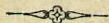


N.º 1

Pneumonia pestosa

(A PESTE BUBONICA NO PORTO—1899-1900)



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

Antonio Balbino Rego

INTERNO DO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTONIO E ALUMNO ASSISTENTE DO LABORATORIO
MUNICIPAL DE SAUDE E HYGIENE



PORTO

Typographia a vapor de José da Silva Mendonça
Rua do Almada, 96—Praça de D. Pedro, 95

1900

10111 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

CONSELHEIRO ANTONIO D'OLIVEIRA MONTEIRO

SECRETARIO INTERINO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . .	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria . .	Vago.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Correia de Pinho.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica . .	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologica .	Vago.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José de Andrade Gramaxo.
	Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias.
	Dr. Agostinho Antonio do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	João Lopes da Silva M. Junior.
	Alberto Pereira Pinto d'Aguar.
Secção cirurgica	Clemente Joaquim dos Santos Pinto.
	Carlos Alberto de Lima.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Luiz de Freitas Viegas.
----------------------------	-------------------------

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

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

A meus queridos Paes

Tudo o que sou a vós o devo. Que o dia
d'hoje vos compense de tanto sacrifi-
cio e tanta amargura que vos causei.
Beijo-vos as mãos.

A MEUS BONS IRMÃOS

A minha Beatriz

Ao meu Manoel

Muitos beijos do vosso

Antonio.

ÁS MINHAS TIAS

É hoje um homem o vosso Antoninho.
Bem hajais por tanto que lhe fizestes.

AOS MEUS TIOS

Por cada um de vós conto um verdadeiro
amigo. Crêde também sincera a minha
afeição.

A MEUS PRIMOS

Em abraço do vosso

Antonio.

A' saudosa memoria

DE

Meus Avós

Hoje mais que nunca pranteio a vossa
perda.

A' MEMORIA

DE

Francisco Antonio Gomes

Falta-me o abraço amigo de quem, como
vós, tanto me acorajou na minha car-
reira. Muita saudade.

Ao heroe-martyr

Dr. Camara Pestana

Eterna saudade.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. Ricardo Jorge

Ao homem de mais extraordinarias faculdades intellectuaes, de mais erguido character e diamantino coração ;

A vós, como mestre, como cidadão, como pae e como amigo : protesto a minha admiração sincera.

A' Ex.^{ma} Snr.^a

D. Leonor Jorge e filhinhos

Registarei como exemplo o vosso amor e dedicação. Bem haja o Céu que nos deu lagrimas para protestar contra a injustiça dos homens. Fostes sublimes.

Ao Ex.^{mo} Snr.

José Jorge

Os filhos são pedaços d'alma.
Que bella alma tendes !

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE
DA
ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

E EM ESPECIAL AOS

Ex.^{mos} Professores

Clemente Pinto

e Augusto Brandão

A minha divida é tanto maior quanto
deminuto é o numero de direitos que
tenho á amizade e consideração de V.
Ex.^{as}

Aos professores e bons amigos

*Drs. Placido da Costa
Moraes Caldas
Candido de Pinho
Roberto Frias
Alberto de Aguiar
Carlos de Lima
Luiz Viegas*

Muito lhes agradeço as suas lições e as
provas de amizade.

Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Sñr.

Prof. Ferreira da Silva

A V. Ex.^a devo a minha reabilitação.
Jámais o esquecerei.
Que os filhinhos de V. Ex.^a tenham
em annos de felicidade a recompensa
dos momentos felizes que V. Ex.^a
proporcionou a meus queridos Pais.

Ao illustre lente jubilado

Dr. Agostinho do Souto

O meu reconhecimento.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Nuno Salgueiro.

Tributo de amizade.

*Ao Corpo Clinico do
Hospital de Santo Antonio*

São variados os vossos favores.
Muito obrigado.

Aos Ill.^{mos} Ex.^{mos} Snrs.

Dr. Joaquim Urbano da Costa Ribeiro

Dr. Joaquim Augusto de Mattos

Dr. Homem de Vasconcellos

Nada vale o meu trabalho. Desculpem
V. Ex.^{as} a ousadia.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

João Baptista de Lima Junior

Se finezas que pessoalmente me dispensou me não obrigassem a uma eterna gratidão, tel-a-hia experimentado pelas palavras que V. Ex.^a proferiu na sessão da Camara em que se annunciou a despedida do nosso Doutor.

Ao illustre vereador do pelouro de Saude e Hygiene
da Camara do Porto

Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Conselheiro Wenceslau de Lima

O meu respeito e o meu reconhecimento.

AO DIRECTOR DA ENFERMARIA N.º 3 DO HOSPITAL DA MISERICORDIA

Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Dr. Lemos Peixoto

O interno agradecido.

Ao talentoso e incansavel auxiliar da Repartição de Saude

Dr. Souza Junior

Em planos differentes, mas em linha recta, caminhamos em direcção ao nosso mestre. Nunca o alcançaremos, bem sei, mas teremos em nós o intimo jubilo de uma vida de admiração e dedicação por um verdadeiro homem.

Ao querido Amigo

Dr. João Ferreira

Se não conhecesse a grandesa da tua alma, apprendel-a-hia quando no Hospital do Bomfim. Obrigado.

Ao pessoal do Laboratorio d'Hygiene

Em especial a

*Armindo Villela
Ignacio d'Oliveira
e Sebastião de Campos*

As vossas lagrimas tornaram immorredoura a minha gratidão.

A todos os meus conterrâneos

Não especialiso. Todos vós sois credores da minha gratidão: jámais esquecerei a vossa attitude na minha doença. Abraço-vos.

AOS MEUS AMIGOS

A todos vós que nutris por mim um bom sentimento de amizade, saberei corresponder com verdadeira dedicação.

A todos os que directa ou indirectamente se interessaram por mim durante a minha doença.

Obrigado.

Aos Clinicos e Amigos

*Drs. Guilherme Nogueira
Eduardo Guimarães
Alberto Freitas
Adelino Costa
Dias d'Almeida
Nunes da Ponte
Moreira dos Santos
Chaves d'Oliveira
J. Vicente d'Araujo
Eduardo de Souza
Narcizo de Carvalho.*

Aos illustres medicos estrangeiros

*Drs. Jayme Ferran
Rozendo de Grau
Viñas y Cusi
W. Hoeppener
Geirsvold
Aaser
Levin
Métin
Montaldo.*

Aos Ex.^{mos} Director, Sub-Director e medicos adjunctos

do

REAL INSTITUTO BACTERIOLOGICO DE LISBOA

Nunca olvidarei os cuidados que por
mim tiveram.

Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Dr. Miguel Bombarda

O meu respeito e a minha gratidão.

Aos illustres Sub-Delegados de Saude de Lisboa

Drs. H. Schindler
Rodrigues Pinto
Carlos Santos.

Homenagem ao seu caracter e saber.

Á Ex.^{ma} Familia Torres

Sincera gratidão.

A' Ex.^{ma} Familia Almeida Cunha

Seria ingrato se esquecesse quanto lhes
devo em favores e gentilezas.

Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Heitor de Figueiredo

Todavia somos amigos.

Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Snr.

Dr. Joaquim Ramalho

Satisfaço uma divida. Um abraço.

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

Grandes foram os encantos que para
mim teve o nosso jantar de despe-
dida. Nunca o esquecerei.

Aos meus condiscipulos
que em especial me dedicaram
as suas theses

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Ao meu querido amigo

Dr. Gonçalves d'Azevedo

Ao Meu Illustre Presidente

Prof. Maximiano de Lemos

Não falarei aqui da minha sympathia e
gratidão por V. Ex.^a O futuro falei
por mim.

Outra penna merecia o importante assumpto de que vou tratar. Outra penna que o escrevesse e outro cerebro que o elaborasse. Fui até onde pôde levar-me a melhor boa vontade.

Defeitos, são em barda por todo o livrinho.

Lacunas, eu as annuncio desde já; umas, que são minhas proprias demasiado justificadas pela precipitação com que foi feito o trabalho e mais ainda pela incompetencia de quem só agora pela primeira vez para publico pensa e escreve; d'outras, não me cabe a responsabilidade sem comtudo deixar a lamentar as causas que lhes deram motivo.

Devo, porém, avisar o leitor de que ao primeiro exame, rapido que elle seja, notará uma falta consideravel: a anatomia pathologica microscopica.

Ella virá; será dada á estampa quando se ultimem os já delongados labores que tem occasionado. Por agora era totalmente impossivel.

Calcula-o bem quem conheça da difficuldade e da morosidade dos exames histologicos especialmente quando tenham de incidir em peças anatomicas profundamente alteradas como o são os pulmões pestosos.

Ao illustre jury que tem de julgar-me rogo me releve defeitos, lacunas e faltas, dispensando-me na minha ultima prova escolar a benevolencia e generosidade com que sempre me acompanhou.

PNEUMONIA PESTOSA

Epidemia do Porto

I

HISTORIA

Percorrida a historia de todas as epidemias que assolaram as differentes partes do velho mundo e ás quaes se deu o nome de *peste*, logo se deparam, entre os symptomas que acompanham esta doença, as *perturbações respiratorias*. De resto ainda, em certas epidemias, justamente as mais terríveis, encontram-se os pulmões quasi exclusivamente atacados.

A epidemia que dizimou a Europa e a Asia desde 160 a 180, a de 255-265 que S. Cypriano fielmente descreve, a devastadora peste de Justiniano, em 542, e mesmo a terrível *morte negra* ou *peste negra* do seculo XIV que victimou a quarta parte da população europeia, e em que todos os auctores contemporaneos assinalam a frequencia das hemoptyses e perturbações do aparelho respiratorio — Cantacuzeno, Guido de Chauliac, e diversos chronistas de Italia, Allemanha, Noruega, Polonia e Russia — devem ser consideradas, com relativa segurança

de acerto, como verdadeiras epidemias de pneumonia pestosa.

Na verdade eram relativamente raros ou faltavam por completo os casos com *bubões*. Certos historiadores não hesitaram em baptisar differentemente a causa de tanta morte.

Não era a peste; era uma *febre maligna epidemica*. Não havia bubões e difficil era comprehender uma peste bubonica sem bubões.

Desde 1815 a 1821 nas epidemias de Sindh e de Guzerate, na de Pali em 1836-1838, nas regiões de Murivar e Menal, nas provincias de Gahrwal e de Kumacon na vertente sul do Hy-malaya desde 1823, todos os medicos assignalam a frequencia de dyspneia, de pontada e de escarros sanguinolentos.

Avéntou-se, a medo, a rubrica de *pneumonia epidemica* para os casos que constituíram a pequena epidemia de Wetljanka 1878-79, sem que, não obstante todas as presumpções de que a doença evolucionou exclusivamente no pulmão, houvesse prova, impossivel ao tempo, que assegurasse a persistencia de tal designação.

Ella veio, mas mais tarde. Em 7 e 30 de julho de 94 Kitasato e Yersin annunciaram haver isolado o bacillo pestoso, declarando uma boa parte da sua biologia e fornecendo preciosos ensinamentos sobre os meios de contagio.

