

CONTRIBUIÇÃO A HISTORIA DA MEDICINA NO BRASIL

segundo os Relatórios e Trabalhos antigos do

Dr. Adolpho Lutz

(1891-1898)

DISENTERIA

INTRODUÇÃO

Já em 1888 e 1889, ADOLPHO LUTZ observou em São Paulo casos de disenteria, nos quais pôde comprovar a presença de amebas. A êste propósito assinalam W. KRUSE e PASQUALE (1) que foi êle o primeiro a verificar a presença dêsses parasitas no Novo Mundo.

Essas suas observações foram publicadas em 1891, sob o título de "Zur Kenntnis der Amoeben-Enteritis und Hepatitis, no Ztbl. f. Bakt. u. P., X. 8, pág. 241-247".

Para incentivar o estudo dêsse assunto tão novo, mas fecundo, como êle previa, e para provocar observações por outros pesquisadores, nas mais diversas localidades, procurou ADOLPHO LUTZ interessar as rodas médicas, revelando e discutindo as suas observações nos diferentes centros por onde transitou, antes de publicá-las.

Assim o fez de passagem pelos Estados Unidos, a caminho de Hawaii, em 1889, visitando então o Johns Hopkins Hospital em Baltimore. Nessa ocasião êsse centro ainda não possuia observações sôbre o assunto; só no ano seguinte, OSLER publicou um caso de abcesso hepático com a presença de amebas, oriundo do Panamá, seguindo-se mais tarde, após a publicação de LUTZ, os fundamentados trabalhos de COUNCILMAN e LAFLEUR.

Quando LUTZ fez as suas observações, a etiologia da disenteria se achava em estado muito nebuloso.

Muito antes de outros autores, LAMBL julgou ver amebas na autópsia de uma criança morta em 1859 com sintomas intestinais, em Praga, descrevendo-as porém com caracteres não encontrados em amebas.

Em 1875 LOESCH viu em São Petersburgo um caso de disenteria proveniente do extremo norte da Rússia, no qual êle pôde verificar a presença de amebas intestinais, cujo número acompanhava as oscilações de gravidade no estado do doente, tornando-se a infestação massiça pouco antes da morte.

1) W. Kruse u. A. Pasquale : Untersuchungen ueber Dysenterie und Leberabscess. Ztschft. f. Hygiene und Infectionskrankheiten Bd. 16. p. 1. 1894.

Embora atribuisse papel patogênico às amebas, não julgava que fôsem elas as causadoras da disenteria, achando antes que a infestação se dera como sequela, impedindo a cura e entretendo as ulcerações.

Mais do que esta circunstância, o fato de que vários outros observadores acreditados conseguiram ver amebas no conteúdo intestinal de um caso de tifo humano (Perroncito) e no do homem, da vaca e do cavalo sãos (Cunningham etc.), fez com o papel das amebas como causadoras da disenteria não fôsse levado muito a sério, dele descrendo pesquisadores de renome como GRASSI, BLANCHARD, PFEIFFER e outros.

KOCH, fez entretanto uma observação que deveria ter modificado o rumo das idéias. Com efeito, demonstrou amebas profundamente situadas, em cortes histológicos de cadáveres autopsiados ao correr dos seus estudos sobre cólera, no Egito, em 1883.

O seu discípulo KARTULIS, dedicou-se pacientemente ao assunto durante longos anos e verificou a presença das amebas nos numerosos casos de disenteria que observou no Egito de 1886 em diante e em alguns casos na Grécia em 1890, encontrando-as também em todos os abscessos disentéricos do fígado por êle estudados.

Contudo, muito faltava para o esclarecimento do problema, quando LUTZ dêle se ocupou. Os trabalhos de KARTULIS, apesar do seu grande valor, ainda não afastavam a dúvida e a descrença.

De fato alguns observadores viam casos de disenteria sem relação com amebas, e outros, que só haviam visto a disenteria amebiana, não tinham dito que existissem duas disenterias. KARTULIS, observador emérito, diz ignorar se os casos vistos na Europa, inclusive o de LOESCH, se enquadram na disenteria tropical estudada no Egito.

