

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO CALAZAR EM MATO GROSSO *

GIOVANNI BARUFFA ** PAULO CURY ***

RESUMO

Os Autores comunicam oito casos de Calazar observados no Hospital Santa Maria Bertilla, em Guiratinga, Mato Grosso, entre janeiro de 1971 e abril de 1972. A idade dos pacientes variava entre 18 meses e 25 anos, sendo que 4 tinham acima de 18 anos. As características clínicas e laboratoriais obedeciam aos padrões conhecidos com exceção de um paciente que apresentou icterícia.

Todos foram tratados com Glucantime, com ótimos resultados conseguindo-se a cura clínica e parasitológica em todos os pacientes.

Na opinião dos AA. o Leste de Mato Grosso constitui uma área de endemia calazarígena, com incidência infanto-juvenil e mantida por reservatórios selvagens haja visto o caráter silvestre e esporádico da distribuição dos casos.

INTRODUÇÃO

Os casos publicados de CALAZAR em Mato Grosso somam-se a 4: um caso de MIGNONE⁽¹⁷⁾, em 1913, diagnosticado em Assumpción, porém natural

de Porto Esperança; um caso de OLIVEIRA⁽¹⁸⁾, em 1938; um caso de ARRUDA e cols.⁽³⁾, em 1939, e um caso de VILELA e LUCIANO⁽²²⁾, em 1966.

O presente trabalho tem por finalidade acrescentar 8 casos de Calazar por nós observados no período de fevereiro de 1971 até abril de 1972, no Hospital Santa Maria Bertilla, de Guiratinga.

Área geográfica de procedência:

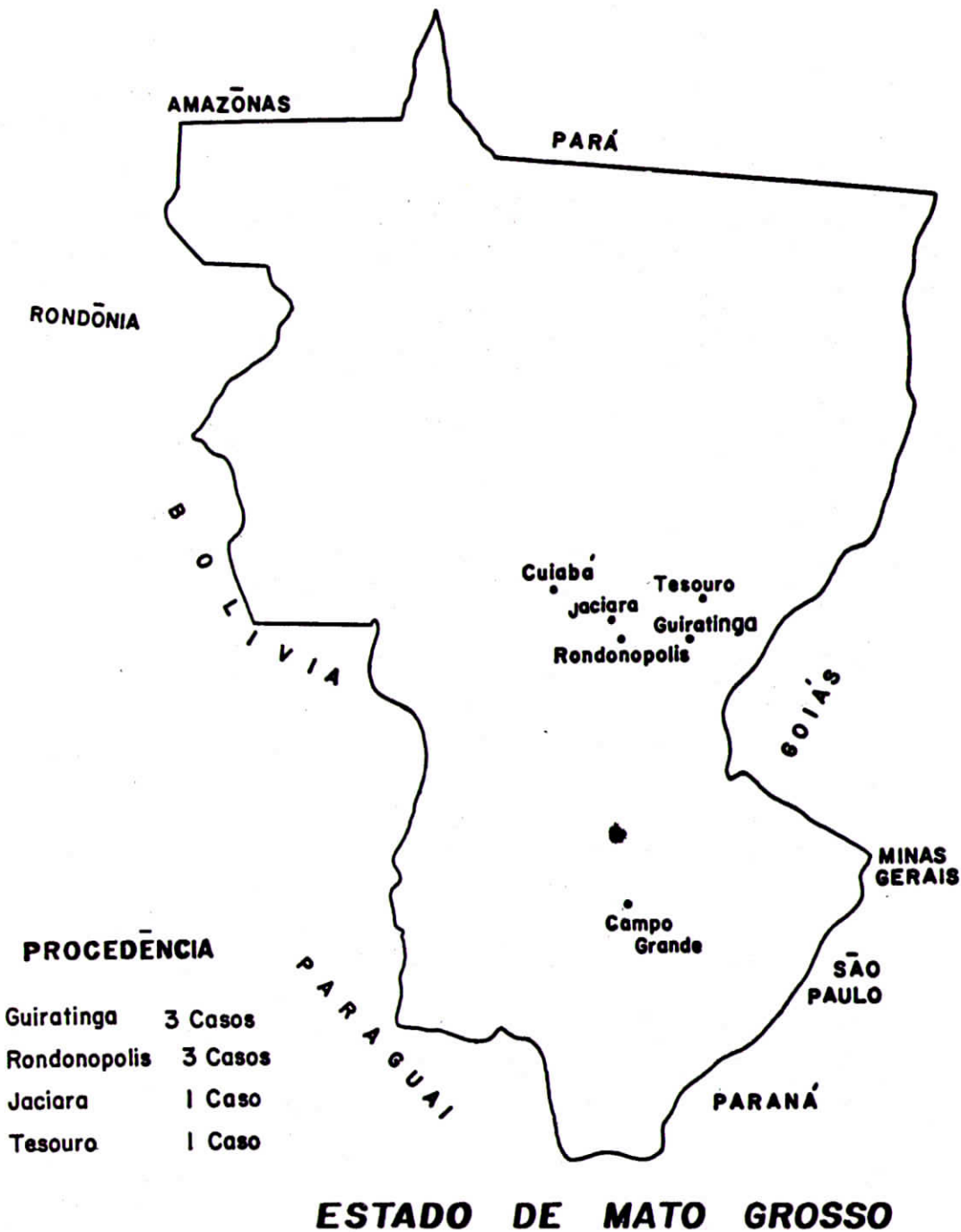
A área de procedência dos 8 casos compreende os municípios de Guiratinga, Rondonópolis, Teodoro e Jaciara (Fig. 1)

O município de Guiratinga, com uma superfície de 5.813 Km² e uma população de 15.255 habitantes⁽¹⁹⁾, um terço dos quais vive na sede, encontra-se no leste de Mato Grosso, região do Alto Araguaia, a uns 350 Km de Cuiabá, entre os paralelos 16 e 17 sul e os meridianos 53 e 54 W.Gr. O território do Município constitui a divisa de duas grandes bacias fluviais: a do To-

* Trabalho realizado pela Cadeira de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Fac. Med. da Univ. Católica — Pelotas-RGS.

