

aproveitado. A dor do ponto de Mac Burney, por exemplo, que, por assim dizer, pode ser tudo, é com frequência apendicite, e daí o seu grande valor diagnóstico. A dor do hipogastrio esquerdo tem uma significação semelhante e, fora dos processos intestinais das mais variadas etiologias pode aparecer em todas as afecções dos órgãos situados nessa região: ooforites salpingites, pielites, ureterolitiasas, flebites da íliaca esquerda, inflamações do psoas, etc.

A sua significação é, nestas condições, um problema de diagnóstico diferencial que não precisa ser aqui especialmente discutido.

Pela anamnese não é possível correr todos os órgãos, indagar de todas as molestias, analisar todos os seus sintomas. O caso mais simples de clinica pode ser uma tuberculose inicial, uma lues ignorada, uma amebíase larvada, etc., e é nessas condições que um sinal objetivo adquire toda a sua significação. Quantas vezes, uma anamnese tomada por outros sofrimentos, não nos escapariam, por exemplo, sem a pesquisa dos reflexos, as perturbações produzidas por uma tabes! A situação no caso da amebíase, atípica, larvada, ignorada, tem muito de semelhante, pois a anamnese é quasi o unico caminho que nos pode a ela conduzir. É aí que um sintoma objetivo, de facil pesquisa, como é o do hipogastrio esquerdo, muito facilita o seu diagnóstico, que mesmo nos tropicos, está longe de ser feito com a frequência que a afecção parece aí ter.

Cita em apoio um trabalho recente de R. S. Diaz-Rivera e E. A. Raspberry (The Amer. Journ. of The Med. Scien. 1944, junho) que mostra ter havido apenas 32 diagnósticos de mebíase nos 61.574 doentes recolhidos nas ultimas 5 décadas no Hospital da Universidade de Pensilvania e que existem estatísticas idênticas doutros hospitais americanos apesar das estatísticas mostraram que 5-10% da população de Filadelfia e 20% da dos Estados Unidos está atacada de amebíase. Diante disso admite que essa baixa percentagem de amebíase nos hospitais provem de erros e insuficiência de diagnóstico que, seguramente, poderiam ser resolvidos pela pesquisa do sinal do hipogastrio esquerdo. O autor apresenta a amebíase intestinal antes como uma noção clínica e procura libertá-la tanto quanto possível, das exigencias do laboratorio, mostrando que, pela presença do sinal em questão e a prova terapêutica pelo Iatrem, se pode na clinica resolver a grande maioria de casos dessa afecção, cujo diagnóstico é por vezes dos mais difíceis e complicados.

É o que demonstra com grande numero de observações que levaram o autor a convicção de ser o sinal, sobretudo nos paizes de clima quente, um dos mais uteis e aproveitaveis de toda a medicina.

MIOCARDITE CRÔNICA NA MOLESTIA DE CHAGAS — CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E ANATOMO-PATOLÓGICAS — José Ramos e Tibiriçá . Revista Brasileira de Medicina . Jan. 1945, págs. 9.

A Miocardite crônica da Tripanosomíase americana é uma ocorrência não rara, e que deve ser lembrada como probabilidade de diagnóstico anatómico e etiológico nos pacientes portadores de perturbações do sistema de excito-condução ou insuficiência cardíaca congestiva, ou ambas, e proce-

dentes de zona endêmica da Molestia de Chagas onde habitam os triatomídeos. A miocardite crônica pertence ao terceiro período anátomo-clínico da Tripanosomiase americana, no qual as lesões viscerais e do coração, no caso particular, são irreversíveis progressivas, sendo as disseminações hematogênicas do parasito raras ou inexistentes, ao contrário dos dois primeiros períodos anátomo-clínicos da moléstia.

Essa é a razão por que, nesse período, adquirem relevante importância para o diagnóstico as reações antígenicas no sangue. Reação de Machado Guerreiro ou as reações alérgicas cutâneas com lisados de cultura de *Tripanosoma Cruzi*, aliados aos dados epidemiológicos (fator geográfico regional, zona endêmica, infestação por triatomídeos infectados, tipos de habitação).

Os sintomas e sinais da forma cardíaca crônica da Molestia de Chagas dizem respeito à perturbações do ritmo devido às lesões frequentes do sistema de excito-condução ou aos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva; a ocorrência mais frequente é a presença de ambos os grupos de sintomas e sinais. A ausência de lesões oro-valvulares é importante para a diferenciação com a miocardite crônica reumatisal, na qual a associação dessas lesões é a regra. A anatomia patológica do coração na Molestia de Chagas explica o quadro clínico: lesões degenerativas das fibras cardíacas, edema entre as fibras miocárdicas e de modo particular nas paredes arteriais em todas as camadas, havendo as vezes destuição das fibras musculares da média; fibrose intersticial de intensidade variável com infiltração de pequenos histiocitos, eosinófilos e, eventualmente, plasmócitos; o característico principal é a presença dos blefaroblastos dos tripanosomas em estado de leishmania. O coração é globalmente dilatado, o endocárdio apresenta fibrose difusa e as válvulas e cordoalhas mostram-se livres.

O diagnóstico clínico da Miocardite crônica na Tripanosomiase fundamenta-se com o achado de lesões miocárdicas-arritmias ou insuficiência cardíaca, ou ambas, associadas com os seguintes dados: procedência do paciente de zona endêmica com Triatomídeos infetados, tipo de habitação (casas de pau a pique) e meios subsidiários de laboratório, dos quais os mais importantes são a R. de Machado Guerreiro e as reações alérgicas. Outros meios subsidiários estão na dependência do parasitismo que é mínimo na forma crônica e adiantada da moléstia de Chagas. As duas observações clínicas apresentadas tiveram o diagnóstico provável anômico e etiológico de Miocardite crônica da Molestia de Chagas, apesar do xenodiagnóstico negativo e ausência de sintomas próprios da forma aguda. O diagnóstico baseou-se nos antecedentes, que mostraram, após interrogatório, terem sido os pacientes picados por Triatomas, desde mais ou menos 10 anos antes da instalação da insuficiência cardíaca congestiva, e sinais de lesão grave do miocárdio (sem lesão oro-valvular) revelados por grande dilatação cardíaca, bloqueio A-V parcial, bloqueio de arborização, T isoeletrico em Di e D2 e ainda as derivações precordiais D4 R e D4T demonstrando sinais de insuficiência coronária. O diagnóstico clínico foi confirmado pela necropsia, tendo sido encontradas as lesões de Miocardite crônica, inclusive os característicos blefaroblastos dos Tripanosomas em estado de leishmania.