LUTZ, pelo contrário, afirma categòricamente que duas entidades mór-bidas diversas vem sendo confundidas, e estabelece cabalmente os critérios etio-patogênicos, clínicos e epidemiológicos que as diferenciam.

Transcrevemos aqui, o trecho do artigo de 1891, em que assim se manifesta LUTZ :

“Eis-nos chegados a questão da natureza das alterações pathológicas. Os processos que acompanham a presença de amebas, têm sido designados por nomes tão diversos como sejam: catarrho intestinal agudo e chronico, enterite ulcerosa, typho, abscessos hepaticos, etc. que a propria nomenclatura poderia ser invocada como argumento contrario à significação pathogenica das amebas. Se examinarmos o problema a fundo, verificaremos porém, que todas estas condições (com excepção do caso singular de typho) se en-

feixam num quadro morbido que em certas circunstancias pode se manifestar completo num só doente. Permitir-me-ei em primeiro lugar, substituir o termo dysenteria pela denominação "Enterite, com evacuações sanguinolentas", pois outra coisa não é a citada dysenteria chronica ou tropical segundo deduzo da literatura."

A dysenteria propriamente dita, (como todo medico poderá verificar recorrendo para tanto à bibliographia, já que as oppor-tunidades de observá-la pessoalmente estão se tornando raras) é pelo contrario uma doença infecciosa aguda, que pode aparecer em todas as zonas e frequentemente attingio grande disseminação. Muitas vezes é grave e lethal, sendo precisamente estes os casos cujas lesões são reiteradamente descriptas pelos autores como colite diphtherica. Occorrendo abscessos do fígado serão elles inteiramente diversos dos abscessos hepaticos endemicos, cuja evolução é invariavelmente lenta. Jamais se ouviu dizer que a dysenteria epidemica fosse seguida de uma epidemia de abscessos hepaticos, o que deveria acontecer se as duas infecções intestinais fossem identicas. A supposição de que tal complicação seja determinada apenas pelo clima não merecerá por certo, hoje em dia, a menor attenção. Tambem os disturbios funcçionaes consecutivos á dysenteria epidemica não passam, evidentemente, de residuos do processo destructivo já extincto, ao passo que a doença amebiana pode se installar chronica, com symptomias iniciaes pouco acen-tuados. Não está provado que a dysenteria epidemica dependa de amebas, sendo muito mais provavel, por diversas razões, que pertença ao quadro das infecções bacterianas. De qualquer maneira não pode ser causada pela ameba verdadeira de LOESCH".

Sete anos mais tarde esse ponto de vista era definitivamente estabelecido por SHIGA, isolando o agente da disenteria bacilar.

Por este motivo, no seu apanhado histórico, DOPTER procura fazer justiça a LUTZ, revivendo a memória do seu trabalho (2). Diz elle :

"Ici se place encore un travail intéressant, habituellement passé sous silence; il importe de le signaler tout particulièrement, car les idées que l'auteur en a dégagées sont actuellement celles que l'on a définitivement adoptées sur l'étiologie dysentérique. En 1891 LUTZ observe trois cas de dysenterie ou il rencontre des amibes; leur rôle pathogène, à son avis, est indubitable, mais il estime qu'à coté de cette dysenterie amibienne, dont l'évolution est chronique, avec alternatives de guérison passagère et d'exacerbation, se

2) Encyclopédie Scientifique : Les Dysenteries par M. Ch. Dopter. Oct. Doin et fils. Paris 1909.

complicant souvent d'abcès du foie, il y a place pour une autre dysenterie, épidémique, aiguë, provoquant des lésions diphtéroïdes de l'intestin, n'étant jamais suivie d'abcès du foie. En un mot, LUTZ avait entrevu déjà à cette époque la distinction admise de nos jours entre la dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne." (pág. 4).

