N.º

MÁRIO DE ALMEIDA

DISENTERIA AMIBIANA

(Estudo Clínico)

MAIO - 1919

172/5 FMP

1919
Escola Tip. da Oficina de S. José
PORTO

DISENTERIA AMIBIANA

N.º 19

MÁRIO DE ALMEIDA

DISENTERIA AMIBIANA

(Estudo Clínico)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina do Pôrto

MAIO - 1919

1919

Escola Tip. da Oficina de S. José

PORTO

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINARIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Cândido Augusto Corrêa de Pinho	Clínica e policlínica obstéctricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da Medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas	Dermatologia e Sifiligrafia.
José Dias de Almeida Júnior	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Thiago Augusto de Almeida	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia e terapêutica médicas. Clínica das doenças infecciosas.
Vago	

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

A MEUS Pais

Muito vos quero e muito vos agradeço.

A MINHA MULHER E FILHO

Sois a base de toda a minha felicidade

A minha Irmã

Na esperança reside a felicidade.

Aos meus sobrinhos

Alberto, Júlia e Maria Izabel

Muitos beijos.

A minha Sogra

a Ex.ma Snr.a

D. Izabel Maria da Conceição
Ribeiro da Silva Santos

Os meus agradecimentos
e a minha amizade

A meus Cunhados

A minha amizade

Aos meus Ex.mos Amigos

Dr. Ángelo das Neves

Dr. Manoel J. F. Torres

Dr. Francisco B. S. de Freitas

Dr. Pedro de Castro

Dr. António Sobrinho

Aos meus Condiscípulos.

A todos aqueles que me dedicam a sua amizade.

Ao Ex.mo Snr.

Coronel Pedro Francisco
Massano de Amorim

Com os meus agradecimentos
vai a minha admiração

Á Memória do meu Sogro

o Ex.mo Snr.

Agostinho José dos Santos

Á Memória dos meus Amigos e antigos condíscipulos

Manoel dos Reis Tavares

Gastão Marinho

Mário Rangel de Andrade

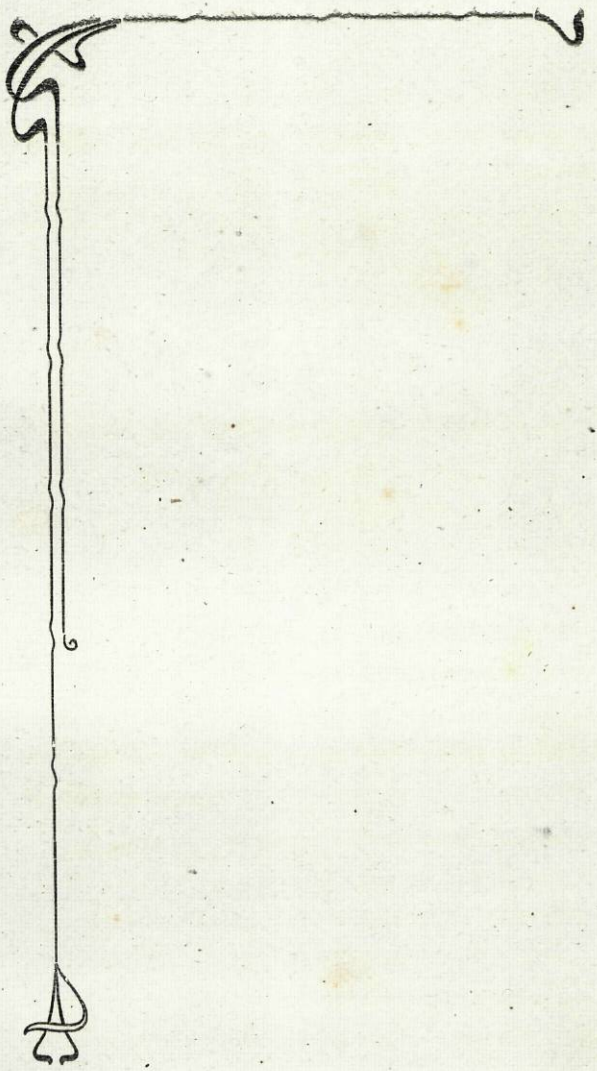
Dr. Carlos Pinto Lopes de Oliveira

Ao

Ex.mo Corpo Docente

da

Faculdade de Medicina
do Pôrto



Preâmbulo

Poucos mêses depois de ter abandonado os bancos da Escola, fui mobilisado para serviço de campanha na nossa Província de Moçambique.

A minha chegada á capital daquela nossa possessão ultramarina, coincidiu com a do vapor «Africa» da Companhia Nacional de Navegação, vindo de Mocímboa da Praia e trazendo a bordo cêrca de mil soldados doentes, um grande número dos quais, atacados de disenteria.

O espectáculo por mim presenceado, mixto de tragédia e surpresa, jamais se me apagará da memória, visto que ainda hoje, ao relembra-lo, a mesma nuvem de mágoa e luto que então me envolveu, voltá a fazer o seu aparecimento, mais avivada agora pela memória dos amigos que, como eu no cumprimento do dever, mas mais infelizes nas suas esperanças, lá ficaram dormindo o sono eterno.

Vi indivíduos que, deitados sobre o pavimento do convés e mergulhados numa indiferença absoluta, deixavam correr através do seu vestuário, um longo fio de fezes ensanguentadas e fétidas; outros, com a profunda emaciação, a côr terrea dos tegumentos e a incerteza, a quási impossibilidade da marcha, indicavam bem a presença dum organismo profundamente atacado por um dos maiores flagelos africanos; um pouco escondido sob os eixos dos guindastes, um infeliz jazia, para sempre inerte, ao lado das suas fezes, verdadeiro rótulo do seu sofrimento!...

É este espectáculo, deveras desolador, que faz nascer em mim a ideia de escolher esta

doença para assunto da minha tese, ideia que mais se arreigou após a visita que em Mocímboa da Praia fiz a uma enfermaria de Disentéricos

Divide-se o meu trabalho em quatro partes, assim constituidas:

1.ª Parte: — Definição, Ligeiras considerações sôbre a epidemiologia e história da doença, Parasitologia e Anatomia patológica.

2.ª « — Etiologia, Sintomas e evolução, Formas clínicas, Complicações, Diagnóstico diferencial e Prognóstico.

3.ª « — Tratamento e Profilaxia.

4.ª « — Observações clínicas.

Todas as afirmações que faço, são baseadas nas observações que durante dois mêses efectuei no Hospital de Miguel Bombarda, como director clínico de três enfermarias com um efectivo médio de 180 doentes, e no

Depósito de Convalescentes da Xefina, onde permaneci durante três mêses no desempenho de idêntico cargo.

O Hospital de Miguel Bombarda, sob todos os pontos de vista o mais importante da Província, comportava no momento em que lá fiz serviço cêrca de mil doentes, muitos dos quais, — atacados de disenteria — constituiram, com um grande numero de casos que no Deposito de Convalescentes da Xefina observei, a minha verdadeira fonte de estudo.

Eis os motivos porque sempre faço referência a estes dois estabelecimentos, onde, durante cinco mêses, tive ocasião de observar cêrca de duzentos disentéricos, dos quais, apenas cinco são citados no capítulo «Observações», como representantes das diversas modalidades disentéricas por mim observadas.

Não tenho a veleidade de supor o meu modesto trabalho isento de erros, mais influenciados ainda pela falta de tratados para consultar, por ser elaborado nos breves momentos de repouso diário, e de mistura

com a lembrança da familia distante e a incerteza do dia seguinte:

Representa no entanto todo o meu esforço e a minha melhor vontade, o que julgo suficiente para poder receber em troca a benevolência do Ex.mo Júri.

Para o Ex.mo Snr. Dr. Alvaro Teixeira Bastos, a quem devo a imerecida honra de presidir a esta minha última prova, vão os meus melhores agradecimentos com os protestos da minha admiração.

Pôrto, Maio de 1919.

Mário de Almeida.

1.ª PARTE

Definição — Ligeiras considerações sôbre a epidemiologia e história da doença — Parasitologia — Anatomia patológica

I

Definição

A *Disenteria Amibiana*, é uma colite específica provocada por um protozoário da classe dos Rizópodos, que se denomina *Amiba Disentérica* ou, segundo Schaudinn, *Entamaeba Histolítica*.

II

Epidemiologia e história da doença

Apesar desta doença ser considerada específica dos países tropicais, tem tambem feito o seu aparecimento em regiões bem menos quentes, como sejam: o norte da África, (Algéria e Egipto) a Asia oriental, (costas da China) a América do Norte (Filadelfia) e a Europa.

Nêste último continente, foi diagnosticada no sul da Rússia, Romania, Península dos Balkans, Austria, Itália, Alemanha e

França, tendo-se tornado um pouco mais freqùente nesta ultima nação durante a guerra com a Alemanha, nomeadamente durante os mêses de Julho a Outubro de 1916, em que, na frente do Somme, deu logar a uma pequena epidemia.

A existência de casos autoctonos no continente português, não é do meu conhecimento. É no entanto para recear que mais tarde façam o seu aparecimento, em virtude dos inúmeros soldados infectados que durante estes últimos anos nele teem dado entrada, e nos quais a doença continuará a sua marcha insidiosa, com recaídas mais ou menos nítidas, mas sempre perigosas pela facilidade do contágio.

A disenteria amibiana, aumenta de freqùência e gravidade á medida que nos aproximamos dos trópicos, onde existe no estado endémico.

Do seu grau de desenvolvimento na nossa província de Moçambique, é fácil ajuízar pelo que vou referir:

Durante o quadriénio de 1915 a 1918

foram internados no Hospital de Miguel Bombarda, em Lourenço Marques, 30.970 doentes, que repartidos por grupos nosológicos deram o seguinte resultado:

Impaludados	13 202
Disentéricos	1.562
Com outras doenças	16.206

A mortalidade, durante o mesmo espaço de tempo, elevou-se a 6,6 p. 100 dos doentes internados, ou sejam 2.046 individuos, sendo este número assim repartido:

Palúdicos	170
Disentéricos	291
Com outras doenças	1585

Da análise do que fica exposto, podemos concluir que, sendo o paludismo oito vezes e meia aproximadamente, mais freqùente que a disenteria, é no entanto treze vezes menos mortífero, visto que a média da taxa da mortalidade, sendo apenas de 1,3 p. 100

para a primeira, eleva-se na segunda a 16,9 p. 100.

O quadro seguinte, é talvez mais elucidativo:

Classificação nosológica	Numero de doentes internados	Numero de obitos	Taxa da mortalidade
Paludismo	13.202	170	1,3 %
Disenteria	1.562	291	16,9 %
Outras doenças....	16.206	1.585	9,7 %
Total.....	30.970	2.046	6,6 %

N.o 1 — Quadro noso-necrológico do «Hospital de Miguel Bombarda», relativo ao quadriénio de 1915 a 1918.

Se fizermos a dissociação anual, comparando ainda a disenteria com o paludismo, (quadro n.º 2) podemos concluir que qualquer destas doenças atingiu nos anos de 1917 e 1918 uma cifra elevadíssima, no entanto, emquanto a taxa da mortalidade da segunda se conservou sensivelmente a mesma, a de disenteria oscilou entre 12 p.

100 e 21 p. 100, tendo atingido este elevado número no ano de 1918.

Anos	Doenças	Numero de doentes	Obitos	Taxa da mortalidade
1915 —	Paludismo	1:243	14	1,1 %
	Disenteria	88	16	18,1 %
1916 —	Paludismo	1:764	32	1,8 %
	Disenteria	91	11	12 %
1917 —	Paludismo	5:789	72	1,2 %
	Disenteria	646	109	16,8 %
1918 —	Paludismo	4:406	52	1,1 %
	Disenteria	737	155	21 %

N.o 2 — Quadro noso-necrológico relativo aos anos de 1915, 1916, 1917 e 1918.

Sôbre o que se passa em outros pontos da nossa província de Moçambique, posso declarar, — baseando-me apenas nas estatísticas oficiais efectuadas até 1911, e em alguns elementos que recentemente pude colher em diferentes regiões — que zonas ha, onde a disenteria não é tão freqùente nem tão grave; mas noutras, como sejam,

Moçambique, Tete, Angoche, Chinde, etc., a sua gravidade é análoga á que acabo de referir.

