

111
Alice de Souza Ribeiro

A temperatura na febre tifoide

Tese de doutoramento apresentada

à Faculdade de Medicina do Pôrto.

202/3 FMP

JULHO-1923

A temperatura
na febre tifoide

Alice de Souza Ribeiro

A temperatura na febre tifoide

Tese de doutoramento apresentada

à Faculdade de Medicina do Pôrto.

JULHO-1923

Alice de Souza Ribeiro

1923

Director

Secretary

A temperatura

na febre tifoide

Leve de desenvolvimento

Faculdade de Medicina de Porto

TIP. PROGRESSO

** PORTO--1923 **

1923

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR INTERINO—Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETARIO INTERINO—Prof. Dr. António de Almeida Garrett

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descritiva . . .	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia. .	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga.
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Bran- dão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica . . .	Prof. Dr. António Joaquim de Souza Júnior.
Bacteriologia e Parasitologia	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidemilogia . .	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior.
Medicina legal	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia topográfica e me- dicina operatória . . .	Vaga.
Patologia ciurgica.	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clínica cirúrgica.	Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos.
Patologia médica e clínica de moléstias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clínica médica	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrolo- gia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clínica obstétrica	Vaga.
História da Medicina e Deon- tologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia .	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. António de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. António de Almeida Garrett.

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático.

Faculdade de Medicina do Porto

Director Interno — Prof. Dr. Nogueira de Silva Martins
Secretario Interno — Prof. Dr. Antonio de Almeida Garcia

COMPO DOCTORAL

PROFESSORES ORDINARIOS

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 meus extremosos país

Até que conseguisteis vêr rea-
lizadas as vossas aspirações.

A meu marido

Ofereço-te êste modesto trabalho
como produto dos teus sacrifícios.

A todos os meus

Sincera amizade.

Ao Ex.^{mo} Senhor

Dr. Tiago de Almeida

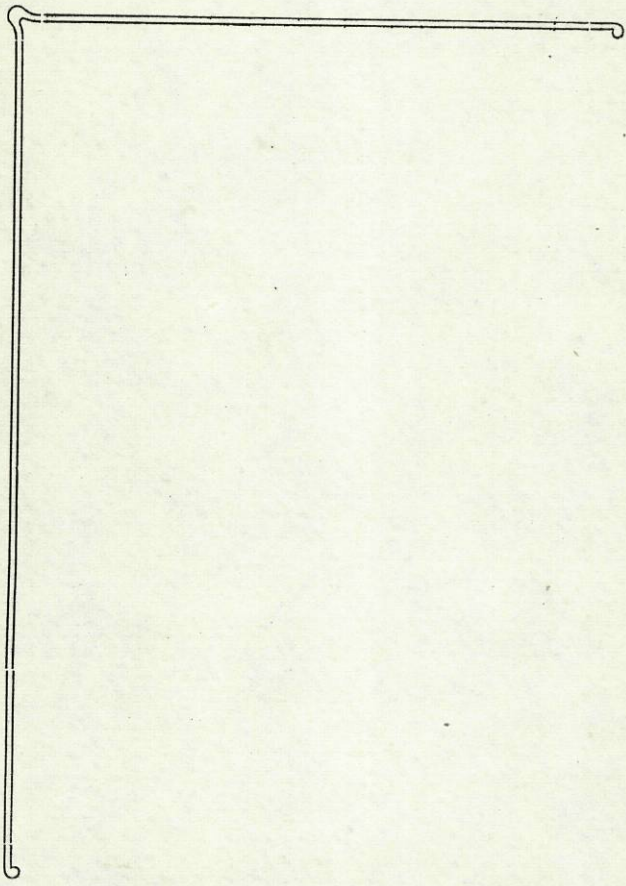
Profunda admiração pelo vosso saber.

Ao meu ilustre presidente de Tese

Ex.^{mo} Senhor

Prof. Dr. Rocha Pereira

Infinitamente grata.



CAPÍTULO I

Seis casos de febre tifoide. Observações dos doentes

I

A. S. V., casado, de 25 anos de idade, empregado comercial. Entrou para clínica médica em 21-10-922 e saiu curado em 25-11-922.

Estado actual

Prostração; temperatura febril ($37^{\circ},7$ e $37^{\circ},9$ como se vê pelo gráfico); fixidês no olhar; palavra arras-

tada; descamação epidérmica nas regiões axilares; lábios sêcos; língua vermelha e sêca; obstipação; timpanismo abdominal; dôr à pressão na fossa ilíaca direita; não há gargolejo nem manchas róseas lenticulares; ruídos cardíacos ensurdecidos; sôpro suave sistólico audível no foco mitral e tricuspido, mas mais na região meso-ventricular esquerda; o baço parece não aumentado de volume; fígado reduzido, dois dedos acima do rebordo costal ao nível da linha mamilar; pequenos gânglios cervicais; gânglios axilares à esquerda, dolorosos dos dois lados; dicrotismo.

Pulso 106.

$T_M = 11$.

$T_m = 7$.

Em 25-10-922 reacção de Widal—Bacilo tífico positivo até $1/500$. A — positivo $1/20$. Bacilos paratíficos B — $1/200$.

História da doença

Há três semanas em Vila do Conde, adoeceu com arrepios, cefalêas, mal estar geral e perda do apetite. Recolheu ao leito e quatro dias depois veio

para a sua residência onde esteve com assistência médica até dar entrada neste hospital.

Antecedentes pessoais

Sarampo em criança. Tem um filho de 8 meses saudável. A mulher não teve abortos.

Antecedentes hereditários

Pai falecido de tuberculose pulmonar aos 30 anos. Mãe saudável e dois irmãos; dois falecidos em criança.

Tratamento

22-X a 10-XI — 566.

22-X a 8-XI — 632 (2 c.c.).

22-X a 10-XI — Solutio n. adrenalina (V + V).

22-X a 30-X — 445 (2) (2 h.).

