

1700

1902

119/11 EMC

ANTONIO DE PAIVA GOMES

Duas palavras

sobre a

Dysenteria

Dissertação Inaugural
apresentada á
Escóla Medico-Cirurgica do Porto



111/11 EMC

PORTO
PAPELARIA E TYPOGRAPHIA AZEVEDO
18—Largo dos Loyos—20

1902

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrauticos

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	Carlos Alberto de Lima.
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 therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Clemente Joaquim dos S. Pinto.
6. ^a Cadeira—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. Correia de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto R. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal e toxicologia	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
13. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina.	Alberto Pereira d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene privada e publica	João Lopes da S. Martins Junior.
Pharmacia	Nuno F. Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica	{ José d'Andrade Gramacho.
	{ Dr. Jose Carlos Lopes.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias.
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	{ José Dias d'Almeida Junior.
	{ José Alfredo M. de Magalhães.
Secção cirurgica	{ Luiz de Freitas Viegas.
	{ Vaga.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

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

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

À SAGRADA MEMORIA

DE

MEU PAE

Não ter Pae... que dolorosa
recordação! Mas... tu não mor-
reste, vives dentro em minh'alma.

A

MINHA MÃE

Ninguém merece mais que tu o doce
nome de Mãe!

Nunca esquecerei quanto te devo.

A

MINHA AVÓ

Sinto-me feliz em ter uma Avósinha
assim!

A MINHAS IRMÃS

Maria Isabel

Ignéz

Maria José

Maria Augusta

E IRMÃOS

José

Acacio

Ernesto

Assim todos bem unidos, acceitae um
sincero abraço do vosso Antonio.

À SAUDOSA MEMORIA

DE

MINHA MADRINHA

Quando ainda te sorria a primavera,
a noite envolveu-te no seu manto!

A INOLVIDAVEL MEMORIA

DE

MEU TIO

Joaquim d'Almeida Leitão Veiga

Gulaste durante alguns annos os meus
passos, por isso eras credor d'osta mes-
quinha homenagem.

AO MEU PREZADO PADRINHO E PRIMO

P.^E ANTONIO TEIXEIRA PINTO GOMES

○ AFILHADO RECONHECIDO.

A MEU TIO

Dr. Antonio Peixeira Pinto Gomes

*Testemunho
de respeitosa veneração.*

A MEUS PRIMOS

Firmino Ribeiro Gomes
Dr. Scipião José de Carvalho
Pedro Veiga
Francisco Cabral Paes
Antonio da Fonseca Pinto Gomes

Um abraço.

AOS MEUS EX.^{MOS} PRIMOS

Dr. Francisco Gomes Teixeira

Pedro Gomes Teixeira

DIGNÍSSIMO CAPITÃO DE ENGENHARIA

Dr. Evaristo Gomes Saraiva

Tributo de gratidão.

A MINHAS TIAS

E A MEUS TIOS

A MINHAS PRIMAS

E A MEUS PRIMOS

Á EX.^{MA} SENHORA

D. Virginia do Patrocínio Castro Silva

Tenho recebido tantas provas de consideração de V. Ex.^a, que seria ingrato se não tornasse aqui bem patente o meu reconhecimento.

AO MEU CONDÍSCIPULO

Dr. Antonio José Pimenta Freire

Que nuvem alguma possa um dia en-
sombrear a nossa amizade de irmãos!

AOS MEUS CONDISCIPULOS

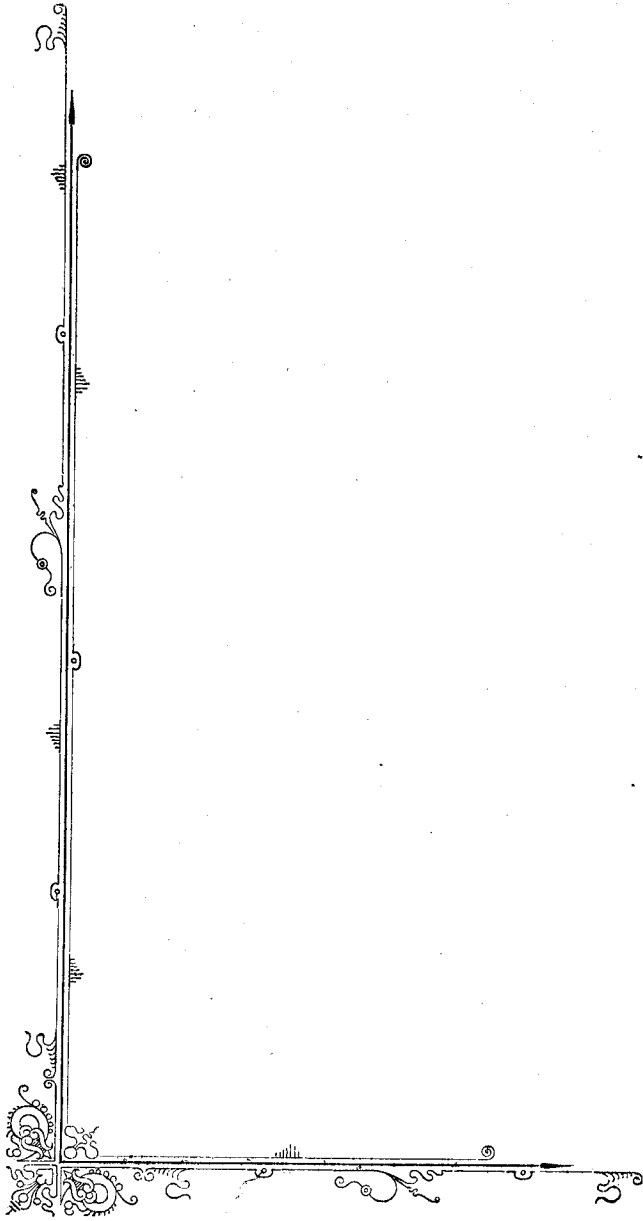
AOS MEUS CONTEMPORANEOS

AOS MEUS AMIGOS

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

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

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas



Dysenteria

Definição

Sou avesso a definições e muito especialmente n'este caso, em que o estado actual dos nossos conhecimentos sobre a dysenteria deixa um pouco a desejar.

Prefiro, portanto, não definir, a dar uma definição aleijada.

Tambem a denominação de dysenteria, por si só, nada nos diz sobre a natureza da doença, razão essa porque talvez tenha prevalecido esta palavra sobre tantas outras, que teem sido propostas para designar a affecção: é a mais commoda, precisamente por ser bastante oca de sentido.

Distribuição geographica

A dysenteria é uma doença universal.
Fazendo o seu apparecimento mesmo nos

paizes frios, onde chega a grassar com certa intensidade, como na Suecia, nos annos de 1853 a 1860, provocando, n'este periodo de oito annos, 20:000 mortes, ella é mais commum nos paizes temperados, aonde não attinge, porém, a gravidade muito particular de que se reveste nas regiões quentes, seus logares de eleição.

De uma maneira geral, a gravidade da dysenteria vae augmentando dos polos para o equador.

Os seus focos de maior intensidade são: na Asia, a India, a Indo-China e as ilhas do archipelago Indo-Malasio; na Africa, as regiões centraes, as costas orientaes (Zanzibar e Moçambique) e as grandes ilhas visinhas (Madagascar, Mauricia e Reunião), as costas occidentaes (Congo, Gabão, Guiné e Senegambia); na America, a America central, as ilhas das Antilhas, especialmente a Martinica e a Guadalupe, e a costa norte da America do Sul.

Etiologia

Passarei em revista n'este capitulo, primeiro as causas apontadas pelos auctores como predisponentes e adjuvantes, para em seguida me occupar da questão tão debatida e delicada, como é a da causa efficiente da dysenteria.

CAUSAS PREDISPONENTES E ADJUVANTES. — Sob esta epigraphie estudaremos: o clima, as doenças anteriores, o abuso dos medicamentos, a alimentação, a idade, a raça, o sexo e a profissão.

CLIMA.—Como vimos no capitulo da distribuição geographica, a dysenteria tem uma grande affinidade para as regiões quentes, aonde reina endemicamente.

Nos paizes temperados e frios, porém, ella é, em regra, accidental e transitoria, com tendencia para apresentar um caracter estacional, coincidindo o apparecimento da doença com os fortes calores de julho, agosto e setembro.

No entanto, é necessario não attribuir uma importancia demasiada ao calor, como causa segunda da dysenteria, porque nem sempre as maiores epidemias coincidem com annos mais quentes.

É assim que, as epidemias de dysenteria no anno de 1817 em Massachusetts, no de 1845 em Alabama, no de 1831 em Namur, no de 1840 a 43 em Plymouth e no de 1841 em Metz, reinaram em condições de frescura atmospherica notaveis.

De mais, muitos paizes isothermicos apresentam a este respeito notaveis divergencias.

As variações bruscas de temperatura, os resfriamentos subitos, contribuem talvez em maior grau, para o apparecimento da doença.

Assim é que, por exemplo, climas como o do Gabão e da Guyana, sensivelmente mais quentes que os da Senegambia e das Antilhas, são, contudo, menos propicios á eclosão da dysenteria.

As variações rapidas do estado hygrometrico do ar, representam tambem um papel apreciavel na manifestação da epidemia.

Ora, todo o mundo sabe que o calor secco, como o frio, se supporta melhor que o calor humido. É então logico pensar, que as oscillações bruscas da hygrometricidade da atmospherá actuem como as da temperatura, perturbando o equilibrio organico, de modo a diminuir o coëfficiente de resistencia animal, preparando assim o terreno para a genese da dysenteria.

DOENÇAS ANTERIORES. — Dispõem singularmente o organismo para a infecção dysenterica, em virtude da debilitação que arrastam comsigo. Ella não perdôa aos cacheticos, o que augmenta muito a sua gravidade nas colonias, em que os emigrados, fatigados principalmente pelo calor, pela diarrhea e pela malaria, succumbem facilmente aos seus golpes.

De resto, é frequente vêr em seguida a epidemias de variola, de typho e de escorbuto, a mortalidade pela dysenteria attingir proporções assustadoras.

USO IMMODERADO DE MEDICAMENTOS. — O abuso de certas substancias medicamentosas, principalmente dos purgantes, é considerado por alguns auctores como essencialmente nocivo nos logares em que a affecção reina endemica ou epidemicamente. A este respeito cita Brault o seguinte caso por elle observado na Algeria:

« Ha alguns annos, diz elle, vi morrer um homem de dysenteria muito grave, com oitenta a cem evacuações por dia. Este individuo, attin-

gido de eczema, estava em tratamento em uma enfermaria; de vez em quando administravam-se-lhe purgantes salinos. Sobrevem uma pequena epidemia de dysenteria; alguns dias mais tarde, em seguida a uma purgação energica, o individuo contrahiu a dysenteria de uma maneira desproporcionada e morreu no hospital no curto espaço de oito dias».

