

ERROS E DEFICIÊNCIAS NO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CHAGAS NO RIO GRANDE DO SUL. O PROBLEMA DA PROVÁVEL CONTAMINAÇÃO POR VIA ORAL DO *TRYPANOSOMA CRUZI* EM TEUTÔNIA *

RAUL F. DI PRIMIO

Eu me permito sintetizar o que sobre o assunto já consignei e, como adendo, fatos intercorrentes que robustecem as minhas reflexões anteriores nos seguintes itens:

1) Falta de informações técnicas e especializadas dos médicos sobrecarregados na afanosa policlínica da zona rural onde a infestação de triatomíneos representa foco potencial da doença de Chagas.

2) Ausência ou deficiência de laboratórios em muitas cidades do interior do Estado.

3) Dificuldade de entrosagem entre os especialistas e os médicos das regiões afastadas no difícil «complexo cruzi».

4) Apêgo ou vinculação de muitos clínicos às antigas concepções da tripanossomose como à etiologia do bócio endêmico comum.

5) Constante confusão que muitos médicos, inclusive alguns sanitaristas, laboratoristas e leigos fazem entre triatomíneos e insetos predadores e fitófagos.

6) Pecado original, com poucas exceções, dos alunos de Medicina, não atentarem devidamente para os estudos nosológicos com iniciação nas cadeiras básicas na fase das indeléveis impressões.

7) Desconhecimento das recentes e contínuas aquisições científicas que pela incidência de regiões diferentes, pelo estudo e comparações poderiam contribuir para elucidações de muitos problemas, destacando-se a patologia digestiva na tripanossomose, na parte referente aos megas.

8) Falta de preocupação diagnóstica e aprofundada investigação pela anamnese acompanhada de todos os meios para determinação da verdadeira etiologia dos casos clínicos.

9) Desconhecimento injustificado entre a contribuição parasitológica, principalmente no que concerne à distribuição geográfica dos triatomíneos e respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi* dos médicos e, de modo particular, dos cardiologistas.

10) Dificuldades que surgem na realização das autópsias no interior do Estado, impedindo, corolariamente, o diagnóstico anatomo-patológico.

A simples citação destes diferentes itens, explicitamente demonstra e justifica nossa assertiva quanto à deficiência do diagnóstico clínico e laboratorial da doença de Chagas no Rio Grande do Sul, principalmente na zona rural onde maiores são as probabilidades de contaminação, sem exclusão, guardada a devida relatividade, da origem urbana.

Laboratórios do interior

Os laboratórios do interior devem ter o necessário para o diagnóstico de rotina das nossas principais entidades mórbidas.

Dois fatores são indispensáveis: a preocupação e oportunidade do diagnóstico.

Há laboratórios deficientes no interior. Outros, com boa aparelhagem e melhores recursos, não estão sincronizados com os médicos assoberbados com a estafante e heróica policlínica da zona rural, onde, precisamente, é maior a incidência da doença de Chagas.

Perdem-se, facilmente, diagnósticos da fase aguda da tripanossomose, de técnica relativamente fácil, segura e observações preciosas.

Por comunicação verbal do saudoso Dr. Clovis Trindade tive conhecimento da presença do *Trypanosoma cruzi* evidenciado por eventual punção lombar no

* Trabalho apresentado no VI Congresso da Soc. Brasileira de Medicina Tropical, de 22 a 25-2-1970, em Porto Alegre.

líquor de um doente em tratamento no Hospital de Encruzilhada do Sul.

A tríade ainda de valor incontestado no diagnóstico da doença de Chagas na fase aguda, é facilmente aplicável em tôdas as circunstâncias, consistindo na: gôta espessa, xeno-diagnóstico e sinal de Romaña, não é considerada como as necessidades exigem.

Em nosso meio, atualmente, surge uma inovação que requer a sanção do tempo para um julgamento exato.

Certos laboratórios do interior, em cadeia, assim denominados, enviam material para a realização dos exames na Capital. É uma espécie de «*trust*».

Nestas condições o laboratorista distante exerce mais uma ação de recepcionista do que verdadeiramente de técnico, o que subtrai, de maneira marcante, o estímulo às pesquisas locais, mormente quando ligadas à oportunidade diagnóstica de capital importância no caso.

Traz, entretanto, eventuais vantagens quando certos exames e, principalmente, as reações sorológicas, para maior precisão e padronização da técnica e segurança dos resultados, devem ser dirigidos aos laboratórios mais credenciados dos grandes centros, tanto oficiais como particulares.

Das apreciações e análises expressas em publicação anterior a respeito do diagnóstico da doença de Chagas, os laboratórios do interior apresentam-se sob diferentes condições operacionais e técnicas.

