A Pandemia Gripal de 1918

173/3 FMP

Composto e impresso na Tipografia "MINERVA"
de Gaspar Pinto de Sousa & Irmão — Avenida Trovisqueira
VILA NOVA DE FAMALICÃO

III

Domingos José Dias

32

A Pandemia Gripal de 1918

Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.

1731 FMP



Outubro – 1919

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henrique Almeida de Brandão	Anatomia patológica.
Vago.	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História de Medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior.	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar . .	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima.	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas	Dermatologia e Sifiligrafia.
Vago.	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães .	Teurapêutica geral. Hidrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior .	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima . .	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett . . .	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia e terapêutica médicas.
Vago.	Clínica das doenças infecciosas.

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições. (Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art. 155.º

Á saudosa memória

de meu Pai

Quisera ter-vos hoje na nossa companhia. Se o vosso nome jàmais se apaga da nossa memória, hoje, sem dúvida é mais lembrado e desejado entre os que vos são queridos.

Á minha querida Mãe

Reconhecido por todos os benefícios que o vosso coração me tem prodigalizado, ofereço-vos êste trabalho como prova de eterna gratidão de quem tanto vos deve.

A meus Irmãos

António

Joaquim

Adelino

Para que vos sirva de estímulo no vosso futuro.

A meus Tios e Parentes

Especialmente

aos de Caldelas

Agradeço-vos o bom acolhimento que
me destes sempre em vossa casa.

A todos os Primos e Primas

À memória de minha Madrinha

D. Maria Belêm de Magalhães Costa



Pecaria se ao terminar êste
livro me esquecesse de ti.

Aos companheiros das "ex-
-repúblicas Pinheiro, Bon-
jardim e Rosário".

Aos meus condiscípulos
e contemporâneos.

EM ESPECIAL AOS COLEGAS

José Gomes Fernandes
Gil Pontes Moreira Ramos
Joaquim Guimarães
José Maria Braga

um abraço de despedida

A todos os meus Amigos

Ao Ilustre Corpo Docente

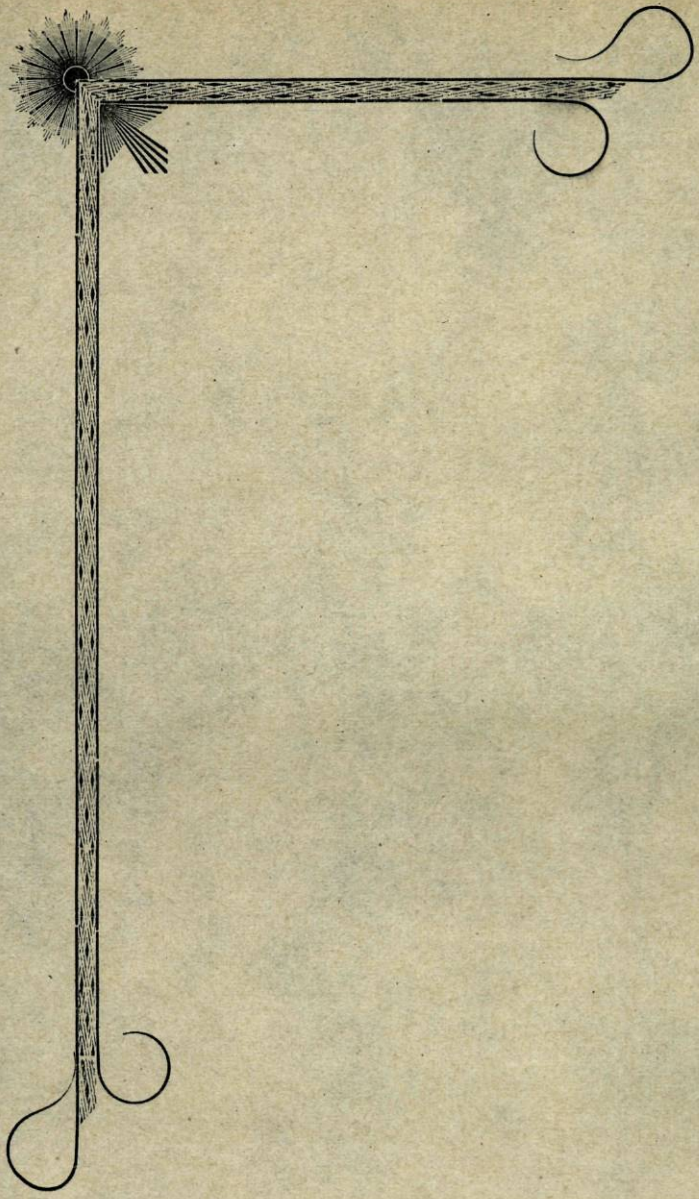
da

Faculdade de Medicina do Porto

Ao grande e ilustre professor e meu
digno presidente de tese Ex.mo Sr.

Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima

Homenagem da minha consideração e respeito pelas vossas qualidades de inteligência e trabalhador incansável.



PRÓLOGO

Obrigando-nos a lei a apresentar um trabalho, como prova final do nosso curso médico, resolvemos escolher para tema: — «A Pandemia Gripal de 1918».

Êste assunto foi escrito para ser defendido na época passada, de Março de 1919; mas como tivéssemos ensejo de fazer uma viagem agradável e ao mesmo tempo instrutiva, como médico de bordo de um vapor inglês, aos portos da América do Sul (Brasil, Uruguai e Argentina), sòmente agora nos foi possível apresentar êste despretencioso trabalho.

Depois desta tese estar escrita, alguns trabalhos teem aparecido, tanto nacio-

nais como estrangeiros, os quais não pudemos consultar—o que mais contribúi para a tornar incompleta.

Ei-la, pois, e pedimos ao Ex.mo Júri que a vai julgar, bem como a todos os que a lerem, a máxima benevolência.

O assunto sôbre que dissertamos devemo-lo oo Ex.mo Senhor Professor Joaquim Alberto Pires de Lima, que tão gentilmente no-lo inspirou, dignando-se presidir ao seu julgamento.

Aqui deixamos, pois, reiterados os nossos sinceros agradecimentos ao sapientíssimo mestre e digníssimo presidente da tese.

CAPÍTULO I

¿O QUE É A GRIPE?

Definições

Nem sempre os diversos autores ligaram a esta doença a importância que ela merece; era tal o desdêm pelos que a descreviam, que estes foram apelidados de charlatães. Basta citar o que a tal respeito dizia Broussais: *A gripe é uma invenção de pessoas sem dinheiro, médicos sem clientes, que não tendo nada de melhor se entreteem criando êste duende.*

Por aqui se pode avaliar a fraca importância que ligaram às primeiras discreções e talvez à emulação de médicos que não queriam ser por êste

modo suplantados. Assim, a indiferença duns por tal assunto, a repugnância de outros em aceitar a nova doença, foram a causa do atraso no seu conhecimento. Anos sucessivos se passaram, sem que o seu estudo se fizesse dum modo consciencioso, e só as últimas epidemias despertaram verdadeiramente a curiosidade scientífica.

Vamos ver algumas opiniões e definições que autores da segunda metade do século XIX empregavam para definir a gripe.

Antes da grande pandemia gripal de 1889-90, a gripe era considerada com uma febre com manifestações congestivas e inflamatórias dos aparelhos respiratório, digestivo e sistema nervoso, dores musculares e fadiga geral.

Graves, diz, ao descrever a epidemia gripal de Beida em Birminghan, que a influenza é uma doença do sistema nervoso com alterações consecutivas nos órgãos da digestão e circulação.

O célebre médico do Hospital Lari-

boissière, Jaccoud, na sua notável obra de *Patologia interna*, estuda a *gripe* entre os venenos telúricos. O catedrático espanhol Dr. Sánchez y Merino, no seu *Tratado geral das febres essenciais*, dizia em 1872 que a gripe era uma doença de tipo epidémico caracterizada por cefalalgia, dores musculares generalizadas, hiper-secreção de todas as membranas mucosas e uma debilidade geral que não está em relação com a intensidade dos outros sintomas.

Quando da epidemia de 89-90, Potain definia a gripe: «é uma doença febril epidémica, caracterizada por um catarro das vias respiratórias, acessóriamente por um catarro das vias digestivas e apresentando fenómenos gerais e perturbações nervosas em desproporção com a gravidade rial desta doença.»

Actualmente alguns autores definem a gripe em poucas palavras: «é uma doença infecciosa endemo-epidémica.» Outros difinem-na dizendo que

a gripe é uma doença infecciosa epidémica, endémica, dando ao doente um aspecto de face característica, conhecido por *facies gripal.*

Por último, o Dr. Cassiano Neves define assim a gripe: «é uma doença proteiforme dissemelhante nas suas fórmas clínicas e no seu génio epidémico, não apanhando, em regra, uma geração de médicos duas pandemias; pelo que tem de desconcertante, como novidade, em todas as épocas e em todos os tempos, se tem dado o caso de lhe terem sido dados nomes diferentes; o que bem traduz a extrema variedade das suas manifestacões e complicações.»

CAPITULO II

SINONÍMIA

Numerosas teem sido as designações por que se tornou conhecida através dos tempos a doença que, na linguagem médica corrente, se designa por gripe ou influência.

Huchard diz que a razão do grande número do sinónimos que tem tomado a gripe, é porque está sendo uma doença sempre idêntica, tem produzido acidentes tão numerosos que os médicos julgaram, talvez pelo aparecimento brusco e insólito de cada epidemia, a existência de uma nova doença desconhecida até então.

Passemos em revista algumas denominações mais importantes por que

se tornou conhecida a gripe na história das epidemias.

No século XV foi designada com as denominações de «*tac*» e «*horion*» (1404—1411—1414) e a de «*ladendo*» (1427).

No século XVI foi designada com o nome de «*coqueluche*», nome êste que ficou depois, como sabemos, para designar outra doença. No último têrço do mesmo século os nomes de «*tosse sêca, tosse de ovelha*».

Segundo Gaillard, nesse mesmo século foi-lhe dado o nome de «*catarro epidémico*».

Nos séculos XVIII e XIX, tomou diversos nomes, como «*catarro sufocante, catarro epidémico, febre reumática, febre catarral, catarro espanhol, catarro italiano, defluxo catarral, febre da moda, andaço, dengue*», etc.

Estes nomes persistiram até à época em que Sauvages os substituíu pelo de *gripe*.

O nome de *influenza* foi dado quando da epidemia de Milão e Veneza

(1702) (1) e Pringle e Huxham, sobretudo êste último, contribuiram para a sua vulgarização. Parece que êste nome tem origem na suposta *influência* do frio, sendo quem primeiro o adoptou, os milaneses; e, a seguir, os outros povos aceitaram-no sem dificuldade.

A palavra *gripe* foi contemporânea da divulgação do vocábulo *influenza* (1743). Vitter supõe que a palavra *gripe* foi empregada pela primeira vez no ano de 1742. O que é verdade é que êste nome começou a usar-se por esta época.

Para uns tem origem francesa (de *agripper).*

Para outros tem origem estava (de *chrypka).*

Muito bem pode suceder que esta designação de *influenza* se usasse simultâneamente em França e Polónia. O que não parece provável, é que esta palavra seja um derivado de *grippe,* in-

(1) Fernando Vidal no «Tratado de Medicina» de Charcot e Bouchard, refere-se ao ano de 1802, mas parece ser um êrro tipográfico.

secto que, em 1782, era considerado na Europa como propagador da doença.

Alguns autores dizem que êste nome foi empregado para assim designar uma doença que não existia, porque *gripe* quere dizer *fantasia, capricho.*

Leuchtenstern, no magnífico capítulo «Influenza» na Enciclopédia de Ziemssen, dizia que a palavra *gripe* se usava exclusivamente em França.

Hoje, o nome de *gripe* tem-se universalizado. Entre nós, desde a epidemia de 89-90, tivera curso no Porto o nome de *influenza* (1), ao passo que em Lisboa preferiu-se o nome de *gripe.*

«Até aí qualquer pessoa que adoecesse com mazela aguda das vias respiratórias, desde o defluxo à catarreira, dizia-se em bom português que estava constipada; desde então passou a intitular-se *engripada*» (2).

---

(1) Relatório apresentado ao Conselho Superior de Higiene na sessão de 18-6-918.

(2) Vide *Portugal Médico* de Junho de 1918 — «A nova incursão peninsular da influenza», por Ricardo Jorge.

Segundo alguns autores, o nome de *gripe* parece ter por origem o aspecto que a face dos doentes toma. Êste é tão característico que constitúi um facies especial — *facies gripal* — que conserva ainda não só para esta doença, mas também para muitas outras.

Por último, *gripe* tornou-se quási sinónimo de *coriza* ou *catarro simples*, por um abuso de linguagem vulgar e talvez médica.

Não faltam hoje médicos que designam por *gripe* a febre catarral vulgar, que tão freqùente se vê durante o inverno no nosso país.

CAPÍTULO III

HISTÓRIA

Neste capítulo apresentamos um esbôço histórico da gripe que, desde o século XIII até nossos dias, se manifestou na Europa.

