

11

FEBRE TIFÓIDE

(SINDROMA CĂRDIO-VASCULAR)

158/11 FNP

Augusto Peixoto Lavinás

FEBRE TIFÓIDE

(Sindroma cardíó-vascular)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL APRESENTADA
Á FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

1916

168/11 FMP

PORTO
IMPrensa MODERNA

Rua Cândido dos Reis, 51 a 61

1916

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

LENTE SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

1. ^a classe — Anatomia	{ Luis de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2. ^a classe — Fisiologia e Histologia	{ Vaga José de Oliveira Lima
3. ^a classe — Farmacologia.	{ Vaga
4. ^a classe — Medicina legal e Anatomia Patológica.	{ Augusto Henrique de Almeida Brandão Vaga
5. ^a classe — Higiene e Bacteriologia	{ João Lopes da Silva Martins Júnior Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6. ^a classe — Obstetricia e Ginecologia	{ Cândido Augusto Correia de Pinho Álvaro Teixeira Bastos
7. ^a classe — Cirurgia	{ Roberto Belarmino do Rosário Frias Carlos Alberto de Lima Antônio Joaquim de Sousa Júnior
8. ^a classe — Medicina	{ José Dias de Almeida Júnior José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida
Psiquiatria	{ Antônio de Sousa Magalhães e Lemos.

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na
dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art. 155).

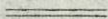
A meus Pais

A meus Irmãos

Ao ilustre corpo docente

da

Faculdade de Medicina do Pôrto.



Aos meus amigos

Aos meus condiscípulos.

Ao meu ilustre presidente de tese

Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.



Ao meu bom Amigo.

Dr. António da Costa Sampaio.



PRÓLOGO

Antes de entrar definitivamente na descrição do assunto que a custo e sem a devida competência vou defender, mostrarei em largos traços a sua história, como hoje a febre tifóide se apresenta e como os sintomas doutrora, caracterizados pela sua intensidade, se encontram agora modificados, não produzindo actualmente êsses grandes descabros que a faziam temer, quer pelo desenlace que era sempre fatal, quer pelas complicações a que os doentes ficavam sujeitos.

A febre tifóide de hoje não é senão um esbôço, uma imagem daquela que, em 1813, Serres e Petit descreveram como febre entero-mesentérica, da que Bretonneau fez conhecer em Paris em 1820, cujas lesões se localizavam exclusivamente nas glândulas de Peyer e de Brunner, que se encontram no jejuno, ileon e intestino grosso e que êle baptizou com o nome de dotienenterite, e cuja história anatomo-clínica geral, Trousseau, seu discípulo, e vários outros desenvolve-

ram com a designação de dotienenteria, até que, de 1822 a 1826, Louis propôs dar-lhe o nome de febre tifóide e que foi adoptado por Chomel e rápidamente tornado clássico. Conquistou desde então a sua personalidade, procurando sómente os grandes sábios determinar a origem, isto é, o gérmen banal ou específico.

Não é senão um *recuerdo*, já nos sintomas intestinais, nervosos que através dos tempos se foram passo e passo modificando, já nos sintomas cárdio-vasculares que, contudo, ainda hoje conservam uma certa autonomia e mesmo o papel preponderante para marcar na história clínica um novo período, o período em que se encontra actualmente a febre tifóide e cuja sintomatologia constitue um síndrome, o síndrome cárdio-vascular.

É baseando-se sobre as modalidades sofridas pelo sistema nervoso, aparelho digestivo e cárdio-vascular que o nosso professor Dr. Tiago de Almeida, considerou três periodos na história clinica da febre tifóide, e que eu sigo na descrição dêste meu pequeno trabalho: 1.º periodo das perturbações nervosas; 2.º periodo das perturbações digestivas; 3.º periodo das anomalias na evolução, que é o periodo actual, periodo em que o sistema cárdio-vascular fornece os sintomas cardinaes.

Não pára aqui. Outras modificações notamos, como: o síndrome térmico que apresentava na sua marcha uma tal regularidade tipica, que bastava por

si só para estabelecer o diagnóstico e que Wunderlich dividiu em três periodos; estado inicial, periodo de fastigium e periodo de declinio se encontram modificados no seu traçado geral; e como êste, a pele que de sêca e escamosa se apresenta agora mais ou menos húmida, com uma certa frescura. O sinal palmo-plantar que Filipowikz considerou especial à febre tifóide, hoje poucos são os doentes que o apresentam. As nódoas rosadas lenticulares, cuja frequência era avaliada em 80 %, na actualidade essa percentagem é muito baixa, e assim por diante.

Mas mais ainda, o prognóstico também sofreu as suas modificações. O prognóstico que então era sempre sombrio, cujo resultado era a morte, e esta muitas vezes precocemente, algumas vezes mesmo, certos doentes cuja aparência era pouco grave, eram levados bruscamente, como que fulminados, antes do começo da defervescência; hoje, na imensa maioria dos casos, êsse triste desenlace não é tanto para temer, e a frequência mesmo de morte súbita é muito diminuta; segundo Dieulafoy é expressa por 2,2 %.

SINTOMATOLOGIA — SEUS PERIODOS

PRIMEIRO PERÍODO

O DAS PERTURBAÇÕES NERVOSAS

Parece-me, contudo, antes de iniciar êste assunto sôbre febre tifóide, ser bom dizer o que é febre tifóide, não fazendo mais que reproduzir o que os grandes mestres disseram e que todos sabem.

Definição. — Febre tifóide, dotienenteria, é uma doença geral, aguda, febril, muito semelhante às febres eruptivas, com as quais oferece uma certa analogia, caracterizada pela prostração e estupor, donde lhe vem o nome e anatomicamente pela tumefacção e ulceração dos folliculos fechados e glândulas de Peyer do intestino delgado.

Para chegarmos à sintomatologia da febre tifóide tal qual como ela hoje se apresenta, devemos passar uma revista às modificações sofridas pelos outros sistemas.

Começarei pelo sistema nervoso :

Os sintomas nervosos eram constantes em toda a dotienenteria. Vejamos como a prostração, o estupor,

as insónias, a sonolência, o trémulo, a carfologia, o delirio, cefalalgias, eram noutras épocas e como agora se encontram.

Cefalalgias. — As cefalalgias, sempre precoces, eram um dos primeiros sintomas, de que os doentes têm consciência; as estatísticas de Louis e Murchison dão a existência de 94 %. Eram intensas, consistindo sobretudo em uma sensação de pêso que se exagerava ao menor movimento, algumas vezes contínuas, outras paroxísticas. Eram violentas desde o começo; localizando-se ordinariamente na frente e região supra-orbitária, muitas vezes com hiperestesia do couro cabeludo.