Ao fator individual pertencem tendências diversas. Uma propensão exclusivamente aos exames de rotina, com objetivos comerciais e outras às investigações científicas, menos freqüentes por motivos óbvios, inerentemente ligadas aos diversificados diagnósticos, mais aguçados quanto mais raros como no caso da tripanossomose.

Educação sanitária

Considerando a educação sanitária como principal elemento para desvendar certas manifestações da tripanossomose e de incontestável e imprescindível valor na profilaxia, realizei, em diversas épocas e em todos os quadrantes do Estado, conferências e palestras sobre o assunto.

Como reflexo da educação sanitária, sempre acessível à nossa gente, quando psicologicamente motivada, e consequência direta das conferências e palestras, obtive ótimos resultados esclarecedores da incidência da tripanossomose, com os casos agudos, coincidentemente apresentados e obtenção de numerosos exemplares de triatomíneos.

A participação da imprensa leiga contribuiu para aquisição de valioso material de estudo.

Fatores econômicos e diagnóstico coletivo

Direta e proporcionalmente ligadas à questão econômica, da alçada oficial, as realizações para o diagnóstico coletivo, imposição epidemiológica moderna, são principalmente: 1º) Levantamento sorológico, técnica e cientificamente padronizado; 2º) Eletrocardiografia por equipe especializada; 3º) Radiologia como elemento subsidiário de diagnóstico; 4º) Exame clínico dos casos; 5º) Supervisão prevendo eventuais contaminações, como na transfusão de sangue, seleção no serviço militar, etc.; 6º) Processos expeditos de diagnóstico laboratorial, visando a tríade: gôta espessa, xenodiagnóstico e sinal de Romaña; 7º) Levantamento parasitológico.

Todos êstes processos são mais viáveis no interior, como preconizo, por equipes volantes, em viaturas adredeamente equipadas, para o que não deve, absolutamente, haver restrição orçamentária.

Oscilante atuação oficial

A atuação estritamente oficial esbarra-se, como impecílio, na extensão e grandiosidade do território nacional.

O que é relativamente fácil nos países pequenos e desenvolvidos, o mesmo problema, só pela locomoção, para imediato atendimento, torna-se custoso.

A oscilante atuação oficial provém mais do fator econômico do que precisamente técnico.

O cientista brasileiro e o compenetrado funcionário público que se impõem pela inteligência e operosidade, o que constitui grande maioria, vêem-se, muitas vezes, cerceados pela exiguidade orçamentária.

Há, entretanto, técnicos cuja vida se escoa entre as quatro paredes de um laboratório, na eterna miragem de notável descoberta que não surge, com desprezo da rotina de salutar resultado, quando voltada ao interesse da coletividade.

Os complexos problemas nosológicos para serem equacionados nas grandes distâncias, de condições mesológicas diferentes, requerem vultosas verbas.

Os fatores negativos se refletem na profilaxia e no diagnóstico da tripanossomose em tôdas as diversificadas regiões do Estado.

As dificuldades das esferas oficiais se associam os óbices das atividades particulares.

Muitos diagnósticos de tripanossomose se perdem em conseqüência de obstáculos múltiplos, principalmente dos doentes vencerem grandes distâncias e dos médicos pelas mesmas razões e, sobretudo, pela escassez do tempo, oriunda da estafante policlínica do interior. A isto, também, se acrescenta a falta de informações técnicas e especializadas dos que labutam na árdua profissão médica nas longínquas paragens.

Subsídios dos centros comunitários

Com a fundação dos «Centros comunitários», de progressiva expansão, os principais óbices são removidos, quando sincronizados com as autoridades sanitárias, do que resulta um equilíbrio harmônico e, sobretudo, humano.

Na profilaxia das doenças de massa, como é o caso vertente, a coletividade, com mais intensidade na erradicação, participa voluntariamente na atuação oficial, quando motivada de maneira resoluta.

Com o desaparecimento dos transmissores, ultrapassados os períodos de incubação e da fase aguda, de preocupações mais prementes, restam os casos crônicos que exigem particulares e oportunas indicações diagnósticas nem sempre seguidas pelos médicos e laboratoristas.

Uma zona desinsetizada traz incensurável tranqüilidade à comunidade como tive oportunidade de observar em um grande raio de ação em tórno da cidade de Ipameri, no Estado de Goiás, em

agosto de 1969, onde o Serviço Oficial de destriatomização foi realmente eficiente.

Triatomíneos do Rio Grande do Sul

O conhecimento das espécies de triatomíneos do Estado é uma questão básica que deveria ser o roteiro dos clínicos e sempre presente nas anamneses que visam ao diagnóstico da tripanossomose.

