

AMEBIASE

DR. HAROLDO DE AZEVEDO SODRÉ

Serviço de Gastro-Enterologia da Santa Casa

MUNSGRAVE deu o nome de "Amebiase" à infestação por amebas, nome esse que é, hoje, geralmente, adotado por abranger todas as afeções causadas por esse parasita. A localização de amebas nos intestinos é denominada por RACHET de amebiase intestinal crônica, fazendo ressaltar com essa denominação a preponderância intestinal da molestia e o seu decurso crônico. Na verdade, a amebiase é uma molestia intestinal e, mesmo nos casos de abscesso de fígado, pulmão, etc., encontraremos, sempre, uma localização intestinal do parasita.

Patologia — O estudo da patologia da amebiase é interessante e de valor prático na compreensão dos quadros clínicos e da orientação do tratamento. Já, em 1891, COUNCILMAN e LA FLEUR interpretavam, da seguinte maneira, a patogenia da infecção amebiana: "A ulceração parece ser consequente à invasão da mucosa pelo parasita, que entra passando através do tecido interglandular e, em alguns casos, penetra nas glandulas... Isto é devido, principalmente, à ação de produtos elaborados pela própria ameba".

Si as lesões são produzidas em consequência das substâncias elaboradas pela própria ameba, ou se ela penetra nos tecidos somente graças aos seus movimentos e poder de penetração, não nos cabe, agora, discutir.

O fato é que a endameba histolítica é um parasita dos tecidos e aí se fixa. Segundo DOBBEL e O'CONNOR, verifica-se o seguinte: como regra, a lesão provocada na mucosa intestinal do hospedeiro é compensada, em parte, pela regeneração dos tecidos. Estes ficam mais ou menos em paz com as amebas e um equilíbrio se estabelece entre parasita e hospedeiro. Tal estado de equilíbrio deve ser considerado como típico ou normal nas infestações pela endameba.

Esse modo de ação do parasita é aceito pela maioria dos autores. O quadro clínico depende da reação do organismo à infestação, reação local ou geral, e das infecções secundárias ou associadas. As reações locais têm pouca importância na gênese dos sintomas. Podemos ter lesões acentuadas como, por exemplo, grandes ulcerações com sintomas discretos ou, mesmo, sem sintoma algum. O equilíbrio entre parasita e hospedeiro ainda se mantém e pode manter-se durante anos, sem a mais leve sintomatologia ou com discretas perturbações, até que se instale um surto diarreico ou uma manifestação à distância, como um abscesso de fígado. Uma literatura enorme existe, nesse sentido,

mostrando que lesões extensas, provocadas por amebas histolíticas, têm sido, frequente, encontradas em autopsias de indivíduos que, entretanto, não apresentavam passado intestinal apreciável. Por esse motivo, o termo portador, isto é, indivíduo que possua o parasita, em por êle sofrer lesão alguma, não é bem aplicado á amebíase. A presença de amebas histolíticas indica, sempre, a existencia de uma amebíase. A amebíase propaga-se por via hemática e por contiguidade. Atingindo a circulação, ela poderá, ou pelo sistema porta ou pelo sistema cava, determinar as mais variadas localizações extra-intestinais. Varios autores admitem, na maioria dos casos de amebíase, o comprometimento do figado e vias biliares. Aliás, os texts propostos por CASTELLANI, para diagnostico da amebíase, baseiam-se nesse fato.

Sintomatologia — Na clinica, temos a confirmação do que acabamos de relatar. A variedade dos sintomas, apresentados pelos doentes ou por um mesmo doente no decurso de sua enfermidade, depende do equilibrio entre parasita e hospedeiro. O comprometimento do figado, as modificações do meio intestinal, quer pela ação diréta do parasita sobre a mucosa intestinal, quer pelas modificações da flora intestinal que êle ou as infecções associadas ou secundarias podem trazer, explicam a variedade da sintomatologia. A divisão dos doentes, segundo o tipo de sintomas, é quasi impossivel. Num mesmo doente encontramos, com frequencia e sucessivamente, todas as fezes e, em outros, apenas, um só sintoma, sendo que não é raro existirem amebas em individuos que não apresentavam sintoma algum digestivo, queixando-se, apenas, de perturbações gerais vagas como dores de cabeça, nevralgias, e que são curados com o tratamento da amebíase.

