

FEBRE DE MĀLTĀ

156/6 FHP

Anthero Augusto da Cunha Brochado

Febre de Malta

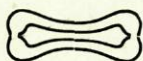
(BREVE ESTUDO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA

À

Faculdade de Medicina do Porto



156/6 FMP

PORTO

Typ. da "Encyclopédia Portuguesa"

47, Rua Cândido dos Reis, 49

1913

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

SECRETARIO

ALVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Lentes cathedraicos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva . . . Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria. . . . Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna. José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica Thiago Augusto d'Almeida.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia pathologica . . Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal Vaga.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene João Lopes da Silva Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia Vaga.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topographica . Joaquim Alberto Pires de Lima
- Psychiatria Antonio de Souza Magalhães Lemos.
- Neurologia Vaga.

Lentes jubilados

- | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------------|
| Secção medica | } | José d'Andrade Gramaxo. |
| | | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos. |
| Secção cirurgica | } | Pedro Augusto Dias. |
| | | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|
| Secção medica | } | Vaga. |
| | | Vaga. |
| Secção cirurgica | } | João Monteiro de Meyra. |
| | | José d'Oliveira Lima. |

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Alvaro Teixeira Bastos.

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

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)



*À memoria de
minha Esposa*

Saudade perenne



A MEUS PAES

*A vossa alegria é
minha também.
Estreito-vos n'um só
abraço.*

A MEUS IRMÃOS

A TODA A MINHA FAMILIA

À FAMÍLIA MAGALHÃES

(PEDREIRA—VILLA MEÃ)

*Muito vos devo pelo muito que
me tendes aturado! Sirva-vos de
penhor a minha indelevel amizade.*

À Ex.^{ma} Senhora

D. Maria da Conceição Cunha Teixeira

e

a S. Ex.^{mas} Filhas

D. Julia

e D. Maria Amelia Teixeira

*Homenagem
de muita consideração e amizade.*

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima

Dig.^{mo} Professor

DA

Faculdade de Medicina do Porto

Aos condiscipulos amigos

e, em especial, a

Armando dos Santos Pinto Pereira

e

Antonio de Sousa Campos



Aos meus contemporaneos

e em especial ao

Francisco Coimbra



AOS MEUS AMIGOS

Aos meus companheiros de "Republica,,

Dr. Eduardo Fonseca e Almeida

Dr. José P. Pinto de Faria

Dr. Manoel Pinto de Magalhães

José Torquato Serpa Pinto

Joaquim da Fonseca Pattacas

com saudosa recordação dos tempos idos;

e

Albano de Castro e Sousa

Alberto Barreto de Carvalho

Alfredo Barreto

Angelo Ferreira Leite

Annibal Cardoso de Freitas

Fernando da Hora Aroso

Joaquim dos Santos Graça

Joaquim Milheiro




Jorge d'Azevedo Maia

Marcellino José Martins.

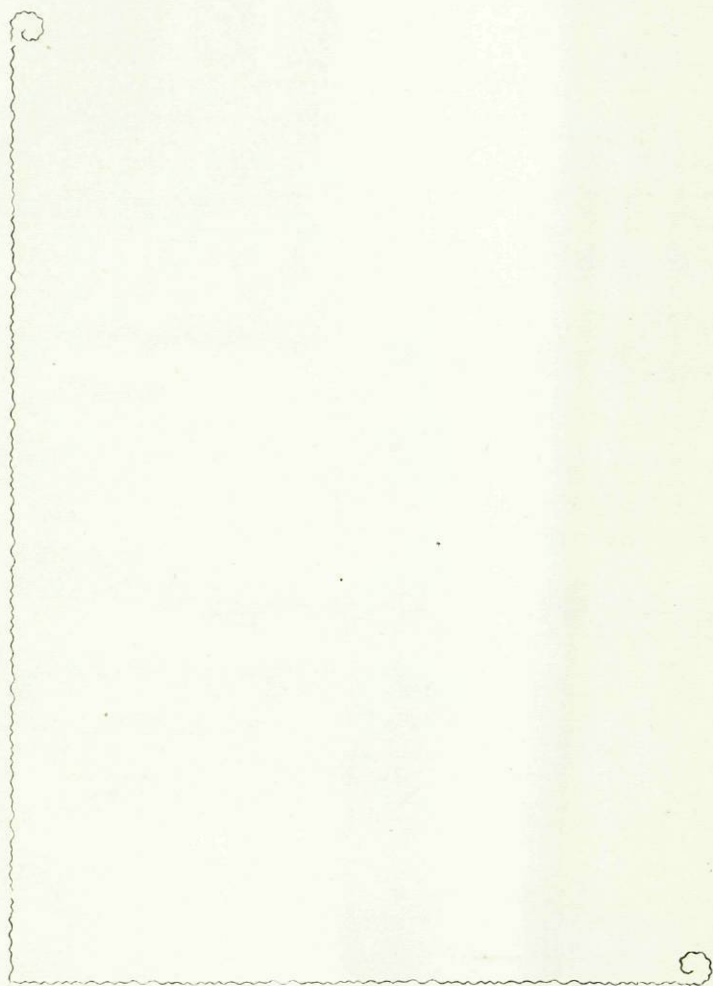
Um abraço de despedida.

Ao meu digno Presidente de these

Ex.^{mo} Snr. Dr. Thiago d'Almeida



*Profunda admiração pelo seu
muito saber e pelas suas altas
qualidades de professor.*



PROEMIO

Não somos d'aquelles que se revoltam contra a lei que nos obriga, para finalisarmos o nosso curso medico-cirurgico, á apresentação d'um trabalho impresso d'esta natureza; e assim procedemos por entendermos que esta, como qualquer outra lei, sanccionada que seja deve ser acatada por aquelles a quem visa.

Demais, reconhecemos-lhe o valor de concorrer para o aperfeiçoamento scientifico e seu engrandecimento, que indubitavelmente nasce de muitos d'estes trabalhos, produzidos por quem os póde elaborar com a proficiencia propria dos altos merecimentos que possua.

Não estamos no numero d'esses; e d'isso parte o nosso unico resentimento para com essa lei que assim nos obriga, sem proveito para aquelles que hajam de nos lér, porque

nem da nossa exposição, ao menos, poderão colher o bem que pôde sentir-se ao demorarmos os olhos na leitura d'uma meia duzia de periodos traçados com primor.

Que esta circumstancia mereça, da parte d'esses que nos derem a honra de nos folhear, uma parcella de benevolencia para quem se julga incapaz de produzir melhor, na certeza de que, no que escrevemos, vae toda a nossa boa vontade.

O assumpto da nossa escolha é palpitante na hora actual, em que doença tão caprichosa tanto pelo nosso paiz se alastra já, começando a interessar vivamente os clinicos que até agora, entre nós, a desconheciam.

Foi-nos suggerido pelo apparecimento de um caso, diagnosticado na enfermaria de Clinica Medica, durante o nosso 5.º anno, pelo douto professor Thiago d'Almeida, nome illustre que tão honroso brilho dá ao corpo docente da nossa Escola, e por S. Ex.ª cabalmente relatado nos "Annaes Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto,,.

Na impossibilidade de colhermos mais casos sobre os quaes podessemos dissertar, resolvemos fazer um estudo geral do assumpto, percorrendo os diversos capitulos da sua pathologia, e completando-o com algumas palavras ácerca da sua historia.

Que o jury illustre, que haja de nos julgar, seja o primeiro d'aquelles de quem esperamos benevolencia para a modestia da nossa obra.

CAPITULO I

Historia—Distribuição geographica

Desde os tempos mais remotos até ao seculo XVII o medico, em presença d'um doente febril e com perturbações mal localisadas, contentava-se em dizer que *o doente tinha febre*, e n'isto se resumia todo o seu diagnostico; os mais avisados, porem, que os houve e ha, levavam a sua attenção para o caracter d'essas febres, chegando a classificar-as de *intermittentes e continuas*; e estas lhes mereciam, particularmente, um prognostico reservado.

A marcha da sciencia, que de longe caminha, chegou, n'essa epocha, á descoberta do quinino; Tortit, um dos medicos que desde logo o ministrou aos seus doentes, reconheceu que nem todas as febres cediam á acção therapeutica do medicamento, e n'isto baseou uma classificação sua, classica até ao principio do seculo XIX, epocha em que, graças aos progressos da anatomia pathologica e da bacteriologia, foi permittido dissociar do grupo das febres essenciaes continuas um certo numero de especies nosologicas distinctas.

Eram tres os typos de febre, segundo a sua classificação:

1.º Febres cedendo ao quinino (intermittentes ou continuas);

2.º Febres continuas, rebeldes ao quinino;

3.º Febres proporcionadas, typos hybridos, compostos d'uma febre periodica e d'outra continua remittente.

(Estas são identicas á typho-malaria).

É justo é dizer-se que já n'aquelle tempo, sem o prestimoso auxilio do thermometro, sem o exame clinico das urinas, sem exames microscopicos do sangue, etc., era feita distincção nitida entre *febre remittente dos campos* (dothienenteria), *febre das prisões* (typho exanthematico) e *febre remittente dos paizes pantanosos* (paludismo)!

Decorre o seculo XIX, aquelle em que se vae fazendo a desaggregação das febres essenciaes continuas; e no anno de 1859 apparece a primeira descripção d'uma febre epidemica, reconhecida no littoral do Mediterraneo, principalmente na Ilha de Malta e na Italia meridional, em todos os seus aspectos differente das doenças até então conhecidas, e que desde logo foi considerada como uma especie nosologica distincta.

Vae decorrendo o tempo, até que, em 1863, o medico Marston, da marinha ingleza, traz á imprensa medica um estudo sobre esta forma de febre, por elle muitas vezes

observada em Malta, e de que elle proprio foi atacado, dando-lhe o nome de *Mediterranean remittent or gastric remittent fever*.

Os medicos inglezes, que tanto se interessavam pelo estudo de casos d'esta doenca, que julgavam ser de febre typhoide, confirmaram a descripção de Marston, verificando o seu erro pelos signaes colhidos nas autopsias (ligeiras placas de congestão das mucosas duodenal e gastrica, ausencia d'alterações das placas de Peyer, hypertrofia do figado e principalmente do baço).

A sua etiologia era desconhecida.

Decorrerá n'esse tempo a guerra da Crimêa, durante a qual muitos soldados inglezes se recolhiam doentes a Malta, e o povo via n'esse facto uma relação com o mal que os acommettia. Marston, por sua vez, um pouco suggestionado por certo, pensou que a contaminação partisse dos soldados russos e assim lh'a attribuiu.

As observações proseguem, e o "*Annual Medical Blue Book's of Navy*," cita-nos varios casos por diversas formas denominados, e que estão em concordancia com a doenca descripta por Marston. Apesar, comtudo, da frequencia de complicações articulares, da resistencia á therapeutica empregada, e da sua demorada convalescença, ainda alguns a confundem com a febre typhoide.

