

JÚLIO DE MACEDO

115

# TIFO EXANTEMÁTICO

Considerações sôbre alguns casos  
Estudo de clinica e terapêutica

193/3 F47

Júlio Hernando Simões de Macedo

# TIFO EXANTEMÁTICO

Considerações sobre alguns casos  
◆ Estudo de clínica e terapêutica ◆

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL APRESENTADA  
À FACULDADE DE MEDICINA DO PÓRTO



JÚLHO — 1920

TIPO EXANTEMÁTICO

Braga — Imprensa Henriquina, movida a electricidade

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

DR. MAXIMIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LEMOS

PROFESSOR SECRETÁRIO

**Dr. Álvaro Teixeira Bastos**

CORPO DOCENTE

## PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva . . . . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia . . . . .	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial. . . . .	Dr. António de Almeida Garrett
Farmacologia . . . . .	Dr. José de Oliveira Lima
Patologia geral . . . . .	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica . . . . .	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Bacteriologia e Parasitologia. . . . .	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene . . . . .	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal. . . . .	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Medicina operatória e pequena cirurgia . . . . .	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Patologia cirúrgica . . . . .	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica . . . . .	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica. . . . .	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica. . . . .	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral. . . . .	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica. . . . .	Vaga (1)
História da medicina e Deonto- logia . . . . .	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifiligrafia . . . . .	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria . . . . .	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria. . . . .	Vaga (2)

## PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo } Lentes catedráticos  
Pedro Augusto Dias }

(1) Cadeira regida pelo Professor livre — Dr. Manuel António de Moraes Frias.

(2) Cadeira regida pelo Professor ordinário — Dr. António de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação  
(Art. 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto  
de 3 de Janeiro de 1920).

*A minha Mulher*

---

*A meu Filho*

*A meus Paes*

SÓ UMA ASPIRAÇÃO TENHO — SER  
PARA O MEU FILHO O QUE VÓS  
PARA MIM SOIS.

A' minha Irmãzinha -- beijos

Aos meus Irmãos -- abraço-vos

*A meus Sogros*

*A mais perfeita amizade*

*A meus Cunhados*

ANTES DE IRMÃOS—AMIGOS

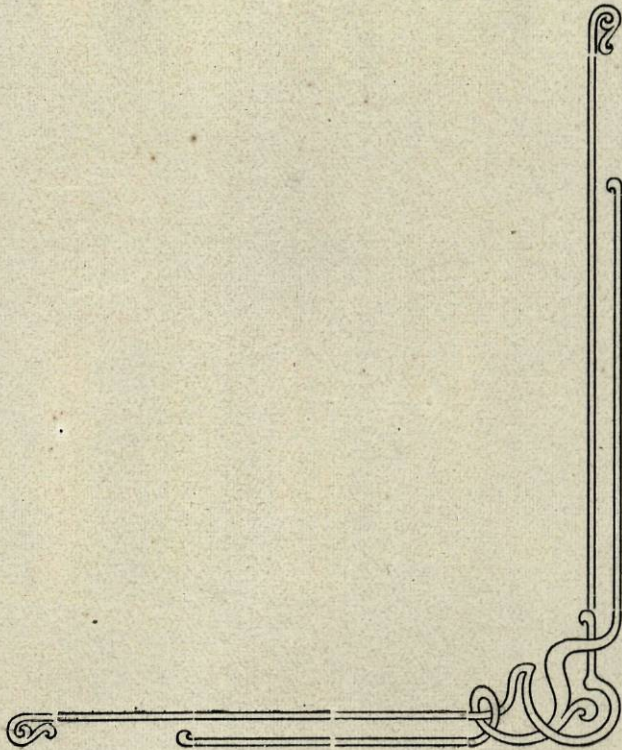
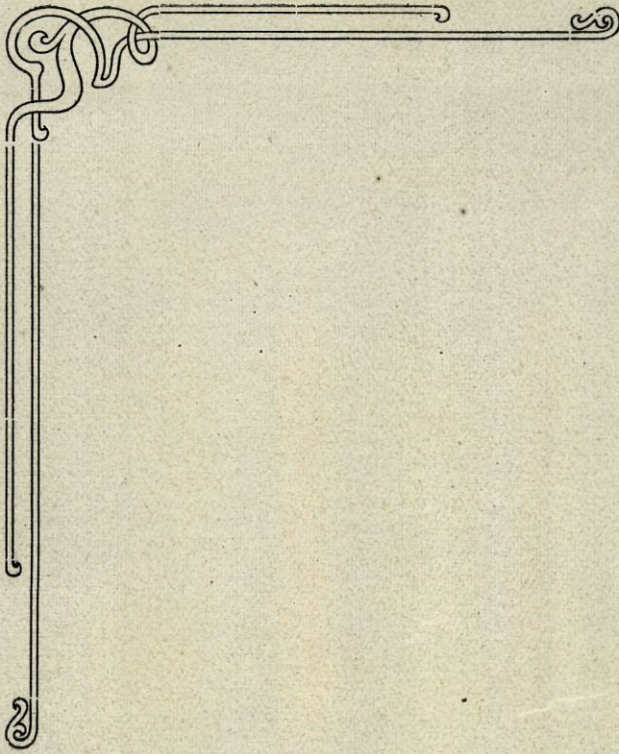
AMIGOS—DEPOIS DE IRMÃOS

*Aos que me estimam*

*Aos meus condiscipulos*

*Ao Dr. António Ramalho*

*Devo-lhe os melhores ensinamentos e sem o seu estímulo eu não poderia realizar este modesto trabalho. Mas não só as preciosas lições que recebi e recebo todos os dias lhe agradeço nesta página; nela exprimo também o meu reconhecido agradecimento pelo carinho e pela amizade de que cerca o seu assistente.*



## PALAVRAS PRÉVIAS

---

Quando nos anos anteriores ao meu, o alegre bando dos *quintanistas* saía de fitas ao vento, numa romagem forçada pela *volta dos tristes* em despedida ao pedaço mais feliz da vida, mal pensava eu que chegado lá havia de ter essa alegria substituída pela preocupação de quem já tinha aos ombros as canceiras da vida de médico.

Começado o ano pela epidemia de tifo-exantemático que me obrigou a galgar a íngreme ladeira do Bonfim, e terminado pela de gripe que me forçou a cavalgar desde manhã a altas horas da noite por todos os verdejantes recantos de Louzada, bem má recordação me teria deixado o 1918, se a certeza do dever cumprido e a paz de consciencia que daí advem, não fossem um bálsamo que as dores e as penas minorou.

Hoje, quem como eu foi criado vendo na vida médica o apostolado que meu Pae cumpre, sente uma saudade, uma piedade imensa por aqueles a quem não pôde valer, vítimas da desgraçada época em que caíram.

A' memoria de todos, mas sobretudo á das vítimas do dever profissional, como o Prof. Roberto Frias, meu muito ilustre mestre; o Dr. José de Moura Araujo, meu querido condiscípulo; o Dr. Manuel Ventura Teixeira da Fonseca, de Louzada; o Dr. Cruz Teixeira, de Braga; o Dr. Hermínio Cardoso, de Arouca; o Dr. Jaime de Almeida, do Porto, a minha dolorida admiração e a promessa de lhes seguir o exemplo de isenção e sacrificio, nesta vida que é simultaneamente, aquela que mais desgostos causa e a que mais satisfações gera.

PALAVRAS PREVIAS

\*

\*

\*

Antes de entrar no assunto do meu trabalho e depois das palavras de saudade que deixo acima, outras de homenagem e reconhecimento tenho de exarar aqui.

Ao meu ilustre Presidente de tese, Prof. Dr. António d'Ameida Garrett, muito obrigado pela honra que me deu aceitando prontamente o meu convite, e as minhas felicitações pelo seu esforço de novo que tão admiravelmente triunfou do meio.

Ao Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Alvaro Pimenta, dignissimo Director dos Hospitais de epidemiados, os meus agradecimentos pelo modo como sempre e rapidamente deu andamento a tudo que lhe requisitamos para os pobres doentes, e os meus parabens por haver transformado o Hospital Joaquim Urbano em um estabelecimento modelar que honra a cidade do Porto.

Aos distintísimos clínicos Directores das várias enfermarias do Hospital Joaquim Urbano n.º 1, Ex.<sup>mos</sup> Srs. Drs. Eduardo Ferreira dos Santos Silva, Vasco Nogueira d'Oliveira, Artur Morgado, Alvaro Pereira de Magalhães e Prof. Carlos Ramalhão, a minha eterna gratidão pelo modo obsequioso como sempre me puzeram ás ordens as suas enfermarias e me auxiliaram, com os seus ensinamentos, neste trabalho.

A todos os distintos médicos que prestaram serviços no tifo e gentilmente me deram pedaços da sua grande prática clínica, o meu fundo reconhecimento.

## CAPÍTULO I

### © CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

O autor mais moderno de que tenho conhecimento — Daniélopou — atribue ao tifo exantemático que observou na epidemia Romena de 1918, tres formas clínicas — *ligeira, média e hipertóxica* — e duas variedades: a *abortiva* variedade da ligeira, e a *fulminante* variedade da hipertóxica.

Não podendo, num trabalho modesto como este, fazer o estudo completo do tifo, apenas vou referir-me a duas das claras definições desse Autor — a da forma média e a da hipertóxica —, por serem as que mais me feriram a atenção pela riqueza e gravidade dos sintomas, e maiores ensinamentos dão ao clínico.

*A forma média apresenta certos fenómenos tóxicos ou outros, mas a defervescência acompanha-se de melhoras; a fase tóxica post-febril existe, mas atenuando-se cada vez mais até á cura.*

*A forma hipertóxica caracteriza-se pela intensidade dos fenómenos tóxicos, pela aparição de certos sinais que não existem senão nesta forma, e pela acentuação desses fenómenos depois da defervescência até á morte. Em certos casos não temos ocasião de assistir a esta última fase, porque o doente morre em pleno período febril.*

Esta forma, sobretudo, é aquela contra a qual vi debaterem-se muitos doentes e em que a minha assistência, menos feliz do que a de Daniélopou com o seu *sôro cloretado sódico*, que eu tambem usei, foi posta á prova assás rude duma bôa vontade impotente. E' a ela, pois, que eu tentarei descrever e estudar, principalmente, desejoso de lhe interpretar certos sintomas e de lhe colher os ensinamentos.

O meu trabalho é tanto mais árduo quanto me sinto desajudado do laboratório; por isso, sejam-me relevadas as faltas e toleradas aquelas afirmações, possivelmente parezendo arrojadas, mas baseadas na observação clínica de mais de 300 casos de tifo.

\*

\* \*

Os autores reparam os sintomas do tifo exantemático pelos quatro períodos da sua evolução: — *incubação, invasão, estado e defervescência*. Na verdade, se alguns sintomas aparecem no primeiro período e se mantem durante toda a doença, outros revelam-se em dada altura da evolução, e isto obriga necessariamente a descreve-los no período a que pertencem, na grande maioria dos casos, pela eclosão e intensidade.

Mas ainda pelas definições de Daniélopolu e pelo que eu próprio observei, outra obrigação resalta ao meu espirito: incluir na descrição que vou fazer, mais um período — *a convalescença*.

De facto, quem descreve os sintomas do período de incubação, não pode deixar de se referir á fase tóxica post-febril. Num caso de tifo ligeiro, está claro que não podemos distinguir a convalescença como sendo um período da doença, mas num da forma hipertóxica podemos e devemos faze-lo, pois esta pode prolongar-se, embora a terapêutica seja a mais atual.

**Período de incubação** — Deixando aos autores as divergências verificadas nos tratados sobre a duração deste período, não discutindo, pois, se as grandes amplitudes pertencem ao tipo epidémico ou ao endémico, eu apenas arquivo que os dez dias marcados pelas nossas autoridades sanitárias como período de duração média, raras vezes foram ultrapassados como o prova o estado atual da epidemia.

De facto, seja do que fôr dependente a duração da incubação — naturalmente dos mesmos factores das outras infeções — entre nós, embora verificadas tambem as suas grandes oscilações, <sup>(1)</sup> o resultado do combate estabelecido á doença pelo critério da vigilância dos contactos no período médio de dez dias, foi tão satisfatório que podemos chamar-lhe, orgulhosamente, brilhante.

Qual a sintomatologia deste período? Eu apenas tive um caso, em que a pude verificar: foi numa criada minha que fiz internar no Hospital Joaquim Urbano n.º 2. Esta doente apresentava toda a sintomatologia atribuída pelos autores a este pe-

---

(1) Nos dois primeiros casos de tifo de que tive conhecimento, a incubação foi de 10 e 13 dias, respectivamente, e num que vigiei perto de Braga foi de 25 dias. Casos assim, ou pelo contrário de incubação muito curta, são porém exceções.

ríodo, mas sob uma forma muito curiosa. Um dia queixava-se de dores de cabeça e pelo corpo, inapetência para o trabalho, etc.; no dia seguinte dizia-se boa e retomava os seus afazeres. Assim andou, cai hoje, levanta àmanhã, até que os sintomas se firmaram e acentuaram, e o período de invasão se estabeleceu seguro.

O quadro que os autores lhe descrevem — cefalalgia frontal ou temporal, dores pelo corpo com sensação de quebreira de membros, mudanças de carater (tristeza, irritabilidade, etc.) sonolência, sono inquieto, o aspeto de fadiga de quem vem da romaria, a congestão da face e das conjuntivas, o delírio noturno, uma pequena elevação de temperatura (37,°2 a 37,°5)—mostrou-se n'esta doente, embora um pouco aberrante; mas nem sempre me foi referido pelos internados do hospital a quem assisti. Se muitos mo revelaram na frase pitoresca e vulgar «eu já andava a choca-la», muitos também, mo negaram dizendo-se atacados de repente.

A verdade é que, de sintomatologia muito acentuada ou apagada, o período de incubação tem importância para quem vigia contactos, porque descobre uma doença de que se suspeita oferecendo-a ao combate. E digo de que se suspeita, porque a não termos um *facto suspeito* não vejo no quadro acima um sinal ou grupo de sintomas capazes de nos orientarem no diagnóstico.

Alguns autores veem no delírio precoce e na congestão da face e das conjuntivas, sintomas de probabilidade de tifo.

Eu não posso apreciar a razão que lhes assiste pela falta de casos em observação a que acima me refiro, mas o que devo é declarar que pelos sintomas enumerados, o mais que posso é supor-me em presença do período de incubação duma doença infecciosa aguda. Já assim não diria, se o sinal do *pterygion vascular*, de E. Legrain, estivesse incluído como um sintoma habitual do tifo.

Infelizmente, E. Legrain cita-o em 1911 e nenhum autor de então para cá se refere a ele numa confirmação. (1)

**Período de invasão: período de início** — Este período, é, como o seu nome indica, o verdadeiro princípio da doença.

(1) E. Legrain e R. Treille—Le Typhus Exanthématique—2.ª edição, 1911.

«Antes da congestão conjuntival bem conhecida daqueles que tem visto tífosos, antes do começo da ascensão térmica, antes mesmo das dores de cabeça, e da inapetência do início do tifo, observa-se uma congestão triangular do angulo interno de cada olho, sob a forma de uma especie de *pterygion vascular* permitindo diagnosticar o tifo quasi pela certa, muito em antes do seu início.

Em tempo de epidemia este *sinal do pterigion vascular*, permitiu-nos diagnosticar o tifo antes de qualquer outra indicação.

Os próprios guardas das prisões puzeram muitas vezes reclusos em observação devido a este sinal e sempre o tifo se manifestou dois ou tres dias mais tarde».

A invasão é brutal, violenta, diz Dauthuille; a maioria das vezes a doença principia bruscamente, afirma Collet; mais rapidamente que a febre tifoide, assevera Jeanneret-Minkine, etc.

A sintomalogia do período de incubação, se não passou despercebida ao doente, quando da invasão, torna-se muito mais evidente, violenta e brutal, até. As dores pelo corpo e a cefalalgia tornam-se penosíssimas, insuportáveis, e a última acompanha-se de vertigens com sensação de vazio cerebral. Por vezes o quadro completa-se com a raquialgia (embora não tão intensa como na varíola) com os vômitos, com a transformação do sono inquieto em sono de pesadelos, e então o delírio aparece, e a insónia estabelece-se completa e irredutível.

Os arrepios que alguns autores negam, apareceram-me quasi sempre muito violentos de entrada, para depois se substituírem, no período de estado, nalguns casos, por uma permanente e penosa criestesia <sup>(1)</sup>.

As conjuntivas e a face apresentam uma congestão muito evidente e tão frequente como ainda não vi em outras infeções. Algumas vezes, a congestão conjuntival era muito leve ou ausente (raras vezes) e os olhos eram brilhantes, mas secos, vítreos, longe do aspecto catarral dos do sarampo. De resto nunca notei nada digno de referência, do lado da mucosa nasal ou faríngea, ao contrário de Combemale, que descreve uma angina particular ao tifo. Nalguns casos verifiquei epistaxis que me apareceram apenas em adolescentes <sup>(2)</sup>.

A prostração é muito marcada desde o princípio. A palavra é preguiçosa e ás vezes levemente tremida.

O doente apresenta-se-nos aterrado não só pela rapidez do ataque — como se tivesse levado uma grande pancada, que não sabe de onde caiu, disseram-me alguns —, mas ainda pelo internamento num hospital de que o povo tem uma ideia horrível — um inferno povoado por diabos de casaco branco.

A língua fortemente saburrosa, por vezes biliosa, ou pelo contrário vermelha e seca, cortada de leves ou profundos sulcos, move-se com custo num esboço daquilo a que Remlinger chamou «sintoma da língua» e que infelizmente, não é apenas uma pertença do tifo.

Quando menos saburrosa ou biliosa, a língua dum tifoso,

---

(1) O Snr. Prof. Tiago de Almeida, na lição que fez ao meu curso e que publicou no «Portugal Medico», 1918, n.º 1, pag. 43, diz que notou em quasi todos os doentes uma «sensação penosa de frio intenso durante o periodo febril por vezes com arrepios».

(2) Nos doentes que observei nunca verifiquei o menor catarro das mucosas que me pudesse lembrar o do sarampo.

na invasão, apresenta um aspeto interessante : — o saburro é central, os bordos e a ponta vermelhos e secos <sup>(3)</sup>.

A temperatura, que no primeiro dia subiu a 39° para no dia seguinte cair á normal ou proximidades, e de novo subir formando assim um bico ou vale, mantem-se oscilando entre 39° e 41°, em fracas remissões matinais e exacerbações vesperais. A *queda inicial* foi o sintoma que encontrei sempre em todos os doentes que pude observar na ocasião própria. Julgo-a um bom sinal de tifo, pois, como Legrain, estou na crença de que o *início da curva termométrica dum tifoso é típica*.

O pulso é concordante com a temperatura, porem, nos tifosos mais graves que vi, a par dum agravamento dos restantes sintomas deste período, torna-se pequeno, frequente e hipotenso e os ruidos cardíacos ensurdecem.

A insónia e o delírio agravam-se. Este último, doce, ligeiro, tranquilo, ou agitado, pode acompanhhar-se de queixumes, de resmungos, de desatinos, de palavras incoerentes, num semitorpor. O doente divaga na sonolência ou acordado, e se a memória não tem lacunas ou até não está completamente perdida, a resposta ás perguntas sobre o seu estado ou sobre o modo como a sua doença principiou, é de um grande otimismo ou fantasia.

Mas quando os sintomas revestem assim uma gravidade, a forma não é a média nem a hipertóxica ; é a fulminante. Eu penso como Jeanneret-Minkine que raras vezes encontrou nos seus doentes os sintomas graves citados por muitos autores na invasão.

Neste período não acontece como no anterior. Alguns sintomas se prestam já a um diagnóstico com certo fundamento, o que de resto tem justificação na passagem do estado de invasão latente ao de invasão franca. O vale inicial da temperatura, a congestão da face e das conjuntivas, o delírio e a insónia, são aquelles que mais fé me mereceram para tal fim. Sempre que um doente me apparecia com este quadro, admitia a possibilidade de um contacto suspeito de tifo exantemático, e nunca os factos me desmentiram. Verdade é que estávamos em plena epidemia e portanto sempre andávamos com o possivel contágio na ideia, quando o doente o não citava como certo, mas à parte este facto, eu julgo-os *bons sinais para o diagnóstico*.

**Período de estado : período eruptivo.** — Esta segunda designação parece-me a mais própria, porque estabelece melhor a duração e as alterações na sintomatologia da doença. Do período de invasão ao período de estado não ha clinicamente tran-

(3) O Snr. Dr. António Barradas, illustre director duma enfermaria de tifosos. poucos dias em antes de ir para a Flandres ocupar o seu posto de tenente médico no C. E. P., publicou um artigo em «A Medicina Moderna», n.º 291, em que cita este facto.

sição sensível, segundo se nota nas descrições e eu mesmo notei nos meus doentes.

O período de estado principia no dia anterior ao do aparecimento do exantema e termina no de defervescência, dizem os autores. Mas qual é o dia anterior ao do aparecimento do exantema? Quê sintomas marcam esse dia? Eu não os notei e parece-me, por isso, mais cômoda a designação de *período eruptivo*, visto a erupção — o exantema — não falhar, senão raras vezes, e portanto temos sempre um dia que marca o princípio da *étape* da doença, *étape* que de resto lhe deu o nome pelos seus dois principais sintomas — o *exantema* e o *torpor*.

O *exantema*, aparece do 4.º ao 7.º dia, sob a forma de *roséola maculosa discreta* (Collet, Dauthuille, etc.). Nem sempre. Não só este período pode ser ultrapassado — eu verifiquei-o em muitos casos, sendo um no 13.º dia — mas ainda o *início nem sempre se faz sob a forma maculosa*. Sobretudo nas crianças, nos adolescentes e nos velhos, a forma inicial foi a *petéqui*al.

Esta forma tendo-a visto muito frequentemente, não me pareceu produto de transformação das máculas, como afirma Dauthuille, pois o exantema maculoso conservava este caráter até ao fim.

Tres formas de exantema vi nos doentes que observei: o maculoso, o petéquial e o máculo-petéquial, segundo a ordem da sua frequência. O papuloso nunca me apareceu.

O *maculoso* é constituído por máculas de cor rósea pálida ou vermelha, regulares ou irregulares, isoladas ou confluentes, de dimensões que podem ir desde o tamanho de uma ervilha ao de uma moeda de dez tostões.

O *petéqui*al aparece, quasi sempre, sob a forma de pequenos pontos róseos claros, vermelhos ou até violetas, que nunca desaparecem á pressão. No caso que referi de exantema tardio, este tomou o aspeto de verdadeiras sufusões e o tamanho da moeda acima.

O *máculo-petéqui*al é uma combinação dos dois tipos anteriores. Este tipo pode supor-se uma *étape* da transformação das máculas em petéquias, tanto mais que aquelas já teem desaparecido todas e estas ainda se notam durante dias. Mas não. Não só as petéquias não aumentavam em número, mas ainda mostravam tendência a desaparecer como as máculas. Se duravam mais tempo devemos talvez atribui-lo ao mecanismo da absorção.

Emquanto á séde; embora Dauthuille diga dever procurar-se o exantema no abdomen; Alcide Treille na região deltodeia; Combemale, na cintura escapular; Daniélopolu nas partes laterais do torax e do abdomen ou nas omoplatas; eu penso como Thoinot: — o *exantema tem como regiões prediletas* — o dorso e o antebraço.

Foi nestas regiões que sempre o encontrei primeiro, para depois se generalisar ou não. Quando não era visível a estase provocava o seu aparecimento, como tive ocasião de verificar ao fazer aplicações endovenosas.

Ainda alguns autores Jeanneret-Minkine, M. Deléard e M. D'Halluin, afirmam que o exantema nunca aparece na face. Varios casos vi eu em contrário desta afirmação, um deles por sinal tão nítido que lamento não poder ilustrar este trabalho com a fotografia que lhe mandei fazer, mas a pouca nitidez do cliché não mo permitiu. O caso deu-se num doente de 15 anos em que o exantema petéquiual generalisadíssimo, cobria as pálpebras, os lábios, os pavilhões auriculares e o próprio coiro cabeludo.

O exantema qualquer que seja o seu tipo, toma toda a extensão, que conservará até ao desaparecimento, em tres dias.

A evolução da erupção fornece, segundo Kireiev, indicações prognósticas bastante precisas: segundo este autor «desde que as máculas róseas empalidecem, podemos esperar pela crise dentro de cinco dias.

«Nos casos em que a temperatura começa a oscilar ao mesmo tempo que a roséola se atenua, a cura está assegurada em tres dias.

«Se, pelo contrário, uma vez empalidecida a erupção, a temperatura se mantem como em antes, o prognóstico deve ser reservado, ou ainda, se o exantema se mantem apesar da queda da temperatura, o caso é desesperado».

A ultima conclusão de Kireiev, parece-me mais justa modificada assim: se a temperatura cai, os fenómenos tóxicos se conservam ou agravam e o exantema se mantem ou até aumenta transformando-se em largas sufusões sanguíneas, como veremos nas minhas observações, o caso é desesperado. Assim ficam res salvados os casos em que o exantema vai pela convalescença fora (eu vi alguns), e fica bem clara a referência aos da forma hipertóxica.

Segundo Murchisson, a confluência da erupção e a sua cor purpurina e sombria, implicam gravidade. Isto é verdadeiro, mas não o é a afirmação, algumas vezes lida, de que o exantema petéquiual é um sinal certo de gravidade.

Jeanneret-Minkine descreve um aspeto seco e brilhante da pele, que eu algumas vezes notei.

Um sintoma cutâneo que não encontrei, foi o aparecimento de efflorescências branco-acinzentadas na pele da face, em particular, assinaladas por Combemale e por este professor definidas: «poeiras constituídas por ácidos gordos dissecados e coincidindo com a existência duma nefrite». Verdade é que nos casos por mim observados apenas tive uma nefrite.

Sobre casos de tifo sem exantema, diz Daniélopolu que nunca viu nenhum. A mim tambem me aconteceu o mesmo,

mas tenho notícia de alguns clínicos que os viram. De exantema muitíssimo discreto, vi muitos.

Um dos sintomas que mais fere a vista de quem pela primeira vez vê um tifoso, é o *torpor* (stupor tífico ou tufos); que, como diz Daniéopolu é mais característico do que em qualquer outra doença infecciosa.

O torpor pode aparecer no início da doença, mas é em geral neste período, — «no meio do período febril» — que ele é mais evidente e se apresenta com as características que os meus illustres condiscípulos Saavedra e Veloso de Pinho lhe descrevem no seu bem ordenado trabalho «As Perturbações Mentais no Tifo Exantemático».

«O tifoso, amodorrado, estatela-se no decúbito dorsal, braços em cruz no peito, como que amortalhado (Castellvi), sacudido por um ou outro abalo de tendões, a face crispada num trémulo, que pode ir até á careta. O olhar é vago e abstrato, a boca entreaberta, a facies parada, inexpressiva.