Sete são as espécies dos transmissores, com distribuição geográfica mantendo relativa demarcação, salvo no caso dos parasitos desgarrados dos respectivos habitáculos preferenciais.

São as seguintes espécies: *Triatoma infestans*, *Panstrongylus megistus*, *Triatoma rubrovaria*, *Neotriatoma circummaculata*, *Triatoma sordida* e *Panstrongylus tupynambai*.

As mais importantes na transmissão do *Trypanosoma cruzi* são: *Triatoma infestans*, *Panstrongylus megistus* e *Triatoma rubrovaria*.

Infestação urbana

Do ponto de vista epidemiológico e estritamente ligado ao diagnóstico, é da máxima importância o conhecimento da presença de triatomíneos nas zonas centrais e periféricas das nossas cidades.

Em plena zona urbana os triatomíneos foram encontrados em: Bagé, Caçapava do Sul, Cacequi, Cachoeira do Sul, Candelária, Canoas, D. Pedrito, Encantado, Encruzilhada do Sul, Eral do Sul, Farroupilha, São Vicente, General Vargas, Gramado, Horizontina, Iraí, Livramento, Montenegro, Paanmbi, Pinheiro Machado, Piratini, Pôrto Alegre, Rio Pardo, Santiago, São Borja, São Francisco de Assis, São Gabriel, São Luís Gonzaga, Santa Maria, Santa Rosa, Santo Ângelo, Sarandi, Sobradinho, Tapera, Três de Maio, Três Passos, Uruguaiana e Veranópolis.

Infestação suburbana

Nas zonas suburbanas das seguintes cidades constatei a presença de triatomíneos com predomínio do *Triatoma infestans*:

Alegrete, Bagé, Caçapava do Sul, Cacequi, Cachoeira do Sul, Camaquã, Cruz Alta, D. Pedrito, Encruzilhada do

Sul, Erval do Sul, General Câmara, Ibirubá, Iraí, Jaguarão, Lavras do Sul, Livramento, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Pôrto Alegre, Rio Pardo, Rosário do Sul, Santa Rosa, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, Sobradinho, Taquara e Três de Maio.

Para melhor e mais precisa contribuição à anamnese estão divididas as zonas, urbanas e suburbanas, ainda que, praticamente representem a mesma significação pelas infestações recíprocas pelo fácil transporte, vôo e raio de ação dos triatomíneos com tendência a maior dispersão.

Triatomíneos de Pôrto Alegre

Pôrto Alegre é exemplo de eventual contaminação chagásica tanto na zona urbana como suburbana.

Constatarei triatomíneos nos seguintes lugares:

Panstrongylus megistus

Avenida Bagé, Petrópolis — Protásio Alves, esquina de Francisco Ferrer, — Protásio Alves com Ramiro Barcelos, — Protásio Alves, na Granja Jary.

Bairros e arredores

Glória, Vila Manrese, (1954) — Morro Santa Tereza, — Tristeza, — Vila Conceição, (1953), — Pedra Redonda — Colônia de Férias do Banco do Brasil, (+) em 1952, — Rua Coronel Marcos (+) 1953, 1958) — Ipanema — Morro do Sabiá, (1952, 1953 e 1958) — Cristal — Estrada da Cavalhada — Espírito Santo — Serraria — Paradas 25 e 27 — Ponta Grossa.

Pontos mais afastados.

Belém Velho, (1954) — Amparo Santa Cruz (1951) — Destacamento Policial (1954).

Belém Novo, Saco do Arado (1937) (+) — Avenida Beira Rio — Praça Inácio Antônio da Silva, (1961).

Lami — Agronomia (1958) — Abers das Morros (em árvore), (1953) + e 1953 (+).

Zonas limítrofes

Branquinha, (1955) — Capororoca (+) 1953 — Passo do Dorneles (1955) — Parque Saint Hilaire (+) 1966.

Triatoma infestans

Avenida André da Rocha, 1955 — Vila Conceição (+) 1955 — Cristal.

Municípios limítrofes.

O *Panstrongylus megistus* foi constatado em: Canoas, Gravataí e Viamão e o *Triatoma rubrovaria* em: Cachoeirinha (1955) e Gravataí.

Neotriatoma circummaculata

A distribuição geográfica dos triatomíneos varia, com diversos fatores, no tempo e no espaço.

Surpreendente foi a constatação que fiz da presença do *Neotriatoma circummaculata*, por duas vezes, no bairro de Teresópolis, em Pôrto Alegre no interior de domicílio, contrariando seus hábitos silvestres e muito longe aos habitáculos até então conhecidos: Alegrete, Caçapava do Sul, Canguçu, Encruzilhada do Sul, Rosário do Sul, Uruguaiana e D. Pedrito.