Poderemos distribuir os doentes de amebíase em grupos que preencham os principais sintomas apresentados do seguinte modo:

- 1) doentes com crises disentericas agudas;
- 2) doentes com crises de diarreia e perturbações intestinais ligada principalmente a excessos de alimentação;
- 3) doentes com constipação e dores no ventre;
- 4) doentes com perturbações ano retais como sejam: dores no anus, dificuldade de evacuar, sangue nas fezes, etc.;
- 5) doentes com perturbações digestivas vagas — dores no ventre — astenia, e com o funcionamento intestinal normal;
- 6) doentes com perturbações extra-digestivas com neuralgias, nervosismos, dores de cabeça, etc., etc.;
- 7) doentes com manifestações agudas da amebíase extra-intestinal (abcesso do figado, etc.).

No surto agudo, a disenteria amebiana é, mais ou menos, semelhante á disenteria bacilar. Caracterisa-se por dôres no ventre acompanhadas de diarreia, catarro, sangue e tenesmo. Naturalmente, o aspéto das fézes é diferente. Na amebíase, a febre é rara podendo,

no entanto, apresentar-se e atingir até 40°. Mas, sempre, é de curta duração, cessando após tres dias, mais ou menos, mesmo sem medicação especifica ao passo que, na disenteria bacilar, a febre é constante e sempre elevada. Existem casos de surtos agudos de amebiase com violencia extraordinaria e exito lethal. Nesses casos, a temperatura é elevada, dores violentissimas, astenia pronunciada e diarréia intensa com eliminção de tecidos necrosados. Segundo CRAIG, esses casos ou são uma associação de amebiase com disenteria bacilar, ou então, uma infecção associada geralmente á amebiase por streptococos. Essa forma é, porém, muito rara entre nós. A amebiase, no surto agudo, pode confundir-se, além da disenteria bacilar, com as colites ulcerosas.

Colites ulcerosas — Quanto ás colites ulcerosas lembramos que elas não constituem uma entidade morbida. Segundo BARGEN, é um grupo de doenças com sintomas comuns. Divide-se em: colites ulcerosas de origem amebiana, as provocadas pelo diplo streptococcus por êle encontrádo; as tuberculosas, as consequentes á avitaminose e aos surtos agudos da doença de NICOLAS FAVRE retal; e aquelas hemorragico-purulentas, cujas causas são, até hoje, desconhecidas.

Diagnostico — No surto agudo, além da sintomatologia mais ou menos caracteristica, o exame de fézes, quando realizado com os devidos cuidados, sempre revela a presença de endamebas histoliticas. Fora do surto diarreico, o exame de fézes, a-pesar da administração prévia de purgativos salinos e do emprego de métodos de enriquecimento, falha com frequencia. Nesses casos, a anamnese tem grande importancia. Um passado disenterico tipico, perturbações intestinais evidentes são, sempre, indícios de amebiase, principalmente entre nós. Muitas vezes, os doentes se queixam de distensão abdominal, peso no estomago, dores no ventre, de preferencia no colon esquerdo e região ileocecal. Não raro encontramos doentes que tinham uma função intestinal normal e nos quais instalou-se uma constipação sem causa. E' preciso termos sempre em mente que a constipação é frequente na amebiase.

Desvio do complemento — E' um novo processo de grande alcance para o diagnostico da amebiase. Infelizmente ainda não temos experiencia pessoal sobre o assunto.

Além das perturbações intestinais propriamente ditas, existem, como já vimos, perturbações gerais: nervosismo, insonia, nevralgias. As perturbações digestivas são frequentes; daí muitos autores falam em colicistites amebianas, etc. Não são raras, tambem, as perturbações urinarias, que se explicam, em alguns casos, pela congestão da zona anorectal trazendo contrações do esfincter anal e perturbações de micção. Alguns autores chamam a atenção para a importancia da amebiase nas bacteriurias e nas infeções urinarias, frequentes nos individuos denominados de dispepticos.

O exame fisico tem pouco valor. O sinal da dôr, á palpação, no colon esquerdo, é comum a todas as afeções desse órgão. O aumento não só do figado como, também, da maciszez na area de projeção do baço, pouco auxilio trazem ao diagnostico.

Apendicite e amebiase — A dôr na fossa iliaca direita é frequente nos doentes de amebiase, sendo facilmente explicavel por ser essa região um dos pontos de eleição das lesões amebianas. Vê-se, daí, a necessidade de cuidado no se diagnosticar apendicite nos doentes portadores de amebas. Na verdade, as amebas podem provocar ulceração no apendice, dando um quadro de apendicite aguda, e mesmo, de perfuração. No entanto, essas lesões cedem quando tratadas em tempo e convenientemente. Por esse motivo, necessario se faz um tratamento adequado antes da indicação operatoria. Naturalmente, o doente de amebiase pode ter, uma apendicite aguda inter-corrente. Mas nos casos de amebiase, a operação nem sempre dá bons resultados. CRAIG acentúa o fato de que, no surto epidemico de Chicago, a mortalidade foi bastante elevada nos casos em que a intervenção foi realisada.