«A letargia mental impressiona. O doente mostra-se alheio a tudo o que o cerca, a inteligência enevoadá, sonolenta — num broxular mortíço, a extinguir-se — ou mesmo por completo adormecida (estupidês)».

De facto, quem visitava as enfermarias de tifosos ficava impressionado pelas máscaras imoveis dos pobres farrapos humanos, que a época de desgraças para ali atirou. E digo máscaras imoveis, porque, embora crispações de músculos as agitassem, abalos de tendões as sacudissem, eram vãs de olhar, sem expressão, ocas de sentimentos. Aqueles olhos parados, obstinadamente fitos num ponto, ou movediços como o pêndulo dum relógio, davam a impressão de não terem retina que fixasse uma imagem; aquelas rugas da fronte, aqueles vincos dos lábios, não eram gerados por um pensamento ou formados por um sentimento.

Ainda como Veloso de Pinho e Saavedra, eu verifiquei que: «ao torpor cerebral (Ball) alia-se a confusão, caracterizada por ideias desencontradas, movediças, cambaleantes, refletindo o que chamaremos uma astasia do raciocínio».

Em alguns casos o doente, por vezes, parece despertar estremunhado, e então, espantado, como que caído das nuvens — diz Jeanneret-Minkine — supõe-se em casa e rodeado por pessoas de família. E' o delírio que se exteriorisa, doce, ligeiro, tranquilo, (delírio onírico).

Ao torpor moral succede o torpor físico; o enfraquecimento e a astenia são completas. Este torpor muda-se em breve numa espécie de coma que dura até á cura ou até á morte (Dauthuille).

Assim é de facto em muitos casos, mas noutros o quadro movimenta se. E' o delírio agitado (delírio de actos) que aparece, modificando por completo o aspeto do doente. A máscara, de

imovel, sem expressão nem sentimento, transforma-se, agitada pelo terror, batida por uma vontade ordenada (impulsões suicidas ou homicidas) ou desordenada (alucinações).

Mas a este estado, francamente pertencente a um estado muito grave, sucede o anterior e á fase de excitação segue-se a de depressão nervosa (Daniépolu).

Todos os sintomas nervosos do período de invasão se agravam e outros aparecem de novo para constituirem um dos syndromas mais frequentes do tifo — : o syndroma nervoso.

As dores no pescoço, em colarinho, não deixam ao doente os movimentos de deglutição (disfagia).

A voz é rouca, bitonal ou fanhosa, podendo tornar-se inaudível por afonia nervosa.

A palavra apresenta perturbações que podem ir desde a alália á bradilália passando pela dislália ou disartria. A maioria dos doentes parecia ter um corpo extranho na boca que lhe tornava a palavra entrecortada, entaramelada e pouco inteligivel.

A escrita é trémula, com movimentos incoordenados da penna, incerta, e de letras enormes. O doente quer escrever uma frase, mas esta sae-lhe incompleta pela auzencia de letras, quasi ilegivel, como se vê nos gráficos :

3 de junho

obs. I

4 julho

7 de Abril

obs. II

3 de junho

A diminuição da acuidade auditiva é um sintoma muito frequente e não a surdez, como afirma o Sr. Dr. Gonçalves d'Azevedo.

A desigualdade pupilar, com o Argyll-Robertson, aparece bastantes vezes ao contrário da diminuição da visão que apenas encontrei uma ou duas vezes.

Os músculos da face, torax e membros são sacudidos por trémulos fibrilares e sobresaltos de tendões a tal ponto, que em alguns casos lembram a tetania generalizada; os lábios, a língua, o mento e os dedos tremem; as pálpebras batem, e os globos oculares ou não escapam a este concerto, e giram continuamente nas órbitas, horizontal ou verticalmente (nistagmus) ou se imobilizam em estrabismo. Os movimentos passivos dos membros são lentos e por étapes ou sacudidos e rápidos. Os membros superiores batem o ar, ou caídos sobre o peito contraturados, apenas as

mãos arrepanham a roupa do leito (carfologia); os inferiores contraturados também, encostam-se um ao outro caídos para um lado, se o doente está em decúbito dorsal, e por vezes desenham um Köernig bastante nítido.

Os masseteres e os músculos da nuca contraem-se (trismus e opistótonos).

A sensibilidade cutânea exagera-se muito.

Os reflexos tendinosos, os cremasterianos e os abdominais, estão enfraquecidos ou abolidos.

Os esfíncteres relacham-se.

O sinal de Romberg encontrei-o em todos os doentes graves, em que o pude investigar.

Nalguns doentes tive ocasião de verificar a perda do equilíbrio; outros, quando obrigados a marchar, lançavam os pés para muito longe, nuns passos desmedidos, em que o calcanhar era o primeiro a assentar no chão, com força.

O sinal da língua (Remlinger) que, mesmo num tifo de evolução não muito grave, se nota, num tifo com a sintomatologia grave, acima exposta, adquire toda a evidência. E' a este estado que corresponde a extensão que o snr. dr. A. Barradas lhe dá com a designação de sinal *ataxia lábio-lingual*.

Para mim a ataxia lábio-lingual é um grau mais avançado do sinal de Remlinger, ou melhor, é o sinal de Remlinger complicado de perturbações motoras dos lábios e maxilar (trismus). «Primeiro a língua obedece mal aos desejos do doente. Este quer «projecta-la para fora da boca, mas não consegue mais do que «leva-la até ás arcadas dentárias, quando se não mantém apoiada «de encontro á abóbada palatina, diz Remlinger, existindo ás vezes um ligeiro trismus, que aumenta a dificuldade, tanto mais «que a língua dum tifoso é mais volumosa que no estado normal, «etc.».

Eu vejo aqui dois graus, chamemos-lhe assim, do sinal :

1.º — A língua não obedece á vontade do doente ;

2.º — A's perturbações motoras da língua juntam-se o trismus, as perturbações motoras dos lábios e o aumento de volume da língua.

Isto que o snr. dr. A. Barradas muito bem notou, não é, porem, visível em todos os casos de tifo. Primeiro, o doente mostra mal a língua, por esta não lhe obedecer; depois, quando a doença evoluciona para uma forma grave, o doente já não a mostra, não só por ela lhe não obedecer mas ainda por não poder faze-lo, por a abertura bucal lhe não dar passagem franca. Vemos, pois, que a ataxia lábio-lingual é uma étape, a ultima, do sinal de Remlinger inicial. *A ataxia lábio-lingual é para mim*

*um sintoma da forma muito grave — a hipertóxica — e um sinal certo de tifo.*

O tifo exantemático é uma doença que nas duas formas que estou a estudar, raríssimas vezes deixa de atingir o aparelho circulatório. Quasi todos os autores dedicam longos artigos ao estudo desta parte da sintomatologia do tifo, numa demonstração clara da sua importancia clínica, e num justificado desejo de lhe estabelecer, bem precisas, as causas determinantes.

Do embate das opiniões resultaram duas escolas, chame-mos-lhe assim. Uma, attribuindo as perturbações cardíacas á insuficiencia do miocárdio, por intoxicação ou localisação do agente proprio; outra, dizendo que a maioria das vezes essas perturbações resultam de perturbações de inervação.

Eu creio que ambas as escolas advogam a verdade, porque se em todas as infeções o agente ou as suas toxinas podem atacar o miocárdio, o tifo exantemático, como infeção que é, não foge á regra, mas pode tambem pela sintomatologia nervosa que exteriorisa, indicativa de profundas alterações do sistema nervoso central, dar lugar á sintomatologia cardíaca que se nota.

Mas alem destas causas ainda ha mais: em muitos casos a autópsia revela-nos importantíssimas lesões das supra-renais. Ora, sabido que as lesões de uma glândula se repercutem no funcionamento das outras e reconhecida a importancia destes órgãos na génese das perturbações cárdio-vasculares, não é para estranhar, e antes é de crer, que por vezes, os sintomas do aparelho circulatório sejam uma resultante das alterações glândulares.

Sendo assim podemos dizer que o tifo exantemático não tem um quadro clínico cárdio-vascular exclusivamente subordinado á miocardite, e antes, as perturbações que se notam no funcionamento do coração podem derivar de alterações noutros órgãos que o influenciem diretamente. E que assim é, demonstrou-mo a observação dos meus doentes e a prova terapêutica tirada por muitos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos, como os Snrs. Drs. António Ramalho, Santos Silva, Vasco de Oliveira e Gaspar Macedo meu Pae.

De resto, não é preciso que a sintomatologia nervosa adquira a intensidade que atraz deixo descrita, para que o funcionamento do sistema cárdio-vascular deixe de ser o normal. Basta que ela se esboce denotando um sistema nervoso que não está profundamente alterado mas apenas modificado no seu funcionamento, para todo ou parte do organismo se sentir tanto mais, quanto peor fôr o seu estado anterior.

Isto, que ao meu espirito não repugna, não é aceite pelos que põem as perturbações cárdio-vasculares no primeiro plano. Para estes as perturbações circulatórias no tifo, são primitivas, não podem ser secundárias, num exclusivismo que a clínica não tolera. Dizem eles que a sintomatologia nervosa dos tifosos pode

bem ser causada por uma má irrigação dos centros nervosos, tal qual como ainda não ha muito se dizia da *paralisia geral progressiva*, que a endoarterite dos grossos vasos e as profundas alterações das arteriolas e dos capilares, explicava. Hoje, porem, já se não pensa assim. A descoberta do treponema na propria célula nervosa, fóra dos vasos portanto, veio lançar tal luz na questão, que uma das doenças *parasifilíticas* de Fournier passou a ser uma localização nervosa da sífilis — a encefalite.

Porque não hade dar-se o mesmo com o tifo, estando como está clinicamente averiguada a *meningo-encefalite*? E sendo assim, podendo o agente do tifo causar lesões celulares nervosas capazes, ninguem o nega, de gerar as maiores perturbações em todos os aparelhos da economia, porque não hão-de as suas toxinas causa las em menor grau?

Só poderemos dizer que os nervos são os causadores destas perturbações quando estão quasi ou totalmente destruidos?

E quando estejam apenas insuficientes?

Para as glândulas de secreção interna sei eu que o meu raciocínio está certo; porque a insuficiencia latente gera perturbações que as grandes insuficiencias apenas exagerando trázem á investigação, mais despreocupada.

A verdade é que se este modo de ver é criticavel por não ter a sanção do laboratório, aqueles que são contra ele não tem por si o argumento que lhe falta; pois o exame macroscópico ou microscópico do coração nada revelou ainda.

Insuficiencias cardíacas por intoxicação do miocárdio é natural que o tifo as cause como qualquer outra doença infecciosa; miocardites porem, semelhantes ás que causa o bacilo de Eberth, com o coração aparecendo á autópsia profundamente alterado, côr de folha morta, devem existir tambem, mas muito raramente.

Eu nunca as verifiquei nas autopsias a que assisti. Quer isto dizer, que nos casos de tifo exantemático que vigiei, a encefalite foi a regra nos casos de morte, e a miocardite nem sequer foi a exceção.

Nesta altura não posso deixar sem referencia os trabalhos entre nós realizados pelo Snr. Prof. Rocha Pereira, sobre os liquidos céfalo-raquideanos de portadores de varias formas de tifo.

A quem como eu apenas conhecia o aspeto do liquido céfalo-raquideano dos tifosos graves, pelas raquicenteses terapêuticas, S. Ex.<sup>a</sup> forneceu dados que muito firmaram as impressões colhidas á cabeceira dos doentes. Por essas impressões, por esses dados, e pelas autópsias a que assisti, eu sou levado a dizer — como Daniélopolu depois de ver que as modificações do liquido céfalo-raquideano seguem uma curva paralela á dos fenómenos nervosos: — o virus, ou antes as toxinas exantemáticas, tem uma certa predileção pelos centros nervosos.

Mas prosigamos.

Todos os clínicos conhecem os caratêres que o pulso pode apresentar n'uma doença que quasi no seu começo lhe altera a frequência, a amplitude e a tensão, assim como todos sabem as restantes anomalias que a idade do doente, a virulencia da infeção e o estado anterior do coração e dos vasos podem fazer nascer no quadro sintomático de que estou a tratar. Por isso eu não faço a sua exposição, mas apenas uma referencia a alguns dos sintomas que me pareceram mais importantes pela frequência e pela etiologia.

Raro era o doente que não apresentava alterações de *tensão*. Porque? Por diminuição da impulsão cardíaca ou por diminuição do *tonus vascular*? Em alguns casos pela primeira causa, em outros pelas duas, na grande maioria pela ultima. Diz Daniélopou «nos recherches sur l'insuffisance myocardique, et sur l'hypotension dans le typhus nous permettent d'affirmer que si la tension arterielle peut-être légèrement influencé par l'etat du myocarde, c'est surtout l'etat vasculaire periferique, la resistance periferique qui commande ses variations. La diminution de la tension arterielle commence, en effet, plus tôt et finit plus tard que l'insuffisance du myocarde».

Ora a hipotensão diz este autor, pode ser causada pela vasodilação, fenomeno toxico, por persistir durante a apirexia; mas fora d'este caso é função da *insuficiencia supra-renal*, isto é, da hipoadrenalinemia».

Falta-me saber se a hipoadrenalinemia não será a causa da vasodilatação e a hipotensão não terá afinal como principal e talvez unica causa a *insuficiencia supra-renal*.

Está claro que isto não quer dizer que a vasodilatação não possa ser causada pela ação direta do agente, ou das toxinas exantemáticas sobre as terminações nervosas das paredes dos vasos; mas a verdade é que a cianose das extremidades, a que Daniélopou chama *sindroma das extremidades*, consiste numa serie de modificações que apresentam as extremidades superiores e sobretudo as inferiores durante as diferentes fases do tifo exantemático, e que dependem em grande parte de mudanças importantes que se produzem na tensão arterial e na constituição do sangue, modificações estas que podem provir da falencia das supra-renaes que coloca o organismo sem a poderosa defeza que elas lhe garantiam com o seu poder anti-toxico.

Posta assim em fóco a insuficiencia supra-renal, estão explicados os mais frequêntes sintomas cárdio-vasculares do tifo e ainda alguns outros que a observação de muitos doentes já me tinham feito incluir no *sindroma das supra-renaes*. Refiro-me ao pulso pequeno frequente e hipotenso, e ao turpôr físico e moral, á criestesia, aos vômitos, á obstipação e etc. quadro que por vezes

ia até á doença d'Addisson, esboçada pelo signal de Jelineck (1) ou bem exteriorizada pela melanodermia geral.

Nêste momento não vou mais longe no estudo dos sintomas das supra-renais porque apenas me interessam os que estão em relação com as perturbações cárdio-vasculares. Adeante tentarei fazer-lhes um rápido exame em que não esqueçam os possivelmente gerados pela quebra da harmonía glândular.

Sôbre a frequência do pulso diz Daniéopolu : «Toute accélération durable du rythme oscillant chez l'adulte autour de 130 pulsations ou plus á la minute, nous appelons insuffisance du miocarde». Parece-me arrojada tal afirmação. Um coração pode fazer mais de 130 pulsações por minuto e demorar-se nesse ritmo, sem que seja a séde duma localisação patológica. E' o caso da insuficiência supra-renal que alterando-lhe a frequência, a amplitude e a tensão, nem por isso gerá lesões macroscópicas ou microscópicas do órgão, d'ordem inféciosa.

Mas vamos supor que de facto estamos deante de insuficiencias miocárdicas. Natural e lógico era o emprego dos tonicardíacos e o confronto dos seus efeitos com os da adrenalina. Foi o que fizemos varias vezes, verificando que os tonicardíacos empregados — oleo conforado, estrichnina ou estrichnina e esparteina, cafeina, digitalis, estrofantus (estrofantina), etc. — não alteravam em nada ou modificavam pouco o quadro sintomático, enquanto que a adrenalina reforçava a contração cardíaca e diminuía a frequência.

Vejamos as conclusões que estes resultados nos sugerem comparando o que deveríamos ter conseguido com a digitális, por exemplo, com o que conseguimos com a adrenalina.

A digitális atua por ação direta sobre a fibra cardíaca e sobre as terminações nervosas do coração e dos vasos, e a adrenalina não. A adrenalina tem apenas uma destas ações: excita os aparelhos terminaes do miocárdio, e daqui o reforço das contrações (Daniéopolu), e dos vasos, áparte as muito provaveis modificações da crase sanguínea.

A fibra muscular cardíaca não influênciada por ela e antes forçada pelos seus nervos a um excesso de trabalho, não fraquejaria se de facto estivesse alterada ?

Mas então a adrenalina não é um tonicardíaco ?!

Responde Vaquez dizendo que se a um coração insufficiente dermos a adrenalina, a vaso constrição exigindo da fibra cardíaca um esforço maior do que aquele com que ela pode, o obriga a dilatar-se submetendo-o a uma prova muito mais enérgica do que a de Katzenstein. É um mestre da cardiologia quem o diz, e eu ao citá-lo, faço-o julgando não poder deixar de atender a uma tal afirmação, visto no tifo exantemático da forma hipertóxica a adrenalina

(1) Melanodermia peri-orbitária.

ir apertar os vasos sobre uma massa sanguínea mais viscosa do que normalmente e portanto já de si difícil de propulsionar.

Estas considerações demonstram que se a adrenalina atua como tonicardíaco é porque as alterações dos feixes neuro-musculares do coração não são a causa das perturbações cárdio-vasculares de muitos casos, pois que se o fôsem o seu uso teria produzido desastres em lugar dos benefícios que se notaram.

Em conclusão, como atraz deixo dito, eu não nego a miocardite; mas penso que sendo as lesões do sistema nervoso central e as das glândulas supra-renais, as mais evidentes e as mais características que se verificam á autópsia, o coração pode e deve por elas ser influenciado numa exteriorisação de sintomas que raras vezes provenham de lesões estabelecidas no órgão.

Logo, temos: um sindroma cardíaco de origem nervosa, um sindroma cardíaco glandular e um sindroma cardíaco propriamente dito. Compete ao clínico a árdua tarefa de os destringir á cabeceira do doente, para que a terapêutica a seguir seja aquela que lhe corresponde como util, e não aquela que não só seja inútil mas até nociva.

Atraz refiro-me á sinergia glandular na crença de que as alterações das supra-renais se refletem na série de glândulas espalhadas pelo organismo; e, daí, o aparecimento de sintoma endocrínicos de multiplicidade e causas variadíssimas.

As glândulas de secreção interna formam entre si uma associação assente na mais perfeita harmonia. Quando uma glândula entra em hipo ou em hiperfunção, essa harmonia rompendo-se numa fuga á base dos estatutos, faz desequilibrar todo o arranjo secretório.

Averiguada a insuficiência supra-renal (1) clinicamente bem exteriorisada, por vezes, no tifo exantemático, devemos ter sempre no espirito o princípio acima, no desejo de saber até que ponto se faz a repercução no funcionamento das outras glândulas. Na comunicação apresentada á Associação Médica Lusitana pelo Sr. Dr. António Ramalho em 11 de Abril de 1918 — Tifo Exantemá-

---

(1) O meu presado condiscípulo Dr. Francisco Botelho Soares de Freitas, na sua tese de doutoramento que intitulou *A Insuficiencia Supra-renal no Tifo Exantemático* apresenta uma série de observações que confirmam o que eu havia verificado e mais tarde vi referido em obras que a guerra mais cedo não me deixára vir á mão. A tal ponto alguns autores ligam importancia ao sindroma das supra-renais no tifo exantemático, que a *forma fulminante* é, por E. Treille, R. Treille e E. Legrain, explicada pelo ataque, e respétiva insuficiencia aguda, dessas glândulas.

fico — Considerações sôbre a sua terapêutica — e publicãda em «A Medicina Moderna» n.º 292, diz este illustre clínico :

«As glândulas supra-renais, hipófise e tiroideas são homólogas assim como o são tambem respectivamente o fígado, o pâncreas, e as glândulas genitais. As glândulas da mesma série parecem ter, em muitas circunstâncias, uma ação análoga, e que as torna antagonistas, até certo ponto, das glândulas da série oposta. Se nós considerarmos, no caso presente, a série supra-renal, hipófise e tiroide—talvez a melhor estudada—constatamos a sua sinergia recíproca, nos casos de hiper-funcionamento ou hipo-funcionamento duma delas.»

«Suponhamos insuficiente a secreção supra-renal, o que é lógico em face dalguns sintomas observados nos nossos doentes e das alterações capsulares constatadas nas autópsias. A hipófise aliada da supra-renal, terá tendencia a exagerar a sua secreção para preencher o deficit, ou contentar-se-há com funcionar como antes ; ou então, não recebendo já da supra-renal os seus hormones excitadores habituais, sofrerá ela mesmo consequentemente um certo deficit ?

De facto, a insuficiência supra-renal arrasta à hiperfunção as suas homólogas—tiroides e hipófise. Estas, por sua vez, sujeitas a um trabalho forçado, possivelmente intoxicadas tambem, acabam por cansar e caem na insuficiência que provoca o aparecimento de sintomas pertencentes a cada uma delas como a hiperfunção inicial, naturalmente, provocára.

Diz ainda o mesmo illustre clínico, depois das observações que eu adiante reeditarei.

«Destas observações resulta que alguns dos fenómenos notados : astenia, pulso pequeno e frequente, 120, hipotenso, cianose das extremidades, prisão de ventre pertinaz, peritonismo, tremor fibrilar dos músculos, localizado ou generalizado, sudações abundantes, delírio, insónia, torpôr cerebral, disfagia, e disartria, voz entrecortada e entaramelada, — se estão ligados e dependentes da intoxicação, ou infeção, dos centros nervosos—derivam, até certo ponto alguns deles, parece-nos, da insuficiência das glândulas de secreção interna, nomeadamente do grupo supra-renal e suas homólogas.

Assim a astenia, o pulso pequeno, frequente e hipotenso, a cianose das extremidades, a prisão de ventre pertinaz, o peritonismo, enquadram perfeitamente na insuficiência supra-renal como o tremor fibrilar localizado ou generalizado, as sudações abundantes, a hipotermia, a taquicardia, a astenia, etc. na insuficiência tiroideia.

Resta-nos apenas saber se o delírio, a insónia, o torpôr cerebral etc., não estarão tambem dependen-

tes, num certo grau que nós ainda não podemos avaliar com rigor, das alterações da hipófise.

Hoje alguns factos, quanto a mim, estão averiguados : aqueles sintomas nervosos, delírio, agitação e insónia, são calmados pela hipófisina. (1)

Eu tive a felicidade de seguir os trabalhos do Snr. Dr. António Ramalho como seu assistente na enfermaria do hospital Joaquim Urbano, e então vi rasgar-se deante de mim o amplo horizonte duma patologia que mal conhecia. Hoje fortalecido por algumas leituras que vieram completamente ao encontro daquilo que eu tinha visto verificar e verificára pela prova medicamentosa, verdadeira pedra de toque no dizer de Gabriel Gauthier (de Charolles), eu devô exarar aqui a minha admiração pela interpretação de verdadeiro clínico, que o snr. Dr. Ramalho deu a alguns sintomas.

Tal interpretação obrigou a uma terapêutica que o conhecimento das lesões glandulares nas infeções plenamente justifica.

Infelizmente a rajada apanhou-nos desprevenidos como é de costume, e o laboratório apesar da bôa vontade dos admiráveis trabalhadores que encerra, ainda não confirmou o modo de vêr do Dr. António Ramalho. Eu estou, porém, certo de que num futuro mais ou menos próximo essa confirmação ha-de vir, e então se verá quanto era justo o ponto de vista do ilustre clínico.

Mas nem só estas glândulas são as atingidas no tifo. Em todos os casos que autopsiamos, vimos profundas alterações do baço. A estas alterações raras vezes correspondia um aumento de volume do órgão, confirmando a asserção de Jeaneret-Minkine, «a tumefacção esplénica é em geral passageira; desaparece antes do meio do periodo de estado.» Isto explica os casos em que a não notei por entrarem na enfermaria num periodo muito avançado da doença, assim como Leon Andain (d'Haïti) explica aqueles, em que a não notei, apesar de entrados no periodo de início.

O que este autor diz enquanto ao baço — «si je me base sur la clinique d'une part (exploration directe de la rate), sur les autopsies qu'il m'a donné de pratiquer d'autre part, je puis affirmer que l'impression de cet organe n'entraîne pas toujours sa tuméfaction» — é, de resto, o que sabemos dar-se com qualquer glândula que pode estar alterada na sua função sem o estar no volume. Teem pois razão os autores que poêm as lesões do baço como regra no tifo; mas a meu ver, não a têm os que fazem o mesmo á tumefacção d'esse órgão.

Dauthuille diz ter encontrado em quasi todas as suas au-

---

(1) Confirmando a afirmação do Snr. Dr. A. Ramalho, publicou no n.º 3 do «Portugal Médico» (Março de 1918) o meu amigo e contemporâneo Dr. Hernani Barrosa, um artigo que intitolou «Sobre a Terapêutica do Delírio e da Insónia no Tifo Exantemático».

tópsias, uma verdadeira esclerose do parenchima pancreático. Se recordar aqui as parotidites que tive ocasião de verificar, julgo ter apontado claramente até que ponto pode chegar o ataque á série glândular do organismo.

Tratada a parte mais importante da sintomatologia do tifo exantemático, passemos agora em revista aquela a que ainda me não referi n'este periodo e que é pertença de aparelhos ou órgãos de secundária importancia n'esta infeção, por não serem tão directa e vulgarmente atingidos, e não influirem na marcha da doença.

De facto eu não vi nenhum tifoso morrer pelo seu aparelho digestivo, respiratorio ou urinario, apesar de nos dois primeiros ter notado sintomas, que devo citar por serem outros tantos elementos de diagnóstico, e por vezes de prognóstico, n'uma toxi-infeção da gravidade do tifo exantemático.

A língua, por exemplo, apresenta aspetos variadissimos embora do lado do aparelho digestivo nada notasse de grande importancia, ao contrario dos autores que citam a obstipação como sintoma habitual, (1) e que eu antes incluo nos sintomas glândulares quando existe.

Ela é no tifo exantemático o que é em todas as infeções sem localisação digestiva: o espelho do estado geral do doente, pois reflete a virulencia da infeção e o grau de intoxicação geral. Fa-lo, porem, numa tal variedade de aspetos, que eu não podendo descreve-la em todas as suas nuances, apenas citarei as que me parecem mais frequentes e interessantes: sêca, como que envernizada, ou polida como lacre, tostada, quasi negra e escamosa em capaça de tartaruga, fendilhada, (2) sangrenta, por vezes parecendo coberta de raspa de carne crua ou semilhando uma esponja de cautchut; humida, saborrosa, em listrados longitudinaes ou manchas, ou então coberta d'um saburro parecendo pão de milho mastigado, que passa por entre os dentes e vem escorrer pelas camissuras labiaes.

Todas as línguas, enfim, de todos os estados infeciosos agudos, podem aparecer não só no tifo mas ainda n'um tifoso, e isto mostra a dificuldade da descrição.

