

Tripanosomiase americana.

FORMA AGUDA DA MOLESTIA

pelo

DR. CARLOS CHAGAS

(Chefe de Serviço)

(Com as estampas 6, 7, 8, 9 e 10).

Possuimos, para fundamentar a sintomatologia das infeções agudas pelo *Trypanosoma Cruzi*, observações clinicas onde encontramos, além dos sinais constantes característicos desta fase inicial da molestia, outros de exceção, verificados em raros doentes. De algumas autopsias resultaram, por outro lado, noções exatas relativas aos processos anatomo-patologicos essenciaes das fórmulas agudas e ás localizações parasitarias nos sistemas organicos, o que faculta reconhecer, com segurança, o mecanismo patogenico dos sintomas e estabelecer relações imediatas entre a alteração funcional e seu *substratum* anatomico.

A grande maioria de infeções agudas tem sido verificada em crianças, ás mais das vezes no primeiro ano de existencia. Alguns doentes encontramos com idade maior, até 8 anos, e, possuimos, finalmente, uma observação unica da fórmula aguda em adulto. Falámos, anteriormente, das razões que

justificam esse aspeto epidemiologico da tripanosomiase, cuja infeção inicial tem lugar, quasi sempre, nos primeiros tempos de vida extra-uterina. Nos domicilios infestados pela *Triatoma megista* as crianças, desde o nacer, ficam sujeitas á molestia e dela difficilmente podem escapar, dada a abundancia de hematofagos transmissores e o alto coeficiente de infeção nelas verificado. Adquirida assim, a tripanosomiase, quasi sempre nos primeiros mezes de vida, permanece o organismo sob a ação parasitaria durante longos anos; agora, porém, atravessada a fase inicial, o protozoario torna-se um histo-parasito quasi exclusivo, não sendo mais verificavel, senão excecionalmente, no sangue circulante. Os adultos, deste modo, nas zonas onde a molestia é endemica, constituem infeções cronicas vindas das primeiras idades e neles, por isso mesmo, não podemos observar os tumultuosos sinais das fórmulas agudas.

Será sempre assim ou poderemos admi-

tir a ocorrência de reinfeções sucessivas, relacionadas com o alto índice endêmico e principalmente com a condição domiciliar da tripanosomiase? A verdade dessa hipótese indicaria a cura espontânea e também ausência de imunidade na molestia. Ora, em primeiro lugar, temos verificado a continuidade dos sintomas desde a fase aguda inicial até períodos tardios em que a doença se caracteriza por síndromes crônicas difinitivas; cura espontânea, ao contrário, nunca foi apreciada entre numerosos doentes, observados durante alguns anos. Depois, a imunidade, pelo menos imunidade sanguínea relativa, vem demonstrada no desaparecimento rápido de flajelados do sangue circulante nas formas agudas. Além disso, em autopsias de indivíduos, cujo início de morbidez pode ser referido, com muita segurança, aos primeiros tempos de vida, verificamos parasitos na intimidade dos tecidos, o que evidencia a longa permanência da infecção. Uma de nossas autopsias, sobretudo, é desse ponto muito elucidativa: um caso de diplegia cerebral, datando de 23 anos, faleceu vitimado por queimadura extensa de 2º grau. Nesta doente os fenômenos paralíticos, que foram consecutivos a sintomas agudos e a ataques convulsivos, datavam dos 2 anos de idade. A autopsia, ao lado de processos histo-patológicos crônicos dos centros nervosos, nestes e nos músculos revelou a existência de tripanosomos. Sem dúvida a infecção inicial teve lugar aqui aos 2 anos, quando ocorreram sinais agudos da molestia, permanecendo o protozoário, abrigado nos tecidos, por mais de 23 anos. E como esta, tudo nos indica, será a maioria das infecções crônicas.

Os adultos, de zonas indígenas, recém-chegados nas regiões contaminadas, poderiam sofrer ataque agudo da molestia e apresentar sintomatologia comparável à das crianças. Deverá ser assim; as observações, porém, nesse sentido, têm sido deficientes, principalmente devido à dificuldade de surpreender aí as fases iniciais da infecção, quando seria demonstrável a presença do parasito. No adulto as infecções recentes não se apresentam

com a sintomatologia alarmante observada nas crianças; traduzem-se, às mais das vezes, em reações térmicas, de pequena elevação, quasi sempre irregulares, com outros sinais também pouco intensos, o que leva o doente a interpretar de modo favorável a própria condição morbida, deste modo prejudicando seu esclarecimento.

E mesmo acreditamos que a fase aguda possa ocorrer despercebida nos adultos, ou não determinando sintomas subjetivos e objetivos apreciáveis, vindo revelar-se depois pelas alterações tardias mais graves; ou apenas ocasionando leves sensações de mau estar, reações térmicas atenuadas atribuíveis a causas banais, furtando-se assim, na maioria dos casos, à observação clínica. Aliás possuímos exemplos desse aspecto, principalmente em sírios, chegados havia mezes, nas zonas de nossos trabalhos. Entre eles observamos formas crônicas da tripanosomiase, expressando-se em alterações do ritmo cardíaco e em outros sinais. Duma anamnese rigorosa colhemos apenas referências a leves perturbações da saúde, experimentadas nos primeiros tempos de permanência nas zonas infestadas pela triatoma.

Uma outra observação de adulto com a forma aguda da molestia, esta com a verificação de flajelados no sangue periférico, também demonstra a menor intensidade dos elementos nestes casos. Realmente, as reações térmicas não foram tão elevadas quanto nas crianças e a febre teve aqui caráter francamente intermitente, com períodos longos de apirexia. Também os parasitos foram sempre verificados em número muito diminuto, só uma oportunidade tendo havido de observar tripanosomo, um único, na periferia, o que foi confirmado pela inoculação de sangue em cobaias. A febre, neste doente, sempre com intermitências e de reações pouco elevadas, perdurou por alguns mezes; os parasitos, porém, não foram mais encontrados no sangue circulante.

Julgamos, das considerações emitidas e dos fatos observados, que os adultos são mais resistentes ao tripanosomo, daí resultando, às mais das vezes, a ausência neles

de sinais reveladores da fase inicial da infecção. Verifica-se de novo aqui, como em outros processos da tripanosomiase, feição similar á da sífilis, cuja infecção, sem duvida, poderá passar despercebida, só vindo a revelar-se posteriormente, ás vezes em época tardia, pelas lesões já realizadas. E também nesta molestia, mesmo quando verificámos o sífiloma primitivo, as reacções da primeira fase podem ser silenciosas, de intensidade minima, escapando muitas vezes á apreciação do doente.

Assim, ou não apresenta a tripanosomiase fase aguda em individuos adultos, ou os sinais da infecção aí se mostram de tal modo atenuados que escapam ao diagnostico etiologico; e mesmo em crianças, especialmente naquelas com alguns anos de idade, a sintomatologia do periodo agudo mostra-se ás vezes de tal modo benigna que pode furtar-se á atenção da familia e passar inobservada do medico. Desse aspeto benigno temos alguns exemplos, nos quais foi possível experimentar a dificuldade do diagnostico, pela raridade de flajelados no sangue. Dai, talvez, a proporção diminuta das fórmulas agudas, relativamente ao elevado indice endemico, em que predominam fórmulas crónicas.

Sintomatologia.

Baseado na diversidade de prognostico, distinguimos dois grupos de fatos nas fórmulas agudas da tripanosomiase: num deles figuram os casos benignos, que ás mais das vezes escapam á morte, passando a infecção ao estado crónico; no outro ficam incluídos os doentes com sinais de processos inflamatórios dos centros nervosos, sendo nestes de grande frequência a terminação letal. Assim, subdividimos a forma aguda em *benigna* e *grave* ou *meningo-encefalica*. Na sintomatologia vamos encontrar elementos comuns, pelo que faremos descrição conjunta.

Podemos admitir, no quadro sintomatico, sinais constantes e sinais de excepção. Dos primeiros observados na quasi totalidade dos doentes, constituiremos fundamento do diagnostico clinico; quanto aos outros, raro

verificados, representam occurências patojénicas adicionais, que modificam a feição habitual dos casos agudos da tripanosomiase.

De pouca valia, ou de nenhuma, são aqui os sinais colhidos na anamnese do proprio doente. Ás mais das vezes lidámos com crianças de baixa idade, que ainda não falam, e quando maiores, de alguns anos, aos sinais subjetivos acusados falta qualquer precisão, nenhum valor merecendo, de indecisos e quasi sempre inconsequentes.

Os proenitores referem, para todos os doentes, fatos similares como denunciadores da molestia. A criança tornou-se febril, abatida ou agitada, faltou-lhe o apetite, ficou impertinente, nervosa, sempre chorando. A febre persistiu intensa, com temperaturas mais ou menos elevadas, durante alguns dias, quando notaram *inchação*, a principio mais acentuada na face, depois propagada a todo corpo. Este ultimo sinal figura de modo quasi constante na anamnese e constitue, por ser mais impressionante, a razão principal que leva o doente ao medico. De regra, referem a *inchação* como iniciada dias depois de começados os outros sinais: ás mais das vezes 10 ou 15 dias posteriores ao inicio da elevação termica é que a criança se mostra infiltrada. A isso, mais ou menos, ficam reduzidos os dados do interrogatorio. É bem pouco, como se vê, só havendo aí de característico a *inchação*, pela sua constancia e precocidade.

Exame fisico.

A *facies* de um caso agudo da tripanosomiase é, quasi sempre, característica: feição vultuosa, tumida; infiltração subcutanea em todo o rosto, mostrando-se as palpebras empapuçadas, os olhos semi-cerrados, os labios espessados e a lingua, algumas vezes, grossa e pastosa. Pela compressão das bochechas notámos, de regra, um crepitar especial que denuncia a natureza mucoide da infiltração. E também oprimindo os tecidos na testa, nas fontes, etc., reconhecemos a natureza dura e elastica do edema, que não guarda a impressão do dedo. Não se limita

á face a infiltração observada; é ela, ao contrario, verificada em todo o corpo, formando paniculos em algumas rejiões, evidenciando-se sobretudo nos membros inferiores. Ai, na rejião pretibial, poderá ser facilmente diferenciada do edema renal, pela sua natureza elastica.

Trata-se de infiltração mixedematosa, o que é bem evidenciado pela natureza fisica do edema e o que é confirmado pelo exame da urina, negativo relativamente á presença de albumina. Aliás, outros sinaes simultaneos, de patojenia similar, valem ainda para demonstrar a natureza mucoide da infiltração subcutanea. Assim é que observámos na grande maioria dos casos, para o lado da péle, descamação epidérmica, mais ou menos intensa, mostrando-se a cutis seca, rugosa, sujeita a processos inflamatórios e a infeções parasitarias. Os cabelos sofrem quéda abundante, mostrando-se ao mesmo tempo secos e quebradiços. Esta perda de cabelos, na fase aguda da tripanosomiase, é, ás vezes, consideravel, rarefazendo, de modo apreciavel, os pelos no couro cabeludo dos pequenos doentes.

As pesquisas semioticas para o lado das vicerias revelam: baço aumentado de volume, de modo constante, sendo quasi sempre apalpavel sob o rebordo costal. Esta esplenomegalia, desse modo acentuada, leva muitas vezes á suspeita de infeção paludica, tornando-se necessario o exame do sangue para a diagnose diferencial.

O figado mostra-se tambem aumentado de volume na totalidade dos casos agudos. O aumento dessa viceria é não raro consideravel, excedendo a macicez hepatica de varios centimetros o rebordo costal direito, sobre a linha mamilar. E tambem, com frequencia a pressão do orgam provoca dôr, especialmente em rejiões do lóbo esquerdo.

Nas pleiades ganglionares perifericas, acessiveis á observação, verifica-se engurgitamento ganglionar não raro consideravel. Deste modo no pescoço, nas axilas, nas rejiões inguinais, e crurais, os ganglios limfaticos se mostram abundantes ou volumosos. No pescoço, ao lado de ganglios volumosos, outros existem miliares, quasi sempre em

grande numero. Os ganglios, especialmente os mais volumosos, são ás vezes dolorosos.

Esta hipertrofia ganglionar, não obstante constituir anomalia frequentissima na infancia, atribuivel a fatores varios, assume aqui proporções excepcionaes e serve como sinal da tripanosomiase aguda. Aliás, as necropsias dessa fórmula da molestia têm demonstrado o ataque generalizado ao sistema limfatico, verificando-se nos cadaveres o engurgitamento dos ganglios nas pleiades perifericas e em todas as centrais, como no mesenterio e no mediastino.

A *glandula tireoide* nem sempre exteriorisa, por aumento de volume, sua participação no quadro morbido. Em muitos casos clinicos não verificamos aumento daquela glandula, o que de nenhum modo exclue processos patojenicos nela ocorrentes e que se traduzem pela infiltração mixedematosa. Em outros doentes, ao contrario, *maximè* quando o inicio da infeção é relativamente remoto, a tireoide mostra-se de volume acentuadamente aumentado. Não raro, mesmo sem hipertrofia apreciavel, a apalpação da glandula provoca dôr, o que denuncia processos conjestivos nela ocorridos.

As pesquisas para o lado do aparelho circulatorio demonstram, desde as fases iniciais da molestia, consideravel queda da tensão arterial. O pulso é frequente, pequeno, filiforme nos casos mais graves, nenhuma relação existindo, ás mais das vezes, entre o numero de batimentos arteriais e a reação termica. Esta hipotensão indica o ataque precoce do protozoario ao miocardio; percutindo, porém, a area de macicez cardiaca, não encontrámos, de regra, neste periodo, apreciavel aumento de volume do orgam. Em alguns casos, não frequentes, observam-se sinais de pericardite. Esta pode ser acompanhada de derrame na serosa, em quantidade apreciavel pelas pesquisas fisicas; mais vezes, porém, o liquido do pericardio é muito diminuto, só verificavel pela necropsia.

O aparelho dijestivo mostra frequentes alterações nesta fase inicial da molestia. A diarréa é muitas vezes observada, quasi

sempre abundante, exigindo medicação sintomática a fim de evitar maiores consequências de sua ação expoliativa. Em alguns casos a intolerância gástrica, revelando-se em vômitos alimentares, é observada desde o início; os vômitos, porém mostram-se constantes, incoercíveis, especialmente nas formas clínicas em que é atingido o sistema nervoso central.