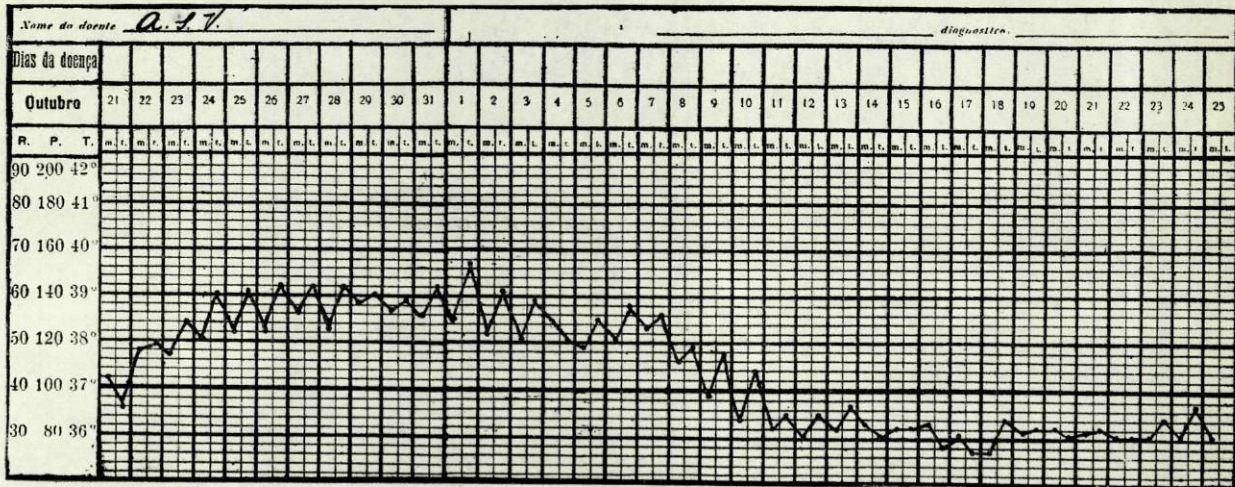
22-X a 25-X — Um clister frio.

24-X a 10-XI — 632 (2 + 2 c.c.).

25-X a 10-XI — Dois clisteres frios.

25-X a 7-XI — Duas loções de vinagre aromático.

- 31-X a 7-XI — 445 (2) (3 h.).
7-XI a 10-XI — Uma loção de vinagre aromático.
11-XI a 15-XI — Um clister frio.
11-XI a 24-XI — 328 + 329 (2 c. s.).
15-XI a 25-XI — 334 (2 c. s.).
24-XI a 25-XI — 400 (2 hostias).
26-X — Sôro antitífico (10 c.c.).
30-X — Sôro glicosado (100 c.c.).
2-XI — Sôro glicosado (100 c.c.).



OBS. I

II

D. C. N., solteira, de 20 anos de idade, criada. Entrou para clínica médica em 21-10-922 e saiu curada em 8-1-923.

Estado actual

Prostração; temperatura alta, como nos mostra o gráfico; cefalêas; arrepios; palidês; abatimento; falta de apetite; sêde; boca sêca; obstipação; ligeiras dôres à pressão na fossa ilíaca direita; gargolejo; timpanismo; abdomen abaulado; insónias; tosse sêca; ruidos cardíacos ensurdecidos; pulso dicoto; raras extra-sistoles; pequenos movimentos involuntários dos dêdos; semi-surdês desde há dois dias.

Pulso 100.

$T_M = 11,5$.

$T_m = 5,5$.

Em 25-10-922 reacção de Widal — Bacilo tífico

positivo até $\frac{1}{500}$. Bacilos paratíficos. B — positivo a $\frac{1}{200}$.

Reacção de Wasserman — negativa.

História da doença

Acamou em 10 do corrente, mas já desde há dias que tinha arrepios; falta de apetite; falta de forças; temperatura; insónias; cefalêas; epistaxis e obstipação desde o começo. Na mesma casa tinha havido um caso de febre tifoide poucas semanas antes.

Antecedentes pessoais

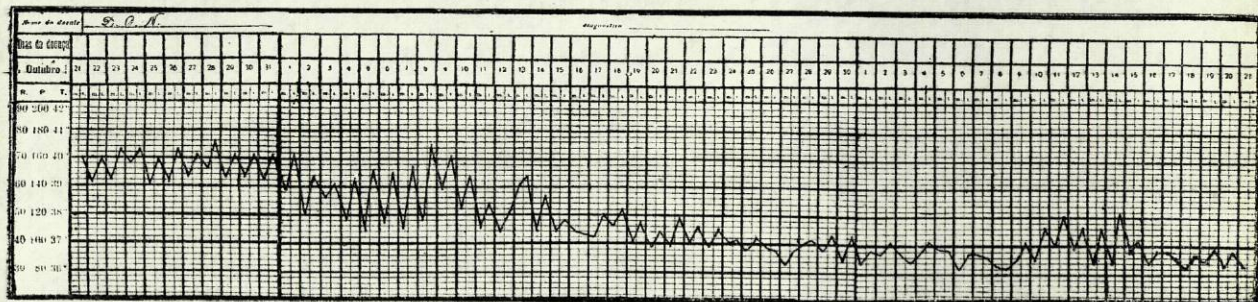
Tem sido saudável; teve uma ligeira gripe em 1918.

Antecedentes hereditários

Mãe vítima de tuberculose há dois anos. Nada sabe do pai.

Tratamento

- 22-X a 13-XI — Clister frio. Gêlo no ventre. Injecção de
óleo canforado (3 c.c.).
- 22-X a 3-XI — Urotropnia 3 H.
- 23-X a 25-X — Loções de vinagre aromático.
- 25-X a 10-XI — Banho a 37° (3 por dia).
- 29-X a 14-XI — Adrenalina x gotas e sôro glicosado
(200 c.c.).
- 9-XI a 21-XII — Injecção de estriçnina x esparteina. Lo-
ções de vinagre aromático, 3 por dia.
- 4-XI — Injecção de sôro antiparatífico (10 c.c.).
- 12-XI — Injecção de sôro antiparatífico (10 c.c.).
- 26-XI — Óleo de ricino 20 gr.
- 2-XII a 19-XII — Poção de estriçnina (2 c. s.).
- 19-XII — 400 — 3 H.
- 21-X a 12-II — 632 — (3 c.c.).
- 1-I a 3-I — 200.



Obs. II

III

P. F., solteira, de 19 anos de idade, criada. Entrou para clínica médica em 31-10-922 e saiu curada em 30-12-922.

Estado actual

Prostração; temperatura; palidês; completa indiferença; sonolência; lábios sêcos; língua húmida, vermelha nos bordos e trémula; dispnêa (52 mov. resp.); arrepios; cefalêas; timpanismo; abdomen abaulado; dôr à pressão na fossa ilíaca direita; manchas róseas pelo peito e costas, desaparecendo pela pressão; ruidos cardíacos ensurdecidos; esboço de embriocardia; pulso dicroto.