*
* *

A disenteria, acha-se já mencionada em obras sanscritas, muito anteriores á era cristã, tendo sido considerada até data muito recente como constituindo uma única doença, [1] provocada pelos mais variados agentes. Assim, o calôr excessivo, o arrefecimento nocturno, o excesso ou a má qualidade dos alimentos, a ingestão de fructos insuficientemente maduros, o abuso do alcool, do ópio, etc., actuavam indiferentemente para a provocar.

É sobretudo aos trabalhos efectuados

---

[1] Em 1900, dizia ainda Le Dantec que esta doença era determinada por um virus específico que, como todos os outros, oferecia mais benignidade na zona temperada que na zona quente.

por Chantemesse e Widal, Shiga, Koch, Kartulis, Schaudinn e outros, que se deve o perfeito conhecimento dos diferentes agentes patogéneos e conseqüentemente a noção da dualidade disentérica.

Em 1888, é efectuada a descoberta do bacilo disentérico por Chantemesse e Widal. Dez anos depois, confirma Shiga essa descoberta, demonstrando por experiências, que o bacilo encontrado anteriormente, era bem o agente patogeneo da disenteria epidémica dos países temperados.

Simultâneamente, os estudos efectuados nos países tropicais por Koch e outros, demonstraram a constante existência de amibas, nas fezes dos doentes, cuja acção patogénea claramente foi demonstrada por Kartulis, pois conseguiu reproduzir a disenteria no gato, pela simples injecção de um centimetro cúbico de fezes disentéricas no recto dêsse animal.

A mesma experiência efectuada com fezes anteriormente submetidas a uma temperatura de 45,° a fim de destruir o parasita,

não produziu a mínima alteração e veio confirmar em absoluto a especificidade das amibas na disenteria dos países tropicais.

É a partir desta data que á noção da *disenteria doença* se sucede a da *disenteria sindrôma*, mantida até aos nossos dias, apesar da oposição efectuada por Grassi e outros, mórmente baseada na ausência de amibas nas fezes de alguns disentéricos averiguados, e na sua presença nas de alguns individuos normais, oposição essa que depressa desapareceu em face dos argumentos que surgiram, mais nomeadamente, pelo conhecimento da existência dum grande numero de amibas ao nivel das ulcerações intestinais de indivíduos que durante a vida não as apresentaram nas fezes, pelo conhecimento dos *portadores de germens* e ainda, pela declaração efectuada por Councilman e Lafleur, reconhecendo que no intestino podem coabitar várias espécies de amibas, mas que uma apenas é susceptivel de produzir a disenteria.

Esta declaração é confirmada em 1903

por Schandinn, que, fazendo um estudo morfológico comparativo entre amibas encontrados nas fezes de indivíduos doentes e saudaveis, consegue separar dois parasitas, com caracteres bem distintos: um, existente nas fezes dos indivíduos normais, chamado *Amiba coli;* outro, observado nas fezes dos disentéricos e por êle denominado *Entamaebae Histolitica* (destruidora dos tecidos).

III

Parasitologia

A *amiba histolítica* ou *amiba disentérica*, — que é indubitavelmente o agente patogénio da disenteria tropical — é um protozoário de grandes dimensões (25 a 40 micras), cujo protoplasma, mesmo no estado de repouso, se diferencia em duas zonas: uma externa, (ectoplasma) hialina, capaz de emitir prolongamentos que se denominam pseudópodos; outra central, (endoplasma) granulosa, contendo um núcleo redondo de 4 a 6 micras, por vezes dificil de distinguir.

Nesta zona central podem observar-se corpos variados, como sejam, bactérias, hemacias, etc.

Quando as condições do meio se tornam impróprias para o seu desenvolvimento, as amibas produzem formas de resistência ou quistos, (pequenos corpúsculos de 3 a 7 micras formados pelo estrangulamento duma porção de protoplasma) que, ao contrário das amibas, podem atravessar o estómago, sem que a acção dos sucos digestivos lhes sejam prejudiciais.

No quadro n.º 3, encontram-se descritos os caracteres, pelos quais se distinguem as duas variedades de amibas.

		AMIBA HISTOLÍTICA	AMIBA CÓLI
Sob a forma vegetativa	Dimensões..	— 25 a 40 micras	— 15 a 30 micras
	Pseudópodos	— Dotados de grande mobilidade.	— Mobilidade reduzida.
	Protoplasma.	— Vacuolar, contendo por vezes glóbulos vermelhos, bactérias, etc. Diferenciação, mesmo no estado de repouso, entre o ectoplasma hialino e o endoplasma finamente granuloso.	— Vacuolar, ausência absoluta de corpos extranhos no seu interior. No estado de repouso, o ectoplasma, e o endoplasma confundem-se.
	Núcleo	— Excêntrico e desprovido de membrana.	— Central e com membrana.
Sob a forma de resistencia	Enquistamento...	— Parcial em pequenos corpúsculo de 3 a 7 micras.	— Global, em grandes quistos de 10 a 20 micras.
	Segmentação....	— Em 2, 3 ou 4 amibas filhas.	— Em 8 amibas filhas.
Acção patogénia.		— Claramente demonstrada para o homem e alguns animais.	— Nula.

N.o 3 — Diferenciação entre as amibas disentérica e coli.

a) ESTUDO DO PARASITA NAS FEZES:

As fezes disentéricas são em geral constituidas por mucosidades, banhando num liquido seroso, onde não é fácil observar qualquer traço de matérias excrementicias.

Estas mucosidades, que segundo a gravidade das lesões, se apresentam mais ou menos córadas de sangue, são duma grande importância para o estudo do parasita, visto que, á semelhança do que acontece com as placas diftéricas, é nelas que êle se encontra acantonado.

Estendendo sôbre uma lámina de vidro um pequeno fragmento dessas mucosidades, notámos que êle se compõe de duas zonas: uma central, cinzenta, na qual se encontra o parasita; outra periférica, transparente como albumina de ovos, verdadeiro producto de secreção intestinal, cujo fim consiste em envolver as amibas nas suas malhas gelatinosas, evitando assim o seu contacto

com a mucosa intestinal e por conseqüência a destruição desta.

O nosso estudo, vai incidir sôbre a zona central e inicia-se pelo

Exame no estado fresco — Este processo, — geralmente preferido a qualquer outro — consiste em colocar sôbre uma lámina uma gota da serosidade em que as mucosidades banham, — pois é um excelente meio de cultura — dissociar nela um pequeno fragmento da porção cinzenta da mucosidade e recobrir o todo com a lamela. O exame microscópico faz-nos então notar um grande número de glóbulos vermelhos, glóbulos de pús, células epiteliais e as amibas emitindo os seus pseudópodos.

Collet, com o fim de conservar por mais tempo a vitalidade amibiana, aconselha o emprego da platina aquecida a 34°, o que no entanto parece dispensavel, por estar demonstrado que o parasita pode resistir durante algumas horas á temperatura laboratorial.

Sem aquele processo, é verdade que a amiba póde caír num grande estado de torpor e imobilisar-se, mas algumas oscilações, produzidas no espelho do microscópio, são suficientes para a despertar, obrigando-a imediatamente a retomar os seus movimentos.

Exame por coloração — Um dos processos mais simples, consiste em colocar sôbre a lámina uma gota de Ziehl, diluido, dissociar nêle um pequeno fragmento mucoso e recobrir em seguida com a lamela.

Outro processo de coloração consiste em dissociar directamente sôbre a lâmina a porção mucosa, recobri-la com a lamela, e em seguida fazer penetrar por capilaridade o liquido corante, que pode ser o Ziehl ou a fuchsina diluida.

As amibas, emquanto vivas, não se deixam penetrar pelos còrantes e podem conservar a sua vitalidade em presença dêles, durante 10 ou 15 minutos. Por outro lado, os leucocitos e os micróbios còram-se rápi-

damente de modo que, fazendo seguir a preparação duma imediata observação, é facil distinguir as amibas incolores, movendo-se sôbre o fundo córado da preparação.

Se a observação persistir durante um certo tempo, nota-se ainda um ralentamento dos movimentos das amibas e em seguida, a sua imobilidade e respectiva coloração.

b) PROCESSOS DE CULTURA:

Até ao presente não tem sido possivel obter culturas puras de amibas.

Para obstar ao grande desenvolvimento das espécies bacterianas nessas culturas, meios relativamente pobres, como a gelose dissolvida em água, e o decocto de palha fresca, teem sido preconisados.

As sementeiras necessitam ser conservadas na estufa a 36.º durante 48 horas.

Alguns autôres teem pretendido cultivar as amibas na água de condensação dos tubos de gelose.

c) INOCULAÇÃO:

Apesar da disenteria ter sido obtida experimentalmente no macaco e no cão, é no entanto o gato novo o preferido, por ser o mais sensivel.

Uma simples injecção de um centímetro cúbico de mucosidades disentéricas, no recto dêste animal, é suficiente para ao fim de alguns dias, determinar fezes mucosas ou muco-sanguinolentas, revelando o seu exame microscópico a existência de amibas disentéricas.

A sobrevivência do animal, não vai alêm de doze a quinze dias, e á autopsia observam-se profundas, ulcerações intestinais.

Outras vias de introdução do parasita como sejam, a intravenosa e a gástrica, teem sido utilisadas com sucesso, demandando esta ultima, a utilisação de amibas sob a sua forma de resistência, (quistos) afim de não serem atacadas pelo suco gástrico.

Alguns autôres conseguiram obter abcessos de figado, pela injecção de mucosidades disentéricas em pleno tecido hepatico.

d) VITALIDADE:.

A amiba disentérica desenvolve-se bem á temperatura de 36°.

O arrefecimento ou uma temperatura de 45°, durante trinta e cinco minutos, matam-na.

Councilman e Laflleur, encontraram amibas moveis nas fezes dum indivíduo morto ha trinta e seis horas, e Schaudinn, obteve a disenteria no gato, introduzindo-lhe pela bôca, fezes de quatro semanas, contendo quistos amibianos.

Carlo Mense diz no seu tratado que com fezes de três mêses, contendo quistos, ninguem conseguiu até ao presente obter a infecção.

A resistência dos quistos amibianos na água pode elevar-se a três mêses e mais.

IV

Anatomia patológica

As alterações anatómicas, provocadas pela disenteria, consistem numa inflamação hemorrágica com necrose da mucosa e ulcerações.

Estas lesões, só muito raramente se observam no intestino delgado, e a sua localisação parece tão exclusiva ao intestino grosso, que Le Dantec cita o caso de bastantes vezes á autópsia, encontrar a face cecal da vâlvula de Bauhin recoberta de ulcerações, e a face ileal completamente intacta.

Segundo Jurgens, — por estudos efectuados na disenteria experimental do gato — a invasão parasitária faz-se atravez dos tubos de Lieberkuhn: «Nas partes da mucosa que parecem sãs, certas glândulas encerram já alguns parasitas, mas, as células glandulares, apesar da sua hipersecreção mucosa, não apresentam ainda qualquer alteração apreciavel. Depois, e á medida que o número de parasitas aumenta, os epitélios perdem a sua côr e destacam-se; os tubos, gravemente atingidos, são deformados pela acumulação de parasitas e as células destacadas, obliteram a abertura do canal, emquanto que as amibas se aplicam sôbre a membrana basal. Depois duma paragem momentânea na camada inferior das glândulas, as amibas lançam-se por perfuração activa nos tecidos subjacentes.»

Dopter, baseando-se em trabalhos mais recentes, por êle efectuados em cortes de intestino, declara que o parasita passa a barreira epitelial, insinuando-se entre as células de revestimento, atinge depois a submu-

cosa, e aí, colonisando, origina abcessos que, vindo abrir-se á superficie da mucosa em pequenas botoeiras, constituem as *ulcerações em botão de camisa.*

O desenvolvimento destas lesões, continua depois a efectuar-se tanto em superficie como em profundidade; a abertura, que a princípio é de pequenas dimensões (dois a três milimetros), aumenta progressivamente até se reunir ás lesões circumvisinhas, constituindo assim extensas perdas de substância.