Os que escreveram antes dêste século não nos deixaram descrição alguma de epidemia que se possa referir à doença que denominamos *gripe*; ou porque efectivamente ela não se manifestou até essa data, ou porque não foi reconhecida nem estudada. Contudo, alguns historiadores são de opinião que uma praga descrita por Hipócrates e Tito Lívio, no ano 412, antes de Cristo, é idêntica à gripe, constituindo, portanto, a primeira epidemia de influência.

Na opinião de Hirsch, é provável que a primeira epidemia conhecida com segurança não seja anterior ao século XII (ano de 1173). Para Thompson, Zulzer e Seifert, a doença denominada *influenza* não foi conhecida até ao século XVI (1510).

* * *

SÉCULOS XIII E XIV—Das epidemias de 1239 e 1311, apenas se sabe pela *Chronique des Frères Mineurs*, que a primeira fez seus estragos pelo mês de Agôsto, e que a segunda, observada em França, produziu grande número de vítimas.

A gripe epidémica de 1323, foi descrita por Buoni Segni, dizendo que um vento pestilencial originou um catarro epidémico que começou em Toscana e estendeu-se depois por toda a Itália.

Em 1335, apareceu na Alemanha um catarro epidémico em que os doentes tinham tosse e sintomas cerebrais.

Em 1387, a cidade de Montpellier sofre uma doença catarral contagiosa.

Século XV (1) — Em 1403, diz Etienne Pasquier: «Mais de cem mil pessoas em Paris perderam o apetite, o descanso, não se podiam mexer, e receavam sofrer qualquer contacto. Esta epidemia foi conhecida pelo nome de *horion*.»

O mesmo autor se refere à epidemia de 1427, conhecida pelo nome de *ladendo:* começando esta doença por

(1) «A um pristino médico português caberia a honra de ser o primeiro descritor da influenza.—Valesco de Taranta, que se celebrizou nas cátedras de Montpellier do século XIV para o XV. No seu *Philomim* (1418), livro afamado, insere esta passagem (vol. II, cap. LXVI):

De catarro... Et ego vidi in Montepessulano anno quo recepi licentiam 1387 quod fuit catarrhus quasi ita quod vix 10 pars gentium preter infantes evasit catarruhun cum febre et fere omnes decrepite moriebant propter causam dictam.—(Vide Max. Lemos, *Hist. da Medicina em Portugal*, t. I, pág. 95).

O trecho é flagrante—epidemia de catarro febril, atacando muita gente, e mortal para os velhos, é escrita e escarrada a influenza de hoje.» — Ricardo Jorge *(Med. Cont., n.º 26)*.

uma cólica nefrítica e em seguida arrepios e tosse que era tão intensa e tão ruidosa, que não deixava, nos templos, os fiéis ouvir o prègador.

Século XVI. — Segundo Leichtenstern, a epidemia de 1580 foi a primeira pandemia de febre catarral epidémica ou, pelo menos, a mais importante que, atraindo a atenção de todos, se estendeu à maior parte da Europa, Asia e Africa.

O holandês Wier, qualificou-a de *pestilência universal,* cujo sintoma mais importante era a tosse.

Salius Diversus atribuiu-a à corrupção do ar. Sennerto, diz que esta epidemia produziu uma grande mortalidade em toda a Europa, principalmente em Roma onde morreram por essa ocasião mais de 9:000 pessoas. Em Madrid dizimou a população.

Bockel, falando desta epidemia, diz que as compliçações mais freqùentes eram o ataque às parótidas e otites purulentas.

Século XVII. — Em Londres, no ano de 1658, manifestou-se uma epidemia de gripe caracterizada por coriza, tosse, angina e dores musculares.

Wills, falando desta epidemia, faz notar que o Estio de 1657 fôra muito quente e o Inverno de 1658 começou cedo, e a terra estivera quási contínuamente coberta de neve. A Primavera tambêm foi muito húmida.

Em 1663, nos Estados Venezianos, mais de 60:000 pessoas foram atacadas em oito dias por uma epidemia semelhante. A mortalidade foi insignificante à morbilidade.

Em 1695, Paris e Roma foram o teatro duma epidemia muito análoga à de 1580, e que fizera numerosas vítimas, sobretudo entre crianças.

Século XVIII. — Neste século observaram-se dezasseis epidemias de febre catarral, das quais mencionaremos algumas mais notáveis.

No ano de 1709, apareceu uma epidemia que teve os seus focos na Prús-

sia, Itália e França, caracterizada pelo predomínio do que hoje chamam formas reumáticas e freqüência de hemoptises e anginas. A descrição desta epidemia é feita por Lancisi.

Em 1775 manifestou-se uma epidemia notável que percorreu grande parte da Europa, exercendo também influência sôbre os cavalos.

Na Alemanha apareceu no Estio, em seguida a uma Primavera sêca e quente. Predominou o sintoma abdominal.

Em Inglaterra observaram-se formas intermitentes, ao passo que em França os sintomas torácicos dominaram toda a série mórbida.

Século XIX. — Durante o período de 1830 a 1833, uma grande parte da Europa foi acometida por uma epidemia de gripe que apresentou algumas relações interessantes com a epidemia de cólera. Atacou primeiro a Europa Oriental em 1830; no comêço do Verão de 1831 fez sentir a sua influência em

Paris; e no ano imediato, Malaca teve a mesma sorte.

A cólera de 1832 seguiu a mesma marcha.

Em 1870, observaram-se numerosos casos de gripe nas principais cidades de França, Suíça, Espanha e Inglaterra, nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março. Em Outubro a epidemia readquiriu uma razoável benignidade.

A mais importante das pandemias gripais dêste século foi a do ano 1889-1890. Pandemia de berço oriental (Petrógrado), onde chegara ao auge em meados de Novembro de 89, salta como um tufão a varrer o resto da Europa. Passados 15 dias está em Berlim. Alcança Paris em dias. Em comêço de Dezembro está em Londres, e antes do Natal está em Madrid e Barcelona. Aparecem os primeiros casos em Portugal nas cidades de Lisboa e Porto na segunda quinzena de Dezembro. Na sua marcha seguiu a mesma direcção que se notou nas epidemias de 1831,

33 e 37, caminhando sempre de Nordeste para Sudoeste.

Do dia 23 de Dezembro em diante, a gripe acometeu simultâneamente milhares de pessoas. Teve o seu máximo de intensidade de 5 a 10 de Janeiro, decrescendo dêste dia em diante. Pode-se dizer com toda a segurança, que mais de metade da população da capital foi vítima desta doença. Nenhuma outra epidemia das descritas em relatórios oficiais atacou simultâneamente tão grande número de indivíduos, nem invàdiu com igual rapidez tão extensa área.

Os homens foram a princípio mais atacados que as mulheres; as crianças menores de dois anos resistiram notàvelmente à gripe e quando a tiveram foi em pequena intensidade e sem gravidade. O número de mortos pela gripe que figura nos boletins obituários é de 57 casos (1). Os fenómenos torácicos foram os predominantes.

(1) *Portugal Médico*, 10-918, — Relatório apresentado pela Sociedade das Sciências Médicas, de Lisboa, àcêrca da epidemia da gripe em 89-90, na capital.

Século XX. — Neste século ha a considerar a grande pandemia gripal do ano de 1918, que ainda se conserva na memória de todos nós, pois foi tal a sua ferocidade e extrema difusibilidade que não houve recanto algum do universo que fôsse poupado à sua invàsão, que não sofresse seus estragos (1).

Não ha estatísticas feitas de mortalidade. O colaborador do jornal «Times», calcula o número de vítimas nas doze semanas anteriores ao dia 20 de Dezembro, em 6 milhões. Em Londres, nesse tempo, morreram 10:000 pessoas. Compara essa mortalidade com a da guerra, julga esta inferior, pois que em 4 anos de guerra, matou 21 milhões de sêres humanos. Decerto a avaliação sofre por defeito, em face das notícias provenientes de vários países. Quando se chegar a estabele-

(1) Quando estivemos em Buenos Aires os jornais noticiavam a alta difusão e gravidade da gripe, pedindo a mobilização de médicos para atender ao número tão elevado de doentes. Isto nos princípios de Maio de 1919.

cer a estatística da mortalidade nos meses de Agôsto e Dezembro de 1918, é muito provável que aquela cifra tenha de subir muito.

No seu relatório sôbre a epidemia das Indias, onde a gripe foi particularmente mortífera, M. M. e Greig disseram também: «Nenhum outro flagelo até hoje se lhe aprôxima em intensidade e pode preguntar-se se alguma outra doença epidémica, conhecida na história do mundo, devastou alguma vez, com tal violência e em tão curto praso de tempo, tão vastas regiões do globo. Nas Indias, 5 milhões de homens foram vitimados em alguns meses; cêrca de 20 % da população total, mais de metade do número de óbitos causados pela peste durante vinte e dois anos.»

Ainda estávamos a contas com o combate do tifo exantemático, começa a circular, a propalar-se de que uma nova epidemia rebentara em Espanha, começando primeiramente por fazer os seus estragos em França e Inglaterra,

passando depois à Africa, América (1), Asia e Oceânia.

Portugal, país vizinho, não podia deixar de ser atingido, escapar à sua invàsão, tanto pelas zonas limítrofes da fronteira terrestre, como pelos gran-

(1) Na viagem que fizemos à América do Sul, contaram-nos na cidade do Rio de Janeiro coisas aterradoras acêrca da gripe. O comércio chegou a fechar quási por completo. As farmácias da mesma sorte, pois os farmacêuticos encontravam-se doentes, não tendo quem manipulasse os medicamentos. Os soldados foram mobilizados para fazerem sepulturas nos cemitérios. Os caixões eram transportados em carros do lixo, amontoados, que as famílias punham à porta da rua. Os hospitais já não podiam conter mais doentes.

Ainda ouvimos dizer que nos hospitais do Rio de Janeiro administravam à meia-noite, àqueles doentes mais enfermos, um chá venenoso, chamado vulgarmente o *chá da meia-noite*. Tal afirmação não é verosímil. Houve criaturas que até nos garantiram que doentes ainda com vida eram transportados do Hospital para o cemiterio.

Contam mais, que um indivíduo fôra ao Hospital inquirir da saúde de seu irmão. E como lhe respondessem que já era falecido e removido para a casa mortuária, resolveu ir ao cemitério, e qual o seu espanto ao ver seu irmão ainda com sinais de vida entre outros já cadáveres! Resolveu trazê-lo para sua casa, fazendo o devido tratamento, e dentro em pouco recuperou a saúde e hoje passeia nas ruas do Rio de Janeiro.

des centros de comunicação rápida com Madrid.

E assim Portugal foi alvo de duas vagas de influência.

A primeira fez-se sentir desde os primeiros dias de Junho até meados de Julho de 1918; epidemia primitiva, *verno-estival,* difusão muito rápida, fugaz, simples e benigna. Foi baptizada, em razão da sua proveniência imediata, com o nome de *gripe espanhola.*

A segunda grassou desde os meados de Agôsto até ao fim de Novembro; epidemia *secundária estivo-outonal,* de transmissão mais lenta, altamente maligna e mortal pela freqüência das localizações pulmonares; denominou-se *influenza pneumónica.* (*Portugal Médico,* n.º 4, 1919).

Primeira epidemia. — Nos primeiros dias de Junho a doença fez a sua entrada pelo Alentejo com os trabalhadores de regresso de Espanha e espalhou-se pelas cidades do Porto e Lis-

boa; rápidamente se difundiu, atingindo todo o território.

Assim, em fins de Maio, aparece em Vila Viçosa atacando um quinto da população, trazido o contágio pelos trabalhadores de Badajoz e Olivença (3-6); logo a seguir (10-6) é denunciada nos lugares fronteiriços de Terrugem (Elvas) e Assumar (Arronches); vem o Porto onde lavra pelas famílias, e no Aljube aparecem 18 casos; emfim, Lisboa, onde se inicia (11-6) na prisão de Monsanto (50 casos) e na secção dos mutilados de guerra do Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia.

Foram os seus primeiros rebates conhecidos, para depois invàdir todo o país.

O tipo clínico desta primeira epidemia foi o de gripe simples, sem complicações pulmonares.

Esta primeira epidemia pouco tempo se conservou no seu apogeu, depressa declinando. Em meados de Julho bate-se em retirada.

Segunda epidemia. — Nos princípios de Agôsto a epidemia perde aquela feição benigna de começo para atacar o pulmão, para lhe dar a feição mais maligna — *a pneumonia gripal.*

Os primeiros casos apareceram em Gaia e arrabaldes.

Toma, pois, uma forma particularmente grave pelas suas localizações pulmonares. Estávamos em presença duma dessas ondas epidémicas secundárias, que caracterizam sobretudo as post-epidemias, epidemias de repetição.

Procurou o vale do Douro, atingindo as localidades duma e doutra margem do rio, até à fronteira espanhola.

Na província da Beira aparecem outros focos independentes dos do baixo Douro.

Dentro em pouco a onda epidémica inundou o país inteiro, deixando o rasto do seu furor mortífero.

Não é fácil estabeleeer a estatística geral da mortalidade; e se alguma

coisa se póde fazer é únicameute referente às formas graves bronco-pneumónicas. Devem dar uma taxa elevadíssima, que alguns autores avaliam em 30 % a 50 %, isto pelo mês de Outubro (1).