Pulso 120.

$T_M = 10.$

$T_m = 5.$

Em 7-11-922 reacção de Widal—Bacilo tífico positivo a $\frac{1}{50}$. Bacilos paratíficos A e B—negativos.

Reacção de Wasserman — negativa.

Em 23-11-922 reacção de Widal — Bacilo tífico positivo $1/_{300}$. Bacilos paratíficos A e B — negativos.

História da doença

Desde 20 de Outubro que andava adoentada com cefalêas; dôres pelo corpo; arrepios; falta de apetite; falta de forças; sêde intensa; obstipação e dôres abdominais; uma epistaxis. Só acamou em 27-10 já com 40° de temperatura, pelo que recolheu ao hospital.

Antecedentes pessoais

Teve o sarampo e a variola em criança.

Antecedentes hereditários

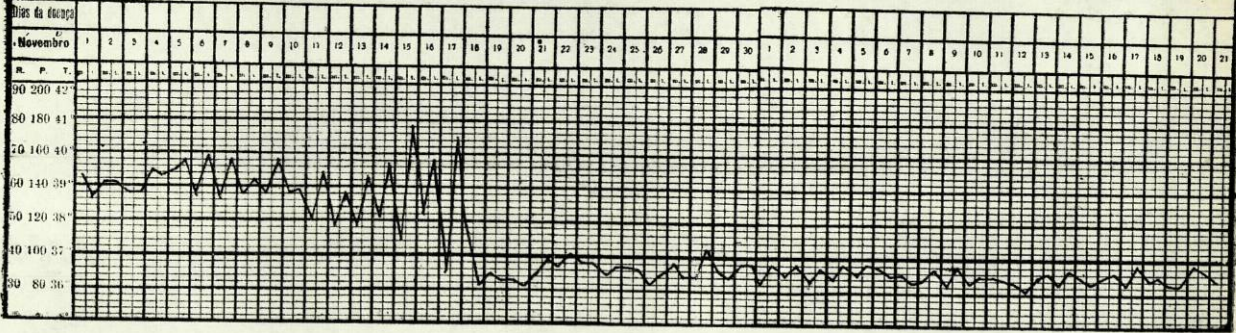
Pais e oito irmãos saudáveis.

Tratamento

- 31-X a 20-XI — Urotropinã 3 H.
- 31-X a 25-XI — Injecção de óleo canforado (4 c.c.)
- 31-X a 6-XII — Injecção de estriçnina x esparteina.
- 31-X a 21-XI — Adrenalina x gotas. Clister ictiolado.
Gêlo no ventre. Loções de vinagre
aromático.
- 1-XI a 18-XII — Injecção de sôro glicosado (200 c.c.).
4-XI — Injecção de sôro antiparatífico (10 c.c.).
12-XI — Injecção de sôro antiparatífico (10 c.c.).
- 27-XI a 7-XII — Pílulas de beladona 2.
- 6-XII a 30-XII — 400 3 H.

Nome do doente G. F.

diagnostico: _____



OBS. III

IV

A. M. S., casada, de 24 anos de idade, doméstica. Entrou para clínica médica em 11-11-922 e saiu curada em 23-12-922.

Estado actual

Prostração; dôres vagas pelo corpo; palidês; língua saburrosa; lábios sêcos e fuliginosos, timpanismo e gargolejo na fossa ilíaca direita; diarrêa fétida e acentuada; sêde intensa; tosse com expectoração; ruídos cardíacos ensurdecidos; ligeiros sôpros sistólicos em todos os focos da auscultação; raras extra-sístoles.

Pulso 128.

$T_M = 11,5$.

$T_m = 6,5$.

História da doença

Adoeceu em I-II com cefalêas; arrepios; temperatura e falta de apetite. Em 6-II epistaxis ligeira; cefalêas intensas; dôres ligeiras no abdomen; dôres vagas pelo corpo; obstipação; temperatura 39°,8. Continuou sempre com esta sintomatologia até dar entrada nêste hospital.

Antecedentes pessoais

Tem sido sêmpre fraca. Há um ano que tem queda de cabelo. Não tem filhos.

Antecedentes hereditários

Pai falecido com tuberculose pulmonar. Mãe falecida com o tifo exantemático. Dez irmãos falecidos até aos cinco anos; cinco vivos e saudáveis.

Tratamento

11-XI a 25-XI — Urotropina. Adrenalina x gotas. Injecção de óleo canforado 3 c.c. Injecção de estricnina x esparteina. Sôro glicosado 200 c.c. Clister ictiolado. Gêlo no ventre e loções de vinagre aromático.

16-XI — 1.^a injecção de 0,5 c.c. de séro-vacina Hoechst.

18-XI — 2.^a injecção de 0,6 c.c. de séro-vacina.

22-XI — 3.^a injecção de 0,8 c.c. de séro-vacina.

4-XII — 4.^a injecção de $\frac{1}{2}$ c.c. de séro-vacina.

8-XII — 5.^a injecção de 0,6 c.c. de séro-vacina.

11-XII — 6.^a injecção de 0,8 c.c. de séro-vacina.

25-XI a 17-XII — Injecção de estricnina x esparteina. Adrenalina x gotas. Óleo de rícino 20 gr.

17-XI a 23-XII — 400 2 H.

11-XI a 15-XI — 1.^a injecção de sôro glicosado (200 c.c.).

V

M. C. S. F., casada, de 24 anos de idade, doméstica. Entrou para clínica médica em 4-1-923 e saiu curada em 26-1-923.

Estado actual

Temperatura elevada 39°, 39°,8, como se vê pelo gráfico; insónias; arrepios intensos, duas a três vezes por dia; sede; gânglios inguinais e axilares; anorexia; língua seca e saburrosa; dores à pressão na fossa ilíaca direita, no colon ascendente e em toda a região hepática; dejeções diárias líquidas; fígado aumentado de volume (dois a três dedos abaixo do rebordo costal); côr amarela das conjuntivas, escleróticas e mucosas; emagrecimento; ruídos cardíacos ensurdecidos; ligeiro sôpro sistólico no foco aórtico. A febre desapareceu há uma semana e com ela os arrepios que acompanharam todo o período febril. Os arrepios eram

intensos, duravam um quarto de hora a meia hora, tinha quási sempre três por dia: um à tarde pelas três horas, outro ao anoitecer e outro já de noite. Aqueles nunca se acompanharam de suores, mas a esta sensação de frio, seguia-se calor.