Para a segunda ou terceira semana e algumas vezes mais tarde, começavam a desaparecer. Cessavam quando o delirio começava. Hoje em todos os doentes observados, vemos que há uma cefalalgia ligeira, constituindo um sintoma inicial de pouca duração, que nem em todos é constante.

Vertigens. — As vertigens que acompanham a cefalalgia tão constantes e produzindo-se quando os doentes estavam sentados, hoje modificadas estão também, observando-se nos últimos periodos ou na convalescença, sobre a influência da anemia consecutiva.

Delirio. — É um dos elementos que fazia parte e caracterizava o estado tifóide. Êste delirio agudo era tão freqüente como a prostração e o estupor.

Embora alguns casos observados por Louis e Murchison não fôsem acompanhados de delirio, êste era quási constante em todos os tíficos e revestia-se de

formas as mais variadas. Sobrevem desde os primeiros dias da doença e mantem-se no curso da febre tifóide.

Fazia seqüência à sonolência onde esta de tranqüila durante o dia dava lugar a uma ligeira agitação. Era precedido de alguns sinais precursores: o doente impacientava-se, apresentava a face còrada; a cefalalgia era mais forte e as pupilas mais dilatadas.

Os primeiros indícios do delírio consistiam em algumas palavras pronunciadas numa semi-sonolência.

Nas crianças o sono era interrompido por gritos, crises de riso ou expressões de medo.

Começavam por divagar nas respostas; com custo dirigiam a sua atenção. Os tíficos falavam sem tréguas, gritando, pediam os seus vestuários, queriam lavar-se, levantando-se da cama, tentando projectar-se abaixo das janelas, encolerizando-se com a *entourage* se lhe ofereciam resistência.

A agitação em alguns era furiosa; num contínuo movimento, debatem-se com uma extrema violência e muitas vezes lutam com as pessoas que os cercam, vociferam injúrias ou blasfêmias; Louis cita um exemplo de um doente que não deixou de vociferar durante quinze dias até à sua morte que sobreveio para meados da segunda semana. H. Roger, assistiu a uma criança, cujos gritos violentos e contínuos, faziam parar os transeúntes debaixo da sua janela.

Êste delírio alterna com sonolência ou um estado de prostração.

Outras vezes prolonga-se quási sem interrupção durante toda a doença. A intensidade dos accidentes cerebrais e a brevidade da sua invasão podem ser tais que simulam absolutamente um ataque de mania aguda. Briston viu o delírio maniaco aparecer desde o

segundo dia; Murchison, cita uma observação dum doente que tinha, ao quinto dia de febre tifóide, um delírio tal que todos o supunham alienado; Motel (1868), cita o facto de um tífico ser internado num hospício, antes de reconhecida a natureza real dos accidentes cerebrais graves que apresentava.

Nuns, o delírio vai a tal ponto que os doentes não se consideram como tais, disposição que Louis considerava como dum muito perigoso preságio. Noutros, a cada pergunta que lhes fôsse dirigida respondiam com uma grande risada.

Este delírio é quasi sempre geral desde o começo, contrariamente ao que se observa com o delírio vesânico. Noutros, o delírio vesânico persiste ou dá lugar a um enfraquecimento permanente de intelligência.

Nos últimos anos, de todos os doentes atingidos, muitos poucos tiveram delírio, e este em nada parecido com o que acabo de descrever.

É um delírio tranqüilo, monótono, um delírio muito ligeiro, muitas vezes nocturno, não contínuo e aparecendo no começo da doença. Esta forma nervosa é muito rara actualmente.

Já os doentes não são atingidos dêsse delírio furioso em que estão sob a acção de impulsões irresistíveis, em que o doente é um perigo para si e para os que o rodeiam; já não vemos essas fórmas em que o doente grita, debate-se, tendo os olhos abertos e brilhantes, com a face avermelhada, dando uma expressão selvagem. Esse delírio que junto a uma temperatura elevada, com fracas remissões matinaes e em que os fenómenos torácicos e abdominaes eram pouco pronunciados, constituíam a forma atónica, a qual terminava rapidamente pela morte.

Como eram vivos e precoces êsses fenómenos e como êles hoje são apagados, parecendo demonstrar que o bacilo já perdeu a sua virulência!

Prostração. — A prostração constitue um dos elementos mórbidos do estado tifóide.

Consistia em um enfraquecimento geral com uma perda de fôrças tal que os doentes não podiam mexer-se no leito; eram verdadeiros corpos inertes, como dizia Louis.

Aparece desde os primeiros dias da doença, marcando assim o seu inicio; contudo não deixando de ser observada nos outros periodos da febre tifóide.

Á prostração ligam-se intimamente as perturbações esfincterianas, conduzindo à perda involuntária de fezes e urinas.

Hoje, êsse elemento mórbido ainda tem uma certa preponderância, mas em muito menor grau do que se observava há 100 anos, quando conjuntamente com o delirio e o estupor constituíam uma tríada sintomática bem característica do estado tífico.

Todos os doentes internados nas salas dêste hospital, apresentaram êste sintoma, mas em nada parecido com a prostração descrita por os antigos tratadistas a ponto de a considerarem como elemento importante.

Estupor. — Entre as desordens cerebrais, era o estupor que occupava o primeiro logar.

Desde a simples imobilidade mental ao seu máximo de intensidade notavam-se todos os intermédios.

Êste estupor era como que o sinal exterior, mostrando a interrupção temporária das manifestações espontâneas da actividade cerebral.

O tífico ficava numa imobilidade corporal, não proferia palavras, não elaborava pensamentos nem percebia activamente alguma sensação.

Os actos psíquicos executam-se lentamente e com uma certa incorrecção. Algumas vezes êste estupor se apresentava de maneira tal que o doente parecia dormir nos intervalos que separam cada uma das suas palavras e cada um dos seus actos, mesmo os mais elementares.

Constituia por vezes um sintoma precoce, como West menciona em um caso de uma criança que dormia por duas ou três vezes durante uma refeição.

Não sómente o tífico é incapaz de tomar conta espontâneamente do seu estado, mas comete ainda, quando se provoca as suas respostas, numerosos erros de memória e de juízo.

Toda a resposta exige um esforço da sua parte e é impotente para sustentar êsse esforço; as frases correctamente começadas interrompem-se ou acabam duma maneira quási incoerente.

O doente passa assim muitos dias num estado de indiferença profunda; não sabe sorrir, nem emocionar-se, como se o prazer e a dôr fôsem impressões demasiado delicadas para a sua intelligência entorpecida.

Não encontramos nas nossas observações casos em que o estupor se encontre assim tão acentuado.

O contraste entre o passado e o presente é bem frisante. Actualmente não se observam essas formas tão severas.