O caso mais terrível da epidemia militar e naval, é o do vapor português «Moçambique», afectado na repatriação das tropas portuguesas que fizeram parte do Corpo Expedicionário contra as fôrças alemãs da Africa Oriental.

Saíu de Moçambique a 12 de Setembro e chegou a Lisboa a 21 de Outubro. Da população total do navio (952 pessoas), 199 morreram durante o trajecto até Lisboa, produzindo-se mais 11 óbitos depois do desembarque. Isto é, a mortalidade atingiu 22 %.

Em meados de Setembro a epidemia começa por atacar com grande intensidade os operários das Fábricas

(1) *A pandemia gripal*, por Almeida Garrett, no «Portugal Medico», 10-918.

de Santo Tirso e Riba d'Ave, sendo de pronto difundida por êles, de forma que no fim de Setembro estava contagiado todo o concelho de Santo Tirso.

Como o número de atacados de gripe fôsse muito elevado, e os médicos que havia no concelho de Santo Tirso fôssem em número insuficiente para atender aos doentes, o Govêrno mandou fazer a mobilização de médicos e quintanistas para combater a epidemia.

Foi assim que na qualidade de quintanista recebi ordens de mobilização, partindo para Santo Tirso, terra da minha naturalidade.

Para mais facilidade no desempenho do serviço anti-epidémico, foi êste concelho dividido num certo número de zonas sanitárias, cabendo-me a zona constituida pelas freguezias de Areias, Lama, Sequeirô e Palmeira.

Desde 5 a 13 de Outubro tratei 112 doentes que pertenciam ás seguintes freguesias:

QUADRO I

Distribuição dos doentes por freguesias

Areias	52
Lama	21
Sequeirô	23
Palmeira	16
	112

O tratamento dêstes doentes não o pude seguir até final, pois que a gripe também não me quis poupar, ficando estes doentes quási completamente abandonados de socorros médicos.

No quadro seguinte vamos ver qual foi a morbilidade segundo as idades:

QUADRO II

Morbilidade segundo as idades

0 — 10 anos	18
11 — 20 »	25
21 — 30 »	30
31 — 40 »	15
41 — 50 »	17
51 — 60 »	4
Mais de 60	3
	112

A letalidade pela influenza pode observar-se no seguinte

QUADRO III

Freguesias	População	Óbitos em Outubro de 1917	Mortalidade em Outubro de 1918			Mortalidade em Outubro de 1918	
			Varões	Fêmeas	Total	Por gripe	Por outras doenças
Areias (1) . . .	748	0	8	14	22	20	2
Sequeirô	562	0	5	4	9	7	2
Lama	458	2	5	7	12	8	4
Palmeira	458	0	3	3	6	5	1
Total . . .	2:226	2	21	28	49	40	9

Dêste quadro conclúi-se que no mês de Outubro de 1918, numa população de 2:226 habitantes, 40 morreram pela gripe ou suas complicações (17,9 ‰), ao passo que em Outubro de 1917 morre-

(1) A freguesia de Areias foi das que mais sofreu com a gripe, devido à falta de assistência médica e farmacêutica.

ram nestas freguesias duas pessoas, isto é, vinte vezes mais que em Outubro de 1918.

* * *

Vamos ver qual foi a mortalidade por idades:

QUADRO IV

0—10 anos	8
11—20 »	12
21—30 »	18
31—40 »	6
41—50 »	2
51—60 »	1
Mais de 61 »	2
	49

Este quadro mostra que na mortalidade a gripe feriu com maior violência os indivíduos novos até aos quarenta anos, poupando as idades superiores.

CAPÍTULO IV

BACTERIOLOGIA

Desde 1883, em que Seifert de Wurtzburgo encontrou nas mucosidades nasofaríngeas e expectoração de enfermos atacados de gripe o micrococo isolado, por vezes formando cadeia, até esta data, teem aparecido numerosos autores, descrevendo, disputando a honra de oferecer ao mundo scientífico o agente específico da gripe.

Depois dêste autor, nesta mesma data, ter descoberto o referido micrococo, apareceu mais tarde o prof. Adolfo Jolles, de Viena, dizendo que na expectoração dos enfermos griposos encontrára um microorganismo

encapsulado, semelhante ao de Friedlander.

Em seguida apareceram outros investigadores, como Fischel, emitindo a apinião de que os agentes responsáveis da gripe eram duas espécies de diplococos que êle encontrára no sangue de enfermos de gripe, sendo um dêstes diplococos mui patogéneo para o cão.

Em 1890, Klebs, de Zurich, descreveu um hematozoário, o «*Rhyzomastigma*», pertencente à família das mónadas, como responsável da gripe.

Depressa caíu para ficar apenas como histórica esta opinião.

Nikiforoff e Kirchner verificaram a presença na expectoração duma diplobactéria encapsulada.

Outros autores, mais tarde, como Weichselbaum, Levy, Prior, Pansini, Kruse, Mentrior, Bouchard, Leyden, Netter, etc., encontraram micrococos lanceolados encapsulados, semelhantes ao pneumococo.

Babès, de Bucarest, estudando a

bacteriologia da gripe, diz que esta, está na dependência de um diplococo, não se còrando pelo Gram.

Vaillard e Vincent, Finkler, Riblert, Renzi, examinando a expectoração de diversos doentes de gripe, encontraram como agente específico um estreptococo.

Teissier, Roux e Pittion, em 1891, nas suas investigações bacteriológicas, encontraram ao declinar a doença, na urina dos enfermos, um diplobacilo que não diferia do de Jolles, Seifert, etc.

Eis, pois, em síntese, o resultado das investigações bacterianas àcêrca do agente etiológico da gripe até ao princípio do ano de 1892, em que Pfeiffer apresentou os seus trabalhos laboratoriais, mostrando que tinha descoberto o agente específico da influenza que ficára conhecido pelo nome do autor.

Rápidamente se difundiu a notícia do inesperado descobrimento, produzindo no mundo scientífico grande sucesso, criando uma nova era. Dentro

em pouco tempo, o descobrimento do sábio bacteriologista obteve a aprovação de eminentes personalidades scientíficas, como Pfuhl, Kitasato, Wasserman, Meunier, Jacobson, Chiari, Arnold Netter, etc.

Julgou-se estar em presença do verdadeiro agente bacteriológico da gripe, que seria um coco-bacilo, encontrado no excreta faringo-bronquiais dos griposos. Bacilo pequeníssimo de Gram, negativo, còrável pelos mordentes, cultivável em agar com uma gota de sangue, não patogénico para a cobaia, mas produzindo na mucosa acidentes semelhantes aos da gripe humana, aparecendo quási sempre associado a variados cocos, e não se encontrando nas vias respiratórias de doentes doutras afecções.

Depois de sucessivas investigações microbianas, alguns autores começaram por contestar a especificidade do referido agente, pois que o encontravam em afecções diversas que nada tinham com a gripe.

Assim Rosenthal o observou em doentes de bronco-pneumonia. Jochmam em enfermos de coqueluche. Diebscher em casos de escarlatina e sarampo. Griffon e Besançon em 1898 o encontraram em casos de sarampo, coqueluche, varicela, tuberculose, etc. Autores houve que o encontraram em individuos sãos. Königsberg o observou em 28 % de indivíduos sãos, durante uma epidemia de gripe.

O próprio Pfeiffer teve ocasião de o observar em doentes não griposos e viu-se na necessidade de criar o nome de pseudo-bacilo para essas formas tão semelhantes às que primeiro descrevêra, mas sem aquela virulência específica.

Quando da epidemia de 1905, as dissenções continuam, pois que a freqüência dos bacilos nos griposos é diferentemente apreciada pelos autores. Assim Besançon e Jong qualificam-no de menos freqüente que o pneumococo e estreptococo. Kuetz, em Viena, observou a pouca freqüência do

micróbio de Pfeiffer em indivíduos griposos.

Rukemann observou o micróbio de Pfeiffer em doenças que nada tinham com a gripe.

Trazendo à colação os resultados apurados durante a epidemia que ha pouco salteou os Estados Unidos em 1915-1916, observa-se que as divergências dos autores na especificidade do referido agente ainda continua.

Georges Mathers (1917), quando o mal estava no seu máximo de intensidade, encontrou apenas no exame do muco nasal e nos escarros de 61 casos, uma vez o bacilo de Pfeiffer, encontrando, contudo, grande constância e abundância de estreptococos hemolíticos.

Na epidemia americana deu-se o facto, mais que uma vez observado em outras epidemias, de o mal lavrar nos cavalos. Em Chicago e Nova York foram atacados milhares de animais. No cavalo influenzado tambêm Geor-

ges Mathers encontrou o mesmo estreptococos.

O médico suíço Stephan (1917), numa epidemia de influenza, encontrou um diplococos mucosus. Os estudos de ordem bacteriológica aparecidos nesta última epidemia são já numerosos, conservando, porêm, a mesma feição de divergência.

Em Portugal. — O prof. Nicolau Bettencourt, examinando a expectoração de 26 doentes, sendo 17 de casos francamente pneumónicos, com larga hepatização, denunciada pelos sinais clínicos, e os restantes 9 de formas bronco-pneumónicas ou mesmo só de bronquite difusa, observou que em 16 casos, ou sejam 57,6 %, apareceram colónias do B. Pfeiffer com aspecto característico, sendo depois isolados e submetidos a ulterior confirmação. Em 5 dêste casos as colónias eram numerosíssimas, quási em cultura pura. Ao lado desta bactéria encontrou uma vez um estreptococo do tipo *mitior* de

Schotmüller, três vezes um coco — que não chegou a identificar seguramente, mas que na sua opinião deve ser o *tetragenus* — e oito vezes o pneumococo, sendo êste testemunhado pela prova segura da inoculação subcutânea do escarro, no ratinho.

Em formas benignas da doença, três vezes tentou a pesquisa no muco-faríngeo, colhido com zaragatoa, obtendo em duas delas resultado positivo.

Numa empregada do serviço de difteria, êste autor fez a colheita após os primeiros sinais da doença e observou na placa um número incontável de colónias de B. Pfeiffer e apenas três outras dum coco que possívelmente era o *catarralis*. Fez hemoculturas, que deram resultado negativo.

Das investigações bacteriológicas feitas por êste autor conclue-se a variabilidade da flora bacteriana na expectoração, mas com predominância do B. Pfeiffer.

Marques dos Santos, médico do

Hospital Militar de Coimbra, das suas investigações bacteriológicas, orientadas na pesquisa do agente etiológico da gripe, observou o seguinte, em 45 expectorações:

31	contendo	pneumococos
44	»	micrococus catarralis
42	»	estafilococos
14	»	pneumo-bacilos
7	»	coco-bacilos de Pfeiffer
21	»	paratetragenes zoogleico
19	»	um estrepto-bacilo
5	»	estreptococos

E em todas elas, estes conhecidos gérmens se associavam ainda a outros, cuja identificação foi impossível determinar (¿crassus, perfrigens, diftérico, enterococo?)

Em 8 hemoculturas positivas o referido autor encontrou:

3	contendo	pneumoco
2	»	estafilococo
1	»	coco-bacilo
2	»	um gérmen semelhando um micrococus catarralis.

Nas preparações de suco pulmonar, em 28 necrópsias encontrou:

12	contendo	pneumococo
3	»	micrococus catarralis
6	»	um bastonete longo, esporulado, desenvolvendo-se rápidamente a 37° nos meios de gelose hemoglobina e no caldo de ascite.
7	»	estafilococo em grossas granulações.

As sementeiras com sangue das cavidades foram as mais das vezes estéreis; em outras a associação microbiana permitiu pôr de parte o seu reconhecimento, por não ser possível o isolamento.

Êste autor conclúi das suas investigações bacteriológicas a existência de uma grande variabilidade de flora bacteriana, sendo o coco-bacilo de Pfeiffer pouco abundante; pneumo-bacilo abundante; numerosos pneumococos e micrococus catarralis; bastonetes não identificáveis pelo exame di-

recto; estreptococos, estafilococos, bolores diversos, sendo muito freqùente encontrar-se também um estreptobacilo e formas de paratetragenes zooleico.

Em Espanha. — No Laboratório Municipal de Madrid encontraram-se, nas secreções faríngeas e bronquiais, raras vezes o bacilo de Pfeiffer, mas freqùentemente o catarralis e um diplococo que não toma o Gram.

Rivero diz encontrar sempre o B. de Pfeiffer e considera-o específico.

O Dr. Falco apresenta preparações nas quais se observa grande abundância de B. de Pfeiffer. Pelo contrário, o Dr. Mayoral diz que nas suas preparações sòmente encontrára bactérias vulgares.

O Dr. Coca resume a história da bacteriologia da gripe, assinalando a coincidência etiológica do «*B. de Pfeiffer* e do *micrococus catarralis*». Menciona o facto de alguns bronquíticos não serem atacados pela gripe, o que explicaria por estarem imunizados

contra o mal, por haverem sofrido anteriormente algumas doenças produzidas pelo micrococus catarralis.

O bacteriologista espanhol Pittaluga encontrou nas suas preparações um gérmen olhado como um parameningococo.

Em França. — Orticoni isolou em hemocultura um bacilo que foi identificado ao de Pfeiffer; no exame dum líquido pleurítico encontrou-o associado a um diplococo encapsulado.