** Prof. Tit. da Cadeira de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

*** Diretor Médico do Hosp. Sta. Maria Bertilla — Guiratinga-MT.



cantins através do rio das Garças, afluente do Araguaia e a do Paraguai, por intermédio dos rios Prata e Areia, afluentes do Rio Vermelho que, através do S. Lourenço e Cuiabá, desaguam no Rio Paraguai. No município originam-se vários riachos e córregos tributários de um ou de outro sistema fluvial. A Oeste de Guiratinga e a uma distância de uns 120 Km, encontra-se a cidade de Rondonópolis, sede de um vasto município, com uma superfície de 8.783 Km² e uma população de 62.551 habitantes, mais de um terço vivendo na sede⁽¹⁹⁾. Rondonópolis, importante centro rodoviário, encontra-se numa região de grandes potencialidades agrícolas e pastoris. O território é banhado por vários rios e córregos, o principal dos quais, o Rio Vermelho, pertence à bacia do Rio Paraguai, através do S. Lourenço e Cuiabá.

A cidade de Tesouro, sede do município homônimo, encontra-se a 60 Km ao norte de Guiratinga. A superfície do município é de 2.534 Km², e a população de 5.836 habitantes, sendo que pouco acima de um terço dos mesmos vivem na sede⁽¹⁹⁾. O Município é atravessado pelo Rio das Garças, tributário, através do Araguaia, do Rio Tocantins.

Jaciara encontra-se a uns 80 Km a noroeste de Rondonópolis. A superfície do município é de 3.937 Km², com uma população de 32.057 habitantes, sendo que aproximadamente 30.000 vivem na sede. O município é atravessado pelo Rio S. Lourenço, pertencente, portanto, à bacia do Paraguai.

Os quatro municípios, contíguos um ao outro, formam uma ferradura aberta para o norte, na concavidade da qual entra o município de Poxoréo. A região tem uma altitude variável entre 200 e 600 m, sendo a altitude média maior no município de Guiratinga. Os pontos mais elevados são representados pela Serra da Saudade ou de S. Jerônimo, entre Guiratinga e Rondonópolis, que constitui a divisa dos dois sistemas hidrográficos já mencionados. A referida serra com outras menores (Serra do Prata, Serra das Araras, etc.) faz parte do Planalto Central de Mato Grosso e, não raro, constituem-se em enormes rochedos de paredes verticais, de um vermelho ocre, a base coberta de densa mata, isolados ou agrupados, ou em chapadões interrompidos por cortes abruptos e profundos canyons cobertos por densa vegetação.

A região possui duas estações bem definidas: o verão, de outubro a março, caracterizado por abundantes precipitações, e o inverno, de abril a setembro, praticamente sem chuvas. As precipitações anuais variam entre 1.100 a 1.500 mm. A temperatura média anual oscila em torno de 24°C⁽²⁾.

Os vales fluviais e os pés da serra são cobertos de densas florestas, atualmente, em parte, derrubadas para lavoura. A floresta caracteriza-se por clima tropical úmido e solo extremamente fértil e aproveitado para agricultura intensiva (arroz, milho, cana-de-açúcar, feijão, etc.). Os chapadões e as zonas planas, particularmente na parte leste da região,

têm como vegetação predominante o "cerrado" de densidade variável de acordo com o tipo de solo, geralmente arenoso e a abundância das precipitações. O "cerrado" é constituído de esparsas gramíneas, árvores de pequeno porte, palmeiras anãs, etc. Ao longo dos cursos de água o cerrado é substituído pela "gallery forest" com solos de elevada fertilidade.

Os municípios considerados vivem essencialmente de agricultura, praticada sobretudo nos férteis solos da mata derrubada, e de pecuária, mais desenvolvida nos "cerrados" (zebu, etc.). Ainda existem, sobretudo nos municípios de Guiratinga e Tesouro, pequenas empresas de garimpo que operam ao longo dos rios e córregos. É uma atividade em extinção devido ao progressivo esgotamento das jazidas e depósitos.

A população é muito heterogênea, predominando mineiros, baianos e nordestinos, além de pequenos núcleos de gaúchos e poucos remanescentes de índios Bororos. Grande parte da população, particularmente os assalariados agrícolas, vivem em condições higiênico-sanitárias muito precárias e têm alta percentagem de analfabetismo.

Casos clínicos:

Da abertura do Hospital Santa Maria Bertila, em 16 de março de 1970, até maio de 1972, foram internados no mesmo, cerca de 2.750 pacientes (a capacidade do hospital é de aproximadamente 100 leitos), sendo que 8 eram portadores de CALAZAR.

(3%). Os 8 pacientes com Calazar baixaram no período de dezembro de 1970 até abril de 1972. Cinco dos oito pacientes são naturais da região e nunca saíram dela. Três nasceram em outros Estados, porém residiam na região por um tempo não inferior a dois anos (Tabela 1).

Caso "1":

N.A.L., masculino, branco, com 3 anos de idade, natural de Montalvene (M.G.), reside há mais de 2 anos no distrito de Valerico, município de Guiratinga. Mora em casa de "pau a pique", próximo ao rio Areia, em zona ainda parcialmente coberta de mata virgem. Baixa no hospital em 02-12-70 por apresentar, desde outubro: febre diária, tosse, diarreia, emagrecimento, aumento do volume abdominal e vômitos, e epistaxes esporádicas. Apesar da febre, conserva discreto apetite.