Só em dezembro de 1896 ficou irrefutavelmente consignada a existencia d'uma forma pulmonar de peste—forma primitiva—graças aos exames bacterologicos que Childe, profes-

sor de anatomia pathologica em Bombaim, fez incidir nos escarros durante a doença e nas diferentes peças anatomicas de bom numero de cadaveres de pestosos autopsiados.

E' confirmada um anno depois a existencia d'esta forma primitiva de peste por dois membros da commissão russa, Wissokowitz e Zaboltny, que a observam frequentes vezes e a produzem experimentalmente no macaco.

Desde então em todas as epidemias de peste se registam mais ou menos casos de pneumonia de Childe.

Na peste do Porto apenas apuro *nove* casos de pneumonia primitiva. Nada porém me permite assegurar que tão reduzido fosse o numero de pneumonias pestosas. Rasões tenho, e de sobejo, como ao deante se verá, para suppôr que muitos dos diagnosticos inscriptos nas certidões d'obito da occasião foram — falseando a verdade, uns propositadamente outros inconscientemente — de doenças habituaes quando só á pneumonia pestosa se poderia attribuir na verdade a unica causa da morte.

II

OBSERVAÇÕES

De seguida vão todos os casos de que tomei nota. Em seu redor bordarei considerações clinicas, anatomo-pathologicas, bacteriologicas e epidemiologicas que completarão os esqueletos agora concisamente apresentados, em nada differindo dos rapidos apontamentos tomados no correr da epidemia. Augmental-as-hei com dados de todas as ordens e constantes para qualquer forma de peste, a ellas me referindo sempre que haja oportunidade e interesse.

Observação n.º 1

P. E. 66 annos, viuva, costureira da R. dos Mercadores 116, 1.º andar.

11-7-99 Adoece com arrepios, prostração, tosse, escarros sanguinolentos, delirio.

12 Entra no Hospital da Misericórdia-Pavilhão.

Diagnosticase seguramente uma pneumonia.

16 Tumefacção enorme á esquerda figurando uma parotidite; corrimento purulento pelo ouvido. Dias depois lancetou-se o abcesso parotidiano que tinha proeminado sobre o masseter, e abriram-se em seguida espontaneamente mais dois, um por traz da maxilla, outro por baixo do pavimento buccal. A febre com exacer-

bações vespertinas entre 39° e 40° foi declinando.

A pneumonia seguiu a evolução normal.

A suppuração abundante tem diminuído pouco e pouco para de todo se extinguir a 10-9, dia em que teve alta a doente.

Observação n.º 2

J. da S., carregador de cereaes na Praça de Santa Thereza, de Ramalde, Vizo.

Adoece a 23-8-99 com elevada temperatura, 39°,6 e sem bubões.

Facies pneumonico, escarros sanguinolentos e delirio.

A 26—*morte*.

AUTOPSIA

(6 horas depois da morte)

Ganglios—Todos tomados. Mais accentuado o processo nos ganglios cruraes da direita (pequena adenite).

Thorax—Grande derrame hemorrhagico duplo correspondente ás pleurizias pseudo-membranasas.

Petechias, especialmente nos bordos e bases.

Pulmões—Focos de broncho-pneumonia, maiores e em mais adeantada evolução á esquerda.

Coração—Pericardite.

Baço—Muito volumoso.

Intestino—Ecchymoses sub-mucosas. Al-

gumas placas de Peyer ulceradas. D'onde em onde verdadeira gangrena. Ganglios mesentericos tomados.

Observação n.º 3

M. C. de J. 23 annos, casada, mulher de casa, da Rua dos Guindaes, 196.

21-9-99 Adoece com pontada do lado esquerdo, escarros de sangue, cephalalgia.

23 ás 10 horas da manhã — *morte*.

AUTOPSIA

(7 horas depois da morte)

Ganglios — Caracteristico um — cervical direito. Todos os mais tomados. Os cruraes, além de augmentados de volume, apresentam-se vermelhos.

Pulmões — Intensa congestão pulmonar dupla. Hepatisação do lobo inferior esquerdo. Ganglios bronchicos.

Baço — Augmentado e molle.

Rins — O esquerdo, muito volumoso, capsula adherente e turvo; o direito, menos augmentado.

Figado — Placas de necrose na face superior.

Estomago — Pequeno numero de petechias.

Intestino — Extremamente congestionado. Edema sub-mucoso. Ganglios mesentericos tomados.

Observação n.º 4

E. B. 48 annos, creada da enfermaria n.º 11 do Hospital de Santo Antonio.

Acama a 1-12-900 com oppressão respiratoria, lingua secca, inquietação. A' auscultação, respiração rude, especialmente do lado esquerdo. Temperatura 40º,3.

A 2 aggravam-se os symptomas da vespera baixando a temperatura matinal a 38º,9 para a vespereal subir a 40º.

A 3 ás 3 horas da madrugada — *morte*.

AUTOPSIA

(5 horas depois da morte)

Ganglios — tomados, sem bubões.

Pulmões — Direito: grande derrame pleural seroso, citrino. Pseudo-membranas fibrinosas reúnem os lobos. O superior apparenta, ao corte, a hepatisação cinzenta; o medio hepatisação rubra, e no inferior não se contam os focos de broncho-alveolite. O pulmão não tem o aspecto da pneumonia franca: é molle, edematoso, e, por expressão, d'elle escorre uma borra atijolada. No hilo um ganglio formando bubão. Esquerdo: Só o lobo superior se acha comprometido — hepatisação rubra.

Coração — Algumas petechias, atheroma.

Baço — Molle, ligeiramente augmentado.

Figado — Granuloso. Placas mais amarellas que as placas de necrose habituaes.

Estomago — Raras petechias punctiformes.

Rins — Lesões de nephrite parenchymatosa aguda. Não ha petechias.

Observação n.º 5

J. R. 23 annos, ajudante da enfermaria n.º 13 do Hospital da Misericordia. Adoece a 30-11-99 com pontada do lado direito, tosse secca e 39º,1 de temperatura. De tarde — 40º.

1-12 — De manhã 39º,3. Nitidos symptomas de pleurisia. De tarde 40º,1.

2 Sopro tubar e amphorico. 39º,6 de manhã e 40º,3 de tarde.

3 Aparecem então escarros albuminosos, arejados e roseos. 39º,3 de manhã; 39º,1 de tarde.

4 A's 4 da madrugada entra em periodo agonico com 39º,7. A's 8 horas da manhã — morte.

AUTOPSIA

(9 horas depois da morte)

Ganglios — Todos tomados mas não formando bubões.

Thorax — P. direito: Petechias. Abundante liquido pleural. Pseudo-membranas fibrinosas. Enorme foco de infartos comprehendendo a parte inferior do lobo superior e a parte superior do medio. Focos menores dispersos no interior do pulmão que por todo é congestionado e

edematoso — P. esquerdo: Alguns pequenos focos de broncho-pneumonia. Congestão e edema.

Coração — Raras e pequenas petechias. Valvulas congestionadas.

Baço — Pouco augmentado, molle.

Figado — Placas de necrose na face superior.

Estomago — Raras petechias.

Rins — Turvos, com nephrite parenchymatosa. Não ha petechias.

Observação n.º 6

M. B. 31 annos, creada na enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio.

8-12-99 Adoece com vomitos, cephalalgia intensa, calefrios e pontada do lado direito. De manhã 39º,2; de tarde 40º

9 De manhã 39º,9. O mesmo estado do dia anterior. Diminuição do murmurio vesicular na base dos dois pulmões. De tarde 40º,4.

10 Ruido do attricto na região escapular direita com diminuição do murmurio vesicular. Vomitos, e dores de cabeça. Não ha expectoração até agora. De manhã 39º,5; de tarde 39º.

11 Expectoração sanguinolenta e espumosa. Signaes estethoscopios, os mesmos do dia anterior. De manhã 39º; de tarde 40º,4.

12 Diminuição dos phenomenos estethoscopios. Temp. 39º,8. Menstruada.

13 Ralas crepitantes no pulmão direito; signaes de congestão no esquerdo. Expectora-

ção frequente e sanguinea. Adynamia pronunciada.

14 Augmentam os signaes de edema pulmonar até ás 4 h. madrugada em que se dá a — morte

AUTOPSIA

(12 horas depois da morte)

Ganglios — Polyadenite inguino-crural direito e esquerda sem comtudo haver bubão.

Bubão cervical esquerdo, molle e de apparencia caseosa. Na axilla direita uns pequenos ganglios empastados.

Thorax — Adherencias fibrinosas, recentes dos dois lados. Liquido purulento á direita.

O pulmão esquerdo crepitante e menos no lobo inferior que augmentou de volume. Cór avermelhada e marmorea. Edema.

Broncho-pneumonia e broncho-alveolite na base.

Bubão-peribronchico.

Pulmão direito — Nucleos de hepatisação cinzenta na parte media envolvidos por nucleolos de broncho-pneumonia. Ao corte, liquido sanguino-purulento.

No lobo inferior nodulos de broncho-pneumonia alternando com pontos de broncho-alveolite. Aquelles muito adeantados na sua evolução.

Coração — Valvulas espessadas. Uma d'ellas retrahida. Consistencia normal. Myocardio des-

maiado—Degenerescencia gordurosa, um pouco molle. Placas de arterio-sclerose na aorta.

Baço — Placas de peri-splenite. Grande e molle.

Figado — Uma bella placa de necrose. Congestionado. Ao corte, ilhotas amarelladas.

Estomago — Liquido negro. Ecchymoses. Ulcerações.

Rins — Capsula supra-renal augmentada. Turvo com nephrite parenchymatosa. Petechias no bassinete.

Ganglios mesentericos tomados.

Intestino — Placas de Peyer congestionadas e ecchymosadas. Por todo o intestino petechias e por pontos verdadeiras ecchymoses.

Observação n.º 7

F. R. de R. 33 annos, casada, enfermeira da 11 no Hospital da Misericordia. Adoece a

7-12-99 com pontada no lado esquerdo do thorax, a meio da linha axillar. Cephalalgia e vomitos. Temp. 37°,5.

8 Conserva de manhã a mesma temperatura da vespera, 37°,5, para de tarde subir a 38°,5. Agitação, intelligencia lucida e regular expressão physionomica. Vomitos persistentes. Ralas crepitantes á altura das quatro ultimas costellas esquerdas.

9 A temperatura conserva-se a mesma durante todo o dia: 40°. Igual estado geral e local. Gargolejo na fossa illiaca direita.

10 Temperatura oscilla entre 39°,8 de ma-

nhã e 40°,1 de tarde. Insomnia. Aos poucos atravessa um somno agitado. Os vomitos persistem. As ralas são menores em numero e em intensidade.

11 De manhã 40°,2; 39°,7 de tarde. Persistem os vomitos e a insomnia, desaparecendo as ralas. Oppressão thoraxica intensa ao nivel do sterno. Accentua-se a adynamia.

12 39°,8 de manhã. Melhoras consideraveis: diminuíram os vomitos, a insomnia se deu a vez a somnos pouco agitados e a oppressão tende a desaparecer. Não ha tosse.