Enterites amebianas — A presença de ulceras amebianas na porção terminal do ileon já foi constatada por muitos autores. Mas a existencia de uma enterite amebiana com a localização radiologica da alça lesada e a retirada do parasita através da sonda ainda não foi comprovada. No serviço sob a orientação do Prof. VAN DER REIS, numerosos casos de amebiase com lesões evidentes no delgado têm sido observados. Nesses casos, é interessante notar-se que, durante o tratamento medicamentoso, desaparecem os sintomas, reaparecendo, porém, com a suspensão do mesmo. Esse fato nos leva a crer em uma localização enterica da amebiase e na necessidade de tratamento local adequado. Com efeito, quando existem lesões pronunciadas da mucosa, o tratamento local é indispensavel.

Sendo difficil a identificação dos parasitas nas fézes, muitos autores aconselham as provas terapeuticas, isto é, o tratamento medicamentoso em todos os casos suspeitos. Aachamos que tal processo não é recomendavel. A amebiase é uma doença que exige um tratamento longo, devendo, por isso, ser diagnosticada seguramente. Quanto á prova da emetina, isto é, o aparecimento de endamebas nas fézes após injeção de 0,04 de emetina, durante 3 dias, não temos experiencia pessoal sobre o assunto. Aachamos indispensavel, nos casos de amebiase, o exame endoscopico e, sempre que possivel, o exame radiologico do colon para a orientação terapeutica.

Exame endoscopico — Dada a frequencia das localizações das lesões amebianas no réto sigmoide, o exame endoscopico é de extraordinario valor no diagnostico dessas afeções. A facilidade e a inocuidade desse metodo de exame fazem com que o mesmo deva ser aplicado sistematicamente. Infelizmente, porém, dada á patologia da

amebíase, nem sempre é possível verificar-se, pela retoscopia, lesões características dessa infestação. BENSUADE afirma mesmo que não existem lesões que possam ser consideradas como típicas de amebíase. Além da verificação da existencia de lesões na mucosa reto-sigmoide, o exame endoscopico facilita a retirada, através do aparelho de material de regiões suspeitas, auxiliando pela constatação da presença do parasita, a realização do diagnostico. O aspéto endoscopico varia extraordinariamente mas a existencia de lesões retosigmoide e a identificação do parasita estabelecem o diagnostico. As lesões encontradas não estão, como já foi dito, de acôrdo com o quadro clinico, o que se póde verificar constantemente. Por esse motivo, não vamos mostrar as lesões de acôrdo com o quadro clinico da doença e sim estudá-las

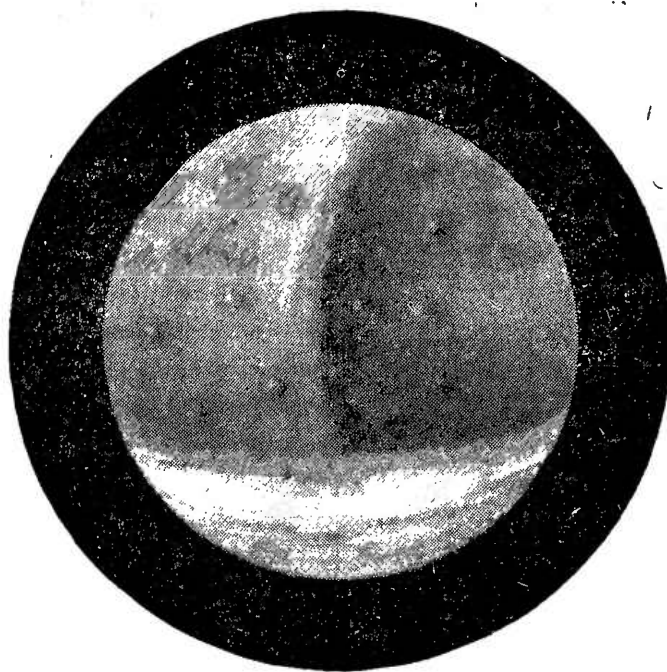


FIG. 1
Des. A. Esteves
AMEBIASE INTESTINAL
Micro-abscessos

sob o aspéto com que se apresentam. Assim chamaremos a atenção para aquelas que são mais frequentes e, podemos dizer, segundo a nossa experiencia pessoal, que são características da amebíase. Dividiremos as lesões nos seguintes grupos:

- Micro abscesso;
- ulcerações;
- modificações do aspéto da mucosa;
- granuloma;
- polipo.

