

SOME CHRONIC PARASITOSSES IN BOLIVIA

No systematic study of chronic parasitoses (leishmaniasis, yaws, sejtiti), intestinal parasites, dysentery, Chagas' disease, pinto) prevalent in the tropical and subtropical regions of Bolivia has so far been made. However, progress is being made and young physicians are better trained to handle such cases. Improved communications will also help in bringing about better control. The Bolivian "azulejos" has recently been identified with pinto. The first case of granuloma coccidioides was diagnosed in 1941. Human cases of Chagas' disease have not been found so far, but infested vectors have been discovered.

ESTUDO CLÍNICO DA FEBRE AMARELA¹

Pelo Dr. HEITOR P. FRÓES

Professor da Faculdade de Medicina da Bahia, Brasil

(1) Manifesta-se clinicamente a *Febre Amarela*—após incubação de 3 a 6 dias—por um *síndrome febril recorrente*, de evolução rápida e alta gravidade, com redução acentuada da capacidade funcional dos órgãos essenciais à vida, caracterizando-se especialmente por *ictericia*, *albuminúria*, *hemorragias* e *grande astenia*.

(2) As *variantes clínicas*, que oscilam, quanto a intensidade, entre as infecções assintomáticas e os *casos fulminantes* (em que se manifestam precipitadamente os sintomas característicos) podem ser incluídas nos seguintes tipos principais:

- (a) *Infecção inaparente* (cl clinicamente indistinguível)
- (b) *Infecção abortiva* (dificilmente diagnosticável, maximé fora dos surtos epidêmicos)
- (c) *Formas atípicas, ou incompletas* (geralmente diagnosticáveis, nem sempre com facilidade)
- (d) *Formas típicas* (febre amarela clássica—*benigna, grave, ou fulminante* conforme a intensidade—fácilmente diagnosticável, em geral, maximé nos casos graves)

(3) Processa-se a evolução mórbida em duas fases sucessivas, com uma pausa intermediária, nem sempre perceptível:

- (a) *Fase hemática—congestiva*, ou de *invasão*;
- (b) *Pausa intermediária—fase enganadora ou traiçoeira*;
- (c) *Fase hepatorenal—tóxica e degenerativa*.

(Na primeira fase a congestão é *ativa*; na segunda, é *passiva*).

(4) As formas clínicas descritas sob as denominações de *hepática* (jecoral, colêmica ou acólica), *renal* (nfrética, anúrica ou urêmica), *cardíaca* (cardioadínâmica ou cardioastênica), *hemorrágica* (hemorragípara ou vascular), etc.—traduzem apenas a predominância dos

¹ Síntese de uma lição do curso de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas pronunciada na Faculdade de Medicina da Bahia, em 26.III.1943.

correspondentes à lesão mais acentuada dêste ou daquêle órgão, desta ou daquela função essencial.

(5) Nas crianças é a evolução frequentemente atípica, devendo ser suspeitada a febre amarela quando, em pleno surto epidêmico ou em zona endêmica, se manifestar abruptamente *febre alta*, inicialmente contínua ou subcontínua, com *estado de sonolência* ou manifestações iterativas de excitação nervosa; torna-se o caso ainda mais suspeito *quando uma compressão média sobre a região epigástrica provoca dôr intensa, a ponto de arrancar a criança do estado de torpor ou sonolência em que se encontra!* (M. Couto)

(6) Na febre amarela é a albuminúria *precoce, não raro abundante e rapidamente progressiva*, até o fastígio da evolução—qual se não verifica em nenhuma outra piroxia!

(7) A *icterícia* é hematogênica, *constante mas nem sempre perceptível*, e poucas vêzes de grande intensidade, manifestando-se inicialmente nas conjunctivas e na face, e depois no pescoço, tórax e membros. Nos casos de evolução extremamente rápida *não chega a manifestar-se . . .* porque o paciente morre antes! A icterícia cutânea francamente perceptível é sempre tardia e de tonalidade pouco intensa (amarela pálida ou *crème*, e não amarela intensa ou escura).

(8) As hemorragias graves (inclusive o *vômito negro* característico) só se manifestam no segundo período.

(9) A fase de remissão aparente (período intermediário entre os dois surtos febris que caracterizam o síndrome térmico) de nenhum modo deve ser tida como indício de melhora, e só posteriormente é possível estabelecer-se um prognóstico seguro!

(10) Não está a gravidade na razão direta da albuminúria, que pode ser intensíssima em casos benignos e não muito acentuada em casos graves. O processo renal na febre amarela é de natureza degenerativa; não se trata de uma glomérulo-nefrite, mas principalmente de uma *nefrose*.

(11) O *tempo de coagulação* do plasma sanguíneo mostra-se aumentado, donde, em parte, a maior tendência às hemorragias na segunda fase evolutiva.

