parte as ma-

nifestações dos casos agudos, em que as evacuações de "glaires", o peristaltismo exagerado que provoca crises dolorosas e deposições frequentes, que alcançam por vezes dezenas, e que traduzem uma irritação extrema dos plexos parietais, deter-nos emos de preferencia nas manifestações crônicas das chamadas fórmulas anômalas, nas quais a irritação é menos intensa, se bem que permanente.

A irritação do neuro-vegetativo manifesta-se pela maior secreção das celulas da mucosa e pelo espasmo colico principalmente da alça sigmoide e do colon ascendente, que dão á palpação a sensação de corda colica.

A esse espasmo correspondem zonas dolorosas da parede muscular do abdomen, além das colicas motivadas pelo peristaltismo exagerado. As zonas dolorosas são geralmente localisadas nas fossas iliacas, na região epigástrica e nos pontos para-umbelicais, e correspondem aos plexos parietais e aos abdominais, principalmente o solar.

A entero-nevrite propaga-se com grande frequencia ao plexo solar e ganglios semilunares produzindo nevrites que Timbal propôz chamar ganglio-radculites, e que explicam a constancia da sintomatologia gastro-duodenal nos amebiasicos, fenomenos esses que Loeper e Esmonet propuzeram chamar de celialgias, por estarem assim mais de acordo com a realidade anatomo-patologica.

A ameba, ingerida com os alimentos, a agua, ou por contatos com portadores, alcança o intestino onde pôde permanecer silenciosa, sob a fórmula cística ou tetrágona.

Se determinadas condições, ainda não perfeitamente conhecidas, favorecem sua vegetação, ela alcança a fórmula histolítica, e inicia sua ação patogênica.

Provavelmente congestões da mucosa por fermentações irritativas, mais comuns nos climas quentes, a admitir-se a hipótese de Mathis, da hematofagia, seriam a causa da transformação.

Enquanto as lesões permanecem apenas na mucosa, pouca ou nenhuma sintomatologia apresenta o paciente; mas, no que aquelas se aprofundam á sub-mucosa e musculosa, alcançando os plexos, surgem manifestações neuro-vegetativas, e, com a persistencia da irritação, sobrevêm fenomenos endocrínicos.

Na agressão massiva por grande numero de amebas evoluídas e formação de lesões multiplas, extensas e profundas, a intensa irritação dos plexos traz o sindroma disenterico.

Quando as lesões são mais discretas e a irritação menos intensa, aparecem fenomenos vagotonicos e mais frequentemente simpaticotonicos, o que talvez se possa explicar pela distribuição da enervação pelo vago e pelo simpático e a maior frequencia de lesões sigmoides do que cecais e do colon ascendente.

Com a duração da molestia e os progressos da entero-nevrite e das ganglios-radculites, aos fenomenos de excitação global do sistema neuro-vegetativo e de hiperfuncionamento das glandulas de secreção interna se



póde substituir um síndrome de paralisia vago-simpático e de hiperfunção das glândulas ineretoras.

Os fenómenos nervosos que acompanham constantemente a amebiose crónica são a nosso ver condicionados pela sensibilisação dos centros nervosos cerebro-espinaes pela hiper-oxaemia, que lhes diminue a resistencia ás excitações, e á intensificação destas pela irritação do neuro vegetativo lesado ao nível dos plexos parietais e abdominaes.

As lesões do neuro-vegetativo na amebiose explicam a persistencia de certa symptomatologia, sobretudo a gastro-duodenal, não obstante um tratamento intensivo e bem dirigido. Isso acontece principalmente nos casos antigos em que os fenómenos dolorosos, nos pontos de eleição, e as perturbações vaso-motoras, indicam a participação dos plexos no processo morbido, já então não sómente como fenómeno de irritação e sim de nevrite.

Nada ha por enquanto escripto a respeito das provaveis lesões troficas provocadas pela disfunção do neuro-vegetativo, na amebiose, em outros órgãos que não sejam os colons; mas as perturbações funcionais constantes para o lado do estomago e duodeno, como retardamento da evacuação gastrica, pneumatose com meteorismo e tympanismo, hiperacidez, permitem admitir que a disfunção neuro-vegetativa de origem amebiana possa estar na origem de alguma lesão ulcerosa daquellas visceras.