Verbigier, a par do pneumococos, de estreptococos o coco-bacilos, observou uma notável quantidade de espiroquetas com duas formas: uma grande, de espiras largas; outra, pequena de espiras apertadas, idêntica morfológicamente à de Schaudin. Bezançon raras vezes observou o bacilo de Pfeiffer.

Em Itália.—Saconi isola do sangue em diferentes casos, um tetracoco de Gram positivo, inócuo para os animais de laboratório, o qual se encontra tam-

bêm em produtos patológicos; não encontrou o B. de Pfeiffer.

Pontano nunca observára nas suas investigações bacteriológicas o B. de Pfeiffer.

Ciauri encontra freqùentemente um bacilo que descreve como uma espécie nova, bipolar, diplomorfo, hemosético.

Em Inglaterra. — Mathews diz ter encontrado freqùentemente o bacilo de Pfeiffer, em cultura pura.

Eyre constata a presença do pneumococo e do coco-bacilo.

Nos Impérios Centrais. — Uns autores como Schürmam, Bergmam, Simonds, dizem encontrar sempre o B. de Pfeiffer. Outros, como Mandelbaun, Kolle, nunca o encontraram nas suas pesquisas bacteriológicas.

*
* *

Ainda ha autores que aventam a ideia de que o agente etiológico da gri-

pe é um vírus filtrável, como Selter, Rhan, Nicolle.

Dujarrie de la Rivière (1) demonstrou com experiências em si próprio que este *virus filtrante* se encontra também no sangue e que a doença adquirida pela inoculação dêste sangue actua à semelhança da vacina e da imunidade ulterior.

Os resultados agora obtidos são inteiramente semelhantes aos que deu a epidemia de 89-90, o que mostra que a bacteriologia da gripe ha que estudá-la e refazê-la.

¿Como conjugar estas observações bacteriológicas esparsas e contraditórias?

A convicção de ser o bacilo de Pfeiffer o agente específico, o verdadeiro agente do mal como o bacilo de Eberth Gaffky para a febre tifóide, o de Yersin Kitasato para a peste, vai de encontro às constatações laboratoriais de tantos

(1) *Medicina Moderna*, n.º 300.

que, pelo seu nome de técnicos, não podem ser apodados de faltos de cuidados e rigores experimentais, por mais difícil que seja a identificação do micróbio, com tão escassos caracteres próprios como o coco-bacilo em questão.

CAPÍTULO V

SINTOMATOLOGIA

As complicações tão numerosas, e muitas vezes graves, da gripe, fizeram pensar noutros tantos tipos de infecção, porque, na verdade, não ha doença que possua o *dom* de conhecer melhor o ponto menos resistente do organismo que a gripe. E' precisamente nesse ponto que estabelece a sua principal localização.

E' por isso que alguns autores ao descrever a gripe, a dividem em formas.

Recamier, divide a gripe nas formas clínicas — inflamatória, biliosa e nervosa.

Outros a dividem em gripes — con-

vulsivas, delirantes, hemoptóicas, epiléticas e reumáticas.

Segundo outros, sòmente admitem duas formas ou modalidades — forma grave e leve.

A generalidade dos autores do século passado e princípio do actual, descreve quatro formas: — comum, torácica, gastro-intestinal e nervosa.

Landouzy descreve três formas que ficaram clássicas — nervosa, torácica e gastro-intestinal.

Não ha razão para dividir a gripe em formas. A palavra *forma* envolve com efeito a ideia dum tipo que deve servir de termo de comparação.

Ora a gripe é uma doença essencialmente variável nas suas manifestações sintomáticas.

Cada epidemia tem o seu carácter particular em cada país sôbre cada indivíduo. Muda de fisionomia e daí a dificuldade de uma descrição metódica.

O que parece a observação demonstrar, é que é uma infecção que começa por invadir o aparelho respiratório, e

ao que nós chamamos forma torácica, gastro-intestinal e nervosa, não são mais que complicações e, segundo a predominância dos sintomas, temos gripe de forma torácica, gastro-intestinal e nervosa.

Ora, para comodidade de estudo e tratamento, ainda hoje se lê nos livros didácticos a divisão da gripe em três formas: forma torácica, abdominal e nervosa.

Sintomas dependentes do aparelho respiratório

São os sintomas pulmonares que dão à gripe a sua alta gravidade.

Na epidemia de 89-90 os sintomas pulmonares foram raros nos primeiros casos, depois tornaram-se progressivamente mais freqùentes e mais graves, até que no apogeu da epidemia as bronquites, as pneumonias e as congestões pulmonares subiram extraordinàriamente de freqùência.

Quando da pandemia de 1918 também se observára o mesmo facto. A onda epidémica que nos princípios de Junho se desencadeou de Espanha, vinha revestida dum carácter benigno. Porêm, ao entrarmos no mês de Agôsto, de novo se desenrola, perdendo a sua benignidade para atacar o pulmão, e assim esta foi caracterizada pela predominância em intensidade e freqüência dos sintomas respiratórios.

Foi, pois, a forma torácica mais abundante e mais vulgar, sendo até conhecida pelo nome de *influenza pneumónica*.

Compreende-se que sejam os sintomas torácicos (forma torácica) mais predominantes, atendendo à maneira como parece fazer-se a infecção.

Segundo a observação nos mostra, parece que o agente morbífico da gripe, penetra no organismo pela bôca e fossas nasais e que a infecção se propaga pelo ar a custo das secreções muco-faríngeas.

E, por conseguinte, a inflamação começava por atacar as vias respiratórias superiores e só depois, com o decorrer do tempo, a infecção ia avançando, propagando-se às diferentes partes da árvore aérea.

O dr. Cassiano Neves, muito esquemáticamente descreve os seguintes tipos em que a última epidemia se revelou:

a) *Rino-faringo-traqueio-bronquite* — gripe simples.

b) *Bronquite difusa* (muitas vezes capilar) *e congestão.*

c) *Bronco-pneumonia ou pneumonia* (septicémia, por vezes com manifestações pulmonares ou pleuro-pulmonares tardias).

O autor diz que todas as formas são septicémicas e estas divisões apenas servem para uma equematização das fórmas clínicas, mostrando séde e natureza das lesões.

Outros autores ainda consideram outra divisão e baseada segundo o ataque a todo ou a parte do aparelho respiratório:

a) *Bronquite comum* (variedade muito freqùente e relativamente de pouca duração).

b) *Bronquite capilar* (que é a propagação da inflamação aos pequenos brônquios e grave nos velhos e cardíacos).

c) *Pneumonia gripal* (que aparece em 7 % dos casos e de alta gravidade).

d) *Pleurisia gripal* (podendo esta ser sêca, sero-fibrinosa e purulenta).

Nem sempre as localizações da doença no aparelho pulmonar são tão distintas. Ha casos em que se notam no mesmo indivíduo todas estas variedades.

*

* *

Como sintomas respiratórios, observámos congestão e tumescência da mucosa nasal; os orifícios das narinas avermelhados, escoriados e dolorosos. Os doentes acusam uma sensação de tensão na raiz do nariz que alguns

dias depois é substituida pela dor orbitária ou supra-orbitária.

Nesta ocasião é quási impossível a respiração pelo nariz e os doentes vêem-se obrigados a respirar pela bôca, o que faz aumentar extrordináriamente a secura em que o doente se encontra.

Passado algum tempo, a respiração torna-se mais fácil, manifestando-se então um catarro das vias respiratórias superiores, a mucosa torna-se húmida e estabelece-se expontâneamente a secreção dum múcus líquido abundante, seroso e claro.

A inflamação não se limita exclusivamente à mucosa das fossas nasais e pode estender-se tambêm aos seios frontais e maxilares, sobretudo aos primeiros.

E é assim como se explica a cefalalgia frontal intensa com tumefacção da raiz do nariz.

A laringe era muito freqùente encontrar-se bastante inflamada. Alêm da dor ocasionada pela passagem

duma corrente de ar frio, esforços na ocasião da tosse e da palavra, notava-se grande modificação no timbre da voz desde a rouquidão à afonia completa.

A traqueia, ora só, ora simultâneamente com a laringe, era a séde duma sensação penosa e incómoda, duma dor semelhante à que produziria um corpo estranho. Certos doentes comparavam-na a uma laceração da garganta. Esta dor tem a sua séde na parte superior e média do esterno, aumentando pelos esforços da tosse. Progredindo, a infecção alcança os brônquios produzindo a bronquite.

A bronquite é um dos sintomas mais ordinários, pois que até muitos autores consideram a gripe como uma bronquite epidémica.

A auscultação dava grande abundância de sarridos sonoros e sibilantes, misturados e disseminados nos dois pulmões; por vezes apareciam casos em que se ouvia uma simultaneidade de sarridos húmidos e secos, sendo até

de difícil distinção. E assim tínhamos a variedade *bronquite comum.*

Se a inflamação não passasse dos brônquios, o prognóstico da doença perderia uma parte da sua gravidade e terminaria em pouco tempo. Infelizmente, assim não sucedia em muitos casos e principalmente em velhos e crianças (apesar desta gripe atacar de preferência os novos e fortes) em que a inflamação se propagava até aos brônquios de pequeno calibre. Então, nestes doentes observava-se grande dispneia, rosto cianosado, tosse violenta, expectoração muco-purulenta.

A auscultação do pulmão dava uma mistura de sarridos sibilantes e subcrepitantes finos. O pulmão neste caso era pequeno e intermitente; e assim tínhamos a *bronquite capilar.*

Para os indivíduos atingidos por qualquer doença anterior, velhos, cardíacos, etc., a bronquite comum como a bronquite capilar são duma alta gravidade, pois que podem determinar as-

sistolia pela dilatação do coração direito.

No fim de seis ou oito dias os sintomas de bronquite desaparecem nos casos benignos; contudo, em alguns casos persistem e são estes os que ordinàriamente dão a bronquite capilar.

Huchard, descreve uma forma bronco-plégica caracterizada por uma verdadeira paresia dos brônquios, com dispneia e ausência de sinais estetoscópios. Com os progressos da infecção apareciam os fenomenos pulmonares. Quási sempre não faltava na gripe de forma torácica, a congestão pulmonar mais ou menos intensa.

Nalguns casos, esta congestão era denunciada por dispneia, um pouco de cianose, expectoração mucosa filante, aumento de vibrações torácicas e sarridos sub-crepitantes nas bases pulmonares.

Noutros casos, os doentes queixavam-se de dores generalizadas no torax (raras vezes pontada; era até raríssimo o doente queixar-se de pontada). A

expectoração era viscosa, aderente e freqüentemente estriada de sangue.

Casos ainda apareciam em que não apresentavam escarros hemoptóicos, e quando muito apenas um inicial francamente hemoptóico. Ao passo que muitas vezes se observava nos casos benignos e em plena convalescença, surgir um ou mais escarros hemoptóicos, a que a auscultação (a não ser uma zona de atelectasia) não dava explicação.

Segundo a opinião do Dr. Cassiano Neves, devem ser casos de discrasia ou de enantema das vias aérias superiores.

Qualquer que seja a manifestação da gripe, é sempre acompanhada duma certa gravidade, mas a mais importante de todas e que mais consideração merece pela sua gravidade, é sem dúvida a *pneumonia gripal* (focos de broncopneumonia) (1).

(1) Em toda a extensão dos pulmões se podiam encontrar focos de bronco-pneumonia, mas o que observá-

A pneumonia gripal aparecia em duas épocas diferentes: ou no comêço da afecção ou no seu declinar.

No primeiro caso, o indivíduo é repentinamente atingido por uma tosse sêca, fortes arrepios, febre não muito elevada, pontadas, etc., fazendo pensar numa invàsão de pneumonia franca.

No segundo caso, o doente está atingido de gripe com inflamação das vias respiratórias superiores e num dado momento apresenta elevação de temperatura, grande dispneia, o estado geral piorando cada vez mais e a expectoração muda de aspecto.

---

mos mais freqüentemente era uma certa predilecção pelas bases dos pulmões, sobretudo do direito.

O Prof. Pires de Lima *(Notas sôbre a epidemia gripal)* também observou a maior freqüência de focos de bronco-pneumonia no pulmão direito.

Outros autores, como o Dr. Cassiano Neves, notaram uma grande predominância das lesões do lado esquerdo e base do pulmão.

Sintomas dependentes do aparelho gastro-intestinal

Na gripe ha sempre fenómenos de infecção intestinal, porque havendo hiperemia, esta aumenta possívelmente a virulência dos gérmens habituais do intestino.

Nos casos em que as perturbações digestivas se acentuam de forma a considerar-se uma nova modalidade, aparecem sempre sintomas pertencentes às formas torácica e nervosa.

Realmente os fenómenos gastro-intestinais apresentam algumas vezes uma notável preponderância, uma intensidade tal que, imprimindo à doença uma feição clínica especial, se não se desse o caso de aparecerem na ocasião de gripe nos deixaria muitas vezes perplexos no diagnóstico.

Na última epidemia esta forma intestinal foi bastante rara. Contudo, notaram-se alguns casos nos distritos de Lisboa, Santarêm, Castelo Branco e Porto, e no estrangeiro (França, Suíça).

