

Segundo caso agudo de moléstia de chagas do Rio Grande do Sul

Tése apresentada ás primeiras Jornadas Médicas de Cruz Alta,
Rio Grande do Sul — Brasil.

por

Romeu Beltrão

.Oculista e otorrinolaringologista.

Ex-chefe do Posto de Higiene de Santa Maria — Lente de História Natural
(Secção Botânica) do curso pré-médico do Ginásio Estadual Santa Maria.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O encontro do primeiro caso de moléstia de Carlos Chagas no Rio Grande do Sul, observado na fronteira com o Uruguai, caso este incorporado aos brilhantes estudos dos cientistas do país vizinho e a descoberta do segundo caso agudo, no coração do Estado, por mim, significam a incorporação do Rio Grande do Sul à zona geográfica de distribuição dessa importante e grave moléstia.

Não é somente o fato geográfico que importa, e sim o lado médico-social e econômico da questão.

Inicia-se para o Departamento de Saúde do Estado a campanha de profilaxia á grave tripanosomiase que já assumiu nos países limítrofes, a Argentina e o Uruguai, caráter tão severo, a ponto de merecer imediata e enérgica providência das autoridades sanitárias.

Na Argentina, é o trabalho gigantesco da Mission de Estudios de Patologia Regional Argentina, sediada em Jujuí, no extremo norte daquela república e chefiada por esse cientista de escól que é Salvador Mazza. .

No Uruguai, é a tarefa não menos agigantado do Instituto de Higiene de Montevideo, chefiado por Berta, com Rodolfo Talice á frente das pesquisas sôbre a moléstia de Chagas.

Entre nós, a luta está em início. Será grande, porque estamos em mesmas condições geográficas e biológicas dos nossos vizinhos.

Eis porque acredito que esta minha contribuição ás Jornadas Médicas não será despida de interesse.

A Argentina está com uns 600 casos positivados, o Uruguai com 127, o Rio Grande do Sul com 2 e a moléstia de Chagas ainda sem terapêutica curativa específica — eis as razões mais do que suficientes para justificar as minhas palavras.

ESBÔÇO HISTÓRICO DA MOLÉSTIA DE CHAGAS

A observação da marcha histórica da Tripanosomiase americana parece dar razão aos três períodos em que Talice a dividiu.

Primeiro período: descobrimento e apogeu.

Em 1909, Carlos Chagas descobre a doença de seu nome, fixando como pontos principais o papel patogênico do *Tripanosoma cruzi*, a infestação de insetos hematófagos do genero *Triatoma* e o papel transmissor desses hemípteros.

A descoberta repercutiu largamente, as pesquisas sucedem-se e são relatados os primeiros 29 casos agudos da moléstia. Este período vai até 1916.

Segundo período: cepticismo e esquecimento.

A partir de 1916 os estudos estendem-se de preferência às formas crônicas da doença e o bócio e o cretinismo endêmicos são filiados à moléstia. Com isto são descurados os casos agudos, facilmente diagnosticáveis e comprováveis, e começa a descrença e o desânimo. Vem, por fim, até a oposição e Carlos Chagas deve ir defender-se perante a mais autorizada entidade médica do país.

As pesquisas em países estrangeiros, coroadas de escassos êxitos, não conseguem modificar a situação até os anos de 1931 a 1934, quando, aos poucos casos, verificados fóra do Brasil, sucedem-se encontros numerosos de casos agudos, como os de Johnson e Rivas, no Panamá, em número de 19.

Terceiro período: o ressurgimento.

Ligado ao advento deste período está, indubitavelmente, o nome de Salvador Mazza que, a partir de 1934, começa a percorrer o seu país, a Argentina e a constatar sucessivos casos de infecção aguda e a descobrir novos mamíferos portadores de *Tripanosomas*. Fazendo um admirável trabalho de divulgação científica entre os médicos do interior, consegue Mazza um apreciável material humano de uns 500 casos devidamente comprovados.

Ao mesmo tempo, no Uruguai, Talice e seus colaboradores, iniciam as pesquisas nesse país, logo compensadas por brilhantes resultados.

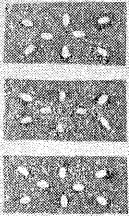
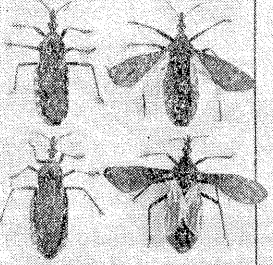
Bem merece, pois, esse período o nome de período de ressurgimento.