Cremos não errar, afirmando que a amebiose é essencialmente uma molestia dos dois sistemas nervosos, vegetativo e central, tendo como ponto de partida as lesões e as fermentações digestivas, quer no intestino, quer no estomago, e as consequencias que daí decorrem.

Mascarando-se de modo a atrair a atenção para outros departamentos que não o colon ella evolue insidiosamente, dando ao doente um aspecto de nevropata, e preparando quiza a eclosão de lesões tissulares, cuja filiação á causa primitiva torna-se difficilimo estabelecer.

Em todo caso, a ação da amebiose sobre as glândulas de secreção interna, principalmente a supra-renal, parece fóra de duvida, não só pelas observações de Ravant, aonde a hipo-epinefria era evidente, como tambem pela constancia e intensidade da astenia apresentada pela quasi totalidade dos doentes e referida por quantos se têm occupado do assunto.

Entretanto, está ainda por fazer o estudo das perturbações metabolicas da molestia, que por sua duração e ação insidiosa e eletividade para o sistema neuro-vegetativo e glândulas de secreção interna deverá forçosamente exercer longa influencia sobre o metabolismo.

\* \* \*

*“A grande maioria dos sintomas são perturbações dos reflexos normais”.*

**J. MACKENZIE.**

Apezar da variabilidade extrema dos sintomas das fórmulas crónicas da amebiose, orientados pela anatomia patológica e patogenica, podemos

com certa facilidade identifica-las através dos numerosos disfarces com que se mascararam.

Ha em geral um minimo de sintomas objetivos, e estes quasi sempre para o lado das fossas iliacas. Dominam o quadro morbido perturbações funcionais.

No aparelho digestivo manifestam-se sintomas gastro-duodenais, colicos e intestinais nessa ordem de frequencia.

A lingua, salvo nos casos em que ha desarranjos intestinais, mostra-se mais ou menos normal.

O apetite é em geral pouco afetado, vindo as restrições do temor que por fim se apodera do doente em satisfaze-lo plenamente.

Para o lado do estomago e duodeno queixam-se os doentes de perturbações dispepticas mais ou menos acentuadas.

Predomina o retardamento das digestões com evacuação gastrica demorada, sensação de peso, dôres que afetam por vezes o tipo de crises gastralgicas violentas. Estas as temos observado principalmente em mulheres e nas proximidades do periodo do catamenio.

Outras vezes apresentam os doentes hiper-acidez que pôde ser precoce ou tardia, em relação ás refeições, havendo muitas vezes estado nauseoso que pôde ir até ao vomito alimentar, abundante formação de gazes, quer por fermentações quer por aerofagia, impondo ao doente eructações post-prandiais, sobretudo á noite.

Ao exame nota-se meteorismo e forte timpanismo, exagerado mais ainda na região correspondente á bolsa de ar.

E' muito frequente provocar-se dôr á palpação profunda da zona epigastrica.

O exame radiologico do estomago nestes doentes pouco adeanta ás verificações clinicas. Mais interessantes e por via de regra mais caracteristico é o exame das fossas iliacas, principalmente a esquerda. Esta é, na quasi totalidade dos casos, dolorosa á palpação profunda em todo o trajeto correspondente á alça sigmoide que comumente dá sob os dedos a impressão de corda colica mais ou menos endurecida.

Pôde-se considerar constante esta verificação nos amebiasicos constipados.

A região cecal e os pontos apendiculares são em geral dolorosos se bem que com menor frequencia do que a sigmoide.

Em outro estudo citamos uma observação em que colon ascendente e ceco eram palpaveis como um tumor volumoso e cilindrico que o exame radiologico mostrava ser devido a grande espessamento das paredes; caso em que o tratamento emetinico-arsenical deu os mais completos resultados, determinando o desaparecimento do tumor e cura completa do doente.

Estas localizações cecais da amebiase são extremamente interessantes pela facilidade com que se prestam ao diagnostico de apendicite com a correspondente indicação operatoria.