Em 1-1-923 reacção de Widal — Aglutinação franca com o bacilo tífico a $\frac{1}{100}$. Bacilos paratíficos A e B — negativos.

História da doença

Adoeceu em 26-12-922 com uma cólica, febre e vômitos, resolvendo internar-se.

Antecedentes pessoais

Teve uma infecção puerperal em 1922. Há quatro anos, consecutivamente a um ataque de gripe que reteve a doente no leito 18 dias, três dias depois de se ter levantado e depois dum excesso alimentar, teve uma violenta dôr na região hepática com irradiação para a espádua. Internou-se então no serviço de 2.^a clínica médica em Março de 1918.

conservando-se aí três meses. Desde então tem tido sempre cólicas de quando em quando.

Teve quatro filhos, dos quais três faleceram: um de pneumonia, outro de enterite e o outro era muito fraquinho. Tem um vivo e saudável.

Antecedentes hereditários

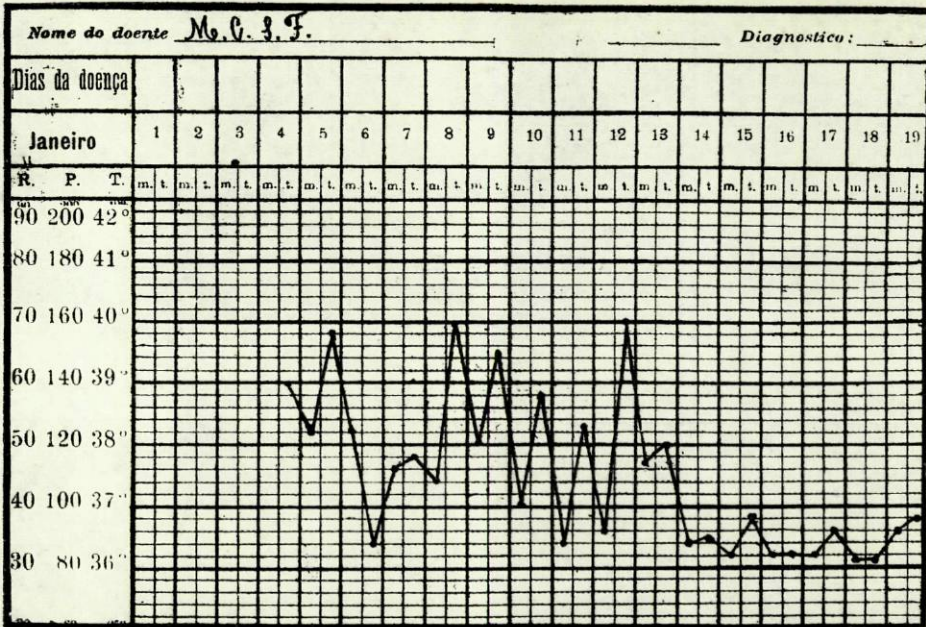
Pai falecido aos 39 anos com úlcera do estômago. Mãe viva e três irmãos saudáveis.

Tratamento

5-I a 20 I—Solutio de salicilato e benzoato de sódio (2 c. s.). Óleo canforado 4 c.c. Adrenalina xv. Clister de ictibl.

5-I a 17-I—Gélo no abdomen.

20-I a 26-I—Injecção de estricnina (1 c.c.).



OBS. V

VI

J. A., casado, de 39 anos de idade, criado dêste hospital. Entrou para clínica médica em 9-1-923 e faleceu em 7-2-923.

Estado actual

Prostração; temperatura alta, como se vê no gráfico; nariz afilado; emagrecimento; fuliginosidades nos lábios, dentes e gengivas; língua assada, vermelha nos bordos, projecta-a mal; trémulo do maxilar inferior e das mãos, miudo e rápido; pequenas manchas lenticulares na parte anterior do abdomen e ainda algumas na parte anterior do torax, que desaparecem à pressão; anemia palmoplantar; meteorismo abdominal; três a quatro dejectões diárias, fezes líquidas e escuras; enterorragias; ruidos cardíacos ensurdecidos com tendência para a embriocardia; pulso dicoto; não há gargolejo nem dôr à pressão na fossa ilíaca direita; gânglios inguino-crurais.

Pulso 110.

$T_M = 12$.

$T_m = 7$.

Em 1-1-923 reacção de Widal — Bacilo tífico até $\frac{1}{500}$. Paratíficos A e B — negativos.

História da doença

Em 1 de Janeiro começou a sentir arrepios; cefalêas e estado nauseoso. No dia seguinte tomou 30 gramas de sulfato de sódica. A cefalêa foi só no primeiro dia, mas o estado nauseoso persistiu até dar entrada nas salas de clínica médica; depois que tomou o sulfato, ficou com diarrêa que ainda hoje tem. Oito dias antes de ter os arrepios, já sentia uma indisposição para o trabalho.

Antecedentes pessoais

Sarampo e variola em criança; o tifo exantemático por ocasião da epidemia. Oito filhos saudáveis.

Antecedentes hereditários

Pai falecido com mais de 60 anos; ignora com que doença. Não conheceu a mãe. Três irmãos mortos com alguns dias, um outro falecido aos 21 anos e uma irmã saudável.

Tratamento

- 10-I a 20-I — Urotropina 1,5 gr. por dia.
10-I a 7-II — Injeção de óleo canforado (2 + 2 c.c.).
10-I a 3-II — S. na adrenalina (V + V).
10-I a 3-II — Gêlo no abdomen.
12-I a 3-II — Loções de vinagre aromático (3).
12-I a 20-I — Um clister frio.
20-I a 7-II — Poção de Todd (3 c. s.).
3-II a 7-II — 132 (3 + 3).
3-II a 7-II — Sôro glicosado. Hipofisina.
16-I — 0,5 c.c. vacina antitífica às 12 h.
11-I — 0,5 c.c. vacina antitífica às 12 h.
21-I — 1.^a injeção de hipofisina.
22-I — 2.^a injeção de hipofisina e sôro glicosado
(100 c.c.).
24-I — Sôro glicosado (100 c.c.).
25-I — Sôro glicosado (100 c.c.).

- 26-I — Sôro glicosado (100 c.c.).
- 27-I — Sôro glicosado (100 c.c.).
- 28-I — Sôro glicosado (100 c.c.).
- 29-I — 3.^a injeccão de vacina antitífica (0,5 c.c.) e
sôro glicosado (100 c.c.).
- 30-I — Sôro glicosado (100 c.c.).
- 1-II — Sôro glicosado (100 c.c.).
- 2-II — Sôro glicosado (100 c.c.) e 4.^a injeccão de
vacina antitífica 0,5.
- 3-II — Sôro glicosado (100 c.c.).
- 5-II — Sôro glicosado (100 c.c.).