O tifoso, como já disse, tem um halito *sui generis* a que neste periodo se juntam as exalações cutâneas. Diz Dauthuille que o tifoso exala um cheiro muito particular a ponto de se distinguir nas raças em que outro coexiste. De facto, assim me pareceu, ainda mesmo quando uma incontinencia de fezes o podia mascarar.

---

(1) Eu vi mais casos de diarreia do que de obstipação pertinaz.

(2) As fendas quando profundas, tomavam o aspeto das nervuras da folha de carvalho.

Um sintoma interessante pelo antagonismo com o estado geral da infecção, é o apetite. Ao contrário das doenças em que a temperatura anda pela casa dos 40°, no tifo exantemático o apetite mantém-se ou exacerba-se numa quasi bulimia, — por vezes falsa bulimia — que na convalescença se transforma em polifagia. Muitos doentes me disseram em pleno período de invasão ou de estado — eu era capaz de comer —, quasi todos me diziam — eu tenho fome — !

A polidipsia era uma tortura a que todos os doentes estavam sujeitos; ás vezes, no meio de delírio, altas horas da noite, saíam pela cama fora a roubar a agua dos vizinhos por se lhes ter acabado a sua!

As nauseas, os vómitos, e a obstipação que muitos autores citam, foram nos meus doentes sintomas muito raros. Julgo dever inclui-los na sintomalogia da insuficiência das supra-renais e attribuir a sua rara aparição á administração systematica da adrenalina, como aconselhava o Snr. Dr. Ramalho.

Enquanto ao aparelho respiratorio, a mesma impressão me ficou com uma diferença; se no quadro clínico do tifo exantemático não apparecem sintomas directamente <sup>(1)</sup> pertencentes á arvore respiratória, o mesmo se não dá quanto á séde das complicações.

O aparelho respiratório é muito frequentemente atingido. Refiro-me á bronco-pneumonia dos tifosos, bem diferente do quadro que Jeanneret-Minkine viu e attribue a pneumonia hipostática.

Era bem uma bronco-pneumonia exteriorisada por todos os sintomas, de princípio brusco e violento, e que não escolhia os doentes para se manifestar. Esta complicação apparece ás vezes com os primeiros sintomas do período de invasão, mas na grande maioria dos casos manifesta-se em pleno período de estado.

Combemale, n'uma nota lida no A. M. dos hospitaes de Paris (sessão de 30 de Junho de 1893) chama a atenção para o aparelho respiratório dos tifosos, como já o tinha feito Netter, e põe a bronco-pneumonia como regra n'essa epoca.

Eu notei-a muitas vezes mas não em regra, e sempre sem a gravidade que Dauthuille lhe attribue. Como atraz disse, nenhum dos doentes morreu de bronco-pneumonia no decorrer do seu tifo; todos lucraram com a medicação instituida, a ponto de me darem a impressão, que, de todas as complicações do tifo exantemático foi a bronco-pneumonia aquella contra a qual melhor armados estavamos.

No aparelho urinário nada notei que deva referir.

---

(1) Digo directamente para os distinguir da polipneia, da respiração suspirosa e etc., que considero dependentes do grau de intoxicação dos centros nervosos e não do estado pulmonar propriamente dito.

**Defervescência** — Ao descrever a curva da temperatura dos tíficos, não me referi ao modo como termina, no propósito de o fazer agora, visto ser a altura que lhe cabe. Devo em antes de mais nada fazer a declaração, de que para mim, período de defervescência é aquele em que a temperatura começa a declinar ao mesmo tempo que outras melhoras aparecem. Esse estado especial é indicativo de que o organismo triunfa da infecção. Chamar, como Daniépolu, defervescência á queda pura e simples da temperatura sem que o estado do doente se modifique *para bem* e possa até avançar *para mal*, isto é, chamar defervescência a um estado que não traz melhoras algumas ao doente, é um modo de ver com que o meu espírito se não conforma.

Embora semiologicamente o termo seja preciso, clinicamente não o é, e além disso pode dar lugar a confusão com o período da doença que tem o mesmo nome. Senão vejamos.

A temperatura, que após o primeiro dia da invasão subiu ás proximidades dos 40°, por ahi se mantem com fracas remissões matinaes e exacerbações vesperaes, até desaparecer. Nas formas graves de tifo, como nas formas benignas, é esta em geral a evolução da curva térmica; a diferença que existe entre umas e outras, não reside no grau que a temperatura pode atingir, mas no estado geral a que ela corresponde. Decorrido pois o período de estado, a temperatura cae em crise ou em lise, ao mesmo tempo que os fenómenos geraes se apagam. Nos meus doentes esta queda fez-se, a maioria das vezes, n'uma crise franca; mas algumas vezes a notei numa lise curta, como que fazendo uma ponte de passagem entre a crise e a lise verdadeira, sempre acompanhada da acentuação das melhoras que se vinham esboçando. E' a defervescência dos casos normaes de tifo (1).

Ora, eis-me no ponto a que queria chegar.

Em muitos casos, os doentes não esboçavam nenhuma melhoras pelas quaes nos pudesseamos julgar em presença d'um período de estado que se atenuava, e, todavia, a temperatura bruscamente caía a 36° ou abaixo. Todos os sintomas se mantinham ou agravavam — o pulso mostrava-o bem — apenas a temperatura melhorava, na tal defervescência que não traz melhoras algumas ao estado geral do doente. Não. Para mim uma queda de temperatura assim, era mais um sintoma grave — a hipotermia — que se apresentava.

Não era um sintoma, a febre, que desaparecia por ter cessado a causa que a gerava: eram os fenomenos tóxicos campeando livres da resistencia glândular derrotada, ou os infeciosos levando

---

(1) Chamo-lhe período de defervescencia e não de declínio, porque julgo esta ultima designação mais propria ás doenças cuja curva de temperatura se termina em lise.

as lesões nervosas até á meningo-encefalite que gerava a hipotermia, tal qual acontece no periodo terminal da P. G. P.

Era, enfim, uma *falsa defervescência*.

**Convalescença** — A convalescença do tifo exantemático, sendo como é para todos os doentes variavel com a gravidade da forma e com as complicações, merece duas palavras.

Por tudo que ficou dito, vemos que as glândulas de secreção interna são a miudo tocadas pelo tifo. Ora, se durante a doença elas lutaram de rijo, comprehende-se que na convalescença possam fraquejar, tanto mais, que o seu papel anti-toxico ainda está na brecha para que a neutralisação permita a iliminação dos destroços da lucta.

Foi vigiando os doentes sob este ponto de vista que o Dr. Ramalho fez com que eu nunca assistisse às longas astenias da convalescença (!) nem tão pouco às mortes súbitas, que, como muito bem disse o Sr. Professor T. d'Almeida, n'uma lição que fez ao meu curso, podem bem ser devidas ao falhar das supra-renais. Ainda do exposto, vimos até que ponto e com que frequencia o tifo exantemático pode atacar o sistema nervoso, e eu disse até, que a toxina ou o proprio agente exantemático tem uma certa electividade para a celula nervosa. Sendo assim, o ataque do sistema nervoso pode nele acordar outras doenças que até então tinham

---

(1) Ocorre-me contar uma conversa a que assistí, passada entre o Sr. Dr. Ramalho e o distinto Director Clinico duma das mais lindas estancias de aguas da nossa Terra.

Em resposta aos cumprimentos de apresentação, S. Ex.<sup>a</sup> disse ao Dr. Ramalho que já o conhecia de nome e até, ainda ha pouco tivera ocasião de se utilizar dos seus conselhos; e contou:

—Segui com interesse os debates na Associação Medica Luzitana e os artigos que os jornaes médicos do Pôrto publicaram sobre o tifo exantemático. Recordei-me um dia, após uma gripe por que fui contagiado, que o Colega aconselhava a adrenalina nas astenias post-infeciosas, por ter colhido bons resultados com a sua applicação no tifo. Eu andava a cair, asteniadissimo!

Um dia, ao entrar numa das casas que a epidemia me forçava a percorrer, as pernas vergaram-se-me e eu... zás... caí dentro dum cêsto que estava detraz da porta... cheio de roupa suja!...

Pois se eu estava um trapo... sem gôma, sem tesura alguma!

Foi então que me recordei do seu artigo, e em tão boa hora que tendo tomado x gotas de adrenalina, já no dia seguinte subia esta rampa desembaraçada e alegremente para o almoço. De então para cá tenho usado a adrenalina nos meus doentes e o resultado tem sido... o não acontecer a nenhum o que a mim aconteceu.

Que S. Ex.<sup>a</sup> me perdoe a indiscreção: o pitoresco e a justeza da observação, provocaram-na.

estado latentes. Dahi, na convalescença do tifo, como em plena invasão ou periodo de estado, poderem aparecer sintomas nervosos de origem sifilitica, alcoólica, etc. Vê-se a importancia que tem para a convalescença o conhecimento d'estas possiveis associações, visto que só o tratamento a elas dirigido não só fazia cessar os interminaveis estagios nas enfermarias mas ainda por vezes, salvava os doentes.

## CAPÍTULO II

### © TRATAMENTO

Que faut-il pour se préserver du typhus?

Avant tout: De l'air.  
Du soleil,  
De l'eau.

Que faut-il pour guérir le typhus?

Avant tout: De l'air,  
Du soleil,  
De l'eau.

DR. ALCIDE TREILLE.

O tratamento do tifo exantemático assenta no tripé—*higiene, dietética e medicação*— base do tratamento geral das doenças infecciosas agudas, e por isso está sujeito a regras que, rapidamente, vou tentar dizer até que ponto foram cumpridas na enfermaria onde fui assistente.

**Higiene:**— O admirável aforismo de Alcide Treille mostra claramente a importância que tem a obediência aos princípios da higiene numa doença cuja profilaxia se enraiza nas mais elementares medidas de limpeza e cujo tratamento utiliza em grande escala os agentes profiláticos— ar, sol e água.

Eu não vou expôr o modo como a disseminação da doença foi combatida pelas nossas autoridades sanitárias com o meu illustre Presidente da tese á frente, pois já atraz me refiro ao brilhante desideratum que conseguiram, extinguindo rapidamente uma epidemia da importancia da de tifo, numa cidade que, sobretudo pelas péssimas condições habitacionais de grande parte da sua população, estava condenada a ser cemiterial á máxima potencia.

Essa exposição está feita pelos meus dois presados discípulos, Drs. José de Magalhães Sequeira e Eurico de Almeida, que tendo desempenhado funções de sub-delegados de saúde auxiliares, defenderam tese, o primeiro sobre a *Higiene e Profilaxia do tifo Exantemático*, e o segundo sobre *O Tabardilho em Braga*.

No meu trabalho apenas cabe referir aquilo que fiz cumprir como assistente dum dos hospitais de epidemiados, em obediencia ao regulamento geral desse hospital e ás prescrições do meu illustre Director de enfermaria.

Eram, como se vê, de duas ordens as medidas a fazer executar: umas referentes aos hospitais em geral, e outras á enfermaria; isto é; umas de ordem profilática, e outras de ordem curativa.

Ás primeiras cumpria-me obedecer nos dias em que como *assistente de dia* tinha de vigiar o perfeito despiohamento dos doentes na ocasião da admissão no hospital e de fazer com que as duas zonas — limpa e suja — se conservassem completamente separadas; ás segundas obedecia fazendo com que a higiene da enfermaria fosse da maxima perfectibilidade para que o doente estando numa habitação o melhor possivel adaptada aos *circumfusa*, podesse ter aquella higiene individual que evita as complicações da doença e abrevia a cura.

Para não alongar muito o meu trabalho, tanto mais que são bem conhecidas as regras a que obriga o estrito cumprimento da higiene geral e individual, basta dizer aqui — para remate — que elas foram tão bem ou tão mal cumpridas, que, apesar da enorme aglomeração de doentes, nem um sô caso de contagio se deu no pessoal de enfermagem ou nos doentes para a enfermaria levados com outra doença que não o tifo, como tão pouco vi complicações attribuiveis á sua má observancia.

**Dietética:** — Nas enfermarias de tifosos os doentes entravam, a maioria das vezes, em tal estado de pobreza fisiológica, proveniente da época de carestia alimentar em que o tifo assentou arraiais, que o regimen alimentar tinha mais de ser regulado por esse estado, do que pelo da evolução da doença.

Os doentes apareciam-nos tendo estado sujeitos a um forçado regimen de redução, como transparecia do estado de fraqueza geral que a emaciação refletia, e por isso obrigavam-nos a adotar um regimen intermediário a este e ao de reconstituição, por vezes

francamente o de reconstituição, pois que devíamos reparar ou pelo menos compensar, os estragos que a flagelação da fome e a labareda da doença tinham causado, queimando de ha muito tempo as poucas reservas existentes.

Desta prática forçada, e por não ter visto surgirem complicações que a alimentação justificasse, resultou-me a impressão de que a teoria dos pathologistas, que, com Piorry e Trousseau, preconizam a alimentação dos febricitantes, é perfeitamente applicável ao tabardilho.

Logo, se o clínico em certas circumstancias é forçado a subordinar a dietética ao estado de resistencia individual e não ao da atividade morbida, e dahi não colhe maus resultados, por certo lhe está aconselhado o caminho no declinar da doença, embora estejamos ainda deante dum febricitante. Foi ele o seguido na enfermaria onde trabalhei, e, como já disse, nunca o menor incidente no-lo cortou.

Os líquidos tem de entrar em grande escala nas dietas, pois por eles se atua sobre os emuntórios, facilitando a eliminação das toxinas.

A água com sumo de limão ou de laranja era posta á descrição dos doentes a quem assisti, na crença de que assim reuniamos o útil ao agradável: útil pelas vantagens que o uso das grandes quantidades de líquidos trazem ao doente, como a desinfeção da bôca e fauces, a diureze, a evacuação intestinal e a acção hipotermisante; agradável porque debelávamos um dos síntomas mais torturantes dos tifosos — a sede.

**Medicação:** — Depois de em dois traços me ter referido aos dois primeiros capítulos do tratamento geral das doenças infecciosas agudas, naquelas regras applicaveis ao tifo, o mesmo vou fazer enquanto ao terceiro capítulo — a medicação.

Principío por declarar que se até agora apenas tenho referido o que vi ou o que fiz debaixo das ordens do meu illustre Director clínico, nesta ultima parte do meu trabalho, a mesma orientação seguirei.

Eu sei que cada medicamento tem o seu cultor mais ou menos entusiasta, e que um medicamento é para alguns clínicos heroico enquanto que para outros nada vale! Eu sei — conheço-o bem — o sorriso deontológico com que ás vezes se acolhem os apregoados efeitos dum medicamento ou dum método terapêutico, e sei, porque não dize-lo se é a verdade embora nua e crua, que esse sorriso aparece quasi sempre muito em antes de apresentada a defeza, de lida a argumentação, logo depois de termos visto que a *descoberta* nos não pertence!

Quantas vezes acontece que feridos pela justeza dessa argumentação, nos deixamos convencer e nos inclinamos a favor do medicamento defendido, para logo em seguida tudo estragar-

mos por que lhe supômos acções que não tem, ou lhe exigimos efeitos que não pode ter, como se ele houvesse sido apregoadado uma panacea ideal ! ?

Mas eu não vou defender medicamentos ou apregoar métodos, tanto mais que no tifo exantemático não vi medicamentos heroicos nem método terapêutico especial. Vou apenas sintetisar num quadro rápido a medicação usada na enfermaria onde fui assistente, tentando provar, pela publicação das observações que colhi, que a terapêutica instituida presidiram as mais formais indicações clínicas.

Tendo assistido a uma mortalidade de 12 por cento incluídos os casos de morte por outras doenças — tuberculose, sobretudo, por na enfermaria recebermos grande numero de reclusos da cadeia civil (Relação) — eu creio poder considerar como bem empregado o enorme trabalho a que estive sujeito, assim como julgo exalçada a orientação seguida na terapêutica duma doença que não tendo entre nós apresentado apenas formas benignas, teve porêem uma mortalidade muito inferior á da grande maioria das epidemias até hoje aparecidas.

E muito menor ela teria sido, por certo, se, entre outras causas, o horror ao internamento nos hospitais não fizesse com que a maioria dos doentes tivesse de ser efetuado á força, depois de estarem longos dias sem tratamento algum num meio que gerava complicações, inferiorizando os doentes e vitalizando a doença. Basta dizer que dos 34 <sup>(1)</sup> casos fataes, 20\* se deram em doentes que entravam sem fala, em completo côma, e que estiveram internados na enfermaria durante os seguintes períodos :

Numero de dias :	1	2	3	4	5	6	7
Numero de doentes :	3	5	4	4	1	2	1

Se a estes 20 juntar um falecido com diagnóstico indeterminado e que sucumbiu no próprio dia em que entrou sem o termos podido examinar, trez com tuberculose e um com mal de Brighth, restam-me 10 que, apesar da terapêutica mais atual, sucumbiram á forma nervosa como a autopsia provou.

De resto, todos os clínicos sabem que nas doenças infecciosas cujo tratamento é o sintomático, esse tratamento é tanto mais eficaz quanto mais cedo se despistarem os sintômas, e o tifo é uma infecção, de terapêutica, por enquanto, principalmente dirigida aos sintômas.

Vejamos as observações.

---

(<sup>1</sup>) Estes 34 casos fataes pertencem aos mezes de Abril, Maio e Junho, pois foi durante eles que eu estive ao serviço do hospital «Joaquim Urbano n.º 1» (Bomfim).



27 — Língua saborrosa e com o Remlinger. Responde com relativa facilidade ás perguntas e numa voz clara, um pouco tremida. Dormiu regularmente toda a noite. Olhar mais vivo e movel. Sobresaltos tendinosos; carfologia.

Medicação: adrenalina, — X gotas; óleo canforado, — 10 c. c.; iodofirina, — 0,05 (2 capsulas).

28 — Muito prostrado. Movimentos constantes de mastigação com ranger de dentes. Herpes labial; mucosidades cremosas na boca; língua fortemente saburrosa e fendilhada. Trémulo das extremidades; carfologia menos acentuada, assim como os sobresaltos tendinosos. Incontinencia da urina e fezes. Delfrio tranquilo. Respiração suspirosa.

Medicação: Óleo canforado, — 30 c. c.; adrenalina, — XV gotas; hipofisina, — 1 c. c. intravenoso. Desinfeção da boca.

29 — Delfrio noturno — á hora da visita dormia socegradamente.

Medicação: Adrenalina e óleo canforado; desinfeção da boca.

30 — Diz-se um pouco melhorado, mas os sintômas anteriores mantem-se. Língua tostada e fendilhada — ao centro uma fenda profunda donde irradiam outras mais superficiais, dando-lhe o aspeto da folha de carvalho.

Medicação: a do dia anterior.

1 de maio — Mais prostrado. Não fala mas entende o que se lhe diz. Ataxia lábio-língual (não mostra a língua); engole difficilmente. Voltaram a aparecer os movimentos de mastigação constantes mas menos amplos do que anteriormente por causa do trismus. Contratura da nuca e dos membros inferiores. Polipneia ruidosa.

Medicação: sulfato de estriçnina (2 milgr. por dia em injeção); punção lombar — líquido hipertenso xantocromático — 25 c. c. substituidos por 15 de sôro de convalescentes; restante medicação, a anterior.

2 — Ainda muito prostrado. Respiração mais tranquila e silenciosa. Desaparecidos os tremulos do maxilar, o trismus e o opistotonus.

Medicação: a anterior exceto a punção lombar e o sôro de convalescentes.

3 — Sensivelmente melhorado. Já fala mas como se tivesse um corpo extranho na boca. Diz não poder ligar duas ideias. Mostra a língua com difficuldade — assada, sangrenta e como que polvilhada com raspa de carne crúa. Na tarde deste dia voltaram todos os sintomas nervosos, e por isso foi-lhe feita nova punção raquideana que deu um líquido de tensão normal, mas fortemente xantocromático; substituiram-se 15 c. c. por igual quantidade de sôro de convalescentes. De noite, como o pulso não melhorasse apesar da medicação posta, foi-lhe feita uma injeção intravenosa de estrofantina.

4 — Coma. Cianose das extremidades.

Medicação: sôro fisiológico adrenalinado (XXX gotas em 250 gr.), e a anterior, exceto o sôro de convalescentes. Por punção lombar foram-lhe tirados 10 c. c. de líquido céfalo-raquideano fortemente xantocromático e levemente hipertenso.

5 — Morte em coma de que não tinha saído.

Nota — Este doente tinha acabado ha 15 dias, segundo me contou uma pessoa de familia, de passar por uma grave enfermidade — intoxicação por uma lata de sardinhas em conserva — quando foi atacado pelo tifo.

## Obs. II

A. N. 45 anos, viuvo, serralheiro.

Entrou em 25 de abril dizendo ter adoecido no dia 20 com fortes dores de cabeça e corpo de que ainda se queixa; fala dificilmente — disartria. Sinal de Remlinger; língua biliosa e em escamas muito espessas. Pulso pequeno, frequente e arritmico. Temp=38°.

Medicação: óleo etereo-canforado, — 30 c. c., tintura de estrofantus, — XV gotas.

- 26 — Delírio. Trémulo do maxilar inferior e trismus — ataxia lábio-lingual; língua de papagaio. Prostração. Pulso pequeno e frequente —  $T_M = 10$ ,  $T_m = 5$ ,  $A = 1$   $P = 110$  Temp = 38° e 38°, 5.

Medicação: desinfeção da boca; punção lombar: líquido de tensão normal — 20 c. c. substituídos por 10 c. c. de soro de convalescentes; óleo etereo canforado, — 20 c. c.

- 27 — O mesmo estado.

Medicação: idem, exceto punção lombar.

- 28 — Muito piorado. Delírio agitado. Carfologia. Palavra entrecortada, mal se percebendo, voz fanhosa e rouca, em tridulo de cigarra. Responde rapidamente, precipitadamente, ás perguntas sobre o seu estado, dizendo que se quer ir embora porque «já está bom». Trémulo do maxilar e dos músculos da face. Nistagmus vertical. Dentes e lábios cobertos de fuliginusidades sangrentas; língua semilhando uma esponja de borraça. Exantema máculo-petéquial muito evidente e generalizado. Ausencia dos reflexos rotulianos; trémulo epileptoide dos pés. Pulso pequeno, frequente (129) e hipotenso. Temp = 36° e 36°, 5.

Medicação: soro de convalescentes intra-raquideano, — 15 c. c.; adrenalina, — XX gotas; óleo canforado eterisado, — 20 c. c.

- 29 — Grande agitação; delírio. Responde tardiamente ás perguntas numa voz e palavra como na vespera. Sintomatologia nervosa agravada — membros contraturados; hiperestesia cutânea. Dentes e lábios como no dia anterior; língua em carapaça de tartaruga — sinal de Remlinger. Deglutição difficil. Pulso:  $T_M = 5$   $T_m = 1$   $A = \frac{1}{2}$   $P = 130$ . Temp. = 36° e 36°. Exantema muito discreto. Medicação: soro de convalescentes em intra-raquidiano — 10 c. c., mais a anterior. Desinfeção da boca.

Z. J. Abl.

Ben Sever

- 1 de maio — Agitadíssimo e delirante; pronuncia constantemente palavras desconexas e mal articuladas — como se tivesse um corpo extranho na boca. Paresia lingual e faríngea: deglutição impossivel. Respiração muito ruidosa na expiração e suspirosa. Scheine-Stocks. Pulso como no dia anterior. Dentes, lábios e língua, cobertos dum induto espesso fuliginoso. Medicação a anterior.

- 2 — O mesmo estado. Incontinencia da urina e fezes. Tumefação ao nivel da glândula sub-máxilar. Faleceu á tarde.

Autópsia. Congestão meníngea. Abundantíssimo derrame turvo. Congestão intensa do encéfalo; edema gelatinoso. Baço muito friavel. Coração normal. Abscesso sub-máxilar.

## Obs. III

A. C. — 35 a — casado — carpinteiro de carruagens.

Baixou ao hospital em 18 de abril queixando-se de dores de cabeça e no corpo, aos movimentos. Ha 8 dias sentiu fortes dores de cabeça e arrepios que o obrigaram a recolher ao leito, onde tem estado até que veio para este hospital.

Congestão da face e conjuntivas; língua fortemente saburrosa e trémula.

Obstipação.

Pulso:  $T_M = 6$   $T_m = 1$   $A = \frac{1}{2}$   $P = 120$  Temperatura,  $39^\circ$ .

Medicação: oleo de ricino — 30 gr.; soluto de adrenalina, —XX gotas; colargal, —10 c. c.

20 — Regular estado geral. Congestão da face e conjuntivas menos notavel; língua saburrosa ao centro, muito seca e trémula. Pulso  $T_M = 5$   $T_m = 2$   $A = \frac{1}{4}$   $P = 105$  Temp. =  $37^\circ$  e  $37^\circ,5$ .

Medicação: adrenalina, —XXX gotas; Hipofisina, —0, 20; oleo canforado eterisado, —20 c. c.

21 — O mesmo estado do dia anterior. Sinal de Remlinger. Exantema maculoso discreto. Temp. =  $36^\circ,5$  e  $36^\circ,6$   $P = 100$ .

Medicação: idem.

22 — Sinal de Remlinger muito nítido, quasi que, pelo aumento de volume e tremulo da língua e dos labios, esboçando a ataxia lábio-lingual; língua assada, fuliginosa ao centro. Não fala. Deglutição difficil. Exantema maculoso confluyente e generalisado. Extremidades inferiores cianosadas e frias. Hiperestesia cutânea generalisada.

Pulso:  $T_M = 5$   $T_m = 1$   $A = \frac{1}{2}$   $P = 105$  Temp. =  $36^\circ,5$  e  $36^\circ$ .

Medicação: a anterior mais banho geral (2 p. d.) a  $37^\circ$ , 5.

23 — Não fala. Deglute difficilmente e quando o faz, tosse em acessos estrídulos. Tremores intensos generalisados. Língua tifosa mas mais humida, ainda esboçando a ataxia lábio-lingual. Cianose das extremidades inferiores (esboço nas superiores).

Pulso pequeno, frequente e hipotenso, como nos dias anteriores. Temp.  $36^\circ$  e  $36^\circ,7$ .

Medicação: Poção de Todd e vinho do Porto; banhos quentes; adrenalina e oleo canforado. Punção lombar: liquido hipertenso; 40 c. c., substituidos por 20 de sôro de convalescentes.

24 — Um pouco mais vivo. responde ás perguntas por acenos. Ataxia labio lingual. Cianose das extremidades mais atenuada e extremidades mais quentes. Pulso apenas provocando oscilações indifferentes no Pachon. Temp. =  $36^\circ$  e  $36^\circ,2$ .

Medicação: adrenalina e oleo canforado eterisado e banhos quentes; gelo na cabeça.

