

conta a direcção a dar á pancada percutoria e á séde da percussão nos espaços intercostaes. Os estudos da percussão do auctor da *Schwellenwertspkussion* são acompanhados de verificações radiographicas, feitas no "Instituto de Röntgen", de Berlin, e segundo o processo de Moritz, que é o unico que dá exactamente a fórma e o tamanho do coração, taes como existem em natureza.

Para o exame radioscopico e radiographico a technica é a seguinte: Emprega-se o apparelho de Moritz, que apanha os limites dos objectos por meio de raios parallelos ou dirigidos perpendicularmente ao anteparo luminoso, onde se projecta a sombra (*Durchleuchtungsschirm*). Para aproveitar sómente os raios perpendiculares ao corpo que se quer limitar, Moritz desloca progressivamente a ampóla do apparelho em plano paralelo ao anteparo fluorescente. Para saber si os raios, que incidem no anteparo, são realmente perpendiculares e parallelos entre si, Moritz adapta entre o tubo e o anteparo um lapis metallico, que acompanha os movimentos da ampóla. A sombra punctiforme do lapis indica no anteparo a perpendicularidade dos raios. Quando o apparelho está funcionando, desde que os pontos da marca metallica se approximam da sombra cardiaca, fica-se sabendo que alli estão os verdadeiros limites do coração em projecção perpendicular. A figura total do coração se desenha por uma serie de deslocacões da ampóla e do lapis, sendo a *silhouette* do organo fixada em papel de Paus, collocado no anteparo. O deslocamento successivo do tubo de Röntgen vae dando todos os pontos do limite real do corpo opaco. Depois disso, unem-se os diversos pontos da marca metallica do lapis, e tem-se a figura de projecção do coração pelos raios X. O apparelho primitivo só tomava o röntgengramma na posição horizontal, ou estando o doente deitado. Ultimamente, porém, a casa Reinger, de Berlin, fez uma modificação, que permite apanhar o diagrama em qualquer posição. Outros melhoramentos têm sido introduzidos no apparelho de Moritz, taes como: o lapis marcador ligado ao tubo de Röntgen por meio de uma substancia dura; em vez do lapis cheio, uma lapiseira, além de um tubo de mira para se perceber a sombra da lapiseira; assim como outras modificações para fixar melhor o desenho. Comprehende-se, pois, que com o apparelho de Moritz os resultados da percussão tenham de entrar em uma phase perfectamente positiva, visto como podem ser perfectamente comprovados, e então ou a percussão presta e os traçados se ajustam aos radiogrammas, ou é ficticia e não tem a saneção insophismavel do apparelho.

As verificações dos traçados de percussão pelos raios X, que não forem feitas com a technica descrita, na qual a perpendicularidade do feixe luminoso é condição capital, não podem ter o minimo valor. A projecção do coração no anteparo fluorescente, como se faz communmente, dá o tamanho e fórma do organo á vontade do operador, conforme a altura e a distancia entre a ampóla e o anteparo.

▲ As radiographias que temos tido ensejo de ver,

tiradas em gabinetes desta Capital, não offerecem garantia sob este ponto de vista. Pelo modo por que são feitas, sem o rigor da technica, que já agora conhecemos, só terão prestimo para o reconhecimento das ectasias da aorta e nada mais. Outra recommendação, que não se póde desprezar nas verificações orthodiagraphicas, é a posição que se deve dar ao paciente: tal como se fez a percussão (deitado ou em pé), assim se deve proceder na prova radioscopica; a posição deve ser concordante. Tambem n'esta especie do exame physico vale muito saber fixar o paciente durante a prova, guardando-se as mesmas relações e os mesmos pontos de reparo.

Moritz critica a posição vertical, acha que a *silhouette* do coração diminui na posição erecta, quando comparada com a posição reclinada, talvez porque no individuo deitado o coração seja mais acessivel á descarga sanguinea das grandes veias, dilatando-se mais, portanto, o que não se dá na posição vertical, em que o deflúvio venoso não é tão facil.