No Rio Grande do Sul, até 1939, só se sabia da existência de *Triatomídeos* infectados pelo *Tripanosoma cruzi* em 21 municípios do Estado, segundo verificações realizadas por Gastão de Oliveira, em 1919, Raul di Primio e Pereira F.º

O TRIATOMA

O inseto transmissor do *Tripanosoma cruzi* é um hemíptero do gênero *Triatoma*. Vulgarmente é conhecido com o nome de "barbeiro", na parte central e norte do Brasil, além de uns vinte outros nomes populares.

Na Argentina e no Uruguai, a espécie mais comum é o *Triatoma infestans*, cujo nome popular é "vinchuca". No Uruguai, além da in-

"VINCHUCA" domiciliaria del Uruguay (TRIATOMA INFESTANS)		
	RECIÉN PUESTOS - - - - - ANTES DE LA ECLOSION - - DESPUÉS DE LA ECLOSIÓN	HUEVOS
	1.º ESTADO 2.º ESTADO 3.º ESTADO	LARVAS (sin alas)
		NINFAS (con muñones de alas)
	MACHOS HEMBRAS	ADULTOS (con 2 pares de alas)
SERIE DE LA ENTOMOLOGÍA DEL INSTITUTO DE JUQUEN DE SOUTHERN		

Em casos de *Urgencia*



o novo tônico circulatório e cardíaco
em gotas e ampôlas

Triod Zambeletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. —
Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral.
Indicações: Artrismo — Artrite deformante — Localiza-
ções microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afeções
para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também
dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polisarcia —
Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

**LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069
SÃO PAULO**

IODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUCO E CHALMOGRICO SUPERSATURADOS DE LIPOIDES TOTAES DO CEREBO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

são infestados por *Tripanosoma*, transmitido pela "vinchuca", sendo os principais: o cão, o gato, a raposa, o gato do mato, o guará ou mão pelada, o côati, o zorrilho, os ratões silvestres, a lebre, o veado, o tatú, a mulita, o saguí, o serelepe, a galinha, etc.

O nosso fincão vive no rancho de barro, procurando os interstícios para abrigar-se da luz, sua inimiga capital e deixa os esconderijos quando a noite desce, para se lançar em busca de sangue.

Nos ranchos, ele é encontrado de preferência no lado mais ensolarado, de maior aquecimento e em lugares vizinhos dos leitos ou pousos de animais domésticos.

No rancho de meu doente, o lugar que forneceu mais copioso material foi a cozinha, do lado do fogão e sobre um galinheiro, que ficava encostado à parêde, do lado de fóra.

O índice de infestação dos finções recolhidos no rancho em que foi verificado meu caso, foi de 100% de contaminação pelo cruzi.

A resistência do triatoma à luz solar é muito fraca, mas na obscuridade ou semi-obscuridade, sem alimento, êle resiste meses. Tenho a prova cabal disto no fato de ter conservado vivo um triatoma fêmea, encerrado num vidrinho de 15 gramas, de fins de maio até o dia 31 de agosto. Resistiu gallardamente durante três meses, apresentando ainda *Tripanosomas* cruzi no seu conteúdo intestinal, ao ser sacrificado.

No Uruguai, as vinchucas foram encontradas igualmente em habitações de madeira e de material.

Na Comissaria de Rivera, uma casa de material situada no coração da cidade, foram encontrados dois finções, um deles portador de *Tripanosema* cruzi.

Em Montevideo, na praia de Pocitos; no Cêrro; em Colonia, na casa que pertenceu ao almirante Brown; em Paisandú, em plena cidade; e no Asilo de Velhos Valdense, foram encontradas vinchucas ou finções.

No Rio Grande do Sul existe *Triatomas* infestans em quasi todo o Estado, sendo constatada por Gastão de Oliveira e Raul di Primio a existência de finções infestadas pelo *Cruzi* em 21 municípios do nosso Estado.

Nas pesquisas feitas por mim na cidade de Santa Maria e arredores, não foi encontrado o fincão.

A contaminação do homem dá-se por 4 mecanismos:

- a) o contato dirêto com os finções, que é o mais importante;
- b) a infecção genital do fêto por via placentar;
- c) infecção da criança pelo leite materno, segundo constatação de Mazza;
- d) contagio por manipulação de animais silvestres ou domésticos infectados pelo *Tripanosoma* cruzi, o que se dá por ocasião de preparo culinário ou taxidêrmico (Brumpt e Talice).