25 — Carfologia. Delírio tranquilo. Cianose das extremidades apenas persistindo sob as unhas dos pés, parecendo largas sufusões sangüneas. Exantema em desaparecimento. Incontinencia da urina e fezes. Todos os reflexos abolidos. Pulso melhorado:  $T_M = 6$   $T_m = 2$   $A = \frac{1}{2}$   $P = 100$  Temp. =  $36^\circ$  e  $36^\circ$ .

Medicação: idem; punção raquideana (T. normal); 20 c. c. substituidos por 10 c. c. de sôro de convalescentes.

26 — O mesmo estado.

Medicação: idem; gelo na cabeça.

27 — O mesmo estado. Membros inferiores — terço inferior — apresentando largas sufusões sangüneas. Contratura da nuca. Pulso pequeno e muito frequente. Temp. =  $36^\circ$  e  $36^\circ,5$ .

Medicação : idem; sulfato de estriçnina e sulfato de esparteina — 2 inj. p. d.

28 — Faleceu de manhã.

Autópsia: Forte congestão meníngea; fortíssima congestão encefálica; edema cerebral. Coração normal. Baço em borra e com petéquias na cápsula. Hipófise congestionada.

### Obs. IV

M. F., 40 anos, casado, pedreiro.

Início a 29 de Março por fortes dores de cabeça e corpo, que o obrigaram a recolher ao leito.

Entrou em 6 de Abril com fortes dores na nuca, ao longo da espinha dorsal e membros inferiores. Forte congestão de face e conjuntivas. Delírio agitado. Boca entreaberta com trémulo dos lábios e constantes movimentos de mastigação com propulsão da língua, que mostra mal, vermelha e sangrenta, cortada por inúmeros sulcos que lhe dão o aspecto duma esponja de borracha. Sobresaltos tendinosos dos músculos das coxas. Exantema maculoso, roxo e confluyente. Às perguntas respondeu numa voz rouca, e palavra mal articulada, como se tivesse um corpo estranho na boca. Pulso pequeno e frequente—120. Temp. : 36,2.

Medicação : sôro de convalescentes — 10 c. c. intravenosos. Digitalina Mialhe — X gotas; adrenalina — XX gotas.

7 — Os mesmos sintomas, mais : tremores generalizados; carfologia; incontinência da urina e fezes. Reflexos abdominaes, cremasterianos, olecranianos, radiaes, rotulianos e aquilianos, abolidos. Pulso pequeno e frequente — 100. Temp. : 36. Não responde nem obedece ás ordens. Opistótonus.

Medicação : punção lombar, líquido de rocha, hipertenso — 20 c. c.; estriçnina e esparteina; oleo canforado eterisado — 20 c. c.

Faleceu ao fim da tarde deste dia.

Autópsia: Edema do cérebro com alguns focos de exudato nos sulcos. Congestão meníngea e forte congestão encefálica. Baço angumentado de volume e mole, em borra. Coração normal.

### Obs. V

J. R. C., 55 anos, casado, chapeleiro.

Entrou em 9 de abril muito prostrado e não fornecendo dados sobre o seu estado ou sobre o início da sua doença. Olhar fixo, sem expressão. Boca entreaberta com os lábios e dentes cobertos de fuliginosidades. Não mostra a língua por não obedecer ás ordens. Pulso pequeno, frequente e hipotenso. Temp. 36°. Exantema petéquial, raro.

Medicação : Oleo canforado eterisado — (15 c. c.); adrenalim — XV gotas.

10 — Já fala e obedece ás ordens, mas não fornece informes enquanto ao início da sua doença por não se lembrar de nada. Queixa-se de dores de cabeça que compara «como se lhe espetassem um prego detraz para dean-

te». Língua levemente saborrosa e húmida. Pulso pequeno e hipotenso:  $T_M = 10$   $T_m = 5$   $P = 78$   $A = 1$ . Ruidos da ponta atenuados. Tosse e expectoração : bronquite ligeira. Temp— $38^{\circ},5$  e  $37^{\circ},4$ .

Medicação : a do dia anterior.

- 11 — Não responde ás perguntas. Olhar fixo; conjuntivas congestionadas. Trémulos dos músculos da face, inclusive palpebras. Anciédade. Língua seca que o doente não projecta fóra das arcadas dentárias; lábios e dentes cobertos de fuliginosidades. Hiperestesia cutânea generalizada mas mais intensa nos membros inferiores. Reflexos abolidos. Temp —  $36^{\circ}$  e  $36^{\circ}$ . Pulso pequeno, freqüente e hipotenso (oscilações indiferentes no Pachon).

Medicação : hipófisina — 1 c. c. de manhã outro á tarde, intravenosos; adrenalina XX gotas; óleo etéreo canforado — 30 c. c.

- 12 — Turpor muito acentuado; ataxia lábio-língual; opistótonus; estrabismo; hiperestesia cutânea generalizada á picada, ao frio e ao calor; defeza enérgica aos movimentos passivos. Incontinência das fezes e urina. Pulso freqüente, hipotenso e pequeno —  $T_M = 8$   $T_m = 4$   $A = 1/2$   $P = 105$ . Temp.  $35^{\circ},7$  e  $36^{\circ}$ .

Medicação : punção lombar — líquido levemente xantocromático de tensão normal, 15 c. c. — toda a medicação anterior, mais estrofantina em intravenosa.

Faleceu de noite.

Autópsia : Édema gelatinoso do cérebro e forte congestão. Hidropesia ventricular. Hemorragia ao nível do lobulo parietal. Bazo mole e friavel—em borra—e com petequias na cápsula. Coração normal.

## Obs. VI

N. O., 21 anos, solteiro, alfaiate.

Início em 8 de Junho por arrepios, dores pelo corpo, sobretudo nos membros inferiores (gemoes) e violentíssima cefalalgia a que o doente se refere ainda com verdadeiro pavor e descreve dizendo : «princiava lá dentro, nos miolos, e ia alastrando... alastrando, até que tomava os ossos da cabeça e parecia despegá-los».

Entrou em 16, ainda com dores de cabeça muito intensas, mas não como as dos primeiros dias, dores pelo corpo e muita sede. Congestão da face e conjuntivas, referindo que já teve os olhos «quasi numa posta de sangue». Língua vermelha, muito seca e brilhante como lacre. Exantema petéquiual generalizado; pele seca e brilhante. Pulso amplo e freqüente (120). Temp.  $39^{\circ}$ .

Medicação : gelo na cabeça. Electrargol—10 c. c. intravenosos.

- 17 — Turpor. Língua tifosa; Remlinger. Pulso com os caracteres anteriores mas menos freqüente (100). Temp.  $38^{\circ},2$  e  $39^{\circ},2$ .

Medicação : elatrargol—10 c. c. intravenosos, desinfeção da boca; gelo na cabeça.

- 18 — Olhar espantado, fixo num ponto. Turpor. Incontinência da urina. Língua seca, assada, e com sulcos superficiaes. Pulso :  $T_M = 10$   $T_m = 5$   $A = 1$   $P = 120$  Temp.  $37^{\circ},8$  e  $39^{\circ},7$ .

Medicação : punção lombar, liquido hipertenso, agua de rocha, — 30 c. c. substituidos por 15 c. c. de electrargol ; adrenalina—XV gotas; oleo canforado éterizado—20 c. c.; desinfeção da boca.

- 19 — Muito agitado. Ataxia lábio-língual. Não responde ás perguntas parecendo não as compreender. Incontinência da urina e fezes. Trémulo dos membros superiores. Pulso :  $T_M = 12$   $T_m = 7$   $A = 1,5$   $P = 98$  Temp.  $37^{\circ},4$  e  $38^{\circ},6$ .

Medicação : electrargol intraraquideano — 20 c. c. de liquido substituidos por 10 c. c.; adrenalina — XV gotas; oleo canforado 10 c. c.; desinfeção da boca.

- 20 — Acentuaram-se os tremulos que se estenderam aos membros inferiores ; carfologia. Hiperestesia cutânea generalizada. Köernig. Não fala nem obedece ás perguntas. Reflexos preguiçosos. Olhos brilhantes, secos, com olheiras profundísimas. Ventre escavado. Dentes e lábios cobertos de fuliginosidades sangrentas. Pulso pequenissimo, freqüente (128) e irregistavel pelo Pachon. Temp.  $38,1$ .

Medicação : oleo canforado éterizado — 30 c. c.; estrofantina em intravenosa — 1 c. c.

Faleceu ao cair da noite.

Nota : No dia 19 foi-lhe prescrito o 914 por se averiguarem estigmas de sífilis mas não chegou a ser-lhe aplicado por o não conseguirmos nesse dia.

## Obs. VII

A. O. C., 22 anos, casado, empregado comercial.

Início em 3 de abril por inapetencia para o trabalho, dôres pelo corpo e muita sede.

Entrou em 10, queixando-se dos mesmos sintomas. Língua tostada ás manchas—em carapaça de tartaruga. Pulso amplo, freqüente e muito depressivel :  $T_M = 12$   $T_m = 5$   $A = 2$   $P = 105$ .

Medicação : oleo de rícino — 30 gr.; adrenalina — XX gotas.

- 11 — Língua assada e um pouco trémula; dentes e lábios fuliginosos. Congestão intensa da face e conjuntivas. Dores de garganta. Pulso :  $T_M = 14$   $T_m = 9$   $A = 2,5$   $P = 100$ .

Medicação : Punção lombar : liquido céfalo raquideano — agua de rocha — de tensão normal; 10 c. c. substituidos por outros 10 c. c. de colargol; adrenalina — X gotas; desinfeção da boca.

- 12 — Prostrado. Congestão da face e conjuntivas, levemente melhoradas. Pulso amplo, normalisado. Língua no mesmo estado.

Medicação : desinfeção da boca ; adrenalina X gotas ; urotropina, 2 gramas por dia.

- 13 — Mais prostrado. Ataxia lábio-língual ; dentes com fuliginosidades muito secas e aderentes, e lábios com vesículas de herpes. Fala difficilmente numa voz bitonal muito pastosa. Não pode engulir porque, diz ele, lhe fica tudo entalado na garganta. Exantema maculoso muito discreto ; pele sêca e brilhante. Pulso normal.

Medicação : electrargol 10 c. c. intravenosos ; adrenalina V gotas ; hipófisina em pó, 20 centigramas; loções alcoolizadas com fricção intensa.

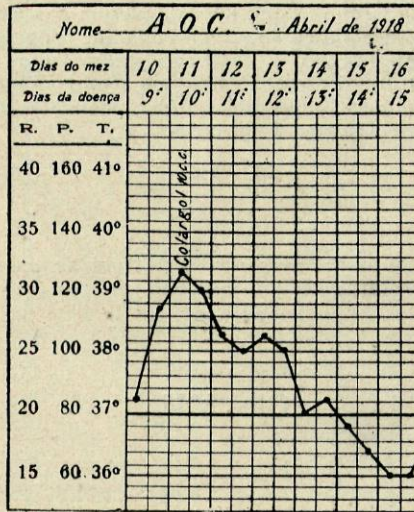
14 — Levemente melhorado sobretudo da prostração e das dores de garganta.

Medicação : adrenalina; fricções alcoolizadas.

17 — Convalescente.

Medicação : poção de estricnina e arrenal.

22 — Alta.



Obs. VII

### Obs. VIII

J. de S., 22 anos, solteiro, vendedor de jornaes.

Infcio em 1 de abril por arrepios seguidos de muito calor, dores de cabeça e corpo.

Entrou em 9 com os mesmos sintomas e língua muito fortemente saburrosa e com o Remlinger. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso. Exantema maculoso discreto.

Medicação : Oleo de rícino -- 25 gr.; adrenalina — XX gotas.

10 — Diz sentir-se bom das dores de cabeça e corpo, apenas o apoquetando a sede e um frio que nenhuma roupa é capaz de fazer passar. Ligeira congestão da face e conjuntivas. Língua saburrosa na periferia e fuliginosa ao centro. Pulso:  $T_M = 14$   $T_m = 8$   $A = 2,5$   $P = 100$ .

Medicação : adrenalina — VIII gotas; desinfecção da boca.

11 — Delírio. Trémulo dos membros superiores e do maxilar ao começar o movimento de abertura da boca. Disfagia. Congestão intensa da face e conjuntivas. Pulso freqüente mas amplo e de tensão aproximada á do

dia anterior. Língua coberta com saburro espesso, amarelado, parecido com mel tendo bocados de cêra pelo meio.

Medicação: colargol — 15 c. c. intravenosos; desinfecção cuidadosa da boca; adrenalina — VIII gotas;

12 — Muito melhorado. Língua mais limpa e humida. Pulso:  $T_M = 15$   $T_m = 8$   
A = 2 P = 94.

Medicação: Poção de estriçnina e arrenal — 2 c. s. p. d.; adrenalina — VIII gotas.

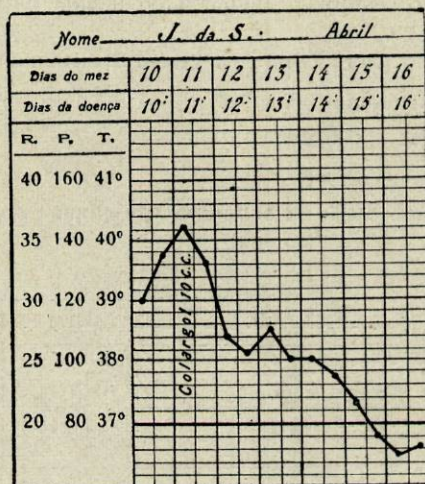
13 — O mesmo estado.

Medicação: idcm; urotropina — 1,5 gr. por dia.

15 — Convalescente.

Medicação: poção de estriçnina e arrenal — 2 c. s. p. d.

19 — Alta.



Obs. VIII

### Obs. IX

J. O., 45 anos, solteiro, pintor.

Início em 29 de março por intensas dores de cabeça e garganta.

Entrou em 2 de abril, sem fala, delirante e com a respiração ruidosa na expiração. Língua sêca, lífosa. Exantema maculoso discreto. Pulso muito freqüente e pequeno.

Medicação: óleo de rícino — 20 gr.; gelo na cabeça; desinfecção da boca.

3 — Idem. Prostração. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso.

Medicação: óleo canforado, — 20 c. c.; gelo na cabeça; desinfecção da boca.

4 — O mesmo estado.

Medicação : a do dia anterior com o óleo canforado em maior dose.

5 — Muito prostrado e alheio a tudo que o cerca. Delírio tranqüilo. Resmunga continuamente sem se lhe perceber uma palavra. Não responde às perguntas. Olhar fixo. Trémulo dos membros superiores e do maxilar. Não toma alimentos. Não mostra a língua. Pulso pequeno, frequente e hipotenso— $T_M=11$   $T_m=5$   $A=1/2$   $P=130$ .

Medicação : Colargol — 15 c. c. intravenosos ; adrenalina — XX gotas ; óleo canforado — 30 c. c.

6 — Recebeu-nos muito risonho e dizendo-se curado. Palavra como se tivesse um corpo estranho na boca. Língua sêca, profundamente fendida e sangrando facilmente. Exantema maculoso muito evidente. Pulso :  $T_M=15$   $T_m=9$   $A=1$   $P=100$ .

Medicação : adrenalina — X gotas. Desinfecção da boca.

7 — Acentuam-se as melhoras. Língua mais humida, mas ainda um pouco prêsa.

Medicação : adrenalina — X gotas. Urotropina — 2 gr. por dia.

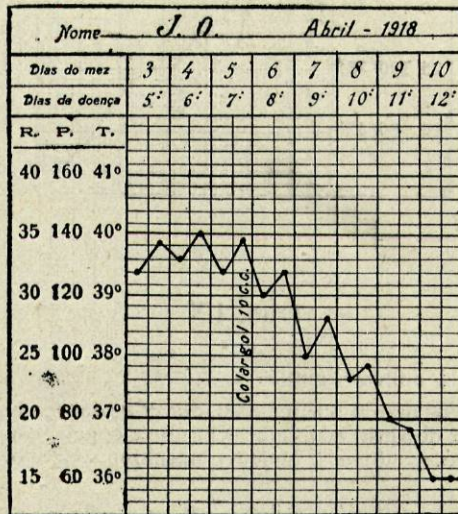
8 — Língua a limpar e humida. Apetite.

Medicação : urotropina.

10 — Francamente convalescente.

Medicação : poção de sulfato de estricnina e arrenal 2 c. s. p. d.

15 — Alta.



Obs. IX

## Obs. X

J. R., 31 anos, casado, ferrageiro.

Início em 6 de abril por tonturas, dores de cabeça e garganta.

Ha dias que se sentia «adoentado», até que no dia 6 teve de recolher ao leito por os sintomas descritos se fazerem acompanhar de muita fébre, diz o doente.

Entrou no dia seguinte, sentindo-se «curado mas com muita secura na boca e muito calor». Língua levemente saburrosa. Congestão intensa da face e conjuntivas. Exantema maculoso muito discreto, nos ante-braços e dorso.

Medicação: óleo de rícino — 30 gr.; adrenalina — X gotas.

10 — Idem. Sinal de Remlinger; língua fortemente saburrosa ao centro e vermelha, sêca, na ponta e bordos. Pulso amplo, muito frequente e depressivel. Exantema maculoso mais generalizado.

Medicação: colargol — 10 c. c. intravenosos. Adrenalina — X gotas. Desinfecção da boca.

11 — Melhorado. Língua menos saburrosa e muito humida.

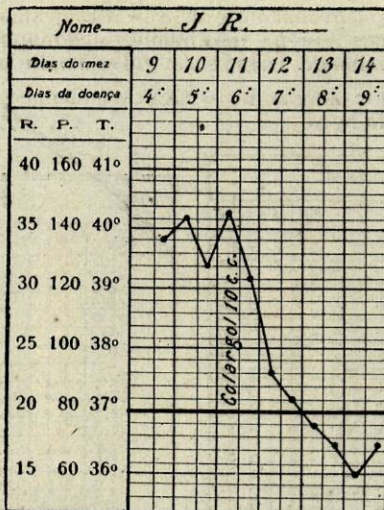
Medicação: adrenalina — X gotas.

12 — Idem. Exantema desaparecido.

Medicação: estircnina — 1 c. c. diario.

13 — Diz ter muita fome.

18 — Alta.



Obs. X

## Obs. XI

C. J. A. de F., 28 anos, casado, serralheiro.

Início em 10 de abril por violentos arrepios, dores de cabeça, membros, e raquialgia.

Entrou em 18 seguinte com: congestão muito intensa da face e conjuntivas. Língua saburrosa à periferia, biliosa e seca ao centro; lábios e dentes fuliginosos. Voz nasalada; palavra entaramelada. Delírio. Exantema maculoso generalizado, mais intenso nos ante-braços e dorso. Não evacua desde que adoeceu.

Medicação: óleo de ricino — 30 gr.; adrenalina — XV gotas; Hipófisina — 2 hóstias de 10 centigramas; colargol — 10 c. c. intravenosos.

19 — Delírio agitado; halucinações (foi preciso prendê-lo à cama durante a noite). Língua tifosa. Hálito tífico, *sui generis*. Exantema maculoso muito generalizado e evidente; pele seca e brilhante, muito quente.

Medicação: a do dia anterior exceto o purgante.

20 — Mais tranquilo. Voz entaramelada e rouca. Responde às perguntas tardia e desconexamente, num ar muito risonho. Sinal de Remlinger.

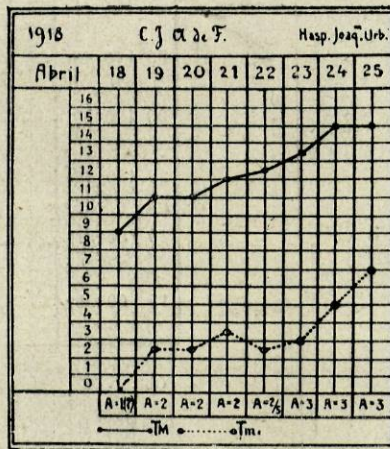
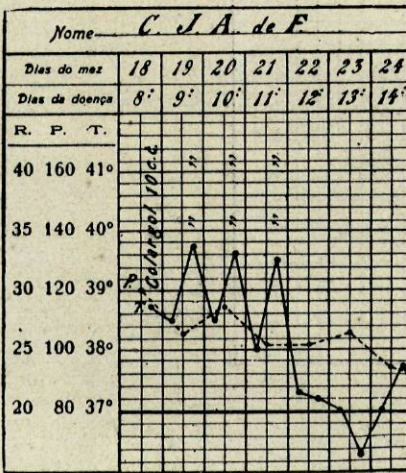
Medicação; idem; adrenalina, — XX gotas; gelo na cabeça.

21 — Delírio onírico. Mostra melhor a língua, muito seca, a tender para o aspecto do lacre.

Medicação: idem; desinfecção da boca.

22 — Continua em desaparecimento o delírio. Congestão da face e conjuntivas menos evidentes. Língua mais húmida mas muito trêmula. Hiperestesia cutânea generalizada. Tosse seca. Pulso amplo, muito mole.

Medicação: adrenalina — XXX; hipófisina, — 2 hóstias; desinfecção da boca.



- 23 — Peorado do delírio (noite agitadíssima). O doente supõe-se na sua associação de classe onde apregoa, num discurso a que não faltam os gestos, as mais radicais ideias. Chamado á realidade não se mostra surpreendido por estar na enfermaria e diz sentir-se bom e com fome. Língua melhorada; dentes tuliginosos e lábios com herpes. Exantema apenas visível no dorso.

Medicação: adrenalina — XXV gotas; gelo na cabeça.

- 24 — Estado geral muito melhorado Delírio tranqüilo permanente, exteriorizando-se por discursos socialistas de combate ás tabernas — «onde nós gastamos as férias» — diz ele.

Foram estes discursos que nos levaram a prescrever o vinho do Porto ás refeições que começou a fazer neste dia.

- 25 — Acentuam-se as melhoras. Delírio desaparecido.

- 26 — Francamente convallescente.

Medicação: poção de estricnina e arrenal — 2 c. s. p. d.

6 de maio — Alta.

### Obs. XII

D. S., 23 anos, solteiro, moço de lavoira.

Início em 30 de março por fortes dôres de cabeça e corpo.

Entrou em 2 de abril dizendo apenas sentir-se muito fraco e com febre. Língua saburrosa á periferia, biliosa em pontos e tifosa ao centro. Pulso amplo mas hipotenso:  $T_M = 11$   $T_m = 5$   $A = 2$   $P = 95$ .

Medicação: óleo de rícino — 30 gr.; adrenalina — XV gotas.

- 5 — Idem. Prostração.

- 6 — Idem. Leve congestão da face e conjuntivas. Língua tostada no centro e saburrosa na periferia. Pulso:  $T_M = 13$   $T_m = 6$   $A = 2$   $P = 125$ .

Medicação: adrenalina — XX gotas; desinfecção da boca.

- 7 — Muito prostrado. Congestão intensíssima da face e conjuntivas. Língua fortemente biliosa na periferia e tostada no centro. Pulso:  $T_M = 10$   $T_m = 4$   $A = 1$   $P = 120$ .

Medicação: adrenalina — XXV gotas; desinfecção da boca.

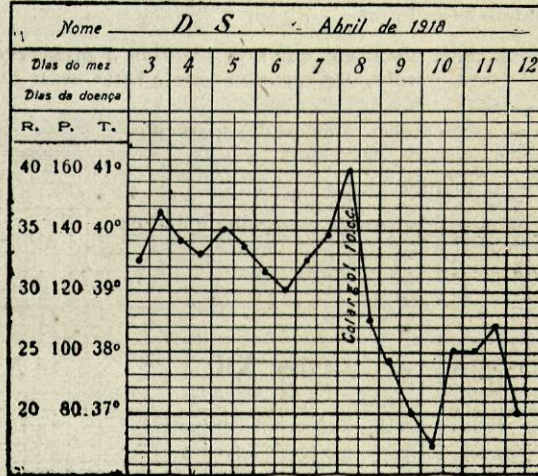
- 8 — Dores de cabeça muito violentas. Congestão da face e conjuntivas, mais atenuada. Dentes e lábios cobertos dum saburro cremoso; língua fortemente saburrosa, escamosa no centro. Pulso melhorado. Delírio onírico.

Medicação: colargol — 10 c. c. intravenosos; adrenalina — XX gotas; desinfecção da boca.

- 9 — Melhorado. Responde ás perguntas desconexamente. Está sempre a falar: chama o pessoal de enfermagem, principia a expor um desejo — em geral refere-se á sede que o tortura, ou á fome que o aguilhõa — mas não acaba o raciocínio e muda de assunto numa enorme confusão de ideias, que, por reconhecer o irrita. Trémulo dos membros superiores.

Como suspeitásemos de que este estado poderia provir da supressão de habitos alcoólicos, prescrevemos Vinho do Porto.

- 11 — Muito melhorado.  
17 — Alta.



Obs. XII

### Obs. XIII

J. P. G., 37 anos, casado, sapateiro.

Entrou em 18 de abril, queixando-se de fortes dores no torax e de muita sede. Não se recorda do dia em que adoeceu nem como lhe principiou a doença. Congestão intensa da face e conjuntivas. Língua saburrosa. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso (bigeminado). Dores abdominaes.

Medicação: óleo de rícino—50 gr.; adrenalina XV gotas.

- 20 — Delírio. A todas as perguntas responde invariavelmente: «foi na segunda-feira que eu entrei para cá». Turpor. Língua saburrosa, biliosa no centro. Pulso pequeno, freqüente (120) e hipotenso.

Medicação: adrenalina — XXV gotas; hipofisina — 2 hostias de 0,1 gr.

- 21 — Melhorado do delírio e do turpor. Responde ás perguntas numa grande confusão de ideias que o faz dar respostas desconexas. Quando contrariado teima e irrita-se. Língua com os mesmos caracteres anteriores mas mais sêca. Pulso muito freqüente e pequeníssimo.

Medicação: eter-óleo canforado — 20 c. c.

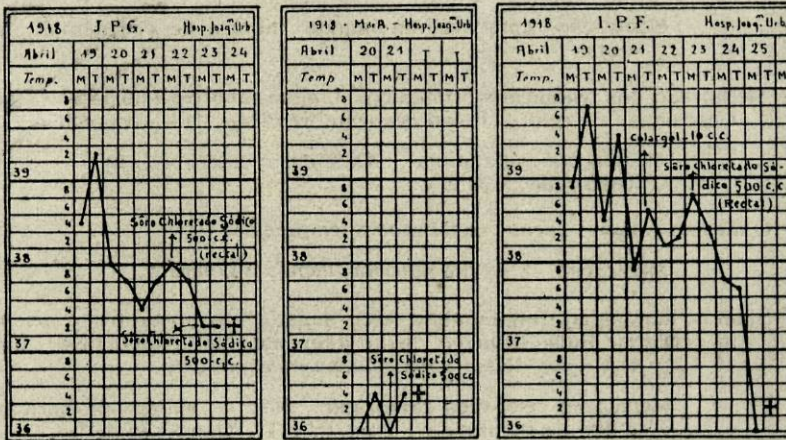
22 — Delírio agitado; halucinações. Responde ás perguntas muito vagarosamente e numa voz bitonal e trémula. Trémulo dos lábios. Pequenos sobressaltos tendinosos dos músculos dos membros. Ausência dos reflexos rotulianos e achilianos; exagero dos cremasterianos. Hiperestesia cutânea no abdômen e face interna das coxas. Tremores fibrilares dos músculos da face e antebraço. Pulso:  $T_M = 10$   $T_m = 5$   $A = 1$   $P = 105$ . Língua seca e escamosa.