(Continúa)

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

Molestia de Carlos Chagas

Conferencia realizada em 7 de Ago-to na Academia Nacional de Medicina

PELO DR. CARLOS CHAGAS

(Continuação)

Descrevamos, em rapidos traços, os grandes syndromos glandulares na molestia.

I — *Hypo-thyroidismo e hyper-thyroidismo*. — A lesão do corpo thyroide constitue, sem duvida, um dos processos morbidos mais constantes na thyroideite parasitaria.

Nos casos de infecção recente, com numerosos parasitas no sangue peripherico, a thyroide ja se mostra, de regra, hypertrophiada. E quando a hypertrophia não seja ainda exteriormente appreciavel, a lesão glandular expressa-se sempre na infiltração mucóide do tecido sub-cutaneo, caracteristica de hypo-thyroidismo, aqui mais accentuado do que em qualquer outra phase da molestia.

Nos casos de infecção chronica, em qualquer dos aspectos clinicos da molestia, a hypertrophia da glandula é sempre mais consideravel, ao passo que a infiltração mucóide do tecido sub-cutaneo, esboço do mixedema, é sempre menor, havendo mesmo ausencia absoluta de mixedemacia nas infecções de longa data.

Tanto na infecção aguda quanto na infecção chronica relativamente recente, existe, pois, um dos elementos mais constantes de hypo-thyroidismo, qual seja a degeneração ou infiltração mucóide do tecido sub-cutaneo. São casos de hyper-thyroidismo anatomico com hypo-thyroidismo funcional. Nelles a função glandular não é eliminada, simão apenas diminuida, o que leva a incluir taes doentes na serie mixedematosa, representando elles casos clinicos de hypo-funcção relativa.

Ao lado desses casos de insufficiencia attenuada, de infiltração mucóide sem outros sinais do mixedema, collocam-se os doentes nos quaes os processos pathogenicos sobre a thyroide foram mais intensos, delles resultando um hypo-thyroidismo mais profundo.

São casos bem próximos da verdadeira cachexia pachydermica; e nelles, de regra, existe atrophia da glandula. Ainda aqui tudo expressa hypo-funcção, nunca havendo athyroidismo, do qual resultaria o mixedema completo, jamais observado na molestia, quer como consequencia immediata da infecção, quer como tãra hereditaria de hypo-thyroidismo.

Como explicar a predominancia da infiltração mucicoide nos casos recentes da molestia e a sua diminuição, com desaparecimento total, nas fórmas chronicas, justamente quando é maior a hypertrophia da glandula e mais intensos os processos degenerativos observados? Duas hypotheses podem ser emitidas para interpretar esse ponto. Ou de reacções anatomicas da propria glandula resultam compensações funcioneas que vêm atenuar o syndromo de hypo-thyroidismo, ou, com maior probabilidade, aquellas compensações advêm de processos reaccionarios occorridos em outros departamentos desse organismo physiologico constituído pelas glandulas de secreção interna. E esta ultima hypothese parece confirmada no facto de haver em taes doentes predominancia de outros syndromos glandulares.

Se bem que mais frequente, não constitue o hypo-thyroidismo a unica consequencia physio-pathologica dos processos anatomicos determinados pelo parasita na glandula thyroide. Ao lado da hypo-funcção colloca-se, certo em menor numero de casos clinicos, a hyper-funcção da glandula, aliás prevista pelo professor COUTo, como devendo occorrer em algumas phases da molestia. As vezes observa-se, constituído de quasi todos seus elementos, o syndromo de BASEDOW, não lhe faltando a exophthalmia, o tremor generalisado, estados vertiginosos, tachycardia, hypertensão arterial. Hypertensão arterial, cumpre notar, apezar de outros elementos da molestia, entre elles o ataque às capsulas supra-renaes, que deveriam determinar uma condição opposta, o que faz com que aquella nunca atinja o alto grão do syndromo completo de hyper-thyroidismo. Incluímos os doentes deste grupo na serie basedowiana, em opposição aos da serie mixedematosa.