Examinado por nós, em 02-02-71, apresentava: peso: 10 kg.; altura 95 cm; temp. axilar 38,5°C, pele e mucosas intensamente pálidas; hipotonia e hipotrofia muscular acentuadas; secreção nasal abundante; discreta alopecia fronto-parietal; cabelos sem brilho, quebradiços; cílios alongados. Abdomen volumoso com circulação colateral visível na parte superior; fígado percutível desde o quarto intercosto até 4 cm além do rebordo costal, com superfície lisa e doloroso; baço muito aumentado, alcançando, com sua margem medial, a linha xifo-umbilical e ultrapassando com o polo inferior a linha umbilical transversa, tem superfície

TABELA I

CALAZAR NO LESTE DE MATO GROSSO

N.º	Nome	Sexo	Idade	Cor	Naturalidade	Procedência	Data de baixa	Meses de doença
1	N.A.L.	M.	3 anos	Br.	Mentalvene (M.G.)	Valerico (Guiratinga)	02.12.70	3
2	H.P.O.	M.	7 anos	Br.	Tesouro	Tesouro	05.04.71	3
3	J.B.S.	M.	22 anos	Br.	Ubatã (Bahia)	Valerico (Guiratinga)	20.05.71	3
4	S.A.J.		18 mes.	Pd.	Rondonópolis	Rondonópolis	29.07.71	11
5	E.D.A.	M.	18 anos	Br.	Arr. Bandeira (Guiratinga)	Arr. Bandeira (Guiratinga)	03.11.71	6
6	S.S.	M.	22 anos	Pd.	Maranhão	Rondonópolis	10.01.72	2
7	M.R.S.		2 anos	Br.	Jussimeira (Jacara)	Jussimeira (Jacara)	12.01.72	2
8	J.R.	M.	25 anos	Br.	Rondonópolis	Rondonópolis	05.04.72	2

lisa, consistência firme e doloroso à palpação. Apresentava ainda micropoliadenopatia. A curva térmica mostrou um caráter irregular com tendência à forma "contínuo-remitente".

Antes da baixa e depois da mesma o paciente tinha sido submetido a ciclos de terapia antimalárica e antibiótica sem nenhum resultado. Suspeitando tratar-se de Calazar, realizamos punção da medula esternal, em 02-02-71, encontrando numerosas leishmanias intra e extracelulares. Os demais exames laboratoriais deram os seguintes resultados:

Hemograma: Hgb: 9 g%; Hemácias: 3.100.000; Hematócrito: 20%; Hemossedimentação: 37 mm na 1ª. hora;

Leucócitos: 4.200 sendo: 18 bastonetes; 6 segmentados; 63 linfócitos; 11 monócitos; 2 metamielócitos.

Vidal: negativo; **PPD:** negativo; **Formol geleificação:** positivo.

Urina: traços de albumina;

Fezes: cistos de *G. lamblia*; ovos de *Necator* (-|-|-); ovos de *Ascaris* (-|-|-) e ovos de *Enterobius* (-|-|-).

Eletroforese das proteínas plasmáticas:

Albumina:	37,0%	—	2,59 gr.
Alfa "1":	6,8%	—	0,47 gr.
Alfa "2":	9,8%	—	0,68 gr.
Beta:	9,2%	—	0,65 gr.
Gama:	37,2%	—	2,61 gr.

100,0 — 7,00 gr.

Foi submetido a tratamento com GLUCANTIME em razão de 2 ml da sol. a 30%, ao dia (60 mg/kg de peso ao dia), durante 15 dias. Nos primeiros

dias apareceram sinais de intolerância, com adinamia profunda, vômitos, inapetência, diarreia esverdeada, acentuação da tosse. A partir do quinto dia, os fenômenos diminuíram de intensidade e desapareceu definitivamente a febre. A melhora das condições gerais e o aumento do apetite foram se processando com grande rapidez. Após um intervalo de 15 dias, repetiu-se o ciclo com a mesma dose de medicação e mesma duração. Uma punção medular executada entre o primeiro e o segundo ciclo deu resultados negativos para leishmanias. Como terapias complementares e sintomáticas empregaram-se: uma transfusão de 300 ml de sangue total, antihelmínticos, além de vitamínicos.

Caso "2":

H.P.O., masculino, branco, com 7 anos, natural e residente no município de Tesouro. Mora em casa de "pau a pique", em zona de floresta, na beira do rio Bandeira.

Baixa em 05/04/71 com história de febre, emagrecimento, tosse, diarreia, epistaxes esporádicas, aumento do volume abdominal, iniciados 3 meses antes.

Ex. físico: peso 14,5 kg.; altura 114 cm; temp. 39,5°C; apático. Cutis e mucosas pálidas, hipotonia e hipotrofia muscular, cabelos sem brilho com "entradas" nas regiões fronto-parietais; abdomen volumoso; o fígado a 3 cm abaixo do rebordo costal, de superfície lisa e indolor à palpação; o baço grandemente aumentado com o polo inferior alcançando a linha branca; os membros inferiores edemaciados (-|-).

Executa-se punção da medula esternal que é positiva para leishmanias intra e extracelulares.

Foi tratado com GLUCANTIME na razão de 2 ml da solução a 30%, ao dia, durante 15 dias. A febre cai no quinto dia e as condições gerais melhoram rapidamente. Vinte dias após a conclusão do ciclo, repete um segundo ciclo de Glucantime com a mesma dosagem diária. Revisado 3 meses após a conclusão do segundo ciclo, encontra-se em ótimas condições.

Caso "3":

J.B.S., masculino, pardo, com 22 anos, natural de Ubatá (Bahia), residente desde os 16 anos no município de Jaciara (MT), empregado há um ano numa fazenda agrícola de Vale-rico (Guiratinga).

Baixa em 20/05/71, queixando-se de febre que surgiu três meses antes, emagrecimento, adinamia, tosse e catarro, aumento de volume abdominal, dor nos hipocôndrios, diarreia, edema dos membros inferiores e epistaxes esporádicas.

Ex. físico: Peso 50,4 kg., altura 1,63 m; temp. 38,6°C; mucosas intensamente pálidas, hipotonia e hipotrofia musculares, pele aspera, micropoliadenopatia, alopecia fronto-parietal, cílios alongados; abdomen volumoso; fígado 4 cm além do rebordo costal, de consistência firme, indolor; baço com seu polo inferior alcançando a linha transversa umbilical, de superfície lisa, consistência parenquimatosa, indolor; edema das regiões maleolares (-|-). O paciente apresenta ainda

sialorréia e coriza discretamente abundantes. A punção esternal mostra grande número de leishmanias intra e extracelulares. Formol geleificação (-|-|-|-).