O aparelho respiratório não constitui sede de processos patojênicos dignos de nota, sendo observados, às vezes, bronquites secundárias, como sóe acontecer em infecções agudas mais ou menos prolongadas. Quanto à função respiratória, esta se ressentido do ataque ao músculo cardíaco, havendo, nos casos graves, dispnéa acentuada, contínua ou intermitente e cuja intensidade depende das condições de maior ou de menor decadência do miocárdio.

Vejamos, agora, quais as modalidades da febre na tripanosomiase aguda.

De modo constante todos os doentes, em cujo sangue periférico verificamos, pelo exame a fresco, presença de flajelados, mostram reação febril mais ou menos acentuada. Deste modo os casos agudos da moléstia são sempre febricitantes, variando com a intensidade da infecção os aspectos da reação térmica. Nos casos mais graves as temperaturas mostram-se elevadas, atingindo 40° desde os primeiros dias, e, a reação térmica é contínua, não havendo aí período de apirexia. Mais benigna a infecção, observaremos fases de apirexia, às vezes prolongada, apresentando-se a febre, não raro, de caráter intermitente irregular. É frequente, nessa condição, haver quedas acentuadas de temperatura pela manhã e elevações térmicas vespertinas. E também alguns doentes desse grupo, sempre com flajelados no sangue circulante, costumam permanecer apiréticos durante dias sucessivos, voltando depois a febre. Nos casos de média intensidade, os doentes apresentam reação térmica contínua; as temperaturas, porém, nunca se mostram demasiado elevadas, permanecendo a curva térmica, às mais das vezes, entre

37° e 38,5°, com pequenas remissões pela manhã.

Resulta evidente, do que aí referimos, não haver uniformidade e nem características nos aspectos da curva térmica na tripanosomiase aguda. As reações térmicas, quase sempre contínuas, podem às vezes apresentar intermitências; estas, porém, são irregulares e variáveis, não oferecendo aspectos comparáveis nos diversos doentes. De constante só podemos reconhecer a relação entre o número de flajelados no sangue e a elevação de temperatura: as temperaturas mais altas verificam-se nos doentes com infecções mais intensas. E também, de regra, maior gravidade é a dos casos clínicos em que a curva térmica atinge grau mais elevado.

Conforme dissemos anteriormente, as reações térmicas permanecem enquanto são verificados parasitos na periferia; casos de infecção leve, porém, estudámos em que os flajelados não foram vistos no sangue, apesar de prolongar-se durante 2 ou 3 meses a condição sub-febril, com temperaturas entre 37° e 38°. Em tais doentes, às mais das vezes, a inoculação de sangue em cobaias reproduz o protozoário.

A incidência, nada rara, de processos patojênicos nos centros nervosos expressa-se pelos sinais habituais da *meningo-encefalite*. Entretanto, nos casos até agora estudados, não temos verificado em seu conjunto, senão parcialmente, os elementos da síndrome menínjica, o que atribuímos à brevidade evolutiva do processo. De fato, uma vez evidenciados os sinais de flegmasia dos centros nervosos, é bem curto o prazo de sobrevivência, morrendo os doentes, às mais das vezes, em nossa observação, 2 ou 3 dias depois de reconhecido o ataque ao sistema nervoso.

Na síndrome meningo-encefálica predominam aqui as convulsões, quase sempre generalizadas, em crises frequentes ou espaçadas, mais raramente convulsões parciais. Em doentes, cuja moléstia parece evoluir sem localizações nos centros nervosos surjem, num dado momento, convulsões generalizadas, lembrando crises de epilepsia e denunciando

processos flegmáticos das meninges e do cérebro. Aparecem nestes casos, algumas vezes, os vômitos característicos, sem esforços, náuseos, fáceis, continuos ou espaçados.

A criança, ás mais das vezes, ajita a extremidade cefálica de modo continuo, para um e outro lado, deste modo denunciando talvez a cefaléa, sintoma objetivo que, como muitos outros, não pode ser reconhecido com segurança devido á baixa idade dos doentes. Além disso, o sofrimento é traduzido, quasi sempre, em pequenos gritos estridentes e num fraco gemido constante, expressivos de processos para o lado das meninges e do cérebro.

Contraturas e também paralisias nem sempre chegam a ocorrer nos casos de evolução rápida, quando os doentes morrem pouco depois que aparecem as primeiras convulsões. Nos casos mais prolongados, as contraturas se revelam pelos sinais habituais localizados em diversos grupos musculares. E também paralisias, nos últimos estádios da molestia, foram verificadas.

Para o lado dos olhos as contraturas se manifestam em movimentos anormais dos globos oculares e, não raro, em estrabismo. Strabismo acentuado, verificamos uma vez, na doente que faz objeto da observação 23, cuja afeção meningo-encefálica prolongou-se durante alguns dias, facultando por isso mesmo o aparecimento deste e de outros elementos da síndrome. Mais apreciável era, neste caso, a contratura dos músculos da nuca, bem revelada pelos meios habituais de pesquisa. Nos membros inferiores a contratura era denunciada pelo sinal de Kernig, unico doente em que este sinal foi bem verificado. Si bem que um tanto deficientes em sua expressão sintomática, pela ausencia de alguns elementos e pela difícil apreciação de outros, a síndrome de meningo-encefalite é reconhecível pelos dados semioticos, na tripanosomiase aguda. Mais decisivos, porém, têm sido os resultados das necropsias, evidenciando processos inflamatórios intensos nas meninges e na substancia nervosa e fundamentando a patojenia dos fenomenos observados, em localizações para-

sitarias muitas vezes verificadas.

Consideramos sinais de exceção, na sintomatologia dos casos agudos, aqueles observados em alguns ou em raros doentes e seguramente referíveis á ação do *Trypanosoma Cruzi*. Figuram nesse grupo de sinais:

Para o lado do aparelho ocular temos verificado, em alguns doentes, queratite aguda, uni ou bilateral. Alguns dias decorridos após o inicio da febre, os doentes apresentam inflamação dos olhos, grande fotofobia, caracterizando-se finalmente a queratite. Aliás nas fórmulas crônicas, denunciadoras desses processos oculares dos casos agudos, encontram-se frequentemente cicatrizes esbranquiçadas na cornea. Nas zonas de tripanosomiase endêmica são em elevado numero os individuos com manchas brancas na cornea, o que indica, em qualquer fase da molestia, a ocorrência de processos inflamatórios oculares.

Consequencia desse ataque aos olhos, não são raros os casos, ainda no periodo agudo, de panofthalmias secundarias, com supuração e perda total do globo ocular. Vimos uma criança em que esse fato ocorreu e tivemos oportunidade de observar 2 ou 3 casos crônicos de tripanosomiase, em que a perda de um dos olhos não poderia ser referida senão áquele processo.

Processos cutaneos muito característicos figuram na sintomatologia das infeções agudas. Tivemos oportunidade de constatar, em 3 observações, placas de necrose da pele consecutivamente á formação de vesícula e ao processo inflamatório intenso dos tecidos circumvizinhos. A necrose atinja pequenas regiões de fórmula mais ou menos circular, mostrando-se aí a pele negra, evidentemente gangrenada. Os tecidos necrosados destacaram-se depois, dando como resultante pequenas ulceras redondas.

Nos doentes, em que esse processo foi observado, a necrose limitava-se a 2 ou 3 regiões do revestimento cutâneo; fomos, porém, informados de que, num dos casos, novas placas de necrose vieram a aparecer em zonas diversas.

Este processo cutâneo é bastante caracte-

ístico e *sui generis*, seguramente interpretável como resultante da ação do tripanosoma.

Outra modalidade de síndrome cutânea verificada em um caso de infecção aguda e num outro de infecção relativamente recente, apresentava-se sob o aspecto de pequenas manchas negras, circulares ou irregulares, difundidas em todas as regiões do corpo, mais confluentes no rosto, nos membros e no tronco. Entre as manchas existiam pequenas vesículas cheias de serosidade, apresentando-se o conjunto do processo como um *eritema exsudativo generalizado, intercalado de manchas negras esparsas*. Nos dois doentes, em que verificamos este aspecto de afeção cutânea, nenhum fator etiológico foi descoberto que a fundamentasse; além disso, no caso agudo, em que o processo cutâneo era mais intenso, foi ele se atenuando à medida que os outros elementos da infecção decrescia, com eles desaparecendo afinal.

O testículo constitui sede de localização do protozoário, nas formas agudas e crônicas da tripanosomiase; por isso mesmo, no quadro sintomático das infecções agudas figura algumas vezes a orquite, mais ou menos intensa, acompanhada quasi sempre de epididimite. Numa observação que fizemos de forma aguda em adulto, houve, às primeiras fases da molestia, a ocorrência de orcho-epididimite, a qual perdurou por mais de dois meses, de intensidade média. Em crianças nunca foi oportuna observação idêntica, sendo de acreditar que o processo inflamatório dos testículos, pelo menos em grau de exteriorização apreciável, constitua sinal raro na molestia, só verificável em indivíduos adultos.

Outro sinal que nos foi revelado por infecção aguda em adulto, é o que se expressa em acentuada disfagia, para os alimentos sólidos e também para os líquidos. A injeção de substâncias sólidas exige, para se completar, o auxílio de água, referindo os doentes que o alimento fica retido no esôfago, trazendo sensações penosíssimas. Mesmo a injeção de substâncias líquidas, e, da própria água, pode apresentar dificuldade, não

raro invencíveis, necessitando o artifício de deglutições cuidadosas e de pequenas parcelas do líquido.

Este sinal, de patojenia ainda mal esclarecida, relaciona-se talvez com a condição de disfagia conhecida pelo nome de *mal de engasgo*, endemia extensa em regiões do interior do Brasil e, segundo nossas observações, verificada principalmente naquelas zonas, onde é encontrada a tripanosomiase. Será o mal de engasgo um elemento mais da tripanosomiase brasileira e essa disfagia das formas agudas traduzirá a fase inicial da síndrome? Observamos, no correr de nossos estudos em Lassance, numero bem elevado de doentes com *mal de engasgo*, havendo, em todos eles, outros sinais simultâneos da tripanosomiase. Apesar disso, tornam-se precisas novas pesquisas que autorizem, de modo irrecusável, incluir o mal de engasgo na sintomatologia multiforme da infecção pelo *Trypanosoma Cruzi*.

Possuimos, de pesquisas realizadas pelo Dr. LEOCADIO CHAVES, alguns dados interessantes e definitivos sobre o mal de engasgo. Em doentes que apresentavam a síndrome muito acentuada, o Dr. L. CHAVES verificou, pela radiografia, a existência de considerável ectasia do esôfago, situada logo acima do cardia. Pode ainda constatar a ocorrência de fenômenos spasmodicos do cardia, ficando deste modo explicada a disfagia respectiva, no caso que foi objeto de pesquisas. Devemos salientar que os doentes referem a diversas alturas do esôfago o ponto em que as substâncias ingeridas ficam retidas, parecendo que o spasma não se verifica sempre no cardia, podendo ocorrer acima dele, em qualquer região. Quanto à patojenia exata do fenômeno, não podemos adiantar, por enquanto, interpretação digna de fé.

Entre os aspectos de exceção, com que se apresenta a tripanosomiase aguda devemos referir ainda a caquexia dos casos de infecção aguda prolongada. Verificada a infiltração mixedematosa das fases iniciais, si os tripanosomas permanecem no sangue circulante e si os elementos agudos não sofrem

atenuação apreciável, a criança vai experimentando decadência nutritiva progressiva, chegando às vezes, a emagrecimento considerável, que contrasta com a inchação e com o estado tumido anterior. Nesse aspecto a tripanosomiase aguda é confundível com o luetismo hereditario e com outras condições patológicas conducentes á *atrepsia*. E, dada a precedencia da infiltração mixedematosa, com a permanencia, nesta fase, de alguns sinais de hipo-tireoidismo, poderíamos comparar este estadio da infeção com o *mixedema magro*, consecutivo ao *mixedema gordo* anterior. Exemplifica esta evolução das fórmulas agudas, a doente da observação 23ª fotografia nº 9, de uma infeção prolongada, onde o estado atrepsico atual é dos mais acentuados sem a interferencia de qualquer outro fator além da tripanosomiase.

Referida, em seus traços essenciaes, a sintomatologia das fórmulas agudas da tripanosomiase brasileira, poderemos, em capitulos que vão seguir, estudar as modalidades crônicas multiformes da doença.

Façamos, ainda aqui, exposição resumida das principaes lesões anatomicas verificadas em diversas autopsias de casos agudos, deixando o complemento necessario deste assunto para trabalhos posteriores.

Alterações anatomo—patológicas encontradas em autopsias da forma aguda da tripanosomiase americana. Localizações parasitarias.

Lesões macroscópicas:

Tecido celular sub-cutaneo: A infiltração mixedematosa denuncia-se em todas as autopsias dos casos agudos pela verificação de substancia mucoide, generalizada a todas as rejiões. No tecido sub-cutaneo observa-se substancia gelatinosa. Nos casos em que a infiltração do tecido celular sub-cutaneo é mais acentuada, a pele incisada deixa escapar grande quantidade de liquido; lembra isso o que se observa nas necropsias dos casos de grandes edemas renaes.

Pleiades ganglionares perifericas: Mais ou menos conjestionadas, as pleiades ganglio-

naes perifericas mostram os ganglios aumentados de volume. No pescoço observam-se, ao lado de ganglios volumosos, outros pequenos, miliares, dispostos em cordões ou esparsos em todas as rejiões.

Glandula tireoide: A tireoide, nas autopsias até agora praticadas, mostrou-se sempre aumentada de volume e conjestionada. O aumento de volume é uniforme, atinjindo igualmente os lobos lateraes e o istmo do orgão. A's vezes, quando nenhuma alteração da glandula se exterioriza em vida, a necropsia demonstra hipertrofia dos lobos lateraes, cujo aumento é acentuado principalmente para a face posterior da traquéa.

Musculos do esqueleto: Ao exame grosseiro, nada revelam de anormal.

Cavidade toracica: Ganglios do mediastino hipertrofiados e conjestionados. A cavidade pleural mostra, de modo inconstante, pequena quantidade de liquido amarelo-citrino. Pulmões inteiramente livres, nada oferecendo de anormal ao exame macroscópico. A cavidade do pericardio contem constantemente liquido, que é amarelo-citrino, nunca hemorrágico, revelando-se ás reações especiaes como exsudato. A quantidade desse liquido é quasi sempre pequena, atinjindo apenas algumas gramas; em alguns doentes, porém, a quantidade de liquido era mais consideravel, achando-se a serosa distendida. Mostra o coração aumento de volume pouco consideravel, sendo de consistencia mole, achatando-se sobre a superficie. Gordura sub-epicardial bem conservada, traduzindo-se por grandes depositos de gordura nos sulcos perifericos. Musculatura dos ventriculos flacida, de coloração avermelhada. Ao exame grosseiro não se póde afirmar a existencia da degeneração gordurosa; aquela que se apresenta sob a forma de pequenas manchas amarelas (*aspecto de pele de tigre*) existentes na musculatura, não foi encontrada. Endocardio liso em toda a extensão.