Medicação: Sôro cloretado sódico — 500 c. c. (1); adrenalina XXX gotas; eter-óleo canforado — 20 c. c.

23 — Côma.

Medicação: sôro cloretado sódico — 500 c. c.; adrenalina—XXX gotas; eter-óleo canforado — 30 c. c.; sulfato de estriçnina e sulfato de esparteina — 2 c. c.

Faleceu na noite dêste dia.



Obs. XIII, XIV, XV

### Obs. XIV

M. de S., 30 anos, casado, varredor.

Início em 8 de abril por arrepios, dores de cabeça (região occipital) e corpo.

Entrou em 20 queixando-se dos mesmos sintomas numa voz rouca e palavra entrecortada. Tremores generalizados que diz ter desde o princípio da doença. Contratura dos extensores do antebraço, que os movimentos passivos venciam com grande dificuldade. Opistotonus. Língua fortemente saburrosa, muito fendilhada, e trémula. Exantema petéquiá generalizado, tendo algumas petéquias o tamanho de um botão de camisa. Cianose das extremidades inferiores. Pulso freqüente e muito mole.

Medicação: electrargol — 15 c. c. em hipódermica; adrenalina — XXX gotas; tintura de estrofantus — X gotas; vinho do Porto.

(1) O sôro cloretado sódico foi ministrado em clister de gota a gota, não só por termos notado que decorava o tubo do irrigador mas ainda por o estado do doente (trémulos e agitação) não permitir a técnica intra-venosa.

21 — Agravada a sintomatologia do dia anterior. Incontinência da urina e fezes. Respiração suspirosa. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso.

Medicação : Sôro cloretado sódico — 500 c. c.; adrenalina — XXX gotas; eter-óleo canforado — 20 c. c.; cafeína — 2 c. c.

22 — Faleceu de manhã.

### Obs. XV

J. P. da F., 52 anos, casado, pádeiro.

Início em 10 de abril por fortes dôres de cabeça e corpo.

Entrou em 18 com os mesmos sintomas e com exantema petéquiial generalizado. Língua saburrosa; prisão de ventre. Pulso pequeno e freqüente (120) Tosse e expectoração : bronquite generalizada.

Medicação : enfaixamento humido ; tintura de estrofantus — XV gotas.

20 — Melhorado dos fenómenos bronquicos. Língua saburrosa na periferia, sêca e escamosa no centro. Pulso pequeno, freqüente (110) e hipotenso.

Medicação : adrenalina — XX gotas ; colargol — 10 c. c. ; óleo canforado — 20 c. c.

21 — O mesmo estado ; apenas melhorada a temperatura (!)

Medicação : a do dia anterior, menos o colargol.

22 — Sinal de Remlinger ; língua muito sêca quasi preta no centro e amarela na periferia. Pulso pequeno, muito freqüente (146) e hipotenso :  $T_m = 10$   $T_m = 4$   $A = 1/2$ . Respiração ruidosa na expiração.

Medicação : eter-óleo canforado — 30 c. c. ; sulfato de estricnina e dito de esparteina — 2 inj. de c. c. ; desinfeção da boca.

23 — Língua em escamas muito grossas e escuras ; Remlinger. Turpor ; alheamento. Sobresaltos tendinosos nos músculos dos membros superiores ; contratura dos inferiores. Pulso levemente melhorado.

Medicação : sôro cloretado sodico — 500 c. c. ; eter-óleo canforado — 30 c. c. ; adrenalina — XV gotas ; desinfeção da boca.

24 — O mesmo estado.

Medicação : a anterior.

25 — Muito piorado. Língua, lábios e dentes, cobertos de um induto semilhando pão de milho mastigado. Cheine-Stocks. Delírio ; halucinações.

Medicação : eter-óleo canforado — 30 c. c. ; hipofisina — 1 c. c. intravenoso ; vinho do Porto.

Faleceu na noite dêste dia.

Autopsia : Forte congestão meningea ; aderencias á dura-mater. Forte congestão encefálica ; hemorragia ao nível do lóbulo frontal esquerdo.

Coração pequeno

Baço em borra.

Fígado muscado.

## Obs. XVI (1)

Dr. C. M., médico em Espinho. Da clínica domiciliária do Sr. Dr. Ramalho. Adoeceu em 16 de Dezembro de 1917. Dizia: «sei que estou doente por ter febre elevada, nada mais.»

Durante a semana anterior sentia-se mais fraco, mais deprimido, aborrecendo-lhe o trabalho; temperatura vespéral 37,5.

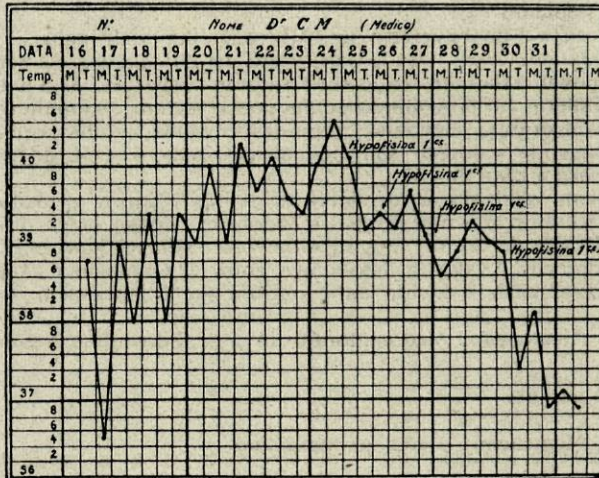
Em 16: P. 120, reg. T. 38,8. Suores muito abundantes.

Língua saburrosa, húmida, prisão de ventre pertinaz. Delírio, insónia. De dia para dia acentuava-se a gravidade da doença, mórmente no que diz respeito à sintomatologia nervosa.

¿ De que natureza era a infecção cuja gravidade a todos impressionava? ¿ De que se tratava? ¿ Tifo exantemático? ¿ Febre tifóide? As opiniões divergiam. Os colegas de Espinho diziam ser o tifo exantemático, em virtude da sintomatologia nervosa que o doente apresentava.

Medicação estabelecida pelo colega A. Pinto Leite e por mim, e por todos aceite: óleo canforado 10 a 15 c. c., soluto de adrenalina dez gôtas diárias. Mais tarde electrargol 20 c. c. de manhã e 20 c. c. de tarde, dose que nos dias seguintes foi elevada para 30 c. c. de manhã e 30 c. c. de tarde; balneação fria, de 3 em 3 horas; gelo permanente no abdomen por haver gargolêjo na fossa ilíaca direita.

22 — Surge uma complicação — bronco pneumonia — que o doente diagnostica, julgando-se por esse facto perdido.



Obs. XVI

25 — Fui chamado a toda a pressa porque C. M. estava em estado desesperado — «se lhe levassem um médico do Porto, ainda poderia salvar-se, se fôsse no espaço de 6 horas,» dizia.

(1) Esta observação e as seguintes até à Obs. XXV inclusivé, documentaram a comunicação apresentada à Associação Médica Lusitana (sessão de 11 de Abril) pelo Sr. Dr. A. Ramalho e saíram publicadas no n.º 292 de «A Medicina Moderna».

Desde o 1.º dia da doença que o doente não dormia e delirava constantemente; estava como louco, excitadíssimo. Pulso pequeno e hipotenso.

Em face do exposto: bronco-pneumonia, pulso hipotenso, que ameaça sumir-se, insónia, delírio, etc., lembrei-me de experimentar a hipofisina, conjugando assim o seu efeito com o da adrenalina — tentando melhorar a circulação central, talvez calmando o sistema nervoso.

Dei 1 c. c. de hipofisina em injeção subcutânea. Pouco tempo depois o doente sossegava e adormecia profundamente, facto que foi notado pelo pessoal de enfermagem e logo atribuído à hipofisina.

26 — Apareceu o exantema — estava no 11.º dia de doença — que nos dias seguintes tomou o carácter petéquial, extenso e intenso. Língua tifosa.

Medicação: neste dia foi-lhe dado mais 1 c. c. de hipofisina. No dia 27, outro c. c. de hipofisina. No dia 29, outro. O doente sentia-se melhor desde a primeira aplicação de hipofisina, melhoras que a observação confirmava.

### Obs. XVII

Miss C., vinte e cinco anos, solteira, irlandesa. Da clínica domiciliária do Sr. Dr. A. Ramalho.

Adoeceu a 9 de Fevereiro de 1918, com dores de cabeça violentas e pelo corpo; bastante fosse. Desde o princípio do mês que não se sentia bem, a ponto de não poder trabalhar, tendo temperaturas vespertais: 37,5 a 37,8.

Na véspera, em 8, sentindo-se um pouco melhor, retomou o seu trabalho; em 9, a temperatura elevou-se, para descer ainda, no dia seguinte, até ao normal, pretendendo a doente sair novamente; mas, à tarde do mesmo dia, subiu então para a casa dos 39.

A doente queixava-se de dores de cabeça e corpo, principalmente do tronco — região infraclavicular direita, e abdomen — fossa ilíaca direita, ponto apendicular. Prisão de ventre. Língua saburrosa. Notável hiperestesia cutânea em todo o abdomen. As dores abdominais eram espontâneas e exageradas no ponto apendicular, onde a doente mal consentia que lhe tocassem. Tosse.

Medicação: óleo canforado 15 c. c.; adrenalina X gôtas.

15 — Delírio e insónia.

Medicação: 1 c. c. de hipofisina.

16 — O delírio e a insónia tinham desaparecido.

Medicação: hipofisina 1 c. c.

17 — Medicação: hipofisina 1 c. c.

18 — Sinais peritonias evidentes.

Medicação: gêlo; hipofisina 1 c. c.

19 — Idem.

Medicação : hipofisina 1 c. c. Gêlo.

20 — Desaparecem os sinais peritoniais.

21 — A temperatura sobe a 40° às 20 horas.

22 — Surge uma bronco-pneumonia atingindo os dois terços inferiores do pulmão direito, parte posterior ; um fóco pneumônico na região infraclavicular direita, ao nível do 2.º espaço intercostal.

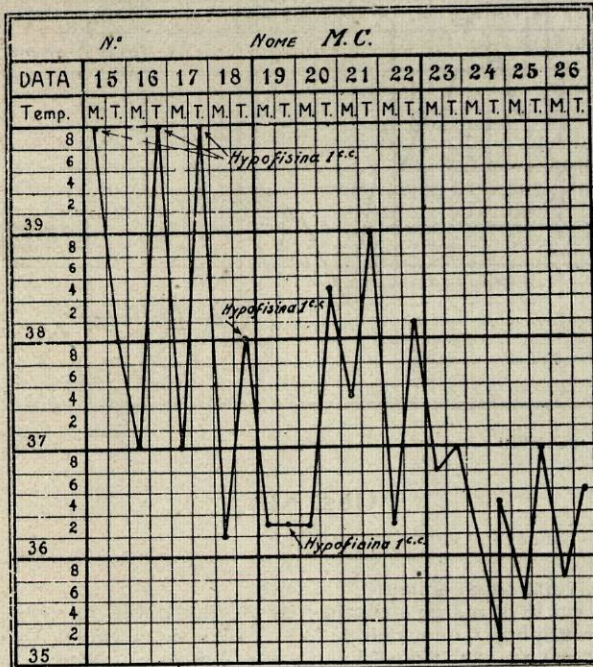
Medicação ; electragol 10 c. c.

Nos dias seguintes a curva térmica desceu, por vezes, abaixo de 35, chegando o termómetro a não registar a temperatura, o que provocou pânico : pulso pequeno e hipotenso, 100 a 120.

26 — A doente está francamente convalescente.

A adrenalina e o óleo canforado acompanharam a restante medicação, nas doses acima indicadas.

Esta doente teve no período de estado, em dias que não podemos marcar, carfologia e tremor vibratório generalizado.



## Obs. XVIII

A. P. S., trinta e nove anos, casado, serrador.

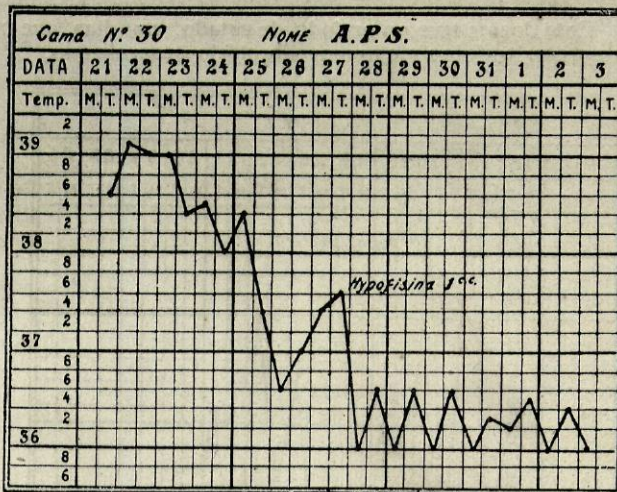
Início, em 16 de Março, por dores na cabeça e corpo.

Entrou no dia 20, queixando-se das mesmas dores. Língua tifosa com um grande sulco central e ramificações laterais profundas. Congestão intensa da face e conjuntivas. Insônia.

23 — As dores de cabeça acentuaram-se, a garganta tornou-se muito seca e apareceu-lhe fosse. No dia 27 estes sintomas mantinham-se, dizendo porém o doente, que o que mais desejava era dormir.

Deu-se-lhe um centímetro cúbico de hipofisina (injeção intravenosa) e, passados 10 minutos, dizia sentir-se melhor da cabeça; daí a outros 10 minutos dormia muito calmo. A temperatura, que antes da injeção era de 38,6, passou a 36.

Medicação restante; soluto de adrenalina (vinte gotas diárias) e óleo canforado 20 c. c.



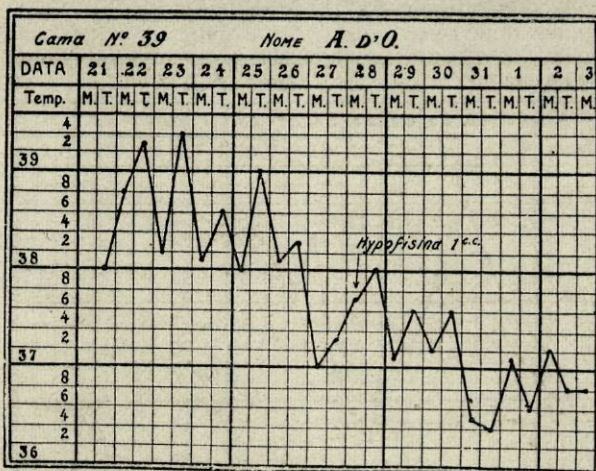
Obs. XVIII

## Obs. XIX

A. O., vinte anos, solteiro.

Início em 16 de março e entrada em 20 com dores na região frontal e pescoço (em colarinho). Congestão da face. Exantema petéquial. Delírio e insônia. Em 26, língua assada, dentes fuliginosos. Em 28, sonolência, torpôr cerebral; pulso pequeno, freqüente e hipotenso. Em 29 melhorado. Em 31, idem.

No dia 28 como aos sintomas apontados acima se juntasse um forte delírio e não diminuisse a insónia, foi-lhe dada uma injeção intra-venosa (1 c. c.) de hipofisina, que modificou completamente toda a sintomatologia.



Obs. XIX

### Obs. XX

A. D. F., dezanove anos, solteiro.

Entrou em 20 de Março de 1918 com dores de cabeça e corpo, congestão intensa da face e conjuntivas, e exantema maculoso generalizado.

Este doente apresentou no decorrer da sua doença tal delírio que o pessoal de enfermagem não podia sair de junto dele, sob pena de o ver saltar da cama.

Sendo-lhe dada uma injeção de hipofisina (1 c. c.), não só calmo completamente, mas ainda lhe desapareceram as dores de cabeça.

### Obs. XXI

F. S., trinta e quatro anos, comerciante.

Início em 18 de março, por dores violentas na cabeça, secura e insónias.

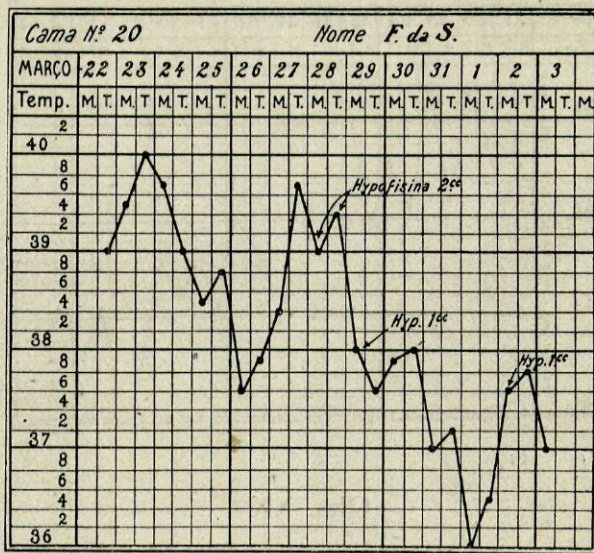
Congestão intensa da face e conjuntivas. Língua saburrosa. Exantema petéquiá generalizado.

28 — Delírio com intervalos de torpôr cerebral e dificuldade na articulação da palavra. Língua tifosa, assada e fuliginosa. Ruídos cardíacos muito atenuados: pulso pequeno, freqüente e hipotenso.

Neste dia foram-lhe dadas duas injeções intravenosas de hipofisina, de 1 c. c. cada uma, notando-se logo após a primeira uma diminuição do delírio e após a 2.<sup>a</sup> a  $T_M$  de 8 passou a 9, e a  $T_m$  de 5 passou a 7. O pulso manteve-se a 110, mas melhorou em amplitude e ritmo.

29 — Menores perturbações da fala. Língua assada, com escamas salientes. Delírio desaparecido; torpôr melhorado. Ruídos cardíacos normalizados; pulso, idem.

Medicação: Hipofisina 1 c. c. em injeção intravenosa.



Obs. XXI

1 — Língua assada, secca, em carapaça de tartaruga. Voz fanhosa e como se fivesse um corpo estranho na boca. Torpôr cerebral persistindo ainda.

2 — idem.

Medicação: 1 c. c. de hipofisina (injeção intravenosa).

3 — Muito melhorado. Apetite.

Medicação restante: Adrenalina 20 gotas, óleo canforado 20 c. c.

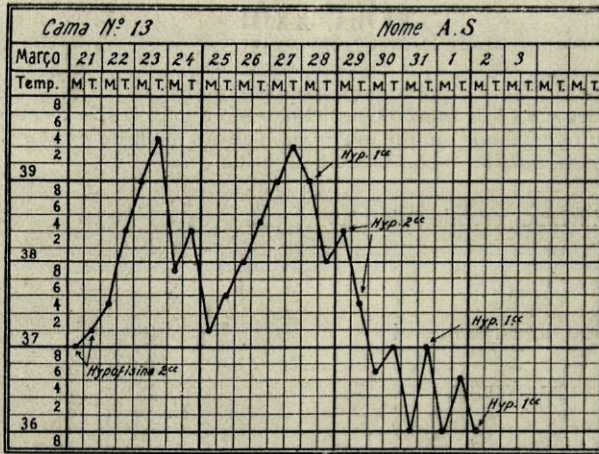
### Obs. XXII

A. S., quarenta e dois anos, casado, condutor da Companhia Carris.

Adoeceu em 16 de março de 1918 com arrepios, dores de cabeça e corpo.

Entrou em 20 com grande prostração, queixando-se de dores de cabeça e corpo, e insônia. Congestão da face. Língua saburrosa à periferia e tifosa ao centro. Urinas muito carregadas. Exantema petéquel generalizado.

21 — Foram-lhe feitas duas injeções intra-venosas de hipofisina (1 c. c. cada uma), melhorando muito das dores de cabeça e corpo, e da insônia,



Obs. XXII

26 — Língua biliosa e escamosa; dentes fultiginosos. Obedece lentamente às ordens; torpôr. Pulso irregular, bradicárdico (52). Cianose das extremidades. Ausência de todos os reflexos. Sujeito ao tratamento pelo óleo canforado (30 c. c.), soluto de adrenalina (trinta gotas) e sôro adrenalinado (500 c. c.); apresentava no dia 28 congestão intensa da face e conjuntivas, língua tífica, escamosa e sêca; torpôr cerebral. Pulso irregular, com intermitências, pequenissimo; ruídos cardíacos atenuados. Cianose das extremidades melhorada. Voz entrecortada—paresia laríngea. Estado suspiroso.

Sendo-lhe dada uma injeção intravenosa (1 c. c.) de hipofisina, regularizou-se o pulso e tornou-se possível medir-lhe a tensão ( $T_m$  7,  $T_m$  6), o estado suspiroso desapareceu e a agitação, que me esqueceu citar, calou a ponto de o doente passar pelo sono. O torpor cerebral, que se mantivera, dava a impressão de que o doente não chegava ao dia seguinte; mas, com a hipofisina, que apliquei sempre que foi possível e não regularmente, como desejava, devido á escassez dêste medicamento, o pulso levantava-se, o olhar avivava-se, a respiração ritmava-se, emfim, produziam-se tais modificações no estado geral do doente que creio poder dizer ter sido a hipofisina que o aguentou de 26 a 2 de abril, numa verdadeira sobrevivência.

Falecido em 2 de abril, foi-lhe feita a autópsia, que revelou forte congestão meningea, edema do cérebro, derramamento ventricular, baço esclerosado, profunda alteração das cápsulas supra-renais e o coração não alterado.

## Obs. XXIII

A. J. A. B., vinte e cinco anos, solteiro, padelro.

Adoeceu em 14 de março com febre, dores pelo corpo e cabeça. Entrou no dia 20 com os mesmos sintomas e mais: delírio, sinal da língua (Remlinger), língua saburrosa, apetite, incontinência da urina.

26 — Delírio intenso, grande agitação.

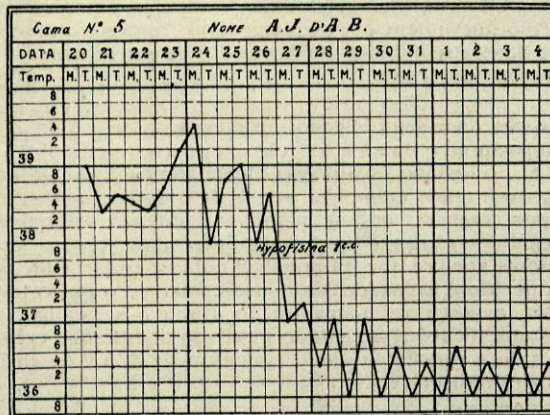
27 — Calmo,

28 — Melhorado do estado geral.

29 — Língua limpa. Apetite.

1 de abril — Transferencia para o Sardão.

Submetido desde a entrada ao tratamento pela estrofantina, começou no dia 26 com o soluto de adrenalina (vinte gotas) e óleo canforado 20 c. c. Neste mesmo dia, por ter delírio intenso e grande agitação, a ponto de ser preciso prendê-lo, foi-lhe aplicado *um centímetro cúbico de hipofisina*. Após a aplicação calçou completamente e de então em diante o seu tifo teve uma marcha benigna.



Obs. XXIII

## Obs. XXIV

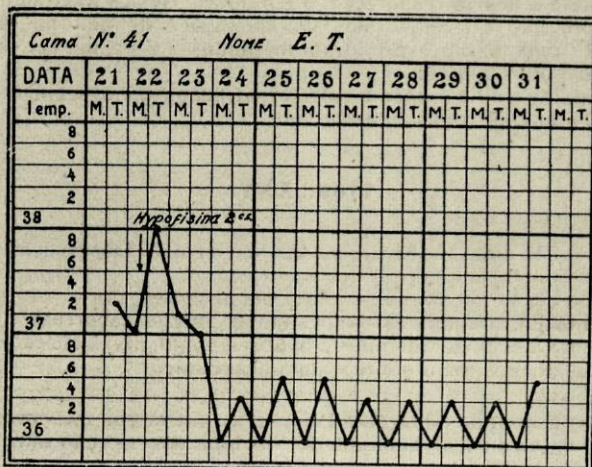
E. T., 15 anos, tecelão.

Adoeceu em 17 com leves dores de cabeça e dores intensas nos membros. Entrou em 20 de março com os mesmos sintomas, congestão intensa da face e das conjuntivas, insônia, delírio e língua saburrosa.

26 — *Apetite. Exantema em desaparecimento (5.<sup>a</sup> de bife).*

Tratado pelo óleo canforado (10 c. c.) e soluto de adrenalina (dez gotas) foram-lhe ministrados 2 c. c. de hipofisina em 22 (injeção hipodérmica). A insónia desapareceu no mesmo dia, e o delírio já não apareceu durante o sono. A marcha da doença e a curva da temperatura dizem o resto.

Transferido para o Sardão em 31 de Março de 1918.



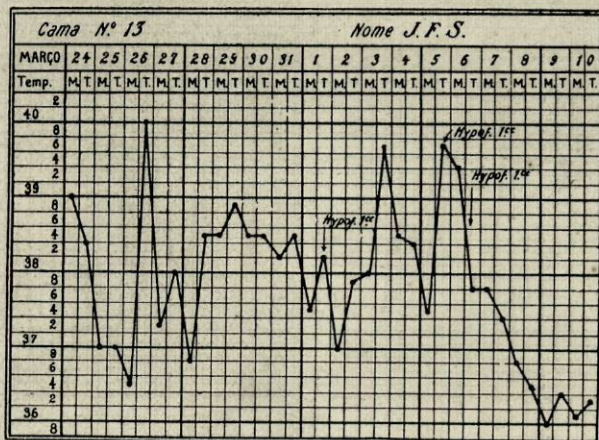
Obs. XXIV

### Obs. XXV

J. F. S., quarenta e um anos, casado, empregado no despolhamento. Enfermaria de isolamento. Observação do Sr. Dr. Vasco d'Oliveira.

Início em 23 com tosse, fortes cefalalgias. Língua seca, saburrosa; exantema generalizado.

Entrou em 24 com intensa congestão da face e conjuntivas.



Obs. XXV

De 24 a 29 o tifo segue uma marcha normal; 29 (à noite) delírio intenso; 30, idem; 1 de abril, idem (à tarde hipofisina), a despeito do sôro adrenalinado; 2, passou súbitamente o delírio; exantema desaparecido; 3, recrudescer o delírio; 4, idem, idem; 5, idem, idem, pulso pequeno, freqüente, hipotenso; 6, delírio diminuído, pulso normal; 7, delírio desaparecido; 8, melhorado; 9, idem; 10, idem.