Não é então razoavel suppor que os purgantes repetidos, irritando a mucosa intestinal, prepararam singularmente o terreno?

ALIMENTAÇÃO.—A influencia das causas bromatologicas na genese da doença é incontestavel. Não sómente uma alimentação deficiente ou defeituosa, mas ainda os desvios de regimen, o abuso das bebidas alcoolicas e do opio, podem predispor o campo á infecção.

É assim que se attribue o desenvolvimento de uma epidemia de dysenteria entre os exercitos alliados, que invadiram a França em 1893, ao abuso de fructas verdes.

Sabe-se, além d'isso, que a dysenteria está intimamente ligada á historia das fomes.

As populações da India e da China são dizimadas por esta doença em annos de escassez.

Não me referirei desde já á influencia da agua, porque voltarei ao assumpto mais adeante, estudando os vehiculos do germen dysenterico.

IDADE.—A dysenteria não respeita idade alguma; accomette tanto a creança como o adulto,

ou o velho e se os adultos pagam um tributo mais pesado á doença, é isso devido unicamente a que as suas occupações os expõem muito mais a contrahil-a.

Não fallando em que o numero de adultos é sempre maior.

Em certas colonias, a mortalidade tem sido tão assustadora entre as creanças, que a colonisação é enormemente prejudicada.

É para se furtarem a esse risco, que na India, paiz por excellencia da dysenteria, os funcionarios inglezes confiam os seus filhos a amas, que os conduzem immediatamente para a Inglaterra, aonde são educados.

RAÇA.—Não existe raça alguma com o privilegio da immuidade perante a dysenteria. A resistencia dos indigenas é muito relativa.

Se elles são mais respeitadas que os estrangeiros, é que a experiencia secular lhes ensinou, que tal habito, tal maneira de viver, tal pratica hygienica, os defende mais efficaizmente, como diz Bérenger-Feraud no seu livro sobre a dysenteria.

Vem a proposito referir que a acclimatação não existe, exactamente como para a malaria; muito ao contrario, um primeiro ataque predispõe extraordinariamente a recidivas multiplas e mais graves. Póde-se dizer que a dysenteria attinge um europeu tanto mais gravemente, quanto mais longa tem sido a sua estada nos focos da doença.

O SEXO e a PROFISSÃO não interveem, ou me-

lhor, interveem só de um modo indirecto na eclosão da affecção.

O facto de as mulheres serem mais respeitadas que os homens, tem a sua explicação em que ellas se expõem menos, correm menos riscos.

Quanto á profissão, nenhuma garante o individuo da infecção.

Não admitte duvida, que as profissões penosas podem prestar o seu contingente ás causas predisponentes, mas em virtude da fadiga que occasionam e não pelo mister em si.

Comtudo, o elemento militar é mais rudemente ferido que o civil, mas mesmo isso se explica pelas vicissitudes que trazem consigo todas as guerras.

Causas efficientes

É um dos capitulos mais interessantes do estudo da dysenteria e que tem dado logar a longos e interminaveis debates. Tudo nos leva a admittir que a dysenteria deve a sua apparição a uma causa animada, mas divergem as opiniões sobre a natureza d'esta. Desde os parasitas que occupam um grau relativamente elevado na escala zoologica, até aos microorganismos mais diversos, todos teem sido incriminados, a seu turno, como fautores principaes da dysenteria.

Não nos occuparemos das causas que teem valor puramente historico; falaremos apenas d'aquellas que teem o direito de actualidade — bacterias e amibas.

BACTERIAS. — Para a grande maioria dos auctores, é entre as bacterias que é necessario procurar a causa efficiente da dysenteria.

Chantemesse e Widal, assignalaram um bacillo especial, cuja ausencia era absoluta nos individuos sãos.

Silvestri, indica um diplococco particular, capaz de reproduzir a dysenteria no gato.

Ziegler, diz ter encontrado uma multidão de micrococcos na mucosa e nos vasos lymphaticos da sub-mucosa. Mais tarde, com Klebs, elle constatou a presença de finos bacillos.

Esta lista poder-se-hia alongar com os trabalhos de Prior, Condurelli, Maugeri, etc., porque todos elles julgaram ter encontrado um microorganismo especifico.

Mas, passemos ao microbismo banal da dysenteria.

N'este campo, duas theorias se degladiam: uma, em que é incriminado um microbio ordinariamente saprophyta, ou um microorganismo pathogenico já encontrado em diversas infecções. Outra, mais exigente, não se contenta com um só microbio, reclama uma associação microbiana; nega a especificidade da infecção, considerando-a como de natureza polybacteriana.

Não tratarei de mencionar detidamente cada uma d'estas suppostas causas dysentericas, porque isso envolveria uma perda de tempo inutil.

Parece-me que muitas das causas a que acima me refiro, actuam sómente como causas adju-

vantes na eclosão da infecção, ou agravantes durante a sua marcha.

Enveredarei por o caminho traçado por Chantemesse e Widal e dado a conhecer em uma memoria subordinada ao titulo de: *Le microbe de la dysenterie epidemique*, que foi apresentada em 1888 á Academia de medicina por o professor Cornil. N'este trabalho, cinco casos de dysenteria dos paizes quentes eram relatados.

O microbio apontado era um bacillo de uma a três micras de comprimento, arredondado nas extremidades e muito pouco movel. Os auctores constataram a sua ausencia completa nas fezes dos individuos sãos que nunca soffreram a dysenteria.

Vivamente atacado por todos os lados este estudo, não tardou, porém, a soffrer a sanção de opiniões abalisadas.

Em 1893, Kruse e Pasquale estudaram, na Alemanha, uma epidemia de dysenteria, na qual encontraram ao lado de amibas, o bacillo já assigalado.

Mais tarde, Celli publicou um notavel trabalho sobre o bacillo da dysenteria, em que confirmava a especificidade de um microbio pelo estudo da toxina dysenterica, que pôde extrahir e não duvidou reconhecer que o seu bacillo se identificava com o de Chantemesse e Widal.

Em 1898, o japonéz Schiga publicou a relação das suas longas e aturadas pesquisas sobre um bacillo encontrado em 62 casos de dysenteria e que não differe do de Chantemesse e Widal. Des-

cobriu a sua potencia fermentativa sobre os succos e a faculdade de agglutinação em presença do soro dos dysentericos.

Após os trabalhos de Schiga, as pesquisas confirmativas tem multiplicado. Os sabios americanos Flexner e Strong, Vedder e Duval, o allemão Kruse, os francezes Roger, Morcul e Ricux, tem constatado a presença do mesmo bacillo nas fezes frescas dos doentes, sobretudo nos productos de raspagem da mucosa do intestino grosso e nos ganglios mesentericos.

Caracteres do bacillo

A sua fórma é a de um curto bastonete de uma a tres micras de comprimento, com as extremidades arredondadas. É provido de celhas vibratéis, mas pouco movel.

Ordinariamente apresenta-se isolado, algumas vezes aos pares, mas sem nenhuma tendencia para se agrupar.

Não toma o Gram.

Coagula mais lentamente o leite do que o colli-bacillo. A sua cultura em caldo de carne, adicionado de gelose e glucose, não dá lugar em 24 horas ao desenvolvimento de gazes, contrariamente ao colli-bacillo. O diagnostico differencial reside, porém, principalmente na propriedade que tem de não desenvolver indol no caldo peptonado, á semelhança do bacillo d'Eberth.

Sobre batata, a sua cultura é pouco exube-

rante, amarellada e um pouco secca, ao contrario do colli, que fórma uma cultura luxuriante, mais succulenta e acastanhada.

Em gelose e na gelatina, ella desenvolve-se com mais lentidão que o bacillo de Escherisch, caracter este de que Vedder e Duval tiraram partido para o isolamento do microbio.

Sobre gelatina, as colonias teem um aspecto caracteristico.

No principio, quando são ainda punctiformes á vista desarmada, vêem-se pequenas manchas claras. Mais tarde, tornam-se amarellas e parecem constituidas pela reunião de dois circulos concentricos de côr differente: o interno é mais escuro e o seu contorno um pouco accidentado, o exterior é mais claro, de bordos nitidos. Depois elles perdem a sua córação amarellada para se tornarem esbranquiçados e granuloses. A gelatina não é liquifeita.

O bacillo dysenterico é muito mais sensivel ao acido phenico que o colli, approximando-se assim do bacillo typhico. Tambem é facil applicar para o separar do colli-bacillo, o methodo imaginado por Chantemesse e Widal, para a separação do colli-bacillo do bacillo d'Eberth.

Assim, se em um tubo contendo 10^{cc} de caldo sem peptona, glucosado e gelosado, neutro ou levemente alkalino, se deitarem 4 ou 5 gottas de um soluto phenicado a 5 % e, depois de o ter semeado com materias fecaes dysentericas diluidas, se derrama o meio de cultura em placas de Petri, mettidas durante 12 horas na estufa a 38°

e 40°, observa-se que uma grande maioria de colonias do colli-bacillo se tornou visível á vista desarmada. Marcadas com tinta estas colonias e levadas as placas de novo á estufa, vêem-se apparecer, ao fim de algumas horas, numerosas e finas colonias sobre a gelose.

Estas colonias, cuja appareição foi retardada por o acido phenico, são quasi todas constituidas por bacillos dysentericos.

Este facto é confirmado pela reacção agglutinante de Schiga: faz-se a cultura em caldo addicionado de soro dysenterico e constata-se em seguida a tendencia á agglutinação que experimentam os bacillos.

Este mesmo soro fica sem acção sobre o bacillo de Escherisch.

A virulencia do bacillo dysenterico é muito variavel de um caso ao outro e os effeitos da sua inoculação no cobaio variam naturalmente na mesma razão: as lesões occasionadas vão desde a simples gangrena local, até á septicemia generalisada.

No cão, a ingestão de culturas é seguida de symptomas dysentericos, ás vezes com terminação fatal. (Moreul e Rieux).

Dir-se-ha que estas provas da especificidade bacillar tem pouco valor, visto que são tiradas de experiencias em varios animaes, que não no homem.

Sem duvida; mas recentemente teem-nos sido fornecidos testemunhos tirados mesmo de observações feitas no homem.

Assim, Flexner refere que um individuo, tendo engulido por engano bacillos dysentericos, teve um ataque de dysenteria bem caracteristica.