No seu trabalho LUTZ também chama a atenção para a disenteria esporádica que considera infecciosa quando diz:

"Além da epidêmica existe uma forma esporádica que também ocorre por toda parte. Quando se apresenta benigna é frequentemente designada pelo nome de dysenteria catarrhal. Ainda não está resolvido se é idêntica à forma epidêmica ou se para com ella se acha na mesma relação da cholera nostras com o cholera asiático. Em todo caso não pode ser attribuída a causas banais como sejam e indigestão, a coprostase, etc., constituindo um processo infeccioso e específico, conforme pude observar, não só em pacientes, mas na minha propria pessoa. Em alguns casos desta natureza, rapidamente curados, não encontrei amebas, nem esperava encontrá-las, já que a infecção por amebas mostra pouca tendencia á cura espontânea."

Só estas duas doenças devem ser chamadas disenteria.

LUTZ já antecipara o critério futuro, pois segundo DOPTER :

"Actuellement donc, l'expression "diysenterie" ne s'applique qu'à un syndrome, "le syndrome dysentérique", elle ne traduit qu'un état inflammatoire du côlon ressortissant à des causes étiologiques variables". Ainsi se trouve aujourd'hui réalisée l'opinion que LUTZ, COUNCILMAN et LAFLEUR s'étaient faite en 1891-1892, quand ils pensaient que la dysenterie où l'on retrouvait les amibes n'était vraisemblablement qu'une forme particulière de cette maladie, et qu'à côté d'elle devaient sévir d'autres variétés produites par des parasites différents". (pág. 12).

JEANSELME et RIST 3), resumindo as contribuições dos diversos autores, enumeram mais uma contribuição de LUTZ, esta ligada à natureza parasitária das amebas. Trata-se de uma observação nascida do entrosamento íntimo dos dons de naturalista e das qualidades de médico que constituíam um dos traços mais característicos da personalidade científica de LUTZ. Demonstra êle o parasitismo genuino das amebas por meio de argumentos baseados nas condições biológicas destas.

3) Jeanselme et Rist : Précis de Pathologie Exotique, Collect. de Précis Médicaux, Masson et Cie Éd. 1re éd. 1909, pgs. 294-295.

A este propósito diz :

“A prova de que as amebas são parasitas genuinos e não acaso meros saprophytas, capazes de existirem tanto no exterior com no interior do corpo, é demonstrado pela circumstancia de se acharem ellas adstrictas a limites estreitos de variabilidade de temperatura e de que no seu interior não se encontram elementos provenientes das fezes, mas sim elementos intrinsecos fornecidos pelo organismo hospedador, e, com especial predileção, hemátias. A sua longa persistencia no interior de abscessos hepaticos fechados fornece nova prova de sua adaptação perfeita.”

Em relação à terapêutica, à qual LUTZ também se dedicou, fala novamente o naturalista quando êle aponta a dificuldade de atingir amebas aninhadas no organismo com substâncias químicas, capazes de destruí-las facilmente, quando se acham isoladas, mostrando ainda que basta uma camada tênue de muco para proteger as amebas contra meios medicamentosos. Esta contribuição tinha especial valor para a época, pois então se principiava a tatear a sensibilidade dos parasitas aos diferentes agentes terapêuticos.

Uma das principais dificuldades no reconhecimento das amebas, e portanto do seu papel etiológico, decorria das suas exigências quanto à temperatura, já que as amebas imobilizadas pelo esfriamento, se confundiam com outras células, mormente nas fezes, ricas em elementos figurados. Para tornar possível o exame demorado das preparações microscópicas, LUTZ creou um aparelho que permitia aquecer a platina do microscópio e mantê-la numa temperatura constante.

Verifica então LUTZ que as amebas não contêm hemátias apenas excepcionalmente, ou não raro, na expressão de LOESCH, mas que delas podem estar repletas. Atribuí-lhes as pequenas hemorragias provocadas nos tecidos, para os quais se transportam, precisamente, em busca de hemátias, seu alimento predileto. A presença de hemátias ingeridas, tão bem sublinhada por LUTZ, deveria ser mais tarde um dos critérios diferenciais entre a ameba da disenteria e a *Amoeba coli*.