No dia 1 foi-lhe dado 1 c. c. de hipofisina.

No dia 3 o delírio reapareceu; 4 e 5, idem. Nestes dias não lhe foi dada a hipofisina por não a termos, mas sim aplicações de gelo na cabeça, aliás sem resultado; mas no dia 5 e 6 foram-lhe dados 2 c. c., um em cada dia, por se conseguirem duas empoas.

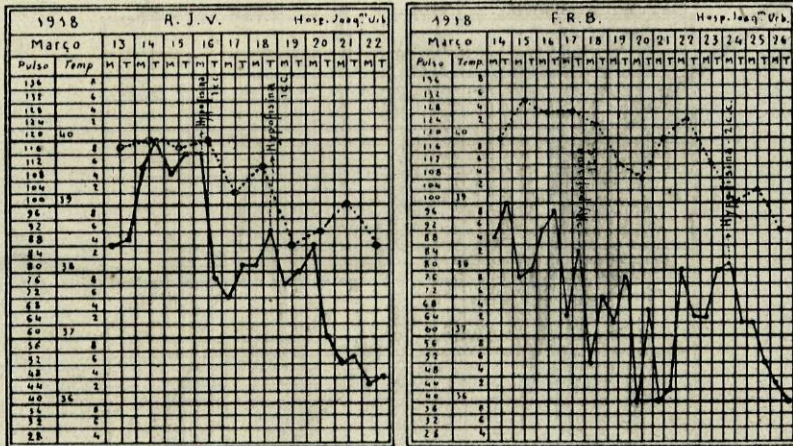
De então para cá o doente entrou em franca convalescença. Este doente não precisou nunca de tónicos cardíacos.

### Obs. XXVI

A. J. V., 30 anos, solteiro, latoeiro de metais. Observação do Sr. Dr. Santos Silva.

Entrou em 12 de março de 1918 com arrepios, dores de cabeça, forte congestão da face e conjuntivas, herpes labial, língua saburrosa e com o Remlinger, exantema maculoso, insónias e delírio agitado; não forneceu dados sobre o início da sua doença, nem sobre a data desse início.

- 16 — Carfologia, grande agitação e cianose dos membros inferiores. Neste dia, além da medicação habitual, foi-lhe feita uma injeção intravenosa de 1 c. c. de hipofisina.
- 18 — Mantem-se os mesmos sintomas, apenas diminuída a agitação. Nova injeção de hipofisina.
- 19 — Sensíveis melhoras.
- 24 — Franca convalescença.



Obs. XXVI e XXVII

## Obs. XXVII

F. R. B., 52 anos, casado, vendedor ambulante. Observação do Sr. Dr. Santos Silva.

Entrou em 13 de março de 1918 com 9 dias de doença, congestão da face e conjuntivas, língua saburrosa, tostada e com o Remlinger. Prisão de ventre pertinaz. Hemoptises.

Em 16 e 17 delírio intenso que em virtude da profissão se manifestava por pregões «reportorios baratos, a historia da Branca Flor, olha o seringador etc.» Taquicardia e hipotensão muito acentuada.

Com o fim de calmar o delírio foi-lhe feita em 17 uma injeção intravenosa de 1 c. c. de hipofisina. Em 18 e dias seguintes, calmo de facto, mas no dia 24 foi necessário aplicar-lhe nova dose por de novo aparecer o delírio. Os resultados foram, como da 1.<sup>a</sup> vez, evidentes.

## Obs. XXVIII

M. J. R. J., 25 anos, solteiro, carroceiro da Camara.

Entrou no dia 9 d'abril com 6 dias de doença e com dores de cabeça, vertigens, congestão da face e conjuntivas, tremores, suores profuros, língua fortemente saburrosa e fendilhada; pulso pequeno, frequente e hipotenso. Exantema maculoso generalizado.

Medicação: eter-óleo canforado—20 c. c.; adrenalina—XV gotas.

11 — Idem. Língua seca e biliosa.

Medicação: idem.

12—Idem. Interrogado nos seus antecedentes pessoas diz ter contraído o cancro de Hunter ha 3 mezes, do qual mostra a cicatriz na glande. Apresenta nítidas cicatrizes de côr acobreada nos membros inferiores e macropoliadenia inguinal.

Medicação : prescrito o 914—0,30 e a anterior.

13 — Os mesmos sintomas anteriores agravados. Carfologia.

Medicação: a anterior. Não lhe foi aplicado o 914 por o não termos conseguido.

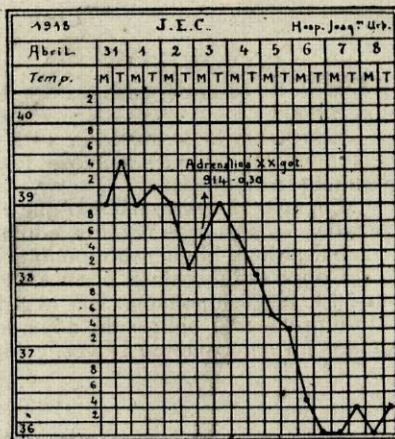
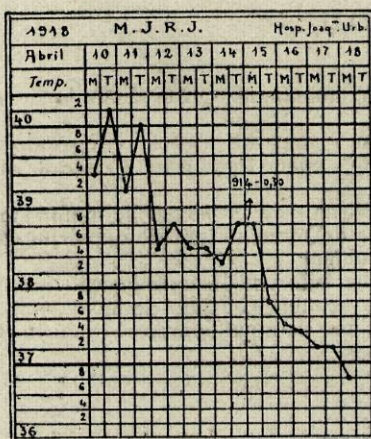
14 — Idem, idem.

15 — Idem. Aplicação do 914.

16 — Levemente melhorado. Queixa-se, com dificuldade, de fome. Língua saburrosa. Pulso amplo mas frequente.

17 — Muito melhorado. Suspensa definitivamente toda a medicação anterior e prescrita a poção de iodeto de potassio.

21 — Alta.



Obs. XXVIII e XXIX

### Obs. XXIX

J. E. C., 38 anos, casado, vendedor ambulante.

Entrou em 30 de março. Numa voz rouca, palavra entramelada e como se tivesse um corpo estranho na boca, refere ter adoecido no dia 21 com fortísimas dores de cabeça que ainda se mantêm. Forte congestão da face e conjuntivas. Língua muito saburrosa e com o Remlinger. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso.

Medicação : adrenalina XV gotas; óleo canforado 10 c. c. ; sulfato de estricnina (0,003 p. d.).

31 — Olhar fixo, sem expressão. Língua e dentes cobertos de fuliginosidades. Tosse violenta; bronquite generalizada. Exantema maculoso discreto.

Medicação : a anterior mais enfaixamento.

1 — Idem, sem fala. Soluços.

Medicação : idem; gelo na cabeça.

2 — Exantema maculoso generalizado e de cor escura. Pulso mais amplo e menos freqüente.

Medicação : idem.

3 — Membros inferiores cianosados. Cicatriz d'ulcera na face externa, terço inferior, da perna esquerda (sífilis?).

Medicação: 914 — 0,30; adrenalina — XX gotas.

4 — Já fala, delirante. Pulso pequeno, freqüente (124) e arritmico.

Medicação : idem. Estrofantina 1 c. c.

5 — Delírio noturno intenso. Agitação. Palavra mais facil do que quando entrou. Língua muito saburrosa e coberta de mucosidades. Pulso amplo, normal, quasi.

Medicação : reforçada a desinfecção da boca; estricnina e gelo.

6 — Continua o delírio. Língua muito saburrosa mas seca.

Medicação : hipofisina 1 c. c. intravenoso.

7 — Menos delírio. Averiguando-se-lhe antecedentes alcoolicos limita-se toda a medicação ao vinho do Porto.

8 — Muito melhorado.

20 — Alta após tratamento anti-sifilitico intenso.

**Obs. XXX**

J. A. G., 47 annos, casado, guarda-fios.

Entrou em 5 de junho dizendo ter adoecido ha um mez «com uma grande fraqueza». Nunca lhe doeu a cabeça mas sim o estomago e os ossos. Em 31 de maio notou umas pintas pelo corpo — exantema petéquial — e então chamou um medico que o fez recolher a este hospital.

Refere-se ao seu estado n'um grande optimismo. Confunde e baralha a descripção, n'uma voz rouca e palavra defieil, empastada e trémula.

Língua muito saburrosa, listrada e sêca. Pulso normal. Exantema petéquial hemorrágico generalisado, mas mais evidente nos ante-braços e pés.

Hiperestesia cutânea abdominal; reflexo cremasteriano do lado direito abolido. Trismus e opistotonus (leve). Deglutição difieil. Movimentos voluntários lentos, e passivos «sacadeés». Obstipação.

Refere antecedentes sifiliticos que estigmas atestam.

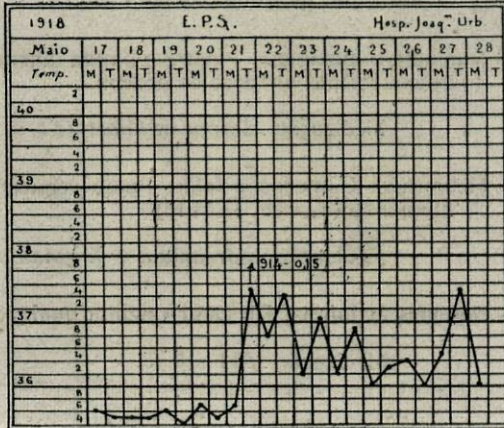
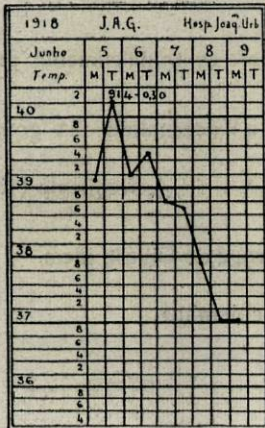
Medicação : óleo de ricino, — 30 gr. ; 914, — 0,30 ; adrenalina, — XX gotas.

6 — O mesmo estado.

8 — Muito peorado. Pulso pequeno, freqüente, hipotenso e intermitente.

Medicação : estrofantina, — 1 c. c. Sulfato de estriçnina e esparteína, — 2 c. s. p. d.

9 — Respiração estertorosa. Rala tracheal. Pulso pequeno ( $A = 1/2$ ) freqüente (126) sem tensão minima registavel. ( $M_x = 6$ ). Morte de noite.



Obs. XXX e XXXI

## Obs. XXXI

E. P. S., 46 anos, casado, pescador.  
 Entrou em 26 de Maio com 8 dias de doença.

- 27 — Cefalalgias, calafrios, astenia, face e conjuntivas injetadas. Língua levemente cremosa, anoréxia e polidipsia; obstipação, fígado e baço hipertrofiados. Exantema maculoso nos flancos e membros superiores. Pulso dícroto e freqüente.

Medicação: óleo canforado, — 5 c. c. Sôro adrenalinado, — 500 c. c. em um clister. Lavagens da bôca com agua oxigenada.

- 28 — Sulfato de estricnina e dito de esparteina, uma injeção por dia.

- 30 — Digitalina Mialhe, — VII gotas.

- 3 — Nistágmus; trémulos.

Medicação: idem; brometo de potássio.

- 6 — Punção lombar — liquido hipertenso, levemente xantochromático (20 c. c.). Cafeina, uma injeção. Gêlo na cabeça.

- 16 — 2.<sup>a</sup> punção lombar — liquido límpido sem tensão.

- 17 (1) — Nistágmus. Contractura dos membros inferiores. Hiperestesia cutânea generalizada. Ausência de reflexos. Não mostra a língua; não fala. Pulso pequeno, freqüente (130) hipotenso ( $T_m = 1$ ,  $T_M = 8$ ,  $A = 1$ ).

Medicação: a anterior (óleo canforado, — 10 c. c., adrenalina, — XV gotas) mais xarope de Gibert (2 c. s. p. d.) por se suspeitar de sífilis.

- 19 — Diminuiu o nistágmus. Mostra a língua dificilmente como dificilmente, preguiçosamente obedece às ordens.

Medicação: xarope de Gibert (3 c. s. p. d.), adrenalina—XV gotas.

- 20 — Melhorado. Começou a falar. Pulso pequeno ( $A = 1\frac{1}{2}$ ), freqüente (100) hipotenso ( $T_m = 5$ ,  $T_M = 10$ ).

Medicação: adrenalina — X gotas, xarope de Gibert, idem.

- 21 — Notáveis melhoras. Diz estar «melhor qualquer coisinha».

Medicação: 914 — 0,15.

(1) Até este dia o doente esteve noutro pavilhão, tendo transitado para aquele onde fiz assistência, por conveniencia de serviço.

- 22 — Acentuam-se as melhoras pelo desaparecimento de toda a sintomatologia nervosa.

Depois d'este dia não tornamos a ver o doente porque tanto eu como o Ex.<sup>mo</sup> Clínico Director da Enfermaria fomos atacados pela gripe, e quando voltamos a retomar o lugar—em 29—soubemos que o doente tinha falecido na vespera depois de ter estado considerado convalescente. Referiu o enfermeiro respectivo que na manhã de 28 apparecera muito mal, «tal qual como quando entrou na enfermaria», tendo falecido na tarde d'esse mesmo dia.

Não tomou o xarope de Gibert durante a nossa ausencia, nem lhe foi feita a dose immediata de 914 que tinhamos deixado marcada na tabela para o dia 27.

### Obs. XXXII

J. B., 50 anos, casado, vendedor ambulante.

Entrou em 28 de abril com muitas dias de doença, segundo refere. Exantema maculoso generalizado pouco evidente (em desaparecimento?). Diminuição da acuidade auditiva, mais acentuada á direita. Tremores generalizados. res de garganta. Desigualdade pupilar e miopia. Dedos contracturados em garra. Reflexos rotulianos abolidos. Estigmas nítidos.

Medicação: 914 — 0,50 ; adrenalina — XX gotas ; óleo etéreo canforado — 10 c. c.

Em 6 de Maio — alta após nova injeção do 914.

### Obs. XXXIII

D. G., 56 anos, solteiro, engraxador.

Entrou em 27 d'abril com 8 dias de doença que lhe principiou por fortes dores de cabeça e corpo.

Em 28 — Congestão da face e conjuntivas. Língua saburrosa e biliosa. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso. Queixa-se muito da cabeça. Não tem exantema. Obstipação. Disartria.

Medicação: Oleo de ricino, adrenalina XV gotas e colargol, 10 c. c.

29 — Muito prostrado. Não pode voltar-se na cama por causa das fortes dores pelo corpo—nos ossos. Polidipsia. Diz ter contraído o cancro de Hunter ha 5 anos, de que foi tratado no Hospital Geral de Santo Antonio com injeções «nas nadegas».

30 — Maior difficuldade na palavra. Trémulos,

Medicação: 914 — 10,50.

1 — Pulso pequeno, freqüente e hipotenso. Sintomas restantes os da vespera.

Medicação : adrenalina XXV gotas. Óleo canforado 10 c. c.

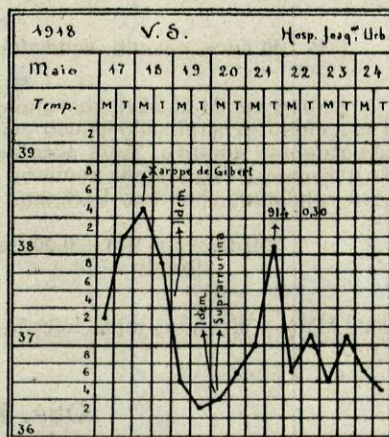
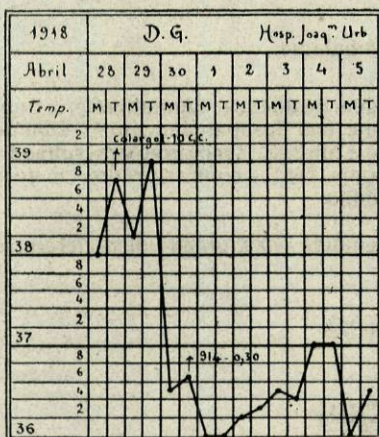
3 — Pulso pequeno, freqüente e hipotenso ( $T_m = 7$   $T_n = 2$   $A = 1$ ). Língua asada no centro e saburrosa na periferia. Opistotonus. Delírio onírico.

Medicação : Averiguado fundo alcoolico : Vinho do Porto. Poção de Todd; suspensa a anterior.

4 — Melhorado.

Medicação : iodeto de potássio, 3 gr. p. d.

10 — Alta. Curado.



Obs. XXXIII e XXXIV

### Obs. XXXIV

V. de S., 40 anos, casado, magarefe.

Entrou em 16 de maio sem fala em estado semi-comatoso.

17 — Continua sem fala e não obedece às ordens. Ataxia lábio-lingual. Tremores dos músculos do braço direito e do esquerdo em menor grau, com abolição dos reflexos radiaes e olecraneanos. Hyperestesia cutânea generalizada. Cremasterianos aumentados; rotulianos e achilianos abolidos. Desigualdade pupilar. Incontinência da urina e fezes. Pulso regular e amplo.

Medicação : adrenalina — XV gotas e gelo na cabeça.

18 — Mostra melhor a língua — sêca, fendilhada e trêmula — mas ainda com um esboço da ataxia lábio-lingual bastante nítido no que respeita aos

lábios e máxilar. Já fala numa voz arrastada e demorando muito as respostas. Delírio tranqüilo. Chega a pedir o urinol mas quando lho chegam nunca vae a tempo.

Medicação : Xarope de Gibert — 3 c. s. p. d.

19 — O mesmo estado do dia anterior.

Medicação : a mesma.

20 — Carfologia. Movimentos constantes de mastigação com propulsão da língua. Fala em voz muito baixa não se percebendo o que diz. Obedece às ordens prontamente, em movimentos bruscos e desordenados. Tremores generalizados; sobresaltos tendinosos. Mantem-se a restante sintomatologia nervosa. Risca branca de Sergent. Pulso pequeno, frêquente e hipotenso. Choque da ponta inérgico.

Medicação : supra-renina — 1 c. c.; Thyroidina 1 hostia ;  
oleo canforado eterisado—10 c. c. Xarope de Gibert,  
— 3 c. s. p. d.

21 — O mesmo estado.

Medicação : 914—0,30; adrenalina—XXV gotas.

22 — Consideravelmente diminuidos todos os sintomas nervosos. Língua saburrosa, humida.

Medicação : adrenalina—XX gotas; poção de Todd e vinho do Porto.

23 — Tem fome. Desaparecidos todos os sintomas nervosos excepto os tremores. Conta que já estava doente no primeiro de Maio, não se recordando do que se passou desde então.

29 — Alta. Curado.

### Obs. XXXV

B. C., 24 anos, solteiro, canalizador.

Entrou no dia 2 de abril. Refere que no dia 29 de Março, estando a jogar o fito, sentiu grandes arrepios que o obrigaram a vestir o casaco. Vestido, os arrepios continuaram, ao mesmo tempo que uma grande «moleza» de corpo o obrigou a deixar o jogo e a ir para casa, onde, enquanto esperava pela ceia, lhe apareceram fortíssimas dores de cabeça. Recolheu ao leito, e de então até á data da entrada nada mais sentiu a não ser muita sede e ás vezes uns arrepios seguidos duns calores que lhe parecem ser «as febres». Apresenta congestão intensa da face e conjuntivas, e a lingua saburrosa.

Medicação : Por o doente comparar a sua doença com «as febres» que conhece da Africa, onde já esteve, foi-lhe aplicada uma injeção diária de 1 c. c. de quinina-urethana em intra-venosa; oleo de ricino—30 gr.

5 — Voltaram as dores de cabeça—região frontal—e a congestão das conjuntivas tornou-se ainda mais notavel. Língua levemente saburrosa; apetite.

Medicação : gelo na cabeça; adrenalina—XV gotas.

6 — Prostração. O mesmo estado anterior um pouco agravado. Língua coberta dum induto cremoso.

Medicação: a do dia anterior; colargol — 10 c. c. intravenosos.

8 — Sensivelmente diminuídas as dores de cabeça; ainda muito congestionado e prostrado. Pulso amplo, freqüente e mole.

Medicação: adrenalina — XX gotas.

9 — Peorado — voltaram intensíssimas as dores de cabeça.

Medicação: colargol — 10 c. c. intravenosos; adrenalina — XX gotas.

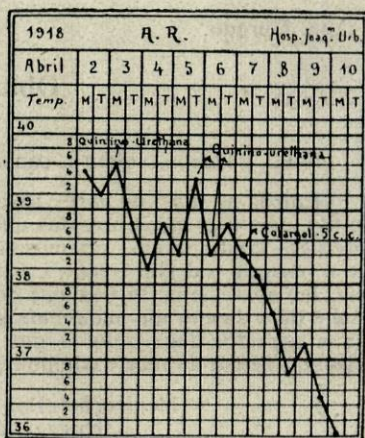
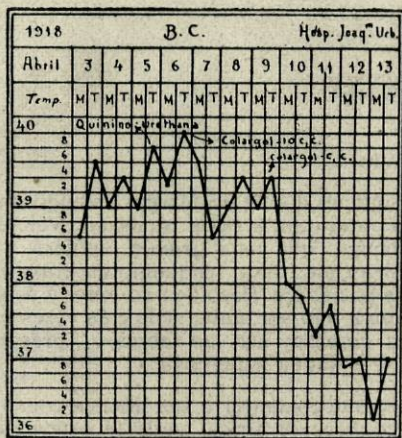
10 — Diz sentir-se melhor. Queixa-se de sede e fome; língua fíflsa, muito seca e fendilhada.

11 — Idem. Língua mais húmida. Zumbidos de ouvidos.

Medicação: adrenalina — X gotas.

12 — Muito melhorado: levantada a dieta.

17 — Alta. Curado.



Obs. XXXV e XXXVI

## Obs. XXXVI

A. R., 25 anos, solteiro, tecelão.

Entrou em 2 de abril dizendo estar doente com febre e fortes dores de cabeça, ha 15 dias. Língua muito saburrosa. Congestão das conjuntivas. Exantema maculoso muito discreto. Pulso pequeno, freqüente e hipotenso. Tosse e dores no peito : bronquite generalizada.

Medicação : adrenalina — XX gotas; enfaixamento humido.

3 — Pulso mais cheio e amplo. Melhorado da bronquite. Refere já ter tido as febres na Africa.

Medicação : quinina-urethana — 1 c. c. intravenoso ; adrenalina — XV gotas.

6 — Exantema desaparecido. Língua muito saburrosa, biliosa. Arrepios. Apetite.

Medicação : como no dia anterior — quinina-urethana (1 c. c. intravenoso); adrenalina — XV gotas.

7 — Zumbidos. Suores profusos. Língua sêca.

Medicação : suspensa toda a anterior e substituida por colargol — 5 c. c. intravenosos.

8 — Francamente melhorado.

15 -- Alta (1).

---

(1) Os doentes a que se referem as duas ultimas observações nunca precisaram de tonificadores.

\*

\* \*

Depois das *Observações* que arqueei como documentação da rica sintomatologia verificada na maioria dos doentes, sintomatologia justificativa das «considerações clínicas» que fiz, vou sintetisar num quadro a medicação prescrita na enfermaria onde fui Assistente.

MEDICAÇÃO	}	antiséptica, geral, directa . . . . .	{	específica — <i>sôro de convalescentes</i> ;
				comum — <i>electrargol e colargol</i> ; <i>914</i> ?
		anti-tóxica — <i>hipofisina, sôro cloretado sódico de Daniélopou</i> ;	{	antipirética — a antiséptica;
		anti-febril . . . . .		hipotermisante — loções e banhos;
		do sistema nervoso — <i>punção lombar, hipofisina, capacete de gêlo, corrente de ar frio, toni-nervinos e difusivos gerais</i> ;	{	a do sistema nervoso;
		do aparelho cárdio-vascular . . . . .		a do sistema endocrínico; cárdio-vascular prop. <sup>te</sup> dito — todos os tonicardíacos (oleo canforado, éter, estriçnina e esparteina, cafeina, digitalis e estrofantus);
		das glândulas de secreção interna — <i>hipofisina, adrenalina, tiroidina ou iodotirina</i> ;		
		do aparelho digestivo — a antiséptica local directa (cavidades), purgativa;		
		das complicações . . . . .	{	pulmonares — coloidais, enfaimento, etc.;
				parotídeas — coloidais, etc., tratamento cirúrgico;
das associações mórbidas . . . . .	{	sífilis — <i>914</i> , xarope de Gilbert, cianol, iodeto de potássio;		
tónica		alcooolismo — vinho do Porto, poção de Todd;		
remineralizante	{	tuberculose		
		paludismo — <i>quinino-uretana</i> ;		

Este quadro permite abranger num simples golpe de vista, toda a medicação usada. Nele ponho em itálico os agentes terapêuticos a que vou referir-me, rápida e especialmente dese-

joso de deixar arquivadas no meu modesto trabalho, as impressões que do seu emprêgo me ficaram. Assim, pela ordem das observações que lhes dizem respeito, vou referir-me ao **sôro de convalescentes**, à **punção lombar**, aos **coloidais**—*electrargol e colargol*—, aos **extratos glândulares**—*adrenalina, hipofisina e tiroidina*—, e ao **neo-salvarsan**, *álcool* e **quinino-uretana**, medicamentos dirigidos ás associações mórbidas.

**Sôro de convalescentes**—Quando E. Legrain, em Dezembro de 1894, fez os primeiros ensaios de seroterapia do tifo exantemático, os resultados foram de tal forma brilhantes que este autor, verdadeiramente entusiasmado, supôz ter encontrado o processo de arrancar á morte os 30 % dos seus casos fataes. Na verdade a sua ideia—«baseada nas tentativas realizadas na cólera, na varíola, etc., que no seu espírito fizeram nascer a hipótese do sôro dos tíficos curados conter qualquer substância immunisante ou pelo menos anti-toxica (1)»—floresceu de tal forma nos 12 primeiros casos em que foi praticada, que todo o entusiasmo teve justificação. Se «o estado geral melhorava ao mesmo tempo que a temperatura baixava», que mais era preciso para arrebatá-lo ao autor dum método terapêutico nascente?

Infelizmente, os resultados desses 12 casos não passavam de simples coincidências, e Legrain, verificando-o, corrigiu as primeiras impressões escrevendo (2): as injeções de sôro de convalescentes não teem a pretensão de cortar a evolução do tifo; feitas no meio da doença, diminuem muito notavelmente a gravidade dos sintomas geraes, produzindo um abaixamento da temperatura; feitas no fim do período de estado, encurtam a doença, auxiliando a crise terminal.

Actualmente, passados muitos anos num contínuo dispender de novos esforços, de que resultaram o sôro de Ch. Nicolle e o sôro de Legrain reforçado com injeções de sangue virulento, todos os autores que mais afincadamente se apegaram a este método de tratamento, como J. Cantacuzene, M. Ciuca, Galasesco, F. Gerard entre outros, acabaram por afirmar que os resultados obtidos por Legrain não vão em constância ao ponto de poderem depositar no método aquelas esperanças a que os primeiros ensaios, e mesmo as palavras acima, deram lugar.