Strong declara que fez comer a um prisioneiro philipino uma cultura de bacillo dysenterico e que este homem teve uma dysenteria typica, com presenca de bacillos nas evacuações.

A este proposito, não sei que mais admirar, se a acção do medico, obcecado pela paixão scientifica, se a desfarçatez em apregoar o seu crime.

Posto isto, julgo que a especificidade do bacillo descoberto em 1888 por Chantemesse e Widal, fica nitidamente estabelecida.

AMIBAS. — São protozoarios da classe dos rhizopodes, compostas de protoplasma com nucleo nucleolado; são dotadas de movimentos, chamados amiboides, e emittem pseudopodes que lhes servem de orgãos de prehensão.

O seu habitat normal é a agua carregada de materias organicas.

Vivem sobretudo enkistadas na natureza, podendo então, sob esta fórma kistica, esperar longos annos uma nova hydratação para se desenvolverem e reproduzirem.

A fórma kistica é, por assim dizer, uma fórma spectante para o parasita exteriorisado.

Com effeito, encontram-se muito poucos kistos nas fezes frescas, não acontecendo já o mesmo nos excrementos que são mais antigos e um pouco dessecados.

As amibas reproduzem-se por scissiparidade,

quer directamente, quer depois de passarem pela phase kistica.

A presença das amibas nas fezes dysentericas, foi assignalada a primeira vez por Lösch em 1875.

Mais tarde, Koch constatou fórmias amiboides em córtices de ulcerações intestinaes da dysenteria e referiu que, em um caso de abcesso do figado, os capillares do orgão encerravam amibas semelhantes ás do intestino.

Mas, os trabalhos mais notaveis são os de Kartulis que, em 1881, notou nas evacuações dysentericas a existencia de corpos amibianos, descriptos por elle em 1887 sob o nome de Riesenamibes.

Varias tentativas teem sido feitas para cultivar as amibas, mas parece que sem grande resultado.

Mencionarei apenas as experiencias de Kartulis, porque são as que teem maior cotação.

Kartulis ensaiou cultivar estas amibas em diversos meios. Serviu-se primeiro de caldo alkalinizado, em seguida de excremento de coelho e finalmente de uma infusão de palha.

Eis o seu modus faciendi n'este ultimo caso: preparada a infusão com 20 a 30gr de palha esterilizada para 2 litros de agua, elle distribuia o liquido por garrafas aonde deitava algumas gottas de fezes dysentericas frescas; mas, note-se bem, as garrafas eram conservadas desarrolladas. Levadas em seguida á estufa que se conservava á temperatura de 38° a 40°, no fim de 24 a 48 horas, o liquido cobria-se de uma pellicula formada por

bacterias e amibas novas. Os individuos que então se encontram são mais pequenos que os parasitas semeados; são bastante moveis, mas não apresentam pseudopodes.

Ao lado das amibas, encontram-se pequenos corpusculos redondos, brilhantes, dotados de uma mobilidade extrema e tomando muito bem as materias corantes.

Um pouco mais tarde, as pequenas amibas crescem, emittem pseudopodes e é então que se observam corpos arredondados, immoveis, attingindo quanto muito a grandeza de um globulo vermelho; tem um fino contorno, um protoplasma delicado e um nucleo. Schuberg pensa que se trata de esporos.

As amibas morrem bem depressa, se se não addiciona ao meio um caldo neutro, ou levemente alcalinisado.

Kartulis tomava ao mesmo tempo, como testemunhas, fezes de individuos sãos e diarrheicos, cujas culturas nunca deram amibas. Foi isto o que o levou a concluir, que as amibas eram a causa primordial da dysenteria.

Ora, esta asserção é gratuita, visto que o auctor operou em condições um pouco defeituosas. Com effeito, em razão das garrafas serem conservadas desarrolladas, as amibas encontradas podiam provir das poeiras do ar.

Quanto ás testemunhas, ellas poderiam não provar mais que as evacuações normaes ou diarrheicas, addicionadas á infusão de palha, não eram favoraveis ao desenvolvimento das amibas.

Mas, a existencia das amibas no intestino de individuos são tem sido constatada. (Cunningham, Grassi, Calandruccio e Schuberg).

As observações negativas explicam-se talvez por este aviso de Koch, Councilman e Lafleur, que as amibas faltam ás vezes na dejectões apesar de existirem no intestino.

Além d'isso, tem-se notado a ausencia das amibas mesmo nas evacuações dysentericas (Ogata e Laveran) e a sua presença nas affecções mais diversas: cholera, febre typhoide, pellagra, catarrho chronico e diarrhea. (Lewis, Cunningham, Grassi, Massiutin e Calmette).

Do facto de estes protozoarios se encontrarem em individuos são ou affectados de doenças diversas, deprehende Schuberg que a sua abundancia na dysenteria era o effeito e não a causa da affecção; as lesões ulcerativas offereceriam a este parasita vulgar condições mais propicias ao seu desenvolvimento. Comtudo, é verdade que com não menos razão, se poderia pretender que a dysenteria resulta do desenvolvimento anormal das amibas e da grande virulencia que ellas tenham adquirido.

Kruse e Pasquale referem, com effeito, que as amibas das fezes normaes não exercem nenhuma acção pathogenica sobre o gato, emquanto que as amibas das dejectões dysentericas, morphologicamente semelhantes ás precedentes, provocam frequentemente diarrhea e ulcerações quando se injectam no recto do mesmo animal, fechando em seguida o anus por uma sutura temporaria.

Schuberg objecta a estas experiencias, que a obliteração do anus póde, só por si, occasionar as lesões observadas.

Ha auctores que vão mais longe, recusando não sómente ás amibas toda a acção nociva, mas imputando-lhe um papel defensivo do organismo, analogo ao dos phagocytos.

Assim, Cassagrandi e Barbagallo, fundando-se no facto de se terem encontrado no interior das amibas, microbios e diversas particulas solidas, e na observação por elles feita de que, emquanto umas ulcerações dysentericas regorgitam de microbios, outras, ao contrario, são relativamente desprovidas, mas em contraposição abundam em amibas, não hesitam em affirmar que o papel d'estes parasitas é fazer frente aos microbios, pondo-os em cheque, permittindo assim a reparação dos tecidos e impedindo que o processo ulcerativo chegue até á perfuração intestinal.

Attenta a impureza das culturas de Kartulis, como é que se póde pensar em fazer experiencias sérias em animaes, tendentes a apresentar deante do nosso espirito uma dysenteria amibiana?

Mas, para que não sejamos appellidados de parciaes, registaremos duas experiencias, uma de Kartulis, outra de Krusc e Pasquale, consideradas quasi como decisivas por os partidarios da etiologia amibiana.

Kartulis diz ter chegado a obter ao fim de tres culturas, feitas com o pus de um abcesso hepatico que seria exempto de microbios, amibas

perfeitamente livres. Tendo injectado 20^{cc} d'esta cultura em um gato de um mez, suturou em seguida o anus.

Quando tirou os pontos de sutura, ao fim de tres dias, o animal expulsou fezes mucosas misturadas com sangue. Nas evacuações liquidas foram encontradas muitas amibas emittindo pseudopodes e não contendo no seu interior, nem corpos extranhos, nem bacterias. O gato morreu ao decimo nono dia e a autopsia deu os resultados seguintes: « A mucosa do intestino grosso estava œdemaciada e friavel; encontrou-se ali um liquido castanho, bastante viscoso; notaram-se, além d'isso, sobre todo o comprimento d'esta parte do intestino, ecchymoses punctiformes e ulcerações da grandeza de uma cabeça de alfinete, aonde se encontraram muitas amibas analogas ás que é attribuida a dysenteria. Estas ulcerações, porém, eram pequenas, superficiaes e não attingiam a sub-mucosa, como na dysenteria humana ».

Ora, esta observação é falha de auctoridade, porque o proprio auctor reconhece que as lesões encontradas se assemelham muito pouco ás da dysenteria humana.

Além d'isso, foi demonstrado que a obstrucção do intestino realisada á custa da sutura do anus, póde, por si só, occasionar as lesões encontradas á abertura do intestino. Depois, este incommodo circulatorio, esta estase sanguinea, é possivel que favoreça a pullulação das amibas, mas sem que ellas desempenhem papel algum na genese das lesões anatomicas.

A segunda experiencia, de Kruse e Pasquale, consiste em uma injeccão rectal de pus hepatico esteril (segundo elles) de baixo do ponto de vista microbiano; para muitos auctores, isto equivaleria á introducção de uma cultura irreprehensivelmente pura.

O gato submettido á experiencia teria apresentado uma dysenteria amibiana.

Mas, esta observação não tem mais valor que a primeira, como vamos vêr.

Zancarol affirma ter reproduzido no gato a dysenteria e mesmo abcessos do figado consecutivos, pela simples injeccão rectal de pus hepatico esteril.

Celli e Fioca recordam a este proposito, que o pus pôde mostrar-se esteril sobre agar e não o ser em caldo.

Accrescentam que o pus realmente esteril pôde, pelas suas toxinas microbianas, determinar uma entero-colite, quer directamente, quer exaltando a virulencia dos saprophitas habituaes do intestino.

Ha ainda mais: Cassagrandi e Barbagallo mostraram que se pôde determinar uma enterite mortal em gatos novos, injectando-lhes no recto um simples decocto de feno mesmo esterilizado.

Depois de tudo isto, o que é que nos fica da pretensa dysenteria amibiana?

Com franqueza, os argumentos adduzidos em favor da sua existencia, não são de molde a levar ao nosso espirito a convicção absoluta, muito ao contrario, são passíveis de sérias objecções.

Contagiosidade da dysenteria

Algumas notabilidades medicas entre os epidemiologistas negam a contagiosidade.

Assim, Rochard dizia no seio da Academia franceza «que não considerava nunca como contagiosa uma doença que para se produzir em um individuo, não necessitava, nos paizes quentes, mais que uma noite passada ao ar livre, sem se estar sufficientemente coberto.

Encontramos, porém, nos diversos auctores numerosas provas d'este contagio.

Em Kelsch e Kiener recortamos o seguinte exemplo: soldados inglezes, que tinham contraído a dysenteria em Hanau, foram recebidos no hospital de Feckenheim, ficando o hospital bem depressa repleto de dysentericos e feridos. N'este caso a infecção mostrou-se severamente contagiosa, attingindo o pessoal e os habitantes da aldeia.

Strak, que exercia a medicina em Mayence, durante a guerra dos sete annos, viu muitas epidemias coincidirem n'esta região com a passagem ou a estada das tropas; a affecção facilmente se propagou das aldeias ás cidades.