Irregularmente ovalares, de grande eixo dirigido no sentido das pregas da mucosa, as ulcerações apresentam-se com bordos espessos e descolados; as suas bases, recobertas dum pús amarelado e espesso onde pulula o parasita, podem assentar na camada submucosa, musculosa ou mesmo peritoneal, originando assim a freqüência de peritonites de visinhança e perfurações intestinais.

O numero das lesões aumenta a partir do ceco para o anus, acentuando-se mais no cólon descendente, S ilíaco e recto.

O que acabo de referir, constitue a *forma ulcerosa* da disenteria, mas, uma forma mais grave, a *forma gangrenosa* [1] pode surgir, quer primitivamente, quer secundáriamente, no curso da disenteria ulcerosa.

Nesta forma, o intestino grosso apresenta-se distendido por gazes, observando-se na sua superficie externa, manchas equimóticas, por vezes perfuradas num ponto, traduzindo um esfacelo total das túnicas; as suas paredes, são muito friaveis e a sua cavidade encerra um líquido fétido.

Vaillard descreve da seguinte forma a evolução da escara gangrenosa:

«Sob a sua forma mais simples, a escara gangrenosa, apresenta-se a princípio como uma placa mole, humida, cinzenta ou dum vermelho sombrio e proeminente; em seguida, o seu centro toma a côr negra, propria da gangrena.

---

[1] Segundo Vaillard, a forma gangrenosa, traduz o grau mais intenso da acção parasitária.

A observação dum corte, demonstra que o esfacelo interessa, não sómente a mucosa e a submucosa, mas por vezes toda a parede.

Umas vezes, as escaras apresentam-se pouco confluentes; outras, quási contiguas, podem ainda atingir consideraveis dimensões, e chegar mesmo a invadir uma superficie egual a um terço do intestino grosso, dando assim logar á eliminação de grandes segmentos de mucosa, medindo por vezes de 25 a 45 centímetros.»

Esta forma, — muito freqùente em África — foi por mim observada em alguns indivíduos, internados no Hospital de Miguel Bombarda.

*
* *

Na disenteria crónica, as lesões específicas constituem geralmente as *formas ulcerosa e de esclerose.*

A primeira destas formas, é constituida por uma mistura de ulcerações em actividade

ou em via de reparação, e cicatrizes pigmentadas, vestigios de antigas ulcerações.

A *forma de esclerose* é constituida por uma redução do calibre do tubo intestinal, — dada a exagerada formação de tecido conjunctivo — que se apresenta formado por paredes rígidas, duma espessura atingindo um centímetro e mais.

O intestino assim alterado, é denominado *intestino de zinco ou corda cólica* e observa-se facilmente atravez da parede abdominal.

2.ª PARTE

Etiologia — Sintômas e evolução — Formas clínicas — Complicações — Diagnóstico diferencial — Prognóstico

I

Etiologia

a) CONTÁGIO:

As fezes evacuadas pelos doentes ou convalescentes, constituem o foco original de toda a infecção, pois é nelas, como já referi, que o agente patogéneo se alberga [1].

---

[1] Os quistos amibianos, aparecem nas fezes durante a convalescença e podem persistir durante longo tempo. «Vincent» constata a sua existência nas fezes, onze mêses depois da cura aparente.

As dejecções freqùentissimas, e o depauperamento do doente, dificultando-lhe os cuidados de higiene própria, contribuem para a formação dum meio séptico, onde os diferentes agentes transmissores se irão infectar, – mormente-os indivíduos que prestam os seus cuidados aos doentes — e que, se não estiverem habituados a conservar as mãos num absoluto estado de limpeza, contribuirão para a propagação da infecção pelos objectos que tocarem, mais nomeadamente pelas substâncias alimentares.

O hábito, aliás freqùente, de lançar os dejectos sôbre o solo, e em seguida o transporte da semente parasitária por intermédio do calçado, do vestuário, dos insectos, etc. desempenham um papel preponderante no contágio da doença.

Não devo deixar de frisar tambem a acção do vento na transmissão das poeiras, — constituidas por fezes sêcas e contendo quistos amibianos, os quais, depondo-se sôbre as substâncias utilisaveis pelo homem, como sejam, os vegetais, a água, etc., vão

contribuir para uma intensa propagação da doença.

*
* *

A transmissão da disenteria pela água, é um facto demonstrado em absoluto por todos aqueles que se teem dedicado a êste estudo.

Eu mesmo tive ocasião de observar êste processo de transmissão, pelo seguinte:

Em 18 de Outubro do ano findo, fui nomeado clínico do «Depósito de Convalescentes da Xefina», situado numa pequena ilha dêsse nome, seis milhas distante de Lourenço Marques.

Como a água aí existente, fosse bastante suspeita [1] para poder ser utilisada no Depó-

---

[1] A água utilisada pelos indigenas, é retirada dos diferentes poços disseminados pela ilha.

Estes poços, de profundidade não superior a um metro, são abertos em terreno arenoso, e o seu conteúdo está não sómente sujeito á acção das marés, mas ainda á das chuvas, poeiras, etc.

sito, era êste abastecido quinzenalmente, com água que daquela cidade lhe era enviada em grandes tanques.

Aconteceu porêm que, devido á alteração de um dêsses tanques, esteve o Depósito privado de água potavel durante quatro ou cinco dias, tendo sido por conseguinte necessário utilisar a dos poços da ilha.

Prevendo já os inconvenientes resultantes da utilisação desta água, determinei que ninguem se servisse senão da que lhe fosse fornecida pela farmácia e que préviamente era fervida ou filtrada.

Os que seguiram á risca esta determinação, não sofreram a mínima alteração do seu estado de saúde; outros, porêm, que conforme declararam, beberam água retirada directamente dos poços, contraíram a disenteria.

Em onze casos observados, oito dêles, — que nunca tinham tido qualquer manifestação disentérica — acusaram a ingestão de água da ilha sem sofrer qualquer manipula-

ção; os outros três, tinham já padecido de disenteria e portanto as suas afirmações não podem ser utilisadas como prova.

O contágio directo — Foi demonstrado por Jurgens, em experiências efectuadas sôbre gatos.

Le Dantec declara que no homem essa forma de cantágio deve ser rara, pois nunca foi por êle observada.

Eu, embora não a podesse verificar em europeus, tive no entanto ocasião de a observar num indigena denominado «Tomo», internado na enfermaria 10 A do Hospital de Miguel Bombarda, com o diagnóstico de paludismo.

As Observações por mim efectuadas durante um mês, confirmaram sempre aquele diagnóstico, e sem que qualquer associação morbida pudesse ser revelada.

Decorrido êsse mês, deu entrada na enfermaria um amigo do doente, portador duma amibiana e desde então, os dois, procuram sempre estar juntos em conversa

amena e retribuindo-se favores de cigarros e alimentos [1]

Decorridos seis dias, vou encontrar o primeiro doente com sintômas nítidos de disenteria, revelando, o exame microscópico das suas fezes, a existência de amibas.

Dopter cita o seguinte:

Dois soldados de infantaria colonial, que nunca tinham saido de França contraíram a

---

(1) O que acabo de referir, embora pareça estar filiado numa falta de fiscalisação da enfermaria, com grave prejuizo da higiene, tem contudo a sua justificação.

O hospital de Miguel Bombarda, edificado para uma população de 500 doentes, via nesta época, e devido á guerra com os alemães, duplicado o seu efectivo.

Disto se ressentia a enfermaria 10 A, de indigenas que tendo capacidade para 36 doentes, comportava 60, excesso este que se deitava em mantas pelo pavimento.

Estes indigenas, pertenciam na sua maioria ás 41.ª, 42.ª e 43.ª Companhias Expedicionárias, recentemente formadas e em instrução, que, por serem provenientes de diversos districtos, (Tete, Quelimane, Lourenço Marques, etc.) falavam línguas diversas.

Todos os esforços por mim empregados para os

disenteria amibiana em Paris, por coabitação com dois camaradas que apresentavam uma recaída disentérica e cuja doença tinha sido contraída na Cochinchina e em Madagascár.

b) **CAUSAS ADJUVANTES:**

Durante a estação das chuvas, — que é tambem a mais quente — a disenteria atinge

---

agrupar segundo as diferentes doenças, foram baldados, pois mal eu abandonava a enfermaria, imediatamente se reuniam em grupos regionais, numa promiscuidade mórbida gravissima, mais agravada ainda pelos hábitos socialistas indigenos: um cigarro que qualquer dêles obtivesse, era fumado por todos os individuos componentes do grupo, e por conseqüência, passava sucessivamente por todas as mãos e por todas as bôcas; os alimentos eram geralmente introduzidos na bôca com as mãos, e alêm disso, no mesmo prato eram por vezes introduzidas as mãos dos diferentes doentes associados á refeição do amigo.

Em face disto, e dada a enorme falta de pessoal de enfermagem, julgo ser facil avaliar do grau de higiéne que seria possivel obter numa enfermaria daquelas,

um grande desenvolvimento, não só quanto á sua freqüência mas ainda á gravidade, atacando sem distinção indigenas e europeus e invadindo por vezes os centros mais higiénicos e melhor abastecidos de água [1].

* * *

Todas as doenças, diminuindo a resistência orgánica, podem contribuir para mais facilmente ser contraída a disenteria.

No entanto o paludismo, atingindo o seu máximo desenvolvimento na mesma época de disenteria, — dadas as condições

---

[1] Durante o mês de Novembro do ano findo, a curva disentérica da cidade de Lourenço Marques elevou-se consideravelmente, apesar do permanente e rigoroso serviço de policiamento anti-disentérico.

A água que abastece esta cidade é fornecida pelo rio Umbeluzi, e é considerada uma das melhores da Africa do Sul.

de temperatura e abundância de águas estagnadas — deve indiscutivelmente desempenhar um papel primacial na etiologia disentérica.

Em reforço desta minha afirmação, posso citar o caso da quási totalidade dos disentéricos por mim observados, narrar nos antecedentes pessoais a existência de crises palúdicas e ainda, o facto muito freqüente, duma infecção disentérica manifestar o seu início por um violento acesso palúdico. [1]

*
* *

Do que consegui apurar, durante a minha permanência na provincia de Moçambique, conclui que todas as raças ofe-

---

1 Era devido a este facto que anteriormente á descoberta do agente patogéneo da disenteria, vários autores, nomeadamente Dutrouleau, consideravam esta doença como um mero sintôma palúdico.

recem a mesma receptividade á infecção disentérica.

É verdade que, nas cidades, a taxa da mortalidade é mais elevada para os indigenas; isto porêm, justifica-se plenamente, se entrarmos em linha de conta com as péssimas condições de higiene a que o preto, — por índole ou obrigatóriamente — se submete: assim, o abuso do alcool, — que irritando o tubo digestivo vai abrir a porta á infecção — do opio, — favorecendo a estagnação das matérias fecaes no intestino grosso — os resfriamentos, e ainda o trabalho exagerado que por vezes efectuam e ao qual não corresponde a suficiente alimentação, são os factores que mais contribuem para a elevação da referida taxa obituária.

*
* *

A disenteria, como todas as doenças, ataca de preferência os fracos, e é por isso que se reveste duma certa gravidade na crian-

ça e no velho, apesar da sua diminuta freqüência nestes indivíduos.

Muito freqüente dos vinte aos trinta anos, vai-se tornando mais rara desde então e até aos 45 anos, isto é, quando a resistência individual tem atingido o seu máximo.

Os quadros anexos, elaborados com elementos colhidos no Hospital de Miguel Bombarda e mesmo extra-hospitalares, justificam as minhas afirmações.

ANOS	IDADES							
	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60
1915	—	—	6	31	47	3	—	1
1916	—	1	1	9	69	10	1	—
1917	—	5	5	33	509	61	25	7
1918	—	6	12	26	579	84	21	9
Quadriénio		12	24	9	1204	158	47	17

N.o 4 — Hospital de Miguel Bombarda — número de disentéricos nas diferentes idades.

ANOS	IDADES							
	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60
1915	—	—	—	1	8	6	—	1
1916	—	—	—	—	5	4	—	1
1917	—	—	4	5	90	8	2	—
1918	—	—	—	13	112	18	10	2
Quadriénio	—	—	4	19	215	36	12	4

N.o 5 — «Hospital de Miguel Bombarda» — Obituário disentérico segundo as idades.

