

PROF. ADRIANO DE AZEVEDO PONDÉ

(Catedrático de Clínica Médica — 1.ª Cadeira)

A DOENÇA DE CHAGAS NA BAHIA

Separata dos Arquivos da Universidade
da Bahia.

Faculdade de Medicina

==== 1946. ====



BA 616.937(813.8) P797

or: Pondé, Adriano de Azevedo
lo: A Doença de Chagas na Bahia



1234226
215576

SA VITÓRIA

J. Seabra, 360

★ 1947

PROF. ADRIANO DE AZEVEDO PONDÉ

(Catedrático de Clínica Médica — 1.ª Cadeira)



A DOENÇA DE CHAGAS NA BAHIA

Separata dos Arquivos da Universidade
da Bahia.

Faculdade de Medicina

===== 1946. =====



IMPRESSA VITÓRIA
Rua Dr. J. J. Seabra, 360
BAHIA ★ 1947

A DOENÇA DE CHAGAS NA BAHIA

PROF. ADRIANO DE AZEVEDO PONDÉ

(Catedrático de Clínica Médica — 1.^a Cadeira)

Com a colaboração dos Drs.

J. Leocádio de Oliveira, Lídia Paraguassú, J. Moreira Ferreira, Rubem Tabacof, Herval Bittencourt, Alberto Pondé, Walter Amorim, Luiz Queiroz, Renato Sena (Assistentes) e Anita Franco (Interna)

“Nos complacemos en rendir aqui tributo a la sagacidad y visión de C. Chagas, tan duramente combatido durante su vida, cuando con inobjetables historias clinicas, material grafico y autopsias, demonstraba la realidad de la entidad nosológica por él descubierta y enseñaba la importancia que la tripanosomosis tenia para su patria y para gran parte de America”.

C. Romaña y P. Cossio.

Desde algum tempo, que vinha chamando nossa atenção, nas enfermarias, a ocorrência de casos de miocardite crônica, em indivíduos jovens, cuja etiologia não era possível identificar. O reumatismo ficava afastado, pela ausência de lesões crovalvulares ou correspondentes manifestações clínicas. A sífile não podia ser incriminada, sabido que, praticamente,

não se localiza no miocárdio (1), manifestando suas preferências pela porção ascendente da aorta — que, nos aludidos casos, não se mostrava comprometida ao exame clínico e radiológico. Contra a arteriosclerose depunham a idade dos pacientes e várias particularidades do quadro clínico (ausência de *angor pectoris*, de hipertensão, de esclerose das artérias periféricas, de sinais de esclerose aórtica, etc.).

Cumpria investigar uma outra causa que explicasse tais fatos.

Já Gaspar Viana (2) tinha mostrado a afinidade particular do *Schizotrypanum cruzi* pelo miocárdio. Chagas e Vilela (3) e, posteriormente, Evandro Chagas (4) estudaram a forma cardíaca da respectiva doença, assinalando, ainda, que essa constitui a modalidade mais frequente na fase de cronicidade.

-
- (1) Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart, pg. 235. New York, 1942.
FISHBERG (Arthur M.): Heart Failure, 2.^a ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 1940.
WHITE (P. D.): Heart Disease, 3.^a ed., New York, The Macmillan Co., 1944.
CHIAVERINI (Reinaldo): Doenças do Coração. Editora Renascença, São Paulo, 2.^a ed., 1945.
DRESSLER (William): Clinical Cardiology. Paul B. Hoeber, Inc., 1942.
LEVINE (Samuel A.): Clinical Heart Disease. Saunders, 3.^a ed., 1945.
STROUD (William D.): Diag. and Treat. of Cardiovascular Disease. F. A. Davis Co., Phila., 1940.
LEAMAN (W. G.): Management of the Cardiac patient. J. P. Lippincott Co.
DÉCOURT (L. V.): Lições de Patologia Cardiocirculatória. Ed. Melhoramentos, 1945.
 - (2) VIANA (G.): Contribuição para o estudo da anatomia patológica da moléstia de Carlos Chagas, esquizotripanose ou tireoidite parasitária. Mem. Inst. Osw. Cruz, 3 (2):276-294, 1911.
 - (3) CHAGAS (Carlos) e VILELA (E.): Forma cardíaca da tripanosomíase americana. Mem. Inst. Osw. Cruz, 14:5-61, 1922.
CHAGAS (Carlos): Sur les altérations du coeur dans la trypanosomíase americaine, Arch. Maladies du Coeur, 21:641, 1928.
CHAGAS (C.), VILELA (E.) e ROCHA LIMA (H. da): Amerikanische Trypanosomenkrankheit, Chagas-Krankheit. In. C. Mense, Handbuch der Tropenkrankh., 3 Auf., 5,673, 1929.
 - (4) CHAGAS (Evandro): Forma cardíaca da tripanosomíase americana. Tese de livre docência — Rio de Janeiro, 1930.
IDEM: Estudo eletrocardiográfico na forma cardíaca da tripanosomíase americana, A Folha Médica, 11:97-113-135-159, 1930.
IDEM: Novos estudos sobre a forma cardíaca da tripanosomíase americana. Mem. Inst. Osw. Cruz, 26 (3): 329-338, 1932.

Restava saber si a doença existia em nosso meio, para com isso procurarmos a explicação do problema.

Brumpt e Pirajá da Silva (5), em 1912, tinham encontrado exemplares de *Panstrongylus megistus* (Burm., 1835), colhidos no Município de Mata de São João, infectados pelo *S. cruzi*.

Dando uma busca na bibliografia local sôbre a moléstia de Chagas, encontrámos duas teses inaugurais, defendidas em nossa Faculdade, sucessivamente, pelos Drs. Álvaro Edmundo Gonçalves (6) e Augusto de Araújo Aragão Bulcão (7). Nesta última, nenhuma observação pessoal se coligiu, não passando o trabalho de uma compilação bem feita do que na época se escrevera sôbre o assunto. Já não é assim a primeira, que contém informações muito mais valiosas. O A. encontrou exemplares de *P. megistus* infectados pelo *S. cruzi*, procedentes da Mata de S. João, Pitanga, Pojuca (regiões estas próximas da primera citada), Petinga (Santo Amaro) e, na Capital, em uma casa no Bêco dos Calafates; e infectou camondongos, cobaios e saguis (*Callitrix penicillata*) através da picada do inseto (8), ou com a inoculação das fezes na cavidade peritoneal. Seus resultados positivos, porém, limitaram-se, sômente, a isso, não conseguindo provar a existência de um só caso humano da moléstia de Chagas (9).

Mais recentemente, enfim, R. Pondé, O. Mangabeira Fi-

-
- (5) ERUMPT (E.) e PIRAJÁ DA SILVA: Existence du *Schizotrypanum cruzi* á Bahia (Mata de São João). *Biologie du Conorrhinus megistus*. *Bul. Soc. Path. Exot.*, Paris, 5:22, 1912.
 - (6) GONÇALVES (Álvaro Edmundo): Moléstia de Chagas na Bahia. Tese Inaugural, Bahia, 1912.
(Ao Dr. Alexandre Leal Costa agradecemos a gentileza de nos ter facilitado a leitura desse trabalho).
 - (7) BULCAO (A. de A. Aragão): Moléstia de Carlos Chagas. Tese Inaugural, Bahia, 1915.
 - (8) GONÇALVES (A. E.): *Op. cit.*, pgs. 7, 24 e 25.
Vide DIAS (E.): Estudos sôbre o *Schizotrypanum cruzi*. Tese Inaugural, 1933, Rio.
 - (9) Essa era a arguição maior contra Chagas: a difusão de triatomídeos infectados sem a correspondente verificação de casos clínicos.

lho e G. Jansen (10) encontraram, em 1942, no Município de Jacobina, dois casos com xenodiagnóstico positivo (um adulto e uma criança), embora sem manifestações clínicas da doença de Chagas, um cão portador do *S. cruzi* e triatomídeos infectados.

Ainda mais. Apesar da existência da moléstia de Chagas ter sido até contestada (11), os casos registados iam gradualmente crescendo em número, não só no Brasil, como no estrangeiro (12).

(10) PONDE (Rui), MANGABEIRA FILHO (Otávio) e JANSEN (G.): Alguns dados sobre a leishmaniose visceral americana e doença de Chagas no Nordeste Brasileiro, Mem. do Inst. Osw. Cruz, 37 (3): 333-352, 1942.

(11) "A Carlos Chagas negou-se tudo, até o descobrimento da Tripanosomíase Americana. Primeiro foi a existência da doença... Só existia na sua imaginação de tropicalista..." "Em 300 necrópsias em Minas, jamais vi um caso de doença de Chagas", dissera-me, há tempos, um professor do alto de sua cátedra. "A papeira de Lassance", que não era papeira nem era de Lassance, sinão que continental, era doença de dois ou três casos insulados nesse recanto sombrio de Minas, afirmava outro não menos celebre doutor de frases feitas". (Otávio Magalhães, Mem. do Inst. Biológ. Ezequiel Dias, Tomo IV, ano de 1942).

.....
 "Para castigo do nosso crime e esgarçamento aos eternos detratores de tudo que é alto e bom, tudo que é digno e nobre, foi a República Argentina, foi um país estrangeiro que tomou a si, pela voz de Mazza e seus colaboradores, reabilitar a grande obra de Carlos Chagas". (Id. *ibid.*).

(12) Em Minas-Gerais:

VILELA (E.): A ocorrência da moléstia de Chagas nos hospitais de Belo-Horizonte e na população de seus arredores. Anais da Faculdade de Medicina da U. M. G., 2 (1):1-80, 1930.

Em São Paulo:

- a. BAYMA (T.): Moléstia de Carlos Chagas (Nota sobre sua verificação parasitológica no homem em São Paulo). Rev. Méd. S. Paulo, 17:3, 1914.
- b. CARINI (A.) e MACIEL (J.): Existência da moléstia de Chagas no Estado de São Paulo, Ann. Paul. Med. e Cir., 2:75, 1914.
- c. VILELA (E.): Forma aguda da doença de Chagas. Primeira verificação no Estado de São Paulo, Brasil-Médico, 32:65, 1918.
- d. CARDOSO (F. A.) e ROSENFELD (G.): Moléstia de Chagas no Estado de S. Paulo. Relato de 4 casos. Rev. Clin. S. Paulo, 7:155, 1940.
- e. CARDOSO (F. A.), NAVAJAS (E.), SANTOS (I. A.): Dois casos de forma aguda de moléstia de Chagas encontradas no município de Itaporanga, Estado de S. Paulo, Rev. Clin. São Paulo, 10:50, 1941.
- f. CHIAVERINI (R): Cardiopatia chagásica (Observação clínica, in Doenças do Coração. Ed. Técnicas Brasileiras Ltda., S. Paulo, 153-158, 1943.
- g. COUTINHO (J. O.): Dados epidemiológicos sobre a doença de Chagas em uma zona restrita do Estado de S. Paulo, Rev. Inst. Adolfo Lutz, 1:381, 1941.
- h. PESSOA (S. B.), COUTINHO (J. O.) e MOREIRA (J. D.): Sobre um

Fundado, portanto, nesses elementos, admiti a hipótese de que o *S. cruzi* fôsse o agente responsável por aqueles casos de miocardite crônica, que, com relativa frequência, encontramos nos hospitais. Colocado o problema nesses termos,

-
- caso de moléstia de Chagas (forma aguda) em Pedregulho, Estado de S. Paulo, Rev. Clín. S. Paulo, 10:1, 1941.
1. PESSOA (S. B.), LIMA (F. O.) e SANTOS (I. A.): Sobre o encontro de mais sete casos de moléstia de Chagas no município de Itaporanga (Estado de S. Paulo), Rev. de Méd., 26:11, 1942.
 - j. PESSOA (S. B.) e MOREIRA (J. D.): Segundo caso agudo de moléstia de Chagas no município de Pedregulho, Estado de S. Paulo, Brasil Médico, 56:197, 1942.
 - k. PESSOA (S. B.) e SPINELLI (J.): Primeiro caso da forma aguda da moléstia de Chagas no município de Franca, Estado de S. Paulo, Rev. Clín. S. Paulo, 11:5, 1942.
 - l. PESSOA (S. B.) e VILELA (F.): Primeiro caso de moléstia de Chagas (forma aguda) no município de Araçatuba, Estado de S. Paulo, Rev. Paul. Méd., 22:240, 1942.
 - m. RAMOS JR. (J.) e TIEIRIÇA (P. Q. T.): Miocardite crônica na moléstia de Chagas. Considerações clínicas e anátomo-patológicas, Rev. Brasil. Méd., 2:1, 1945.
 - n. ROSENFELD (G.) e CARDOSO (F. A.): Distribuição dos triatomídeos e da moléstia de Chagas no Estado de S. Paulo, Rev. Clín. S. Paulo, 9:198, 1941.
 - o. SIMÕES (A. J. P.): Investigações epidemiológicas sobre a doença de Chagas no município de Monte Aprazível, Estado de S. Paulo, 21:453, 1942.

No Rio Grande do Sul:

- a. TALICE (R. V.): Sobre el primer caso de enfermedad de Chagas en el Estado de Rio Grande del Sud (Brasil). Arch. Urug. Med. Cirur. y Espec., 14(6):558 - 566, 1939.
- b. BELTRÃO (R.): Um caso de forma aguda de moléstia de Chagas observado em Santa Maria (Rio Grande do Sul). Arq. de Biol. S. Paulo, (230):197, 1940.
- c. IDEM: Novos casos agudos de moléstia de Chagas no Rio Grande do Sul. Arq. de Biol., S. Paulo, 25(236):73, 1941.
- d. CARINI (A.): A propósito da observação do Dr. Beltrão. Arq. de Biol., S. Paulo, 24(230):198, 1940.
- e. PINTO (C.): Trypanosomíasis Cruzii (Doença de Carlos Chagas) no Rio Grande do Sul. Mem. Inst. Osw. Cruz, 37 (4):443, 1942.
- f. FALCÃO (J. de E.): Caso agudo de Tripanosomose Americana observado em Santo Ângelo das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil-Médico, 57 (14 e 15), Abril de 1943.
- g. SIMÕES (A. J.), PINHO & TUPINAMBÁ (A. A.): Investigação epidemiológica sobre a doença de Chagas no Rio Grande do Sul, Arq. Depart. Estadual de Saúde, 3:143 - 149, 1942.

Em Goiás:

ROMEIRO (O. S.): Encontro de caso agudo e casos crônicos de doença de Chagas no Estado de Goiás. O Hospital, 20 (4):587, 1941.

Em Ceará e Pernambuco:

ALBUQUERQUE (B.) e MORAIS: Importante foco de Mal de Chagas e

transmití minhas conjecturas ao ilustre colega Prof. A. L. de Barros Barreto, que, de logo, anuiu em colaborar conosco em tais pesquisas, pois de há muito se interessava por êsse estudo. E, assim, a 16 de Setembro e 13 de Outubro de 1944, foram sugados os dois primeiros doentes (Obs. I e II), por exemplares de *P. Megistus*, criados pelo Prof. A. L. de Barros Barreto, em seu laboratório, na Faculdade de Medicina (Cadeira de Parasitologia), tendo sido positivo o resultado do xenodiagnóstico. O primeiro caso foi logo comunicado à Ass. Bahiana de Med., em 18 de Setembro de 1944, com a demonstração do *S. cruzi*, em preparações a fresco, e o resultado de ambos foi referido pelo Prof. Barros Barreto, em 7-3-45, no Segundo Congresso Médico Paulista (13). Em Novembro do mesmo ano,

Leishmaniose visceral americana no Vale do Cariri (Estados do Ceará e Pernambuco). O Hospital, 21 (1):81, 1942.

No Paraná:

PINHO SIMÕES (A. J.): Doença de Chagas no Estado do Paraná, Brasil, Mem. Inst. O. Cruz, 39(3):279 - 290, 1943.

Na Venezuela:

PIFANO (F.): La enfermedad de Chagas en Venezuela. Bol. Oficina Sant. Pan. 19(10):984, 1940.

No Panamá:

ROZEBOOM (L. E.): *Triatoma dimidiata* Latr., found naturally infected with *Trypanosoma cruzi* Chagas in Panamá. The Am. Jour. of Trop. Med., 16 (4):481, 1936.

Na Argentina:

MAZZA (S.) e COLABORADORES: 99 trabalhos sôbre casos de moléstia de Chagas registados nesse país e publicados pela M.E.P.R.A., desde 1926 a 1944. O Prof. S. MAZZA estudou, pessoalmente, 1.244 casos de Doença de Chagas, sômente na Argentina, onde, em 1916, Rudolph Kraus lhe contestára a existência.

No Urugual:

TALICE e COLABORADORES: 7 trabalhos sôbre casos de moléstia de Chagas registados nesse país e publicados em Anales de la Fac. Med. Montevideo, 1941.

TALICE, COSTA e MARRA: Estudio clinico y epidemiológico de focos de enfermedad de Chagas en el Depto. de San José. Arch. Urug. Med. Cir. y Especial. 18(5):396 - 438, 1941.

TALICE, COSTA, RIAL e OSIMANI: Enfermedad de Chagas (*Tripanosomíase americana*) en el Uruguay. Monogr. do Inst. de Higiene da Fac. de Med. de Montevideo, 1940.

- (13) BARROS BARRETO (A. L.): Provas laboratoriais no diagnóstico da moléstia de Chagas, Anais do Segundo Congresso Médico Paulista, 2:404, 1945. São Paulo.

publicávamos, na íntegra, os dois primeiros casos de moléstia de Chagas com miocardite crônica, verificados na Cidade do Salvador (14).

Na III Reunião anual da Sociedade Brasileira de Cardiologia, realizada em Belo-Horizonte, em Julho de 1946, apresentámos uma sùmula de nossas observações em 16 casos de moléstia de Chagas, que até então coligíramos.

No presente trabalho, divulgamos, mais detida e particularizadamente, os 37 casos que já conseguimos reunir, incluídos, neste rol, não sòmente os mencionados em sumário na Sociedade de Cardiologia, como, também, os dois primeiros, em colaboração com o Prof. Barros Barreto, já vindos a lume no Brasil-Médico, em Novembro de 1945.

* * *

Antes de prosseguir, queremos deixar aquí consignado nosso reconhecimento ao Prof. Henrique de Beaurepaire Aragão, diretor do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, pela obsequiosidade com que ocorreu a tòdas as solicitações, animando-nos com generosas palavras de estímulo. Este agradecimento ficaria incompleto, si não se estendesse, também, aos ilustres pesquisadores de Manguinhos: Dr. Júlio Muniz, pela confirmação sorológica de nossos casos, Dr. Pena de Azevedo e seu assistente Dr. Eitel Duarte, pelo estudo histológico do material que lhe remetemos — favores que não há mister encarecer — Dr. Hermann Lent, pela solicitude com que nos atendeu, ministrando-nos preciosas informações; e, enfim, aos Drs. Emanuel Dias, Otávio Mangabeira Filho, Francisco Laranja, pelas valiosas instruções que dêles recebêmos.

(14) BARROS BARRETO (A. L.) e PONDÉ (Adriano): Doença de Chagas na Bahia, dois casos parasitológicamente confirmados. Brasil-Médico, Ano LX, ns. 46 e 47 de 17 e 24 Nov., 1945.

Na Bahia, queremos salientar nossa gratidão ao Exmo. Snr. Reitor da Universidade, Prof. Edgar Santos, que facilitou tudo o que foi necessário à realização dos trabalhos, e está, atualmente, empenhado num plano de estudos da moléstia de Chagas, neste Estado, sob a direção da 1.^a Cadeira de Clínica Médica; ao Prof. José Olímpio da Silva, diretor da Faculdade de Medicina, ao Prof. A. L. de Barros Barreto, aos Drs. Pedro Ribeiro, F. Marques Lima, Sidônio Ottoni e aos acadêmicos Roberto Figueira Santos (interno), Henrique Prisco, Liuba Rosemberg, Simão Fitermann, Almir Freire e Farjala Zacarias (aspirantes).

MATERIAL E MÉTODOS

As observações que publicamos neste trabalho, foram recolhidas no Ambulatório Prado Valadares (Serviço de Cardiologia) do Hospital de Santa Isabel e assim nas enfermarias de Clínica Médica da mesma instituição, em nosso serviço e no de outros colegas, que a tempo devido serão citados.

O xenodiagnóstico (15) foi executado, segundo as instruções coligidas por Emanuel Dias. Os insetos empregados pro-

-
- (15) DIAS (E.): Técnica do xenodiagnóstico na moléstia de Chagas, Mem. do Inst. O. Cruz, 35(2):335-342, 1940.
 IDEM: Criação dos Triatomídeos no laboratório, Mem. do Inst. O. Cruz, 33(3):407-412, 1938.
 IDEM: Xenodiagnóstico e algumas verificações epidemiológicas na moléstia de Chagas, IX Reunião da Soc. Argentina Pat. Regional, 1:89-119, 1936.
 IDEM: Le xénodagnosticque appliqué à la trypanosomiase américaine, C. R. Soc. Biol., 118:287-289, 1934.
 IDEM: Estudos sobre o *Schizotrypanum cruzi*, Mem. do Inst. O. Cruz, 28(1):1-111, 1934.
 BRUMPT (E.): Le xénodagnosticque. Application au diagnosticque de quelques infections parasitaires et en particulier à la trypanosomose de Chagas, Full. Soc. Pat. Ex., 7:706-1014.
 TALICE, COSTA, RIAL & OSIMANI: Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana) en el Uruguay, 1940.
 PINTO (César): Tripanosomiasis cruzi (Doença de Chagas) no Rio Grande do Sul, Mem. Inst. O. Cruz, 37(4):443-515.
 MAZZA (S.) e JÖRG (M. E.): Periodos anatomicos-clinicos en la enfermedad de Chagas, Prensa Medica Arg., 27:2361-2363, 1940.

vinham da criação de Emanuel Dias, de Herman Lent, ou da nossa própria, com triatomídeos criados a partir dos ovos. As espécies empregadas foram: *E. sordida* (Stal, 1859), *T. infestans* (Klug, 1934), *T. brasiliensis* (Neiva, 1911), *R. prolixus* (Stal, 1859), ou *P. megistus* (Burm., 1835). A maioria das vezes, porém, trabalhámos com o *R. prolixus* (Stal, 1859). Escolhíamos ninfas e insetos adultos, em número de 5 a 8, que sugavam os doentes durante 30 minutos, em média. Ulteriormente, eram os triatomídeos alimentados em frangos ou cobaias, até a época do exame, que se realizava a partir de 30 até 60 dias depois do reposto suposto infectante. A verificação do esquizotrípano era feita, ou pelo exame das dejeções do reduvídeo, ou após a dissecação, pesquisando-se o parasitismo no conduto intestinal do inseto.

Nas observações I e II, o xenodiagnóstico foi praticado pelo Prof. A. L. de Barros Barreto (Bahia); nas observações III, IV e V, o exame foi levado a efeito pelo Dr. Emanuel Dias; nas observações VIII, X, XI e XIII, a prova foi feita pelo Dr. Herman Lent. Os demais exames foram realizados em nosso serviço.

A reação de fixação do complemento, com o antígeno de Davis, foi realizada nas observações I, III, IV e V, aqui na Bahia, em nosso laboratório, seguindo a técnica indicada pelos Drs. Júlio Muniz e Gilberto de Freitas (16). O antígeno, pre-

(16) MUNIZ (Júlio) e FREITAS (Gilberto): Contribuição para o diagnóstico da doença de Chagas pelas reações de imunidade. I) Estudo comparativo entre as reações de aglutinação e de fixação do complemento. Mem. do Inst. O. Cruz, 41(2):303-333, 1944.

IDEM: Contribuição para o diagnóstico da doença de Chagas pelas reações de imunidade. 2) Isolamento de polissacarídeos de "*Schizotrypanum cruzi*" e de outros Tripanosomídeos, seu comportamento nas reações de precipitação, de fixação do complemento e de hipersensibilidade. Os "tests" de flocculação (sublimado e formol-gel). Rev. Brasil. Biol., 4(4):421-438, 1944.

IDEM: Estudos sobre a imunidade humoral na "doença de Chagas", Brasil Médico, Ano XL, ns. 42 e 43, 19 e 26 de Outubro de 1946.

MUNIZ (Júlio) e BORRIELLO (A.): Estudo sobre a ação lítica de diferentes sôros sobre as formas de culturas e sanguícolas de "*Schizotrypanum cruzi*". Rev. Brasil. Biol., 5(4):563-576, 1945.

PACKCHANIAN (A.): Agglutination and precipitation tests for the dia-

parado pelo Dr. Júlio Muniz, foi-nos fornecido por gentileza do Prof. Henrique Aragão. Ulteriormente, êsses exames foram repetidos, em Manguinhos, pelo Dr. Júlio Muniz, que executou o exame de todos os outros casos, cujos sôros lhe remetíamos. Pelo mesmo pesquisador, foi essa reação praticada, funcionando como antígeno a fração de polissacarídeo, por êle extraída do *S. cruzi*.

Em quadro anexo, fazemos uma exposição comparativa dos resultados que obtivemos com êsses métodos de exame (Quadro I).

Nas observações I e VII, injetámos o sangue dos doentes, por via peritoneal, em cobaia e rato branco, porém os resultados foram negativos.

Por fim, como informação complementar, ensaiámos uma indagação sôbre as espécies de Triatomídeos que podem, com mais frequência, ser encontrados, não sômente na Capital, como, também, em alguns Municípios do Estado da Bahia, e, no mesmo passo, procurávamos lhes estabelecer a percentagem de infecção pelo *S. cruzi* (17). Na quasi totalidade dos

nosis of *Trypanosoma cruzi* (Chagas' disease). *J. Immunolog.*, 29(1):84 - 85. 1935.

VILELA e BICALHO: As pesquisas de laboratório no diagnóstico da moléstia de Chagas. *Mem. Inst. O. Cruz*, 16(1):13, 1923.

LACORTE (J. G.): A reação do desenvolvimento do complemento na moléstia de Chagas. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1926.

IDEM: A reação de Machado na Moléstia de Chagas, *Ata Médica*, Rio de Janeiro, 3(1):264 - 274, 1938.

GUERREIRO (C.) e MACHADO (A.): Da reação de Bordet-Gengou na moléstia de Chagas, como elemento diagnóstico. *Brasil Médico*, 27(23):225 - 226, 1913.

ROMAÑA (C.) e DIAS (E.): Reação de fixação do complemento na Doença de Chagas, com antígeno alcoólico de cultura do *Schizotrypanum cruzi*, *Mem. Inst. O. Cruz*, 37:1 - 10, 1942.

(17) NEIVA (A.) & LENT (H.): Sinopse dos Triatomídeos, *Rev. de Entomologia*, 12 (1-2):61-92, 1941, Rio de Janeiro.

IDEM: Notas e comentários sôbre triatomídeos, *Rev. de Entomologia*, 6(2): 153 - 190, 1936.

NEIVA (A.): Informações sôbre a biologia do *Conorrhinus megistus*. *Mem. Inst. O. Cruz*, 2(2):206, 1910.

IDEM: Contribuição para o estudo dos Reduviídeos hematófagos, *Mem. Inst. O. Cruz*, 6:35, 1914.

casos, procedíamos à dissecação dos insetos. Somente, em uns poucos de exemplares, no início das pesquisas, limitámo-nos ao exame do conteúdo do intestino posterior, obtido pela introdução, no réto, de uma pipeta capilar. As fezes, desta sorte recolhidas, eram emulsionadas em uma gota de solução fisiológica e examinadas a fresco, entre lâmina e lamínula, correndo-se duas a três preparações para cada exemplar examinado. Demos preferência ao exame a fresco, não só pela grande economia de tempo e material, como, também, porque

IDEM: Informações sobre a biologia da vinchuca, *Triatoma infestans*, Klug., Mem. Inst. O. Cruz, 5(1):24-31, 1913.

IDEM: Contribuição para o estudo dos reduvidas hematófagos, I. Notas sobre reduvidas hematófagos da Bahia com a descrição de uma nova espécie, Mem. Inst. Osw. Cruz, 6(1):35-39, 1914.

LIMA (A. M. da Costa): Insetos do Brasil. Rio de Janeiro, 1940.

PINTO (C.): Ensaio monográfico dos reduvidos hematófagos ou barbeiros, Rio de Janeiro, 1925.

IDEM: Valor do rostro e antenas na caracterização dos gêneros de triatomídeos, Bol. biol., Rio de Janeiro, 19:45, 1931.

BARRETO (A. B.): Notas entomológicas. Estudos sobre a anatomia do gênero *Triatoma*. Probócida e tubo digestivo. Brasil-Médico, 21:161, 1919.

IDEM: Notas entomológicas. Estudos sobre a anatomia do gênero *Triatoma*. Aparelho salivar. Mem. Inst. Osw. Cruz, 15:127, 1923.

DIAS (E.): Da presença de formas de evolução do *Trypanosoma cruzi* Chagas, nos tubos de Malpighi do barbeiro. Mem. Inst. Osw. Cruz, 24:183, 1930.

IDEM: O *Trypanosoma cruzi* pode evoluir na cavidade geral do *Triatoma megista*. Mem. Inst. Osw. Cruz, 26:83, 1932.

IDEM: Le *Trypanosoma cruzi* pendant les premières phases de l' infection expérimentale: C. R. Soc. Biol., 100:206, 1932.

IDEM: Sur les déjections du *Triatoma megista*. Aspects du *Trypanosoma cruzi* que l'on y rencontre. C. R. Soc. Biol., 111:486, 1932.

DIAS (E.) e CAMPOS SEABRA (C. A.): Sobre o *Trypanosoma conorrhini*, parasito do rato transmitido pelo *Triatoma rubrofasciata*. Presença do vetor infectado, no Rio de Janeiro, D. F., Mem. Inst. Osw. Cruz, 39(3):301, 1943.

LENT (H.): Estudos sobre os triatomídeos do Estado do Rio Grande do Sul, com descrição de uma espécie nova, Rev. Bras. Biol., 2 (2): 219-231, 1942.

IDEM: Considerações sobre a validade do gênero "Eutriatoma" Pinto, 1926, (Hemiptera, Triatomidae), Rev. Bras. Biol., 3 (2):237-249, 1943.

IDEM: Transmissores da Moléstia de Chagas no Est. do Rio de Janeiro, Separata da Rev. Fluminense de Medicina, Junho de 1942.

LUCENA (D.): Infecção natural do *Triatoma rubrofasciata* (De Geer, 1773), pelo *Trypanosoma cruzi*, Chagas 1909, O Hospital (Rio de Janeiro), 18(1): 91-93, 1940.

MIRANDA (C.): Nota sobre os transmissores da Moléstia de Chagas ocorrentes no Estado do Maranhão, Brasil, Mem. Inst. O. Cruz, 39(3):297-300, 1943.

muito maior ainda é a facilidade para encontrar-se o flagelado, movendo-se no campo do microscópio. Algumas vêzes, praticámos, em cobaias, a inoculação das fezes dos casos positivos, reproduzindo-se a infecção.

OBSERVAÇÕES

Observação I — Isaltina Pires dos Santos, 25 anos, parda, solteira, doméstica, residente na rua América, n.º 22 (Salvador), procedente da Cidade de Cruz das Almas, Município do mesmo nome. Enviada a 21 de Março de 1944 a nosso serviço clínico na Faculdade de Medicina, pelo Dr. Manoel Pereira, que tivera sua atenção despertada pela acentuada bradicardia.

História da doença atual: Há cêrca de dois anos, começou a sentir dispnéia de esforço, que, às vêzes, era acompanhada de vertigem. Êsses acidentes eram frequentes. Não tinha convulsões, quando perdia os sentidos, segundo lhe informaram.

Atualmente, persiste a dispnéia de esforço e as vertigens aparecem menos vêzes.

Resumo do interrogatório sôbre o estado atual: Palpitações, após o esforço. Dôr precordial, pouco intensa, que aparece irregularmente. Vertigens. *Antecedentes familiares:* Teve sete filhos, dos quais apenas vingaram os três primeiros. Pai faleceu de moléstia do coração (*sic*). Dois irmãos faleceram: um de "febre", aos 22 anos e outro de "congestão", aos 17 anos. *Antecedentes pessoais:* Menarca, aos 13 anos. Primeira relação sexual, aos 17 anos. Três abortos provocados. Ocupa-se com a lavagem de roupa, trabalhando em média 8 horas por dia. Pouco álcool. Nega infecção venérea. Paludismo aos 13 anos, tratando-se no Hospital de Santa Isabel, desta Cidade. Sarampão e varicela, aos 10 anos. *Exame físico:* Leptosô-

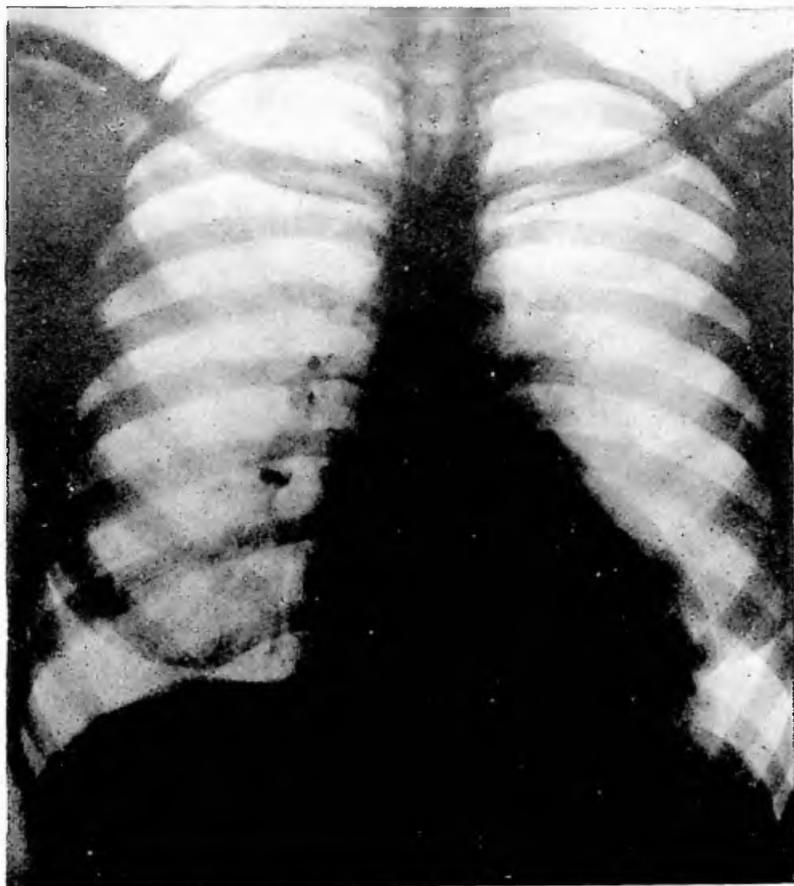


Fig. 1: Obs. I: Tele-radiografia do tórax. Aumento da área cardíaca (138 cms²); diâmetro transverso da figura cardíaca: 13cms,8 diâmetro longitudinal: 15cms,2. Diâmetro transverso do pedículo vascular. 4cms,8. Índice volumetrico da aorta: 2cms,4.

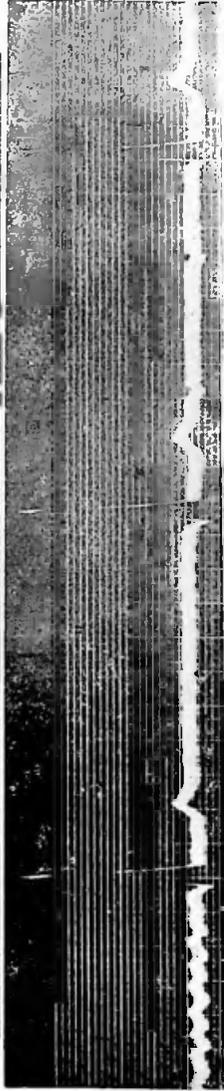
Teleroentgenography of the thorax Increase of the cardiac area (138cm²); transverse diameter of the cardiac figure: 13.8cm; longitudinal diameter: 15.2cm. Transverse diameter of the great vessels: 4.8cm. Volumetric index of aorta: 2.4cm.



D - 1



D - 2



D - 3

Fig. 2: Obs. I: Ecg. em 23-3-44: bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRD e direção convergente. Frequência auricular a 77 por minuto; frequência ventricular a 28 por minuto.

Fig. 2 — Case 1: ECG on 3-23-944. Complete A-V block with QRS of the RBBB type and convergent direction. Auricular rate: 77 a minute; ventricular rate: 28 a minute.

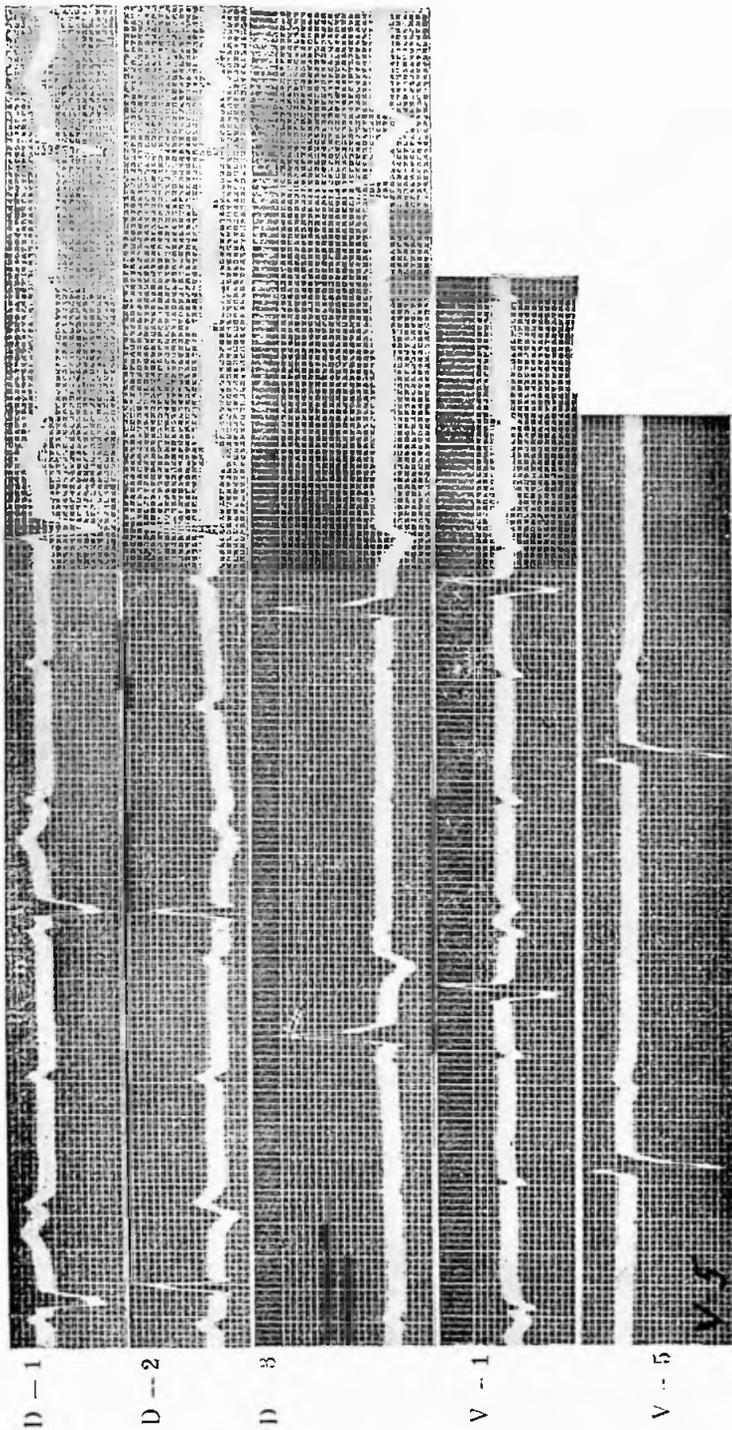


Fig. 3: Obs. 1: Ecg. em 26-6-45: A frequência auricular é de 76 por minuto e a ventricular de 25. Sensíveis modificações do complexo ventricular: R-1 diminui consideravelmente de voltagem, quasi desaparecendo; T-2 e T-3 estão negativas.

Fig. 3 — Case 1: ECG on 6-26-45. Auricular rate of 78 a minute and ventricular rate of 25. Noticeable changes of the ventricular complex: R-1 with a considerably decreased voltage, almost disappearing; T-2 and T-3 are negative.

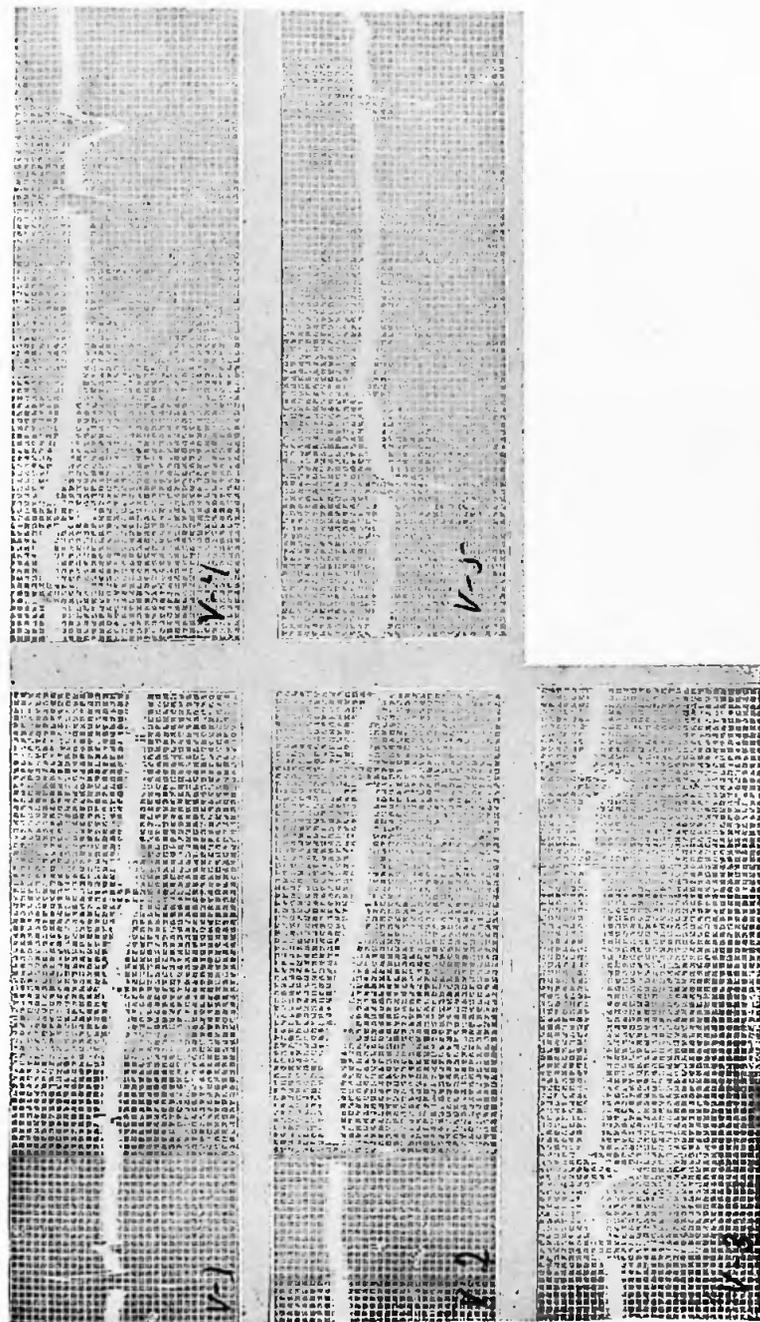


Fig. 4: Obs. I: Ecg. em 11-7-46: Freqüência auricular de 86 por minuto e ventricular a 30. Baixa voltagem de R até V-4. A onda T se mostra, profundamente negativa e pontegada em V-3 e V-4, sendo muito menos acentuada a alteração em V-5.

Fig. 4 — Case 1: ECG on 7-11-946: — Auricular rate of 86 a minute and the ventricular one of 30. Low voltage of R in all leads except V-5. The T wave is deeply negative and sharp in V-3 and V-4, being less remarkable the change in V-5.

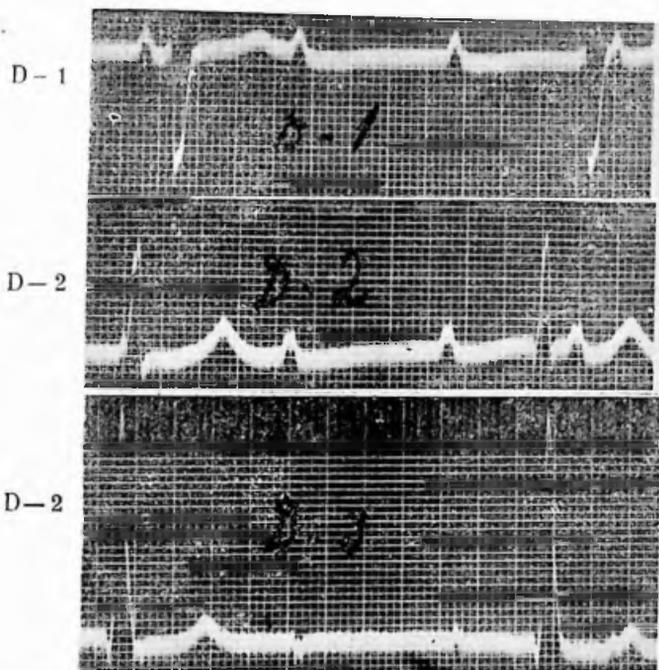


Fig. 5: Obs. I: Ecg. em 12-10-46: A onda T se tornou positiva em D-2 e D-3; ligeiro infradesnívelamento de S-T nestas derivações.

Fig. 5 — Case 1: ECG on 10-12-946: The T wave became positive in L-2 and L-3; slight downward displacement of S-T in these leads.

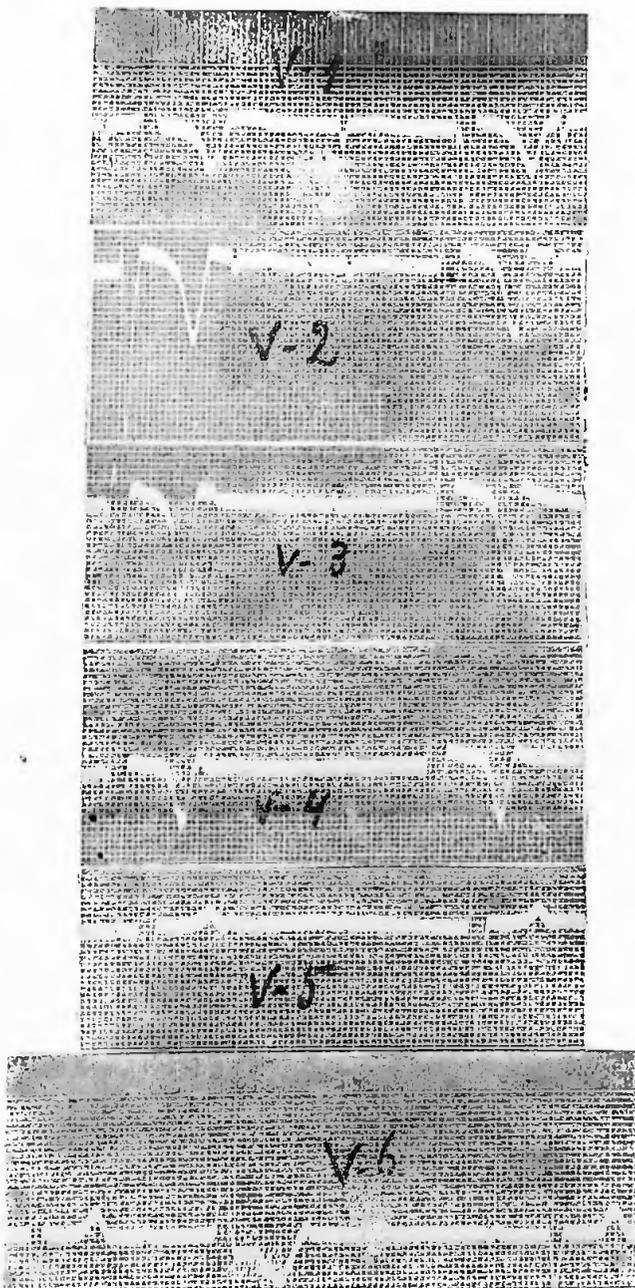


Fig. 6: Obs. 1: Ecg. em 12-10-46: derivações precordiais. A onda T se tornou profundamente negativa e ponteguda, de V-1 a V-4. Extra-sístole ventricular em V-6.

Fig. 6 — Case 1: ECG on 10-12-946: Precordial leads. The T wave became deeply negative and sharpened from V-1 to V-4. Ventricular premature beat in V-6.

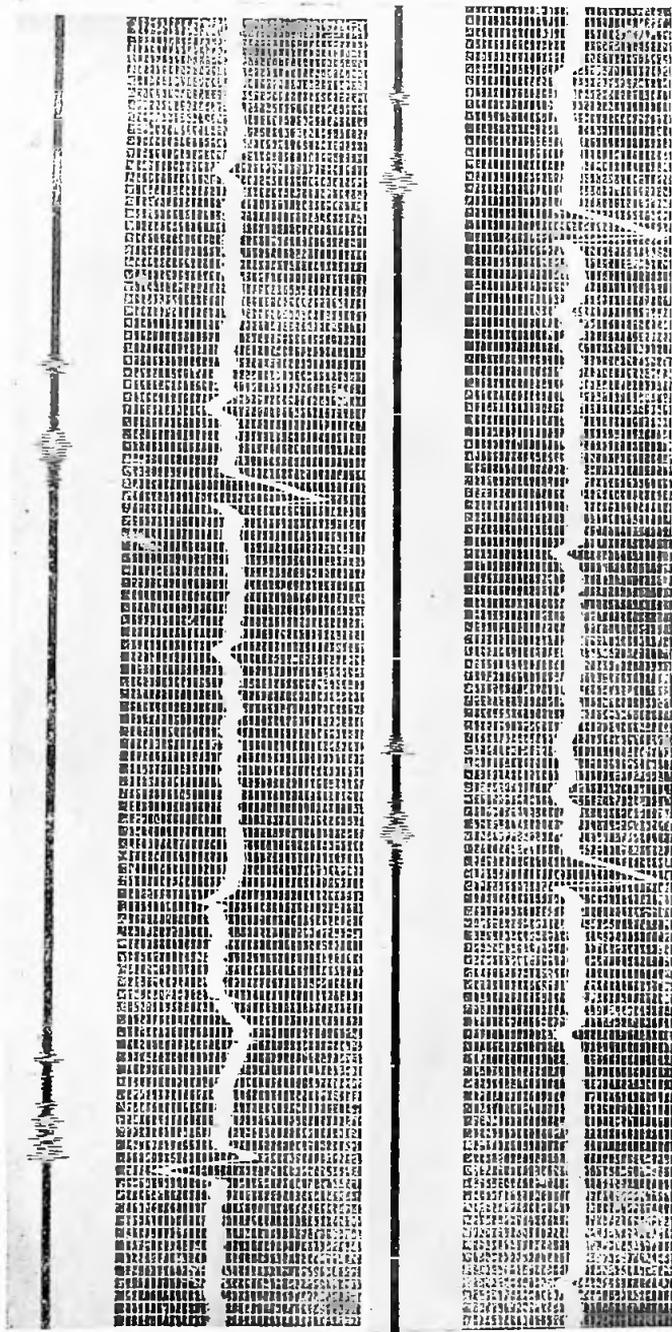


Fig. 7: Obs. I: Fonocardiograma; Sopra sistólico na ponte.
Desdobramento de B-2.

Fig. 7 — Case 1. Phonocardiogram: Systolic apical murmur.
Splitting of B-2.

mica. Bom estado geral. Pele parda. Mucosas visíveis regularmente coradas. Varizes nos membros inferiores. Não tem edemas periféricos. Dentes em mau estado de conservação. Aparelho circulatório: Choque da ponta, no 5.^o espaço intercostal esquerdo, a 10 cms. da linha mediana, para fora da linha hemiclavicular. Extenso e intenso, com a frequência de 26 vezes por minuto, em média. Desdobramento da 2.^a bulha. Batimentos visíveis na fúrcula esternal, onde a aorta é palpável. Sôpro sistólico, aspirativo, na ponta, propagando-se na direção da axila. Pulso radial, de paredes elásticas, com 26 batimentos, em média, por minuto. Pressão arterial: 120 / 50 (Tycos). Aparelho respiratório: nada que mereça especial referência, ao exame clínico. Capacidade vital: 1000 cc. Abdomen: Fígado, aumentado de consistência, um pouco doloroso à palpação e excedendo 3 dedos transversos o rebordo costal, na linha hemiclavicular direita. Baço: não é palpável. *Radiografia* (tele). Aumento da área cardíaca, que mede 138 cms.²; diâmetro transverso da figura cardíaca: 13 cms,8; diâmetro longitudinal da figura cardíaca: 15 cms,2. Diâmetro transverso do pedículo vascular: 4 cms,8. Índice volumétrico da aorta: 2 cms,4. Transparência pulmonar satisfatória. *Eletrocardiograma*: Em 23-3-44, bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRD e direção convergente. Frequência auricular a 77 por minuto; frequência ventricular a 28 por minuto. Em 26-6-45, a frequência auricular é de 76 por minuto e a ventricular de 25. Notam-se sensíveis modificações do complexo ventricular. R-1 diminui consideravelmente de voltagem, quase desaparecendo; T-2 e T-3 estão negativas. No traçado, em que se fez o fonocardiograma, nota-se a mutabilidade na configuração do complexo ventricular, o que denota instabilidade na localização do foco de excitação ídio-ventricular. Em 11-7-46: a frequência auricular é de 86 por minuto e a ventricular de 30 por minuto. Baixa voltagem de R até V-4. A onda T se mostra profundamente negativa e ponteguda em V-3 e V-4, sendo

muito menos acentuada a alteração em V-5. Faltou correspondência clínica a essas modificações elétricas, não se tendo alterado as condições subjetivas da paciente. *Fonocardiograma*: Sôpro sistólico na ponta. Desdobramento da 2.^a bulha. *Exames de laboratório*: Kolmer-Wassermann — Negativa. (15-10-945). Hematimetria: 3.780.000. Hemoglobina correta (Sahli): 93%. Relação globular: 1/609. Valor globular: 1,2. Leucócitos: 6.200 por mm³. Eosinófilos: 4%. Neutrófilos: 61,5% (núcleo em bastão: 19%; segmentados: 42,5%). Linfócitos: 26%. Monócitos: 8%. Células plasmáticas: 0,5% (18-10-945). *Xenodiagnóstico*: Realizado pelo Prof. A. L. Barros Barreto, foi positivo, em 3 de Novembro de 1944, encontrando no intestino posterior de duas ninhãs de *P. megistus* numerosas formas metacíclicas do *Schizotrypanum cruzi*. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Na reação praticada, em Manguinhos, pelo Dr. Júlio Muniz, o sôro se mostrou fortemente impediante (11-5-946)). Em nosso laboratório, a reação se mostrara positiva (+++) com 0,2 cc. de sôro, empregando-se o mesmo antígeno de Davis, fornecido pelo Dr. Júlio Muniz (30-10-45). *Inoculação*: A injeção de 5 cc. de sangue em rato branco, por via peritoneal, deu resultado negativo (18-1-46). *Resumo da evolução clínica*: O estado da paciente continúa inalterável e a mesma, com frequência, comparece ao serviço, para reexames.

Observação II: Lourenço Batista, 16 anos, preto, lavrador, residente na rua dos Bandeirantes, n.º 12 (Capital), natural do Município de Cruz das Almas (Bahia), deu entrada em nosso serviço na Faculdade de Medicina, em 11 de Julho de 1944. *História da doença atual*: Há cerca de dois meses, com dispnéia de esforço, procurou o Ambulatório do Hospital de Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Como não melhorasse com a medicação usada e os sintomas se agravassem, providenciou para internar-se, estando já nessa oca-

são muito edemaciado, com dispnéia contínua e escarros sanguíneos. *Resumo do interrogatório sobre o estado atual:* Insônia. Dispnéia de decúbito. Fadiga. Palpitações. Tosse, com expectoração sanguinolenta. Constipação. Noctúria. *Antecedentes familiares:* Pai vivo, aparentemente sadio; mãe falecida, de causa ignorada pelo paciente; irmãos: 2 aparentemente sadios, 3 falecidos na primeira infância. *Antecedentes pessoais:* Tabagista habitual; eventualmente, faz uso de bebidas alcoólicas; sarampão e varicela, na infância; nega passado venéreo. *Exame físico:* Facies anêmica. Leptosômico. Tecido adiposo subcutâneo, regularmente desenvolvido. Pêso: 43 quilos. Altura: 1m,48 cms. Mucosas visíveis descoradas. Edema da face e dos membros inferiores. Temperatura axilar: 36°C. Reflexos à luz e acomodação, normais. Língua rósea e úmida. Pescoço com motricidade normal. A aorta não é palpável na fúrcula. *Aparelho circulatório:* Choque da ponta, de fraca intensidade, no quinto espaço intercostal esquerdo, a um dedo para dentro da linha axilar anterior. Sopro sistólico na ponta. Ritmo de galope, na ponta. Extra-sístoles. Desdobramento da segunda bulha. Pulso radial, com paredes elásticas, batendo, em média, 120 vezes por minuto. Pressão arterial: 100/80 (Tyco). *Aparelho respiratório:* Tórax globoso. Tipo respiratório: costo-abdominal, com 26 excursões por minuto. Expansão simétrica dos vértices e das bases. Sub-macicez nas bases. Frêmito diminuído na base direita. Estertores bolhosos na metade inferior do pulmão esquerdo; do lado direito, estertores bolhosos no campo médio; para baixo, silêncio respiratório. Abdomen: Com paredes abauladas e moderadamente tensas. Indolor à pressão. Fígado, muito aumentado de volume, a exceder 6 dedos transversos o rebordo costal, na linha hemiclavicular direita; o lobo esquerdo atinge o hipocôndrio homólogo; mostra-se duro e doloroso à pressão. Baço: não é palpável. *Radiografia:* (tele, 27-7-44). Aumento da figura cardíaca, que mede em sua área 147,5 cms² (isto é, + 69,5%). O diâmetro

transverso da figura cardíaca mede 14,3 cms. (+ 28,8% e o longitudinal 15,7 cms. (+ 55,4%). Diâmetro transverso do pedículo vascular: 6 cms,3. Índice volumétrico: 2,3. Diminuição da transparência pulmonar por estase; na base direita, sombras numulares e véu homogêneo. *Eletrocardiograma*: No traçado tirado no dia 8-8-44, percebe-se a simultaneidade de dois ritmos: um sinusal e um supraventricular (nodal), ambos com a mesma frequência e com BRD permanente. A frequência de ambos os centros é de 73 batimentos, em média, por minuto. De 27 de Julho a 1.º de Setembro, tomara o doente L gotas de Digitalina Nativelle, à razão de 0mgr,2 por dia; desde 2 de Setembro que a medicação estava suspensa. Um segundo traçado foi tomado a 12 de Agosto. Notam-se extra-sístoles ventriculares múltiplas, politópicas, bilaterais, em paroxismos taquicárdicos. Em D-2, reaparece o duplo comando do traçado anterior. O doente continuava fora da ação da digital. *Fonocardiograma*. Traçado tomado a 8-8-44, fazendo-se o registo na zona mesocardiaca. Verifica-se a ocorrência de um sôpro sistólico, desdobramento da segunda bulha e galope auricular, que sòmente comparece nos ciclos sinusais. *Exames de laboratório*: Dosagem da uréia no sangue (11-9-44): 0,45 por mil. Exame de urina Nada de significativa importância. Exame de fezes: Ovos de *Necator americanus*, *Trichuris trichiura*, *Schistosoma mansoni*. *Xenodiagnóstico*: Realizado pelo Prof. A. L. de Barros Barreto, foi positivo; em 28 de Setembro, uma das ninfas já mostrava formas tripanosômicas no intestino posterior; os outros três exemplares (1 larva e 2 ninfas — todos exemplares de *P. megistus*) sòmente em 11 de Outubro apresentaram tripanosomas nas fezes. *Resumo da evolução clínica*: O doente esteve internado em nosso serviço de 11 de Julho até 28 de Setembro, quando veio a falecer. Durante todo êsse tempo, apresentou o quadro da insuficiência cardíaca irredutível, tolerando mal o tratamento digitálico. *Necropsia* (Realizada pelo Prof. Coelho dos Santos): Edema das conjuntivas; lábios vio-

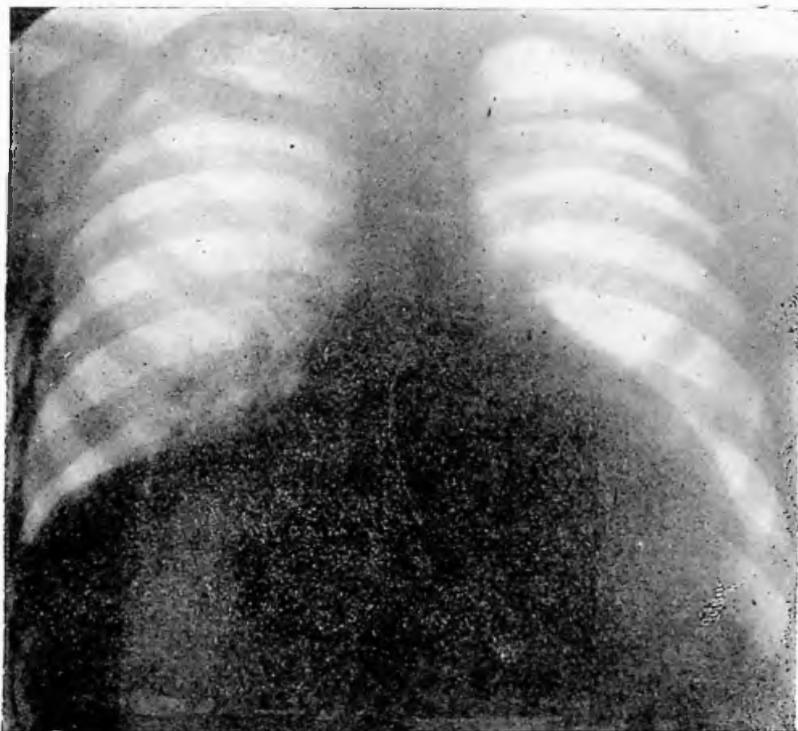


Fig. 8: Obs. II: Tele-radiografia do tórax. Acentuado aumento da figura cardíaca. Diminuição da transparência pulmonar por estase. Na base direita, sombras numulares e véu homogêneo.