Desde este dia as melhoras accentuam-se, mas vagarosamente. Todos os symptomas alarmantes dão, com o seu desaparecimento, lugar a um bem estar geral que augmenta com a fuga da febre morosamente feita em lyse prolongada. A 5-1 a doente tem alta completamente curada.

Observação n.º 8

C. M. 36 annos, viuva, ajudante da enfermaria n.º 9, destacada no pavilhão de isolamento no Hospital de Santo Antonio. Adoece a

8-12-99 com cephalalgia, vomitos, febre de 40° e pontada do lado direito. Prostração.

9 Face um pouco congestionada; physionomia alterada. Lingua secca, fendida na metade anterior, saburrosa, com bordos rubros. Vomitos biliosos quasi constantes. Murmurio vesicular diminuido na base do pulmão direito. Tosse funda e pertinaz, produzindo poucos escarros

que são espessos. Pulso oscillando entre 110 e 130, fraco. De manhã 39°,3; de tarde 38°,2.

11 Estado grave. A temperatura que de manhã havia subido desmesuradamente baixa com rapidez chegando ao meio dia a 37°,6. Delirio tumultuoso, mostrando a doente contínua tendencia a levantar-se da cama. Grande anciedade. Congestão pulmonar dupla. Tosse frequente. Pulso arhythmico, alternando periodos d'uma frequencia extrema com pausas que por longas assustam. De tarde 37°,4.

12 Reapparece de novo a febre elevada, de manhã 38°,7; de tarde 40°,3. Concordancia dos outros symptomas.

13 Attinge de manhã 40°,6 e desde então a queda temperatural accentou-se diariamente com remissões matinaes cada dia maiores.

5-1-900. Alta; consideravelmente melhorada. A cura obtem-se ao cabo de mais d'um mez de cuidada convalescença.

Observação n.º 9

F. P. 24 annos, pintor da Travessa de S. Sebastião, 49. A 24-1-900

AUTOPSIA

(40 horas depois da morte)

Ganglios — Um dos cervicaes direitos augmentado e anegrado; todos os mais apenas augmentados de volume.

Thorax—D'um e d'outro lado adherencias pleuro-pulmonares antigas. Derrame hemorrhagico. Petechias.

Pulmões—Edema, mais consideravel á direita. Não crepitam. Focos de broncho-pneumonia dupla. Ganglios peri-bronchicos tomados.

Baço—Molle, rubro e augmentado de volume.

Figado—Volumoso, congestionado e amarello.

Coração—Derrame pericardico. Coração dilatado. Coagulos cruoricos. Atheroma das valvulas sigmoideias pulmonares; congestão nas aorticas egualmente atheromatosas. A mitral retrahida e espessa.

Estomago—Contheudo hemorrhagico. Petechias; largas ecchymoses. Ulcerações.

Intestino—Congestão. Uma placa de Peyer levemente augmentada, talvez em ulceração.
— Ganglios mesentericos tomados.

CLINICA

Invasão. — Symptomas.

Marcha. — Duração.

E' subita a invasão da pneumonia. No decorrer da melhor saude rompe o mal com forte arrepio e subida febre. Immediatamente sobrevêm violentas cepheleias, nauseas com vomitos e tosse bem pouco efficaz no começo.

A pontada estabelece-se de companhia com oppressão respiratoria.

Agora a rala crepitante pathognômica; depois o escarro de alto valor semiotico. Por ultimo — a **morte**, ao cabo de tres ou quatro dias pondo termo a um fatigante delirio ou a uma profunda adynamia.

Tal é o programma; assim se constituiu a regra que felizmente nem sempre se verifica.

Desenvolvo.

Quer seja primitiva quer secundaria, a pneumonia nos casos graves e seguidos de morte manifesta-se por inequivocos symptomas. O doente lucha com enorme dyspneia; os seus movimentos respiratorios são frequentes. Verifica-se a existencia de som baço mais ou menos extenso n'um ou dos dois lados do thorax. Acompanha este signal de percussão est'outro de auscultação — diminue ou mesmo desapparece o murmurio vesicular. Ordinariamente não

faltam os ruídos de attricto pleuraes, que pouco e pouco se apagam para darem logar a evidentes signaes de grande derrame.

A rala crepitante marca o inicio da evolução d'um foco pneumonico já accusado pela percussão. Frequentemente não se alcança pela rapidez de evolução nos casos que hão-de ser fataes. Ao contrario, nos casos benignos succedem-lhe as sub-crepitantes seguidas depois das crepitantes de retorno.

O doente desespera com horrorosos ataques de tosse secca, imperiosa, fatigantissima.

A principio inefficaz, productiva mais tarde do escarro caracteristico e abundante.

E' para notar que nos doentes que vingaram, a expectoração deu-se de começo.

Assim succede com o caso n.º 1 em que os escarros começam quando a invasão. O mesmo para o n.º 8 em que, se bem que diminutos em quantidade e signaes de escarros pestosos, se notam ao segundo dia de doença.

Mau augurio faz o apparecimento tardio da expectoração. Desde que ou não acompanhe a invasão ou não a siga a pequena distancia, é já nullo o seu auxilio. A expulsão do escarro será então como que o vasar de ambiente repleto.

Pode affirmar-se caracteristico o escarro do pneumonico pestoso. Não é denso nem viscoso, antes espumoso e aquoso; não é *rouillé*, mas francamente *roseo*. Esta particular apparencia distingue-o bem do da pneumonia ordinaria.

No começo da doença a anciedade e inquietude

tação marcam o ponto de partida ou para uma somnolencia com maus sonhos e pesadellos que pode ir até ao coma ou para um delirio agitado mais ou menos, em que o doente difficilmente responde ás perguntas que lhe são dirigidas.

A cephalalgia intensa é desesperante. Não abandona o doente um só instante e delongalhe extraordinariamente as horrorosas noites. Notam-se verdadeiras hallucinações.

No caso n.º 8 a doente á força queria erguer-se do leito e partir. Difficil se tornou a sua guarda.

Umas vezes desde logo, outras apoz o inicio, a pontada faz a sua apparição para se aggravar em tenebrosas dores a cada movimento respiratorio ou por cada um dos quintos da incommoda tosse.

Todos os casos formam para a averiguação da existencia d'este symptoma. Onde a pontada se não assignalou bem localisada substituiu-se por maior oppressão respiratoria. A dôr que só n'um ponto appareceria, dividiu-se por toda a massa pulmonar que opprimiu. Insignificante por cada ponto, somma incommodo talvez maior.

Nas convalescenças mais alguns phenomenos nervosos se notaram. Agora um musculo paralyzado, depois violentas dores caprichosamente ferradas n'uma ou n'outra articulação.

O coração augmenta de volume, o que se traduz em maior zona de som baço cardiaco que muitas vezes tambem é indicativa de derrame pericardico.

Sem que se possa affirmar a existencia de verdadeiros sopros, é comtudo estranho o bater dos ruidos. A anatomia pathologica dá a razão d'isto.

Sempre accelerados os movimentos cardiacos. No começo da doença o pulso é cheio, vibrante e dicreto; depois torna-se depressivel e molle, sendo filiforme e insensivel nos casos graves e proximo á morte.

Quasi sempre ha falta de concordancia entre a marcha da temperatura e o numero de pulsações, o que mais sombrio torna o prognostico.

A temperatura em todos cresce a mais de 39°. Na observação n.º 4 ascende a 40°,3. Fica-se em 37°,5 na observação n.º 7. Em tudo foi irregular este caso que no emtanto sempre referiu a sua evolução ao plano geral da doença.

Ha a notar as quedas bruscas de temperatura á normal ou mesmo abaixo mas que são para temer, visto que nenhum outro symptoma de melhora os acompanha e indicam n'estes casos a proxima morte. Momentos antes d'esta, a temperatura ascende de novo.

Labios seccos. A lingua caracteristica. Inductosa e secca, apresenta a meio uma facha amarellada que para os lados branqueia; aqui e alli um pontilhado rubro. Os bordos e ponta uniformemente rubros ou com vermelhos pontos.

Nos casos graves e em que a morte se vae dar ha tal ou qual parecença com a lingua typhica que olhos educados facilmente distinguem.

Os vomitos quasi sempre vêm logo no principio. Biliosos a maior parte das vezes, são frequentemente hemorrhagicos ou mixtos.

Abahulamento do ventre e sensibilidade da parede abdominal.

A diarrheia é a regra.

Figado e baço de ordinario augmentados e sensiveis.

Muitos doentes se queixam das dores localisadas sobre os rins. Micção rara, bexiga distendida e a urina diminuida em quantidade. Carregada, sanguinea mesmo nos casos mais graves.

Não tem bubões a forma pneumonica da peste.

No pulmão se concentra o processo morbid. A's vezes succede, que os ganglios cervicaes, retro e sub-maxillares, os sub-mentaes, os parotidianos e até a amygdala se resentem de tão má visinhança. Os bubões apparecem então secundariamente. Na autopsia outros bubões apparecem secundarios tambem e formados pelos ganglios bronchicos. Se o processo pulmonar é rapido, o bubão não se forma e nos glanglios apenas se nota enfartamento e vermelhidão. Ao contrario quando o pneumonico atravessa a salvo os perigos que o rodeiam o bubão que se formou tende á suppuração.

Bom indicio é a formação de pus n'um bubão primitivo ou secundario.

Formam o bubão todos os ganglios da região escolhida.

Empastam-se e apparentam um tumor va-

riavel em tamanho. Pequenos como uma noz tomam ás vezes as proporções de uma laranja.

Dolorosos sobremaneira, já expontaneamente, já ao mais pequeno movimento de exploração. ⁽¹⁾

A' volta do bubão ha grande trabalho inflammatorio que se traduz em doloroso edema e até por infiltração.

A pelle quente, só tardiamente, nas proximidades de suppuração, sé avermelha.

No caso n.º 8, só ha pouco o soube por informação directa da doente, appareceu muito tardiamente um bubão axillar que resolveu.

Póde chamar-se caracteristico o facies do pneumonico pestoso: traços physionomicos apagados, face congestionada, vultuosa, roseta saliente e vermelha.

Os olhos fundos, injectados e continuamente semi-cobertos pelas palpebras. Photophobia. O olhar extremamente vivo ou quebrado e denunciador de atroz soffrimento ou horroroso terror.

A pelle secca, mordente, apresenta por vezes petechias. Pouco frequentemente se mostraram aqui no Porto as lesões da pelle que não obstante eram curiosas e interessantes.

E' rapidamente mortal a marcha da pneumonia. Estabelecido o foco pulmonar ou se des-simina pela massa dos pulmões ou segue até á peripheria atacando a pleura. Se ao contrario o

⁽¹⁾ Os taes gestos dolorosos do infeliz tratadista que a peste do Porto metteu a pique.

processo segue a via ganglionar partindo do pulmão e deixa intacta a pleura, como que para os ganglios receptivos se faz uma derivação que é muitas vezes salvadora.

Nos casos mortaes o epilogo tem logar entre tres e quatro dias; ás vezes em menos tempo.

Nos sobreviventes as melhoras vão-se dando em prolongada lyse, levando frequentemente dois mezes e mais a convalescença que tem de ser cuidada.