Durante o inverno de 1831 a 32, no campo de Diest, aonde reinava a dysenteria, o exercito belga entrando nos seu focos, disseminou em seguida a doença por muitas provincias da Belgica e isto durante toda a estação rigorosa.

Se passarmos aos paizes quentes, refere-nos

Burlureaux a seguinte observação: na Tunisia, um batalhão do 80.º de linha tinha passado os cinco primeiros mezes de 1882 sem dysenteria. A 15 de junho do mesmo anno, um batalhão de Tabarka veio acampar na sua visinhança, sendo enviados uns vinte dysentericos á ambulancia commum. A doença communicou-se a dois convalescentes do 80.º que succumbiram e a um homem do mesmo batalhão que se curou.

Se se querem outras observações recolhidas nos paizes quentes, encontram-se ainda em Kelsch e Kiener. «Quando eu estava na costa occidental da Africa, diz o doutor Beauchef, o *Aigle* perdeu-se na ribeira de Como; a sua equipagem, depois de grandes fadigas, foi conduzida ao Gabão, aonde muitos homens succumbiram á dysenteria. O *Loiret*, em que eu tinha embarcado, depois ter estado um mez no mesmo logar sem se ter dado caso algum, foi encarregado de repatriar para a Gorêa os homens do *Aigle*, entre os quaes se contavam ainda 29 dysentericos. Alguns dias mais tarde, no mar, a dysenteria tinha attingido toda a nossa equipagem e não cessou senão em Gorêa aonde nós podemos deixar os homens do *Aigle* e os nossos doentes».

A 8 de março de 1861, em seguida á expedição da China, o *Dryade*, foi encarregado de repatriar os doentes de Schang-Hay, Hong-Kong e Saigon; havia principalmente dysentericos e tuberculosos.

Os homens válidos que dormiam nas entrepontes, muito perto dos doentes, foram attingidos,

ao passo que aquelles que ficavam na coberta foram respeitadas.

Para que citar mais exemplos? Os expostos fornecem-me já umas escóras sufficientemente solidas para affirmar que, quer se trate da dysenteria dos paizes quentes, quer dos paizes temperados, em terra ou no mar, o contagio é innegavel.

Esta contagiosidade parece não poder residir senão nas materias fecaes evacuadas, frescas ou dessecadas.

Relação do agente dysenterico com os meios naturaes

SOLO.—Para muitos auctores, o agente da dysenteria teria o solo por habitat normal.

Com effeito, ha um certo numero de observações que pleiteiam em favor d'esta hypothese.

Assim, a predilecção da dysenteria pelas aldeias, pelos campos, que faz com que seja essencialmente uma doença rural.

Além d'isso, ha exemplos friçantes de que a estada no solo das materias fecaes cria focos epidemicos.

Czerniki refere a este respeito a historia de uma epidemia no campo de Châlons, bastante elucidativa.

Os alojamentos de Vadenay e Piémont, situados á distancia de 4 kilometros um do outro no dito campo, foram occupados, no mez de julho, por um regimento que teve alguns casos e no

mez de agosto, por outro regimento em que se declarou uma epidemia de dysenteria muito severa.

Occupados os mesmos alojamentos, em fins de agosto, por um regimento de dragões, a doença manifestou-se sete dias após a sua chegada e em poucos dias a epidemia tornou-se muito grave. A doença diminuiu consideravelmente quando foram aterradas umas fossas que ali existiam e que tinham servido aos dysentericos.

Como se vê, a dysenteria tem por assim dizer uma raiz no solo.

Alguns auctores, foram mais longe, querendo encontrar relação entre a natureza do terreno e a doença. Diziam que os terrenos de origem vulcanica eram em extremo propicios ao desenvolvimento da dysenteria, o que já não acontecia com os terrenos de alluvião.

Para deitar por terra esta hypothese, bastará lembrar que na Martinica, aonde o solo é alluvionar, como em Fort-de-France, e vulcanico, como em Basse-Pointe, a doença grassa com a mesma intensidade em todos os pontos. Resta saber como n'estas epidemias de origem, por assim dizer, tellurica, os germens dysentericos chegam até nós.

É o ar ou a agua que serve de vehiculo?
É o que vamos vêr.

AR. — Brault liga uma grande importancia ás poeiras atmosfericas.

Assim é que, diz Brault, o agricultor que re-

move a terra, ou o soldado em campanha, estão mais expostos a esta doença essencialmente rural.

De facto, é racional admittir que as materias fecaes deseccadas sobre o solo, ou mesmo sobre quaesquer peças de vestuario ou do leito, possam, depois de reduzidas ao estado de poeiras, fluctuar pelo ar.

Bertrand cita uma epidemia que grassou em uma caserna atravessada a todo o comprimento por um cano de esgoto, que communicava com o exterior e conduzia accidentalmente materias fecaes, impregnando o ar de gazes mephiticos.

Brault refere tambem uma epidemia que sobreviveo em uma caserna, em que as retretes eram improprias e não tinham sido limpas desde muito tempo.

A epidemia decresceu desde o dia em que foi interdicto o uso das latrinas e acabou por cessar completamente.

Posto isto, podemos considerar o ar como um vehiculo dos germens dysentericos.

AGUA.— Para a maior parte dos auctores que se tem occupado da questão, a agua da alimentação é o transmissor ordinario da dysenteria e os factos accumulados em favor d'esta hypothese são de tal modo convincentes, que a idéa bem depressa se transformou em uma verdade scientifica.

Começando por referir algumas observações recolhidas nos paizes temperados, encontramos

em Kelsch e Kiener a seguinte, relatada por Read e feita em Metz em 1870: o regimento de Bearn, que occupava a caserna de Chambière, tinha em agosto e setembro 97 dysentericos, ao passo que os outros regimentos não tinham senão 7 a 13. Ferido d'esta differença e não encontrando nenhuma outra causa, eu examinei, diz Read, os poços que forneciam a agua para o consumo ordinario.

Pela analyse rigorosa a que procedi, encontrei nos dois poços affectos ao regimento de Béarn uma agua selenitosa, abundante em sulfureto de potassio, que lhe era fornecido por as materias feacas das retretes situadas junto d'estes poços.

Banida esta agua dos usos communs, oito dias mais tarde, os casos de dysenteria tinham diminuido sensivelmente e não mais se tornou a notar differença notavel entre os diversos regimentos.

Brault cita a seguinte observação por elle feita em Cherbourg de 1885 a 87.

Nós tinhamos na guarnição, diz Brault, duas especies de epidemias: a febre typhoide e a dysenteria.

As tropas que se não serviam da agua do Divette, que alimentava Cherbourg, eram relativamente indemnes; aquellas, ao contrario, que a consumiam, eram atacados em fortes proporções. A contaminação d'esta agua era feita por intermedio dos agricultores, que fertilisavam os seus terrenos com os productos das fossas, que elles vinham buscar á cidade. Quando em seguida a

esta adubação sobrevinham chuvas torrencias, as immundicies eram arrastadas ao longo dos canaes de irrigação para o ribeiro.

Se passarmos agora aos paizes quentes, os factos pullulam.

É corrente, com effeito, nas regiões tropicaes que a ingestão de certas aguas determinam a dysenteria. Na Cochinchina, na India e na China, alguns rios ou ribeiros gosam a este respeito de uma merecida reputação.

Segundo Lalluyaux d'Ormay, na Cochinchina fazia-se surgir ou desaparecer a dysenteria, consumindo-se certas aguas, ou suspendendo o seu uso.

Em Guadelupe, a dysenteria era frequente e grave entre as tropas que se serviam da agua da ribeira de Dugomissier; grandes cisternas foram construidas para recolher as aguas das chuvas, que os soldados unicamente bebiam desde então e a doença desapareceu quasi completamente.

Calmette sustenta que, na Cochinchina, o uso do filtro Chamberlain reduziu consideravelmente o numero de casos de dysenteria e diarrhea dos Europeus.

Assim é que, refere elle, na capital do departamento de Soctrang, a administração mandando installar um filtro de cem velas de porcelana, ao qual se vinham abastecer todos os Europeus e muitos Amanitas, caso algum mais de dysenteria, de diarrhea, ou de cholera, tem sido assignalado n'esta localidade, se bem que ella

fosse outr'ora das mais insalubres da Cochinchina.

Não me posso furtar ao desejo de mencionar mais um exemplo frisante da influencia que póde representar a agua na dysenteria.

É-nos elle fornecido por o doutor Payne que o colheu em Calcutta.

No asylo de alienados, em um dado momento, numerosos casos appareceram; fez-se uma investigação e descobriu-se que os loucos bebiam agua de uma cisterna visinha das retretes.

Supprimida a cisterna, viu-se a epidemia de dysenteria decrescer rapidamente.

Em Calcutta, antes dos grandes trabalhos hydraulicos executados por os inglezes, a dysenteria era muito frequente. Desde, porém, que a agua filtrada é distribuida pelas casas, a doença diminuiu em proporções enormes.

Parece-me, pois, poder affirmar afoitamente que a agua é o vehiculo vulgar da dysenteria.

Anatomia pathologica

As lesões características da dysenteria são limitadas ao intestino grosso e a sua frequencia vae augmentando do cœcum para o anus.

Á autopsia, é de regra, que o intestino doente não apresente lesão apparente no exterior; mesmo nos casos mais intensos, a tunica peritoneal fica geralmente indemne. As suas paredes parecem simplesmente espessas á palpação.

O aspecto da mucosa varia com o grau de malignidade dos casos e ainda segundo se observa nas phases iniciaes da doença (dysenteria aguda), ou em um periodo mais avançado, quando a affecção tem tido uma duração longa (dysenteria chronica).

Kelsch e Kiener, que teem profundado este assumpto, mostraram que, em ultima analyse, apesar do aspecto variado das lesões, ellas se resumiam em escharas de dimensões variaveis, dando logar, pela sua eliminacão, a uma *perda de substancia*.

Dysenteria aguda

FÓRMA BENIGNA, fôrma ulcerosa de Kelsch e Kiener.—É a mais commum, sobretudo nos climas temperados; caracteriza-se pela formação de escharas seccas, interessando mais ou menos profundamente a mucosa e que, pela sua queda, deixam ficar ulceracões.

Estas escharas apresentam-se, umas vezes, debaixo do aspecto de pequenas nodosidades, variando de grossura desde uma semente de linho a uma ervilha, outras, sob a fôrma de placas amarelladas.

Os phenomenos reaccionaes da mucosa em torno das partes mortificadas, são muito moderados e por vezes até não existem, segundo a opiniao de Brault.

Seja como fôr, a histologia não varia, apesar d'estes differentes aspectos.