O trémulo e os sobressaltos tendinosos, tão frequentes e apresentando-se no momento em que os acidentados nervosos gerais atingem o seu máximo de intensidade, caracterizados por pequenos frémitos, mo-

vimentos fibrilares dos lábios, por um trémulo simulando o dos alcoólicos nas mãos, são raramente observados no presente e quando os doentes o apresentam êles são reduzidissimos.

Êsses movimentos automáticos mais freqüentemente conhecidos por carfologia, em que os doentes passeiam as suas mãos por cima do leito, tentando perseguir pequenos objectos e em vão agarrá-los, chegando a tirar a lã dos cobertores, já não são observados, já não são tão nitidos. Sómente alguns individuos duma susceptibilidade nervosa os poderão apresentar.

As altas e demoradas temperaturas, assim como todos os sintomas acima mencionados que caracterizam o periodo das perturbações nervosas, estão modificados na sua marcha geral.

Síndroma térmico. — O traçado térmico duma febre tifóide é, segundo a comparação bem feita de Jaccoud, comparável aos três lados superiores dum trapézio: uma linha obliqua ascendente que corresponde ao periodo de começo; uma linha horizontal indicando o periodo de estado; uma linha obliqua descendente traduzindo o periodo de declínio.

Foi em 1857 que Wunderlich precisou o estudo termométrico da febre tifóide, já iniciado, em 1842, por Giérse. Wunderlich dividiu êste traçado em três periodos: 1.º, o de estado inicial; 2.º, o de fastigium; 3.º, o de declínio. Mais tarde Jaccoud substituiu êstes três periodos por: periodo das oscilações ascendentes, periodo das oscilações estacionárias e por fim o periodo das oscilações descendentes, nomenclatura que ainda hoje é conservada.

No primeiro periodo, a temperatura sobe em zigue-

zague, de maneira a elevar-se, nos três ou quatro dias que compreende êste periodo, de um a um grau e meio de manhã para a tarde, e cair de meio a $\frac{3}{4}$ de grau de tarde para a manhã, até que, no fim da 3.^a ou 4.^a tarde, tenha atingido ou passado 40°.

A duração dêste periodo ascendente em escalões é variável: 4 a 8 dias.

Estado de fastigium ou das oscilações estacionárias. — Á linha ascencional quebrada, vai suceder uma linha de oscilações movendo-se num plano horizontal.

As oscilações são determinadas por exacerbações vesperais e remissões matinais. Neste periodo há duas grandes variedades de febre tifóide; uma, com um periodo de estado relativamente curto, evolucionando sem complicações; outra, com um periodo de estado grave, sempre incerta, atravessada por complicações de todas as espécies.

Wunderlich dividiu estas duas variedades em dois tipos diferentes: tipo ligeiro e tipo grave.

Tipo ligeiro. — O começo do periodo de estado, dá-se para o sexto ou sétimo dia; a elevação vespereal oscila entre 40° e 41°,5.

As temperaturas matinais durante esta época são mais baixas.

O traçado guarda esta alure até ao décimo-segundo dia. O fastigium do tipo ligeiro decompõe-se então em duas partes: uma primeira, com exacerbações consideráveis e com remissões pouco profundas; e uma segunda com exacerbações mais ligeiras e com remissões mais baixas.

Tipo grave. — O começo é semelhante ao que se vê nos casos ligeiros.

A diferenciação entre os dois tipos dá-se para os meados da 2.^a semana. O fastigium, nos casos graves, prolonga-se largamente, por vezes até à 4.^a semana, e muitas vezes entre o fastigium e o declínio se intercala um periodo singular: o estado anfibolo de Wunderlich, que se caracteriza por irregularidades mais ou menos consideráveis e que pode durar alguns dias.

Defervescência ou periodo das oscilações descendentes. — Esta defervescência que tem um começo variável conforme os tipos, faz-se de duas maneiras: gradualmente ou em lisis e bruscamente.

A descida em lisis dura alguns dias. É caracterizada por oscilações demoradas, levando progressivamente a temperatura à normal.

A defervescência brusca, análoga à defervescência pneumónica é rara, contudo frequente nas febres tifóides abortivas.

Não podemos fazer uma comparação da temperatura actual com a do passado, pois que os doentes quando nos vêem pedir o auxílio médico, já passaram em casa o tempo correspondente ao periodo das oscilações ascendentes.

Não só nessa subida contínua, como no periodo de estado, nunca observamos, na época actual, essas altas temperaturas, que com uma ascensão rápida e contínua iam a 42° e passavam mesmo a 43°.

Hoje o traçado térmico é curto; já não nos encontramos em presença dessas temperaturas demoradas que constituíam o tipo grave de Wunderlich.

Por a mesma razão que todos os sintomas estão

modificados, assim a temperatura segue paralelamente subordinada, visto também hoje não encontrarmos essas causas perturbadoras que determinavam exacerbações tão características dêste período.

As perturbações nervosas motoras, que como a hemiplegia, paraplegia, adquiriram nessa época interesse capital, sobretudo na convalescença ou no declínio da doença; essas paralisias generalizadas de Trousseau, atingindo ao mesmo tempo a motilidade, sensibilidade e os sentidos, em que os doentes eram cegos, surdos e ao mesmo tempo não podendo mover-se, são no presente extremamente raras e, sempre que aparecem, susceptíveis duma cura rápida.

Êste período remonta aos tempos em que a febre tifóide ainda não estava bem definida, à época em que o bacilo de Eberth Gaffky, em 1880 descoberto, estava no seu apogeu e em que os organismos lhe ofereciam uma menor resistência.

SEGUNDO PERÍODO

O DAS PERTURBAÇÕES INTESTINAIS

Ao primeiro periodo em que os fenómenos nervosos eram os principais actores do grande drama febre tifóide, não deixaram de pertencer à sua sintomatologia os fenómenos digestivos, que ocupando uma escala inferior aos primeiros, vieram mais tarde ocupar o logar em evidência, enquanto que os sintomas nervosos deixaram de predominar, cedendo o logar aos sintomas digestivos que pela sua importância originaram na história clinica da febre tifóide uma segunda fase, a das perturbações intestinais.

O estudo clinico do aparelho digestivo, compreende sintomas gerais constituídos pela anorexia e a sede; sintomas localizados fornecidos pela bôca, faringe, esôfago, estômago e intestino.

A perda do apetite mostra-se já antes da afecção confirmada, para ser completamente abolido durante o periodo de estado a reaparecer de novo no momento onde começa a defervescência.

Vivo e voraz na convalescença, pôde tornar-se, com a falta de cuidados, a fonte de accidentes sérios.

Neste momento o doente procura por todos os meios satisfazer a sua fome. Entretanto alguns pedem alimento em pleno periodo febril, parecendo obedecer a sensação enganosa.

A sede é geralmente notada no periodo de começo, chegando em alguns doentes a ser excessiva.