Se o fato constitui um detalhe da especialização parasitológica, nem por isso deverá passar despercebida aos clínicos que, com visão e proficiência, se dedicam ao diagnóstico da doença de Chagas.

Mais um exemplo de triatomíneo desgarrado do seu habitáculo preferencial é a constatação do *Triatoma rubrovaria* no município de Bom Jesus, de grande altitude, com geadas e nevadas no inverno.

Contaminação urbana

Uma das mais frequentes e graves falhas no diagnóstico da doença de Chagas é a resultante da incompleta anamnese por diversos e complexos motivos.

Nem sempre o clínico se detém na exata procedência ou lugares de permanência das pessoas suspeitas ou de possíveis contaminações.

Com a limitação dos doentes às cidades, a priori é afastada a hipótese do diagnóstico da tripanossomose por mínima absoluta de conhecimento a respeito da distribuição geográfica dos triatomíneos no Rio Grande do Sul e respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

A doença de Chagas, efetivamente, na dependência dos fatores de probabilidade, pode ser contraída nas zonas urbanas, servindo de exemplo Pôrto Alegre.

Fonte potencial de contaminação

Uma das constatações de significativa expressão epidemiológica, como fonte potencial de contaminação da doença de Chagas, foi a infestação que encontrei no Parque Saint Hilaire, na zona limítrofe entre Pôrto Alegre e o município de Viamão.

Em uma casa de madeira, tipo costaneira, excelente habitáculo para triatomíneos, ponto de repouso semanal dos escoteiros e outras pessoas, encontrei 14 exemplares de adultos de *Panstrongylus megistus*, dos quais cinco infectados pelo *Trypanosoma cruzi*.

Constatei, também, ecdises e ninfas em diferentes estádios evolutivos que evidenciam a adaptação da espécie em domicílio, fato que contrariou tôdas as minhas observações anteriores.

Os freqüentadores dêste ambiente, como de resto outro semelhante, podem contrair a tripanossomose, sem remontar, mais tarde à origem de eventual contaminação.

Insetos supostos transmissores de tripanossomose

Fui reiteradamente solicitado para realizar xenodiagnósticos em casos erradamente suspeitos de tripanossomose, por vários motivos, atribuídos à interferência de insetos supostos transmissores de doença de Chagas.

O erro na identificação de um triatomíneo é relativamente comum, salvo nas zonas de domínio do *Triatoma infestans*.

Contínuos enganos são cometidos também por médicos, alguns com responsabilidade oficial.

Estatística

A incidência da doença de Chagas no Rio Grande do Sul ressent-se de dados estatísticos seguros.

Muitos casos não são notificados, uns por desídia ou displicência profissional, outros por falta de comprovação diagnóstica laboratorial.

A Estatística Demógrafo-Sanitária deve ser rigorosa, completa e atualizada, como fator expressivo e orientador dos problemas nosológicos e, principalmente, para ilações comparativas,

Da Estatística, no período de 1939 a 1958, constam os principais dados referentes aos casos de doença de Chagas, consignados na publicação de 1959: Caçapava do Sul, 22; Encruzilhada do Sul, 72; Sobradinho, 12; Santo Ângelo, 26; São Vicente, 5; Itaqui, 6; Rio Pardo, 7; Santa Maria, 8; São Jerônimo, 5 e Cachoeira do Sul, 5.

Com referência aos municípios citados, constatei nos numerosos triatomíneos capturados, os seguintes índices de infecção: Caçapava do Sul, 50%; Encruzilhada do Sul, 62%; Sobradinho, 25%; Santo Ângelo, 9%; São Vicente, 65%; Itaqui (não determinado); Rio Pardo, 30%; Santa Maria, 43%; São Jerônimo, 22%; Cachoeira do Sul, 19%.

Incidência da tripanossomose

Continua a evidente disparidade entre a larga distribuição geográfica dos triatomíneos, sobrelevando o *Triatoma infestans*, espécie domiciliária e principal transmissora e respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi* com a estatística oficial dos casos notificados.

Há municípios, altamente infestados e de acentuado índice de infecção do transmissor sem registro oficial de casos de tripanossomose.

As causas essenciais desta situação são: 1) Irregularidade ou falta de notificação compulsória dos médicos; 2) Deficiência dos processos laboratoriais de diagnóstico; 3) Despreocupação ou falta de atendimento para certas formas clínicas, como manifestações nervosas, digestivas, etc.; 4) Anamnese incompleta ou divorciada da epidemiologia, principalmente no que tange à infestação e infecção dos vetores; 5) Desatualização médica por motivos óbvios; 6) Conseqüências malélicas do curandeirismo nas longínquas paragens; 7) Casos sem assistência médica.