CAPÍTULO II

Causas modificadoras da temperatura

São sete as causas que podem modificar a temperatura na febre tifoide, como vamos vêr:

1.^o A causa primária é o agente produtor da doença, quer pelo trabalho inflamatório que produz numa ou noutra víscera, quer pelas suas toxinas, actuando sôbre o coração e sôbre o sistema nervoso.

2.^a *Associações microbianas* (paratíficos e colibacilo) ou outras doenças infecciosas de que o doente seja portador, como a sífilis e a tuberculose.

3.^a *Localizações da doença*—A principal localização da febre tifoide é no intestino; contudo pode apresentar uma forma pneumónica, esplénica, hepática e nervosa, variando assim a curva térmica.

4.^a A temperatura varia ainda com a evolução das *lesões intestinais*, conforme há congestão, enterorragia, etc.

5.^a Modifica-se ainda com a *maior ou menor intoxicação ou discrasia* de que o doente seja vítima, por exemplo: um indivíduo alcoólico ou obeso.

6.^a É ainda modificada com a *terapêutica*; nas salas de clínica médica não, pois nunca utilizamos antitérmicos químicos perturbadores da temperatura, no entanto é vulgar em alguns clínicos que preconizam essas substâncias sem receio algum, donde vem alteração daquela.

7.^a É ultima causa—A *alimentação* que quando prematura, concorre bastante para alterar a curva térmica. Ora nós sabemos que a febre tifoide é uma das doenças que muito asteniza o doente, de maneira que o regimen de redução não deve ser muito demorado; mas casos há em que a doença sendo muito demorada e o emagrecimento dos doentes começando a acentuar-se, sômos obri-

gados a deixá-los alimentar-se com alimentos de fácil digestão, como: leite, caldo, ovos, etc.

Vejamos quais as causas que nos nossos doentes fizeram variar a curva térmica.

Nos casos I e II a longa duração da doença (41 e 54 dias respectivamente) pode ser atribuída a associação microbiana: paratífico B no primeiro e paratífico A e B no segundo. Esta maneira de vêr harmonisa-se com a interpretação moderna que alguns autores, entre êles Chantemesse e Grünberg (*Presse Médicale*, n.º 34, 1916, pág. 265), dão a certas recrudescências e recaídas que seriam devidas à invasão por um novo germen tifoide (paratífico A ou B). É certo que não foram feitas as provas de saturação das aglutininas para verificar se realmente se tratava de infecções mixtas ou apenas de infecções isoladas com aglutinação de grupo (coaglutininas), nem se repetiram as reacções de Widal para observar as variações das taxas aglutinantes, mas dentro desta insuficiência de documentos analíticos não nos parece destituída de fundamento esta hipótese entre outras que se poderiam formular.

No primeiro caso o gráfico da temperatura pa-

rece o de uma febre tifoide benigna, mas, atendendo a que a doença durava já havia 20 dias e a que a temperatura do dia da entrada no hospital foi inferior a 37° , é provável tratar-se de recaída.

A curva térmica do segundo caso começou a baixar ao cabo de 22 dias, mas ao quarto dia de descida voltou a subir, atingindo depois $40^{\circ},5$ como no período de estado: estamos em face de uma recrudescência.

Na doente IV, A. M. S., houve repetição da sua temperatura em consequência de ter feito uma alimentação precoce (sólida) que embora pouco carregada, foi o suficiente para de novo haver alteração daquela.

A doente V, M. C. S. F., durante toda a evolução da doença apresentou uma temperatura com arrepios, anomalia talvez devida ao fígado, visto ser o órgão mais atingido. Pode dizer-se que esta doente fez uma hepatite tífosa.

Nos restantes doentes, a anomalia da curva térmica deve estar dependente da raça e da actividade virulenta do agente. E assim é, que em períodos de epidemia se encontram variadíssimos casos de anomalias da temperatura, quer da febre tifoide quer de outras doenças infecciosas agudas.

Felizmente os nossos doentes saíram curados, com excepção do último que faleceu.

Nas salas de clínica médica o tratamento é cuidadosamente dirigido e obedece ao estado do doente; isto tem importância porque diz um clínico francez: «a gravidade dum doente depende da doença e do seu tratamento».

CAPÍTULO III

Tipos febris variados

Há quatro tipos de febre, a saber:

- | | | |
|-----------------------------|---|---------------------|
| Tipo contínuo . . . | { | Contínuo verdadeiro |
| | | Sub-contínuo |
| Tipo remitente . . . | { | Remitente |
| | | Héctico |
| Tipo intermitente. | | |
| Tipo recorrente. | | |

O *tipo contínuo*, existe quando a variação diurna não ultrapassa 1° C. Em geral as febres não pos-

suem o tipo contínuo senão quando o termómetro indica ao mínimo 39° C.

O *tipo contínuo verdadeiro*, é aquele em que a variação diurna não atinge senão 5 décimos de grau.

O *tipo sub-contínuo*, é aquele em que a variação oscila entre $0^{\circ},5$ e 1° C.

No *tipo remitente*, produzem-se diferenças diurnas que ultrapassam 1° C. Vista a altura da temperatura normal e o máximo ordinário da temperatura febril, é fácil de compreender porque as oscilações dêste tipo têm lugar ordinariamente entre 1° e 3° C.

Certos autores designam sob o nome de *febre héctica*, uma fôrma de febre remitente onde a exacerbação é exagerada, de fôrma que durante o estado de remissão a temperatura cái algumas vezes abaixo da normal alguns décimos. A denominação que hoje prevalece em França é a de febre intermitente sintomática.

Encontra-se êste tipo de febre principalmente nas supurações, nos processos septicémicos e piohé-micos. Observa-se ainda muitas vezes no estado de convalescença da febre tifoide, de maneira que Traube deu a êste período da doença o nome de estádio héctico.

A febre intermitente e a febre remittente são, em regra geral, causadas por organismos bem definidos ou, mais exactamente, por os seus produtos de secreção (toxinas).

Só em casos muito raros, a marcha da febre em outras doenças simula a da febre intermitente ou recorrente. É assim que no ponto de vista da febre, a tuberculose miliar, a endocardite ulcerosa e a pihémia assemelham-se duma maneira tão nítida à febre intermitente, que o diagnóstico não pode ser estabelecido senão consecutivamente à pesquisa dos plasmódios maláricos no sangue.