Valvulas pulmonar e aortica livres, sem depositos nem espesamentos. Tunica interna liza, brilhante, sem manchas. Valvulas mitral e tricuspide bem moveis.

Apresenta o coração, assim, sinais de intensa miocardite. Pericardite foi vista em alguns casos.

Cavidade abdominal: Contem, de modo constante, alguns cm. c. de liquido amarelo-citrino; em certos casos, a quantidade de liquido é mais consideravel.

Baço aumentado de volume, conjestionado.

Figado aumentado de volume, palido, amarelo *côr de camurça*, de consistencia bastante diminuida, observando-se ao corte, o aspeto classico do figado com dejeneração gordurosa. A esteatose, bastante intensa, atinje todo o tecido hepatico. O aspeto da viscera aqui lembra muito aquele constatado na febre amarela.

Rins: conjestionados, sem lesão macroscopica apreciavel.

Capsulas supra-renais: em algumas autopsias foram verificadas com grande conjestão, parecendo ainda haver grande redução da zona medular.

Pancreas: sem lesão apreciavel.

Numerosos ganglios do mesenterio aumentados de volume e conjestionados.

Intestino: conjestão da mucosa intestinal, e ás vezes descamação epitelial mais ou menos acentuada.

Nada de apreciavel para o lado do aparelho genital, nos cadaveres do sexo feminino. Nos do sexo masculino foi observado, em ambas as vajinaes, derramamento seroso, não havendo lesões macroscopicas apreciaveis dos testiculos.

Cavidade craneana (casos de meningo-encefalite): adherencia da dura-mater á caixa ossea — intensa conjestão das meninjes internas — paquimeningite serosa bem acentuada — pontuado hemorrajico da massa cerebral. Conjestão meningo-encefalica bem evidente e espessamento apreciavel da aracnoide e da pia mater.

Medula: conjestão das meninjes e, em alguns casos, da substancia medular.

Nervos perifericos: ausencia de lesões macroscopicas nos cordões nervosos perifericos.

Exame microscopico:

O estudo feito em cortes histolojicos, dos diferentes orgãos colhidos nas autopsias dos casos agudos, mostrou em muitos deles,

a presença do *Trypanosoma Cruzi* com a morfologia de corpusculos leishmaniformes reunidos em grandes aglomerados.

No miocardio, a abundancia desses aglomerados é particularmente notavel; em quasi todos os campos microscopicos dos cortes de coração, são encontradas fibras parasitadas.

No sistema nervoso central foram vistos focos parasitarios e outros de infiltração leucocitaria tanto no cerebro, como no cerebello, nos nucleos centraes, na protuberancia, nos pedunculos, e bem assim no bulbo e na medula.

Musculos do esqueleto de diferentes rejiões mostraram abundancia de parasitas.

Tambem aglomerados de parasitas foram vistos na fibra muscular lisa, em diversos orgãos. Em uma autopsia de criança, o utero mostrou focos parasitarios nas fibras lisas.

Tireoide: focos parasitarios situados no epitelio vesicular e focos de infiltração leucocitaria esparsos.

Testiculos: localizações parasitarias ás vezes abundantes.

Ovarios: focos parasitarios nos foliculos.

Capsulas supra-renais: localizações parasitarias na substancia cortical.

São estas as principais localizações do parasita até agora verificadas.

É possivei que outros orgãos, nos quais temos observado processos histo-patolojicos intensos, constituam séde do parasita apenas durante curto periodo, rareando mais tarde as fórmias parasitarias de modo a se tornar difficil sua constatação. E, realmente, é de surpreender que no figado e no baço, por exemplo, orgãos intensamente lesados, os parasitas não tenham sido verificados, parecendo que aí, na patojenia dessas alterações, tenham importancia preponderante, toxinas do tripanosoma.

Observações clinicas de casos agudos da tripanosomiase brasileira

OBSERVAÇÃO 1.

Berenice, 2 anos de idade, residente em Santa Rita, distante 3 leguas de Lassance, em casa infestada pela *Triatoma megista*.

Foi o primeiro caso verificado da tripanosomiase humana. Veiu á consulta em abril de 1909, apresentando reação termica elevada e monstrando-se infiltrada. Referem os proenitores que a febre teve inicio ha 8 dias. Desde 2 dias que a doente começou a *inchar* de modo sensível, o que despertou a atenção da familia.

Exame: Facies *bouffi*, com as palpebras tumefatas, infiltração sub-cutanea no rosto. Glanglios engurjitados em diversas pleiades perifericas. Baço e figado crecidos. Sensação de crepitar pela opressão das bochechas. Temperatura axilar 39°4. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Numero regular, de flajelados. Ausencia de albumina na urina.

Evolução: A doente retirou-se para o domicilio. Observada 8 dias depois, mostrava ainda parasitas no sangue e permanecia infiltrada. Informações posteriores referiram a evolução benigna dos elementos agudos, passando a molestia ao estado cronico.

OBSERVAÇÃO 2.

ALBERTA, 4 mezes e 9 dias de idade, parda, residente a 2 quilometros de Lassance, em café onde abundam triatomas, na sua grande maioria, infetadas.

Proenitores com bocio e apresentando tambem sinais cardiacos da tripanosomiase. Um unico irmão, SEBASTIÃO, com a fórma nervosa da molestia, tendo falecido um mez depois da doente desta observação, revelando os estudos histo-patolojicos, parasitas nos tecidos. Antes da molestia atual, era a criança sadia, nunca havendo sofrido qualquer alteração patolojica.

Febre ha 15 dias. Desde 6 dias os paes notam que a doente começou a *inchar*, pelo que foi ela trazida á consulta.

Exame: Aspetto tumido generalizado, apresentando a creança infiltração por todo corpo, mais acentuada na face. Palpebras empapuçadas e semi-cerradas. Labios espessos. Lingua grossa e pastosa. A compressão das bochechas deixa apreciar um crepitar caracteristico de infiltração mucoide. A pressão do dedo, em qualquer região infiltrada, não deixa sinal, deste modo revelando a natureza dura,

mixedematosa, da infiltração sub-cutanea. Queda abundante dos cabelos. Baço crecido, excedendo um pouco o rebordo costal esquerdo. Figado aumentado de volume, excedendo tambem o rebordo costal direito, na linha mamilar, de 4 centimetros. Temperatura axilar, no momento do exame, 38°4.

Trypanosoma Cruzi no sangue periferico. Tripanosomas em grande numero na circulação.

Evolução: Esta doente foi acompanhada, com observações diarias, durante 4 dias. A temperatura pela manhã foi sempre de 38° ou 38° e tanto, permanecendo continuamente esta reação termica. O numero de tripanosomas na periferia foi sempre em aumento progressivo, até o dia da morte. A 7-VI-910, quatro dias depois do nosso exame, a criança faleceu. Segundo referencia dos proenitores, a morte foi precedida, na noite anterior, de *convulsões* repetidas e de vomitos.

Desta doente praticámos a autopsia, sendo a primeira da molestia.

Segue-se o protocolo da necropsia resumido:

Sub-itericia das conjuntivas e de algumas zonas da pele, infiltração sub-cutanea generalizada (mixedematosa). Liquido citrino, abundante, na cavidade peritoneal. Figado muito aumentado, excedendo de 4 centimetros o rebordo costal na linha mamilar. Dejeção gordurosa em massa do figado, apresentando-se o orgão com a coloração amarela caracteristica e revelando-se a gordura pela reação corante. Comparavel o figado, na intensidade da dejeção, ao da febre amarela: vesicula biliar cheia de bile. Baço muito aumentado, excedendo o rebordo costal, de coloração vermelho-escura. Glanglios mesentericos numerosos e aumentados de volume, alguns de modo bem apreciavel. Grande derramamento no pericardio, liquido de cor citrina identica á do derramamento peritoneal. Pericardio congestionado. Coração sensivelmente aumentado de volume. Glandula tireoide aumentada de volume e muito congestionada.

Timus de graudes dimensões, prolongando-se para baixo até o 2° terço do esterno.

Mucosa do estomago e do intestiuo conjestionada. Ganglios engurjitados no mediastino, nas axilas e no pescoço, alguns deles bem volumosos. Meninjes cerebrais conjestionadas—leptomeninjte serosa intensa.—Cortex cerebral muito conjestionada, apresentando aos cortes, em algumas zonas, pontilhado hemorragico.

O estudo histolojico do material desta doente foi o ponto de partida de todas as verificações posteriores relativas ás localizações do protozoario nos tecidos.

O coração mostrou-se, ao exame, com notavel quantidade de parasitas. O mesmo aconteceu com os musculos de todas as rejiões—No cerebro foram verificadas localizações parasitarias, em diversas zonas da substancia nervosa.

OBSERVAÇÃO 3.

Menino GERALDO, com 2 mezes e meio de idade, residente em Lassance, no povoado, em cafuía infestada pela triatoma.

Notou a projenitora que a febre teve inicio quando a criança contava apenas 9 dias de idade. Depois disso as reações termicas têm sido de pequena intensidade. Projenitora com hipertrofia da glandula tireoide, não referindo antecedentes de *luetismo*.

Exame: Infiltração sub-cutanea pequena, melhor apreciavel em algumas rejiões, especialmente na face. Baço e figado crecidos. Na pele, uma erupção generalizada, de aspeto curioso, constituida de pequenas vesiculas com serosidade e, entre elas, regularmente espaçadas, manchas escuras, formadas de tecido resistente, que faz pequena saliencia.

Não ha sinaes de heredo-luetismo. Temperatura, no momento do exame 37°6.

Trypanosoma Cruzi no sangue periferico. Pequeno numero de flajelados.

Evolução: acompanhamos este doente durante 15 a 20 dias. Conservou-se ele sempre sub-febril, nunca elevando-se a temperatura além de 37°6, havendo dias de apirexia. A afeção cutanea não variou de aspeto durante o tempo de nossa observação e os tripanosomas do sangue periferico aí foram observados em numero muito diminuto. Perdemos

o doente de observação e não sabemos como evoluiu posteriormente a molestia.

OBSERVAÇÃO 4.

MARIA, de 13 mezes de idade, residente em Jaboticabas, 3 leguas distante de Lassance. Ausencia de molestia febril anterior. Projenitores relativamente sadios, apresentando ambos hipertrofia pequena da glandula tireoide. Residencia infestada pela *Triatoma megista*—Quando veiu á consulta, fazia 5 dias que adoecera.

Exame: Aspeto de infiltração atenuada, apreciavel sobretudo na face. Edema duro dos membros inferiores, não deixando a impressão do dedo que oprime.

Baço crecido, apalpavel sob o rebordo costal. Figado com aumento de volume apreciavel. Ganglios engurjitados em diversas pleiades perifericas, sobretudo no pescoço e nas axilas—A tireoide parece mostrar pequeno aumento de volume, o que não podemos afirmar com segurança. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico.

Evolução: seguimos esta doente desde o dia 14—V—910 até 22—V—910. A temperatura apresentou a seguinte curva:

Dia 14	m. 40°	t. 39° 8
« 15	m. 39° 3	t. 37° 8
« 16	m. 37° 6	t. 39°
« 17	m. 38°	t. 39°
« 18	m. 38° 6	t. 38° 7
« 19	m. 37°	t. 37° 2
« 20	m. 37°	t. 37°
« 21	m. 37°	t. 37°
« 22	m. 37°	t. 37°

O numero de parasitas foi diminuindo da circulação periferica, até observação final á 22, quando difficilmente era observado um flagelado pelo exame a fresco. Os outros sinaes morbidos foram tambem se atenuando, retirando-se a doentinha do hospital apiretica e com a infiltração muito diminuida. Dois anos depois tivemos ensejo de rever esta doente. Notamos a tireoide sensivelmente aumentada de volume, o baço ainda crecido e tambem o figado. Não encontrámos, nessa epoca, alterações do ritmo cardiaco. Trata-se, nesta observação, de uma fórmula

aguda, com reações termicas pouco elevadas e ausencia de ataque ao sistema nervoso central.

OBSERVAÇÃO 5.

Estampa 6 fot. n. 1.

Menina JERSINA, de 1 ano e 6 mezes de idade, residente proximo de Lassance, em Santa Rita. Casa infestada pela *Triatoma megista*. Progenitores com hipertrofia da tireoide e com alterações do ritmo cardiaco. Nunca adoeceu até a presente molestia. Ha um mez começou a ter febre elevada, apresentando tambem fenomenos inflamatórios para o lado dos olhos. Desde 15 dias, segundo referem os pais, a doente mostra-se *inchada*, contrastando este estado com a magreza anterior. A inchação tem-se agravado progressivamente e a temperatura mantem-se sempre elevada.

Exame: Infiltração generalizada das mais acentuadas que temos observado.

Facies *bouffi*, com palpebras empapuçadas, labios grossos, fenda intra-labial semi-aberta, lingua grossa e pastosa. Edema duro, não conservando a impressão do dedo e crepitando pela compressão de algumas regiões, especialmente das bochechas. Trata-se de mixedema generalizado, mais acentuado na face, porém bem apreciavel em todas as regiões. Parece haver aumento de volume da glandula tireoide. Numerosos ganglios em sua maioria miliares, no pescoço, ganglios volumosos nas axilas e nas regiões inguinocrurais. Hepato-megalia consideravel, medindo o figado 11 centímetros sobre a linha mamilar direita e excedendo de 6 centímetros o rebordo costal—Baço tambem crecido, apalpavel sob o rebordo costal esquerdo. Ausencia de fenomenos para o lado do sistema nervoso—Diarrea não sanguinolenta, desde o inicio da molestia, tendo sido negativo o exame das fezes, relativamente a parasitas intestinais.

Temperatura no momento do exame 40°. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Numero regular de tripanosomas, sendo observados flajelados, um ou 2 em todos os

campos do microscopio, pela pesquisa a fresco.

Evolução: Não foi possivel acompanhar de perto a marcha da molestia, visto ter se retirado a doente para domicilio. Dez dias depois do primeiro exame, voltou a criança ao consultorio, conservando integrais os sintomas referidos, inclusive o mixedema generalizado. Ao exame do sangue verificámos ainda flajelados na periferia, em numero menor do que nas pesquisas anteriores. Informações posteriores noticiaram a melhora da doente, isto é, a passagem da molestia ao estado cronico.