Em 1865 publica Boileau (*Army medical Reports*) algumas observações, cuidadasa-

mente seguidas, d'uma doença que cita como Febre de Malta e que define: "febre de marcha irregular, de longa duração, caracterisada por symptomas gastro-intestinaes, suores profusos, anemia, etc., terminando quasi sempre pela cura.,,

Dos trabalhos italianos deve-se o primeiro a Giulia, medico natural de Malta, que o publicou em 1871, vindo após elle vivas discussões entre os medicos d'ali, por largos annos sustentadas, repartindo-se em quatro campos as suas opiniões:

1.º Para uns a *febre* era a quarta das especies que o genero typho podia apresentar:

- a) typho abdominal;
- b) „ exanthematico;
- c) „ recorrente;
- d) *febricola tifosa*.

2.º Outros consideravam-na como uma variedade de *suor miliar*;

3.º Martini e Schrom tinham-na como variedade do typho palustre;

4.º Finalmente, outros consideravam-na como uma doença especial: *febre infectiva atipica* (Rummo), *febre continua epidemica* (Tomaselli).

Em 1879 são publicados por Veale, medico do Hospital de Netley, varios casos que teve occasião de observar em soldados chegados das colonias e ali internados, e que nitidamente distingue das variadas formas de paludismo espalhado pela bacia do Mediterraneo.

E desde então até 1887 augmenta progressivamente o numero de observações apresentadas ao conhecimento do mundo medico.

Foi n'esse anno que David Bruce, sabio medico da armada ingleza, descobriu o agente productor da doença que tanto interesse lhe vinha despertando. Em 400 casos tratados em Malta durante o periodo de 5 annos, não encontrou, em um só d'elles, o bacillo de Eberth nem o hematozoario de Laveran, mas sim a existencia d'um *coccus* que, inoculado nos macacos, produzia n'elles doença identica á do homem.

Inoculando alguns tubos de agar com a polpa de baço colhida em dez casos mortaes, algumas horas depois da morte, percebeu que em volta da linha de inoculação se desenvolviam pequenas colonias redondas, e viu ao microscopio pequenos micrococcos isolados ou em grupos.

Em 1893 publica, nos "Annaes do Instituto Pasteur", um artigo em que estuda o micrococco em questão, e dá-lhe o nome de *micrococco melitense*.

Gipps, Hughes e outros confirmam os trabalhos de Bruce (1893-1897); mas Hughes leva o seu exaggero de observação ao ponto de ver por toda a parte casos d'essa Febre de Malta, identificando com ella todas as affecções febris da região do Mediterraneo.

Na America e n'outras partes do mundo, por onde já grassava a doença d'uma maneira

intensiva, ella foi tambem confirmada, e, por essa razão, Hughes pensou não ser bem cabida a denominação de Febre de Malta ou do Mediterraneo, como se lhe chamava, e propôz que lhe fosse dado o nome de *febre ondulante*, attendendo-se á marcha da doença, que se fazia por verdadeiras ondas febris.

Já em 1891 tambem, entre nós, o Doutor Benjamim Arrobas havia estudado, no Estoril, um caso com a symptomatologia até então classica d'esta doença.

E, dois annos depois, o Prof. Carlos Tavares, fallecido em Lisboa no mez de fevereiro do anno corrente, cita mais dois casos que ali, no Estoril, lhe appareceram e que diagnosticou de febre recorrente. (*Med. Contemporanea*—Junho de 1893).

A symptomatologia apresentada — calafrios, prostração geral, vertigens, prisão de ventre, anorexia, nauseas, dôres na nuca e no ventre, accentuadamente epigastricas, febre ardente com recurrencias nitidas e correspondentes nas duas doentes, e ligeira sensibilidade esplenica — levou-o áquelle diagnostico. Mas as investigações bacteriologicas contradizem-no, porque nunca lhe foi possivel descobrir o *spirillus* caracteristico d'aquelle febre, e que no sangue, colhido durante os accessos, costuma apparecer em grande abundancia.

Foi pelos artigos de Bruce, de 25 d'abril de 1893, que a sua duvida se desvaneceu.

Em 1897, o professor Wright da Escola

de Saude Militar de Netley, demonstra que o soro dos doentes portadores da Febre de Malta, agglutina o micrococco de Bruce, e assim cria um processo de diagnostico laboratorial.

Birt e Lamb, por sua vez, em 1899, provam com dois casos d'um consideravel valor historico, a reproducção no homem da Febre de Malta, por inoculação de culturas do micrococco melitense.

Em 1900, Durham faz a inoculação do micrococco melitense no peritoneo da cobaia e do coelho, dando resultados positivos, mortaes.

Medicos austriacos, por esta mesma epocha, entregam-se ao estudo da questão e confirmam, com dados seguros, os trabalhos dos seus collegas inglezes. Entre elles cita-se o professor Neusser.

Na Grecia chegam aos mesmos resultados, bem como na India.

Na Algeria a questão foi debatidissima, principalmente sob o ponto de vista etiologico.

Giuffré foi o primeiro que assignalou a sua existencia ali. Depois d'elle, são publicadas muitas observações, tendo como auctores Brault na Algeria e, entre outros, Schoult em Tunis.

Gillot foi o primeiro que, bacteriologicamente, confirmou essa existencia.

Em 1904, Nicolle, director do Instituto Pasteur de Tunis, isolou o microbio de Bruce

do sangue d'um doente portador da Febre, estudou-o e descreveu um processo de sero-diagnostico. E Lemaire e Gillot archivam, em cinco mezes, mais de trinta casos pela hemo-cultura e pela sero-reacção de Wright.

De 1904 a 1906, a commissão da *Royal Society*, sob a presidencia de David Bruce, publica trabalhos notabilissimos em Malta, e T. Zammit, que d'ella fazia parte, descobre, em 14 de junho de 1905, a infecção natural das cabras de raça malteza, estabelecendo o papel da ingestão do seu leite na epidemiologia da doença.

E como as guarnições de Malta eram quem maior contingente de casos dava, deixaram ellas de tomar o leite de cabra, que foi substituido pelo leite condensado, a partir do que a percentagem diminuiu por tal forma que em 1907 poucos casos havia já a registrar.

Tambem na Algeria medidas rigorosas foram tomadas para debellar, tanto quanto possivel, o dominio da doença; Edmond Sergent e Nicolle propõem, em nome da Sociedade de Pathologia Exotica, que a importação de cabras seja acompanhada de rigorosa vigilancia pelos meios bacteriologicos (lacto-reacção, hemo-cultura, etc.), e que as populações sejam informadas de que é prudente beber o leite, mesmo de vacca, sómente depois de fervido. E o Governo Geral de Algeria, d'harmonia com as considerações d'essas entidades medicas, prohibiu a importação e o transito dos

ruminantes de toda a especie, provenientes de Malta, carnes frescas, etc. (Despacho de 4 de março de 1908).

Em 1908 já na França começam a apparecer tambem alguns casos da Febre de Malta, dos quaes os primeiros foram communicados á Sociedade Medica dos Hospitaes por Daulos, Wurtz e Tanon. Elles os haviam diagnosticado nos arredores de Paris, com a confirmação laboratorial; e a agglutinação do micrococco pelo soro de cabras doentes demonstra o contagio.

D'esta data em diante, variadissimos casos mais nos são apresentados, quer na Hespanha, onde foram assignalados por Durand de Cottes em varias provincias (Murcia, Madrid, Malaga, Cadiz, Toledo, Zamora, Badajoz, Huesca, Lagroño), quer ainda na França e em Portugal; e muitos d'elles devem ter ficado na obscuridade, confundidos com doenças mais dominantes e, portanto, mais conhecidas.

Não deve, pois, a Febre de Malta ser considerada, no momento actual, como uma doença exotica, mas sahir d'esse quadro para vir collocar-se ao lado das affecções indigenas que por toda a parte já vimos encontrando.

Em Portugal, a Febre de Malta tem já a sua historia começada, com gloria para aquelles que d'ella com amor e interesse se teem occupado. E á medida que esse interesse se vá espalhando em proporção com o conhecimento da doença, mais casos, por certo, nos serão

denunciados pelos processos laboratoriais de que poderemos servir-nos, como unico meio seguro de diagnostico.

Já dissemos que ao Prof. Carlos Tavares deviamos a descripção dos primeiros casos conhecidos entre nós, se bem que sem confirmação bastante por falta de recursos laboratoriais, como já em 1891 acontacera com o Dr. Benjamin Arrobas, que de um outro caso suspeitara tambem.

Bello de Moraes apresentou, em sessão de 8 de junho de 1908, á Sociedade de Sciencias Medicas, o caso de um rapaz, cortador de carnes verdes, que, pela symptomatologia apresentada — curva thermica fraccionada, baço duro e hypertrofiado — pensava ser atacado de Febre de Malta. E a sua sua suspeita baseava-se na negativa da hemo-reacção de Kairer, da sero-reacção de Vidal e da ophtalmo-reacção com tuberculina.

No mesmo ano os Drs. Annibal Bettencourt e Ildefonso Borges fazem referencia da sua existencia nos Açores.

O Dr. H. Mouton publica em 1910 (*Medicina Contemporanea* — 5 de junho) o caso por elle observado num collega, que, pela ingestão do leite de cabra por ferver, contrahiu a sua doença no concelho de Rio Maior.

Este caso teve a confirmação laboratorial do Dr. Nicolau Bettencourt, como confirmação tiveram outros casos que o Dr. Mouton observou no districto de Santarem e que, tambem

em 1910, vem publicados no "Annaes do Instituto Camara Pestana",.

Segundo refere, já desde muito era ali conhecida uma doença febril, pelo nome de *Febre de Santarem*, e que suppõe ser verdadeiramente a Febre de Malta.

O Prof. Thiago d'Almeida, a quem se deve o diagnostico do primeiro caso apresentado no Porto, depois relatado na *Medicina Moderna*, de fevereiro d'este anno e na *Gazeta dos Hospitaes do Porto*, de 15 de março, a proposito da conferencia feita por aquelle professor na Associação dos Medicos do Norte de Portugal, pôde saber que em Alfandega da Fé, região d'onde viera a sua doente, tinha grassado uma epidemia que o Dr. Ricardo d'Almeida suspeitava ser da mesma doença, como já houvera communicado ao Dr. Nicolau Bettencourt.

D'este caso, proficientemente detalhado pelo nosso illustre mestre nos *Annaes Scientificos da Faculdade de Medicina do Porto*, servir-nos-hemos para uma exposição resumida, por nós colhida durante uma lição que, ácerca do assunto, fez ao nosso curso.

O Dr. Lopo de Carvalho informa que, em Dezembro do anno findo, tivera na Guarda quatro casos da mesma doença, sendo um d'elles num individuo de 17 annos que falleceu de broncho-pneumonia, após a segunda ondulação febril.

E, depois d'estes, mais um caso ali apparece na clinica do Dr. Amandio Paúl.

Finalmente, no *Movimento Medico*, de 15 de abril, relata o Dr. Nogueira Lobo, um caso que observou em Coimbra n'uma creança de dez annos; e outro chega ao nosso conhecimento, na *Medicina Moderna*, de junho d'este mesmo anno, colhido em Santarem, em 1910, pelo Dr. A. Aurelio da Costa Ferreira.

Este ultimo apresentava trez symptomas capitaes da Febre (febre ondulante, suores abundantes. e nevralgias), além de outros accessorios; mas tornava-se particular pelas dôres existentes na fossa iliaca direita, pela diarrheia persistente, abundante e fetida, e, mais tarde, por enterorrhagias que surgiram.