ANATOMIA PATHOLOGICA

LESÕES

THORAX

Pulmões

Aberto o thorax do pestoso pneumonico desde logo se verifica a existencia de derrame pleural por vezes superior a um litro — O liquido derramado é soroso, citrino ou soro-sanguinolento ou mesmo francamente hemorrhagico. Casos houve, não de pneumonia primitiva, mas consecutiva, em que um verdadeiro coagulo albuminoso substituiu o derrame pleuretico. Frequentes as adherencias interlobares de que dão soberbo exemplo as observações 4, 5 e 6. O exsudato que constitue as adherencias é de aspecto gelatinoso. E' na apparencia, e creio bem que intimamente, como em varios casos de epidemia ou de peste experimental tive occasião de observar, fibrinosa a sua constituição.

A isso me induz o facto que aliás todos os dias se repete de me coagular dentro de pipeta e entre poucos minutos o sangue que, colhido do vivo ou do cadaver, me servirá para cultura.

E' notavel na pleura, quer visceral quer parietal, a extraordinaria quantidade de petechias punctiformes aqui para serem largas além

e constituirem verdadeiros focos ecchymoticos. Tal qual as assignaladas na morte por asphixia e que tanto valor encerram para a medicina legal.

E' de ordinario nas bases e bordas dos pulmões que as petechias assentam a sua residencia.

N'um dos casos autopsiados de pneumonia consecutiva notou-se a existencia de placas leitosas na pleura que na pneumonia primitiva se não depararam.

O pulmão é augmentado de volume, muito congestionado. Por vezes de consistencia normal fóra dos focos de pneumonia em que é duro, por vezes egualmente endurecido por todo. Em certos casos de aspecto marmoreo.

É de regra a falta de crepitação; uma ou outra vez nota-se a sua existencia. Sobrenada. Ao corte é granuloso o parenchyma.

E' muito particular o aspecto dos nodulos de broncho-pneumonia pestosa primitiva. São pequenos focos em que se distinguem muito nitidamente pequenos pontos granulosos, avermelhados, disseminados pelo parenchyma que, em seu redor, apresenta uma côr rubro-carregada, de borra de vinho ou mesmo mais anegrada. Estes focos quasi nunca têm ar; á pressão surde d'elles um liquido branco avermelhado edematoso, espesso, quasi sempre sem bolhas d'ar. Entre os nodulos, o parenchyma está intensamente congestionado e edemaciado. Cada um de pequenas dimensões mas de subida quantidade.

Na pneumonia secundaria abundam os nodulos de infartos de desmedidas dimensões e com signaes que sendo os mesmos dos pequenos focos de pneumonia primitiva são comtudo mais carregados na côr, mais em espessura e densidade e menores em numero. Dois, tres por cada pulmão, é o corrente.

A hypostase é constante.

Os bronchios dilatam-se e edematisam-se. Frequentemente encontrei petechias sub-mucosas bronchicas. Contêm na maior parte dõs casos, como a tracheia, um liquido branco roseo, lento, ligeiramente sanguinolento tal qual com a apparencia dos escarros pneumonicos.

Os ganglios bronchicos, já o disse, interessam-se por via de regra no processo dos visinhos pulmões. N'um caso, apenas augmentados de volume e avermelhados, n'outro constituindo com os congeneres da região e tecidos da adjacencia verdadeiros tumores bubonicos.

E' precisamente na pneumonia secundaria que maior numero de verdadeiros bubões bronchicos se contam.

Coração

Habitual era encontrar derrame pericardico em quantidade notavel por vezes. Constitua-o um liquido soro-sanguinolento podendo mesmo ser francamente hemorrhagico. Tambem aqui não falta o exsudato fibrinoso. As petechias são

frequentes quer no folheto parietal quer no visceral.

Adherencias pericardicas pouco communs de resto, encontrei-as n'um caso, não de pneumonia primitiva, mas que por serem notaveis a ellas me refiro. Havia uma verdadeira symphise cardiaca.

O coração augmenta de volume. E' molle e perde a côr normal para se apresentar descorado como a folha morta.

Ao corte é pallido o myocardio. Ilhas de degenerescencia gordurosa; as cavidades enchem-se de coagulos fibrinosos que por vezes faltam e o sangue é fluido e de côr vinosa.

As valvulas congestionadas no todo, espessam nos bordos. Os musculos papillares, amarelados, têm pontos de degenerescencia gordurosa.

Uma ou outra vez as cordas tendinosas das valvulas retrahidas. Assim os casos n.ºs 6 e 9. Frequentes as placas de atheroma.

ABDOMEN

Baço

Importantes e characteristics as lesões do baço.

Augmentado enormemente de volume nos casos de morte tardia, quasi sempre em pouco quando é rapida a marcha da doença.

Casos appareceram em que ao seu redor havia uma verdadeira suffusão sanguinea. Corrente a perisplenite com adherencias ainda aqui fibrinosas.

Ao corte uma verdadeira borra, muito mole, e extremamente friavel.

Agora o mais lindo conjuncto de pseudo-tuberculos que são o indicio da parte que no processo tomou o aparelho lymphatico.

É notavel que taes pseudo-tuberculos são mais distinctos e apparentes nos casos em que é já longa a doença. Nos rapidamente mortaes era necessario recorrer a um artificio para bem se constatarem.

O baço depois de cortado é submerso em agua: mostram-se, evidentemente atrazada que seja a sua evolução.

Figado

Um pouco augmentado de volume. Raramente signaes de peri-hepatite.

Quando se dá é fibrinosa a natureza das adherencias. Pouco frequentes as petechias sob a capsula de Glisson e ligamentos suspensores.

Poucas vezes encontrei repetida uma lesão que não sei como designar. Abcesso? Tuberculo? A mais nitida foi n'um caso de que bem me recordo em que á autopsia, feita pelo dr. Camara Pestana, no hospital do Bomfim assis-

tiam entre outros medicos os snrs. drs. Joaquim de Mattos e Azevedo Maia.

De pestosa se classificou a sua natureza.

Constante e de valor nos casos de peste a placa de necrose que sempre se notou na face superior. Ás vezes unica e larga, é tambem multipla e pequena. Mas sempre cava na viscera que ao corte, nos casos agudos, mostra de ordinario congestão e faz correr sangue de mistura com alguma bilis.

Em certas formas da doença o figado é ao contrario descorado, d'um cinzento amarellado e granuloso. Degenerescencia gordurosa.

Vi petechias na vesicula biliar que quasi sempre está cheia d'um liquido anegrado, hemorrhagico.

Estomago

Dilatado frequentemente, encerra em grande numero de casos um liquido mais ou menos abundante, negro, hemorrhagico com reflexos esverdeados. Casos houve em que preponderava a bilis.

A mucosa congestionada e—ainda característica lesão—um verdadeiro céu estrellado de petechias. N'alguns estomagos eram generalizadas, n'outros amontoavam-se de preferencia junto ao piloro.

Bastas vezes as petechias se agrupavam em largas ecchymoses que se correspondiam nas

duas faces deixando na grande curvatura uma ponte de parede indemne. Estas ecchymoses alargavam-se frequentemente em suffusões sub-mucosas.

Algumas ulceravam e a ulcera era vermelho vivo, de bordos a pique e de fundo acinzentado. Digeria-se uma rodela de mucosa.

Intestinos

Hyperemia da mucosa com engrossamento dos folliculos fechados e placas de Peyer que ulceram frequentemente quando a doença é longa.

Outras placas, e isto constataba-se diariamente, apparentavam zonas de barba rapada.

Os ganglios mesentericos são habitualmente engorgitados e avermelhados.

Derrame peritoneal mais ou menos abundante e sempre soro-sanguinolento em muitos casos se notou. Facilmente coagulavel.

Apparelho urinario

O rim é envolvido por uma verdadeira suffusão sanguinea de relativa espessura. Dissecando pouco e pouco a agora augmentada camada adiposa peri-nephretica, descobre-se o rim

poucas vezes diminuido de volume outras, e muito mais frequentemente, augmentado.

Diminuiu a consistencia: é agora mais molle. A capsula, que facilmente se destaca, encobre em certos casos dezenas de pequenos kystos urinaes.

N'uma das autopsias, d'uma mulher notavel pela marcha da doença e por mil e uma particularidades de symptomatologia, bacteriologia e terminação, que por tal motivo constituiu uma das melhores lições sobre o assumpto, deu-nos um rim em que se não contavam os kystos, tão subido era o seu numero.

Uma ou outra vez se notam petechias subcapsulares. Mas são aqui reduzidas em numero e mais largas que as d'outros orgãos.

Casos houve em que por pequeno numero de petechias eram extensas as ecchymoses ou, melhor, as suffusões que continuavam a envolvente.

A superficie do rim é hyperemiada e pouco lisa á falta de tecido que a capsula lhe roubou.

Notam-se arborisações vasculares. Ao corte, lesões de nephrite parenchymatosa mais ou menos extensas, e confusão das duas substancias, cortical e medullar, sem se poderem bem marcar os seus limites. Aquella toma logar á segunda, perde a côr, fica pallida, granulosa e turva, encontrando-se-lhe bastas vezes focos de degenerescencia gordurosa. Entre os vertices das pyramides casos houve em que se apresentaram numerosas petechias e mesmo hemorragias mais ou menos extensas.

Reapparecem as petechias na mucosa do bassinete e calices e mesmo até nos ureteres que se deixam ecchymosar na sua face externa.

As capsulas supra-senaes em grande parte entram no processo. Augmentam, cobrem-se de petechias ou de verdadeiras suffusões.

A bexiga petechiada interior e exteriormente, é por via de regra repleta de urina anegrada, hemorrhagica, e muito distendida.

Por transparencia vê-se no baixo fundo uma camada esbranquiçada e densa de notavel sedimento.

A urina é d'uma toxicidade superior.

A recolhida no caso do inditoso e jámais olvidado dr. Camara Pestana, mata em menos de tres minutos um coelho de tamanho regular quando se injecta por via venosa.

E morte horrorosa é esta. O animal, apanhado de surpresa por tão nocivo liquido, abate ao primeiro momento. Experimenta como que uma vertigem a que segue de momento um contraccionar doido e rapido que o faz succumbir a poucos momentos.

A titulo de curiosidade, refiro equal experiencia ha pouco verificada com a urina d'um caso apparecido não se sabe onde nem por quem descoberto e em que um coelho morre quasi instantaneamente com os symptommas acima descriptos.

Um outro que se escapou da ponta da agulha a meio de experiencia fica doente durante 24 horas para depois morrer, apresentando já o inicio de lesões de peste.

Bubões

O que na forma bubonica da peste é o corpo de delicto, o ponto de partida, é aqui, nos casos de pneumonia, um accidente, uma consequencia.

Nem por isso ha differença na anatomia pathologica como a não houve na parte clinica. Apenas a diversa localisação, entende-se.

A titulo de curiosidade e muito interessante, menciono o bubão parotidiano e amygdaliano. É digno de menção egualmente um outro bubão pancreatico não já secundario na pneumonia.

Os ganglios da região escolhidos para o apparecimento do bubão reúnem-se servindo-se dos tecidos que até agora os separavam. Reunião feita á custa d'um trabalho inflammatorio que sobejamente provam o exsudato e infiltração no local. E' espesso esse trabalho como é largo o campo inflammatorio. Em redor do nucleo central — bubão — encontra-se um liquido soro-sanguinolento, gelatiniforme que facilmente coagula.