Micro-abscesso — A parasita, ao penetrar na mucosa, produz uma pequena papula que se tumefaz, formando uma saliencia que, no seu apice, tem uma crôsta amarelada. Com a passagem do retoscopio,

a crôsta se destaca e fica uma pequena superficie ulcerada, que sangra (Fig. n.º 1).

Ulcerações — As úlceras amebianas apresentam-se sob os mais variados aspétos. Como vimos, o micro-abcesso, ao abrir-se, forma uma pequena ulcera. Esta pode cicatrizar-se ou aumentar, dando origem a uma ulcera de aspéto arredondado. Outras vezes, a ameba, penetrando na submucosa, destrói o tecido, produzindo uma crôsta que, se destacando, dá á ulcera o seu aspéto característico de botão de camisa (Fig. 2). Nessas úlceras, a lesão da sub-mucosa é mais extensa que na mucosa e, num corte microscopico, notaremos uma parte que se estreita na superficie para se alargar na profundidade,

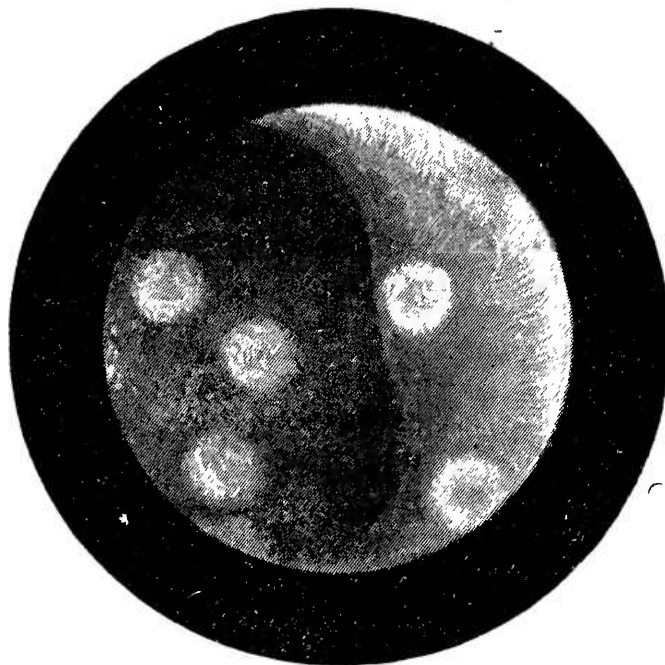


FIG. 2'

Des. A. Esteves

AMEBIASE INTESTINAL

Ulcerações em forma de botão de camisa

fazendo lembrar o formato de um gargalo de garrafa (Fig. 8). Nas pequenas úlceras — botão de camisa — a infiltração vae até a sub-mucosa. Essa infiltração também pode ser atribuída, em parte, a germens secundarios. Não é raro vermos relatorios de exames anatomo-patologicos com biopsia deste material revelando, apenas, úlceras infetadas. A ulcera pode extender-se não só em largura como em profundidade (Fig. 3). A infiltração é bem mais rara, podendo atingir a musculatura e mesmo a serosa, havendo casos de perfuração. Muitas vezes, as úlceras comunicam-se através da sub-mucosa, formando verdadeiros canais.

Nota-se, com mais frequencia, as pequenas úlceras esparsas na mucosa, cujo aspéto é mais ou menos normal ou, então, acha-se congestionada ou coberta de mucco. As úlceras maiores têm um aspéto

irregular, de bordo duro, estão recobertas por uma crôsta amarelada e sangram facilmente á passagem do aparelho (Fig. 4). São, porém, em pequeno numero; muitas vezes, encontramos, apenas, uma. Ao toque do aparelho, dão a sensação de induração. Essa induração é limitada á base e bordo da ulcera. O resto da mucosa apresenta consistencia normal.

Deve-se notar que a infiltração, quando existe na amebiase, é localizada. O resto da mucosa é normal e o exame se faz perfeitamente. Esse fato tem valor para o diagnostico diferencial principalmente nas colites ulcerosas onde encontramos uma infiltração difusa da parede intestinal.



FIG. 3

Des. A. Esteves

AMEBIASE INTESINAL

Ulcerações recobertas de falsas membranas

Frequentemente, não encontramos verdadeiras úlceras mas notamos, apenas, erosões da mucosa que sagram facilmente. Essas pequenas erosões em forma de fenda, acham-se espalhadas na mucosa que, geralmente, tem um aspéto granuloso e apresenta-se anemiada.

Modificação do aspéto da mucosa — *Retite granulosa*: A mucosa apresenta-se como que despolida, rugosa, notando-se pequenas granulações que lhe dão um aspéto de pergaminho.