Em casos duvidosos, é ainda a pesquisa, no sangue, dos micro-organismos patógenos que se recorrerá para assentar num diagnóstico certo.

O *tipo intermitente* é caracterizado por violentos acessos de febre durante muitas horas, principiando, as mais das vezes, por um arrepio e terminando por abundantes suores. O intervalo apirético tem sido chamado período de apiréxia; o tempo de acesso toma o nome de piréxia ou de paroxismo febril. Se este se produz todos os dias, temos o tipo quotidiano; se dois acessos são separados por um descanso de 48 horas, temos o

tipo terçan, etc. Cada acesso divide-se em três tempos chamados estádios ou períodos a saber:

- a) Estádio de arrepio (frio);
- b) Estádio de calôr;
- c) Estádio de suor.

Na maior parte dos casos, os paroxismos febris sobrevêm sempre à mesma hora. Se, ao contrário, o acesso consecutivo se produz duma maneira permanente um pouco mais cedo que o precedente, trata-se dum tipo intermitente anteponente ou antecipante; se se dá o contrário, temos o tipo post-ponente ou retardante.

Ao lado dêste tipo que se pode chamar febre intermitente simples ou verdadeira, é preciso colocar o grupo das febres sintomáticas intermitentes. Todas as supurações, sobretudo as supurações profundas, as supurações viscerais, podem dar lugar a acessos intermitentes, que diferem dos acessos palúdicos, porque êles são vesperais e sobrevêm para as 4 horas da tarde.

Esta febre intermitente sintomática observa-se nas supurações tuberculosas, na dilatação bronquica, na piélo-nefrite, na angiocolite supurativa.

Esta, que foi bem estudada por Frerichs, Monneret, Charcot, Magnin e Regnard, é própria dos velhos calculosos; ela acompanha-se ordinariamente de ictericia crónica, e difere da intermitente verdadeira nas horas do acesso que surge de tarde, por ausência de tumefacção do baço, ineficácia do sulfato de quinino e sôbretudo pelo carácter das urinas.

O *tipo recorrente* consiste na aparição, depois dum arrepio, duma febre violenta e geralmente contínua, durante cinco a sete dias, febre que cessa muito rapidamente para dar lugar ao estado normal, acompanhando-se de fenómenos críticos. Êste estado normal, apirético, dura de cinco a oito dias. Depois a febre reaparece com os mesmos sintomas para desaparecer ainda no fim de cinco a sete dias, dando lugar a fenómenos críticos. Acontece que estas alternativas de febre e de apiréxia se renovam muitas vezes, perdendo entretanto de cada vez mais o tipo inicial, graças à diminuição de duração e nitidez dos sintomas.

*

* *

A reacção térmica não é mais que o esforço do organismo contra as toxinas ditas pirogénicas.

A febre não é só a elevação da temperatura, mas sim um conjunto de sintomas entre os quais a hipertermia é o mais constante e o mais perigoso; aumento da frequência do pulso, aceleração dos movimentos respiratórios, anoréxia, polidipsia, modificações da composição química das urinas, lassidão, etc.

A temperatura normal do homem em repouso é de $36^{\circ},2$, 37° independente das acções exteriores. Ela varia nos diferentes momentos do dia; varia ainda sob diversas influências, tais como: trabalho, alimentação, surmenage, etc. Sempre que se afasta para mais ou para menos daqueles limites, temos um caso patológico: se se eleva, temos a temperatura febril ou hipertermia; se baixa, hipotermia.

Quando a temperatura aumenta, a pulsação aumenta proporcionalmente de 10 a 15 pulsações por

minuto por cada grau acima de 37°. Entretanto há excepções e compreende-se, porque além da temperatura há outros factores que influenciam a frequência do pulso.

Quando uma afecção pirética se desenvolve em indivíduos já enfraquecidos anteriormente, o pulso é geralmente frequente; o mesmo se dá nas crianças e cardíacos que são atingidos de doenças febris. Ao contrário, na febre tifoide não é raro constatar um número de pulsações abaixo daquele que corresponde à temperatura (dissociação esfigmo-térmica).

Olhando para certas curvas da temperatura, pode dizer-se de que doença se trata.

Foi em 1857 que Wunderlich precisou o estudo térmico da febre tifoide já iniciado em 1842 por Giérse. Wunderlich dividiu êste traçado em três períodos, a saber:

- 1.º Período de estado inicial;
- 2.º Período de fastigium;
- 3.º Período de declive.

Mais tarde Jaccoud substituiu êstes três períodos pelos seguintes:

- 1.º Período das oscilações ascendentes;
- 2.º Período estacionário;
- 3.º Período das oscilações descendentes, nomenclatura que ainda hoje é usada.

O traçado térmico duma febre tifoide é, segundo a comparação de Jaccoud, comparável aos três lados dum trapézio e que são: uma linha ascendente que corresponde ao período de comêço; uma linha horizontal que indica o período de estado e uma linha descendente que indica o período de declive. Além dêstes, ainda há o período da convalescença, não contando com o período de incubação que quási nunca se apanha, pois o doente quando recorre ao nosso auxílio já êsse período tem passado. Êste é variável, em regra, dura sete dias. A sua temperatura pode apresentar-se com as suas variações normais ($36^{\circ},8$, 37°) ou apresentar já leve hipertermia com oscilações ($37^{\circ},6$, 38°).

No período das oscilações ascendentes que dura oito dias, a remissão da manhã difere da elevação da tarde anterior cêrca de $0^{\circ},5$ a $1^{\circ},5$ graus; para a tarde dá-se exactamente o mesmo.

No período das oscilações estacionárias há remissões matinais de 1 grau a $1^{\circ},5$ e ao fim de sete

dias há uma leve remissão mais pronunciada em que a temperatura se conserva ainda nos dias seguintes mas numa linha mais baixa.

No fim dos outros sete dias, é que há grandes remissões (oscilações amfibolas) até que a temperatura vem à normal no período da convalescença. Por vezes acontece haver leve elevação da temperatura determinada pela retenção de toxinas no organismo dos doentes ainda portadores de bacilos; isto sofre muitas alterações que incidem sobre a duração da doença.

Em regra a febre tifoide dura três a quatro semanas, mas a sua duração é muito variável, pode durar muito pouco tempo, mas também pode durar meses.