ANOS	IDADES							
	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60
1916	1	—	—	1	4	—	1	—
1917	1	2	—	4	3	2	2	1
1918	5	2	—	—	3	4	1	1
triénio	7	4	—	5	10	6	4	2

N.o 6 — Obituário disentérico extra-hospitalar, da cidade de Lourenço Marques, segundo as idades.

A disenteria, ataca nomeadamente os soldados que fazem parte das forças em operações, ou os indivíduos em explorações nos países quentes, e isto, pelo facto de reunirem em si graves condições de inferioridade, determinadas pelo cansaço, resfriamentos, má alimentação, etc.

A depressão moral, — motivada pela distância a que o indivíduo se encontra do lar e pela falta de confiança no futuro — é aínda um factor de pêso na etiologia e prognóstico da doença.

*
* *

O sexo masculino é aquele que mais rudemente sofre os embates da doença, o que se justifica pelo papel que o homem, como chefe de familia, desempenha na grande luta pela existência.

* * *

A influência da alimentação na receptividade da infecção, é enorme.

Le Dantec apresenta a estatistica de Vincent, elaborada durante a epidemia da fome que em 1867 estalou na Algéria, pela qual se vê que, dos 764 óbitos registados, 292 pertencem á disenteria, 272 á inanição, 113 á variola e 87 ao tifo.

Em 764 óbitos	Disenteria.....	292
	Inánição	272
	Varíola.....	113
	Tifo.....	87

No indigena, em que a ração alimentar é inferior á do europeu verifica se tambem uma maior percentagem de disentéricos.

Em resumo: as estações, a idade, o sexo a alimentação, as doenças anteriores, a falta de higiene, as profissões, e a depressão moral, são agentes que muito contribuem para o desenvolvimento da doença.

II

Sintômas e evolução

Se nos países temperados uma doença se pode apresentar debaixo duma grande complexidade de formas, a ponto de bastantes vezes não ser tarefa fácil o estabelecer um diagnóstico, nos países tropicais, as modalidades clínicas são tantas e por vezes tão extravagantes, que o clínico mais experimentado reconhece em absoluto a falência da sintomatologia na elaboração do diagnóstico:

É bem conhecida nos países tempera-

dos a variabilidade sintomática duma infecção pneumónica na creança, no adulto ou no velho, as manifestações intestinais bronquicas ou nervosas duma gripe e a caprichosa sintomatologia duma infecção treponémica. Tudo isto, porêm, está mais ou menos estudado pela experiência clínica, a qual, entrando em linha de cónta com um grande número de factores, como sejam, a virulência do agente, a idade, o estado de resistência orgânica, a hereditariedade, emfim, os inúmeros agentes etiológicos do conhecimento da patologia geral, póde sempre relacionar com qualquer dêles a modalidade da perturbação mórbida.

Nas regiões quentes, as formas clínicas estão tambem dependentes desses factores etiológicos; êstes porêm, são por vezes tão obscuros e aquelas tão extravagantes, que inúmeras vezes os próprios recursos laboratoriais não são suficientes para nos elucidar sôbre a natureza da doença.

O paludismo, doença imensamente espalhada por todo o globo e que em Portugal

se apresenta em geral, com uma sintomatologia tão benigna e tão clássica, manifesta-se em África com uma tal gravidade e complexidade de formas, afastando-se tanto dos caracteres da infecção palúdica, que aínda hoje se discute se determinadas manifestações lhe pertencem :

Tenhamos em vista as dúvidas aínda existentes sôbre a natureza da «febre biliosa hemoglobinurica, ou anurica», que, segundo Laveran é uma simples manifestação palúdica, segundo Yersín, Plehn, Sambon e outros, é produzida por um agente específico, e constitue portanto uma doença perfeitamente distincta.

A disenteria amibiana, desenvolvendo se geralmente num terreno impaludado e, por vezes, com coincidências de crises, apresenta-se tambem (em parte por essa razão) debaixo de variadas formas, que muito contribuem para dificultar o seu diagnóstico :

Umas vezes, apresenta-se o doente a queixar-se duma crise palúdica que tratada deixa uma ligeira diarreia, rebelde ao trata-

mento usual, que a pouco e pouco vai modificando os seus caracteres, até tomar os da disenteria específica; outras, faz a infecção o seu aparecimento, por uma intensa diarreia, sem temperatura ou muito ligeira e sem dôres abdominais; outras ainda, por uma ligeira dôr localisada no ponto de Mac-Burney ou por dôres violentas com constipação e com uma leve exacerbação febril.

Estes sintômas, ora fazem o seu aparecimento lentamente, ora repentinamente, após uma refeição abundante, um resfriamento, etc, dando em seguida logar aos sintomas caraterísticos da infecção aguda e que são:

a) — *As cólicas;*

b) — *O tenesmo;*

c) — *As fezes disentéricas.*

a) **CÓLICAS:**

As cólicas podem manifestar-se expontàneamente ou pela pressão exercida sôbre o trajecto do intestino grosso. Sobreveem em geral com a necessidade de defecar e a

sua intensidade é variavel segundo o grau das lesões intestinais. Classificam-se em:

Cólicas simples — Quando correspondem ás contracções peristalticas de um segmento do intestino. São dôres surdas, intermitentes, irradiando á volta do umbigo, mas não produzindo contracção de defeza abdominal.

Cólicas de defeza — São crises dolorosas, repetindo-se com um menor intervalo que as primeiras, mais violentas e mais duradoiras.

Nestas crises, alêm dos fenómenos dolorosos, ha os de defeza, caracterisados pela paragem da respiração e pela contracção dos músculos da parede abdominal.

Cólicas expulsivas — Nesta forma, as dôres são permanentes, mas sofrem de vez em quando exacerbações, que se assemelham a verdadeiras ondas de fogo percorrendo o intestino do ceco ao recto. Os músculos da parede abdominal contraídos, tentam expulsar qualquer corpo extranho, mas improfí-

cuamente, pois pouquissimas vezes o doente consegue expulsar uma pequena quantidade de mucosidades.

Estas cólicas manifestam-se mais intensamente durante a noite, a ponto de algumas vezes o doente se ver obrigado a passa-la na sentina, como aconteceu nos casos n.os 3 e 4.

b) **TENESMO:**

Este fenómeno, consiste num espasmo doloroso do esfincter anal irritado, traduzindo-se por uma vontade incessante de defecar.

As alterações anatómicas do recto, e o edema da mucosa provocando uma sensação quási contínua da existência dum corpo sólido a expulsar, obrigam o doente a efectuar grandes esforços para defecar, quási sempre infructíferos, ou então terminados pela exoneração duma diminutissima quantidade de matérias.

Estes esforços, provocam dôres muito intensas sob a forma de queimaduras ou

lacerações que persistem algum tempo e se exacerbam com a tosse, a ingestão duma pequena quantidade de líquido, emfim, com o mais leve movimento.

Esta forma de tenesmo, complica-se por vezes de tenesmo vesical, que se manifesta quando ao primeiro, por uma vontade quási incessante de urinar, um grande número de vezes sem resultado, e outras, dando logar á expulsão de algumas gotas de urina ardente.

O doente, para evitar tanto quanto possivel os fenómenos dolorosos, — origem das suas cefalêas, dos suores profusos, da sua inervação e abatimento moral — toma uma posição de defeza, imobilisando tanto quanto possivel o seu abdomen pela flexão das pernas e coxas.

c) FEZES:

Como já referi, as cólicas e o tenesmo, são por vezes seguidas da expulsão duma pequena quantidade de matérias constituindo assim *a dejecção disentérica.*

O número destas dejecções, que nas 24 horas póde subir de 15, nas formas benignas, a 100 e mais nas formas graves, é tambem em regra mais elevado durante a noite.

O volume das matérias expulsas em cada dejecção, não é, no início da doença, superior ao dum escarro ; mais tarde e nomeadamente após a administração dum purgante, tornam-se as dejecções mais copiosas.

A natureza das fezes, é tambem variavel segundo a gravidade das lesões:

A disenteria, inicia-se o mais dez vezes por sinais duma forte irritação, constituidos pela producção de *fezes mucosas.*

Estas fezes, originadas numa hipersecreção das glândulas de Lieberkuhn, são constituídas por um muco claro e transparente, ora difluente, ora constituindo verdadeiros novelos, ou ainda pequenas membranas enroladas, que os doentes comparam a *raspaduras de intestino.*

Mais tarde, as alterações vasculares, a formação de focos de necrose e as ulcerações, dão logar ás fezes *muco-sanguinolentas.*

Estas fezes, — constituidas por sangue e mucosidades—variam aínda no seu aspecto, visto que o sangue se pode apresentar sob a forma de placas ou estrias rutilantes e bem distinctas, ou então, intimamente ligado ás mucosidades, —originando assim fezes côr de chocolate, muito semelhantes aos escarros dos pneumónicos. As fezes com êste aspecto são designadas *escarros rectais.*

Num grau mais avançado da doença, as glândulas mucosas estão em grande parte destruidas, e as ulcerações, mais ou menos extensas e profundas, são a séde duma exsudação serosa e avermelhada: estas alterações contribuem para a formação das fezes *sero-sanguinolentas* — mais copiosas, e constituidas por um liquido serôso e de côr avermelhada, contendo em suspensão pequeníssimas partículas membraniformes, de natureza mucosa.

As fezes desta natureza, são conhecidas pela designação de *lavadura de carne* e, quando acompanhadas de grandes retalhos da mucosa e dum cheiro extrêmamente fétido, constituem as *fezes gangrenosas.*

Algumas vezes as dejecções são exclusivamente constituidas por sangue fluido ou coagulado: são as *fezes hemorrágicas*, determinadas pela erosão dum vaso, ou ainda por um exagêro hemorrágico á superficie das ulcerações.

* * *

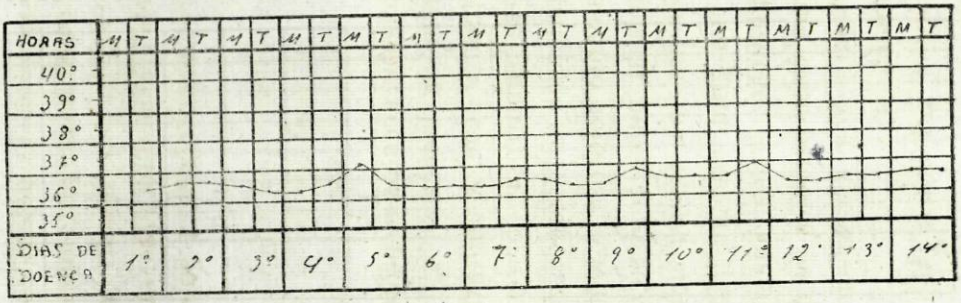
A emaciação, acentua-se profundamente com a marcha da doença.

Sobrevem a sêde, a anorexia e a lingua torna-se saburrosa; o ventre deprime-se e a palpação do cólon descentemente, torna-se bastante dolorosa. A temperatura é em geral normal, ou então, e só muito raramente, apresenta uma ligeira elevação, não superior a um grau, excepto quando qualquer complicação, — nomeadamente uma hepatite, uma crise palúdica ou uma perfuração intestinal — vem alterar em extrêmo a curva termométrica.

Os gráficos presentes, são bastante elucidativos.