Anemia: A mucosa apresenta-se extraordinariamente anemiada com zonas mais congéstas, notando-se os vasos turgidos. Tem um aspéto malhado, formado por zonas anemicas e outras quasi normais, em meio de um trama de vasos muito congestionados. Nessas zonas, encontra-se, ás vezes, pontos hemorragicos que se assemelham á mordida de pulga.

Edema: A mucosa apresenta-se edemaciada. Ao passar o retoscópio tem-se a impressão que a parede do réto está molhada. O edema pode ser, ás vezes, bem intenso, impedindo ou dificultando o exame.

Granuloma — O granuloma já foi, aqui, brilhantemente descrito pelo dr. EDSON DE OLIVEIRA. Trata-se de massa fibrosa, dura. Ora exteriorisa-se dando o aspéto de tumor fibroso, ora faz saliencia sob a mucosa que se apresenta bombeada, notando-se, pelo toque, um tumor duro. O diagnostico diferencial é de importancia, principalmente com o cancer. Muitas vezes, é possível obter-se, pela biopsia,

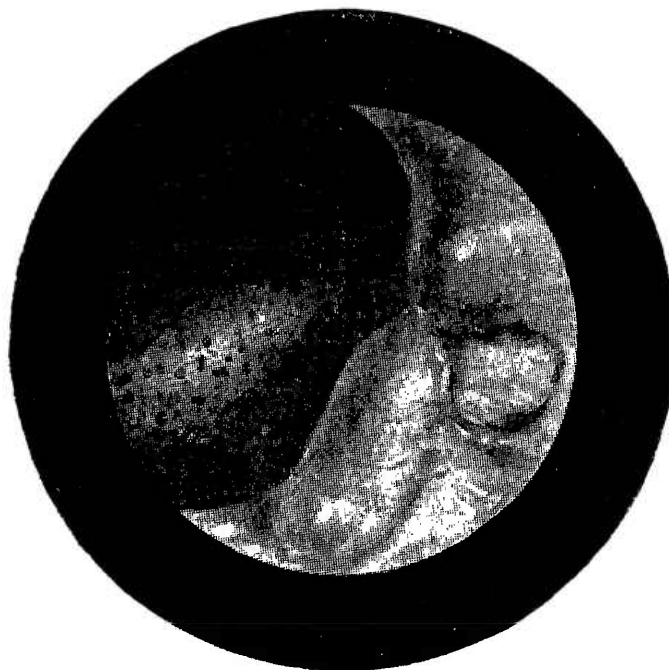


FIG. 4

Des. A. Esteves

AMEBIASE INTESTINAL

Ulceração á 6 centímetros acima do anus

material que, examinado, revêla uma trama fibrosa no meio da qual se encontram endamebas histolíticas. E' o que se vrifica numa prancha que **vamos projetar**. Trata-se de um caso de tumor colico de origem amebiana (Fig. 7).

Polipo — O polipo verdadeiro é um adenoma (Fig. 5). O que encontramos na amebiase são pseudo polipos constituídos por granulomas que fazem luz na mucosa intestinal dando, ao exame endoscopico, o aspéto de pequeno polipo sessil. Ao exame microscópico, vemos a estrutura do granuloma. Encontramos, tambem, verdadeiros adenomas em casos de amebiase. Para alguns, trata-se de tumores consequentes á irritação da mucosa predisposta ao desenvolvimento dos mesmos. Os polipos são solitarios ou em pequeno numero. Quanto

á polipose, doença generalizada do colon, segundo alguns de carater hereditario e de evolução quasi certa para a degeneração maligna, pôde ser associada á amebiase. Vamos mostrar as radiografias de doente de polipose, observado ha mais de seis anos (Fig. 6). Esse doente veio á consulta por sofrer de crises diarreicas. Examinado foi constatada a amebiase. O exame endoscopico revelou uma polipose disseminada do canal anal até a sigmoide. Pelos exames radiologicos, verificou-se a presença de polipos em todo o colon. Com o tratamento da amebiase, cessaram os sintomas e o doente, que contava 16 anos naquela ocasião, teve o seu desenvolvimento completo, sem perturbação alguma. Até hõje, queixa-se, de quando em vez, de pequeno