O PRIMEIRO CASO DO RIO GRANDE DO SUL

O primeiro caso de moléstia de Chagas verificado no nosso Estado foi publicado pelo dr. Armand-Ugon, de Rivera, nos Boletins da Sociedade Médica Quirurgica del Centro de la Republica (Uruguai), sob

o título "Sobre le primera forma aguda de enfermedad de Chagas descrita em "Rivera" — Bolttim n.^{os} 29 e 27, 1939, pg. 93.

Sôbre êle Rodolfo Talice, do Instituto de Higiene de Montevideo, publicou nos Arch. Urug. Med. Cir. Esp. XIV, 1939, pp. 558-566, um estudo com o título "Sobre el primer caso de enfermedad de Chagas comprobado en Rio Grande del Sur (Brasil).

A páginas 277 da monografia de Talice, intitulada Enfermedad de Chagas, publicado neste ano de 1940, no capítulo Histórias clínicas, e numerado com o n.^o 31 da casuística, vem relatado o caso.

Melhor será uma transcrição ao pé da letra dos tópicos principais. Ei-la.

Caso 31

Ivo N. G., brasileiro, de 17 anos de edad, domiciliado en una estancia del 5.^o distrito de Santa Ana, a 25 kms. de la ciudad uruguaya de Rivera. Su casa habitual es de material, está revocada y se encuentra en buenas condiciones higienicas. Acontrumbraba hacer la siesta bajo los arboles y a veces dormía en un rancho vecino, en el cual probablemente contrajo su enfermedad. Conoce los triatomas domiciliarios — que abundan en la localidad donde reside — y que alli llamam (como en todo el Estado de Rio Grande) no vinchucas sino "chupão" o "fincão". Este enfermo, sin antecedentes familiares dignos de mención, consulta el 15 de octubre de 1938, por una hinchazón del ojo izquierdo datando de 9 dias.

Los sintomas que presentaba el enfermo indujeron al doctor Armand-Ugon, informado de nuestras investigaciones, a pensar en la enfermedad de Chagas y para confirmar su sospecha clinica nos envió, al Instituto de Higiene, sangre citratada del enfermo, así como gotas espesas.

Estas últimas resultaron inutilizadas a su llegada, para el examen microscopico. La sangre citratada llegó infectada, pero a le espera del nuevo material solicitado, inoculamos, a pezar de ello, dos ratones blancos en el peritoneo. Uno de los animales presentó a los 11 dias, en su sangre periferico tripanosomas largos y finos, facilmente indentificables con el Tripanosoma cruzi. Este resultado fué comunicado de inmediato al colega de Rivera.

Eis o relato do primeiro caso de moléstia de Chagas do Rio Grande do Sul, comprovado em Rivera, por médicos uruguaios.

Tais circunstâncias concorreram, estou certo, para que ele fôsse um tanto desconhecido entre nós.

O SEGUNDO CASO AGUDO DO RIO GRANDE DO SUL

Caso dr. Beltrão.

Em 18 de maio de 1940, fui procurado por Albino Domingos Francisco, peão do sr. João Seidler, fazendeiro na Ramada, 2.^o distrito de Santa Maria, que me trazia á consulta seu filhinho Euclides, com 14 meses de idade, nascido e criado na referida fazenda.

A criança estava há 14 dias com o olho direito muito inchado e tinham falhado todas as providências caseiras. A "inchação" começara quasi de repente e a princípio a criança não apresentava nada de anormal no estado geral. Depois, começou a ter febre vespertina, mas não muito acentuada, continuando o pequeno a brincar e alimentar-se normalmente.



Primeira foto do doentinho

Ao exame clínico constateei acentuado edema unilateral de ambas as palpebras direitas, edema branco, móle, indolor quer espontâneamente quer à apalpação. O globo ocular, que se percebia por afastamento muito penoso das palpebras, estava íntegro.

A secreção conjuntiva era mínima, não se podendo falar em conjuntivite. As vias lacrimais e os seios para-nasais nada apresentavam. Nenhum vestígio de ferimento ou picadura podia-se notar.

O estado geral era perfeito. A foto anexa ilustra melhor o aspecto sintomático do caso.

Afastadas as principais causas de edema palpebral, e tendo presentes os casos relatados em estudos de Mazza, citado por Greenway e re-

petidos por Carini, de São Paulo, suspeitei da possibilidade de se tratar de um caso agudo de moléstia de Chagas, com porta de entrada conjuntival. Embora desconhecesse a existência de Triatomas, os barbeiros ou finções, no município de Santa Maria, indaguei do pai do doentinho sobre as condições residenciais dêle e da possibilidade de existir o transmissor do Tripanosoma.