Fig. 8 — Case II: Teleröntgenography of thorax. Prominent increase of the cardiac outline. Decrease of pulmonary transparency by stasis. At right base, coarse mottling and area of increased, uniform density.

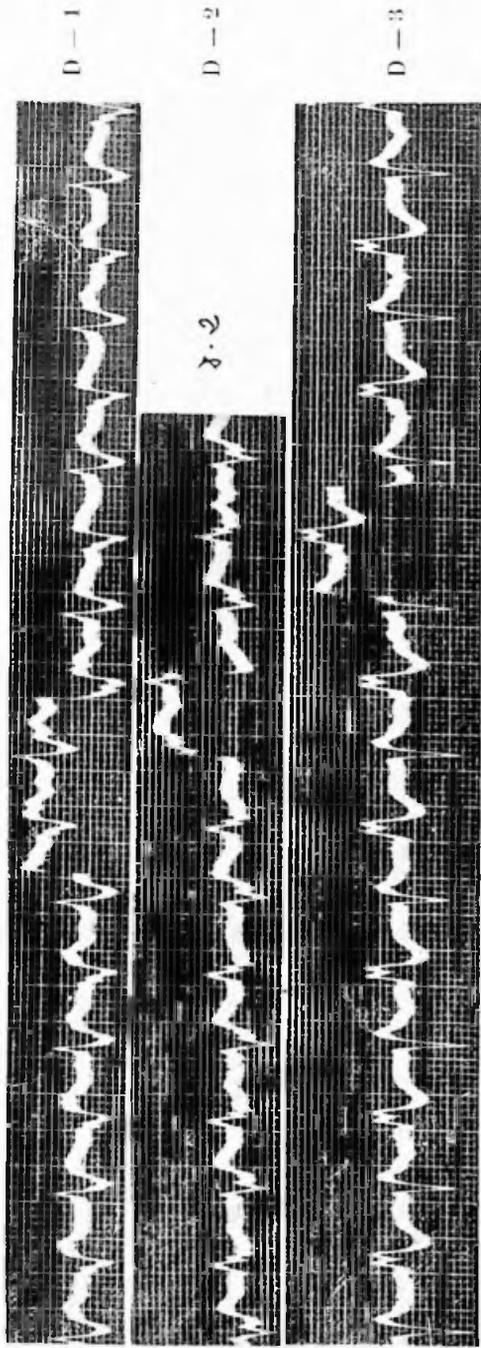


Fig. 9 Obs. II: Ecg. em 8-8-944. Ritmo sinusal e supraventricular (nodal), com a mesma frequência e com ERD permanente. A frequência de ambos os centros é de 73 batimentos, em média, por minuto.

Fig. 9 — Case II: on 8-8-944. Sinus and supraventricular (nodal) rhythm, with the same rate and permanent REBE. The rate of both centers is of 73 beats per minute on the average.

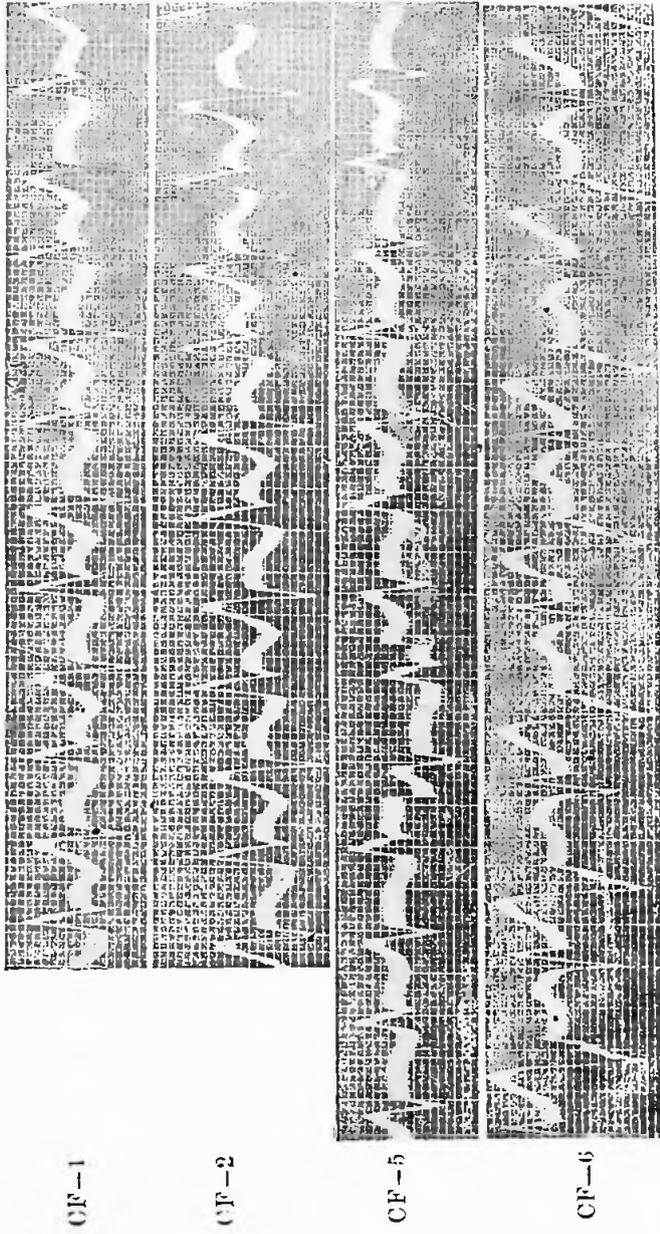


Fig 10: Obs. II: Ecg. em 8-8-44. Derivações precordiais.

Fig 10 Case II: ECG on 8-8-944. Precordial leads

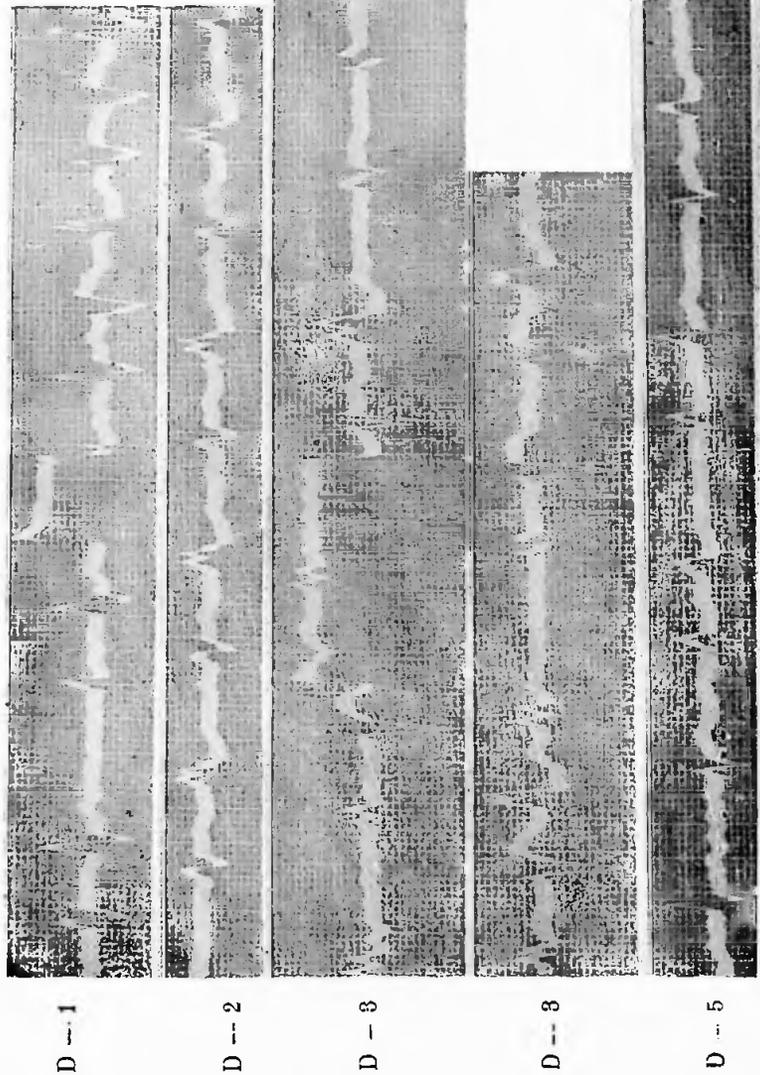


Fig. 11: Obs. II; Ecg. em 12-8-44: Extra-sístoles ventriculares múltiplas, politópicas, bilaterais, em paroxismos taquicárdicos. Em D-2 reaparece o duplo comando do traçado anterior.

Fig. 11 — Case II: ECG on 8-12-944. Multiple, polytopic, bilateral, ventricular premature beats in tachycardiac paroxysms. In L-2, the double command of the anterior tracing reappears.

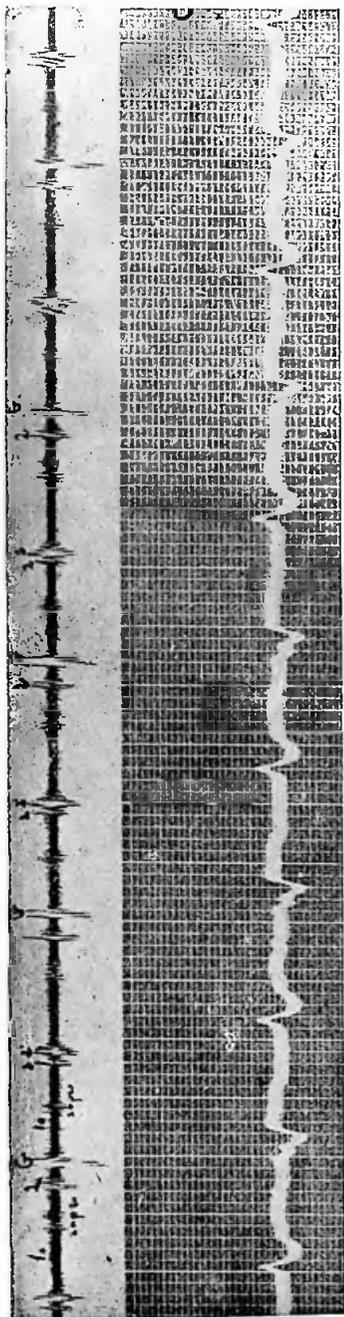


Fig. 12: Obs. II: Fonocardiograma. Registo na zona mesocardíaca. Sópro sistólico, desdobramento de B-2 e galope auricular, que sómente aparece nos ciclos sinusais.

Fig. 12 — Case II: Phonocardiogram. Register on the mesocardiac zone. Systolic murmur, splitting of E-2 and auricular gallop which only appears in the sinus cycles.

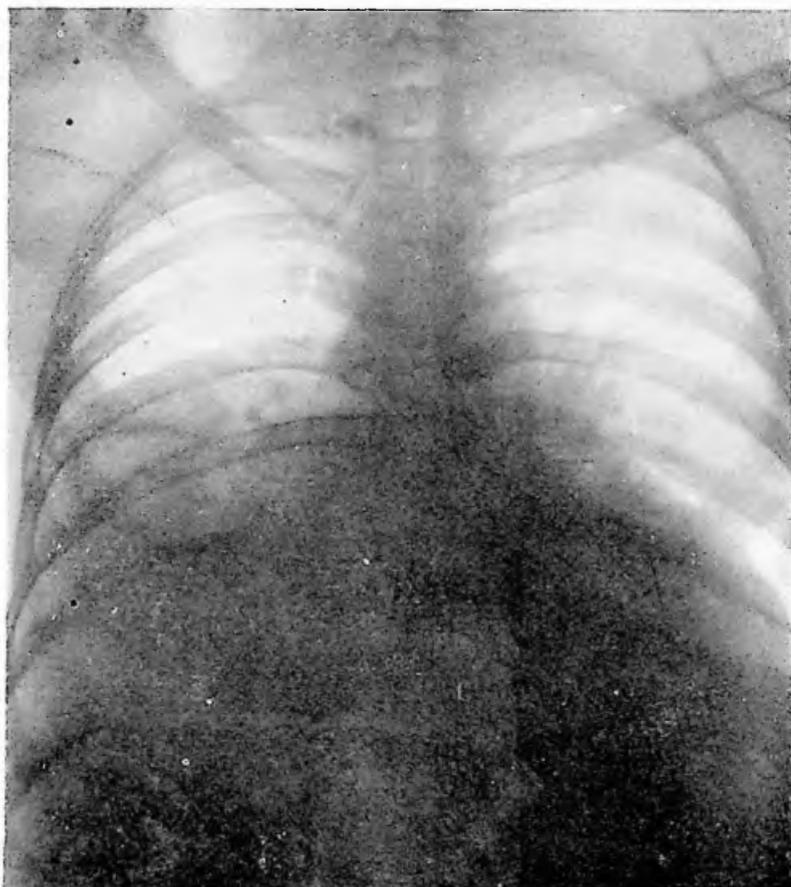


Fig. 13: Obs. II: Tele-radiografia do tórax: Derrame pleural bilateral, metnos abundante à esquerda. A figura cardíaca está aumentada.

Fig 13 — Case II: Telercentgenography of the thorax: — Bilateral pleural effusion, less abundant at the left. The cardiac outline is increased.

láceos; gânglios sub-mandibulares hipertrofiados; tórax cilíndrico; implantação infantil dos pelos genitais; cicatrizes discrômicas, com orla côr de chumbo nos membros inferiores; manchas violáceas hipostáticas, dorsais. Inspeção interna: Coluna óssea normal. Cavidade raqueana, lisa, brilhante, com sinais de estase. Aderência da meninge dura na zona frontal. Abundantes granulações de Pachioni. Vasos cerebrais sem alterações. Panículo adiposo sub-cutâneo escasso. Derrame peritoneal amarelo-citrino, com o volume de 300 cc. e abundantes grumos fibrinosos. Retração dos pulmões, ao abrir-se o tórax. Ponta do coração, no sétimo espaço intercostal esquerdo, na linha axilar anterior. Borda direita do coração a 3 cms. da borda esternal, no 4.º espaço intercostal. Derrame pleural direito, amarelo citrino, de 1.023 cc. Pleura parietal, lisa, brilhante. Derrame pleural esquerdo, amarelo citrino, de 75 cc. Pleura parietal, lisa, brilhante, com uma aderência laminar estreita e curta, unindo a base do pulmão ao diafragma. Derrame do pericárdio, amarelo citrino, com o volume de 60 cc. Fôlha parietal do pericárdio, com zonas de congestão e zonas despolidas, rugosas. Diâmetro longitudinal do coração — 12 cms. Diâmetro transverso — 13,5 cms. Gânglios mediastinais, antracosados, hipertrofiados, edemaciados. Vasos do mediastino, com disposição e aspecto normais. Persistência do canal arterial. Peritônio parietal, liso, polido, brilhante. Epíplon aderente à vesícula biliar. Baço aderente ao peritônio parietal. Estômago aderente ao pâncreas.

Exame dos órgãos: Medula e cérebro, sem alterações. Tireóide, com discreta esclerose. Pulmão, com antracose e enfartes. Pulmão direito, com antracose e edema. Coração com 530 grs. Manchas leitosas do epicárdio. Miocardite crônica. Dilatação das cavidades esquerdas. Orifícios, sem alterações. Endocárdio, liso e brilhante. Traquéia, recoberta de serosidade alaranjada. Esôfago, normal. Fígado e baço de estase. Rim esquerdo, nefrite crônica e enfarte do polo inferior. Rim direito,

nefrite crônica e enfarte do polo superior. Estômago e duodeno normais. Intestino delgado, sem alterações. Grosso intestino: enterite folicular do cego e do colo sigmóide. Pâncreas, com ligeiro grau de estase. Supra-renais, sem alterações perceptíveis. Testículos: normais. Bexiga: normal.

Exame histológico: Coração: Resultado do laudo assinado pelos Drs. Eitel Duarte e Pena de Azevedo: "Doença de Chagas. Miocardite intersticial crônica com focos de reação subaguda. Presença de parasitos (*S. cruzi*) em aglomerados no interior da fibra cardíaca". Rio, 8 de Novembro de 1946.

Observação III: José Frederico da Silva, 35 anos, pardo, sapateiro, casado, residente na rua Maciel de Baixo, 30 (Salvador), deu entrada em nosso Serviço, na Faculdade de Medicina no dia 9 de Outubro de 1945. *História da doença atual:* Após uma gripe que se verificou há dois meses atrás, começou a sentir dispnéia de esforço e decúbito, edema nos membros inferiores e órgãos genitais externos. Após as refeições, sensação de plenitude gástrica e dispnéia. *Resumo do interrogatório sobre o estado atual:* Fadiga, palpitações, ortopnéia, notturna. *Antecedentes familiares:* Pai, falecido aos 61 anos, de afecção respiratória aguda; mãe, aos 46 anos, de varíola. A espôsa, aparentemente sadia. Têm 5 filhos; suspeita que um deles, com 15 anos de idade, sofre do coração (*sic*). *Antecedentes pessoais:* Usa bebidas alcoólicas, eventualmente. Não fuma. Nega passado venéreo. Varíola, aos 12 anos. Sarampão e varicela, aos 18 anos. *Exame físico:* Altura: 1m,58 cms. Pêso: 53 quilos. Estado geral mau. Regular estado de nutrição. Cianose discreta das extremidades. Edemas dos membros inferiores e órgãos genitais externos. Dentes regularmente conservados Tireóide: não tem sensíveis modificações. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de fraca intensidade, no sétimo espaço intercostal esquerdo, a quinze cms. da linha mediana. Ocupa uma área de 2 cms,5 de diâmetro. Hiperfo-

nese pulmonar. Sôpro sistólico, na ponta; de média intensidade (+ +). Extra-sístoles. Desdobramento da segunda bulha. A aorta não é palpável na fúrcula. Não tem Oliver-Cardarelli. Pulso radial, com paredes elásticas, irregular, batendo em média 108 vêzes por minuto. Pressão arterial 122/100 (Tycos), no membro superior direito; no membro inferior direito, estando o doente em decúbito, é igual a 140/114 (Tycos). Aparelho respiratório: Respiração costo-abdominal, com 24 excursões por minuto. Sinais de derrame pleural bi-lateral, mais abundante à direita, onde vai até a altura de 3 cms. acima da ponta da omoplata. Capacidade vital 1.000 cc. Abdome: Fígado aumentado de volume, excedendo 4 dedos o rebordo costal. Doloroso à palpação. *Radiografia* (tele, 29-X-45): imagem de derrame pleural abundante no hemitórax direito. E, muito reduzido no lado oposto, a ponto de não prejudicar a visibilidade do contôrno cardíaco, o que não sucede à direita. Em vista dessas circunstâncias, fica prejudicado o cálculo da área cardíaca e dos diâmetros respectivos. Entretanto, pelo que se pôde perceber, é lícito concluir que a figura cardíaca está consideravelmente aumentada. O diâmetro transverso do pedículo vascular mede 6 cms,7 e o índice volumétrico da aorta vai a 3 cms. *Eletrocardiograma*: (20-10-945): Bloqueio de ramo direito, do grupo I, de Bayley. Extra-sístoles ventriculares, bigeminadas, politópicas, bilaterais. Em CF-5, o segmento ST aparece infradesnivelado, curvilíneo, de convexidade superior e a onda T é profundamente negativa. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer- Wassermann no sangue — Fracamente positiva (+), 12-10-945. Hematimetria: 4.490.000. Hemoglobina correta: 108%. Relação globular: 1/423. Valor globular: 1,2. Leucócitos por mm.³:10.600. Basófilos: 0,5%. Eosinófilos: 4%. Neutrófilos: 65% (núcleo em bastão: 7,5%; segmentados: 58%). Linfócitos: 9,5%. Monócitos: 20,5%. *Xenodiagnóstico*: Negativo: verificação de Emanuel Dias (Mangui-nhos), em 22-12-45. *Reação de fixação do complemento* (com

antígeno de Davis): Positiva: (+ + + +) com 0,05 de sôro em nosso laboratório, a 16-10-45; e, com Dr. Júlio Muniz, em Manguinhos, a 11-5-46. *Resumo da evolução clínica:* Teve alta, a pedido, no dia 24 do mesmo mês. No dia 12, retirou 600 cc. de líquido citrino da pleura direita, com reação de Rivalta negativa. Três dias mais tarde, retirou 400 cc. de líquido citrino da pleura esquerda, com reação de Rivalta negativa. De 9 a 12 do mesmo mês, fêz uma cura de 80 gts. de digitalina.

Observação IV: — Adelino Alves dos Santos, 25 anos, pardo, solteiro, diarista, residente na Rua Ramos de Queiroz, 215 (Salvador), baixou a nosso serviço na Faculdade de Medicina, em 10 de Março de 1945. *História da doença atual:* Desde Setembro de 1944, que começou a sentir dispnéia de esforço, acompanhada de palpitações e fadiga. Depois, a dispnéia se acentuou, aparecendo mesmo em decúbito. Vieram edemas, que se estenderam dos membros inferiores até o abdome. Esteve febril por algum tempo, com tosse e escarros hemoptóicos. Em Outubro do mesmo ano, procurou um facultativo que o medicou. Melhorou muito, passando relativamente bem até fins de Novembro. Então, reapareceram gradualmente aqueles sintomas, ficando impossibilitado do menor esforço em fins de Janeiro, quando resolveu internar-se na Santa Casa, o que fêz a 30, sendo designado para o serviço do Prof. José Olímpio da Silva e transferido depois a nossos cuidados, na data acima indicada. *Resumo do interrogatório sobre o estado atual:* Fadiga. Palpitações. Dispnéia de decúbito. Noctúria. *Antecedentes familiares:* Pais falecidos de causa ignorada pelo paciente. Tem cinco irmãos, aparentemente saudios. *Antecedentes pessoais:* Não fuma. Etilista moderado. Aos 21 anos, neisserose e cancos venéreos. *Exame físico:* Altura: 1m,68 cms. Pêso 60 quilos. Temp.: 36,5. Estado geral: precário. Estado mental: lúcido. Discreta cianose naso-labial

e das extremidades. Edema dos membros inferiores e da parede abdominal. Dentes em boas condições de conservação. Tireóide não está aumentada. Não tem Oliver-Cardarelli. Aparelho circulatório: Choque da ponta com moderada intensidade, no 6.º espaço intercostal, para fora da linha hemiclavicular, a 17 cms. da linha mediana. Ocupa uma área de 4 cms. × 4 cms. Choque valvular palpável, no foco pulmonar. Aorta palpável na fúrcula. Hipofonese das bulhas cardíacas. Sôpro sistólico no foco pulmonar, sem propagação. Desdobramento da segunda bulha. Ritmo cardíaco irregular. Pulso radial com paredes elásticas; com a frequência irregular, batendo em média 60 vêzes por minuto. Não apresenta turgidez das veias do pescoço. Pressão arterial: 130/90, tomada no membro superior direito, estando o doente sentado. Aparelho respiratório: Respiração costo-abdominal, com 33 excursões por minuto. Sinais de estase pulmonar acentuada. Capacidade vital: 1.700 cc. Abdome: Ascite livre. Fígado, aumentado de volume e consistência, excedendo a borda inferior do lobo esquerdo cêrca de 10 cms. o apêndice ensiforme. *Ex. radiológico (orto, 23--3-945)*: Aumento considerável da sombra cardíaca. Mede a área 204 cms.² (isto é, + 80%), o diâmetro longitudinal 18,6 cms. (+ 61,7%), o diâmetro transverso 18,0 (+ 41,7%). O diâmetro transverso do pedículo vascular alcança 6 cms. e o inter-tráqueopulmonar 3 cms. Diminuição da transparência pulmonar por estase. Alargamento das sombras do hilo. *Eletrocardiograma (28-3-45)*: Bloqueio de ramo direito, do grupo I de Bayley, com alongamento de P-R; extra-sístoles ventriculares, bigeminadas; em D-3, episódios de bloqueio A-V do 2.º grau. a 2:1 (tipo II de Mobitz); o penúltimo complexo nesta derivação é uma extra-sístole nodal. Desde 29-3-45, que o doente vinha tomando 10 gotas de digitalina Nativelle por dia. Em 5-4-45, continuando o doente ainda sob a ação da digitalina, na mesma dosagem, faz-se a prova do nitrito de amilo. Antes da prova, o traçado mostra o alongamento de P-R, com bloqueio de

Couro cabeludo normal. Ossos cranianos: Saliência do occipital com 1 cm. acima do plano ósseo e sutura irregular. Aderências da dura-mater à cisura fronto-parietal; aderência da dura-mater com meninges moles, a 2,5 cms. da cisura interhemisférica e a 4 cms. do polo anterior do hemisfério cerebral direito, com um pequeno núcleo de calcificação. Estase e edema subaracnoídiano biparieto-occipital. Placas de ateroma na carótida interna. Derrame abdominal amarelo alaranjado, no volume de 9.500 cc. Borda inferior do fígado, no 6.º espaço intercostal, linha mamilar. À abertura do tórax, nota-se expansão dos espaços intercostais. Ponta do coração no 6.º espaço intercostal, linha mamilar; borda direita do coração a 1 cm. da borda direita do esterno, no 4.º intercosto. Edema do tecido celular subcutâneo no pescoço; jugulares anteriores vasias. Pleura parietal esquerda, lisa, polida, brilhante. Pleura visceral, lisa, polida, brilhante, com discreta antracose, côr violácea, bolhas de enfisema na face interna do lobo superior, próximo ao vértice.

Pleura parietal direita, lisa, polida, brilhante. Pleura visceral, lisa, polida, brilhante, com discreta antracose, bôlhas de enfisema no vértice e na face interna do lobo superior, ampla zona violácea, na parte mais alta do lobo médio, enfisema das partes superior e média do mesmo lobo e antracose, com zonas violáceas, pigmentos hemorrágicos e enfisema da borda posterior no lobo inferior.

Mediastino — Linha de reflexão do pericárdio a 5 cms. abaixo da fúrcula esternal. Pericárdio com um derrame amarelo alaranjado, turvo, de 30 cc. Pericárdio parietal, liso, polido, brilhante. Epicárdio, liso, polido, brilhante, com pigmentação hemorrágica na face anterior do ventrículo direito; abaixo da auriculeta, manchas leitosas de bordas irregulares; delgadas, na face anterior do ventrículo direito. Mancha leitosa de limites irregulares, mole, próximo à ponta do coração, na face anterior do ventrículo esquerdo. Tecido adiposo,

quasi desaparecido, de aspecto gelatinoide. Vasos venosos vazios. Coração arredondado, em ferradura. Gânglios paratraqueais direitos, antracosados e de volume normal. Gânglios paratraqueais esquerdos, de volume normal, os superiores ligeiramente antracosados e os inferiores fortemente antracosados. Gânglios intertraqueobrônquicos, de volume normal, antracosados.

Peritônio parietal, liso, polido, brilhante, com pigmentação hemorrágica, à direita. Epiploon retraído sobre si mesmo, formando nódulos volumosos, na metade direita do cólon, estando no restante a sua borda livre espessada.

Fôlha anterior do mesentério, lisa, polida, brilhante, com discreta estase ao nível do cólon descendente, escasso tecido adiposo. Fôlha posterior lisa, polida, brilhante. Congestão perivisceral. Aderência do cólon transversal à vesícula e à primeira porção do duodeno, à face inferior do fígado. Congestão do peritônio parietal, no cólon descendente, ao nível dos rins. Substituição do tecido gordo da loja renal por tecido de aspecto gelatinoso.

Exames dos órgãos: Medula — Discreta estase perimedular, espessamento pouco pronunciado da dura mater em sua face ventral, placas de ateroma, escassas, dos vasos piamaterianos, na região torácica. Substância medular, de aspecto normal.

Encéfalo: 1.215 grs. Estase venosa. Abundantes granulações do Pachioni; no polo frontal direito, aderência de um vaso à dura mater com, no ponto de aderência, um nódulo calcificado; congestão mais pronunciada, com pigmentação hemorrágica dos polos frontais, sobretudo nas faces intercisurais. A secção mostra ampla zona de desintegração subcortical, que se estende do polo frontal direito (ápice) até o lobo parietal, medindo 9,5 cms. e, em largura, desborda para o hemisfério oposto; aí, tôdas as estruturas estão atingidas. O processo

apresenta-se com núcleos centrais necrobióticos, branco-amarelados, envoltos em ampla orla esponjosa, côr de vinho, circundada de pigmentação hemorrágica violácea.

Traquéia — congesta.

Esófago — violáceo.

Pulmão esquerdo — 310 grs. Superfície lisa, polida, brilhante, violácea, com discreta antracose. Corta com facilidade e a superfície de secção apresenta, nos lobos superior e inferior, estase e serosidade arejada. Crepitam bem. Bolhas enfisematosas no vértice do lobo superior. Artérias pulmonares de calibre reduzido. Veias pulmonares normais. Grandes brônquios violáceos.

Pulmão direito: 400 grs. Superfície lisa, polida, brilhante, violácea, com discreta antracose; bolha de enfisema na borda anterior do lobo inferior e bolhas enfisematosas no vértice do lobo superior. Corta com facilidade. Lobo superior, discreta estase, edema. Crepita bem. Lobo médio, em sua borda anterior, áreas macissas, vermelho-violáceas, exatamente onde o ramo da artéria pulmonar é mais estreito. Lobo inferior — discreta estase e edema, com zona de maciszez, vermelho-violácea, na borda anterior. Veias pulmonares, normais. Artérias pulmonares, de calibre reduzido. Grossos brônquios violáceos.

Coração: 609 grs. Espessura do ventrículo esquerdo: 1,9 cms.; ventrículo direito: 0,7 cms.; espessura do cone pulmonar — 0,7 cms. A forma do coração é arredondada ou, melhor, em ferradura; tôdas as cavidades estão dilatadas, especialmente as esquerdas, com desvio do septo, para a direita. Miocárdio flácido, resistente à pressão, apresentando uma área, na face interna do vent. esq., de espessamento dos músculos papilares, com discreto comprometimento do músculo. Aliás, todo o endocárdio ventricular mostra semelhantes espessamentos. Endocárdio auricular, liso, polido, brilhante. Endocárdio ven-

tricular direito, liso, polido, brilhante. Endocárdio auricular direito — liso, polido, brilhante. Circunferência da mitral — 11,7 cms.; implantação, superfície e bordas livres, normais. Circunferência da aorta — 6,6 cms.; implantação e comissuras normais; fenestração da sigmóide direita; bordas livres normais. Orifícios das coronárias permeáveis, orladas de estrias amareladas, situados acima das bordas sigmóides. Aorta supra-sigmóide, com estrias amareladas. Circunferência da aorta, a 3,5 cms. do orifício — 5,8 cms. Circunferência da pulmonar — 7,4 cms.; implantação, comissuras e bordas livres, normais, com fenestração da valva anterior. Artéria pulmonar lisa, polida, nacarada.

Circunferência da tricúspide — 13,5; implantação, superfície e bordas livres, normais.

Aorta torácica, com discreto ateroma.

Fígado — 1.600 grs. Medidas: 23,7 × 14,0 × 6,1 cms. Superfície polida, granulosa, branco acinzentada. Bordas arredondadas. Vias biliares permeáveis. Córta com leve resistência e a superfície de secção é ligeira e finamente lobulada, com esclerose difusa.

Baço — 125 grs. Medidas: 10,9 × 7,5 × 2,3 cms. Cápsula lisa, polida e brilhante, com leves estrias acinzentadas difusas. Placas branco-amareladas, com estrias vermelho-violáceas na borda anterior e na borda posterior. Consistência diminuída, corta facilmente e a superfície de secção, ligeiramente difluente, apresenta pequena estase. Enfartes mistos, nas bordas anterior e posterior. Corpúsculos de Malpighi dificilmente perceptíveis; estase pronunciada dos seios subcortais.

Rim direito — 200 grs. Medidas: 10,6 × 6,4 × 3,2 cms. Descapsula com dificuldade. Cápsula espessada, com focos violáceos na face anterior. Superfície congesta, apresenta em sua metade inferior, sobretudo, face anterior, focos amarelados, cirlados de estrias violáceas. Corta facilmente. Cortical, com 6 cms.; nítida no polo superior, de limites esbatidos, no polo in-

ferior. Pontilhado vermelho de tôda a cortical. Em sua metade inferior, vêem-se focos violáceos e amarelados, atingindo cortical e medular de enfartes. Medular, com estrias violáceas de congestão. Cálices e bacinetes, ligeiramente congestos. Pús no uretério. Artéria renal, com um de seus ramos trombosado. Veias, sem alterações.

Rim esquerdo — 159 grs. Medidas: 10,2 × 7,2 × 3,5 cms. Descapsula com alguma dificuldade. Cápsula, levemente espessada, violácea. Superfície violácea, com traços de lobulação e pontos deprimidos. Córta com facilidade. Cortical, com 6 mm., de limites nítidos, com pontilhado vermelho violáceo; na face anterior, em sua metade inferior, há um fóco vermelho violáceo de enfarte, atingindo somente a cortical. Medular vermelho-violácea. Cálices e bacinetes, congestos. Artéria renal, de paredes levemente espessadas. Veias normais. Pús no uretério. Bexiga de paredes flácidas, mucosa lisa, polida, brilhante. Próstata, com focos amarelo-esverdeados, de infecção crônica. *Estômago*: Mucosa, com dobras hipertrofiadas, algumas esquimóticas, no corpo, atrofiadas no antro e na região pilórica, onde aparecem também placas violáceas. Musculosa, sem alterações aparentes. Serosa, lisa, polida, brilhante. Espessamento e aderências do meso, na grande curvatura. Duodeno, com inúmeras dobras de côr violácea.

Intestino delgado — Apresenta no jejuno placas hemorrágicas e pigmentação hemorrágica difusa e nódulos submucosos aqui e ali; no ileon, edema e acentuada congestão. Dos nódulos, um se acha a 70 cms. da válvula ileocecal e o outro a 2,ms.43 da mesma válvula.

(ass.) J. COELHO DOS SANTOS

Exame histológico: Coração: Resultado do laudo assinado pelos Drs. Eitel Duarte e Pena de Azevedo: "O exame dos cortes histológicos revela processo de miocardite intersticial crô-

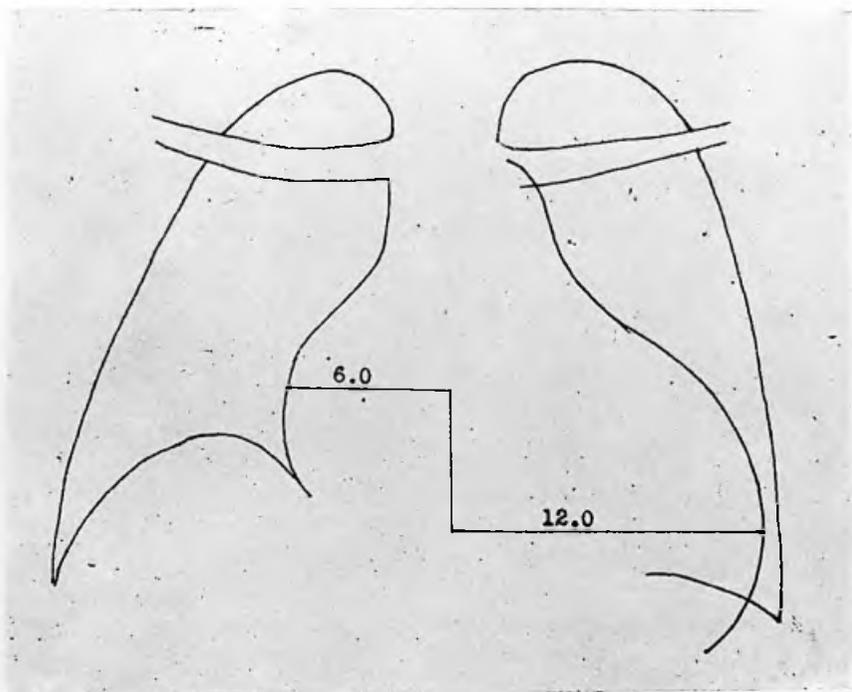


Fig. 14: Obs. IV: Ortodiagrama, em 23-3-45. Aumento considerável da sombra cardíaca.

Fig. 14 — Case IV: Orthodiagram on 3-23-945. Considerable enlargement of the heart cutline.



D-1



D-2



D-3



D-3

Fig. 15: Obs. IV: Ecg. em 28-3-45: Bloqueio de ramo direito, do grupo I de Bayley, com alongamento de P-R; extra-sístoles ventriculares, bigeminadas; em D-3, episódios de bloqueio A-V do 2.º grau, a 2:1 (tipo II de Mobitz); o penúltimo complexo nesta derivação é uma extra-sístole nodal.

Fig. 15 — Case IV: ECG on 3-28-946. Right bundle branch block of the type I of Bayley with prolonged P-R; ventricular bigeminy in L-3, episodes of A-V block of the 2nd degree, of 2:1 (type II of Mobitz); the penultimate complex in this lead is a nodal premature beat.

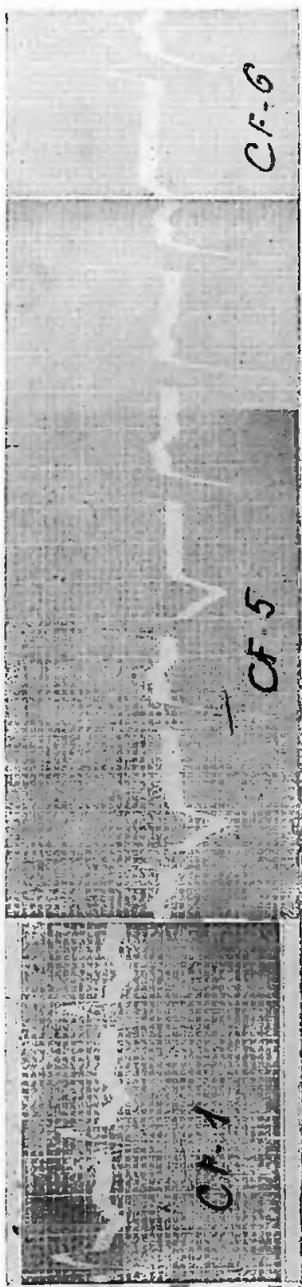


Fig. 16: Obs. IV; Ecg. em 28-3-45; Derivações precordiais.

Fig. 16 -- Case IV; ECG on 3-28-945. Precordial leads.

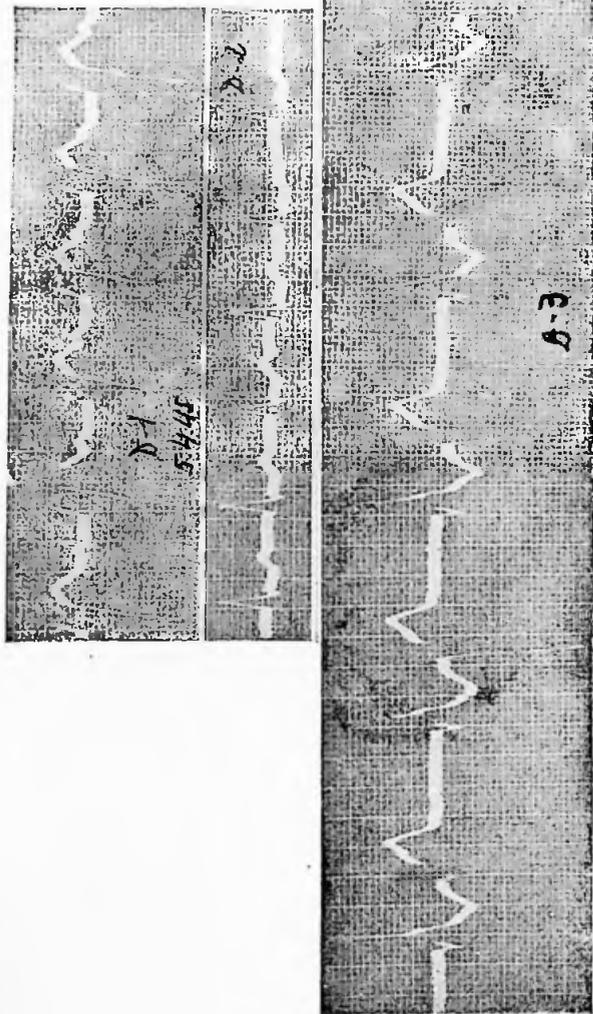


Fig. 17: Obs. IV: Ecg. em 5-4-45. O doente estava sob a ação da digitalina; fez-se a prova do nitrilo de amilo. Antes da prova, o traçado mostra o bloqueio de ramo direito, com alongamento de P-R e extra-sístoles ventriculares bigeminadas.

Fig. 17 — Case IV: ECG on 4-5-945. Patient was under the action of digitalin; the amylin nitrite test was performed. Before the test, the tracing shows right bundle branch block, with prolonged P-R and ventricular bigeminy.

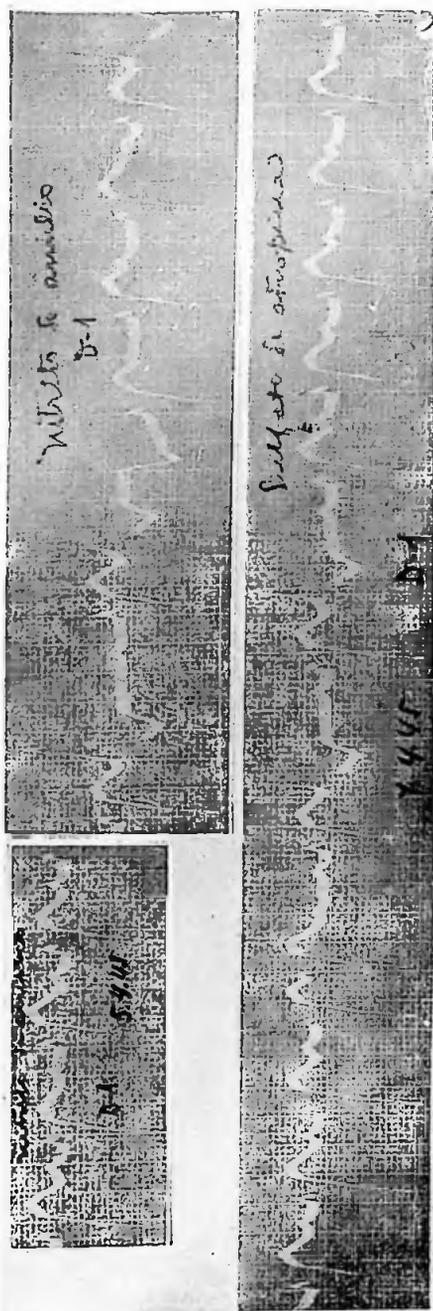


Fig. 18: Obs. IV: Prova do nitrito de amilo. Continua o mesmo aspecto, havendo apenas no início diminuição do espaço P-R. Com a prova da atropina, realizada no dia 7-4-45, no início, há diminuição do espaço P-R, surge uma extra-sístole nodal, aparecem extra-sístoles ventriculares bigeminadas; depois, vae se alongando novamente o P-R.

Fig. 18 — Case IV: Amyl nitrite test. The same aspect remains with only a decrease of the P-R interval at the beginning. With the atropine test, performed on 4-7-945, there is at the beginning, shortening of the P-R interval, a nodal premature beat appears beside ventricular bigeminy, afterwards P-R is prolonging again.

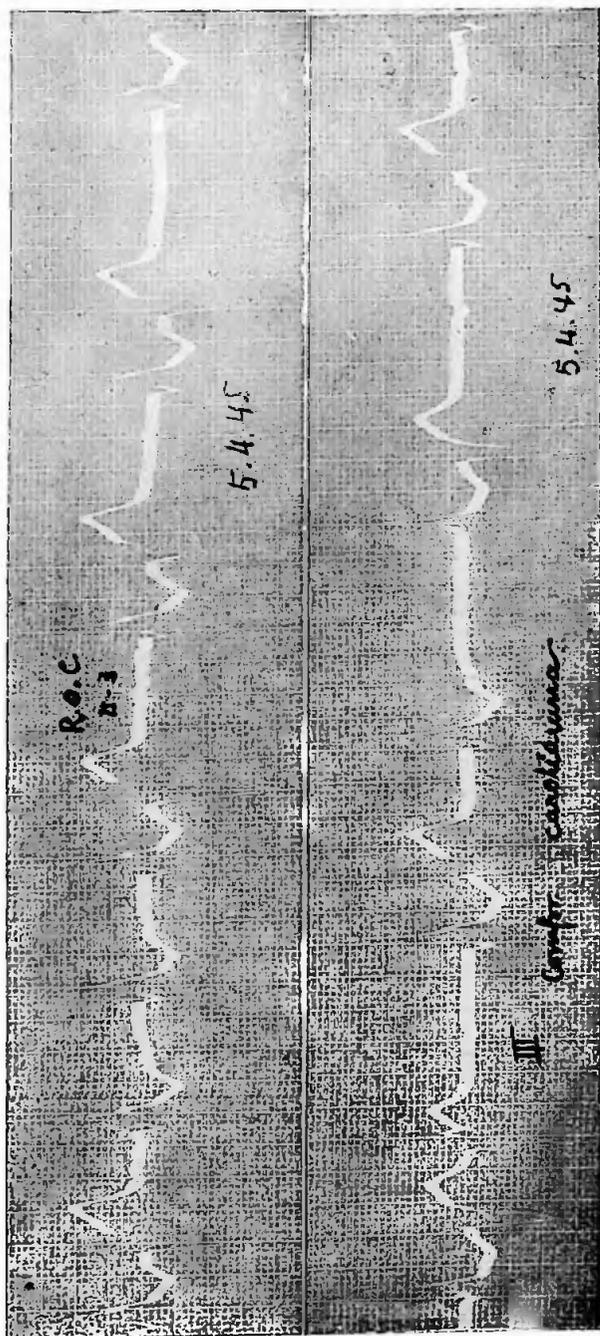


Fig. 19: Obs. IV: Praticado o reflexo óculo-cardíaco, notam-se extra-sístoles bigeminadas e, no fim do traçado, há inibição do nóculo sinusal, surgindo uma pulsação escapa. Na prova da compressão carotidiana, veem-se extra-sístoles bigeminadas, trigeminadas e bilaterais.

Fig. 19 — Case IV: After exercise of the oculocardiac reflex, ventricular bigeminy is noted and, at the end of the tracing, there is inhibition of the sinus node, appearing a escape beat. In the test of the carotid compression, bigeminy, trigeminy and bilateral premature beats are seen

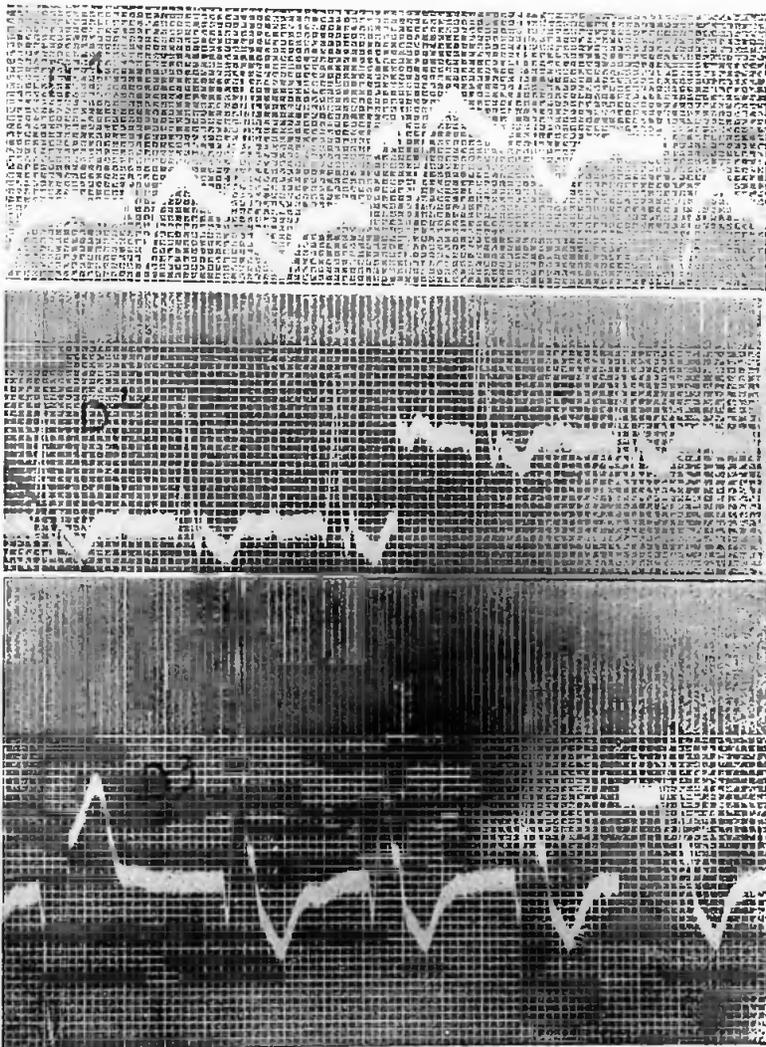


Fig. 20: Obs. IV: Ecg. em 11-7-45: Em D-2, a onda T está profundamente negativa.

Fig. 20 — Case IV: ECG on 7-11-945. In L-2, T wave is deeply negative.

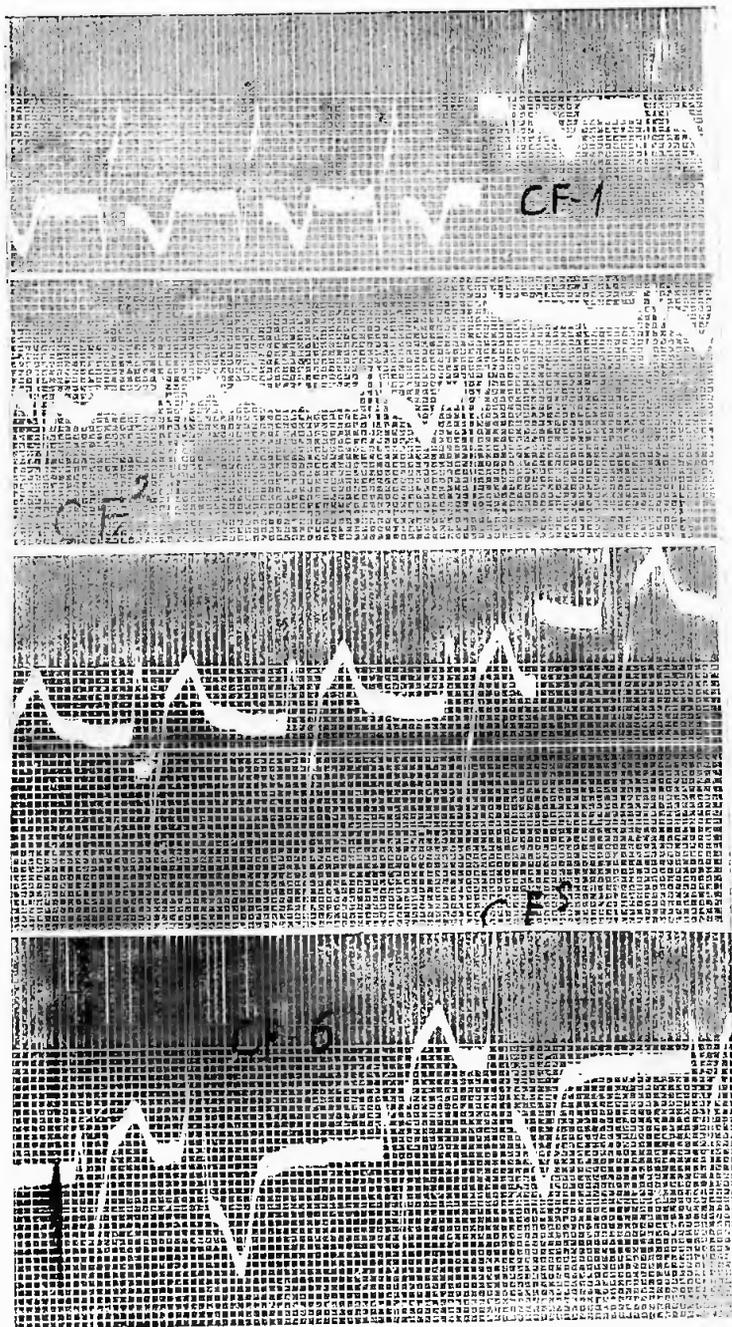


Fig. 21: Obs. IV: Ecg. em 11-7-45. Derivações precordiais. Em CF5 e 6, supra-desnívelamento de S-T, com alta voltagem de T, ao contrário do observado no traçado de 5-4-45.

Fig. 21 — Case IV: ECG on 7-11-45. Precordial leads. In CF-5 and CF-6 there is an S-T elevation, with high voltage of T wave, the opposite of the observed in the record of 4-5-945.

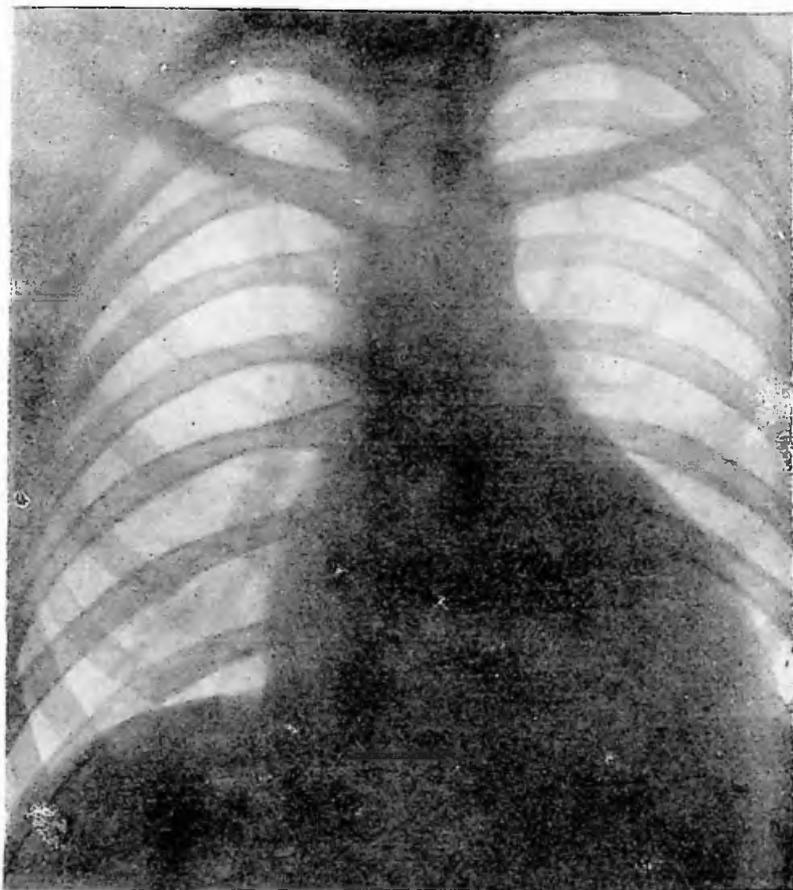


Fig 22: Obs. V: Tele-radiografia do tórax. Aumento da área cardíaca.

Fig. 22 — Case V: Teiercentgenography of thorax. Enlargement of cardiac area.

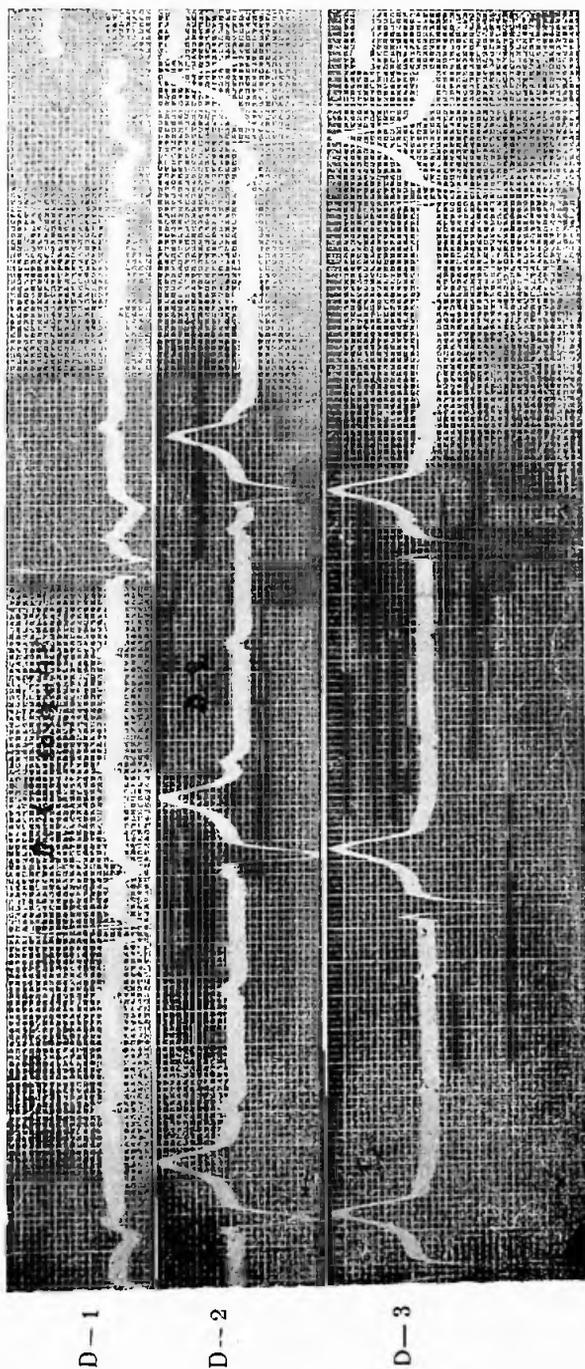
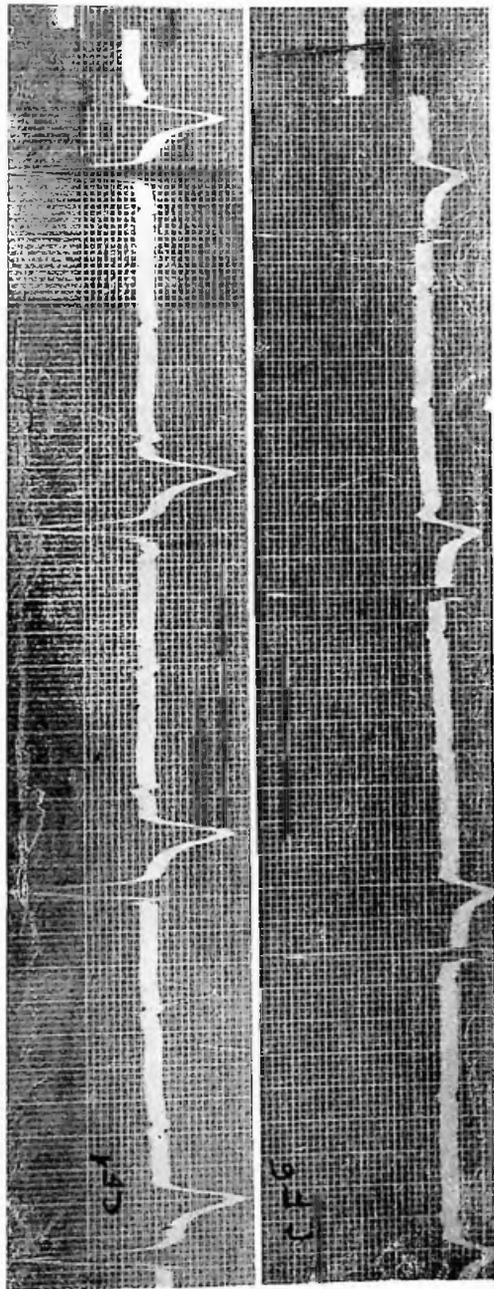


Fig. 23: Obs. V: Ecg. em 10-11-45: Bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRD e direção divergentic. Frequência auricular a 88 por minuto; c, ventricular a 28 por minuto.

Fig. 23 — Case V: ECG on 11-10-945. Complete A-V block with QRS of right BBE type and convergent direction. Auricular rate: 88 per minute. Ventricular rate: 28 per minute



CF-1

CF-6

Fig. 24: Obs. V: Ecg. em 10-11-945: Derivações precordiais.

Fig. 24 — Case V: ECG on 11-10-945. Precordial Leads.

nico, com infiltração de células mononucleadas, de modo difuso, mas em maior intensidade na zona sub-endocárdica e no epicárdio; espessamento circunscrito do endocárdio. A pesquisa do *S. cruzi* em 16 lâminas do material enviado resultou negativa. O quadro histológico encontrado, embora sem a presença do *S. cruzi* nos córtex examinados, corresponde ao que se observa na miocardite de Chagas". Rio, 8 de novembro de 1946.