Os sintomas da cavidade bocal variam desde o comêço da doença até ao fim da convalescença. Os lábios tornam-se nos primeiros dias secos, de côr azulada, vermelho-escura e franzidos; pouco a pouco começam a aparecer à superfície da mucosa fuliginosidades espêssas que chegam a ser cobertas completamente quando se não faz uma lavagem apropriada. Depois de limpos das ditas fuliginosidades, conservam ainda a côr vermelho-escura, parecendo queimados, e sòmente depois de efectuada a defervescência é que tomam a côr natural.

As gengivas quási nunca ficam indemnes; apresentam-se tambêm crestadas, sangrentas e até por vezes incham a ponto de recobrir os dentes, tornando-os dolorosos, sendo até difícil a mastigação.

Mas nem sempre a gengivite se limitava a isto. Ha, porêm, casos de ulcerações mais ou menos extensas, como a estomatite aftosa. A bôca sempre muito sêca, saliva muito rara e sêde intensa.

O aspecto da língua varia constantemente com o estado dos dentes e com a evolução da doença. Seja qual fôr a forma de gripe, a língua é sempre modificada no seu aspecto, sofre alterações que são as primeiras a manifestarem-se e as últimas a desaparecerem.

Em geral, nos indivíduos que anteriormente sofriam de qualquer gastrite, ou cujo estado de limpeza das vias digestivas era mau, observava-se um aspecto saburroso da língua, mais forte que naqueles cujas funções digestivas eram normais.

Nos primeiros dias da doença a língua apresenta-se ligeiramente esbranquiçada sòmente na metade posterior; perêm, à medida que a doença avança, essa côr invade toda a língua, tornando-a opalina.

Contudo, apareciam casos em que a língua logo nos primeiros dias se cobria duma camada espêssa de saburra branca, mais tarde amarelada e por último escura.

O dr. Cassiano Neves falando do

estado da língua na gripe, diz que esta serve ou é dum grande sinal diagnóstico e prognóstico, pois que sucede muitas vezes estarmos em presença de septicémia gripal sem localização apreciável que nos explique anatómicamente ou clínicamente o grave estado do doente. E' então o estado da língua que nos vai guiar para podermos fazer o prognóstico.

A língua na gripe é imensamente característica, como disse Faisans.

A opalescência da língua traduz ainda mais que a temperatura a marcha da doença. Se a opalescência se apaga, se a língua começa a afiambrar-se é porque a doença marcha bem. Quando a opalescência se mantêm, mesmo quando o doente já está apirético, é porque uma recrudescência recidiva ou recaída se vai dar. Se a opalescência diminúi, deixando de ser uniforme, começando simultâneamente a língua a não estar húmida, a amarelecer, é porque a septicémia se agrava, ou uma flegmasia pulmonar vai surgir.

No caso da opalescência desaparecer e a língua não tomar uma côr avermelhada, mas sim amarela, e por fim ennegrecer, tifisando-se, é porque o prognóstico se torna sombrio.

Não ha laxantes, purgantes, nem catárticos, que reduzam a opalescência da língua. O mesmo autor fala ainda do inconveniente abuso dos purgantes na gripe e muito especialmente o uso de purgantes salinos.

Era muito freqùente encontrar doentes queixando-se de algumas dores ao nível do estômago após a ingestão de alimentos (leite, caldo, etc.), traduzindo os doentes êste mal-estar pela expressão de que não podiam com o leite ou caldo.

Os vómitos eram muito freqùentes. Vómitos alimentícios, mucosos e biliosos, vómitos estes que em alguns casos eram tão freqùentes e intensos a ponto de constituirem um sério embaraço para o tratamento, pois que alimentos e medicamentos eram imediatamente rejeitados após a ingestão. Por vezes

resistiam aos meios empregados para os combater. Nas mulheres histéricas os vómitos por vezes tornavam-se incoercíveis. Já Stoll observára a existência de vómitos na epidemia de 1773.

Do lado do intestino ou aparecia uma leve diarreia ou, o que era mais freqüente, constipação.

Observámos alguns casos em que os doentes se encontravam ha dias com obstipação (1).

Quando a intensidade dos sintomas intestinais predominava sôbre os outros, o doente se apresentava num estado de prostração, dores ao nível da fossa ilíaca direita e mais sintomas que se não fôsse o facto de aparecer em ocasião de epidemia, diríamos que era uma febre tifóide.

(1) A obstipação era difícilmente combatida pelos purgantes empregados na sua dóse terapêutica, sendo, por vezes, obrigado a mandar aplicar clisteres para se obter os devidos efeitos.

Sintomas dependentes do aparelho nervoso

Entre os sintomas gerais da gripe, aparecem os que dependem do sistema nervoso que, pela sua constância ou pela sua intensidade, às vezes considerável, dão à gripe um aspecto especial.

Os sintomas nervosos começando geralmente no período de invàsão, podem prolongar-se muitas vezes àlêm dêste período.

O mais constante e que pode dizer-se quási nunca falta, é a cefalalgia que aparece freqùentemente como primeira manifestação da doença. Esta cefalalgia pode ser ligeira, de pequena intensidade, mal localizada, desaparecendo em poucos dias; ou intensa, lancinante, localizada na fronte, persistente, acompanhando-se de fotofobia, vómitos, etc.

Encontrámos por vezes doentes com dores de cabeça tão fortes que se exprimiam, dizendo sentir a impressão de lhe esmagarem a cabeça com um martelo.

A localização da cefalalgia nem sempre era frontal; apareciam casos em que a dor abrangia toda a calote craneana, acima do diâmetro óccipo-frontal; outras em que atingia sòmente a fronte, as órbitas, localizando-se por detrás dos globos oculares.

Galliart observou que a cefalalgia era por vezes tão tenaz que não obedecia aos medicamentos e que podia permanecer depois do doente entrar em franca convalescença. Facto êste que observámos muitas vezes durante esta epidemia.

Esta cefalalgia pode depender dum estado congestivo do encéfalo, mas ordináriamente é ocasionada até por um estado inflamatório da mucosa dos seios frontais.

Os sintomas de abatimento, comuns a todas as formas, são mais pronunciados na forma nervosa. O abatimento aparece nos primeiros dias da afecção. Este abatimento é caracterizado por um quebrantamento muito pronunciado, cansaço, uma laxitude

invencível que se apodera do doente. Falto de energia, impossibilidade de todo o esfôrço, um estado de depressão física e intelectual.

Estes sintomas não aparecem únicamente no período do comêço e de estado da doença, mas sim prolonga-se pelo período de convalescença, tornando esta mais longa que a própria doença. O estado de enfraquecimento em que fica o organismo depois de desaparecerem os sintomas febris é tão notável que os doentes ficam impossibilitados durante alguns dias de permanecerem de pé e até sentados. Os doentes vão para se levantar julgando-se curados e reconhecem com admiração o seu estado de fraqueza. Os membros inferiores começam a tremer e vacilar, o equilíbrio não se faz, os objectos que estão em roda parece moverem-se à volta de si.

Acontece por vezes ficarem os doentes em tal estado de fraqueza e de abatimento após um ataque de gripe muito ligeiro, e, quando não deixam

curar-se completamente indo retomar as suas ocupações, expondo-se ao frio e à fadiga, é freqüente observarem-se recaídas.

Tanto o sistema nervoso central como periférico são particularmente atingidos.

O delírio era muito freqüente e intenso, difícilmente cedia à medicação apropriada, apresentando formas muito variadas. Uns gritavam, outros soltavam imprecações (1) e ameaças.

---

(1) O Prof. Pires de Lima observou *(Notas sôbre a epidemia gripal)* casos diversos de delírio. Um doente de braços estendidos e imóveis, os olhos fitos, sem pestanejar, gritava: — «Minha mãe, fuja! Está tudo a arder! ¿Não vê o fumo?» — Outro dizia as maiores e mais obscenas injúrias a todas as pessoas que o rodeavam. Outro queria vestir-se e fugir, agredindo aqueles que tentavam frustrar-lhe o intento. Outro, alcoólico, no seu delírio só falava em vinho: diante de si via uma pipa com a torneira aberta, despejando vinho, os lençóis estavam encharcados em vinho, o travesseiro era um barril de vinho.

Sintomas cardio-vasculares

Os sintomas cardio-vasculares desempenham um papel importantíssimo não só na evolução da doença, como tambêm na sua terminação. E' principalmente a forma torácica que mais compromete o coração.

A gripe e a morte são companheiras inseparáveis que se instalam no organismo em lugares diferentes: a gripe no pulmão e a morte no coração.

E' perfeitamente admissível que na forma torácica seja o coração o mais prejudicado, porque sofrendo um aumento de trabalho, necessáriamente ha de ser perturbado nas suas funções.

Ha na forma torácica uma congestão pulmonar mais ou menos intensa, inimigo formidável do coração que o obriga a trabalhar mais que no estado normal e que muitas vezes êste não consegue vencer.

Então o coração direito é forçado a dilatar-se pelo aumento de pressão sangùínea intra-cardíaca. O coração

por um lado não pode dar vasão ao seu conteúdo pela artéria pulmonar e está contínuamente a receber sangue proveniente do organismo pelas veias cavas. Esta dilatação, feita duma maneira mais ou menos rápida, se reconhece por um aumento de macissez precordial, principalmente à custa das cavidades direitas, ultrapassando ligeiramente o bordo direito do esterno. No apêndice xifoideu ouve-se o primeiro ruído prolongado, acompanhando-se por vezes no bordo inferior de um ruído de galope direito. As veias jugulares apresentam-se túrgidas, cianose da face, pequenez do pulso e algumas vezes síncopes.

Ora estas síncopes não parece serem devidas única e simplesmente ao enfraquecimento do coração, mas talvez a uma paralisia resultante da acção das toxinas sôbre os centros nervosos.

Quando as toxinas actuam principalmente sôbre o bolbo, as síncopes são freqùentíssimas. Mas o papel das toxinas e talvez dos próprios micró-

bios, ainda vai mais longe, actuando sôbre o endocárdio e fibras musculares cardíacas, produz uma miocardite gripal.

Alguns autores não crêem na produção de miocardites gripais, mas únicamente o despertar duma tara prévia que até então tinha estado latente.

O que parece provado é que a miocardite gripal existe e que se manifesta mais ou menos intensamente segundo a virulência dos agentes e falta de tratamento apropriado.

Esta miocardite não se observa nos primeiros dias da doença, mas sim no seu declinar, na convalescença e às vezes muito mais tarde.

Então encontram-se os doentes com uma notável aceleração do coração, enfraquecimento dos ruídos, quási imperceptíveis e do mesmo timbre. O pulso é pequeno, depressível, intermitente, arítmico, quási nulo.

Os autores P. Dugrais e H. Semaire observaram, quando da epidemia de Julho, num hospital de evacuação fran-

cês, doentes apresentarem uma espécie de angústia precordial, com lipotímias e ruído de galope esquerdo, por vezes crises de taquicardia paroxística (180 pulsações) de curta duração.

Nos primeiros dias da doença observa-se em quási todos os doentes, apesar da existência de temperatura, uma notável bradicardia, não excedendo 40 a 50 pulsações por minuto, variando com a posição do doente.

P. Dugrais e H. Semaire fazendo a exploração da pressão arterial por meio do oscilómetro de Pachon, não encontraram modificações importantes nas formas benignas. Nos casos graves, a tensão arterial diminuía desde o início, indo até 6 centímetros e mesmo 5, acentuando-se a hipotensão até à morte.

Sintomas dependentes do aparelho génito-urinário

A urina apresentava-se com uma côr vermelho-amarelada e algumas

vezes vermelho-escura, e pouco abundante, espêssa e fortemente urática. O seu volume, nas 24 horas, raras vezes excede 200 centímetros cúbicos, aumentando na convalescença.

A albumina aparece quási sempre em alguns casos em bastante proporção.

O Dr. Pétain, relatando os resultados obtidos na análise da urina de doentes com gripe complicada de lesões pulmonares, observa geralmente a existência do indoxil, da urobilina e da albumina, o que não é para estranhar visto tratar-se de uma doença infecciosa.

Relativamente a albumina encontrou sempre quantidades diminutas, nunca ultrapassando 50 centigramas por litro, ao passo que outro tanto não sucedia com a ureia, pois que existia em forte proporção. As pesquisas dêste autor, relativamente à ureia, concordam com as de outros autores que igualmente registam um acréscimo de

ureia concomitantemente com uma diminuição dos cloretos.

Com o arrefecimento, os uratos precipitam-se no fundo do vaso, deixando neste um depósito formado de um pó amorfo, avermelhado, côr de tijolo.

Hayem refere a existência em alguns casos de urobilina.

Alguns autores referem casos de cistite, não durante o período de estado, mas na convalescença ou até por vezes depois de terminada a doença.

G. Seguel, na sua tese apresentada em 1895 (Paris), mostra que a gripe pode provocar o abôrto e predispor à infecção puerperal.

Pois nesta epidemia também se observou a provocação do abôrto e infecções puerperais.

Quando a gravidez estava nos últimos meses, raro era o caso em que não se observasse o parto prematuro, quási sempre seguido de morte para a mãe e para o feto.