Podem-se considerar tres zonas no processo; uma central, granulosa, vitrea, constituida por elementos cellulares completamente fundidos e refractarios aos reagentes corantes.

A zona média, que cerca a precedente, aonde se observam infiltrações leucocytarias e extravasações sanguineas. Aqui, a necrose não é completa, os elementos são ainda reconheciveis, mas as cellulas epitheliaes ou conjunctivas já não tem nucleo.

A zona externa, mais ou menos extensa, está simplesmente tumefacta e constatam-se ahí: infiltrações embryonarias, thromboses vasculares, glandulas hypertrophiadas e raras hemorragias.

Os folliculos fechados, aos quaes certos auctores querem fazer representar um papel preponderante, quando se encontram na zona morbida, experimentam a mesma necrose que os outros tecidos.

A alteração d'estes elementos é puramente contingente.

Destacada a eschara, a pequena ulceração que resta apresenta os bordos inchados, irregularmente arredondados e talhados obliquamente.

O seu fundo é coberto por uma pseudo-membrana, resultante da degenerescencia vitrea que experimentam os leucocytos ahí accumulados.

Estas ulcerações progridem principalmente á custa da sub-mucosa, cavando assim galerias que fazem communicar as ulceras entre si e arrastando d'esta fórma descolamentos importantes.

Quando a reparação se faz, o que é vulgar

n'esta fórma, persiste um ligeiro adelgaçamento da mucosa, raras vezes uma depressão cicatricial apreciavel.

No intervallo das ulcerações e das escharas, a mucosa apresenta as lesões do catarrho agudo: hypersecreção das glandulas em tubo, infiltração leucocytaria e por vezes hemorragia do stroma.

Dos folliculos fechados já falámos.

FÓRMA GRAVE.—N'esta fórma, baptisada por Kelsch e Kiener com o nome de «fórma gangrenosa humida», a lesão elementar é, com effeito, constituida por uma placa de gangrena humida, proeminente á superficie do intestino, arredondada, molle e repousando sobre uma base oedematosa. A côr varia desde o amarello acinzentado até ao castanho escuro, tomando o seu centro a coloração negra, propria da gangrena.

Seccionando estas escharas, vê-se apparecer uma especie de pus ou uma borra purulenta. Na zona central esphacelada, póde-se ainda distinguir o stroma infiltrado de lencocytos, vasos dilatados e com thrombus e glandulas retrahidas com cellulas sem nucleo. Encontram-se ainda bacterias e granulações negras caracteristicas da gangrena.

A transição com a parte san, faz-se por intermedio de uma zona em que as cellulas são reconheciveis, mas sem nucleo. Esta zona é diffusa, mal limitada, emquanto o processo necrosico está em via de extensão. Parado, porém, o esphacelo, vê-se o que se produz sempre com a gangrena:

um sulco de eliminação e uma orla hyperhemica limitando a placa; comtudo, esta demarcação não tem a nitidez que se nota ao nível do tegumento externo.

Umaz vezes, as lesões invadem a mucosa em superficie, podendo attingir as dimensões da palma da mão, outras, caminham para a profundidade e, depois de ganharem a musculosa e serosa, mostram-se á superficie do intestino sob a fórmula de manchas vermelho-vinosas que se tornam cinzentas no centro e podem terminar pela perfuração.

Quando a eliminação da eschara tem tido lugar, fica uma ulcera de fundo putrilaginoso e bordos talhados a pique, a qual, depois de limpa, nos mostra á periphèria uma orla hyperhemica, mas não se constata gemmação manifesta, e isto devido, sem duvida, a que os doentes teem succumbido rapidamente.

A dysenteria gangrenosa pôde ser primitiva ou secundaria, sendo esta ultima qualificada por Kelsch e Kiener de *ulcero-gangrenosa*, porque ao lado das lesões da necrose secca, observam-se as da gangrena humida.

N'estas duas fórmaz de dysenteria, o intestino delgado não apresenta alterações visiveis á vista desarmada; comtudo, pelo exame microscopico, Kelsch e Laveran constatarem a existencia de uma enterite catarrhal, attingindo todo o comprimento do ileon: hypertrophia dos folliculos fechados, espessamento da mucosa por um tecido de nova formação, que deforma ou atrophia as glandulas em tubo.

Dysenteria chronica

Os individuos que succumbem a esta fôrma, são geralmente de uma magreza esquelética.

As paredes do intestino grosso, espessadas e duras, em consequencia do processo escleroso de que foram a séde, podem attingir 1 a 1cm,5 de espessura.

As lesões variam de aspecto de um extremo ao outro; é um mixto de escharas, de ulceras em via de evolução ou de reparação e de cicatrizes ou bridas fibrosas occupando o logar de antigas perdas de substancia.

Comtudo, as lesões não ficam limitadas ao intestino grosso.

O ileon, em todo o seu comprimento, é geralmente adelgado, pallido e transparente; ás vezes o adelgamento é tão accentuado, que o intestino se assemelha a uma membrana de baudruche.

A causa d'esta modificação foi posta bem em evidencia por Kelsch: a mucosa, atrophiada por a esclerose que a invade, é apenas representada por uma delgada lamina de tecido fibro-cellular encerrando vestigios de fundos de sacco glandulares.

É esta atrophia que, tendendo a transformar o intestino delgado em um tubo inerte, nos dá a razão da gravidade da dysenteria chronica.

Symptomatologia

Ha razões para descrever separadamente a dysenteria aguda e a dysenteria chronica, admitindo a primeira uma fôrma benigna e outra grave.

DYSENTERIA AGUDA.—Começarei por analysar detalhadamente os symptomas cardinaes sobre que assenta o edificio da dysenteria e alguns symptomas accessorios, para em seguida me occupar das fôrmas e variedades de fôrma que a doença póde revestir.

Os symptomas cardinaes são tres: caracter particular das dejecções, tenesmo e dôres abdominaes.

CARACTER PARTICULAR DAS DEJECÇÕES.—As evacuações fornecem um signal precioso. No inicio da doença, são biliosas e por vezes sangren-tas. Pouco a pouco, as evacuações tornam-se viscosas e começam a conter grumos amarellados, com laivos de sangue. A pigmentação biliar, assim como o cheiro fecal, desaparece.

É sómente n'este periodo que as materias alvinas apresentam o caracter distinctivo da dysenteria aguda; as evacuações assemelham-se a branca d'ovo estriada de sangue, sendo comparadas, por alguns auctores, a escarros pneumonicos de que ellas apresentam todos os caracteres objectivos: a viscosidade, a transparencia e a côr avermelhada.

À medida que a affecção progride e que, portanto, as lesões se estabelecem, as fezes modificam-se a seu turno: tornam-se liquidas, assemelhando-se a caldo de carne e bem depressa a fetidez augmenta até se tornar intoleravel. No meio d'esta serosidade, nadam retalhos de mucosa ulcerada e destacada.

Estes retalhos são de dimensões muito variaveis, podendo toda a mucosa da luz do canal destacar-se em bloco, apparecendo nas evacuações verdadeiras mangas mucosas.

Chevers refere que tem visto muitas vezes quasi toda a mucosa ser expulsa sob a fórma de um tubo.

Quando o processo é muito grave, isto é, quando se trata da fórma gangrenosa humida, as fezes tornam-se mais fetidas, se é possível, e um pus côr de chocolate, semelhante ao de certos abcessos de estreptococos, mistura-se-lhes em quantidade variavel.

É de notar que, no meio de tudo isto, apparecem, de quando em quando, materias fecaes moldadas.

Além da sua natureza especial, as dejecções dysentericas caracterisam-se pela sua frequencia e a sua minima abundancia.

A frequencia das evacuações dá-nos a medida da gravidade da situação; o numero d'estas pôde ir de 10 a 50 nos casos benignos, podendo nos casos graves attingir a cifra espantosa de 200 evacuações em 24 horas. Zimmermann diz ter observado mesmo 200 no espaço de 12 horas.

As dejecções, excepto no periodo prodómico, são muito pouco abundantes, reduzidas ás vezes a um novello mucoso do volume de um escarro: são verdadeiros escarros do intestino que assim o doente expulsa.

Nos casos graves, o numero total das fézes evacuadas póde elevar-se a tres, quatro e cinco litros, o que não é de admirar se attendermos ao extraordinario numero de defecações.

Alguns auctores, como Bertrand, teem insistido sobre a córação das materias expulsas, querendo attribuil-a a microorganismos chromogenicos.

É assim que o colli-bacillo predominaria nas fezes puré de ervilhas, o bacillo pyocianico nas fezes verdes, o estaphylococco amarello nas evacuações amarellas, etc.

TENESMO.—Consiste em uma sensação dolorosa de tensão e constrictão na região anal, com desejos incessantes e as mais das vezes infructiferos de defecar.

As alterações de que o recto é a séde, provocam uma sensação quasi continua de peso, de tensão, ou de corpo solido a expulsar; d'ahi as necessidades insuperaveis e repetidas de evacuação, os puxos, ou falsos desejos, seguidos de esforços estereis, ou terminados pela expulsão penosa de uma quantidade insignificante de materias fecaes.

Cada tentativa de exoneração, é seguida de dôres extremamente vivas, sob a fórmula de queimadura, de laceração, que persistem mais ou

menos tempo e submettem o doente a um verdadeiro supplicio.

O conjuncto d'estas perturbações locais, constitue o que se chama o tenesmo; este póde propagar-se ao colo da bexiga e dar lugar á dysuria.

Tem-se querido explicar o tenesmo pela contracção convulsiva do esphincter. Porém, Trousseau mostrou que o anus, em lugar de ser estreito e fechado nos dysentericos, é largamento aberto, a ponto de permittir a introduccção de cinco dedos.

Não é mesmo raro observar a paralysisa do esphincter e do elevador do anus e, no emtanto, os puxos e o tenesmo continuam a produzir-se.

Os esforços repetidos de defecação podem determinar a procidencia do recto, accidente commum em crianças.

DÔRES ABDOMINAES.—Ligadas ás alterações do intestino grosso, as dôres abdominaes variam de intensidade com a extensão das lesões.

Estas dôres podem ser espontaneas ou provocadas.

As dôres espontaneas manifestam-se por colicas intermittentes.

Algumas vezes as dôres são generalisadas a todo o abdomen; mas, mais geralmente, seguem o trajecto do colon e terminam na bacia.

A sua séde habitual é o hypogastro e a fossa iliaca esquerda, regiões estas que estão em relação com os segmentos do intestino em que as lesões são mais frequentes.

Nos casos benignos, as dôres são passageiras, não apparecendo senão no momento em que ha necessidade de defecar e diminuindo logo após este acto.