Esta doente foi novamente observada 3 anos mais tarde (Estampa 6 fot. N° 2). Nessa epoca estava apiretica e não mostrava parasitas no sangue periferico. O mixedema no grau de intensidade anterior, havia desaparecido, restando apenas leve infiltração da face. A tireoide mostrava-se aumentada de volume, sem hipertrofia consideravel. O baço ainda estava crecido e assim o figado.

Especialmente notámos um desenvolvimento fisico retardado e uma condição organica geral inferior. Não havia ainda alterações apreciaveis do ritmo cardiaco.

Nesta observação trata-se ainda duma fórmula aguda comum, de evolução benigna. Ha de mais notavel, aí, a intensidade do mixedema, bem revelada na fotografia, e sua atenuação posterior, ausente qualquer intervenção opoterapica. Devemos tambem salientar o retardamento do desenvolvimento fisico. Nenhum sinal observamos, nessa fase da molestia, para o lado do sistema nervoso.

OBSERVAÇÃO 6.

Estampa 6 fot. n. 3.

Menina RITA, de 3 mezes de idade, residente proximo de Lassance, em cafúa de triatomas muito infetadas. Progenitores com bocio, e apresentando alterações do ritmo cardiaco. Seis irmãos, todos de aspeto doentio, de desenvolvimento retardado, sendo possivel em alguns apreciar aumento de volume evidente da tireoide.

Inicio da reação termica ha 10 dias. Gritos estridentes, com agitação apreciavel,

notando-se sobretudo movimentos repetidos da extremidade cefálica.

Infiltração mixedematosa muito acentuada na face e em outras regiões. Edema duro (mixedema) não deixando a impressão do dedo. Fígado e baço muito crecidos. Queratite de um dos olhos. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Parasitas em grande numero, havendo campos do microscopio, ao exame a fresco, em que eram notados 3 e 4 flajelados.

Evolução: não tivemos nova oportunidade de observar esta doente, que faleceu 3 dias depois da primeira consulta, em domicilio, não tendo sido possível colher informações de valor, relativas ás condições em que se deu o obito.

Pela abundancia de parasitas na periferia já podíamos ajuizar mal do prognostico deste caso agudo. Havia também aí, indicando talvez fenomenos para o lado das meninges, a grande agitação e gritos estridentes que chamaram nossa atenção.

Como fato de importancia, devemos ainda salientar a queratite, pela primeira vez verificada neste caso agudo da tripanosomiase.

OBSERVAÇÃO 7.

HERCULANO, de 1 ano e 8 mezes de idade, branco—residente em Santa Rita, proximo de Lassance. Pais com hipertrofia apenas apreciavel da glandula tireoide.

Saude anterior referida como bôa. Grande elevação termica desde 16 dias.

Aspetto infiltrado bem apreciavel. Mixedema generalizado, não deixando a impressão do dedo e crepitando em algumas regiões. Numerosos ganglios no pescoço, nas axilas e nas regiões inguino-cruraes. Tireoide com aumento de volume evidente. Baço muito crecido, excedendo o rebordo costal e fazendo suspeitar do impaludismo. Fígado com aumento também muito consideravel, excedendo de 4 centímetros o rebordo costal sobre a linha mamilar direita. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Parasitas em numero regular na circulação. Exame negativo

relativamente ao impaludismo. Ausencia de albuminuria.

Evolução: não vimos mais o doente, sabendo posteriormente que os sinais da infecção aguda desapareceram. Foi esse um caso de infecção benigna, sem qualquer sinal para o lado do sistema nervoso central.

OBSERVAÇÃO 8.

DEOLINDO—3 mezes de idade, preto, residente a 2 quilometros de Lassance, em café de triatomas na grande maioria infetadas. Mãe com bocio e forma cardiaca da tripanosomiase. Tem 3 irmãos, todos com hipertrofia da glandula tireoide, apresentando um deles, adulto, alterações do ritmo.

Doente desde 8 dias, com elevação termica consideravel.

Exame: infiltração mixedematosa generalizada, acusando a mãe o fato, que se traduz na *inchação* do doente. O edema é duro, não deixa a impressão do dedo, crepita á pressão das bochechas, tudo indicando a natureza mucoide da infiltração sub-cutanea. Ganglios miliares numerosos no pescoço, nas axilas e nas regiões inguino-cruraes. Notavel hepatomegalia. Baço também crecido, apalpavel sob o rebordo costal. Temperatura, no momento do exame, 38°. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Parasitas em grande numero no sangue circulante, sendo mesmo este um dos casos agudos com infecção mais intensa.

Evolução: A temperatura esteve sempre elevada, durante toda a molestia, que evoluiu em 14 dias. Vimos o doente apenas duas vezes: na primeira consulta e na vespera da morte.—No ultimo exame, isto é, 24 horas antes do obito, notámos rijidez apreciavel dos musculos da nuca, grande agitação e vomitos continuos. A pesquisa do sinal de Kering foi negativa. O numero de parasitas era então muito elevado, maior do que na primeira pesquisa. O doente, segundo referem os pais, apresentou convulsões repetidas na noite que precedeu a morte.

Autopsia:

Lesões macroscopicas mais importantes: derramamento citrino abundante na cavidade peritoneal. Ganglios volumosos e numerosos

no mesenterio. Fígado intensamente gorduroso, com esteatose total, atinjindo toda a massa do órgão — Baço crecido e muito congestionado, de coloração vermelho escura. Capsulas supra-renais muito friáveis. Rins sem lesões macroscópicas apreciáveis. Mucosa intestinal congestionada.

Cavidade torácica: grande derramamento citrino no pericardio.

Ganglios volumosos no mediastino. Pulmões sem lesão apreciável; ausencia de derramamento na pleura.

Tireoide com sensível aumento de volume e evidente congestão.

Cavidade craniana: meninges congestionadas intensamente e aderentes. Paquimeninjitose serosa muito intensa. Cortex cerebral congestionada e com pontilhado hemorrágico esparso.

Pericardite. Miocardite intensa.

OBSERVAÇÃO 9.

Menino RAYMUNDO, com um ano e meio de idade, residente em Santa Rita, a 6 leguas de Lassance, em café de triatomas. Progenitores com a forma cardíaca da tripanosomiase. Febril ha um mez. Saúde perfeita até o presente ataque morbido.

Exame: Infiltração mixedematosa notável, dando á distancia a segurança do diagnostico. Ganglios engurjitados nas principais pleiades perifericas. Fígado consideravelmente crecido. Baço apalpavel sob o rebordo costal, lembrando a esplenomegalia palustre. Temperatura axilar 38°5. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Parasitas em numero regular, facilmente verificáveis.

Evolução: não continuamos a observação, visto retirar-se o doente para lugar distante. Não soubemos da evolução posterior.

OBSERVAÇÃO 10.

JOSÉ, de Santa Rita, proximo á Lassance, residente em café de triatomas.

Infiltração generalizada apreciável. Ganglios cervicais e axilares volumosos.

Fígado e baço crecidos. Aumento de volume pequeno da glandula tireoide. Tempe-

ratura axilar, no momento do exame, 38°. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Parasitas raros.

Evolução: Quando observámos este doente, pela primeira vez, a febre datava dum mez e o estado geral era relativamente benigno, nenhum elemento existindo de gravidade. Posteriormente tivemos ainda 4 ou 5 oportunidades de observar o caso, verificando assim a permanencia de flajelados em circulação durante 3 mezes, sempre em numero muito diminuto, tornando-se necessarios demorados exames a fresco para encontral-os. De acordo com essa intensidade minima da infeção, a sintomatologia foi sempre atenuada, conservando-se o doente, ás vezes, subfebril, com temperaturas de 37°5 á 38°, outras vezes, apresentando-se apiretico. Decorridos 3 mezes os parasitas desapareceram da periferia e tambem não foi mais observada elevação termica. Vimos ainda o doente algumas vezes, sempre apiretico, não mais sendo vistos flajelados no sangue. A glandula tireoide, mezes depois, mostrava pequeno aumento de volume.

OBSERVAÇÃO 11.

Estampa 10 fot. n. 15.

MARINHA SOARES DE ALMEIDA, 18 mezes de idade, parda, residente proximo de Lassance, em café de triatomas. Pai, mãe e 3 irmãs vivos, aparentemente sadios. Nascimento a termo, tendo a criança, até a presente data, desenvolvimento normal. Bem constituída e de aspeto robusto.

Ha 8 dias adoeceu, apresentando diarréa, forte timpanismo abdominal e saliencia do ventre. Apareceu então a febre e uma erupção urticariforme no tronco e nos membros.

Exame: Temperatura axilar 37°5. A tireoide não mostra aumento apreciável de volume. *Facies bouffi*, mostrando edema duro, apreciável tambem nos membros. Baço e fígado muito crecidos. Hipertrofia ganglionar generalizada. Alguns elementos urticariformes, em via de regressão, no torax, no abdome e nas extremidades. *Trypanosoma Cruzi* no

sangue periferico. Tripanosomas em pequeno numero.

Exame de urina negativo relativamente á albumina e a outros elementos que indicassem lesão renal.

Evolução: Foi tratado em domicilio, tendo recebido medicação apenas sintomatica. No fim de 8 dias voltou á consulta apiretica, sendo o estado geral bastante melhor. No sangue periferico havia ainda raros tripanosomas e o mixedema persistia, mais ou menos no mesmo gráu. Informações posteriores referem a cura dos fenomenos agudos.

OBSERVAÇÃO 12.

Estampa 6 fot. n. 5.

CARLOTA, de 5 mezes de idade, branca, residente em Muquem, 5 leguas de Lassance, em café de triatomas.

Nacida a termo, gozou sempre boa saude e é de aspeto robusto. Mãe portadora de bocio e com sinais de hipotireoidismo. Adoeceu ha 20 dias, com febre de carater remittente acompanhada de vomitos e de diarréa. Continuando a febre, a criança começou a aumentar de volume, tornando-se *extraordinariamente gorda*, na expressão das pessoas de sua familia. Simultanea com a febre manifestou-se em uma das coxas uma placa arredondada, de cor violacea e endurecida (Estampa 6 fotografia n. 5) atribuida pela familia á picada da triatoma.

Exame; Abatida e febril—temperatura 38°. Edema generalizado, muito consistente, não se deixando deprimir pela pressão digital. A tireoide não mostrava aumento de volume apreciavel á vista. Baço e figado muito aumentados. Para o lado da pele, além do mixedema, era observado um leve eritema serpijinoso, mais acentuado no tronco e nos membros, dando aspeto marmoreo ás superficies dessas regiões. Na coxa esquerda, proximo do joelho, persistia a placa acima referida e que era constituída por um endurecimento da pele e tecido celular sub-adjacente, com mortificação superficial dos mesmos tecidos, medindo cerca de 20 cm. de diametro, cercada de uma orla esbranquiçada. Ausencia de albumina nas urinas. *Trypanosoma*

Cruzi no sangue periferico. Tripanosomas em numero bem regular. Em cortes do tecido sub-cutaneo, de fragmentos obtidos por biopsia, verificou-se a presença da *mucina*, confirmando-se deste modo a natureza mixedematosa do entumescimento.

Evolução: permaneceu apenas 2 dias sob assistencia hospitalar. O mixedema persistia. A temperatura manteve-se entre 37°6 e 38°5.

Mais tarde vieram informações, que referiram o falecimento da criança, consideravelmente *inchada*, alguns dias depois de sua retirada do hospital.

Ha nesta observação, de mais notavel, a placa do tecido mortificado, observada na coxa, acompanhada de outros fenomenos cutaneos traduzidos num eritema serpijinoso. O mixedema era tambem aqui dos mais acentuados e bem caracterizado em sua natureza exata. Não sabendo da evolução completa do caso, ignoramos se houve ataque aos centros nervosos, determinando o obito, ou se este se verificou independente da afeção daqueles centros.

OBSERVAÇÃO 13.

Estampa 6 fot. n. 4.

SOLEDADE, de 5 mezes e meio de idade, parda, residente proximo de Lassance, em café de triatomas. Nascimento a termo—Desenvolvimento fisico normal. Inteligencia viva.

E' a primeira vez que adoece. Ha um mez mostra-se febril, sendo os acessos ora de reação termica elevada, ora mais atenuados. Periodos transitorios de apirexia. Edema generalizado, não muito acentuado (mixedema), elastico, não deixando a impressão do dedo. Figado aumentado e doloroso á pressão. Baço crecido. Tireoide um pouco aumentada, sendo difficil de ser apreciada pela abundancia da infiltração. Ganglios cervicaes, axilares e inguinaes engurjitados. Temperatura 38° 5. Ausencia de albumina nas urinas. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Numero regular de parasitas.

Evolução: esta doente foi examinada pela primeira vez a 16 de Setembro de 1912.

A 24 de Novembro voltou ao consultorio, apresentando-se menos infiltrada, com a temperatura de 38° 2. Apresentou-se prostrada e sonolenta. O numero de tripanosomas era menor do que no primeiro exame. Deixou novamente o hospital. Foi vista novamente a 18 de Dezembro:—Infiltração diminuida. Fígado e baço mais aumentados do que anteriormente. Apatia. Pouca vivacidade. Temperatura 38°. Tripanosomas no sangue periferico. Reação termica pouco elevada. A 20 XII-1912 temperatura 37° 3. A 2 de Fevereiro de 1913 voltando a criança ao consultorio, observamos: Bem disposta, com atenuação de todos os elementos morbidos. Fígado e baço ainda aumentados. Ausencia de tripanosomas do sangue periferico. A 20 de Março de 1913 notámos: desenvolvimento retardado, não consegue ainda sentar-se, o que deveria fazer pela idade. Emagrecida. Completamente desinfiltrada. Fígado aumentado. Baço apalpavel sob o rebordo costal. Queda de pelos. Ausencia de tripanosomas no sangue periferico.

Ha que salientar, nessa observação, a longa permanencia da reação termica, de carater intermitente irregular. Tambem os flajelados permaneceram na circulação por tempo demasiado longo, relativamente á regra geral nas fórmas agudas. A infiltração foi sofrendo atenuação progressiva, até desaparecer, tornando-se emagrecida a criança, o que póde ser interpretado como a fase magra do mixedema. E' de interesse referir o retardamento evidente do desenvolvimento fisico, exibindo-se depois de alguns mezes da infeção.

OBSERVAÇÃO 14.

Estampa 10 fot. n. 17.