Observação V: Benedito Silva, pardo, solteiro, operário, procedente do Município de Maragogipe, compareceu ao Ambulatório de Moléstias Cárdio-Vasculares do nosso serviço, em 12 de Setembro de 1945. *História da doença atual:* Informou que, desde há dois anos, sofre de vertigens e acidentes sincopais. Desde então, dispnéia de esforço e dor precordial, também com essa relacionada. *Resumo do interrogatório sobre o estado atual:* Fadiga discreta, dispnéia de esforço, dor precordial, vertigens, seguidas umas vezes de acidentes sincopais. *Antecedentes, familiares:* Pai falecido de causa ignorada; mãe e 4 irmãos, aparentemente com saúde. *Antecedentes pessoais:* Não fuma, nem usa bebidas alcoólicas. Nega contágio venéreo. *Exame físico:* Bom estado de nutrição. Estado mental lúcido. Não tem edemas periféricos. Dentes, em boas condições de conservação. Não tem Oliver-Cardarelli. Tireóide: não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, com forte intensidade, no 5.º espaço intercostal, a 11 cms. da linha mediana. Sôpro sistólico, suave, na ponta, sem propagação. Hipofonese das bulhas pulmonar e aórtica. A aorta não é palpável na fúrcula. Pulso radial, com paredes elásticas, batendo 25 vezes por minuto. Pressão arterial: 120/50 (Tycos). Aparelho respiratório: nada que mereça especial referência ao exame clínico. Abdome: Fígado, sem modificações sensíveis de volume, nem da consistência. Baço: modificações sensíveis de volume, nem da consistência. Baço: não é palpável. *Radiografia (tele, 13-9-45):* A área cardíaca se mostra aumentada, medindo o diâmetro longitudinal 14 cms,6,

o transverso 13 cms,9; mede a área 127 cms.². O diâmetro transverso do pedículo vascular mede 6 cms.5. Índice volumétrico da aorta: 2 cms.8. Transparência pulmonar satisfatória. *Eletrocardiograma* (10-9-45): Bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRD e direção divergente. Frequência auricular a 88 por minuto; e, ventricular a 28 por minuto. *Exames de laboratório*: Hematimetria: 4.250.000. Hemoglobina correta (Sahli): 105%. Relação globular: 1/885. Valor globular: 1,23. Leucócitos por mm³: 4.800. Eosinófilos: 27,5%. Neutrófilos: 37,5% (Jovens: 0,5%; em bastão: 10,5%; segmentados: 26,5%). Linfócitos 31%. Monócitos 4%. (31-10-945). *Xenodiagnóstico*: Negativo, verificação de Dr. Emanuel Dias (Manguinhos), em 22-12-45, a quem remetêramos os exemplares de triatomídeos que tinham sugado o doente. *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Positiva (+ + + +) com 0,05 de soro, em nosso laboratório, a 16-10-45; e com o Dr. Júlio Muniz, em Manguinhos, a 11-5-46. *Resumo da evolução clínica*: Deixou de frequentar o serviço, desde o começo de Novembro. Fomos informados que voltara para Maragogipe. Durante o tempo em que esteve sob nossa observação, seu estado não se modificou.

Observação VI: João Batista dos Santos, 21 anos, pardo, solteiro, ajudante de pedreiro, residente na Av. Luiz Tarquínio, 39, foi internado na Enfermaria de S. Vicente (serviço do Prof. Adriano Pondé) em 20 de Novembro de 1945. *História da doença atual*: Em junho de 1944, ao sair para o trabalho, teve forte vertigem. Começou, então, a ter palpitações, dispnéia de esforço e um pouco de edema. Procurou um clínico, que lhe disse estar sofrendo do coração. Com a medicação prescrita, logrou algumas melhoras. Todavia, continuaram as vertigens e a dispnéia de esforço. Em Setembro de 1945, procurou o Ambulatório de Clínica Médica do Hospital de Santa Isabel. Como seu estado não se modificasse com a medicação usada, decidiu internar-se, o que ocorreu na data acima.

Resumo do interrogatório sôbre o estado atual: Fadiga, dispnéia de esforço, palpitações, vertigens. *Antecedentes familiares:* Pai falecido aos 40 anos de idade, de causa ignorada pelo paciente. Mãe, falecida aos 55 anos, do coração (*sic*). Tem 8 irmãos, aparentemente sadios. Perdeu 2 irmãos: um aos 2 anos de idade, e outro aos 25 anos, ignorando o paciente a causa da morte de ambos. Tem um filho com 6 meses de idade, aparentemente com boa saúde. *Antecedentes pessoais:* Habitava em Maragogipe, em casa de barro batido, forrada de palha, "casa de sopapo". A residência estava muito infestada por triatomídeos, a que chamavam "percevejo do mato", ou "do sertão". Várias vêzes foi picado por êles, durante a noite. Referiu, ainda, a frequência de casos de morte súbita, naquela região, sem que disto se pudesse saber a causa. Paludismo, na infância. Sifilizou-se aos 18 anos de idade. *Exame físico:* Leptosômico, pesando 67,800, com a altura de 1 metro, 70 cms. Temperatura axilar: 36,2. Dentes mal conservados. Não tem edemas periféricos. Faringe e amídalas: nada de particular. A tireóide está moderadamente aumentada de volume. Aparelho circulatório: Choque da ponta no 6.^o espaço intercostal, a 12 cms. da linha mediana, com a frequência de 42 vêzes por minuto. A aorta não é palpável na fúrcula. Sôpro sistólico, velado, sem propagação, no foco mitral. Hipofenese das bulhas da base. Pulso radial de paredes elásticas, ritmado, batendo 42 vêzes por minuto. Pressão arterial (Tycos): 120 x 80. Aparelho respiratório: nada que mereça especial referência ao exame clínico. Abdome: Fígado doloroso à pressão, excedendo 4 dedos transversos o rebordo costal. O baço não é palpável. *Radiografia (tele, 13-11-45):* Grande aumento bilateral da área cardíaca. A área cardíaca mede 204,5 cms. quadrados (+ 73,3%). O diâmetro longitudinal, 18 cms., 3 (+ 51,2%); o diâmetro transverso, 19 cms., 2 (+ 53,6%). O diâmetro transverso do pedículo mede 9 cms. e o índice volumétrico aórtico vai a 28 mm. *Eletrocardiograma:* No traçado do dia 22-1-46, nota-se blo-

queio A-V total, com QRS do tipo BRE e variabilidade na origem do ritmo ídido-ventricular. Frequência auricular a 75 por minuto, e ventricular a 36 por minuto. Onda Q-1 profunda; T-2 negativa e profunda. Ausência de R em CF-2 e 3, apresentando-se esta onda com voltagem muito baixa em CF-1 e CF-4. À esquerda do precórdio, o QRS se mostra entalhado, em M. Onda T negativa e profunda nas precordiais; em CF-5 e 6 é difásica. No traçado tomado em 9-8-46, nota-se variação na frequência do ritmo ídido-ventricular, que passou a 33 por minuto. Também se modificou a configuração do complexo ventricular, denunciando mutabilidade na localização do foco de excitação, continuando todavia, o tipo BRE. Em D-1, a configuração do complexo ventricular se aproxima da que se nota na primeira contração do traçado anterior. A onda Q se tornou de voltagem muito reduzida e o R está muito espessado, com entalhe no ramo descendente. Em D-2, o complexo ventricular tem baixa voltagem, espessado e com entalhe; em D-3, o R aumenta de voltagem. A atividade auricular está representada por ondas de "flutter", com a frequência de 230 por minuto e, bloqueio a 7:1. Extra-sístoles ventriculares. O traçado tomado no dia 12-8-46 não mostra sensíveis diferenças do tirado anteriormente; a frequência ventricular está em 32 por minuto. O "flutter" auricular continua como estava. A compressão ocular não trouxe modificação alguma no traçado. Nas precordiais, ausência de R nos quatro primeiros pontos. Também nestes, entalhe no ápice de S. A negatividade de T está menos acentuada que no traçado anterior. Extra-sístoles ventriculares. O traçado tomado em 13-9-46 mostra aspecto semelhante com a frequência ventricular a 34 por minuto. Já é diferente o traçado de 25-9-46: Continuando o "flutter" auricular, modifica-se o aspecto do complexo ventricular, que toma o tipo BRD, convergente (como tipo I Bayley). A frequência ventricular é de 35 por minuto. Em CF-3, o complexo ventricular é polifásico, tem baixa voltagem e a onda T é ne-

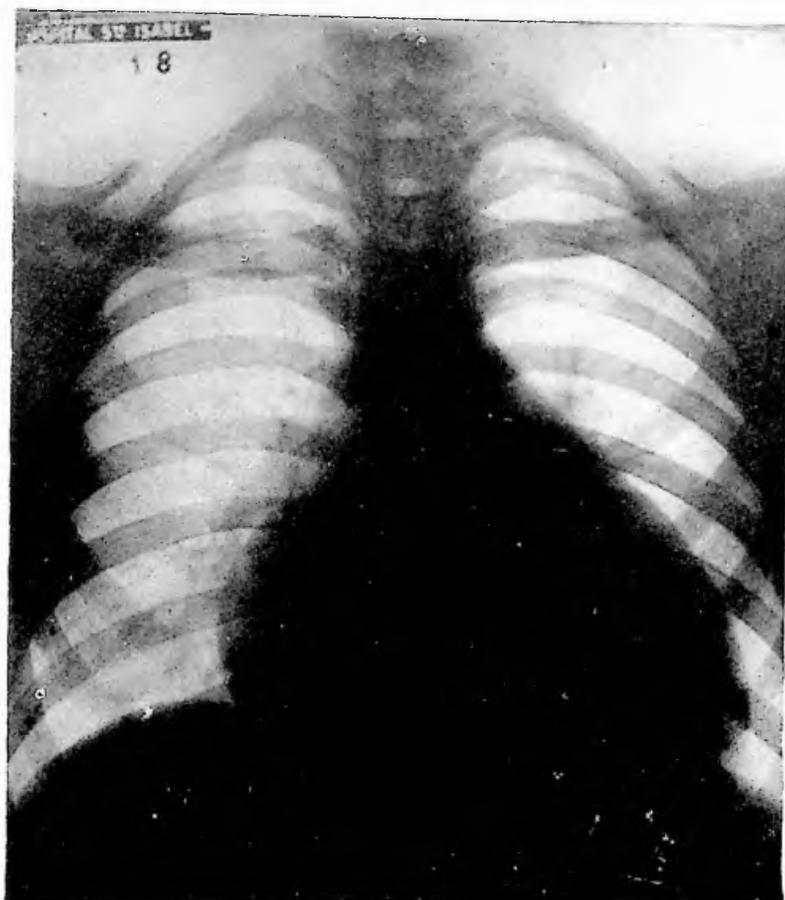


Fig. 25: Obs. VI: Tele-radiografia do tórax grande aumento bilateral da área cardíaca.

Fig. 25 — Case VI: Teleröntgenography of thorax: large bilateral increase of cardiac area.

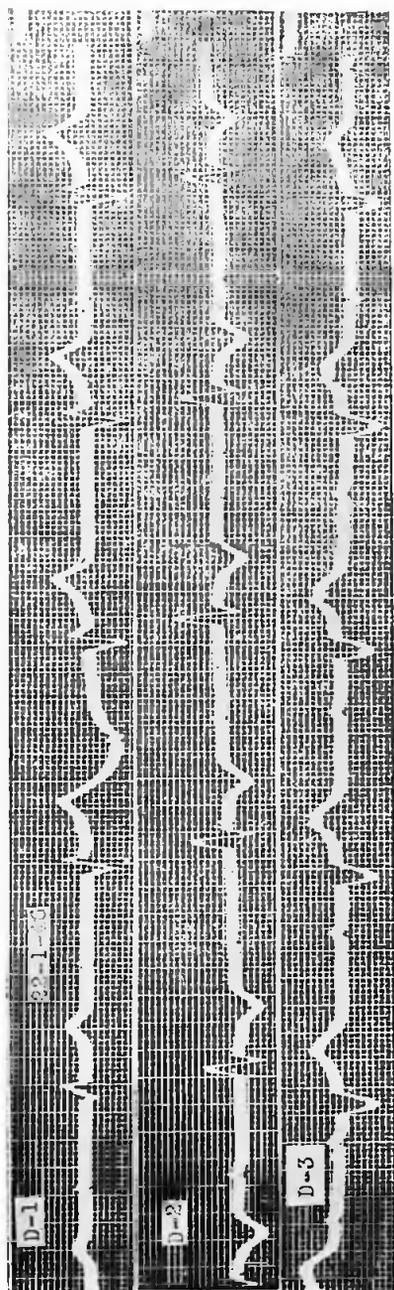


Fig. 26: Obs. VI: Ecg. 22-1-946: Bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRE e variabilidade na origem do ritmo idio-ventricular. Onda Q-1 profunda; T-2 negativa e profunda.

Fig. 26 -- Case VI: ECG on 1-22-946. Complete A-V block with QRS of left BBB type and variability in origin of the idio-ventricular rhythm. Deep Q-1 wave. Deep pointed inverted wave in lead 2.

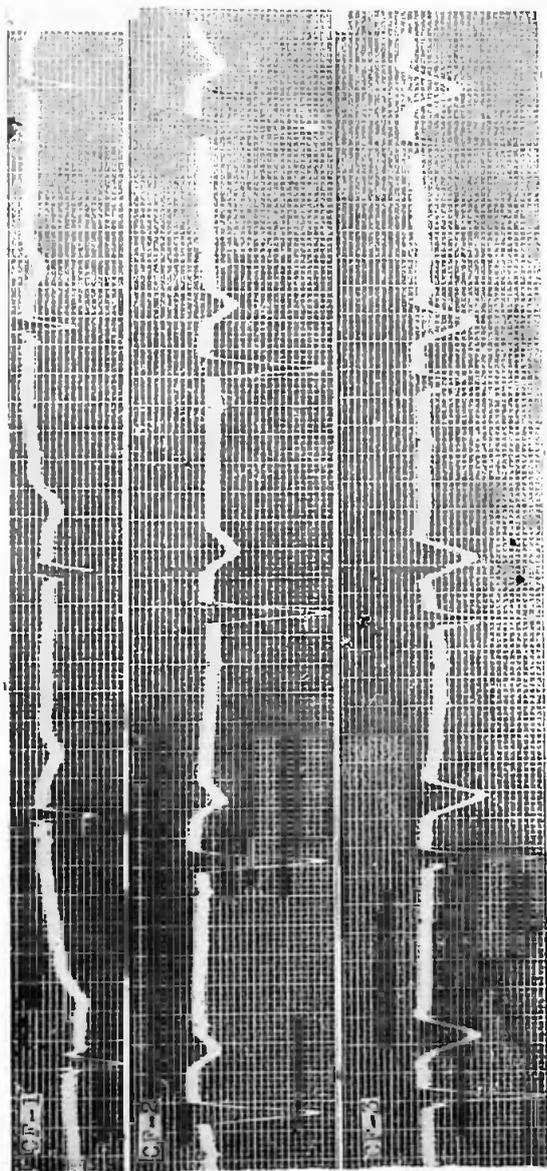


Fig. 27: Obs. VI: Ecg. em 22-1-46: Derivações precordiais de Cf-1 a Cf-3.

Fig. 27 — Case VI: ECG on 1-22-946. Precordial leads, from CF-1 to CF-3.

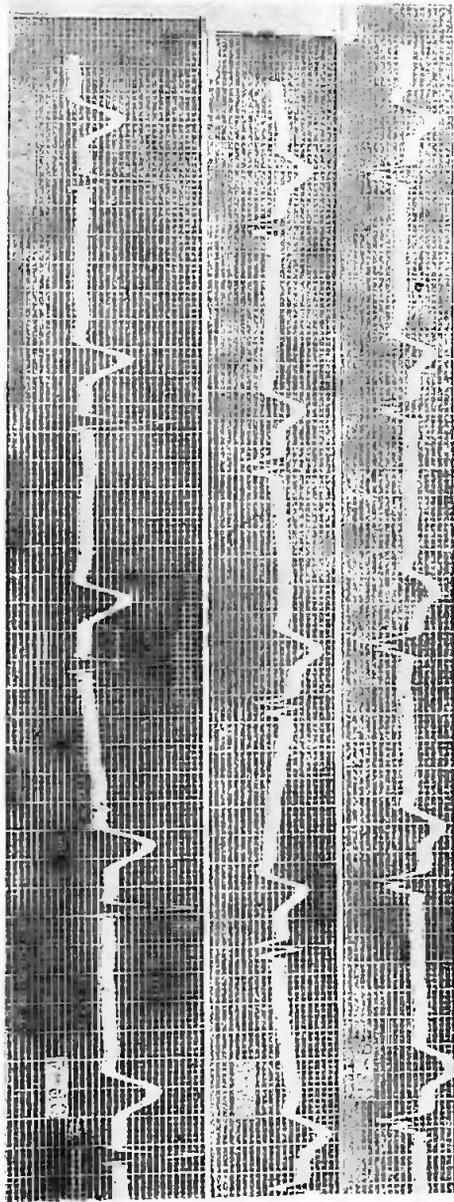


Fig. 23: Obs. VI: Ecg. em 22-1-946: derivações precordiais, de Cf-4 a Cf-6.

Fig. 28 — Case VI: ECG on 1-22-945. Precordial leads, from Cf-4 to Cf-6.

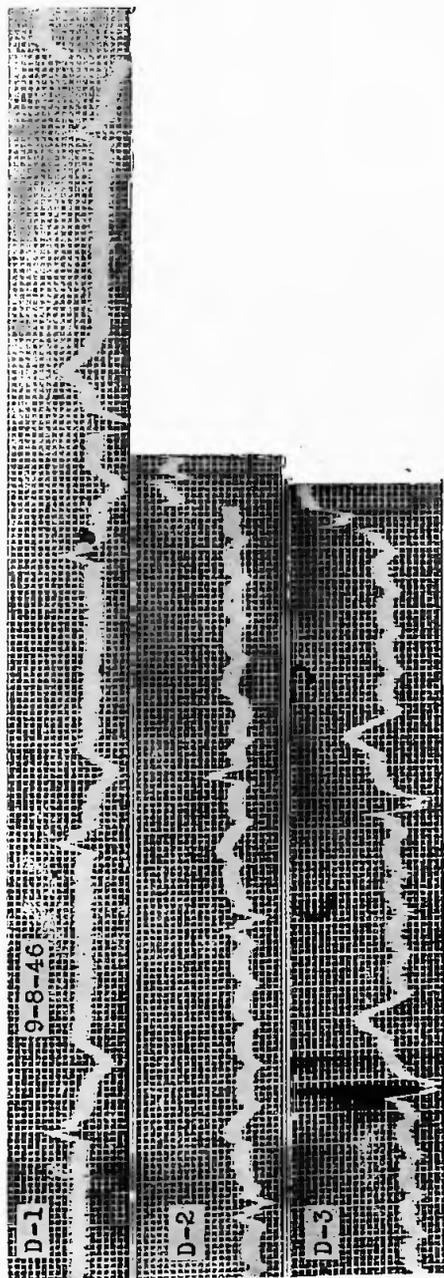


Fig. 29: Obs. VI: Ecg. em 9-8-946: Variação na frequência do ritmo íd-io-ventricular, que passou a 33 por minuto. Modificou-se também: a configuração do complexo ventricular, denunciando mutabilidade na localização do foco de excitação, continuando todavia o tipo BRE. A atividade auricular está representada por ondas de "flutter", com a frequência de 230 por minuto e, bloqueio a 7:1. Extra-sístoles ventriculares.

Fig. 29 — Case VI: ECG on 9-8-946. Variation of the rate of the idio-ventricular rhythm, which got to 33 per minute. The configuration of the ventricular complex is also changed, showing mutability in the localization of the excitation focus, continuing however to be of the left BBB type. The auricular activity is represented by flutter waves, with a rate of 230 a minute and block of 7:1. Ventricular premature beats

D-1



D-2



D-3



D-2



Após compressão ocular

After ocular compression

Fig. 30. Obs. VI. Ecg. em 12-8-46: Não há sensíveis modificações do traçado anterior. A compressão ocular não trouxe alterações ao traçado.

Fig. 30 — Case VI. ECG on 8-12-946. There is no sensible change of anterior tracing. Ocular compression did not cause changes of the tracing.

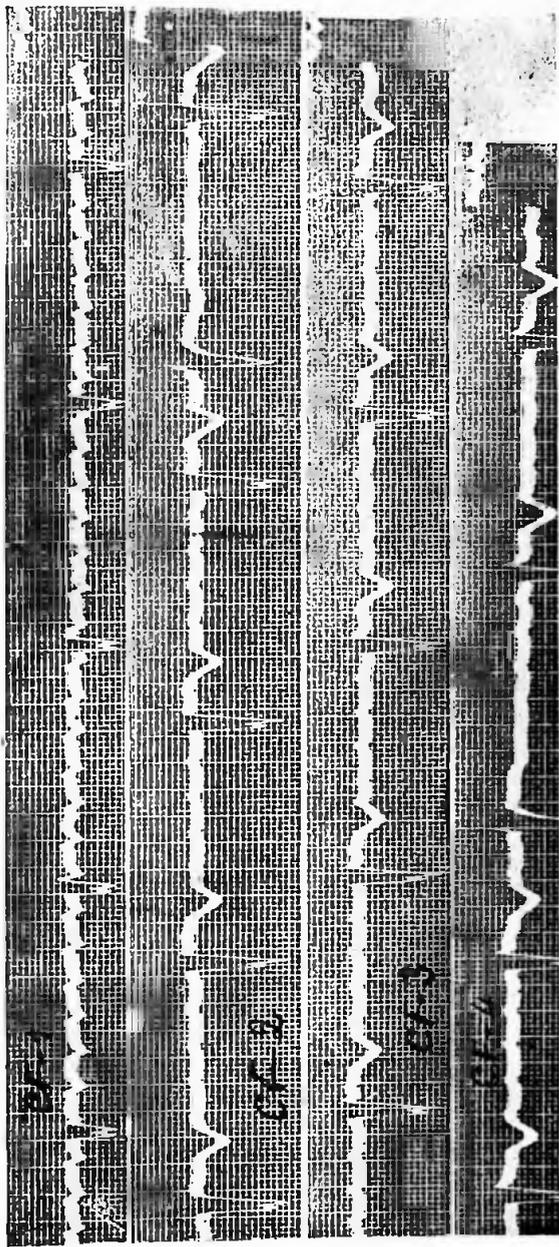


Fig. 31: Obr. VI: Ecg. em 13-8-46. Derivações precordiais.
 Ausência de R nos 4 primeiros pontos. Também nesses, entalhe no
 apice de S.

Fig. 31 — Case VI: ECG on 8-13-946. Precordial leads.
 Absence of R in the first four (4) points. Also in these, notch in
 apex of S.

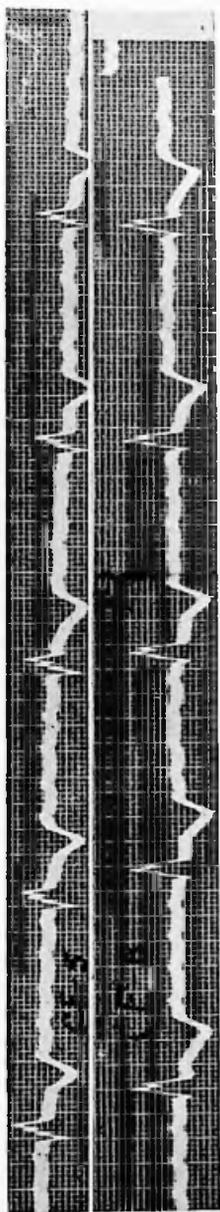


Fig. 32: Obs. VI: ECG em 13-8-46. Derivações precordiais.

Fig. 32 — Case VI: ECG on 8-13-946. Precordial leads.

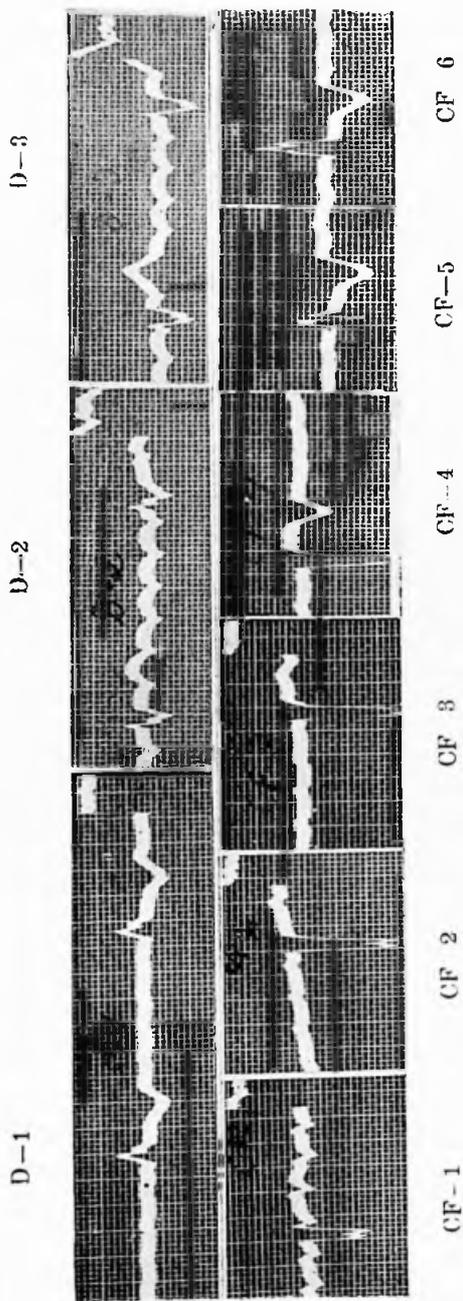


Fig. 33: Obs. VI: Ecg. em 13-9-946. O aspecto ainda é muito semelhante ao anterior.

Fig. 33 - Case VI: ECG on 9-13-46. Aspect still very similar to anterior one.

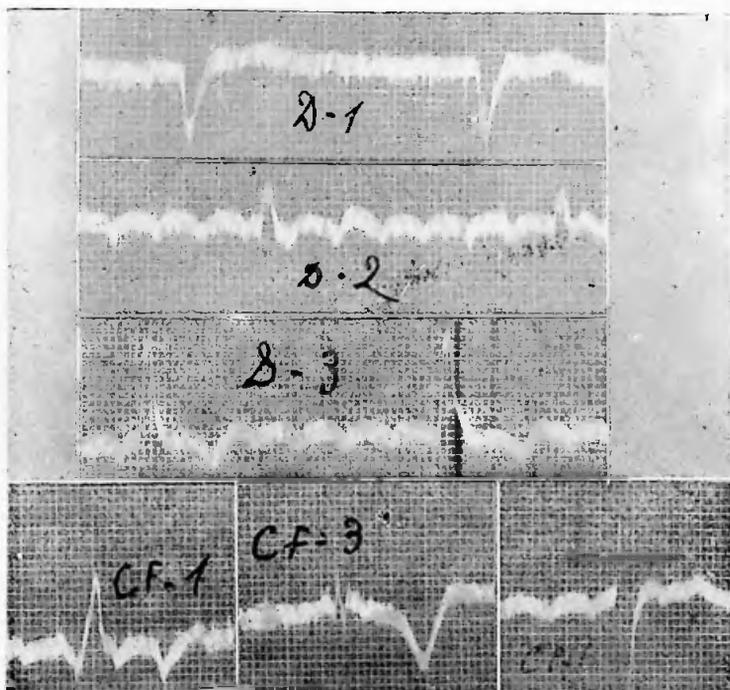


Fig. 34: Obs. VI: Ecg. em 25-9-46: Continuando o "flutter" auricular, modifica-se o aspecto do complexo ventricular, que toma o tipo BRD, convergente.

Fig. 34 — Case VI: ECG en 9-25-946. Continuation of auricular flutter, aspect of ventricular complex is changed into right BRB type, convergent.

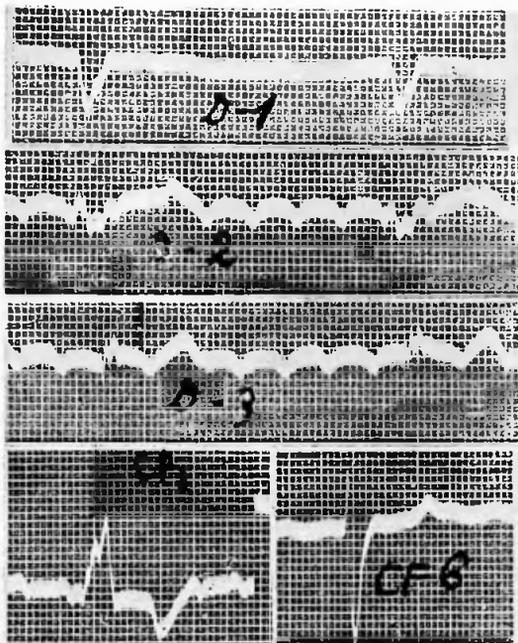


Fig. 35; Obs. VI: Ecg. em 26-9-46: O aspecto de ERD já não é tão convergente; em D-2 e D-3, a fase inicial do complexo se torna polifásica e de baixa voltagem; também diminui a amplitude de QS em D-1.

Fig. 35 — Case VI: ECG on 9-26-946. Aspect of right E3B not so convergent; in L-2 and L-3, the initial phase of the complex becomes polyphasic and with low voltage; the amplitude of QS is also decreased in L-1.

gativa e muito aguda (mais do que nos traçados anteriores). No dia imediato, já se notam modificações do complexo ventricular. O aspecto BRD, já não é tão convergente; em D-2 e D-3, a fase inicial do complexo se torna polifásica e de baixa voltagem; também diminue a amplitude do QS em D-1. O próprio complexo ventricular, em CF-1, modifica um pouco seu aspecto, sem, todavia, perder as características próprias; assim, entre outras cousas, a onda T se torna mais aguda. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Fortemente positiva (+ + + +), 1-2-46. Hematimetria: 4.970.000. Hemoglobina correta 95%. Relação globular: 1/671. Valor globular: 0,95 (13-12-45). Leucócitos por mm.³: 7.400. Basófilos: 1%. Eosinófilos: 15,5%. Neutrófilos: 45,5% (Jovens: 0,5%; Núcleo em bastão: 5%; Segmentados: 40%). Linfócitos: 33%. Monócitos: 4,5%. Células plasmáticas: 0,5% (13-12-45). *Xenodiagnóstico*: negativo, em 17-3-46. *Reação de fixação do complemento*: (com antígeno de Davis): Positiva (+ + + +) com 0,05 de sôro. *Resumo da evolução clínica*: Até a presente data, continua o doente a comparecer em nosso serviço, em prazos mais ou menos afastados, sem que se modifique seu estado. O "flutter" auricular não se modificou ainda.

Observação VII: Vicente Ferreira Mota, 25 anos, solteiro, pardo, operário, residente na rua Santa Rita de Cássia, 10, procurou o Ambulatório de Moléstias Cárdio-Vasculares da Santa Casa, serviço do Prof. Adriano Pondé, em 30-7-45. *História da doença atual*: Informou que há cerca de 2 anos vem sentindo dor precordial, acompanhada de uma sensação de "queimor", que se irradia simetricamente para as regiões laterais do tórax e para o epigástrico. Um ano após, a sintomatologia dolorosa se acrescentou de palpitações; e dispnéia de esforço, há uns 6 meses. Tem ainda dor na região lombar, que se acentua quando sentado, e desaparece ao levantar-se. Acrescentou que, até o ano de 1942, residiu no Município de São

Sebastião. Conheceu, lá o triatomídeo. *Resumo do interrogatório sobre o estado atual:* Fadiga, dispnéia de esforço, palpitações, sobretudo ao esforço; dor precordial, frequente com a sensação de "queimor", junto ao apêndice xifóide, irradiando-se para as regiões laterais do tórax e epigástrico. Cefaléia. *Antecedentes familiares:* Pais vivos, ignorando, todavia, a situação atual dêles. O mesmo, em relação a 5 irmãos. Um primo, com quem foi criado, faleceu súbitamente, aos 36 anos de idade; não pôde, todavia, esclarecer si o mesmo se queixava de perturbações cárdio-vasculares. *Antecedentes pessoais:* Fuma. Não usa bebidas alcoólicas. Sifilizou-se aos 23 anos. Tomou 12 ampolas de 914, e durante 2 meses, fêz tratamento por injeções de bismuto. Paludismo, aos 23 anos. *Exame físico:* Altura: 1 m. 63. Pêso: 57.000. Regular estado de nutrição. Mucosas regularmente coradas. Respiração do tipo costo-abdominal, com 25 excursões por minuto. Dentes em bom estado de conservação. Não tem Oliver-Cardarelli. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de intensidade normal, no 5.º espaço intercostal esquerdo, a 8 cms. da linha mediana. Sua extensão não excede a pólpa digital. Com a frequência de 50 vêzes por minuto. Raras extrasístoles. Hipofonese da bulha mitral. Radiais com paredes elásticas, batendo 50 vêzes por minuto, em média; interrompido o ritmo, de quando em vez por intermitências. Pressão arterial (Tycos): 118 × 94. Ap. respiratório: nada que mereça especial menção. Abdome: Epigástrico, um pouco doloroso à palpação. O fígado não está aumentado e o baço não é palpável. *Exame radiológico:* O exame radioscópico feito em 25-7-45, pelo Dr. José Sobrinho, verificava aumento da figura cardíaca, com transparência alveolar satisfatória em ambos os campos pulmonares. Em 24-5-46, fizemos-lhe um ortodiagrama, que deu os seguintes resultados: área cardíaca medindo 116 cms.² (+ 20%); diâmetro longitudinal, 13,5 cms. (+ 26%); diâmetro transverso, 12,7 cms. (+ 12%). Diâmetro transverso

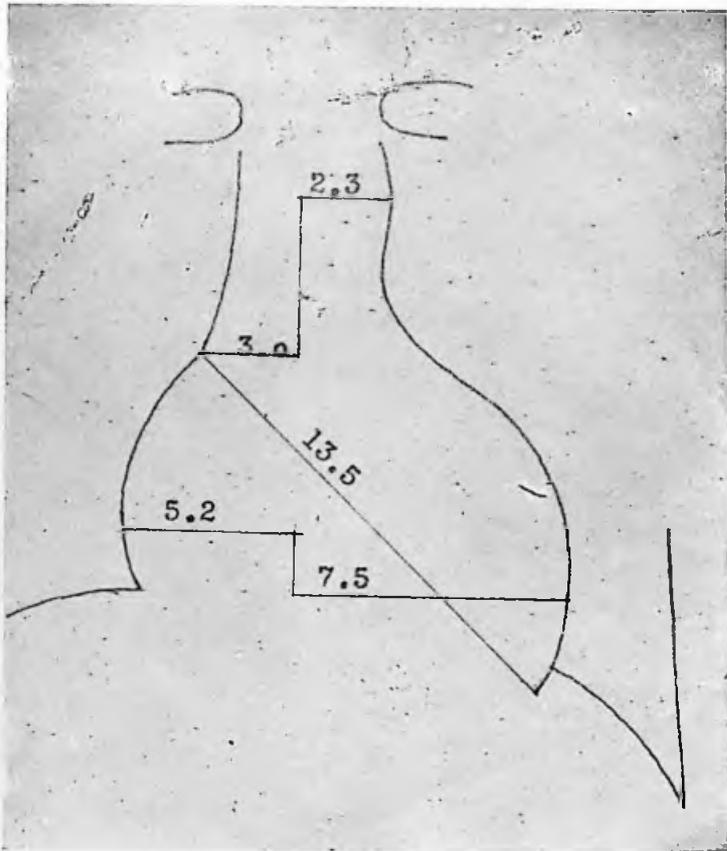


Fig. 36: Obs. VII: Ortodiagrama. Aumento moderado da área cardíaca (+ 20%).

Fig. 36 — Case VII: Orthodiagram. Moderate increase of cardiac area. (+ 20%).

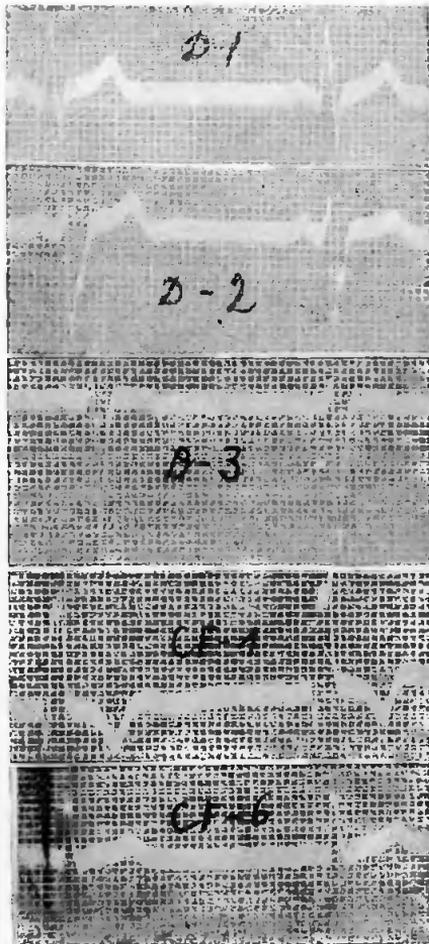


Fig. 37: Obs. VII: Ecg. 30-7-45. Bloqueio de ramo direito. muito divergente (tipo 4, de Bayley).

Fig. 37 — Case VII: ECG on 7-30-945. Right bundle-branch block, very divergent. (type 4 of Bayley).

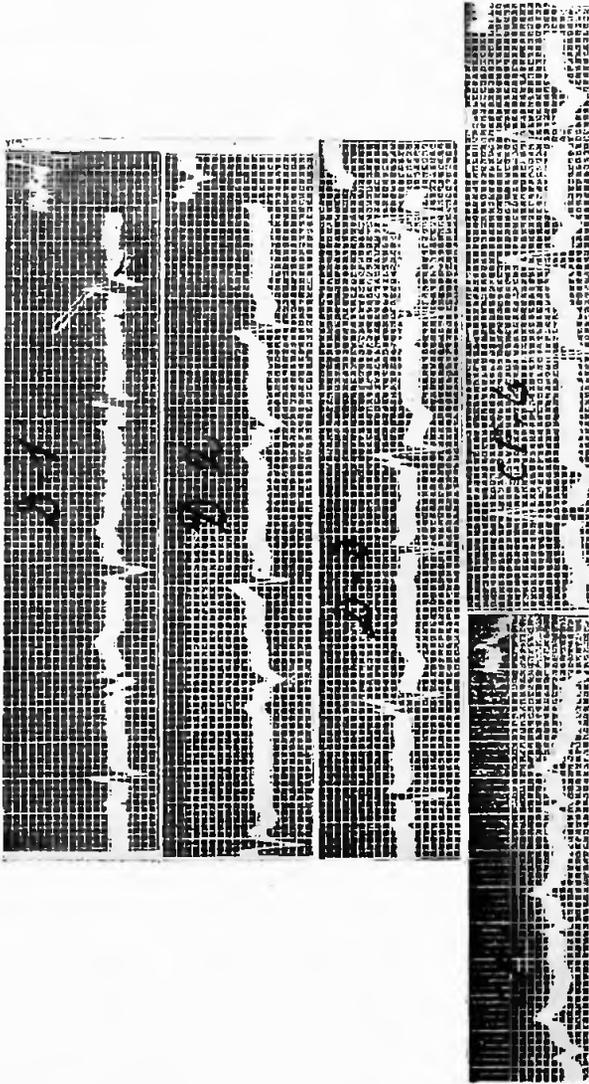


Fig. 38: Obs. VIII: Ecg. em 16-2-46. Baixa voltagem de QRS, onda T negativa em D-1 e com voltagem reduzida em D-2 e D-3. Extra-sístoles ventriculares bigeminadas, trigeminadas e politópicas.

Fig. 38 — Case VIII: ECG on 2-16-946. Low voltage of QRS, negative T wave in L-1 and with low voltage in L-2 and L-3. Ventricular bigeminy, trigeminy and polytopic premature beats.

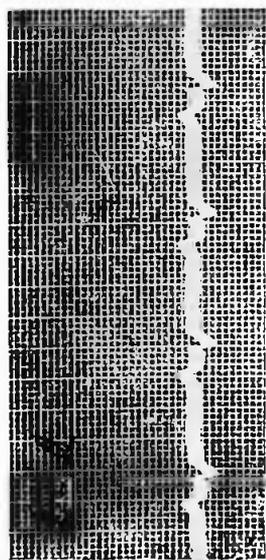
do pedículo vascular: 5 cms,3. *Eletrocardiograma* (30-7-45): Bloqueio de ramo direito, muito divergente (tipo 4, de Bayley). *Exames de laboratório*: Reação de Wassermann, segundo a técnica de Arlindo de Assis: positiva (+ +), em 9-8-45. Em 29-1-46 a reação foi repetida, segundo a técnica de Kolmer, mas o sôro se mostrou anticomplementar. As reações de Kahn e Kline foram negativas, na mesma data. Hematimetria (29-1-46): Hemácias por mm^3 : 7.170.000. Hemoglobina correta: 112%. Relação globular 1/1.629. Valor globular: 0,79. Leucócitos por mm^3 : 4.400. Basófilos: 0,5%. Eosinófilos: 31%. Mielócitos eosinófilos: 0,5%. Neutrófilos: 28,5%. (Núcleo em bastão: 6,5%; Segmentados: 22%). Linfócitos: 34,5%. Monócitos: 5%. Em 4-6-46, foram repetidos êsses exames e o resultado foi o seguinte: Hemácias por mm^3 : 3.500.000. Hemoglobina correta: 97%. Relação globular: 1/673. Valor globular: 1,3. Leucócitos por mm^3 : 5.200. Eosinófilos: 30%. Neutrófilos: 24,5% (Núcleos em bastão: 1%; Segmentados: 23,5%). Linfócitos: 45%. Monócitos: 0,5%. *Xenodiagnóstico*: Negativo (7-3-46). *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positivo (+ + + +) com 0,1 de cc.; a quantidade de sôro disponível não deu para fazer a reação com 0,05. *Inoculação*: A injeção de 5 cc. de sangue, em 2 cobaias, por via intraperitoneal, deu resultado negativo (10-2-46). *Resumo da evolução clínica*: Comparece a largos intervalos ao serviço e seu estado não se tem modificado sensivelmente.

Observação VIII: Maria Marcionila dos Santos, 30 anos, preta, solteira, serviços domésticos, residente em Candeias, foi remetida ao Ambulatório de Moléstias Córdio-vasculares da Santa Casa, em 15-7-46, pelo Dr. Djalma Ramos. *História da doença atual*: Há 10 anos que tem um tumor abdominal. Foi enviada ao Dr. Djalma Ramos, na Maternidade Climério de Oliveira, para ser operada; e, êste nô-la envia para exame do aparelho circulatório. Acrescentou a doente que há cêrca de 4

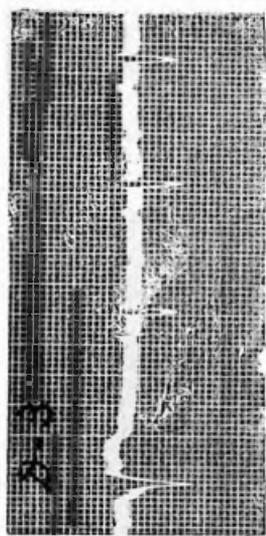
meses vem sentindo dispnéia de esforço, tonturas e palpitações. Conhece o triatomídeo pelo nome de "percevejo francês" e informou também que, há 2 anos, esteve com edema palpebral unilateral, que durou 4 semanas. *Resumo do interrogatório sobre o estado atual:* Fadiga, tonturas e vertigens, dispnéia, palpitações. *Antecedentes familiares:* Pais falecidos de causa ignorada pela paciente. Não tem descendência. *Antecedentes pessoais:* Menarca aos 14 anos. Não fuma, nem bebe. Amenorréia há 10 meses. Nega doenças venéreas. Paludismo. *Exame físico:* Leptosômico, em regular estado de nutrição. Pêso: 47.000. Altura: 1,51. Respiração costal superior, com 14 excursões por minuto. Não tem edemas periféricos, nem circulação venosa colateral. Mucosas regularmente coradas. Não tem Oliver-Cardarelli. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, forte, no 5.º espaço intercostal, a 11 cms. da linha mediana, com a frequência de 74 batimentos por minuto. Aorta palpável na fúrcula. Hiperfonese pulmonar. Desdobramento da segunda bulha. Artérias radiais com paredes elásticas. Pressão arterial: 120 × 80 (Tycos). Aparelho respiratório: nada para especial menção. Abdomen: Distendido por um volumoso tumor, simétrico, de superfície lisa, que ocupa quasi tôda a cavidade. Depois de retirado o tumor, (vide mais adiante) verificou-se que o fígado não estava aumentado de volume, nem o baço era palpável. *Exame radiológico (orto):* Coração muito aumentado de volume, medindo a área 129,5 cms.² (+ 57,9%); o diâmetro transverso, 15,4 (+ 43,9%); o diâmetro longitudinal 14,1 (+ 45,3%). O diâmetro transverso do pedículo vascular mede 4,7 e o intertraqueopulmonar é igual a 2,5. *Eletrocardiograma (16-2-46):* Baixa voltagem do QRS, onda T negativa em D-1 e com voltagem reduzida em D-2 e D-3. Extra-sístoles ventriculares bigeminadas, trigeminadas e politópicas. Em 15-7-46, notam-se extra-sístoles bigeminadas, trigeminadas e politópicas, como anteriormente. Em D-1 a onda T é difásica (— +), e com



D-1



D-2



D-3

Fig. 39: Obs. VIII: Ecg. em 15-7-46. Extra-sístoles ventriculares, iriginadas e politépicas, como anteriormente. Em D-1, a onda T é difásica (-+) e com baixa voltagem, quasi iso-elétrica em D-2; e, difásica em D-3 (+ -), com baixa voltagem.

Fig. 39 — Case VIII: ECG on 7-15-946. Ventricular bigeminy, trigeminy and variform premature beats as previously. In L-1, T wave is biphasic (-+) and has low voltage; almost isoelectric in L-2; and biphasic in L-3 (-+) with low voltage.

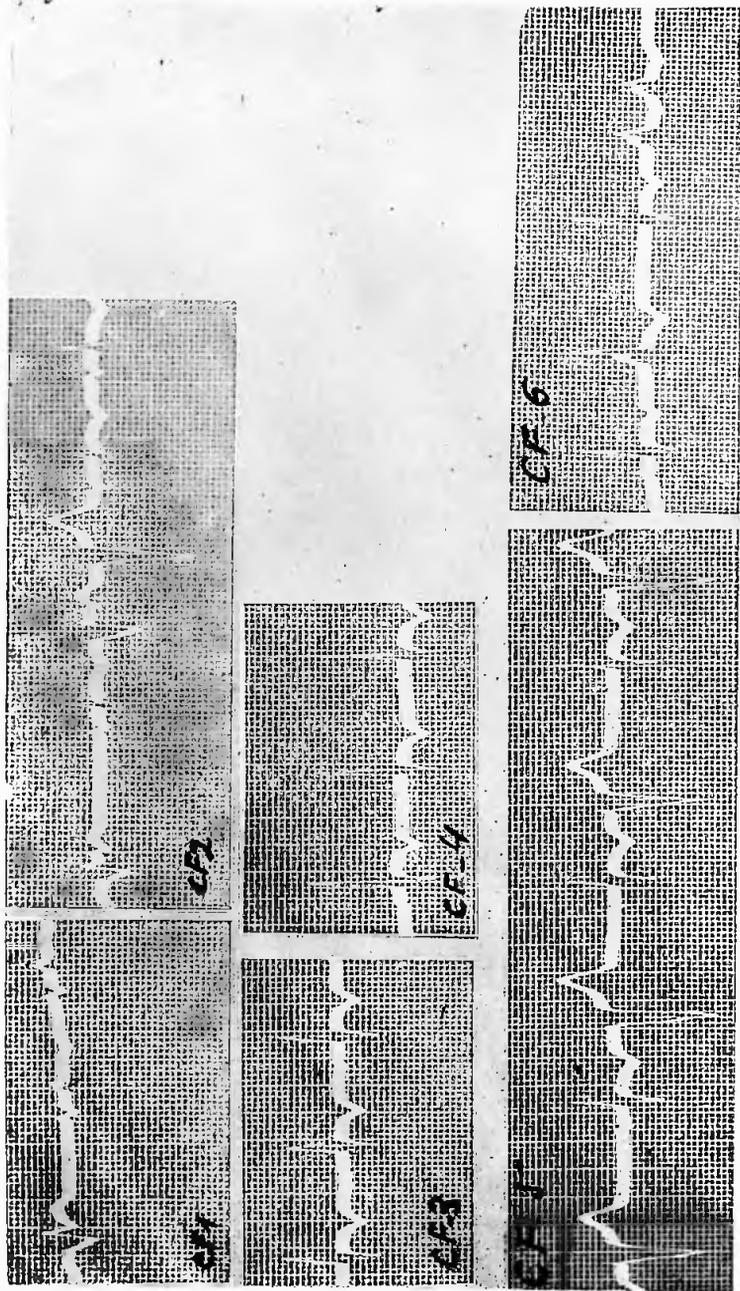


Fig. 40: Obs. VIII: Ecg. em 15-7-46. Derivações precordiais: Onde T negativa em todos os pontos: aguda, a partir de CF-2 e, profunda de CF-3 a CF-5.

Fig. 40 — Case VIII: ECG on 7-15-9+6. Precordial leads. Negative T wave in all points: peaked from CF2 and deep from CF3 to CF5

baixa voltagem; quasi isoeletrica, em D-2; e, difásica em D-3 (+—), com baixa voltagem. Nas precordiais, a onda se mostra em todos os pontos negativa: aguda, a partir de CF-2 e, profunda de CF-3 a CF-5. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue (1-6-46): positiva (+++) e, fortemente positiva (++++), em 19-7-46. Hematimetria (17-7-46): Hemácias por mm³: 5.110.000. Hemoglobina correta: 73%. Relação globular: 1/672. Valor globular: 0,74. Leucócitos por mm³: 7.600. Eosinófilos: 18,5%. Neutrófilos: 30% (Bastão: 5%; Segmentados: 25%). Linfócitos: 49,5% Monócitos: 2,0%. *Xenodiagnóstico*: Negativo (20-8-46); verificação feita por Herman Lent (Manguinhos). *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (++++) com 0,1 de soro. *Resumo da evolução clínica*: Em Setembro do corrente ano, foi operada, na Maternidade Climério de Oliveira, de um fibromioma uterino muito volumoso, pelo Dr. Djalma Ramos. A operação ocorreu sem incidentes maiores e a doente se restabeleceu em pouco tempo. Na parte circulatória, continua o mesmo estado.

Observação IX: Augusto da Silva Barbosa, 48 anos, branco, escriturário da Cia. Linha Circular, casado, compareceu ao Ambulatório de Moléstias Córdio-Vasculares da Santa Casa, em 23-5-46. *História da doença atual*: Procurou o serviço, porque vinha sentindo dispnéia de esforço, palpitações, vertigens. Às vêzes, sensação de calor, opressão ou mesmo dor, de caráter constrictivo, no precórdio. Fadiga. *Antecedentes familiares*: Pai, falecido aos 45 anos de idade, com impaludismo. Progenitora, falecida aos 70 anos. A espôsa, aos 41 anos. Perdeu 2 filhos, na primeira infância. *Antecedentes pessoais*: Sifilizou-se aos 25 anos. Tem feito tratamento específico. Febre tifóide, em 1924 e paludismo em 1922. *Exame físico*: Regular estado de nutrição. Altura: 1m, 66 cms. Pêso: 62.000. Respiração do tipo costo-abdominal, com 20 excursões por minuto. Dentes mal

conservados. Não tem Oliver-Cardarelli. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço intercostal esquerdo, a 8 cms. da linha mediana, para dentro da linha hemiclavicular; de intensidade fraca; e com a frequência de 62 batimentos por minuto. A aorta não é palpável na fúrcula. Desdobramento da 1.ª bulha. Hipofonese das bulhas da base. Pulso radial, ritmado, com paredes elásticas. Pressão arterial: 130 × 80 (Tycos). Nada para especial referência ao exame do aparelho respiratório. Abdome: O fígado não está aumentado de volume e é indolor à palpação. O baço não se palpa, nem se percute. *Exame radiológico (orto)*: Não há aumento volumétrico do coração. Mede a área cardíaca 90 cms.² (— 5.7%), o diâmetro transverso 11.2 (— 1.8%) e o longitudinal 12.2 cms. (+ 4%). *Eletrocardiograma (25-5-46)*: Bloqueio de ramo direito, com R-1 pequena e S-2 e S-3 profundas, correspondendo ao tipo “não usual”, descrito por Wilson. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: negativa (28-5-46). Hematimetria: 4.070.000 hemácias por mm³. Hemoglobina correta: 94%. Relação globular: 1/616. Valor globular: 1,1. Leucócitos por mm.³: 6.600. Eosinófilos: 5%. Neutrófilos: 53,5% (Bastão: 5%; Segmentados: 48,5%). Linfócitos: 36,5%. Monócitos: 4,5%. *Xenodiagnóstico*: negativo (11-2-47). *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): positiva (+++) com 0,1 de soro; e fortemente (++++) com 0,2. *Resumo da evolução clínica*: A espaços, comparece ao serviço, sem que se notem modificações sensíveis do seu estado.

Observação X: José de Brito, 29 anos, pardo, barbeiro, solteiro, residente na rua do Cabula, n.º 6, compareceu ao Ambulatório de Moléstias Cárdio-Vasculares da Santa Casa em 18-7-46. *História da doença atual*: Há cêrca de 2 meses, dispnéia de esforço; depois, surgiram edemas dos membros inferiores, da face e do abdome, instalando-se a dispnéia de decúbito. *Antecedentes familiares*: Pais falecidos em idade relativa-

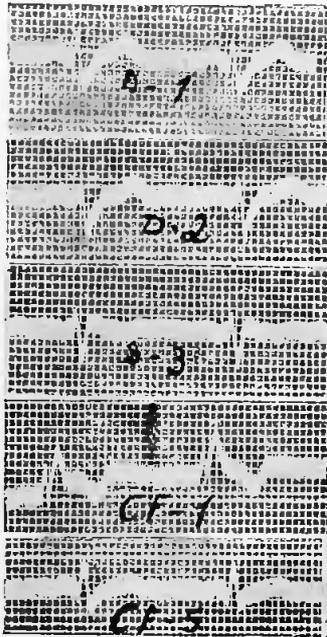


Fig. 41: Obs. IX: Ecg. em 25-5-46. Bloqueio de ramo direito, com R-1 pequena e S-2 e S-3 profundas, correspondendo ao tipo "não usual", descrito por Wilson.

Fig. 41 --- Case IX: ECG on 5-25-946. Right bundle-branch block with small R-1 and broad deep S in leads 2 and 3, corresponding to the "unusual" type, described by Wilson.

mente avançada, ignorando-se a causa. Teve 2 irmãos, dos quais um faleceu aos 35 anos, também de causa ignorada. O outro é aparentemente sadio. *Antecedentes pessoais*: Nasceu no Município de Coração de Maria, tendo lá residido muito tempo em casas de "pau a pique". Conhece os triatomídeos sob a designação de carôchas, e frizou já ter sido mordido, muitas vezes, por êles. Referiu, ainda, que em Coração de Maria era frequente a observação de casos de morte súbita de indivíduos jovens, aparentemente sadios. Nunca apresentou manifestações que pudessem fazer pensar em complexo cutâneo ou oftalmo-ganglionar. Usa bebidas alcoólicas e fuma. *Exame físico*: Pêso: 49,500. Altura: 1,53. Respiração, com a frequência de 23 excursões por minuto. Edema dos membros inferiores. Mucosas visíveis descoradas. Dentes em más condições de conservação. A tireóide não está aumentada de volume. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de moderada intensidade, no 5.º espaço intercostal, a 12 cms. da linha mediana, para fora da linha hemiclavicular. Não há modificação das bulhas. Pulso radial, com paredes elásticas, batendo 75 vezes, em média por minuto. A aorta não é palpável na fúrcula. Pressão arterial (Tycos): 134 × 90. Nada de particular ao exame do aparelho respiratório. Abdome: Fígado aumentado de volume e consistência; doloroso à palpação. Não tem ascite. O baço não se palpa. *Exame radiológico (orto)*: Aumento da área cardíaca, que mede 102 cms² (+ 19%). O diâmetro transverso mede 13,8 cms. (+ 28%) e o longitudinal 13,3 cms (+ 19%). O diâmetro transverso do pedículo mede 5 cms,4 e o intertraqueopulmonar: 2,6. *Eletrocardiograma (17-7-46)*: Bloqueio de ramo direito, tipo III, de Bayley. Extra-sístoles ventriculares. Nos traçados tomados em 23 de Agosto e 31 de Agosto, notam-se extra-sístoles isoladas porém de focos diversos. E, noutro tirado em 9 de Setembro, notam-se extra-sístoles bigeminadas, trigeminadas e em salvas. *Exames de laboratório: Xenodiano*: negativo (20-8-46). *Reação da fixação do comple-*

mento (com antígeno de Davis): Fortemente positiva com 0.05 de sôro. *Evolução*: Ficou internado na Enfermaria de São João (Serviço do Prof. Aldrovando Vasconcelos), sob os cuidados do Dr. Jefferson Pessoa. Insuficiência cardíaca resistente à medicação indicada. Óbito em 9-11-46. *Necropsia* — José de Brito, pardo, 29 anos, solteiro, barbeiro, bahiano, residente na Rua do Cabula, 6. — Int. em 19-7-46 — Enf. S. João — L-12. Serviço do Prof. Aldrovando Vasconcelos. Falecido às 8,30 de 9-11-46 e necropsiado às 11 hs. de 9-11-46. *Inspeção externa* — Cabelos escuros, curtos. Leve saliência dos vasos na fronte. Sobrancelhas bem falhadas. Edema das palpebrás e das conjuntivas. Edema da face. Narinas e orifício bucal com serosidade arejada. Barba crescida. Pescoço curto, violáceo. Tórax curto, ângulo de Charpy aberto. Pelos preesternais e, pigmentação violácea, lembrando manchas purpúricas de todo o tórax. Edema do tecido celular subcutâneo. Abdome, com pele limpa, cheia de manchas violáceas, nos flancos e, distendido. Pelos na linha médio-abdominal e, escassos na região genital. Acentuado edema dos membros inferiores. Membros superiores, com manchas violáceas, grandemente edemaciados e, extremidades violáceas. Dorso, com acentuada hipostase e edema. *Inspeção interna* — Estase e edema paravertebrais. Tecido gordo perimedular, edemaciado. Coluna óssea normal, com acentuada proeminência da 7.^a vértebra cervical. Dura mater, lisa, polida, congesta. Discreta estase medular. Couro cabeludo congesto, com edema occipital. Dura mater congesta. Edema sub-aracnoidiano difuso. Encéfalo congesto. Edema discreto do tecido celular subcutâneo, no precórdio. Escasso pânículo adiposo subcutâneo. Derrame de líquido amarelo, turvo, com grumos fibrinosos, no volume de 2.250 cc. Fígado, ao nível do rebordo costal na linha mamilar. Pigmentação hemorrágica do peritônio visceral. Expansão do tórax, pela abertura dos espaços intercostais. Ponta do coração, no 6.^o intercosto, na linha

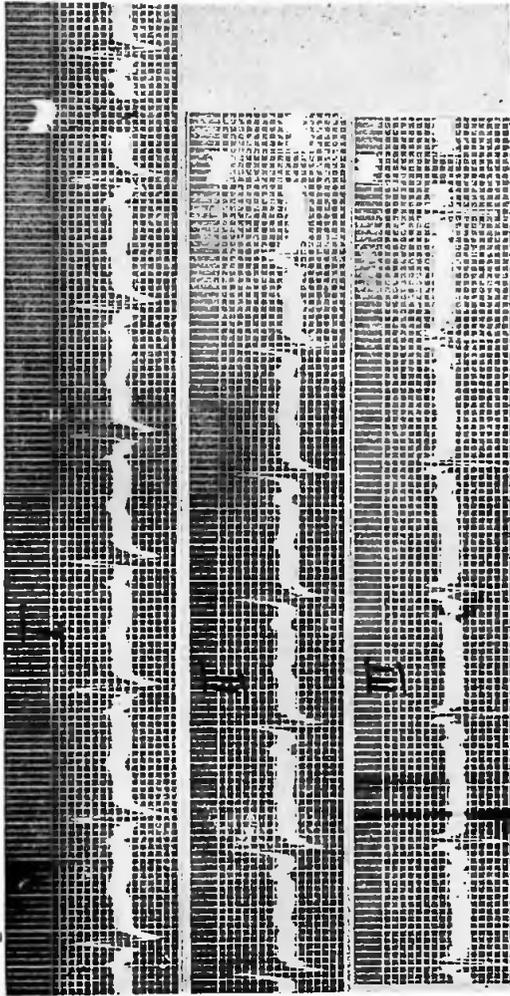


Fig. 42: Obs. X: Ecg. em 17-7-46. Bloqueio de ramo direito, tipo III de Easley.

Fig. 42 — Case X: ECG on 7-17-946. Right bundle-branch block, type III of Bayley.

médio-clavicular; borda direita do coração, a 3,5 cms. do rebordo esternal, no 4.º intercosto. Cavidade pleural direita, com derrame de 1.150 cc. de líquido amarelo citrino, com grumos fibrinosos. Cavidade pleural esquerda, com derrame de 700 cc. de líquido amarelo citrino, com grumos fibrinosos. Pleura parietal direita, lisa, polida, brilhante, com alguma pigmentação hemorrágica; pleura visceral, lisa, polida, brilhante, entrevedo-se pigmentação hemorrágica e antracótica difusas. Pleura parietal esquerda, lisa, polida, com pigmentação hemorrágica. Pleura visceral, lisa, polida, brilhante, entrevedo-se pigmentação hemorrágica e antracótica difusas. Cavidade pericárdica, com 700 cc. de líquido, amarelo citrino. Pericárdio parietal, liso, polido, brilhante, com algumas manchas pigmentares. Epicárdio, com manchas leitosas na face anterior dos ventrículos direito e esquerdo. Vasos venosos, túrgidos, tortuosos. Pigmentação hemorrágica subepicárdica. Coração globuloso. Gânglios paratraqueais direitos hipertrofiados, edemaciados e antracosados. Gânglios paratraqueais esquerdos, normais. Gânglios intertráqueobrônquicos, antracosados, de volume normal. Esôfago, com pigmentação hemorrágica. Traquéia, com serosidade arejada. Epíloon, prêso ao polo inferior do baço. Baço supra-numerário. Fôlha anterior do mesentério, lisa, polida, brilhante, com escasso depósito adiposo, gânglios normais e, ângulo esquerdo do colón prêso pelo epíloon. Fôlha posterior do mesentério, lisa, polida, brilhante. Parte terminal do íleon, presa ao peritônio parietal. Aderência da vesícula ao ângulo direito do colón. Vias biliares permeáveis. Desaparecimento da cápsula adiposa renal. *Exame dos órgãos:* Encéfalo normal. Medula, sem alterações. Esôfago liso, plissado, violáceo. Traquéia, vermelho-violácea, com serosidade arejada. Pulmão direito, 440 grs. Crepita bem. Corta com facilidade. Pela secção, observam-se edema e discreta estase nos seus 3 lobos. Vasos pulmonares, sem alterações. Pulmão esquerdo, 360 grs. Crepita bem. Corta facilmente. Pela

secção verificam-se edema e discreta estase do lobo superior e edema e estase mais pronunciada no lobo inferior. Coração — 440 grs. Espessura do ventrículo esquerdo, 2 cms.; do ventrículo direito, 5 mm.; do infundíbulo pulmonar, 4 mms. Miocárdio, castanho claro, resistente à pressão, com raras estrias de esclerose no ventrículo esquerdo. Circunferência da mitral 9 cms.; superfície, implantação e borda livre das valvas, normais. Circunferência da tricúspide, 12,5 cms.; implantação, superfície e bordas livres, normais. Circunferência da aorta, 6,5 cms.; implantação, seios, comissuras e borda livre das sigmóides, normais. Orifício das coronárias, acima da borda livre das sigmóides, permeável. Aorta suprasigmóide, pouco plissada, cartonácea, com estrias ateromatosas. Circunferência da pulmonar, 5,6 cms.; implantação, seios, comissuras e bordas livres das sigmóides, normais. Artéria pulmonar, lisa, polida, nacarada. Cavidades cardíacas dilatadas, sobretudo as esquerdas, com ligeira projeção do septo inter-ventricular para a direita. Espessamento endocárdico, leitoso, no ventrículo esquerdo. Fígado — 850 grs. (já fixado). Mede. $20,4 \times 11,1 \times 7,4$ cms. Superfície granulosa, regular, com bordas afiladas. Corta sem grande resistência, e a superfície de secção granulosa, regular, congesta, apresenta ligeira amplitude dos espaços conjuntivo-vasculares. Baço — 145 grs. Mede: $12 \times 7,4 \times 3,1$ cms. Superfície vermelho violácea, lisa, com uma cicatriz, localizada, de periesplenite. Corta facilmente. Secção vermelho-violácea, com acentuação das formações conjuntivo-vasculares e hipertrofia dos corpúsculos de Malpighi. Rim esquerdo — 80 grs. Mede: $8,5 \times 4,9 \times 2,5$ cms. Descapsula com dificuldade. Superfície, granulosa, regular. Corta com dificuldade. Cortical, com 4 mms. Secção finamente granulosa, com nitidez dos vasos. Medular vermelho-violáceo. Cálices e bacinetes, com pigmentações hemorrágicas. Rim direito — 85 grs. Mede: $9,2 \times 5,1 \times 2,7$ cms. Descapsula com dificuldade. Superfície granulosa, regular, com um cisto cortical. Corta



Fig. 43: Obs. X: Ecg. em 17-7-46. Derivações precordiais Extra-sístole ventricular em CF-1.