Infestação e infecção

Consignei, em trabalhos anteriores, a relação dos municípios com a inclusão dos distritos, zonas suburbanas e urbanas infestados, em proporções diversas, pelas diferentes espécies de triatomíneos com os respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

A espécie domiciliária por excelência e a maior responsável como transmissora do *Trypanosoma cruzi* é o *Triatoma infestans*.

De acôrdo com os dados publicados, dos triatomíneos capturados em todos os quadrantes do Rio Grande do Sul, o índice de infecção para o *Trypanosoma cruzi* é de 40,50%.

Com menor distribuição geográfica e proporção relativa de infecção, diante dos exemplares capturados e examinados, é o *Panstrongylus megistus* cujo índice de infecção de 41,50% necessita de maior base estatística.

Segue-se o *Triatoma rubrovaria* de particular área de dispersão com o índice de infecção de 25,50% com diminuto número estatístico. Apresenta início de adaptação domiciliária como evidencia a presença de ninfas e adultos nos quartos de dormir conforme constatação que fiz em São Francisco de Assis.

Discordância epidemiológica

Observa-se, de fato, discordância entre a distribuição geográfica dos triatomíneos infectados pelo *Trypanosoma cruzi* e a incidência da doença de Chagas.

O «complexo cruzi» envolve fatores sócio-econômicos do meio, tipos de habitações, probabilidades de contaminações, intercorrência dos animais reservatórios do parasito e outros elementos dependentes da transmissão, virulência, raça ou cepas do *Trypanosoma cruzi*.

Mesmo variando a prevalência das diversas formas clínicas, o que não resta dúvida é que a tripanossomose ocorre em graus variáveis, passando, quicã desapercebidos os casos ambulatorios, inaparentes ou frustos no território gaúcho.

Os casos de sinal de Romana, sem assistência médica, pelo tempo limitado de evolução e natural regressão do processo, comumente passam ignorados. Outros submetem-se ao tratamento caseiro,

enquanto alguns são enviados aos médicos pelas pessoas já advertidas do assunto, através da leitura ou consequência da educação sanitária.

Com facilidade passam sem diagnóstico certas formas clínicas com anamnese incompleta ou divorciada da epidemiologia específica ou os casos assintomáticos.

Fogem ainda ao diagnóstico: pessoas arredias ao tratamento médico; outras sem possibilidades de assistência especializada; as que são tratadas pelos curandeiros; pessoas que morrem subitamente, sem passado mórbido alarmante e outros motivos.

Não obstante, nos últimos tempos, tem havido maior interesse para o diagnóstico da tripanossomose não só na Capital como no interior, destacando-se a comprovação anátomo-patológica.

Megaviscerus

No Rio Grande do Sul a questão do megaesófago e megacólon necessita de maiores investigações.

O fato suscita particular interesse pela situação geográfica do Estado comparada com o Uruguai e Argentina onde já houve controvérsia.

Possuo dados sobre alguns casos ocorridos em São Luís Gonzaga, Pôrto Lucena, Cerro Largo e Santa Rosa acometendo crianças e adultos.

Entretanto a ocorrência dos megas no Estado não corresponde à incidência da tripanossomose e à distribuição geográfica dos triatomíneos, como revela o inquérito a que procedi entre os principais clínicos e cirurgiões, tanto da Capital como de algumas cidades do interior.

Do estudo comparativo entre o Uruguai, Argentina e Rio Grande do Sul, sem apressadas ilações, surgem dois fatores: condições climáticas aproximadas e alimentação no que se refere ao uso inveterado da erva-mate, principalmente pelo chimarrão que envolve a questão da temperatura na análise do fenômeno.

Cecílio Romana, a grande autoridade da Argentina, cita o Rio Grande do Sul como exemplo da disparidade entre a grande infestação pelo *Triatoma infestans* e ausência do megaesófago endêmico.

O mesmo autor refere-se a que em muitas zonas rurais da América onde existe a tripanossomose não se encontra com a mesma frequência, síndromes de megásceras, como em certas regiões do Brasil, citando a Venezuela como exemplo de pouca incidência.

Romaña, com resultados positivos, realizou investigações em Salta, Santiago del Estero e Chaco, na Argentina.

A. Neghme, no Chile, em latitude diferente das regiões citadas, assinala casos de síndromes digestivos na tripanossomose.

Casos agudos despercebidos

Na minha peregrinação pelo interior do Estado, de duração variável em cada município, dependendo das tarefas técnicas, tive oportunidade de surpreender casos agudos de doença de Chagas, com o clássico sinal de Romaña, nas seguintes cidades: São Gabriel, Santa Maria, Bagé e Encruzilhada do Sul.