FLORENCIO — 9 mezes de idade, pardo — residente nas Telhas a 6 quilometros de Lassance. Ha 15 ou 20 dias que se mostra febril. Reação termica diaria, diminuindo pela manhã e mais elevada á tarde e á noite. Nos ultimos 4 dias a familia notou que a criança *inchava*, pelo que trouxeram-na á consulta. Diarréa forte no principio, agora diminuida. Bem desenvolvido e bem proporcionado para a idade que tem.

Exame; infiltração generalizada. Tempe-

ratura 39° 8, 150 pulsações por minuto. Fígado aumentado, excedendo de 2 dedos o rebordo costal, na linha mamilar. Borda do fígado dura e fina. Baço aumentado, apalpavel sob o rebordo costal esquerdo. Ganglios das pleiades perifericas aumentados. Mixedema não muito acentuado. Ulceração profunda, de fundo sanioso na dobra do joelho direito, de bordas arredondadas e talhadas a pique. Pustula com necrose na dobra do cotovelo esquerdo. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico.

Evolução: este doente, que não permaneceu no hospital, veio a falecer 8 a 10 dias depois do primeiro exame, informando a familia, que as manifestações cutaneas aumentaram consideravelmente, aparecendo zonas de necrose em outras rejiões do corpo.

Ha que salientar, aí, o processo cutaneo, de natureza necrotica, e a gravidade do caso mesmo na ausencia de sinais nervosos.

OBSERVAÇÃO 15.

LAURINDA FERREIRA — 11 mezes de idade — branca — residente proximo de Lassance. Pai e mãe vivos, em boas condições de saude, *não apresentando bocio*. Um unico irmão falecido na primeira infancia. Nascimento a termo — desenvolvimento regular até a presente data. Dentição, marcha e articulação das palavras já iniciadas. Domicilio infestado pela *Triatoma megista*, em zona não paludosa. Ha 15 dias adoeceu de febre, acompanhada esta de diarréa e vomitos. Os dois ultimos sinais cessaram no fim de alguns dias, continuando a febre com exacerbações vesperais. Dias depois da febre iniciada verificou-se infiltração geral, informando os projenitores que a doente *engordara* de repente.

Exame: infiltração generalizada, de carater mixedematoso, apreciavel sobretudo na face e nos membros. Acentuada palidez do tegumento. Temperatura 37° 6. Prostração geral, com momentos de agitação. Hipertrofia ganglionar sensível no pescoço, nas axilas e rejiões inguino-crurais. Baço e fígado crecidos e um pouco dolorosos á pressão. Ausen-

cia de albuminuria. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico.

Evolução: O estado da doente agravou-se nos dias seguintes, persistindo a febre e o mixedema, aquela com exacerbações vesperais minimas de 38°5. A agitação acentuou-se, impedindo o sono. O apetite desapareceu e vieram vomitos rebeldes. Catarro bronquico, com dificuldade de respiração.

Marcha da temperatura.

Dia	Manhã	Meio dia	Tarde
5	—	37,6	37,4
« 6	37,2	39,4	38,8
« 7	37,4	38,8	38,4
« 8	37,2	38,4	38,4
« 9	36,8	37,2	alta

No 5° dia de permanencia hospitalar a criança retirou-se ainda febril e com todos os elementos morbidos no mesmo gráu de intensidade. Faleceu poucos dias depois, ignorando-se como teve lugar o obito.

OBSERVAÇÃO 16.

Estampa 7 fot n. 6.

MANOEL SOARES DE MACEDO — branco, 11 mezes de idade, residente em Santa Rita, a 5 leguas de Lassance, em cafúa de triatomas. Projenitores adoentados e apresentando hipertrofia da glandula tireoide. Tem 4 irmãos vivos e 4 outros faleceram, todos nas primeiras idades. Nascimento a termo. Dentição, palavra e marcha já iniciadas.

Ha 10 dias apareceu a febre, de marcha remittente. Simultaneamente foi observada pequena papula avermelhada em uma das palpebras, com entumecimento edematoso da mesma e do rebordo orbitario correspondente. Poucos dias depois manifestou aumento de volume da glandula tireoide, notado pela familia e começou a *engrossar* no rosto, nos membros superiores e inferiores.

Exame: Temperatura 38° 6. Palidez, prostração, de quando em vez crises de agitação, grande impertinencia. Infiltração mixedematosa no rosto e nos membros. Tireoide visivelmente aumentada. Baço e figado crecidos, sendo o primeiro apalpavel sob o rebordo

costal, que é excedido de 3 dedos. Ganglios engurjitados nas pleiades perifericas. Nenhuma perturbação dijestiva ou nervosa. *Trypanosoma Crnzi* no sangue periferico.

Evolução: No dia seguinte ao do primeiro exame o mixedema era mais acentuado e a temperatura que, pela manhã, era de 37°, acendeu á tarde a 38°. Ausentou-se no 3° dia para o domicilio — vindo a restabelecer-se do estado agudo.

OBSERVAÇÃO 17.

EVA DO NASCIMENTO, côr branca, 4 anos de idade, residente em Santa Maria, a 3 leguas de Lassance. Projenitores de saude regular, ambos com hipertrofia pequena da tireoide e sinaes da tripanosomiasse. Tem 3 irmãos vivos e perdeu 6 outros, dos quais 2 natimortos, 3 falecidos na primeira infancia de febre prolongada e 1 na idade de 8 anos com paralisia aparecida depois duma molestia febril prolongada. Dos irmãos vivos, um é infantil e apresenta a tireoide aumentada de volume e tambem o baço crecido.

Nacida a termo, tendo desenvolvimento regular até a presente data. Não acusa molestia anterior a não ser sarampão ha 2 anos Adoeceu ha 6 dias com febre de marcha remittente e exacerbações vesperaes, acompanhada de prostração e anorexia.

Exame: temperatura 38° 5. Figado crecido e doloroso á pressão. Baço apalpavel sob o rebordo costal. Infiltração mixedematosa, acentuada nas palpebras, nas bochechas e nos labios, mais atenuada nos membros e no tronco. Glandula tireoide aumentada de volume. Hipertrofia ganglionar discreta. Nenhuma perturbação nervosa aparente. Estado geral relativamente bom. *Trypanosoma Cruzi* em pequeno numero, no sangue periferico. Ausencia de albumina na urina.

Evolução: no dia seguinte, a temperatura, pela manhã, era de 37° 8, retirando-se a doente para domicilio. Quatro mezes mais tarde, quando era considerada pela familia como restabelecida da infeção aguda, foi a criança de novo observada, sendo encontrados tripanosomas raros no sangue periferico

e leve reação termica. Nessa epoca apresentava ainda infiltração mixedematosa, mostrando-se a tireoide aumentada de volume. O fígado e o baço estavam crecidos e a pele mostrava-se aspera e seca, com leve hiperqueratose ictiosiforme nas pernas. Mais tarde, 2 mezes depois, verificámos ausencia dos sinais agudos e de tripanosomas no sangue, não sendo depois vista a doente.

Ha que salientar, nessa observação, a longa permanencia de tripanosomas na circulação, em pequeno numero, com evolução benigna dos elementos patojenicos.

OBSERVAÇÃO 18.

Estampa 7 fot. 7.

MARIA FERREIRA DA SILVA, branca 15 mezes de idade, residente nas marjens do Rio das Velhas, a 4 quilometros de Lassance. Mãe portadora de pequeno bocio e com sinais de hipotireoidismo. Pai com pequena hipertrofia da tireoide e com sinais cardiacos da molestia. Quatro irmãos, dos quais 2 falecidos. Nenhum antecedente de sífilis, nem de impaludismo. Desenvolvimento normal. Habita café infestada pela *Triatoma megista*. De 7 dias para cá tem apresentado febre continua, informando a projenitora que nos ultimos dias *engordara* rapidamente.

Exame: Temperatura 38°2. Olhar amortecido — Abatimento ou ajitação, alternadamente. Palidez dos tegumentos. Infiltração mixedematosa, bastante acentuada, contrastando com o aspeto anterior da doente. A infiltração apresenta-se mais sensível nos membros e na face, onde se notaram as palpebras empapuçadas, com estreitamento das fendas palpebrais e turjecencia das bochechas, assim como espessamento da mucosa labial. No dorso dos pés, a infiltração forma verdadeiro coxim de consistencia firme, não deixando depressão o dedo que comprime. Baço e fígado muito crecidos: Hipertrofia ganglionar generalizada, tireoide apenas sensível á apalpação. O exame do sangue periferico revela a presança do *Trypanosoma Cruzi*. Ausencia de albumina pela analise das urinas.

Evolução: no dia seguinte ausentou-se para domicilio, sem alteração no estado geral, com a temperatura de 37°4, pela manhã. Dois dias depois foi trazida novamente á consulta, verificando-se a persistencia dos mesmos sintomas, sendo então de 38° a elevação termica.

Faleceu 10 dias depois, não tendo voltado á consulta e ficando, por isso, desconhecidas as condições em que se deu o obito. Ignoramos tambem se houve occurencia de sintomas nervosos.

OBSERVAÇÃO 19.

Estampa 10 fot. n. 14.

ANNA DE MATTOS, 3 anos de idade, parda, residente em Lassance, em café de barbeiros.

Nacida a termo, parto normal, desenvolvimento bom. Dentição regular. Febre ha 17 dias. Desde 5 dias começou a *inchar*, sendo trazida por isso á consulta.

Exame: Infiltração generalizada, especialmente da face e das palpebras. Crepitação das bochechas. Baço aumentado e doloroso á pressão. Fígado pouco aumentado. Ventre proeminente e timpanico. Tireoide com aumento apenas apreciavel. Ganglios das pleiades perifericas aumentados. Grande prostração, negando-se aos movimentos. Temperatura 38°8 ás 3 horas da tarde, momento do exame. A' noite a temperatura decaiu a 36°8. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Raros parasitas. Pesquisa de hematozoario da malaria negativa. Ausencia de albumina nas urinas.

Evolução;

Dia 27—VII—1913 (dia seguinte ao primeiro exame) numero de tripanosomas aumentado. A infiltração e outros elementos permanecem inalterados.

Dia 28—VII—1913 Temperatura 37°2. Pulso 100 pulsações por minuto. Infiltração aumentada.

Dia 2—VIII—1913 Estado mais ou menos o mesmo.

Esta doente foi vista um mez depois, completamente desinfiltrada e sem tripanosomas no sangue periferico. O baço e o fígado

permaneciam aumentados. Ausencia então de reacção febril.

OBSERVAÇÃO 20.

Estampa 7 fot. 8.

MANOEL, 19 mezes de idade, residente em Beltrão, proximo de Lassance, em café infestada pela triatoma. Nascimento a termo, parto natural. Ha 3 mezes veio á consulta por uma otite supurada. Ha 2 semanas *começou a inchar* e por isso voltou ao consultorio.

Exame: Infiltração dura generalizada, mais acentuada na face, com estreitamento das fendas palpebraes. Ganglios das pleiades perifericas muito aumentados. Fígado e baço sensivelmente crecidos. Tireoide sem aumento apreciavel á vista. Ausencia de perturbações dijestivas. Temperatura 37°4. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Raros parasitas

Evolução: no dia seguinte ao exame:

Dia 16	Temperatura m.	36,8	tarde	37,8
« 17	«	«	37,6	« 37,4
« 18	«	«	37	« 37
« 19	«	«	37	

Estado geral sem modificação apreciavel. Infiltração permanente.

Dia 22—Infiltração diminuida. Estado geral melhor. Temperatura 37°.

Ausencia de tripanosomas no sangue periferico. Restabelecimento do estado agudo.

OBSERVAÇÃO 21.

MANOEL SOARES, 11 mezes de idade, febril desde 15 dias.

Exame: Infiltração mixedematosa. Ganglios engurjitados nas pleiades perifericas. Baço e fígado muito aumentados. Temperatura 37°8. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico; raros flajelados.

Evolução posterior desconhecida.

OBSERVAÇÃO 22.

Estampa 8 fot. n. 11

PAULO, 7 mezes de idade—pardo, natural de Cordesburgo, residente ha 2 mezes em Lassance. Avó portadora de bocio volumoso e cretinoide. Mãe falecida. Pai apresentando bocio e sinais cardiacos da tripa-

nosomiase. Nascimento a termo. Ha 2 mezes foi trazido ao consultorio, sofrendo de diarréa cronica, muito enfraquecido, com emagrecimento consideravel e apresentando hipertrofia ganglionar generalizada. Era então bem evidente o aspeto atrepsico. Deste estado melhorou o doente com o tratamento mercurial. Ha 10 dias apresentou-se febril com diarréa e grande agitação. Agravando-se este estado, trouxeram o doente á Lassance, onde ficou em tratamento desde 12 de Fevereiro de 1914.

Exame: Temperatura 37° 5. Grande prostração. *Infiltração geral, fazendo notavel contraste com a magreza anterior de heredo-sifilitico.* A infiltração, de natureza francamente mixedematosa, era mais acentuada na face, sobretudo nas palpebras e nos labios, sendo tambem sensivel nos membros e no tronco. Nas bochechas percebia-se um crepitar mucosidade. Diarréa intensa. Baço e fígado muito aumentados. Ventre timpanico. Hipertrofia ganglionar generalizada. Tireoide de apreciação difficil, devido á infiltração. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico em grande numero.

Evolução: A medicação sintomatica poud e atenuar a diarréa. Persistiam a prostração e a febre, cuja marcha se fez com remissões irregulares, vindo o doente a falecer á 19 do mesmo mez, isto é, 7 dias após a primeira consulta.

Neste periodo o doente apresentou crises intensas de dispnéa com sinaes evidentes de colapso cardiaco, parecendo ter sido csse a causa da morte. Ausencia de convulsões. *Marcha da temperatura:*

	Manhã	Meio dia	Tarde
Dia 12	37,5	38,0	38,0
« 13	37,5	38,4	38,0
« 14	38,0	37,3	37,0
« 15	37,8	37,4	37,6
« 16	37,4	37,0	39,2
« 18	37,4	37,8	37,8
« 19	37,4	37,7	

O obito teve lugar à tarde do dia 19.

O numero de parasitas no sangue periferico foi sempre em aumento progressivo, atinjindo a infeção grande intensidade.

Dados geraes da autopsia: *Infiltração mucoide do tecido sub-cutaneo.*

Aumento apreciavel de volume da glandula tireoide, que estava conjestionada e cujos lobos prolangavam-se posteriormente, formando anel quasi completo em tornd da traquéa e do esofago. Coração com sinaes de miocardite intensa.