Segunda foto do doentinho.

Vim a saber, então, que morava em rancho de páo-a-pique, “barreado” como vulgarmente se diz e, mostrando ao gaúcho umas figuras de Triatoma, pedi que fôsse examinar seu rancho. O bom homem não hesitou em fazer uma viagem de 10 léguas, ida e volta, em tempo chuvoso e frio, para satisfazer meu pedido.

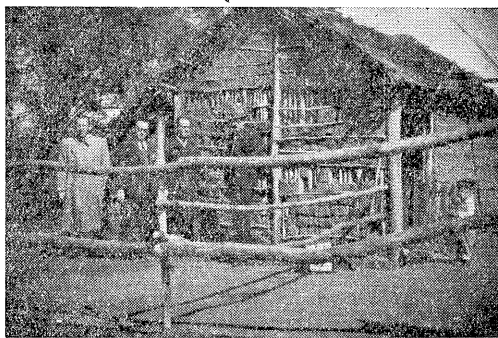
Dois dias depois, ele voltava com 4 calixinhas de fósforos cheias de “finções”, que despejou em cima de minha mesa de exames, dando-me um trabalho enorme para recapturar os perigosos insetos, que fugiam em todas as direções, buscando as trévas amigas em que levam a sua vida.

Eram autênticos exemplares de *Triatomas infestans* ou domiciliares, classificados com o auxílio do Dr. Ari Bento Costa.

Imediatamente, colhi sangue por picada do lóbulo da orelha do doentinho e remeti, juntamente com alguns *Triatomas* e uma fotografia, ao prof. A. Carini, em São Paulo. Enquanto aguardava o resultado, fiz terapêutica anti-microbiana inespecífica pela proteino terapia e desinfecção local do olho.



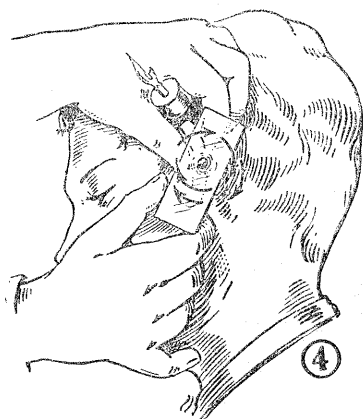
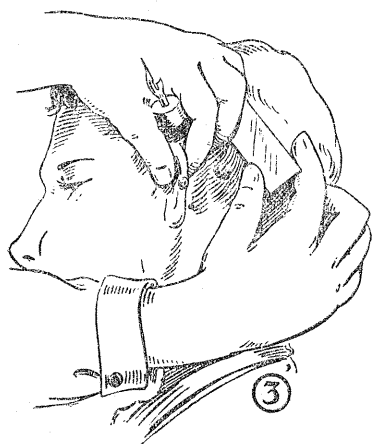
Foto apanhada 4 meses depois.
Ainda persiste ligeiro edema
palpebral



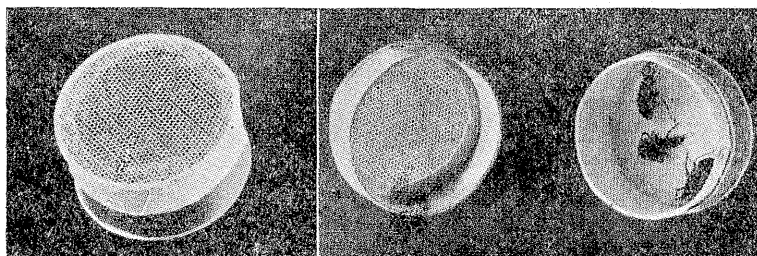
Rancho em que se verificou o caso dr. Beltrão



Outro aspeto do rancho. A seta assinala
ninho de formiga.



Colheita da gota espessa. Apud MAZZA



Caixinhas contendo flocos para *xenodiagnostico*. Apud TALICE



Pequeno viveiro de flocos ao braço suspeito, para o *xenodiagnostico*.
Apud TALICE

Dias depois, recebia de São Paulo a carta seguinte:

“Laboratório Paulista de Biologia.

Gabinete do Diretor.

São Paulo, 1º de junho de 1940.

Ilmo. sr. dr. Romeu Beltrão

Santa Maria

Prezado coléga.