CAPITULO II

Definição

Febre de Malta, assim chamada por haver sido pela primeira vez reconhecida e estudada na Ilha de Malta;

febre mediterrânica, mais tarde, por se haver generalizado na bacia do Mediterraneo;

febre ondulante, segundo Hughes, attendendo á sua curva thermica;

micrococcia melitense, do nome do seu agente productor;

micrococcia de Bruce, em homenagem ao medico inglez que o descobriu;

febre sudoral, por causa dos suores abundantes que acompanham as suas crises thermicas; ou ainda *melitococcia*, designação que em si encerra a ideia do seu agente e da sua origem, são denominações varias pelas quaes se conhece a doença que podemos definir: *uma doença infecciosa, de longa duração mas de mortalidade pouco elevada, caracterizada por febre intensa, suores abundantes, constipação de ventre, recahidas frequentes, succedendo-se em ondas mais ou menos regulares, que*

é acompanhada ou seguida de dôres vivas de character rheumatismal ou nevralgico, e cujo agente pathogenico é o micrococco melitense.

Nós usamos a denominação de Febre de Malta no trabalho que elaboramos, por ser a que mais se generalizou em todos os tempos; sendo certo que melhor nos parece a de Melitococcia, pelas razões que já apontamos e por ser a mais singella.

No ultimo Congresso Internacional de Medicina em Londres (6 a 12 de agosto d'este anno) julgo ter sido proposto que se dêsse a esta doença, que tanto preoccupa os medicos de quasi todo o mundo, o nome de *melitose*.

Folheando a imprensa medica franceza e ingleza no que respeitava ao Congresso, nada sobre o assumpto pude colher, pois não vejo que lá se tratasse de Febre de Malta, e tão somente um artigo da *Gazeta dos Hospitaes do Porto*, firmado pelo Prof. Pires de Lima, um dos representantes da nossa Faculdade n'esse Congresso, me diz que fôra apresentado pelo Dr. Blondel um projecto de revisão internacional da terminologia medica.

CAPITULO III

Bacteriologia

David Bruce, em 1887, isolou do baço de individuos mortos de Febre de Malta o agente productor d'esta doença, e descreveu-o nos "Annaes do Instituto Pasteur", com o nome de *micrococco melitense*, facto a que já nos referimos com mais detalhe; e assim elle correu para que mais tarde fosse possivel fazer-se diagnostico seguro em casos de natureza maltense.

O micrococco por elle descoberto é um cocco redondo ou oval, de $\frac{1}{3}$ μ de diametro, apresentando-se nas culturas em caldo sob a forma de pontos brilhantes, isolados; ou dispostos em grupos de dois ou mais, mas nunca em cadeia, quando a cultura seja feita sobre gelose.

Não tem esporos nem é capsulado, e, segundo Gordon, possui um a quatro flagellos.

Córa-se facilmente pelas côres basicas de anilina, principalmente pelo Ziehl diluido, e rapidamente se descóra pelo alcool.

Não toma o Gram.

E' aerobio, e, como tal, a ausencia do ar prejudica o seu desenvolvimento, de resto sempre tardio, mesmo á temperatura de 35 a 37 graus, que é a sua temperatura optima.

As colonias apparecem no periodo do 2.º ao 7.º dia; porém, já ao 2.º dia depois de feita a cultura, Nicolle conseguiu colonias muito abundantes.

Reproduz-se por divisão directa.

Percorramos os diversos processos de cultura e vejamos como ellas se comportam: Na cultura em *caldo* apparece, algum tempo depois, uma turvação uniforme, sem formação de pellicula, e tambem, por vezes, apparecem flocos brancos que se depositam no fundo do tubo.

O *caldo de gelose peptonizado a 1/2 ‰*, meio solido que se inacula em superficie ou por picada, é o seu melhor meio de cultura.

Nos primeiros dias a cultura feita por picada parece esteril, mas depois vêem-se apparecer, pouco a pouco, pequenas manchas redondas, d'um branco perola, em volta do ponto de entrada da agulha ou no seu caminho, sendo, algumas semanas depois, a picada substituida por uma columna macissa, da côr do ambar e de contornos denteados. As colonias da cultura em superficie formam uma roseola perfeitamente nitida.

Sobre o *agar* as colonias apparecem ao fim do terceiro dia, sendo a temperatura de 37º, com um aspecto liso e brilhante, ligeira-

mente mamillar, parecendo, por transparencia, amarellado o centro, e branca azulada a periphéria. A' luz reflectida são d'um branco leitoso.

As colonias assim obtidas não se alastram muito, e, em tamanho não ultrapassam, ao fim de dois mezes, o de um grão de linhaça.

Na *gelatina* as culturas são fracas e estereis.

No *soro liquido* de cavallo, as colonias desenvolvem-se e apparecem sob a forma de grãos, sem que haja turvação do liquido.

No *soro coagulado* o desenvolvimento é lento e fraco.

Na *batata*, mesmo glycerinada, os resultados são negativos.

No *leite* o micrococco não determina a coagulação, mas alcalinisa-o.

Finalmente, em *meio assucarado* não faz fermentar a lactose nem produz indol.

Ácerca da vitalidade d'estas culturas, opiniões varias se teem cruzado; e se uns a consideram fraca, lembrando a necessidade de as renovar de cinco em cinco dias, outros lh'a attribuem em gráo muito mais elevado e nos meios mais variados.

A commissão ingleza encarregada do estudo d'esta Febre em Malta mostrou que ella

é sujeita a grandes variações segundo o meio de cultura empregado e segundo as condições de vida a que as culturas sejam expostas; e pôde demonstrar que se, pela exposição ao sol, pôde desaparecer, pôde pelo contrario ser encontrada, na gelose, mesmo ao fim do longo periodo de nove mezes.

O poder pathogenico do micrococco melitense é fraco para os animaes de laboratorio, refractarios em geral á sua acção.

Em todo o caso já foi possivel causar a morte em cobaias por injeccão intra-peritoneal de culturas reforçadas na sua virulencia; e pôde, pelo mesmo processo, provocar-se-lhes orchites ou vaginalites.

Inoculavel tambem é o coelho por via intra-venosa; e se fizermos passagens em serie n'esta especie animal, a virulencia será bastante para lhe causar a morte em pouco tempo.

Por via digestiva ou hypodermica a infecção dá-se lentamente, e ás vezes acontece que o microbio se acantona no sangue e nos órgãos sem que o animal se nos apresente doente.

Pôde dizer-se, d'uma maneira geral, que todas as especies são infectaveis pelo micrococco melitense, mas d'ellas algumas ha que são de extrema sensibilidade, como acontece com as cabras e com os macacos.

N'aquellas a doença evoluciona de uma maneira insidiosa, podendo encontrar-se-lhes no sangue o micrococco, durante muito tempo, sem que qualquer symptoma apparente accuse o seu estado. Este facto não pôde dizer-se anormal, porque n'ellas quasi todas as doenças evolucionam assim silenciosamente; mas foi razão para se suspeitar, como actualmente é positivo, que a ellas fosse devida a disseminação da doença.

Os macacos não são tão rebeldes á evolução do mal que se lhe procure causar, e por isso teem sido geralmente preferidos para tal fim.

A infecção produz-se n'elles quer por inoculação sub-cutanea, quer por ingestão, quer mesmo por contacto das mucosas ou da pelle.

CAPITULO IV

Formas clinicas

De todas as classificações até hoje apresentadas, umas d'ellas baseando-se na symptomatologia da doença e outras na sua duração e mortalidade, a que tem prevalecido é a de Hughes, ainda hoje classica: *typo maligno*, *typo ondulatorio* e *typo intermittente*, a que alguns chamam *ambulatorio*.

A *forma maligna* é a mais rara. Tem um principio brusco com hyperthermia consideravel (40°), agitação e delirio, vomitos, congestão pulmonar e, por vezes, diarrheia.

O estado geral assemelha-se ao da febre typhoide, razão talvez porque Durand de Cottes lhe chama *forma typhica*.

A mortalidade é de 2 0/0, e, nos casos fataes, a morte sobrevem em oito ou dez dias, quer pela intensidade dos phenomenos pulmonares, quer por syncope cardiaca.

A *forma ondulante* é a mais commum. É a forma typica que descrevemos no capitulo VI d'este trabalho.

A *forma intermittente*, ou ambulatoria, se-

gundo outros, é a de mais difficil diagnostico pela symptomatologia attenuada que apresenta.

O estado geral do doente pode ser tal que o não afaste das suas occupaões habituaes, sentindo apenas á tarde um pouco de febre, que póde chegar até 38°,5-39°.

Casos, porem, ha em que apparece mais tarde a constipação de ventre, suores, symptomas gastricos, arrepios, e arthralgias. Este quadro morbido provoca rapidamente asthenia e emmagrecimento no doente, que em breve cahe de cama.

E' esta uma das formas combinadas que podem encontrar-se no curso da evolução da Febre de Malta.

Varios modos de ver teem suggerido da maneira diversa por que a doença póde apresentar-se, e d'esse facto tem nascido muitas classificações das suas formas clinicas.

Já em 1879 Tommaselli, que lhe chamava *febbre continua epidemica*, distinguia as formas gastrica, nervosa, paralytica, e indeterminada ou lenta.

Neusser contenta-se com tres typos unicos: o typo agudo, que confunde com o paludismo grave, o sub-agudo, e o chronico (tísica mediterranea ou pseudo-leucemia recorrente).

Birt e Lamb consideram a Febre de Malta

como uma doença aguda, e dão-lhe quatro formas, attendendo á sua duração e á sua mortalidade,

Consideram: 1.º casos mortaes de desenlace fatal rapido; 2.º casos mortaes de desenlace fatal precedido de dois ou tres periodos de remissão; 3.º casos agudos de duração curta e convalescença rapida; 4.º casos agudos, tornando-se sub-agudos ou chronicos, e durando muitos mezes. Estes são complicados de phenomenos nevralgicos, articulares ou orchiticos.

Nicolle e Triolo, de Tunis, parece que teem observado a doença debaixo de duas formas, a que chamam: a *forma de symptomas* e a *forma attenuada*.

A primeira caracteriza-se por *febre intensa com suores abundantes, sensibilidade epigastica e constipação de ventre, esplenomegalia, cephalalgias, e ondas febris* d'uns vinte dias de duração, frequentemente seguidas de *arthritis, nevralgias ou orchites*. A sua duração é de 2 a 3 mezes e a mortalidade 2 %.

E' esta, de facto, a symptomatologia capital e quasi invariavel do typo commum da Febre de Malta.

A forma attenuada de Nicolle tem um principio insidioso, temperatura menos elevada, ausencia de suores, com estado geral muito melhor do que na forma de symptomas. A duração, porem é mais longa, o emmagrecimento mais nitido, e a convalescença, dor sua vez, tambem é mais demorada.

CAPITULO V

Etiologia e Pathogenia

Até 1905, anno em que Zammit descobriu a infecção natural das cabras pelo microcco melitense, incriminavam-se como causas da Febre de Malta somente as aguas estagnadas, a agua das fontes, os esgotos, a saturação do solo por materias fecaes, e ainda a diffusão do micrococco pela atmosphaera.

Como causa predisponente teriamos a idade, mais susceptivel dos 6 aos 13, segundo uns, e dos 15 aos 40, segundo outros.