Nos casos graves, porém, ellas são mais frequentes, exacerbantes, produzindo-se muito tempo antes da necessidade de evacuar e mesmo nos intervallos; cada evacuação attenua-as, mas raras vezes as faz desaparecer.

A pressão exercida sobre o intestino grosso, provoca uma dôr mais ou menos viva. Por vezes todo o tracto do colon está hyperestesiado, mas é sobretudo ao nivel da fossa iliaca esquerda e, nos casos benignos, n'este ponto sómente que a pressão determina dôres accentuadas.

Os movimentos são mesmo dolorosos, em consequencia do que o doente se immobilisa na melhor posição, deitando-se de lado com as coxas flectidas sobre o abdomen.

A intensidade das colicas está geralmente em relação com a gravidade da doença, mas esta regra não é absoluta. Ha casos em que este symptoma se attenua á medida que o perigo augmenta e outras muito graves desde a origem, em que elle pôde faltar inteiramente.

É assim que, quando a gangrena apparece na mucosa, as dôres diminuem com os progressos da mortificação e mesmo desaparecem, desde que o esphacelo da mucosa é completo.

Nos casos muito graves desde o seu inicio, em que se constata uma ausencia total de colicas,

parece, segundo Dutroulau, que o estupor precedeu a gangrena.

De entre os symptomas accessorios, destaca-se a febre como mais digno de menção.

FEBRE.—A doença pôde evoluir debaixo da fórma grave sem determinar uma notavel elevação thermica.

A febre é mesmo tão inconstante, que alguns auctores a consideram como excepcional.

Assim, segundo Dutroulau (nas Antilhas), não se constata reacção febril na maioria dos casos; segundo Cateloup (na Algeria), a menos de complicações, a dysenteria é apyretica.

De facto, diz Veillard, o estado febril não entra nos attributos fixos da dysenteria pura, exempta de toda e qualquer complicação; quando existe, precede raras vezes o inicio da doença, apparece com os signaes confirmados e não se manifesta senão durante os tres ou quatro primeiros dias.

Algumas vezes até, o doente queixa-se de uma sensação de frio.

Em geral, a elevação de temperatura não excede 39 graus. Afóra a febre, não é raro observar nauseas e vomitos.

A secreção urinaria pôde ser quasi supprimida e a micção tornar-se penosa; algumas gotas de urina são expulsas á custa de violentos esforços. Ha egualmente tenesmo vesical.

A sêde é intensa, a voz é as vezes debil, a lingua apresenta-se vermelha, descarnada,

Vejamos agora as diversas fórmãs e variedades de fórmula que a dysenteria nos apresenta.

FÓRMA BENIGNA.—Esta fórmula, a que os auctores chamam ainda dysenteria branca, principia bruscamente; sobrevem desde o inicio uma diarrhea abundante, com ou sem colicas. Ha um pouco de estado saburral, anorexia, amargor na bocca e vomitos biliosos.

As evacuações parecem um puré, umas vezes acinzentado, outras amarello ou mesmo verde, segundo que as materias fecaes são mais ou menos córadas por a bilis.

O doente sente ás vezes calafrios erraticos, ha egualmente algumas dores de curvatura, sobretudo nos membros e na região lombar. No fim de alguns dias, dois a tres, o periodo de estado sobrevem, as evacuações tornam-se frequentes, de 20 a 60 em 24 horas.

Estas fezes são mucosas, dispostas de vez em quando em novelos, algumas vezes estriadas de sangue. No meio d'estas fezes apparecem ás vezes scyballas.

O ventre é doloroso á pressão. Ha colicas e tenesmo, de que já fallei.

As urinas são córadas e por vezes albuminosas; nota-se dysuria e as nevralgias e arthropathias não são raras. A febre, quando existe, é moderada, o pulso é fraco, a face é pallida, sobretudo no momento dos puxos ha uma mudança consideravel nas feições, as orbitas são excava-

das, a voz é debil e a força muscular está muito enfraquecida.

Este periodo de estado dura 8 a 15 dias, sobrevivendo em seguida o declive da doença; as evacuações vão-se espaçando cada vez mais, já não são muco-sangrentas, apparecem moldadas e com a córação normal. A convalescença é bastante longa.

Esta dysenteria benigna, que se vê sobretudo nos paizes temperados, comporta muitas variedades cuja denominação é tirada do symptoma predominante que lhe serve assim de eti-queta.

Quando a doença é benigna, recebe o nome de catarrhal, quando a febre é intensa, chama-se inflammatoria.

A variedade biliosa é aquella em que uma diarrhea biliosa e vomitos da mesma ratureza precedem a installação da doença, havendo em certos casos uma breve ictericia.

Nota-se egualmente chephalea, accompanhando-se de insomnias e agitação, sendo o estado febril relativamente elevado.

Haveria ainda a variedade rheumatismal, que as velhas theorias consideravam como uma dysenteria á frigore e que não é outra coisa que uma variedade de dysenteria caracterizada por manifestações articulares e nevralgias, ou melhor trata-se antes de complicações articulares e nevralgicas e não de uma fórna especial de dysenteria,

FÓRMAS GRAVES.—Aqui encontramos ainda uma complicação de variedades.

Ao passo que as fôrmas benignas correspondem antes á fôrma anatomica de gangrena secca, as variedades graves estão especialmente em relação com a fôrma anatomica de gangrena humida.

Consideram-se aqui tres variedades principaes: hemorrhagica, typhoide e cholericforme.

A variedade hemorrhagica é caracterizada por o exaggero do fluxo sanguineo intestinal e pela tendencia ás rupturas vasculares nas mucosas, no tecido cellullar e na pelle. É assim que se observam epistaxis profusas, ecchymoses, phlyctenas purpuricas, hemoptises e mesmo hematurias.

Estes symptomas podem-se acompanhar de perturbações ataxo-adynamicas e, em rigor, estamos cahidos na variedade seguinte.

A variedade typhoide grassa sobretudo entre individuos em que o coefferente de resistencia physiologico está muito enfraquecido pela fome, pelas doenças anteriores, pela miseria ou más condições hygienicas.

N'este caso, a febre toma o character remittente e ás vezes continuo.

A lingua secca, com aspecto de carne assada, assemelha-se á lingua de papagaio do typhoso, os dentes são fuliginosos, o halito é fetido. O ventre, em logar de estar deprimido, apresenta-se abaloado, os vomitos e a cephalea manifestam-se.

Umaz vezes ha delirio, outras phenomenos comatosos.

A terminação mais frequente n'este caso é pela morte.

A variedade cholericome ou algida é descripta por Brault, que observou alguns casos na Algeria, da seguinte fórma:

«No principio da affecção tudo faz recordar o cholera; em algumas horas, o doente tem mudado de aspecto, o facies é o de um cholericome, as orbitas são profundamente excavadas, o nariz afilado, a face terrea e a voz muito debil.

As extremidades são cyanosadas e frias, o pulso torna-se filiforme e em certos doentes constatam-se temperaturas de 35°.

Bem mais, a maior parte apresenta vomitos liquidos abundantes e evacuações da mesma natureza com grumos que semelham os grãos riziformes do cholera.

Ha, além d'isso, caimbras extremamente dolorosas».

Vê-se então que o cortejo symptomatico nos conduz antes ao cholera que á dysenteria. Lançando mão, porém, do diagnostico bacteriologico e desde a apparição das evacuações mucosangrentas que succedem ás abundantes evacuações do principio, a duvida desvanece-se.

Em dez d'estes casos que tenho observado, diz Brault, só vi curar tres doentes e todos os outros succumbiram no espaço de 8 dias a tres semanas. As lesões do intestino eram espantosas,

acrescenta elle; tratava-se de fórmas gangrenosas da mais alta gravidade.

O prognostico é, portanto, tão grave como o do cholera.

Quando a dysenteria aguda termina pela morte, a prostração accentua-se, as evacuações tornam-se cada vez mais fetidas e frequentes, o doente é preso de soluços, o resfriamento augmenta, o pulso é filiforme, a respiração anhelante, os labios violaceos e o doente succumbe á asphyxia. Alternativas de melhoras e peoras podem preceder a morte.

Nos casos, porém, em que a intensidade dos symptomas afrouxa, as forças reapparecem gradualmente, as evacuações diminuem de frequencia e retomam os caracteres normaes a pouco e pouco; a cura é a terminação forçada.

Finalmente, a dysenteria póde passar ao estado chronico; a dysenteria aguda, principalmente nas regiões tropicaes, tem uma perigosa tendencia para terminar d'esta maneira.

DYSENTERIA CHRONICA.—O seu modo de apparição é variavel. Umas vezes succede directamente a um unico ataque de dysenteria aguda; mas este é o modo menos commum. Habitualmente, estabelece-se em seguida a muitos ataques de dysenteria aguda. Como se sabe, as recidivas ou as rechidas são frequentes nos fócos endemicos da doença, podendo certos doentes contar até 12 ou 15, no espaço de um anno. É depois de

um numero variavel de recahidas, que o estado chronico se constitue definitivamente.

Em outros casos, a doença toma o character chronico desde o principio e isto principalmente nos escorbuticos, paludicos, nos individuos cacheticos por uma causa qualquer: idade, miseria, etc.

Kelsch e Kiener ainda admittem uma outra fórma: a dysenteria latente com ulceras solitarias. A affecção passa desapercibida debaixo do ponto de vista clinico; é necessario que uma doença intercorrente sobrevenha, pondo termo á vida, para, pela autopsia, nós constatarmos a existencia de ulceras dysentericas torpidas no coecum e no colon.

Os symptomas intestinaes são fracos: ha alternativas de constipação, de diarrhea e de estado normal, existindo ás vezes uma dôr surda na região coecal e mesmo ao longo do colon.

As evacuações são geralmente dysentericas, assemelhando-se a um puré cinzento em que as materias alimentares são pouco alteradas; ás vezes encontram-se fezes acastanhadas ou mesmo purulentas. A frequencia das evacuações varia, sem ser no emtanto nunca grande; o frio, a ingestão de liquidos, ou de quaesquer alimentos, podem sollicital-as.

O doente não sente, porém, nem puxos, nem tenesmo; este ultimo é substituido por uma sensação dolorosa de peso no anus.

O direito de primazia cabe ás perturbações digestivas, que se traduzem por uma dyspepsia

extremamente rebelde, de uma maneira geral, por uma impotencia funcional de todos os orgãos encarregados da elaboração digestiva.

O appetite não é, entretanto, abolido, a maior parte das vezes encontra-se mesmo exaggerado, sendo necessario manter uma lucta constante com o doente que quer comer a todo o custo alimentos que de maneira alguma pôde digerir.