Fig. 43 — Case X: ECG on 7-17-946. Precordial leads. Ventricular premature beats in CF1.

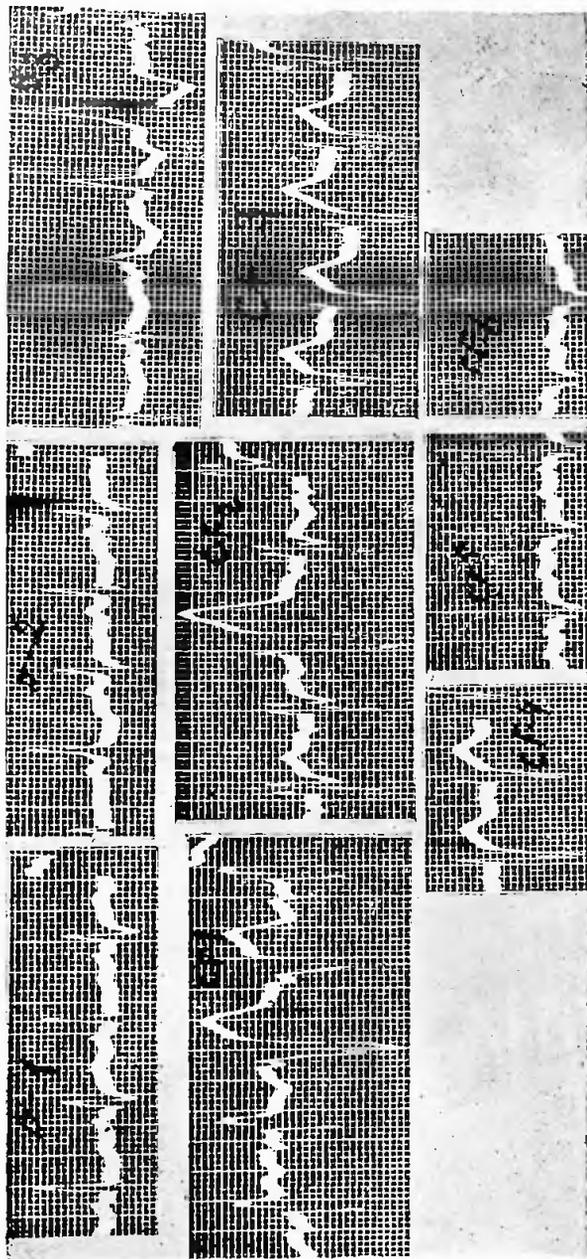


Fig. 44: Obs. X: Ecg. em 9-9-46. Extra-sístoles bigeminadas, trigeminadas e em salvos.

Fig. 44 — Case X: ECG on 9-9-946. Ventricular bigeminy, trigeminy and multiple premature beats.

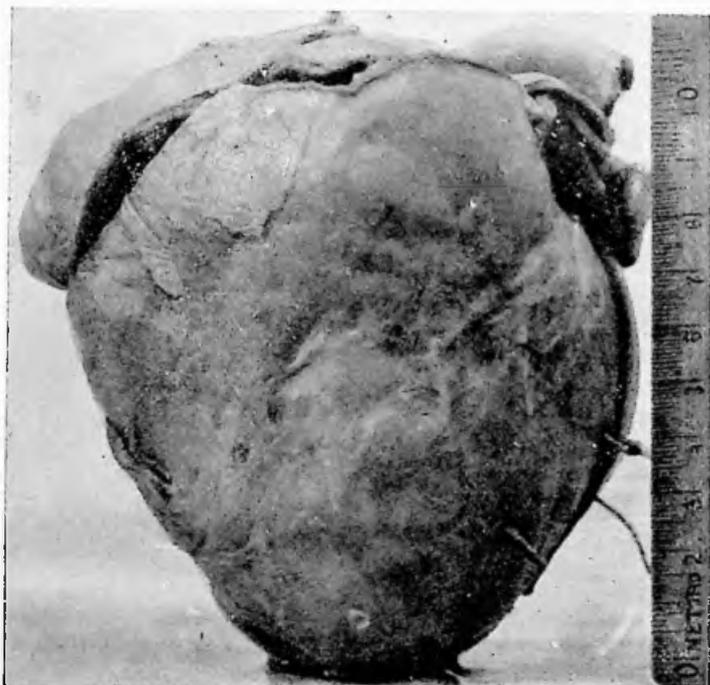


Fig. 46 -- Obs. X. Case X.

com dificuldade. Cortical, com 4 mms. Secção finamente granulosa, com nitidez dos vasos. Medular vermelho-violácea. Cálice e bacinetes congestos. Bexiga, com pigmentação hemorrágica. Próstata, sem alterações. Estômago, serosa, lisa, polida, brilhante. Mucosa vermelho-violácea. Duodeno, com dobras acentuadas em sua 1.^a porção. Jejunó íleon — congestão passiva. Grosso intestino — estase e acentuação das dobras em suas partes terminais. Diag. anatômico: Miocardite crônica, edema pulmonar, fígado com estase e esclerose, baço esclerosado, glomérulo — nefrite crônica com arteríolo — esclerose, enterite crônica. Bahia, 11-3-947. — J. Coelho dos Santos. *Exame histológico*, realizado pelos Drs. Pena de Azevedo e Eitel Duarte): Número: P. C. 13.753. Data: 7 de Fevereiro de 1947. Nome do doente: José de Brito. Natureza e origem do tecido: Diversos fragmentos do coração. Resultado do exame anátomo-patológico: *Fragmento n.º 1*: Os córtes do coração mostram focos de infiltração linfocitária no epicárdio. Ausência de infiltração celular inflamatória no mioéárdio e de fibrose. *Fragmento n.º 2*: Nota-se proliferação do tecido conjuntivo, fibrose em extensas áreas da musculatura cardíaca, ao passo que a infiltração celular inflamatória é muito escassa. *Fragmento n.º 3*: Estrutura aparentemente normal do mioéárdio. *Fragmento n.º 4*: Focos de fibrose circunscritos, com o aspecto habitual da *miomalatia cordis*. Ausência de infiltração celular inflamatória. *Nota*: as lesões não são as características da doença de Chagas na sua forma crônica”.

Observação XI: Eustáquio Joaquim de Santana, 26 anos, pardo, solteiro, marceneiro, residente no Barbalho, 15, procurou o Ambulatório de Moléstias Córdio-Vasculares da Santa Casa, em 17-6-946. *História da doença atual*: Há cêrca de dois anos, que sofre dor precordial, de caráter constrictivo e dispnéia, que surge ao menor esforço. *Resumo do interrogatório*: Emagrecimento, anorexia, fadiga, dispnéia de esforço, tosse, edemas discretos dos membros inferiores, palpitações. Dôr

precordial, de caráter constritivo, frequente. *Antecedentes familiares*: Pai falecido, de causa ignorada. Mãe e três irmãos, aparentemente saudáveis. *Antecedentes pessoais*: O doente é filho de Jaguaripe, onde viveu por muito tempo e conheceu lá os triatomídeos. Nega acidentes venéreos. Não usa bebidas alcoólicas, nem fuma. *Exame físico*: Altura: 1m,65. Pêso: 54 quilos. Leptosômico. Respiração costo-abdominal, com a frequência de 23 excursões por minuto. Escabiose. Edema pretibial discreto. Mucosas visíveis pouco coradas. Tibialgia. Massas musculares pouco desenvolvidas. Tireóide: não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, intenso, no 5.º espaço intercostal, a 12 cms. da linha mediana. Desdobramento da segunda bulha. Sopro sistólico, no foco mitral; suave e de fraca intensidade, propagando-se na direção da axila. Pulso irregular, com a frequência de 68 batimentos, em média, por minuto. Artérias superficiais, com paredes elásticas. Pressão arterial: 96 x 68 (Tycos). Nada de particular, ao exame do aparelho respiratório. Abdome: O fígado não está aumentado de volume, nem de consistência; indolor. O baço não se palpa. *Exame radiológico (orto, em 22-6-46)*: Área cardíaca muito aumentada, medindo 152 cms². (+ 40%); o diâmetro transverso mede 15,2 cms. (+ 27%), o longitudinal 16,5 (+ 58,6%). O diâmetro transverso do pedículo vai a 7,5 cms. e o intertráqueopulmonar a 2,5 cms. *Eletrocardiograma*: (25-6-46): Baixa voltagem dos complexos ventriculares, extra-sístoles bigeminadas e politópicas. Marca-passo migratório dentro do nódulo sinusal. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: anticomplementar. Reação de Kahn: positiva (+ +), em 7-7-46. Hematimetria: (*) hemácias por mm³: 4.260.000. Hemoglobina: 10 grs. (66,6%). Hematócrito: 39%. Valor globular médio: 0,91. (**). Leucometria: 9.100. Neutrófilos 71% (Bastonetes 6% e Segmentados 65%). Eosinófilos 12%. Linfócitos 11%. Monócitos 6%. *Xenodiagnós-*

(*) Este exame foi realizado pelo Dr. Roberto Adolfo da Silva, em 18-6-46.

(**) Idem.

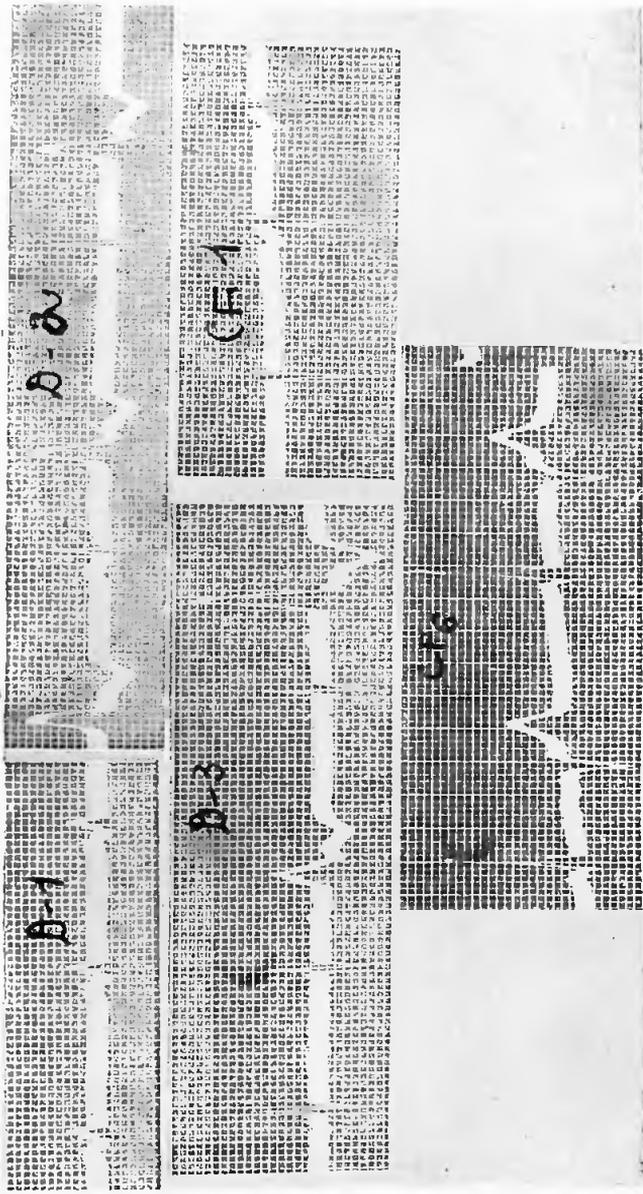


Fig. 45: Obs. XI: Ecg. em 25-6-46. Extra-sístoles bigeminadas e politópicas. Marca-passo migratório dentro do nóculo sinusal.

Fig 45 — Case XI: ECG on 6-25-946. Ventricular bigeminy polytopic premature beats. Shifting of the pacemaker in the sinus node.

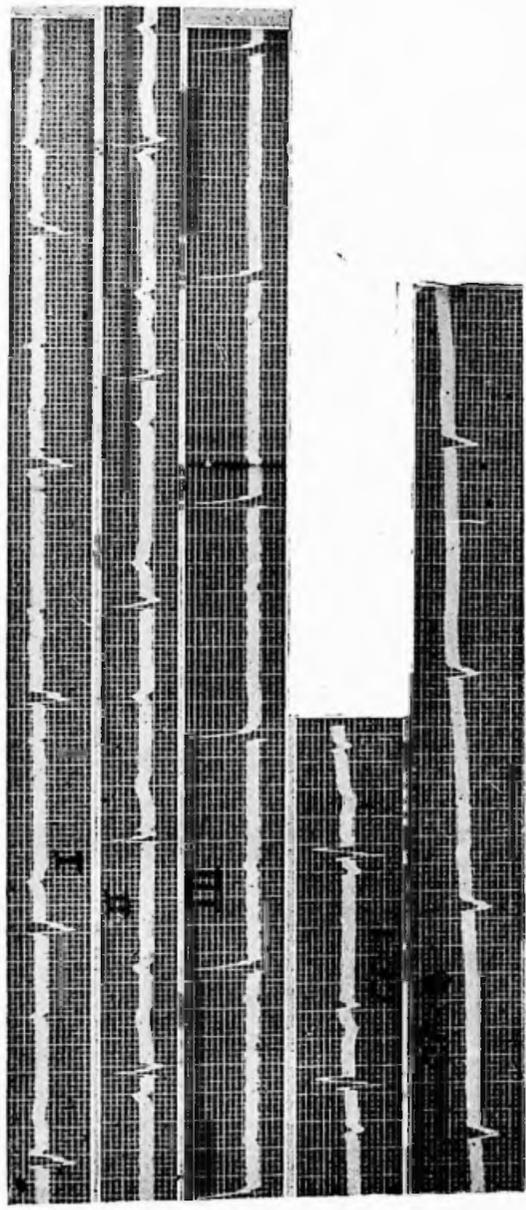


Fig. 47: Obs. XII: Bloqueio A-V completo, com QRS do tipo BRD e direção convergente. Baixa voltagem de T; e, de R em D-1 e CF-5.

Fig. 47 --- Case XII: Complete A-V block with QRS of the right EBBB type and convergent direction. Low voltage of T and R in L-1 and CF-5.

ticu. Negativo (8-8-46). *Reação de fixação do complemento* (antígeno de Davis): positiva ++ com 0,05 e ++++ com 0,1 cc. de sôro. *Evolução*: Deixou de frequentar o serviço e não lhe temos tido notícias.

Observação XII: Edwiges Maria dos Santos, 19 anos, preta, solteira, empregada em serviços domésticos, residente na avenida Brandão, 36, procurou o Ambulatório de Moléstias Cárdiovasculares do Hospital de Santa Isabel, em 26-6-46. *História da doença atual*: De há algum tempo se vem queixando de vertigens, mais frequentes na época menstrual. Fadiga. Dispneia de esforço e dor de caráter pungitivo, na região precordial. Palpitações de início súbito e fim gradativo. Cefaléia. *Antecedentes familiares*: Mãe falecida de parto. Um irmão falecido de causa ignorada. Pai e 6 irmãos, aparentemente sadios. *Antecedentes pessoais*: Menarca aos 14 anos. Menstruações subsequentes, irregulares e com cólicas. É filha da cidade de Afonso Pena, onde residiu até a idade de 14 anos. Informa que lá se encontram os triatomídeos, conhecidos pelo nome de "percevejo do sertão". *Exame físico*: Pêso: 55,500. Altura: 1 metro, 55 cms. Apirética (36.8). Respiração costal superior, com 16 excursões por minuto. Regular estado de nutrição. Escabiose. Edemas pretibiais e maleolares. Mucosas visíveis descoradas. Tibialgia e esternalgia. Dentes em regulares condições de conservação. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, intenso, no 6.º espaço intercostal, a 10 cms. da linha mediana, para fora da linha hemiclavicular. A aorta é palpável na fúrcula. Hiperfonese mitral e pulmonar. Desdobramento da segunda bulha. Sôpro suave, sistólico, no foco pulmonar e mitral, sem propagação. Artérias periféricas com paredes elásticas. Não apresenta turgidez dos vasos do pescoço. Pulso radial com a frequência de 38 batimentos, por minuto. Pressão arterial (Tycos): 134 x 70. Aparelho respiratório: nada para especial menção. Abdome: Não há modificações sensíveis de

volume, nem consistência do fígado. O baço não se palpa. *Exame radiológico*: (27-6-46): Grande aumento da área cardíaca, que mede 133 cms² (+ 48%). O diâmetro transverso mede 13,9 (+ 30%) e o longitudinal 15 cms. (+ 40,1%). O diâmetro transverso do pedículo vai a 5 cms,4 e a corda aórtica a 2 cms,5. *Eletrocardiograma*: Dissociação A-V completa, com QRS do tipo BRD e direção convergente. Baixa voltagem de T; e de R em D-1 e CF-5. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: negativa (5-7-46). Hematimetria: Hemácias por mm³: 2.220.000. Hemoglobina: 72%. Relação globular: 1/482. Valor globular: 1,6. Leucometria: Leucócitos por mm³: 4.600. Eosinófilos 18%. Neutrófilos 44% (Bastão 10,5%; Segmentados 33,5%). Linfócitos: 34,5%. Monócitos 3,5%. (9-7-46). *Xenodiagnóstico*: Negativo (3-10-46). *Reação de fixação do complemento* (antígeno de Davis): Positiva + com 0,1; é +++ com 0,2 de soro. *Evolução*: Faltam-nos elementos para apreciá-la, desde quando a doente deixou de frequentar o serviço.

Observação XIII: Arsênio Bispo da Cruz, 29 anos, pardo, pedreiro, solteiro, residente na Avenida Cajueiro, 65 (Plataforma), procurou o Ambulatório de Moléstias Córdio-Vasculares do Hospital de Santa Isabel, em 5-7-946. *História da doença atual*: Há cêrca de dois anos, que vem se queixando de dor em pontada, na região precordial, irradiando-se para as regiões supra e infra espinhosas esquerdas. *Resumo do interrogatório*: Queixa-se de dor no hipocôndrio direito, agravada pela ingestão de determinados alimentos (feijão, azeite de dendê). Dispnéia de esforço, de média intensidade e ocasionalmente palpitações cardíacas, de início e fim súbitos, com breve duração. Raramente; vertigens. Nunca. teve ataques sincopais, nem convulsões. Fadiga. *Antecedentes familiares*: Progenitora falecida aos 36 anos, de doença do fígado (*sic*). Tem 2 irmãos, aparentemente com boa saúde. Pai vivo, aos 54 anos de idade. *Antecedentes pessoais*: Nega contágio venéreo. Fuma. Não

usa bebidas alcoólicas. Já teve paludismo. Reside em Plataforma, desde os 6 meses de idade. Conheceu lá o triatomídeo, pelo nome de "percevejo francês". *Exame físico*: Altura: 1,54. Pêso: 44,500. Leptosômico. Regular estado de nutrição. Respiração: costo-abdominal, com 21 excursões por minuto. Mucosas bem coradas. Dentes em péssimas condições de conservação. Não tem Oliver-Cardarelli, nem a tireóide está aumentada de volume. Aparelho circulatório: Choque da ponta, no quinto espaço intercostal, a 8,5 cms. da linha mediana. Intenso e extenso; ocupando uma área, de 4 cms. de extensão. A aorta não é palpável na fúrcula. Hiperfonese mitral. Bulha pulmonar muito apagada. Artérias periféricas, com paredes elásticas. Pulso radial, regular, batendo 34 vezes por minuto. Não há turgidez das veias do pescoço, nem dos membros. Pressão arterial: 100 × 52 (Tycos). Aparelho respiratório: nada para especial registo. Abdome: Apenas, o ponto cístico doloroso. O baço não se apalpa. O fígado não está modificado em consistência, nem volume. *Exame radiológico (tele, em 4-6-46)*: Aumento da área cardíaca, medindo 127 cms². (+ 47,6%). O diâmetro longitudinal mede 15 cms. (+ 57,3%), e o transverso 12,7 cms. (+ 12,4). O diâmetro transverso do pedículo tem 4 cms.7 e o intertraqueopulmonar: 2 cms.4. *Eletrocardiograma*: Em 5-7-46, mostra bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRD. Frequência ventricular a 30 por minuto e auricular a 60. T-1 e T-2 negativas e pouco profundas; T-3 positiva e de baixa voltagem. Ligeira elevação de S-T em D-1 e D-2. Em CF-6, onda T negativa e aguda, com infradesnívelamento de S-T. No traçado tomado em 2-9-46, notam-se algumas modificações. Assim, percebe-se uma extrasístole ventricular isolada e, também, se regista a variabilidade na origem do ritmo idio-ventricular. Em D-1 e D-2, a onda T se tornou muito mais profunda; e, em D-3, acentuou-se-lhe a positividade. Em CF-1, de positiva que era passou a negativa. Em CF-6, modificou-se o complexo ventricular, diminuindo consi-

deravelmente a negatividade de T, que ficou quasi isoeletrica; S-T, nessa derivação, voltou à linha de base. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: anticomplementar. Reação de Kahn: negativa, 5-7-46. Hematimetria: Hemácias por mm.³: 5.820.00. Hemoglobina correta: 120%. Relação globular: 1/1.711. Valor globular: 1. Leucócitos: por mm.³: 3.400 Eosinófilos: 13,5% Neutrófilos: 70%. (Bastão: 22%; Segmentados: 48%). Linfócitos: 16%. Monócitos: 0%. *Xenodiagnóstico*: Negativo, em 12-8-46. *Reação de fixação do complemento* (antígeno de Davis): Positiva ++ com 0,05 e ++++ com 0,01 de sôro. *Evolução*: A largos espaços, comparece ao serviço, não se lhe tendo notado modificação do quadro clínico.

Observação XIV: Francisco Sales de Moraes, 28 anos, pardo, solteiro, operário, residente no Bairro de Monte Serate, na rua Vergne de Abreu (Portão 19, n.º 1); procurou nosso Ambulatório no dia 11-7-46. *Historia da doença atual*. Queixa-se de tonturas, dispnéia de esforço, palpitações cardíacas, dor forte ao nível do epigástrico. Fadiga. *Antecedentes familiares*: Pai falecido aos 62 anos. Mãe com 48 anos de idade, aparentemente sadia e assim, também, seus 2 filhos; perdeu 9, quando estavam na primeira infância. *Antecedentes pessoais*: Fuma. Não usa bebidas alcoólicas. Nega contágio venéreo. Já teve impaludismo. E' filho da ilha de Maré, onde já foi mordido pelos triatomídeos. Exemplares de *P. megistus* capturados em sua residência foram examinados por Herman Lent e por nós e verificamos contaminados. *Exame geral*: Altura: 1m,69. Pêso: 53 quilos. Leptosômico. Regular estado de nutrição. Respiração com a frequência de 28 excursões por minuto. Não tem edemas periféricos. Mucosas regularmente coradas. Esternalgia. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de forte intensidade, impulsivo, no 6.º espaço intercostal, a 10 cms. da linha mediana. Hipofenese mitral e desdobramento da segunda bulha. Artérias periféri-

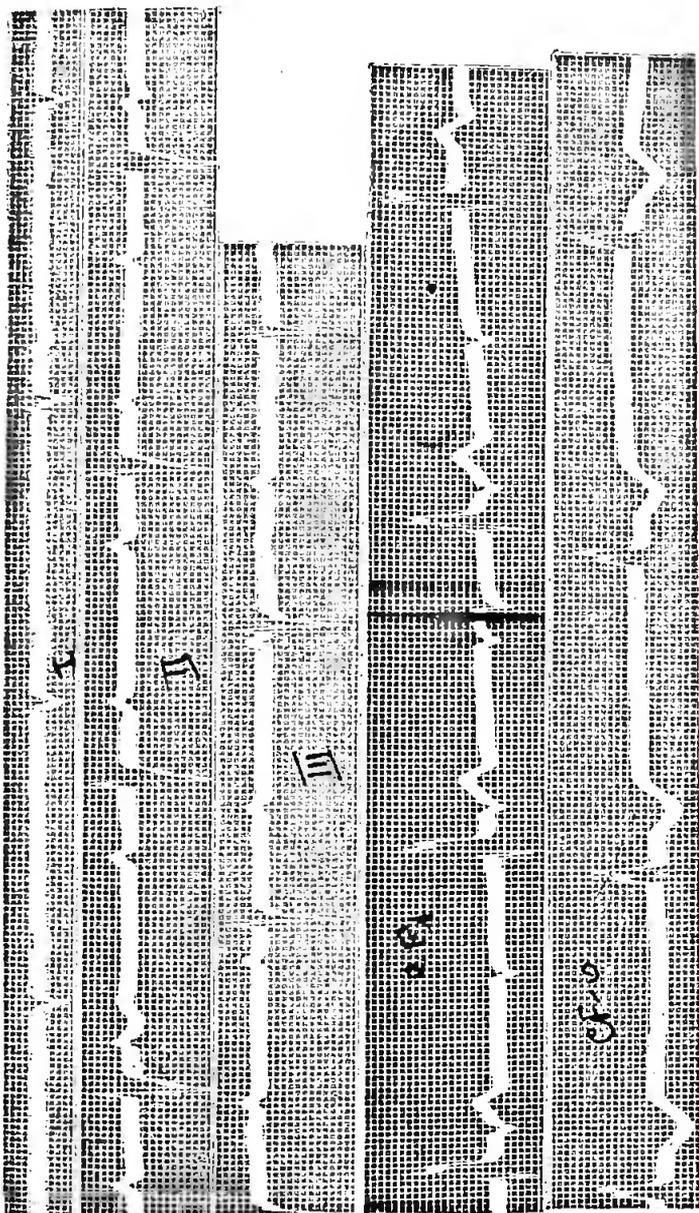


Fig. 48: Obs. XIII: Ecg. em 5-7-46. Bicquelo A-V total, com QRS do tipo BRD. T-1 e T-2, negativas e pouco profundas; T-3, positiva e de baixa voltagem. Ligera elevação de S-T em D-1 e D-2. Em CF-6, onda T negativa e aguda, com infra-desnivelamento de S-T.

Fig. 48 — Case XIII: ECG on 7-5-946. Complete A-V block with QRS of right EBB type. Slightly inverted T wave in Lead 1 and 2; abnormally low T wave in Lead 3. Slight elevation of S-T in L-1 and L-2. In CF-6 sharp and negative T wave with depressed S-T segment.

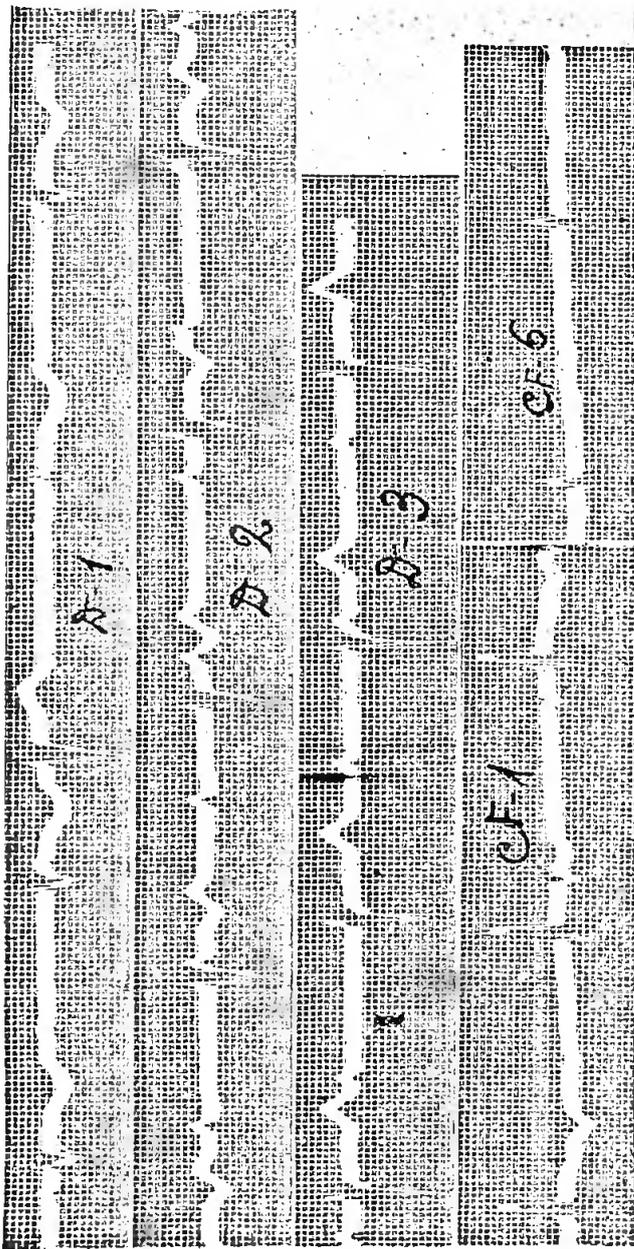


Fig. 49: Obs. XIII: Ecg. em 2-9-46. Extra-sístole ventricular isolada e variabilidade na origem do ritmo. idio-ventricular. Em D-1 e D-2, a onda T se torna muito mais profunda; e, em D-3, acentuou-se-lhe a positividade. Em CF-6, modificou-se o complexo ventricular, diminuindo consideravelmente a negatividade de T, que está quase isoeletrica; S-T, nessa derivação, voltou a linha de base.

Fig. 49 -- Case XIII: ECG on 9-2-946. Isolated ventricular premature beat and variability of origin of idio-ventricular rhythm. In L-1 and L-2 the T wave become deeper and, in L-3 its positivity is modified, decreasing considerably the negativity of T, which is almost isoelectric; in this lead S-T returned to the baseline.

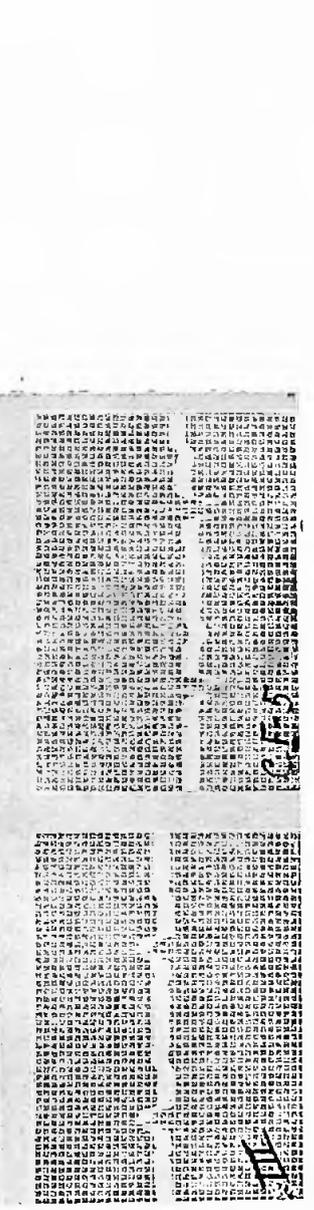


Fig. 50: Obs. XIV: Ecg. em 9-7-46. Bloqueio de ramo direito. do tipo I, de Bayley.

Fig. 50 — Case XIV: ECG on 7-9-46. Right bundle-branch block type I of Bayley.

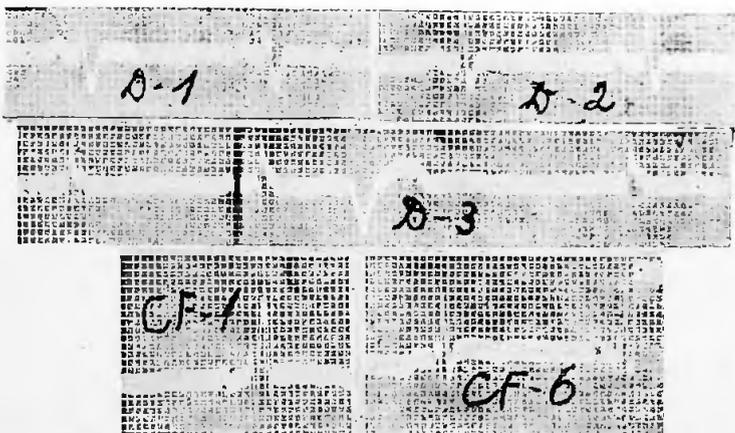


Fig. 51: Obs. XIV: Ecg. em 17-7-46. Extra-sístole ventricular inclada em D-3 e a onda T, em CF-1, modificou-se, diminuindo sensivelmente a negatividade.

Fig. 51 — Case XIV: ECG on 7-17-946. Isolated ventricular premature beat in L-3 and the T wave, in CF-1, changed having its negativity decreased sensibly.

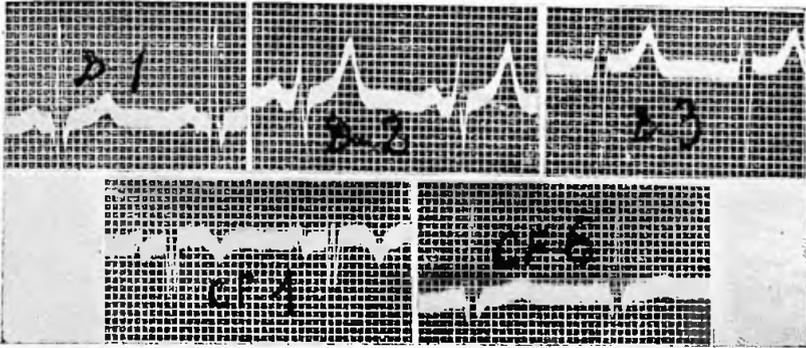


Fig. 52: Obs. XV: O traçado é sugestivo de bloqueio incompleto de ramo direito. O QRS em D-1 é trifásico e com deflexão S espessada em D-1 e D-2; nesta derivação, o ramo ascendente de R também se mostra espessado. Nas periféricas, QRS mede 0,10 sg. Em CF-1, há um duplo R, com inversão de T, que se mostra pontaguda; a deflexão intrínseca aparece atrasada, com 0,045 seg.

Fig. 52 — Case XV: The tracing suggests a incomplete right bundle-branch block. The QRS in L-1 is triphasic and with S deflection thickened in L-1 and L-2; in the latter lead, the ascending limb of R is also thickened. In the precordial leads, QRS measures 0,10 seg. In CF-1, there is a double R with inverted and sharp T the intrinsic deflection appears delayed in 0,045 seg.

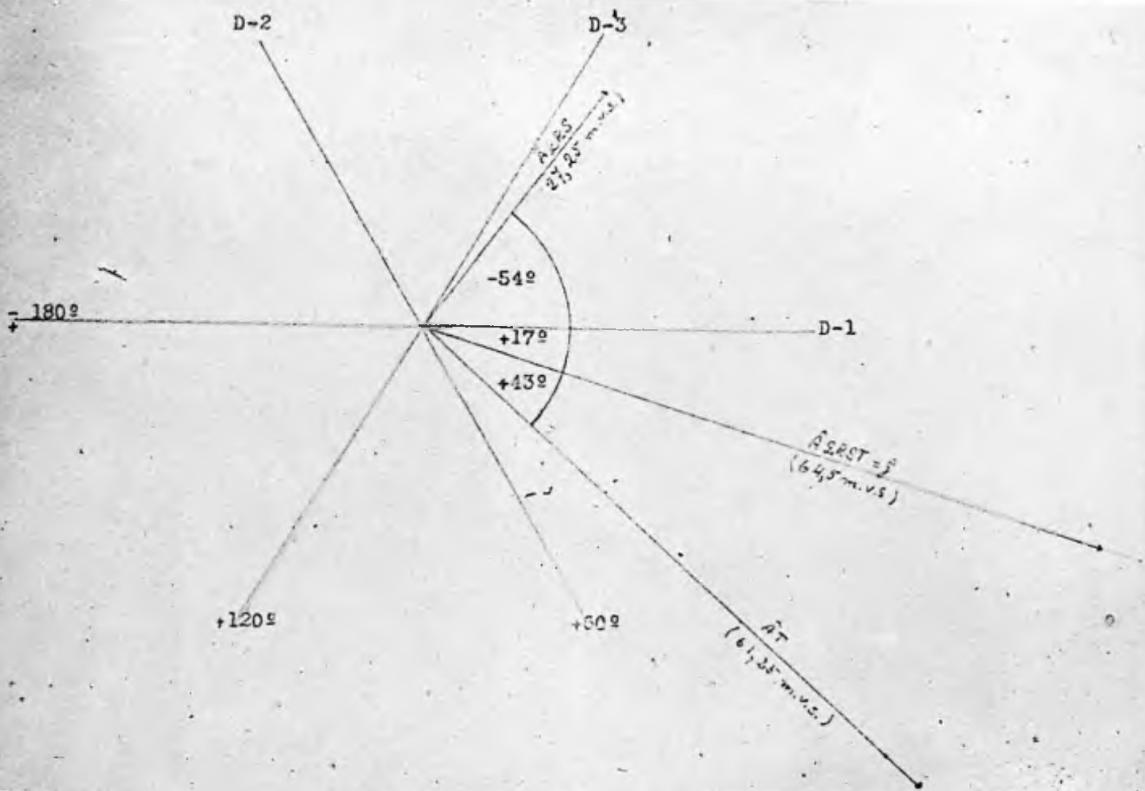


Fig. 53: Obs. XV: O gradiente ventricular se coloca a 71° à direita de \hat{AQRS} , quando (de acordo com BAYLEY) os limites máximos compatíveis com a normalidade seriam 24° à direita e 35° à esquerda de \hat{AQRS} —

Fig. 53 — Case XV: The ventricular gradient is placed at 71° on the right of \hat{AQRS} , when (according to Bayley) the maximal limits compatible with normality would be 24° at right and 35° at left of \hat{AQRS} .

$\hat{AQRS} 1 = 16,15 \text{ m.v.s.}$
 $\hat{AQRS} 3 = 27,13 \text{ m.v.s.}$
 $\hat{AQRS} = \begin{cases} 27,25 \text{ m.v.s.} \\ -54^\circ \end{cases}$

$\hat{AT} 1 = 45,2 \text{ m.v.s.}$
 $\hat{AT} 3 = 58 \text{ m.v.s.}$
 $\hat{AT} = \begin{cases} 61,25 \text{ m.v.s.} \\ +43^\circ \end{cases}$

$\hat{AQRST} = \begin{cases} 64,5 \text{ m.v.s.} \\ +17^\circ \end{cases}$

$\hat{G} = 2,4.$
 \hat{AQRS}

cas com paredes elásticas. Pulso radial, com 68 batimentos por minuto. Não há turgidez venosa do pescoço. Pressão arterial: 102/68 (Tycos). Nada de particular para o aparelho respiratório. Abdome: Fígado doloroso à palpação, no epigástrio, onde é acessível. Baço: não é palpável: *Exame radiológico*: (10-7-946): Área cardíaca muito aumentada, medindo 174 cms.² (+ 80%). O diâmetro transversal mede 16,4 (+ 29%) e o longitudinal 17,6 cms. (+ 72,5%). O diâmetro do pedículo alcança 5 cms,3 e o intertraqueopulmonar: 2 cms,6. *Eletrocardiograma*: (9-7-46): Bloqueio de ramo direito, do tipo I de Bayley. Num segundo traçado, tomado em 17-7-46, nota-se uma extra-sístole ventricular isolada em D-3; a onda T, em CF-1, modificou-se diminuindo sensivelmente a negatividade. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: positiva (+), em 13-7-46. *Reação de fixação do complemento*. (antígeno de Davis): Positiva: + + + com 0,1 e + + + + com 0,02 de sôro. *Evolução*: Por duas vezes, esteve internado no Hospital de Santa Isabel durante alguns dias. Nesses períodos, seu estado não diferiu do que ficou acima descrito. Da última vez, pediu alta a 14-11-46 e faleceu em 17-11-46, na residência. Não conseguimos fazer-lhe a necropsopia.

Observação XV: José Bispo dos Santos, 31 anos, pardo, pedreiro, solteiro, residente na rua Carlos Fernandes, 30 (Retiro), procurou nosso Ambulatório em 6-8-46. *História da doença atual*: Há 4 meses que se sentiu doente. Começou com dispnéia de esforço, a que se seguiram edemas generalizados, palpitações cardíacas e vertigens frequentes. *Resumo do interrogatório*: Fadiga intensa, dispnéia de esforço, palpitações, vertigens. *Antecedentes familiares*: Mãe falecida aos 40 anos de idade. Pai ainda vivo, com a idade de 60 anos. Tem 2 irmãos, aparentemente saudáveis. *Antecedentes pessoais*: Fuma. Não usa bebidas alcoólicas. Paludismo aos 10 anos. Neisserose aos 30 anos. O paciente é natural de Vila Nova da Rainha,

onde conheceu os triatomídeos, lá designados por "furão". Foi mordido por êles várias vêzes. Há algum tempo (não sabe precisar bem a data), esteve com um dos olhos muito inchado, o que atribuiu a um terçol (*sic*). *Exame físico*: Edema discreto dos membros inferiores. Mucosas visíveis descoradas. Dentes mal conservados. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço intercostal esquerdo, a 8 cms. da linha mediana. De fraca intensidade. Hipofonese das bulhas da base. Sôpro sistólico no foco mitral, com propagação para a axila. Suave e de fraca intensidade. Artérias periféricas, com paredes elásticas. Pulso radial, batendo 80 vêzes por minuto. Ritmado. Pressão arterial: 110/70 (Tykos). Aparelho respiratório: estertores bolhosos na base direita. Abdome: Fígado aumentado de volume e doloroso à palpação. O baço não se ápalpa. *Exame radiológico*: O exame radioscópico feito pelo Dr. Walter Brito, no Gabinete Radiológico Dez. Bráulio Xavier, assinala: "transparência satisfatória de ambos os campos pulmonares; aumento global da área cardíaca". *Eletrocardiograma*: O traçado feito, em 8-8-946, é sugestivo de bloqueio incompleto de ramo direito. O QRS em D-1 e D-2 é trifásico e com deflexão S ligeiramente espessada. Nas periféricas, mede 0,10 seg. Em CF-1, há um duplo R, com inversão de T e a deflexão intrínseca aparece atrasada, 0,045 seg. (18). O estudo do gradiente ventricular indica que êste traçado não pode ser considerado normal. *Exames de laboratório*: Hematimetria: 4.750.00 hemácias por mm³. Hemoglobina: 128%. Relação globular: 1/1.484. Valor globular: 1,3. Leucometria: 3.200 por mm³. Eosinófilos: 6,5%. Neutrófilos: 65,5% (Bastão: 4,5%; Segmentados: 61%). Linfócitos: 26,5%. Monócitos: 1,5% (22-7-946). *Xenodiagnóstico*: Positivo (24-9-46). *Evolução*: Deixou de frequentar o serviço.

Observação XVI: Luiz Bispo, pardo, solteiro, 24 anos de

(18) SODI PALLARES (D.), PARÁS (O.), CABRERA COSIO (E.), MENDOZA (F.): La deflexión intrínseca en casos normales y en hipertrofias ventriculares. Arch. del Inst. de Cardiol. de México, 16:397, 1946.

idade, servente de pedreiro, residente no Mirante do Campo Santo, n.º 183, procurou os serviços da 1.ª Cadeira de Clínica Médica, em 18 de Outubro de 1945. *História da doença atual:* Há um ano e dois meses que deixou de trabalhar, por causa de dispnéia de esforço e vertigens. *Antecedentes familiares:* A companheira com quem vive, assim como os dois filhos desta união, são aparentemente sadios. *Antecedentes pessoais:* Não fuma, nem usa bebidas alcoólicas. Já teve paludismo. Habitou diversas casas infestadas por triatomídeos. É natural de Santo Amaro. Aqui, em Salvador, tem morado em casas infestadas por êsses mesmos inséto e desconfia já ter sido picado por êles. *Exame físico:* Leptosômico. Pêso: 52.000. Altura: 1,72. Não tem edemas periféricos. Escabiose. A tireóide está pouco aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de forte intensidade, no 5.º espaço intercostal esquerdo, próximo à linha hemiclavicular. Hipofonese das bulhas da base. Artérias periféricas, com paredes elásticas. Pulso radial, batendo 60 vêzes por minuto. Pressão arterial: 110 × 70 (Tycos). Aparelho respiratório: nada para especial referência. Abdome: Fígado aumentado de consistência e a exceder 2 dedos o rebordo costal. O baço não se palpa, nem é percutível. *Exame radiológico (29-5-46):* Aumento acentuado da área cardíaca, que mede 140 cms². (+ 35%). O diâmetro transversal alcança 15 cms,1 (+ 14,4%) e o longitudinal 15 cms,8 (+ 58%). *Eletrocardiograma.* No traçado tomado no dia 22-1-46, nota-se que o complexo ventricular é de baixa voltagem nas derivações periféricas e monopares dos membros. Coração elêtricamente horizontal. Onda T negativa e profunda em tôdas as derivações periféricas, na perna esquerda e, nas precórdiais, de V-2 a V-5; com baixa voltagem em VL e V-6. Espaço S-T convexo e supradesnívelado em VF e, à direita do precórdio; apenas elevado, em V-1. Nos 2 primeiros pontos do precórdio, a onda R está ausente. Em derivações tiradas no 2.º e 3.º espaços intercostais esquerdos, em V-2 e V-3, nota-se a de-

flexão QS. Noutro ecg, tomado em 29-5-46, a onda T em D-3 se tornou menos profunda; nesta mesma derivação, notam-se extra-sístoles ventriculares, trigeminadas e bilaterais. No traçado de 3-2-47, percebem-se extra-sístoles auriculares, por vezes bigeminadas. No precórdio, em V-1, onda R ausente e T positiva, com pouca voltagem. Em V-5 e V-6, onda T profundamente negativa. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann: Negativa, em 1-2-46 e em 6-6-46. Hematimetria: 5.010.000 por mm³. Hemoglobina correta: 90%. Relação globular: 1/1.565. Valor globular: 0,89. Leucócitos por mm³: 3.200. Eosinófilos: 14,5%. Neutrófilos: 42%. (Jovens: 0,5%; Núcleos em bastão: 42%; Segmentados: 39%). Linfócitos: 42,5%. Monócitos: 1%. *Xenodiagnóstico*: Positivo, em 4-11-46. *Reação de fixação do complemento* (antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Fortemente positiva (+ + + +) com 0,2 do antígeno. *Evolução*: De quando em vez, comparece ao serviço; queixa-se de agravação da fadiga e da dispnéia de esforço.

Observação XVII: Maria Cristina Matos dos Santos, 33 anos, casada, residente em Itapagipe, nesta Capital, procurou-nos no consultório particular, em 21-8-46. *Historia da doença atual*: Em Janeiro de 1946, foi picada, em Mata de S. João, por um inseto, que reconheceu ser um triatomídeo ("percejo francês"). A ferida consequente à picada levou uns 2 meses para cicatrizar. Não esteve febril durante êste período. De três meses à data, está com forte dispnéia, que inicialmente só se apresentava ao esforço, tosse, expectoração gomosa, roncaria na garganta (*sic*), escarros sanguíneos, palpitações. Tem feito várias curas digitálicas, por indicação de outros clínicos. *Antecedentes pessoais e familiares*: Espôso, aparentemente em boa saúde. Assim também, 1 filho do casal. Nunca teve abortos. *Exame geral*: Brevilínea. Pêso: 68 quilos. Altura: 1,61. Edemas dos membros inferiores. Cianose dis-

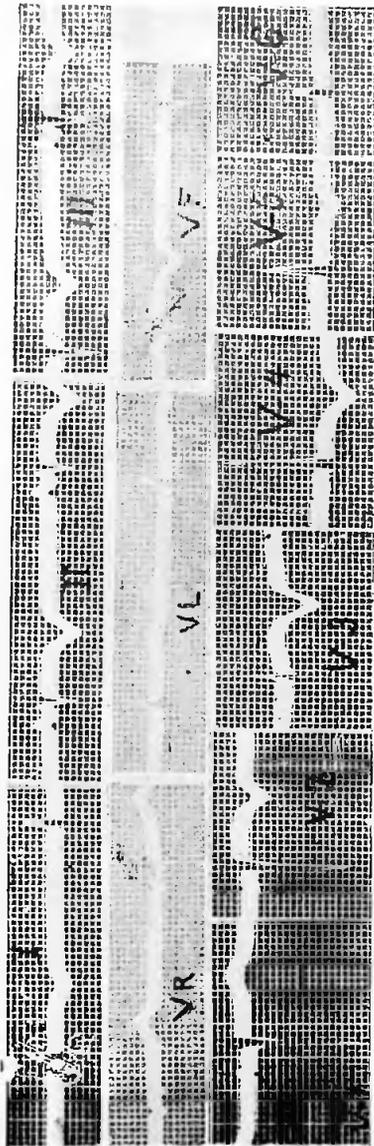


Fig. 54: Obs. XVI: Ecg. em 22-1-46. Complexo ventricular de baixa voltagem nas derivações periféricas e monopolares dos membros. Coração eletricamente horizontal. Onda T negativa e profunda em todas as derivações periféricas, na perna esquerda e, nas precordiais, de V-2 a V-5; com baixa voltagem em VL e V-6. Espaço S-T convexo e supradesnivelado em VF e à direita do precórdio; apênas elevado, em V-1. Nos dois primeiros pontos do precórdio, a onda R está ausente.

Fig. 54 — Case XVI: ECG on 1-22-946. Ventricular complex of low voltage in the monopolar and peripheral leads of the limbs. Heart electrically horizontal. Negative T wave and deep in all peripheral leads, on left leg and, in the precordial leads, from V-2 to V-5; with low voltage in VL and V-6. Upwardly convex S-T interval and elevated in VF and, on the right of the precordium; only elevated, in V-1. In the first two points of the precordium the R wave is missing.

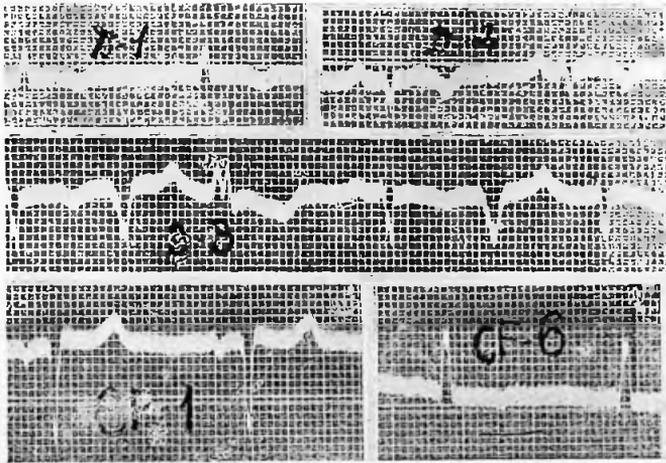


Fig. 55: Obs. XVI: Ecg, em 29-5-46. A onda T em D-3 se tornou menos profunda; nesta mesma derivação, notam-se extrasístoles ventriculares, trigeminadas e bilaterais.

Fig. 55 — Case XVI: ECG on 5-29-946. The T wave in L III became less deep; in this same lead, ventricular trigeminy and bilateral premature beats are noted.

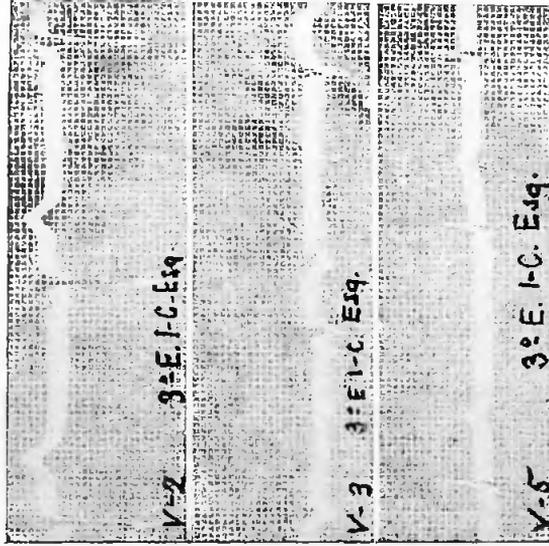


Fig. 56: Obs. XVI: Ecg. em 11-7-46. Nas derivações tomadas no 2.º e 3.º espaços intercostais esquerdos, em V-2 e V-3, nota-se a deflexão QS.

Fig. 56 — Case XVI: ECG on 7-11-946. In the leads taken on the 2nd. and 3rd. left intercostal spaces, the QS deflection is seen in V-2 and V-3.

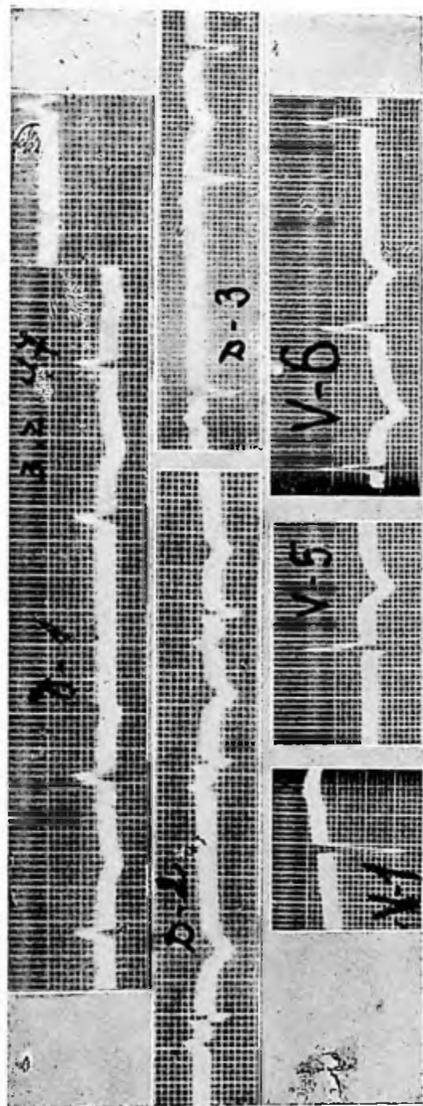


Fig. 57: Obs. XVI: Ecg. em 3-2-47. Extra-sístoles auriculares, por vezes bigeminadas. Em V-1, onda R ausente e T positiva, com pouca voltagem. Em V-5 e V-6, onda T profundamente negativa.

Fig. 57 — Case XVI: ECG on 2-3-947. Auricular premature beats, sometimes bigeminy. In V-1, absent R wave and positive T wave, with little voltage. In V-5 and V-6, T wave deeply negative.

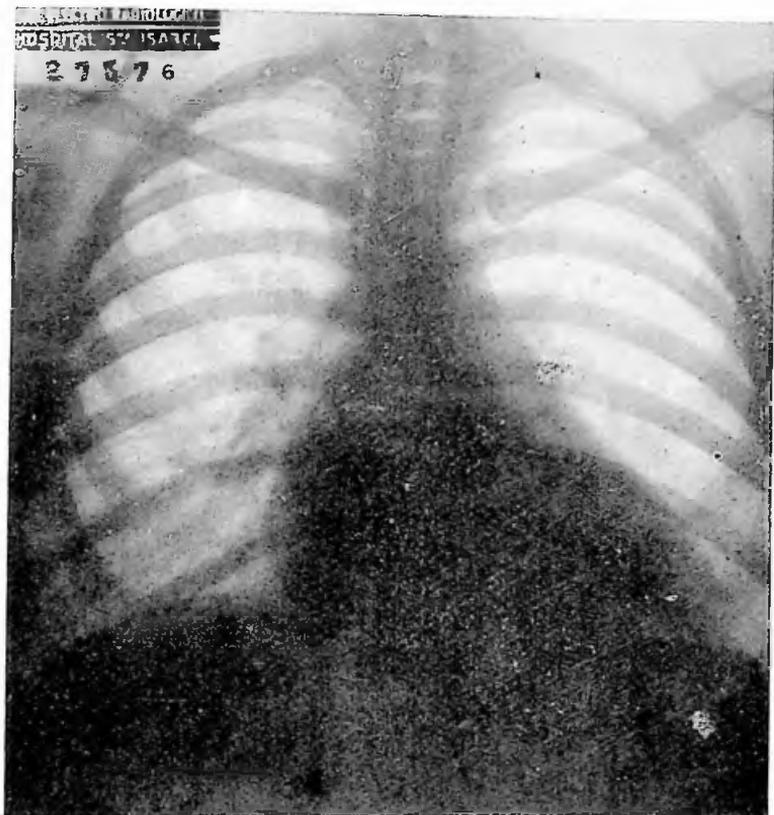


Fig. 58: Obs. XVII: Tele-radiografia do tórax, em 10-10-946.

Fig. 58 — Case XVII: Teleröntgenography of thorax
(10-10-946)



Fig. 59: Obs. XVII: Cicatriz na face antero-interna da perna direita, correspondente ao provavel chagoma de inoculação.

Fig. 59 — Case XVII: Scar on the antero-internal surface of right leg. It probably corresponds to the inoculation chagoma.

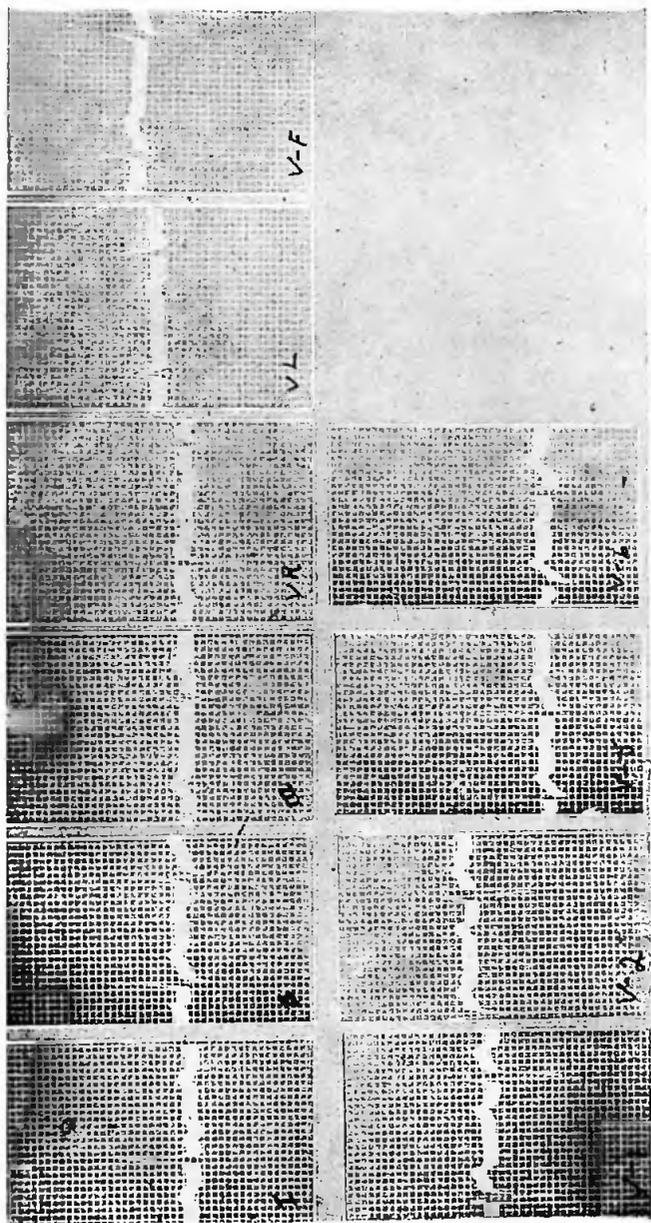


Fig. 60: Obs. XVII: Ecg. em 21-8-46. Bloqueio A-V do 2.º grau (2/1). Baixa voltagem de T em D-1, D-2 e VL; segmento S-T infra-desnivelado em V-5, V-6, V-F e D-2.

Fig. 60 — Case XVII: ECG on 8-21-946. A-V block of 2nd. degree (2/1). Low voltage of T in L I, L II, and VL; S-T interval depressed in V-5, V-6, V-F and L II.