A intensidade da afecção aumentava, pois, para as mulheres grávidas.

— Eram freqüentíssimas as metrorragias no começo da doença que vinham embaraçar o tratamento. As doentes admiravam-se do aparecimento prematuro das suas regras fora da sua época habitual.

A quantidade de fluxo era maior que o costume e a sua duração mais longa.

Temperatura

A temperatura não representa um sinal característico na gripe.

Observámos casos em que os doentes sem temperatura apresentavam uma sintomatologia que não deixava dúvidas sôbre o diagnóstico. Estas formas apiréticas já foram observadas por Graves na epidemia de gripe de 1837-38.

O que é mais freqüente é a forma pirética.

A temperatura na gripe é muito irregular e geralmente bastante elevada.

Umas vezes a temperatura eleva-se

no espaço de dois a tres dias a 39°, 40°, conservando-se neste ponto durante três, quatro dias, para depois descer a pouco e pouco; outras vezes, a temperatura sobe no primeiro dia em que o doente acama a 39° ou 40° e assim se conserva durante 5, 6, 7, 8 dias para depois descer lentamente; outros casos apareciam em que a temperatura se conservava bastante alta durante alguns dias, e de um momento para outro fazia-se uma grande baixa, iludindo-nos de que o doente estava melhor e qual o nosso espanto quando no dia seguinte ao fazermos a visita íamos encontrar uma elevação de temperatura. Fazendo exame ao doente notávamos que a elevação de temperatura coincidia com a instalação de fenómenos pulmonares.

O Dr. Domingos de Andrade, tratando crianças dum internato atacadas pela epidemia, observou várias vezes a temperatura muito elevada (41°) e contudo a sua resolução era muito benigna.

Nos casos muito graves observámos o que Teissier já notára sob o nome de colapso térmico: uma depressão brusca em forma de V chegando algumas vezes à apirexia, podendo descer abaixo da normal. Esta hipotermia acompanha o colapso cardíaco que foi sempre a causa da morte.

Órgãos dos sentidos

O olfacto diminúi desde que a mucosa nasal começa a inchar, inflamar-se e muitas vezes quási que desaparece.

E' freqüente ver doentes depois da convalescença queixar-se da falta dêste sentido.

Casos aparecem em que o olfacto é pervertido.

O gôsto tambêm é profundamente alterado, chegando os doentes a encontrar todos os alimentos insípidos. Acontece, porêm, que quando a anorexia desaparece e o doente começa a

comer, satisfaz a necessidade mas sem entusiasmo, porque os alimentos, quer sólidos, quer líquidos, são insípidos.

O aparelho da visão é quási sempre atingido, mas nem sempre alterado na sua constituìção. As pálpebras, principalmente a superior, podem apresentar-se rubras, inchadas, dolorosas a ponto de impossibilitarem a sua abertura.

A conjuntivite aparece logo nos primeiros dias conjuntamente à coriza e persiste enquanto dura o entupimento do nariz. A luz é para muitos doentes uma causa de sofrimento.

Por vezes as dores localizam-se por detrás dos globos oculares. O estrabismo é freqùente na forma nervosa. Os canais lacrimais, obliterando-se, dão um aspecto lacrimoso aos olhos.

O ouvido é quási sempre alterado. A agudeza auditiva diminúi sensívelmente logo nos primeiros dias e em muitos doentes chegou a produzir-se uma surdez quási absoluta. As dores geralmente não são muito intensas. As

otites gripais, tanto do início da afecção como da convalescença, observavam-se em alguns doentes e eram geralmente benignas. Compreende-se como a inflamação pode transmitir-se pela trompa de Eustáquio, da faringe à mucosa auditiva, e resulte dureza de ouvido — otalgia.

A gripe é uma doença que em muitos casos pode determinar o aparecimento de exantemas. Por vezes pode-se observar uma erupção escarlatiniforme, manchas de púrpura, etc.

CAPÍTULO VI

EVOLUÇÃO

A evolução não é a mesma para todas as formas de gripe. A forma torácica é a que se mostra sob um aspecto de longa duração e a nervosa de duração mais curta.

Aparecem casos de forma abdominal cuja duração é um pouco mais longa que a torácica. Depois de um curto período de incubação, ou até aparecendo em plena saúde, a doença começa por mal-estar geral, febre alta, cefalalgias, perturbações do ouvido, dores de garganta, congestão das vias aéreas superiores, epistaxis, etc. A febre pode desaparecer de um dia para o outro, ficando apenas a astenia da convalescença, constituindo então casos levíssi-

mos de gripe; ou então a doença dura de 5 a 8 dias, em que a febre se conserva alta mais tempo, constituindo a forma média da gripe.

Pode tomar a forma grave quando a febre se conserva alta, acompanhada de dispneia, tosse violenta e expectoração por vezes sangùínea, pulso pequeno, oligúria, etc.

Mas as formas mais graves ainda eram aquelas em que apareciam os sintomas de invasão e localização pulmonar (pneumonia, fôcos de bronco-pneumonia e os de edema supra-agudo do pulmão).

Por mais simples que fôsse a forma, era sempre acompanhada duma convalescença bastante melindrosa, pois que as recaídas eram muito freqùentes.

CAPÍTULO VII

DIAGNÓSTICO

A discórdia no respeitante a diagnóstico ao desenvolver-se qualquer epidemia, é facto por assim dizer constante, não tendo escapado à regra a investida gripal de 1918.

Dúvidas então se levantaram a respeito da natureza da doença.

A primeira vaga epidémica que no começo de Junho rolou de Espanha, de curta duração, de grande benignidade e extrema contagiosidade, foi diagnosticada oficialmente como *gripe* ou *influenza*.

A surprêsa do flagelo fez com que alguns autores discordassem da rubrica aposta pela suprema estância oficial e

julgassem estar em presença da *febre dos três dias* ou *febre dos papatás.*

O diagnóstico da *febre dos três dias* teve defensores não só em Portugal como no estrangeiro. Pittaluga, em Espanha, dentro em pouco pôs de parte o diagnóstico da «*Febre dos três dias*» para ser partidário dos que defendiam o diagnóstico de gripe. Autores (1) dizem que a assimilação da febre de 1918 com a febre dos papatases, deve pois ficar absolutamente rejeitada como aconteceu em 89-90 com a influenza e a dengue.

António de Azevedo (2) faz ressaltar o facto da epidemia ter aparecido no verão, quando a estatística da gripe marca os meses de tempo frio e húmido como preferidos, e notávelmente, por esta doença.

Apesar da gripe mostrar-se a princípio com carácter benigno, de pouca

(1) *Med. Cont.*, 3-11-910.
(2) *Idem*, n.º 25 — 1918.

demora, dentro em pouco começa por invadir o aparelho pulmonar, tomando a feição mais maligna—*pneumonia gripal* (1).

No princípio do mês de Agôsto os casos pneumónicos foram muito freqùentes, principalmente em algumas freguesias de Gaia. Apareceu um foco no regimento de infantaria 6 em praças procedentes daquele concelho. Como acontecesse aparecer dois e três casos na mesma casa e a morte ceifar quási rápidamente em dois, três dias e até em vinte e quatro horas, havendo mortes quási fulminantes, chegou a propalar-se de que se tratava de *peste pneumónica*.

As autoridades sanitárias do Porto imediatamente internaram os enfermos no Hospital Joaquim Urbano, onde procederam a investigações laboratoriais orientadas no sentido da pesquisa

(1) Ao mesmo tempo nos chegavam notícias do estrangeiro (Suiça, França) da existência de casos de pneumonia gripal.

do bacilo Yersin Kitasato. A prova bacteriológica falhou por completo. Por sua vez em Lisboa o prof. Nicolau Bettencourt procedeu a exames bacterioscópicos à expectoração dos doentes, os quais foram negativos. Como o resultado dos exames feitos por estes autores foram negativos, tal hipótese foi imediatamente posta de parte, impondo-se o diagnóstico de influenza pneumónica. O mesmo facto se repetiu pelo menos em França e na Suíça.

Como aparecessem casos de gripe e disenteria, casos em que a gripe revestia simultâneamente a forma gastro-intestinal e a forma pulmonar (1), resultou um conjunto de sintomas que levaram a pensar até um certo ponto no sindroma colérico.

Em França também correu o mesmo boato.

Procedendo-se a análises no Insti-

(1) Principalmente entre nós apareceram casos de disenteria (forma gastro-intestinal) nos distritos de Lisboa, Santarêm, Castelo-Branco, Porto, etc.

tuto Bacteriológico de Lisboa, verificou-se tratar-se de disenteria bacilar tipo Shiga. Da mesma maneira Wurtz e Besançon em França procederam a exames bacteriológicos das fezes, cujo resultado foi negativo para o vibrião colérico.

No Val-de-Grace observaram-se dois casos de diarreia suspeita com abundância de fezes e algidez, que levaram a pensar em infecção colérica. O exame bacteriológico às fezes mostrou a ausência do vibrião colérico. A' autópsia observaram-se lesões de bronquite capilar ou de bronco-pneumonia bilateral disseminada com congestão dos pulmões.

A gripe pode tambêm revestir quási de princípio uma forma ataxo-adinâmica; como ha delírio e a temperatura excede 40°,5 ou mesmo 41°, pode pensar-se no tifo exantemático, ficando os sintomas pulmonares em segundo plano. A autópsia leva a pôr de lado a natureza tifosa (1).

(1) *Med. Cont.*, n.° 25.

CAPITULO VIII

OBSERVAÇÕES ANÁTOMO-PATOLÓGICAS

Geraldino Brites apresenta 14 relatos de autópsias de casos de pneumonia (pneumonia fibrinosa banal grave) que devem ser atribuidos à influenza *(Med. Cont.*, n.º 35). Sôbre êstes faz as seguintes considerações: O autor refere que sob o ponto de vista dos casos que observou faz a classificação em dois grupos: no primeiro entram aqueles em que as lesões de hepatização vermelha são as dominantes; no segundo encontra-se ao lado desta uma supuração mais ou menos extensa, difusa ou colectada. Assim a lesão mais constante é a hepatização vermelha mais ou menos larga, em focos muito ou

pouco numerosos, e encontra-se em todos os casos.

Mesmo quando esta hepatização invadiu quási inteiramente um lóbo ou dois e ainda quando os focos são numerosos, o aumento do volume do pulmão não é notável e pode ser tão pouco modificado que, abatido pela abertura da cavidade, a simples inspecção não permitia suspeitar da extensão das lesões, tanto mais que a superfície se apresenta sem qualquer mudança de côr apreciável e fácil de distinguir da congestão hipostática.

Nos casos de franca supuração não se observa uma hepatização nítidamente cinzenta; a côr das superfícies de secção é cinzenta, mas muito manchada de amarelo sujo e de vermelho.

Enquanto às lesões brônquicas, geralmente a mucosa apresenta-se muito avermelhada, mas a esta côr não se deve atribuir grande importância por ser constante no cadaver, por imbebição hemoglobínica, e o mesmo se pode dizer da vascularização intensa da sub-

mucosa em que os fenómenos agónicos e a hipostase muito influi.

Em alguns dêstes casos a mucosa nasal apresentava alterações ligeiramente ulcerosas, intensa congestão, etc.

Na mucosa faríngea observam-se lesões de faringite aguda.

O baço umas vezes é sensivelmente normal em pêso e dimensões; noutras mais pesado. Em todos, a cápsula é fina e tensa, a polpa difluente, de côr roxa.

O fígado, em todos os casos em que a putrefacção não complica o seu aspecto, apresenta-se mole, com superfícies de secção que aderem à faca, pálido, anemiado, amarelo-sujo, mais ou menos manchado de violáceo ou com congestão passiva e degenerescência gorda.

Os intestinos continham sempre fezes amarelas nítidas e pouco fétidas, sem alterações apreciáveis da mucosa; por vezes a congestão difusa. Em caso algum havia ulcerações ou sangue no conteúdo intestinal.

Lesões meníngeas e pleurais foram constatadas num pequeno número de casos. As primeiras reduzidas a simples congestão ou mais graves e constituindo meningites purulentas; as segundas, à parte as aderências de pleurisia crónica fibro-adesiva, consistindo exclusivamente em inflamação fibrinosa aguda ou purulenta, esta última acompanhada de mediastinite supurada.

CAPITULO IX

PROGNÓSTICO

São muitos e variados os factores de que depende o prognóstico da gripe.

1.º — O prognóstico da gripe depende do terreno em que evoluciona.

Assim os tísicos, os cardíacos, os bronquíticos e os brightícos, etc., são os que pagam maior tributo a esta doença. A gripe põe em evidência doenças que estavam ocultas e às quais sucumbem ainda que o ataque de gripe tenha sido leve.

Um indivíduo com tuberculose latente, sendo atacado de gripe, esta desperta aquela com tal virulência que a torna galopante. Destrói a compensação em certas doenças cardíacas e os doentes morrem em assistolia.

Em geral, pode dizer-se que quem tivesse um órgão (rim, coração, pulmão) lesado e fôsse atingido pela gripe estava em regra condenado.