DEPÓSITO DE CONVALESCENTES DA XEFINA

Doente: G. Alberto (2.º Marinheiro n.º 3889)



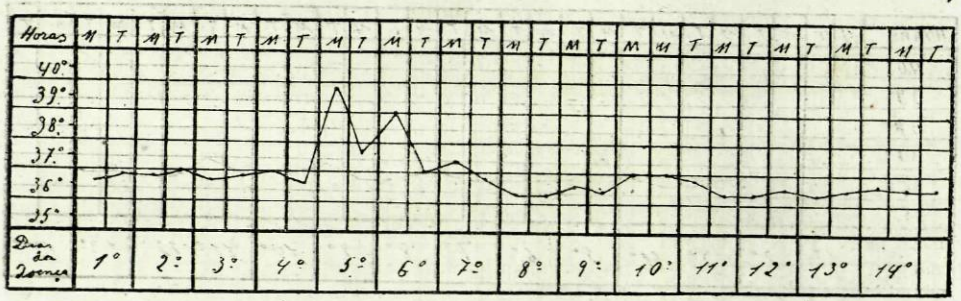
N.º 7

«Disenteria Amibiana»

Curva Termométrica normal

DEPÓSITO DE CONVALESCENTES DA XEFINA

Doente: T. Hermengildo (2.º Marinheiro n.º 4139)

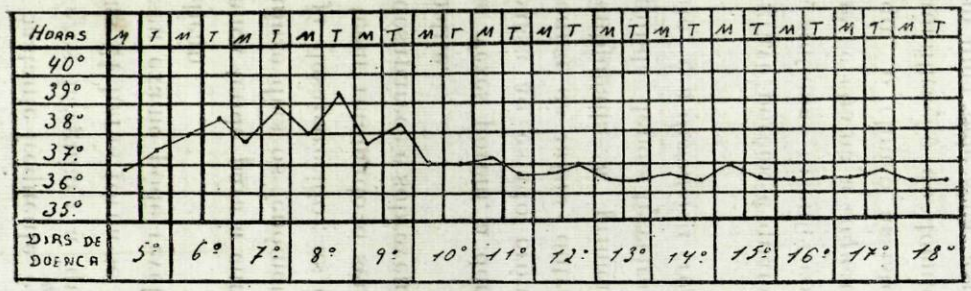


N.º 8

Curva Termométrica duma «Disenteria Amibiana complicada de paludismo»

HOSPITAL DE MIGUEL BOMBARDA

Doente: Inhapa — (Soldado indigena)



N.º 9

Curva Termométrica duma «Disenteria Amibiana complicada de Hepatite»

O pulso, bastante freqüente, é pequeno e algumas vezes irregular; a quantidade das urinas nas 24 horas torna-se inferior á normal e o seu exame póde revelar abundância de indican.

Se a doença tende para a cura, ao fim de oito a quinze dias os fenómenos dolorosos teem já desaparecido; as dejecções mais raras, teem retomado o seu aspecto fecal; a sêde desaparece e sobrevem a pouco e pouco o apetite.

Bastantes vezes porêm, a doença prolonga-se e passa ao estado crónico: é a *disetenria crónica de início;* outras ainda, depois de subjugada a primeira crise, sobrevem segunda, depois terceira, e assim sucessivamente: é a *disenteria crónica recidivante.*

O mais grave porêm, é quando a persistência dos sintômas disentéricos, leva o doente ao que se chama a *caquexia disentérica* — em que o clínico assiste a uma verdadeira mumificação do doente que se apresenta com uma pele sêca, aspera e de

côr bronzeada, uma lingua vermelha, luzidia e despojada de epitélio, e uma emaciação tão acentuada que a pele parece encontrar-se directamente colada aos ossos e o ventre, tão deprimido que parece unido á coluna vertebral. A oligúria acentua-se e a temperatura tende mesmo a tornar-se inferior á normal. As escaras de posição fazem o seu aparecimento, e desde então o doente torna-se irrequieto e rabujento, repele o médico e o enfermeiro e morre finalmente por uma das variadas complicações disentéricas, ou então acaba sem agonia, por inanição, segundo a expressão de Vaillard: «Como uma lampada á qual faltasse o azeite».

III

Formas clínicas

A disenteria apresenta-se algumas vezes com caracteres relativamente benignos; outras porêm, reveste-se desde o início ou no decorrer da infecção com os sintômas duma infecção grave, sempre em relação com o grau de intoxicação orgânica ou das lesões intestinais.

A diversidade dos sintômas disentéricos, nas formas graves, tem levado os diferentes autôres á descripção de diversas formas clínicas, entre as quais, pode-

mos destacar as formas *tifoide, álgida e hemorrágica.*

A Forma Tifoide — Traduz-se por uma febre elevada, pela secura e fuliginosidades da língua, pelo metéorismo abdominal e pelo delírio. Esta forma, fere de preferência os soldados em operações.

A Forma algida — É caracterisada pela cianose das partes periféricas, arrefecidas e cobertas de um suor viscoso, pela pequenez do pulso e pela frequência das lipotimias.

As dejecções indolores, são bastantes vezes involuntárias e o ventre torna-se insensivel ao toque.

Na Forma Hemorrágica — Nota-se a existência de hemorragias graves, não sómente ao nivel do intestino, mas ainda da pele, tecido celular e mucosas.

Esta forma, é quasi sempre mortífera.

*
* *

M. M. P. Ravaut e Krolunitsky, tiveram ocasião de observar no decurso de uma pequena epidemia no norte de França, em 1916, formas clínicas interessantes:

a) **UMA FÓRMA SEPTICÉMIA:**

Traduzindo-se por uma febre ligeira, soluços, [1] hemorragias abundantes, petéquias e púrpuras.

Nestes doentes havia a associação de amibas e bacilos disentéricos, não tendo a aplicação de doses elevadas de sôro anti-disentérico, dado bons resultados, pois

[1] Zimmerman e Dutrouleau, consideram o soluço como um sinal patognomónico da gangrena do intestino.

que dois dêles, morreram e um terceiro curou-se com a emetina.

b) **UMA FÓRMA SUPRARRENAL:**

Traduzindo-se por sintômas de insuficiência suprarrenal.

c) **FÓRMAS LARVADAS:**

Consistindo em: diarreias crónicas, hepatites ligeiras, etc.

IV

Complicações

O abcesso hepático, a peritonite, a hemorragia intestinal, as artropatias e as paralisias são, as complícações que geralmente se observam no decorrer duma disenteria.

O abcesso hepático apresenta a sua maior freqüência naquelas regiões em que tambem a disenteria se observa mais vulgarmente.

A sua sintomatologia inicia-se por um ponto doloroso na região hepática, com anorexia e febre moderada. Mais tarde, os sintômas, já mais acentuados, traduzem-se por

uma dôr muito viva e intermitente na região hepatica, com irradiações para a espádua direita, pescoço e membro superior direito, e por uma febre remitente precedida de frios e com exacerbações vespertinas muito acentuadas.

No gráfico da figura N.º 9, pertencente a um soldado indigena de nome Inhapa, observam-se estas exacerbações.

A séde da dôr está em relação com o fóco purulento: muito tenue e sem localisação determinada, indica um abcesso central; intenso e com irradiações para a parte superior do abdómen, uma localisação superficial e em contacto com o peritoneu; sôbre o rebordo costal, um abcesso da face concava; num espaço intercostal, o da face convexa, e no epigastro, o do lóbulo esquerdo.

O exame do sangue, revela uma intensa leucocitose.

A peritonite — É tambem uma comflicação freqüente da disenteria. Resulta quer duma perfuração intestinal quer duma inflamação determinada pelas ulcerações ou

escaras profundas e propagada á serosa perifoneal.

Este último caso, que é tambem o mais vulgar, determina em geral uma peritonite localisada nas proximidades do seu foco de origem, emquanto que por perfuração, o processo inflamatorio se generalisa a toda a serosa.

As artropatias — São uma conseqüência da intoxicação geral do organismo.

As articulações dos joelhos, que, em regra geral são as mais visadas, tornam-se imensamente dolorosas, apresentando-se tambem os tecidos peri-articulares mais ou menos edemaciados.

Estas manifestações, tanto se podem manifestar durante a fase aguda da disenteria, como no início da convalescença ou mesmo depois da cura.

As paralisias — Explicam-se pela acção das toxinas sôbre o sistema nervoso.

Esta complicação, que não foi por mim observada, parece ser bastante rara.

V

Diagnóstico diferencial

A disenteria amibiana, póde confundir-se com as diarreias banais, o cancro rectal, a enterite tuberculosa, os sifilômas do intestino grosso, as rectites venereas, as hemarroidas, e, mais nomeadamente, a disenteria bacilar e a diarreia endémica dos países quentes. (diarreia da Cochinchina) A distinção entre a disenteria amibiana e a bacilar, baseia-se no seguinte.

Na disenteria amibiana, o doente vive ou já viveu nas regiões quentes, ao passo

que na bacilar, habita geralmente as regiões temperadas. A primeira decorre com uma marcha lenta e irregular, sem temperatura e apresentando uma grande tendência para a cronicidade; produz com freqüencia abcessos de figado, perfurações intestinais, e conseqüentemente peritonites, devido á profundidade que as suas lesões atingem. As ulcerações raramente atingem o intestino delgado, e o sôro dos doentes não aglutina os bacilos disentérios.

O exame das fezes, revela a existência de amibas.

A marcha da segunda é mais rápida e faz-se em geral com temperatura. As lesões muito superficiais atingem mais freqüentemente o intestino delgado, e as complicações hepaticas e peritoniais são rarissimas.

O sôro-diagnóstico é positivo e o exame das fezes revela a existência de bacilos disentéricos.

A diarreia crónica dos países quentes, caracterisa-se sobretudo pela ausência de

germens específicos nas fezes dos doentes, [1] pelo conhecimento das regiões por êles habitadas, [2] pelas dejecções serosas ou biliosas indolores e pelos vómitos.

As mucosas bocal e lingual, são a séde de lesões diversas, como sejam, erosões, aftas, fissuras, etc., que tornam a alimentação muito dolorosa.

A diferenciação com todas as outras doenças, faz-se em geral pelo estudo dos antecedentes, pelo exame local, etc. Assim, o exame do aparelho respiratorio e da temperatura, pode elucidar-nos bastante no caso da enterite tuberculosa; nos sifilômas do intestino grosso, os antecedentes e o exame do sangue, devem tambem levar a uma conclusão; no cancro rectal, as rectites venereas e as hemarroidas, o exame da região

---

[1] O agente patogénio é ainda desconhecido.

[2] Esta doença é conhecida sómente nas Indias, na Indo-China, em Ceilão e nas Filipinas.

e por vezes o laboratorial são suficientes para nos levarem a um diagnóstico.

*
* *

Ultimamente, dois elementos se utilisam para diagnosticar a disenteria amibiana; um, é o resultado do que se denomina «a *prova pela émetina*», o outro, é o *exame rádiológico*.

A prova pela émetina — Deve efectuar-se sempre que o loboratório nos não fornece os elementos necessários para o nosso diagnóstico. As melhores nítidas e rápidas que com a aplicação do cloridrato de emetina se teem obtido, aconselham a utilisação deste medicamento para a elaboração do diagnóstico terapêutico.

O exame radiológico — Póde mostrar, em certos casos crónicos, as alterações morfológicas do intestino grosso.

VI

Prognóstico

O prognóstico duma amibiosa deve ser sempre reservado, tendo em vista, não só a sua marcha irregular, mas aínda a sua tendência para a cronicidade e as graves complicações que podem surgir no decorrer da doença, como por exemplo: um acesso palúdico, — que, sobrevindo em plena crise disentérica, é susceptivel de provocar acidentes coleríformes — as hemorragias, as peritonites e os abcessos hepáticos e que são sempre para recear.

3.ª PARTE

Tratamento — Profilaxia

I

Tratamento

A descoberta do tratamento da disenteria amibiana pela emetina e a sua eficácia, reconhecida num grande número de casos, fez com que bastantes autores considerassem este medicamento como o específico daquela doença.

A verdade, porêm, é que nem sempre os resultados da sua aplicação lhe veem confirmar a fama, — nomeadamente nas formas crónicas — pelo que o clínico é obrigado a seguir um dos variados processos

terapêuticos que a experiência clínica lhe tem sucessivamente preconisado.

No momento actual, pode a terapêutica da disenteria ser dividida em *antiga e moderna*:

A primeira, ainda hoje não posta de parte, é constituida pelos purgantes e pela ipéca; a segunda, pela emetina, pelos compostos arsenicais e pelo iodeto duplo de emetina e bismuto ou de emetina e mercúrio, sendo a aplicação de qualquer destes medicamentos coadjuvada pelo respectivo regímen alimentar e harmonisada com a forma aguda ou crónica da infecção.

Nas formas agudas — A administração freqúente de purgantes constituiu outrora o único processo de tratamento, e ainda hoje, dada a preferência que alguns clínicos lhe concedem, ou por nem sempre ser possivel lançar mão de outro medicamento, o seu uso é seguido, sobretudo nas formas benignas.