Sintomas bucais, faringeos e esofagianos. — A lingua, primeiramente húmida, branca ao centro, vermelha à ponta e sobre os bordos, torna-se, durante a segunda semana, viscosa e depois essa humidade desaparece, chegando-se-lhe uma secura cada vez maior.

Mais tarde, a lingua quando a adinamia é mais profunda, torna-se endurecida, toma uma coloração vermelho-escuro, retrai-se e fendilha-se, semelhando a lingua de papagaio.

A viscosidade e a secura precoce da lingua eram bem características, tornando-se elemento de diagnóstico.

As secreções bucais são profundamente alteradas ou quasi totalmente ausentes. Muitos elementos concorrem para secar a mucosa e os indutos que a recobrem como sejam: o ar que passa continuamente pela bôca, quando as narinas são obstruidas pelo inchamento da pituitaria, a temperatura elevada da bôca e a do ar expirado.

O véu do paladar, a úvula, as amígdalas, a faringe apresentam-se hiperemiadas.

Sintomas gástricos. — A gastralgia tem sido notada e por vezes duma maneira excessiva.

De todos os sintomas, o mais importante é o vômito que se pode produzir desde o comêço.

Por vezes constituíam um acidente grave. As matérias vomitadas são primeiramente os restos dos alimentos contidos no estômago e mais tarde mucosidades misturadas com bilis.

Quando a infecção tífica era muito violenta, os vômitos eram mais violentos e mais repetidos.

Êstes sintomas quási constantes então, hoje ainda se mostram, mas não com aquela nitidez.

Em quási todos os doentes observados últimamente, a perda do apetite, os vômitos, as dores na região epigástrica, o aspecto da lingua, lingua assada, são sintomas que não puderam ser registados.

Sintomas intestinais.— São os fenómenos intestinais, quer a titulo de sintomas obrigatórios, quer como fazendo parte de complicações, que marcaram êste segundo periodo.

Foram os mais constantes e os mais intensos, foram êstes os que assombraram o prognóstico.

Quantos doentes não foram levados rapidamente, morrendo em consequência dessas fulminantes enterorragias! Quantos não foram os casos, observados por Millard, na célebre epidemia parisiense em 1882!

Como fazendo parte dêstes sintomas temos primeiramente as dores e a sensibilidade abdominais.

A dôr é um sintoma comum da febre tifóide nos primeiros dias da doença.

As que são bem características são as dores localizadas nas fossas iliacas, à direita sobretudo, no umbigo e na região hipogástrica.

Algumas vezes espontâneas, aparecem muitas vezes pela pressão.

A sensibilidade é muito manifesta, mesmo nos

indivíduos privados de conhecimento, que a traduzem por um gesto, uma contracção do facies ou um ai.

Meteorismo. — É precoce sobretudo nos casos graves. Á percussão, nota-se nas fossas iliacas e nos flancos, uma sonoridade muito pronunciada. É um sintoma de prognóstico grave, porque entrava a respiração e exagera os perigos da hipostase pulmonar, podendo também favorecer a perfuração do intestino.

Nos casos graves e rapidamente mortais, a distensão gasosa é *in extremis* e o timpanismo generalizado.

Gargolejo. — É um dos sinais o mais constante, acompanhando a diarreia, algumas vezes constatando-se antes das fezes se tornarem abundantes e líquidas. Êste sinal é revelado quando se deprime bruscamente com a extremidade dos dedos essa região ilíaca direita.

Diarreia. — É a regra na febre tifóide e constitue pela sua frequência um dos sintomas cardinaes.

Algumas vezes precedida de constipação, aparece desde o comêço da doença, durante o qual é pouco considerável. A diarreia aumenta pouco a pouco, persiste durante o segundo periodo e diminue no periodo de declínio ou na convalescença.

Oferece caracteres próprios, de grande valor diagnóstico: são líquidas, duma coloração amareloucre, fétidas, duma fétidez especial.

O número das evacuações é variável, em geral duas ou três vezes nas 24 horas, outras chegando a 12, 15, 20 evacuações por dia.

Estas evacuações freqüentes eram uma causa de desperdícios orgânicos consideráveis, arrastando os doentes mais rapidamente ao estado de adinamia.

Em todas as minhas observações, e em muitas outras que passaram pelas enfermarias nos anos anteriores, a diarreia era fraca.

Os doentes só dejectam por meio de clisteres.

As dores espontâneas ou à pressão na fossa iliaca direita eram nulas.

O sintoma gargolejo tão freqüente nas formas antigas, não o pude constatar em todas as doentes que estiveram nas salas da 2.^a clinica médica. Não querendo dizer que não apareça, pois duas doentes, dentre as tífosas observadas em 1914, apresentaram êste sintoma.

As complicações a que os doentes estavam sujeitos e que eram quási sempre fatais, hoje com raríssimas excepções são observadas.

Já não encontramos essas graves enterorragias, essas grandes perfurações, quási sempre seguidas de uma peritonite generalizada que punham o doente sob as ameaças duma morte certa.

As hemorragias, resultado dum processo puramente intestinal devidas a uma hiperemia dos vasos intestinais, eram uns fenómenos precoces. Mas essas hemorragias eram mais devidas ao progresso de ulceração de um arteriolo, ou à queda de uma escara pondo a nú um orifício vascular.

Na imensa maioria dos casos era no intestino delgado que se formavam essas hemorragias.

Essas grandes hemorragias eram quási sempre precedidas de sinais gerais: palidez, tendência sinco-
pal, vertigens, zunidos nos ouvidos, resfriamento das extremidades, pequenez do pulso, baixa rápida de tem-

peratura, seguida em geral de uma ascensão também rápida, alcançando um nível mais elevado que antes da queda.

A morte era a terminação da enterorragia que pode sobrevir com uma rapidez fulminante.

Para recordar, basta mencionar como depressa se deu êsse trágico desenlace, num caso observado por Trousseau em que a morte seguiu à hemorragia intestinal em menos de uma hora.

Perfuração. — É a mais terrível das complicações que pode aparecer no curso da febre tifóide. É uma das causas de mortalidade nos tíficos. Esta perfuração localiza-se principalmente na extremidade inferior do intestino delgado.

A perda de substância, às vezes única, pode aparecer dupla ou mesmo em triplicado.

A perfuração é na maioria dos casos precedida de acidentes que é útil conhecer: dôr extremamente violenta, fazendo-se sentir em todo o ventre.

Muitas vezes um grande arrepio anuncia, ao mesmo tempo que a dôr, a ruptura do intestino.

A curva térmica eleva-se, passados alguns minutos cai e é seguida de uma reascensão térmica, incompleta, bem diferente da reascensão brusca observada na hemorragia intestinal.