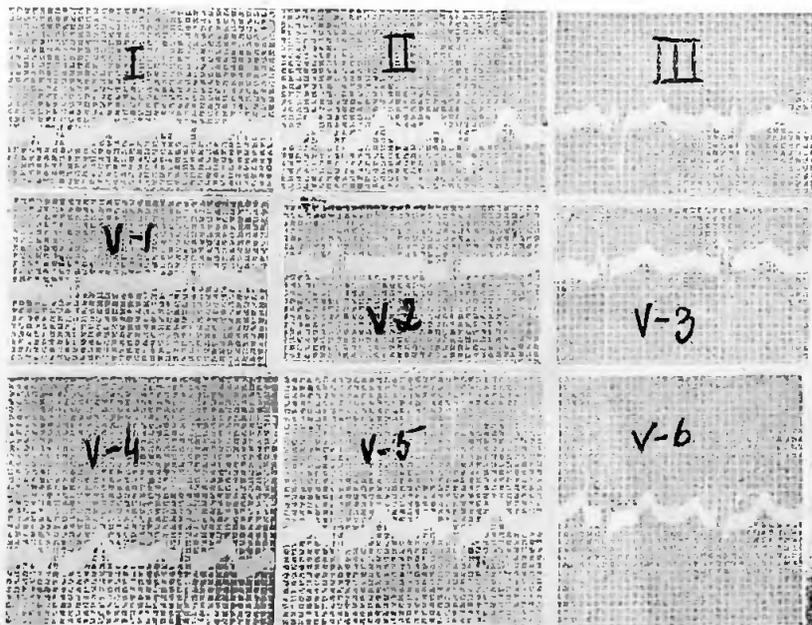


Fig. 61: Obs. XVII: Ecg. em 13-12-46. Baixa voltagem de T-1, infra-desnivelamento de S-T, em D-1, D-2, V-5 e V-6. A onda T é difásica (+ —) em V-3 e, com baixa voltagem em V-2.

Fig. 61 — Case XVII: ECG on 12-13-946. Low voltage of T-1, depressed S-T in L I, L II, V-5 and V-6. The T wave is diphasic (+ —) in V-3 and has low voltage in V-2.

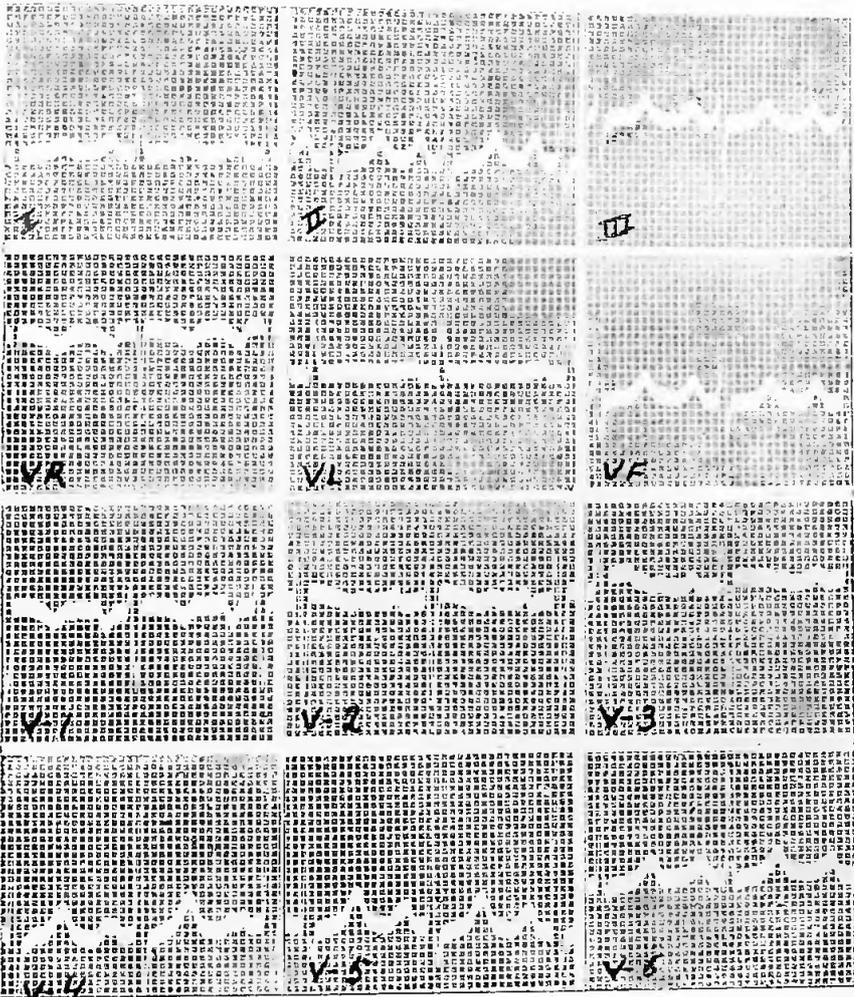


Fig. 62: Obs. XVII: Baixa voltagem de T em D-1 e VL. Onda T difásica (— +) em V-2 e V-3. Aumento de duração da onda P; cm D-2, mede 0,3 mv.

Fig. 62 — Case XVII: Low voltage of T in — I and VL. Difásic T wave (— +) in V-2 and V-3. Increase of duration of the P wave; in L II it measures 0,3 mv.

creta. Turgidez das jugulares. A tireóide com aumento muito discreto. Na face ântero-interna da perna direita, nota-se a cicatriz correspondente ao provável chagoma de inoculação. *Aparelho circulatório*: Choque da ponta, de fraca intensidade, no 5.^o espaço intercostal, para fora da linha medioclavicular. Galope na ponta. Hiperfonese pulmonar e hipofonese mitral. Desdobramento da segunda bulha. Sôpro sistólico, na ponta, de fraca intensidade, propagando-se na direção da axila. Pressão arterial: 100 × 60 (Tycos). Radiais com paredes elásticas, batendo 100 vêzes por minuto. *Aparelho respiratório*: sinais físicos de acentuada estase pulmonar. *Abdome*: Não tem ascite. Fígado aumentado de consistência e excedendo 3 dedos o rebordo costal, na linha medioclavicular direita. Doloroso à palpação. *Baço*: não se palpa. *Radiografia (tele, em 10-10-46)*: Aumento da área cardíaca, que mede 145 cms². (+ 48%). O diâmetro transverso alcança 16 cms., (+ 48,8%) e o longitudinal 16,5 (+ 42%). O diâmetro transverso do pedículo vai a 8 cms. e o índice volumétrico aórtico a 2 cms,8. *Eletrocardiograma (21-8-46)*: Bloqueio A-V do 2.^o grau (2/1). Baixa voltagem de T em D-1, D-2 e VL; segmento S-T infradesnive-lado em V-5, V-6, VF e D-2. No traçado de 13-12-46, nota-se baixa voltagem de T-1, infra-desnivelamento de S-T, em D-1 e D-2, V-5 e V-6. A onda T é difásica (+ —) em V-3 e com baixa voltagem em V-2. No traçado de 13-3-47, nota-se que a onda T tem baixa voltagem em D-1 e VL; é difásica (— +) em V-2 e V-3, também com baixa voltagem. A onda P mede 0,3 mv. e tem 0,12 de seg. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann: Negativa. Hematimetria: 3.590.000 hemácias por mm³. Relação globular: 1/854. Hemoglobina: 68% (11,5 grs.). Valor globular: 0,94. Leucócitos por mm³: 4.200. Eosinófilos: 1,5%. Neutrófilos: 73% (Jovens: 0,5%; N. em bastão: 17,5% Segmentados: 55%). Linfócitos: 24%. Monócitos: 1,5%. *Xenodiagnóstico*: Negativo, em 19-11-46. *Reação de fixação do complemento* (antígeno de Davis): Po-

sitiva: com 0,1 (+ +) e com 0,2 (+ + + +). Com a fração de polissacarídeo: Fortemente positiva (+ + + +). *Evolução*: Tem apresentado melhoras da insuficiência cardíaca, sob a ação da digital. Fêz 2.000.000 de U. O. de Penicilina. A remissão da insuficiência cardíaca, nem é total nem se mantém por muito tempo. Por último, está em tratamento com o M 2034. (*).

Observação XVIII: Maria Elza Lima Ribeiro, 16 anos, branca, colegial, residente na rua Almirante Lima Ferreira, 2, nesta Capital, procurou nosso serviço em 25-6-46. *História da doença atual*: Por três vêzes, já teve ataques sincopais seguidos de crises convulsivas. O primeiro ataque ocorreu há 5 anos atrás. Os médicos que a examinaram, nessa ocasião, lhe diagnosticaram "uma lesão no coração", responsável pelo acidente. Há 2 anos, teve o último ataque. *Interrogatório*: A paciente insiste em que nada sente, de nada se pode queixar, exceto palpitações, ao esforço mais acentuado. Cumpre anotar que se trata de uma doente, com desenvolvimento físico e intelectual francamente atrasados. Entre outros fatos, relativos à saúde mental, citem-se os seguintes: tem medo de tomar elevadores, de assistir filmes cinematográficos, não ingressou ainda no curso secundário... *Antecedentes familiares*: Pai sofre do coração (*sic*). Mãe e 7 irmãos, aparentemente sadios. *Antecedentes pessoais*: Ainda não foi menstruada. Sarampão, aos 7 anos e paludismo aos 6 anos. *Exame físico*: Leptosômica. Altura: 1,60. Pêso: 40 quilos. Mucosas regularmente coradas. Gânglios cervicais palpáveis. Dentes bem conservados. A tireóide não é palpável. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de intensidade forte no 4.º espaço intercostal, para dentro da linha hemiclavicular. Hiperfonese pulmonar. Artérias periféricas com paredes elásticas. Pulso radial, ritmado, com a frequência de 50 batimentos por minuto. Pressão arterial:

(*) Este produto foi-nos cedido pelo Dr. Bruno Rietmann, a quem nos confessamos agradecidos pela gentileza.

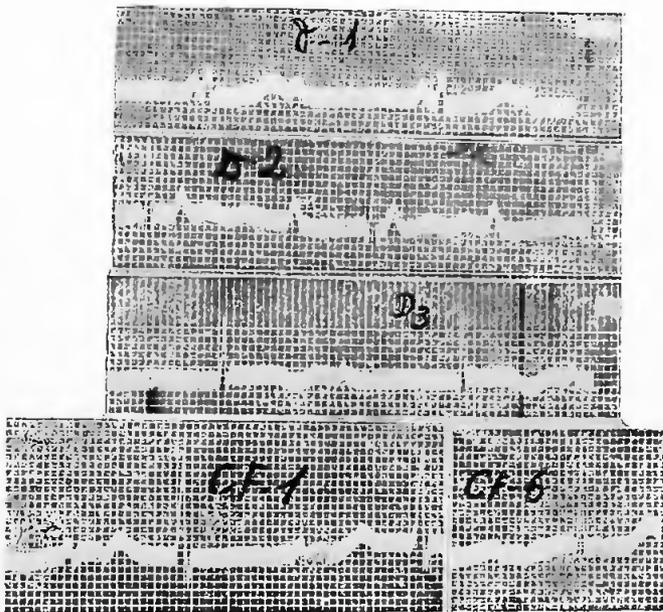


Fig. 63: Obs. XVIII: Ecg. em 22-6-46. Dissociação A-V completa, sem alargamento de QRS. Frequência ventricular, de 47 batimentos por minuto e a auricular oscila entre 79 e 86 contrações por minuto.

Fig. 63 — Case XVIII: ECG on 6-22-946. Complete A-V dissociation, without lengthening of QRS. Ventricular rate of 47 beats a minute and the auricular one between 79 and 86.

sintomas, que, se agravando, o forçaram, novamente, a procurar o Hospital, onde se internou a 7-8-46, em nosso serviço. *Antecedentes familiares*: Mãe falecida de causa ignorada pelo paciente. Pai vivo, ignorando também o doente as condições em que atualmente aquele se encontra. Dois irmãos e três filhos, aparentemente saudáveis. *Antecedentes pessoais*: Usa bebidas alcoólicas e fuma. Trabalhador braçal. Neisserose aos 16 anos. Paludismo aos 10 anos. Há 4 anos atrás, dores reumatóides. *Exame físico*: Mesoestênico. Altura: 1,54 cms. Pêso: 54.400. Respiração costo-abdominal. Mau estado geral. Edemas acentuados dos membros inferiores. Discreta cianose das extremidades. A tireóide é palpável, mostrando-se muito pouco aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de fraca intensidade, no 6.º espaço intercostal, a 12 cms,5 da linha mediana. Hipofonese da primeira e segunda bulhas. Galope. Artérias periféricas, com as paredes elásticas. Pulso radial com a frequência de 112 por minuto. Turgidez das jugulares. Pressão arterial: 115 x 100 (Tycos). Aparelho respiratório: sinais físicos de estase pulmonar. Abdome: Ascite. Depois de reabsorvida a ascite (com o emprêgo da digitalina), verifica-se (em 4-9-46) que o fígado é duro e doloroso, medindo 10 cms. de altura, na linha médio-clavicular. O baço não é palpável. *Exame radiológico (orto)*: Grande aumento da área cardíaca, que mede 190 cms². (+ 98%). O diâmetro transversal alcança 17,9 cms. (+ 70%) e o longitudinal 18 cms,4 (+ 73,6%). O diâmetro transversal do pedículo mede 8,3 e o intertraqueopulmonar 3.0 cms. *Eletrocardiograma (10-8-46)*: Baixa voltagem dos complexos ventriculares. Onda T difásica (— +) em D-3 e CF-6. Ausência de R em CF-1. No traçado tomado em 2-12-46, o grupo QRS se torna trifásico em D-3 e também se percebe a onda T difásica (+ —) em CF-5. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Fortemente positiva (+ + + +). Hematimetria: 4.240.000 por mm³. Hemoglobina: 70% (12 grs.). Relação globular:

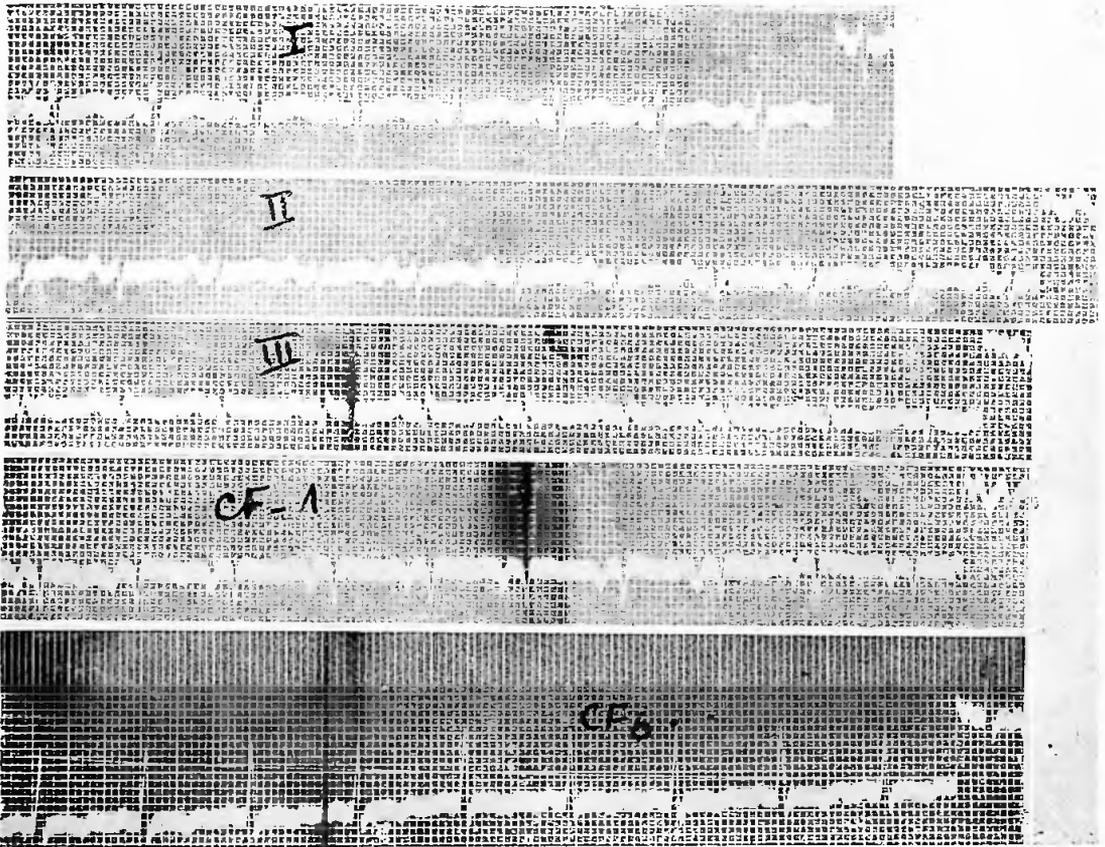


Fig. 64: Obs. XIX: Ecg. em 10-8-46. Baixa voltagem dos complexos ventriculares. Onda T difásica (+ —) em D-3 e (— +) CF-6. Ausência de R em CF-1.

Fig. 64 — Case XIX: ECG on 8-10-946. Low voltage of the ventricular complexes. Diphasic T wave (+ —) in L III and (— +) CF-6. No R wave is present in lead CF-1.

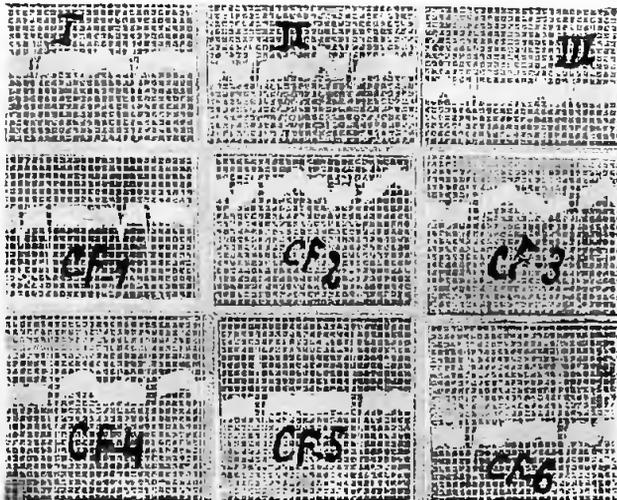


Fig. 66: Obs. XIX: Ecg. em 2-12-946. O grupo QRS se torna trifásico em D-3 e também se percebe a onda T difásica (— +) em CF-5.

Fig. 66 — Case XIX: ECG on 12-2-946. The group QRS becomes triphasic in L III and the T wave is diphasic (— +) in CF-5.

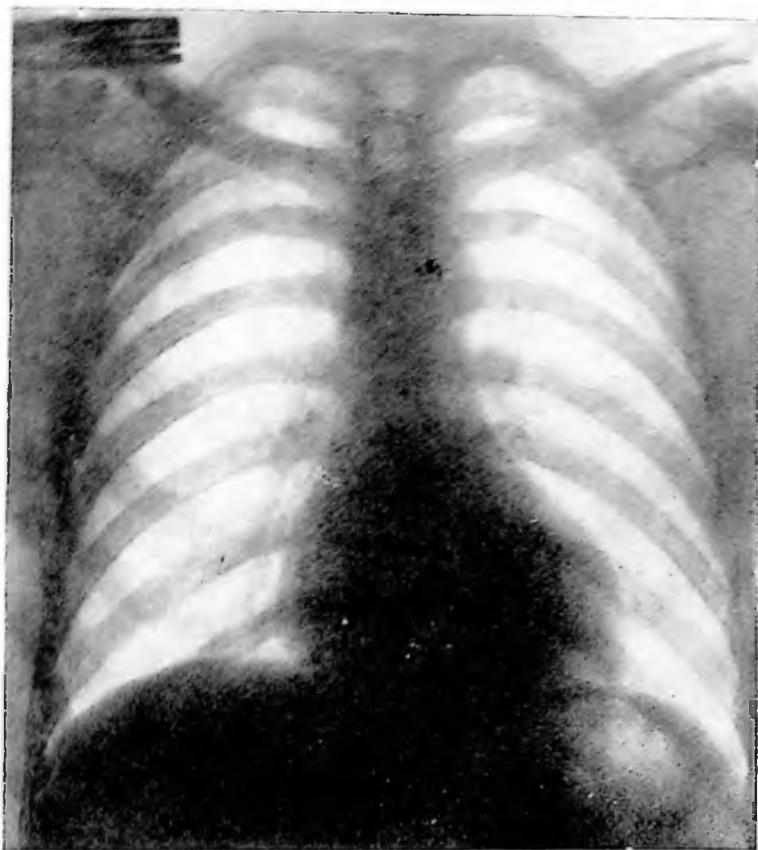


Fig. 07: Obs. XX: Telo-radiografia do tórax em 11-9-46.

Fig. 07 — Case XX: Teleröntgenography of thorax on 9-11-46.

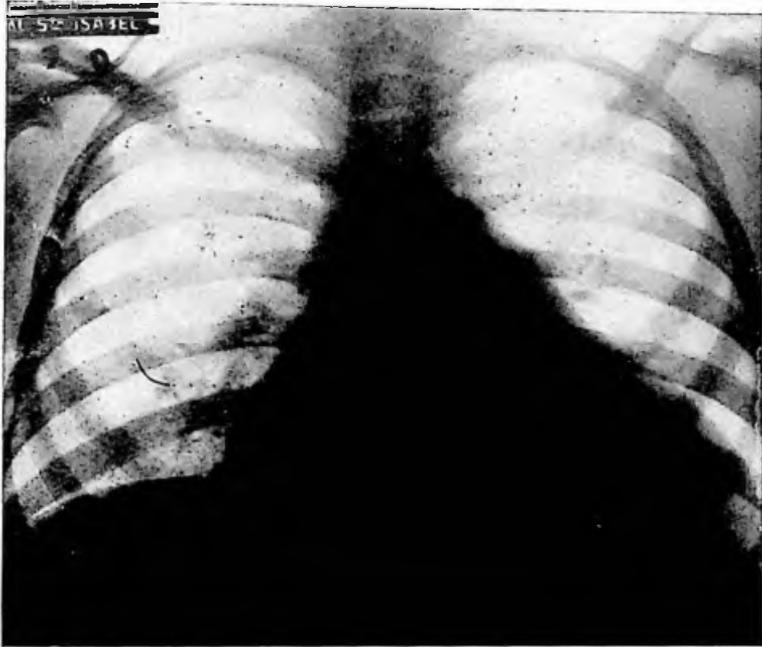


Fig. 68: Obs. XXI: Tele-radiografia do tórax: grande aumento da área cardíaca.

Fig. 68: Teleröntgenography of the thorax. Large. increase of cardiac area.

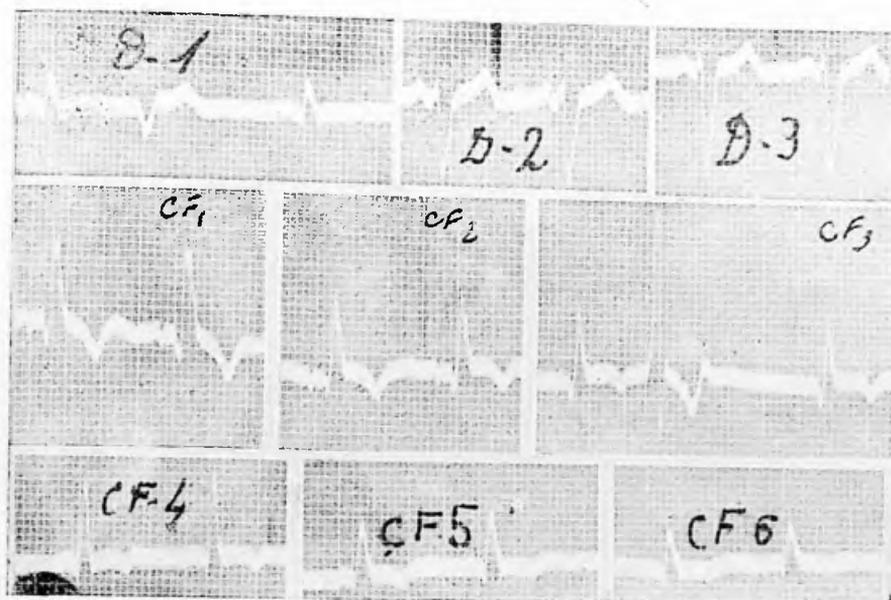


Fig. 69: Obs. XX: Ecg. em 10-9-946. Bloqueio de ramo direito, muito divergente. E' uma forma atípica. O grupo QRS, em D-1 é quasi inteiramente positivo, apresentando uma onda S minúscula; Q-1 está presente; em D-2 e D-3, a onda R é mínima enquanto S é profundo. Extra-sístoles ventriculares isoladas. Esse tipo foi considerado por Dias, Laranja e Nobrega como frequente na doença de Chagas. As precordiais oferecem um aspecto semelhante ao que se observa no padrão do enfarte da parede anterior do coração, complicado com um BRD (deflexão inicial negativa e deflexão preintrinsicca muito retardada nas derivações sobre o ventrículo direito).

Fig. 69 — Case XX: ECG on 9-10-946. Right bundle-branch block, very divergent. It is an atypical form. QRS, in L I. is almost entirely positive presenting a minute S wave; Q-1 is present; in L II and L III the R wave is minimal, whereas S is deep. Isolated ventricular premature beats. This type has been considered by DIAS, LARANJA and NOBREGA as frequent in Chagas' disease. The precordial leads present an aspect similar to the one seen in the pattern of the infarction of the anterior wall of the heart, complicated with right BBB (negative initial deflection and preintrinsic deflection very late in the leads on the right ventricle).

Eosinófilos: 11%: Neutrófilos: 62,5% (N. em bastão: 10%; Segmentados 52,5%). Linfócitos: 26%. Monócitos: 0,5% (14-X-46). *Exame de fezes*: Foram encontrados ovos de *A. lumbricoides*, *Tr. trichiura* e *N. americanus*. *Xenodiagnóstico*: Negativo, em 24-10-46 e em 14-2-47. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Positivo (+ +) com 0,1 e Positivo (+ + + +) com 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Negativo. *Evolução*: A digitalização logrou compensar a insuficiência cardíaca. Todavia, a redução não foi completa. Mas, mesmo assim, pediu alta em 4-11-46. Agora, agravando-se a dispnéia e surgindo outra vez os edemas, volta a solicitar internamento.

Observação XX: Olímpio Soares, 36 anos, pardo, ferroviário, casado, residente na rua da Palestina, distrito dos Mares, nesta Capital, procurou o Ambulatório de nosso serviço a 9-9-46. *História da doença atual*: Há 1 ano e 4 meses, que sente fraqueza nas pernas, palpitações e dispnéia de esforço. O clínico a quem consultou lhe prescreveu "Florataegus" e injeções de bismuto, com o que não tirou resultado. Há seis meses, tem angústia epigástrica e frequentes vertigens. *Interrogatório*: Queixa-se, ainda, de calefrios, sem movimento febril subsequente, fadiga, dôres precordiais, relacionadas com o esforço, localizadas na ponta do coração e irradiando para o pescoço; são pungitivas. *Antecedentes familiares*: Pai falecido de causa ignorada pelo paciente. Mãe viva e com a idade de 77 anos; pouco sabe informar a respeito dela. Teve 4 irmãos, dos quais um apenas está vivo e é aparentemente sadio. Dos irmãos, um faleceu de acidente no trabalho, e 2 de causa ignorada. Tem 1 filho, cmo 12 anos, que é aparentemente sadio. *Antecedentes pessoais*: Nega contágio venéreo. Impaludismo. *Exame físico*: Leptosômico. Altura: 1,65. Pêso: 64.000 Temp: 36.6. Tipo respiratório: costal superior, com 20 excursões por minuto. Bom estado de nutrição. Não tem cianose. Mucosas re-

gularmente coradas. Dentes e gengivas em condições satisfatórias. Amídalas: não estão infectadas. Tireóide: ligeiramente aumentada de volume. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de fraca intensidade, no 5.º espaço intercostal, a 11 cms. da linha mediana, sôbre a linha medioclavicular (determinado pela percussão). Hipofonese das bulhas cardíacas. Artérias periféricas, com paredes elásticas, batendo o pulso radial 80 vêzes por minuto. Pressão arterial: 110 × 75 (Ty-cos). Aparelho respiratório: nada de particular. Abdome: não tem ascite. Fígado: um pouco doloroso à pressão e excedendo 2 dedos transversos o rebordo costal, na linha medioclavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele)*: Área cardíaca, medindo 103 cms³ (+ 1%). O diâmetro transverso mede 12,7 cms. (+ 11,4%) e o longitudinal 13,5 (+ 18,4%). O diâmetro do pedículo vascular mede: 5,2 e o índice volumétrico: 2,5. *Eletrocardiograma*: Bloqueio de ramo direito, muito divergente. E' uma forma atípica. O grupo QRS em D-1 é quasi inteiramente positivo, apresentando uma onda S minúscula; Q-1 está presente; e, em D-2 e D-3, a onda R é mínima, enquanto o S é profundo. Extra-sístoles ventriculares isoladas. Esse tipo foi considerado por Dias, Laranja e Nóbrega como muito frequente na doença de Chagas. (*) *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa. Hematimetria: 7.270.000 por mm³. Hemoglobina: 92%. Relação globular: 1/1.298. Valor globular: 0,63. Leucócitos por mm³: 5.600. Eosinófilos: 8%. Neutrófilos: 60,5% (N. em bastão: 10%; Segmentados: 50,5%). Linfócitos: 30%. Monócitos: 1,5%. Exame de fezes: foram encontrados ovos de *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*. *Xenodiagnóstico*: Negativo, em 9-9-46. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro.

(*) As precordiais oferecem um aspecto semelhante ao que se observa no padrão do enfarte da parede anterior do coração, complicado com um ERD (deflexão inicial negativa e deflexão pré-intrínseca muito retardada nas derivações sôbre o ventrículo direito).

Com a fração de polissacarídeo: Positiva (+ + + +). *Evolução*: Não tem havido modificação do estado anterior.

Observação XXI: Euzébio Gonzaga, 20 anos, pardo, comerciante, solteiro, residente na Rua do Céu, n.º 83 (Estrada da Liberdade), internou-se no serviço do Prof. José Olímpio a 8-8-46. *História da doença atual*: Há seis meses, dispnéia de esforço, palpitações. Depois, a situação se agravou: a dispnéia se instalou em decúbito, surgiram edemas nos membros inferiores e ascite. *Antecedentes familiares*: Pais e seis irmãos, aparentemente saudáveis. *Antecedentes pessoais*: Não fuma, nem usa bebidas alcoólicas. Neisserose, paludismo. *Exame físico*: Pícnico. Pêso: 47 quilos. Altura: 1,51. Respiração abdominal, com 26 excursões por minuto. Mau estado geral. Atitude ortopnéica. Mucosas visíveis, descoradas. Edema dos membros inferiores. Pouco desenvolvimento das massas musculares. Dentes e gengivas em boas condições. Amídalas volumosas. Tireóide: não é palpável. *Aparelho circulatório*: Choque da ponta, de forte intensidade, visível e palpável, no 6.º espaço intercostal, a 10 cms. da linha mediana, para fora da linha hemiclavicular. Sôpro sistólico, no foco mitral; fraca intensidade e sem propagação. Hiperfonese pulmonar. Turgidez das jugulares. Refluxo hepato-venoso: presente. Artérias radiais, com paredes elásticas. Pulso radial, com 110 batimentos por minuto. Pressão venosa: 18 cms. Pressão arterial: 90 × 50 (Ty-cos). *Aparelho respiratório*: sinais de estase pulmonar. *Abdome*: Ascite. Depois desta reabsorvida, verifica-se que o fígado excede 2 dedos o rebordo costal, na linha hemiclavicular, e o baço é palpável. *Exame radiológico (tele, 23-10-46)*: Aumento considerável da área cardíaca, medindo 122 cms² (+ 47%). O diâmetro transverso mede 17,5 cms. (+ 65%) e o longitudinal 17,6 cms. (+ 78%). O diâmetro transverso do pedículo vascular mede 8cms,5 e o índice volumétrico, 24 mm. Há projeção do arco pulmonar acentuada. *Eletrocardiograma*: Alterações primárias de S-T e T; infra-desnívelamento de S-T

em D-1, D-2 e CF-6. Elevação discreta em D-3. Onda T difásica (— +) em D-1, D-2 e CF-6. Em D-3, muito deprimida. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann: Negativa. Hematimetria: (*) Hemácias por mm^3 : 4.520.000. Hemoglobina, 78%. Relação globular: 1/628. Valor globular: 1. Leucócitos por mm^3 : 7.200. Basófilos: 2%. Eosinófilos: 24%. Neutrófilos: 64%. Linfócitos: 6%. Monócitos: 4%. Exame de fezes. Ovos de *N. americanus*. *Xenodiagnóstico*: Foi realizado duas vezes, sendo em ambas negativo. A primeira vez em 22-10-46, e a segunda em 12-12-46. *Reação de fixação do complemento*: Negativa com 0,1 e positiva com 0,2 de sôro (++). Com a fração de polissacarídeo: positiva: (+++). *Evolução*: A insuficiência cardíaca regrediu com a digital. Em 27-8-46, tem um acesso febril e o exame de sangue revela a presença de *Pl. malariae* (**). Tratou-se com quinina e o desalojamento feito em 16-9-46, com a adrenalina, não provoca acesso febril. Em 19-9-46, pede e obtem alta, retirando-se para sua residência. Falece às 21 horas e 30 minutos de 4-11-46. *Dados da autopsia*: Laudo do exame macroscópico assinado pelo Prof. J. Coelho dos Santos: "Coração: 400 grs. (já fixado). Epicárdio liso, polido, brilhante, com regular depósito adiposo. Cor vermelho-violácea. Placa leitosa de limites nítidos, não consistente, na ponta do ventrículo esquerdo. Espessura do ventrículo esquerdo: 1 cm., do ventrículo direito: 0,7 cm.; infundíbulo da pulmonar: 0,7mm. Tôdas as cavidades estão dilatadas, sobretudo as esquerdas; projeção do septo interventricular para a direita. Circunferência da mitral: 9,5 cms.; implantação, superfície e bordas livres, normais. Circunferência da tricúspide: 12 cms.; implantação, superfície e bordas livres, normais. Circunferência da pulmonar: 6,8 cms.; implantação, seios e comissuras, normais. Fe-

(*) Este exame foi realizado no Serviço do Prof. José Olímpio da Silva.

(**) Idem.

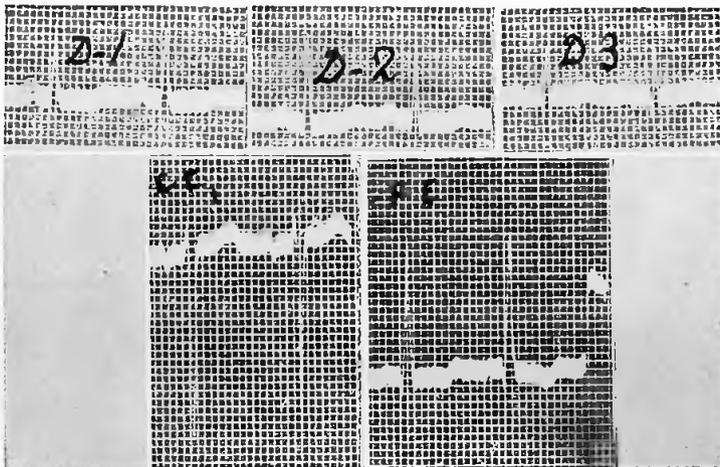


Fig. 70: Obs. XXI: Ecg. em 23-8-46. Onda T difásica (— +) em D-1, D-2 e CF-6. Em D-3 muito deprimida. Infradesnívelamento de S-T em D-1, D-2 e CF-6.

Fig. 70 — Case XXI: ECG on 8-23-1946. Diphasic T wave (— +) in I, I, L II and CF-6. In I, III much lowered. Depression of S-T in I, I, L II and CF-6.

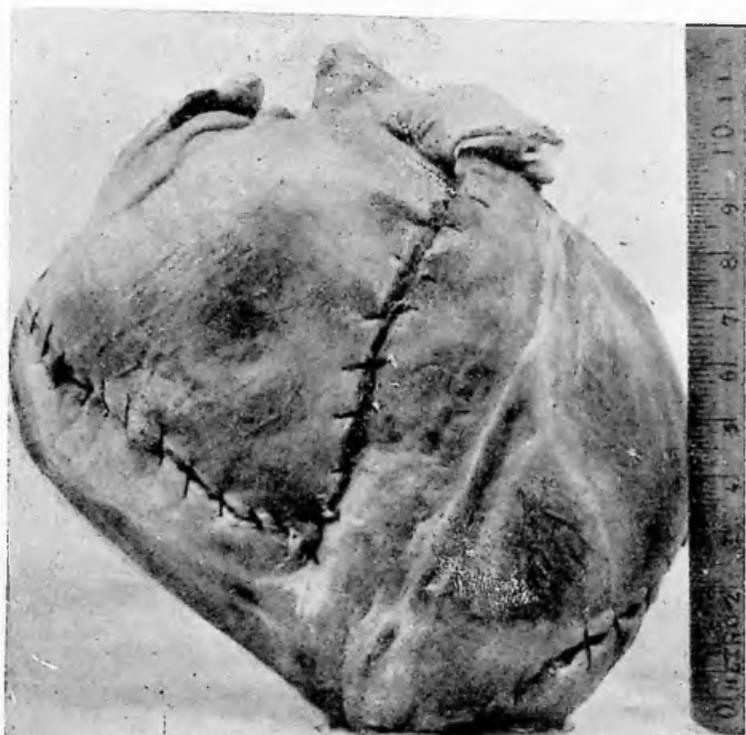


Fig. 71: Obs. XXI
Fig. 71 — Case XXI

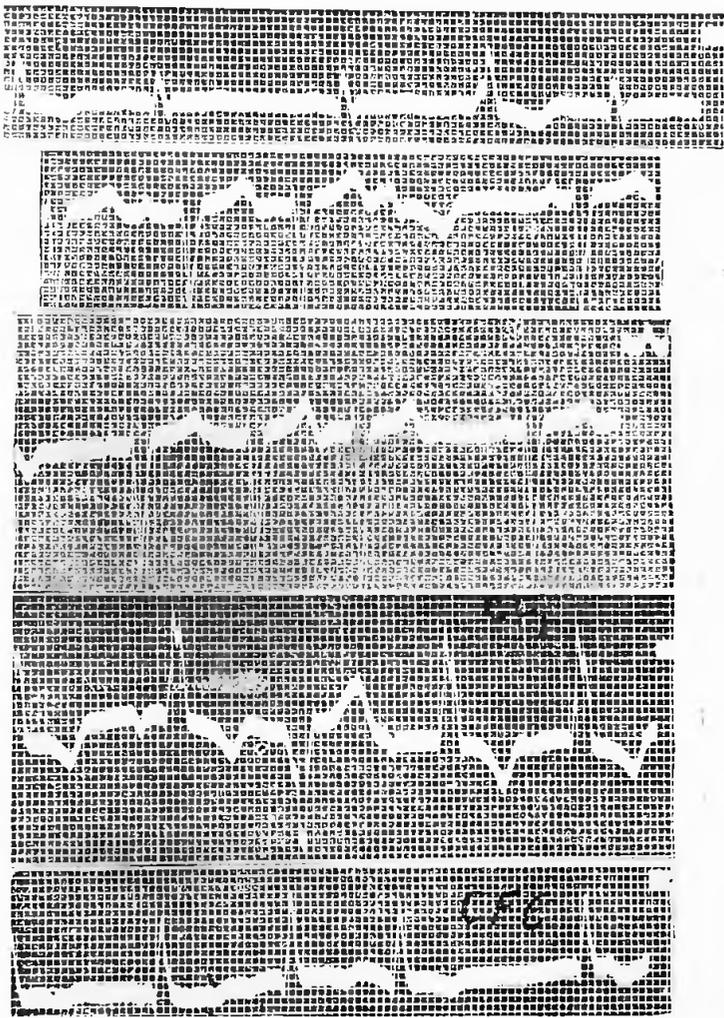


Fig. 72: Obs. XXII: Ecg. em 9-9-46. Bloqueio A-V do 2.^o grau, com períodos de Wenckebach, arritmia sinusal; extra-sístoles ventriculares. QRS-1 de baixa voltagem, espessado. T-1 muito deprimida. Em CF-1, a onda T é profundamente negativa, oferecendo o aspecto coronário. Em CF-6, é negativa e pouco profunda. Bloqueio de ramo direito, muito divergente. E' um tipo identico ao da Obs. XX, a forma atípica do E.R.D.

Fig. 72 — Case XXII: ECG on 9-9-946. A-V block of 2nd. degree, with Wenckebach period; sinus arrhythmia; ventricular premature beats. QRS-1 of low voltage, thickened T-1 much lowered. In CF-1, T Wave is deeply negative with the coronary aspect. In CF-6, it is negative and little deep. Right bundle-branch block, very divergent. It is an identical with the case XX, the atypical form of right EBB.

nestração das sigmóides direita e esquerda. Artéria pulmonar, lisa, polida, nacarada. Circunferência da aorta: 5,6 cms.; implantação, seios e comissuras, normais; bordas livres das sigmóides, espessadas, cartonáceas, irregulares, do lado ventricular, no seu terço distal. Orifício das coronárias, um pouco acima da linha de oclusão, permeáveis. Aorta supra-sigmóide, lisa, polida, nacarada. Endocárdio ventricular e auricular, liso, polido, brilhante, com duas manchas leitosas, espessas, no ventrículo direito. Miocárdio, resistente à pressão, congesto. Pulmões de estase e fígado de estase". *Dados do exame histológico*, realizado pelos Drs. Pena de Azevedo e Eitel Duarte: Número P. C. 13.754. Data: 7 de Fevereiro de 1947. Nome: Euzébio Gonzaga. Natureza e origem do tecido: Diversos fragmentos do coração. Resultado do exame anátomo-patológico: *Fragmento n.º 1*: Proliferação discreta do tecido conjuntivo e infiltração celular em diversos campos microscópicos. *Fragmento n.º 2*: Não se encontram lesões microscópicas. *Fragmento n.º 3*: Fibrose e infiltração celular inflamatória discreta. *Fragmento n.º 4*: Focos discretos de infiltração celular inflamatória no estroma. Nota: as lesões não concordam com as de um caso típico da doença de Chagas, embora não permitam afastar um tal diagnóstico".

Observação XXII: Eugênio Francisco Sales, 40 anos, parido, ferreiro, casado, residente na rua Gaspar de Lemos, 113 (Estrada da Liberdade), procurou o Ambulatório de Cardiologia em 26-9-46. *História da doença atual*: Há um ano que vem sentindo fadiga, palpitações e tonturas. Cefaléias frequentes. Ocasionalmente, precordialgia, ao realizar esforços físicos. Tem caráter pungitivo, mas não tem irradiação. *Antecedentes familiares*: Nada sabe informar sobre os progenitores. Teve 4 irmãos, dos quais um faleceu de causa ignorada. Teve 5 filhos, dos quais 2 morreram na primeira infância. *Antecedentes pessoais*: Usa bebidas alcoólicas, com moderação. Fuma. Já teve paludismo. É filho do Assú da Torre. Nega contágio venéreo.

Exame físico: Leptosômico; pêsos: 61,200; altura: 1,75 cms. Respiração costo-abdominal, com 18 excursões por minuto. Bom estado de nutrição. Mucosas regularmente coradas. Gânglios cervicais e epitrocleanos, palpáveis. Dentes em boas condições. Tireóide: não é palpável. Aparelho circulatório: Choque da ponta, com intensidade regular, no 6.º espaço intercostal, a 12 cms. da linha mediana, para fora da médio-clavicular. A aorta não é palpável, na fúrcula. Hipofenese da segunda bulha. Artérias periféricas, com paredes elásticas. Pulso radial, irregular, batendo em média 66 vezes por minuto. Intermitências. Não há turgidez das veias do pescoço. Varizes nos membros inferiores. Pressão arterial: 110/78 (Tycos). Abdome: Fígado com a consistência e limites normais. O baço não é palpável. *Exame radiológico (orto):* A área cardíaca mede 130 cms² (+ 20%); o diâmetro transverso 13 cms. (+ 1.6%) e o longitudinal 14,6 cms. (+ 36,4%). O diâmetro transverso do pedículo tem 5,9 cms., e o intertráqueopulmonar: 2,4 cms. *Eletrocardiografia (9-9-46):* Bloqueio A-V de 2.º grau, com períodos de Wenckebach; arritmia sinusal; extra-sístoles ventriculares. QRS-1 de baixa voltagem, espessado. T-1 muito deprimida. Em CF-1, a onda T é profundamente negativa, oferecendo o aspecto coronário. Em CF-6, é negativa e pouco profunda. Bloqueio de ramo direito, muito divergente. É um tipo idêntico ao da observação XX, a forma atípica do BRD. Aquí, também, está presente Q-1. Na derivação sobre o ventrículo direito nota-se, como na observação XX, uma deflexão inicial negativa a que se segue a deflexão preintrínseca muito retardada. É o aspecto do padrão de enfarte anterior do coração, com BRD. *Exames de laboratório:* Reação de Kline, no sangue: Negativa. *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de soro. Com a fração de polissacarídeo: Fortemente positiva (+ + + +). *Evolução:* Não tem frequentado o Am-

bulatório, ficando, assim, prejudicadas as informações a respeito.

Observação XXIII: Domingas Dias Pereira, 30 anos, branca, doméstica, solteira, residente no Cabral, 15, procurou o Ambulatório de Cardiologia, em 25-9-46. *História da doença atual:* Há cerca de cinco anos, teve edema dos membros inferiores. Anteriormente, tinha dispnéia de esforço, palpitações cardíacas irregulares, com a sensação de “parada do coração”. De quando em quando, vertigens. Fadiga. *Antecedentes familiares:* Pais falecidos; a progenitora, de acidente circulatório cerebral; o progenitor, de afecção intestinal. Teve 7 irmãos, dos quais somente 1 está vivo e aparentemente sadio. Dois tiveram morte súbita, um aos 22 anos e outro aos 30 anos. *Antecedentes pessoais:* Nasceu na cidade de Sto. Amaro, onde viveu até os 11 anos. Residiu em casa de barro, vulgarmente chamada de “so-papo”, onde existiam triatomídeos em abundância. Estes, em Sto. Amaro, eram conhecidos por “carangonzo”. Vindo para a Capital, residiu nos distritos de Brotas e Nazaré. Menarca aos 14 anos. Teve um abscesso da amígdala aos 20 anos. Há cerca de 5 anos, dôres articulares, sem movimento febril; duraram 2 meses e desapareceram sem medicação alguma. *Exame físico:* Altura: 1m,61. Pêso 45 quilos. Leptosômica. Bom estado de nutrição. Mucosas regularmente coradas. Dentes em boas condições de conservação. A tireóide não é palpável. Aparelho circulatório: Choque da ponta no 5.º intercosto, forte, a 11 cms. da linha mediana, para fora da médio-clavicular. Extrasístoles bigeminadas ou em salvas. Hiperfonese pulmonar. Sô-pro sistólico, na ponta, suave, sem propagação. Artérias periféricas, com paredes elásticas. Pulso radial, a bater em média 50 vêzes por minuto. Varizes nos membros inferiores. Pressão arterial (Tycos): 118 x 70. Aparelho respiratório: Nada para especial referência. Abdome: Fígado com o volume e consistência normais. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele):* Aumento da área cardíaca que mede 155 cms³. (+55%).

O diâmetro transverso mede 14 cms. (+ 10% e o longitudinal 16 cms. (+ 60%). O diâmetro transverso do pedículo tem 5 cms.5 e o índice volumétrico 2cms,7. *Eletrocardiograma* (25-9-46): Extra-sístoles polifocais interpoladas; o espaço P-R da contração ventricular que segue o batimento prematuro é maior do que o da contração que o precede; o que se explica por não haver ainda o feixe de His saído, totalmente, do período refractário. Em CF-6 nota-se que a segunda contração auricular ficou sem resposta ventricular. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann: Negativa. Reação de Kline: Negativa. Hematimetria: Hemácias por mm³: 4.140.000. Hemoglobina: 78%. Relação globular: 1/1.035. Valor globular: 0,94. Leucócitos por mm³: 4.000. Eosinófilos: 3,5%. Neutrófilos: 56% (Bastão: 12,5%; Segmentados: 43,5%). Linfócitos: 36,5%. Monócitos: 4%. Exame de fezes: Negativo. *Xenodiagnóstico*: Negativo, em 24-11-46 e em 3-3-47. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+++ +) com 0,1 e 0,2 cc. de soro. Com a fração de polissacarídeo: Fortemente positiva (+++ +). *Evolução*: Continúa sem modificação do estado anterior.

Observação XXIV: Celina Ferreira Santos, 9 anos, preta, colegial, residente no Alto das Pombas, n.º 157, comparece em nosso serviço a 8-11-46. Mora em casa, onde encontramos exemplares de *P. megistus*, infectados por *S. cruzi*. *Antecedentes familiares*: Pais vivos, o progenitor com a idade de 32 anos e a progenitora com 36 anos; não conseguimos, ainda, examiná-los, porque nas ocasiões em que os procurámos estavam ausentes da residência. Teve 5 irmãos, dos quais faleceram 4, na primeira infância. *Antecedentes pessoais*: Nada informou de particular significação para o caso. *Exame físico*: Leptosômica. Pêso: 23,500. Altura: 1m,20. Bom estado de nutrição. Mucosas regularmente coradas. Tibialgia e esternalgia. A tireóide não é pal-

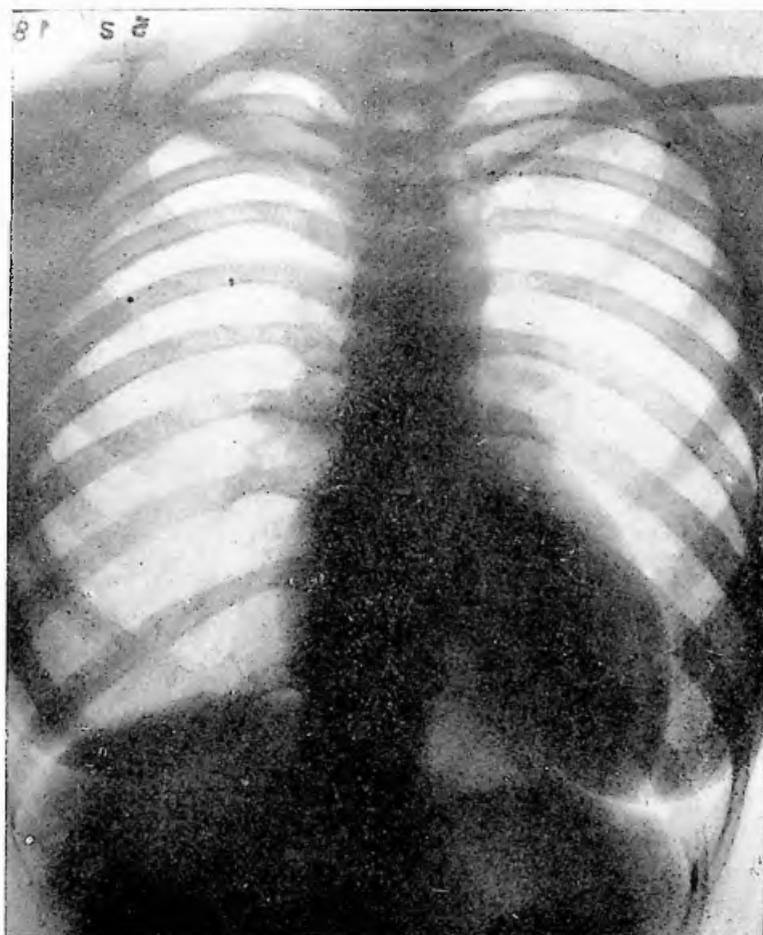


Fig. 73: Obs. XXIII: Tele-radiografia do tórax.
Fig. 73 — Case XXIII: Teleröntgenography of thorax.

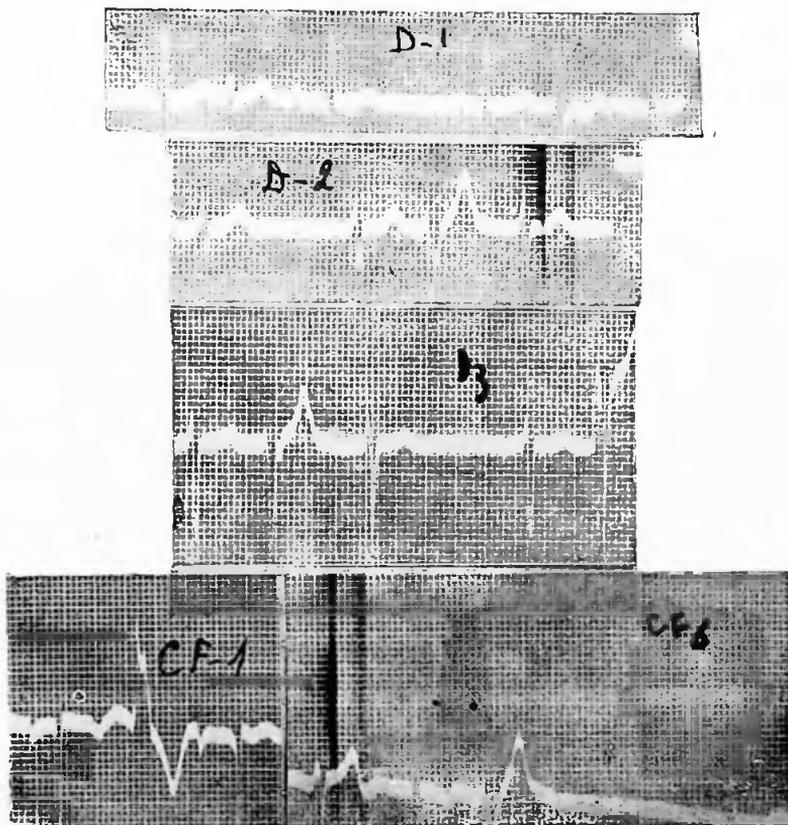


Fig. 74: Obs. XXIII: Extra-sístoles polifocais Interpoladas; o espaço P-R da contração ventricular que segue o batimento prematuro é maior do que o da contração que o precede; o que se explica por não haver ainda o feixe de His saído, totalmente, do período refractário. Em CF-6, nota-se que a segunda contração auricular ficou sem resposta ventricular.

Fig. 74 — Case XXIII: Interpolated ventricular premature beats of varying forms; the P-R interval of the ventricular contraction which follows the premature beat is bigger than that of the preceding contraction. This is explained by the bundle of His not having left entirely the refractory period. In CF-6, one notes that second auricular contraction has no ventricular answer.

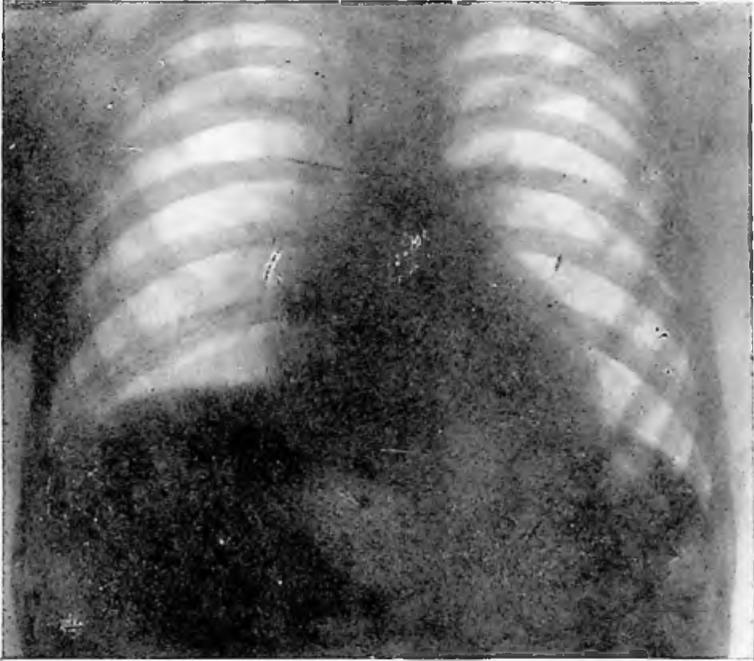


Fig. 75: Obs. XXIV: Tele-radiografia do tórax.

F'g. 75 — Case XXIV: Teleroenograp'iy of the thorax.



Fig. 76: Obs. XXIV: Eletrocardiograma normal (8-11-46).

Fig. 76 — Case XXIV: Normal Eletrocardiogram (11-8-46).

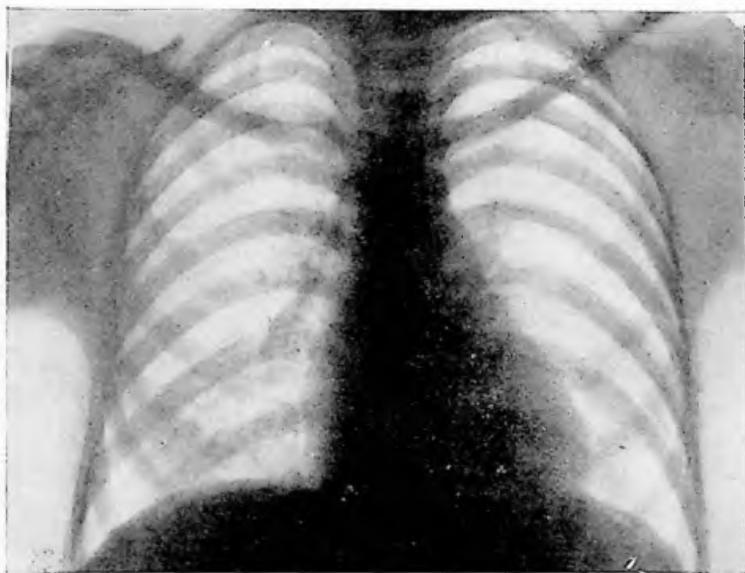


Fig. 77: Obs. XXV: Tele-radiografia do tórax em 26-11-46.

Fig. 77 — Case XXV: Teleroentgenography of thorax. (11-26-46)..

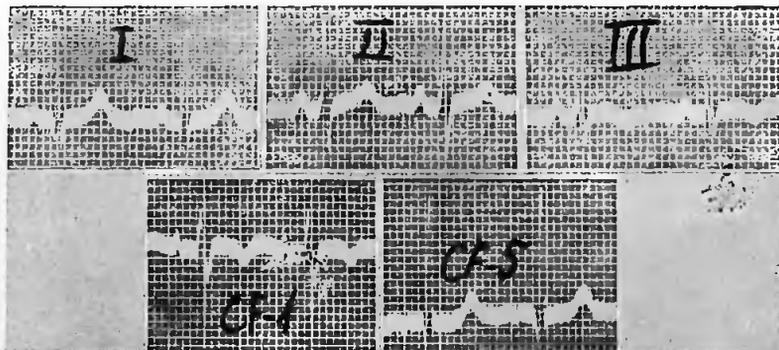


Fig. 78: Obs. XXV: Eletrocardiograma normal (8-11-46).

Fig. 78 Case XXV: Normal Electrocardiogram (11-8-946).

pável. *Aparelho circulatório*: Choque da ponta, moderadamente intenso, no 4.º espaço intercostal, para dentro da linha médio-clavicular. A aorta não é palpável na fúrcula. Artérias radiais, com paredes elásticas. Pulso radial, com a frequência de 104 batimentos por minuto. Pressão arterial (Tycos): 90 × 64. *Aparelho respiratório*: nada para especial registro. *Abdome*: Fígado com a consistência normal, não excedendo o rebordo costal na linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele)*: A área cardíaca mede 54 cms². (— 11%) (19); o diâmetro transverso mede 9 cms,7; o longitudinal 9 cms,8; o diâmetro transverso do pedículo tem 4 cms. e o índice volumétrico 1 cm,8. *Eletrocardiograma* (8-11-46): Normal. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa. *Xenodiagnóstico*: Positivo em 20-1-47. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Negativa. *Evolução*: Não apresenta alteração do estado descrito, até o presente momento.

Observação XXV: Elvira Freitas, 14 anos, preta, serviços domésticos, residente no Alto das Pombas n.º 157, comparece ao nosso serviço a 8-11-46. Mora na mesma casa, que assinalamos na observação anterior, onde foram encontrados exemplares de *P. megistus* infectados por *S. cruzi*. *Antecedentes familiares*: Pais vivos, o progenitor com 41 anos e a progenitora com 33 anos. Tem 8 irmãos vivos, e quatro já falecidos. *Antecedentes pessoais*: Nada de particular significação, para o caso. *Exame físico*: Leptosômica. Altura: 1m,50 cms. Pêso: 33 quilos. Bom estado de nutrição. Mucosas regularmente coradas. Dentes em boas condições. A tireóide não é palpável.

(19) Cálculo de acôrdo com as tabelas de Hodges, P. C., Adams, Wright, and Gordon, Wayne: Estimation of Cardiac Area in Children, J. A. M. A., 101: 914 - 916, 1933; e Hodges, P. C.: Heart Size from Routine Chest Films., Radiology: 47(4):355 - 359, 1946

Aparelho circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço intercostal esquerdo, para dentro da linha médio-clavicular; moderadamente intenso. Bulhas normais. Artérias periféricas com paredes elásticas. Pulso radial com 80 batimentos por minuto. Pressão arterial: 110 x 80 (Tycos). Aparelho respiratório: nada para especial registo. Abdome: Fígado com a consistência normal, não excedendo o rebordo costal, na linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele)*: Área cardíaca medindo 77 cms² (— 1,3%); o diâmetro transverso mede 11 cms. e o longitudinal 11 cms,6. O diâmetro transverso do pedículo tem 4cms,4 e índice volumétrico 1cm,9. *Eletrocardiograma (8-11-46)*: Normal. *Exames de laboratório*: Exame de fezes: Numerosos ovos de *Ascaris lumbricoides*, *N. americanus* e raros de *Tr. trichiura*. Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa. *Xenodiagnóstico*: Negativo (19-2-47). *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Positiva (+ +). *Evolução*: Não apresenta modificação do estado anterior, até à data.