Derramamento de liquido citrino, em abundancia, no pericardio. Ausencia de lesões apreciaveis a olho nú, nos foliolos do pericardio. Pulmões sem alterações macroscopicas. Fígado com intensa esteatose, verdadeiro fígado camurça, tão degerado quanto se apresenta o fígado na febre amarela. Capsulas supra-renaes e rins, sem alterações macroscopicas apreciaveis. Baço volumoso e conjestionado. Ganglios mesentericos aumentados de volume, o mesmo acontecendo aos ganglios de todas as outras pleiades. Cavidade peritoneal com derramamento citrino abundante. Ausencia de lesões macroscopicas no sistema nervoso central.

O exame histo-patolojico deste caso revelou grande quantidade de parasitas no miocardio, onde eram dos mais intensos os processos inflammatorios. Foram verificadas ainda localizações parasitarias na *glandula tireoide*, nos musculos estriados e nos testiculos.

Este caso apresenta, como fato de maior relevancia, a quantidade excecional de parasitas no sangue periferico e o aumento progressivo dos flajelados até o desfecho da molestia. Ha ainda que referir a morte rapida, sem alterações apreciaveis do sistema nervoso, sendo atribuivel aqui a gravidade extrema da infeção aos processos de miocardite aguda, de excecional intensidade. Devemos tambem salientar o contraste entre o aspeto atrepsico anterior, devido á sifilis hereditaria, e a infiltração consecutiva ao processo infetuoso, desta resultando o aspeto inchado com que se apresentou o doente á consulta.

OBSERVAÇÃO 23.

Estampa 7 fot. n. 9.

PHILOMENA, cor parda, 20 mezes de idade, residente em Larangeiras, proximo de Lassance. A mãe é papuda e cretinoide. O

pai tem a glandula tireoide aumentada de volume. De 10 irmãos vivos, 2 são portadores de bocio. Faleceram 4 irmãos nos primeiros tempos de existência. A mãe teve um aborto. Não ha antecedentes de sifilis na familia. Nascimento a termo. Dentição e marcha iniciadas antes de um ano de idade. A fala teve inicio mais tardio, articulando algumas palavras na ocasião em que adoeceu. Residencia em café de triatomas. Ha 3 mezes, manifestaram-se febre e diarréa que ainda persistem. A diarréa teve, durante algum tempo, carater sanguinolento. Poucos dias após o inicio desses sinais, a doente *começou a inchar*, mantendo-se essa inchação durante um mez, findo o qual foi gradualmente diminuindo até desaparecer de modo completo.

Exame: profundamente emagrecida, de olhar encovado, ossos descobertos, massas musculares atrofiadas. Verdadeiro estado atrepsico lembrando a *caquexia luetica*. Pele frouxa, esfoliação da epiderme. Ausencia atual de infiltração mixedematosa. Rijidez acentuada dos musculos da nuca e dos membros inferiores. Sinal de Kernig apreciavel. *Tireoide sensivelmente aumentada.*

Ganglios das pleiades perifericas hipertrofiados. Baço e fígado crecidos.

Escara na região sacra. Vulvite. Varias lesões de impetigo no couro cabeludo e na face. Queda de cabelos acentuada. Jazia em decubito dorsal forçado, não podendo manter-se sentada. Gemidos fracos e continuados, com movimentos da cabeça. Ausencia de movimentos voluntarios nos membros inferiores. Emissão involuntaria de fezes e de urina. O exame do sangue revelou a presença do *Tripanosoma Cruzi*; numero regular de flajelados.

Evolução: Posteriormente apareceram convulsões cronicas, de curta duração, em acessos repetidos. Os sintomas indicados persistiram, agravando-se progressivamente, exetutando a diarréa que cedeu á medicação sintomatica. Faleceu a doente 5 dias após o primeiro exame.

Curva termica:

Dias	Manhã	Tarde
5	38,2	38,0
7	36,2	38,0
8	38,0	38,0
9	38,0	36,3
10	36,0	36,0
11	36,0	obito

Autopsia: Resumo das principais verificações macroscópicas:

O cadaver, notavelmente emagrecido, apresentava escara na região sacra. Ausência completa de panículo adiposo sub-cutâneo. Abdome: ausência de derramamento no peritônio. Fígado com intensa degeneração gordurosa. Baço crecido e congestionado. Ganglios mesentericos abundantes e muito hipertrofiados. Mucosa intestinal congestionada e descamada em grande extensão.

Torax: pequeno derramamento citrino na cavidade do pericardio. Placas esparsas de pericardite. Coração aumentado de volume, friável, com depósito de gordura nos sulcos e nas bordas e apresentando sinais de miocardite. Ganglios do mediastino hipertrofiados. Ausência de lesões macroscópicas apreciáveis para o lado das pleuras e dos pulmões.

Tireoide: congestionada e com aumento de volume apreciável.

Cavidade craneana- Dura-mater aderente à caixa ossea. Meninges internas com hiperemia e aderentes à cortex cerebral. Sinais intensos de paquimeninje serosa. Massa cerebral congestionada, com pontilhado hemorrágico esparso.

Ao exame microscópico foram verificadas localizações do tripanosoma nos musculos estriados, no miocardio, nos ovarios, no utero e no sistema nervoso central. O cerebro desta doente, assim como a medula, apresentava processos inflamatórios agudos com infiltrações leucocitárias esparsas e grande abundancia de parasitas, em aglomerações distribuidas por todas as regiões. (Veja fig. n. 2 estampa n. 4).

Trata-se, nesta doente, duma infecção aguda de marcha lenta, permanecendo os flajelados na circulação durante 3 mezes e meio, com simultaneidade de reações termicas e outros elementos agudos. O sistema nervoso central foi gravemente atingido, reve-

lando-se em convulsões e outros sinais os processos inflamatórios daquele sistema, verificados na autopsia e em estudos histopatológicos.

É de interesse salientar a presença de infiltração mixedematosa intensa na fase inicial da molestia, cedendo depois o mixedema e permanecendo sinais de hipotireoidismo. A doente, nas fases ultimas, poderia ser considerada um caso de mixedema magro, caracterizado pela queda de pelos, descamação da epiderme, etc.. O aspeto desta doente, quando a examinamos pela primeira vez, fazia lembrar o luetismo hereditario e foi a nossa impressão inicial, destruidas pelas verificações posteriores. Nem encontramos sinal algum de luetismo, sendo negativas todas as pesquisas relativas á infecção pelo treponema de Schaudinn. Salientamos este aspeto de caquexia tripanosomica, comparavel á caquexia luetica, para ainda uma vez reconhecer os pontos similares de patojenia das duas molestias.

OBSERVAÇÃO 24.

Estampa 8 fot. n. 9. 

AUGUSTA, 7 mezes de idade, residente em Santa Rita, proximo de Lassance, em café de triatomas. Apresenta reação termica, ora mais, ora menos elevada, ha 25 dias. Decorridos 15 dias depois de começar a febre, a criança mostrou-se *inchada*, o que impressionou fundamente as pessoas da familia, sendo por isso trazida á consulta.

Exame: Temperatura axilar 38° 4. Fígado muito crecido e doloroso á pressão. Baço tambem aumentado, excedendo de dous dedos o rebordo costal.

Infiltração mixedematosa generalizada muito evidente, dando a sensação de crepitar nas bochechas. Leve tumefação da tireoide. Ausencia de sinais para o lado do sistema nervoso central. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Numero regular de parasitas. Ausencia de albumina, pelo exame das urinas.

Evolução: Esta doente só foi examinada uma vez, sendo desconhecida a evolução posterior da molestia.

OBSERVAÇÃO 25.

Estampa 8 fot. n. 10.

CALIXTO, 6 meses de idade, residente em Ataleiro, distante 10 leguas de Lassance, em caçua de triatomas. Doente ha 22 dias, tendo, inicialmente, apresentado febre e grande diarréa. Desde 4 dias vai *inchando* de modo apreciavel, segundo informa a familia.

Exame: Infiltração mixedematosa leve. Baço e figado muito aumentados.

Tireoide com tumefação apreciavel. Ganglios engurjitados em todas as pleiadas perifericas. Fenomenos iniciaes de queratite num dos olhos. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico. Abundancia de flajelados. Ausencia de albumina nas urinas. Temperatura 38° 6.

Evolução: Esta doente retirou-se para domicilio, não tendo sido observada posteriormente ao primeiro e unico exame.

OBSERVAÇÃO 26.

Estampa 9 fot. n. 12.

ROMÃO, de 11 meses de idade, residente proximo de Lassance. Doente desde um mez, com reação termica continua. Diarréa desde a fase inicial e permanente no momento atual. Refere a projenitora que o doente começou a *inchar*, desde 20 dias, apresentando ao mesmo tempo forte inflamação de ambos os olhos.

Exame: Infiltração mixedematosa generalizada. Queratite com conjuntivite dupla, havendo grande supuração ocular. Figado e baço muito crecidos, excedendo o baço de 2 a 3 centímetros, o rebordo costal. Queda abundante de pelos no couro cabeludo. Infeções secundarias de algumas zonas da pele. O sangue periferico mostra raros tripanosomas (*Trypanosoma Cruzi*).

Evolução: este doente faleceu no dia seguinte ao de nosso primeiro exame, não tendo sido praticada a autopsia.

OBSERVAÇÃO 27.

Estampa 9 fot. n. 13.

PETROLINA, 4 meses de idade, residente á margem do Rio São Gonçalo, a 2 qui-

lômetros de Lassance. Ausencia de antecedentes morbidos pessoases que mereçam referencia. Ausencia de qualquer molestia febril anterior. Pai com pequena hipertrofia da tireoide. Mãe sadia, com pequeno aumento de volume da tireoide.

Anamnese: doente desde 6 dias, com elevação termica continua e leve diarréa. Grande irritabilidade nervosa.

Exame: Baço e figado muito crecidos — Temperatura 39°. Ausencia de infiltrição apreciavel. Ausencia atual de sinais nervosos. *Trypanosoma Cruzi* no sangue periferico, em numero regular.

Evolução: esta doente permaneceu no hospital durante 20 dias, evoluindo a molestia de modo benigno, com reações termicas de pequena intensidade, nunca excedendo a temperatura 38° 5. No fim de 10 dias de hospitalização, era apreciavel pequena infiltração mixedematosa, sobretudo acentuada no rosto.

Esta infiltração permaneceu até o final da fase aguda. Os parasitas, relativamente abundantes nos primeiros dias, foram em diminuição progressiva e desapareceram do sangue circulante, ao exame a fresco, 2 ou 3 dias depois que a doente se tornara apiretica. A marcha da temperatura, neste caso, foi bastante irregular. Havia, de regra, remissões termicas acentuadas pela manhã, quando a criança se tornava apiretica, elevando-se de novo a temperatura nas ultimas horas do dia. Durante 2 ou 3 dias, mesmo com a presença de flajelados na circulação, a doente esteve apiretica, voltando depois a reação termica, sempre atenuada.

Este caso passou á condição cronica, após completo desaparecimento da febre. Dois meses mais tarde, a inoculação de sangue, 5 c. c. em cobaia, determinou nesta o aparecimento de tripanosomas. Nesta epoca, os exames de sangue a fresco, mesmo demorados, foram negativos.

OBSERVAÇÃO 28.

Menina GERALDINA, 22 meses de idade, residente em Lassance, em caçua não infestada pela triatoma.

Anamnese: a criança, dias antes de apa-

recer febril, passou uma noite em Santa Maria, dornotando numa cafúa, onde havia grande quantidade de triatomas, na sua totalidade infetadas. Febre ha 8 dias. Segundo refere a progenitora, quando apareceu a febre, a criança apresentou tambem os olhos vermelhos, inflamados. Antecedentes lueticos ausentes.

Exame: 2 de Janeiro de 1915. Temperatura axilar 39°2. Não ha infiltração apreciavel. Baço muito crecido, doloroso á apalpação. Fígado tambem aumentado. Ganglios numerosos e volumosos nas rejiões sub-maxilar, axilar e inguino-cruraes. Conjuntivite acentuada do olho esquerdo, com corrimento de liquido não purulento. Eritema em torno da orbita esquerda. Palpebras do olho esquerdo sempre cerradas. *Trypanosoma Cruzi* raros no sangue periferico.

Dia 4 de Janeiro de 1915. Temperatura axilar 38°6. Os tripanosomas aumentaram apreciavelmente no sangue circulante. Não ha ainda mixedema evidente.

Dia 5 de Janeiro de 1915. Temperatura axilar 39°2. Agravação dos fenomenos oculares. Conjuntivite tambem do olho direito, com eritema das palpebras.

Ausencia ainda de mixedema.

Dia 6 de Janeiro de 1915. Temperatura axilar 39°8. Nota-se, com toda evidencia, a infiltração sub-cutanea, sobretudo nitida na face e nos membros inferiores. Esta infiltração é dura e elastica, não guardando a im-

pressão do dedo. A inchação da criança de hontem para hoie, foi bastante notavel para ser assinalada até pelas pessôas leigas que lidam com a doente. Os tripanosomas aumentaram, de modo apreciavel, no sangue periferico.

Dia 7 de Janeiro. A doente faleceu, não tendo havido referencias aproveitaveis sobre sinais morbidos das ultimas 24 horas. Não foi praticada a autopsia devido á opposição da familia.

OBSERVAÇÃO 29.

Estampa 10 fot n. 16.

Menino SILVESTRE, 15 mezes de idade, residente proximo de Lassance, em cafúa de triatomas. Doente desde 15 dias, com elevações termicas irregulares. Ausencia de antecedentes morbidos, tendo sido, até a presente molestia, bastante sadio.