As reações oculares resultantes da ação irritativa de diferentes insetos e outros motivos não fogem à observação nas mesmas circunstâncias.

Pseudo-sinal de Romaña

Em outubro de 1967 registrei um caso de falso sinal de Romaña. Pelo edema e outras manifestações locais apresentava certa semelhança com o clássico sintoma.

A evolução, o retrocesso do edema e, sobretudo, a coincidente apresentação do exemplar causador do quadro mórbido, um *Pentatomídeo*, em parte mutilado pelo impacto motivado pela captura, esclareceram a verdadeira etiologia do curioso caso.

Miocardite e eletrocardiograma

Procurando analisar os fenômenos variáveis de miocardite, observados no Brasil e Argentina, socorro-me da autoridade de Romaña que calcula em 10% os doentes que apresentam miocardite enquanto, em Córdoba e sul de Santiago del Estero, a cifra atinge a 33% e no Brasil 50%. Os dados referentes ao Rio Grande do Sul não são suficientes para peremptórias conclusões.

A evolução da miocardite chagásica, dependendo dos fatores individuais e relacionados ao parasito, com alternâncias de sintomas, constituem dificuldade diagnóstica ao médico do interior que nem sempre dispõe de tempo prolongado para observação e recursos locais de diagnóstico.

Em várias cidades do interior gaúcho, cardiologistas de renome, atualmente, voltam grande atenção para os aspectos da miocardite chagásica.

Paralelamente ao diagnóstico sorológico impõe-se a realização sistemática de eletrocardiogramas de acordo com a distribuição geográfica dos triatomíneos e respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

Sorologia e eletrocardiologia

Em 1955, no município de Rosário do Sul, Therezino Brant e colaboradores do DNERu examinaram soros de 1265 indivíduos. O índice geral de positividade foi de 27%.

Os mesmos autores e em idênticas condições, no município de Itaqui, examinaram soros de 1394 pessoas com o índice geral de positividade de 31,92%.

Posteriormente fizeram inquérito sorológico e eletrocardiográfico em populações não selecionadas em zonas endêmicas de doença de Chagas nos municípios de: Encruzilhada do Sul, Itaqui, Rosário do Sul e São Jerônimo.

Dos trabalhos realizados concluíram: «a moléstia de Chagas, nas populações estudadas do Estado do Rio Grande do Sul, não se mostra particularmente importante, como fator de alterações miocárdicas crônicas».

Para conclusões peremptórias torna-se necessário maior número de exames em diversas regiões atendendo à complexa questão de virulência, raças, cepas do *Trypanosoma cruzi* e outros fatores relacionados com os triatomíneos, reservatórios, influência individual e das condições mesológicas.

Doença em Teutônia — Toxi-infecção com intercorrência de tripanossomose

Teutônia é a consequência dos inúmeros fatores consignados no presente trabalho, dos quais são destacados os seguintes itens:

1) Larga distribuição geográfica dos triatomíneos no Estado, com os respectivos índices de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, abrangendo praticamente todo o Estado.

2) Possibilidade de infecção, além da conhecida zona rural, nas zonas urbanas e suburbanas de 50 cidades do Estado, o que motiva casos de tripanossomose que passam despercebidos e não vislumbrados nas anamneses.

3) Presença de formas ambulatórias, inaparentes ou assintomáticas de difícil diagnóstico.

4) Deficiente educação sanitária da coletividade, subsídio auxiliar e valioso ao diagnóstico presumível da doença de Chagas.

5) Discordância de resultados sorológicos, eletrocardiológicos e de miocárdite chagásica no solo gaúcho.

6) Deficiência de dados estatísticos como base orientadora ao diagnóstico.

A extensa relação dos erros e deficiências no diagnóstico clínico e laboratorial da tripanossomose e demais particularidades, consignadas no presente trabalho, são fatores que denunciam a discrepância entre o número de casos de doença de Chagas diagnosticados e os que realmente existem sem confirmação peremptória.

Teutônia, distrito do município de Estrêla, Rio Grande do Sul, praticamente é uma zona sem infestação de triatomíneos. O primeiro foco de *Triatoma infestans*, não infectado, foi assinalado por mim no morro da Capivara, distrito de Languirú, aproximadamente oito quilômetros do ponto da incidência mórbida.

Para o Colégio Agrícola de Teutônia, ponto central dos acontecimentos mórbidos, afluíram de diversas localidades do Rio Grande do Sul, professores, alunos e funcionários, obviamente não examinados para qualquer diagnóstico presumível.