São legião os apendiceetomizados em cujo apendice, macroscopica e microscopicamente, não foram encontradas lesões, e que continuaram, após a operação, a sofrer dos mesmos males de antes. Poder-se-á talvês,

por esta localização cecal da amebíase, explicar certas verdadeiras epidemias de apendicite, em que grande numero de operados nada beneficiam com a intervenção.

Não nos devemos esquecer das palavras de West, que diz: "na grande maioria dos fenomenos do quadro clinico da amebíase existe a pseudo-apendicite."

Em todo caso, num apendicular suspeito de amebíase, não havendo indicação urgente da operação, será de boa pratica fazer-se previamente o tratamento emetinico-arsenical.

Em um caso que estamos tratando, e no qual fizemos diagnostico de amebíase de fórma pseudo-apendicular, o doente operado continuou a sofrer, agravando-se o seu estado. Instituido o tratamento pela arsemetina, ao finalizar a decima injeção o doente queria considerar-se curado.

Na grande maioria dos casos por nós observados a constipação alternava com crises diarreicas leves e de pequena duração, que os doentes atribuiam a desvios do regime alimentar; em outros a constipação era permanente, intesa e rebelde, sendo comum o aparecimento de crises dolorosas, moveis, na direção do colon. Mais raras são as dôres retais. Verifica-se por vezes com catarro e sangue sem diarréia. O exame radiologico destes doentes traz invariavelmente o diagnostico de colite espasmodica, assestada de preferencia sobre a sigmoide que em geral toma mal o bario.

Como se verifica do exposto, a sintomatologia digestiva da amebíase, salvo o que diz respeito ás crises disenteriformes e aos fenomenos sigmoides, nada tem de caracteristico. Entretanto os sinais apontados, quando verificados, impõem ao clinico o dever de requisitar um exame de fezes após preparação prévia do doente, a quem se administra um purgativo salino, recolhendo-se as fezes numa garrafa Thermos.

Uma resposta negativa do laboratorio não deve afastar desde logo o diagnostico de amebíase mas sim levar o médico ao emprego de outros meios que permitam verificar a existencia ou não do protozoario ou seus cistos.

Le Noir e Mathieu de Forsey, em trabalho bem documentado, preconizam um metodo que segundo suas estatisticas satisfaz plenamente, porque põe em evidencia ameboses que, pelos meios habituais, escapam á investigação.

Provocam ou autores um acesso leve de disenteria aguda, por meio de extratos biliares, que administram em caps. de 0 gr. 25, á razão de tres antes de cada uma das tres principais refeições, e aumentando por dia 1 capsula em cada refeição, até conseguir o efeito desejado.

Os fenomenos digestivos da amebíase, bem como a verificação frequente de midríase, miosis, dermografismo, hiperhidrose das extremidades, emotividade exagerada, reflexo faringeo e aerofagia notavel, palpitações, extra-sistoles, etc., traduzem a irritabilidade do neuro vegetativo, já assinalada por J. Trabaud em 1934, que atribue essas disfunções do vago e do simpatico á reabsorção de toxinas por via nervosa ou a um reflexo excito-motor, partido das lesões colicas.

Os fenomenos nervosos, nas amebias, são por via de regra constantes. Irritabilidade, transformações do temperamento, patofobia, estados ansiosos, depressão mais ou menos profunda, incapacidade para qualquer trabalho fisico ou mental é o que encontramos nos doentes que nos deram margem a este estudo.

A astenia, que vai da simples "preguiça" a um abatimento e desanimo profundos, englobando não raro a impotencia sexual, conforme observamos em tres casos de homens moços, indenes de qualquer lesão sifilitica, fato aliás também assinalado pelo Prof. Castex, no seu relatório sobre a amebiase, no V.<sup>o</sup> Congresso Médico Argentino, é um quadro com o qual defrontamos continuamente, e já de ha muito estabelecido pelos observadores que têm estudado as fôrmas anômalas da amebiase.

Deante da enorme difusão da amebiase e provavelmente de outros protozoos, ainda mal estudados, e levando em conta ainda a frequencia de helmintias, de todo genero, entre nós, somos tentados a referir a essas parasitoses, de cumplicidade com as condições climatericas do nosso meio, a culpa da tão malsinada indolencia nacional.