O sexo não tem qualquer influencia; mas do mesmo modo não acontece com as condições de hygiene individual, nem com as estações do anno, pois é factó averiguado que no estio, epocha de menos chuvas, a doença se propaga mais, tomando mesmo o character epidemico nas regiões, onde, no resto do anno, ella é endemica.

Os trabalhos de Zammit foram confirmados, tendo-se chegado á conclusão de que em Malta um terço ou metade das cabras produziam leite que agglutinava o micrococco meli-

tense, e que a 10.^a ou 20.^a parte d'ellas excretava o microbio nas urinas.

Na Algeria occuparam-se d'este estudo os medicos Sargent, Gillot e Lemaire, e procediam do seguinte modo:

Recolhiam o leite em tubos flammejados directamente, que levavam ao laboratorio; aqui, sobre gelose, eram lançadas 3 gottas d'esse leite, e uma outra era diluida, n'um vidro de relógio, em 9 gottas d'agua esterilisada; dez gottas estas que eram misturadas com tantas outras d'uma emulsão de micrococco d'origem humana, o que dava uma diluição de $\frac{1}{20}$.

Os resultados da cultura eram esperados durante dez dias pelo menos, e a agglutinação observava-se macroscopicamente, e depois microscopicamente, ao fim de 24 ou 48 horas.

Ingerido pelos macacos o leite de cabras infectadas, quasi sempre n'elles apparece a Febre de Malta. E que o leite era a causa commum da infecção mostrou-o, além d'este e de muitos outros, o facto de promptamente haver diminuido o numero de casos que se davam nos soldados e marinheiros da guarnição de Malta, depois de ter sido substituido por leite condensado o leite que até ahi lhes era fornecido.

Casos ha, porem, em individuos que bebiam leite sempre fervido, e n'outros que, pelo contrario, nunca de qualquer maneira o tomavam, pois é averiguado que os queijos frescos muitos doentes teem causado.

Onde devemos, pois, procurar a causa da infecção n'esses casos particulares, e como deveremos explicar a sua pathogenia?

E' facto isempto de duvidas que nem só a cabra, d'entre os animaes domesticos, é susceptivel de infecção pelo micrococco, e que tambem a ella estão sujeitos os cavallos, cães, muares, etc. Em qualquer d'elles, quando attingidos, é frequente a *bacteriuria*.

Nas fezes tambem se encontra o micrococco, bem como nos *abcessos* que ás vezes apparecem no curso da doença.

Na *saliva* e na *expectoração*, mesmo nas formas complicadas de broncho-pneumonia, nada nos authorisa a dizer que o micrococco haja sido encontrado; mas já o mesmo não succede pelo que respeita aos *suores*, que, sendo injectados nos macacos, teem produzido agglutinina activa.

A mucosa respiratoria é uma das vias possiveis de infecção. Confirmam-no as experiencias feitas nos macacos, e que consistem em obriga-los a aspirar os microbios. Mas cremos que estas observações forcem muito a hypotese, por isso que a quantidade de micrococos melitenses que eram obrigados a aspirar, de forma alguma deve nem pode ser considerada como a normal na natureza.

A via digestiva é o meio mais frequente de contaminação, quer pelo caso do leite; quer por qualquer outro alimento ou bebida conspurcados pelo contacto com urinas de doen-

tes; quer mesmo pelas mãos em condições identicas.

A pelle, como porta de entrada da infecção, é d'uma importancia capital, pois varios são os casos a apontar de individuos contaminados após uma picada com instrumentos infectados, quer mesmo pela picada de mosquitos.

Mas, pelo que respeita a estes, muitas experiencias teem sido feitas que não podem, com segurança, levar-nos a conclusões definidas.

Alem de todos estes meios de infecção ainda tambem ella póde dar-se — e isso foi verificado em Malta em certos casos — pelo mucus vaginal.

Pelo que respeita á propagação da doença nas cabras, é para frisar o facto de ellas gostarem de beber, não só a urina do homem, como tambem a das suas congeneres, facto este que pode prejudicar muito a profilaxia.

Sendo assim variada a pathogenia da Febre de Malta, a sua importancia augmenta consideravelmente no nosso paiz, em que, até hoje, já grande é o numero de casos apontados, alem dos muitos talvez que hajam passado sem o merecido rotulo.

A sua existencia entre nós deve estar relacionada com a de cabras infectadas.

Assim nol-o diz o caso citado pelo Dr. Henri Mouton em 1910, e os que, na Guarda, observou o Dr. Lopo de Carvalho em individuos, creanças de 5 a 7 annos, que contrahiram a doença ingerindo leite cru de cabras oriundas do Algarve.

CAPITULO VI

Symptomatologia

A Febre de Malta é, como póde concluir-se do que até aqui já deixamos dito, uma doença endemo-epidémica, evolucionando as mais das vezes sob a forma de impulsos febris recidivantes e devida ao micrococco melitense.

Como todas as doenças infecciosas, tem os seus periodos de incubação, invasão, estado e declinação.

Incubação: E' difficil de fixar este periodo para os casos em que a doença é adquirida naturalmente, podendo mesmo a infecção conservar-se latente durante muitos mezes. O tempo, porem, que de um modo geral lhe tem sido fixado é de 3 dias a 3 semanas.

Invasão: Esta nem sempre se realiza segundo um typo determinado. Umas vezes é brusca, com ascensão rapida de temperatura; mas outras, vem esta elevação com arrepios após um mau estar geral, cephaléias, anorexia, dôres na continuidade dos membros e, por

vezes mesmo, epistaxis; outras ainda, a febre é ligeira durante dias, mas vae-se elevando progressivamente, com remissões matinaes, acompanhadas de suores abundantes, e com symptomas de ordem geral (cephaleias, congestão da face, insomnia e curvatura), symptomas d'ordem digestiva (lingua saburrosa, anorexia, constipação de ventre, sensibilidade epigastrica), e, ás vezes, symptomas de ordem respiratoria, pois póde constatar-se a existencia de ralas sibilantes e roncantes nas bases.

Casos ha em que os vomitos apparecem a complicar o quadro symptomatico, e bem assim as colicas intestinaes, dando-nos a impressão de que se trata de um catarrho gastrico. Em taes casos a febre é elevada, subcontinua nos primeiros dias, apresentando, a seguir, o typo remittente, com remissões de 1° approximadamente, acompanhadas de suores abundantes.

O diagnostico clinico torna-se difficil n'este periodo, pela semelhança da symptomatologia com a da gripe, da febre typhoide, do paludismo, tuberculose, etc.

No *periodo de estado* o doente attinge a temperatura de 39°,5 ou 40 graus, com remissões matinaes de 1° ou 1,5° acompanhadas de suores profusos. O que, então, geralmente nos fere a attenção é a profunda asthenia do doente, a sua pallidez, constipação persistente (raras vezes diarrheia), delirio no-

cturno, sêde viva, hypertrofia do figado e, mais frequentemente, do baço.

O symptoma capital d'esta doença é a *febre*, e importante é o character sobre que se apresenta.

No typo classico demorado, a temperatura desce em lysis ao fim de algum tempo, approximando-se da linha limite, raras vezes passando abaixo d'ella, e apresentando de tarde elevações exaggeradas.

A ascensão thermica começa pelas 10 horas, observando-se o maximo entre as 3 e as 6 da tarde.

Por vezes o doente attinge um periodo de apyrexia.

A' medida que a temperatura vae baixando, as melhoras fazem-se resentir, o appetite augmenta, etc.; porem, em breve, como que uma recahida se produz, analoga ao primero ataque, seguindo mais ou menos as mesmas phases até novos accessos, que se repetem por largo tempo, — 4 a 5 semanas e, ás vezes, mezes.

A duração de cada oscillação é variavel; porem tem-se dado a media de 16 dias para a primeira, sendo as outras, geralmente, menos longas.

Os *suores* que acompanham as remissões matinaes são a regra; vimol-os apontados

em quasi todos os casos que tivemos occasião de lêr.

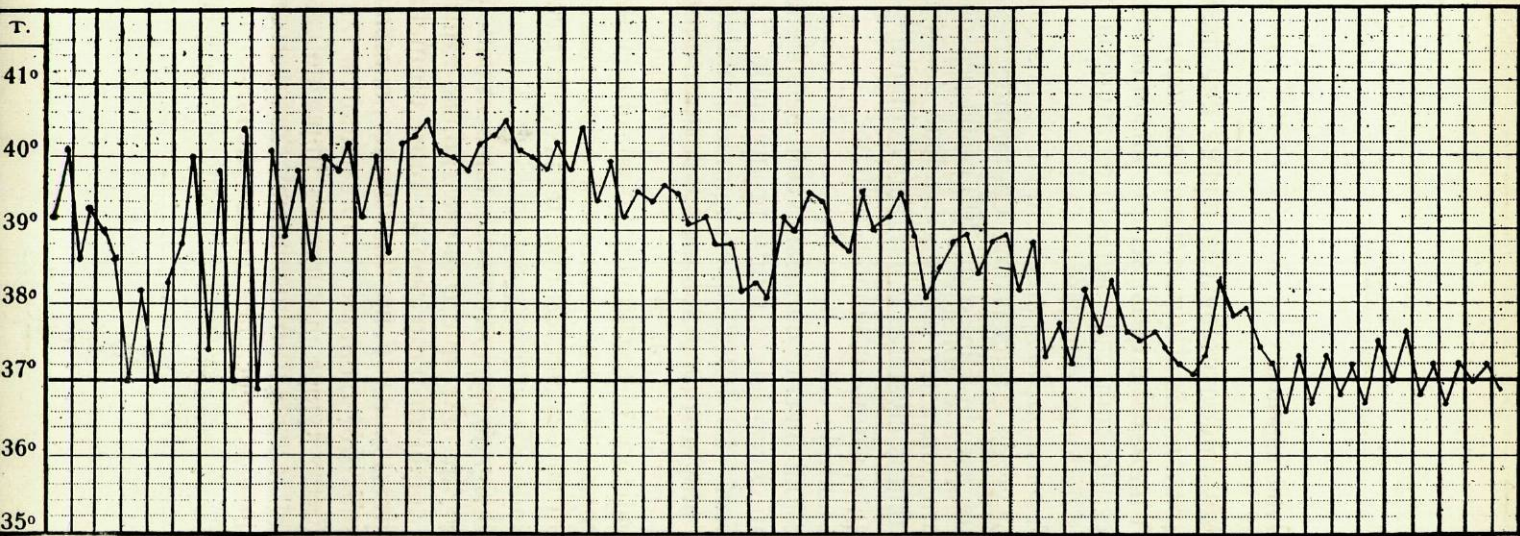
Tommaselli reconheceu n'elles um cheiro particular, a que Hughes liga uma certa importancia de diagnostico.

Raros casos são aquelles em que uma elevação brusca e consideravel (42° e mais) se produz durante uma ondulação de curso normal, ou, ao contrario, uma queda rapida; n'estes ultimos a morte sobrevem ordinariamente.

Dos typos que a febre póde revestir (continuo, remittente ou intermittente), o mais caracteristico é o remittente. Porem observa-se frequentemente uma combinação dos tres, ou transformações successivas d'um typo n'outro.