Em 25/06/71 inicia o tratamento com Glucantime (1 ampola diária = 1,5 gr.) durante 15 dias. No quarto dia a temperatura normaliza e as condições gerais iniciam rápida melhora. Em 28/07/71, após uma suspensão de 18 dias, inicia-se um segundo ciclo de Glucantime, com as mesmas doses e duração. Deixa o hospital em 12/08/72, tendo recuperado 4 kg. Revisado 3 meses após, continuava em perfeitas condições, tendo reiniciado normalmente suas atividades.

Caso "4":

S.A.J., feminina, branca, com 18 meses, natural e procedente de S. José do Povo, município de Rondonópolis, próximo ao de Guiratinga. Os pais referem que a paciente adoeceu seis meses antes, com febre quotidiana, tosse seca, emagrecimento, aumento do volume abdominal, diarreia. Vista por outros médicos, foi submetida a ciclos repetidos de antimaláricos e antibióticos sem nenhum resultado.

Baixa em 27/09/71, peso 8,2 kg, altura 78 cm; temp. 37,8; pânículo adiposo e turgor diminuídos, musculatura hipotrófica, mucosas e cutis pálidas, secreção nasal abundante, cílios alongados e cabelos quebradiços; abdomen volumoso com circulação colateral visível na parede abdominal, particularmente no epigástrico, com fluxo ascendente. Fígado grandemente aumentado, chegando a

atingir a linha umbilical transversa, superfície lisa e consistência firme, indolor; o baço chega, com o polo inferior, a dois centímetros da sínfise pubiana, liso e indolor. A punção da medula esternal mostra grande número de leishmanias livres e intracelulares. Formol-gelificação positiva (-|-|-|-). Tratada com Glucantime, 1 ml diário durante 18 dias. Ao fim da primeira semana a temperatura normaliza e as condições gerais iniciam rápida melhora. Após um intervalo de 15 dias, faz novo ciclo de Glucantime, com 2 ml diários, durante 8 dias. Revisada em janeiro de 1972 a paciente encontra-se em ótimas condições gerais: peso 10,8 kg e altura de 81 cm; o fígado ainda ultrapassa o rebordo costal, de 2 cm; e o baço é palpável a dois dedos do rebordo costal. Os pais referem que a paciente vem gozando ótima saúde desde a alta hospitalar.

Caso "5":

E.D.A., masculino, branco, 18 anos, natural e residente no município de Guiratinga, mora em casa de "pau a pique" em zona de floresta, na proximidade do rio Bandeira e dedica-se à lavoura.

Baixa em 03/11/71, com queixas de febre, tosse, emagrecimento, adinamia, aumento do volume abdominal, diarreia, iniciados há seis meses.

Ex. físico: Más condições gerais, cutis e mucosas pálidas abdomen aumentado de volume, fígado ultrapassando 4 cm o rebordo costal; baço a 1 cm da sínfise pubiana, ambos de consistên-

cia firme, lisos e indolores. Pele seca e áspera, cabelos quebradiços e sem brilho, com discreta alopecia nas regiões temporo-parietais, edema (-|-) nas regiões maleolares. Punção esternal positiva para leishmanias.

Tendo recusado a baixa, foi tratado ambulatorialmente, com 1 amp. diária durante 10 dias. A temperatura caiu definitivamente ao sexto dia. Revisado dois meses após, permanecia em boas condições gerais, persistindo ainda moderada hepato-esplenomegalia.

Caso "6":

S.S., masculino, pardo, 22 anos, natural do Maranhão, residente há mais de dois anos no município de Rondonópolis empregado agrícola numa lavoura de arroz em zona de mata derubada próximo ao município de Guiratinga.

Baixa em 10/01/72, referindo o início da doença atual ao fim de novembro de 1971. Desde então apresenta febre quotidiana, cefaléia, sudorese profusa, adinamia intensa, tosse, diarreia e esporadicamente vômitos. Procurou repetidas vezes recursos médicos, tendo recebido ciclos de tratamento antimalárico e antibiótico. Um mês antes, frente ao agravamento do quadro clínico, internou-se durante vários dias num hospital em Rondonópolis. Aos sintomas referidos acima, tinham se associado emagrecimento, aumento do volume abdominal, oligúria com urina escura, fezes claras, icterícia e frequentes epistaxes. No dia 03 de janeiro de 1972 pediu alta. No

mesmo dia recebeu uma injeção no deltóide esquerdo. Permaneceu até o dia 10 de janeiro em casas de amigos, que o trouxeram ao Hospital Sta. Maria Bertila de Guiratinga.

Ao **Ex. físico:** peso 54 kg (antes de adoecer teria pesado 74 kg), altura 1,74 m, temp. 38,6°C; mau estado geral, escleras francamente icterícias, urina colúrica, musculatura hipotrofica, marcha penosa, sialorréia contínua que obriga o paciente a se limpar a boca continuamente com o lenço; cabelos quebradiços e discreta alopecia fronto-parietal, cílios alongados, pele áspera e seca; abdômen volumoso; fígado palpável, liso, doloroso e a 3 cm. do rebordo costal; baço a 4 cm do rebordo costal, de consistência firme, um pouco doloroso à palpação; micropoliadenopatia generalizada; no deltóide esquerdo estão presentes os sinais clássicos de processo inflamatório profunção. Frequência cardíaca 88 do; não se percebe ainda flutua-BPM, rítmica, PA 120/80 mm Hg.

A punição medular executada no mesmo dia não mostrou leishmanias. Eritrossedimentação na 1ª. hora: 79; hematócrito 15%; Hgb 5 g%; Hemácias 1,6 milhões/mm³, hipocromia com aniso e poiquilocitose. Leucócitos 15.000, segmentados 35, bastonetes 20, linfócitos 40, monócitos 5. Urina escura, dens. 1009, ácida, albumina (-|-|-|-|-|-|-|-|-|-), 5 leucócitos por campo, 30-40 eritrócitos por campo, cilindros granulados, hemáticos e epiteliais, discreta bacteriúria e presença de pigmentos biliares.