Não referiremos, neste paragrapho, os numerosos casos de infantilismo, cuja frequencia, nas zonas contaminadas, é realmente assustadora. Na genese dos factos clinicos desta especie, além do hypo-thyroidismo, entrarão, talvez, outros factores, entre elles a acção do protozoario sobre os orgãos genitaeas.

II — *Hyper e hypo-ovarismo.*—Antes que a observação clinica de perturbações ovarianas intensas, em doentes affectados de thyroidite parasitaria, viesse nos impressionar, já diversas autopsias de mulheres, de meninas e até de crianças nas menores idades, fallecidas com fórmas clinicas variaveis da molestia, haviam revelado grande frequencia de lesões, às vezes profundas, dos ovarios. Nossa ausencia absoluta de conhecimentos da especialidade não nos permittiu, siquer, esboçar esse importante capitulo da molestia, nem mesmo chegar à demonstração de um syndromo ovariano. As perturbações observadas poderiam correr por conta de processos inflammatorios banaes para o lado do apparelho genital, cumprindo, pois, trazer aos factos seu verdadeiro determinismo. Foi por isso que aceitamos com o maior agrado a intervenção de um illustre collega e habil gynecologista mineiro, o Dr. HERMENEGILDO VILLAGA, que realizou na zona de nossos estudos algumas pesquisas tendentes a esclarecer o assumpto. Não pôde o nosso illustre amigo, pela deficiência do tempo, chegar a conclusões definitivas; de seus traba-

lhos, porém, que serão opportunamente proseguídos, resultou de indubitavel a existencia na molestia de um syndromo ovariano, quasi sempre de hyper, muitas vezes de hypo-funcção.

Nas observações do Dr. VILLAGA e nas que pudemos realizar, salienta-se a coexistencia de phenomenos intensos de hyper-ovarismo com deficiência funcional da glandula thyroide ou a de phenomenos de hyper-thyroidismo com hypo-ovarismo bem accentuado. Estes dados parecem confirmar a existencia de um antagonismo funcional thyroide-ovariano, admittido pela maioria dos physiologistas. Devemos declarar não ser pequeno o numero de casos clinicos que se furtam àquella formula de correlação funcional, sendo quasi todos constituídos pela occorrença simultanea de hypo-ovarismo com hypo-thyroidismo. Estas excepções, porém, serão talvez explicadas pela interferencia de lesões parasitarias intensas sobre os ovarios, as quaes poderiam impossibilitar o antagonismo referido. E tanto assim deve ser que nas observações do Dr. VILLAGA ora as perturbações são puramente funcioneas, nenhum processo anatomico existindo que possa explical-as, ora, ao contrario, são encontrados os ovarios fundamente lesados, principalmente com formações kysticas, o que se accorda com os dados fornecidos pelas autopsias.

A ausencia de processos inflammatorios banaes anteriores, o estado de integridade do resto do apparelho genital, a grande frequencia, sinão constancia, das perturbações funcioneas referidas nas mulheres parasitadas pelo *schizotrypanum*,—tudo isso, alliado às verificações anatomo-pathologicas, faz ligar as lesões e os signaes clinicos observados à acção especifica do protozoario.

Esse ponto é, como vêdes, bastante complexo e exige mais demoradas pesquisas. A existencia, porém, de um syndromo ovariano na molestia não nos parece possivel de contestação deante dos numerosos factos clinicos e de diversas verificações anatomo-pathologicas que possuímos.