As náuseas e os vômitos tornam-se quasi contínuos. As evacuações alvinas quasi sempre cessam, mas em alguns doentes a diarreia aumenta. As urinas são suprimidas. O ventre, excessivamente sensível à pressão ou ao menor contacto, se abaúla extraordinariamente a ponto de prejudicar a respiração.

A sonoridade timpânica é geral quando a cavi-

dade peritoneal é invadida por gases. A face é pálida e gripada, olhos encovados, nariz afilado, extremidades frias. Rápidamente o doente cai no colapso, com pequenez e aceleração extrema do pulso.

A evolução dos acidentes é algumas vezes fulminante, o individuo sucumbe em poucas horas, sob o choque traumático e antes do desenvolvimento da peritonite.

Não só se encontram peritonites consecutivas à perfuração, mas também peritonites sem perfuração prévia, peritonites por propagação, isto é, a inflamação estende-se de camada em camada sem efração do intestino. Nestas peritonites o começo é menos rápido e menos violento.

A tumefacção sempre constante do baço em outras épocas, hoje poucas vezes é notada, quando tentamos pesquisar a sua hipertrofia.

TERCEIRO PERÍODO

PERÍODO DE ANOMALIAS NA EVOLUÇÃO

SINTOMAS CARDIO-VASCULARES

Depois da descrição rápida dos principais sintomas que caracterizaram o segundo período, entrarei no estudo do terceiro período, ou o das anomalias na evolução e em que os fenómenos cardíacos preponderam, não apresentando contudo a intensidade que lhes era particular quando faziam parte do cortejo sintomático nas diversas épocas clínicas da febre tifóide.

Cabe-lhes agora a vez; são diminuídos mas, são os que nós encontramos predominando em todos os tíficos.

Acompanharam a marcha geral da doença e agora, pela sua constância, vão marcar na história clínica da febre tifóide um novo período de que farei um rápido relato, frizando o que de mais interessante se apresentar.

Das três partes constituintes do coração, é o miocárdio que sofre as maiores alterações, é no miocárdio que a toxina tífica actua com maior intensidade.

A pericardite era e ainda é uma lesão rara. A endocardite não se revela durante a febre tifóide: a

constatação dum sôpro, não autoriza a fazer diagnóstico de endocardite.

A maior parte dos sopros são variáveis e temporários (sopros extra-cardíacos, cárdio-pulmonares de Potain, alguns mesmo de origem miocárdica).

Miocárdio.— Poucos são os casos de febre tifóide em que o coração não apresenta sinais de enfraquecimento, enfraquecimento tanto mais marcado quanto as formas são mais severas, tanto mais consideráveis quanto a moléstia é mais prontamente mortal.

Vejamos quais os sinais físicos que traduzem a localização tão grave da toxi-infecção eberthiana sobre o miocárdio, pois, todos os doentes que transitaram pelas salas dêste hospital apresentavam êstes sintomas: 1.º a diminuição de intensidade e a modificação dos ruidos normais, em particular a atenuação e mesmo a desapareição do primeiro ruído.

Em alguns doentes, o segundo ruído perde a sua nitidez e mesmo se desdobra.

A impulsão precordial se encontra diminuída, algumas vezes substituída por uma ondulação vaga.

Como alterações do ritmo, temos as intermitências cardíacas que se produzem no periodo de estado de febre tifóide.

O que nós constatamos sempre em todos os doentes, é êsse ritmo fetal, pendular, ainda chamado embriocardia, em que os dois silêncios se tornam iguais em duração e os dois ruidos parecem iguais em intensidade e mesmo em timbre: a auscultação dá a impressão do tic-tac dum relógio.

Ao ritmo fetal, associa-se uma taquicardia mais ou menos pronunciada. Os sopros algumas vezes audi-

veis na região cardíaca e que Potain chamou sopros cardíopulmonares, são sopros ordinariamente sistólicos, doces, pouco intensos, com o máximo na ponta e prolongando-se para a base, com um murmúrio que vai enfraquecendo — são sopros que denunciam uma miocardite tífica.

Na primeira semana, poucas modificações são notadas.

As pulsações são fortes e bem feridas, a ponta bate no seu lugar normal; o pulso regular, largo, dicoto.

Este conjunto de sintomas marca um periodo, o periodo de excitação, o periodo de erectismo.

Durante esta primeira semana, durante esse erectismo, os sintomas em questão não são constantemente observados, porque os doentes, quando reclamam o auxilio médico, é tarde.

Segue-se depois um segundo periodo, o da astenia, mais demorado, abrangendo todo o periodo das oscilações estacionárias, e em que as contracções vão apresentando um começo de enfraquecimento, em que os ruídos são mal batidos, podendo um ou outro estar ausente, em que o choque precordial enfraquece, o ritmo se altera, a embriocardia é mais acentuada. O pulso é nitidamente dicoto, mas também já mais depressivel.

É neste periodo que podem ser observados à auscultação sopros variáveis de séde e de intensidade.

Pulso. — O estudo do pulso fornece ao médico indicações de primeira ordem. A atenção sobre os sintomas fornecidos pelo pulso de concôrto com os obtidos pela auscultação do coração, fornece-nos os elementos necessários para o diagnóstico da febre tifóide.

Vejamos como o clinico obtem ensinamentos de alto valor enquanto à freqüência, irregularidades diversas, caracteres da onda arterial e tensão arterial:

Freqüência. — Duma maneira geral, o pulso é acelerado na febre tifóide. Torna-se mais rápido na primeira semana e mais rápido, salvo complicações, no periodo de estado; depois perde a sua freqüência no periodo de declínio.

A curva geral do pulso afecta um certo paralelismo com o traçado térmico: ascendente primeiramente, em *plateau* no periodo de estado, descendendo no periodo de declínio; mas nunca o número de pulsações corresponde à elevada temperatura.

É um dos sinais, para alguns patognomónico, da febre tifóide, essa discordância entre o número de pulsações e a elevada temperatura.

A aceleração, sempre maior nas mulheres e nas crianças do que no adulto, é expressa por números variáveis.

As irregularidades diversas do pulso. — As intermissões, aritmias não se vêem senão nos casos onde o miocárdio está alterado e traduzem um estado grave do músculo cardíaco e, portanto, dum prognóstico sempre sombrio.

Caracteres da onda arterial. — Um dos caracteres mais notáveis que todos os doentes apresentam é o dirotismo do pulso, e mais notável durante o periodo das oscilações estacionárias.

Aos primeiros dias, o pulso é amplo, forte, resistente ao dedo. Pouco depois a sua força decresce e de amplo torna-se depressivel.

Todas as doenças infecciosas apresentam um pulso dicreto, mas de todas elas é na febre tifóide que êsse dicrotismo é mais característico.

O esfigmograma mostrará bem êsse dicrotismo.

No traçado esfigmográfico vemos uma primeira elevação e em seguida a esta uma segunda menos elevada do que a primeira.