O quadro hepato-renal e a leucocitose fez com que se suspeitasse de Leptospirose icterohemorrágica e, portanto, submetemos o paciente a 20 milhões diários de Penicilina G cristalina venosa e 2 g diários de Ampicilina por via oral.

Cinco dias após a baixa procedemos a drenagem do abscesso no deltóide esquerdo. Um leucograma realizado no dia 16, deu os seguintes valores: Leucócitos: 4.400, segmentados 57, bastonetes: 5, linfócitos 32, monócitos 6. Um proteinograma eletroforético realizado na mesma data mostrou:

Albumina:	20,4%	—	1,55 g.
Alfa "1":	6,0%	—	0,45 g.
Alfa: "2"	6,5%	—	0,49 g.
Beta:	14,1%	—	1,07 g.
Gama:	53,0%	—	4,04 g.
	100,0%	—	7,60 g.

E Formol-gelificação deu resultado fortemente positivo.

A permanência invariável das condições gerais e da febre apesar da terapêutica instaurada e da drenagem do abscesso, nos orientou novamente para a hipótese de Calazar. Repetimos a punção da medula esternal e, desta vez, após percorrer alguns campos microscópicos, encontramos várias leishmanias extracelulares.

Iniciamos, de imediato, a terapia com Glucantime, 1 ampola por dia, durante 12 dias. Ao quarto dia a temperatura normalizou, ao sexto dia o paciente iniciou a deambulação. A icterícia desapareceu em uma semana e o apetite e as condições gerais melhoraram com impressionante rapidez.

Após intervalo de 15 dias repetimos outro ciclo de dez ampolas de Glucantime; o paciente deixa o hospital em março, pesando 71 kg.

Caso "7":

M.R.S., feminina, branca, de 2 anos, natural e residente em Jucimeira (município de Jaciara-MT). A família mora numa fazenda agrícola de cultivo de arroz e cana, em zona de floresta em grande parte derrubada. Baixa em 12/01/72, com história de febre quotidiana iniciada dois meses antes, emagrecimento, tosse, catarro nasal, diarreia, aumento de volume abdominal, palidez cutânea.

Ex. físico: na baixa: peso 8,200 kg.; altura 80 cm; temperatura 37,8°C, pele áspera e pálida, turgor diminuído, mucosas pálidas, musculatura hipotrófica, discreta alopecia fronto-parietal, cílios alongados, catarro nasal, sialorreia; frequência cardíaca de 160 bpm. Abdomen distendido com veias superficiais visíveis na região epigástrica e corrente de baixo para cima. Fígado liso, aparentemente indolor, alcançando a linha transversal umbilical; Baço nitidamente aumentado, liso, de consistência firme, alcançando a linha transversal umbilical; micropoliadenopatia generalizada, não dolorosa; a paciente apresenta-se psicologicamente apática.

Exames laboratoriais: Hemácias 1.800.000/mm³. Hb 4,8g% hematócrito 16, Leucócitos 4.200/mm³; segmentados 16, bastonetes 34, linfócitos 44, monócitos 4, metamielócitos 2. Eritrossedimentação na 1ª hora 41.

Formol-gel negativo. Punção da medula esternal: numerosas leishmanias intra e extracelulares. Urina: traços de albumina, 1—3 cilindros hialinos/campo.

Proteinograma:

Albumina:	30,7%	—	1,75 g.
Alfa "1":	8,0	—	0,45 g.
Alfa "2":	14,0%	—	0,80 g.
Beta:	12,0%	—	0,68 g.
Gama:	35,3%	—	2,02 g.
			100,0 — 5,70 g.

Em 17/01/72 inicia tratamento com 2 ml. diários de Glucantime durante 10 dias. Ao fim do quinto dia a temperatura normalizou e as condições gerais melhoraram rapidamente. Após 15 dias de intervalo empreende-se um segundo ciclo de 10 dias de Glucantime. Deixa o hospital 2 meses após a baixa em boas condições gerais com peso de 10 kg, fígado a um cm do rebordo costal e baço palpável e a 2 cm do rebordo costal. Vista 3 meses mais tarde, permanece em perfeitas condições de saúde.

Caso "8":

J.R., 25 anos, branco, natural e procedente da zona rural de Rondonópolis. Baixa no dia 05/04/72, relatando febre quotidiana, iniciada há 75 dias, emagrecimento, adinamia, diarreia, e aumento de volume abdominal. Já tinha procurado em várias ocasiões médicos, tendo recebido tratamento com vários antibióticos e antimaláricos em ciclos repetidos.

Ex. Físico: peso 48 kg, altura 1,67 m, temp 38°C, hipotonia e hipotrofia musculares, pele seca e áspera, alopecia fronto-parietal

discreta, mucosas descoradas, abdomen distendido, fígado palpável, liso de consistência firme, um pouco sensível, a 4cm do rebordo costal; baço grandemente aumentado de volume, com o polo inferior ultrapassando a linha umbilical transversa e a margem medial alcançando o umbigo, de superfície lisa e consistência firme, pouco doloroso.

Hemácias 2.700.000/mm³, Hb 8 g%; leucócitos 5.000, segmentados 52, bastonetes 4, linfócitos 36, monócitos 8, esinófilos 0.

A punção esternal revela numerosas leishmanias intra e extracelulares. Formol-gel positivo -|-|-|. Urina com traços de albumina. Tratado com uma ampola diária de Glucantime durante 15 dias, a temperatura com surpreendente rapidez. Repetiu-se um segundo ciclo de 15 dias de duração com as mesmas doses de Glucantime após intervalo de 15 dias. Recebeu alta em ótimas condições gerais com peso de 57 kg., tendo o fígado e o baço reduzido grandemente seu volume: o fígado a 1 cm do rebordo costal e o baço a 4 cm.