As causas dessa astenia, da fadiga constante acusada pelos doentes, são provavelmente as intoxicações por fermentações intestinais entre as quais avulta a hiper-oxalemia, com a consequente diminuição da resistencia ás excitações do sistema nervoso central, e seguramente um certo grau de insuficiencia supra-renal, por disfunção do simpatico, maximé nos casos em que a molestia é antiga e já são evidentes a enteronevrite e a solarite.

Paralelamente á astenia é comum notar-se forte emagrecimento, que geralmente não corresponde a deficiencias da alimentação, e que induz a pensar na coexistencia de uma bacilose. Esta coexistencia poderia existir, mas seguramente em outros, o emagrecimento corre por conta exclusivamente da amebiase, reconhecendo por causa a existencia de hiper-tiroidismo, de que a determinação do metabolismo basico em dois casos nos deu a confirmação.

Não é raro sobrevir, no decurso de uma amebiase cronica, principalmente quando sobrevêm surtos agudos ou sub-agudos, fenomenos infecciosos, que indicam a entrada em cena de microbios da flora intestinal. Trata-se por vezes de febricolas mal caracterisadas, que poucas vezes passam acima de 38°, mas persistem por varios dias rebeldes a medicação.

Outras vezes o quadro é espectacular: um grande tremor de frio, que pôde durar uma hora, ao qual succede uma temperatura que ascende facilmente a 40°. Sobrevêm então fortes dôres no hipogastrio, fossas iliacas, propagando-se até o reto; maior dificuldade nas evacuações, traduzindo essa sintomatologia a formação de um abcesso sub-mucoso das paredes do colon.

Em tres casos da nossa estatistica este quadro modificou-se rapidamente, após algumas evacuações de catarro e pús, que nos indicaram haver-se evacuado o abcesso na luz do intestino.

Em todos os órgãos pôde migrar a ameba e ahi colonisar, produzindo

com o auxilio de piogenos supurações limitadas. No fígado, entretanto, ao lado do abcesso classico, os autores têm verificado outras fórmias de agressão sem supuração, constituindo-se verdadeiras hepatites.

O exame do sangue é interessante pela constancia da hiperaxalemia e frequencia de hiper-glicemia, podendo esta ultima traduzir-se em glicosurios leves e fugazes.

A formula leucocitaria evidencia grande aumento dos eosinofilos bem como notavel monocitose.

Não devemos esquecer na symptomatologia da amebiase as dôres reumatoides, que são muito frequentes e que, de acordo com os trabalhos de Loeper sobre a hiperoxalemia, podemos referir a esta, cuja existencia na parasitose é um fato indiscutivel.

Temos encontrado varios casos de lumbago, que se repete á menor causa. Igualmente verificamos parestesias, adormecimentos das extremidades, formigueiros, cefalalgias rebeldes e intoleraveis, nevralgias do "trigemio" como consigna Castex em seu trabalho.

Resumindo, podemos encontrar na amebiase qualquer symptoma que possa ser motivado pela irritação ou paralisia do neuro-vegetativo, a intoxicações de origem intestinal, a disfunção das glandulas de secreção interna e sensibilisação do sistema nervoso central.

\*  
\*   \*  
\*

Multiplicam-se dia a dia as fórmias clinicas da amebiase cronica. Já em 1919, Ravaut e Charpin em seu trabalho sobre "A amebiase em França durante a guerra", no capitulo — estudo clinico, — ao lado da fórmula classica disenterica, individualisaram:

1.º — fórmias sub-agudas, nas quais isolavam um tipo cepticemico, um tipo coleriforme, outro tifoide e finalmente um tipo de gastro-enterite aguda.

2.º — fórmias cronicas larvadas que eram as mais variadas e numerosas, de cujo grupo, mais tarde, outros autores destacaram numerosos tipos clinicos.

3.º — fórmias caracterisadas por hepatites, das quais excluïam o classico abcesso do fígado.

Nas suas recentes "Lições de Clinica Medica", Vol. 12, o Dr. Luis Ramond divide inicialmente a molestia em duas fórmias principais conforme apresentem ou não disenteria. Adiante sub-divide a fórmula não disenterica segundo a predominancia de grupos de symptomas. Assim estabelece:

1.º — Fórmias digestivas.