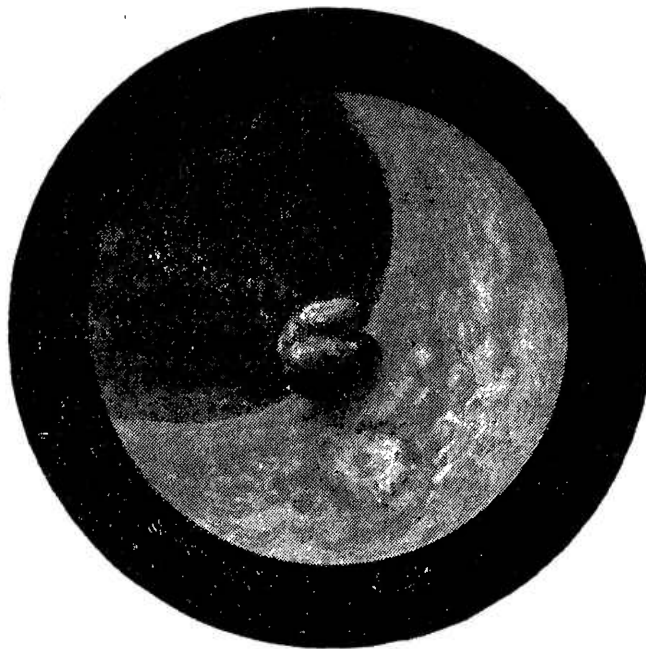


FIG. 5

Des. A. Esteves

AMEBIASE INTESTINAL

surto diarreico. A-pesar do tratamento intenso para amebiase e de duas curas de radioterapia, a polipose manteve-se inalterada e as chapas que os srs. vão ver mostram o aspéto dessas lesões, ha um mês atrás.

Estreitamento — Como já observamos, a tendencia á cicatrização é habitual na amebiase. As pequenas ulceras não deixam sinais. As ulceras grandes, quando não tratadas convenientemente, durante muito tempo, podem ao cicatrizar-se, formar retrações. Essas retrações são localizadas, trazendo perturbações funcional no intestino, sendo raro encontrar-se um estreitamento anular. O aspéto das retrações é irregular como o das ulcerações que as originaram. Outras vezes não são as cicatrizes que produzem a perturbação do transito e sim o granuloma. Este tumor reage bem ao tratamento, desaparecendo, depois dele, o obstaculo mecanico.

TRATAMENTO

A amebiase, na fase aguda, reage, prontamente, ao tratamento. Mas o parasita entra em equilíbrio com o organismo desaparecem os sintomas e obtem-se cura aparente. Daí as frequentes recidivas. Por este motivo, necessario se torna um plano geral de tratamento prolongado e em curas repetidas. Poder-se-ia dizer um plano semelhante ao empregado na cura da lues.

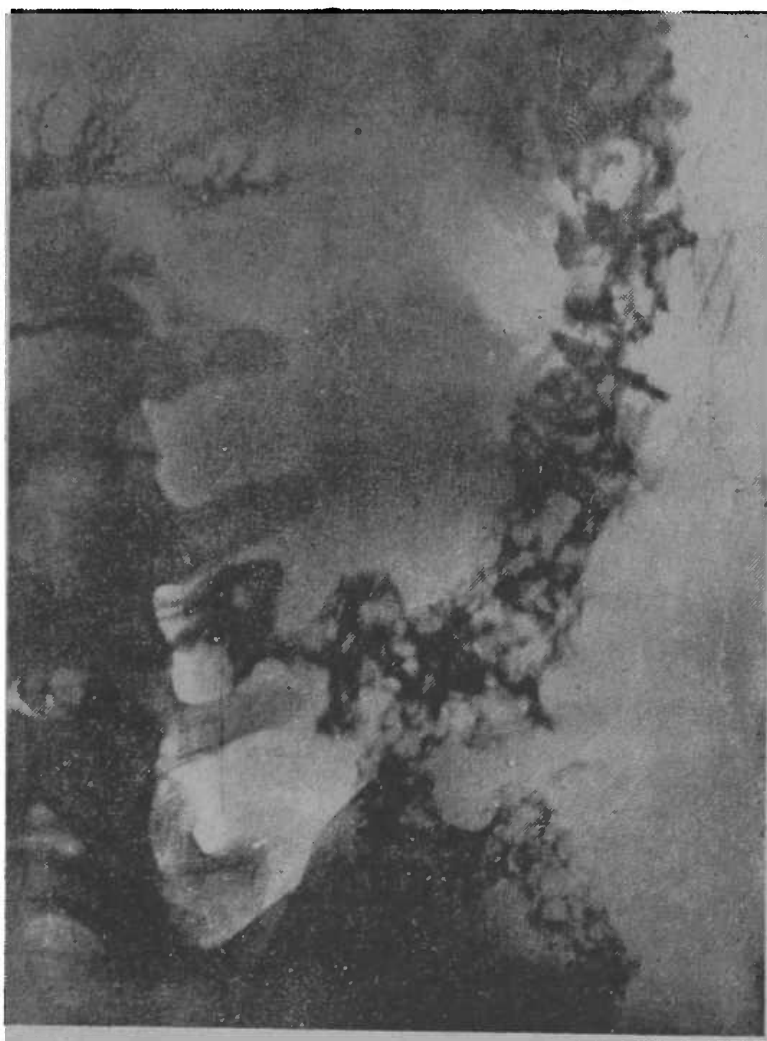


FIG. 6

Polypese do reto, sigmode e colons

Não nos cabe estudar todos os medicamentos empregados no tratamento da amebiase. Vamos tratar apenas dos principais, mostrando a nossa experiencia pessoal.