Para ajuizarmos bem duma febre tifoide, precisamos ter bem presente as leis termogenéticas tífoides, que são duas:

1.^a A temperatura na febre tifoide mantem o tipo habitual das suas oscilações quotidianas num indivíduo normal.

2.^a A temperatura na febre tifoide abrange um ciclo de três períodos. Êstes já fôram mencionados.

A queda da temperatura naquela faz-se em lisis ou gradualmente; a descida brusca é rara, análoga à descida na pneumonia, contudo é frequente nas febres tifoïdes abortivas.

A temperatura é o sintoma mais predominante da febre tifoïde em volta do qual gravitam todos os outros. Para o diagnóstico desta, servimo-nos da temperatura embora não isoladamente, pois lhe juntamos os sinais cardio-vasculares, digestivos, etc. Para o prognóstico, a despeito de recorrermos a vários elementos apresentados pelo doente, é fundamental recorrer áquela, segundo é mais ou menos irregular, mais ou menos elevada. Para organizarmos a sua terapêutica, reparamos em todos os sinais que o doente nos oferece, mas não deixamos de ter em conta a temperatura, embora não devamos usar antitérmicos químicos. Estamos a fazer a medicação específica, é ainda a evolução daquela que nos diz se devemos ou não continuar com o tratamento.

Nos nossos doentes, alguns apresentam na marcha da doença anomalias de temperatura que se aproximam do ciclo ordinário por períodos.

A importância daquela na febre tifoïde, vem já de muito tempo reconhecida e tanto que corriam os seguintes axiomas:

- a) O máximo da temperatura é à tarde;
- b) Na febre tifoide ao 7.^o dia do período de estado há uma remissão abaixo de 37° (remissão de Wunderlich);
- c) A declinação da temperatura na febre tifoide dá-se em lisis;
- d) Toda a febre que na tarde do 5.^o dia não atinge 40°, não é tifoide.

Temos ainda a lei de Wunderlich que nos diz: toda a doença que no primeiro ou segundo dia sobe a 40°, e toda a doença que no quarto dia não atinge 39°,5 não é uma febre tifoide.

Vamos rápidamente percorrer os nossos doentes e analisar que nem sempre aqueles axiomas se verificam.

O doente I, A. S. V., apresenta de particular um sôpro sistólico no fóco tricuspido e mitral revelador duma leve dilatação do coração; êste sôpro é mais particular ao tifo exantemático. A sua curva térmica que na parte recolhida no hospital se assemelha à de uma tifoide benigna, parece no entanto corresponder a uma recaída, como já dissemos.

A doente II, D. C., durante algum tempo ofereceu extra-sistoles e temperaturas elevadíssimas

(fórma hipertóxica) e no segundo período remissões de temperatura de 1° e quási às vezes 2 graus. Teve também elevação da temperatura na convalescença.

A doente III, P. F., apresentou de notável grande hipertermia com oscilações amfíbolas, fazendo lembrar o estágio héctico de Traube.

A doente IV, A. M. S., apresentou na evolução da sua doença o seguinte: extra-sístoles, hipertermia notável, sôpros em todos os fôcos de auscultação (reveladores da dilatação do coração), diarrêa acentuada e uma reintrancia da temperatura, como que uma repetição abreviada da doença. Estava apirética, fez um pequeno período de oscilações ascendentes devido ao que parece a uma alimentação prematura.

A doente V, M. C. S. F., é interessante pelo seu passado e pela patologia da febre tifoide. Olhando a sua curva térmica ninguém diz que é duma febre tifoide; contudo apresentou caractéres próprios dela e a reacção de Widal foi positiva. Vejámos o que apresentou de particular: congestão intensa do fígado com leve côr ictérica das mucosas, conjuntivas e escleróticas, arrepios durante a evolução da doença que começou por um embaraço gástrico, dos antigos, e que nós hoje consideramos como

uma febre tifoide atenuada (dôres abdominais, vômitos e temperatura). As exacerbações térmicas eram precedidas de arrepios.

Esteve em 1918 nas salas de clínica médica com uma febre tifoide parecida com esta, apresentando a seguinte sintomatologia:

Arrepios; conjuntivas amarelas; pele intensamente amarela; temperatura febril $38^{\circ},5$; suores; prurido intenso; prostração; grande astenia; apetite, língua saburrosa; obstipação; féses brancas e com mau cheiro; diurése normal, mas urinas carregadas de pigmentos biliares; fígado volumoso e doloroso à pressão, dôr mais acentuada ao nível do apêndice xifoide; pulso pequeno, hipotenso, 84 pulsações; ruidos cardíacos apagados; poucos dias depois, aparecimento de diarrêa. Fez uma pleurisia tífica com derrame à direita. O exame do líquido pleurético revelou:

Bacilo tífico	Positivo até $1/300$
Bacilos paratíficos	{ A — negativo
	{ B — positivo até $1/10$

Em 13-4-918 reacção de Widal — positiva para os tíficos a $1/500$ e paratíficos a $1/10$.

Em 19-4-918 — Toracentese à direita — um litro de líquido com pigmentos biliares.

História da doença

Adoeceu no dia 4 de Março de 1918 com arrepios e sensação de calor em seguida; suores muito abundantes que obrigavam a doente a mudar frequentes vezes de roupa; astenia muito acentuada; dôr na região epigástrica e vômitos alimentares; obstipação; apetite; língua saburrosa, fêses brancas e urinas muito carregadas.

Deu entrada neste hospital, indo para as salas de clínica médica em 27-3-918 e saiu curada em 24-6-918.

É um caso interessante de recidiva de dotienteria num praso relativamente curto (cêrca de 5 anos).

O doente VI, J. A., de particular, apresentou enterorragias que requerem algum cuidado com a sua doença; tambem ofereceu perturbações nervosas muito acentuadas: prostração, trémulo, etc.

CAPÍTULO IV

Variadas fórmias que a febre tifoide pode apresentar. Tipo normal

A febre tifoide é uma doença que oferece variadas fórmias, mas excepcionalmente as encontramos nas salas de clínica médica.

Em ocasião de epidemia é frequente encontrarem-se.

Vejamos êsses variados tipos e a característica das suas temperaturas:

Temperaturas elevadas . .

- Fórma sudoral
- Fórma hipertóxica
- Fórma atáxica
- Fórma septicémica (nesta há predomínio das perturbações gerais)
- Fórma adinámica (nesta predomina a prostração).

Periodo térmico alterado .