2.º — Fórmias gerais.

3.º — Fórmias infecciosas.

As primeiras se sub-dividem ainda em — a) fórmias intestinais; e b) fórmula gastrica.

Nas fórmias intestinais especifica: 1.º o tipo entero-colite mucomembranosa; 2.º tipo de enterite cronica do delgado; 3.º tipo pseudo apendicite.

cular; 4.º forma retal, distinguindo nestas sub-tipos de retite estenosante cronica; de tumor simulando cancer; e de hemorragias retais.

Nas formas gerais individualisa as que se caracterisam por astenia e emagrecimento e finalmente nas formas infecciosas assinala os mesmos tipos apontados por Ravaut.

Não nos explicamos a vantagem desta multiplicação de formas clinicas baseadas na predominancia apenas de um sintoma ou grupo de sintomas; antes se nos afigura haver nisso desvantagem, porque assim se atrai a atenção exclusivamente ora por um orgão, ora por outro, desculdando a visão de conjunto.

Demais, nos numerosos casos que tivemos oportunidade de observar, não nos pareceu que tais divisões correspondessem á realidade clinica. De nossa pratica, concluimos que a amebiase é sempre uma molestia localisada primitivamente no colon, de onde, pelo sistema neuro-vegetativo e pelas intoxicações de origem intestinal, vai provocar uma sintomatologia a distancia, em outros orgãos, cujo funcionamento é perturbado, mas nos quais não se encontram as lesões caracteristicas provocadas pela ameba

O que acontece muitas vezes é que as manifestações colicas iniciais, por sua benignidade, pouco despertam a atenção do paciente, que por isso não as refere expontaneamente, mas que confessa diante de um interrogatorio cerrado e minucioso.

A ausencia de disenteria inicial contribue em larga escala para o desconhecimento do inicio da molestia, que sómente é diagnosticada diante de manifestações ultteriores.

As formas gastricas, por exemplo, são sempre precedidas de constipação de ventre, ou de diarréias, atribuidas a causas varias, como desvios alimentares ou influencia da estação estival.

As formas infecciosas, por sua vez, devem ser consideradas como uma complicação infecciosa no decurso de uma amebiase cronica.

Outro tanto acontece com os abcessos: hepatico, pulmonar, cerebral.

A ameba, rompendo as barreiras opostas á penetração dos germens que pululam no intestino, favorece o aparecimento de infeções mais ou menos graves, das quais ela é apenas a causa ocasional. Poderá, no entretanto, por sua ação anterior, dar uma feição particular ao curso da infeção, como no tipo coliriforme, em que ha evidentemente insuficiencia supra-renal pelas lesões preexistentes dos plexos abdominais.

No estabelecimento das formas cronicas da amebiase, contentam-nos em distinguir as formas agudas das formas cronicas, admitindo nesta segunda categoria uma unica sub-divisão atinente aos casos em que a cronicidade é interrompida por surtos agudos ou sub-agudos.

\*

\*      \*

“Nunca se deve instituir um unico ciclo medicamentoso, dizem Castex e Greenway, e sim deve ser o tratamento variado e prolongado”.

Dentre os muitos medicamentos hoje existentes para a cura da ame-

biase, continua a emetina com a prioridade. Remedio heroico das fases agudas disentericas, os seus efeitos são ainda apreciaveis nas fôrmas crônicas. Infelizmente, porém, é uma medicação que se deve manejar com prudencia, pelos efeitos toxicos que acarreta o uso prolongado, por sua accumulção.

As dôses autorisadas pelos autores que se têm ocupado do assunto se nos afiguram demasiado elevadas. Uma grama e mesmo uma grama e vinte centigr. são dosagens a que nunca alcançamos, porque muito antes apresentaram os nossos doentes sinais de intolerancia, sinão de intoxicção.

Temos adoptado como posologia, 0 gr. 60, nos individuos robustos, e 0 gr. 40 em mulheres, e em geral nos pacientes cujo peso oscila em torno de 50 quilos.