O sal de Seignette, o sulfato de soda,

o óleo de rícino e os calomelanos, são dum emprêgo corrente:

Os três primeiros, administram-se em doses de 4 a 5 gramas, todos os quartos de hora, até efeito purgativo, e durante três ou quatro dias; os calomelanos, em três fracções até um grama diário.

Um outro processo, consiste em administrar no primeiro dia e duma só vez, 30 ou 40 gramas de sal ou de óleo e repetir durante três dias a mesma medicação, mas em doses progressivamente decrescentes.

Qualquer dos processos citados, é susceptivel de produzir melhoras, que se reconhecem pela diminuição do tenesmo e pela producção de dejecções fecais abundantes.

*
* *

O tratamento pela Ipécacuanha, ou mais simplesmente Ipéca, (pequeno arbusto de 30 a 35 centímetros de altura, existente nas

florestas brazileiras) substitue com superioridade a medicação purgativa.

A eficácia dêste medicamento é conhecida desde longa data, e a tal ponto, que no seculo dezassete, Luis XIV não hesitou em comprar ao médico Helvetius, por mil luises de ouro, o segredo da sua aplicação.

Os seus efeitos clínicos manifestam-se pela supressão das hemorragias e pela transformação das fezes, que se carregam de bilis e retomam o seu aspecto fecal ou excrementicial.

A Ipéca, é empregada em doses fraccionadas segundo o método denominado «*Ipéca á Brazileira*», ou sob a forma de «Pílulas de Segond».

A «Ipéca á Brazileira» constituiu a forma mais empregada e prepara-se da seguinte maneira:

Põe-se a macerar durante vinte e quatro horas, 6 a 8 gramas de raízes de ipéca em 200 gramas de água. Findo esse tempo, decanta-se, e o liquido resultante adminis-

tra-se ao doente ás colheres de sôpa de hora a hora. A ipéca assim preparada, toma o nome de *ipéca n.º 1.*

No dia seguinte, é a borra resultante dêste macerado posta em infusão em 200 gramas de água; decanta-se e administra-se ao doente da mesma forma que a anterior e sob o nome de *ipéca n.º 2.*

No terceiro dia, é ainda a mesma borra posta a ferver na mesma quantidade de água e o liquido resultante que toma o nome de *ipéca n.º* 3, é administrado da mesma forma que os anteriores.

Êste método não foi por mim seguido dada á demora da sua manipulação e as dificuldades que acarretaria á farmácia dum hospital, como o de Miguel Bombarda, em Lourenço Marques, que com a guerra viu a sua população elevada de 500 para 1000 doentes.

Não deixo contudo de emitir a opinião de Le Dantec, segundo a qual este método dá bons resultados, mas apresenta dois inconvenientes: um dêles, consiste em fazer

esperar vinte e quatro horas pela primeira dose de ipéca, o outro, em provocar vómitos.

O primeiro inconveniente, anula-se preparando a *Ipéca á Brazileira* pelo processo de Dujardin — Beaumetz, e que consiste em pôr em infusão 8 gramas de ipéca em 200 gramas de agua; decanta-se e administra-se nêsse dia ás colheres de sopa de hora e hora.

No segundo e terceiro dia, são as mesmas raízes postas em infusão na mesma quantidade de agua, sendo o seu emprego idêntico ao anterior.

Os vómitos, são prevenidos do seguinte modo: coloca-se o doente num jejum de três horas e insensibilisa-se-lhe o estómago por meio do láudano de Sydenham. (V a X gotas).

O doente fica em repouso absoluto e evita engulir a saliva, fazendo-se a aplicação dum sinapismo sôbre o epigastro se, apesar de tudo, os vómitos fizeram o seu aparecimento.

Delioux prepara a «Ipéca á brazileira» da seguinte maneira:

Ipéca em pó.....	cinco gramas
Agua.....	trezentos »

Levar á ebulição durante cinco minutos, filtrar e juntar:

Hidrolato de canela.....	trinta gramas
Xarope de ópio.....	três »

Para tomar uma colher de sôpa de hora em hora.

A todas estas fórmulas, prefere Le Dantec as pilulas de Segond, empregadas por mim num grande número de casos, com excelentes resultados.

A formula é a seguinte:

Ipéca em pó..... ...	quatro decigr.
Calomelanos	dois »
Extrato aquoso de ópio....	cinco centigr.
Xarope de ameixas.....	Q. S.

Para seis pilulas.

Tomar uma pilula de duas em duas horas, até seis no primeiro dia, quatro no segundo e duas no terceiro.

Esta medicação, é susceptivel de provocar uma gengivite mercurial, se fôr continuada durante muito tempo. É portanto de toda a conveniência recomendar ao doente uma boa higiene bocal, e formular um gargarejo de clorato de potassio.

*
* *

Presentemente, a maior parte dos clínicos, concedem a sua preferência ao tratamento pela *emetina*, (alcaloide da ipéca) empregada sob a forma de bromidrato, ou mais especialmente, de cloridrato de emetina.

A acção amibicida deste medicamento, foi assinalada em 1911 pelo médico americano Vedder e estudada em seguida por L. Roger, de Calcutta, que, deu o seu nome ao método.

Introduzida em França por Chauffard em 1913, foi depois estudado o seu mecanismo por M. Escomel, o qual, numa interessante experiência, conseguiu demonstrar

que a entamaeba histolítica morria num disentérico tratado pela emetina, por este medicamento tornar os glóbulos vermelhos impróprios para serem englobados pelo parasita.

A experiência consiste no seguinte:

Colocando amibas pertencentes a um doente em tratamento em presença de hemácias colhidos na extremidade dum dedo do mesmo doente, observa-se que os parasitas não os englobam; no entanto, se as mesmas amibas forem colocadas na presença de hemácias dum individuo normal, a absorpção dêstes últimos por aquelas, faz-se imediatamente.

O cloridrato de emetina — Que é o mais empregado, aplica-se em injecções subcutâneas, na dose diária de 0,gr04 a 0,gr06 centigramas, aplicada por uma só vez ou por duas.

Este tratamento, pouco doloroso, deve ser continuado durante seis ou oito dias, depois da crise subjugada.

M. d'Hostalrich, (Cochinchina) chama

a atenção para as injecções intravenosas de cloridrato de emetina, cuja experiência foi efectuada com ampolas «Clin» doseadas a 0,gr05 centigramas por centímetro cúbico.

Estas injecções foram muito bem suportadas, e, segundo o mesmo clínico afirma, teem uma acção mais enérgica e mais rápida que as subcutâneas.

A acção do cloridrato de emetina é tão evidente nas formas agudas, que inúmeras vezes, já ao fim de vinte e quatro ou quarenta e oito horas, a sintomatologia se tem modificado completamente com a redução ou o desaparecimento das dores abdominais, modifiação da natureza das fezes e levantamento do estado geral.

Nas formas graves, alguns clínicos elevam a dose diária a 0,gr08 ou 0,gr10 centigramas, mas a sua administração deve ser cuidadosamente vigiada, dada a acção depressora exercida pela emetina sôbre o músculo cardíaco.

M. L. Lagane, declara que num caso de amibiosa intestinal, com abcesso de fígado

em início, injectou diáriamente e pelo espaço de quinze dias, 0,gr08 centigramas de emetina, sem qualquer incidente, sendo sómente ao fim dêste tempo que a pressão arterial e a auscultação, indicaram uma certa fraqueza do músculo cardíaco.

A acção prejudicial que todas as infecções exercem sôbre o coração, é do conhecimento clínico e por isso não é para admirar que, mesmo sem o emprêgo da emetina, se note um certo abaixamento das pressões arteriais, máxima e minima, o que de facto foi por mim experimentado.

Apesar de tudo, bom seria que a emetina apenas pudesse ser acusada deste inconveniente, mas a verdade é que outros se lhe juntam, como sejam, a sua diminuta acção sôbre os abcessos hepáticos, e a sua inação absoluta nas formas enquistadas, o que faz com que as recaídas não possam ser prevenidas.

A emetina é poderosa durante o período congestivo da hepatite; aplicada porêm, já no estado de supuração, não dispensa a

intervenção cirúrgica, porque, apesar de deter o desenvolvimento do abcesso, em nada contribue para a reabsorpção do pús.

Por outro lado, sempre que se faça a aplicação da émetina, é fácil observar o desaparecimento, nas fezes dos doentes, das amibas no estado vegetativo, ao contrário das formas enquistadas que se apresentam em grande abundância e que, mal o meio se torne favoravel ao seu desenvolvimento, virão reacender a infecção.

Para obstar a este ultimo inconveniente, M. Chauffard aconselha que se efectuem três ou quatro curas pela emetina, separadas por intervalos de dez a quinze dias.

*
* *

M. M. Ravaut e Krolunitzky, teem empregado o Neosalvarsan no tratamento da disenteria e declaram que os resultados obtidos, tanto nas fazes agudas como crónicas da doença, são bons. A acção da sua

aplicação manifesta-se não só pelas melhoras nos sintômas clínicos, mas ainda, pela desaparição das amibas e quistos nas fezes apresentando ainda sôbre a émetina a vantagem de evitar a depressão cardíaca, a fraqueza geral, melhorar as digestões e fazer com que os doentes aumentem de peso.

O tratamento consiste em fazer a aplicação de quatro ou cinco injecções intravenosas contendo cada uma 0,gr25 a 0,gr30 centigramas de sal e separadas por intervalos de dois dias.

A aplicação deste tratamento é no entanto muito delicada, o que faz com que não seja dum emprêgo corrente e se ensaie actualmente a sua administração por via digestiva, em capsulas de 0,gr05 centigramas.

*
* *

No jornal «La Presse Medicale», (ano 1917—n.º 38) publica o Doutor A. Labaeuf um artigo sôbre a cura da disenteria ami-

biana pelo *Iodeto duplo de emetina e bismuto*, cuja matéria foi extraida dum artigo publicado numa revista inglesa, destinada aos oficiais do Corpo de Saúde Britânico. (Medical Research Committee) pelo Dr. A. G. Mez.

Segundo este clínico, os insucessos do tratamento pelo cloridrato de emetina, são devidos a uma rápida eliminação do medicamento, após as injecções.

Para obstar a este inconveniente, propoz o Dr. Mez, o emprêgo de dois novos compostos que, administrados por via digestiva, põem em liberdade no intestino, a emetina no estado nascente: um dêles, o *Iodeto duplo de emetina e bismuto*, prepara-se fazendo actuar o reagente de Dragendorff [1] sôbre uma solução ácida a 1 p. 300, de cloridrato de emetina quimicamente puro.

---

[1] *Reagente de Dragendorff:* — dissolvem-se a quente 5 gramas de iodeto de bismuto, na solução concentrada (1:1) de iodeto de potassio necessaria, e acrescenta-se-lhe ainda uma quantidade egual desta solução de iodeto.

Por este processo, obtem-se um precitado que, sêco na estufa a uma temperatura suave, se apresenta sob a forma dum pó côr de tijolo.

A 1 grama deste pó, que é o composto procurado, correspondem 0,366 miligramas de emetina.

Os estudos efectuados sôbre este novo medicamento, demonstraram que administrado na dose diária de 0,18 centigramas e durante doze a catorze dias, cura a maioria dos disentéricos. As doses inferiores são geralmente ineficazes, e por vezes é necessário aplicar doses superiores á referida.

Os resultados obtidos tanto nas formas recentes como nas recidivas, são bons, mas torna-se algumas vezes necessário repetir o tratamento.

A aplicação dêste medicamento, fez se ao inicio por intermédio de hostias contendo 0,06 centigramas do composto, administradas três vezes ao dia ; depressa porêm foi êste processo posto de parte, em virtude das nauseas e vómitos que invariavelmente

produzia, para dar logar ás pílulas keratinisadas, contendo a mesma quantidade de medicamento e que são muito bem toleradas pelos doentes. O número de pílulas, não deve ser superior a três por dia e devem ser tomadas no momento das refeições.

Este tratamento, que é suficiente para fazer desaparecer das fezes, tanto a amiba movel, como a enquistada, exerce apenas uma diminuta acção sôbre os outros parasitas intestinais, o que faz com que um grande número de clínicos, o considerem já como específico da entamaeba histolítica.