CONSIDERAÇÕES

Estamos convencidos de que nos 8 pacientes a doença seja autoctone da região leste do Mato Grosso. De fato, se é verdade que só 5 pacientes são naturais da região e nunca saíram dela, os outros 3, apesar de naturais de outros Estados onde existem focos endêmicos de Calazar, residiam na região há mais de 2 anos, tempo suficiente para atribuir à doença uma transmissão

"in loco". O Calazar tem um tempo de incubação variável, às vezes superior a 6 meses, porém é muito improvável que exceda de um ano. O tempo de doença dos nossos pacientes, do início da sintomatologia até a entrada no Hospital variou de 2 a 11 meses e, mesmo somando a este tempo uma incubação de 6 meses, o prazo de residência na região dos 3 não naturais da mesma é suficientemente grande para permitir-nos de atribuir a doença a uma condição endêmica regional.

Estudando a procedência dos 8 casos chegamos à conclusão que na região leste do Mato Grosso o Calazar incide nas zonas rurais, antes florestas e atualmente lavouras, e acomete crianças e adultos jovens. A idade mínima dos pacientes foi de 18 meses e a máxima de 25 anos, sendo que 4 tinham mais de 18 anos e os outros 4, menos de 7 anos (Tab. 1). Um comportamento semelhante quanto à idade observou-se nos casos referidos por BARBOSA⁽⁴⁾, nas áreas calazarígenas do contíguo Estado de Goiás e parece diferente do observado no Ceará⁽¹⁾, na China e nas costas mediterrâneas, pela aparente ausência de predileção pela idade infantil, aproximando-se, então, do Calazar Sudanes^(11, 12, 21) do Kenya⁽¹⁴⁾ e da Somália⁽⁶⁾.

O reduzido número de casos não permite inferências de ordem estatística, todavia chama a atenção o fato de 6 em 8 pacientes serem do sexo masculino. Foi repetidas vezes assinalada uma maior incidência de Calazar no sexo masculino tanto em regiões endêmicas da África como da Índia^(5, 6, 12, 20).

Resumimos em parte na Tab. II as características clínicas mais salientes. As mesmas obedecem aos padrões conhecidos. A febre, presente em todos os casos se apresentou com caráter contínuo ou contínuo-remitente, acompanhada de abundante sudorese, sem mostrar necessariamente a dupla elevação diária que pudemos documentar durante alguns dias só nos pacientes N.A.L. e J.B.S. Apesar da febre e do emagrecimento e hipotrofia muscular, os pacientes não mostravam sentir-se particularmente mal e todos deambulavam espontaneamente. Em todos constatou-se expansão abdominal devida à hepato esplenomegalia: o baço alcançava ou superava a linha transversa umbilical em 7 pacientes, e ultrapassava o rebordo costal de 4cm em 1 paciente; a superfície era lisa, a consistência firme com escassa ou nula manifestação de dor. O fígado alcançava a linha transversa umbilical em 2 pacientes e ultrapassava o rebordo costal de 3 cm em dois, e de 4 cm em 4, tendo superfície lisa, consistência duro-elástica e pouco sensível à palpação. Em todos foi constatada alopecia fronto-parietal em grau variável, e 5 apresentaram alongamento dos cílios. Comum foi a tosse, o catarro nasal, episódios diarrêicos, o edema de grau moderado e evidenciável nas regiões pré-tibial e maleolar. Em todos foi encontrada micropoliadenopatia não dolorosa; cinco apresentavam sialorréia e 4 referiram ou apresentaram epistaxes no hospital. O paciente S.S. de 22 anos, com febre de dois meses de duração

e tratado com antibióticos e antimaláricos, entrou no hospital com quadro icterico, urina colúrica, e hipocolia fecal. Segundo nos consta, é o terceiro caso de icterícia em Calazar relatado no Brasil. Os dois anteriores são: um de BARBOSA em Goiás em 1966⁽⁴⁾, e um de MARTINS e Cols⁽¹⁶⁾ no Ceará. Infelizmente pelas limitações laboratoriais então existentes no Hospital Sta. Maria Bertilla, não foi possível estudar adequadamente o caso do ponto de vista hepático.

Nenhum paciente apresentou lesões cutâneas (nódulos, ulcerações, etc. que evidenciassem um componente dermatópico à semelhança de quanto se observa no Calazar de outros países^(11, 12).

Em todos os pacientes foram evidentes os sinais clínicos de anemia, porém só em 4 a mesma foi documentada laboratorialmente. Nestes apresentou-se com as características de anemia normocítica e normocrômica, exceto o paciente S.S. onde foi hipocrômica com anisopoiquilocitose. O leucograma apresentou leucopenia, achado bem característico do Calazar, não superando os brancos, em nenhum dos quatro, os 5.000/mm³. O comportamento do paciente S.S., no qual o leucograma realizado no momento da baixa mostrou 15.000 leucócitos/mm³, com desvio para à esquerda, é sem dúvida, em relação com o abscesso da injeção no deltóide esquerdo. Um segundo leucograma realizado após a drenagem do abscesso mostrou a característica leucopenia do Calazar. Aliás, foi justamente a leucocitose, não corretamente interpre-

TABELA II

C A L A Z A R — SINTOMAS PRINCIPAIS E DURAÇÃO DOS MESMOS

	N.A.L.*	H.P.O.	J.B.S.	S.A.	E.D.A.	S.S.	M.R.S.	J.R.
Febre	+	+	+	+	+	+	+	+
Esplenomegalia	+	+	+	+	+	+	+	+
Hepatomegalia	+	+	+	+	+	+	+	+
Adenopatia	+	+	+	+	+	+	+	+
Protrusão abdom.	+	+	+	+	+	+	+	+
Epistaxe	+	+	+	—	—	+	—	—
Icterícia	—	—	—	—	—	+	—	—
Tosse	+	+	+	+	+	+	+	+
Catarro nasal	+	+	+	+	+	+	+	+
Sialorréia	+	—	+	+	+	+	+	—
Edema	+	+	+	+	+	+	+	+
Along. cílios	+	—	+	+	+	+	+	—
Alopécia fronto-par.	+	+	+	+	+	+	2	+
Duração (meses)	3	3	3	11	6	2	+	2

tada, que nos fez abandonar inicialmente a hipótese diagnosticada de Calazar.