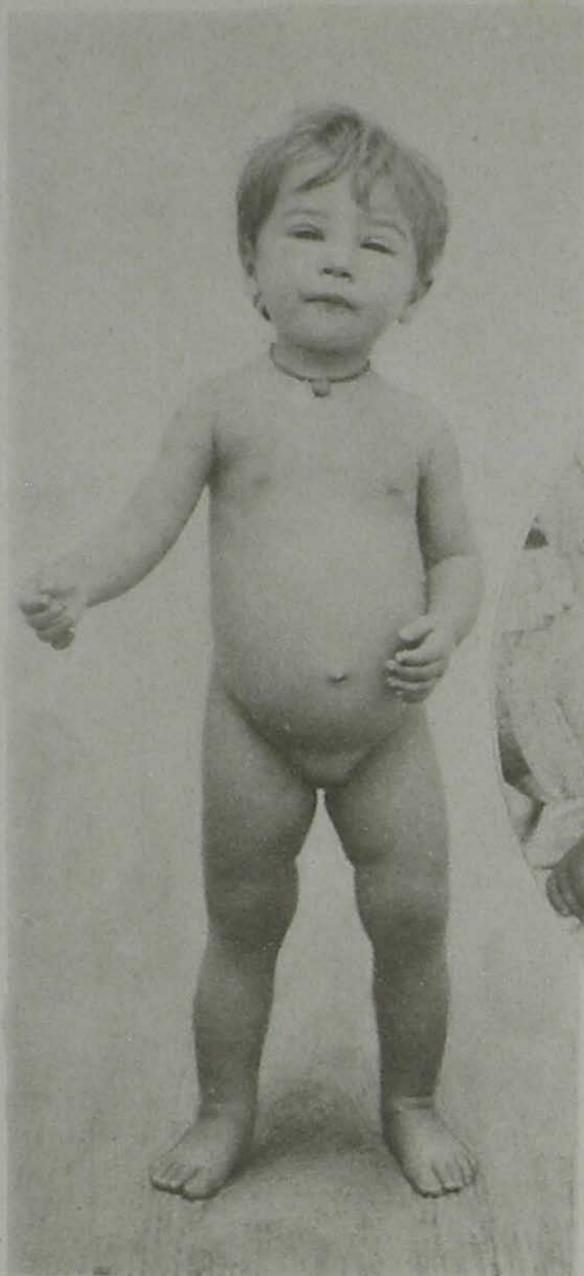
Exame: Temperatura axilar 38°6. Baço muito crecido, apalpavel sob o rebordo costal. Fígado aumentado de volume, excedendo de 4 centimetros o rebordo costal sobre a linha mamilar direita. Ganglios limfaticos entumecidos no pescoço, nas axilas, nas rejiões inguino-crurais. Mixedema generalizado bem apreciavel e caracterizando-se como tal. Tripanosomas (*Trypanosoma Cruzi*) raros no sangue periferico.

Evolução: Esta criança não foi vista posteriormente e nem dela houve informação.

Explicação das estampas
Estampas de 6 a 10—Fotografias de

casos agudos da tripanozomíase brasileira,
conforme as observações clínicas.





Fot. n. 1.



Fot. n. 3.



Fot. n. 2.

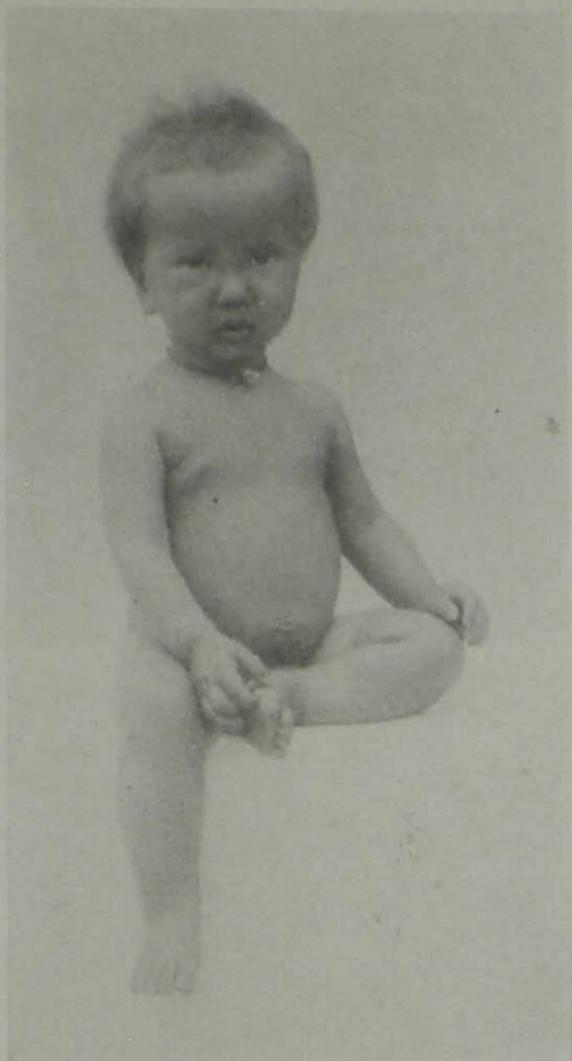


Fot. n. 5.



Fot. n. 4.

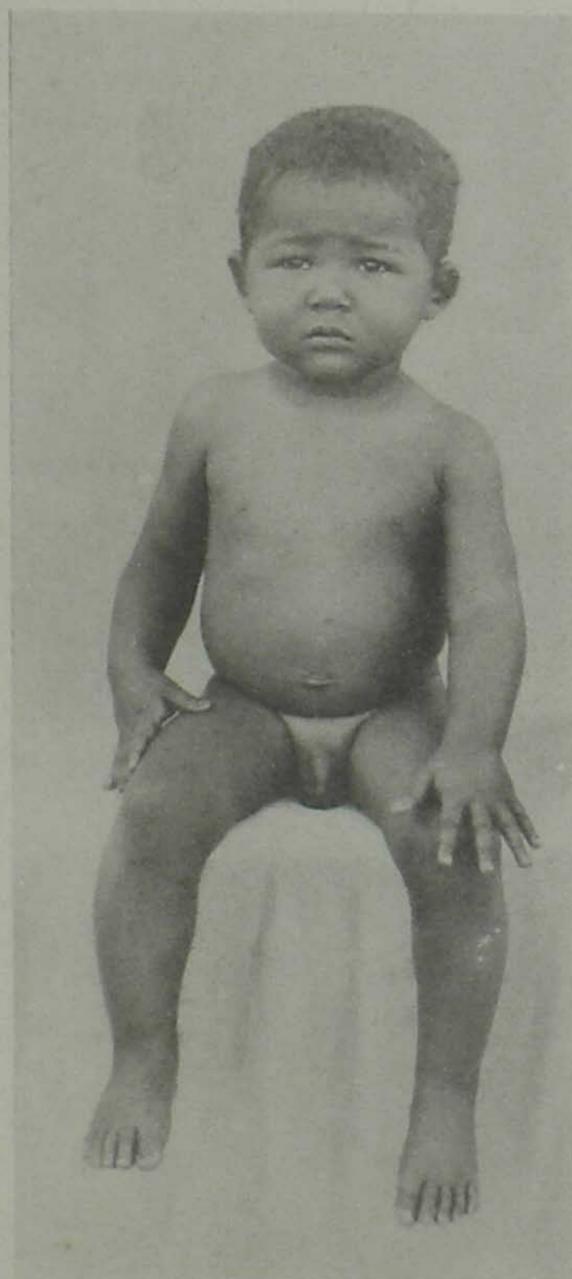
- Fot. n. 1.—Caso agudo de trypanozomiase—Mixedema acentuado.
Fot. n. 2.—O mesmo caso, 3 annos depois da infeção aguda—Mixedema muito atenuado.
Fot. n. 3.—Caso agudo—Mixedema acentuado—Keratite.
Fot. n. 4.—Caso agudo—Placa de necrose na coxa esquerda.
Fot. n. 5.—Caso agudo—Infiltração—mixedematosa acentuada.



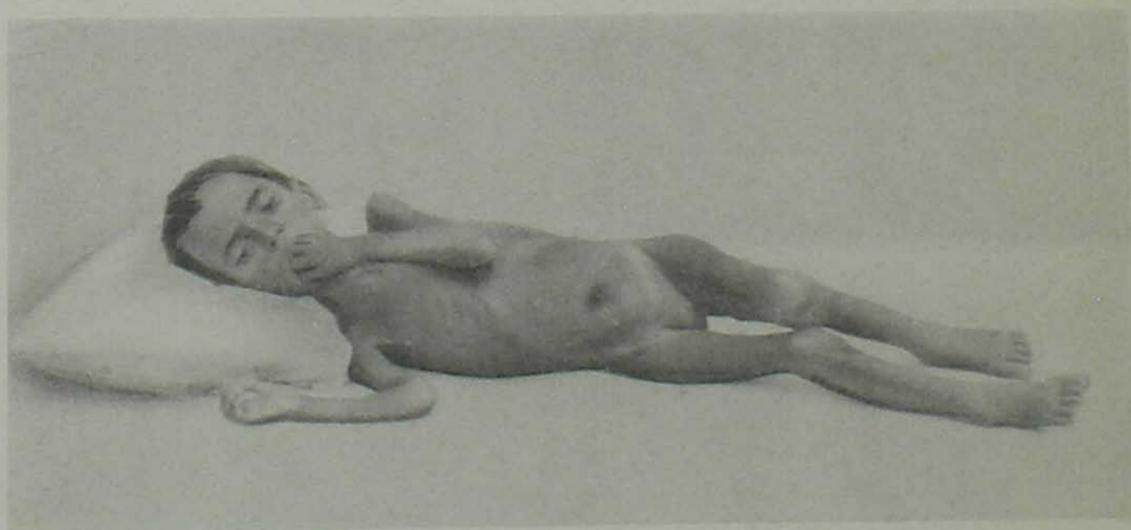
Fot. n. 6.



Fot. n. 7.

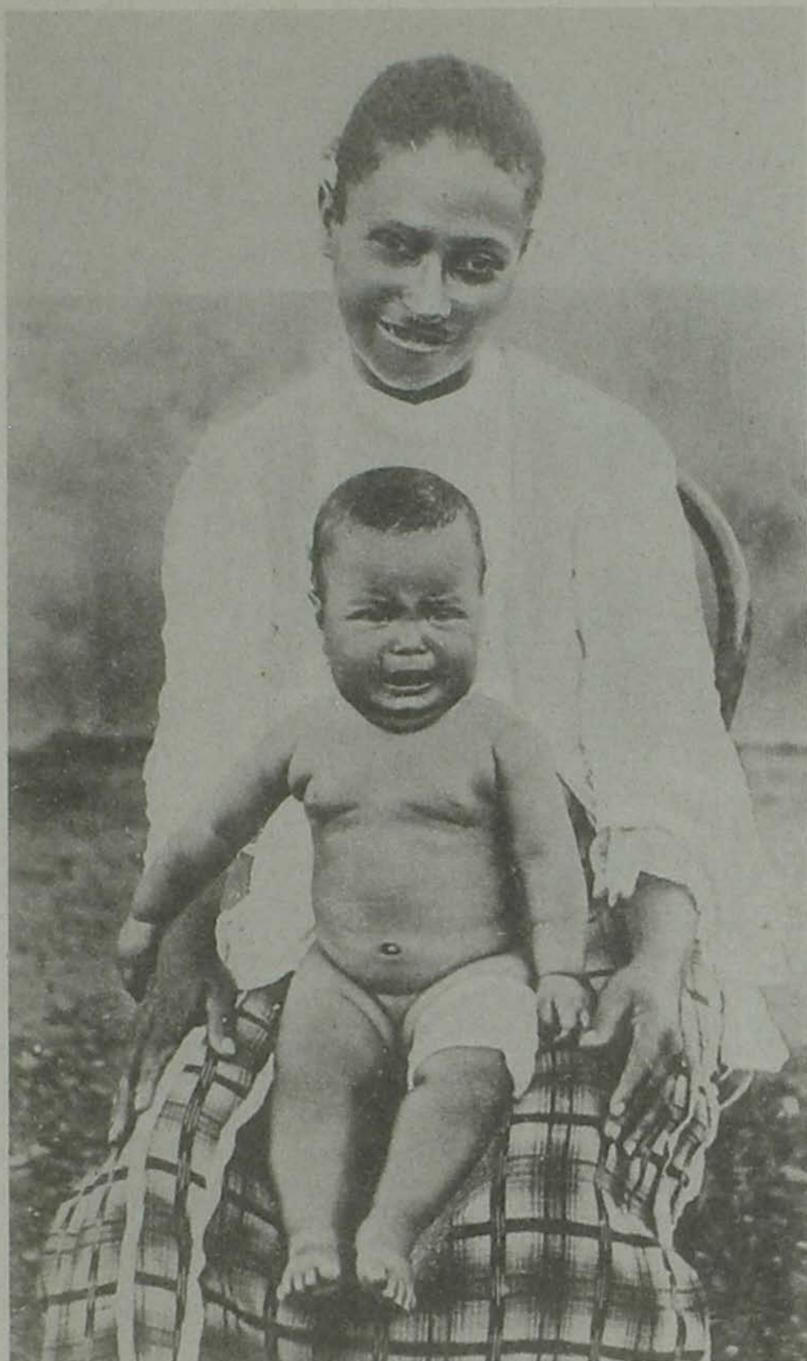


Fot. n. 8.

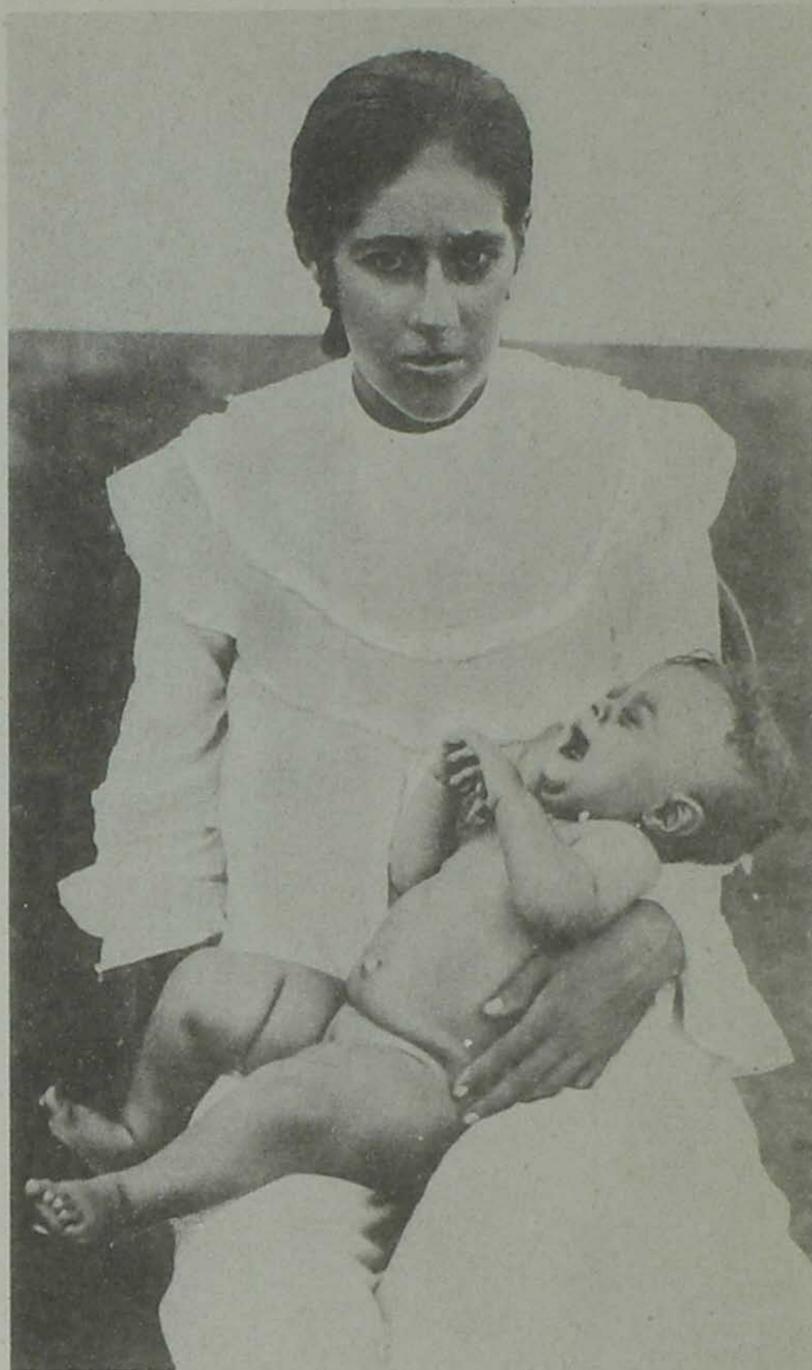


Fot. n. 9.