Recebi sua carta com a foto do doentinho, apresentando evidente edema palpebral unilateral, os esfregaços de sangue e os dois triatomas (*T. infestans*), um dos quais chegou morto.

Examinei logo o conteúdo intestinal deste, encontrando numerosos *Trip. cruzi* ainda vivos.

Examinei também os esfregaços de sangue do doentinho e consegui encontrar raros tripanosomas com os caracteres do *Trip. cruzi*, de modo que fica provado que indiscutivelmente trata-se de um autêntico caso de moléstia de Chagas.

O seu feliz achado merece ser conhecido entre os colégas do seu Estado. Aconselho aproveitar a ocasião enquanto o edema é ainda visível, para mostrar o doentinho na Soc. de médicos local. Felicito o coléga etc etc.

(as.) dr. A. Carini, diretor técnico”.

Estavam, assim, comprovados dois fatos inegáveis:

- a) a verificação de um foco de tripanosomiose americana ou moléstia de Chagas;
- b) a constatação de um caso agudo que, pela ordem, é o segundo do Rio Grande do Sul.

O meu achado revestia-se de um cunho eminentemente nacional e vinha estabelecer um traço de união geográfico na distribuição da moléstia de Chagas, evidenciando o pensar de Mazza com referência à existência dela no Rio Grande do Sul.

Em o n.º 230, de agosto de 1940, dos **ARQUIVOS DE BIOLOGIA**, de São Paulo, dei à publicidade o meu caso, com a publicação de duas fotografias, uma tirada por ocasião dos primeiros exames e a outra alguns dias depois.

O meu caso tornou-se logo conhecido na cidade e dele informei pessoalmente o dr. Leivas Massot, chefe do Posto de Higiene de Santa Maria, que me aconselhou a fazer um relatório ao Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde, o que foi feito posteriormente.

No dia 1º de setembro, em companhia do dr. Cesar Pinto, do Departamento Estadual de Saúde, do dr. Massot e do dr. Kester Sefton, assistente da Cadeira de Medicina Tropical da Faculdade de Pôrto Alegre, visitei o lugar em que se verificara o meu caso.

Apanhei diversas fotografias do rancho e o dr. Pinto recolheu centenas de flocos contaminados.

APANHADO CLÍNICO GERAL.

Falando a colégas que de preferência se dedicam à clínica geral e tendo em vista a fisionomia multiforme das manifestações chagasicas, embóra simples oculista, não posso deixar de assinalar em traços rápidos a sintomatologia da moléstia de Chagas.

Não há um sinal patognomônico, um sintoma dominante. Foi a demasiada atenção a um único sintoma que levou Chagas a considerar o bocio endêmico como manifestação chagásica. O edema palpebral é o sinal que mais impressiona, mas sobre êle Mazza já está chamando a atenção, para que não se universalize uma generalização perigosa como a da constatação do bocio.

Os antecedentes relacionados à procedência, ao tipo de habitação e à existência de triatomas no lugar de origem do doente, são dados de real importância.

Posso dizer que foram êles que me levaram ao diagnóstico do meu caso.

O **edema palpebral** é unilateral; atinge as duas palpebras, superior e inferior; é indolor espontaneamente; a pele é ligeiramente rosada, nunca vermelha ou violacea; é resistente e não guarda a impressão do dedo; é indolor à pressão. A intensidade dêle é variável, indo desde uma simples diminuição da fenda palpebral até a oclusão completa do olho. É duradouro, alcançando 2 e 3 meses até. No meu doentinho, 3 meses depois, ainda se notava discreto edema.

A **conjuntivite** não é sintoma constante e, quando existe, é pouco intensa.

Mazza constatou um caso de **queratite** bastante grave.

A **dacrioadenite**, a inflamação das glândulas lacrimais, é um sintoma importante e de grande constância.

A **dacriocistite** é rara.

Outros sinais oculares de menor importância têm sido constatados.

As adenopattias regionais acompanham o edema palpebral e o gânglio preferido é o preauricular.

Os gânglios mostram-se crescidos, numerosos, móveis e indolores, ou pouco dolorosos. É uma macropoliadenite satélite.

A **febre**, que pôde faltar, é do tipo septicêmico, pouco intensa, raramente passando de 39°, vespertina, contínua e remitente. Pôde prolongar-se por semanas, sob a forma de febrícula vespéral. Houve um caso, citado por Talice, em que a doente fôra dada por tuberculosa, em virtude de uma febrícula de 5 meses de duração.