O bubão é evidentemente caracteristico. Cór de bôrra de vinho com *piqueté* hemorrhagico molle no centro, deixa correr ao corte um liquido espesso, vermelho anegrado. Ha alli uma verdadeira necrose que se inicia no centro.

Raramente apparece o chamado *bubão branco* que só uma vez tive occasião de observar. E' então como que caseificado. A histologia nos dirá qual a sua significação e a differença intima que o separa do bubão vulgar.

Nos casos em que o decurso da doença se deu rapidamente não ha tempo de formação do incidente bubonico.

Os ganglios são apenas tomados, isto é, engorgitados, avermelhados e já diferentes, ao corte, do ganglio indemne. Isto succede frequentemente na pneumonia assim como na forma bubonica nos pontos affastados d'aquelle em que a doença teve principio.

DIAGNOSTICO

BACTERIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

EM GERAL

Eis o meu Cabo das Tormentas, o nó gordio da dissertação, a barreira insuperavel d'um entalado moço: fazer diagnostico! E fazel-o de peste, o que é alguma coisa. Peste?!

E' possivel que tenha havido no Porto a terrivel doença quando tantas e tão boas autoridades negaram a sua existencia?!

Desde o commandante empertigado na sua superioridade scientifica que o ergue a ponto de taxar de charlatão (é o mais amavel dos chamadoiros) o mestre dos mestres em bacteriologia, o saudoso Pasteur (Pobre homem!...), até uma guapa rapariga d'uma ilha alli de baixo, incluindo de tudo, bom e mau, quando encerra o meio *scientifico* da invicta, todos negam a pés todos juntos a existencia no Porto do morbo asiatico. *Vox populi*...

E é corrente a tal voz. Os artistas que me servem, o sapateiro, o alfaiate, o trolha e até um envernizador que ha tempos foi preciso aqui para restaurar uns moveis já usados d'annos, são concordes em asseverar-me que é falsa a

existencia da tal *baronica*. «Isso são coisas que elles lá inventam» garantem-me os conspícuos homenzinhos! E eu acredito-os. Pois... São formas nas suas affirmativas. E dão a sua razão, e fazem elles diagnosticos.

Um tal que adoeceu e recolheu ao hospital do Bomfim, como referiram as folhas que ao tempo ainda publicavam os casos, era amigo intimo do meu trolha. Pois contou-lhe tudo. Na manhã do dia em que adoeceu come um innocente bago d'uva, ou seriam dois. D'ahi a pouco nauseas, dores de cabeça, muita febre e uma nascida debaixo do braço direito.

Ora, era peste? Isso sim. Foi o vinho da uva que lhe subiu á cabeça e as grainhas baixaram ao sovaco. Ora ahi está.

E por aqui adeante.

Se a Escola me permittisse encerrava antes d'este capitulo o meu trabalho inaugural.

Dura lex, sed lex.

Tenho de proseguir e vale-me agora o melhor dos pestographos (!), a quem o seu deus tenha em bom logar, que ao expirar garantiu a existencia de peste no Porto. Ao referir-me a tão prestimoso e illustre representante da primeira cidade do norte, não posso deixar de sobre a sua campá produzir phrases de repassada saudade que sempre nos inspiram os que, após uma vida honestissima sob todos os pontos de vista, a liquidam tristemente, sacrificando-se a si e aos seus por um povo que a breve trecho lhes cospe no anzol.

Sinto-me agora mais alentado. E tanto que,

ao evocar a memoria d'um defuncto que foi empennado e empastado, me vejo um outro Vasco da Gama, um Alexandre, um superior a todas as barreiras d'este mundo.

Ora pois: vamos ao diagnostico.

Facil e difficilimo o diagnostico.

Facil no desenrolar d'uma epidemia de natureza rigorosamente conhecida, quando concorram elementos clinicos e epidemiologicos de valor.

Difficilimo antes que se conheça a existencia da especie morbida, especialmente quando, n'um ponto em que ou virgem ou ha muitos annos sem a má visita da peste se apresentam casos clinicamente anormaes mas de anormalidade clinicamente explicavel.

Será já para levantar suspeitas no espirito do clinico a tabella symptomatica que o doente de pneumonia lhe apresenta. O exame clinico do thorax fal-o sabedor da existencia de um pequeno nodulo de inflammação pulmonar.

Mas nodulo acanhado, bem limitado. Não seria para acceitar que uma pneumonia de Fränkel de tão pequena extensão occasionasse taes desordens em todos osapparelhos da economia como as que se viram succeder nos casos das observações.

Depois ainda, note-se a differença que extrema as duas pneumonias.

A ordinaria muito pouco frequentemente se acompanha de notavel invasão pleural e muito menos ainda, rarissimas vezes, de reacções ganglionares visiveis.

O contrario succede na peste. O pneumonico é por via de regra um pleuretico secundario ou ainda se transforma n'um bubonico.

O exame particular de cada symptoma encerra egualmente muito valor semiotico.

Na pneumonia de todos os dias o escarro é typico e um, sempre o mesmo; no pestoso o escarro é typico tambem, mas oppostamente differente.

A tosse é menos imperiosa e menos fatigante na pneumonia franca quando na da peste a tosse é continuada e o doente bate verdadeiros *records* de quintos fatigantissimos e aqui tambem pouco productivos.

A temperatura que na franca se conserva, quando elevada, n'um planalto de pequenos accidentes, é de grandes oscillações na forma pneumonica da peste. A sua queda que em crise se faz vulgarmente nos casos benignos é aqui demorada e em lyse não isempta de verdadeiros perigos.

Emfim a duração e mortalidade seu valor tem para o diagnostico clinico da peste pneumonica. Na clinica normal a pneumonia dura de cinco a dez dias e o programma é a vida; na epidemica a duração é de dois a tres dias e o programma é a morte (89,2 %).

Grande valor contém para o diagnostico os dados de ordem epidemica que em todos os ca-

sos devem ser considerados. A diffusão é frequentemente explicavel: na mesma casa mais que uma pneumonia; em casas differentes mas em relações diarias, seguindo-se bem o caminho da transmissão etc.

Muitas vezes succede nas epidemias contrariadas, especialmente, haver para a autopsia um cadaver que mostre lesões macroscopicas de pneumonia, mas concumitaneamente um bubão que, pela séde, tanto pode ser primario como secundario. N'este caso só a histologia poderá decidir.

Mas não bastam estes signaes e conhecimentos para rigoroso diagnostico da pneumonia pestosa.

O argumento ultimo, o sacramento indispensavel é o bacillo de Kitasato-Yersin.

O BACILLO

O elemento etiologico da peste é curto, atarracado, de diametro longitudinal não excedendo em muito o transversal (menos de duas micras de comprimento por mais d'uma de largo) d'onde a denominação de cocco-bacillo. No rato são muito mais longos que no homem.

Córados facilmente por qualquer dos corantes usuaes, os extremos mais fortemente absorvem a tinta deixando ao centro um espaço claro que o caracteriza.

D'entre todos os corantes de laboratorio a pratica mostrou preferivel o azul de Kuhne de

que se aproveita a circumstancia de bem evidenciar o bacillo, conservando-lhe todos os detalhes morphologicos. Descora pelo Gram.

Encapsulado, pelo menos na apparencia, é por alguns bacteriologistas negada a existencia d'uma verdadeira capsula.

Zethnow affirma ter descoberto uma especie de capsula em redor de bacillos tirados de cultura fresca. Loeffler diz ter encontrado um pequeno espaço claro em redor dos bacillos.

O Prof. Ricardo Jorge a ellas se refere e consigna a sua existencia. (A peste bubonica no Porto—1899).

Não decidem se será uma verdadeira capsula se uma parte da propria substancia do bacillo que se modificou (Netter).

E' meu parecer que ou existe sempre ou nunca, visto que a capsula em todos os casos é uma parte do corpo do bacillo que se transforma. E a verdade é que no exame directo feito a preparações extemporaneas não se enxerga tal detalhe para depois se evidenciar no bacillo em cultura ao cabo d'um tempo mais ou menos variavel.

Tem-se como assente que o bacillo da peste não se move. Não é bem essa a minha opinião. Ha na verdade, alem dos movimentos brownianos, uma pequena mobilidade. Gordon refere ter conseguido a córação de cilios no microbio. Conta dois. Um implantado n'uma das extremidades, outro, não oppondo-se-lhe, mas a meio do corpo.

Nunca tive occasião de verificar esta rea-

ção que Loeffler attribue a artificios de technica.

Não se observou até agora a formação de esporos.

Facilmente se cultiva nos meios ordinarios a 37° e desenvolve-se a frio.

Na gelose é caracteristico o seu aspecto.

Quem o manuseie frequentemente faz, por simples inspecção d'um tubo de cultura em agar, a sua diagnose com pouco receio de errar.

Mas, accrescentarei, em gelose de estomago de porco ou de cão.

No começo da epidemia as culturas eram pobres, discretas, como que envergonhadas.

Bem menos typicas que ao deante se tornaram, em pouco alargam a estria de cultivo. Um verdadeiro desespero.

A gelose confeccionada com peptona á venda no commercio do Porto oppunha-se ao desenvolvimento bacillar pela quantidade de elementos dysgenesicos que continha. ⁽¹⁾

A meu vêr foi uma das primordiaes difficuldades do primeiro diagnostico.

Mais tarde, conhecida a superioridade da gelose preparada com estomago de cão ou porco, eram então pujantes, riquissimas e largas as estrias de cultura.

Quando do vivo ou do cadaver pestoso se retire materia para cultivar e com a pipeta se lancem na superficie inclinada da gelose uma ou

(1) Até a peptona. E' notavel.

duas gottas que depois, escorrem por virtude do proprio peso, ao fim de 24 horas o aspecto da cultura é característico e compara-o eu a uma gotta de leite que escorrega pela parede de um copo. E' realmente flagrante a semelhança.

As colonias são brancas, transparentes, punctiformes e muito bem lembrando a reunião de pequeninas gottas de orvalho.

Vista educada divisa no meio da cultura a mais inquinada uma colonia de bacillo da peste que lá exista. Difficil para o isolamento do bacillo a extracção d'essa colonia sem que se toque nas visinhas que a impurificam.

Os bacillos d'estas culturas são maiores que os directamente colhidos do homem. O espaço claro que no entanto permanece é agora mais reduzido, menos visivel. Em culturas antigas feitas em agar, o bacillo transforma-se e «a bacteria incha, fica desmesurada, expande-se em bolas, em clavas, chega a parecer uma torula».

Comprehende-se que d'aqui sahisse um meio de diagnostico.

Seria só preciso precipitar a formação das monstruosidades o que se obtem adicionando ao meio ordinario de agar um pouco de sal (1 a 2 %).

Em 24 horas teremos assim artificialmente uma cultura velha.

E de facto ao cabo d'este tempo o bacillo vê-se já doente, inchou, perdeu o rigor de periphéria sem que desde logo mostre a verdadeira forma de involução que só é bem nitida ao fim de 48 horas.