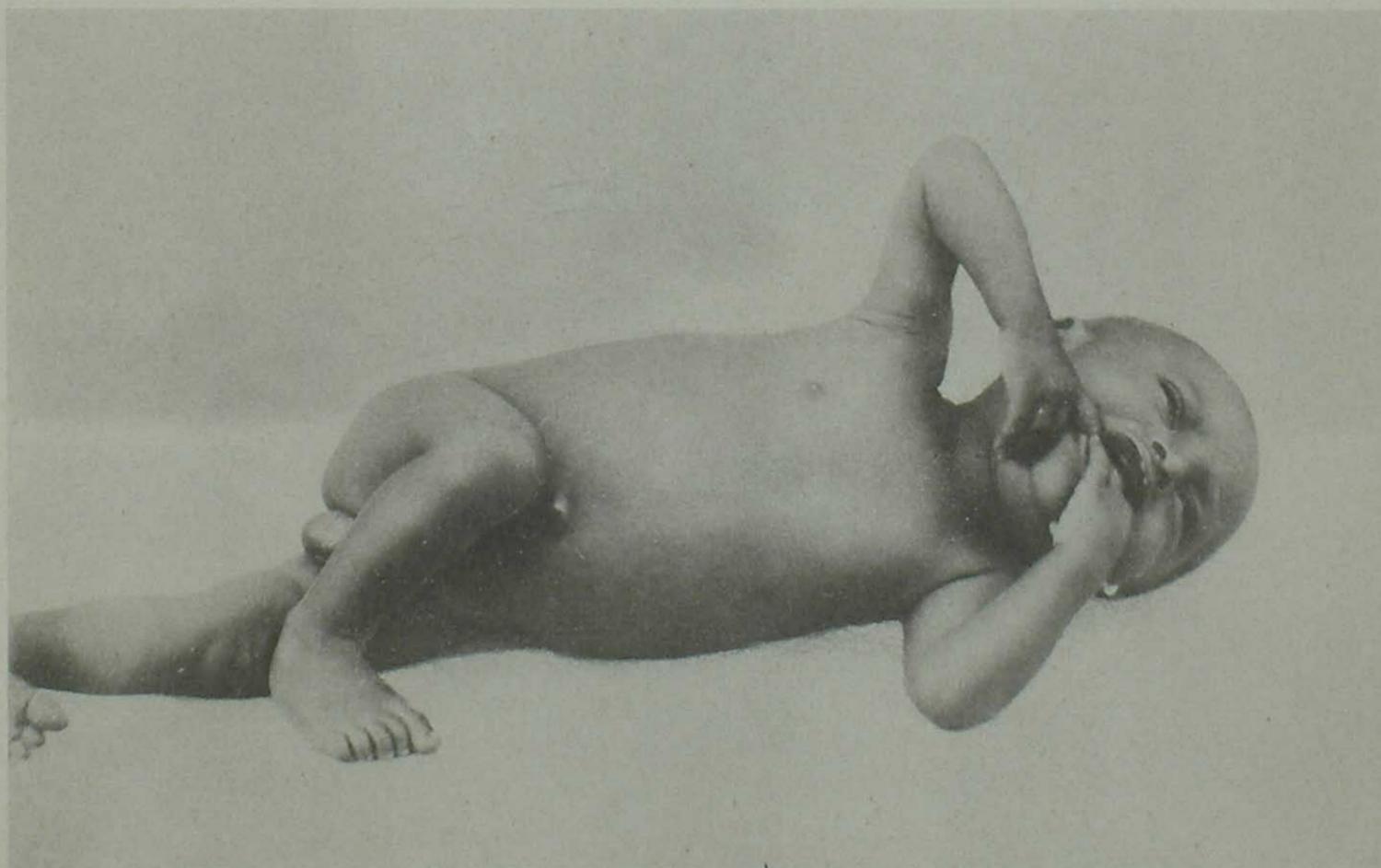
- Fot. n. 6.—Caso agudo—Infiltração acentuada.
Fot. n. 7.—Caso agudo—Infiltração.
Fot. n. 8.—Caso agudo—Leve infiltração mixoedematosa.
Fot. n. 9.—Cachexia trypanozomica extrema—Meningo-encefalite.



Fot. n. 9-A.



Fot. n. 10



Fot. n. 11.

Fot. n. 9-A.—Caso agudo—Infiltração mixoedematosa.
Fot. n. 10.—Caso agudo—Infiltração mixoedematosa.
Fot. n. 11.—Caso agudo—Infiltração mixoedematosa.

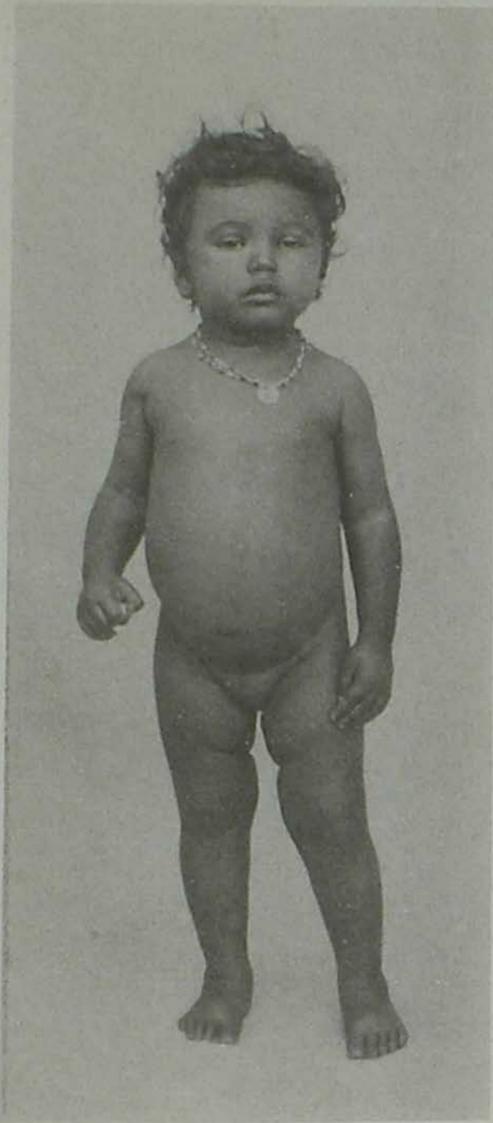


Fot. n. 13.

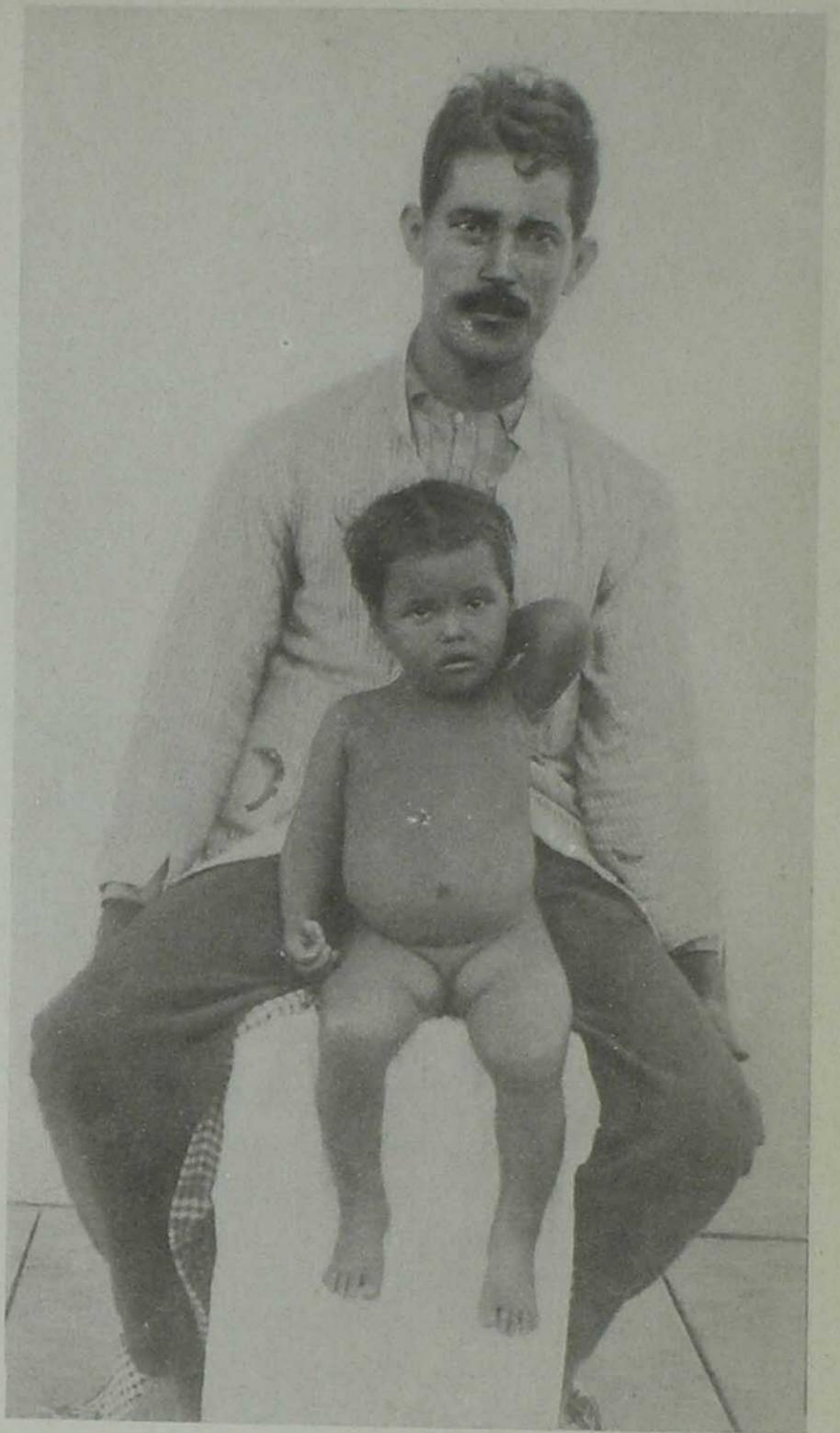


Fot. n. 12.

Fot. n. 12 — Caso agudo Keratite e conjuntivite—Infiltração generalizada.
Fot. n. 13.— Caso agudo benigno.



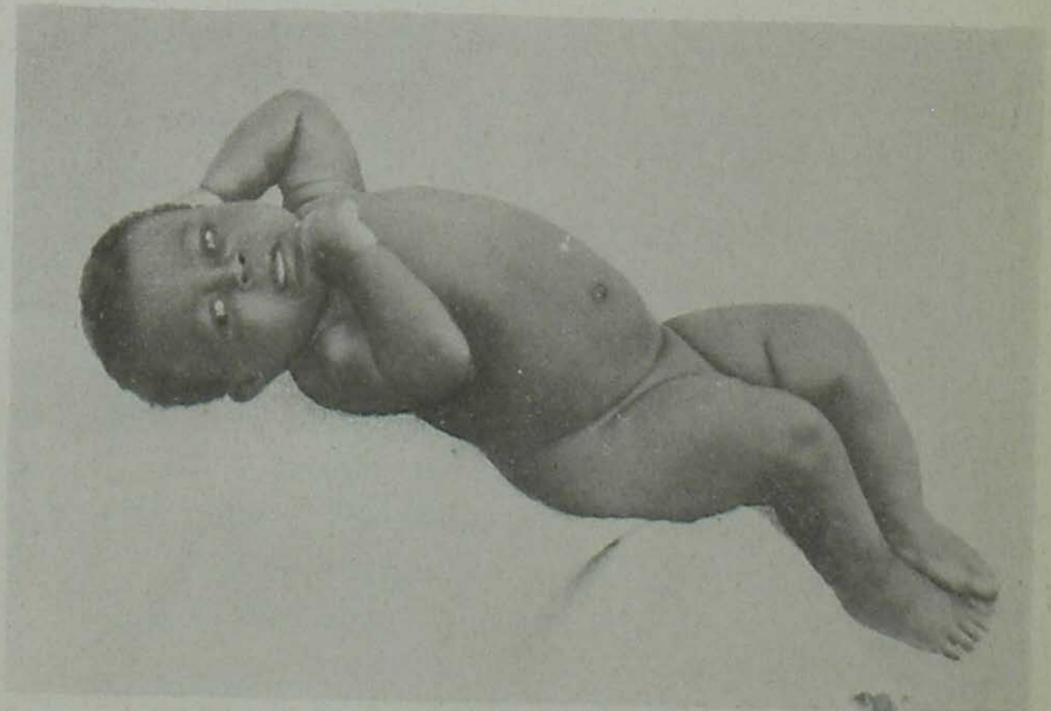
Fot. n. 14.



Fot. n. 15.



Fot. n. 17.



Fot. n. 16.

- Fot. n. 14.—Caso agudo benigno.
Fot. n. 15.—Caso agudo benigno.
Fot. n. 16.—Caso agudo benigno.
Fot. n. 17.—Caso agudo benigno—Leve infiltração mixoedematosa.