Nós, apenas applicamos o sôro de convalescentes de Legrain, e, como os autores acima, chegamos á mesma conclusão.

Verdade é que o estado dos doentes era tão precário, como se vê nas observações respectivas (I, II, III e IV), que pouco

(1) E. Legrain: Sur les propriétés biologiques du sérum des convalescents du typhus exanthématique - Soc. de Biologie, 19-1-95.

(2) E. Legrain, A. Treille et R. Treille: Le typhus Exanthématique — Etude Epidémiologique, Clinique et Thérapeutique. 1911.

podíamos esperar. Presumo que não foi em casos assim que Legrain colheu o entusiasmo que a sua comunicação deixa transparecer!

Nas nossas observações usamos as vias de introdução medicamentosa de que melhores resultados podíamos esperar: a intravenosa e a intraraquideana. Esses resultados, porém, não corresponderam ao nosso esforço e desejo, porque, embora alguns doentes apresentassem melhoras em seguida á aplicação respectiva, elas foram sempre tão fugazes, que nos deram a impressão de antes serem o último lampejo duma chama a extinguir-se, do que produto benéfico do método. Na observação I, fizemos simultâneamente a aplicação do sôro em intravenosa e intraraquideana, e nem assim conseguimos evitar a terminação fatal do caso. Logo, eu concluo, com os autores mais experimentados, que não é ainda pelo sôro de convalescentes que nós conseguimos ter na mão a toxi-infecção exantemática. Do que li posso até concluir que a seroterápia não é, pelos efeitos actuais, o específico do tifo (1).

**Punção lombar**—Quando a punção lombar começou a ter uma certa voga nos hospitais de epidemiados e a ela submetemos os nossos doentes, não depositávamos nos seus efeitos a confiança de muitos autores, porque não no-la consentia o modo como desde princípio interpretamos o síndrome nervoso dos tíficos. Na verdade, se muitos sintomas nos justificavam e até impunham a punção, outros, e o que pela autópsia verificamos, diziam-no-la insufficiente! E assim tínhamos de pensar, desde que raras vezes constatamos sintomas isolados de meningismo ou de meningite e antes os vimos quasi sempre associados aos da encefalite.

Consultando as nossas observações—obs. I, II, III, IV, V, VI e VII—podemos destrinçar facilmente os sintomas pertencentes ao primeiro grupo dos pertencentes ao segundo. Os do primeiro, tendo à frente a hipertensão do liquido céfalo-raquideano, eram beneficiados pela punção; os do segundo, levemente aliviados de momento, mantinham o doente num estado a que só a morte punha termo.

Nos casos da forma que neste meu trabalho descrevo mais extensamente, nunca notei benefícios nítidos, nunca consegui efeitos uteis e duraveis. Se algumas vezes, em seguida à punção, melhoras apareciam, um periodo de calma se desenhava, essas melhoras eram tão passageiras que, enganadoras, mais

---

1 Cumpro neste momento o agradável dever de exarar no meu trabalho os melhores agradecimentos ao ilustre Director do laboratório anexo ao Hospital Joaquim Urbano, snr. Prof. Dr. Carlos Ramalhão, que preparando o sôro nos forneceu uma arma que não queríamos deixar de terçar com a terrível doença.

pareciam as do estado pré-agónico citadas por Daniélopolu e R. Treille; essa calma era tão fugaz que lembrava o último lampejo duma vida que a bruxear se extinguiu!

Verificando isto, duas coisas, porém, tínhamos ainda a tentar pela punção: evitar a meningoencefalite usando-a precocemente, ou combater-la, utilizando a via de administração medicamentosa que nos abria. Foi o que fizemos, sem infelizmente colhermos resultados animadores.

Guiados pela precocidade dos fenómenos nervosos, ainda quando êles estavam reduzidos à cefalalgia, à insónia, à agitação e ao delírio de início, tentamos algumas vezes evitar a evolução que se anunciava, submetendo os doentes á punção o mais seriada possível. Poucos são os casos da nossa enfermaria a que posso reportar-me, mas êles e outros que conheço, habilitam-me a afirmar a pouca eficácia do método. O mesmo posso dizer enquanto á introdução do sôro de convalescentes ou dos coloidais, no canal raquídeo. A meu ver, tendo visto falhar a acção curativa e a acção profilática da punção, só dela posso exigir o que o laboratório me fornece: dados de diagnóstico <sup>(1)</sup> e de prognóstico <sup>(2)</sup>.

Isto não quer dizer que a punção lombar deva ser completamente posta de parte no tratamento da forma nervosa do tifo exantemático. Não. Quem se sente armado contra um coração que cança ou umas glândulas que falham, deve tentar acudir por todos os processos ao órgão perante o qual mais desarmados nos sentimos.

A punção lombar não cura o tifo, não evita, sequer, que uma evolução anunciando-se de entrada pertencente á forma nervosa, o deixe de vir a ser; mas alivia por vezes o doente de sintomas torturantes, como os devidos á hipertensão intracraniana, e isto já é alguma coisa, tanto mais que muitas vezes não sabemos onde principiam os devidos ao mau funcionamento da célula nervosa por compressão, ou os provenientes do mesmo mau funcionamento por ataque directo do virus ou da toxina á própria célula.

Nas rápidas impressões clínicas que arquivo, resultantes do emprêgo da punção lombar na terapêutica do tifo exantemático a que assisti, eu não cito os sintomas que a justificam, porque, poupando espaço e tempo, me é escusado repetir mal o que bem feito está entre nós, pelo illustre Prof. Snr. Dr. Carlos Ramalhão <sup>(3)</sup>.

---

<sup>(1)</sup> Le Typhus Exanthématique — J. Cantacuzene, in Journal Médicale Français — Fevereiro 1921.

<sup>(2)</sup> Le Typhus Exanthématique — D. Daniélopolu — Bucarest 1919.

<sup>(3)</sup> Carlos Ramalhão — Tifo Exantemático. A Terapêutica pela Punção Lombar, in Portugal Médico, Maio 1918.

Não me refiro, também, a resultados de análises em líquidos céfalo-raquideanos, porque os não tenho dos nossos doentes, o que de resto nenhuma falta faz ao meu trabalho, visto a lacuna estar preenchida pelo também ilustre Prof. Snr. Dr. Rocha Pereira, que a este especializado estudo se dedicou durante a epidemia (1).

**Coloidais**— Quando em fevereiro de 1918 entramos na pleiade dos que ao tratamento do tifo dispensavam esforços nos hospitais de epidemiados, ante a gravidade de alguns casos e na ância de obter uma arma de combate poderosa, recorremos aos coloidais que, pelos efeitos verificados na clínica particular, nos deixaram esperançados no seu mais largo e oportuno uso.

Usavamos, então, o electrargol, mas como este rareava no mercado, substitui-mo-lo pelo colargol em solução a 1 0/0, por no laboratório onde a mandamos preparar não a fazerem a 2 0/0 como A. Martinet aconselha. Isto apenas nos obrigou a duplicar o volume a injectar, sendo, de resto, os efeitos de um ou outro soluto idênticos.

Pelas nossas observações se vê— obs. VII, VIII, IX, X, XI, por exemplo— quaes os resultados que obtivemos com o emprego desta medicação. Os seus benéficos efeitos são por vezes tão marcados, que, quer pelo verdadeiro poder abortivo revelado numa forma maligna, quer pela aceleração da crise terminal— 11.º ou 12.º dia de doença— é minha obrigação declará-los e exaltá-los, como os mais brilhantes de toda a medicação anti-infecciosa usada. Com os coloidais, de facto, colhemos alguns casos de cura tão surpreendente, que eu creio não podermos fazer actualmente uma terapêutica anti-infecciosa consciente sem a êles recorrer.

Foram os seus efeitos no tifo que mais tarde, ao despontar a pandemia gripal com a sua freqüente complicação bronco-pulmonar, levaram o Snr. Dr. A. Ramalho a prescreve-los larga e correntemente, convencido de que neles tinha a melhor arma a utilizar.

Eu, que segui de perto os casos em que S. Ex.<sup>a</sup> fez os primeiros ensaios, vi que assim era, como mais tarde, em plena epidemia, toda a gente teve ocasião de ver.

Não cabe num trabalho modesto como este, de âmbito forçosa e propositadamente limitado, a discussão do modo como actuam os coloidais. Basta que fiquem bem gravados os efeitos a que o seu uso deu lugar no tifo exantemático, e isto resalta nítidamente das observações que publico, tão nítidamente que escu-

---

(1) Vidé op. cit. de Veloso de Pinho e A. Saavedra, in Portugal Médico, Abril 1918.

sadas me são aquelas palavras, que elas, melhor do que a minha pena, sugerem e imprimem. Num simples golpe de vista pelos gráficos das temperaturas, encontra-se toda a justificação, a mais cerrada argumentação de defesa ao emprêgo desta terapêutica no tifo exantemático; e de tal forma, que fundadas foram as impressões que no-la levaram a aplicar na gripe e sua complicação bronco-pulmonar.

O *electrargol* e o *colargol* foram por nós usados de preferência, em injeção endovenosa e numa dose que em geral ultrapassou a usual. No tifo, período de ensaio, nenhum inconveniente notados por este facto, e na gripe, escorados como disse nos resultados observados no tifo, fomos muito mais longe, sem que não só não tivéssemos visto inconvenientes, mas até tendo colhido vantagens. Isto é tanto assim, que eu estou convencido de que se aos coloidais deym muitos griposos a saúde e a vida, ao tifo o podem atribuir pelas doses a que deu lugar.

Na verdade, os resultados da aplicação dos coloidais em qualquer infecção dependem dos dois factores—dose e oportunidade de aplicação da mesma.

A dose é função da via de administração como o é da virulência do agente patogéneo, e por isso ela deve ser variavel conforme a applicamos em endovenosa ou em hipodérmica. Dentro dêste critério eu tive de a elevar ao dôbro ou ao triplo, até, quando por qualquer facto a não pude aplicar em intravenosa. Isto aconteceu poucas vezes, e aconteceu poucas vezes porque eu apenas encontrei uma causa que não tomando a sério, quasi sempre venci: a relutância do doente, ou dos que o cercavam, a uma via de que tinham ouvido cobras e lagartos. De resto, eu nunca encontrei contra-indicações formais à endovenosa e às altas doses, e por isso julgo o mêdo a exagerados incidentes, sem razão apreciável de existir, deante dos resultados que uma e outras nos deram. Hoje ninguem contesta esses resultados, e a celêma de princípio, varreu-se em frente dos factos que toda a gente teve ocasião de verificar durante a rajada da «pneumonica», quando ela de vez a vez açoitava o Paiz. De lamentar é que fosse necessária tão rude prova, para aos coloidais ser reconhecido um lugar, atribuidas virtudes, ha muito por nós reconhecido no tifo, de entrada por nós atribuidas na gripe.

Mas, já que falei nos incidentes da injeção intravenosa de coloidais, sejam-me permitidas algumas palavras pelas quais os descreva, e mostre o modo como os interpretamos.

Esses incidentes são, para nós, de duas espécies: uns aparecendo durante ou imediatamente à injeção; outros, mais tardia-mente, passadas horas até.

Os primeiros manifestam-se, bruscamente, por uma sintomatologia extremamente grave—perda de sentidos, arrefeci-

mento, cianose generalizada, pulso filiforme, ruidos cardíacos apagados, rala traqueal, edema pulmonar, relaxamento dos esfínteres, etc. . . . — que submetendo o doente a um verdadeiro estado de morte iminente, fazem passar o médico por uma prova tanto mais rude quanto menos precavido estiver.

Os segundos começam, lentamente, por um mal estar geral, náuseas, vômitos, violentos arrepios que, sacudindo o doente, fazem tremer o próprio leito, e depois suores abundantes a que corresponde uma alta da temperatura — 1° cêrca — ao mesmo tempo que o pulso bate frequente mas amplo e cheio. Estes não affectam gravidade alguma, e, enquanto o doente refere aterrado os primeiros, que o deixaram prostrado, os resaios aos segundos esbatem-se no bem estar anunciador das melhoras que principiam, da saúde que volta.

Ora, é por esta descrição corresponder à verdade do que observei, que eu não estou de acôrdo com os autores que actualmente os consideram, indistintamente, reacções orgánicas às quaes se devem os resultados terapêuticos dos coloidais. Não. Para mim os termos — *choque anafilático, choque peptónico, crise hemoclásica, reacção diafilática e choque coloidoclásico* — que vários dêsses autores lhe têm dado conforme a interpretação de cada um, termos que genéricamente definem e explicam a reacção post-injecção de coloidais, sem distincção das duas espécies, pecam por excesso querendo abranger sob uma designação, *como uma só reacção, duas reacções orgánica e physio-terapêuticamente diferentes.*

Parece que com estes termos cada autor apenas designa os fenómenos que separadamente observou sem entrar em linha de conta com a separação que eu julgo dever fazer-se para que as designações choque anafilático e reacção diafilática, por exemplo, não sejam tomadas como sinónimos, o que na verdade seria cometer uma inexactidão clínica.

Está bem que aos fenómenos do primeiro grupo chamemos choque anafilático, pois que o estado que bruscamente surge é clinicamente um estado de choque e parece produto da anafilaxia, visto revelar-se, como em alguns rarissimos casos tive ocasião de observar, durante a injecção, mal na circulação eram lançados os primeiros centímetros cúbicos da dose a injectar. Recordo-me dum doente da clínica particular do Snr. Dr. Ramalho, em que o choque se deu injectados apenas dois centímetros cúbicos, o que nos obrigou a interromper a dose para intervir com os mais enérgicos estimulantes. Neste caso, vencido o choque, continuamos a dose interrompida sem que novo incidente de momento surgisse, e antes tivemos a verificar que, passadas três horas, se produziam os fenómenos do segundo grupo, como que a atestar a independência da causa produtora, como que a demonstrar tudo quanto deixo dito.

Ao segundo grupo ficariam, pois, limitados os termos, crise

hemoclásica e reacção diafilática, visto que por êles se tenta explicar os efeitos curativos das substâncias que, introduzidas no sangue, dão ao organismo um *elan* de defeza que o impulsiona através da doença, até à saúde. *Choque coloidoclásico* seria, então, a designação geral do fenómeno anafilático ou diafilático, conforme as características clínicas que apresentei.

Para mim a questão não está nos nomes que os autores apresentam para designar dois estados que, tendo ainda muito de obscuros, podem ser vistos através de variadíssimos critérios e portanto gerar variadíssimas impressões clínicas — como a de Nolf (de Liège) que o designa por choque peptónico; — está em submeter êsses dois estados a uma sinonimia clínica e fisioterapeuticamente falsa, porque:

Um, tão raro que não parece pertença de todòs os organismos mas de determinados, é clinicamente muito grave por vezes, e não produz quaisquer melhoras ao doente;

Outro, pertença de todos os organismos não exgotados, não considerados pela infecção, enfim que não tenham a sua *diafilaxia* abolida (J. Laumonier), não apresenta gravidade alguma, e produz benefícios ao doente.

O primeiro pode evitar-se segundo as mais recentes comunicações, pelos processos anti-anafiláticos;

O segundo não, visto aparecer após o primeiro e apesar da melhor preparação do doente;

Os sintomas de um são muito diversos dos sintomas do outro.

Ainda este assunto não estava debatido com a vastidão actual não me permitindo, por isso, o emprêgo das designações especiais que aí ficam, e já nós tínhamos assentes no espirito as ideias expendidas nas palavras anteriores. Foram elas que longe de nos intimidarem, e antes nos encorajando, nos levaram ao uso largo dos coloidais em endovenosa, de que tão bons resultados colhemos, desprezando os incidentes de que muitos distintos clínicos se arrecearam. A verdade é que bem merece a pena pôr de parte os receios, que fazendo exitar levaram à renúncia, e utilizar a endovenosa, que é a via pela qual mais fácilmente provocamos a reacção diafilática e mais directamente pomos em acção o poder antiseptico da substância injectada, etc.

Mas nem só os sucessos nos provieram da dose e da via de administração. Também o segundo factor «oportunidade» era por nós tido em conta, porque se nada podíamos esperar duma diafilaxia abolida, o mesmo tínhamos de esperar de lesões irreparáveis do sistema nervoso no tifo, ou nos pulmões na gripe; as primeiras, de resto, blindadas pelas meninges, e as segundas couraçadas pela estagnação sanguínea da hepatisação. Eis porque em algumas das nossas observações, se nota a não seqüência na aplicação dos coloidais, deante duma evolução que se continuava e agravava, apesar das primeiras aplicações.

De tudo quanto fica dito na um pouco arrastada exposição das impressões que o uso dos coloidais deixou no meu espírito, não se depreenda que eu atribua a estes agentes terapêuticos um mérito superior ao que êles de facto têm no tifo exantemático. Declarei já que no tifo não ha medicamentos heroicos; ha-os apenas com qualidades que não são para de todo pôr de parte, e se as minhas palavras não conseguem torná-las bem patentes sob o conceito de que os coloidais são de toda a medicação anti-infecciosa, aquella de que melhores proveitos colhemos, fique ao menos bem clara a afirmação—: *aos casos de tifo exantemático em que os coloidais se revelaram uteis e potentes anti-infecciosos, devemos a vida de muitos griposos.*

Estou convencido de que, se na gripe os uzássemos em boa dose e oportunamente, muitas mortes se teriam evitado! Quantos abôrtos teriam deixado de dar-se, se às grávidas atingidas pela gripe os prescrevessemos, sem esperar a complicação, mal a infecção saísse da evolução habitual? Passa actualmente por sobre mim um luto, que teria começado em fins de 1918, se deante duma gripe que ao 5.º dia não fez a defervescência e antes se complicou duma simples rudeza na base do pulmão direito, ao mesmo tempo que a temperatura subiu, eu não tivesse recorrido às doses macissas de electrargol em endovenosa. Neste caso, como em todos aqueles a que assisti, alguns dos quais foram observados por distintos clínicos, o successo foi tão brilhante que eu, sem falsa modéstia e antes com um pouco de orgulho e muito prazer, posso declarar dever aos coloidais o não ter tido nas grávidas que tratei, durante o longo período da minha mobilisação em Louzada, uma única gripe mortal. E isto devo-o ao meu illustre Director Clínico, snr. Dr. A. Ramalho, que soube de princípio inculir-me a sua admiravel interpretação de factos depois verificados e seguidos por êsse País fóra, depois atestados por trabalhos estrangeiros.

#### Conclusões:

1.º Os incidentes (*choque coloidoclásico?*) a que a injeccção endovenosa de coloidais pode dar lugar, devendo pôr o clínico de sobreaviso, não devem exagerar-se em receios que façam existir e renunciar.

2.º Os coloidais são os anti-infecciosos de que melhores resultados tiramos no tifo exantemático e na gripe, e suas complicações.

**Sôro cloretado sódico ou agua fisiológica cloretada, de Daniélopolu**—Infelizmente, as palavras que vão seguir-se são mais demonstrativas da boa vontade que puzemos no tratamento dos doentes que pela mão nos passaram, do que afirmativas do valor do método anti-tóxico de Daniélopolu. Nem sequer a conclusões

pró ou contra eu posso chegar, porque a isso me não habilitam o pequeno numero de casos em que o sôro foi experimentado, e as modificações introduzidas no método. Em duas palavras: a água fisiológica cloretada foi usada sem ser seguido o método do seu autor.

Quando podémos ler a apresentação que Daniélopolu fez do seu tratamento anti-tóxico, batiamo-nos contra uma daquelas revoadas trágicas que eram o desespero dos clínicos das enfermarias de epidemiados. Numa tarde a enfermaria encheu-se de casos, qual deles o mais grave, e as tabelas onde na vespera lançáramos uma alta, foram substituídas por outras onde apenas se liam os dizeres da ficha de entrada e um *sem fala* em letras bem visíveis! Quem não notou estas revoadas que transformavam as enfermarias bruscamente, enchendo-as de esgares e estertores, como se o teclado do pavor estivesse a ser batido num acórdão, pelas mãos dos doentes que a carfologia agitava?!

Foi numa destas ocasiões que o snr. Dr. A. Ramalho me encarregou de ir procurar os ilustres professores da nossa Universidade, ex.<sup>mos</sup> snrs. Drs. Ferreira da Silva e José Salgado, distintíssimos químicos que toda a gente conhece, para que S. Ex.<sup>as</sup> tomassem o encargo da preparação do sôro de Daniélopolu. S. Ex.<sup>as</sup> gentilíssimamente acederam ao pedido <sup>(1)</sup>, e assim, nós vimos o arsenal terapêutico anti-tifoso enriquecido com o que de mais moderno conhecíamos.

Daniélopolu manda aplicar o seu sôro em endovenosa, mas nós, já porque notássemos que êle saía córado da côr do tubo do irrigador, já porque os sobresaltos tendinosos e contracturas fôsses um obstáculo sério a tal prática, pois que a injeção devia demorar pelo menos cinqüenta minutos, tivemos de o usar em clister de gôta a gôta. Seria por esta importante modificação na técnica de administração ou por os casos serem extremamente graves, a verdade é que nenhuns beneficios notamos, e como se vê nas observações respectivas — obs. XIII, XIV e XV — a evolução terminou na morte.

Quem compulsar o verdadeiro tratado que Daniélopolu publicou em 1919 a propósito do tifo, encontra os mais completos dados sôbre o método anti-tóxico, e um estudo a sério da toxi-infecção tifo exantemático <sup>(2)</sup>.

Aí se encontra a afirmação: em resumo, para dizer que o tratamento foi inefficaz num caso de tifo é preciso: 1) tê-lo apli-

(1) Aqui deixo exarados os melhores e mais respeitosos agradecimentos aos ilustres Professores, que a mais sábia preparação deram a mais altruista execução.

(2) Le Typhus Exanthématique par D. Daniélopolu. Travail de l'Hôpital Braucovau — Bucarest 1919.

cado pelo menos quatro dias antes da morte; 2) tê-lo aplicado todos os dias sem nenhuma interrupção; 3) ter feito a última injeção vinte e quatro horas ou mais antes da morte; 4) ter feito duas injeções de 500 c. c. por dia, se a primeira não deu o resultado desejado.

Ora, nos doentes em que experimentamos o método, nenhuma destas condições foi observada.

E' de crer que, se a primeira comunicação de Daniélopolu as apresentasse, e não viesse cercada da nebulosidade que, fazendo supôr-nos em presença de mais um exagero de autor, cria desconfiança, nós tivéssemos limado as arestas da técnica, e eu agora tivesse de exaltar o método como fazem os colaboradores do ilustre prof. Romeno; assim, ao referir-me à água cloretada-sódica, faç-o apenas para que se não perca o esforço dos ilustres preparadores, e fique ao menos nestas rápidas linhas a notícia do que no Pôrto se tentou no tratamento do terrível tifo exantemático.

Oxalá, a termos de recorrer um dia ao método de Daniélopolu, o façamos com tanta felicidade como êle, que viu a mortalidade diminuir de 14,9 % para 0,5 %.

Então esta parte do meu trabalho terá um valor — o histórico — pelo esforço que revela, pela boa vontade que assinala.

**Extractos glândulares**—*Adrenalina, hipofisina e tiroidina*—Nas observações que publico, vê-se largamente tirada a prova medicamentosa às considerações clínicas que fiz enquanto às insuficiências glândulares no tifo exantemático.

O que disse então e essa prova era suficiente para o âmbito dêste trabalho; mas, de tal forma se me gravaram no espírito os efeitos desta terapêutica, que não resisto à tentação de lhe dedicar mais algumas palavras.

Quando, atravez dos modernos conhecimentos da terapêutica das toxi-infecções, o snr. Dr. A. Ramalho viu que em nenhuma era tam justificado o emprêgo da *adrenalina* como no tifo, por cêdo ter constatado o ataque às supra-renais (1), e depois seguindo a cadeia glândular foi com o ilustre clínico snr. Dr. A. Pinto Leite (2) até à aplicação da *hipofisina*, um facto curioso se passou: todos os clínicos começaram a usar a adrenalina, poucos, raros até, usaram a hipofisina! Como se a aplicação da primeira não devesse fazer pensar na sinergia glândular! Isto que se deu entre nós, deu-se lá fóra, o que devêras me espantar tanto mais que nas leituras que tenho podido fazer, eu vejo

(1) Facto referido nas sessões científicas dedicadas ao tifo exantemático, realizadas na *Associação Médica Lusitana*.

(2) Obs. XVI referente ao primeiro caso de tifo observado por clínicos desta cidade, em Espinho. Dezembro de 1917.

colocada no primeiro plano, por autores como Daniélopoulu e Cantacuzene, a insuficiência supra-renal, sem ver obedecer ao conceito que obriga «a encarar de frente a glândula em cheque e a ter sob vigilância as homólogas chamadas em socôrro» (G. Gauthier de Charolles) (1).

A aplicação científica da opoterápia, falando em termos gerais, é muito recente; a sua aplicação empírica tam antiga como a humanidade. Actualmente, a não ser em certos casos em que a sintomatologia já bem estudada enquadra nos syndromas especiaes a cada glândula, muito de empírico se faz ainda, sobretudo quando o baloço fisiológico mantenedor do equilíbrio glândular se altera e aos sintomas uniglândulares se vêem juntar os de outras glândulas. Então entra em acção a opoterápia associada, que tem de ser estabelecida duma maneira lógica, e isto obriga ao conhecimento do funcionamento completo de cada glândula, do seu antagonismo, das suas sinergias, emfim, das relações funcionais que apenas começam agora a desvendar-se. A obscuridade é ainda tal, os pontos de interrogação que se formam no espírito ao lançarmo-nos nas leituras da endocrinopatologia, são ainda tantos, que o clínico, por falta de conhecimentos fisiológicos mais completos que o guiem na composição da fórmula terapêutica da associação pluriglândular, apenas tem no exame atento do doente, no estudo cuidadoso dos diversos sintomas, os poucos sinais reveladores de tal ou tal insuficiência.

Ora, foi exactamente por aqui que nós chegamos ao uso da terapêutica pluriglândular — *adrenalina*, *hipofisina* e *tiroidina*.

Não cabe aqui discutir como se repercute numa glândula o que se passa em outra. Basta ter presente, e isso está admitido, que a alteração duma produz modificações no funcionamento das outras, seja por sinergia glândular, seja pela acção anti-tóxica, seja pelas duas, como admite Delille.

E' um facto que cada glândula se encontra num permanente estado de equilíbrio instavel, e que se o organismo reage espontâneamente, a perda dêsse equilíbrio provoca oscilações até que êle seja encontrado de novo; mas que, se essa regulação espontânea não se produz pelos humores respectivos, a podemos provocar terapêuticamente empregando a opoterápia associada. Foi o que tentamos fazer, tanto mais que o estado dos nossos doentes podia tornar perigosas essas oscilações, ou não dar lugar a essa regulação expontânea, visto que no tifo a inanição, tantas vezes a complicar o caso, podia pelo contrário agravar a reacção hipofisária (Guerrini).