Emetina — A emetina tem uma ação evidente na amebiase. Infelizmente possui uma ação toxica notavel sobre a musculatura em geral e, particularmente, sobre o miocardio. Não vamos estudar esta ação, já sobejamente demonstrada. Limitamo-nos, apenas, a chamar a atenção para sua existencia e para a necessidade de cuidado ao usar esse medicamento.

A emetina, na amebiase, é um tratamento de choque. Deve ser empregada nos surtos agudos: casos de hemorragia, tenesmo, dores no ventre. Possui uma ação sedativa sobre as dores. Em alguns casos, excepcionalmente, provoca a exacerbação das dores. Este ponto deve ser observado para orientação do tratamento. A dose empregada varia de 0,04, por dia, conforme o peso do doente, continuando, diariamente, durante 10 dias no máximo. Deve-se acompanhar os doentes cuidadosamente, tomando-se a tensão arterial todos os dias. Qualquer modificação dessa tensão é motivo para suspensão do medicamento. Quanto á via, empregamos, sistematicamente, a sub-cutanea. Não vemos vantagens na via endovenosa da emetina aliada a

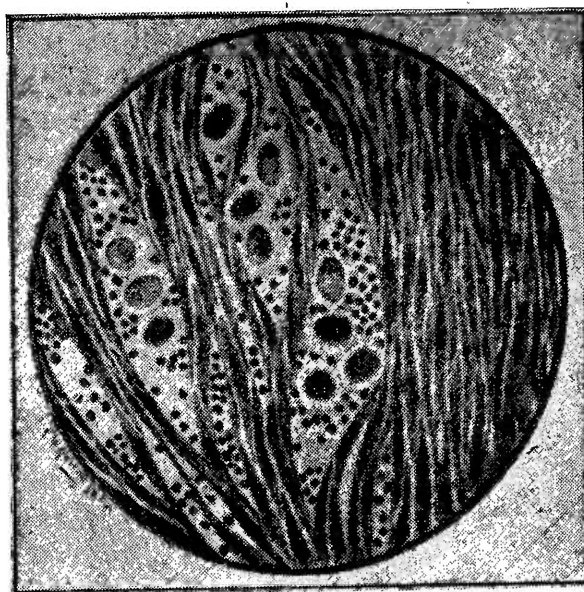


FIG. 7
AMEBIASE INTESTINAL
Granuloma amebiano do caecum

sôro glicosado hipertônico. Um ponto, entretanto, é preciso ficar bem esclarecido: a emetina raramente cura radicalmente a amebiase. Temos visto inumeros casos, em que a dosagem empregada foi elevadissima, chegando mesmo a provocar astenia intensa e dores musculares e os doentes continuavam portadores de amebas.

Arsenicais — Os arsenicais pentavalentes têm uma ação real. Utilisamos, de preferencia, o carbasoni por ser menos toxico.

Iodado — Segundo CRAIG e de acordo com a nossa experiencia os derivados do tipo iatrem entero-vioformio, etc., são os melhores medicamentos para o tratamento da amebiase.

Pasta de Ravout — E' uma formula complexa composta de carvão e ipecacuanha, etc. Alguns laboratorios a preparam granula-

da, modificando a formula inicial com o acrescimo de outros medicamentos amebicidas. Esses produtos são aconselhados durante o periodo de repouso do tratamento.



FIG. 8

Corte através de uma ulcera amebica primaria do colon, mostrando a cavidade em formato de frasco, cheia de tecido citolizado. Neste caso ha uma infecção secundaria de bactérias, demonstrada pela infiltração leucocitica.