Tensão arterial. — De todas as moléstias agudas é a febre tifóide a que mais baixa tensão apresenta. Na imensa maioria dos casos, o abaixamento de tensão é manifesto desde o começo.

Afóra sintomas que caracterizam a febre tifóide, todos os outros quer a titulo de complicações, quer como sintomas secundários acompanhando o séquito sintomático primordial, hoje também mostram na sua evolução uma redução de intensidade.

A Flegmatia alba dolens, flebite das veias dos membros inferiores, acidente variável, mas muitas vezes assinalado pelas suas dores vivas e por uma reacção febril muito intensa, raras vezes hoje é observada.

A gangrena sêca ou húmida também não se vê com tanta frequência como outrora.

Afóra as epistaxis que frequentemente aparecem no primeiro periodo da doença, traduzindo-se por sarridos roncantes e sibilantes, a pneumonia e a bronco-pneumonia, com o seu cortejo sintomático podem ser notadas como complicações, muitas vezes duma grande gravidade.

O nosso modesto estudo é justificado pelas observações dos doentes internados durante o ano lectivo de 1915-1916 na 2.^a Clínica médica. Foram em número de sete. Dêstes apresento seis observações, por uma doente ter falecido poucas horas depois da sua entrada.

OBSERVAÇÃO I

M. C., solteira. 16 anos. Servçal.

Adoeceu em 13 de Dezembro.

Deu entrada para a 2.^a C. M. em 27 de Dezembro, depois de já ter estado noutras salas de 15 a 27 de Dezembro.

Safu curada em 29/3 916.

Sintomas iniciais. — Diz ter sentido muito frio, fortes dôres de cabeça que a levaram à cama, sentindo também na fossa ilíaca direita algumas dôres, ligeiras. Temperatura febril. No dia seguinte tomou um purgante, ao qual seguiu diarreia até dar entrada neste hospital.

Sintomas consecutivos. — Quando estudei esta doente, encontrei-a mergulhada num estupor um tanto pronunciado. Tinha um delírio tranqüilo, não precisando, nem respondendo às perguntas que lhe eram dirigidas.

Um certo grau de prostração.

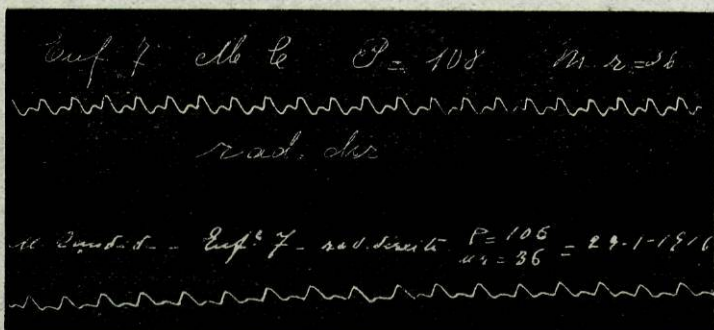
Sonolência persistente, pois a uma curta pausa do meu interrogatório, imediatamente ela fechava os olhos.

A temperatura manteve-se sempre alta, um pouco parecida, ao menos no começo, com o traçado típico de Wunderlich.

O hálito fétido, a língua saburrosa, húmida; diarreia fétida, amarela. Há meteorismo muito pronunciado em todo o abdómen.

Aparelho respiratório. — Tem tosse, sem dispneia. Á palpação, as vibrações vocais estão, mas não muito, aumentadas do lado direito. Á percussão, som timpânico na face anterior do pulmão esquerdo e som claro na face anterior do pulmão direito. Á auscultação, um chuveiro de ralas sibilantes e roncantes na face posterior dos dois pulmões.

Sintomas cardíco-vasculares. — Á auscultação dos fô-

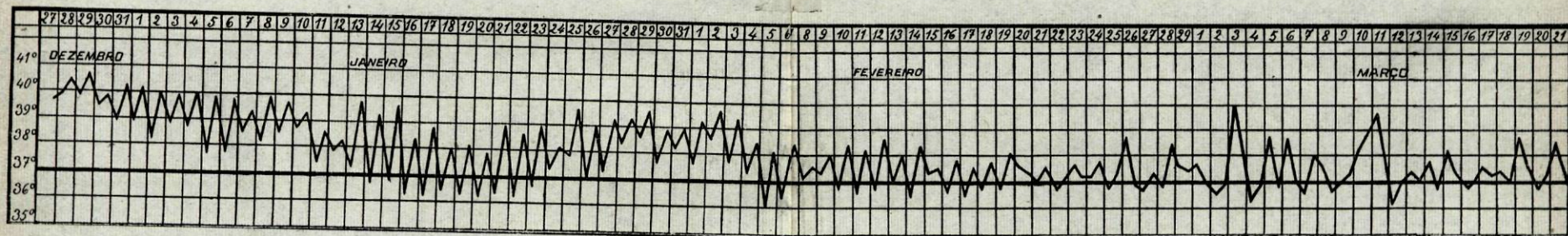


cos do coração, embora com muito custo feita, pois os ruídos eram mascarados pelo pulmão, notei que os ruídos eram surdos, mal feridos, havendo tendência à embriocardia, embriocardia que se acentuou ulteriormente.

O pulso, mole, dicrótico, taquicárdico, variando na sua frequência de 118 a 120 por minuto.

O esfigmograma da radial direita, tirado em 1 de Janeiro de 1916, é manifestamente dicrótico.

O esfigmograma tirado um mês mais tarde ainda



é dicoto, quer na radial direita, quer na radial esquerda.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança. Pequenos sinais de histeria. Tem azia frequentes vezes.

Antecedentes hereditários. — Os pais são saudáveis. Tem seis irmãos todos também saudáveis.

Reacção de Widal — Positiva até $\frac{1}{1000}$ para o bacilo tífico.

B. tífico —	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{200}$	$\frac{1}{500}$	$\frac{1}{1000}$	$\frac{1}{2000}$	T
	+	+	+	+	+	+	—	

Paratífos	{	A.	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{100}$	T
			+	+	+	—
		B.	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{100}$	T
			+	+	+	—

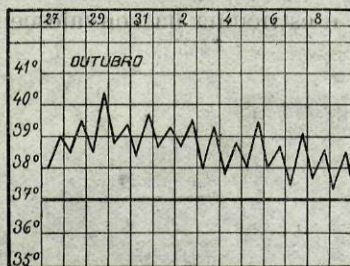
Tratamento: Urotropina. Clisteres frios. Glicero-fosfato de cal e estricnina na convalescença.

OBSERVAÇÃO II

F. R. Solteiro. 14 anos. Jardineiro. Natural do Pôrto.

Deu entrada para a 2.^a C. M. em 29 de Dezembro de 1915. Saiu curado em 15-1-1916.