(1) L'Opothérapie Thyroïdienne — (Thyroïde, Parathyroïdes, Hypophyse) — G. Gauthier, de Charolles. Edit. Baillièere et Fils — Paris, 1913.

Qualquer dos trabalhos recentemente publicados traz como muito freqüente no tifo exantemático o síndrome da insuficiência supra-renal, e eu já tive até ocasião de citar um autor (Treille) que liga a forma fulminante do tifo à insuficiência supra-renal aguda. E' certo, que se a este síndrome podemos atribuir as mortes súbitas no tifo, nada posso dizer relativamente ás formas de evolução hiper-aguda, porque a morte surgindo rapidamente não me permitiu a observação de casos; ou quando a permitia, o diagnóstico era de tal forma embaraçante que não deixa emitir uma opinião segura em apoio do juízo clínico de Treille, apesar de ter observado um caso que creio não lhe foi de todo estranho.

O mesmo, porém, se não deu com o síndrome de insuficiência supra-renal de evolução menos brusca e que surgia durante uma evolução clássica de tifo ou durante a convalescença. Este dá-se melhor á observação e ao estudo, e permite a investigação e colheita de sintomas que, como se vê nas nossas observações, nenhuma dúvida deixam no espírito, nenhuma excitação consentem na terapêutica, a não ser a que provem das dificuldades acima referidas e que obrigam á adopção de raciocínios ainda bastante assentes no empirismo que pode criar essas excitações. Ora, eu vou tentar expôr o que durante as insuficiências das supra-renais nos fez entrar em linha de conta com as outras glândulas, sobretudo com a hipófise—a melhor exteriorisada pela sintomatologia, a melhor justificada pela prova terapêutica.

Reconhece-se de dia para dia a importância das alterações da *hipófise* na produção de estados mórbidos, e por isso se tenta discriminar os síndromas de hipo ou hiper-funcionamento da glândula, porque, se até certo ponto para certos autores a propria *acrinia hipofisária* pode ser compensada pela tiroide, e isto porque consideram o corpo pituitário como uma glândula tiroide aberrante, a verdade é que, clinicamente, essa compensação nunca é tão completa que possamos deixar de reconhecer as perturbações a que a falência da hipófise dá lugar, e antes temos de acabar por a considerar um órgão indispensável à vida (1). E' provavel que até certo ponto a tiroide consiga substitui-la num organismo com as suas reacções normais e íntegro; mas, num organismo fortemente intoxicado como no tifo, não acontece assim, como o prova o uso baldado dos extractos respectivos. Nem com a tiroidina, nem com a adrenalina, nós conseguimos os resultados que a hipofisina nos deu, isto vê-se claramente nas nossas observações, e por isso eu julgo que o

---

(1) E. de Cyon. Dictionnaire de Physiologie. Cyon et Raynol—Recherches experimentales, in Journal de Physiologie, mars 1909.

único caminho, lógica e cientificamente seguro, é aquele que nós seguimos utilizando o extracto da glândula em hipofuncionamento, para com a ajuda terapêutica a auxiliarmos e com a chícotada a estimularmos (G. Gauthier).

Más, vamos supor-nos deante dum caso de tifo como apparecem muitos, isto é, sem os sintomas da insuficiência supra-renal e com os que sempre conseguimos combater pelo emprêgo do extracto hipofisário. Apresentarão os doentes nestas condições insuficiências hipofisárias primitivas?! Não me repugna aceitá-lo porque eu não creio na eletividade da toxina ou do virus exantemático para as supra-renais, e antes, a aceitar uma eletividade para as glândulas de secreção interna, que é provavel, eu a aceitaria para a hipófise como proveniente da única eletividade actualmente admitida: a do sistema nervoso. Senão vejamos.

O tifo exantemático é uma toxi-infecção que, como e muito bem afirmou o snr. Dr. A. Ramalho, numa das primeiras sessões em que foi discutido na Associação Médica Lusitana, precoce e frequentemente ataca o sistema nervoso, ou como hoje dizem Daniélopou, Cantacuzene, Devaux e outros, cujo virus ou toxina tem uma acção elétiva para a célula nervosa, um acentuado neurotropismo.

Ora deante desta verdade, considerando a situação da hipófise na sela turca, lado a lado dos centros nervosos, e tendo em conta as opiniões de Schönemann, Coulon, Collino, Miret e Bosc, que dão à hipófise a função de segregar substâncias necessárias para o trofismo normal desse sistema, ou a de Regowitch que crê as ditas substâncias suas protectoras, ou, ainda, a de Soyer que diz ser esta glândula o órgão encarregado de tirar do líquido céfalo-raquidiano os detritos do funcionamento do mesmo sistema, nós temos de admitir que se ha glândula de secreção interna de entrada chamada a uma luta violenta que a pode levar a fadiga, é a hipófise. De resto, os sintomas que os autores attribuem à insuficiência hipofisária — hipotensão, taquicardia, insónia, perturbações psíquicas, astenia e turpor cerebral, sensações de calor ou frio — tendo-nos apparecido com muita frequência nos nossos doentes, foram vitoriosamente combatidos pelo extracto respectivo.

Logo, ao passar a examinar as funções que os autores attribuem á hipófise, e eu vi confirmadas nos nossos doentes e por isso creio justificadoras dos successos que obtivemos, eu devo deixar aqui arquivada uma impressão: bem pode ser que a insuficiência supra-renal tão frequentemente constatada, assente numa insuficiência hipofisária primitiva, latente, não diagnosticada pela obscuridade em que a endocrinopatologia ainda se encontra envolvida.

Como aclará-la? Segundo Salmon, o hiperfuncionamento hi-

poisário causa a hiper-sónia; o hipofuncionamento, a insónia. Este conceito, com o qual estão de acôrdo muitos autores, parece-me confirmado pelas nossas observações, pois que a insónia irreductível pelos meios usuais, foi-o pela hipofisina num verdadeiro triunfo terapêutico que muitos distintos clínicos verificaram. Tal impressão me causou este facto, que é por ela que eu julgo poder responder à pergunta acima. A insónia é, a meu ver, para a insuficiência hipofisária o que a hipotermia é para a supra-renal, e assim, não tendo nos outros sintomas uma balisa clínica perfeita, nestes creio poder considerar situado o fulcro do diagnóstico diferencial.

Já tive ocasião de dizer que os actuaes conhecimentos acerca das funções da hipófise, são ainda bastante limitados, mas que nem por isso se lhe deixa de attribuir um importante papel na economia, proveniente das três funções que estão admitidas sem mais discussões — a trófica, a cárdio-vascular e a anti-tóxica.

A primeira função, conhecida pelas alterações de crescimento que determina e pelas deformações a que dá lugar, não interessa ao meu trabalho porque os seus sintomas capitais apparecem nos syndromas de hiperhipofisia — acromegalia e gigantismo — ou nos de dishipofisia — *ateliosis* de Hastings Gilford e distrofia adiposo-genital de Fröhlich — graus tão avançados e organisados da alteração glandular que não podiam por nós ser notados numa doença infecciosa aguda. Talvez a ela possa ser ligado o syndroma das extremidades, se attribuirmos à sua insuficiência a vasodilatação, e admitirmos como alguns autores, que, pelas suas funções, obsta a hipófise à localisação de certos venenos nas extremidades.

As outras duas funções, sobre as quais nenhuma dúvida restam por serem conhecidas pelos efeitos que os extractos produzem, resultam claramente das nossas observações — autênticos subsídios ao critério dos autores, precisas afirmações justificativas do nosso proprio critério.

Segundo Gley, a hipófise elabora substâncias modificadoras e reguladoras do funcionamento cárdio-vascular <sup>(1)</sup> e a tal ponto que para vários autores esta é a função mais importante da glândula.

A. Houssay, por exemplo, chama ao seu lóbulo anterior *glândula cárdio-vascular*. Na verdade, percorrendo as nossas observações, vê-se que nunca a injeção de hipofisina deixou de marcar uma alta de tensão e de produzir uma diminuição do número de pulsações, beneficios estes que, num caso — obs. XXII — a êles attribuímos o prolongamento da vida, numa verdadeira sobrevivência. Fazíamos a injeção em endovenosa, e o doente sem

---

(1) Gley — Physiologie, 1910.

pulso radial, com as extremidades em cianose fria e caído no turpor extremo do côma, sentia-lhe os benefícios no pulso que se tornava contável e registável ao Pachon, nas extremidades que aqueciam e se vivificavam, etc., efeitos que nenhum dos toni-cardíacos usuais conseguiu dar-nos. Durante a epidemia a que se referem as nossas observações, ouvi dizer muitas vezes a alguns distintos clínicos que a adrenalina lhes fornecia os mesmos resultados (1). É provável; mas o que é um facto por nós averiguado, e agora vejo confirmado por Oliver e Schäfer, é que os efeitos da adrenalina, sendo mais intensos, são muito menos duráveis, como não podia deixar de ser com uma substância que actua de preferência sôbre os vasos, enquanto que a hipofisina o faz sôbre a fibra cardíaca aumentando a energia da sístole. Lagendorff afirma que a adrenalina não só não actua sobre a fibra muscular do coração, mas ainda, contraindo todos os vasos, não faz o mesmo as coronárias que se dilatam. Isto parece confirmar a prova da adrenalina que Vaquez utiliza para diagnosticar ao ecran as insuficiências latentes do coração, e portanto faz preferir a hipofisina como o extracto hipertensor que tendo uma acção sôbre os vasos e os depressores, a tem também sôbre a própria fibra cardíaca [E. de Cyon, (2) Cleghorn, Herring, Hedbon, Houssay e Zuloaga (3)]. Delille diz a propósito das taquicardias com lesões cárdio-vasculares aparentes, sobretudo aparecendo nas neuropatias: «a maior parte dêstes doentes haviam recorrido sem resultado aos toni-cardíacos, aos brometos, etc. Só a opoterápia hipofisária lhes deu melhoras ou a cura.»

Mas, E. de Cyon, o autor que mais se tem dedicado a esta glândula, vai mais longe, e considerando importantíssima a função cárdio-vascular da hipófise, atribue-lhe notáveis propriedades enquanto à circulação intra-craneana. Para êle, a hipófise é a reguladora da pressão sangüinea intra-craneana, velando pela segurança do cerebro e pela integridade das suas funções vitais e psíquicas, preservando-o das congestões prejudiciais. Esta auto-regulação faz-se, diz êle, por intermédio dum sistema de éclusas, das quais as mais importantes são as glândulas tiro-paratiroides (4).

Por tudo isto, pois, e pelos notáveis efeitos calmantes da insónia, do delírio e da agitação que a hipofisina sempre produzia, enquanto que a adrenalina não, eu julgo muito preferível o emprego dos extractos hipofisários ao dos supra-renais.

(1) Vide Veloso de Pinho e A. Saavedra — ob. cit.

(2) E. de Cyon — Fonctions de l'hypophyse — Académie des Sciences, 18 de abril 1898.

(3) Pedro Zuloaga Mañueco — Medicación Hipofisaria — Real Academia de Medicina y Cirugia de Valladolid — 13 de abril de 1913.

(4) E. de Cyon. Les fonctions de l'hypophyse et de la glande pinéal, in Journal de Physiologie, 1907.

Eu penso, além disso, como Trerotoli e Silvestrini, que os extractos hipofisários, sendo poderosíssimos cardioquinéticos, teem de figurar na terapêutica actual.

A função anti-tóxica da hipófise é actualmente reconhecida por muitos autores, e embora alguns haja como Lo Monaco, que afirma que ela não tem função alguma importante, a maioria diz ser este órgão uma das glândulas de secreção interna que mais importante papel desempenha na defeza do organismo contra as toxi-infecções. Os sintomas de insuficiência hipofisária — hipotensão, taquicardia, insónia, astenia, e etc., são, segundo Azam, Caselli, Nassali e Sacchi, entre outros, muito frequentes nas doenças infecciosas, o que por elles é tomado como resultado da luta que a glândula é obrigada a sustentar, e que a fatiga.

Delille afirma que às intoxicações agudas como às doenças infecciosas agudas, corresponde uma hiperatividade passageira da hipófise, rapidamente substituída por um esgotamento progressivo, critério este confirmado pelos autores que, tendo usado o extracto respectivo na febre tifoide, na difetéria, na erisipela, na meningite cérebro-espinal, na febre puérperal e na gripe, viram os sucessos que nós observamos no tifo exantemático, doença que como nenhuma o põe em prova nos sintomas tóxicos que exteriorisa. Comparando as nossas observações com o que esses autores referem, vêem-se, claramente, resultados que não podem deixar de fazer a apologia de ideias que embora modernas e revolucionárias, permita-se-me o termo, muito fazem esperar do futuro, na confirmação do conceito: no organismo nada é inútil.

Sajous atribui à hipófise um tam importante papel que diz: na hipófise está o filtro onde são retidas e neutralizadas as toxinas em circulação no sangue. Para E. de Cyon, Houssay, Renon, Delille e etc., a hipofisina aumenta a diurese e a urina emitida é mais tóxica; para Dunan (1) provoca a retenção do azote e facilita as trocas orgânicas. Estas afirmações não posso eu confirmar porque me faltam as análises respectivas, mas o que verifiquei, e isso me basta clinicamente, foi que a hipofisina eleva a tensão, diminui o numero e aumenta a força e amplitude das pulsações cardíacas, torna a diurese mais abundante, provoca o abaixamento da temperatura, suprime a insónia, calma o delírio e a agitação, e finalmente, « evitando as longas astenias, traz uma convalescença rápida » (Renon e Delille).

Nós ao tentarmos a medicação pluriglândular ou ao medicarmos uma insuficiência que nos parecia estabelecida, fizemo-lo

---

(1) Dunan — Rôle de l'hypophyse dans la nutrition, in Presse Médicale, avril 1911.

aplicando a adrenalina, a hipofisina ou o extracto total sêco de hipófise, e a tiroidina ou a ioditirina. Para rematar estas considerações eu vou dizer não só quais as vias de administração que seguimos, mas ainda, quais os resultados que colhemos já com o mesmo preparado por vias diferentes, já com cada um deles.

A *adrenalina* foi tão correntemente usada e está hoje tão em voga o seu emprêgo, que eu nada mais tenho a dizer além do que já disse, como impressão que possa subsidiar os trabalhos sôbre ela publicados.

A *tiroidina* ou a *ioditirina*, exigem-me algumas palavras que, infelizmente, teem de principiar pela afirmação de que os extractos tiroideos foram os únicos que não nos forneceram resultados apreciáveis. Para quem examina e segue atentamente a sintomatologia dum tifo grave, tendo na ideia os sintomas que pela insuficiência ou desequilíbrio pluri-glândular podem aparecer, a medicação tiroidea impõe-se. De facto, a dôr de garganta que muitos doentes accusam independente da deglutição e nascendo na região tiroidea para irradiar em colarinho, os arrepios, a criestesia, o arrefécimento das extremidades, a obstipação, a cefaleia partindo do occiput e estendendo-se á metade posterior do cráneo, as dores pelo corpo, a astenia, o turpor, e sobretudo o trémulo ou tremores generalizados numa verdadeira tetania, justificam e exigem a medicação da glândula que pela insuficiência pode ser a causa produtora. Infelizmente, disse eu, a sua prescrição e administração não correspondeu em resultados ao que era de esperar, ao contrário do que se deu com os extractos das outras glândulas, inclusivé com a adrenalina que, não realisando completamente a opoterápia supra-renal, raras vezes é eficaz, segundo G. Gauthier.

Mas onde os resultados corresponderam completamente ao que esperavamos, foi na medicação hipofisária. Nesta, ha porêm um facto, que talvez nos possa explicar a falência dos extractos tiroideos, e que é: o extracto sêco de hipófise não nos deu os mesmos resultados que a hipofisina em intra-venosa, como se vê nas nossas observações. Parece que o extracto sêco deve ser reservado aos casos de hipohipofisia ha muito estabelecida, e a hipofisina aos de insuficiência aguda ou de hipohipofisia aparecendo no decorrer das doenças infecciosas agudas, e se assim fôr natural é que o extracto sêco de tiroide, que foi o que nós empregamos em hóstias, não tivesse dado resultados evidentes por a via digestiva não ser a que melhor se presta ao corte cerce e brusco de sintomas da importância dos que citamos. De resto, a própria hipofisina dá melhores resultados em intra-venosa do que em hipodérmica. Vi isso nos nossos casos, tenho-o visto muitas vezes noutras acções, por exemplo, na anti-hemoptoica que o snr. Dr. A. Ramalho verificou entre nós e citou

num artigo, e que eu tenho utilizado já muitas vezes nos doentes da clínica particular do ilustre Especialista. Fique isto bem afirmado, sobretudo no que diz respeito à hipofisina, para que ao medicamento não sejam atribuídos insucessos que não podem ser-lhe levados em conta, como se êle não desse nada ou desse tanto como os outros, insucessos que fariam parecer um exagero tudo quanto deixo dito, tudo quanto as nossas observações, documentando, exaltam.

**Conclusões:**

I. Se a insuficiência supra-renal é freqüente no tifo exantemático, a hipofisária não o é menos.

II. O emprêgo da hipofisina é preferível ao da adrenalina.

III. Não se pode fazer terapêutica anti-infecciosa ou anti-tóxica, sem conhecer os recursos da endocrinologia.

**Neosalvarsan ou 914** — Embora tivéssemos conhecimento de que o 914 já havia sido aplicado no tifo exantemático, e que se dessa aplicação não haviam resultado conclusões precisas, também não resultaram prejuízos que a mostrassem perigosa, a verdade é que nós ao renovarmos a tentativa de Tonkin, não o fizemos sem receios ou apreensões. Desajudados do laboratório que a enorme lufa-lufa da epidemia apanhára mal instalado, mal dotado de material e com um pessoal que, embora muito competente, se via e sentia impotente perante a enorme acumulação de serviço, nós apenas em análises sumárias nos tivemos de escorar, reservando e limitando, assim, a aplicação aos casos em que elas eram suficientes, ou aos que a extrema gravidade autorisava a pensar que se não ganhassem, mais não podiam perder. Felizmente, como se vê nas observações que publico, e são as de todos os doentes que submetemos ao tratamento pelo 914, muitos lucraram a saúde, a vida.

Passemos um golpe de vista nas observações XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII e XXXIV, ao todo sete doentes em estado muito grave, ou até extremamente grave, que curaram em seguida à aplicação, a não ser os da observação XXX e XXXI, e este é um caso de que só ressaltam os benefícios da medicação, que não falhou em efeitos... falhou em aplicação! É uma estatística bonita. Pena é que eu não possa apresentar mais casos a torná-la maior, mas as restrições que ao princípio fizemos à aplicação e a altura da epidemia em que a experimentamos, não no-los forneceram. Pelos sete, porém, já podemos fazer um juízo.

Nas observações XXVIII e XXIX, referentes aos dois primeiros doentes em que foi aplicado o 914, os resultados notam-se tam claramente como nós os notamos à cabeceira dos leitos. O estado ia de mal a pior, num crescendo desesperador que a todos os clínicos desanimava por, em geral, ter como remate a

morte, quando fizemos em intra-venosa os primeiros trinta centigramas de neosalvarsan. O doente sem fala, olhar fixo e inexpressivo, com as extremidades inferiores cianosadas, e sacudido por soluços e sobressaltos tendinosos, melhora de um dia para o outro extraordinariamente, quasi numa verdadeira ressurreição! O mesmo se deu com o da observação XXXIV que é um caso notabilíssimo! A êsse é que podemos considerar... um ressuscitado!

Mas, para que ocupar mais espaço com o que está tão claro nas observações respectivas?! Elas dizem mais, muito mais, do que eu poderia dizer, por melhor que descrevesse as impressões de que tenho ainda a memória cheia!...

Como actuaria o neosalvarsan?

Admitida a eletividade da toxina ou do virus exantemático para a célula nervosa e reconhecidos como factores de gravidade do tifo todas as causas que a inferiorizam — cançasso cerebral, alcoolismo, etc., — nós não podíamos deixar de considerar a sífilis como uma dessas causas, e daí o pensarmos que para combater a sintomatologia nervosa dos tifosos era preciso combater a sífilis que não só lhe preparava o terreno, mas, ainda, podia ser despertada e vir juntar sintomas seus ao da infecção aguda estabelecida. Em muitas das nossas observações nota-se facilmente que isto acontecia com o álcool, e se assim é, o mesmo pode acontecer com a sífilis, que tão freqüente é.

Porque não hade uma sífilis dormente ser despertada pela chicotada duma infecção, e trazer na simbiose formada a explicação, a interpretação de muitos sintomas? A arranhadura abre a janela por onde a sífilis vem espreitar, na úlcera que se escancara; a tara alcoólica ou o próprio alcoolismo, as emoções, a fadiga cerebral, as infecções com certa eletividade para a célula nervosa, etc., abrem a porta por onde entra o treponema que vai causar a paralisia geral! Porque não estender ao tifo este conceito e deixar por tratar o fundo onde pode assentar a infecção que cresce, floresce e frutifica no humus alimentador?

Foi a este raciocínio e não ao do experimentador de Tonkin, que pensou na afinidade etiologica do tifo com a sífilis, que nós obedecemos para instituir a medicação pelo 914. Parece que bem e com felicidade andamos, embora ao poder anti-infeccioso do neosalvarsan se possa atribuir uma participação nos resultados obtidos. A verdade é que nós, generalizando á gripe o modo de ver que tivemos para com o tifo, não nos arrependemos; antes os reliquats pulmonares ou brônquicos que nada faziam desaparecer, sumiam-se deante do 914, e actualmente, passados dois anos, ainda no consultório nos aparecem recordações de que os doentes desde então não mais conseguiram ver-se livres e que tratados pelo mesmo medicamento se varrem, como autênticas sífilis pulmonares ou brônquicas que

são e que a infecção gripal acordara. Daqui posso tirar as seguintes conclusões:

I. Para tratar uma infecção temos de combater o fundo em que ela assenta, porque:

1.º A infecção aguda pode prolongar-se vivificada num terreno que a alimente:

2.º A infecção latente pode tomar a forma aguda despertada pela chicotada doutra infecção aguda.

3.º A conclusão I impõe-se tanto mais, quanto maior é a afinidade das infecções.

II. O neosalvarsam é um preparado devendo fazer parte do arsenal terapêutico anti-infeccioso, e conseqüentemente anti-tifoso.

**Sais de quinino** — *Quinino urethana*: Também nós, como nos países onde o paludismo grassa, tivemos de recorrer aos sais de quinino no desejo de combater a associação tifó-palustre que as referências dadas pelos doentes nos fizeram crer possível. O nosso pavilhão foi muito freqüentado por reclusos da «Relação», tendo já cumprido penas em Africa; foi este o motivo que nos levou a tratar a simbiose referida, em obediência às conclusões que sobre o 914 tiramos. E, se não posso apontar aqui benefícios da medicação empregada, posso ao menos fornecer um subsídio aos que combatem o uso do quinino nas infecções, fundados em que os anti-térmicos só trazem prejuizos (Treille). Nós não os notamos, mas se porventura êles aparecem durante uma quininisação intensa, para os evitar só temos um processo que é fazer o combate ao hematozoário utilizando o 914.

\*  
\*   \*

A Morte, vindo pôr na minha primeira dedicatória a nódoa negra do luto, já quando o meu modesto trabalho estava na tipografia, veio fazer com que a revisão das provas não fôsse cuidada e, até, pela desordem em que me lançou o espírito, o âmbito dêste trabalho ficasse mais limitado do que tinha planejado. Tencionava juntar ao que atraz fica, um apenso onde fôsse tratado o tifo exantemático naquelas generalidades, que, por terem sido levemente tocadas durante as considerações clínicas, mereciam uma referência especial.

Etiologia, formas clínicas, fisiologia patológica, anatomia patológica, imunidade e recidivas, diagnóstico, prognóstico, complicações e associações mórbidas, eram outros tantos artigos onde eu queria deixar as minhas impressões com a largueza que o número de casos observados e de leituras feitas, me autorisavam. Não pôde ser; e as notas tiradas, os rascunhos já feitos, depois de muitas vezes me exforçar a tentar coligi-los, a tentar redigi-los, ficam dispersos por sôbre a minha mêsã de trabalho como pedaços de pensamento, fragmentos de sentidos, que a má sorte embotou, que a má sorte tornou abúliacos.

Não perde, porém, o meu trabalho nada com isso, porque, tudo quanto eu dissesse nenhum cunho de novidade teria além do que rapidamente deixei dito. A parte interessante, aquela que tem alguma originalidade e que demonstra o amor com que trabalhei, ao mesmo tempo que fôca os critérios a que obedecemos na justa interpretação dos sintomas da forma clínica do tifo que descrevo, essa, sem vaidade nem orgulho, julgo-a razoavelmente exposta em tudo quanto fiz. Se assim não é, que o ilustre júri a quem vai ser submetido o meu trabalho, ou os amigos a quem uma grande consideração me força a oferecerê-lo, vejam ao menos nêle uma afirmação de vontade de estudar para aprender sempre.

\*  
\*   \*

O facto que me forçou a defender a minha tése um ano mais tarde do que contava, fez com que por ausência no estrangeiro do ilustre Professor que primeiro convidára para Presidente, eu tivesse de ocupar dêsse encargo o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Prof. Dr. António Joaquim de Sousa Júnior.

Ao ilustre Clínico epidemiologista os meus mais vivos agradecimentos pela honra que me deu deixando que o seu nome ficasse ligado á epidemia de Tifo Exantemático, não com o fulgor com que ficou na de Peste Bubónica, mas, na modéstia do meu trabalho, com o brilho que o seu nome lhe empresta.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**— Não se sabe o que é normalidade em angiologia.

**Fisiologia**— O apêndice deve ter-se como um órgão de secreção interna.

**Patologia geral**— A parotidite do tabardilho corresponde a um grave estado da fase negativa da infecção.

**Anatomia patológica**— As nevrites difetéricas não são sempre exclusivamente tóxicas.

**Farmacologia**— Os coloides actuam em terapêutica como se fôssem produtos de secreção interna.

**Higiene**— O estudo cada vez mais minucioso das zoonoses deve trazer como consequência imediata o repúdio da convivência humana com quaisquer animais.

**Operações**— É indispensável que a trépano-punção entre na técnica corrente das meningo-encefalites.

**Partos**— Na bacia de Naegeli, em parturientes tardíamente assistidas pelo médico, prefiro a basiotripsia a qualquer outra intervenção, até mesmo com o feto vivo.

**Medicina legal**— É necessário reformar a legislação portuguesa quanto à interdição por demência nas doenças mentais remissíveis.

**Patologia externa**— Dentro dalguns anos a anastesia geral passará a ser uma curiosidade histórica da cirurgia.

**Patologia interna**— A esclerose brônquica é tão bom sinal de sífilis como a esclerose aórtica.

---

Visto.

*Louca Júnior.*

Pode imprimir-se.

*Maximiano Lemos.*