O **edema pôde generalizar-se**, manifestando-se nas mãos, pés, pernas tornozêlos, dando possível confusão com a anasarca, edema renal, tiorideo, ou de outra causa semelhante.

Nas formas agudas é comum a **generalização da adenopatia**, mas sempre com o caráter de macropoliadenopatia, em contraposição á micropoli da sífilis secundária.

Os gânglios epitrocleanos são bastantes frequentes nas crianças e, ás vezes, unilateralmente (Talice).

A **hepatomegalia** e a **esplenomegalia** são comuns nas fórmag agúdas infantis e raras nos adultos.

Sinais **respiratórios** e **digestivos** são secundários nos casos agúdos.

As **manifestações cutâneas** até hoje verificadas são de duas ordens: a) máculas e vesículas generalizadas, semelhantes ao quadro do eritema exudativo e b) ulcerações e necroses cutâneas, magistralmente descritas nos trabalhos originais de Carlos Chagas.

Ainda foram constatadas discromias, erupções tipo prurigo, erupções tipo eritema nodoso, exantemas etc.

Mazza teve oportunidade de encontrar manifestações cutâneas de aspéto ulcerativo, endurecimentos ou formações quísticas, no lugar de inoculação da moléstia, manifestações estas rotuladas por éle de **chagomas**.

Os **sintomas nervosos** vão da simples excitação cerebral, tão comum nas crianças febris, até fórmag graves e mortais de ataque encefalo-meningêo, terminando pelos sinais clássicos da meningo-encefalite.

No **aparêlho circulatório** a taquicardia foi um fenômeno observado na ausência da febre. Aritmia.

A **fórmula leucocitaria** acusa aumento dos linfocitos e diminuição, por vezes bastante acentuada, dos eosinófilos.

Com o declínio da fase agúda, manifesta-se linfocitose mais acentuada e crescem em número os eosinófilos, até ultrapassar a taxa normal.

Há sempre uma hiperleucocitose.

Os **glóbulos vermelhos** pouco variam em número, mas predomina a anemia leve.

Resumindo o quadro sintomatológico, transcrevo o esquema de Talice e Mazza, que vêm uma estreita semelhança patogênica entre a tripanosomíase americana e a sífilis.

Temos, pois, três períodos:

Período primário, com o canero de inoculação, conjuntival ou cutâneo e a triade sintomática edema + adenopatia satélite + da-crioadenite.

Neste período a infecção propaga-se por via linfática e corresponde á primeira sementeira do Tripanosoma sob a fórmula de leishmanias. (Mazza e Jörg).

Período secundário, correspondente à disseminação do parasita pelo organismo, por via linfática ou sanguínea. É a fase septicêmica e os sintomas principais são:

adenopatias generalizadas

hepato e esplenomegalia

febre e sintomas gerais

hepato e esplenomegalia

sintomas digestivos, respiratórios, circulatórios, cutâneos, etc.

sintomas hematológicos.

O parasita efetua o ciclo evolutivo sangue-tecidos, repetindo as infecções endógenas e conduzindo a doença á cronicidade. Começam as lesões orgânicas. A duração deste período alcança meses e anos.

Período terciário, caracterizado pelas reações fibrosas dos focos inflamatórios. E' o período da fibrose do miocárdio, da hepatite fibrosa e outras manifestações de cronicidade da moléstia, hoje magistralmente demonstradas pelos estudos modernos dos pesquisadores argentinos, com Mazza à frente.

Dentre as manifestações crônicas, a cardíaca é a mais interessante e seu estudo tem sido feito acuradamente. Em 5 casos mortais, comprovados por Mazza, havia intenso comprometimento do miocárdio, um deles com leishmania do *Tripanosoma cruzi*. Nosso brilhante patrício Magarino Tôrres tem estudos magistrais sobre a fibrose miocárdica progressiva chagásica.

Aliás, Carlos Chagas já havia descrito a arritmia como o grande sintoma do ataque da tripanosomíase americana ao miocárdio.

Ele que, no dizer de Mazza, "pouco deixou por descobrir", já descrevera a morte súbita por insuficiência aguda e o desfalecimento progressivo por assistolia.

Existe uma acentuada semelhança entre os quadros sintomatológicos da cardite reumatismal e a chagásica.

Para os colegas, clínicos gerais, tenho em meu poder, para ser compulsado, um excelente relatório sobre o primeiro caso mortal da forma crônica cardíaca de moléstia de Chagas, verificado em Mendoza, na Argentina. E' um trabalho que se recomenda pela farta documentação diagnóstica e anatomo-patológica. E' de Mazza, G. e R. Basso e Jörg.