Sintomas iniciais. — Desde 22 de Outubro que se encontrou doente, tendo: dores nos membros inferior-

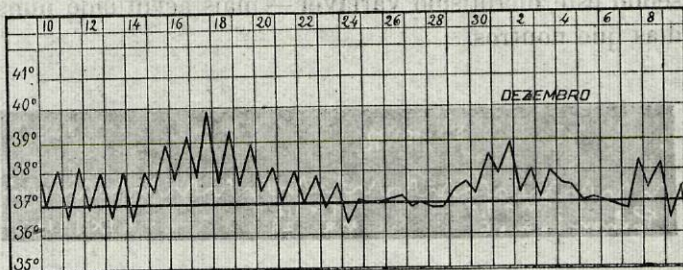


res, cefalalgias frontais, suores nocturnos abundantes, anorexia, diarreia.

Sintomas consecutivos. — O doente encontra-se em decúbito dorsal, num estado de prostração. Responde

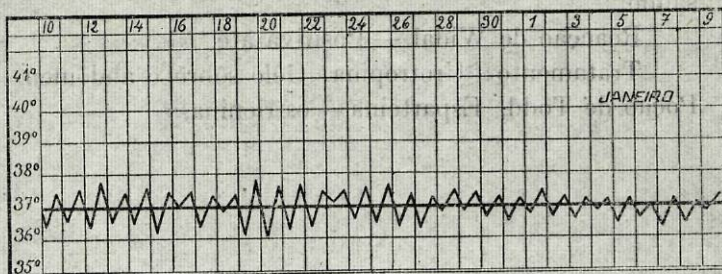
a custo das perguntas que se lhe fazem, falando baixo.
Cefalalgias frontais.

Língua sêca, saburrosa, dentes fuliginosos e com mucosidades.



Sente constipação. Timpanismo em todo o abdômen.

Dores abdominais espontâneas e à pressão, principalmente na fossa ilíaca direita e bordo inferior do fígado, que se apresenta um pouco hipertrofiado.



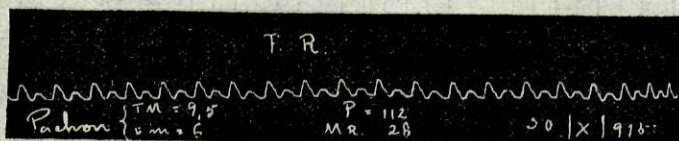
Dôr à palpação profunda, no flanco esquerdo.

Sobre o aparelho respiratório — tosse com expectoração muco-purulenta e à auscultação — roncos e si-

bilos nos dous pulmões e algumas ralas húmidas no pulmão direito.

Sintomas cárdio-vasculares. — Tem epistáxis. Embriocardia.

Pulso freqüente (112), hipotenso, pequeno, dicoto, sendo êste dicrotismo variável — mais acentuado nuns dias que noutros.



A temperatura atingiu no dia 27, 39° à tarde e 38° pela manhã, nunca passando depois de $39^{\circ},5$.

Urinas em pequena quantidade.

Antecedentes pessoais. — Esteve um mês doente, não sabendo dizer de que. Não dá mais informes.

Antecedentes hereditários. — Pai falecido. Mãe viva e saudável. Cinco irmãos todos também gozando saúde.

Reacção de Widal. — Positiva até $1/500$.

Tratamento: Urotropina. Gêlo sôbre o abdômen. Poção de Todd. Esparteina — estricnina.

OBSERVAÇÃO III

C. R. J. Solteira. 21 anos. Doméstica.

Entrou para este hospital a 5 de Janeiro de 1916.

Saiu curada em 8/3/916.

Sintomas iniciais. — Desde o dia 25 de Dezembro que se encontra doente, tendo nessa ocasião arrepios, cefalalgias e dores fortes e contínuas nas regiões renais. Suores abundantes. Vertigens. Grande adinamia, deixando de trabalhar.

Carolina de Jesus

H B = 22

Antônio de

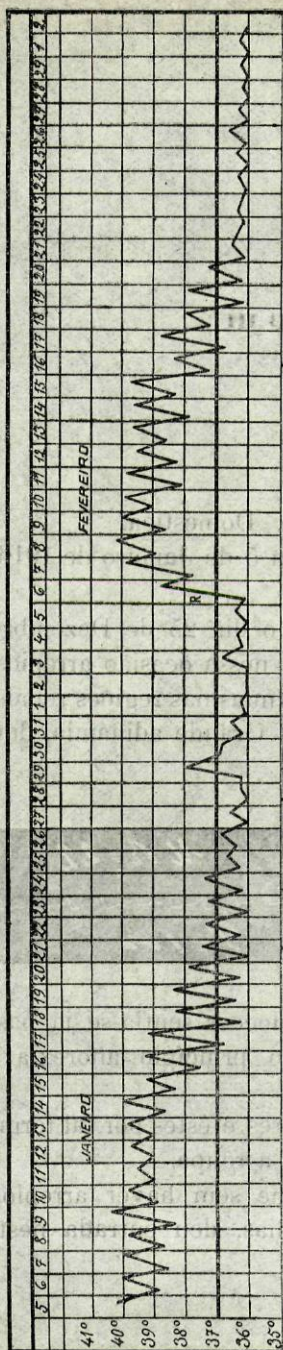
P = 100

Uns oito dias antes de adoecer sentia-se já bastante fatigada. Teve desde o princípio anorexia e febre.

Nos dias 26 e 27 teve suores e êstes por tal forma abundantes que lhe molhavam a roupa.

Êsses suores apareciam-lhe sem haver arrepios.

Depois, passados uns 4 dias, deu entrada neste hospital. Teve diarreia.



Sintomas consecutivos. —

Facies pálido, com traços um tanto apagados. Um certo abatimento. Prostração.

O rosto coberto de suor. Existe uma certa dispneia. Movimentos respiratórios de pequena amplitude e acelerados.

Lábios e dentes acham-se cobertos dum induto fuliginoso. O dorso da língua coberto duma espessa camada saburrosa esbranquiçada, ao passo que os lados e a ponta estão vermelhos.

Hálito fétido. Tem sede, anorexia. Constipação. Timpanismo generalizado; dor à pressão no lado esquerdo do abdômen em um ponto localizado entre o apêndice xifóide e o umbigo.

Pulso pequeno, hipotenso, freqüente. Não há dicotismo.

Diminuição de intensidade dos ruídos cardíacos. Ligeira embriocardia. Sinal de Philipowikz.

Crises de suores, aparecendo os acessos de manhã às 10 horas e à tarde às 3 horas, com duração de uma hora aproximadamente.

Em 19 os acessos eram mais ligeiros, em 24 os suores são poucos, contudo a pele ainda está bastante húmida, em 26 não tem havido suores.