Seguindo o metodo preconisado opr Ravaut, de administrar simultaneamente o arsenico e a emetina, empregamos o Narsenol, o Stovarsol e o Paroxil, quando não usamos arsemetine, preparado que reúne a emetina e o arsenico.

Terminada esta 1.<sup>a</sup> fase, que dura geralmente uns 15 dias, passamos a administrar ao doente o Entero,vioformio, durante 20 dias, ou senão o Yatren 105 sempre que ha para este bôa tolerancia. Em seguimento usamos a amebiasine ou a carobinase, durante 10 dias, terminando pelo uso dos rivanoletoes tambem durante 10 dias.

Permanentemente prescrevemos durante toda a duração do tratamento papeis de carbonato de caleio, de 1 gr., á razão de 3 por dia, logo após as refeições, visando, por esta fôrma, como aconselha Von Noorden, a precipitação do acido oxalico de formação intestinal, além de que acompanhamos Moutier que o considera "o medicamento por excellencia das fermentações do colon". Como medicação auxiliar, quando ha forte irritação neuro-vegetativa, costumamos empregar injeções de linfoganglina, ou prescrevemos o eserinan, que é uma pequena modificação da formula de Moutier; tendo tambem recorrido ao angioxil, á vagotonina e por vezes ao sulfato neutro de atropina.

Sempre que ha indicação, recorremos á opoterapia, usando frequentemente extratos hepaticos, suprarenais e tiroideos. Findo este primeiro ciclo, aos 2 meses de terminado o uso da emetina, recomeçamos o mesmo tratamento, procedendo ao finalisar a exames de fezes repetidos segundo as facilidades que nos oferecem os doentes. Nos casos em que tal tem sido possivel, temos verificado o desaparecimento de fôrmas vegetativas e cistos, bem como a sedação dos fenomenos morbidos, persistindo apenas as dôres á pressão forte das fossas iliacas, sobretudo a esquerda, e da zona epigastrica.

Nada podemos afirmar quanto ao definitivo da cura, porque as condições especiais em que observamos, clinica de consultorio, não nos permite acompanhar o doente por muito tempo.

Cremos, entretanto, que sejam frequentes as sequelas provenientes das lesões constituídas, pela persistencia, se bem que em gráu reduzido da constipação de ventre, que traduz o espasmo colico. Ademais, deve-

mos ter presente a facilidade de reinfestações pela persistencia das mesmas causas de contagio.

Sobre o regimen alimentar a que se devem submeter os doentes, não ha acordo sobre as prescrições e proscrições de alimentos. Opina-mos por uma dieta um tanto severa nas fórmag agudas disentericas, visando diminuir na medida possivel as irritações e congestões da mucosa, bem como as fermentações no ultimo trato do intestino. O leite, condenado sem remissão por muitos, não nos parece merecer tal condemnação em todos os doentes. Ha, nestes, alguns que no passado faziam uso do leite, sem que este lhes causasse danos. Embora em periodo agudo, não o proibimos, contentando-nos em verificar se sua ingestão aumenta o meteorismo, o timpanismo, se exacerba ou provoca crises dolorosas mais intensas sob a fórmula de colicas. Se tal não acontece, consentimos na continuação de seu uso. Nas fórmag crônicas, permitimos ao doente um regime variado do qual proscrevemos apenas os alimentos em conserva, o excesso de gorduras e o alcool, além dos alimentos oxaloforos.

Na nossa já longa prática da molestia não temos tido motivos de nos arrependermos de ser tão liberais na dieta prescrita aos nossos doentes. No que somos um pouco exigentes é na redução das doses, evitando que os doentes comam demasiado.

Outro recurso terapêutico que nos tem dado amplas satisfações é a mudança de clima que, em casos por nós observados, por si só tem influido de modo inesperado e benéfico, o que não deveria causar-nos surpresa, uma vez que o estado geral do doente é profundamente influenciado pelo seu estado nervoso.