No inquérito epidemiológico que efetuei, todos, sem exceção, que tiveram xenodiagnóstico e reação de Machado Guerreiro positivos, em períodos variáveis, residiram em zonas de triatomíneos infectados pelo *Trypanosoma cruzi*.

O doente M. S., portador de uma cardiopatia, com reação sorológica positiva e desfecho fatal logo depois, nada apresentou no exame anátomo-patológico de confirmativo, ao diagnóstico à tripanossomose.

A sintomatologia dos doentes hospitalizados em Pôrto Alegre foi polimorfa e inespecífica.

Das 18 pessoas abruptamente acometidas, cinco faleceram em diferentes idades e somente duas foram autopsiadas com a evidência do *Trypanosoma cruzi* no miocárdio, diagnóstico realizado na Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, da U.F.R.G.S.

Ocorreu realmente uma toxinfecção por germes não identificados em razão da intervenção tardia das autoridades sanitárias na oportunidade e porque as vísceras cuidadosamente enviadas, em baixa temperatura, pelos Drs. Hércio Pegas e José Lino Eloy, quando chegaram a Pôrto Alegre, foram imediatamente formolizadas, não permitindo melhores esclarecimentos etiológicos, como de fato não apareceram.

Dois gatos que comeram resto da comida que determinou tão insólita, intensa e brutal morbidade e mortalidade morreram, conforme declarou o Dr. José Lino Eloy, que não conseguiu autopsiá-los.

Não foi diagnosticado nenhum caso de tripanossomose «in vivo».

O trabalho que surgiu posteriormente, sem referência à minha interpretação, atribuindo uma provável contaminação coletiva, por via oral, do *Trypanosoma cruzi*, esbarra nos seguintes fatores ainda obscuros: 1) Excepcional fragilidade do *Trypanosoma cruzi* no meio exterior; 2) Conservação do poder patogênico do parasito nos variados alimentos, sob todas as condições físicas e químicas; 3) Grau de virulência do *Trypanosoma cruzi* capaz de determinar hecatombe tamanha; 4) Variáveis reações dos organismos, dos sintomas e outras peculiaridades pressupostas na conjuntura.

Todas as referências sobre a ocorrência de Teutônia, que representa um fenômeno de concausa ou coincidência mórbida, estão expressas no meu traba-

lho «Doença de Teutônia», 1965, nos Anais da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — 25:17-44, figs. 13.

O único caso aparentemente contraditório refere-se ao estudante I. G., morador em Pôrto Alegre, de rápida passagem em Teutônia com reação de Machado-Guerreiro positiva.

O inquérito, a que procedi, demonstrou que sua residência, onde estive em inspeção, entre a estrada da Cavallhada e Tristeza, é zona de *Panstrongylus megistus*.

Acresce a circunstância, a merecer devido destaque, de que o paciente costumava pescar no Lami, onde anteriormente assinalai a presença da mesma espécie de triatomíneo.

Os casos ocorridos em Teutônia estão enquadrados neste complexo de exposição de ocorrências mórbidas.

Houve, realmente, uma toxi-infecção de origem alimentar, não diagnosticada na oportunidade, que envolveu antigos chagásicos sem antecedentes alarman-tes.

O tratamento, a que foram submetidos os doentes em Teutônia, entre outros medicamentos, com altas doses de corticosteróides, reativou o processo crônico chagásico, expresso no exame anátomo-patológico.

Constitui tal ocorrência na literatura médica, a primeira observação no organismo humano de tal fenômeno já comprovado «in anima vili».

O «Tropical Diseases Bulletin», vol. 65; n. 4, abril 1968, traz, fora do habitual, um extenso resumo do meu trabalho sobre a «Doença em Teutônia», pon-do de relêvo a ação dos corticoesteróides na reativação do *Trypanosoma cruzi* e na conseqüente agravação do quadro clínico, como assinalai.

Resumo

O presente trabalho abrange o estudo dos erros e deficiências no diagnóstico da doença de Chagas no Rio Grande do Sul e primeira observação da ação dos corticoesteroides sobre o *Trypanosoma cruzi* no organismo humano.