As digestões são muito lentas e, se o doente come alguma coisa solida, a diarrhea reaparece. Os vomitos são frequentes e mais ainda as evacuações lyentericas. A persistencia e rebeldia d'estes symptomas, conduzem bem depressa ao que se appellida de *cachexia dysenterica*:

A pelle é secca, pergaminhada, algumas vezes de côr terrea, que Desganettes comparou á côr do velho bronze. O doente emmagrece em extremo, é como que um esqueleto ambulante, dir-se-hia que a pelle está em riscos de ser perfurada por os ossos.

O ventre é profundamente excavado e, por assim dizer, collado á columna vertebral. A lingua, despojada do seu epithelio, vermelha, fissurica e mesmo sangrenta, podendo-se vêr á sua superficie indutos devidos a crostas sanguineas; as gengivas podem igualmente sangrar, o halito é fetido. Ha dysuria e as urinas, muito raras, são espessas e carregadas de muco. A pressão sobre o abdomen é dolorosa ao longo do colon.

A temperatura é a dos famelicos; tem-se observado até 34°. A circulação peripherica é de-

feituosa, o pulso é pequeno e as pulsações cardiacas são fracas e surdas.

No fim, podem-se encontrar ulcerações na cornea, na bocca e na pharynge; formam-se escharas ao nivel dos cotovellos, dos trochanter e do sacro.

A intelligencia é conservada ou pouco menos, até ao ultimo periodo. Notam-se ainda cedemas, communs de resto a todos os cacheticos. O doente é sempre extremamente sensivel ao frio e, ainda que a temperatura ambiente se conserve elevada, ha necessidade de o aquecer por meios artificiaes.

L. Collin descreveu, em um caso de morte, sugillações sanguineas, violaceas, arborescentes e produzindo-se no epigastro.

Brault diz tambem ter notado algumas vezes estas sugillações, em diversos pontos sobre individuos esqueleticos.

A terminação mais habitual da dysenteria chronica é pela morte; esta tem logar por esgotamento progressivo do doente, que se extingue por inanição, como uma lampada a que faltasse o combustivel.

Ao lado d'esta fórma grave, ha, comtudo, fórmas attenuadas. O individuo attingido apresenta sómente algumas colicas surdas, muitas horas após a refeição, alternativas de constipação e diarrhea, e expulsa alguns retalhos de membranas. Este estado póde durar 15 a 20 annos sem trazer comsigo perturbações sérias á nutrição, contanto que o doente não se entregue a desvios de regimen.

Alguns auctores descrevem ainda dysenterias chronicas parciaes, localizadas umas vezes á parte inicial do intestino, outras á terminação d'este.

No primeiro caso, diz-se que ha typhlite dysenterica, no segundo, rectite.

Como corpo de delicto, encontram-se ulcerações, ou mesmo uma só ulceração, que occasiona algumas dôres ao nivel da região attingida, dôres estas que augmentam no momento da passagem das materias fecaes.

As materias fecaes podem apparecer de quando em quando estriadas de sangue. Finalmente, na rectite podem existir tenesmo e puxos.

Diagnosticó

DYSENTERIA AGUDA.—Os puxos, o tenesmo, as colicas e o aspecto das evacuações, são bastante característicos para não permittirem um erro grosseiro de diagnostico com as hemorrhoidas e com os carcinomas e polypos rectaes.

A confusão entre a variedade algida da dysenteria e o cholera, pôde-se estabelecer no inicio da doença, mas, dentro em pouco, os symptomas affirmam-se de uma maneira tão cathorica, que toda a duvida se dissipa.

O mesmo se dá entre a variedade typhoide e a febre typhoide.

DYSENTERIA CHRONICA.—Para alguns auctores,

como Bertrand e Fontan, a dysenteria chronica e a diarrhea chronica dos paizes quentes, não são mais do que a expressão de uma mesma affecção — a dysenteria.

A differença constatada, proviria apenas da localisação inicial e do modo evolutivo das lesões.

Para Kelsch e Kisner, porém, a diarrhea tropical e a dysenteria, são especificamente distinctas.

Na diarrhea, não ha nem evacuações sangrentas nem tenesmo; as dejecções são mucosas ou mesmo biliosas e a marcha da doença não é entrecortada por phases agudas.

A coexistencia das duas affecções no mesmo individuo, é que póde dar logar a erros de interpretação. De mais, a distribuição geographica da diarrhea tropical, concilia-se mal com a hypothese da sua natureza dysenterica. Assim, se em algumas regiões tropicaes as duas doenças reinam em commum, como na India, e na Cochinchina, ha outras, não menos reputadas pela intensidade da dysenteria, em que a diarrhea não existe: Tonkim, Japão, costas e centro da Africa.

Além d'isso, nos climas temperados, em que a dysenteria é commum, a diarrhea nunca se se observa.

Como é então que, tendo a diarrhea tropical os seus focos especiaes, póde ser considerada como uma simples modalidade da dysenteria?

De resto, não me consta que o bacillo de Chanteuressé e Widal tenha sido encontrado nas fezes diarrheicas.

Prognostico

Do que tenho dicto, facilmente se depreheende que ha dysenterias de dysenterias, o que mostra a complexidade do problema em materia de prognostico.

Será ocioso, tambem, assentar em que para achar uma solução approximada, é necessario entrar em linha de conta com tres factores capitaes: genio epidemico da doença (permitta-se-me a expressão antiquada), doente e meio.

Isto é tão banal que não carece de demonstração.

De uma maneira geral, diz Roux, o prognostico da dysenteria é sempre grave, porque, mesmo nos casos de cura, fica a maior parte das vezes um enfraquecimento que dura muito tempo e necessita de uma longa convalescença; as perturbações digestivas são muito accentuadas e podem persistir durante alguns mezes e mesmo annos.

Quando as evacuações são pouco repetidas, o prognostico é favoravel, mas quando as dejeções se tornam frequentes, fetidas e apresentam o aspecto de gelea de groselha, ou mostram retalhos acastanhados de mucosa, o prognostico deve ser muito reservado.

Em summa, é principalmente no exame das materias fecaes que é preciso firmar o prognostico.

Complicações

ABCESSOS DO FIGADO.—É manifesto o parallelismo entre a distribuição geographica da hepatite suppurada e os focos graves da dysenteria. Rara nos paizes temperados, a hepatite suppurada é sobretudo uma affecção das regiões quentes.

A sua frequencia augmenta dos polos para o equador e os focos em que ella se observa mais vulgarmente são precisamente aquelles em que a dysenteria grassa com mais intensidade.

Segundo Kelsch e Kiener, 96 por cento dos casos de abcessos hepaticos sobreveem em individuos dysentericos e, accrescentam estes auctores, a proporção ainda é inferior á verdade.

Ordinariamente a dysenteria precede os symptomas hepaticos; algumas vezes, porém, ella succede-lhe. Isto não prova mais que as duas affecções resultam de uma causa univoca, de um mesmo principio infeccioso.

Brault diz a este respeito que «a dysenteria é quasi, sob os tropicos, a unica causa bem averiguada dos abcessos hepaticos». Com effeito, a dysenteria é a origem tão commum dos abcessos hepaticos, que um medico de Lyon, M. E. Josserand, dizia ser necessario não abandonar facilmente a pista da dysenteria, porque os abcessos podem ser longinquos.

A dysenteria, accrescenta elle, em um individuo suspeito de abcesso hepatico, deve ser pes-

quisada com o mesmo cuidado e quasi tão longe no passado, como o cancro duro em um caso suspeito de syphilis cerebral.

O auctor cita em abono da sua asserção sete observações, das quaes tres são pessoas. Brault refere tambem um caso de abcesso do figado em um individuo que tinha contrahido a dysenteria ha 16 annos.

Resta saber em que proporções os dysentericos apresentam abcessos hepaticos.

Examinando as estatisticas de Dutroulan, feitas na Martinica e no Senegal, vê-se que a relação entre a mortalidade por abcessos hepaticos e a mortalidade pela dysenteria, é de 1 : 4 ou 1 : 5 nas endemias tropicaes.

Como, porém, estas cifras são tiradas de estatisticas obituarias, a proporção apontada não é a fiel expressão da verdade.

A hepatite suppurada, nos tres quartos dos casos, não dá senão um unico abcesso, o que constitue uma grande probabilidade para a cura.

A séde de preferencia da collecção purulenta é no lobulo direito; o abcesso tem então uma tendencia para occupar a face convexa do figado.

Nem por isso, porém, elle evolue sempre de modo a pôr-se em relação com a parede abdominal, para se abrir no exterior; segue por vezes uma via tortuosa, abrindo-se nas visceras ocas ou em cavidades visceraes fechadas.

D'ahi, o preceito geralmente seguido de abrir um caminho ao pus para o exterior.

ARTHROPATHIAS. — Esta complicação não é muito rara na dysenteria aguda. Kelsch e Kiener avaliam a sua frequencia em 1 para 38 doentes.

Estas arthropathias podem ser precoces, mas o maior numero sobrevem durante a convalescença. É este um facto averiguado por todos os auctores.

Segundo Dewèvre, em sessenta casos em que a data da invasão é assignalada, encontram-se os numeros seguintes: nove casos na primeira semana, sete na segunda e 44 casos depois da cura, algumas vezes mesmo muitas semanas depois d'esta.

Quando a arthropathia é tardia, installa-se surrateiramente. Porém, quando sobrevem no periodo activo da dysenteria, a arthropathia é precedida por uma especie de symptoma prodómico, qual é o da suppressão do fluxo dysenterico, dando-se assim como que uma substituição.

Áparte isto, nada mais faz prever o apparecimento da arthropathia, que se dá subitamente; mas esta complicação reveste em geral pouca intensidade.

A séde de preferencia das lesões é nas grandes articulações e, entre estas, é o joelho que tem essa honra. O joelho direito é ainda preferido ao esquerdo.

A arthropathia caracteriza-se por um estado doloroso moderado, com tumefacção mais ou menos accentuada dos tecidos peri-articulares.

PERITONITE. — Umaz vezes provém da propa-

gação da inflammação através as tunicas intestinaes, na visinhança das ulceras ou escharas profundas, outras resultam da perfuração intestinal.

No primeiro caso, mais commum, a peritonite fica ordinariamente localisada ao seu foco de origem.

Algumas vezes, entretanto, na dysenteria gangrenosa, a phlegmasia generalisa-se a toda a serosa. Mas as peritonites graves ligam-se sobretudo ás perfurações intestinaes. Estas perfurações são muito raras na dysenteria dos paizes temperados, sendo mais frequentes nas regiões tropicaes: em 580 autopsias realisadas por Bérenger-Feraud, foram constatados 85 casos de perfuração, ou seja que esta complicação está para a dysenteria como 1:7.