Outro ponto clínico de importância é o do conhecimento da hepatite fibrosa chagásica.

E, por último, ainda um reparo sobre a possibilidade de ser rotulado de tuberculose um caso sub-agudo de Chagas com a sua febrícula vespertal. E' uma confusão possível e já registrada no Uruguai, num dos doentes mandados a Talice.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

E', fóra de dúvida, um capítulo de remarcada importância, mas para o qual não poderei chamar dilatada atenção dos colegas por não ser de minha competência.

Quero, apenas, salientar os meios mais fáceis e ao alcance dos clínicos do interior, para um diagnóstico de emergência.

O principal recurso é o da chamada **gôta espessa**. O processo é simples.

Por picada asséptica do bordo da orelha, recolhe-se uma porção de sangue sobre uma lâmina. Após secagem da picada com algodão ou gaze, nova colheita de sangue por cima da primeira. Ainda uma secagem e a terceira colheita.

Obtem-se, assim, a chamada **gôta espessa**, do tamanho de uma moedinha e que é deixada secar em posição horizontal e livre da poeira ou das moscas.

Nada mais fácil que a remessa da lâmina pelo correio ao laboratório mais próximo.

Para maior segurança, é aconselhado colher gôtas espessas diariamente, por espaço de uns poucos dias.

O segundo processo é o chamado de **xenodiagnóstico** e consiste em fazer com que os fimeões livres de infestação por *Tripanosoma*, piquem o suspeito. Depois de 20 dias é sacrificado o primeiro inseto para o exame microscópico do conteúdo intestinal. É um meio moroso, mas seguro e que requer certa experiência. Na Argentina e no Uruguai, os serviços oficiais fornecem caixinhas apropriadas, recobertas de tela fina, contendo 3 a 5 larvas de *Triatomas* não infestados.

Tais caixinhas são remetidas aos médicos do interior, para serem aplicadas sobre o braço do suspeito, que, dentro de uns 20 minutos, sofrerá a picada dos fimeões.

Depois, o material é recambiado ao laboratório para completar o xenodiagnóstico.

O terceiro processo é o da **inoculação** em rato branco. De meio a um centímetro do sangue do doente é injetado no peritônio do rato, e, de 9 a 30 dias depois, pôde ser feito o exame microscópico do sangue ou o xenodiagnóstico no rato branco. A remessa de sangue citrado para tal inoculação é perigosa, porque pôde contaminar-se ou demorar pelo caminho, duas condições que fazem periclitare o resultado final.

Por último, restam a biopsia de gânglio linfático e a reação do desvio do complemento de Machado-Guerreiro.

Para a **biopsia**, o gânglio extraído com todo o cuidado de assepsia possível, é partido ao meio e remetido em formol a 10%. É um processo diagnóstico bem precioso.

A reação de **Machado-Guerreiro** é o único meio de diagnóstico das formas crônicas da moléstia de Chagas (Mazza). Ipso facto, é de grande importância.

No período agudo seus resultados são incertos. Uns 6 a 8 cc. de sangue, o conteúdo normal de uma venula, são suficientes.

TERAPEUTICA

Não existe tratamento curativo específico e nem preventivo da moléstia de Chagas.

As terapêuticas ensaiadas têm sido, em resumo, as seguintes:

o **Bayer 205** eficaz na moléstia do sono, mostrou-se ineficaz;

o **Estovarsol**, o **Sulfarsenol**, o **Neosalvarsan**, o **Paroxil**, etc. mostraram-se ineficazes para Talice;

a **sulfanilamida**, também e os

sais de antimônio, e principalmente a **Fuadina**, deram algum proveito.

A medicação que melhores resultados deu a Mazza foi o **Bayer 7602** (Ac.). Mostrou-se eficaz nas formas agudas das crianças e nas crônicas, circulatórias. É um produto bastante tóxico e á base de quino-leína.

A experiência de Talice, em 68 casos, foi favorável ao produto.

No meu caso, obtive a regressão rápida dos fenômenos locais em

menos de oito dias, por injeções de leite esterilizado, repetidas de 2 em 2 dias.

A medicação foi tentada por mim na falta de outro recurso de momento.

Não encontrei referências ao uso de semelhante tratamento proteínico inespecífico nos estudos de Mazza e Talice. Ele poderá ser tentado, creio eu, com coadjuvante na terapia dos fenômenos locais do início da fase aguda.