Observação XXVI: Israel Santos, 21 anos, pardo, solteiro, pintor, residente na rua Djalma Dutra, 116 (Fonte Nova), nesta Capital, procurou o serviço a 22-8-46. *História da doença atual*: Há cêrca de dois meses, sem qualquer causa aparente, perdeu, repentinamente, os sentidos, caindo ao solo. No dia seguinte, teve mais duas síncope, com o intervalo de cêrca de umas duas horas. Desde então, vem sentindo dispnéia de esforço, zumbido nos ouvidos, tremor no corpo. *Interrogatório*: Queixa-se, ainda, de anorexia, fadiga acentuada, tosse sêca, dor precordial (desde há 1 mês), frequente, mas sem irradiações. *Antecedentes familiares*: Pai já falecido; de *causa mortis* desconhecida. Mãe viva, ignorando-lhe o estado de saúde. Tem três irmãos vivos e, aparentemente, sadios. Outros três, falecidos em consequência de doenças que não do aparelho circula-

tório. *Antecedentes pessoais*: Nasceu na cidade de Jaguara, onde permaneceu até os 16 anos de idade, passando a viver, depois, três anos em Cachoeira. Daí, sentindo-se doente, transferiu-se para esta Capital. Conhece os barbeiros, que em sua terra são denominados "percevejos do sertão"; não se recorda, todavia, de já ter sido picado por êles. Também não refere, no passado mórbido, a ocorrência de edema palpebral, ou qualquer outro sintoma da fase aguda da tripanosomíase americana. Nega contágio pela sífile, ou qualquer outra doença venérea. Teve variola aos 15 anos e, aos 14, cachumba. Paludismo, aos 20 anos. Há cêrca de um mês, teve dor e edema na articulação túbio-társica de ambos os lados, cedendo êsses fenômenos com o uso de umas injeções cujo nome ignora. Fuma e faz uso de bebidas alcoólicas, moderadamente. *Exame físico*: Altura: 1,62. Pêso 54,500. Satisfatório estado de nutrição. Leptosômico. Cianose da face e das extremidades. Gânglios cervicais palpáveis. Dentes em boas condições de conservação. A tireóide não é palpável. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de fraca intensidade, no quinto espaço intercostal esquerdo, para fora da linha médio-clavicular. Hipofonese mitral. Desdobramento da segunda bulha. Hiperfonesse pulmonar. Pulso radial, com as paredes elásticas e batendo 37 vêzes por minuto. Jugulares túrgidas. Pressão arterial: 130 × 80 (Tycos). Nada de anormal, ao exame do aparelho respiratório: Abdome: Não tem ascite. Fígado, com o volume e consistência normais. O baço não é palpável. *Exame radiológico (orto)*: Aumento acentuado da área cardíaca, que mede 164 cms² (+ 53%). O diâmetro transverso mede 17 cms. (+ 48%) e o longitudinal 14,6 (+ 40%). O diâmetro transverso do pedículo mede 5cms,8 e o intertraqueopulmonar 2cms,6. *Eletrocardiograma (23-8-46)*: Bloqueio A-V completo, com QRS do tipo BRD, muito divergente. A frequência ventricular é de 36 por minuto, enquanto a auricular vai a 103 por minuto. T-1 negativa. Infra-desnivelamento de S-T em D-2 e supra-desni-

velamento em D-2 e D-3 (pouco acentuado). Em CF-6, a onda T é difásica (— +). *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa (6-12-46). Hematimetria: 3.950.000 hemácias por mm³. Hemoglobina correta: 84%. Relação globular: 1/1.316. Valor globular: 1. Leucócitos por mm³: 3.000. Eosinófilos: 33%. Neutrófilos: 54%. (Bastão: 16%; Segmentados: 38%). Linfócitos: 10,5%. Monócitos: 2,5%. Exame de fezes: Ovos de *Ascaris lumbricoides* e larvas de *Strongiloides stercoralis*. *Xenodiagnóstico*: Positivo, em 4-11-46. *Reação de fixação do complemento*: prejudicado o resultado, porque o soro se mostrou impiediente. *Evolução*: não tem apresentado modificação do estado anterior. Tem comparecido ao Ambulatório com relativa frequência, em procura de melhoras.

Observação XXVII: Arlindo Santana, 24 anos, pardo, operário, solteiro, residente em Água Branca, Município de Cruz de Almas, internou-se em nosso serviço a 6-9-946. *História da doença atual*: Há quatro meses, dispnéia de esforço e, depois, edema dos membros inferiores. Fadiga. *Antecedentes familiares*: Pais falecidos, ignorando o paciente a causa. Tem dez irmãos, aparentemente, sadios. *Antecedentes pessoais*: Na sua residência, em Água Branca, havia muitos barbeiros. Nega contágio pela sífile. Contaminou-se com a neisserose e cancrs venéreos. Há um ano, teve paludismo. *Exame físico*: Altura: 1m,68. Pêso: 63,500. Leptosômico. Regular estado de nutrição. Respiração costal superior, com 23 excursões por minuto. Edema dos membros inferiores. Mucosas visíveis descoradas. Seios da face, indolores à pressão. Dentes em boas condições de conservação. A tireóide não é palpável. Aparelho circulatório. Choque da ponta, de fraca intensidade, no 6.º espaço intercostal esquerdo, a 10 cms. da linha mediana. Hiperfonese aortica. Artérias periféricas, com trajeto normal e paredes elásticas, batendo o pulso radial 98 vezes por minuto. Pressão arterial 100 × 75 (Tycos). Aparelho respiratório:

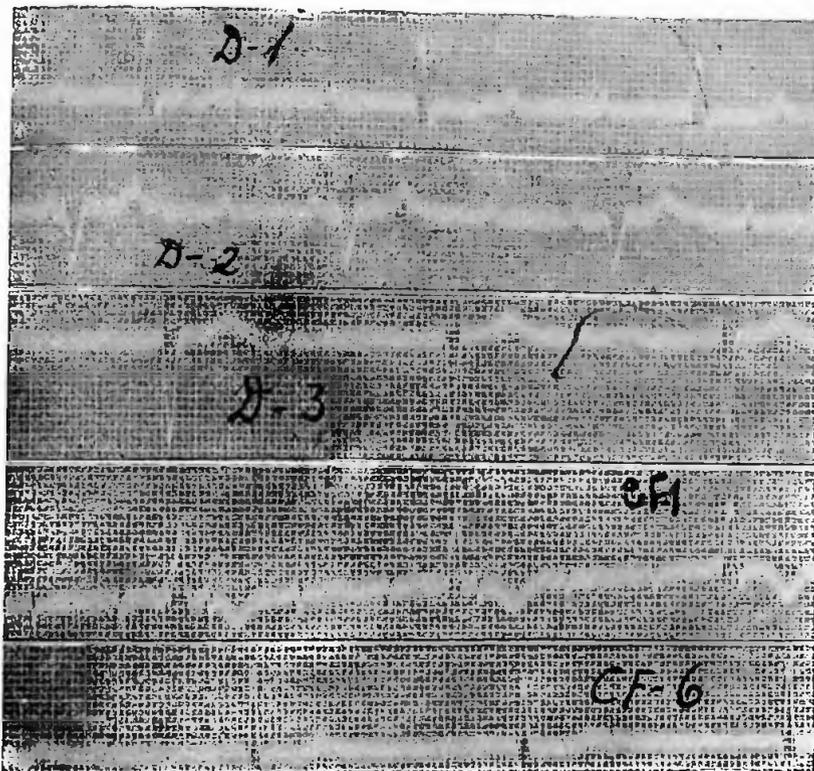


Fig. 79: Obs. XXVI: Ecg. em 23-8-46. Bloqueio A-V completo, com QRS do tipo BRD, muito divergente. T-1 negativa. Infra-desnívelamento de S-T em D-1 e supra-desnívelamento em D-2 e D-3 (pouco acentuado). Em CF-6, onda T difásica (— +).

Fig. 79 — Case XXVI: ECG on 8-23-946. Complete A-V block with QRS of the right BBB type, very divergent. Negative T-1. Depressed S-T segment in L I and slightly elevated in L II and L III. In CF-6, diphasic T wave (— +).



Fig. 80: Obs. XXVII: Tele-radiografia do tórax. Grande aumento da figura cardíaca. Derrame pleural direito.

Fig. 80 — Case XXVII: Teleröntgenography of thorax. Great enlargement of cardiac outline. Right pleural effusion.

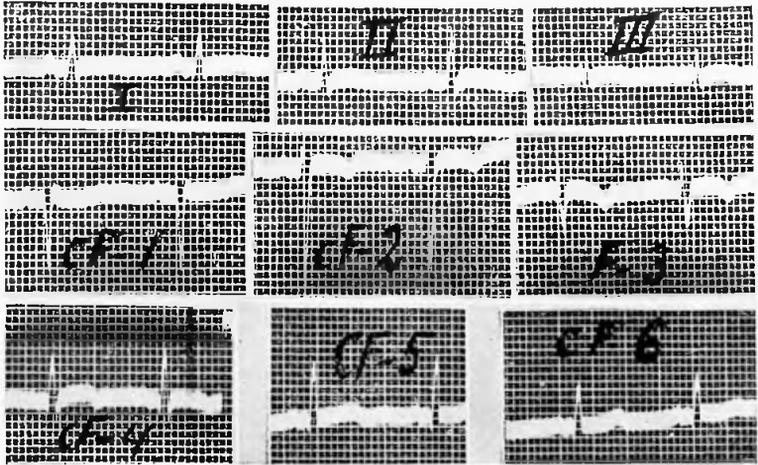


Fig. 81: Obs. XXVII: Ecg. em 9-9-46. Baixa voltagem do complexo ventricular nas derivações periféricas. Em D-2 e D-3, S-T supradesnivelado e convexo, onda T negativa. À direita do precórdio, baixa voltagem de R e onda T negativa até CF-4. À esquerda, onda T de baixa voltagem.

Fig. 81 — Case XXVII: ECG on 9-9-946. Low voltage of the ventricular complex in the peripheric leads. In L II and L III, upwardly convex and elevated S-T, negative T wave. On the right of precordium low voltage of R and negative T wave till CF-4. At left, low voltaged T wave.

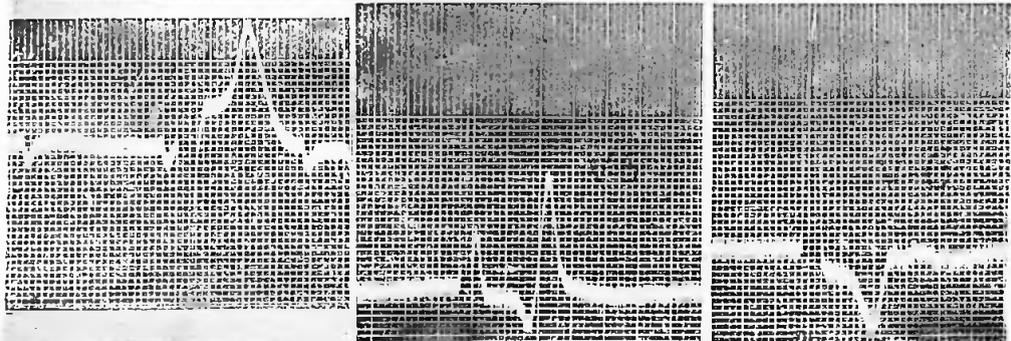
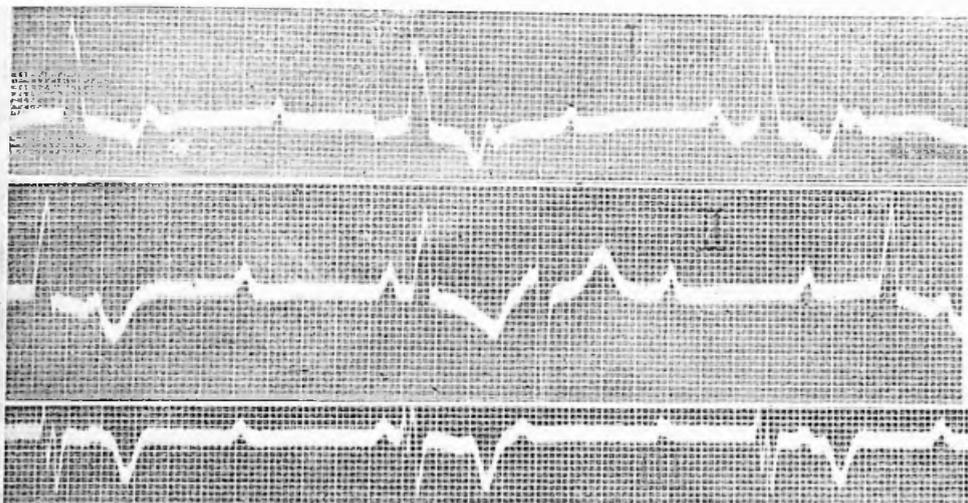


Fig. 82: Obs. XXVIII: Ecg. em 6-11-46. Bloqueio A-V total com QRS do tipo BRE. Onda P alargada (0,12 de seg.), entalhada e com aumento da voltagem (mais de 3mm).

Fig. 82 — Case XXVIII: ECG on 11-6-946. Complete A-V block with QRS of LBEB type. Widened P wave (0,12 second) with splintering and increase of voltage (more than 3mm).

Sinais de derrame líquido, pouco abundante, na base direita. Abdome: Não há sinais de ascite. Fígado, doloroso, à pressão, aumentado de consistência e excedendo 3 dedos transversos o rebordo costal, na linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele)*: Grande aumento da figura cardíaca, medindo a respectiva área 194cms². (+ 85 %), o diâmetro transverso 16cms,8 (+ 40%) e o longitudinal 18.0 cms. (+ 60,7%). O diâmetro transverso do pedículo vai a 10 cms. e o índice volumétrico dá 3cms,2. *Eletrocardiograma* (9-9-46): Baixa voltagem do complexo ventricular nas derivações periféricas. Em D-2 e D-3, S-T supradesnívelado e convexo, onda T negativa. À direita do precórdio, baixa voltagem de R e onda T negativa até CF-4. À esquerda, onda T de baixa voltagem. *Exames de laboratório*: Hematimetria: 3.800.000 hemácias por mm³. Hemoglobina correta: 47%. Relação globular: 1/655. Valor globular: 0,61. Leucócitos por mm³: 5.800. Eosinófilos: 3%. Neutrófilos: 81,5% (Bastões: 43%; Segmentados: 38,5%). Linfócitos: 13,5%. Monócitos: 2%. Exame de fezes: Ovos de *A lumbricoides*, *N. americanus*, *T. trichiura*. Exame de urina: Densidade: 1.018. Volume, em 24 horas, 600 cc. Ausência de albumina, glicose, cilindros, hemácias. *Xenodiagnóstico*: Positivo, em 12-11-46. *Evolução*: Obtendo melhora da insuficiência cardíaca, solicitou e obteve alta, retirando-se para o interior do Estado, de onde não mais tivemos notícias.

Observação XXVIII: Francisco da Silva Mendes, 40 anos, casado, tintureiro, residente em Plataforma (Município do Salvador), procurou nosso serviço em 7-11-46. *História da doença atual*: Desde 2-2-42, que se acha aposentado pelo IAPI, porém está doente há mais tempo. Assim, já em 1939 tendo sido examinado por um médico, no 3.º Centro de Saúde, foi proibido de trabalhar. Desde então, vinha sentindo tonturas e dispnéia de esforço. Há 7 anos passados, quando fazia uma viagem de Pirajá para Plataforma (Zona suburbana de Sal-

vador), teve seis ataques sincopais. De então, para cá, já teve mais de 30 ataques sincopais, sem convulsões. As tonturas são muito frequentes. *Antecedentes familiares*: Tem 5 filhos vivos. Perdeu 6 em baixa idade, em consequência de perturbações nutritivas. Espôsa, impaludada crônica. *Antecedentes pessoais*: Nasceu no Município de Santo Amaro, onde morou até 1926. Nesta data, veio para Salvador e ficou morando em Plataforma. Na casa, em que está residindo, em Plataforma, tem muito barbeiro e por êle já foi mordido, não só em Plataforma, como, também, em Santo Amaro, várias vezes. Não refere elementos que permitam identificar a fase aguda da moléstia. Nega antecedentes venéreos. Já teve impaludismo. *Exame físico*: Pêso: 54 quilos. Altura: 1m,62. Leptosômico. Regular estado de nutrição. Mucosas visíveis pouco coradas. Dentes em mau estado de conservação. A tireóide não está aumentada de volume. Aparelho circulatório: Choque da ponta, intenso, no 5.º espaço intercostal, para fora da linha médio-clavicular. Sôpro sistólico, suave, na ponta e foco pulmonar, sem propagação. Desdobramento da segunda bulha. Hiperfonese pulmonar. Pressão arterial 170 × 80 (Tycos). Pulso radial, com paredes elásticas, com 30 batimentos por minuto, seguindo-se a cada batimento uma extra-sístole: pulso bigêmino. São, portanto, 15 batimentos e 15 extra-sístoles. Aparelho respiratório: nada para referência especial. Abdome: Não tem derrame livre na cavidade peritoneal. Fígado: um pouco aumentado de consistência, mas sem exceder o rebordo costal. *Fundus oculi*: Placa de coroidite a 4 D e em 7 Hs. Pápila de contornos normais. Alargamento da estria luminosa. Relação artério-venosa: 1/3: *Exame radiológico (orto)*. Aumento da área cardíaca, que mede 158 cms². (+ 70%). O diâmetro transverso tem 15,5 (+ 34,8%) e o longitudinal mede 17 cms. (+ 65%). O diâmetro transverso do pedículo tem 7cms,2 e o intertraqueopulmonar vai a 27 mm. *Eletrocardiograma (6-11-46)*: Bloqueio A-V total, com QRS do tipo BRE.

A frequência ventricular é de 27 batimentos, em média, por minuto; e a auricular é de 70 batimentos na mesma unidade de tempo. Onda P alargada (0.12 de seg.), entalhada e com aumento de voltagem (mais de 3 mm.). Extra-sístole em D-2. *Xenodiagnóstico*: Positivo, em 16-1-47. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Positiva: +++ com 0,1 e ++++ com 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Negativa.

Observação XXIX: Cosme Domingos dos Santos, 33 anos, preto, casado, sapateiro, residente na rua Florêncio Corrêa, n.º 20-B (Estrada da Liberdade), internou-se em nosso serviço a 28-XI-46. *História da doença atual*: Em princípios do ano de 1945, surgiram-lhe vertigens frequentes e, por vêzes, ataques sincopais. Pouco tempo depois, apareceram-lhe dispnéia de esforço e edema dos membros inferiores. Como a reação de Wassermann fôsse positiva (+++), foi submetido a tratamento antisifilítico. *Interrogatório*: Fadiga. Vertigens. Dispnéia de esforço. *Antecedentes familiares*: Nada informa a respeito dos pais. Vários irmãos, falecidos de causa ignorada pelo paciente. A espôsa tem 40 anos e é, aparentemente, sadia. Não tem filhos. *Antecedentes pessoais*: Fuma e usa bebidas alcoólicas, com moderação. Por várias vêzes, foi atacado de pauldismo, tendo sido tratado convenientemente (*sic*). Blenorragia, adenites e cancos venéreos. Em criança, dôres articulares, localizadas nos joelhos e articulação escápulo-humeral de ambos os lados, não se tendo êsses fenômenos acompanhado de febre, nem fluxão regional. Até a idade de 4 anos, residiu em Cabôto, próximo a São Tomé de Paripe. Daí, veio para Salvador, onde residiu em Brotas (Matatú), Caminho de Areia e, por fim, Estrada da Liberdade. *Exame físico*: Pêso: 72 quilos. Altura: 1m,80 cms. Temperatura axilar: 36,8. Respiração costal-abdominal, com 25 excursões por minuto. Regular estado de nutrição. Longilíneo. Edema dos membros inferiores, até a raiz das coxas. Mucosas visíveis, regularmente coradas. Nada

de anormal ao exame dos seios da face. Dentes em más condições de conservação. A tireóide não está aumentada. As amígdalas não estão aumentadas, nem inflamadas. Faringe, em condições normais. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de forte intensidade, palpável no 6.^o espaço intercostal esquerdo, a 13 cms. da linha mediana, para fora da linha médio-clavicular. Desdobramento da 2.^a bulha e hiperfonese pulmonar. A aorta não é palpável na fúrcula. Artérias periféricas, com paredes elásticas, trajeto normal, batendo 48 vezes por minuto. Não há turgidez das veias do pescoço. Pressão arterial: 105 x 70 (Tycos). Aparelho respiratório: Sinais de estase pulmonar, nas bases. Abdome: Não tem ascite. Fígado, aumentado de consistência, doloroso à palpação e excedendo 3 dedos o rebordo costal, na altura da linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele, 4-10-46)*: Figura cardíaca muito aumentada, medindo a respectiva área 241 cms.². (+ 86,8%), diâmetro longitudinal 20 cms. (+ 70%), o transverso 12,8 cms. (+ 59%), o diâmetro transverso do pedículo 8cms,8 e o índice volumétrico da aorta 2cms,4. *Eletrocardiograma (20-9-46)*: Bloqueio A-V completo, com QRS do tipo BRD e direção muito convergente. A frequência ventricular é de 48 batimentos por minuto e a auricular é de 51 batimentos por minuto. Em D-2, nota-se a diversidade na configuração do primeiro complexo ventricular, que ocorrendo em tempo devido, não sendo, portanto, prematuro, deverá ser atribuído à variabilidade do foco de excitação, ídioventricular. T-2 e T-3 são negativas. Note-se também a presença em CF-1 de uma deflexão inicial negativa no complexo ventricular. Modificações da configuração de P, indicativas da variação do marca-passo dentro do nódulo sinusal. Num traçado, tomado a 26-11-46, a frequência ventricular se mostra com 47 batimentos por minuto e a auricular com 54. Em D-2, o complexo ventricular se tornou inteiramente positivo e, em CF-1, a deflexão inicial negativa do complexo ventricular ficou

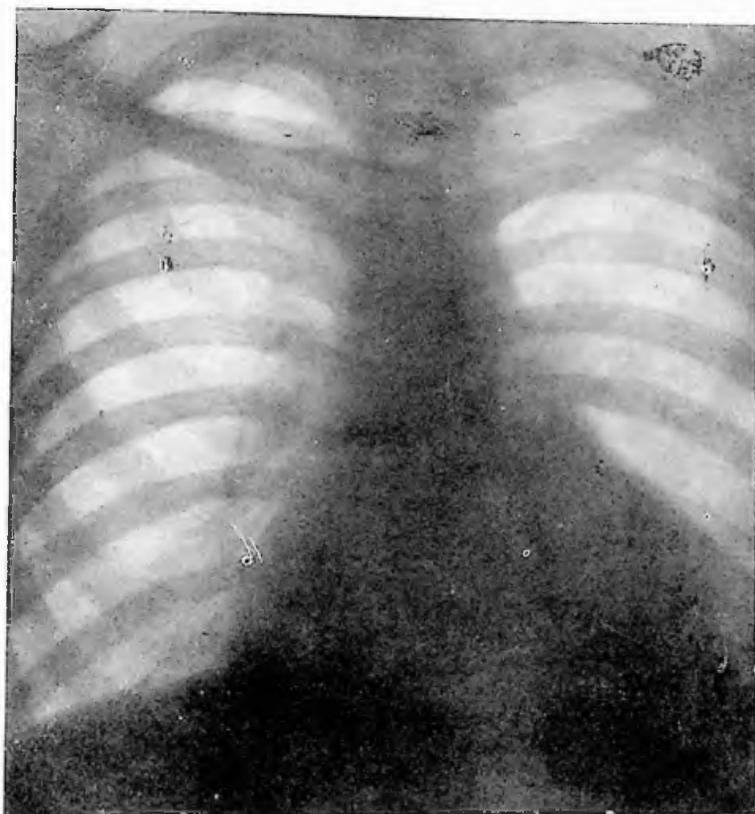


Fig. 83: Obs. XXIX: Tele-radiografia do tórax em 4-10-46.

Fig. 83 — Case XXIX: Telesentgenography of thorax on 10-4-946.

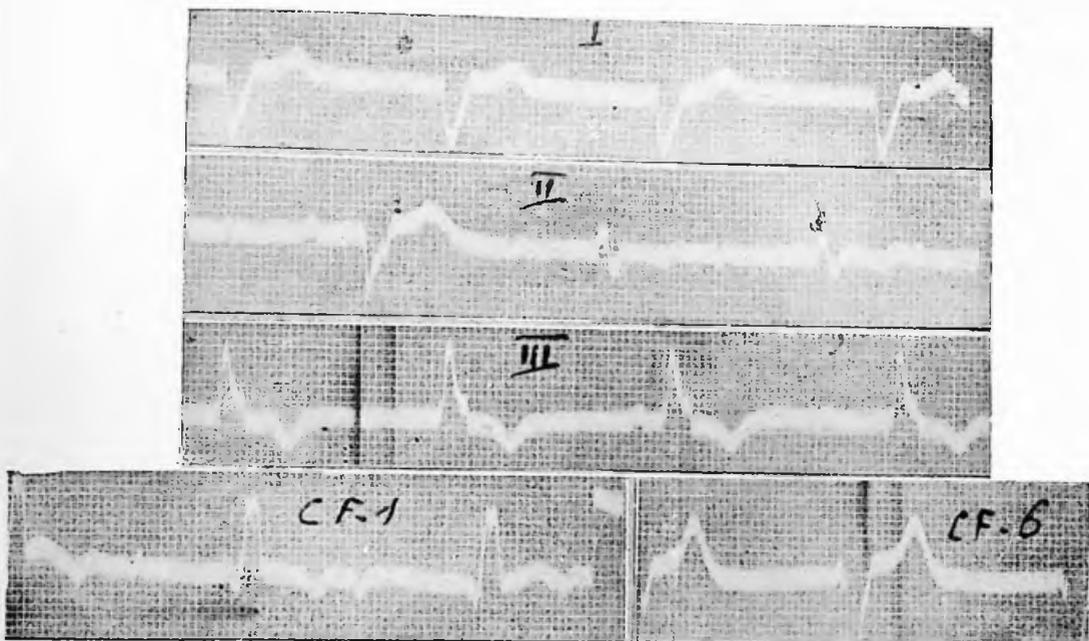


Fig. 84: Obs. XXIX: Ecg. em 20-9-46. Bloqueio A-V completo, com QRS do tipo BRD e direção muito convergente. Em D-2, nota-se diversidade na configuração do primeiro complexo ventr.c. lar, que ocorrendo em tempo devido, não sendo, portanto, prematuro, deverá ser atribuído à variabilidade do foco de excitação idioventricular. T-2 e T-3 são negativas. Note-se também em CF-1 a presença de uma deflexão inicial negativa no complexo ventricular. Modificações da configuração de P, indicativas de variação do marca-passo dentro do nódulo sinusal.

Fig. 84 — Case XXIX: ECG on 9-20-946. Complete A-V block with QRS of the RBBB type and very convergent direction. In L II, the diversity of the configuration of the first ventricular complex is noted and which, occurring in the due time, is not, therefore, premature and should be ascribed to the variability of the idioventricular excitation. T-2 and T-3 are negative. The presence of a initial negative deflection is also observed in CF-1 in the ventricular complex. Changes of P indicative of the shifting of the pacemaker in the sinus node.

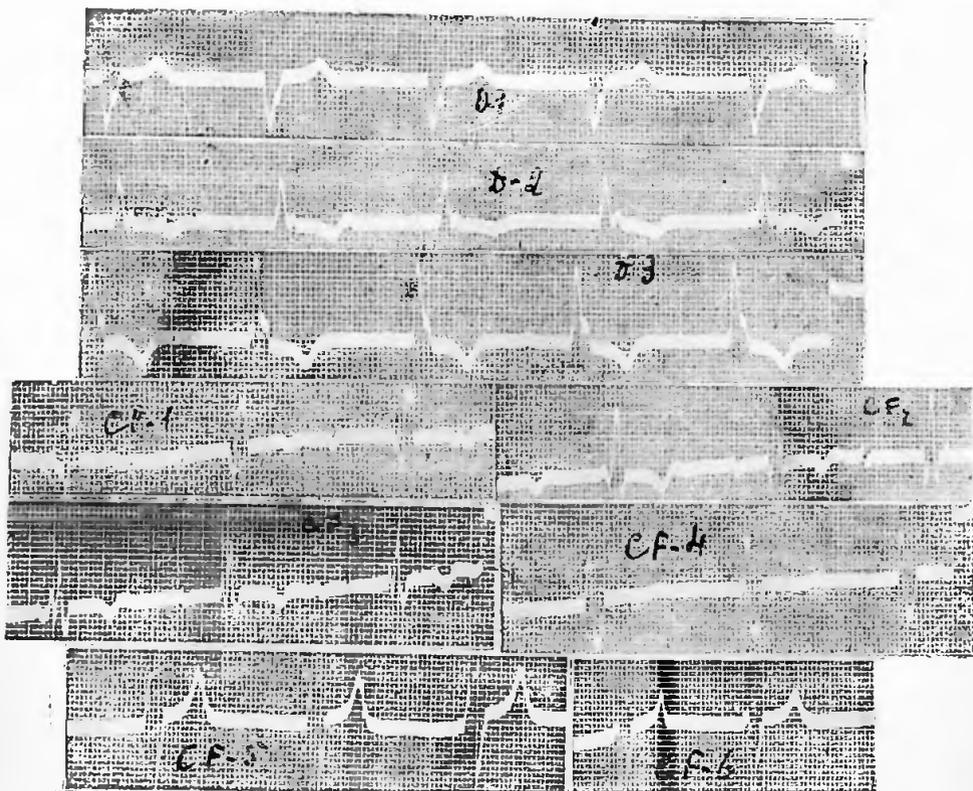


Fig. 85: Obs. XXIX: Ecg. em 26-11-46. Em D-2, o complexo ventricular se tornou inteiramente positivo e, em CF-1, a deflexão inicial negativa do complexo ventricular ficou mais profunda. A negatividade de T se torna mais acentuada em D-2 e D-3 e é verificada em CF-2 e CF-3. Em CF-4, é pouco acentuada.

Fig. 85 — Case XXIX: ECG on 11-26-946. In L II, the ventricular complex become entirely positive and, in CF-1, the initial negative deflection of the ventricular complex became deeper. The negativity of T becomes deeper in L II and L III and is verified in CF--2 and CF-3. In CF-4 it is little prominent.

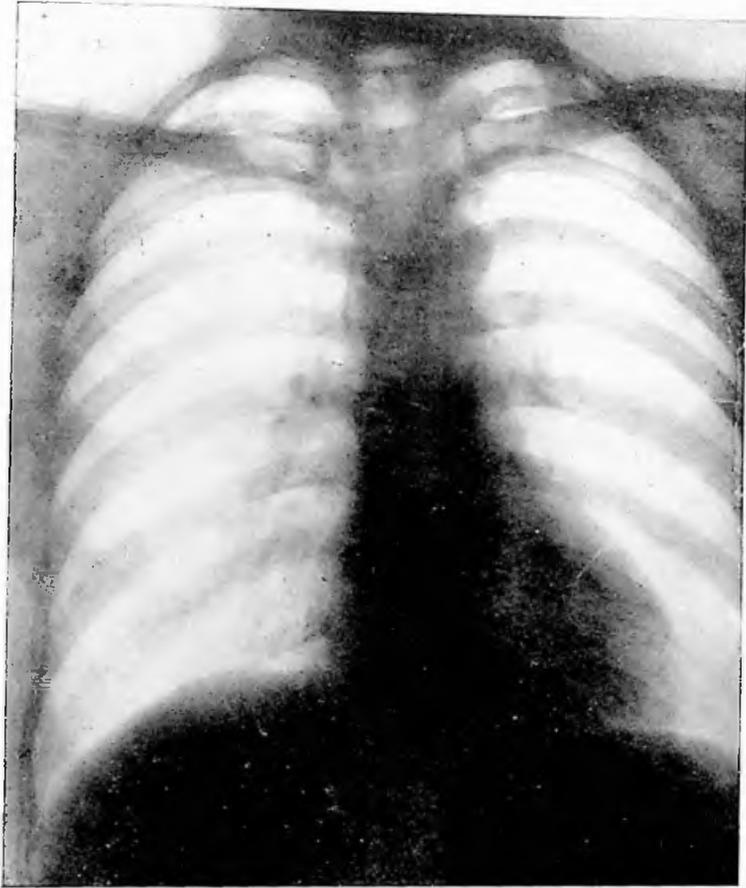


Fig. 85: Obs. XXX: Tele-radiografia do tórax.

Fig 86 — Case XXX: Teleröntgenography of thorax.

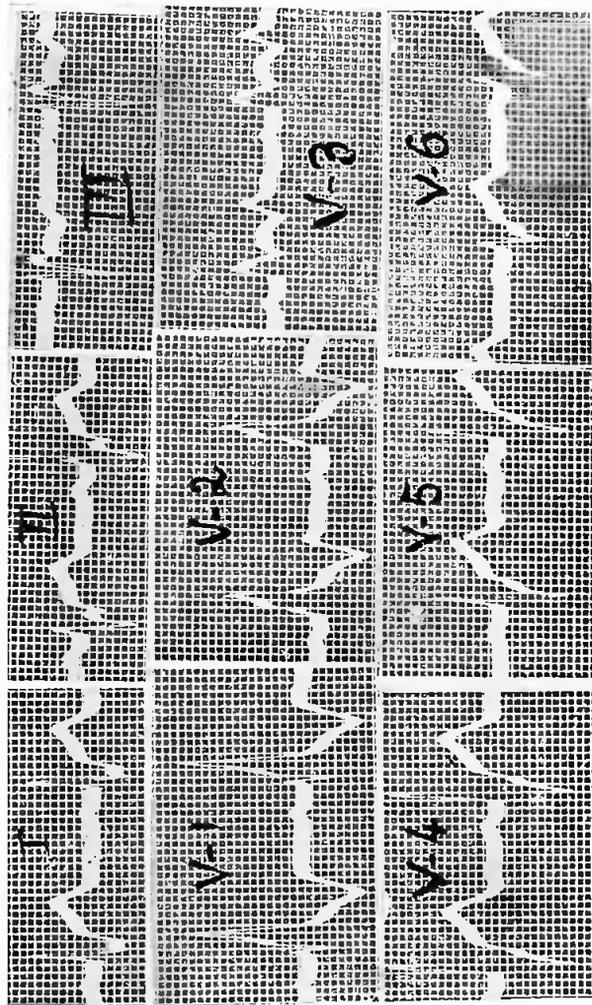


Fig. 87: Obs. XXX: Ecg. em 17-12-46. Bloqueio de ramo direito, tipo III de Bayley. Em V-2 e V-3, a onda T é difásica.

Fig. 87 — Case XXX: ECG on 12-17-46. Right bundle-branch block, type III of Bayley. In V-2 and V-3, the T wave is diphasic.

mais profunda. A negatividade de T se torna mais acentuada em D-2 e D-3 e é verificada em CF-2 e CF-3. Em CF-4 é pouco acentuada. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: negativa. Hematimetria: 4.190.000 hemácias por mm³. Hemoglobina correta: 80%. Relação globular: 1/855. Valor globular: 0,95. Leucócitos por mm³: 4.200. Eosinófilos: 6%. Neutrófilos: 51%. (Bastão: 9%; Segmentados: 42%). Linfócitos: 40,5%. Monócitos: 2,0%. *Xenodiagnóstico*: Negativo, em 2-12-46. *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. Com a fração de polissacarídeo: Fortemente positiva (+ + + +). *Evolução*: Compensada a insuficiência cardíaca, pediu alta do Hospital.

Observação XXX: João Batista de Jesús, 34 anos, pardo, casado, residente na Usina São Bento (Município de Santo Amaro), foi enviado a nosso consultório particular, em 16-12-46, pelo Dr. Jaime Vilas Boas Machado. *História da doença atual*: De algum tempo que vem se queixando de palpitações, dores precordiais, de fraca intensidade, e dispnéia de esforço. Cólicas intestinais. *Antecedentes familiares*: Espôsa e 6 filhos, aparentemente, sadios. *Antecedentes pessoais*: Nasceu em Rio Fundo, onde se criou. Morou em residências infestadas pelo barbeiro, que conhece com o nome de "percevejo francês". Nega contágio venéreo. *Exame físico*: Pêso: 57 quilos. Altura: 1m,66 cms. Leptosômico. Não tem edemas periféricos. Mucosas visíveis regularmente coradas. Bom estado de nutrição. Dentes bem conservados. A tireóide não está aumentada de volume. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de intensidade moderada, no 5.º espaço intercostal esquerdo, entre a linha médio-clavicular e a axilar anterior. Galope na ponta. Hiperfoneses pulmonar e desdobramento da 2.ª bulha. Artérias periféricas com paredes elásticas e pulso radial batendo 90 vezes por minuto. Não há turgência das veias do pescoço. Pressão

arterial: 110 × 60 (Tycos). Aparelho respiratório: Nada a registrar. Abdome: Fígado, de consistência normal e não excede o rebordo costal, na altura da linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico (tele)*: A área cardíaca mede 126 cms². (+ 15,6%); o diâmetro transverso tem 13 cms. (+4%) e o longitudinal alcança 15 cms. (+35%). O diâmetro transverso do pedículo vascular mede 6cms,3 e o índice volumétrico da aorta tem 2cms.2. *Eletrocardiograma (17-12-46)*: Bloqueio de ramo direito, do tipo III de Bayley. Em V-2 e 3, a onda T é difásica (- +). *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa. Hematimetria: 5.070.000 hemácias por mm³. Hemoglobina: 87,5%. Valor globular: 0.80. Leucócitos: 10.300. Eosinófilos: 23%. Neutrófilos: 53%. (Bastão: 1%; Segmentados: 52%). Linfócitos: 23%. Monócitos: 1%. Exame de fezes: Foram encontrados ovos de *Ascaris lumbricoides* (+ +) e *Tr. trichiura* (+), 19-12-46 (Estácio Gonzaga). *Xenodiagnóstico*: Negativo (13-2-47). *Reação de fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Positiva (+ + +) com 0,1 e (+ + + +) com 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Positiva (+ +). *Evolução*: Retirou-se para a Usina São Bento, poucos dias depois.

Observação XXXI: Maria José da Silva, 25 anos, parda, solteira, doméstica, residente no Boulevard Suiço, 41, procurou nosso serviço em 26-9-46. *História da doença atual*: Há um mês, que se queixa de dores no hipocôndrio esquerdo, "avexame" epigástrico, palpitações. Informou que a casa onde habitava, no arraial de Lapa, Município de Santo Amaro, estava infestada por êsses insétos e que ainda em 4 de Maio do mesmo ano tinha sido picada por um dêles no antebraço, causando-lhe isso ligeiro prurido e edema na região. Nada mais sentiu no local da picada e no dia 27 do mesmo mês veio para Salvador. *Interrogatório*: Fadiga. Palpitações frequentes. Dôr precordial. Cefaléia. Fogacho. *Antecedentes familiares*: Pais falecidos, ignorando a paciente a causa da morte. Tem

3 irmãos, aparentemente, sadios. Um falecido, ignorando-se também a causa. *Antecedentes pessoais*: Não fuma, nem usa bebidas alcoólicas. Paludismo, aos dez anos de idade. Quando criança, um clínico do Interior do Estado disse-lhe que sofria do coração, afirmativa essa que foi contestada por outros médicos. *Exame físico*: Discreto aumento de volume da tireóide. Aparelho circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular, moderadamente intenso. Bulhas cardíacas normais. Artérias periféricas, com paredes elásticas, batendo o pulso radial 88 vezes por minuto. Pressão arterial: 100 × 65 (Tycos). Aparelho respiratório: Tipo respiratório costal superior, com 20 excursões por minuto. Não tem alterações patológicas do frêmito, da sonoridade, nem do murmúrio respiratório. Abdome: nada a merecer particular referência. *Exame radiológico*: A radioscopia do tórax mostrou perfeita transparência de ambos os campos respiratórios. Aumento discreto da figura cardíaca. Não havia modificações do pedículo vascular da base. *Eletrocardiograma* (28-9-46): Bloqueio de ramo direito, do tipo IV de Bayley. *Exames de laboratório*: Reação de Kline no sôro: positiva (+ + + +). *Reação de fixação do complemento* com antígeno de Davis: Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro. *Evolução*: Retirou-se para a cidade de Alagoinhas e perdemos todo o contacto com a doente.

Observação XXXII: Carminha Bispo, 8 anos, parda, colégial, residente no Alto das Pombas, n.º 157, em companhia dos casos ns. XXIV e XXV. *Antecedentes familiares*: Pais vivos e aparentemente sadios, residentes na Cidade de Alagoinhas. *Antecedentes pessoais*: Nada informou de particular significação para o caso. *Exame físico*: Bom estado de nutrição, mucosas regularmente coradas. A tireóide não é palpável. Aparelho circulatório: Choque da ponta, moderadamente intenso, no 4.º espaço intercostal esquerdo, para dentro da linha médio-clavicular. Artérias periféricas com paredes elásticas. Pulso

radial com a frequência de 80 batimentos por minuto. Extrasístoles. Aparelho respiratório: nada para especial registro. Abdome: Fígado com a consistência normal, não excedendo o rebordo costal, na linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exames de laboratório*: Reação da fixação do complemento (com antígeno de Davis): Positiva (+ +) com 0,1 de sôro e (+ + +) com 0,2 de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Negativa. *Evolução*: Essa menina se retirou para a Cidade de Alagoinhas e, a-pesar-de todos os esforços que empregámos, não conseguimos tornar a observá-la. Por isso lhe ficaram faltando, também, diversos exames complementares e a prova do xenodiagnóstico.

Observação XXXIII: José dos Santos, 26 anos, preto, solteiro, carregador e engraxate, residente na Cidade de Castro Alves, procurou o serviço, onde se internou em 7-10-46. *História da doença atual*: Há 4 meses, começou a sentir dispnéia de esforço e palpitações, angústia epigástrica e tonturas, de vez em quando. Não logrando melhoras com os remédios usados, veio a esta Capital, para internar-se no Santa Isabel. *Interrogatório*: Fadiga, emaciação, dispnéia de esforço, palpitações, dôres precordiais frequentes. Últimamente, não tem tido vertigens. *Antecedentes familiares*: Nada sabe informar sobre os pais; acredita que o progenitor tenha falecido de doença do coração. A companheira com quem vive tem 18 anos de idade e é aparentemente, sadia. Um filho, com a idade de 1 ano e sete meses. Dois irmãos faleceram, ignorando o paciente a causa; um está vivo, e, aparentemente, sadio. *Antecedentes pessoais*: Não fuma, nem faz uso de bebidas alcoólicas. Trabalhador braçal. Blenorragia, aos 23 anos. Na Cidade de Castro Alves, reside em casa de barro batido, na rua Boa Vista. A casa está infestada por barbeiros, que também são abundantes, segundo informa, nos arredores da cidade. Em 29-9-46, transferiu-se para a Capital, residindo a Portas do Carmo, 16. *Exame físico*: Altura: 1m,63. Pêso: 59 quilos. Temperatura axilar:

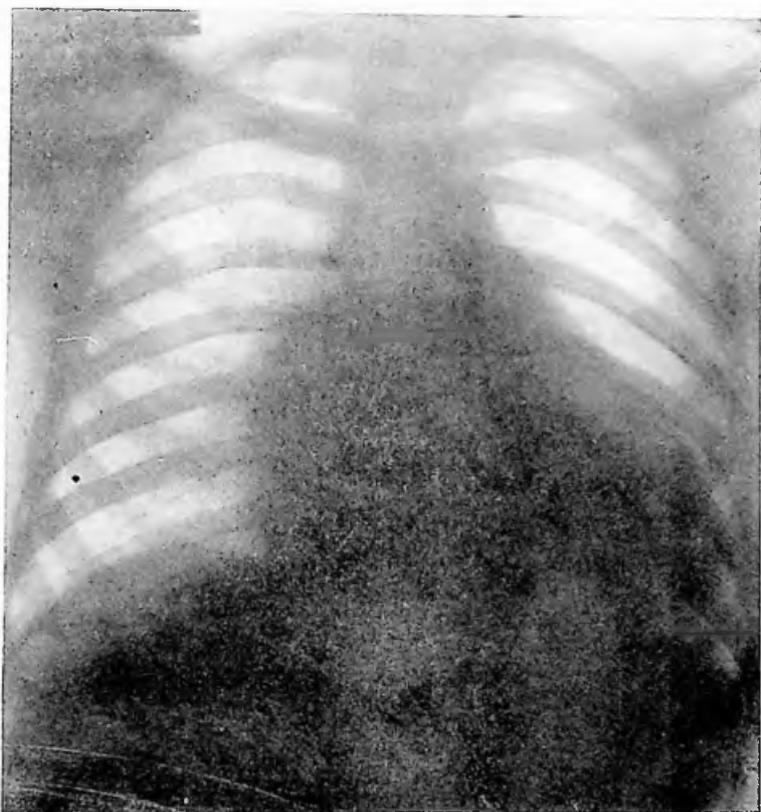


Fig. 88: Obs. XXXIII: Tele-radiografia do tórax em 5-10-46.

Fig. 88 — Case XXXIII: Telercentgenography of thorax on 10-5-946.

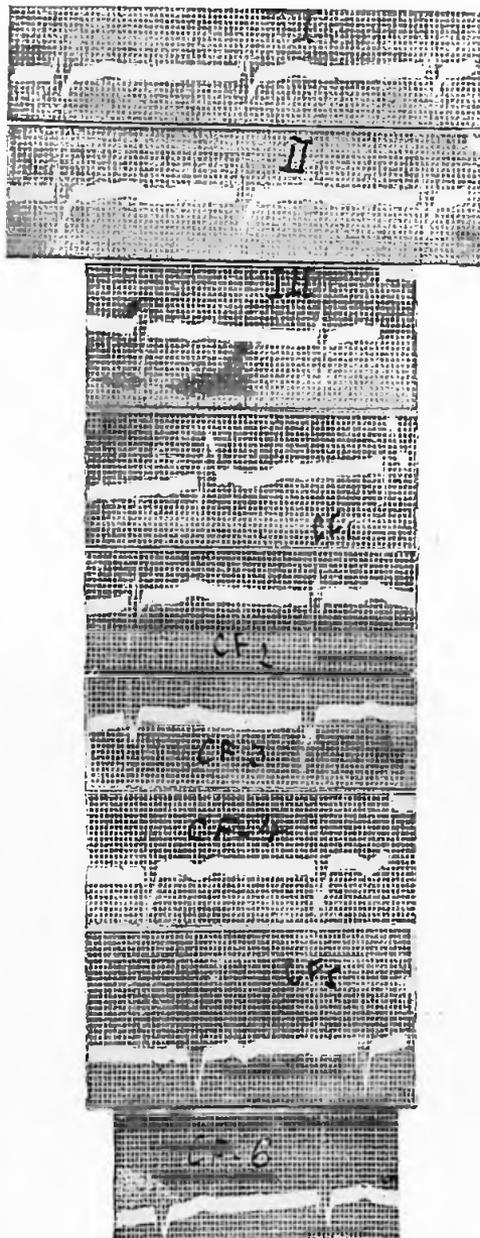


Fig. 89: Obs. XXXIII: Ecg. em 28-10-46. Bloqueio A-V completo com QRS do tipo BRD e direção muito divergente. Onda P difásica em D-2 e D-3 e nalgumas precordiais; tem baixa voltagem. O segmento S-T está supra-desnvelado de CF-2 a CF-4. A onda T é de baixa voltagem nas precordiais e negativa em CF-4 e 5.

Fig. 89 — Case XXXIII: ECG on 10-28-946. Complete A-V block with QRS of the RBBB type and very convergent direction. P wave diphasic in I, II and L III and in some precordial leads; low voltage. The S-T interval is elevated from CF-2 to CF-4. The T wave has low voltage in the precordial leads and is negative in CF-4 and CF-5.

36^o,5. Respiração costo-abdominal, com 22 excursões por minuto. Estado de nutrição: bom. Pícnico. Não tem edemas periféricos. Mucosas visíveis, um pouco descoradas. Seios da face: nada apresentam de anormal. Dentes em mau estado de conservação. Faringe: nada de particular. As amídalas não estão aumentadas, nem inflamadas. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de forte intensidade, no 6.^o espaço intercostal, para fora da linha médio-clavicular esquerda, a 12cms,5 da linha mediana. Hiperfonese pulmonar e desdobramento da 2.^a bulha. A aorta não é palpável na fúrcula. Não há turgência venosa no pescoço. Artérias periféricas com paredes elásticas e trajeto normal. Pulso radial batendo 42 vêzes por minuto. Pressão arterial: 125 × 70 (Tycos). Aparelho respiratório: nada de particular. Abdome: Não tem ascite. Fígado: aumentado de consistência, doloroso à palpação e excedendo quatro dedos o rebordo costal, na altura da linha médio-clavicular direita. O baço não se palpa.

Exame radiológico (5-10-46): Aumento considerável da área cardíaca, que mede 206 cms² (+ 90%), alcançando o diâmetro transverso 18 cms. (+ 49%) e o longitudinal 20 cms. (+ 75,4%). O diâmetro transverso do pedículo vascular da base vai a 10cms,3 e o índice volumétrico da aorta tem 2cms,5.

Eletrocardiograma (28-10-46): Bloqueio A-V completo, com QRS do tipo BRD e direção muito divergente. A frequência ventricular é de 43 batimentos por minuto e a auricular de 107 por minuto. A onda P é difásica em D-2, D-3 e nalgumas pecordiais; tem baixa voltagem. O segmento S-T está supra-desnivelado de CF-2 a 4. A onda T é de baixa voltagem nas periféricas e negativa em CF-4 e 5.

Exames de laboratório: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Fortemente positiva (++++). Hematimetria: 4.680.000 por mm³. Hemoglobina: 76%. Relação globular: 1/900. Valor globular: 0,81. Leucócitos: por mm³: 5.200. Eosinófilos: 9%. Neutrófilos: 43,5% (Bastão: 2%; segmentados: 41,5%). Linfócitos:

47%. Monócitos:; 0,5%. *Xenodiagnóstico*: Negativo (11-12-46). *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Fortemente positiva: (+ + + +). *Evolução*: Retirou-se dias depois de internado para a Cidade de Castro Alves.

Observação XXXIV: João de Oliveira, funcionário público, 47 anos, casado, preto, residente na rua Conde Pôrto Alegre, Largo da Cruz do Cosme, procurou nosso consultório particular em 4-11-46. *História da doença atual*: Há 1 mês, dor precordial e dormência no braço esquerdo. *Antecedentes familiares*: Espôsa, aparentemente sadia, assim como 2 filhos do casal. Perdeu dois filhos, com poucos dias de nascidos. *Antecedentes pessoais*: Fuma com moderação não faz uso de bebidas alcoólicas. Há 8 anos, acessos de asma que se reproduziram há 2 anos e há 40 dias. Blenorragia. Tem feito tratamento antissifilítico. Há dois meses passados, fez a reação de Wassermann no sangue (com o Dr. Heli Sampaio) e o resultado foi positivo (+ +). Há muitos anos que tem schistosomose intestinal. Nasceu no Iguape (Município de Cachoeira), onde conheceu os triatomídeos pelo nome de "percevejos do sertão". Em 1915, veio para a Bahia, residindo, então, no distrito de Nazaré por 8 anos. Morou a seguir, na Graça, Fazenda Grande do Retiro, Federação e, atualmente, Cruz do Cosme. Acha que há muita probabilidade de ter sido picado pelos barbeiros, quando ainda estava no Iguape. *Exame físico*: Altura: 1m,66. Pêso: 56,800. Longilíneo. Respiração costo-abdominal, com 18 excursões por minuto. Mucosas visíveis um pouco descoradas. Dentes bem conservados. A tireóide não está aumentada de volume. Não tem edemas periféricos. Bom estado de nutrição. Aparelho circulatório: Choque da ponta de moderada intensidade, no 5.º espaço intercostal esquerdo, para dentro da linha médio-clavicular. Hipofonese de tôdas as bulhas. A aorta não é palpável na fúrcula. Não há turgência venosa no pes-

çoço. Pressão arterial: 110 × 80 (Tycos). Aparelho respiratório: nada para especial referência. Abdome: Fígado, aumentado de consistência, excedendo 2 dedos o rebordo costal na altura da linha médio-clavicular direita. O baço excede 2 dedos o rebordo costal. E' duro e indolor. *Exame radiológico*: A área cardíaca não está aumentada, pois mede 88 cms. (— 14,7%). O diâmetro longitudinal tem 102 mm. (+ 27,4%) e o transverso 115 mm. (— 9,5%). O diâmetro transverso do pedículo mede 6cms,4 e o intertráqueopulmonar: 3cms,2. *Electrocardiograma* (7-11-46): Bloquio do ramo direito, do tipo III de Bayley. A onda T é difásica em CF-2 e de baixa voltagem à esquerda do precórdio. A onda P é negativa em tôdas as precordiais. S-T supradesnívelado em CF-2. Extra-sístoles ventriculares isoladas em CF-1 e 2. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa. Exame de fezes: Ovos de *A. lumbricoides*, *T. trichiura* e *Sch. mansoni*. *Xenodiagnostics*: Negativo (13-2-47). *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva (+ + + +) com 0,1 e 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polisacarídeo: Fortemente positiva (+ + + +).

Observação XXXV: Augusto A. S., 29 anos, casado, agricultor, residente na Fazenda S. Luiz a 30 kms. de Mundo Novo, internou-se no Hospital Português em 24-11-946. Fomos convidados a vê-lo pelo Dr. Renato Almeida, seu médico assistente. *História da doença atual*: Dispnéia e palpitações, ao esforço, há uns 8 meses. Há 30 dias, depois de uma viagem de 18 kms. a cavalo, começou a sentir pêsso e dor no hipocôndrio direito e epigástrio. Angústia epigástrica: "vexame". Oito dias mas tarde, tentou realizar outra viagem a cavalo, porém não a suportou, tendo que interrompê-la ao fim de uns 500 metros, por causa da fadiga e dispnéia. No dia 19 de novembro, transferiu-se para a cidade de Mundo Novo, já presa de forte dispnéia, pêsso no epigástrio e hipocôndrio direito, edema dos membros inferiores, tosse muito frequente e es-

carros hemoptóicos. Esteve febril, enquanto se achava na cidade de Mundo Novo, indo a temperatura até 38°. *Interrogatório*: Ortopnéia, tosse, expectoração sanguinolenta, oligúria, fadiga acentuada. *Antecedentes familiares*: Pai falecido aos 38 anos, de paludismo. Mãe e espôsa, aparentemente sadias. Assim, também, um filho do casal. *Antecedentes pessoais*: Deixou de fumar, há 6 anos. Não usa bebidas alcoólicas. Hemorragia, aos 17 anos. Na casa onde residia ultimamente, na fazenda, havia muitos barbeiros, tendo sido picado várias vezes por êles. Nesta casa estava morando há 3 meses. Mas, antes disso, teve oportunidade, várias vezes, de dormir em casa de tropeiros, infestadas de barbeiros. *Exame físico*: Pêso: 58 quilos. Altura: 1,65. Apirético: Mau estado de nutrição. Não apresentava edemas periféricos. Mucosas visíveis, descobertas. Cianose discreta dos lábios e extremidade dos membros inferiores. Ligeira icterícia. A tireóide não está aumentada. Dentes em bom estado de conservação. Nada de particular para o faringe, nem amídalas. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de muito fraca intensidade, no 5.º espaço intercostal, para fora da linha médio-clavicular. Hipofonese mitral e hipofonese pulmonar. Galope na ponta. Extra-sístoles. Jugulares túrgidas. Refluxo hepato-jugular: presente. A aorta não é palpável na fúrcula. Artérias periféricas com paredes elásticas. Pulso radial, batendo, em média, 120 vezes por minuto. Pressão arterial: 105 × 80 (Tycos). Aparelho respiratório: sinais de estase em ambos os campos pulmonares. Abdome: Não tem ascite. Fígado, duro e doloroso à palpação, medindo 5 dedos abaixo do rebordo costal, na linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico* (25-11-46): Grande aumento da área cardíaca, que mede 155 cms² (+ 40%); o diâmetro transversal alcança 15,5 cms. (+ 23,3%) o longitudinal 16,0 cms. (+ 42,8%). O diâmetro transversal do pedículo tem 7,5 cms. e o índice volumétrico da aorta mede 2cms,6. *Eletrocardiograma* (25-11-46): Baixa voltagem do

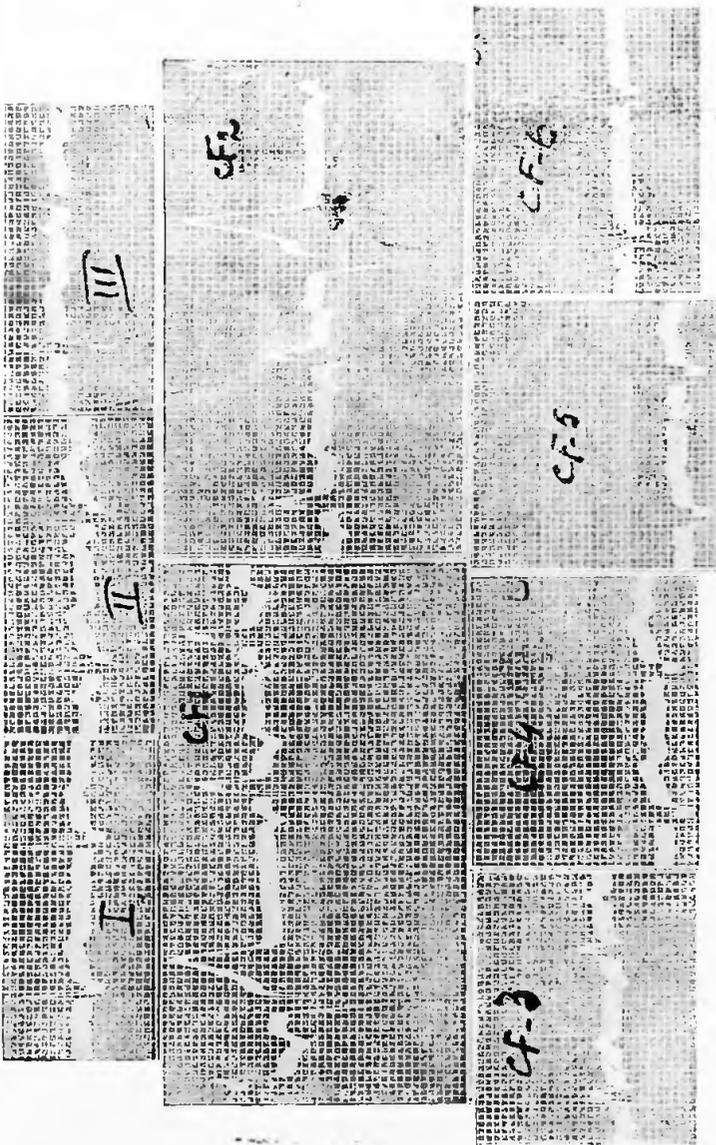


Fig. 90: Obs. XXXIV: Ecg. em 7-11-46. Bloqueio de ramo direito, do tipo III de Eayley. Onda T difásica em CF-2 e de baixa voltagem à esquerda do precórdio. A onda P é negativa em todas as precordiais. S-T supradesnívelado em CF-2. Extra-sístoles ventriculares isoladas em CF-1 e 2.

Fig. 90 — Case XXXIV: ECG on 11-7-946. Right bundle-branch block, type III of Bayley. Diphasic T wave in CF-2 and of low voltage at the left of the precordium. The P wave is negative in all precordial leads. S-T elevated in CF-2. Isolated ventricular premature beats, in CF-1 and CF-2.

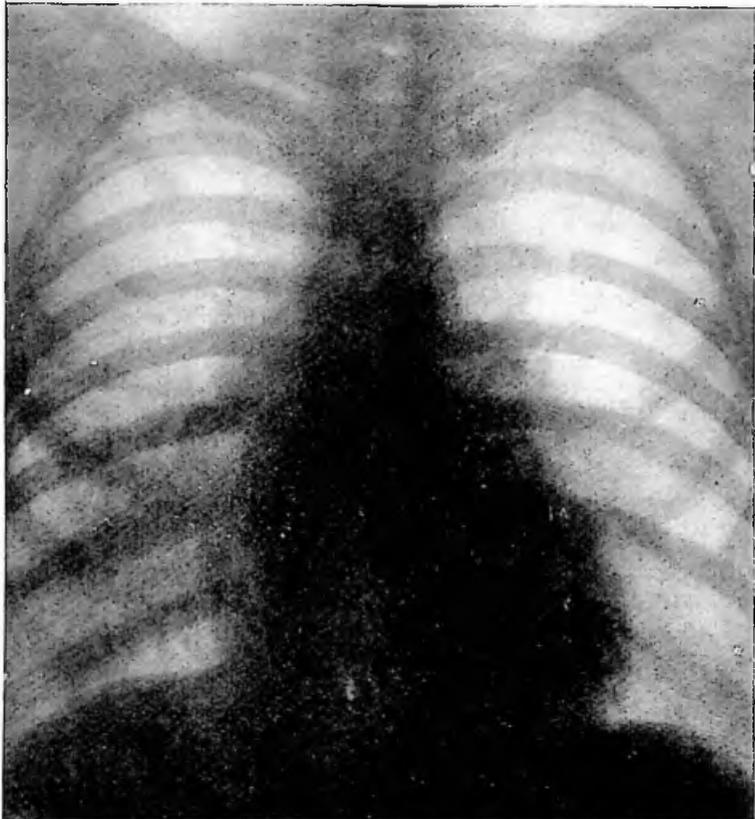


Fig. 91: Obs. XXXV: Tele-radiografia do tórax em 25-11-46.

Fig. 91 — Case XXXV: Teleröntgenography of thorax on
11-25-946

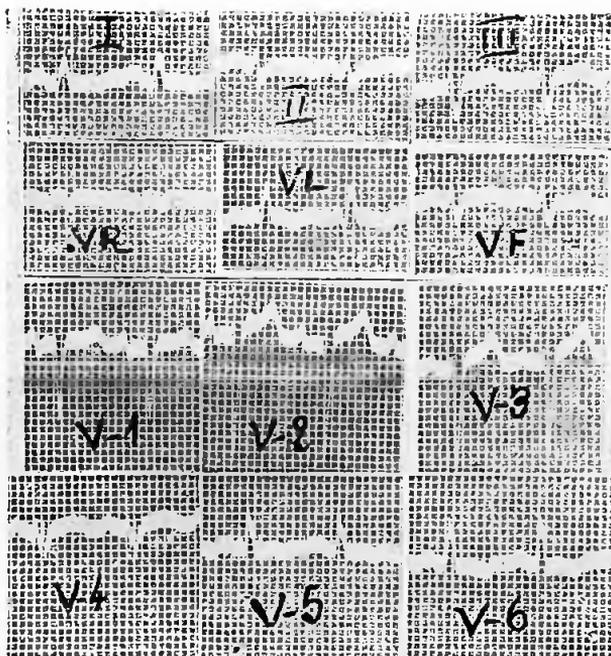


Fig. 92: Obs. XXXV: Ecg. em 25-11-46. Baixa voltagem do complexo ventricular nas derivações periféricas, monopolares dos membros e nas precordiais, a partir de V-4, que é vibratório. Onda T negativa em D-1, VL, V-5 e V-6. Infra-desnivelamento de S-T nestas derivações. Q-1 presente. Onda P, bifida em D-1 e D-2. Baixa voltagem de R. à direita do precórdio.