Extremamente familiarizado com os movimentos característicos das amebas, por êle observadas longamente, LUTZ verificou no próprio laboratório de SANARELLI o erro em que êste fôra induzido ao julgar serem amebas da disenteria os flagelados abundantes, por êle encontrados no conteúdo intestinal de cobaias inoculadas com culturas filtradas do bacilo do cólera.

As primeiras observações de LUTZ sôbre a disenteria amebiana, embora feitas em São Paulo, foram enviadas de Honolulu, ao *Centralblatt*, quando LUTZ alí se achava como leprólogo. Só depois de seu regresso, em 1893, teve

êle o ensêjo de fazer novas observações sôbre a disenteria amebiana. Passou então a incorporar os resultados obtidos aos seus relatórios anuais como diretor do Instituto Bacteriológico, pois a grandes lides sanitárias dos primeiros anos poucos lazeres lhe proporcionavam para publicações científicas nos órgãos especializados de grande disseminação.

Ao correr dos anos foi aumentado seu acervo de casos e autópsias. Nos relatórios de 1893 e de 1896 e principalmente nos de 1897 e 1898, êstes publicados (4), LUTZ se dedica especialmente à observação anátomo-patológica das lesões verificadas nas autópsias, fazendo ainda comentários sôbre a sintomatologia e outros aspéctos da disenteria amebiana, inclusive a forma gangrenosa e os abscessos hepáticos.

Já ao correr das suas primeiras observações LUTZ diagnosticou os sintomas de um abscesso hepático incipiente em um dos seus doentes de disenteria tropical; daí a importância que sempre atribuiu aos trabalhos de KARTULIS sôbre abscessos endêmicos do fígado. Partindo, talvez, das diferenças que se lhe afiguravam tão claras e evidentes entre os processos purulentos provocados pelos cocos piogênicos e os abscessos de evolução lenta, geralmente afebril, desenvolveu LUTZ no estudo dos últimos os mais variados recursos da técnica bacteriológica e experimental.

Dêsses labores, referidos na linguagem singela e lacônica que o caracterizava, nos excertos dos seus relatórios do século passado, que publicamos a seguir, LUTZ tirou conclusões que o futuro se encarregaria de confirmar.

Rejeitou perentoriamente as doutrinas errôneas então correntes e destinadas a sobreviverem durante mais algum tempo, que os atribuíam à malária, à sífilis, aos excessos alcoólicos, para proclamar que os abscessos hepáticos endêmicos, singulares ou múltiplos, de evolução lenta, considerados peculiares aos países quentes, têm uma só etiologia, a enterite ulcerosa amebiana.

RELATORIO DE 1893: "DISENTERIA"

RELATÓRIO DE 1893:

"Existe neste país uma espécie de enterite crônica com evacuações sangui-nolentas, que pode durar muitos anos.

Nestes casos sempre se acha nas evacuações uma espécie de ameba em grande abundância, principalmente no muco sanguinolento.

Verificamos o fato neste Instituto em três casos, observando as prepara-ções microscópicas durante muito tempo na temperatura do sangue humano,

4) Revista Médica de S. Paulo II, 2 e 11, 1898.

por meio de um aparelho construído por nossas indicações, que permite conservar uma temperatura fixa na mesa do microscópico. Examinamos também, vários casos de disenteria e de diarréia agudas, sem encontrar a referida ameba. Num caso de disenteria em uma criança notou-se uma abundância extraordinária de uma forma de streptococcus."

RELATORIO DE 1896: "DISENTERIA E ENTERITE COM PRESENÇA DE AMEBAS"

"No ano passado observamos um caso de forma crônica, achando-se as amebas em grande número nas partes muco-sanguíneas das dejeções, sempre mais ou menos diarreicas. Neste caso a moléstia era já muito antiga.

O azul de metileno tomado internamente e usado em injeções que fui primeiro a empregar, faz disso já alguns anos, em vários casos, pareceu produzir um efeito favorável, mas seria preciso multiplicar as observações para obter um juízo certo sobre a sua eficácia.