PROFILAXIA

Este é o capítulo mais importante da questão.

A presença de moléstia de Chagas no Rio Grande do Sul impõe medidas de ordem profilática.

A primeira medida, chamada por Talice de medida radical, é a **destruição dos máos ranchos**, infelizmente tão espalhados por este Rio Grande. Tal medida comporta um grave problema de ordem social e econômica, por privar de habitação uma apreciável porção da nossa população rural e agrícola.

E' uma questão que interessa de perto ao govêrno. A propaganda em prol de uma habitação desfavorável ao fincão, seria uma medida de grande alcance, porque será impossível e inexequível a imediata supressão dos máos ranchos.

Talice aconselha o incremento da fundação de colonias agrícolas, saneadas sob o ponto de vista da habitação.

A casa de material, bem rebôcada, seria a medida ideal, entretanto impossível economicamente de realizar.

A casa de madeira, feita de tabôas bem rejuntadas, **sem interstícios**, oferece uma garantia quasi de 100%, si bem que o fincão nela também se aloje, uma vez que encontre uma fresta escura para se esconder.

Contra a espécie silvestre, deve-se opôr a destruição dos amontoados de pedras, que constituem o abrigo preferido dela.

O acúmulo de moveis, de quadros, enfeites, etc. tão comuns nas casas de campanha, também favorecem a presença do fincão, porque se transformam em esconderijos para êles.

Além desta medida radical, outras medidas devem ser adotadas, a começar pela **propaganda** entre os médicos do interior, o povo e os escolares.

Aos médicos devem ser fornecidas instruções praticas, acessíveis e facilitados todos os meios de pesquisa e remessa de material suspeito aos laboratórios e Postos de Higiene que, por sua vez, os transmitirão ao Laboratório de Parasitologia do Departamento Estadual de Saúde.

A **desinsectisação**, a destruição dos finções por substâncias tóxicas, as chamadas vulgarmente desinfetantes, é problematica e difícil de realizar.

Os animais domésticos, principalmente o gato e o cão, **portadores** mui comuns do Tripanosoma, nas zonas flageladas, devem sofrer a luta competente. E' um problema bastante duro ao sentimentalismo dos

nossos homens de campo, acostumados a vêr nestes animais dois companheiros inseparáveis de sua vida quotidiana.

O uso de **mosquiteiros e de telas metálicas** nas aberturas são providências aconselháveis em zonas de pululações de fimeões.

A **luta biológica** contra os triatomas pôde ser realizada por certas espécies de formigas, que os destróem em seus abrigos.

Talice conta que perdeu varias dezenas de caixinhas com vimechucas para xenodiagnóstico, por tê-las deixado ao alcance de formigas.

Especial propaganda deverá merecer a maneira de evitar os **perigos da manipulação da carne** de certos animais naturalmente infectados, como o tatú, a mulita e a galinha. Os dois primeiros constituem um petisco para o gaúcho.

Na escola, hoje que a instrução difunde-se por todos os recantos do Estado, está um meio formidável de propaganda contra o fimeão e a moléstia de Chagas.

O professor rural deverá ser instruído devidamente para poder orientar seus alunos na pesquisa de focos de triatomas e nos meios de destrui-los.

O exemplo da Argentina, com os seus 600 casos comprovados e o Uruguai com os seus 127, são uma advertência eloquente aos poderes públicos do Rio Grande, ás autoridades sanitárias e a nós, médicos do interior.

CONCLUSÕES

- a) Está localizado no Rio Grande do Sul, município de Santa Maria, o 2.º caso agudo de moléstia de Chagas do Estado.
- b) Os Triatomas encontrados no foco são da espécie infestans.
- c) O índice de infestação dos Triatomas achados no rancho em que se verificou o caso e mais dois ranchos vizinhos, é de 100%, pelo Tripanosoma cruzi.
- d) Em face disto e do elevado número de casos de moléstia de Chagas constatados nos países vizinhos, Argentina e Uruguai, impõe-se uma profilaxia severa e imediata.
- e) Sendo o rancho de páo-a-pique, ou "barreado", viveiro natural dos Triatomas infestans, a profilaxia deverá começar pela luta contra o máo rancho e pugnar pela substituição dele por moradia incapaz de abrigar o fimeão ou chupão.
- f) Deverão ser difundidos entre os médicos do interior do Estado conhecimentos práticos para o diagnóstico de novos casos da moléstia e destruição dos focos de fimeão.