Fig. 92 — Case XXXV: ECG on 25-11-946. Low voltage of the peripheric, monopolar leads of the limbs and, in the precordial ones, from V-4, wich is vibratory. Negative T wave in L I, VL, V-5, and V-6. Depression of S-T segment in these leads. Present Q-1. Bifid P wave in L I and L II. Low voltage of R, at right of precordium.

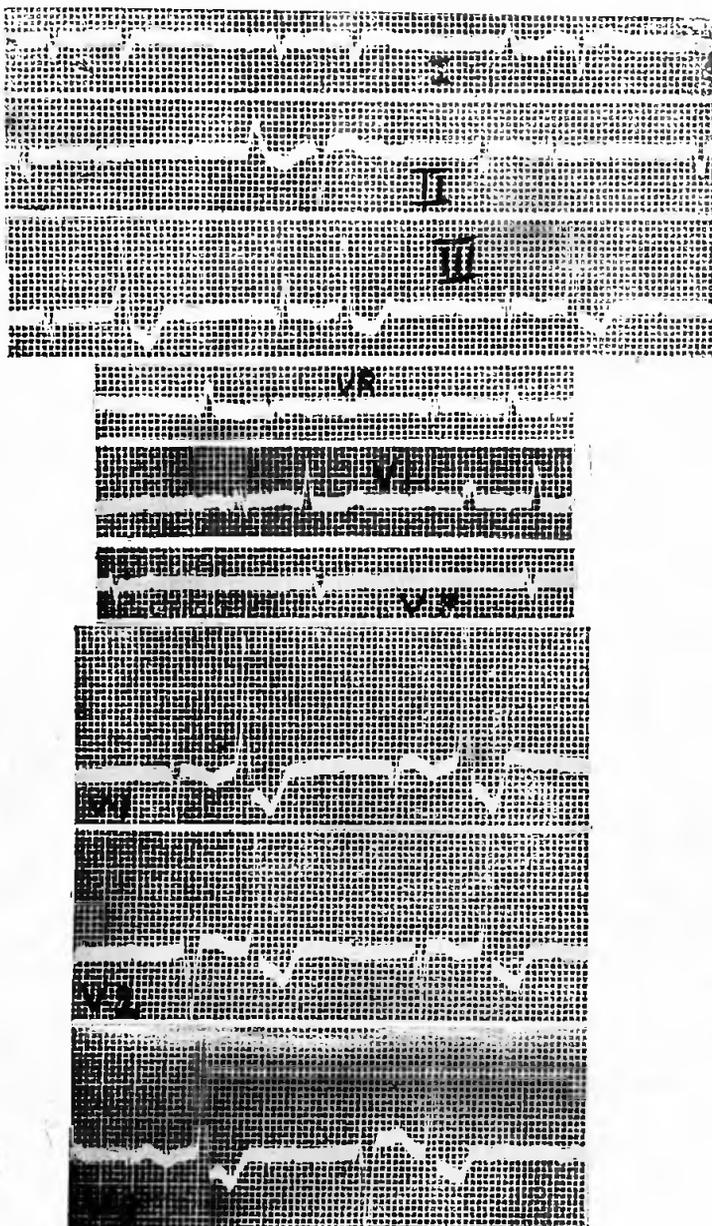


Fig. 93: Obs. XXXV: Ecg. 20-12-46. Baixa voltagem do complexo ventricular. Bloqueio A-V completo, sem alargamento do QRS. Extra-sístoles ventriculares por vèzes bigeminadas, bilaterais, politópicas.

Fig 93 — Case XXXV: ECG on 12-20-946. Low voltage of ventricular complex. Complete A-V block without widening of QRS. Bilateral, polytopic premature beats, sometimes bigeminy.

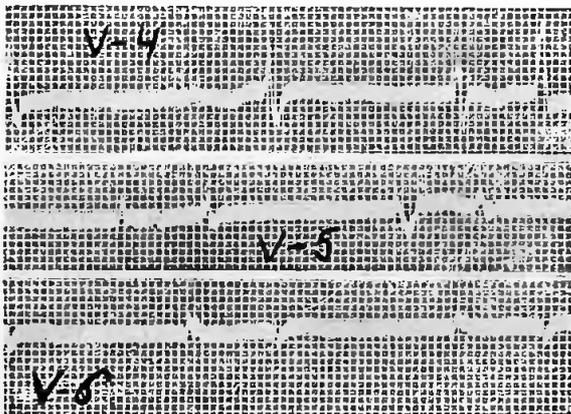


Fig. 94: Obs. XXXV: Continuação do Ecg. de 20-12-46.

Fig. 94 — Case XXXV: Continuation of ECG of 12-20-946.

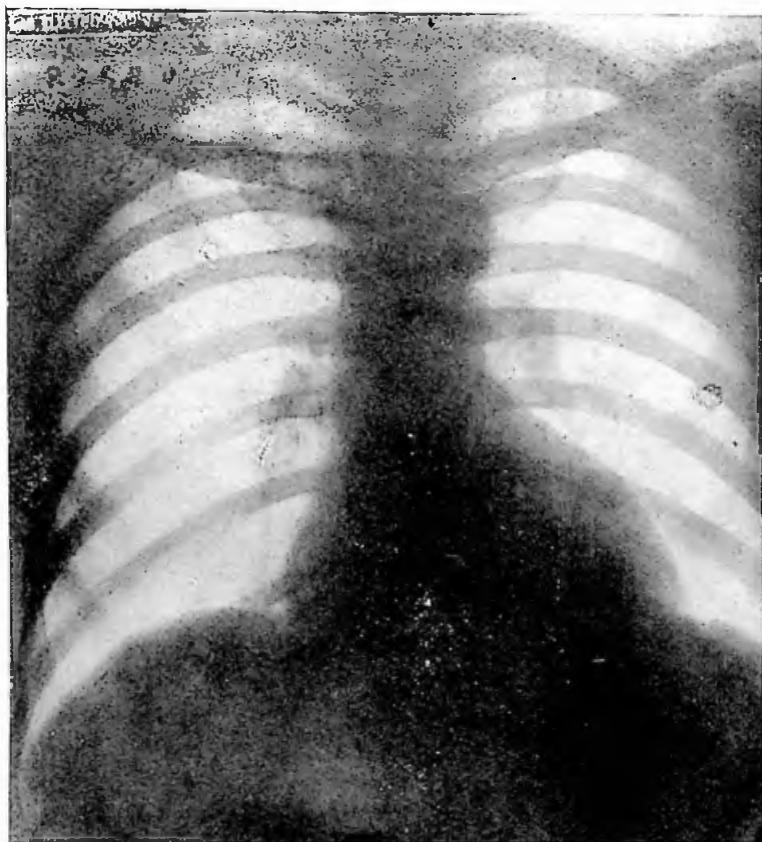


Fig 95: Obs. XXXVI: Tele-radiografia do tórax em 14-4-46.

Fig 95 — Case XXXVI: Teleröntgenography of thorax on
4-14-946.



Fig. 96: Obs. XXXVI: Ecg. em 3-10-46. Bloqueio de ramo direito do tipo IV de Bayley. Em CF-6, uma extra-sístole ventricular isolada. Deflexão inicial negativa no complexo ventricular em CF-1.

Fig. 96 — Case XXXVI: ECG on 10-3-946. Right bundle block of the type IV of Bayley. In CF-6 one isolated ventricular premature beat. Initial negative deflection in the ventricular complex in CF-1.

complexo ventricular nas derivações periféricas, monopolares dos membros e, nas precordiais, a partir de V-4, que é vibratório. Onda T negativa em D-1, VL, V-5 e V-6. Infra-desnivelamento de S-T nestas derivações. Q-1 presente. Onda P bífida em D-1 e D-2. Notar a baixa voltagem de R, à direita do precórdio. Novo traçado foi tomado em 20-12-46. Continua a baixa voltagem do complexo ventricular. Bloqueio A-V completo, sem alargamento do QRS. Extra-sístoles ventriculares, por vezes bigeminadas, bilaterais, politópicas. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: Negativa. *Xenodiagnóstico*: Negativo. *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Positiva (++) com 0,1 cc. de sôro; e (+++) com 0,2 cc. de sôro. Com a fração de polissacarídeo: Negativa. *Evolução*: Dentro de poucos dias, reaparecem os edemas que não atendem aos diuréticos mercuriais, a insuficiência cardíaca resiste à digital e ao estrofantó. Nos últimos dias de Dezembro, vem a falecer. Uma nota a acrescentar: apesar de tudo, tentamos o emprêgo do M 3024.

Observação XXXVI: Pascoal Cunes Ferreira, 45 anos, pardo, casado, moageiro, residente no Alto do Pará (Largo do Tanque-Estrada da Liberdade), procurou o serviço em 16-10-946. *História da doença atual*: Desde há dois anos, palpitações e dispnéia de esforço. *Interrogatório*: Fadiga. Dispnéia de esforço, palpitações, cefaléia. *Antecedentes familiares*: Pais falecidos, de causa ignorada pelo paciente. Nada sabe informar sobre os irmãos. Não tem filhos. *Antecedentes pessoais*: Trabalhador braçal. Não fuma, nem usa bebidas alcoólicas. Paludismo há mais de dois anos, do qual se curou (sic). Nega antecedentes venéreos. Em Fevereiro de 1946, acordou picado por barbeiros, tendo encontrado cerca de 13 destes insetos no leito. *Exame físico*: Pêso: 54 quilos. Altura: 1m,65. Pícnico. Temp: 36,6. Respiração costo-abdominal, com 22 excursões por minuto. Edema maleolar pouco acentuado.

Mucosas visíveis coradas. Nada de particular para os seios da face, faringe, nem amídalas. Dentes em boas condições de conservação. A tireóide não está aumentada. Aparelho circulatório: Choque da ponta, de fraca intensidade, no 5.º espaço intercostal, para fora da linha médio-clavicular, a 13 cms. da linha mediana. Hipofonese mitral e hiperfonese pulmonar. A aorta não é palpável na fúrcula. Artérias periféricas, com paredes elásticas e trajeto normal. Pulso radial, batendo 50 vezes por minuto. Pressão arterial: 110 × 60 (Tycos). Aparelho respiratório: não há sinais de estase. Abdome: Não tem ascite. Fígado: duro e doloroso à palpação, excedendo 2 dedos transversos o rebordo costal, na altura da linha médio-clavicular direita. O baço não é palpável. *Exame radiológico* (14-10-46): aumento da área cardíaca que mede 145 cms². (+ 34,2%); o diâmetro transverso tem 14.8 (+ 16,5%) e o longitudinal 15cms,5 (+ 43,5%). O diâmetro transverso do pedículo mede 6 cms. e o índice volumétrico da aorta vai a 3 cms. *Eletrocardiograma*: Bloqueio de ramo direito do tipo IV de Bayley. Em CF-6, uma extra-sístole ventricular isolada. Deflexão inicial negativa no complexo ventricular em CF-1. *Exames de laboratório*: Hematimetria: 5.480.000 por mm³. Hemoglobina: 76%. Relação globular: 1/1.611. Valor globular: 0,69. Leucócitos: 3.400 por mm³. Eosinófilos: 4%. Neutrófilos: 61% (Bastão 22%; segmentados: 39%). Linfócitos: 33%. Monócitos: 2%. *Xenodiagnóstico*: Negativo (19-2-47). *Reação da fixação do complemento* (com antígeno de Davis): Fortemente positiva + + + +) com 0,1 e 0,2 de sôro. Com a fração de polisacarídeo: Positiva (+ +).

Observação XXXVII: Ana Maria de Matos, 8 anos de idade, parda, residente na fazenda da Torre, próxima ao arraial de Picado Grande, no Município de Santo Amaro, foi conduzida a nosso consultório particular pelo Dr. José Julio Magalhães Porto, no dia 30 de Janeiro de 1947. *História da*

doença atual: Há 22 dias, apareceu com o olho direito fechado por edema bipalpebral. Foi levada pela progenitora ao Dr. José Julio Magalhães Porto, que notou congestão da conjuntiva e prescreveu-lhe um colírio com anaseptil. Quinze dias depois, não tinha melhorado. O edema estendera-se à face e descera até o pescoço. Estava febril, com 38° de temperatura axilar e 120 de pulso. Prescreveu-lhe injeções intramusculares de leite, fervido na ocasião, na dose de 2 cc. em dias alternados. Tomou 3 injeções. A situação não se modificava e a temperatura também continuava com a mesma elevação. Tendo que vir a Salvador, resolveu trazer consigo a doente. *Antecedentes familiares:* Tem uma irmã, com 17 anos que sofre com frequência de acidentes sincopais (informação prestada pelo clínico). A progenitora é viva e está muito anêmica. Pai falecido, há 2 anos, em consequência de um coice no torace, com uma síndrome mediastinica febril. *Antecedentes pessoais:* Reside em casa de taipa, muito infestada pelo *P. megistus*. Destes, recebemos 6 exemplares, trazidos pela progenitora. Um, apenas, chegou vivo e estava muito infectado. *Exame físico:* Ao exame da cabeça, chama logo atenção o edema bipalpebral, do lado direito, que entretanto já deixa o olho entreaberto, não o cerrando completamente, como se poderá ver nas gravuras reproduzidas. Esse edema ocupa também a metade direita da face e estende-se até à região sub-maxilar do mesmo lado. É indolor, tenso, elástico, não depressível pelo dedo. Na palpebra superior, tem um discreto colorido vinhoso, decorrente do desenvolvimento da circulação capilar. Esta coloração, depois, se acentua, extendendo-se até à palpebra inferior, no dia 3 de Março. Fazendo a eversão da palpebra superior direita, enquanto o doente olha para a ponta do nariz, nota-se a inflamação da glandula lacrimal accessória: "sinal de Mazza e Benitez". Gânglios retro-mandibulares direitos aumentados, endurecidos e indolores. Nas mesmas condições, os gânglios das regiões carotidiana e supraclavicular homologas. Nas axilas, de

ambos os lados, notam-se gânglios aumentados de volume, indolores, mais desenvolvidos à direita do que à esquerda. A tireóide não está aumentada. Temp. axilar: 37,1. Pêso: 16,600. Altura: 1m,13 cms. Aparelho circulatório: Choque da pontia no quarto espaço intercostal esquerdo, de moderada intensidade, um pouco para fora da linha médio-clavicular. Bulhas cardíacas normais, com a frequência de 100 batimentos por minuto, notando-se algumas extra-sístoles. Artérias periféricas, com as paredes elásticas. Pressão arterial: 100 x 70 (Tykos). Aparelho respiratório: nada para particular referência. Abdome: Fígado, aumentado de consistência, indolor, não excedendo porém o rebordo costal. Baço: palpável facilmente em seu polo inferior. *Exame radiológico (tele, em 6-2-47)*. A área cardíaca mede 62 cms². (+ 19,23%), o diâmetro transverso 9cms,8, o longitudinal 10cms,3. O diâmetro transverso do pedículo tem 5 cms. e o índice volumétrico é igual a 1cm,4. *Eletrocardiograma (2-2-47)*: Desvio de eixo para a direita. Extra-sístoles ventriculares isoladas. Difasismo de T (— +), à direita do precordio, com a negatividade muito acentuada, até CF-3. *Exames de laboratório*: Reação de Kolmer-Wassermann no sangue: sôro anticomplementar. Reação de Kahn: +.

	3.2.947	10.2.947	27.2.947
Hemácias por mm ³	4.370.000	3.825.000	
Hemoglobina	62 % = 10,5 grs.	88 % = 15 grs.	
Relação globular	1/496	1/873	
Valor globular	0,79	1,1	
Leucócitos por mm ³	8.800	4.400	11.000
Eosinófilos	4,5%	2,5%	12,5%
Jovens	—	0,5%	—
Bastão	10,5%	32%	9%
Segmentados	39,5%	40%	36,5%
Linfócitos	44,5%	22,5%	41,5%
Monócitos	1 %	2,5%	0,5%

Xenodiagnóstico: Positivo em 26-2-47. Material de R.



Fig. 97: Obs. XXXVII: Sinal de Romaña. Em 30-1-47.

Fig. 97 — Case XXXVII: Romaña's sign. On 1-30-947.



Fig. 98: Obs. XXXVII: Em 31-1-47.

Fig. 98 — Case XXXVII: On 1-31-947.



Fig. 99: Obs. XXXVII: Em 31-1-47.

Fig. 99 — Case XXXVII: On 1-31-947.



Fig. 100: Obs. XXXVII. Em 3-3-47.

Fig. 100 — Case XXXVII On 3-3-947



Fig. 101: Obs. XXXVII: Em 3-3-47.

Fig 101 — Case XXXVII On 3-3-947.



Fig. 102: Obs. XXXVII: Dacriadenite chagásica. Sinal de Mazza-Benítez.

Fig. 102 — Case XXXVII: Dacryoadenitis due to Chagas' disease. Mazza-Benítez's sign.

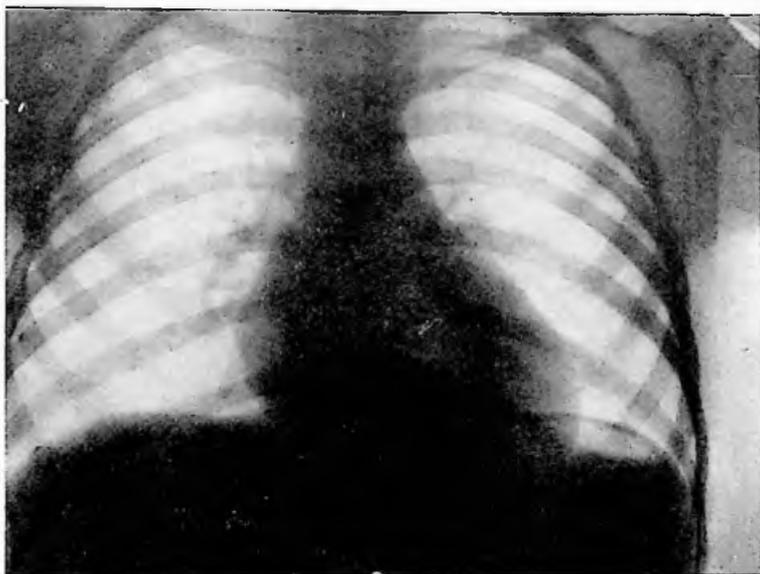


Fig 103: Obs. XXXVII: Tele-radiografia do tórax em 6-2-47.

Fig. 103 — Case XXXVII: Teleroentgenography of thorax on 2-6-947.

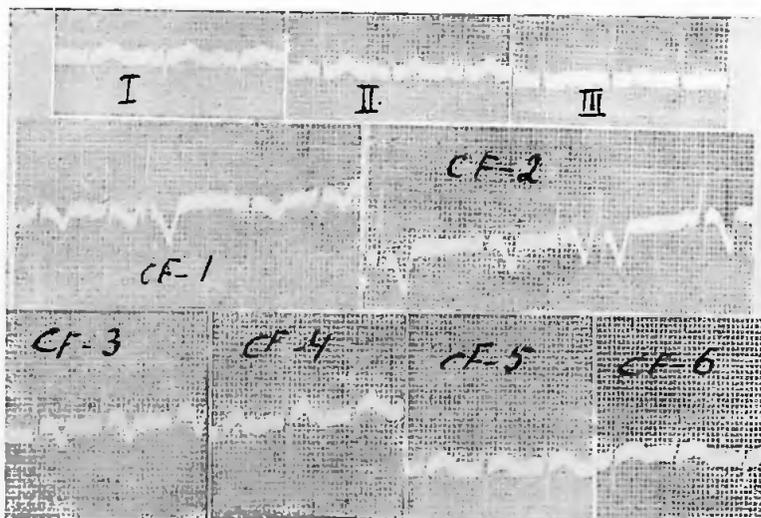


Fig. 104: Obs. XXXVII: Ecg. em 2-2-47. Desvio do eixo para a direita. Extra-sístoles ventriculares isoladas. Difasismo de T (—+), à direita do precórdio, com a negatividade muito acentuada, até CF-3.

Fig. 104 — Case XXXVII: ECG on 2-2-947. Deviation of the axis to the right. Isolated ventricular premature beats. Diphasic T (—+) at the right of precordium with increased negativity till CF-3.

prolixus, que foi a espécie empregada, inoculou-se em cobaia, com resultado positivo. *Exame a fresco*: A pesquisa do protozoário entre lâmina e laminula, em gota de sangue periférico, foi realizada por três vezes, em épocas diversas, tendo sempre resultado negativo. *Sôro-diagnóstico da doença de Chagas*: Transcrevemos aqui o laudo enviado pelo Dr. Julio Muniz, em 27-2-47: "O sôro de Ana Maria Matos, sob o ponto de vista das reações de imunidade, corresponde a um caso agudo de Doença de Chagas. Deu uma reação forte de precipitina em presença da fração polissacarídea — aglutinou no título de 1/5.120 (+ + +) uma suspensão viva de formas de cultivo de *S. cruzi* — e fixou fortemente o complemento com 0,05 c.c. de sôro". *Resumo da evolução clínica*: Esteve, com a temperatura um pouco levada, raramente indo a 38°, durante as duas primeiras semanas do internamento, que se verificou no dia 31 de Janeiro de 1947, no Hospital de Santa Isabel. Na segunda quinzena de Março, o edema já estava consideravelmente reduzido. Os gânglios não se modificaram. O estado geral é satisfatório, até a data em que redigimos estas linhas.

Quadro comparativo entre os resultados do xenodiagnóstico e da reação de fixação do complemento com antígeno de Davies e com a fração de polissacarídeo

N. da Ob.	N O M E S	Xenodia- gnóstico	Data	Fixação do complemento (Antígeno de Davies)			Fração de polissacarídeo (0,2)
				0,05	0,1	0,2	
				Fortemente impediante (1)			
I	Isaltina Pires dos Santos	Positivo	3-11-44				
II	Lourenço Batista	Positivo	28- 9-44				
III	José Frederico da Silva	Negativo	22-12-45	+	+	+	+
IV	Adelino Alves dos Santos	Positivo	22-12-45	+	+	+	+
V	Benedito Silva	Negativo	22-12-45	+	+	+	+
VI	João Batista dos Santos .	Negativo	17- 3-46	+	+	+	+
VII	Vicente Ferreira Mota ..	Negativo	7- 3-46	+	+	+	+
VIII	Maria M. dos Santos ..	Negativo	20- 8-46	+	+	+	+
IX	Augusto da Silva Barbosa	Negativo	11- 2-47	+	+	+	+
X	José Brito	Negativo	20- 8-46	+	+	+	+
XI	Eustáquio J. Santana ..	Negativo	8- 8-46	+	+	+	+
XII	Edwiges Maria dos Santos	Negativo	3-10-46	+	+	+	+
XIII	Arsénio Bispo da Cruz.	Negativo	12- 8-46	+	+	+	+
XIV	Francisco Sales Moraes..			+	+	+	+
XV	José Bispo dos Santos ..	Positivo	24- 9-46				
XVI	Luliz Bispo	Positivo	4-11-46				
XVII	Maria C. M. dos Santos	Negativo	19-11-46	+	+	+	+
XVIII	Maria Elza Lima Ribeiro	Negativo	19- 8-46	+	+	+	+

(1) A reação feita em nosso laboratório, a 30-10-45, mostrou-se positiva (+ + +) com 0,2 cc.

QUADRO N. 1 — (Continuação)

N. da Obra	M O M E S	Xenodiagnóstico	Data	Fixação do complemento (Antígeno de Davis)			Fração de polissacarídeo (0,2)
				0,05	0,1	0,2	
XIX	Olávio Pereira da Silva	Negativo	{ 24-10-46 14- 2-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	Negativo
XX	Olimpio Soares	Negativo	{ 9- 9-46 12-12-46	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXI	Euzébio Gonzaga	Negativo	{ 22-10-46	-	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXII	Eugénio Francisco Sales			+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXIII	Domingas Dias Pereira ..	Negativo	{ 26-11-46 3- 3-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXIV	Celina Ferreira Santos..	Positivo	{ 20- 1-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	Negativo
XXV	Elvira Freitas	Negativo		+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ +
XXVI	Israel Santos	Positivo	4-11-46		Impediente		
XXVII	Arindo Santana	Positivo	12-11-46				
XXVIII	Francisco da Silva Mendes	Positivo	16- 1-47				
XXIX	Cosme D. dos Santos ..	Negativo	2-12-46	+ + + +	+ + + +	+ + + +	Negativo
XXX	João Eatista de Jesus ..	Negativo	3-2-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXXI	Maria José Silva	-		+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXXII	Carminha Bispo	-		+ + + +	+ + + +	+ + + +	Negativo
XXXIII	José dos Santos	Negativo	11-12-46	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXXIV	João de Oliveira	Negativo	5- 2-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ + + +
XXXV	Augusto A. S.	Negativo	8- 2-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	Negativo
XXXVI	Pascoal Cunes Ferreira..	Negativo	10- 2-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ +
XXXVII	Ana Maria Matos	Positivo	26- 2-47	+ + + +	+ + + +	+ + + +	+ +

Procedencia dos doentes de molestia de Chagas

NOME	Procedencia	Ultima residencia
1 — Isaltina Pires dos Santos	Município de Cruz das Almas	Rua América, 22
2 — Lourenço Batista	Município de Cruz das Almas	Bandeirantes, 12
3 — José Frederico da Silva	?	Maciel de Baixo, 30
4 — Adelino Alves dos Santos	?	Ramos de Queiroz, 215
5 — Benedito Silva	Município de Maragogipe	—
6 — João Batista dos Santos	Município de Maragogipe	Av. Luiz Tarquínio, 39
7 — Vicente Ferreira Motta	Município do Salvador	Sta. Rita de Cassia, 10
8 — Maria Marconilla dos Santos	Candeias (Mun. do Salvador)	Maternidade Cúmerio de Oliveira
9 — Augusto da Silva Barbosa	Município do Salvador	Caçada
10 — José de Brito	Município de Coração de Maria	Cabula, 6
11 — Eustáquio J. Santana	Município de Jaguaripe	Earbalho, 15
12 — Edwiges Maria dos Santos	Município de Afonso Pena	Avenida Brandão, 36
13 — Arsênio Bispo da Cruz	Plataforma (Mun. do Salvador)	Av. Cajueiro, 65 (Plataforma)
14 — Francisco Sales de Moraes	Ilha de Maré (M. do Salvador)	Monte Serrate
15 — João Bispo dos Santos	Município de Bomfim	Carlos Fernandes, 30 (Retiro)
16 — Luiz Bispo	Município de Sto. Amaro	Mirante do Campo Santo, 183
17 — Maria Cristina M. dos Santos	Município da Mata de São João	Itapegipe
18 — Maria Elza Lima Ribeiro	Município do Salvador	Almirante Lima Ferreira, 2
19 — Otávio Pereira da Silva	Município do Salvador	Estrada da Liberdade
20 — Olímpio Soares	Município do Salvador	Rua da Palestina (Mares)
21 — Euzébio Gonzaga	Município do Salvador	Rua do Ceu (E. da Liberdade)
22 — Eugenio Francisco Sales	Município da Mata de São João	Rua Gaspar Lemos (E. da Liberdade)
23 — Domingas Dias Pereira	Município de Sto. Amaro	Cabral, 15

N O M E	Procedencia	Ultima residencia
24 — Celina Ferreira Santos	Município do Salvador	Alto das Pombas
25 — Elvira Freitas	Município do Salvador	Idem
26 — Israel Santos	Município de Jaguaquara	Djalma Dutra, 16
27 — Arlindo Santana	Município de Cruz das Almas	—
28 — Francisco da S. ^a Mendes	Município de Sto. Amaro	Plataforma (Zona Suburbana)
29 — Cosme Domingos dos Santos	Cabôto (Mun. do Salvador)	Estrada da Liberdade
30 — João Batista de Jesus	Rio Fundo (Mun. de Sto. Amaro)	Usina São Bento (Santo Amaro)
31 — Maria José Silva	Lapa (Mun. de Sto. Amaro)	Boulevard Suíço, 41
32 — Carminha Bispo	Município do Salvador	Alto das Pombas
33 — José dos Santos	Município de Castro Alves	Portas do Carmo, 16
34 — João de Oliveira	Iguape (Mun. de Cachoeira)	Largo da Cruz do Cosme
35 — Augusto A. S.	Município de Mundo Novo	Hospital Português
36 — Pascoal Cunes Ferreira	Município do Salvador	Estrada da Liberdade
37 — Ana Maria Matos	Município de Sto. Amaro	Hospital Santa Isabel

Relação de triatômicos examinados — Especie encontrada: P. Megistus, Burm., 1835

PROCEDENCIA	Lóte	Total Exami- nado	Infectados				Indenes				Data	Observações	
			Adultos		N	L	Adultos		N	L			
			M	F			M	F					
SALVADOR: Zona Urbana													
BROTAS:													
Acupe	1	1	1					1				16- 1-46	
"	2	1										11-11-46	
Baixa do Silva	3	5						2		2	1	15- 7-46	Examinado por H. Lent
"	4	21						2		10	8	5- 7-46	
Avenida Candeias	5	13	1	1	1			2	5	3		26-11-46	
Engenho Velho	6	1						1				4- 7-46	Examinado por H. Lent
"	7	1						1				5- 6-46	
"	8	13	2	2				5	4			30-10-46	
"	9	2						1				23-12-46	
Quintas das Beatas	10	2						1		1		30-10-46	
"	11	1						1				23- 9-46	
"	12	25		3			14	8				18-10-46	
Quintas das Beatas e Brongo	13	16		1			5	7	3			25-10-46	
R. Machado de Assis, 34	14	1										13- 9-46	
(Casa do Francisco)	15	1	1									23- 9-46	
Erongo	16	1										16- 9-46	
"	17	6						1		2	1	30- 9-46	
"	18	7						5	1	1		30- 9-46	
"	19	5						4	1			4-10-46	
"	20	6		1				4	1			5-10-46	
"	21	3								2	1	20-10-46	
"	22	1										20-11-46	
Brongo da Boa Vista	23	15	1	3			4	5		2		9-11-46	
Matatú Pequeno	24	19	2				7	10				23-11-46	

PROCEDENCIA	Lóte	Total Exami- nado	Infectados						Indenes			Data	Observações	
			Adultos			N			Adultos		N			L
			M	F		M	F		M	F				
Cruz da Redenção	25	4											6-12-46	
" "	26	6											13- 1-47	
Alto do Saldanha	27	5											7-12-46	
Cabula	28	6		1									16-10-46	
MAZES	29	1											18-10-46	
NAZARÉ:														
Tororó	30	1											28- 3-46	
Fonte Nova do Desterro	31	1											5- 2-47	
Largo de Nazaré	32	1		1									10-11-46	
SÉ														
Edifício da Cia. Linha Circular	33	1		1									19- 3-47	
VITÓRIA:														
Alto das Pombas (Obs. 24)	34	3		1									20- 2-47	
" "	35	3											19- 9-46	1
" "	36	7											17- 9-46	3
" "	37	11											9- 9-46	2
" "	38	4											5- 9-46	3
" "	39	4											20-10-48	5
Cactano Moura	40	1											24- 5-46	2
" "	41	1											11- 9-46	1
Baixa do Gantols	42	1											31- 4-46	1
Arela Prêta	43	2											20- 8-46	2
Hospital Português	44	1											4- 7-46	1
SANTO ANTONIO:														
Boca do Rio	45	14											3-12-46	4
" "	46	2											26-10-46	1
Curuzú	47	1											2- 9-46	1

Examinado por H. Lent

PROCEDENCIA	Lóte	Total Exami- nado	Infetados				Indenes				Data	Observações
			Adultos		N		Adultos		N			
			M	F	M	L	M	F	M	L		
Progresso da Liberdade	48	4					1	2	1	1	28- 9-46	
" " "	49	1					1				1-10-46	
SALVADOR: Zona sub-urbana:												
Ilha de Maré	50	29	3	2	7		4		6	7	4- 8-46	Examinado por H. Lent
Praia da Cruz	51	8	1		5		1				31- 8-46	
Itapoan	52	3	1					1	1		5-10-46	
CACHOEIRA:												
Fazenda Guaiba	53	4		2	1				1		26- 9-46	Remet. Dr. O. Aguiar
Cachoeira (cidade)	54	1					1				30-11-46	
Idem	55	1		1							19- 3-47	
CONCEIÇÃO DA FEIRA:												
Eanaelras	56	5	2		1				1	1	14- 9-46	Remet. Dr. G. Pedreira
Pedreira do Lopes	57	4					1	2	1	1	28-11-46	Remet. Dr. G. Pedreira
Conceição da Feira (cidade)	58	3							3	3	10-11-46	
CAMASSARÍ:												
Fazenda Busca Vida	59	6					5	1			15- 4-46	
BOMFIM:												
Bomfim (cidade)	60	2					1		1	1	8- 8-46	
CORAÇÃO DE MARIA:												
Lagôa dos Porcos	61	1							1	1	18- 7-46	
ALAGOINHAS:												
Fazenda Buri	62	7		1					1	5	21-11-46	
MATA DE S. JOÃO:												
Mata de São João (cidade)	63	6					2	4			17- 4-46	
SANTO AMARO:												
Fazenda Garro	64	1					1				17- 4-46	Remetente:
Picado Grande (casa onde residia a Obs. XXXVII)	65	1		1							8- 2-47	Dr. José Júlio M. Porto
Fazenda Cabral (casa de Francisca)	66	11	1	1					4		10- 3-47	" " " "
Fazenda Camamú (Angelo Brito)	67	3		1			2		2		10- 3-47	" " " "

PROCEDENCIA	Lóte	Total Exami- nado	Infectados				Indenes				Data	Observações
			Adultos		N		Adultos		N			
			M	F	M	F	M	F	M	F		
Picado (casa de João Alves)	68	14	5	3			1	2	3		8-3-47	Remetente: Dr. José Júlio M. Porto
Picadinho (casa de Ma. Izabel Freitas)	69	2	1				1		1		8-3-47	" " " "
Fazenda Aldeia	70	2		1					1		8-3-47	" " " "
Picado (Casa de Maria Ferreira)	71	1							1		8-3-47	" " " "
PICADO:												
Casa de Manoel M. Reis	72	1		1							24-3-47	" " " "
Casa de José Borges	73	1			1						24-3-47	" " " "
Casa de Joanhina Ferreira	74	3	1				1	1			24-3-47	" " " "
Prédio da Escola	75	1							1		24-3-47	" " " "
Casa de Joãozinho Ferreira	76	3		1					2		24-3-47	" " " "
Casa de Justina J. Rocha	77	1							1		24-3-47	" " " "
Casa de E. Uzeda	78	1							1		24-3-47	" " " "
Casa de Josefa da Torre	79	2							2		24-3-47	" " " "
Casa de José F. Santilago	80	4							3		24-3-47	" " " "
Casa de Neco do Cabral	81	1			1						24-3-47	" " " "
Casa de Manoel Victorino	82	8	1					1	5		24-3-47	" " " "
Casa de Camilo de Brito	83	1		1							24-3-47	" " " "
Casa de Ciriaco Ferreira	84	3						1	2		24-3-47	" " " "
Casa de Hígino Ferreira	85	10		2				1	6		24-3-47	" " " "
Casa de Cirilo Dias	86	3						1	2		24-3-47	" " " "
Fazenda Torre (Casa de Josefa)	87	3							3		31-3-47	" " " "
Picadinho (Casa de Agap Gomes)	88	7		1				2	3		31-3-47	" " " "
Fazenda Cabral (Casa de Leopold. Ramos)	89	1							1		31-3-47	" " " "
Casa de Irineu	90	1							1		19-4-47	" " " "
Casa de Plo Aires	91	1		1							19-4-47	" " " "
Casa de Leopold. Barros	92	2	1					1			19-4-47	" " " "
Casa de Franc. Barbosa	93	1	1								19-4-47	" " " "
Casa de João dos Reis	94	5		3					1		19-4-47	" " " "
Casa de José Borges	95	1							1		19-4-47	" " " "
Casa de João Fereira	96	6	2	2	1				1		19-4-47	" " " "
Casa de João Silveira	97	3		2					1		19-4-47	" " " "

Doença de Chagas — Cardiopatia Crônica: Sintomas

N O M E S	Fadiga	Palpitações	Ataques sincopais & convulsões	Vertigens & tonturas	Dores precor- diais	Dispnéia (1)
Isaltina Pires dos Santos	0	+	0	+	+	E
Lourenço Batista	+	+	0	0	0	D
José Frederico da Silva	+	+	0	0	0	D
Adelino Alves dos Santos	+	+	+	0	0	D
Benedito Silva	+	0	+	+	+	E
João Eutista dos Santos	+	+	0	+	0	E
Vicente Ferreira Mota	+	+	0	0	+	E
Maria Marconilla dos Santos	+	+	0	+	0	E
Augusto da Silva Barbosa	+	+	0	+	+	E
José de Brito	+	0	0	0	0	D
Eustáquio J. Santana	+	+	0	0	+	E
Edwiges Maria dos Santos	+	+	0	+	+	E
Arsenio Bispo da Cruz	+	+	0	+	+	E
Francisco Sales de Morais	+	+	0	0	0	E
João Bispo dos Santos	+	+	0	+	0	E
Luiz Bispo	0	0	0	0	0	E
Maria Cristina	0	+	0	+	0	D
Maria Elza Lima Ribeiro	+	0	+	0	0	0
Octavio Pereira da Silva	+	0	0	+	0	D
Olimpio Soares	+	+	0	+	+	E
Euzébio Gonzaga	+	+	0	0	0	D
Eugenio Francisco Sales	+	+	0	+	+	0
Domingas Dias Pereira	+	+	0	+	0	0
Israel Santos	+	0	+	0	+	E
Arlindo Santana	+	0	0	0	0	E
Francisco da Silva Mendes	0	0	+	+	0	E
Cosme Domingos dos Santos	+	0	+	+	0	E
João Baptista de Jesus	0	+	0	0	+	0
Maria José Silva	+	+	0	0	+	0
José dos Santos	+	+	0	+	+	0
João de Oliveira	0	0	0	0	+	0
Augusto A. S.	+	+	0	0	0	D
Pascoal Cunes Ferreira	+	+	0	0	0	E

(1) E = Dispnéia de esforço

D = Dispnéia de decúbito

Doenças de Chagas — Cardiopatia crônica: Sinais

N O M E S	Choque da ponta (1)	Presdobrimen- to das bulhas	Hipertensão das bulhas	Hipertensão das bulhas	Sopros (2)	Galope	Pressão arterial	Edema	Cianose	Derrame pleural	Estase pulmonar	Escarros hemoptóicos	Ascite	Hepatome- galia	Esplenomega- lia
Isaltina Pires dos Santos	+++	B-2	0	0	S. F. M.	0	120/ 50	0	0	0	0	0	0	++	0
Lourenço Batista	+	B-2	0	B. M.	S. F. M.	+	100/ 80	+++	0	++	+++	+	++	+++	0
José Frederico da Silva	+	P-2	E. P.	0	S. F. M.	+	122/100	+++	+	++	++	0	0	+++	0
Adelino Alves dos Santos	+	B-2	0	B-1 & B-2	S. F. P.	0	130/ 90	++	+	++	++	0	0	+++	0
Benedito Silva	+++	0	0	B. P. & E. A.	S. F. M.	0	120/ 50	0	0	0	++	+	++	+++	0
João Batista dos Santos	+++	0	0	B. P. & E. A.	S. F. M.	0	120/ 80	0	0	0	0	0	0	0	0
Vicente Ferreira Mota	+	0	0	B. M.	0	0	118/ 94	0	0	0	0	0	0	+++	0
Maria Marconia dos Santos	++	B-2	B. P.	0	0	0	120/ 80	0	0	0	0	0	0	0	0
Augusto da Silva Barbosa	+	B-1	0	B. P. & B. A.	0	0	130/ 80	0	0	0	0	0	0	0	0
José de Brito	+	0	0	0	0	0	134/ 90	0	0	0	0	0	0	0	0
Eustaquio J. Santana	++	B-2	0	0	S. F. M.	0	96/ 68	++	0	0	0	0	0	++	0
Edwiges Maria dos Santos	++	B-2	B. P. & B. M.	0	S. F. P./S. F. M.	+	134/ 70	+	0	0	0	0	0	0	0
Arsenio Bispo da Cruz	+++	0	B. M.	B. P.	0	0	100/ 52	0	0	0	0	0	0	0	0
Francisco Sales de Moraes	++	B-2	0	B. M.	0	0	102/ 68	0	0	0	0	0	0	0	0
João Bispo dos Santos	+	0	0	B. P. & E. A.	S. F. M.	0	110/ 70	+	0	0	0	0	0	0	0
Luiz Bispo	+++	0	0	B. P. & B. A.	0	0	110/ 70	0	0	0	+	0	0	++	0
Maria Cristina	+	B-2	B. P.	B. M.	S. F. M.	+	100/ 60	+	+	0	+++	+	0	+++	0
Maria Elza Lima Ribeiro	++	0	B. P.	0	0	0	128/ 70	0	0	0	0	0	0	0	0
Octavio Pereira da Silva	+	0	0	B-1 & E-2	S. F. M.	+	115/100	+++	+	0	++	0	+	++	0
Olympio Soares	+	0	0	B-1 & B-2	0	0	110/ 75	0	0	0	+	0	0	++	0
Euzébio Gonzaga	++	0	B. P.	0	S. F. M.	0	90/ 50	++	0	0	++	0	+	++	0
Eugenio Francisco Sales	+	0	0	B-2	0	0	110/ 78	0	0	0	0	0	0	0	0
Domingas Dias Pereira	+++	0	E. P.	0	S. F. M.	0	118/ 70	0	0	0	0	0	0	0	0
Israel Santos	+	B-2	B. P.	B. M.	0	0	130/ 80	0	+	0	0	0	0	0	0
Arlindo Santana	+	0	B. A.	0	0	0	100/ 75	+	0	+	+	0	0	+	0
Francisco da Silva Mendes	++	B-2	B. P.	0	S. F. M./S. F. P.	0	170/ 80	0	0	0	0	0	0	0	0
Cosme Domingos dos Santos	++	B-2	B. P.	0	0	0	105/ 70	+	0	0	+	0	0	+	0
João Batista de Jesús	+	B-2	B. P.	0	0	+	110/ 60	0	0	0	0	0	0	0	0
Maria José Silva	+	0	0	0	0	0	100/ 65	0	0	0	0	0	0	0	0
José dos Santos	+++	B-2	E. P.	0	0	0	125/ 70	0	0	0	0	0	0	+	0
João de Oliveira	+	0	0	B-1 & B-2	0	0	110/ 80	0	0	0	0	0	0	+	+
Augusto A. S.	+	0	B. P.	B. M.	0	+	105/ 80	+	+	+	+	+	0	+	0
Pascoal Cunes Ferreira	+	0	B. P.	B. M.	0	0	110/ 66	+	0	0	0	0	0	+	0

(1) NOTAÇÕES: Fraco = ±
Moderado = +
Forte = ++
Muito forte = +++

(2) S. F. M. = Sistólico no foco mitral
S. F. P. = Sistólico no foco pulmonar

Doença de Chagas: Exame radiológico do coração e pedículo vascular

N O M E S	C O R A Ç Ã O						A O R T A	
	D L		D T		Á R E A		Índice volumétrico	D. Inter-trag.-pulm.
	Cms.	%	Cms.	%	Cms.2	%		
							Pedículo (D T)	
Isaltina Pires dos Santos	15,2	—	13,8	—	138	—	4,8	2,4
Lourenço Batista	15,7	+ 55,4	14,3	+ 28,8	147,5	+ 69,5	6,3	2,3
José Frederico da Silva		Prejudicados					6,7	3
Adelino Alves dos Santos	18,6	+ 61,7	18,0	+ 41,7	204	+ 80	6	3
Eneedito Silva	14,6	—	13,9	—	127	—	6,5	2,8
João Batista dos Santos	18,3	+ 51,2	19,2	+ 53,6	204,5	+ 73,3	9	2,8
Vicente Ferreira Mota	13,5	+ 26,0	12,7	+ 12	116	+ 20	5,3	—
Maria Marcionila dos Santos	14,1	+ 45,3	15,4	+ 43,9	129,5	+ 57,9	4,7	—
Augusto da Silva Barbosa	12,2	+ 4	11,2	— 1,8	90	— 5,7	—	2,5
Jesé de Brito	13,3	+ 19	13,8	+ 28	102	+ 19	5,4	2,6
Eustáquio J. Santana	16,5	+ 58,6	15,2	+ 27	152	+ 40	7,5	2,5
Edvíges Maria dos Santos	15,0	+ 40	13,9	+ 30	133	+ 48	5,4	—
Arsenio Bispo da Cruz	15,0	+ 57,3	12,7	+ 12,4	127	+ 47,6	4,7	2,4
Francisco Sales de Moraes	17,6	+ 72,5	16,4	+ 29	177	+ 80,0	5,3	2,6
Luiz Bispo	15,8	+ 58	15,1	+ 14,4	140	+ 35	—	—
Maria Cristina	16,5	+ 42	16,0	+ 48,8	145	+ 48	8	2,8
Maria Fiza L. Ribeiro	13,0	+ 44	11,0	— 13	89	0	5,5	2,1
Octavio Pereira da Silva	18,4	+ 73,6	17,9	+ 70	190	+ 98	8,3	3,0
Olimpio Soares	13,5	+ 18,4	12,7	+ 11,4	103	+ 1	5,2	2,5

QUADRO N. 6 — (Conclusão)

N O M E S	C O R A Ç Ã O						A O R T A		
	D L		D T		Á R E A		Pedículo (D. E.)	Índice Volumétrico	D. Inter- traq.-pulm.
	Cms.	%	Cms.	%	Cms.2	%			
Euzebio Gonzaga	17,6	+ 78	17,5	+ 65	122	+ 47	8,5	2,4	—
Eugenio Francisco Sales	14,6	+ 36,4,	13,0	+ 1,6	130	+ 20	5,9	—	2,4
Domingas Dias Pereira	16,0	+ 60	14,0	+ 10	155	+ 55	5,5	2,7	—
Celina Ferreira Santos	9,8	—	9,7	—	54	— 11	4,0	1,8	—
Elvira Freitas	11,6	—	11,0	—	77	— 1,3	4,4	1,9	—
Israel Santos	14,6	+ 40	17,0	+ 48	184	+ 53	5,8	—	2,6
Arlindo Santana	18,0	+ 60,7	16,8	+ 40	194	+ 85	10	3,2	—
Francisco da Silva Mendes	17,0	+ 65	15,5	+ 34,8	158	+ 70	7,2	—	2,7
Cosme Domingos dos Santos	20,0	+ 70	12,8	+ 59	241	+ 86,8	8,8	2,4	—
João Patista de Jesus	15,0	+ 35	13,0	+ 4	126	+ 15,6	6,3	2,2	—
José dos Santos	20,0	+ 75,4	18,0	+ 49	206	+ 90	10,3	2,5	—
João de Oliveira	10,2	+ 27,4	11,5	— 9,5	88	— 14,7	6,4	—	3,2
Augusto A. S.	16,0	+ 42,8	15,5	+ 23,3	155	+ 40	7,5	2,6	—
Pascoal Cunes Ferreira	15,5	+ 43,5	14,8	+ 16,5	145	+ 34,2	6,0	3,0	—
Ana Maria Matos	10,3		9,8		62				

Doença de Chagas: Sôrodiagnostico da sífile

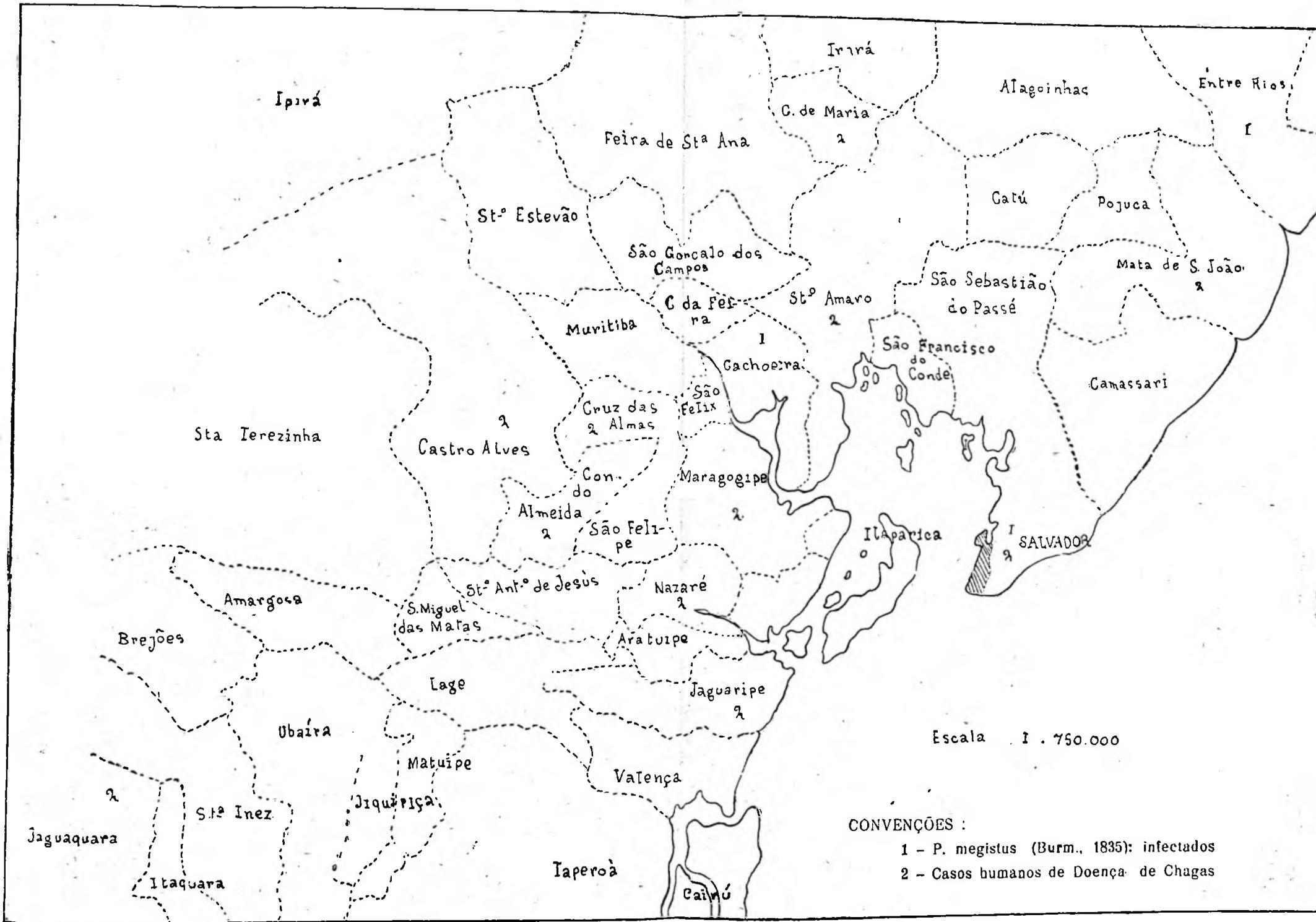
N O M E S	Kolmer-Wassermann	Kahn	Kline
Isaltina Pires dos Santos	Negativa		
José Frederico da Silva	+		
Adelino Alves dos Santos	++++		
José Batista dos Santos	++++		
Vicente Ferreira Mota	++ (1)	Negativa	Negativa
Maria Marcionista dos Santos	++++		
Augusto da Silva Barbosa	Negativa		
Eustáquio J. Santana	Anticomplementar	++	
Edwiges Marta dos Santos	Negativa		
Arsenio Bispo da Cruz	Anticomplementar	Negativa	
Francisco Sales de Moraes	+		
Luiz Espo	Negativa		
Maria Cristina	Negativa		
Maria Flza L. Ribeiro	Negativa		
Octavio Pereira da Silva	++++		
Olimpio Soares	Negativa		
Euzebio Gonzaga	Negativa		
Eugenio Francisco Sales			Negativa
Domingas Dias Pereira	Negativa		Negativa
Celina Ferreira Santos	Negativa		
Elvira Freitas	Negativa		
Israel Santos	Negativa		
Francisco da Silva Mendes	Negativa		
Cosme Dominges dos Santos	Negativa		
João Batista de Jesús	Negativa		
Maria José Silva			++++
José dos Santos	++++		
João de Oliveira	Negativa		
Augusto A. S.	Negativa		
Ana Maria de Matos	Anticomplementar	+	

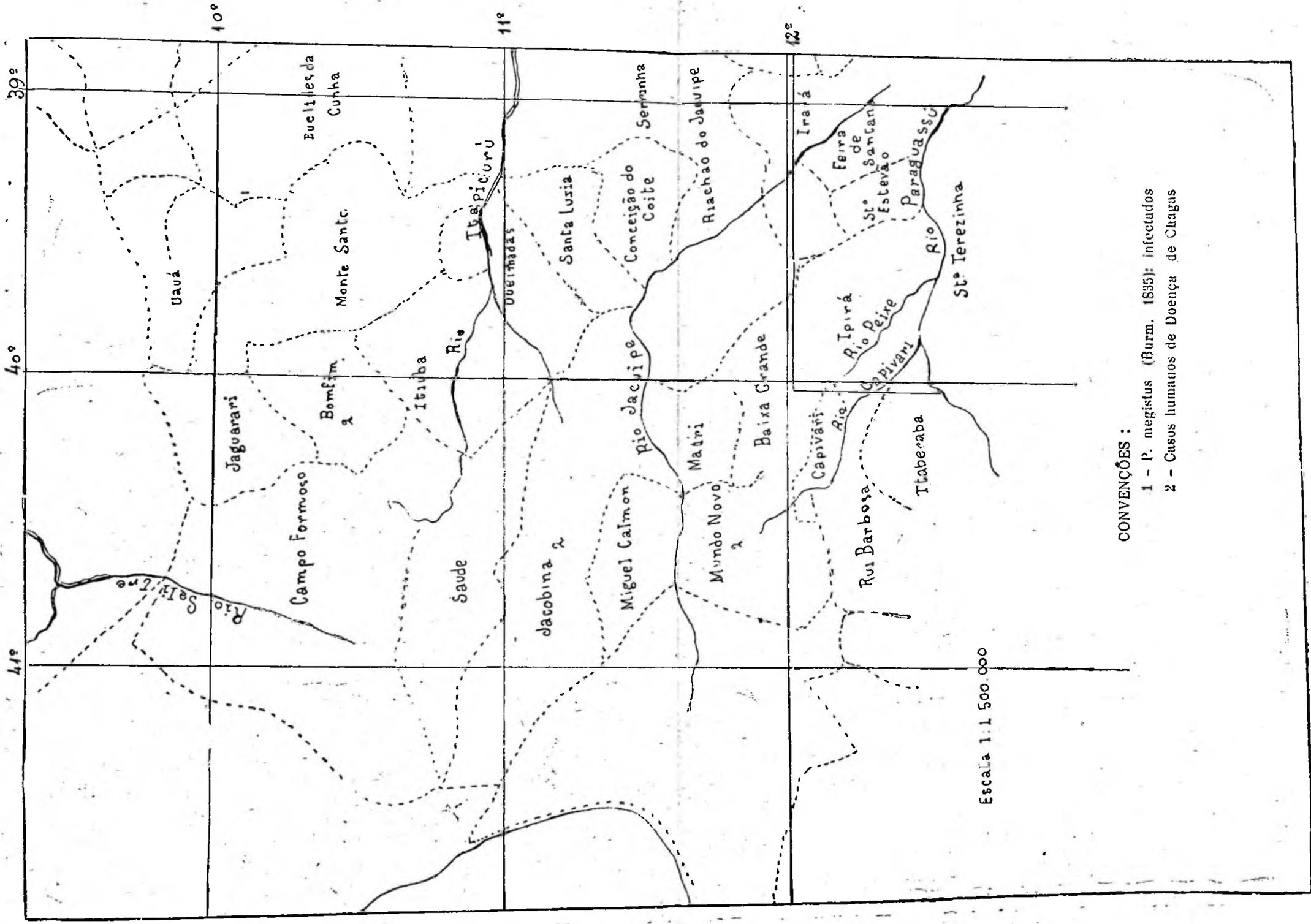
(1) Técnica de Arlindo de Assis.

Doenças de Chagas: Quadro hematológico

QUADRO N. 8

N O M E S	Hemecias por mm. ³	Hemoglo- bina correta (Sahl)	Relação globular	Valor globular	Leucocitos por mm. ³	Basófilos %	Eosinó- filos %	Mielócitos %	NEUTRÓFILOS			Linfócitos %	Monócitos %	Células plasmáticas %	de Tuerck %
									Jovens %	Bastão %	Segman- tadas %				
Isaltina Pires dos Santos.....	3.780.000	83%	1/609	1,2	6.200	—	4	—	—	14	42,5	26	6	—	—
José Frederico da Silva	4.490.000	108%	1/423	1,2	10.600	0,5	4	—	—	7,5	58	9,5	20,5	—	0,5
Avelho Alves dos Santos	—	—	—	—	4.400	—	5	—	—	12	54	19	10	—	—
Benedito Silva	4.250.000	105%	1/885	1,23	4.800	—	27,5	—	—	10,5	26,5	31	4	—	—
João Batista dos Santos	4.970.000	95%	1/671	0,95	7.400	1	15,5	—	—	5	40	33	4,5	—	0,5
Vicente Ferreira Mota	7.170.000	112%	1/1.629	0,78	4.400	0,5	31	0,5	—	6,5	22	34,5	5	—	—
—	3.500.000	97%	1/673	1,3	5.200	—	30	—	—	1	23,5	45	0,5	—	—
—	5.110.000	73%	1/672	0,74	7.600	—	18,5	—	—	5	25	49,5	2	—	—
Maria Marconilla dos Santos	4.070.000	94%	1/616	1,1	6.600	—	5	—	—	5	48,5	36,5	4,5	—	—
Augusto da Silva Erbosa	4.260.000	66%	1/468	0,91	9.100	—	12	—	—	6	05	11	8	—	—
Eustaquio J. de Santiana	2.220.000	72%	1/482	1,6	4.600	—	18	—	—	10,5	33,5	34,5	3,5	—	—
Edwiges Maria dos Santos	5.820.000	120%	1/1.711	1	3.400	—	13,5	—	—	22	48	16	—	—	—
Arsenio Bispo da Cruz	—	—	—	—	—	1	12,5	—	—	7,5	34,5	41,5	3	—	0,5
Francisco Sales de Moraes	—	—	—	—	—	—	6,5	—	—	4,5	61	26,5	1,5	—	—
João Bispo dos Santos	4.750.000	128%	1/1.484	1,3	3.200	—	14,5	—	—	2,5	30	42,5	1	—	—
Luiz Bispo	5.010.000	90%	1/1.565	0,89	3.200	—	15	—	—	0,5	17,5	24	1,5	—	—
Maria Cristina	3.590.000	68%	1/854	0,94	4.200	—	1,5	—	—	0,5	55	24	1,5	—	—
Maria Eiza L. Ribeiro	4.660.000	90%	1/1.437	0,96	3.200	—	2,5	—	—	18	70	46	3,5	—	—
Otávio Pereira da Silva	4.240.000	70%	1/706	0,82	6.000	—	11	—	—	10	32,5	26	0,5	—	—
Olimpio Soares	7.270.000	92%	1/1.298	0,63	5.600	—	8	—	—	10	50,5	30	1,5	—	—
Euzébio Gonzaga	4.520.000	78%	1/628	1	7.200	2	2,4	—	—	—	64	6	4	—	—
Domingas Dias Pereira	4.140.000	78%	1/1.035	0,94	4.000	—	3,5	—	—	12,5	43,5	36,5	4	—	—
Israel Santos	3.950.000	84%	1/1.316	1	3.000	—	33	—	—	16	30	10,5	2,5	—	—
Arlindo Santana	3.800.000	47%	1/655	0,61	5.800	—	3	—	—	43	38,5	13,5	2	—	—
Cosme Domingos dos Santos	4.190.000	80%	1/855	0,95	4.200	—	6	—	—	9	42	40,5	2	—	—
João Batista de Jesus	5.070.000	87,5%	1/492	0,8	10.300	—	2,3	—	—	1	52	23	1	—	—
José dos Santos	4.680.000	76%	1/900	0,81	5.200	—	9	—	—	2	41,5	47	0,5	—	—
José dos Santos	5.480.000	76%	1/1.611	0,69	3.400	—	4	—	—	22	39	33	2	—	—
Pascoal Cunes Fereira	4.370.000	62%	1/496	0,79	8.800	—	4,5	—	—	10,5	39,5	44,5	1	—	—
Ana Mariá de Matos	3.825.000	88%	1/873	1,1	4.400	—	2,5	—	—	32	40	22,5	1	—	2,5
—	—	—	—	—	11.000	—	12,5	—	—	9	36,5	41,5	0,5	—	—





CONVENÇÕES :

- 1 - P. megistus (Burm. 1835): infectados
- 2 - Casos humanos de Doença de Chagas

COMENTARIOS

Com os elementos que conseguimos reunir nas paginas anteriores, fica demonstrado que a doença de Chagas não é rara no Estado da Bahia e existe até dentro da propria Capital. Constitui, portanto, um grave problema sanitario que fica a exigir a imediata atenção dos poderes publicos, impondo medidas cuja execução se torna um dever impreterivel á inspição civica e aos principios de humanidade.