Julgamos de interesse a reproducção do traçado thermico que Simond, Aubert e Blanchard colheram n'um caso de Febre de Malta, por elles publicado no *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*; e apresentamos tambem, como typica, a curva thermica do caso do Prof. Thiago d'Almeida, no Porto, e que esse caso acompanha no final do nosso trabalho.

TYPO REMITTENTE E CONTINUO



Sero-diagnostico positivo a $\frac{1}{100}$

Sialorrhœia, anemia profunda e rapida, queda de cabelo.

(Bulletin de la Société de Pathologie Exotique - 1910).

Apparelho digestivo

A symptomatologia frequente é a *anorexia*, *constipação* e *hypertrophia do baço*.

A *anorexia* é quasi sempre absoluta, reaparecendo com cada periodo de apyrexia nos casos de longa duração.

A *constipação* aparece em 81 % dos casos e, por vezes, é tenacissima. Cautaloube, depois de um estudo clinico de 200 casos pessoases, declara nunca ter tido necessidade de ministrar tantos clysteres e purgantes como depois da aparição da epidemia maltense.

Comtudo casos ha em que a diarrheia existe periodicamente ou mesmo com persistencia, e com cheiro fetido muito pronunciado (*Lyon Médical*—10-3-912), que, segundo Cautaloube, é de prognostico grave para a doença, em geral demorada tambem.

Durand de Cottes cita casos em que a *hypertrophia do baço* attinge a crista iliaca, e Manoussos encontrou uma massicez esplenica medindo 27 centimetros por 23.

O *figado hypertrophiado* tambem pôde encontrar-se, e com dôr á pressão. No capitulo do tratamento referir-nos-hemos a um caso complicado de Febre de Malta, simulando abcesso do figado.

Como symptomas menos importantes temos: *lingua saburrosa*, tumefacta e vermelha nos bordos, *secca* nos casos graves.

A *dôr epigastrica* é frequente; desperta-

se e augmenta-se pela pressão, quando não é permanente.

Marston em 1863 assignalou como regra as lesões da mucosa gastrica, que essa dôr traduz.

A *haleina é fetida* e os doentes queixam-se de mau gosto na bocca.

Apparelho cardio-vascular

O *pulso* regular e tenso a principio, torna-se mais rapido nos casos graves, e pôde ser intermittente e irregular.

A *discordancia do pulso e da temperatura* é facto de grande valor, assignalado pelos auctores modernos.

A *tensão arterial* é baixa, merecendo mau prognostico a sua elevação.

Pelo que respeita ao coração diremos como em algures vimos: *La fièvre de Malte n'aime pas le cœur.*

Casos se citam de sopros cardiacos, pal-pitações, ou arhythmias, mas a verdade é que, em geral, não dependem de lesões organicas; são de origem nervosa.

A *anemia*, muito accentuada mesmo nos doentes demorados, é facto positivo e de regra geral.

A *mononucleose* é muito frequente na Febre de Malta, como acontece na febre typhoide, no paludismo, etc., e pôde attingir a percentagem de 80 %.

As *hemorrhagias* são também frequentes, constituindo as *epistaxis* um dos symptomas mais vulgares.

Apparelho respiratorio

Não é dos mais affectados este apparelho pela Febre de Malta; em todo o caso, mesmo de começo, pode encontrar-se a congestão das bases acompanhada de ralas de bronchite; ou também um pouco de pleurisia secca, expectoração mucosa, abundante ou não, por vezes mesmo raiada de sangue, e symptomas graves de broncho-pneumonia, tudo isto complicando a scena e tomando um character alarmante.

Systema nervoso

Esta symptomatologia é muito frequente, mas não é a mais importante.

Já fallámos na *cephaleia*, nas *insomnias* e no *delirio*, mas alem d'estes symptomas, outros ha de que deveremos fallar: são as *nevralgias* e as *perturbações de sensibilidade*.

As *nevralgias* teem a sua frequencia em 75 % dos casos, e por vezes são violentissimas. H. Brun cita um caso em que eram por tal forma intensas, que o doente reteve voluntariamente as urinas durante cinco horas.

Encontram-se no curso da doença ou na convalescença, com localisações variadas, affectando o typo agudo ou sub-agudo, alternando

com dôres articulares e podendo terminar por paralytia ou atrophia muscular.

As *perturbações* nervosas, motoras ou sensitivas, podem ser uma consequencia da Febre de Malta, e são muito variadas.

Neusser communicou ao congresso de 1900, em Wiesbaden, um caso referente a um homem de 45 annos, que, depois de ser atacado pela Febre de Malta, apresentara uma profunda anemia, notavel emmagrecimento, *diminuição do reflexo rotuliano e abolição dos reflexos dos tendões de Achilles*.

Este, Hughes, e outros observadores, assignalaram, como symptoma importante, a *dôr localisada na região plantar*.

Symptomas articulares

As dôres articulares que, sob a forma de manifestações rheumatismas, fazem parte do quadro clinico ordinario da affecção, teem um alto valor de diagnostico.

As *arthrites* encontram-se em 40 % dos casos. Tomam por vezes o caracter agudo, apparecendo subitamente, e localisam-se n'esta ou n'aquella articulação, com dôr viva, espontanea e á pressão ou continua, acompanhadas de hyperesthesia da pelle da região, mas sem rubor.

De ordinario dissipam-se rapidamente; mas tambem podem reproduzir-se ou durar muitos

dias, tornando impossiveis todos os movimentos por causa da intensidade da dôr.

Affectam geralmente as espaduas, os cotovellos, ou os joelhos, as articulações vertebraes ou as sacro-iliacas.

Nas formas sub-agudas apparecem mais tardiamente, tomando por séde as pequenas articulações, principalmente as dos dedos.

Todas ellas terminam favoravelmente, mas podem ser um verdadeiro martyrio para os doentes, quer pela sua intensidade, quer pela sua longa duração.

Apparelho genito-urinario

A Febre de Malta pode ter seu logar entre as doenças de manifestações genitaeas.

A *orchite* encontra-se em 4 ou 5 % dos casos, se bem que alguns a tenham como frequente no periodo de declinação; e ha mesmo quem avenge a hypothese de que ella só apparece nos antigos blenorragicos.

Pode revestir o caracter agudo ou sub-agudo, é muito dolorosa, acompanha-se, por vezes, de vaginalite, mas nunca termina por suppuração nem deixa atrophia muscular.

Segundo Durand, as *ovarites* são frequentes.

Mais raras são as *mastites* e, bem assim, as *perturbações da menstruação*.

Nas gravidas tem uma influencia real a Febre de Malta: os abôrtos são frequentes

nos animaes; na mulher alguns casos teem sido observados, bem como partos prematuros (William, Cantaloube, Lassalle, etc.).

Conor, inoculando ovelhas gravidas, encontrou o micrococco de Bruce no sangue do coração do feto. A inoculação é possível mesmo pelo leite da mãe, mas parece mais logico admittir-se por via placentaria, e foi assim que Conor o estabeleceu.

Em face, pois, dos casos conhecidos de interrupção de gravidez nas mulheres, impõe-se, na pathologia humana, a analogia d'elles com os resultados das experiencias de Conor, devendo ser procurada na bacterihemia fetal a causa proxima d'essa interrupção.

Pelo que respeita á existencia de *perturbações renaes*, muito debatida tem sido a questão, asseverando-a uns em certos casos, negando-a outros em absoluto.

A existencia do micrococco na urina dos affectados é factó positivo, e portanto levados somos a acreditar que taes perturbações (*hematurias, albuminurias* ou *nephrites*) possam existir.

Caseneuve cita um caso em que a hematuria appareceu em duas crises, precedidas e seguidas de albuminuria; e explica-a pela intervenção muito activa do rim na eliminação das perdas cellulares, corpos microbianos e toxinas.

Se a reacção do organismo é violenta, a

eliminação augmenta e pôde ser um perigo para o rim, se bem que traduz uma necessidade e uma protecção para o organismo.

Gardon encontrou *albuminuria* em metade de 14 casos em que nenhum outro symptoma renal, nem antecedente particular, era accusado; e pode ser mesmo persistente.

As *urinas* dos portadores da Febre de Malta são geralmente *diminuidas em quantidade*, ricas em côr e em saes, principalmente phosphatos, existindo uma relação constante entre a quantidade e a diaphorese, como de resto succede em todas as doenças depauperantes.

Caseneuve define a frequencia das perturbações renaes pela forma seguinte:

- 1.º “Nos doentes cujos rins são indemnes de lesões anteriores, a infecção mediterranea só excepcionalmente as provoca;
- 2.º Nos attingidos de debilidade renal anterior traz ella perturbações passageiras, que só excepcionalmente podem produzir anemias agudas. „

Systema cutaneo

As erupções cutaneas de typos diversos são symptomas considerados frequentes na Febre de Malta; mas a verdade é que todas ellas devem ser citadas apenas como tantas outras complicações que veem perturbar o diagnostico clinico, difficil já nos casos typi-

cos. Assim acontece com a purpura e com o erythema papuloso, algumas vezes apontados.

A queda do cabello e a descamação da pelle, factos a que alguns se referem como apparecendo frequentemente durante o periodo de convalescença, não são da frequencia que lhe attribuem, nem nos merecem a maior das importancias. Maior é a que devemos ligar á formação de abcessos, a que já tivemos occasião de referir-nos, pois podemos obter culturas puras do micrococco melitense servindo-nos do pus d'elles retirado por punccção.

CAPITULO VII

Anatomia Pathologica

A anatomia pathologica poucos ensinamentos nos fornece, attenta talvez a diminuta mortalidade n'esta doença.

Nos casos typicos de Febre de Malta o baço apparece hypertrophiado, molle, difluente, com congestão accentuada; o figado algumas vezes tambem do mesmo modo se nos apresenta.

De resto, lesões banaes são outras que frequentemente podem encontrar-se, taes como: placas de congestão nas mucosas do estomago, do colon ou do intestino delgado; mas aqui não ha tumefacção das placas de Peyer nem ulcerações;—congestão dos pulmões, encerrando, por vezes, nucleos de broncho-pneumonia, complicação frequente que concorre para o accrescimo da mortalidade dos affectados;—e congestão de rins, em cujo tecido facilmente pode revelar-se o micrococco melitense.

O coração é ordinariamente indemne.

O baço é, d'um modo geral, a viscera mais visivelmente affectada. N'elle, como no figado, tem sido encontrados os micrococcos disseminados em consideravel quantidade.

CAPITULO VIII

Diagnosticco

O diagnosticco da Febre de Malta é um diagnosticco que carece ser feito em duas *étapes*, pois que é difficil, se não impossivel, a não ser nos casos verdadeiramente typicos em que a affecção evoluciona com a sua curva thermica caracteristica, constipação de ventre, asthenia, suores profusos e nevralgias, tirar qualquer conclusão segura da symptomatologia que se nos apresente.

Facto importante para uma conclusão mais provavel será a frequencia dos casos na região. Mas só pelos processos laboratoriaes podem ser confirmadas as nossas suspeitas; só o diagnosticco bacteriologico, indispensavel nos casos atypicos ou isolados, afastados de focos habituaes de infecção, nos deve merecer confiança.