2.°—A idade dos doentes também tem esta influência sôbre o prognóstico. A gripe foi muito benigna nas crianças e até certo ponto nas pessoas acima dos 40 anos de idade; ao passo que nos indivíduos dos 20 aos 40 anos observavam-se as formas mais graves bronco-pneumónicas e eram os mais freqùentemente atacados.

3.°—O prognóstico era sempre sombrio, quando não fatal, para as mulheres grávidas. O abôrto era de regra, qualquer que fôsse o tempo de gravidez, seguido de morte para a mãe e filho.

A falta de expectoração acompanhada de outros sintomas graves era denunciadora dum mau prognóstico.

O delírio e a dispneia davam um prognóstico pouco animador.

Naquelas formas cujas lesões anatómicas não eram denunciadas clínica-

mente, o estado da língua era um grande sinal de prognóstico, como já dissemos ao referirmo-nos à sintomatologia dependente do aparelho gastro-intestinal.

A gripe escolhia de preferência as pessoas mais fortes para as atacar com formas mais graves.

TRATAMENTO

No tratamento da gripe não ha regras fixas e bem determinadas, pois que a gripe é uma doença essencialmente variável, cujas manifestações sintomáticas mudam de indivíduo para indivíduo, e até no próprio indivíduo na mesma epidemia.

Sòmente na ocasião o médico poderá medir e apreciar bem todas as circunstâncias que o hão-de levar a instituir uma ou outra medicação.

Sendo a gripe uma doença infecciosa cujo agente etiológico é desconhecido, não sendo por isso possível organizar uma medicação específica, ha contudo um conjunto de meios terapêuti-

cos, um método geral de tratamento, aplicáveis às doenças infecciosas agudas qualquer que seja a sua etiologia, que bem aplicados dão resultados, senão superiores, pelo menos iguais aos da medicação específica.

Este método geral de tratamento fragmenta-se em três capítulos:

Higiene — Dietética — Medicação

Higiene. — Os cuidados higiénicos nas doenças infecciosas agudas ocupam um lugar importante.

Deve-se escolher o melhor aposento da casa para o doente permanecer, seja suficientemente amplo, bem iluminado, fazendo-se a ventilação durante o dia abrindo-se as janelas.

Dietética. — E' duma grande importância a organização do regímen alimentar. Começar-se-ha por o regímen de redução, um a dois litros de leite nas vinte e quatro horas (250 gra-

mas de 3 em 3 horas). Pode ser administrado só ou misturado com água, café ou chá, porque àlêm de mascarar o sabor do leite, tornando-o menos enjoativo, actua como tónico. Se o leite faltar, o que infelizmente se nota em ocasião de epidemias, substitúi-se por caldos e chá, ou quando o leite é em pequena quantidade ordena-se êste intervalado com os caldos.

No período de convalescença emprega-se o regímen de reconstituìção feito com leite, caldo, pão, papas, sopas preparadas em caldo ou leite, caldo de carne adicionado de arroz ou farinha triga, ovos, carne, etc.

A' medida que a convalescença prossegue sem novidade, apròxima-se a alimentação do regímen habitual do doente no estado de saúde.

Medicação.—Na gripe, como em outra qualquer doença infecciosa aguda, cumpre actuar sôbre o agente produtor da doença, embora desconhecido como acontece na gripe, obstando à

sua multiplicação, evitando associações que possam produzir infecções secundárias.

Procurar neutralizar as toxinas e ajudar a sua eliminação pelos emuntórios; combater a febre, tonificar o organismo e acudir à desmineralização que por vezes atinge uma elevada importância — deve ser o nosso fim.

A medicação a prescrever nestas infecções agudas, nas suas diferentes indicações, é representada no seguinte quadro:

Medicação { Antisética, Antifebril, Tónica, Remineralizante }

Na medicação antisética ainda podemos incluir a medicação local e geral.

Faz-se a medicação antisética local com o fim de reduzir a actividade bacteriana do intestino e ao mesmo tempo lutar contra a constipação que às vezes é muito rebelde, ordenando a administração de purgantes.

Como purgantes, usamos em grande escala no princípio da afecção o sulfato de soda na dóse terapêutica de trinta gramas e os calomelanos.

Freudental considera os calomelanos, administrado em dóses fraccionadas, o medicamento específico da gripe.

Gronstedt preconiza a associação dos calomelanos com o envólucro refrigerante, como base do tratamento da gripe. No início da doenca começa por prescrever 0,50 gramas de calomelanos, seguidos, três horas depois, de um clister geralmente com sabão; no segundo dia de tratamento administra dois ou três envólucros; no terceiro dia, de novo a mesma dóse de calomelanos e um clister: no quarto dia, dois ou três envólucros; no quinto dia, água de Sedlitz e eventualmente um clister. Durante os dias seguintes e até que a temperatura desça a menos de 37°,5 sòmente se faz a aplicação dum envólucro de Priestnitz, administrando uma poção expectorante.

Funda-se êste autor no emprêgo dos calomelanos como desinfectante, e efeitos purgativos acrescidos pelo uso dos clisteres com sabão. A excitação produzida determina um aumento de secreção no colon, o que traz como resultado a eliminação das toxinas gripais.

E o envólucro refrigerante, produz grande efeito diaforético, aumentado em alto grau pela cânfora, conhaque e chá.

Alguns autores são de opinião que na gripe se não devem administrar purgantes.

Como medicação antisética geral pratica-se fazendo a administração das soluções salinas e metais coloidais.

A solução salina muito empregada foi a de Hayem:

Cloreto de sódio . .	5	gramas
Sulfato de soda . .	10	»
Água destilada . .	1:000	»

Ou também se pode empregar a solução de cloreto de sódio a 7 ‰ chamada sôro fisiológico.

A dóse a injectar por via subcutânea é de 50, 100, 200 gramas, nas vinte e quatro horas, reservando-se a via endovenosa para casos de grande urgência.

A solução salina é um estimulante do sistema nervoso e circulatório, excitando as glândulas e acelerando o trabalho de eliminação. Faz lavagem ao sangue, libertando assim o organismo de toxinas. Restabelece a massa de sangue que nas infecções pode estar reduzida devido a suores abundantes, hemorragias e evacuações diarreicas.

Alguns autores são de opinião que se não deve empregar a velha prática das injecções de sôro fisiológico ou sôro de Hayem, porque só momentâneamente levantam o pulso; são soluções que rápidamente são expulsas dos vasos, acarretando, com o agravamento do doente, uma desmineralização grande.

Gowaerts, no seu estudo sôbre anemia post-hemorrágica dos feridos da

guerra, condena o uso do sôro fisiológico ou sôro de Hayem. Substitúi com mais vantagem pelos soros de Schiassi, de maior estabilidade vascular (sem os inconvenientes tóxicos do Ringer-Lock), contêm glicose e muitos dos sais indispensáveis à vida dos tecidos.

O Dr. Azevedo Gomes, num artigo publicado no «Diario de Noticias», diz que havendo uma profunda intoxicação do organismo e daí, pela sua influência sôbre o coração e o bolbo, apresentarem-nos os doentes a sua grande adinamia, propõe como meio salvador o emprêgo de injecções de sôro glicosado (por via endovenosa, ou hipodérmica) para abrir o filtro renal e eliminar as toxinas, conjuntamente com o tratamento local.

O Dr. Arantes Borges objecta se se não poderá, à força do emprêgo do sôro glicosado, fazer despontar uma diabetes assucarada. E', pois, de opinião que se deve dar preferência ao emprêgo de outros diuréticos de tanta ou

mais valia que o sôro fisiológico, e que foge a êste inconveniente.

Um dêles é a urotropina, que se pode empregar como sôro glicosado e que tem a grande vantagem de também poder ser empregado por via endovenosa e em solutos mais concentrados e em dóse maior: 1 grama num soluto de 10 %.

Loeper e Grosdidier ensaiaram a urotropina (2 ou mesmo 3 gramas por dia) no tratamento da gripe, no intuito de utilizar a sua acção sedativa, antitérmica e diurética, encontrando conveniente o seu emprêgo nas formas simples, tóxicas e mesmo nervosas sem complicações pulmonares.

Mas não podemos fazer a antisepsia geral, desintoxicar o organismo, lançando mão únicamente do filtro renal para a eliminação das toxinas.

Precisamos, pois, utilizar para êste fim todos os órgãos vicariantes, pele, intestino, pulmão e talvez glândulas salivares, fazendo assim um combate indirecto da infecção.

Aproveitamos as glândulas cutâneas, excitando a actividade sudorífera da pele, ordenando aos doentes tomar sempre muito quentes os líquidos da alimentação (água, leite, caldos); beber durante o dia infusão de sabugueiro ou de jarobandi.

Empregamos os sudoríferos, como os pós de Dower, aspirina, sempre que o coração possa reagir contra a intoxicação.

Aplicamos os expectorantes, como benzoato de soda, terpina, bálsamo de Tolu, etc., para através do parênquima pulmonar, quando fôr possível, fazer uma grande eliminação de toxinas.

Ainda temos outros meios a que podemos recorrer para desintoxicar o organismo, como sejam a *sangria* e os *abcessos de fixação*.

José Alberto de Faria diz que os efeitos que tirou com a sangria não foram de tal forma animadores que o levassem ao prosseguimento de tal terapêutica.

Ravaut diz que uma sangria de 500

centímetros cúbicos ou duma série de pequenas sangrias repetidas, conjura os acidentes do edema supra-agudo do pulmão.

Arantes Borges preconiza-a sòmente nos pletóricos e hipertensos.

Os abcessos de fixação eram verdadeiramente fixadores, siderantes da doença. Fazia-se o abcesso e o estado geral do doente melhorava. Preferia-se a face externa da coxa à face anterior, para não prejudicar os movimentos do doente.

Gripe simples, ao fazerem sinais de scepticémia, pneumonia gripal e em todos os casos de bronco-pneumonia, tais eram as indicações.

Ainda como antisético geral temos um recurso valiosíssimo: as resoluções coloìdais ou fermentos metálicos, que foram empregados em grande escala.

A solução salina mais empregada é o electrargol, o colargol, sendo o primeiro mais empregado, é dum grande poder bactericida, bastando duas a

três injecções de 10 centímetros cúbicos com intervalo de 24 horas e às vezes uma só, para que a fase da declinação da doença fôsse marcada por um abaixamento notável de temperatura, por um bem-estar geral.

Pode aproveitar-se qualquer das vias subcutâneas, inter-muscular ou endo-venosa.

Outro desinfectante geral é o óleo canforado, que dava muito bom resultado nas formas asfíxicas, por via endo-venosa. Geralmente empregava-se na dóse de 5 centímetros cúbicos e até mais.

O óleo canforado, àlêm de ser um desinfectante geral, é tambêm um tóni-cardíaco de grande valia.

*

* *

Na *medicação anti-febril* ha um conjunto de meios terapêuticos destinados a combater um elemento sintomático

importante na patologia clínica das afecções: a febre.

Podemos classificar em três grupos diferentes os meios terapêuticos dirigidos contra a febre:

Antipirética — Antitérmica — Hipotermisante

A terapêutica antipirética funda-se em combater a febre, combatendo o agente patogénico. Ora infelizmente o agente da gripe ainda está por descobrir, no entanto alguns autores querem considerar o sulfato de quinino (1) como específico, do mesmo modo que o é para o paludismo. Outros dizem que os efeitos do quinino sôbre a febre na gripe, sobretudo nos casos em que a temperatura é elevada, são nulos ou quási nulos.

(1) Era voz corrente no Rio de Janeiro que o quinino foi o causador de morrer muita gente, alegando que os doentes sentiam zumbido de ouvidos. ¿Seria abuso, sendo a morte por intoxicação?

Dubois emprega a quina amarela (3 a 4 colheres de chá por dia) que reputa superior aos sais de quinino. R. Marron considera estes como incompatíveis com a aspirina, formando um esómoro tóxico, a quinotaxina que dá taquicardia e tremores, fazendo piorar o estado geral do doente.

A terapêutica antitérmica procura impedir a produção de calor por meio de medicamentos. Os mais usados e que tiveram grande voga no tratamento da gripe foram: antipirina, fenacetina, criogenina, piramidon, aspirina, sendo esta última muito empregada por ter um grande poder sudorífero.

A terapêutica hipotermizante emprega meios tendentes a subtrair calor ao organismo. Entram nesta categoria os excitantes difusíveis, como o acetato de amoníaco, o álcool, o éter, porque activando a circulação periférica aumentam as perdas de calor. O álcool e o acetato de amoníaco estão prescritos nos formulários em poções bem conhecidas (Poção de Todd, Po-

ção cordial, Poção de acetato de amoníaco) e o éter sob a forma de licor de Hoffman. A dosagem é de 3 a 6 colheres por dia.

Para baixar a temperatura, o grande hipotermizante ainda é a hidroterapia, mais geral, mais prática, mais eficaz e útil.

A água pode ser aplicada nas pirexias sob diversas formas:

Loções;
Lençol molhado;
Compressas;
Clisteres;
Banhos.

*

* *

A medicação tónica que procura elevar e conservar o dinamismo orgânico, compreende alguns dos medicamentos já mencionados como a Poção de Todd, Poção cordial, etc., as preparações de estricnina. Na gripe é re-

comendável estender o uso dos tónicardíacos a quási todos os doentes, ainda que do seu exame não dê conhecimento de lesão do coração; mesmo nos indivíduos fortes cujo coração funcionava anteriormente à doença normalmente, são mui freqüentes as intermitências e síncopes.