(12) A *discordância esfigmo-térmica* (falta de convergência entre a temperatura e o pulso, o qual já começa a cair no início da segunda fase da doença) constitui o valioso *signal de Faget*—que é considerado *patognomônico da febre amarela*: pode-se enunciá-lo esquematicamente dizendo que o *numero de pulsações radicais aumenta menos do que deveria quando a temperatura se eleva, e diminue mais do que seria de esperar quando ela se reduz!*

(13) A *astenia* é *precoce, constante e duradoura* (até a convalescença), explicando-se pelo ataque do *virus* às cápsulas suprarrenais, donde a hipotensão acentuada.

(14) O diagnóstico clínico—geralmente *fácil* nos casos típicos e possível nas formas atípicas e incompletas (e mesmo nas abortivas)—deixa de ser feito, frequentemente, nos períodos inter-epidêmicos e de modo geral em regiões endêmicas como tal ignoradas (maximé nas crianças).

(15) A primeira condição para diagnosticar a *febre amarela* . . . é lembrar-se de que ela existe!

(16) O diagnóstico laboratorial poderá ser feito pela inoculação de sôro do doente (até o 3º ou 4º dia) no *Macacus rhesus* e, mais tarde (diagnóstico retrospectivo, ou pelo menos tardio), por meio da *prova de proteção*. Esta última informa geralmente se o doente já teve febre amarela (em qualquer época da existência) . . . mas sendo repetida no mesmo indivíduo (1ª prova no 3º dia, 2ª prova no 12º, por exemplo) permite afirmar que a *doença atual é febre amarela* se negativa a primeira prova e positiva a segunda; *não se trata, no momento, de febre amarela* se positivas ambas ou ambas negativas (nesta última hipótese é que o paciente nunca teve febre amarela!); positiva a 1ª e negativa a 2ª, é que uma delas foi incorretamente realizada—impondo-se terceira prova (positiva esta última, é que o doente já tivera febre amarela; se negativa, é que a primeira prova fôra errônea ou mal interpretada!).

(17) O diagnóstico diferencial há que fazer-se entre nós principalmente com a *malária*, as *febres tifo-paratíficas*, a *febre macular sulamericana*, a *gripe*, a *pneumonia*, a *varíola*, a *colecistite aguda*, a *peritonite aguda com vômito negro*, o *dengue*, a *febre ictero-hemorrágica*, a *atrofia amarela aguda do fígado*, a *intoxicação pelo fósforo*.

(18) A fórmula hematológica da *febre amarela*, revela *leucopenia*, acompanhada de *neutropenia*, notando-se *microlinfocitose*, *hipoeosinofilia* e *desvio para a esquerda na fórmula de Arneth*.

(19) A febre amarela é, como a gripe, altamente *anergizante*, donde o perigo das infecções secundárias, por vêzes consideradas como *recatadas* (. . . fato que se não observa na febre amarela).

(20) Constituem fatores de *mau prognóstico*: A evolução rápida; a icterícia prococe e acentuada; a oligúria acentuada e progressiva; a anúria e o aparecimento de sinais de *uremia*; as hemorragias intensas e reiteradas; a sinistrogiria acentuada e progressiva do quadro neutrofílico; a diminuição intensa de alexina no sôro sanguíneo; o soluço incoerível, nos casos graves; a queda brusca da temperatura, acompanhada de taquiesfigmia (esta, na segunda fase, deve fazer pensar em *hemorragia* ou em infecção secundária ou concomitante).

(21) Constituem sinais e sintomas favoráveis: A fraca intensidade da febre, especialmente no segundo período; o declínio da temperatura logo no início dêste; a inexistência de hemorragias e a diminuição de intensidade das que começaram a manifestar-se; a poliúria; o sono tranqüilo; a inexistência de *complicações*; a verificação, na fórmula

hematológica, de *aumento dos leucócitos acima de três mil* (por mm 3), *aumento da percentagem de neutrófilos além de 30%*, *diminuição do percentual de linfócitos aquêm de 40%*, e *atenuação do desvio na fórmula de Arneth* (soma dos grupos I e II inferior a 40), bem como *aparecimento de uma quota de eosinófilos superior a 0.5%* (J. Fróes).

(22) O estudo electrocardiográfico é de certa importância prognóstica, verificando-se nos casos *vergens ad bonum* alterações que traduzem apenas distúrbios funcionais vago-simpáticos, ao passo que nos casos de alta gravidade, *vergens ad mortem*, notam-se alterações reveladoras de degeneração progressiva do miocárdio.

(23) O tratamento é puramente sintomático; o principal cuidado é não prejudicar o doente com medicamentos inúteis e alimentá-lo convenientemente, mas com prudência. A cura é sempre possível . . . *sem médico, com médico* ou "*a-pesar-do médico*"!