Além do caso crônico observamos mais dois de enterite aguda que tiveram um decurso quase idêntico. Principiando com uma diarréia simples, apenas caracterizada por fortes cólicas, pouco a pouco assumiram o caráter de disenteria aguda grave e na terceira semana tornaram se fatais por gangrena do intestino acompanhada de sintomas de peritonite. Num dos casos fizemos a autópsia e verificamos que toda a parede transversa do intestino estava esfacelada, havendo, também, uma peritonite fibrinoso-purulenta com adesões extensas.

Nestes dois casos o exame microscópico, feito quando a moléstia já estava bastante adiantada, revelou enormes massas de amebas nas dejeções disentéricas. Como fazemos sempre, empregamos preparações levadas à temperatura do sangue e observamos os movimentos ameboides freqüentes e intensos, pelos quais esta ameba se distingue de outras células.

Convém mencionar aquí que o Dr. Francisco Fajardo observou no Rio de Janeiro um número maior de enterites caracterizadas pela presença de amebas. Destas observações resulta que êste processo é mais freqüente no Rio de Janeiro, como também acontece com os abscessos do fígado."

RELATORIO DE 1897: "ENTERITE"

"Tivemos outra vez ocasião de observar uma coincidência entre a diminuição do abastecimento de água em consequência de sêca prolongada e o aumento de distúrbios intestinais."

"ENTERITE E HEPATITE PURULENTA COM A PRESENÇA DE AMEBAS"

"Não se pode formar um juízo certo sobre a freqüência desta moléstia entre nós. A estatística demógrafo-sanitária registra em 1897, 49 óbitos por

disenteria. Dêstes uma grande parte deve referir-se à enterite com presença de amebas, mas pode, também, ter havido outras formas de disenteria. Do grande número de óbitos por enterite simples, naturalmente a maior parte refere-se à idade infantil e nestes casos não se costuma encontrar amebas, mas é possível que talvez entre eles houvesse, também, uma pequena proporção destas enterites de adultos, acompanhadas e provavelmente causadas por amebas.

Entre os habitantes da cidade a moléstia é bastante rara, mas é frequentemente importada do interior por trabalhadores, colonos, etc. Porisso observa-se com maior freqüência nos hospitals.

O abcesso do fígado encontra-se nas mesmas condições. A estatística não tem lugar reservado para esta moléstia. Registra apenas dois casos como hepatite e 53 como outras molestias do fígado. Entre estas deve haver uma proporção considerável de abcessos porque pessoalmente sei de seis ou sete casos, onde foi feito este diagnostico.

Em todos os casos a moléstia é freqüente bastante para ter interêsse prático.

Observamos em 1897, cinco casos de enterite grave acompanhada de amebas. Um caso de mais de um ano de duração, com dejeções freqüentes e muito cheias de sangue, sarou com lavagens intestinais. Três doentes já muito cachéticos, faleceram, sendo feita a autópsia. Sôbre o quinto faltam notícias ulteriores.

Em um dos casos fatais havia dejeções de natureza aparentemente diarréica sem aparência sanguinolenta, mas examinadas pelo microscópio continham grande quantidade de glóbulos vermelhos e um número enorme de amebas. Existiam em maior proporção do que em qualquer caso que observei até hoje. A autópsia revelou um processo ulceroso muito intenso, envolvendo todo o intestino grosso e evidentemente já bastante antigo. Dos outros dois casos um também ofereceu ulcerações do colon em grande número; no outro, complicado de abcesso hepático, tratava-se de um processo mais superficial, mas muito extenso, no intestino grosso e de úlceras no ileon. Em todos os casos as glândulas mesentéricas correspondentes eram tumefeitas, mas o aumento de volume não parecia em proporção com a intensidade do processo local.

Onde havia mucosidades sanguinolentas, era sempre lá que se encontravam amebas que estavam repletas de hemátias. Os movimentos foram sempre observados em preparações levadas à temperatura do sangue. Só uma vez encontramos flagelados vivos.