Tem o seu maximo de perfeição no 3.º dia.

Depois, nos dias seguintes não se nota progressão na sua teratologia.

No caldo é também característico o aspecto da cultura. Para qualquer bacteria cultivada em caldo a turvação dá-se a poucas horas da sementeira.

Com o bacillo da peste tal não succede.

O caldo, se turvou quando a cultura foi feita com sangue ou polpa do baço, clareia d'ahi a horas para no dia seguinte, antes das 24 horas, estar perfeitamente limpido e com os caracteres culturaes proprios. A esse tempo pela parede do tubo, ás vezes caprichosamente d'um só lado, vão-se depositando pequeninos flocos brancos, que acompanham o liquido no movimento de rotação que se lhe imprima e que mais tarde por si se vão depositando no fundo ou para lá se dirigem á menor agitação do tubo semelhante o cahir de flocos de neve. A turvação dá-se agora. Mas horas passadas a limpidez reconstitue-se. A' medida que a cultura envelhece vai crescendo á superficie do liquido um annel branco leitoso que sobrenada no caldo.

Quando, junta a uma turvação pequena que ella seja se apresenta este annel não nitidamente branco mas um pouco nacarado, desconfiar: a cultura não está pura.

Um bom processo este de isolamento do bacillo. Cultivar em caldo; conservar a 37° durante 24 horas para completa pullulação bacillar; retirar para a camara fria e aguardar outras 24. A esse tempo o annel começa de formar-se; com um pouco de cuidado, não levando a ponta da

pipeta ou faquinha até ao meio cultural, mas apenas tocando o incipiente annel, teremos a certeza de obter bacillo puro.

E' estranha no caldo a associação dos bacillos.

Não isolados, cada um sobre si, são no caldo enfiados em cadeias apparentando, na phrase feliz do Prof. R. Jorge, *rosarios d'amendoas*.

Haffekine augmenta estes caracteres culturaes do caldo na feitura da sua vaccina resultando então um pittoresco conjuncto. A' superficie faz fluctuar algumas gottas de manteigã da qual pendem verdadeiras estalactites que caem, agitando, do tecto, para desde logo se substituirem. Aqui tentou-se no começo da epidemia a preparação d'esta vaccina.

Tive então occasião de ver a exactidão d'estas referencias. A cultura em caldo estava n'um vazo de largo fundo e attingia alguns centimetros de altura. A manteiga boiava. Ao segundo dia estavam formadas as estalactites de formoso aspecto e interessante disposição.

Tambem no caldo se podem desenvolver as fórmas involutivas. M.^{me} Schulz e Loeffler obtêm-nas addicionando um desinfectante ao meio da cultura. Preconisam o acido phenico em pequena quantidade.

As cadeias, os *rosarios d'amendoas* são constituídos por maior ou menor numero de elementos bacillares collocados topo a topo.

No anno que passou não chegavam a 15 as contas do rosario, na maior parte das culturas.

Já então eu contei maior numero de bacil-

los streptococcicamente ageitados nas culturas em caldo do bacillo isolado no decantado gatinho das snr.^{as} Farias Regras.

Este anno, e ainda ha pouco, subiu-me a mais de 20 por cada rosario o numero de bacterias pestosas.

A cultura em gelatina, sem que seja por si só característica é aproveitavel para diagnostico rapido, porquanto n'ella o desenvolvimento tem de dar-se a frio e consequentemente com demora. É interessante e digna de vêr-se.

As colonias não crescem aqui a mais do que ao tamanho da cabeça d'um alfinete. Isto as maiores. A gelatina não liquifaz.

Klein conta que só na gelatina encontrou, de mistura com a forma cocco-bacillar ordinaria, a disposição filamentosa de bacteria.

No Porto a mais se chegou: essa disposição é constante não só para as culturas em gelatina como para as feitas em agar.

O filamento é de bordos direitos, em nenhum ponto estrangulados nem de longe lembrando a forma da cultura no caldo.

Parece que um bacillo de grande vitalidade, em lugar de se reproduzir em representantes em tudo eguaes, fixou n'um ponto o seu extremo e se desenvolveu em comprimento. A's vezes rectos e pequenos, apparecem tambem longos e encurvados.

No leite e na batata o microbio acha bons meios de desenvolvimento sem nos dar nenhum signal digno de menção.

Produce indol. Em meio assucarado fabrica ácidos (Hewlett).

Assim como para o bacillo de Kitasato-Yersin qualquer meio é bom para desenvolver-se, assim tambem qualquer temperatura lhe é eugenetica desde que não vá muito abaixo da temperatura ambiente e não suba, persistindo, muito acima de 37°.

Lento o seu desenvolver quando a baixa temperatura, extenua-se e perde a vitalidade se se conserva em estufa que muito o aqueça.

Wladimiroff e Kresseling em S. Petersburgo conseguem vêr o desenvolvimento, demorado, bem certo, do bacillo a 0° que ao cabo de tão dura prova em nada se prejudica na sua virulencia.

Obteve-se vivo mesmo depois de 4 e até 6 mezes de persistencia em tão frigido meio.

Este modo de ser nos explica como em focos onde a peste é endemica casos appareçam no inverno o mais rigoroso.

E' muito menor a sua resistencia ás altas temperaturas. Ao fim de meia hora morre se se lhe faz soffrer uma temperatura de 60°. Basta um minuto para o matar se o calor attinge 100°; cinco se vai até 80° e por ahi desce até que para morrer a 40° são precisas de duas a quatro horas.

Ainda ha pouco occorreu commigo este in-

cidente. Tinha n'uma estufa parte dos tubos de cultura de peste. O thermometro marcou dentro proximamente 42°. Os bacillos d'aquellas culturas estavam mortos.

Ferran aproveita a morte do bacillo a 60° para a preparação da sua vaccina. Tubos de cultura em meio liquido ou uma cultura de meio solido diluida em agua esterilisada, soffrem durante uma hora a acção do calor a 60°.

Tambem esta pequena resistencia em presença de elevadas temperaturas nos explica a razão da suspensão das epidemias pestosas em regiões para que seja ardente a estação dos calores.

Sabido o resultado da acção do calor sobre o microbio pestilencial para deprehender era a sua pequena resistencia á seccura, visto ser este um dos meios porque as altas temperaturas prejudicam até á morte. Aqui não havia elevada temperatura, mas, embora moderada, constante e prolongada.

D'este facto de pequena resistencia tenho sobejas provas. Tubos que propositadamente ou esquecidos ficam n'um canto de estufa quente ou fria, são estereis ao fim d'um praso mais ou menos longo.

Nunca tive occasião de repetir as experiencias de Kitasato, Abel, Giaxa e Gosio que de resto são interessantes.

Aquelles primeiros, nas laminas em que haviam friccionado um bubão pestoso encontram vivo o bacillo ao termo de 14 dias; estes ultimos que fazem o deposito em fios, em esto-

fos e em fragmentos de órgãos, verificam a vida da bacteria mesmo ao fim de dois mezes.

Tudo depende ou da substancia em que o deposito é feito ou da receptividade do animal escolhido para a inoculação de prova.

Assim é que Baszarow consegue matar de peste—forma pneumonica—um chino a que deposita nas fossas nasaes, um pouco de polpa splenica de animal morto pestoso, polpa que sécca no vacuo á temperatura ordinaria durante 38 dias.

A virulencia dos bacillos d'esta polpa só começa a decrescer no fim do primeiro mez de seccura.

Com este tempo a morte do chino, que em regra se dá entre 3 e 4 dias, só tem logar ao cabo 6 e mais.

D'aqui um aviso para evitar propagações de epidemias a distancia em que têm de ser portadores do bacillo objectos exportados. A desinfecção d'estes póde não ser em todos feita com a mesma demora e cuidado. Uns ha mais proprios que outros para o transporte. D'uma maneira geral indicam-se os corpos porosos e consequentemente mais susceptiveis de conterem e levarem longe o germen productur da peste, como aquelles em que mais cuidada e energica deve ser a desinfecção.

O bacillo comporta-se differentemente perante cada desinfectante empregado.

Realisa-se a experiencia ou espalhando em pedaços de papel, laminas de vidro, fios de seda e estofos uma cultura do microbio, ou associando

no tubo o desinfectante cuja rapidez d'acção se quer avaliar.

Em 27-10-99 deixo ás 4 h. t. n'uma estufa quatro tubos de cultura de peste em agar e em caldo, dois abertos e dois tapados. N'uma capsula derramo enxofre a que pego fogo. No dia seguinte ás 3 da tarde faço culturas de todos os tubos.

Calculo que o enxofre não ardesse mais que duas horas.

A 1-11-99 reconheço que nenhuma das novas culturas tinha bacillos. A esterilisação havia sido completa.

Mais tarde, repete-se a experiencia com pedaços de baeta e pequenos cavacos que persistem na estufa de sulfuração, uns um quarto d'hora, outros meia hora e outros ainda mais que uma hora.

Comprova-se ainda d'esta vez a esterilisação perfeita dos supportes da cultura.

Transcrevo a tabella de resistencia do bacillo da peste aos mais usuaes desinfectantes laboriosamente confeccionada pela commissão allemã que estudou a peste na India.

		N.º de minutos necessarios para destruir o bacillo.
Ac. phenico.	5 %.	1
»	1 %.	10
Lysol.	2,5 %.	1
»	1 %.	5
Sublimado.	1 % ₀₀	Dest. immediata
Chlóreto de cal	1 %.	15
Cal viva.	1 %.	30

		N.º de minutos necessarios para destruir o bacillo
Leite de cal . . .	Mistura em partes eguaes com fezes . . .	60
Sabão negro . . .	1 ‰	? Mais de 1 hora
» . . .	3 ‰ . . .	30
Ac. sulfurico . . .	$\frac{1}{2}$ ‰ . . .	5
Ac. chlorydrico . . .	1 ‰ . . .	30
Ac. acetico . . .	$\frac{1}{2}$ ‰	? Mais de 1 hora
Ac. lactico . . .	1 ‰	? Mais de $\frac{1}{2}$ hora

E', pois, perante o sublimado que o bacillo mais rapidamente succumbe. Quando se lhe addicione ac. chlorydrico, na dose de $\frac{1}{20000}$, a solução dupla mata o bacillo ao fim de 2 minutos!

A acção desinfectante do aldehyde formico é incontestavel. Acha-o um desinfectante precioso M.^{me} Schultz.

Aquí se fizeram tambem ensaios que evidentemente provaram a rapida e energica acção destruidora do formol.

Sem que se possa seguramente asseverar a longa vida do bacillo nas poeiras do ar é comtudo evidente que ellas lhe não são um aguerrido inimigo.

Kitasato, na epidemia de Hong-Kong de 94, vê morrer de peste um ratinho que inocula com poeira colhida nas paredes do quarto d'um pestoso.

Germano e Baszarow verificam que não

excedia a 12 dias a vida do bacillo da peste nas poeiras.

No solo e na agua tem sido encontrado vivo durante 20 e mais dias dependendo a sua conservação da contextura do terreno ou da composição da agua.

Tem-se encontrado igualmente no corpo dos insectos.