(24) De parte os filhos de mães imunes (imunidade passiva que não vai além dos seis meses de idade) *só apresentam imunidade em relação à febre amarela os que a adquiriram anteriormente*.

(25) A *feição anatomopatológica* dos casos de febre amarela é influenciada pela rapidez de evolução da doença e pelo tempo que medeia entre a morte e a realização da autópsia.

(26) O exame anatomopatológico *macroscópico* não permite, por si só, firmar, com absoluta segurança, o diagnóstico de *febre amarela*: A *perinecrosopia* mostra congestão passiva e icterícia (esta, por vêzes imperceptível, e em geral mais nítida nas partes do corpo situadas em plano mais elevado, devido à hipóstase; podem verificar-se, a demais, *indícios de hemorragia* em torno das narinas e da boca principalmente).

(27) A *caraterística histológica primacial* da febre amarela é a existência de necrose de coagulação, de aspecto hialino, predominante nas *celulas parenquimatosas da zona média* dos lóbulos hepáticos—distribuídas estas, *sem regularidade*, entre outros elementos celulares atacados de degeneração gordurosa (*esteatose médio-e microgoticular*) que se coram normalmente e predominam na zona central e na periférica. E também de grande valor diagnóstico a existência de *cilindros impregnados de sais calcáreos* nos *tubuli renais*.

(28) A mortalidade é elevada, de acôrdo com a gravidade da doença, porém não tão grande quanto se costuma admitir (*provavelmente de 10 a 20% no máximo*) desde que levemos em conta as infecções inaparentes e os casos indagnosticados!

CLINICAL STUDY OF YELLOW FEVER

Summary.—An effort is made to present in a series of aphorisms the most important points the clinician has to face in yellow fever. The fact is emphasized that in order to diagnose yellow fever, the first thing is to think of its possible presence. The different diagnostic elements are reviewed, and also the factors

which lie behind a bad prognosis. Treatment is purely symptomatic. Recovery is always possible with medical attendance, without medical attendance and in spite of medical attendance. While the death rate is high it is not so large as usually thought: at the most 10 to 20%.

EL EXAMEN SISTEMÁTICO DE SALUD Y EL REPOSO PREVENTIVO, COMO MEDIOS DE LUCHA CONTRA LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR AFECCIONES CRÓNICAS*

Por el Dr. GUILLERMO GREBE

Análisis de la Ley 6,174 en las Cajas de Empleados de Chile

PANORAMA GENERAL DE LA LEY

La legislación sobre Previsión Chilena de la clase que trabaja empieza el año 1924. En esa época se crean las cajas de Previsión para Empleados Públicos y Periodistas, para empleados de la Industria y el Comercio, Seguro Obrero, etc. Estas diversas Instituciones cubren los riesgos de invalidez, vejez, muerte, orfandad, accidente y enfermedad.

Para cubrir el riesgo de enfermedad, se formaron en las Cajas servicios médicos colectivos, servidos por médicos funcionarios, que atienden a los imponentes en forma gratuita o a tarifas reducidas. Estos servicios, que atienden la Consulta del imponente enfermo, son dependientes de cada una de las Instituciones de Previsión. Así se dispone de servicios médicos en las Cajas de Empleados Públicos, Ferrocarriles, Seguro Obrero, Municipalidades, etc. Este mecanismo representaba una acción pasiva de estos servicios colectivos frente a la enfermedad.

Los Servicios Médicos atendían al imponente cuando éste recurría a ellos con síntomas, generalmente avanzados, de alguna enfermedad, otorgándole atención médica y medios terapéuticos y farmacéuticos para su tratamiento. A causa de esta atención tardía, las Cajas de Previsión soportaban la carga que representa la invalidez prematura de sus afiliados, sin lograr un rendimiento útil en el sentido de la recuperación para el trabajo. Los distintos presupuestos de los Servicios se destinaban casi exclusivamente a estas atenciones médicas de índole curativa y reparadora.

Desde el año 1938, la Ley 6,174 obligó a las Instituciones de Previsión Social a desarrollar una nueva y diversa política de salubridad orientada hacia la búsqueda oportuna de las principales enfermedades crónicas: tuberculosis, sífilis y afecciones cardio-vasculares, en un medio supuesto sano. Vira así totalmente la acción económica social de estas Instituciones. Se da importancia a aquellas enfermedades que por su alta frecuencia pesan sobre la colectividad, en forma tal que la mortalidad infantil está representada en un 50% de la causada por las tres enfermedades mencionadas. Se liga indisolublemente la acción médica a la acción económica, no sólo para mejorar la salud del enfermo sino para mantener su nivel de vida familiar mientras la enfermedad le impide ganárselo por su propio esfuerzo. Polariza su capacidad hacia obtener un mejor resultado y se ajusta a normas técnicas de diagnóstico y tratamiento, que buscan constantemente la simplifica-

* Presentado en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro del 7 al 18 de mayo de 1942.