III. *Syndromos supra-renaes.*— Nas infecções chronicas de longa data salienta-se no facies dos doentes de thyroidite parasitaria uma pallidez bronzeada, especial, muito distincta da pallidez dos anemicos, e que foi comparada pelo professor AUSTREGESILLO ao colorido do bronze despolido. Tal aspecto expressará talvez uma hypergenese pigmentaria generalisada. Ao lado destes, e talvez mais característicos, ficam os casos, aliás muito frequentes, em que na pelle das faces e na mucosa buccal são observadas manchas escuras inteiramente identicas às que caracterizam o syndromo classico de ADDISON. A estes signaes anatomicos vêm alliar-se outros, de natureza funcional: asthenia, perturbações circulatorias com notavel hypo-tensão, phenomenos dolorosos na região lombar, com irradiações para o ventre, todos elles evidenciando a participação das capsulas supra-renaes no processo morbido. E, realmente, as verificações anatomo-pathologicas vieram amplamente confirmar os resultados da observação clinica, sendo encontradas, em quasi todos os casos autopsiados, lesões profundas das capsulas supra-renaes. A natureza exacta de taes lesões vem sendo agora estudada pelo Dr. GASPARG VIANNA e sobre o assumpto não possuímos ainda resultados definitivos.

No aspecto clinico figuram casos typicos de syndromos peri-capsulares, associados a phenomenos que indicam a hypo-funcção do parenchyma; ou então, na

ausencia de melanoderma com occorrença dos symptomas funcioneiras de insufficiencia da glandula, expressam-se syndromas capsulares puros.

Devemos salientar que em taes syndromos nunca é dado observar a intensidade dos signaes que caracterizam as profundas insufficiencias capsulares; aqui tudo indica a lentidão do processo pathogenico, até mesmo a associação frequente da melanoderma com signaes de insufficiencia capsular, o que approxima, neste ponto, a thyroidite parasitaria da tuberculose. Em ambas, porque actuaem de modo demorado, encontram-se syndromos peri-capsulares associados a syndromos puramente capsulares, havendo na thyroidite phenomenos glandulares sem melanoderma apreciavel. Não podemos entrar aqui em minucias sobre este interessante capitulo da nova molestia. Possuimos dados clinicos que nos fornecerão, em trabalho ulterior, base sufficiente para algumas conclusões definitivas.

IV. *Formas clinicas da thyroidite parasitaria.*— Não faremos aqui o estudo demorado dos symptomas que caracterizam as diversas formas clinicas da nova molestia, o que foi realizado em conferencia anterior. Só nos demoraremos alguns momentos nas formas cardiaca e nervosa, porque desta trazemos, nos doentes vindos de zonas contaminadas, exemplos muito demonstrativos.

Lembraremos, entretanto, que a infecção aguda, caracterizada, no ponto de vista parasitologico, pela presença de grande numero de parasitas no sangue peripherico, foi subdividida, de accordo com a variabilidade do prognostico e com a predominancia na symptomatologia de elementos nervosos, em dous grupos de factos. Um delles constitue a forma aguda meningeo-encephalica da molestia, na qual a lethaldade é muito elevada, não tendo sobrevivido nenhum dos doentes que observámos desta especie.

O outro grupo de factos constitue a forma aguda commum, sem manifestações para o lado do systema nervoso. A lethaldade é aqui quasi nulla, passando, de regra, os doentes ás formas chronicas da molestia.

Na infecção chronica comprehendemos as formas clinicas pseudo-mixedematosa, mixedematosa cardiaca, nervosa e a forma chronica com manifestações actuaes, agudas ou sub-agudas. Acreditamos necessario modificar alguns pontos desta systematica, em vista de observações mais demoradas que levam a interpretar diversamente alguns factos que lhe serviram de base. Assim, julgamos ter de constituir uma forma supra-renal da thyroidite parasitaria, tal a predominancia, em alguns casos clinicos, do syndromo respectivo.