Segundo o mesmo auctor, a sua séde de preferencia é, por ordem decrescente: ao nivel do recto, no S iliaco e no colon descendente.

PARALYSIAS. — Como muitas outras doenças infecciosas, a dysenteria póde ser seguida de perturbações nervosas mais ou menos accentuadas.

Entre os casos apontados, uns referem-se a lesões evidentes dos centros nervosos (focos de amollecimento), outros em razão da limitação das perturbações sensitivas e motoras á região de innervação de um tronco ou filete nervoso, parecem depender de nevrites periphericas.

THROMBOSES. — As thromboses venosas podem

apparecer, quer na convalescença da dysenteria aguda, quer durante a evolução da dysenteria chronica.

Laveran cita tres casos de obliteração da femural e um quarto de thrombose dos seios venosos do cerebro.

Cambay refere uma observação de thrombose da arteria iliaca esquerda, com gangrena do membro correspondente; a arteria obliterada estava adherente ao S iliaco perfurado.

Estas thromboses são antes de origem infecciosa, que simplesmente dyscrasia.

As *adenites* são tambem frequentes, mas de pouca gravidade.

Além das complicações que acabo de registrar, podem-se encontrar excepcionalmente, endocardites, myocardites, nephrites, keratites, otites, parotidites, pleurisias e periostites.

Prophylaxia

Eu frisei, a proposito da transmissão da infecção, o papel preponderante que a agua desempenha.

É por isso que, nos paizes quentes sobretudo, não se deve consumir, tanto quanto possivel, senão agua filtrada ou fervida.

É preciso evitar egualmente os resfriamentos bruscos, razão porque é de boa hygiene usar camisolas de lan nos climas quentes.

Deve-se evitar o comer coisas indigestas,

principalmente pouco cosidas, a humidade, os grandes calores e os excessos alcoolicos.

O isolamento do doente é muito recommendavel nas classes pobres, devido á fatal promiscuidade em que vivem.

Nas classes favorecidas pela fortuna, porém, como nos hospitaes, é sempre possivel reduzir ao minimo as probabilidades da transmissão da doença.

As medidas proprias para evitar a propagação da infecção visam as dejeções e tudo o que ellas podem sujar.

A desinfecção das dejeções logo após a sua emissão, das roupas ou quaesquer objectos contaminados, deve ser rigorosamente executada.

Todos aquelles que se approximam dos dysentericos devem ser de uma limpeza minuciosa e é conveniente a desinfecção das mãos, depois de prestados alguns cuidados aos doentes.

Tratamento

Mau grado nosso, as medicações propostas são innumeradas; tem-se esgotado toda a materia medica, o que prova simplesmente que andamos ás apalpadelas no assumpto.

No emtanto, alguma coisa de util resulta no meio d'esta therapeutica tão florida.

DYSENTERIA AGUDA.—Na fórma benigna da dysenteria aguda, a medicação de escolha é a

purgativa, mas convém não recorrer senão aos purgantes suaves.

Os purgantes salinos são de um emprego commum e, de entre estes, os mais radicados na prática são o sulfato de soda e o sal de Seignette.

Começa-se por administrar 40gr de sal e procede-se em seguida por doses decrescentes, em dias successivos, até que as evacuações adquiram o character fecaloide.

É conveniente, porém, para consolidar a cura, continuar por quatro a seis dias a usar estes purgantes na dose de 10 a 15 grammas.

O oleo de ricino, prescripto nas mesmas condições, dá tambem muito bons resultados.

Recorre-se ainda aos calomelanos, começando pela dose de 50 centigrammas a 1gr e diminuindo-a em seguida gradualmente, apenas sejam obtidas algumas melhoras.

Os calomelanos teem entrado na composição de diversas formulas, associados á ipeca e ao opio.

D'estas formulas, a mais conhecida e efficaz é a de Segond:

Ipeca	40 centigrammas
Calomelanos	20 »
Opio	5 »
Xarope de abrunhos. . . .	q. s.

Para seis pilulas a tomar em 24 horas.

Quando a medicação purgativa não der resultado nos casos benignos, ou tratando de casos graves, recorre-se desde logo á ipeca.

A ipeca é o medicamento por excellencia das fórmas graves. Attribute-se-lhe um papel tão importante na dysenteria, como á quina nas febres palustres.

O modo mais usual de administração é pelo methodo chamado brasileiro.

Eis em que consiste: deitam-se 250 a 300gr de agua fervente em 4 a 8gr de raiz de ipeca pisada e deixa-se macerar durante 12 horas. Decanta-se o liquido e administra-se ás colheres de sopa de hora a hora.

Com o residuo que fica, preparam-se mais duas infusões pelo mesmo processo e que são administradas de modo identico.

A primeira infusão occasiona geralmente vomitos e evacuações numerosas. A segunda produz raras vezes vomitos, mas nauseas e exaggera um pouco as evacuações. A terceira não produz habitualmente nausea alguma.

No caso de a dysenteria não ceder a estas tres infusões, far-se-ha uma nova serie.

Quando, no emtanto, é necessario intervir com urgencia, não se póde perder tempo com uma formula tão demorada e emprega-se, com Bérenger-Ferand, 2 a 4gr de pós de ipeca misturados com 100gr de agua, a administrar ás colheres de café de hora a hora.

Repetindo esta medicação muitos dias seguidos, obtem-se o mesmo resultado, diz o auctor, que pelo methodo brasileiro.

A proposito dos calomelanos, já referi que a ipeca, assim como o opio, se lhe associavam com-

mummente em grande numero de formulas do dominio publico.

Resta-me falar da medicação antiseptica, que tem gosado estes ultimos annos de uma merecida reputação, como um bom adjuvante dos meios precedentemente enumerados.

Tem-se ensaiado fazer a antiseptia intestinal, quer pela injestão dos medicamentos, quer por meio de clysteres.

Os principaes antisepticos empregados por via boccál são: o naphthol, o benzo-naphthol, o salol e o salicylato de bismutho, não falando nos calomelanos, a que já nos referimos.

De entre os clysteres empregados na dysenteria, citaremos: o clyster de sub-acetato de chumbo na dóse de 15 a 25gr por mil, o de nitrato de prata, tão aconselhado por Trousseau, na dóse de 50 centigrammas a 1 gramma por mil, o de sublimado na dóse de 1 decigramma a 3 por mil.

A quantidade de solução empregada não ultrapassava 250gr.

Actualmente, porém, estão mais abandonadas estas soluções concentradas, não só pelas dôres que occasionam, como pela prostração em que deixam o doente. Recorre-se de preferencia a irrigações abundantes pelo methodo imaginado por Cantani—*do enteroclysmo*.

As soluções empregadas de preferencia são: as naphtholadas, as boricadas, as de permanganato de potassa e mesmo de nitrato de prata fracas,

Comtudo, nos casos de ulcerações profundas, é preciso operar com grandes cuidados.

Deve-se attender á temperatura do liquido; fazendo irrigações frescas nos febricitantes e elevadas á temperatura de 38° n'aquelles que tiverem algidez.

Os adstringentes, ainda preconizados por alguns, parece que são inefficazes.

Todas as outras medicações seguidas na dysenteria são puramente symptomaticas, não merecendo por isso menção especial, e se assim não fôra muito papel teriamos a encher.

Por ultimo, falarei do regimen do dysenterico, questão esta de magna importancia e que, por si só, pelo menos nas dysenterias benignas, póde promover a cura.

A dieta lactea deve ser instituida desde logo e quasi de um modo absoluto.

No emtanto, como o leite não é sempre supportado e mesmo ha doentes que o recusam tenazmente, é preciso recorrer, para calmar a sêde, á agua albuminosa e para a alimentação, ao arroz, ao caldo desgordurado, ao qual se juntará peptona, gelêa de carne, pó de carne ou ovos.

Ao mesmo tempo, devem-se administrar digestivos — pancreatina, pepsina, etc.

Á medida que as forças vão voltando, augmentar-se-ha gradualmente a alimentação.

Este regimen deve ser rigorosamente observado até ao momento em que apparecem as fezes moldadas.

Desde então prescrever-se-hão os ovos quentes, as sôpas de tapioca, as carnes brancas, o pão, o vinho e alguns legumes verdes muito cosidos.

A hydrotherapia será empregada na convalescença.

DYSENTERIA CHRONICA. — As pilulas de Segond dão ainda aqui muito bons resultados. Fóra d'isto, está indicado o modificar as superficies ulceradas por meio de clysteres de nitrato de prata, de tintura d'iodo, de sulfato de cobre, de alumen ou de perchloreto de ferro.

Póde-se tambem fazer a antisepsia intestinal pela ingestão de salol, benzo-naphtol, salicylato e benzoato de bismutho.

Os adstringentes, que teem pouca acção na dysenteria aguda, são aqui mais indicados, quer em clysteres, quer em pilulas.

Os opiados tambem teem a sua indicação.

Quanto ao regimen, elle é de maxima importancia. Liga-se mais valor ao regimen que ao proprio tratamento. Este deve compôr-se de substancias inoffensivas para o intestino e sufficientemente nutritivas, de modo a impedir a auto-phagia crescente: um alimento não utilisavel torna-se um corpo extranho nocivo.

O regimen lacteo só, ou associado ás peptonas ou ao extracto de carne, constitue a base da alimentação.

Ao passo que as melhoras se vão accentuando

fornece-se uma alimentação mais reconstituente e abundante: carne crua, sopas fracas, ovos, peixes não oleosos, etc.

Nos países quentes, porém, estes meios são por vezes ineficazes e então a repatriação do doente impõe-se como uma necessidade inadiável.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—A cavidade abdomino-pelvica é limitada por dois diaphragmas.

Physiologia.—Os dentes incisivos são órgãos de luxo.

Pathologia geral.—Debaixo do ponto de vista economico, colloco os infinitamente pequenos no cume da escala dos seres organisados.

Materia medica.—Usarei o quinino como prophylatico.

Anatomia pathologica.—Os folliculos fechados não são a séde electiva das lesões dysentericas.

Pathologia cirurgica.—É pueril o receio da introdução do ar nas injeções urethraes.

Pathologia medica.—A dysenteria chama a dysenteria.

Medicina operatoria.—Nunca intervirei nos tumores malignos.

Obstetricia.—Ser mãe, é o mais sublime dever da mulher.

Hygiene.—No nosso paiz, a hygiene é um mytho.

Medicina legal.—O Estado é o braço direito da tuberculose.

VISTO,

O presidente,

Moraes Caldas.

PÔDE IMPRIMIR-SE.

O director,

Moraes Caldas.