G. Lyon e Huchard aconselham respectivamente a digitalis e a digitalina; o primeiro em dóses fortes e maciça logo no comêço da doença; o segundo em solução a 1 para mil.

Pode dar-se a preferência à cafeína, esparteína, óleo canforado. As preparações arsenicais são empregadas no período da convalescença. Entre os preparados de arsénico temos o Licor de Fowler, o arseniato de soda, o cacodilato de soda, o arrenal, etc.

*
* *

Na medicação remineralizante utilizamos os glicerofosfatos de cal, de ferro e de soda.

Lœper preconiza também o óleo canforado fosforado na astenia gripal, visto a cânfora ser ao mesmo tempo um sedativo e um tónico, e o fósforo um alimento do sistema nervoso e uma substância remineralizadora de primeira ordem.

Emprega uma solução no óleo de um miligrama de fósforo e de 20 centigramas de cânfora por centímetro cúbico, injectando um centímetro cúbico por dia. Contra-indica tal tratamento a persistência da albuminúria ou a existência de complicações hepáticas.

Seroterapia

Viole e Renon empregam o sôro anti-pneumocócico para evitar as complicações do lado do pulmão: um centímetro cúbico de sôro em injecção hipodérmica, 4 gramas de cloreto de cálcio em poção e cinco horas depois 40 centímetros cúbicos de sôro.

O sucesso seria certo quando se

trata do pneumococo como agente das lesões.

Henrique Aragão (*Brasil Med.* n.° 45) preconiza com fins terapêuticos uma vacina mista com gérmens de associação secundária, contendo em cada 2 centímetros cúbicos dois biliões de micróbios, sendo seiscentos milhões de pneumococos, duzentos milhões de estrepto e estafilococos e um bilião de diversos gérmens das expectorações gripais cultivadas a 37° durante 48 horas em placas de agar sangue (pneumococos, bacilos de Pfeiffer, estreptococos, catarralis, diplococos).

Esta vacina, injectada na dóse de 1 a 2 centímetros cúbicos em adulto com 1 a 3 dias de intervalo, diz o autor que tem dado resultados favoráveis, às vezes sòsinha, outras vezes associada a outros meios terapêuticos, nas manifestações pulmonares da gripe.

Leyroux, baseado sôbre as constatações bacteriológicas que dão como causadores mais freqùentes das com-

plicações o pneumococo, o estreptococo e o cocobacilo, adopta o emprêgo associado de soros anti-pneumocócico, anti-estreptocócico e pfeifferiano.

Orticoni & Barbier, impressionados pelas coincidências epidemiológicas entre a gripe humana e as epizootias cavalares observadas êste ano, constataram, pela hemocultura em sangue de cavalo, a presença de bacilos idênticos ou visinhos do bacilo de Pfeiffer que isolaram do homem. Um certo número de doentes humanos, tratados por injecções sub-cutâneas de sôro de cavalos convalescentes, deu resultados muito favoráveis, que permitem antever um método eficaz de seroterapia da gripe humana (Soc. Biol. Paris, 9-XI).

Dujarrie de la Rivière, baseando-se que o agente da gripe é um vírus filtrante encontrando-se tambêm no sangue, demonstrou com experiências feitas em si próprio que a doença adquirida pela inoculação dêste sangue actua à semelhança da vacina e dá imunidade ulterior.

Violle e Luigi Mill empregam o sôro e até o próprio sangue do doente em injecção subcutânea, retirando por sangria 25 centímetros cúbicos de sangue em seringa esterilizada que acto contínuo injectavam sob a pele da região antro-externa da coxa. Contam estes autores que os resultados benéficos são quási imediatos, as dores de cabeça desaparecem, a temperatura volta ao normal, desaparecendo também a depressão nervosa.

Os laboratórios Connaught da Universidade de Toronto, no Canadá, anunciam já a descoberta da vacina preventiva da gripe e distribuem logo 7:000 dóses.

Tratamento preventivo

O higienista Heckel diz ter-lhe parecido que o uso antecipado do arsenical, seja qual fôr (arsenitos, arseniatos, arrenal, cacodilatos, arseno-benzol), põe o organismo em condições de notável resistência contra a gripe. Afirma ter

observado que as pessoas no uso do arsénico ficaram indemnes da gripe.

Burlereaux et Carmerasse preconizam o uso duma injecção de guaiarsina, que vem a ser o cacodilato de guaiacol, no comêço da infecção, com o fim de impedir o desenvolvimento completo da moléstia, ou então de a fazer desaparecer sem deixar conseqüências de maior.

O Dr. Melo Breyner diz que, devido às circunstâncias de ver citado o arseno-benzol como tratamento preventivo e também o nome de Emery, um dos sifilígrafos que em Paris gozam de maior consideração, levou êste autor a fazer investigações neste sentido.

Na Enfermaria de Santa Maria Madalena do Hospital do Destêrro, é rara a mulher que ali entre sem ter já recebido anteriormente uma ou mais injecções de «606», de «914» ou de novo-arseno-benzol.

Reinando com intensidade em Lisboa e desde meados de Setembro de 1918 a epidemia de gripe, tendo sido

até nesta enfermaria que apareceram os primeiros casos típicos da moléstia, é, no entanto, realmente extraordinário que tão pequeno número de casos autênticos aí surgissem.

O mesmo autor diz que na Enfermaria de Santa Maria Madalena havia aproximadamente 100 camas e que apenas 7 mulheres foram transferidas para o hospital de isolamento, desde o início da epidemia. Seis delas tinham sido já injectadas com «914» e tiveram apenas a modalidade benigna da doença. A única que morreu nunca tivera sido injectada com o remédio de Ehrlich, nem tomára jàmais outro arsénico sôbre outra forma.

Refere ainda mais alguns casos concludentes: Um tuberculoso, que, pelo facto de ser tambêm um sifilitico, estava na quarta injecção intra-venosa de novo-arseno-benzol quando a gripe lhe entrou em casa para atacar toda a família, vitimando duas pessoas e colocando outras em estado muito grave, apenas êste tuberculoso, que era o

mais fraco com lugares de menor resistência nos pulmões, foi poupado.

Outro caso é dum rapaz que tinha sido injectado havia pouco tempo com «914», o qual pôde escapar à moléstia apesar de ter dormido no mesmo quarto e até na mesma cama, onde no curto praso de três dias morre uma criatura com a forma grave de pneumonia gripal.

Em minha casa também observei um caso que talvez possa atribuir à acção preventiva do arsénico. Meu irmão, de 25 anos de idade, sofre duma psoríasis keratiforme e estava fazendo tratamento, tomando arrenal, quando a gripe entra em casa para atacar uma pessoa de família com a forma bronco-pneumónica, gravemente enferma, e outras com formas bronquíticas; êste, porêm, apresentou uns sintomas muito simples, desaparecendo no fim de três dias.

Outros dizem que os compostos de quinino teem uma acção preventiva e frenadora sôbre as manifestações gri-

pais, desde que seja dado em dóse elevada.

A êste respeito apontaremos um caso que se dera comigo. Quando trabalhava no combate à epidemia, diáriamente, tomava um comprimido de bisulfato de quinino. Deu-se, porêm, o caso de a gripe não me poupar após poucos dias de trabalho, com uma forma relativamente benigna. ¿Poderei atribuir esta forma benigna à acção preventiva do quinino?

CAPÍTULO XI

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

I

Doente M. F., doméstica, casada, de 35 anos de idade. Diagnóstico: Gripe (forma nervosa).

Estado actual.—Prostração acentuada, dores nos membros e corpo, cefalalgias frontais intensas; temperatura elevada, 40°,2, raquialgia e delírio.

Pulso pequeno, hipotenso, freqüente.

Língua saburrosa, avermelhada na ponta e nos bordos, anorexia e obstipação.

Diurese reduzida, com urinas muito carregadas.

História da doença.— Adoecêra a 4 de Outubro de 1918, com cefalalgia,

dores generalizadas por todo o corpo, zumbido de ouvidos, arrepios, mal-estar geral, falta de apetite.

Antecedentes pessoais. — No ano de 1913 sofrêra de alienação mental.

Antecedentes hereditários. — Pai alcoólico.

Evolução. — Desde o dia 4 que os sintomas principais da doença não desapareceram, antes pelo contrário se acentuaram mais, como a prostração, a temperatura sempre muito elevada, delírio constante (1), querendo saltar pela cama fora, sendo necessário empregar da parte da família grande vigilância, vindo a falecer no dia 13, anunciando-se a morte por descida brusca de temperatura.

Medicação. — Purgante de sulfato de sódio, bisulfato de quinino em hóstias de 0,25 gramas, antipirina, injec-

(1) As formas nervosas eram quási sempre mortais. O prof. Pires de Lima observou o mesmo facto. *(Notas sôbre a epidemia gripal).*

ções de óleo canforado (1) 5 c. c. de manhã e 5 de tarde, loções de vinagre aromático, poção de hidrato de cloral, poção de Todd.

II

Doente J. Carton I., tripulante dum vapor inglês, 28 anos de idade. Diagnóstico: Gripe (forma torácica-bronco-pneumónica).

Estado actual.— Cefalalgias frontais, dores por todo o corpo, febre elevada.

Pulso pequeno e freqüente.

Língua saburrosa, obstipação.

Diurese pequena.

Expectoração abundante muco-purulenta. Ligeiros sarridos de bronquite, disseminados nos dois pulmões.

História da doença. — Adoecêra durante a viagem de Liverpool ao pôrto de Leixões, no dia 9 de Março, com:

(1) Não pude empregar o electrargol, pois que infelizmente não se encontrava nas farmácias.

arrepios, cefalalgia, vómitos, dores generalizadas, febre elevada, tosse.

Antecedentes pessoais.—Alcoólico (embriagando-se freqùentemente com wisky).

Antecedentes hereditários. — Não os pudemos apurar.

Evolução. — Desde o dia 12, data em que embarcámos no pôrto de Leixões, o doente apresentava a sintomatologia que acima mencionamos. Em 15, a temperatura diminuiu para subir de novo com agravamento dos sintomas. Tosse acompanhada de expectoração rósea; na base direita e adiante sarridos sibilantes, respiração diminuida, broncofonia, sarridos sub-crepitantes, dispneia, dores no peito e nas costas e arrepios. A língua tornou-se mais saburrosa.

A pouco e pouco o estado geral melhorando, os sintomas ou sinais estetoscópios diminuindo e no dia 3 de Abril o doente tivera alta, indo retomar o seu serviço como fogueiro do vapor.

Medicação.—Antes de embarcarmos quem fizera a primeira medicação (desde 9 a 13-3-919) foi o *Chief-steward* (dispenseiro). Administrára-lhe no dia 10 uma poção composta de leite, óleo de rícino e láudano de Sydenham. No dia seguinte outra poção composta de vinho do Porto, elixir de vitríolo e antipirina. Do dia 12 em diante, a nossa medicação foi a seguinte: Bisulfato de quinino em hóstias de 0,25 gramas, enfaixamento húmido sinapisado, injecções de óleo canforado.

Como a aplicação do enfaixamento húmido sinapizado, cataplasmas de mostarda e até pincelagens de tintura de iodo não nos fizesse obter resultados favoráveis do lado do pulmão, recorremos à velha prática do vesicatório.

Tambêm fizemos a aplicação de injecções de sulfato de esparteína.

III

Doente B. T., casado, de 29 anos de idade, fabricante. Diagnóstico — gripe simples.

Estado actual. — Dores generalizadas, raquialgias, cefalalgias, tosse com expectoração, febre elevada (39°).

Pulso pequeno, hipotenso.

Língua ligeiramente saburrosa e vómitos. Obstipação.

Diurese um pouco diminuida.

História da doença. — Adoecêra a 6-10 com cefalalgias, dores musculares, tosse, arrepios, otalgias, suores.

Evolução. — Com a medicação empregada os sintomas batem em retirada, entrando o doente em convalescença, ficando apenas a astenia vulgar da gripe.

Medicação. — Purgante de sulfato de sódio, hóstias de bisulfato de quinino, poção de terpina e benzoato de soda.

Visto.

O Presidente,

PIRES DE LIMA.

Pode imprimir-se.

MAXIMIANO LEMOS.

Bibliografia

Infecciones de Tipo Gripal, pelos drs. Antonio Piga e Luís Lamas.

Annali D'Igieni — 1918.

Portugal Médico — 1918-19.

Medicina Moderna — 1918-19.

Le Progrès Médical — 1918.

La Presse Médical — 1918.

Paris Médical — 1918.

Medicina Contemporânea — 1918-19.

ERRATA

Pag.	*Linha*	*Onde se lê*	*Leia-se*
27	13	discreções	descrições
28	16	com	como
29	26	difinem-na	definem-na
30	3	característica	característico
31	5	influência	influenza
31	7	do	de
31	8	está	esta
33	17	estava	eslava
35	15	freqùente	freqùentemente
37	17	influência	influenza
48	4	influência	influenza
70	8	da	dá
77	21	equematização	esquematização
86	8	cobertas	cobertos
120	6	esta	certa