(Continúa)

ASSOCIAÇÕES CIENTIFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

(SESSÃO EM 31 DE AGOSTO DE 1911)

Osteomyelite

— **Dr. Pinto Portella** faz algumas considerações sobre os doentes apresentados na sessão passada, os quaes tinham sido operados de osteomyelites. Diz sobre as osteomyelites affecções da 1.^a e 2.^a infancias e até mesmo da adolescencia. Refere-se á causa que as origina, um bacillo semelhante ao do furunculo, descoberto, em 1880, por Pasteur, e tambem varios outros microbios. Trata-se de uma molestia polymorpha,

isto é, que se apresenta sob os aspectos mais variados. Acommette não só os ossos longos como tambem os chatos. Cita o seguinte caso da clinica do Professor Kermisson, para mostrar quanto é grave a osteomyelite aguda. Um menino, ao voltar da escola, começa a sentir dores muito fortes no quadril, não podendo mais andar, o que fazia momentos antes; ás 9 horas da noite agravam-se os symptomas, o que obriga o interno do Prof. Kermisson a fazer ás 11 horas uma incisão na região compromettida. No dia seguinte é feita a intervenção cirurgica completa, seguida de desfecho fatal 4 horas depois. Cita ainda as dous seguintes casos de sua clinica:

1) R., branco, 10 annos, foi recolhido em 27 de Março de 1910 no seu serviço clinico do Hospital da Misericordia; os antecedentes hereditarios eram obscuros; o doente apresentava no tibia esquerdo um processo de osteomyelite; a 6 de Maio foi feita a operação, observando-se, então, que quasi toda a diaphyse do tibia formava um sequestro, o qual foi retirado. Durante a estadia no Hospital da Misericordia, o doente teve sarapungo, o que motivou a sua retirada para o Hospital da Saúde. Mais tarde voltou para o seu serviço clinico em boas condições. Pouco depois começou a sentir dores no joelho e quadril direitos; tinha febre de 39°, muitas dores, e a perna em rotação para fóra. Colocado um apparelho, não pôde supportal-o; notava-se, então, crepitação muito nitida. Foi feita a intervenção cirurgica por haver certeza de não se tratar de uma coxalgia, sendo extirpada a extremidade superior do femur. No fim de 2 mezes, retirado o apparelho, o enfermo tinha quasi todos os movimentos no membro inferior e apenas notava-se um encurtamento de 3 centimetros.

2) B., portuguez, branco, 12 annos, copeiro, portador de um fleumão da região glutea; aberto o tumor, deu-se o escoamento de pequena quantidade de pus, continuando o doente a ter febre. Verificou-se, então, que tinha elle um abcesso na fossa ilíaca direita e que a cavidade cotyloide estava compromettida. Como no caso precedente, foi feita a ressecção da extremidade superior do femur e curetagem da cavidade cotyloide do ilíaco. O membro foi immobilizado, obtendo o enfermo a cura completa. Ao terminar declara que, em nenhum destes casos, houve manifestações viceraes, muito communs em taes lesões ossaeas.

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA

(SESSÃO EXTRAORDINARIA EM 26 DE AGOSTO DE 1911)

Desenvolvimento do paludismo em S. João Marcos

— **Dr. Raul de Almeida Magalhães** apresenta um longo trabalho, que termina com as seguintes conclusões:

1.^a As anophelinas da represa, em voo directo, não podem alcançar S. João Marcos e S. Sebastião do Arrozal.

2.^a As anophelinas da represa, em hypothese alguma, podem transpor a distancia de 14 kilometros, existente entre ella e Passa-Tres.

3.^a As anophelinas da represa não conseguiriam alcançar os povoados si no caminho não houvesse ardezes favoraveis ao desenvolvimento das larvas.

4.^a A epidemia que assolou o municipio de S. João Marcos podia constituir-se, embora não se fizesse alli trabalho algum de acudagem.

5.^a A concentração de individuos impudados, em uma zona eminentemente favoravel á criação de mos-