O formol-gel test, realizado nos 4 pacientes acima lembrados, foi positivo em 3 e negativo na paciente M.R.S. A negatividade poderia ser atribuída ao fato que no momento da baixa a doença tinha só dois meses de duração e sabemos que a positividade da reação acontece geralmente aos 3 meses de doença⁽¹⁴⁾. Por outro lado, sabe-se que a reação pode ser inconstante⁽¹²⁾.

Em 3 pacientes (N.A.L., S.S., e M.R.S.), foi realizada a eletroforese das proteínas plasmáticas. Nos 3 houve redução da albumina e aumento das globulinas gama. No paciente S.S., o único a apresentar icterícia, observou-se discreto aumento da beta. No paciente N.A.L. foi realizada uma segunda eletroforese 60 dias após à primeira, e depois da conclusão dos 2 ciclos de Glucantime, observando-se normalização do perfil eletroforético.

Em todos os pacientes foi comprovada a presença de *Leishmania Donovanii*, através da punção esternal. No presente trabalho não consideramos três outros pacientes, com características clínicas de Calazar, resposta à terapia antimonial, mas nos quais faltou a demonstração da *Leishmania*, por não ter sido feita a punção medular. Em 4 pacientes, após ter comprovado a presença de *Leishmania Donovanii* na medula, foram feitos 6 esfregaços e gotas espessas do sangue periférico em 24 horas, aproveitando-se os picos febris e os períodos de eventual remissão, sem

contudo obter-se a demonstração da *Leishmania Donovanii* no sangue periférico. Os casos são por demais reduzidos em número para podermos fazer comparações com os resultados obtidos na pesquisa de *Leishmania* no sangue periférico em outras regiões calazarígenas⁽¹⁴⁾.

Todos os pacientes foram tratados com GLUCANTIME com resultados rápidos e favoráveis tanto na febre quanto nas condições gerais. Em 7 foi repetido um segundo ciclo de Glucantime após um intervalo de 15 dias. Todos os pacientes foram reexaminados num prazo variável entre 2 e 6 meses da alta hospitalar. Em todos as condições gerais permaneciam boas e havia redução marcada ou desaparecimento da hepato-esplenomegalia.

Como se deduz das histórias clínicas, 5 pacientes tinham recebido tratamento com ciclos repetidos de antibióticos e antimaláricos antes da baixa hospitalar. A circunstância deporia pela pouca familiaridade dos médicos da região com referência ao Calazar.

Uma explicação, a nosso ver plausível, seria que o Calazar, antes quase desconhecido na região, tenha registrado um aumento da incidência nos últimos anos, devido às modificações ecológicas (derrubadas etc). A doença, porém, continuaria mantendo no leste de Mato Grosso o caráter esporádico, de endemia prevalentemente ou, exclusivamente silvestre, como afirmavam CHAGAS e CHAGAS⁽⁷⁾ ainda em 1938.

Quanto aos vetores e reservatórios na região, nada temos a

acrescentar ao pouco que se conhece. O presumível vetor seria o *Lutzomyia Longipalpis*, encontrado por MARTINS e Cols⁽¹⁵⁾ no contíguo Estado de Goiás, e por FORATTINI e SANTOS⁽¹⁰⁾ no Mato Grosso. O reservatório silvestre poderia ser a raposa *Lycaloplex Vetulus*, cujo território de dispersão compreende também o Mato Grosso. DEANE e DEANE⁽⁹⁾ incriminaram este canídeo como reservatório silvestre no Ceará, onde o Calazar é relativamente frequente. As condições mesológicas do Nordeste não são as mesmas do Leste do Mato Grosso e não é improvável que nesta última região outros canídeos silvestres e talvez outros mamíferos constituem importantes reservatórios. Recentemente, LAINSON e Cols⁽¹³⁾ encontraram nas proximidades de Belém do Pará, num grupo de 6 raposas *Cerdocyon Thous*, um exemplar infectado com *Leishmania Donovanii*. Após comentar que: "this would appear to form an ideal reservoir of infection for man and his domestic animals, for at night it leaves its home in the neighbouring forest and is to be found wandering in search of food, close to human dwelling-places" (pag. 742), os AA. frisam: "the infected fox appeared in perfect health and might indeed be regarded as the "ancient indigenous reservoir" discussed by DEANE and DEANE (1962), unlike its counterpart *Lycaloplex* in Ceará" (pag. 744). O mesmo canídeo ou outro mamífero podereria constituir o "ancient indigenous reservoir" também na nossa região.

No que tange aos reservatórios domésticos, não temos notícias do encontro na região de cães infectados e provavelmente os mesmos não representam a maior fonte de infecção humana como acontece no Ceará. É provável, como já observavam CHAGAS e CHAGAS⁽⁷⁾, que no Mato Grosso o Calazar tenha um caráter eminentemente silvestre e então esporádico, sem envolver reservatórios domiciliares como os cães domésticos. LAINSON⁽¹³⁾ apoiando-se em DEANE⁽⁸⁾ afirma: "the conviction has nevertheless remained that, unlike Kala-azar of the drier North-east regions, the disease in the forested North is "principally one of wild animals" (pag. 742). As mesmas considerações poderiam a nosso ver, ser aplicadas à região leste do Mato Grosso, onde o ambiente, em grande parte florestal, o pequeno número de casos humanos até hoje relatados e a ausência de relatos de encontro de cães domésticos infectados estariam a favor da hipótese. Achamos todavia, que o eventual papel dos cães na epidemiologia do Calazar no Leste do Mato Grosso merece cuidadosa investigação tanto nos animais nativos quanto naqueles "trazidos pelos colonos, na sua maioria provindos de Minas Gerais, do Nordeste e da Bahia"⁽⁴⁾. Os cães imigrados poderiam desenvolver um papel de grande importância na implantação na região de uma situação de endemia calazarígena com ciclo domiciliar, analogamente ao que acontece no Ceará.