- Fórma paraplégica
- Fórma toráxica
- Fórma petechial
- Fórma biliosa
- Fórma prolongada
- Fórma reumatismal
- Fórma peritoneal
- Fórma mucosa
- Fórma splenomégalia
- Fórma nervosa lenta
- Fórma intermitente.

A fórma intermitente é própria das febres tifóides onde domina a malária.

Temperaturas baixas . . .

Fórma abortiva (nesta há os períodos cíclicos)

Fórma apirética o doente tem temperatura abaixo de 37°

Fórma hipotérmica encontra-se nos velhos e diabéticos

Fórma ambulatoria temperatura pequena, o doente não sente necessidade de aca-mar.

Classificação das fórmas da febre tifoide nos nossos doentes

Fórma prolongada	1.º e 3.º doentes
Fórma hipertóxica	2.º doente
Fórma biliosa	5.º doente
Fórma atáxica.	6.º doente

Tipo normal da febre tifoide

Foi no século XIX que esta doença foi clinicamente individualizada. Nas aldeias o povo ainda lhe chama «malina».

Febre tifoide, também chamada tifo abdominal, infecção Ebertiana, dotienenteria, é uma doença aguda, febril, muito semelhante às febres eruptivas, caracterizada pela prostração e pela hipertrofia das placas de Peyer e lesões dos foliculos fechados no intestino delgado; também se pode localizar no intestino grosso constituindo o que se chama colon-tifo.

As causas que concorrem para esta doença são: a idade, é essencialmente na juventude e na idade adulta que esta doença ataca; condições higiénicas, por exemplo: a fadiga, o trabalho, a má alimentação, as águas, o leite, o gelo, os legumes crus; tudo isto pode concorrer para contrair uma febre tifoide. Também é contraída pelo contágio directo. A água inquinada é o veículo principal.

O bacilo pode encontrar-se nas manchas lenticulares, nos gânglios linfáticos (mesentério), no baço, no fígado e no sangue circulante.

Cêrca da quarta parte dos tifosos eliminam os bacilos pelas urinas (1), podem existir muito tempo no intestino e mesmo nas vias biliares do doente já tratado, mas podem fazer mal a outro individuo são por meio das fêses e das urinas. Há porta-bacilos são que nunca tiveram a febre tifoide.

Para vêrmos bem uma febre tifoide, temos que analisar os diferentes aparelhos, principalmente *o nervoso, o cãrdio vascular e o digestivo*.

A sintomatologia que êstes aparelhos apresentam, é a seguinte :

APARELHO NERVOSO — Cefalêas, insónias, vertigens, delirio e prostração.

APARELHO CãRDIO-VASCULAR — Ruidos cardíacos ensurdecidos, devido ao ataque maior ou menor da fibra cardíaca pela toxina tífica; sôpros ordinariamente sistólicos; embriocardia; pulso taquicãrdico, pequeno, hipotenso e dicroto; dissociação esfigno-térmica, que é devida à acção da toxina

(1) Entre nós a bacteriúria na febre tifoide foi estudada pelo Sr. Prof. Souza Júnior numa comunicação apresentada à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Pôrto em 1904.

tífica sôbre as células nervosas gânglionares do coração. Quando o pulso acompanha a temperatura o prognóstico é em regra mau.

APARELHO DIGESTIVO — Nauseas, vômitos, anoréxia, *polydipsia*, língua sêca e saburrosa, dôr na fossa ilíaca direita, gargolejo, timpanismo, aumento de volume do baço e algumas vezes do figado, diarrêa.

APARELHO RESPIRATÓRIO — Roncos e sibilos, algumas vezes não chega a haver bronquite, mas sim congestão dos bronquios.

APARELHO URINÁRIO — Oliguria, urinas carregadas, com baixa de cloretos e bastantes vezes albuminosas.

Complicações que podem aparecer no curso duma febre tifoide:

Hemorragia intestinal. Esta prende-se com o trabalho ulcerativo das placas de Peyer.

Perfuração ou rutura. Esta muitas vezes é sentida pelo doente por causa da dôr intensa na fossa ilíaca direita, sendo seguida duma peritonite generalizada: o doente fica pálido, coberto de suores, há meteorismo, o ventre é muito sensível, arrefece e a temperatura cãe.

Diarrêa difusa.

Miocardite, que se traduz por taquicardia e embiocardia.

Nefrite aguda parenquimatosa, caracterizada por albuminuria, edêmas e retenção da ureia; etc.

Muitas doenças se podem confundir com a febre tifoide, a saber:

As *paratifoïdes* — nestas o começo é mais brusco, os sintomas abdominais menos acentuados, obstipação, as manchas róseas aparecem às vezes mais abundantes nas paratifoïdes, língua húmida, a curva térmica é mais irregular, attingindo mais depressa o período de estado e caindo mais rápidamente. A febre paratifoïde mais vulgar é a B, havendo tambem a febre paratifoïde A. A primeira dá cêrca de 80°.

A *febre de Malta* — esta é caracterizada pela sua curva térmica, pelas oscilações e suores abundantes.

A *tifose sifilítica* — é uma sífilis maligna ou hipertóxica de Fournier; há febre elevada, estado geral grave, sintomas abdominais, suores abundantes, cefalêas, etc.

A *granulía* — nesta há uma disseminação de granulações, por todo o corpo especialmente no

pulmão; podem aparecer manchas róseas, dispnêa acentuada, existência de antecedentes tuberculosos.

O *tipo exantemático* — neste há manutenção do apetite, criestesia algumas vezes, sôpros em todos os fôcos de auscultação, em regra há obstipação, não há meteorismo, dificuldade na projecção da língua para fóra, poucas urinas e carregadas.

A *gripe* — esta ataca sempre o aparelho respiratório com maior ou menor intensidade.

Ainda se pode confundir com o *embaraço gástrico febril*; êste, em regra, não é mais que uma fórma atenuada da febre tifoide.

Conclusões

1.^a Na febre tifoide a curva térmica clássica é muitas vezes modificada.

2.^a De entre as causas apontadas susceptíveis de produzir modificações, destacam-se nos nossos casos: a virulência do agente específico, as associações microbianas, a localização hepática e a alimentação precoce.

3.^a No período de defervescência registam-se algumas vezes notáveis remissões que justificam a denominação de estágio héctico dado por Traube.

4.^a O polimorfismo da curva da temperatura dificulta o diagnóstico clínico que muitas vezes tem de ser esclarecido ou confirmado pelo precioso auxílio do laboratório.

VISTO

Rocha Pereira,

Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins,

Director.