Tive ocasião de fazer o exame de pús hepático de sete casos diferentes. Em dois não se encontraram amebas e num destes não havia somente ausência de amebas nas preparações e de germens nas culturas, mas o pús injectado na cavidade pleural de um cão adulto não produziu reação. Num terceiro caso, onde já tinha havido perfuração do diafragma e pulmão com expetoração de pús, não se encontraram amebas e havia poucas bactérias. Nos outros quatro casos foram encontradas amebas vivas, ficando o exame bacteriológico inutilizado em três deles por não ser o pús recolhido de modo livre de objeções. No quarto caso havia só amebas ficando as culturas estéreis. O pús injetado na cavidade peritoneal, no tecido hepático e no saco conjuntival, ainda fechado, de três cachorrinhos novos não produziu reação.

As amebas não devem ser procuradas na grande massa de pús, onde são raras, mas sim na raspagem da parede do abcesso e nas camadas vizinhas, onde vão procurar os glóbulos vermelhos. Só quando não podem ser descobertas no tecido parietal pode-se considerá-las ausentes, mas até nesses casos podem ter existido anteriormente. Porisso julgo que a nossas observações reunidas falam em favor do papel etiológico das amebas.

Dos quatro casos, em três os abcessos eram enormes. Todos eles foram tratados por incisão sem que a operação tardia conseguisse prolongar a vida por muito tempo. Num quarto, que faleceu inoperado, o tecido hepático estava em grande parte destruído por abcessos múltiplos. Os outros casos não pude acompanhar.

Em três, dos casos, uma punção explorativa forneceu um líquido seroso, tendo o pús sedimentado. Julgo que este sintoma indica que uma membrana serosa, geralmente a parte diafragmática do peritônio, forma parte do abcesso. Parece provar, também, a ausência de coccus capazes de produzir uma peritonite purulenta.

E' conhecido que SANARELLI, por meio de culturas filtradas do vibrião de KOCH, produziu em cobaias uma enterite com abundância de flagelados e amebas no conteúdo líquido do intestino, podendo esta experiência ser citada como prova contra o papel etiológico das amebas. Aproveitei-me de ocasião favorável para repetir a experiência em condições idênticas no próprio laboratório de SANARELLI. *Verifiquei que as amebas descritas não são idênticas com as amebas de entero-hepatite e que realmente trata-se de flagelados apresentando movimentos amiboides ativos, mas absolutamente diferentes dos que se observam nas amebas intestinais.*"

RELATÓRIO DE 1898.

"A disenteria aguda e as enterites ulcerosas com caráter crônico, assim como a hepatite supurada consecutiva foram observadas com a mesma fre-

qüência como nos anos passados; o mesmo aconteceu com os casos de cólera nostras, os quais, como sempre, apareceram, de preferência em tempo de calor.”

“ENTERITE ULCEROSA E DISENTERIA. ABCESSO DO FÍGADO”

“Este ano tivemos ocasião de fazer o estudo anatómico de muitos casos de *enterite ulcerosa*, particular dos países quentes e caracterizada pela sua tendência a complicar-se com abcessos hepáticos. A moléstia pode apresentar um caráter agudo ou mais crônico. Muitas vezes os ataques agudos são apenas uma exacerbação da moléstia crônica e — como provam as recaídas freqüentes — esta não se extingue sempre com o desaparecimento dos sintomas, mas pode continuar em estado latente. Não se pode considerar a moléstia curada antes que todas as úlceras sejam cicatrizadas e isso talvez nunca aconteça em poucos dias; mas poucas úlceras não provocam necessariamente sintomas apreciáveis.

O nosso material anatómico consiste hoje em 15 casos de enterite ulcerosa e mais três autópsias de disenteria grangrenosa. Esta — pelo menos numa parte dos casos — parece apenas uma forma maligna das mesmas doenças, causada talvez por uma associação microbiana ou infecção secundária.

A sede das lesões é geralmente no grosso intestino e só num pequeno número de casos estende-se uns poucos centímetros além da válvula de Bauhin. O processo vermiforme costuma achar-se livre, mas o cego e o colon ascendente geralmente apresentam as lesões mais acentuadas, principalmente perto da válvula.