PLANO GERAL DE TRATAMENTO

Surto agudo — Durante 10 dias, injeção de emetina. Nesse periodo, o doente deverá tomar, por via oral, 4 comprimidos, ao dia, de enterovioformio. Terminada a crise aguda, continua-se o tratamento da seguinte maneira: carbasoni durante 10 dias; em seguida, enterovioformio durante dez dias e 15 dias de repouso, findos os quais será iniciada nova cura de carbasoni, no espaço de 10 dias. Nesse periodo todo, deve ser administrado o tratamento local, de preferencia com curativos através do endoscopia. Após a cura de carbasoni o doente repousará 30 dias. Findo esse repouso, durante 6

meses fazer uma cura de 10 dias por mês com entero vioformio. Terminada esta cura, nova dose de carbozone durante 10 dias. Repouso de 3 meses e iniciar-se nova cura de enterovioformio. 10 dias por mês, durante 6 meses mais. Nos casos de granulomas é indispensavel um tratamento mais prolongado com a emetina. Se o doente tiver qualquer recidiva ou se forem encontradas formas vegetativas de endomebas histolíticas em exames de fézes que devem ser realizados sistematicamente durante o tratamento, é mister repetir-se a cura com a emetina.

Naturalmente este plano é esquematico e precisa ser adaptado a cada caso conforme as reações individuais. Assim, por exemplo, existem doentes que não suportam arsenicais, que peioram com o seu uso. Outros sensíveis ao iodo, não toleram os iodados, devendo por esse motivo ser mudado o plano de tratamento.

Para alta não é suficiente o desaparecimento dos sintomas e das lesões que foram notados pelo exame endoscopio. O doente deverá ficar em observação. Qualquer perturbação digestiva ou intestinal que se apresente, será cuidadosamente pesquisada, afim de se verificar se se trata ou não de uma recidiva da amebiase.

Alguns autores aconselham, no minimo, 6 exames de fézes precedidos de purgativos salinos, para ser dado como curado o paciente.

Tratamento local — Como já tivemos ocasião de mencionar, a amebiase, na maioria dos casos, tem uma tendencia á localizações segmentarias, das quais as mais frequentes são as do réto e do sigmoide. Quando possível, o tratamento local deve ser feito através do endoscópio com curativos diréto sobre as ulcerações e sobre a mucosa lesada. Nos casos em que é impossivel esse tratamento, é indicada uma cura por meio de clisteres de retenção. Esses clisteres devem ser, no maximo, de 300 cc. Os mais variados medicamentos são usados, como derivados, iodados, rivanol, azul de metileno, soluções fracas de nitrato de prata ou de colargol etc.. Precisa-se ter, porém, cuidado na concentração das soluções. Estas devem ser, ao iniciar-se o tratamento, bem fracas. Progressivamente, vai-se aumentando a concentração, porquanto a sensibilidade varia de paciente a paciente e poder-se-ia provocar, com uma solução concentrada, crises de diarréia e tenesmo. O tratamento local das outras localizações é, tambem, bastante interessante mas de dificil execução. Assim, nas enterites, na localização ileocecal e do colon direito, são indicados tratamentos pela sondagem trans-intestinal. Os americanos adotam, com frequencia, o tratamento pelas irrigações colicas, tratamento esse que requer muito cuidado devido ás complicações que possa provocar.

Nos casos cronicos, não empregamos a emetina como tratamento de choque, aproveitando, porém, ás vezes, a sua ação sedativa. Ela possui, realmente, uma ação benefica nas dores do ventre e nas esfinteralgias, devendo, entretanto, ser usada em doses pequenas afim de se evitar uma exacerbación dos sintomas. A explicação desse fato ainda não foi dada, mas é de observação corrente.

No tratamento da amebiase é importante o problema da alimentação. Nos estudos feitos, no serviço, ficou demonstrado que, na maioria dos casos, existe uma fermentação intestinal. Que essa fermentação seja provocada diretamente por uma enterite amebiana ou que represente, apenas, modificações do meio intestinal, em consequência da infestação pelas endamebas, é um problema que ainda não foi elucidado. O fato é que os doentes têm uma fermentação e que um regime alimentar adequado torna-se necessário a esse tipo de dispepsia: faz desaparecer a sintomatologia e facilita a cura do paciente. Esse regime sempre deverá ser feito orientado por exames coprológicos adequados e, na sua feitura, devemos ter em consideração a necessidade das vitaminas indispensáveis ao doente para o seu completo restabelecimento.

O exame coprológico nos fornece dados interessantes sobre a digestão gástrica e pancreática, indicando quando existe necessidade de usar-se o ácido clorídrico e os fermentos que melhoram a digestão dos alimentos, contribuindo para o alívio e a cura do doente.

Dr.

Mozart Tavares de Lima Filho

Diretor Clínico do Sanatório Ebenezer

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

•

Vila Capivari

Campos de Jordão

Gengivas doentes?

"PYORRHON"

**Dá saúde ás gengivas, porque é remédio e...
é dentifício**