\*  
\*   \*

O interesse que vem despertando em alguns paises, Estados Unidos, Inglaterra, França, Argentina, o estudo da amebiasc nos fez recordar as lições do grande clinico inglês, Sir James Mackenzie, compendiados num livro interessante "O futuro da Medicina". Começa o autor mostrando-nos em dois diagramas, referentes, um, ás molestias que alteram a saude levando o doente ao consultorio médico, e o outro ás molestias de que se morre, que as primeiras podem perfeitamente contribuir e contribuem para o estabelecimento das segundas.

No primeiro as molestias do aparelho digestivo figuram na proporção de 25% sobre mil casos observados; no segundo aquelas molestias, sobre o mesmo total, não aparecem senão em 6,35%.

Mais tarde, no capitulo: molestias secundarias ás afecções do tracto intestinal, diz ele: "Si se examina cuidadosamente os doentes e se se os segue observando durante anos, é surpreendente verificar-se que se acaba achando que os sintomas precoces são devidos a molestias que não se terias jamais imaginado ter uma relação com o malestar do começo," e explicando: "Examinando mais atentamente eu verifiquei que todos se queixavam dos mesmos sintomas devidos a uma qualquer perturbação do sistema digestivo".

Por ser extremamente interessante, alongaremos a citação, transcrevendo inteiramente o trecho referente ao assunto:



“O individuo que representa esse tipo é habitualmente palido e emagrecido; tem alguns sinais digestivos de natureza varia; outros não têm consciencia do malestar digestivo, se bem que se vejam “obrigados a prestar atenção ao que comem”, o que sempre é suspeito. Mas habitualmente não eram esses os sintomas de que a maioria se queixava, ao consultar-me, e sómente no decorrer do exame eles os assinalavam. Os sintomas que os fazia vir aconselhar-se eram habitualmente sensações de exgotamento; fatigavam-se facilmente, seja fisicamente, seja sob o ponto de vista cerebral. Alguns tinham sinais mais nitidos, palpitações, dôres no peito e nos braços e mesmo acessos de dôr muitas vezes descritos por seus médicos assistentes como de angina de peito. Em outros havia sintomas mentais, como depressão ou irritabilidade do caracter; outros eram considerados por psiquiabras como casos sobre a fronteira da melancolia. Eu tinha distinguido esta classe de doentes em meio dos outros e estando incerto sobre a natureza de seus sintomas, eu os tinha classificado provisoriamente sob o termo de molestia X, para chamar a atenção sobre uma classe distinta e ao mesmo tempo para indicar que não se conhecia a verdadeira natureza deste estado”...

“Estudando mais detidamente esses casos e seguindo o seu desenvolvimento, cheguei a concluir que existia alguma afecção do tubo digestivo que perturbava sua nutrição...”

Mais adiante, procurando interpretar a molestia X, cita trabalhos de Sir Arbuthnot Lane que invoca uma ação mecanica para explicar os espessamentos peritonias, as bridas que deformam o colon, principalmente na alça sigmoide e cecum e apendice, promovendo atresias e adherencias de tal natureza que o Prof. de anatomia de São Andrews, Dr. Waterston, achou que outros fatores além do peso devem contribuir para a sua formação.

Fizemos esta longa citação, porque opondo-a aos estudos da propria escola de Liverpool e de outras procedencias, sobre a frequencia dos portadores de amebas, bem como comparando os trabalhos de Arbuthnot Lane e Waterston aos de Dopter e Mathis julgamo-nos autorizados a fazermos o diagnostico retrospectivo da Molestia X de Mackenzie, como sendo uma parasitose intestinal, hoje verificada extremamente comum.

Na amebiase não é tanto a molestia em si que nos deve preoccupar, uma vez que temos elementos terapeuticos eficazes para jugular-a, além de que ela pôde coexistir com um estado de saude aparentemente satisfatorio; o que nos deve obrigar a busca-la com cuidado, assim como a outras parasitoses do tubo digestivo, são as consequencias mediatas de um mal insidioso que se revela sómente quando as lesões provocadas perturbam profundamente as funções, através do sistema neuro-vegetativo e das glandulas de secreção interna.

O fim da medicina sendo não verificar lesões e sim prevenil-as, cumpre pesquisar a existencia de parasitas no tubo digestivo e exterminal-os, se o podemos, antes que manifestem sua ação patogenica, goze embora o portador boa saude aparente.