O facto positivo da existencia de muitos casos ignorados e de muitos outros confundidos com outras affecções febris, mostra-nos a *necessidade* de utilisarmos sempre este processo de diagnosticco nos casos duvidosos.

Diagnostico clinico

As doenças com que, de principio, pode confundir-se a Febre de Malta são: a febre typhoide, a para-typhoide, o paludismo, a febre recorrente, a tuberculose pulmonar, o reumatismo articular agudo, e, d'entre as doenças exóticas, a Kala-Azar ou Febre Dum-Dum, e o pónos.

Passando em vista cada uma d'ellas, procuraremos mostrar em que podemos differenciar-as da Febre de Malta, debaixo do ponto puramente clinico.

Na febre typhoide, que mais vulgarmente é causa de erro de diagnostico, a curva thermica obedece geralmente á regra de Wunderlich; apparecem manchas roseas no torax e no abdomen; a diarrheia é persistente; e não ha suores abundantes nem recahidas successivas, como na Febre de Malta.

Ha uma forma de febre typhoide, descripta e vulgarisada em França, por Jaccoud, caracterisada por febre de paroxismos quotidianos, suores abundantes, constipação de ventre, ausencia de symptomas abdominaes, mas na qual, pela autopsia, são encontradas lesadas as placas de Peyer.

Jaccoud subdivide-a ainda em duas formas distinctas: — uma forma mixta que será uma

febre-typhoide' typo, com suores;— e uma forma typo, de curva thermica intermittente e em que ha constipação de ventre, suores abundantes, ausencia de manchas roseas, e cephalalgias com séde na nuca e nas regiões retro-orbitarias.

E' esta a forma que Borelli descreveu, em 1877, com o nome de *Febbri di Napoli*, que Guiffré, Hughes e Gouget identificaram com a Febre de Malta, e que como tal tem sido considerada por observações e trabalhos clinicos e laboratorias. Mas esta identificação não é justificada.

O professor Thiago d'Almeida descreve, porém, nas suas "Lições de Clinica Medica", um caso que encontrou de febre typhoide, da forma nitidamente sudoral de Jaccoud, e que como tal teve a confirmação laboratorial.

A existencia de manchas roseas só excepcionalmente se encontra na febre paratyphoide; n'ella tambem a curva thermica se apresenta com grandes oscillações e ha tumefacção do baço, o que se presta a confusão, de que só pelo laboratorio nos podemos isem-
ptar.

Apresentando a curva thermica o typo intermittente, poderá surgir-nos a idea do palu-

dismo e assim sermos levados a erro de diagnostico.

Como elemento differencial temos, n'este caso, a therapeutica, pois que, na Febre de Malta, o quinino não tem acção alguma, dado mesmo na dose de 1 gramma por dia, ou mais.

E' preciso, comtudo, não esquecermos a possibilidade da associação do micrococco melitense e do hematozoario de Laveran, facto já apontado em Oran por Niclot.

Pelo que respeita á febre recorrente, de symptomatologia tão semelhante á Febre de Malta, tambem só pelo sero-diagnostico pode desaparecer a confusão. Investigando no sangue colhido durante os accessos febris, poderemos encontrar o *Spirochaeta Obermeier*, agente productor d'aquella doença.

As complicações pulmonares ou pleuraes, que podem apparecer em casos de Febre de Malta, poderão suscitar-nos a idea da tuberculose e imminente é o erro de diagnostico, tanto mais que nem a curva thermica pode dar-nos qualquer indicação, pois, na tuberculose, apresenta-se ella sob as formas mais variadas.

A pesquisa do bacillo de Koch ou a exis-

tencia, pelo contrario, de micrococco melitense, só essas nos darão indicações precisas. Mas a existencia do primeiro não deverá prescindir, em muitos casos, da investigação do segundo.

A hypothese do rheumatismo articular agudo pode, por vezes, ser afastada, pois que só excepcionalmente são simultaneamente multiplas as arthrites na Febre de Malta, como excepcionaes são as endo-pericardites. Alem d'isso o tratamento salicylado não dá resultados favoraveis.

O Kala-Azar caracteriza-se pela febre, cuja evolução é a da Febre de Malta, e por suores, anemia, asthenia e splenomegalia; alem d'isso os symptomas accessorios, que muitas vezes se fazem acompanhar, são identicos aos que n'ella tambem frequentemente se nos deparam. E assim está explicada a razão porque muitos auctores identificam as duas doenças.

Se no começo do Kala-Azar tivermos o cuidado de colher a temperatura de 2 em 2 horas, veremos que a febre tem duas exacerbações diarias, o que não acontece na Febre de Malta.

O exame microscopico indicar-nos-ha, no

caso da Febre Dum-Dum, a existencia do seu *Leishmania*.

O pónos ataca principalmente as creanças e é caracterizado por febre continua ou remittente, anemia progressiva, hypertrophia do baço e constipação de ventre.

Esta symptomatologia permite o erro de diagnostico com a Febre de Malta, tanto mais que affecta tambem longa duração, e a sua natureza é desconhecida por completo; mas por emquanto, felizmente, esta doença só se encontra nos paizes quentes.

Diagnostico bacteriologico

Varios são os processos laboratoriaes que podem servir para confirmação d'um diagnostico provisório de Febre de Malta, e dos quaes já, entre nós, podemos dispor.

Depois dos trabalhos de Wright, que em 1887 demonstrou que o soro dos individuos atacados d'essa doença agglutina o micrococco melitense, é bem estabelecida a importancia d'este processo de diagnostico.

E' condição necessaria, porem, que se opere com amostras recentes de micrococcus,

pois pôde acontecer que as que tenham sido conservadas nos laboratorios, por culturas em série, hajam perdido a mobilidade indispensavel e as suas propriedades agglutinaveis, ou que, tendo-as, sejam de mais sensivel agglutinação.

A' razão, talvez, de se não ter attendido a este facto poderão ser attribuidos os resultados negativos colhidos em doentes de Febre de Malta (*Brault*), e o erro de experiencias positivas em individuos normaes ou portadores de outras doenças, apezar de que essa positividade haja sido em pequenas soluções.

Mas, a este proposito, devemos referir-nos ás experiencias de Kourich que, em individuos sãos e que nunca haviam sido contaminados, achou a agglutinação até á diluição de $\frac{1}{500}$.

Tinhamos que precaver-nos contra estas duas hypotheses, para que a reacção nos podesse merecer absoluta confiança. Necessario era fixar a diluição do soro, antes de tudo.

Wright dizia que a reacção devia merecer essa confiança quando fosse positiva de $\frac{1}{30}$ a $\frac{1}{50}$; outros queriam-lhe um limite mais inferior ainda, e Durand de Cottés contenta-se mesmo com a diluição de $\frac{1}{10}$.

Depois de varias opiniões acerca do assumpto, aliás da mais alta importancia em vista das conclusões erradas a que podemos ser levados, como acima vimos de referir, parece que deve ser fixado o titulo de $\frac{1}{200}$, ou supe-

rior ainda, pois acima d'esta diluição já não se obterá agglutinação com soros que não sejam de doentes com Febre de Malta. (Carrieu e Anglada, de Montpellier, 2 de Novembro de 1912).

Ainda assim devemos ter presente o resultado das experiencias de Konrich, e por isso se aconselha a conveniencia de utilizar diversas amostras de micrococco, pois que o parallelismo dos resultados que se colhe quando se trate da Febre de Malta, não se colhe em qualquer outro caso.

O valor da reacção ainda pode colher-se aquecendo o soro a 56 ou 58 graus, durante meia hora. Os soros não especificos perdem as agglutininas e a agglutinação não se dá.

Apezar de todos estes cuidados de technica podem ainda os resultados ser negativos. Devemos frisar que a sero-reacção pode desaparecer momentaneamente em qualquer periodo da doença ou mesmo durante dous ou tres dias, e que, por isso, deve a reacção ser procurada com dias de intervallo.

Tem sido tambem observada a particularidade de um soro, que agglutina a titulos muito elevados, não agglutinar a $\frac{1}{5}$ ou a $\frac{1}{2}$, mesmo depois de decorridas 24 horas. E' o que se chama *reacção paradoxal*.

Sicard e Lucas opinam que a reacção agglutinante apparece a partir do 9.º dia, occa-

sião em que se dá ainda lentamente, sendo mais intensa no 30.º ou 40.º dia da doença e decrescendo até á convalescença; porem, segundo Neusser, pode ella dar-se mesmo depois da convalescença e até mesmo muito depois da cura (2 e 3 annos), permittindo o diagnostico retrospectivo.

Basset Smith tirou por conclusão que a sero-reacção é um methodo seguro de diagnostico, apezar da desconfiança de muitos, que deverá desaparecer desde que se respeitem as regras seguintes:

1.^a — Escolher uma especie de micrococco melitense das que nunca agglutinem por soros especificos, tendo em mente que ha micrococos para-melitenses que podem dar logar á confusão.

2.^a — Verificar a reacção com soro activo e com o mesmo soro inactivado.

3.^a — Que a diluição do soro se eleve pelo menos a $\frac{1}{400}$ em vez de ser de $\frac{1}{200}$, como tem sido praticado (*Policlinica — Valencia, 1913*).

A *hemocultura* é um meio simples e seguro de chegar a um diagnostico certo, e por isso pode completal-o em casos de duvida pela sero-reacção.

Para que d'ella nos possamos aproveitar com esperança em bom resultado é necessario colher quatro ou cinco centimetros cubicos de sangue, emquanto o doente esteja em periodo

de hyperpyrexia (39° pelo menos), porque o micrococco é raro n'aquelle meio, e só pode encontrar-se durante os accessos.

Colhida aquella quantidade de sangue, o que pode fazer-se punccionando a veia cephalica, colloca-se em 200 ou 300 centimetros cubicos de caldo de cultura, e ao fim de alguns dias de estufa ter-se-ha uma cultura pura de micrococco melitense.

A *reacção de fixação* tambem é positiva no curso da doença. Os anticorpos especificos fixam-se sobre as amostras de micrococos melitenses do mesmo modo que sobre o microbio vaccinante ou infectante

A *lactocultura* e a *lactoreacção* são dois outros processos de investigação laboratorial de diagnostico, ambos elles de muita importancia, assim como o é a pesquisa do microbio nas urinas, abcessos, etc.

CAPITULO IX

Evolução e prognostico

A Febre de Malta evoluciona da maneira mais caprichosa. Hughes fixou-lhe a duração media de 60 a 70 dias, segundo uma estatística de 372 casos; porém, alguns encontrou cuja duração attingiu um e até dois annos.

A doente que tivemos occasião de vêr na enfermaria de Clinica Medica do Hospital de Santo Antonio, durante o nosso 5.º anno, e a que já nos referimos, conservou-se ali durante perto de cinco mezes; e em todos os casos que tivemos occasião de lêr, poucos pudemos colher com a duração média que Hughes fixou.

O facto mais importante que caracteriza a marcha da doença é a irregularidade da sua curva thermica.

A anemia e o emmagrecimento accentuam-se á medida que os periodos febris se succedem, como é proprio das formas typicas.

A cura é a regra, mas a convalescença é demorada, podendo ser acompanhada de incidentes varios.

Quando um periodo de apyrexia ou mesmo de hypotermia coincide com a desappareição de outros symptomas, principalmente com as melhoras do estado gastro-intestinal, é quasi certo que teremos o doente em caminho da phase de convalescença. As forças apparecem então gradualmente, a anorexia diminue e o peso vae augmentando.