O numero de especies de triatomideos registadas no Estado da Bahia, segundo Neiva e Lent (20), sobe a dez, assim discriminadas:

Triatoma brasiliensis (Neiva, 1911)

Panstrongylus geniculatus (Latreille, 1811)

Triatoma infestans (Klug in Meyen, 1834)

Panstrongylus lutzi (Neiva & Pinto, 1923)

Eutriatoma maculata (Erichson, 1848)

Panstrongylus megistus (Burmeister, 1835)

Triatoma melanocephala (Neiva & Pinto, 1923)

Triatoma rubrofasciata (De Geer, 1773)

Eutriatoma rubrovaria (Blanchard in Blanchard e Brullé, 1843)

Eutriatoma sordida (Stal, 1859)

De todas essas especies consignadas por Neiva e Lent, apenas logramos encontrar uma: *Panstrongylus megistus*

(20) Neiva (A.) e Lent (H.): Sinopse dos Triatomideos, Rev. de Entomologia, Vol. 12, fasc. 1-2, Julho de 1941.

(Burmeister, 1835). Isso tem a sua explicação em duas circunstâncias: o numero relativamente ainda baixo de triatomídeos examinados, neste inquerito preliminar, e, de outra parte, a grande frequência com que tal especie é encontrada. Assim, em Minas Gerais, onde existem 13 especies, Martins, Versiani e Tupinambá (21), analisando 7.326 "barbeiros", encontraram apenas 5 especies das consignadas e, dentre esses insectos examinados, 79,8% eram *P. megistus*, mostrando-se infectados na proporção de 41,25%.

O numero total e a percentagem de insectos examinados, segundo sexo e estádios, podem ser assim distribuidos:

	Examinados	Infectados	Percentagem
Machos	149	32	21,5%
Femeas	142	42	29,6%
Ninfas	118	25	21,1%
Larvas	33	2	6,0%
Total	442	101	22,85%

Os triatomídeos examinados procediam de 5 municipios, tendo sido encontrados exemplares infectados pelo *S. cruzi* nos seguintes: Salvador, Cachoeira, Conceição da Feira, Alagoinhas, Santo Amaro.

Não temos a menor duvida que com o prosseguimento desses trabalhos, realizados em proporções bem maiores, a área de distribuição do *S. cruzi* há de tornar-se cada vez mais ampla e incluir-se-ão na lista muitos outros municipios. Basta lembrar que já, em 1942, Pondé, Mangabeira Filho e Jansen (22) tinham assinalado no Município de Jacobina, no nordeste do Estado, não somente 2 casos, sem sinais clinicos de doença de Chagas,

(21) Martins (A.), Versiani (V.) e Tupinambá (A.): Estudos sobre a Tripanosomiase americana em Minas Gerais, Brasil. Mem. Inst. Osw. Cruz, 35(2): 285-301, 1940.

(22) Pondé (R.), Mangabeira Filho (O.) e Jensen (G.): Alguns dados sobre a leishmaniose visceral americana e doença de Chagas no Nordeste Brasileiro, Mem. Inst. Osw. Cruz, 37(3):333-352. 1942.

mas com xenodiagnóstico positivo, como também exemplares de *P. megistus* infectados e um cão portador de *S. cruzi*.

No município de Salvador, os insetos infectados foram encontrados, dentro da zona urbana, nos seguintes distritos: Brotas, Nazaré, Sé e Vitoria.

Em duas residências, no Alto das Pombas (distrito da Vitória), onde encontramos exemplares de *P. megistus* infectados, duas moradoras (Obs. XXIV e XXV) numa casa e uma (Obs. XXX) noutra casa, embora não apresentassem manifestações clínicas da doença de Chagas, deram a reação de fixação do complemento positiva, com o antígeno de Davis. Uma delas teve, ainda, a reação de fixação positiva, com a fração de polisacarídeo (Obs. XXV). E, outra, que tinha esta reação negativa, com a fração de polissacarídeo, deu xenodiagnóstico positivo. Em nenhuma, o interrogatorio apurou um quadro clínico pregresso que pudesse ser atribuído à fase aguda inicial da doença de Chagas.

Na zona suburbana foram encontrados exemplares infectados em Itapoã e na Ilha de Maré. Desta ultima, procede também um de nossos doentes.

Esses insectos são vulgarmente conhecidos, em nosso meio, pelas seguintes designações: *percevejo francês*, *percevejo do sertão*, *chupão*, *fincão*, *furão*, *carangonzo*. Na zona de Jacobina, Pondé, Mangabeira Filho e Jansen assinalaram ainda as designações *gaturana* e *quiche do sertão*. Na Bahia, entre os meios populares, os triatomídeos não são habitualmente conhecidos pelo termo "barbeiro", como no Estado de Minas Gerais.

Em quadro à parte, registamos a procedencia dos doentes, local onde deveriam com probabilidade ter-se infectado. Em alguns casos, escapou a apuração da procedencia, conhecendo-se apenas a ultima residencia. Mas, mesmo assim, por ali se vê que a ocorrencia de casos humanos da doença de Cha-

gas pôde ser identificada nos seguintes Municípios (23): Salvador, Cruz das Almas, Maragogipe, Coração de Maria, Jaguaripe, Afonso Pena, Bomfim, Santo Amaro, Mata de São João, Jaguaquara, Castro Alves, Cachoeira, Mundo Novo.

Ora bem; somando-se os municípios em que foram registados os casos humanos (incluindo-se o de Jacobina, com a verificação de Pondé, Mangabeira Filho e Jansen) com aqueles em que foi apurada a ocorrência de triatomídeos infectados, chega-se à conclusão que em 16 municípios do Estado da Bahia existe seguramente a doença de Chagas. Insistimos em que esse numero ainda está aquém da realidade, porque de certo a continuação dos estudos irá revelar a contaminação de muitas outras regiões.

O xenodiagnostico foi praticado em 33 casos, tendo sido positivo 10 vezes, o que dá uma percentagem igual a 30,3%. Emanuel Dias (24) obteve 14,15% de positividade para o xenodiagnostico e Romaña e Cossio (25) encontraram 34,6%. Em nossos casos com xenodiagnostico positivo e nos quais a reação de fixação do complemento, com o antígeno de Davis, foi executada, essa se mostrou sempre positiva (obs. IV, XVI, XXIV, XXVIII, XXXVII). Nestes mesmos casos, quando a reação foi feita, empregando-se a fração de polisacarídeo (o que ocorreu tres vezes) essa foi positiva só num doente.

Em 33 casos, a reação de fixação do complemento, com o antígeno de Davis, foi positiva. Como também poder-se-á ver, esta reação deixou de ser executada em 4 casos. Nestes entretanto, a doença foi positivada pelo xenodiagnostico. Em 19 casos, a fixação do complemento foi contemporaneamente feita com o antígeno de Davis e com a fração de polisacarídeo.

(23) Decreto n.º 11089 de 30 de Novembro de 1938, Divisão Territorial do Estado da Bahia.

(24) Dias (Emanuel): Um ensaio de profilaxia de moléstia de Chagas, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1945.

(25) Romaña (C.) e Cossio (F.): Formas crônicas cardíacas de la enfermedad de Chagas, Anales del Inst. de Medicina Regional, 1: 9-91, 1944, Tucuman, Argentina.

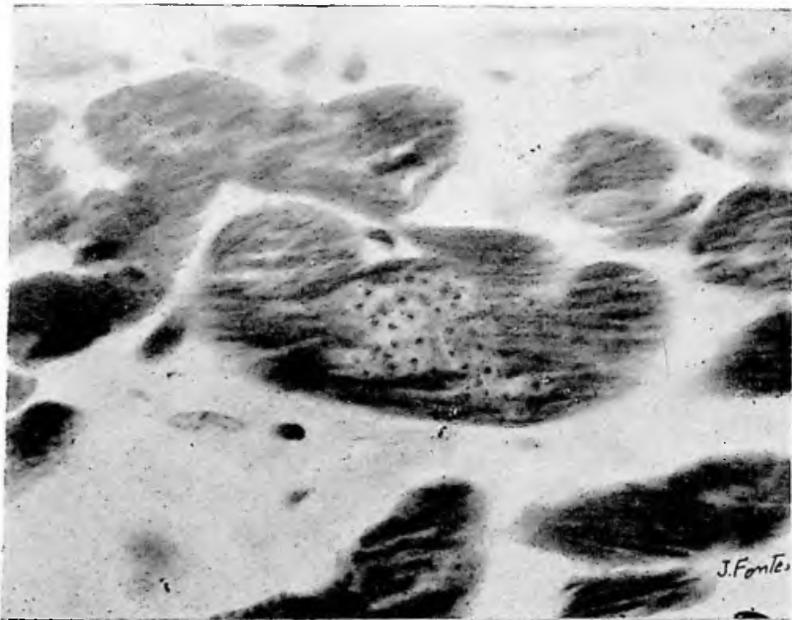


Fig. 105: Obs. II: Lourenço Batista. P. C. 13.300. Imersão 900 x. Hematoxilina-eosina. Negativo n.º 544. Aglomerado parasitário no interior da fibra cardíaca (*S. cruzi*). Gentileza dos Drs. Pena de Azevedo e Eitel Duarte.

Fig. 105 — Case II: Lourenço Batista. P. C. 13.300. Immersion 900 x H. E. Negative n. 544. Parasitic cluster inside cardiac fiber. (*S. cruzi*). Courtesy of Drs. Pena de Azevedo and Eitel Duarte.



Fig. 106: Obs. II: Lourenço Batista. 60 x. P. C. 13.300. Negativo n.º 545. Miocardite crônica (doença de Chagas). Gentileza dos Drs. Pena de Azevedo e Eitel Duarte.

Fig. 106 — Case II: Lourenço Batista. 60 x P. C. 13.300 Negative n. 545. Chronic Myocarditis (Chagas' disease). Courtesy of Drs. Pena de Azevedo and Eitel Duarte.



Fig. 107: Obs. IV: Adelino Alves dos Santos. 100 x P. C. 13.544. Parafina H. E. Negativo n.º 546. Miocardite crônica, espessamento do endocárdio (Gentileza dos Drs. Pena de Azevedo e Eitel Duarte).

Fig. 107 — Case IV: Adellino Alves dos Santos. 100 x P. C. 13.544. Paraffin H. E. Negative n. 546. Chronic myocarditis, thickening of endocardium. (Courtesy of Pena de Azevedo and Eitel Duarte).

Com essa ultima, a reação foi negativa 5 vezes. Na observação XXIV, ainda o xenodiagnostico foi positivo, alem da fixação com o antígeno de Davis.

As reações de precipitação e aglutinação foram realizadas somente no caso agudo (Obs. XXXVII), pois que nessas formas é que tem oportunidade; ambas, com resultado positivo — a primeira fortemente e, a segunda até o titulo de 1/5.120(+++).

Algumas vezes, o interrogatorio recolheu informações que podem levar à suspeita da occorrença progressa do complexo oftalmico e, num deles, apurou-se a referencia de um provavel chagoma de inoculação, na perna. Noutros, porem, nada se apurou que fizesse pensar nas manifestações do periodo agudo inicial da doença.

Dos casos referidos no presente trabalho, quatro foram autopsiados pelo Prof. Coelho dos Santos. Fragmentos do coração foram remetidos ao Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, para exame, que foi realizado (como já o dissemos) pelos drs. Pena de Azevedo e Eitel Duarte. Em um, encontraram-se aglomerados parasitarios no interior da fibra cardiaca. Em outro, o quadro histologico que foi analisado, embora sem a presença do *S. cruzi* nos cortes estudados, correspondia ao que se observa na miocardite de Chagas. Nos restantes, o aspecto das lesões não era característico.

O sorodiagnóstico da sífilis foi feito em 29 casos, sendo que em 25 doentes pela reação do tipo Kolmer-Wassermann, uma vez pela tecnica de Arlindo de Assis; a reação de Kahn foi praticada em 3 casos e a de Kline em 4. Nas observações XI e XIII, o soro se mostrou anticomplementar e o exame se limitou apenas à reação de Kahn.

Em 10 casos os resultados foram positivos. A tecnica de Kolmer-Wassermann deu 5 vezes a reação fortemente positiva (++++) e duas vezes fracamente (+); a de Arlindo de

Assis deu reação com ++. As de Kahn e Kline, feitas isoladamente, foram positivas apenas uma vez.

O exame hematológico foi realizado em 28 casos, incluindo neste rol a forma aguda. Ezequiel Dias (26), a quem se devem estudos hematológicos fundamentais sobre a doença, concluiu que a leucocitose é diminuta nos casos agudos e, excepcional nas infecções crônicas. Ha na fase aguda — continua o mesmo pesquisador — linfocitose pronunciada, que diminue com os progressos da infecção.

Nos casos antigos, verificou eosinofilia, diminuta basofilia e o aparecimento de mielocitos eosinofílicos. Não registou anemia globular, posto haja certo decrescimento da quota de hemoglobina e densidade do sangue.

No caso agudo, que coligimos, é para chamar atenção a moderada leucocitose, com sensível linfocitose, assim como observára Ezequiel Dias. A hipoglobulia foi discreta.

Nas formas crônicas agora estudadas, não nos sentimos autorizados a tirar uma conclusão, em face da concorrência de outras condições etiológicas.

Relativamente à idade, a maior frequência de nossos casos orçou entre 21 e 40 anos, sendo que os indivíduos mais jovens tinham 8 anos e, o mais velho, 48. Nos doentes com cardiopatia crônica, a menoridade encontrada foi a de 16 anos. Em 36 casos de doença de Chagas (na obs. V, escapou a verificação de idade), encontramos a seguinte distribuição,

entre 5 e 10 anos	3 casos
'entre 11 e 20 anos	4 casos
entre 21 e 30 anos	17 casos
entre 31 e 40 anos	9 casos
entre 41 e 50 anos	3 casos
	<hr/>
	36 casos

(26) Dias (Ezequiel): Moléstia de Carlos Chagas. Estudos hematológicos, Mem. Inst. Osw. Cruz, 4: 34-61, 1912.

SINTOMATOLOGIA. — A sintomatologia da esquizotripanose deverá ser analisada, de acordo com a classica divisão estabelecida inicialmente por Carlos Chagas, que distinguiu a forma aguda e as formas crônicas da doença.

a) *Forma aguda* — De acordo com Talice e colaboradores (27), a forma aguda comporta a distinção, de real interesse pratico, em dous, quadros clinicos: um, em que o edema comparece; outro, em que o edema está ausente. Daí, formas edematosas e não edematosas.

Entre as primeiras, podemos ainda distinguir duas categorias de doentes: a) aqueles em que o sintoma inicial é o edema e, por isso é que procuram o medico; b) doentes, em que o edema se apresenta, depois de um periodo infeccioso previo, datando de varios dias.

No primeiro grupo desses doentes, em que o edema é o sintoma inicial, é que se incluye o caso XXXVII desta serie. O edema bipalpebral tem as características do sinal de Romãña. A conjuntivite, que é um sintoma raro (Talice), não faltou; e, ainda apuramos o sinal de Mazza e Benítez: a inflamação da glandula lacrimal accessoria. Nem faltaram, tambem, as adenopatias regionais, extendendo-se mesmo o enfartamento ganglionar até às axilas. A febre do tipo remitente e com exacerbações vespertinas, era bem tolerada e não se acompanhou de caefrios. O figado e o baço estavam aumentados de volume. Note-se que nesse caso já se notavam sinais de sofrimento cardiaco: aumento da area desse orgão, apurado ao exame clinico e radiologico, extra-sistolia.

b) *Formas crônicas*. — As formas crônicas se caracterizam pela predominancia de certos sintomas e sinais, de acordo com a localização preferencial das lesões (Chagas). Dous formas estão bem identificadas: a cardiaca e a nervosa. O ca-

(27) Talice (R. V.); Costa (R. S.); Rial (B.); e Osimani (J. J.): Enfermedad de Chagas (Tripanosomiase americana). Monogr. do Inst. de Higiene da Fac. de Med. de Montevideo, 1940.

pitulo referente às formas glandulares ainda está a merecer cuidadoso estudo. Neste particular, o que se pode afirmar como liquido e certo é que o *bócio endemico*, ao qual Chagas, nos seus estudos iniciais, atribuiu uma das manifestações da esquizotripanose, nenhuma relação tem com a molestia. Os estudos anatomicos de Pena de Azevedo (28) demonstraram que o bocio nesses casos pertencia aos tipos comumente observadas em outras regiões do globo. Nas formas crônicas que estudamos, algumas vezes a tireoide se mostrou um pouco aumentada de volume, mas sem sinais clinicos evidentes de perturbação funcional da glandula.

Vamos ocupar-nos, com mais vagar, da forma cardiaca uma vez que da forma nervosa não temos experiencia. Apenas podemos salientar que, no grupo de casos com cardiopatia crônica, um apresentava (Obs. XVIII) atrazo fisico e mental, não havendo correspondencia entre essas idades e a cronologica (29).

Sintomas subjectivos. — Esses decorrem ou da insuficiencia cardiaca, ou das alterações do ritmo, tão frequentes na doença de Chagas, como dentro em pouco passaremos a ver.

As palpitações constituem um dos sintomas subjectivos mais comuns. Descrevem-nas os doentes, em geral, pelos termos *baticum no coração* e nunca empregam, em nosso meio, a expressão *batedeira*, tão usada no interior do Estado de Minas

(28) Azevedo (A. P.): *Histologia patológica da glandula tireoide na forma aguda da moléstia de Chagas (Tripanosomiase americana)*, Mem. Inst. Osw. Cruz, 27:93-122, 1933.

IDEM: *Histologia patológica da glandula tireoide na forma crônica da doença de Chagas (Tripanosomiase americana)*. Folha Médica, 17:138, 1936.

(29) Colares Moreira (J. V.): *A forma nervosa da moléstia de Chagas*, Tese de doutoramento, 1925. Rio de Janeiro.

Villela (E.): *Moléstia de Chagas — Descrição clinica*, 3.^a parte. Forma nervosa. Folha Med., 4:49-52, 1923.

Villela (E.) e Torres (C. M.): *Estudo histo-patológico do sistema nervoso central em paralisia experimental determinada pelo Schizotrypanum cruzi*, Mem. Inst. Osw. Cruz, 19(2):, 1926.

Villela (E.) e Villela (E.): *Elemento do sistema nervoso central parasitado pelo Trypanosoma cruzi*, Mem. Inst. Osw. Cruz, 26:77, 1932.

Gerais. Surgem em repouso, ou em movimento, após mesmo um pequeno esforço, ou subitas emoções. Representam a sensação desagradável ou incomoda dos batimentos cardíacos, que os doentes experimentam, por ocasião das arritmias. Às vezes, tal impressão é traduzida ainda pelo termo "avexame", vocabulo este aliás de significação um tanto elastica e que pôde traduzir também angustia epigástrica ou precordial, opressão, irritabilidade, desfalecimento.

A dispneia é outro sintoma por igual muito frequente, a assinalar a descompensação cardíaca e variando a intensidade daquela com o grau desta. Nas formas mais leves, aparece somente após o esforço, para se tornar continua, presente mesmo em repouso, nos graus adiantados.

As dores precordiais não são raras. Encontramo-las 14 vezes, em 36 casos da forma crônica, o que vale dizer representa 39% da casuística. Não tinham as características dos fenómenos anginosos. É possível que dependam, na maioria das vezes, da ocorrência de extrasístoles. As tonturas e vertigens são muito encontradas (44.5% dos casos) e explicáveis pela deficiência de irrigação sanguínea dos centros nervosos, na vigência de várias arritmias, como sejam a extra-sistólica, a taquicardia paroxismica, bloqueio auriculo-ventricular. Os ataques sincopais foram registados 6 vezes em nosso material de observação. Destes doentes, cinco apresentavam bloqueio A-V completo. A sensação de fadiga é uma queixa que raramente falta; e o peso ou dor no hipocondrio direito decorrem da estase hepática.

Queremos também sublinhar o fato já assinalado, (30) que não é excepcional encontrarem-se indivíduos, com o estado geral relativamente bom, conservando ainda certa capacidade de trabalho, sem manifestação subjectiva de espécie

(30) Romaña (C.) e Cossio (F.): Formas crônicas cardíacas de la enfermedad de Chagas, Anales del Instituto de Medicina Regional, 1:9-91, 1944, Tucuman — Argentina.

alguma, tudo a contrastar com a gravidade das lesões que o exame depois revela e, em particular, o eletrocardiografico.

Exame objectivo — A insuficiencia cardiaca na forma cronica da doença de Chagas se apresenta umas vezes pela síndrome de insuficiencia das cavidades direitas e, isso é o mais comum; outras vezes, é a forma inicialmente bilateral, a claudicação simultanea de ambos os ventriculos, a que se observa.

A compensação pode estabelecer-se com relativa facilidade; mas, pouco tempo depois reaparece a assistolia, para atender outra vez ao tratamento e, assim nessas alternativas, até se tornar irreduzível.

Os sinais de estase hepatica são precoces e os edemas ficam na dependencia de formas mais avançadas da insuficiencia cardiaca. A cianose não se regista com muita frequencia e é pouco acentuada quando ocorre. A pressão arterial se mostra dentro dos limites normais, ou então moderadamente baixa. Apenas em uma observação (Obs. XXVII), havia coexistencia de hipertensão arterial. Nem uma só vez, encontramos alternancia do pulso. Nos casos com bloqueio A-V total, encontra-se o choque da ponta forte e extenso. Entretanto, nas obs. XXVI e XXX, o *ictus cordis* era fraco e difuso. Isso acontece quando ha predominancia da dilatação cardiaca, ficando moderada a hepertrofia muscular.

Em 18 de nossas observações, o choque da ponta se mostrou de fraca intensidade, ou moderada; em 5, era de intensidade forte e, uma só vez (Obs. XV), foi muito forte.

O abafamento das bulhas é um achado frequente. E. Chagas refere ter encontrado em alguns casos a bulha mitral

(31) Chagas (E.): Forma cardiaca da tripanosomiase americana. Tese de livre-docencia, Rio de Janeiro, 1930.

quase inaudível (31). Consideramos a hiperfonese pulmonar também uma ocorrência comum, o que fica de acordo com a verificação de E. Villela (32) e Dias, Laranja e Nobrega (33). O mesmo pôde-se dizer, em relação ao desdobramento da segunda bulha, o que é fácil compreender em vista da alta incidência do bloqueio intraventricular na miocardite crônica esquizotripanózica. O sopro de inoclusão mitral funcional aparece com a insuficiência cardíaca. O ritmo de galope foi verificado em 5 casos. Somente num (Obs. XXX), eram discretas as manifestações da insuficiência cardíaca.

Exame radiológico — Na cardiopatia crônica esquizotripanozica, o aumento da área cardíaca varia dentro de largos limites. Em certos casos, mesmo com bloqueio de ramo direito (Obs. XX, Obs. IX, por ex.), ocorre faltar a modificação da área. Noutros, o aumento pode ser considerável, correspondendo naturalmente a um grau muito mais avançado do processo. Em geral, os maiores aumentos se verificaram nos casos com insuficiência cardíaca congestiva, ou bloqueio A-V total. Entretanto, na Obs. XVIII, não se registou esse aumento da área cardíaca, embora houvesse bloqueio A-V total. De um modo geral, observa-se a predominância do diâmetro longitudinal da figura cardíaca sobre o diâmetro transversal. A sombra aortica não se modifica na doença de Chagas e, quando modificações se registem desse aspecto, essas devem correr por conta de processos de outra origem.

Estudo eletrocardiográfico: O estudo eletrocardiográfico da esquizotripanose americana foi realizado inicialmente através dos trabalhos de Chagas e Villela, que chamaram a atenção para a frequência e intensidade das desordens do ritmo cardíaco nas formas crônicas. Assinalaram a importância dos dis-

(32) Villela (E.): Moléstia de Chagas — Descrição clínica. 2.^a parte. Folha Médica, 4:41-45, 1923.

(33) Dias (E.), Laranja (F. S.) e Nobrega (G.): Doença de Chagas, Mem. Inst. Osw. Cruz, 43(3):495-582, 1946.

túrbios da condução e na formação do estímulo, salientando entre estes a frequência das extra-sístoles ventriculares e a gravidade ainda maior que assume o prognóstico, se a fibrilação ou o "flutter" auriculares se instalam. Estudando os diversos tipos de bloqueio auriculo-ventricular, observaram que a frequência desses distúrbios na esquizotripanose é maior do que em qualquer outro tipo de cardiopatia. "Em outras doenças essas alterações têm sido verificadas; em nem-uma, porém, com a frequência aqui registrada e com os aspectos múltiplos e evolutivos que podem ser surpreendidos na tripanosomiase. E de tal modo assim é que poderíamos caracterizar essa entidade como a doença, por excelência, das alterações do ritmo, e especialmente do pulso lento". (34)

Os trabalhos ulteriores de Evandro Chagas (35) confirmaram essas conclusões, e ainda mais, tiveram em consideração as modificações dos complexos auriculares e ventriculares, "em geral associadas a diferentes tipos de arritmias, e essa associação — contínua — está plenamente de acordo com a intensidade e a extensão das alterações anatómicas de que é sede o coração". Mazza (36) descreve, em 15% de seus casos, alterações eletrocardiográficas, que atribue "a uma defeituosa irrigação coronária". Romaña e Cossio (37) estudando a cardiopatia crônica da doença de Chagas observaram, da análise de 31 traçados, que 22 mostravam bloqueios intraventriculares, ou seja 71%; o bloqueio auriculo-ventricular (completo e incompleto) ia a 22% e os transtornos da excitabilidade chegavam a 38,3%, apenas. Dias, Laranja e Nobrega

(34) Chagas (C.) e Villela (E.): Forma cardíaca da tripanosomiase americana, Mem. Inst. Osw. Cruz, 14:5-61, 1922.

(35) Chagas (E.): Forma cardíaca da tripanosomiase americana. Tese de Hvre-docencia, Rio de Janeiro, 1930.

(36) Mazza (S.), Miyara (S.), Basso (G.) e Basso (R.): Primer quinquenio de la investigación por la MEPRA de la enf. de Chagas en la provincia de Mendoza, 1941.

(37) Romaña (C.) e Cossio (F.): Formas crónicas cardíacas de la enfermedad de Chagas, An. Inst. Med. Reg., Tucuman, 1:9-91, 1944.

(38) fizeram uma análise exaustiva das alterações eletrocardiograficas nas formas crônicas da doença de Chagas, em casos coligidos no Centro de Estudos e Profilaxia desta infecção em Bambuí, Estado de Minas Gerais. Em 183 casos, notaram alterações do traçado em 90 doentes, o que dá uma cifra de 49,2%. Sòmente em 11% dos casos, faltavam os disturbios da formação ou da propagação do estímulo e as alterações do traçado se limitavam a anomalias do complexo ventricular.

Foram esses autores os primeiros que referiram à elevada incidencia do bloqueio de ramo direito, que esteve presente em 39% dos traçados anormais (35 casos) e orçam em 18% do total de casos examinados. Não tiveram ocasião de registrar um só caso com bloqueio de ramo esquerdo, ocorrência esta que também confirmaram nossas observações. Nos 36 casos de forma crônica da doença de Chagas reunidos no presente trabalho, apenas em um deixamos de fazer o estudo eletrocardiografico, por ter a doente se ausentado para o interior do Estado (Obs. XXXII). Dos outros 35 casos crônicos em que foi feito esse estudo, dous tinham o traçado normal (Obs. XXIV e XXV). Nos demais, o traçado era anormal. Desses 33 doentes, em 78,8% (26 casos) notavam-se disturbios da propagação do estímulo (auriculo-ventricular e intraventricular) e, em 54,6% (18 casos), apresentavam-se disturbios da formação do estímulo, havendo em 45,5% (15 casos) associação de ambas as perturbações do ritmo. Sòmente em 12% (4 casos), as alterações eletrocardiograficas se limitaram a anormalidades do complexo ventricular, sem haver alterações do ritmo cardíaco.

Apresentamos, no quadro abaixo, a discriminação das diferentes alterações eletrocardiograficas e a frequência com que elas se verificaram nos 33 casos com miocardite crônica:

(38) Dias (E.), Laranja (F.) e Nobrega (G.): Doença de Chagas, Mem. Inst. Osw. Cruz, 43(3):495-581, 1946.

- | | |
|---|----------|
| 1) Bloqueio A-V do 1.º grau | 2 vezes |
| 2) Bloqueio A-V do 2.º grau | 4 vezes |
| 3) Bloqueio A-V total | 11 vezes |
| Com QRS do tipo BRD | 8 vezes |
| Com QRS do tipo BRE | 2 vezes |
| Sem alargamento do QRS ... | 2 vezes |
| Com variabilidade na origem
do ritmo idio-ventricular .. | 4 vezes |
| 4) Bloqueio intra-ventricular: | |
| a) de ramo direito | 13 vezes |
| b) de ramo esquerdo | 0 |
| 5) Outras alterações do complexo ventricular: | |
| Alterações do QRS (Baixa vol- | |
| tagem, espessamento, entalhes, | |
| etc.) | 9 vezes |
| Alterações primarias de S-T e T.. | 31 vezes |
| 6) Distúrbios da formação do estímulo: | |
| a) Extra-sístoles: Auriculares | 1 vez |
| Nodais | 1 vez |
| Ventriculares | 18 vezes |
| b) "Flutter" auricular | 1 vez |
| c) Taquicardia paroxismica: Supraven- | |
| tricular | 1 vez |

Distúrbios da condução do estímulo: Na presente série de casos analisados, somente por duas vezes — comp se vê no quadro acima — encontramos o bloqueio A-V do 1.º grau. Entretanto, a verificação dos observadores que nos precederam consignou a este distúrbio uma grande frequência. A controversia é fácil de explicar, se admitirmos que nossas observações incidiram em períodos já avançados na evolução da cardiopatia chagásica. Daí, a raridade do registo. Dias, Laran-

ja e Nobrega assinalaram alta percentagem de tal anormalidade (72,7% dos traçados anormais) em individuos com menos de 5 anos de infecção, o que lhes sugeriu ser essa "uma das mais precoces manifestações eletrocardiograficas de alteração miocardica na esquizotripanose". E, mais ainda, esse mesmo disturbio da condução mostrou acentuado predominio nos grupos de baixa idade (5 a 20 anos). Ora bem, mesmo nas duas observações advertidas na serie agora publicada, já se achava a lesão miocardica em fase adeantada. Assim, numa delas (Obs. IV), o traçado mostrava ademais bloqueio de ramo direito, episodios de bloqueio A-V do 2.º grau e o doente veio a falecer, na enfermaria, com uma insuficiencia congestiva irreduzível. No outro caso, as lesões estão muito menos avançadas, é claro: o alongamento do P-R somente se manifesta, depois de um batimento prematuro, mas tambem em certo trecho regista-se o bloqueio de uma contração auricular e a propria historia clinica da paciente (Obs. XXIII) leva a crer que a infecção já deva datar de bastante tempo; pelo que, o processo não poderia ser incipiente.

O bloqueio A-V de 2.º grau foi encontrado em 12% dos casos. Duas vezes ocorreu episodicamente. No terceiro caso, o bloqueio, que era do tipo 2: 1, não comparece mais no segundo traçado, quase quatro meses depois. No ultimo, o espaço P-R aumenta progressivamente, até que uma onda auricular deixa de ser acompanhada por um complexo ventricular, após o que recomeça o mesmo ciclo de alongamento do P-R (periodos de Wenckebach). Em duas vezes, estava associado a bloqueio intraventricular.

O bloqueio A-V total foi encontrado na proporção de 33,4% dos casos, o que mais uma vez demonstra a alta incidencia em que ocorre essa arritmia na miocardite cronica da doença de Chagas, *maior do que a encontrada em qualquer outro tipo etiológico de cardiopatia.*

O ritmo auricular quase sempre se mostrou de origem sinusal, ocorrendo entretanto com frequencia o registo de alterações dos complexos auriculares. Em uma das observações o "flutter" auricular substituiu o ritmo sinusal, presente ainda no primeiro traçado. Neste caso, a area cardiaca estava consideravelmente aumentada (+ 73,3%). De passagem seja dito, que essa combinação do bloqueio A-V completo com "flutter" auricular tem sido considerada uma verdadeira raridade. Assim, Di-Gregorio e Crawford (39) a encontraram apenas por duas vezes em uma serie de 20.000 eletrocardiogramas; e, Willius (40) uma só vez em 40.000 traçados. Fatzer (41), numa recente publicação, faz o registo de 2 casos, dos quais um atribuido a arterioesclerose e, outro a essa causa, ou a reumatismo, ou a ambas.

O complexo ventricular, em geral, se mostrou alargado. Na maioria das vezes esse complexo apresentava o tipo de bloqueio de ramo direito. Somente, por duas vezes a configuração apresentada foi a de bloqueio de ramo esquerdo; mas, mesmo assim, numa dessas observações, ao cabo de certo tempo, o QRS passou ao tipo de bloqueio de ramo direito. Não é possível decidir se esse alargamento dos complexos ventriculares, em presença de um bloqueio A-V total, representa a associação dum bloqueio intraventricular com um auriculo-ventricular, ou a excitação assincronica dos ventriculos, em virtude da origem baixa do ritmo idio-ventricular. A menos que traçados anteriores ao aparecimento do bloqueio A-V completo já indicassem a ocorrencia da lesão de ramo.

A variabilidade na origem do ritmo idio-ventricular foi verificada em 4 casos, traduzindo-se pelas modificações de forma e frequencia dos complexos ventriculares. Em dous ca-

(39) DiGregorio (N. J.) e Crawford (J. H.): Auricular Flutter and Complete Heart Block. *Am. Heart J.*, 17:114, 1939.

(40) Willius (F. A.): Auricular Flutter with established complete heart Block. *Am. Heart J.*, 2:449, 1927.

(41) Fatzer (G): Étude de l' electrocardiogramme dans le bloc atrio-ventriculaire. *Cardiologia*, 10:305-368, 1946.

so somente, o QRS deixou de mostrar-se alargado, fato este que, portanto, não é o comum.

A incidencia do bloqueio intraventricular na cardiopatia chagastica é muito elevada, atingindo em nossa estatistica a cifra de 39,4% (13 casos) dos traçados anormais. Não incluímos nesse calculo os casos de bloqueio A-V total, com QRS alargado, pelas razões já expostas acima. A incidencia elevada desse disturbio é uma peculiaridade da cardiopatia cronica da doença de Chagas, a qual por primeiro relataram Dias, Laranja e Nobrega. Nas outras cardiopatias, o bloqueio intraventricular é uma ocorrencia pouco frequente. Assim, White e Vikø (42), num total de 3.219 traçados registados em diversas cardiopatias ou em individuos normais, encontraram 130 casos, o que perfaz a cifra de 3,7%. Confirmando, ainda uma vez, a verificação daqueles autores nacionais acima citados, *nem uma só vez encontramos a curva do bloqueio de ramo esquerdo*. Todos os casos que defrontamos são de bloqueio de ramo direito. Posto a tendencia atual seja admitir-se a maior frecuencia (43) dos bloqueios de ramo direito, em relação aos de ramo esquerdo, ou pelo menos a igualdade aproximada, não se pode deixar de reconhecer que *uma predominação como se nota na cardiopatia cronica da doença de Chagas, é muito singular*. Talvez que a explicação se encontre na hipotese aventada por Dias, Laranja e Nobrega, de uma sobrecarga de trabalho do coração direito, predispondo a esse tipo de disturbio da condução, alem da propria disposição anatomica desse ramo, que é mais longo que o esquerdo.

(42) Apud Jouve (A.), Senez (J.) & Pierron (J.): Diagnostic Électrocardiographique, Masson & Cia., 1946.

(43) Sodi Pallares (D.), Brumlik (J.), Mendoza (F.) & Cabrera (E.): Estudio de 125 casos de bloqueio de rama, Arch. del Inst. de Cardiologia de Mexico, 15:241-265, 1945.

les auriculares e nodais foram assinaladas com mais raridade, o que coincide com a verificação dos outros observadores. Assim também, o escape nodal. O "flutter" auricular registamos num caso com bloqueio A-V total, que citamos linhas atrás. Evandro Chagas considerou, entretanto, a taquisistolia auricular bastante frequente, acompanhando-se em geral, de irregularidade completa do ritmo dos ventriculos. Chagas e Vilela salientaram o *acentuado gráu de bloqueio cardiaca nos casos de taquisistolia auricular da doença de Chagas*. No caso que publicamos, a proporção do bloqueio é de 7 contrações auriculares para uma ventricular.

Alterações do complexo ventricular. — O grupo QRS se mostrou alargado em 22 casos, sendo que, em 9 com bloqueio A-V total e em 13 com bloqueio de ramo direito. Outras alterações de QRS que habitualmente se encontram são representadas por baixa voltagem, entalhes e espessamentos anormais, baixa amplitude ou ausencia de R nas derivações precordiais.

As alterações primarias de S-T e da onda T são frequentes, podendo estar ou não associadas a alterações concomitantes de QRS. As alterações primarias da fase final do complexo QRS, que são independentes portanto das modificações da fase, inicial, são constituídas pelos desnivelamentos de S-T, inversão anormal da onda T, nas precordiais ou perifericas, baixa voltagem da mesma onda.

Tais alterações podem ser evolutivas, ou estaveis. Em algumas observações, podemos apreciar aquele caracter; entretanto, a estabilidade das alterações eletrocardiograficas ficou-nos mais difficil de estabelecer, visto que, em muitos casos, os traçados deixarem, de ser repetidos.

Vale ainda insistir, no momento, sobre uma particularidade que se verifica nas curvas do precordio e sobre a qual chamaram atenção, por primeiro, Dias, Laranja e Nobrega: o apa-

recimento tardio dos complexos transicionais, o que em muitos casos poderá ser atribuído à dilatação preponderante do ventrículo direito.

A observação I ilustra bem a circunstância das alterações primárias evolutivas de S-T e T. Assim, no traçado tirado em 26-6-45, T-2 e T-3 estão negativas, quando eram positivas na curva anterior; o segmento S-T se mostra curvilíneo, pouco elevado em D-1 e D-2 e ligeiramente deprimido em D-3. Em V-1, onda T positiva e, em V-5, difásica (—+). No traçado de 11-7-46, nota-se a baixa voltagem de R até V-4, o que denuncia alteração do QRS; a onda T se torna isoeletrica em V-1, negativa e com baixa voltagem no ponto imediato; mostra-se a fase negativa muito profunda em V-3 e V-4, com elevação do S-T que se apresenta convexo; é difásica (—+), porém com pequena amplitude, em V-5. No traçado de 12-10-46, T volta a tornar-se positiva em D-2 e D-3, com o S-T um pouco deprimido. Nas precordiais, R já tem voltagem ampla em V-4; o S-T está sensivelmente elevado de V-2 a V-4; e a onda T está negativa e profunda em V-1 (demonstrando a coexistência de alterações primárias e secundárias deste mesmo acidente), em V-2, com acentuação da fase negativa em V-3 e positiva em V-5.

A obs. VI mostra no traçado de 22-1-46 a onda T negativa e profunda em D-2 e nas precordiais; em CF-5 e 6, é difásica, sendo muito acentuada a primeira fase, a negativa. O segmento S-T está elevado em CF-2 e 3 e deprimido em 5 e 6. A deflexão R está ausente em CF-2 e 3 e tem voltagem muito baixa em CF-1 e 4. Em 9-8-46, T-1 torna-se negativa e profunda e T-2 passa a ser positiva. O S-T está deprimido em D-1 e elevado em D-3. Em 13-8-46, nota-se ausência de R nos quatro primeiros pontos precordiais, S-T elevado de CF-2 a 4 e deprimido em 5 e 6, continuando a onda T negativa. Em

13-9-46, a onda T se mostra positiva nos 3 primeiros pontos do precórdio e mais aguda que no traçado anterior, a partir de CF-4. A deflexão R costinúa ausente até este último ponto. Em 25-9-46, T-7 se mostra positiva e T-3 negativa, com o S-T elevado naquela e deprimido nessa derivação. Em CF-3, o complexo ventricular se torna polifásico, tem baixa voltagem e a onda T é negativa e muito aguda, com infra-desnivelemento do S-T. Em 26-9-46 diminue a voltagem de T-1 que está quasi isoeletrica e passa T-3 a ser positiva; fica bem definida a negatividade de T em CF-1, mostrando a concorrência de alterações primarias e secundarias.

A obs. XIII também é muito demonstrativa no particular. No traçado em 5-7-46, nota-se T-1 e T-2 negativas e pouco profundas; T-3 positiva e de baixa voltagem. Em CF-1, a onda T é positiva e ampla, enquanto é negativa e aguda em CF-6, com infradesnivelemento de S-T. Em 2-9-46, a onda T se torna muito mais profunda em D-1 e D-2 e com a positividade acentuada em D-3. Em CF-1, torna-se negativa e, em CF-6, quasi que está isoeletrica.

A obs. XIX nos dá um exemplo de alterações associadas de QRS e S-T, em que as da fase final são estaveis, não tem caráter evolutivo.

Não é razoavel concluir-se, em face de tais modificações da fase final do complexo ventricular, pela vigencia, no caso em estudo, de alterações coronarianas, desde que a própria natureza e distribuição das lesões na esquizotripanose explicam de maneira satisfatória aquela circunstância, decorrente — é claro — da modificação na ordem de retirada do estímulo na massa muscular, o que independe da natureza do processo ocasional.

COMMENTS

From the data collected, we come to the conclusion that Chagas' disease is not a rare entity in the State of Bahia, found even in its Capital. It constitutes, therefore, a serious health problem which demands the attention of the public authorities.

From the ten species registered in the State of Bahia by Neiva and Lent only one was found: *P. Megistus* (Burm., 1835). This is explained by two reasons: a) the still relatively low number of specimens collected in this preliminary inquiry; b) the great frequency with which this species is found.

The total number and the percentage of examined insects according to sex and stages can be distributed as follows:

	EXAMINED	INFECTED	PERCENTAGE
Male	149	32	21,5 %
Female	142	42	29,6 %
Nymphae	118	25	21,1 %
Larvae	33	2	6,0 %
	442	101	22,85%

From 5 districts came the examined insects and the following were found to present infected specimens with *S. Cruzi*: Salvador, Cachoeira, Conceição da Feira, Alagoinhas, Santo Amaro.

We have no doubt that with the prosecution of this work in larger proportions the area of distribution of *S. cruzi* is to become wider and many more *municípios* will increase the list.

Infected Triatomidae were found in the following Capital sections: Brotas, Nazaré, Sé, Vitória. In two residences, in Alto das Pombas where specimens of infected *P. megistus* were found two dwellers in one house (Cases XXIV and XXV), a third in a different house (case XXX), though not presenting clinical manifestations of Chagas' disease, exhibit positive complement fixation test with Davis' antigen. One of them still had positive complement fixation test with polysaccharide fraction (Case XXV). And another who had negative complement fixation test with polysaccharide fraction presented positive xenodiagnosis. In none of them the anamnesis did not uncover a foregoing clinical picture, which could be attributable to initial acute period of Chagas' disease.

In table II the origin of the patients, place where they were probably infected was registered. It can be seen therefore that Chagas' disease can still be signaled in the following districts: Cruz das Almas, Maragogipe, Conceição de Maria, Jaguaripe, Afonso Pena, Bomfim, Mata de S. João, Jaguaquara, Castro Alves, Mundo Novo.

In a few cases the origin of the patients has lacked and we only registered the latest residence.

The xenodiagnosis was performed in 33 cases, being positive 11 times, what gives a rate of 33,3%. EMANUEL DIAS obtained 14,15% of positivity for the xenodiagnosis and ROMANA and COSSIO found 34,6%.

In our cases with xenodiagnosis positive and with complement fixation test, using Davis' antigen, the latter

was always positive (Cases IV, XVI, XXIV, XXVIII, XXXVII). In these same cases, when the reaction has been made with the polysaccharide fraction (three times) the result has been positive in only one case.

In 33 cases, the complement fixation test has been made with Davis' antigen being always positive. It has not been made in 4 cases. In the latter however the diagnosis was established by the positivity of the xenodiagnosis. In 19 cases the complement fixation was made contemporaneously with Davis' antigen and the polysaccharide fraction. With the latter the reaction has been negative five times. In case XXIV, the xenodiagnosis was positive besides the fixation with Davis' antigen.

The reactions of agglutination and precipitation have been made only in the acute case (Case XXXVII) because only in these forms are they indicated; both positive, the first strongly positive and the second up to the title of 1/5.120 (+++).

Sometimes the case-history presented information which can lead to the suspicion of the past occurrence of the ophthalmic complex. In one of them reference has been found of inoculation chagoma on leg. In others, however, nothing could be gotten to make one think of the initial manifestations of the acute period of the disease .

Of the cases referred in this work, four have undergone autopsy by PROF. COELHO DOS SANTOS. Fragments of heart have been sent to Instituto Oswaldo Cruz, in Rio de Janeiro, for examination performed by (as have already said) Drs. PENA DE AZEVEDO and EITEL DUARTE. In one, clusters of parasites have been found inside the cardiac fiber. In the other the histologic picture encountered, though without *S. cruzi* in the examined sections, corresponded to what is

seen in the Chagas' myocarditis. In the remnant specimens the aspect of the lesions was not characteristic.

The serodiagnosis for syphilis has been made in 29 cases: 25 by the reaction of the Kolmer-Wassermann type, once according to the technic of Arlindo de Assis; KAHN's reaction was made in 3 cases and Kline's in 4. In cases XI and XII, the serum was anticomplementary and the serodiagnosis for syphilis could only be made by KAHN's reaction. In 10 cases, the reactions were positive. The technic of KOLMER-WASSERMANN gave 5 times a strongly positive reaction (++++) and two times weakly (+); ARLINDO DE ASSIS' technic gave once a two plus reaction. In KAHN and KLINE's reactions, separately performed, have been positive only once.

The blood examination was made in 28 cases, including the acute case. EZEQUIEL DIAS, who realized fundamental studies on schizotrypanosis hematology^v, concluded that leukocytosis is little in the acute cases and excepcional in the chronic infections. There is in the acute phase — continues the same researcher — pronounced lymphocytosis which decreases as the infection progresses. In the old cases he found eosinophilia, minute basophilia and appearing of eosinophile myelocytes. He did not register globular anemia although there is some decrease of the hemoglobin quota and blood specific gravity.

In the acute case registered by us the moderate leukocytosis is to call one's attention beside the sensible lymphocytosis in the same way the it called EZEQUIEL DIAS' attention. The hypoglobulia was discreet. In the chronic forms now studied we do not feel in condition to draw conclusions due to the concourse of other etiologic factors.

As to the age the larger frequency of our cases is between 21 years and 40 years; the youngest was 8, the oldest 48. In the cases with chronic cardiopathy the youngest was

16. In 36 cases of Chagas' disease (in case V age was not taken) the following distribution has been found:

between 5 and 10 years	.....	3 cases
" 11 " 20 "	.....	4 "
" 21 " 30 "	.....	17 "
" 31 " 40 "	.....	9 "
" 41 " 50 "	.....	3 "

		36 cases

SYMPTOMATOLOGY: — The symptomatology of the schizotrypanosis should be analyzed according to the classical division primarily established by CARLOS CHAGAS who distinguished the acute form from the chronic forms of the disease.

a) *Acute Form:* — According to TALICE and co-workers the acute form can be put in two clinical pictures, being this distinction of real practical interest: one in which the edema is present, the other in which the edema is absent. Hence the edematous and non-edematous forms. Among the former two categories of patients can be distinguished: a) these in whom the edema is the initial symptom and for this reason they look for the physician; b) patients in whom the edema appears after a previous infectious period of several days:

In the first group of these patients, in whom the edema is the initial symptom, our case XXXVII is included. The bipalpebral edema has the characteristics of the ROMANA's sign. The conjunctivitis which is a rare symptom (TALICE) did not lack; and the sign of MAZZA and BENITEZ was also found: inflammation of the accessory lacrimal gland. Regional adenopathies did not lack either: the ganglionic swelling extended even to the axillae. Fever, of the remittent type with vesperal exacerbation was well tolerated and not ac-

accompanied by chills. Spleen and liver increased. In this case signs of cardiac suffering were already observed: area enlargement (clinical and X-ray examination), premature beats.

b) *Chronic Forms*: — The chronic forms are characterized by the predominance of certain symptoms and signs according to the preference localization of the lesions (CHAGAS). Two forms are well identified: Cardiac and nervous. The chapter on the glandular forms is still to be studied. About this the only certain thing so far is that the endemic goiter, to which CHAGAS in his first studies ascribed one of the manifestations of schizotrypanosis, has no relation with the disease. The anatomic studies of PENA DE AZEVEDO demonstrated that goiter in those cases belonged to the types commonly observed in other regions of the world. In the chronic forms that we study, sometimes the thyroid appeared slightly increased but without evident clinical sign of function disturbance of the gland.

We are going to study extensively the cardiac form since we have no experience with the nervous form. We only have to emphasize that in the group of cases with chronic cardiopathy, one (Case XVIII) presented physical and mental backwardness there not being correspondence between these ages and the chronological one.

Subjective Symptoms: — These are originated either by heart failure or rhythm changes so frequent in Chagas' disease as we shall see in a short while.

Palpitations constitute one of the commonest subjective symptoms. The patients usually describe them as "baticum" in the heart and never use, in our milieu, the term "bate-deira" so often heard in the interior of Minas Gerais. Palpitations appear at rest or in motion, even after the slightest effort or sudden emotions. They represent the disagreeable sensation of the heart beats felt by the patient during the ar-

rhythmias. Sometimes such impression is spoken of as "ave-xame", vocable which may mean a variable number of different sensations: precordialgia, epigastric pain, oppression, fainting.

Dyspnea is another frequent symptom marking the heart decompensation and varying of intensity according to the degree of the latter. In the milder forms it appears only after some effort. In the more advanced cases it becomes continuous, present even at rest.

Precordial pains are not rare. They have been found 14 times, in 36 chronic cases (39% of our casuistry). They had not the features of the anginal phenomena. Most of them are possibly produced by premature beats. Vertigo and dizziness have been frequently found (44,5% of the cases) and explained by the deficiency of blood irrigation of the nervous centers. This deficiency occurs in many arrhythmias as in extrasystolic arrhythmias, paroxysmal tachycardia, auriculo-ventricular block. The syncopal attacks have been registered 6 times in our observation material. Of these patients 5 presented complete A-V block. The sensation of fatigue is a complaint which seldom lacks; and the weight or pain on the right hypochondrium is due to the liver stasis.

We want to emphasize the fact, already pointed out that is not exceptional to meet individuals with a good general condition, still preserving certain degree of work capacity, without any subjective manifestation, strongly contrasting with the severity of the lesions revealed by the examination especially the electrocardiographic.

Physical Examination: — The heart failure in the chronic form of the Chagas' disease sometimes present itself by the syndrome of insufficiency of the right cavities, a very common condition; sometimes it is the initial bilateral form, the

simultaneous faltering of both the ventricles, which is observed.

The compensation can be established with relative facility but a little time after the asystolia reappears to be subdued by a new treatment and so on in these alternatives till it is irreducible.

The signs of the liver stasis are early and the edemas depend on the more advanced forms of heart failure. Cyanosis is rare and little prominent when present. The arterial pressure appears within the normal limits or moderately low. Hypertension was only seen in one case (Case XXVII). *Pulsus alternans* was not observed. In the cases of complete A-V block the *ictus cordis* was strong and extensive. In the cases XXVI and XXX, however, it was weak and diffuse. This happens when there is predominance of cardiac dilatation with moderate muscular hypertrophy. In 18 of our cases, the *ictus cordis* was of weak or moderate intensity; in 5 it had strong intensity and in only one was it very strong.

Diminished intensity of the first and the second heart sounds is a frequent finding. E. CHAGAS refers having found the mitral sound almost inaudible. We consider the pulmonary accentuation also a common event what is in accordance with the observation of E. VILELA e DIAS, LARANJA e NOBREGA. The same can be said of the reduplication of the second sound what is easy to understand due to the high frequency of the intraventricular block in the chronic myocarditis of the schizotrypanosis. The murmur of functional mitral insufficiency appears with heart failure. Gallop rhythm was found in 5 cases. In only one case (Case XXX) the manifestations of heart failure were discreet.

X-Ray Examination: — In the schizotrypanosis chronic cardiopathy the enlargement of the cardiac area varies within great limits. In certain cases even with right bundle block

(cases XX and IX for instance) the area change may be missing. In others the increase may be considerable what naturally corresponds to a much more advanced degree of the process. In general the largest increases are seen in cases with congestive heart failure or complete A-V block. In the Case XVIII however, the enlargement of the cardiac area is not seen though there has been complete A-V block. As usual the longitudinal diameter predominates over the transverse diameter of the cardiac outline.

The aortic outline is not changed in Chagas' disease and when such occurs they are due to other causes.

Electrocardiographic Study: — The electrocardiographic study of the American schizotrypanosis has been done initially by Chagas and Villela who gave great weight to the frequency and intensity of disturbances of the cardiac rhythm in the chronic forms. They pointed out the importance of disturbances of conduction and formation of the stimulus, emphasizing among these the frequency of ventricular premature beats and the still greater severity of prognosis should fibrillation or flutter set in. Studying the several types of atrio-ventricular block, they noticed that the frequency of these disturbances is greater than in any other cardiopathy. "In other disease these alterations have been found; in none, however, with the frequency here recorded or with the manifold aspects and stages of development that can be encountered in trypanosomiasis. To such an extent is this true that we might characterize this entity as the disease *par excellence* of alterations of rhythm and specially of slow pulse".

The further works of Evandro Chagas ratified those conclusions and, still more, called attention to the change of the auricular and ventricular complexes, "usually associated to different types of arrhythmias and that association is entirely in accordance with the intensity and extent of the ana-

tomical changes in the heart". Mazza describes in 15% of his cases electrocardiographic changes which he ascribes to "a defective coronary irrigation". Romaña and Cossio studying the chronic cardiopathy of Chagas' disease observed in the analysis of 31 tracings that 22 showed intraventricular blocks, that is, 71%; the A-V block (complete or incomplete) got to 22% and the disturbances of excitability reached only 38,3%. Dias, Laranja and Nobrega made an exhaustive analysis of the electrocardiographic alterations of the chronic forms of Chagas' disease in cases collected in the Centro de Estudos e Profilaxia of this infection in Bambuí, state of Minas Gerais. In 183 cases, changes have been verified in 90 tracings what gives a figure of 49,2%. In only 11% of the cases lacked the disturbances of formation or propagation of the stimulus and the alterations of the tracing were limited to the ventricular complex.

These were the authors who first called attention to the high incidence of the right bundle block present in 39% of the abnormal tracings and the total of the examined cases is estimated in 18%. No left bundle block has been registered by them, occurrence which was also confirmed by our observations. Of the 36 cases which presented the chronic form of Chagas' disease only one did not have electrocardiographic study because the patient traveled to the interior of the State (case XXXII). Of the other 35 chronic cases in whom this study has been performed, two had a normal aspect (cases XXIV and XXV). The others presented an abnormal picture. Of these 33 patients, 26 (78,8%) presented disturbances of stimulus propagation (atrioventricular and intraventricular) and 18 (54,6%) presented association of both rhythm disturbances. Only 4 cases (12%) presented alterations limited to the abnormality of the ventricular complex without changes of the cardiac rhythm.

We present a table below discriminating the different electrocardiographic alterations with its frequency in 33 cases with chronic myocarditis:

1) A-V block of 1st. degree	2 times
2) A-V block of 2nd. degree	4 times
3) Complete A-V block	11 times
With QRS of RBBB type	8 times
" " " LBBB type	2 times
Without widening of QRS	2 times
With variability in the origin of the idio-ventricular rhythm	4 times
4) Intra-ventricular block	
a) of the right branch	13 times
b) of the left branch	none
5) Other changes of the ventricular complex:	
Alterations of the QRS	9 times
Primary changes of S-T and T ..	31 times
6) Disturbances in the formation of the stimulus	
a) Premature beats: Auricular ..	1 time
Nodal	1 time
Ventricular..	18 times
b) Auricular flutter	1 time
c) Paroxysmal tachycardia: Su- praventricular	1 time

Disturbances in the stimulus conduction: — In the present series of analysed cases in only two times—as can be seen above — found we A-V block of 1st degree. However the workers who preceded us gave a great frequency to this dis-

turbance. The controversy is easily explained by the fact of our cases being cases of advanced state of the disease. Hence the rarity of the finding. Dias, Laranja and Nobrega pointed out the a high rate of this abnormality (72,7%) in individuals with less than 5 years of infection what suggested them to be "one of the early electrocardiographic manifestations of myocardial alteration in schizotrypanosis". And, still more, this same disturbance of conduction predominated in groups of early age (5 to 20 years). Well, even in the two cases remarked in this series the myocardium lesion was already in an advanced phase. In one of them (Case IV), the record besides showing RBBB, had episodes of A-V block of 2nd. degree and the patient died in the ward of irreducible congestive failure. In the other case, the lesions less advanced, naturally the lengthening of P-R presented itself only after a premature beat, but also in a certain place the block of one auricular contraction is registered and the clinical history of the patient itself (Case XXIII) led us to believe that the infection should date back a long time; therefore the process could not be incipient.

The A-V block of 2nd degree has been found in 12% of the second record, almost four months later. In the last, the case, the block, which was of the 2:1 type, does not appear in the second record, almost four months later. In the last, the P-R space increases progressively till one auricular wave stops being accompanied by a ventricular complex., after what the same cycle is again repetated with lengthening of P-R (Wenkebach's periods). In two times it was associated with intraventricular block.

The complete A-V block has been found in 33,4% of the cases. What once more demonstrates the high incidence of this arrhythmia in the chronic myocarditis of Cha-

gas' disease, *greater than in any other etiologic type of cardiopathy.*

The auricular rhythm was almost always of sinus origin, but changes of the auricular complexes have been frequent. In one of the cases the auricular flutter substituted the sinus rhythm, still present in the first tracing. In this case, the cardiac area was considerably enlarged (+73,3). It is to be noted that this association of complete A-V block with auricular flutter has been considered a true rarity. Di Gregorio and Crawford have found it only twice in an analysis of 20.000 electrocardiograms; and Williams once in 40.000 records. Fatzer in a recent publication, registers two cases, one ascribed to arteriosclerosis and the other to rheumatism or to arteriosclerosis or both.

In general the ventricular complex has been widened. In most of cases, it presented the type of RBBB. The LBBB appeared only once, which after some time passed to the RBBB type. It is not possible to decide if this widening of the ventricular complexes in presence of a complete A-V block represents the association of an intraventricular block with an auricular-ventricular one or the asynchronous excitation of the ventricles due to the low origin of the idio-ventricular rhythm. Unless tracings anterior to the appearing of the complete A-V block indicated the branch lesion. The variability in the origin of the idio-ventricular rhythm has been verified in 4 cases, translated by the form and rate changes of the ventricular complexes. In only two cases the QRS has not been widened fact which is, therefore, uncommon.

The incidence of the intraventricular block in the chagasic cardiopathy is very high, attaining in our statistics 39,4% (13 cases) of the abnormal records. We did not include in our calculation the cases of complete A-V block with widened QRS, for the reasons above mentioned. The high incidence of

this disturbance is attribute of the chronic cardiopathy of Chagas' disease, to which Dias, Laranja and Nobrega first called attention. In the other cardiopathies the intraventricular block is not frequent. White and Viko, in a total of 3.219 records registered in several cardiopathies or in normal individuals, found 130 cases (3,7%). Confirming, once more, the national authors above quoted, *not once has been found the curve of the left bundle branch block*. All the cases found are right bundle branch blocks. Although the present tendency is to admit the greater frequency of the right bundle blocks in relation to the left ones or at least the approximate equality, one cannot help recognizing that a *predominance, as noted in the chronic cardiopathy of Chagas' disease is very singular*. The explanation is perchance in Dias, Laranja and Nobrega's hypothesis: strain of the right ventricle predisposing to this type of conduction disturbance, besides the anatomical disposition itself of this branch, which is longer than the left.

Analysing the curves of RBBB, according to the types described by Bayley and Wilson, we have distributed our cases with the following frequency:

Type 1	4 times
Type 2	—
Type 3	3 times
Type 4	4 times
Wilson's "Unusual type"	1 time

The remaining two cases are included in the *atypical* variety, described by Dias, Laranja and Nobrega, characterized by a "widened QRS with small S-1, sometimes almost imperceptible, and S-2 and S-3 deep giving to the initial phase of the complex an extremely divergent direction and which in the precordial leads, contrary to what should be expected due

to the features of the periperic leads, shows typical signs of RBBB”.

We still want to call attention to the circumstance of the possibility, which is not rare, of our finding in the precordial leads the aspect observed in the pattern of the infarction of the anterior cardiac wall, complicated with a RBBB: negative initial deflection, preintrinsic deflection much delayed in the leads on the right ventricle.

Disturbances in Stimulus Formation: — In this group the most frequent manifestation has been the ventricular premature beats. They can be unifocal or polifocal, appearing isolated, in bigeminy or trigeminy. The polyfocal premature beats appear when the process is advanced. Only once ventricular paroxysmal premature beats have been found, the patient dying some time afterwards. The nodal and auricular premature beats have been observed with more rarity, what also coincides with the verification of other authors. Also the nodal escape. The auricular flutter has been seen in a case with complete A-V block, quoted above. Evandro Chagas has considered the auricular tachysystolia very frequent, however, and usually accompanied by complete irregularity of the ventricular rhythm. Chagas and Villela called attention to *high degree of cardiac block of the cases with auricular tachysystolia in Chagas' disease*. In the case published by us, the proportion of the block is of 7 auricular contractions to one ventricular contraction.

Alterations of the Ventricular complex: — The QRS group appeared widened in 22 cases, being 9 with complete A-V block and 13 with RBBB. Other QRS alterations usually found are: low voltage, abnormal splinterings and thickenings, low amplitude or absence of R in the precordial leads.

The primary changes of S-T and the T wave are frequent, being able to be associated or not with QRS alterations. The

primary changes of the final phase of the QRS complex, which are therefore independent of the initial changes, are made up by the unlevelling of S-T, abnormal inversion of the T wave, in the precordial or peripheric leads, low voltage of the same wave.

Such changes can be evolutive or stable. In some cases we could observe the former character; the stability of the electrocardiographic changes however was more difficult to be established since, in many cases, the records have not been repeated.

It should be insisted, in the moment, about one peculiarity observed in the curves of the precordium pointed out first by Dias, Laranja and Nobrega: the late appearing of the transitional complexes, which in many cases can be ascribed to the predominant dilation of the right ventricle.