Os doentes tratados por êste medicamento, apresentam durante todo o tempo da sua aplicação, uma diarreia mais ou menos pronunciada, que deve ser respeitada.

Alguns clínicos, e nomeadamente H. Dale, chamam já a atenção para o caso do iodeto duplo de emetina e bismuto ser administrado a título preventivo: uma pílula de 0,06 centigramas, de três em três dias,

seria o suficiente para nas regiões em que a infecção existe no estado endémico, exercer uma verdadeira acção profilática.

Os resultados obtidos com o iodeto duplo de emetina e mercúrio, que se apresenta sob a forma dum pó amarelo claro e é preparado analogamente ao primeiro, fazendo actuar o reagente de Mayer [1] sobre o cloridrato de emetina quimicamente puro, em solução ácida a 1/300, são idênticos aos obtidos com o iodeto duplo de emetina e bismuto, mas como a sua toxicidade é ligeiramente mais elevada, tem sido preterido por este último.

*
* *

O processo por mim seguido no tratamento dos meus disentéricos, mais ou menos

---

1 *Reagente de Mayer:* Dissolvem-se 13,gr546 de clorêto de mercurio e 49,gr8 de iodeto de potassio na quantidade de água necessária para completar um litro de soluto.

variavel com a sintomatologia da doença, consistia muito principalmente no seguinte:

No primeiro dia, dava ao doente um purgante de sulfato de soda, (30 gramas) afim de produzir fezes biliosas, cuja acção, (segundo Le Dantec) seria a duma chuva benigna que viesse lavar todas as impurezas do intestino.

As cólicas, eram combatidas com pensos quentes, cataplasmas simples, laudanisadas ou beladonadas e o tenesmo, com semicúpios.

No dia seguinte, iniciava o tratamento pela emetina, (0,gr04 centigramas diários) ou na falta desta pelas pílulas de Segond. Logo, porêm, que os sintômas agudos se reduzissem, suspendia o tratamento referido e fazia a aplicação de dois clisteres medicamentosos diários e durante quatro ou cinco dias, bem como de injecções de cacodilato de soda, arrenal, dinamol, etc., durante o mesmo espaço de tempo, findo o qual voltava ao primeiro tratamento durante outros qnatro ou cinco dias, e assim sucessiva-

mente, até que o número de dejecções voltasse ao normal, ou seja, uma diária.

Os resultados que eu procurava obter com este método de tratamento eram os seguintes: destruir a amiba histolítica, prolongando o menos possivel a acção tóxica da emetina sobre o coração; varrer o intestino de todas as substâncias prejudiciais, nomeadamente das amibas no estado enquistado, prevenindo assim os abcessos do figado; efectuar, tanto quanto possivel, a desinfecção das ulcerações, contribuindo portanto para a sua mais rápida cicatrização; finalmente, levantar o estado geral.

Este processo de tratamento mixto, ensaiado por mim no Depósito de Convalescentes da Xefina, deu excelentes resultados, pois da sua aplicação resultou o não observar qualquer das variadas complicações que geralmente surgem no curso da infecção, e ver os meus doentes completamente curados, entre dezoito e vinte e cinco dias, segundo à sua gravidade:

Os clisteres medicamentosos, por mim

mais empregados, foram os de permanganato de potassio ou nitrato de prata a 0,gr5 °/₀₀, azul de metileno a 0,gr2 °/₀₀, subnitrato de bismuto a 20gr °/₀₀ e tanino a 3gr °/₀₀ A quantidade de líquido empregado, que a principio não era superior a 500 c.c. ia sendo progressivamente elevada, á medida que as melhoras se acentuavam e até atingir um litro.

O nitrato de prata, condenado por vários clínicos em virtude das dôres abdominais que produzia e por imensas vezes não ser consentido pelo intestino, foi aquele a que dei maior preferência, dados os belos resultados que me forneceu.

Para obstar aos inconvenientes citados, usava do seguinte processo: Após uma dejecção voluntária, fazia a aplicação dum penso quente sôbre o ventre do doente e administrava-lhe um pequeno clister constituido por X gotas de lâudano de Sydenham e 300 c.c. de água á temperatura de 40°, sendo sómente após a expulsão deste clister, cuja demora não ia alem de 5' ou 10'

que o clister medicamentoso era efectuado á temperatura de 42° e sob fraca pressão (50cm).

Com o uso deste processo, consegui reduzir consideravelmente as dôres abdominais e deter no intestino durante 10', o clister medicamentoso.

O tanino, foi por mim empregado como hemostático e preferido ao percloreto de ferro pelas suas incontestaveis propriedades antissépticas e por não ser tóxico nem irritante.

Nas formas graves — A medicação exige muita prudência nomeadamente na forma gangrenosa com fenómenos álgidos, em que os purgantes e a ipéca são postos de parte, e se faz a aplicação de injecções de éter, caféina, sôro artificial, banhos quentes a 38.°, etc.

A indicação do sôro fisiológico é formal quando a freqüência e quantidade de fezes é consideravel, quando ha tendência para a hipotermia, com cianose das extremidades, oligúria, fraqueza do pulso, etc.

Regimen alimentar — No início da doença e em todas as formas graves, deve adoptar-se um regimen mixto, exclusivamente composto de leite e caldos desengordurados, cuja administração será freqüênte, mas em pequenas quantidades. As bebidas são tomadas tépidas a fim de evitar a excitação do peristaltismo intestinal e conseqüentemente as cólicas.

Mais tarde, e á medida que as melhoras se vão acentuando, póde o doente comer carnes tenras e de facil digestão, ovos mal cozidos, peixes magros e farinhas.

Não é permitido o uso de alimentos crús, legumes verdes, molhos, gorduras, queijos, substâncias dôces e bebidas alcoolicas.

Nas formas crónicas — O tratamento não deve apenas visar a cicatrisação das ulcerações; deve tambem lutar contra a anemia e desnutrição graduais.

Assim, o emprêgo sistemático de pequenas doses diárias de óleo de rícino (5 gra-

mas) com intervalos periódicos, e o uso de clisteres medicamentosos de nitrato de prata, permanganato de potassio ou tanino, são dum belo resultado, não se devendo comtudo pôr de parte as curas pela emetina, efectuadas periódicamente.

As injecções de arrenal, cacodilato, de soda, dinamol, etc, devem ser instituidas, afim de levantar o estado geral.

O regimen, de principal importância neste período da doença, deve compôr-se de substâncias inofensivas para o intestino doente, mas bastante nutritivas e por conseguinte capazes de entravar a desnutrição gradual.

Os ovos, leite, suco de carne e pureias, constituem essa alimentação.

As bebidas alcoolicas, gorduras e os dôces, devem ser interditos.

II

Profilaxia

Sendo a disenteria amibiana uma doença imensamente contagiosa, é á profilaxia que cabe o maior papel na grande lucta de defeza social.

Assim, actua sôbre todos os agentes que favorecendo o desenvolvimento ou a transmissão do parasita, contribuem para a propagação da infecção, e entre os quais cabe á água um logar de destaque, — dada a longa resistência que os quistos amibianos nela oferecem.

É por êste motivo que nos países infectados pela disenteria, se torna necessário a não utilisação da água, sem que préviamente tenha sido fervida, filtrada, ou tornada estéril por outro qualquer processo.

Além da água, todos os alimentos devem ser esterilisados pelo calôr e colocados ao abrigo das môscas; os legumes, fervidos ou mergulhados durante meia hora numa solução de ácido tartárico a 2 p. 100 e lavados em seguida com água fervida.

A água gelada e os pratos frios ou indigestos, devem ser postos de parte, afim de prevenir as cólicas e a diarreia.

A utilisação constante dum cinto de flanela e o uso do mosquiteiro, são tambem da máxima conveniência.

*
* *

A destruição das môscas, impõe-se tambem, como medida profilática de grande

alcance, pois é a elas que se deve não sómente a transmissão da disenteria, mas aínda dum grande numero de doenças infecciosas.

Não se deve portanto permitir a acumulação de lixo junto ás habitações, por ser nêle que as môscas fazem os seus viveiros.

Dentro de casa, pode empregar-se o conhecido papel mata môscas, ou então preparar-se um, embebendo o papel mata-borrão dum soluto de formol a 10 p. 100 e polvilhando-o em seguida com assucar.

A acção dêste papel, manifesta-se não só sôbre o tubo digestivo, como tambem sôbre o aparelho respiratório pelos vapores que emite, sendo portanto conveniente fechar as vidraças. afim das môscas poderem ser mais fácilmente victimadas.

O uso dos pós insecticidas, tendo por base o piretro, é aconselhado. bem como a creolina em solução a 5 p. 100, evaporada em aposentos fechados, etc.

*
* *

O isolamento dos doentes em enfermarias próprias, é de toda a conveniência; no entanto, como nem sempre isto é possivel, deve fazer-se o isolamento por meio do mosquiteiro, afim de evitar que as môscas, por intermédio das patas, vão sujar os alimentos ou os objectos de uso dos outros doentes.

As roupas dos disentéricos, devem ser levadas á estufa e as suas fezes, bem como as dos pretensos diarreicos, adicionadas de substâncias antissépticas, como sejam, o cloreto de cal, o leite de cal, (uma parte de cal para 5 de agua) o sulfato de ferro em soluto a 10 p. 100, o sulfato de cobre e o acido fénico em solutos a 50 p. 1000, etc.

A creolina, o formol e o lisol, são excelentes desinfectantes, mas o seu preço é mais elevado.

Não deve ser permitido comer no quarto do doente e as mãos e a boca do pessoal

que o tratam devem ser séde de cuidadosas e freqùentes desinfecções.

*
* *

Uma rigorosa vigilância, será exercida sôbre os portadores de germens, e, atendendo a que êles em geral, estão atingidos de lesões crónicas, tornar-se-ha tambem necessário trata-los por um dos processos terapêuticos aconselhados.

4.ª PARTE

Observações clínicas

I

Hospital de Miguel Bombarda, em Lourenço Marques (Enfermaria 13-B).

Doente — J. R., de 23 anos, solteiro, militar.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Os pais são vivos e saudaveis, tem um irmão mais novo tambem saudavel.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Teve a varíola em criança e o paludismo durante os ultimos seis mêses.

DIAGNÓSTICO DA ENTRADA

Febre palustre de forma intermitente quotidiana.

O laboratório revela a existência no sangue do *plasmodium falciparum*.

MARCHA DA DOENÇA

Iniciado o tratamento que se aconselha em tais circunstâncias, a febre, embora lentamente, foi cedendo, mas, quando tudo indicava que o doente iria ter alta, surge uma diarreia que se abandonou durante as primeiras 24 horas, por se julgar dependente de qualquer circunstância banal.

No dia seguinte, aquele sindroma diarreico tinha-se transformado em sindroma disentérico e o exame das fezes revelava a existência da amiba disentérica.

Desde então, o doente que sempre se tinha mantido com um aspecto regular, entra em decadência e a sua doença não cede á ipéca, sob a forma das pílulas de

Segond, não cede à emetina, nem tão pouco às lavagens intestinais pelo nitrato de prata.

Assisti a uma verdadeira e precipitada mumificação do doente, apesar de todos os cuidados que o infeliz me merecia e ao mesmo tempo vi o seu moral profundamente abatido, sem uma esperança, repelindo o médico e o pessoal menor da enfermaria.

Num dado momento principia a eliminar verdadeiros retalhos de mucosa, que o laboratório vai diagnosticando, surgem violentas dôres articulares no cotovêlo esquerdo e mão do mesmo lado, que se acentuam cada vez mais, até que dezoito dias, após o início desta disenteria, o doente aparece com dôres abdominais, meteorismo, hiperestesia cutânea, respiração precipitada e superficial, pulso pequeno e freqüênte e 36° de temperatura. Era um doente condenado.

Efectivamente, a autópsia do dia 7 de Julho, revelava ao lado duma congestão intensa da metade terminal do intestino grosso, uma perfuração do cólon descendente, a que se seguiu uma peritonite irreparavel.

TRATAMENTO

De 8-V-918 a 11-V-918 — Uma injecção diária de cloridrato de quinino, doseada a 0,gr5 decigramas p. c. c., 2 hóstias diárias de 0,gr25 centigr. de cloridrato de quinino e champanhe.