A mortalidade é de 2 a 3 ‰, a não ser nas formas malignas, em que a percentagem é muito mais elevada.

A morte pode mesmo sobrevir bruscamente por hyperthermia, ou como effeito de qualquer complicação grave, ou da coexistencia de outra doença.

As affecções organicas do coração ou dos rins, a tuberculose, a syphilis em evolução, etc., são factores de gravidade, em presença dos quaes o clinico deve redobrar de prudencia.

Nos tuberculosos attingidos de Febre de Malta podem vir surprehender-nos *poussées* de granulia quasi sempre fataes.

Birt e Lamb (9 de Setembro de 1899) procuraram encontrar na intensidade da sero-reacção um *sero-prognostico* da Febre de Malta, e Basset-Smith chegou ás mesmas conclusões. Segundo este, deveremos fazer um prognostico muito reservado quando a reacção seja constantemente lenta ou quando caia de um grau elevado; e n'este caso poderá, quando menos, ser prognosticada uma longa doença;

pelo contrario, se o grau augmenta ou se se mantem durante a convalescença, só motivo haverá para que o prognostico seja bom.

Resta saber se um ataque dá a immuni-
dade para novos ataques.

Segundo Bruce, um individuo adquire-a desde que tenha sido uma vez atacado; porém alguns negam a sua possibilidade, baseando-se em que o poder bactericida do soro e a energia phagocitaria dos leucocytyos são diminuidos muito tempo mesmo depois da doença. A opinião de Bruce é, porém, a geralmente adoptada; e devo frisar, que em numerosos trabalhos que li, nem um só caso de recidiva vi referido.

Resumindo: a Febre de Malta não é uma doença cuja mortalidade assuste, mas deve ter o clinico sempre de sobre-aviso, sujeita, como frequentemente é, a numerosas complicações, que não podemos evitar por deficiencia de therapeutica com que o mal possa ser atalhado de começo.

CAPITULO X

Tratamento

Pode dizer-se d'uma maneira absoluta que não ha tratamento medicamentoso especifico d'esta doença.

O tratamento symptomatico, unico de que poderemos lançar mão, carece d'uma attenção cuidada, e nem sempre d'elle devemos esperar grande efficacia. Assim acontece com o quinino e com todos os anti-thermicos medicamentosos, cujos resultados são insignificantes, podendo até ser perigosos por causa da longa duração da doença e da sua acção depressiva; e o mesmo diremos dos analgesicos.

Devemos dar preferencia ás loções frias avinagradas, aos banhos e aos enfaixamentos frios; mas estes meios, apesar de não terem perigos, não devem comtudo ser applicados tão energicamente que hajam de provocar augmento na asthenia do doente.

Tem sido ensaiado o collargol em injeções intra-venosas, de 8 a 10 centimetros cubicos, dadas em alguns dias successivos. Uma viva

reacção se produz logo de começo, seguida de abaixamento progressivo da temperatura.

A mudança dos doentes para climas de altitude tem sido aconselhada por varios, porem, nada nos auctorisa a podermos encontrar n'ella um apreciavel meio de cura. A mudança de região é comtudo para aconselhar, e deve influenciar favoravelmente.

Contra os suores abundantes tem sido usada a atropina; e pelo que respeita á constipação de ventre devem ser ministrados os purgativos dôces ou enteroclises.

O regimen dietetico deverá ser lacteo nos primeiros tempos; porem, em casos de longa duração e em vista da profunda asthemia que a doença provoca, conveniente será auctorisar uma alimentação mais substancial.

Henri Brun cita dois casos curiosos, cujo tratamento foi feito, com optimo resultado, pelo quinino em doses maximas (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* — 1908). Não nos furtamos ao desejo de os reproduzir nas suas linhas geraes.

—O primeiro fôra-lhe enviado com o diagnostico de paludismo e com longo tempo de tratamento pelo quinino na dose diaria de 1,5 gramma.

A inefficacia d'este tratamento fel-o suspeitar de que se trataria de um caso de Febre de

Malta, e o sero-diagnostico confirmou a sua suspeita.

Com a mudança de clima em nada se modificou o estado febril do doente.

Algum tempo depois, conservando o regimen lacteo, ensaiada já varia therapeutica, Henri Brun começou com o tratamento pelo chlorhydrato de quinino em injecções subcutaneas, na dose de 1 gramma até 4 grammas por dia, tendo mesmo attingido durante alguns dias a dose de 5 grammas.

Procedeu da forma seguinte:

	Manhã	Tarde
1. ^o dia	1 gramma	—
2. ^o "	2 "	—
3. ^o "	2 "	1 gramma
4. ^o "	2 "	2 "
5. ^o "	2,5 "	2,5 "
6. ^o "	2,5 "	2,5 "
7. ^o "	2,5 "	2,5 "
8. ^o "	2,5 "	2,5 "
9. ^o "	2 "	2 "
10. ^o "	2 "	2 "
11. ^o "	2 "	2 "
12. ^o "	2 "	2 "
13. ^o "	2 "	2 "

No fim de cinco dias a temperatura desapareceu, sem que o doente se resentisse de qualquer intolerancia durante o tratamento.

Considerado curado ao fim d'este tempo, é-lhe supprimido o regimen lacteo, sendo-lhe permittido comer em harmonia com o seu excellente appetite.

—O segundo caso é o de um individuo com o figado muito volumoso, suspeitando de abcesso, baço e coração normaes, e que, mez e meio depois de estar aos seus cuidados, teve uma abundante hemoptyse.

Havia ralas subcrepitanes em todo o pulmão, sem alteração dos vertices nem attritos nas bases.

A febre era persistente.

Não havia signal de lesão bacillar.

Medicação inefficaz.

Novas hemoptyses 23 dias depois, com accesso de temperatura, cahindo o doente em delirio monotonico e tranquillo.

Surprehendido pelas intermittencias que a febre apresentava, e a despeito da falta de hemotozoarios no sangue, fez injecções diarias de chlorhydrato de quinino na dose unica de 2,5 grammas, e a temperatura começou a baixar desde a primeira; as hemoptyses param a partir do 3.º dia e desaparece tambem o delirio. No fim de dez injecções a temperatura tornou-se normal.

Continuou o doente a receber todas as manhãs 1,5 gramma de medicamento, as forças augmentaram e o figado melhorou rapida e progressivamente. Mez e meio depois a cura era radical, e o doente, em consideração pelos serviços que o quinino lhe prestara, continuou a aproveitá-lo, a seu prazer, na dose de 1 a 2 grammas por dia algumas vezes durante cada mez.

H. Brun conclue que podem apparecer pseudo-abcessos do figado, e hemoptyses talvez de origem congestiva, porque n'elles tem influencia o tratamento.

Durand de Cottes diz que é necessario cumprir quatro indicações fundamentaes de tratamento.

1.^a Purgativos, enteroclyses e antiseptia intestinal, afim ser diminuida a entrada dos germens pela mucosa intestinal.

2.^a Attender ás manifestações symptomaticas.

3.^a Facilitar a eliminação dos germens por via renal.

4.^a Activar os phenomenos de defesa organica, que favorecem a auto-immunisação contra o micrococco melitense.

A defesa organica pode ser augmentada pelos tonicos em geral e pelo soro artificial; ou pela bacteriotherapia e serootherapia especificas, therapeutica pathogenica preconisada por Wright, da qual parece não haver ainda resultados muito apreciaveis.

A bacteriotherapia foi posta em pratica, entre outros, por Basset Smith, que, depois de consciencioso e prolongado ensaio, concluiu que as culturas mortas do micrococco devem ser de recente data e que não devem ser em-

pregadas durante as phases agudas, mas tão somente nos periodos de temperatura moderada ou nos casos chronicos em que a temperatura assim se comporte.

Reid servia-se da vaccina preparada com uma cultura de micrococcus melitenses esterilizada, secca, e associada depois a um vehiculo na proporção de 2 decimos de miligramma por cada centimetro cubico; e praticava as injeccões todas as semanas, ou todos os dias, na dose de $\frac{1}{4}$ de centimetro cubico de vaccina, colhendo resultados favoraveis.

A serotherapie tem sido posta em pratica por varios, depois que Wright a preconisou 1898, mas não tem sido muito efficaz os seus resultados,

Recentemente ainda, Durand de Cottés, attendendo a que as cabras eram muito susceptiveis á infecção, procurou immunisal-as.

Para isso começou a praticar injeccões sub-cutaneas de microbios mortos, em doses progressivamente crescentes, em uma cabra cujo sangue não possuia poder agglutinante.

Depois do soro d'esta cabra haver attingido um grau de agglutinação elevado, sujeitou a cabra a uma injeccão intra-venosa de 5 centimetros cubicos de germens vivos, e oito dias depois sangrou-a.

As culturas do micrococco melitense espalhado em diluições concentradas de soro com

o caldo foram positivas; mas já o mesmo não aconteceu com as que foram feitas com o sangue da cabra em caldo ou sobre agar.

D'aqui se conclue:

1.º que os anticorpos elaborados pela cabra no curso da sua immunisação não se oppoem ao desenvolvimento do micrococco *in vitro*;

2.º que a cabra immunisada pode receber uma injeção de 5 centímetros cubicos de germens vivos, e mesmo outras injeções successivas, sem que elles appareçam no sangue.

O soro não é pois bacteriolytico. A que especie d'anticorpos immunisantes se deve a destruição?

Durand de Cottes demonstrou o grande poder opsonico do soro de cabra immunisada. As experiencias que fez permittiram-lhe ver grandes quantidades de micrococcos incluidos no protoplasma dos polynucleares, por elles phagocytados por tanto.

Que beneficio poderá um infectado colher das opsoninas elaboradas por um animal immunisado.

O facto está em que os phagocytos, recebem d'ellas um estimulo especifico para a destruição dos germens.

Se as opsoninas são bastantes para, em união com os phagocytos, destruir os germens, comprehende-se facilmente a cura do estado infecioso á medida que elles vão sendo destruidos; do contrario os resultados, são negativos.

Ora a administração de soros opsonicos não augmenta o numero de phagocytos; de modo que a sua efficacia depende principalmente do organismo injectado, e do tempo que aos phagocytos seja dado para exercerem a sua acção.

E' necessario, em summa, conhecer a formula leucocytaria do doente e o seu poder opsonico.

Durand de Cottes havia experimentado, até 1909. a acção do processo em quatro doentes, em tres dos quaes parece haver colhido bons resultados.

CAPITULO XI

Prophylaxia

Pelo estudo até aqui feito e em face da incerteza de todos os meios therapeuticos, deve concluir-se a grande importancia que merece o problema prophylactico, que longe de ser facil tem grandes difficuldades.

Se passarmos em revista as medidas adoptadas nos paizes onde a doença, desde longa data, se tem declarado por forma mais intensa, podemos ver que ellas mais ou menos se dirigem no sentido de eliminar as cabras doentes e de obstar á sua importação dos pontos onde sejam julgadas contaminadas, aconselhando-se, ainda assim, a que nunca seja utilizado o leite sem previa fervura.

Na Corsega foram tomadas as seguintes medidas:

1.º Declaração obrigatoria e matricula de ovelhas e cabras leiteiras.