De lá para baixo as lesões diminuem em número e intensidade. No reto podem faltar, mas às vezes nota-se de novo um pequeno aumento perto do anus. Em casos muito graves todo o colon é afetado em tanta extensão e com tanta intensidade que apenas se pode notar diferenças de uma parte para a outra; quando a afeção é muito leve ou está em via de cura pode limitar-se às vizinhanças da *válvula coli*.

As lesões consistem em úlceras, variando em tamanho, de forma redonda ou oval, às vezes assemelhando-se bastante com as úlceras foliculares freqüentemente observadas na febre tifoide, principalmente no *coli typhus*. São miliares, lenticulares ou maiores, mas raramente excedem o tamanho de um amêndoa. As margens são geralmente um pouco infiltradas, talhadas a pique ou minadas; o fundo é formado pela camada muscular e pela submucosa, mais ou menos esfacelada, quando não aparece coberta de uma escara de aparência fibrinosa ou, raras, vezes, gangrenosa.

As úlceras encontram-se de preferência na convexidade das pregas da mucosa; às vezes são grupadas em zonas, mas o diâmetro maior das ulcerações ovalares nem sempre corresponde ao diâmetro transversal do intestino. A mucosa entre as úlceras pode aparecer normal ou muito injetada; em alguns casos nota-se uma aparência comparável ao *état mamelonné* encontrado frequentemente na mucosa do estômago.

Na disenteria gangrenosa parece esfacelada em certos pontos e toda a parede intestinal pode ficar tão amolecida que se rasga à menor tração. Nestes casos observa-se na serosa adesões extensas, exsudato fibrinoso e derramamento sero-purulento, condições que tornam a verificação do estado do intestino muito difícil, quase impossível .

Quando a afecção é aguda, os gânglios mesentéricos participam, sendo estumecidos e congestos, porém geralmente menos de que na febre tifoide.

Nos casos crônicos as suas alterações podem ser tão insignificantes que parecem fora de proporção com as lesões extensas do intestino.

Os sintomas observados são: sensibilidade à pressão e a qualquer abalo do corpo, colicas freqüentemente muito dolorosas e às vezes tenesmo, mas isso geralmente mais nas formas ou exacerbações agudas, quando o reto também está comprometido. As dejeções podem ser consistentes, principalmente depois do uso de certos remédios, mas então observa-se, entre as partes sólidas ou sobre elas, mucosidades tintas de sangue. Freqüentemente são muco-sanguinolentas com caráter disentérico, mas, como foi verificado várias vezes nas enfermarias dos Drs. VITAL BRASIL E MENDONÇA, podem também apresentar o caráter de uma diarréia simples. Neste último caso pode haver grande número de hemátias tão intimamente misturada com as matérias diarreicas que só se percebem por meio do microscópio. Porisso deve-se desconfiar dos casos de diarréia crônica; um exame repetido geralmente mostrará nos casos onde há ulcerações, as mucosidades sanguinolentas que constitutem a secreção das úlceras.

Como se verifica no tratamento por clisteres, o grosso intestino, mesmo nos casos crônicos, tem pouca tolerância, de onde a necessidade imperiosa de evacuar que quasi sempre se manifesta de manhã cedo.

Nos casos peiores a alteração de dejeções muco-sanguinolentas puras e evacuações fecais pode persistir por mezes e anos.

No exame microscópico a *amoeba coli* quasi nunca falta, principalmente na secreção das úlceras. Mais raramente, mas ainda com bastante freqüência, se observa flagelados livres ou enquistados. A *Anguillula stercoralis* nunca foi achada nestes casos. O exame bacteriológico nunca forneceu germens específicos e as formas isoladas não ficam aglutinadas pelo sangue do doente.

Nas autópsias, feitas bastante tempo depois da morte, e nas fezes guardadas, as amebas não se observam mais. Nunca as vi enquistadas e me parece que os quistos supostos de amebas deviam pertencer a flagelados. Nunca observei amebas fora da enterite ulcerosa e disentérica ou da hepatite consecutiva. Encontrei-as cinco vezes em disenterias agudas ou formando exacerbações agudas em casos crônicos. Tres dêstes casos revestiram o caráter gangrenoso e terminaram pela morte; um caso muito grave melhorou passando numa forma crônica, sem que as amebas desaparecessem; o quinto caso sarou sem novidade. Num sexto caso de forma gangrenosa não se encontrou amebas no intestino examinado bastante tempo depois da morte.