CONCLUSÕES

1º. — A região Leste do Mato Grosso, constitui, a nosso ver, mais uma área de endemia de Calazar no Brasil. Do ponto de vista geográfico trata-se de uma extensão da zona calazarígena do Alto Araguaia, individualizada em Goiás por BARBOSA (4).

2º. — Considerando a procedência dos nossos pacientes, os focos calazarígenos da região parecem se situar sobretudo nas vizinhanças de rios, nos vales fluviais e nos pés de serra, zonas que como vimos são ocupadas por densas formações florestais, em parte derrubadas para lavouras. A localização dos focos nos faz pensar que a endemia de Calazar tenha na região um caráter silvestre e esporádico, ligada então a reservatórios selvagens, como foi visto no Norte Florestal (8,13).

3º. — A incidência não parece limitada às crianças, mas abrange também os adultos jovens, aproximando-se neste aspecto mais do comportamento do Calazar da África Oriental e do Sudão, alimentados por reservatórios silvestres, e diferindo do Calazar mediterrâneo, tipicamente infantil e alimentado por reservatórios domésticos (cão).

4º. — Acharmos imprescindível uma exaustiva investigação epidemiológica tanto em relação aos vetores quanto aos possíveis reservatórios silvestres e domésticos para definir a extensão e a profundidade da endemia calazarígena na região.

SUMMARY

CONTRIBUTION TO THE STUDY OF KALAZAR IN THE STATE OF MATO GROSSO (BRAZIL)

8 cases of Kalazar observed in the Santa Maria Bertila Hospital, Guiratinga, Mato Grosso, between January 1971 and April 1972 are reported. The age of the patients varied between 18 months and 25 years. The clinical and laboratory data were in agreement with the classical description of Kalazar with the exception of one patient who developed jaundice. All patients were treated with glucantime and showed good recovery from the clinical and parasitological point of view.

The Eastern region of the State of Mato Grosso seems to be an endemic area of Kalazar, a disease that affects both infants and young adults and is supported chiefly by wild animal reservoirs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALENCAR, J.E. de — Aspectos clínicos do Calazar americano. Proc. 6th Int. Cong. Trop. Med. Malaria, 3:718-746, 1958.
2. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE MATO GROSSO, D.E.E. 1970.
3. ARRUDA, W.; COSTA, F.C.; NAHAS, S. & ROSENFELD, G. — Citados em Vilela e Luciano (22).
4. BARBOSA, W. — Subsídios ao Estudo do Calazar em Goiás. Rev. Goiana de Medicina, 12:5-30, 1966.
5. BARUFFA, G. — Kala-azar among the nomads of the Middle Webi Shebeli Region: First report of a confirmed endemic source of Kala-Azar in Somalia. Trans. Royal Soc. Trop. Med. Hyg. 59:705-708, 1965.
6. BARUFFA, G. — Il problema del Kala-Azar in Somalia. Riv. Parassitol. 27:1-14, 1966.
7. CHAGAS, E. & CHAGAS, A.W. — Nota sobre a epidemiologia da Leishmaniose visceral americana em Mato Grosso. O Hospital 13:471-480, 1938.
8. DEANE, L.M. — Leishmaniose visceral no Brasil. Estudos sobre reservatórios e transmissores realizados no Estado do Ceará. Tese Fac. Med. Univ. S. Paulo. Ed. Serv. Nac. Ed. Sani-tária. R. Janeiro, 1956.
9. DEANE, L.M. & DEANE, M.P. — Encontro de Leishmanias nas vísceras e na pele de uma raposa em zona endêmica de Calazar nos arredores de Sobral, Ceará. O Hospital, 45:419-421, 1954.
10. FORATTINI, O.P. & SANTOS, M.R. — Citados em Deane L.M. (8).

11. HEYNEMAN, D. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. East African Med., J. 38:196-205, 1961.
12. HOOGSTRAAL, H. and HEYNEMAN, D. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. Final epidemiologic report. Suppl. Am. J. Trop. Med. Hyg. 18:1091-1210, 1969.
13. LAINSON, R. SHAW, J.J. and LINS Z.C. — Leishmaniasis in Brazil: IV. The fox *Cerdocyon Thous* (L) as a reservoir of *L. Donovanii* in Pará State, Brazil. Trans. Royal Soc. Trop. Hyg. 63:741-745, 1969.
14. MANSON-BAHR, P.E.C. and HEISCH, R.B. — Studies in Leishmaniasis in East Africa. III. Clinical features and treatment. Trans. Royal Soc. Trop. Med. Hyg. 50:465-471, 1956.
15. MARTINS, A.V.; FALCÃO, A.L. & SILVA, E.L., citados por Barbosa (4).
16. MARTINS, M.S. & OTOCH, F. — Provas funcionais hepáticas no Calazar. Rev. Fac. Med. Universidade do Ceará, 4:3-12, 1964.
17. MIGONE, L. — Ciatdo em Vilela e Luciano (22).
18. OLIVEIRA, A.C. de — Ciatdo em Chagas eChagas (7).
19. SINOPSE PRELIMINAR DO CENSO DEMOGRÁFICO — VIII Rec. Geral 1970. M. Grosso Min. Planej. e Coord. Geral. Fund. IBGE. Inst. Br. Estatística. D. Cens. V.E. — Studies on the epidemiology
20. SOUTHGATE, B.A. and ORIEDO, B. Studies of East African Leishmaniasis, 1º The Circumstantial epidemiology of Kala-Azar in the Kitul District of Kenya. T. Royal S.T. Med. Hyg. 56:30-47, 1962.
21. VAN PEENEN, P.F.D. and REID, T. P. Jr. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. VI. Clinical and laboratory aspects of Kala-Azar in hospitalized patients from Upper Nile Province. Am. J. Trop. Med. Hyg. 11:723-730, 1962.
22. VILELA PANIAGO, J.B. & LUCIANO, L.A. — Novos casos de Calazar autoctone nos Estados de Goiás e Mato Grosso. O Hospital, 69:213-224, 1966.