Recaída em 6 de Fevereiro, com retôrno de suores e abatimento geral.

Antecedentes pessoais. — Foi sempre saúdável.

Antecedentes hereditários. — Nada de importância.

Reacção de Widal.

Bacilo tífico — positivos até $1/500$.

Paratíficos $\left\{ \begin{matrix} A \\ B \end{matrix} \right\}$ negativos.

Uma outra reacção feita em fevereiro depois de uma recaída.

Sero-aglutinação positiva com o bacilo tífico até $1/500$; negativa com os paratíficos.

Tratamento: O mesmo dos antecedentes.

OBSERVAÇÃO IV

L. N. A. Solteira. 20 anos. Doméstica.

Deu entrada na enfermaria n.º 7 a 27 de Dezembro de 1915.

Saíu curada em 31 de Janeiro de 1916.

Sintomas iniciais. — Dores no flanco direito, no tórax à direita e nas costas.

Calefrios. Cefalalgias.

Tosse. Escarros «côr de barró vermelho». Epistaxis no começo da doença. Insónias, delírio.

Sentia a língua muito espessa na bôca. Passados quatro dias teve diarreia fétida e dores generalizadas a todo o abdómen.

Sintomas consecutivos. — Prostração. Dôr abdominal (mais no epigástrio e cólon transversos).

Língua esbranquiçada. Vontade de comer. Diarreia. Fezes muito fétidas. Tenesmo. Timpanismo.

Tosse. Espectoração espumosa e com sangue rubro. Sarridos sibilantes e roncantes nos 2 lados. Movimentos respiratórios, 28.

Dicrotismo, taquicardia — P. 124. Ruídos cardíacos ensurdecidos. Pulso muito pequeno. Embriocardia.

Não tem actualmente insónias. Temperatura — a máxima que chegou a ter não passou de 38º,5 à tarde.

Antecedentes pessoais. — Foi sempre saudável.

Empregava-se numa fábrica de esmaltagem há 2 meses. Não fazia uso de água de poços.

Antecedentes hereditários. — Pais e irmãos saudáveis.

Reacção de Widal, feita em 3 de Janeiro de 1915.

Bacilo tífico — $\frac{1}{10} + \frac{1}{50} + \frac{1}{100} + \frac{1}{200} + \frac{1}{500} - \frac{1}{1000} - \frac{1}{2000}$

Paratífos $\left\{ \begin{array}{l} A \\ B \end{array} \right\}$ negativos.

OBSERVAÇÃO V

B. J. Solteira. 33 anos. Recadeira. Entrada neste serviço hospitalar em 23 de Outubro de 1915.

Saíu em 22 de Fevereiro de 1916.

Sintomas iniciais. — Em 10 de Outubro, dores vagas por todo o corpo, cefalalgias. Suores. Diarreia. Dores na fossa ilíaca direita.

Alguns dias antes, sentiu um mal estar geral.

Sintomas consecutivos. — Dispneia intensa. Uma certa prostração. Língua sêca e fuliginosa. Não tendo dores abdominais nem espontâneas nem à pressão. Timpanismo abdominal.

Diarreia não muito fétida.

Afonia. Surdez. Tem dores na garganta. Espectoração albuminosa e sanguínea. Sibilos e roncós. Submaciszez nas bases pulmonares (à frente).

Ruídos cardíacos ensurdecidos. Há embriocardia. Pulso pequeno hipotenso, freqüente. — P. 112. Há dirotismo.

Temperatura atingindo 39°,5 nos primeiros dias, decrescendo em seguida, chegando à normal e aí permanecendo até que em 17 de Novembro subiu a 39°, manifestando-se na ocasião arrepios e aparecendo os suores.

Antecedentes pessoais. — Foi sempre saudável.

Teve uma infecção puerperal após o terceiro parto.

Antecedentes hereditários. — Nada de notável.

Reacção de Widal.

Positiva para o bacilo tífico até $\frac{1}{100}$.

OBSERVAÇÃO VI

C. G. Solteira. 17 anos. Serviçal.

Deu entrada em 19 de Janeiro de 1916.

Saiu curada em 22 de Fevereiro de 1916.

Sintomas iniciais. — Em 13 de Janeiro — cefalalgias, calefrios.

Depois de tomar um purgante, ficou com a língua sêca e áspera.

Não houve epistaxis.

Sintomas consecutivos. — Cefalalgias.

Língua húmida, vermelha nos bordos e esbranquiçada no centro. Anorexia.

Dores abdominais à pressão. A dôr abdominal é maior ao nível do cólon transverso e descendente. Timpanismo a êsse nível. Constipação. Alguma tosse. Sibilos e roncos dos dois lados.

Taquicardia — Não há o ritmo embriocárdio, nem tão pouco dirotismo.

Os ruídos cardíacos, sobretudo o primeiro, um pouco apagados.

A temperatura oscilou nos primeiros dias entre 38 e 39°,5.

Antecedentes pessoais. — Paludismo aos 11 anos, tendo acessos durante três anos.

Antecedentes hereditários.— Nada de importância.

Reacção de Widal, feita em 28 de Janeiro, foi negativa para o bacilo tífico e paratífico A. e positivo até $\frac{1}{200}$ para o paratífico B.

Nota.— Trata-se duma doente com o paratifo, mas que agrupo neste meu trabalho por a sua symptomatologia ser quasi idéntica e ter o mesmo tratamento que a febre tifóide.

CONCLUSÕES

O prognóstico da febre tifóide no nosso clima, é muito benigno.

O aparelho circulatório é o que maior número de sintomas fornece.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — As artérias digitais nem sempre tiram a sua origem da arcada palmar superficial.

Fisiologia. — A aplicação da cabeça do femur à cavidade cotilóide é devida à acção da pressão atmosférica.

Bacteriologia. — O exame do líquido céfalo-raquidiano, retirado por punção lombar, não precisa uma meningite.

Matéria Médica. — O arsénico é contra-indicado nos albuminúricos.

Higiene. — O soldado é um vetor da transmissão a distância da sífilis.

Operações. — As suturas, na amputação dos membros na actual guerra, são dum prognóstico grave.

Clinica Cirúrgica. — No cancro do seio o enfartamento ganglionar pode estar do lado oposto.

Clinica Médica. — O emprêgo da urotropina na febre tifóide é uma das primeiras indicações.

Partos. — A blenorragia é uma das causas de gravidez extra-uterina.

Medicina legal. — Nem sempre se morre por feridas do coração.

Visto,
Thiago de Almeida.

Imprima-se,
Pinho.

ERRATA

Na página 40, linha 24, onde se lê — no primeiro periodo da doença, traduzindo-se por — leia-se : no primeiro periodo da doença, a bronquite, traduzindo-se por... etc.