Um dos medicos estrangeiros que ao Porto veio á epidemia do anno passado, M. Geirswold, conseguiu uma cultura de peste introduzindo n'um tubo de gelose algumas moscas que apanhou nos olhos de doentes do H. do Bomfim.

Acho desnecessario, por que é doutrina acceite, referir-me ao papel do rato na conservação e propagação da B. da peste.

A identificação do bacillo é agora segurissima.

A caracteristica morphologia, a apparencia das culturas, as formas de involução, e os resultados da inoculação nos animaes de laboratorio dão irrefutaveis provas de identidade.

A prova da cultura em animal é então brilhantissima.

Uma picada de agulha molhada em cultura de peste feita no chino dá ao fim de 3 a 4 dias um cadaver pestoso com todas as lesões anatomico-pathologicas que vimos para a peste no homem.

Se a picada se substitue por escovagem das narinas teremos então a fórmula especial — pneumonia da peste.

N'um e n'outro caso o B. mostra-se em bar-da por todas as visceras de eleição.

Larga seria a lista de experiencias realizadas em chinos, gatos, coelhos e ratinhos, se o thema do meu trabalho de tal me não dispensasse até certo ponto e se não fosse extraordinariamente trabalhoso o reunir e ordenar de momento as notas que no correr dos casos de peste laboratorial fui apontando.

A vida do microbio no mundo exterior é como se aprende nos traços geraes que venho de esboçar.

Assim, com o que ficou anotado, é facil o caminhar para o diagnostico irrefutavel da fórmula de peste que me serve de titulo.

Agora a bacteria no homem.

O escarro no pneumonico é o bubão do pestoso para o effeito do diagnostico antecipado.

O bubão punccionado no principio da sua formação dá ao exame directo subido numero de bacillos.

Punções ulteriores, ou repetem o resultado da primeira, se o caso é grave, e a morte se dá, ou nos casos benignos, em que o processo ganglionar percorre todos os estadios da evolução, o numero de bacillos reduz-se a ponto de des-

apparecerem ficando em seu logar um pus que muitas vezes, o maior numero, é esteril, sendo outras occupado o seu logar pelas bacterias banaes da suppuração.

Assim no escarro, mas em sentido inverso.

De começo, pequena a cifra de bacillos no escarro que no mesmo exame mostra grande numero de bacterias de associação. Depois, a quantidade d'estas vai diminuindo para augmentar a d'aquellas, nos casos graves que terminam pela morte ou no acume da pneumonia. Quando começa a declinar têm o primeiro logar as bacterias de associação saprophitarias das vias aereas.

Culturas feitas do bubão punccionado ou do escarro mostram o bacillo no praso da regra. Do escarro, como bem se comprehende, não é tão facil o isolamento como do bubão.

D'aqui as enormes difficuldades que ericam o diagnostico precoce da pneumonia pestosa. Diagnostico rigoroso, completo, irrefutavel que n'um extremo de consciencia e probidade só se considera impeccavelmente estabelecido quando o bacillo esteja isolado em cultura pura, achando-se pouco divisal-o no meio da cultura inquinada e em pouco valor tendo as razões da ordem clinica e epidemica que são para os peccos e maus o que ha de mais litigioso.

E' da regra a cultura do sangue do doente suspeito de peste. Para o diagnostico da pneumonia primitiva é sempre tardia essa prova, visto que a pesticemia é a ultima phase de doença.

Grande numero de casos, com certeza o

maior, se apresentam em que o diagnostico sómente pôde ser feito depois da morte.

Então a residencia do bacillo é como se segue.

No pulmão é facil a colheita e o isolamento do B. de Kitasato-Yersin. No centro dos nodulos que constituem a lesão pneumonica encontra-se uma verdadeira cultura de microbios. Grande numero de vezes puro, é comtudo facil o isolamento, quando associado, porquanto é enorme a sua quantidade e inferior a quantidade d'outros elementos. No resto do pulmão se encontra tambem regular quantidade de bacillos, mas agora menos puro e consequentemente de menos facil isolamento.

Tal é o que succede na pneumonia primitiva ou secundaria. Nos casos em que o pulmão ficou indemne, é então difficil encontrar e isolar d'elle o B. que no emtanto lá existe frequentemente.

Nem sempre é facil descobrir a porta de entrada do B. para o pulmão. Nos casos de pneumonia primitiva principalmente cresce esta difficuldade porquanto mais do que uma é a maneira de infecção. Ou o B. se installa primitivamente na mucosa conjunctival e desce depois para a fossa nasal guiando-se pelo canal do mesmo nome e os movimentos inspiratorios o levam ao pulmão, ou desde logo, e será o mais vulgar, é inalado, ou ainda n'um caso de peste d'uma outra forma os continuados vomitos o depositam no vestibulo laryngeeo para depois fazer a sua descida até ao thorax.

Quando o ataque do pulmão seja secundario, por via interna, as connexões vasculares, sanguineas e lymphaticas, facilmente explicam o seu mecanismo.

O derrame pleural é nos casos de pneumonia pestosa primitiva uma verdadeira cultura de bacillos. O mesmo succede para as adherencias fibrinosas.

O sangue do coração contem sempre B., ora em tal quantidade que mesmo nas preparações directas se encontram numerosos, ora reduzidos, e então só se mostram na cultura que em todos os casos é feita. Puros, se a autopsia segue de pouco a morte; fortemente inquinados a longo praso d'esta.

A verdade é que o primitivamente pneumonico é em ultimo caso pesticemico.

O baço é sempre um ninho riquissimo em B. Ahi, seja qual fôr a forma porque a peste invada e mate, é corrente a permanencia do microbio. As preparações directas mostram-o em enormissima quantidade. As culturas são repletas e puras quando a autopsia é feita em condições convenientes.

Nos casos em que ha derrame peritoneal é tambem aqui superior a sua quantidade mas ordinariamente impuro.

O figado pequena quantidade de ordinario contem.

Bacteriologicamente o bubão secundario da pneumonia é egual ao bubão ordinario.

Os ganglios não bubonicos, mas apenas to-

mados, fornecem por vezes alguns B. Quasi sempre em baixo numero.

Outras sédes do B. se encontram em casos anormaes, mas sem importancia para o caso particular da pneumonia.

NAS OBSERVAÇÕES

1.^a

Do pus dos bubões que secundariamente appareceram fazem-se preparações directas e culturas. N'aquellas devisa-se o B. mas grandemente associado. Nas culturas o B. encontra-se e isola-se. Como na occasião não era de estomago de porco ou cão a gelose usada, breve se perde.

Esta mulher, vivia pobre e miseravelmente n'uma casa immunda da R. dos Mercadores e occupava-se em remendar e coser saccaria de bordo.

Diagnosticó : — Pneumonia pestosa. — Secundariamente bubão parotidiano, retro-maxillar e sub-mental á esquerda.

2.^a

Seguramente é só feito o diagnosticó depois da morte porquanto a sua doença correu sem que a R. epartição competente tivesse conhecimento.

O derrame pleural é uma verdadeira cultura. As pseudo-membranas da pleurisia egualam-

n'ó, não lhe ficando atrás os focos de bronchopneumonia.

O B. é isolado.

Este homem occupava-se em carregar cereaes na P. de Santa Thereza onde anteriormente se contaram mais dois casos.

Diagnosticó:—Pneumonia pestosa. — Secundariamente pleurisia.

3.^a

A bacteriologia foi concludente. No pulmão e especialmente no bubão encontra-se extraordinaria quantidade de bacillos.

Isolado.

E' aqui interessante a mecanismo do contagio. Interessante, mas tristemente lamentavel.

A mãe d'esta rapariga fallece em 17-9, tendo adoecido em 12 com perturbações abdominaes, apparecendo depois uma pontada e escarros de sangue.

Qual o diagnosticó que lhe assentaram na sua certidão d'obito? Não sei, mas posso affirmar que foi banal porquanto a Repartição de Saude e Hygiene só soube da existencia de tal caso depois da morte da filha que trouxe para ambos os casos informações de vizinhos e pessoas de casa.

E seria realmente vulgar a causa da morte da mãe?

Tendo sido de peste, que é o mais provavel, não caberá grande responsabilidade pela morte da filha a quem propositadamente ou le-

vianamente deixou de avisar a auctoridade sanitaria?

Diagnosticos:—Pneumonia-pestosa—Secundariamente, bubão cervical direito.

4.^a

Muito provavelmente d'aqui partiu o fio da epidemia do hospital: A 26-11 entra na enfermaria n.º 11 uma rapariga de 19 annos, M. de J., creada na rua de Santo Antonio com symptomas de embaraço gastrico. A principio de movimento febril insignificante, 37º,1 á entrada, passa de 39º e chega a 40º,1 nos dias seguintes. Depois de tres dias de tratamento os clinicos assistentes julgam-se em frente d'um caso de febre typhoide.

Impressiona-os comtudo a adynamia que cresce hora a hora.

Só na visita de 30 se apanham symptommas de pneumonia esquerda, tornando-se notaveis os escarros que eram roseos, arejados e albuminosos. Morre afinal inopinadamente á 1 hora da tarde de 1-12.

Não havia adenites.

Os clinicos assistentes da doente suppozeram uma complicação pulmonar da febre typhoide a causa da morte.

A meu vêr nenhuma duvida pôde erguer-se respeitante ao caso que chamo inicial.

A marcha da doença, os escarros caracteristicos, e a morte no dia seguinte ao da descoberta das lesões do pulmão, são para mim mais que sufficientes signaes de pneumonia pestosa.

Não faltou aqui também a prova bacteriológica que é dada e nitida pela doente de observação n.º 4, e pelas outras empregadas do hospital que, por mais ou menos directamente estarem em relação com ella, contagiadas foram egualmente.

A doente da observação n.º 4 muitas vezes esteve junto da M. de J. Creada da enfermaria, a limpeza da sala, os cuidados immediatos ás doentes, e approximação da doente suspeita que momento a momento reclama os seus serviços pelo estado grave em que se encontra, eram tantas occasiões que ella tinha de ser contagiada.

Só depois da morte se pôde diagnosticar seguramente.

A rapida marcha da doença junta á suspeita que o caso original da epidemia intra-hospital, a que depois me refiro, suscitou sensatamente indicaram a autopsia que é concludente nos resultados bacteriologicos como o foi nas lesões.

Derrame, pseudo-membranas pleuraes e pulmão contêem subidissimo numero de B. Isolado.

Diagnosticó : — Pneumonia-pestosa. — Secundariamente pleurisia.

5.^a

J. R. está de ronda em a noite do dia 26, e crê-se com bastante fundamento que fosse junto de M. J.

E' natural que tal succedesse e mais que uma vez, porquanto me parece provavel que a

doente M. de J. tivesse durante a noite chamado a atenção da ajudante de ronda, noite que correria agitada para quem tinha no dia seguinte de manhã a fazer 38°,4 de temperatura.

N'esta como na observação anterior a suspeita da natureza pestosa da pneumonia levou os medicos assistentes a pedir a analyse do es-carro.