São apontados os seguintes itens:

1) Oscilante atuação oficial; 2) Falta de informação técnica e especializada dos médicos sobrecarregados na afanosa policlínica da zona rural onde maior é a incidência da tripanossomose; 3) Escasso subsídio laboratorial ou perda da oportunidade do exame na fase aguda ou imperfeição da propedêutica médica; 4) Exigüidade da estatística; 5) Indiferentismo do leigo por mingua de educação sanitária ou de conhecimentos gerais; 6) Errônea concepção dos médicos de atribuírem a contaminação chagásica somente da zona rural, inadvertidos de que inúmeras cidades constituem focos potenciais da doença de Chagas, como, por exemplo, Pôrto Alegre; 7) Anamnese incompleta pelo desconhecimento da distribuição geográfica dos triatomíneos; 8) Dificuldade do diagnóstico diante das formas frustas, anômalas, inoperantes, ambulatorias e inadvertência para os casos de megas; 9) Miocardites ou miocardiopatias sem diagnóstico etiológico ou passadas despercebidas; 10) Falta de correlação entre a larga distribuição geográfica dos triatomíneos no Rio Grande do Sul, com alto índice de infecção pelo *Trypanosoma cruzi* e a incidência comprovada de casos humanos de doença de Chagas. 11) Contestação da via oral na ocorrência mórbida de Teutônia; 12) Primeira observação da ação dos corticoesteróides sobre o *Trypanosoma cruzi* no organismo humano.

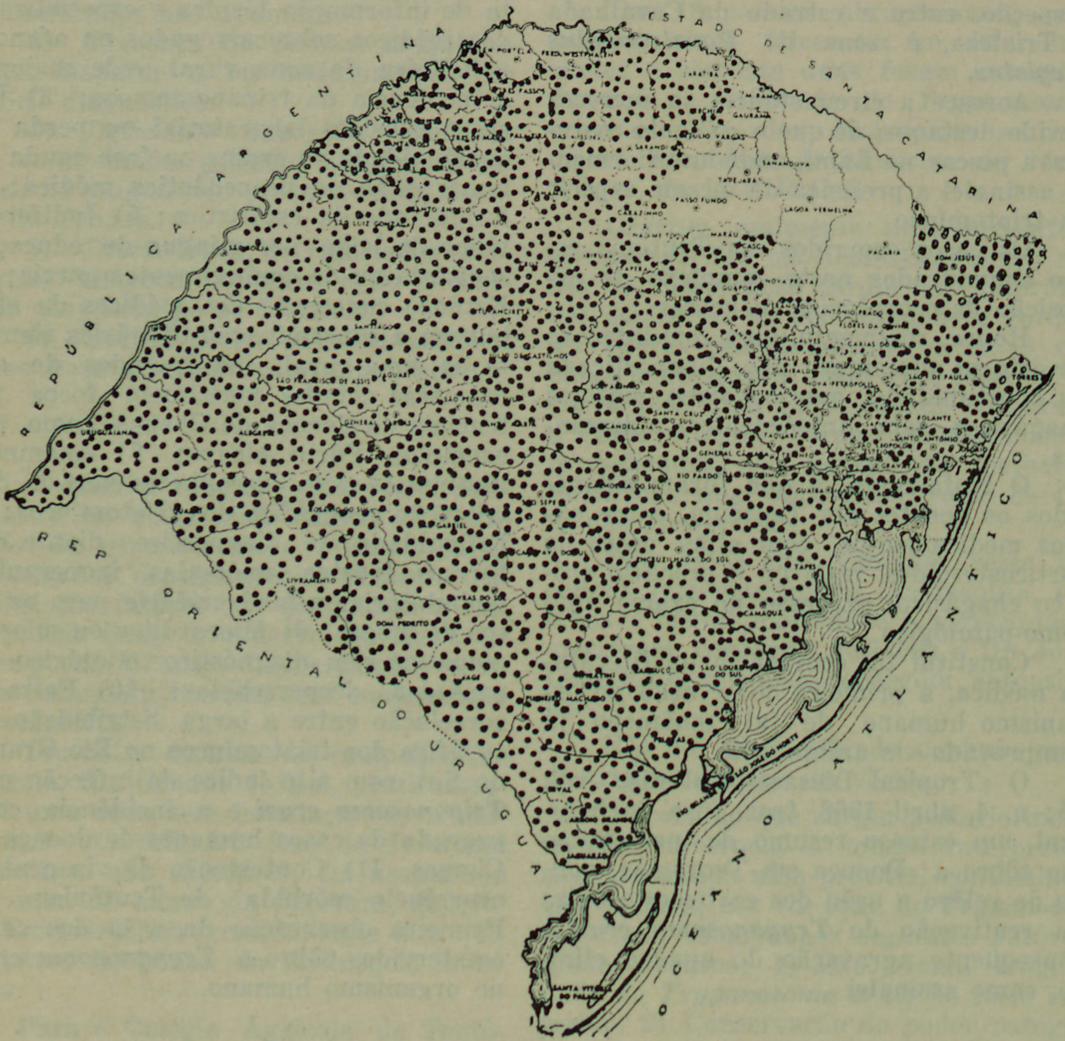


Fig. 1 — Distribuição geográfica dos triatomíneos no Estado do Rio Grande do Sul