2.º Exame do sangue e do leite por agentes sanitarios especiaes, duas vezes, pelo menos, durante cada anno.

3.º Installação de estabulos em satisfactorias condições de hygiene.

4.º Proibição de venda de leite nas vacarias, hotéis e restaurantes sem ser previamente fervido.

Mas isto não bastaria, porque a infecção pode dar-se quer pelo contacto com estes animaes, e com outros que podem ser contaminados, como cães, cavallos, etc., quer pelos seus dejectos e urinas; e a picada dos mosquitos tambem pode occasional-a.

Em Malta, ponto d'onde indubitavelmente a doença irradiou para os diversos paizes, a principal medida adoptada foi aconselhar o uso do leite só depois de fervido, pois a temperatura de 60º basta para destruir o microbio especifico; e o facto é que assim foi ali consideravelmente diminuido o mal que tantas victimas causava.

Procurar colher o maior numero de casos e divulgá-los depois de segura confirmação laboratorial deve ser o maximo interesse de toda a classe medica.

As observações trazidas, dia a dia, á luz da publicidade mostram-nos que Portugal vae conquistando, infelizmente, um logar de destaque a par de muitos outros paizes em que a Febre de Malta grassa, pelo menos, endemicamente.

O facto, já reconhecido, de que ella do-

mina nas regiões mais povoadas de cabras, e a justificavel opinião de que, começando a apparecer no sul do paiz, deve ser de origem mediterranea, são motivos sobejos para que, entre nós, vão sendo tomadas medidas prophylacticas, tal como n'outros paizes já foi feito.

Julgamos de toda a conveniencia que, sem delongas, seja feito um inquerito ácerca de todos os casos de Febre de Malta que no nosso paiz vão apparecendo, elucidando, para isso, os clinicos sobre a symptomatologia classica da doença; que estes, por sua vez, divulguem nas suas regiões o possivel perigo de ser usado o leite de cabra sem ser fervido; e que aos delegados de saude e seus subordinados sejam dadas instrucções no sentido de serem bem conhecidas as regiões infectadas, afim de que, desde já, sejam tomadas as medidas que o caso requer.

São estes os votos que nos acompanham ao finalisarmos o nosso trabalho.

OBSERVAÇÃO

(Colhida na lição de Clinica Medica em 27-1-913)

J. M. casada, 48 annos, natural da freguezia de Soeima, concelho de Alfandega da Fé.

Marido saudavel, bem como tres filhos vivos que tem: um de 25 annos, outro de 11, e uma rapariga de 19. Tres filhos mais, que teve, morreram quando creanças ainda.

Refere sarampo em pequena, e dôres de cabeça, por vezes.

Dos antecedentes hereditarios nada de notavel.

Ha 6 annos, epocha que coincide com a sua menopausa, foi viver com o marido para Lisboa e lá se demoraram uns oito mezes, voltando depois á terra natal.

Adoeceu repentinamente em principios de junho de 1912, sentindo muito frio, seguido de calores e arrepios, dôres de cabeça e febre; mas já *uns 15 dias antes* se sentia *tremida* na sua saude.

Tomou quinino durante um mez—3 hos-

tias por dia, talvez de 25 centigr. como é costume—mas a febre nunca a abandonou até agosto.

Teve *constipação de ventre* intensissima, referindo, na sua linguagem, que *precisava de se agarrar ás paredes*, taes eram as dôres de que se fazia acompanhar.

Refere tambem que tinha muitos suores, e tão abundantes que chegava a ser preciso pôr os lençoes a seccar ao sol.

Perdeu o appetite, assenhoreando-se d'ella uma grande asthenia; e eram persistentes as dôres na cabeça, hombros, etc.

Entrou para o Hospital de Santo Antonio, do Porto, no dia 5 de setembro, ficando aos cuidados do Prof. Thiago d'Almeida quando, depois de ferias, tomou a direcção das enfermarias de Clinica Medica.

A *febre* conservava-se *elevada e constante*, com *remissões de manhã*, que podem apreciar-se pelo graphico respectivo, apresentando o typo ondulatorio, e que eram acompanhadas de *suores geraes*, que desapareceram só em meado de outubro.

Não havia constipação de ventre, mas persistiam as *cephalalgias* bem como a *anorexia*.

Na região sacro-lombar as *dôres* eram violentas, espontaneas, augmentando pela pressão, irradiando para a esquerda, e bem accen-

Nome *J. M.*

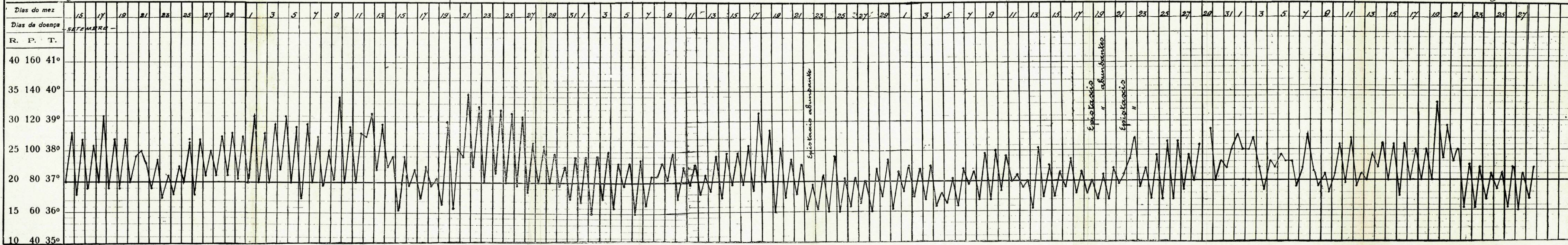
de Soenna - Alfandega da Fé.

1912

Mez Out.^o e Nov.^o

1912 - 1913

Mez Dez.^o e Jan.^o



tuadas ás vezes na região sacro-iliaca d'esse lado.

A par d'isto a *asthenia* augmentara a ponto de não poder pegar na caneca da agua e de quasi não poder voltar-se na cama.

A' auscultação traduzia uma *ligeira rudeza do pulmão esquerdo*.

Cuti-reacção positiva.

O *pulso* era ligeiramente tachicardico, *sem relação com a temperatura* (80 a 86 pulsações) e a tensão arterial era baixa.

Figado um pouco augmentado e baço normal.

As urinas apresentavam vestigios de albumina e o seu volume diario era um pouco reduzido, de começo.

Alguns dos symptomas apresentados, harmonisados com o facto de a doente vir d'uma região palustre, poderiam fazer suspeitar de que se tratasse de uma impaludada.

Apezar da *inefficacia do quinino* já referida pela doente, foram-lhe ministradas, durante alguns dias, algumas injecções de chlohydro-sulfato de quinino na dose diaria de $\frac{1}{2}$ e 1 gramma, e a temperatura em nada se modificou, conservando sempre as suas remittencias e ondulações.

A pesquisa do hematozoario de Laveran foi negativa.

A despeito da cuti-reacção ser positiva, — o que, de resto, só tem valor confirmativo junto a outros elementos — nada mais havia que permittisse o diagnostico de uma tuberculose pulmonar demorada. Nem tão pouco havia emmagrecimento notavel.

Nada tambem justificaria o diagnostico de febre typhoide, porque alem da doença ser já demasiadamente longa, não havia alterações myocardicas nem perturbações digestivas.

A reacção de Wasserman foi negativa.

A suspeita de que se trataria d'um caso de Febre de Malta ia-se confirmando, tanto mais que, alem da symptomatologia que em *italico* salientámos, referiu a doente que comia habitualmente queijo preparado com leite de cabras e de ovelhas que abundam na região.

Restava fazer a confirmação laboratorial.

Colhido para isso o sangue da veia cephalica direita em 5 de outubro, e enviado ao laboratorio do Prof. Alberto de Aguiar, foi a agglutinação positiva em uma amostra de micrococco, requisitada ao Instituto Camara Pestana, com diluição do soro até $\frac{1}{200}$.

A reverificação foi feita no Laboratorio Camara Pestana, pelo Dr. Nicolau Bettencourt, que encontrou a agglutinação nitidamente positiva em 2 amostras diferentes com soro na diluição de $\frac{1}{400}$, $\frac{1}{600}$, e ainda visivel a $\frac{1}{800}$

n'uma terceira amostra pedida ao Dr. Raynaud, do Instituto Pasteur de Alger.

Alem d'isso procurou o Dr. Bettencourt a reacção de fixação, obtendo-a positiva em duas amostras de micrococcus.

A hemocultura foi negativa; mas a verdade é que, nas occasiões em que o sangue foi colhido, a temperatura da doente não attingia já o grau elevado que é necessario para este processo de diagnostico.

A doente sahiu em 30 de janeiro do corrente anno, ainda febril, mas com toda a sua symptomatologia melhorada, devendo, portanto, o prognostico ser favoravel a uma convalescença proxima.

Infelizmente não pudemos certificar-nos da exactidão d'este modo de ver.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva

Não concordo com a denominação de *buraco obturador*.

Histologia

Os globulos rubros são células mortas.

Anatomia topographica

O conhecimento da região a operar obsta a muita surpresa; d'ahi a sua muita importancia.

Physiologia

A presbytia é um estado physiologico.

Pathologia geral

A melhor classificação de tumores é a de benignos e malignos.

Pathologia externa

No tratamento do hydrocele prefiro a inversão da vaginal á punção seguida de injeção modificadora.))

Materia medica

Em pequenas doses o quinino não é anti-thermico.

Anatomia pathologica

A mesa d'autopsias é o tribunal do clinico.

Pathologia interna

A Febre de Malta é uma doença especifica.

Hygiene

O sero-diagnostico na Febre de Malta tem importancia capital como meio prophylactico.

Operações

Condemno a conversação durante o acto operatorio.

Medicina legal

O medico deveria ter interferencia legal no casamento.

Obstetricia

Muitos casos de cegueira são devidos a opthalmias dos recém-nascidos.

Visto.

O Presidente,

Chiago d' Almedia.

Pode imprimir-se.

O Director,

Augusto Brandão.

ERRATAS MAIS IMPORTANTES

PAG.	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
38	8	acontecera	acontecera
»	17	E a sua sua	E a sua
40	3	Finalmente	Finalmente
42	12	julgo	julgamos
»	17	pude	podemos
»	»	vejo	vimos
»	22	me diz	nos diz
44	26	macissa	massiça
51	33	dor sua vez	por sua vez
53	4	microcco	micrococco
55	15	authorisa	auctorisa
67	10	uma profunda	profunda
68	24	muscular	testicular
77	15	porem	por exemplo
87	13	devo	devemos
»	14	li	lemos
»	»	vi	vimos
90	15	asthemia	asthenia
93	9	afim ser	afim de ser
95	31	infecioso	infeccioso

A. Duarte e Silva

INDICE

Dedicatorias	7
Proémio.	25
Historia e distribuição geographica	29
Definição	41
Bacteriologia	43
Formas clinicas	49
Etiologia e Pathogenia	53
Symptomatologia.	59
Anatomia pathologica	73
Diagnostico clinico	76
Diagnostico bacteriologico	80
Evolução e prognostico	85
Tratamento	89
Prophylaxia	97
Observação	101
Proposições	107