Era evidente a existencia n'elle de grande numero de B. em tudo semelhante morphologicamente ao da peste. Na mesma preparação representantes d'outras especies microbianas. Cultivado, marcava-se para breve o seu isolamento quando a morte da doente evidenciou, pela autopsia e exames directos e culturaes a inequivoca origem pestosa da pneumonia.

Isolado o B. do cadaver.

Diagnosticco:—Pneumonia pestosa. Secundariamente pleurisia.

6.^a

Agora que estava bem provada a existencia da peste no hospital desde o inicio da doença se suspeitou da natureza da pneumonia.

As portas das salas das enfermarias 11 e 13 abrem para a mesma galeria do segundo pavimento.

Além d'isto, na occasião, porque todo o pessoal andava agitado e constantemente ancioso por noticias da doente suspeita de peste, trocaram-se mais amiudadas visitas entre as duas proximas enfermarias.

Não é pois a distancia obstaculo que se

opponha á facil transmissão do bacillo se apenas uma das enfermarias se imagina infeccionada e escape aos rigores d'uma cuidada mas não sufficiente antisepsia.

Bem verdade, medeia um espaço de quatro dias entre a ultima manifestação de peste e o seu reaparecimento.

Mas não offerece a bacteriologia sobeja prova de que por mais tempo vive o bacillo no mundo exterior?

10-11 é negativo o exame do escarro. Imagina-se então typhosa a infecção. A 12, porém, é negativa a sôro-reacção de Widal para ser fortemente suspeito de peste o segundo exame directo do escarro.

Só em 14 é positiva, sem sombras de duvida, a prova bacteriologica da expectoração, dia da morte que trouxe pela autopsia e competentes exames microbianos a confirmação do diagnostico feito.

Durante a vida ainda o sangue da doente é cultivado. Pequeno numero de colonias, reduzidas em dimensões, mas nitidas em signaes de colonias pestosas se contou. O sangue do coração é porém mais rico em B., pois as culturas d'elle feitas são de regular extensão.

Diagnostico: — Pneumonia pestosa — Secundariamente pleurisia e bubão peri-bronchico.

7.ª

As mesmas rasões do caso precedente reproduzo aqui que me encaminham para o diagnostico.

No caso referido, porém, ha em vida, e depois em morte então exhuberante, prova bacteriologica que aqui falta.

Não havia escarro.

A falta do corpo de delicto explica a não existencia do libello. Recorre-se ao sangue.

Mas no sangue tambem se não indicia o microbio.

Ao fim de dois dias de prova, a 14-12, a esterilidade dos tubos de cultura corta pela negativa.

Seria então, não a forma pneumonica da peste, mas uma complicação da febre typhoide.

Eis uma anormalidade que a clinica explica. Vejamos a prova. A soro-diagnose de Widal é ensaiada. Dois exames são sufficientes para provarem que se não trata d'uma infecção typhosa.

Por tal motivo os distinctos medicos assistentes escrevem na tabella o diagnostico: Peste (?). As rasões de ordem epidemiologica que n'este caso vejo de grande valor, a estranha marcha da doença que deveras intrigou os assistentes e os negativos exames de sangue na investigação da natureza typhosa, decidem-me a alterar aquelle e escrever um outro.

Diagnostico:—Pneumonia pestosa.

8.ª

Ao pavilhão do hospital em que esta doente estava destacada recolheram as doentes das observações anteriores desde que a seu respeito se levantou a primeira suspeita. Esta aju-

dante a todas tratou e muito naturalmente com mais desvellós do que a alguém que fosse estranho ao pessoal da casa. Então, maior numero de contactos, isto é, maior facilidade de ser contagiada.

A soro-reacção de Widal é suspeita, como só em suspeição se ficou o resultado do exame do escarro já em preparações directas em que de mistura com bacterias muito semelhantes á da peste muitas outras de morphologia distante se apresentaram, já ainda em cultura em que, não deixando de existir uma ou outra colonia de caracteres proximos ás do B. de Kitasato-Yersin, foi totalmente impossivel o isolamento.

Tudo o que exponho e ainda o apparecimento de adenite axillar referida n'outro ponto, levam-me a substituir a inscripção da respectiva tabella «Pneumonia infecciosa. Causa contagio» n'est'outro.

Diagnosticco: — Pneumonia pestosa: — Secundariamente bubão axillar.

9.^a

Faltam aqui todos os dados clinicos e bacteriologicos durante a vida. A rasão é dada no seguinte apontamento:

«Por haver suspeitas de ter falecido de peste e pela circumstancia de ser parente da familia da casa n.º 43 da Pena Ventosa que frequentava, mandou-se proceder á autopsia que teve logar em 24 pelas 10 horas da noute a qual com os exames bacteriologicos demonstrou um caso nitido de peste».

Na casa 43 da Pena Ventosa houve, além de mais dois casos de peste, um fatal, outro benigno, mas em data atrasada, um outro ainda de pestecemia hemorrhagica que terminou pela morte ás 3 horas da tarde de 18-1-900.

Diagnostic: — Pneumonia pestosa. — Secundariamente pleurisia e bubão cervical.

TRATAMENTO

Pouco é o que se me offerece no capitulo do tratamento.

Falha em toda a linha o sôrotherapico na pneumonia pestosa primitiva.

Preventivamente, se se conseguiu a immu-nidade para a fórma bubonica da peste nos ani-maes do laboratorio, e a prova é brilhantissima como se depreheende do relatorio da Commissão Internacional de Soros e Vaccinas aqui reuni-da o anno que passou, nada se obteve para pre-venir o ataque primitivo do pulmão.

Curativamente, os mais dilectos filhos do Instituto Pasteur são obrigados a confessar a inefficacia do sôro, provada em innumer- as experiencias laboratorias e ainda na clinica da peste, não obstante a differente porta de entra-da que ao sôro se offereça.

Visto que a injectão no tecido cellular sub-cutaneo foi nulla nos seus resultados curativos, recorreu-se á via intravenosa que, optima para os casos de pesticemia, é impotente no desenro-lar das lesões pulmonares pestosas primitivas.

Sempre theorisadores, e explicativos para os casos que contrariem a apregoada superio-ridade dos seus productos, apressam-se os fran- cezes do Instituto Pasteur a attribuir a subtile- zas da intimidade organica o nenhum effeito do

seu sôro nos casos de pneumonia pestosa evoluindo.

Assim é que M. Baszarow nos Annaes do Instituto (n.º 5 de 1899) nos diz:

«Il semble en effet, d'après ces expériences, que chaque organe a son immunité à lui, et que l'immunité générale ou absolue n'est acquise que lorsque tous les organes du corps sont immunisés. A cet égard les différents organes ne se comportent pas de la même façon, car il résulte de nos expériences que la rate et le foie, par exemple, sont les premiers vaccinés contre la peste, tandis que le poumon ne vient qu'en dernier lieu. Quelle est la cause de cette infériorité du poumon? S'agit-il d'une question d'aération qui facilite la culture du microbe? Est-elle due à la pauvreté de cet organe en éléments phagocytaires, ou y a-t-il plusieurs facteurs en jeu? Il est évident que ce sont des questions qui nécessitent pour être résolues des études spéciales et approfondies. Contentons-nous donc pour le moment de signaler le fait, sans chercher à en tirer de conclusions».

Não. As visceras não se escalonam para obterem a immuidade. Não esperam vez.

O pulmão em nada fica inferior ao baço e ao figado.

A rasão é muito outra como necessariamente se conclue d'um exame a esta hora cuidada e trabalhosamente feito pelo meu querido amigo Dr. Sousa Junior. A localisação dos bacillos no pulmão — pela arvore aerea, até á profundezza da vesicula pulmonar que se abarrota de

elementos — é que explica o improdutivo das applicações do sôro. A morte n'este caso será produzida especialmente por asphixia. O campo da hematose vai-se reduzindo á medida que verdadeiras rolhas de bacillos amassados com elementos phagocytarios, que no entretanto accorrem á defesa, se depositam nas vesiculas e vedam a entrada do ar.

O sôro, seja qual fôr a porta de entrada, vê sempre fóra do seu alcance o inimigo que procura.

Isto na pneumonia primitiva. Na secundaria — e ainda os laboriosos exames do meu irmão em peste — o B. encontra se amontoado dentro dos capillares do pulmão. Em vez de sangue espessas culturas.

Pelo que fica exposto que esperanças poderá haver no tratamento sorotherapico ?

Previna-se, o collocado em condições de infecção, com os maiores cuidados hygienicos.

Use e abuse do sublimado ou desinfectantes que lhe eguallem, recorde as ordinarias vias de penetração do B., intrincheire-as, e terá instituido o melhor tratamento da pneumonia.

Declarada ella cuide-se do estado geral, evitem-se as infecções secundarias, e atalhe-se qualquer symptoma alarmante. Emfim, quanto possivel augmente-se a duração da doença, chronifique-se. Eis tudo.

Na forma bubonica da peste ensaiou-se, e em alguns casos com resultados favoraveis, a medicação phenicada por via digestiva.

Ha pouco ainda foi tratado assim um caso

de peste bubonica que a principio pareceu iria augmentar a lista do obituario. Tal não succedeu felizmente.

Nos casos das observações o tratamento ou foi o ordinario da pneumonia (n.º 1) ou não o houve, que se saiba (n.ºs 2, 3 e 9) ou adequadamente symptomatico nos casos do hospital. A doente n.º 7 usou a balneotherapia.

NOTA

Ao benedictino leitor que me acompanhou até aqui escuso de apontar as mazellas que por certo frisou na sua leitura, ligeiramente a fizesse.

São essas a que me refiro no começo do 3.º paragrapho das linhas que me servem de prologo. A seu respeito apenas um ponto desejo fixar. Essas mazellas são minhas, só attribuíveis á incompetencia de quem se avantajou a assumpto de tão larga magnitude. D'ellas só eu tomo inteira responsabilidade.

Para algumas é esta esmagadora. Embora.

Eu me livrarei, mais que nos proprios recursos, confiado na benevolencia de quem as aponte.

As outras a que no prologo eu alludo, constituem para mim e para a Repartição em serviço da qual tomei as notas expendidas na dissertação, a mais evidente prova — suprema ironia! — do atrasado d'um povo que mais que tudo apreciava os interesses proprios e exclusivos.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A etiologia da generalidade das fracturas depende de constituição anatomica do esqueleto.

Physiologia — A sulfoconjugação é um dos processos do poder anti-toxico do figado.

Materia medica — A sôrotherapia tende a substituir a therapeutica pharmacologica.

Pathologia externa — É racional o tratamento dos aneurismas pelo sôro gelatinado.

Medicina operatoria — Provado nos casos graves de crup o insuccesso sôrotherapico, decido-me á tracheotomia.

Partos — Repugna-me o sacrificio systematico do filho á mãe nos casos graves de dystocia.

Pathologia interna — É de rigor proceder á electrometria nos casos de paralysis facial de Ch. Bell.

Anatomia pathologica — A peste é uma septicemia hemorrhagica.

Hygiene — No Porto nem as epidemias obtêm melhoramentos sanitarios.

Pathologia geral — Uma epidemia póde tornar-se n'uma endemia.

VISTO.

O Presidente,

Maximiano de Lemos.

PÓDE IMPRIMIR.

O Director interino,

O Monteiro.