De 12-V-918 a 20-V-918 — Xarope de hemoglobina — duas colheres das de sôpa, por dia e antes das refeições.

De 22-V-918 a 25-V-918 — Seis pílulas de Segond no primeiro dia, quatro no segundo e duas no terceiro; uma injecção diária de dinamol.

De 25-V-918 a 31-V-918 — Diáriamente, 0,gr08 centigramas de cloridrato de emetina e dois clisteres de nitrato de prata e 0,gr5 decigramas p. 1000.

De 1-VI-918 a 4-VI-918 — Pilulas de Segond — seis no primeiro dia e quatro nos dias seguintes ; dois clisteres

de azul de metileno por dia e doseados a 0,gr 10 centigramas p. 1000.

De 4-VI-918 a 5-VI-918 — Gêlo sôbre o ventre.

REGIMEN

Leite e farinha.

RESULTADO

Falecido.

II

Hospital de Miguel Bombarda (Enfermaria 10 - A).

Doente — «Inhapa» — soldado indígena.

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA

Disenteria.

SINTOMAS

Dôres abdominais, mal localisadas e de pouca intensidade; dejecções freqüentíssimas, muco-sanguinolentas.

O pulso e a temperatura conservam-se sensivelmente normais e apresenta apetite.

O exame microscópio das fezes, revela a existência da amiba disentérica.

MARCHA DA DOENÇA

Ao fim de oito dias, o número de dejecções diárias, não é superior a quatro, os fenómenos dolorosos teem já feito o seu desaparecimento e a natureza das fezes tem melhorado bastante, tudo parecendo indicar que se está em presença duma forma benigna.

Findo tese tempo, sobrevem ao doente uma vaga dôr hepatica, com uma ligeira elevação termométrica, mais acentuada á tarde, dôr essa que se torna mais intensa, ao passo que a temperatura se eleva cada vez mais e apresenta maiores oscilações. (A fig. n.º 9 representa a curva termométrica dêste doente).

A percussão do figado, bem como e sua palpação, tornam-se bastante dolorosas e revelam bem a existência duma hepatite.

Mal iniciei o tratamento pela emetina tive a felicidade de observar o desaparecimento

lento, mas sempre gradual, de toda a sintomatologia hepática, saindo o doente aparentemente curado, ao fim de vinte e dois dias de internato.

TRATAMENTO

Em 15-V-918 — Sulfato de soda — trinta gramas.

De 16-V-918 a 20-V-918 — Pílulas de Segond — seis no primeiro dia quatro no segundo e duas nos dias seguintes.

De 21-V-918 a 24-V-918 — Cloridrato de emetina — 0,gr08 centigramas diários em duas injecções; dois clisteres diários de permanganato de potassio a 0,gr5 decigramas p. 1000.

De 25-V-918 a 27-V-918 — Cloridrato de emetina — 0,gr04 centigramas numa injecção diária e um clister de permanganato de potássio.

De 27-V-918 a 5-VI-918 — Uma injecção diária de cacodilato de soda a 0,g05 centigramas p. c. c.

REGIMEN

Lacteo ao início, depois ovos, farinhas, carnes magras, peixe, pureias, etc.

RESULTADO

Curado.

*
* *

Este caso de complicação hepática, foi o único que consegui observar durante a minha clínica na Província de Moçambique.

III

Depósito de Convalescentes da Xefina (Enfermaria 1)

Doente — J. R. S. M. — 2.º marinheiro n.º 4653 de 23 anos — Lisboa.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai falecido de lesão cardíaca, mãe de tuberculose pulmonar e três irmãos com alguns mêses de idade e de causa para êle desconhecida.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Sarampo em criança.

HISTÓRIA

Veio para a África em 6 de Fevereiro de 1918. No Monapo, teve os primeiros acessos palúdicos, e um mês depois, quando marchava para Nampula, sobreveio-lhe uma intensa diarreia, sómente combatida com subnitrato de bismuto. Já depois de estar nesta localidade apareceu-lhe um edema localisado na face e nos pés, pelo que foi evacuado para o Hospital de Moçambique.

Neste hospital, nova diarreia lhe sobreveio, tratada então com xarope de ratanhia.

Como os edemas persistissem, foi mandado evacuar para Lourenço Marques, onde deu entrada no Hospital de Miguel Bombarda, tendo depois sido mandado para o Depósito de Convalescentes da Xefina, onde o observei.

ESTADO ACTUAL

Á sua entrada no Depósito, apresentava êste indivíduo um ligeiro edema maléolar, palidez da pele e das mucosas, pulso hipo-

tenso e freqùente, (85 pulsações) e um sôpro suave, localisado no quarto espaço intercostal esquerdo. Tinha tambem algumas vezes, cefaleias, zumbidos nos ouvidos e môscas volantes, alêm duma anorexia permanente.

MARCHA DA DOENÇA

Vinte e oito dias depois, e com o tratamento apropriado, o doente tinha o seu aspecto completamente modificado: apresentava melhor côr e maior pêso (seis quilos) emfim, a sintomatologia da anemia sintomática, tinha desaparecido por completo.

Foi nesta altura que, devido á falta de água de Lourenço Marques, se utilisou a da Xefina, tendo este indivíduo bebido água desta origem, sem ter sofrido a menor manipulação antidisentérica. Dias depois, sobreveem-lhe os sintomas disentéricos; dejecções muco-sanguinolentas freqùentíssimas, cólicas e tenesmo.

Baixou á enfermaria, mas nessa noite o número de dejecções tornou-se tão freqùente,

que o doente, inervado, embrulhou-se num cobertor, e foi passá-la na sentina.

Iniciado um dos tratamentos apropriados, ao fim de vinte e cinco dias de uma marcha mórbida irregularissima o doente achava-se completamente curado, continuando no entanto durante vinte dias, e como complemento da cura, a fazer a aplicação de um clister diário de acido bórico a 10 gramas p. 1000.

TRATAMENTO

No primeiro dia, seis pílulas de Segond, cataplasmas quentes sôbre o ventre e semicúpios.

No segundo día, 4 pílulas de Segond e o restante tratamento.

No terceiro dia, principia o tratamento pelo cloridrato de emetina na dose diaria de 0,gr06 centigramas e durante cinco dias, findo os quais, inicia o tratamento exclusivo pelos clisteres de nitrato de prata, durante dez dias e e em número de dois por dia.

Depois de um descanço medicamentoso

de dois dias voltou ás pílulas de Segond, na dose de duas por dia, bem como ao uso das injecções de cacodilato durante dez dias.

REGIMEN DE INÍCIO

Leite e caldos desengordorados; mais tarde, carnes magras, peixes, pureias, farináceos e ovos.

RESULTADO

Em 26-XI-918, teve alta, com duas dejecções diárias.

Durante um mês, e sempre comendo do rancho geral, foi por mim observado, sem que lhe notasse a mínima perturbação.

IV

Depósito de Convalescentes da Xefina (Enfermaria 1).

Doente — A. M., 1.º Grumete n.º 6749 de 19 anos, natural de Pinhel.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Não conheceu o pai; a mãe sofre de reumatismo e paludismo.

Tem quatro irmãos e todos são impaludados.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Teve o sarampo e a varíola em criança e febres desde os treze anos.

HISTÓRIA

Foi para a África com dezoito anos.

Esteve durante um mês no Monapo com cólicas e diarreia, tendo tomado apenas carvão vegetal e subnitrato de bismuto.

Em Nampula, sobreveio-lhe uma diarreia de sangue, com perda de apetite, grande astenia e dôres abdominais, pelo que baixou ao hospital.

O tratamento que durante quarenta e um dias, aí lhe fizeram, consistiu no início em 3 injecções de cloridrato de emetina, e depois em xarope de ratanhia.

Teve alta aparentemente curado e veio para Moçambique, onde nova diarreia lhe sobreveio, tendo por isso de voltar a baixar ao hospital.

Dado em regresso á Metrópole, aparen-

temente curado, foi evacuado para Lourenço Marques e daí para o Depósito de Convalescentes da Xefina, onde o observei.

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA

Febre terçã — Anemia.

MARCHA DA DOENÇA

Iniciado o tratamento próprio, ao fim de quatro dias, e já quando a febre havia feito o seu desaparecimento, o doente é tomado de cólicas violentas.

O exame microscópico das fezes, revelou a existência da amiba disentérica.

Ao fim de dezoito dias, o estado de saúde do doente achava-se completamente normalisado, não tendo tido durante o mês seguinte, em que foi ainda séde das minhas atenções, qualquer alteração do seu estado de saúde, e isto apesar de comer do rancho geral.

TRATAMENTO

Sulfato de soda — 30 gramas (um dia) Cloridrato de quinino, — uma injecção diária contendo 0,gr50 centigramas do medicamento e 2 hostias, contendo, 0,gr25 centigramas cada. Cloridrato de emetina — 0,gr04 centigramas diários, e durante quatro dias, bem como um clister diário de permanganato de potássio e durante o mesmo periodo de tempo.

Pílulas de Segond — durante quatro dias (seis no primeiro dia, quatro no segundo e duas nos seguintes.)

Clisteres medicamentosos de nitrato de prata ou permanganato de potássio — um diário e durante dez dias.

REGIMEN

Leíte, caldos e farinhas.

RESULTADO

Curado.

V

Depósito de Convalescentes da Xefina (Enfermaria 1).

Doente — M. M. Franco — 1.º Grumete n.º 5723 — Idade 23 anos — Lisboa.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai falecido, com uma infecção produzida por navalha de barba; a mãe é saudavel. Teve seis irmãos, dois dos quais são vivos e saudaveis; os outros quatro, faleceram de pouca idade.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Varíola aos dez anos, duas blenorragias, amigdalites freqüentes e cefaleias nocturnas.

Ha seis mêses, teve os primeiros acessos palúdicos.

HISTÓRIA

Quinze dias depois das primeiras febres, sobrevieram-lhe freqüentes dejecções muco-sanguinolentas, precedidas de cólicas violentas.

Foi tratado com os calomelanos e subnitrato de bismuto, tendo saído um pouco melhorado ao fim de vinte e três dias, para recaír novamente daí a vinte, sem sintomas premonitorios, isto é, bruscamente.

Foi então tratado com a emetina e o carvão vegetal.

Daí a pouco, nova crise lhe sobreveio, pelo que foi evacuado de Nampula para Moçambique onde baixou ao hospital.

Depois de obter algumas melhoras, partiu para Quelimane e como então nova crise fizesse o seu aparecimento, entrecor-

tada de acessos palúdicos, foi evacuado para Lourenço Marques, e daí para o Depósito de Convalescentes da Xefina.

SINTOMAS DE ENTRADA

Além dos sintomas duma anemia profunda, apresentava o doente cólicas, dejecções hemorrágicas e tenesmo; febre terçã, cefaleias nocturnas e micro-poli-adenia inguinal.

DIAGNÓSTICO

Disenteria crónica e paludismo. Sífilis?

TRATAMENTO

No primeiro e segundo dia, fiz ao doente a aplicação dum clister de tanino a 3 p. 1000 e outro contendo um grama de cloridrato de quinino, além duma injecção de 0,gr04 centigramas de cloridrato de emetina.

Nos quatro dias seguintes, fiz a aplicação de cloridrato de emetina, na mesma dose

diária e de duas lavagens medicamentosas, uma, de subnitrato de bismuto a 20 p. 1000, outra, de cloridrato de quinino e 1 p. 1000.

Mal a gravidade da doença desapareceu, iniciei um tratamento arsenical (dinamol) acompanhado sempre de lavagens medicamentosas, que foram em numero de trinta, e depois fiz-lhe a aplicação duma série de injecções de benzoato de mercúrio. (0,gr2 centigr. diários)

RESULTADO

O doente teve alta com duas dejecções diárias e satisfeitissimo, visto que, desde a primeira crise disentérica, foi a primeira vez que, após o tratamento, se sentiu bom.

Aconselhei-lhe um exame do sangue, (R. de Wassermann) bem como que fizesse diáriamente uma lavagem intestinal.

VISTO.

Teixeira Bastos.

PODE IMPRIMIR-SE.

Maximiano Lemos.