Dois fatos parecem ressaltar da observação clínica e anatômica. Primeiramente que o contato com as massas fecais tem uma influência que se opõe à cura das úlceras, de modo que nos casos crônicos graves, o melhor tratamento provavelmente consistiria em excluí-lo, por meio de um anus preternatural acima da válvula. Em segundo lugar as amebas não habitam o intestino em geral ou o conteúdo fecal, mas as partes úlceradas e porisso se encontram de preferência na secreção dessas e nos cortes das úlceras. As pequenas hemorragias devem correr, principalmente, por conta delas e as hemátias constituem o seu alimento predileto.

São parasitas legítimos, incapazes de viverem muito tempo fóra do organismo e têm um poder penetrante que lhes permite invadir o fígado formando abscessos.

No ano passado observámos uma série de abscessos hepáticos. Algumas vezes examinamos o pús retirado por operação, outras vezes fizemos autópsias.

As amebas encontram-se quase sempre nas camadas parietais, mesmo quando faltam no próprio pus das partes centrais dos abscessos. Nestas nunca encontramos flagelados.

Examinado por métodos bacteriológicos o pus apareceu algumas vezes estéril, outras vezes continha espécies banais, como *Staphylococcus*, *Colibacillus*, *Bacillus fluorescens putridus*. Nos casos estereis às vezes faltavam também as amebas.

Os bactérios presentes não podem ser responsabilizados pela formação do abscesso, por várias razões. São raros e geralmente só demonstráveis por culturas e não pelo exame microscópico. São de espécies variáveis e nas diversas experiências que fizemos em animais não mostravam virulência porque o pus foi resorvido sem produzir sintomas|

Em um abscesso artificialmente produzido pela injeção de óleo de terebentina no fígado de um cão também encontramos bactérios.

Os abscessos têm o caráter indolente; muitas vezes são afebris ou a febre observada é inconstante. Só quando são muito grandes ou debaixo de pressão forte há febre contínua do tipo remitente. Têm os caracteres anatômicos das abscessos frios; não contêm glóbulos de pus bem conservados e a observação mostra que têm um andar excessivamente crônico.

Ao lado dos abscessos crônicos existem focos necróticos caseosos sem sinal dos processos purulentos que os coccus piogênicos costumam provocar. Quando o abscesso se aproxima de uma membrana serosa não provoca inflamação purulenta mas apenas secreção serosa.

Nos cortes as amebas são encontradas no meio das massas caseosas, onde não há glóbulos brancos polinucleares. Êstes só se observam raramente, tanto nos vasos, como nas paredes dos abscessos.

As amebas deixam-se tingir facilmente pelo azul de metileno policrômico de Unna, apresentando partículas de cromatina, mostrando uma tinação vermelha metacromática. Não há núcleo que se core pelos processos ordinários de coloração dos nucleos. Pela vesuvina fenicada e pela fuchsina obtivemos tinações bastante boas. A safranina e a hematoxilina nos deram resultados inferiores.

A combinação do abscesso do fígado com a enterite ulcerosa é quase constante. Nos raros casos onde não se encontram atualmente úlceras há razões para supor que existiram mas sararam.

As amebas faltando nas úlceras podem ser observadas nos abscessos e vice versa.

E' claro que abscessos do fígado podem resultar de várias causas, mas os típicos abscessos endêmicos, crônicos, singulares ou múltiplos, que formam 90 % dos casos observados, têm absolutamente uma só etiologia e não tem nada de ver com alcoolismo, impaludismo ou sífilis.

As enterites ulcerosas — principalmente as crônicas — são a sua verdadeira causa e mostram esta complicação com bastante freqüência. Às vezes observamos sintomas de localização hepática, sem que resultasse um abscesso. Devem corresponder à formação, de focos de necrose por coagulação que são encontrados em algumas autópsias de enterites ulcerosas."