



THESE

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

Em 31 de Outubro de 1910

E defendida

POR

Pedro L. F. de Araujo Junior

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

*Bacharel em sciencias e letras.—Ex-auxiliar
da cadeira de clinica propedeutica (1907)*

*Ex-interno do Hospital de Isolamento em
Mont Serrat (peste bubonica,
febre amarella, diptheria, febres emptiras)
(1908—1910)*

*Ex-interno da Cadeira de Clinica Psychiatrica e
de molestias nervosas da Faculdade de
Medicina (1910)*

Filho legitimo de Pedro de Araujo e D.

Virgina Poggio de Araujo (fallecida)

Afim de obter o grão de Doutor em Medicina

Dissertação

Cadeira de Pathologia Medica

Prognostico da Peste

Proposições

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de
sciencias Medico-Cirurgicas



LITHO-TYP. OLIVEIRA BOTTAS & C.

2 — Praça do Ouro — 2

BAHIA

6 19 de 53

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director — DR. AUGUSTO CESAR VIANNA
Vice-Director — DR. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

LENTES

1ª Secção

Os Cidadãos Drs:	Materias que leccionam
José Carneiro de Campos.....	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas.	Anatomia topographica.

2ª Secção

Antonio Pacifico Pereira.....	Histologia.
Augusto Cesar Vianna.....	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello.....	Anatomia e Physiologia pathologicas.

3ª Secção

Manoel José de Araujo.....	Physiologia.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho.	Therapeutica.

4ª Secção

Luiz Anselmo da Fonseca.....	Hygiene.
Josino Correia Cotias.....	Medicina legal e Toxicologia.

5ª Secção

Antonio B. dos Anjos.....	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior....	Operações e apparatus.
Antonio Pacheco Mendes.....	Clinica cirurgica 1. cadeira.
Wraz H. do Amaral.....	Clinica cirurgica 2. cadeira.

6ª Secção

Aurelio R. Vianna.....	Pathologia medica.
Americo G. Fades.....	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho.....	« medica 1. cadeira.
Francisco Braulto Pereira.....	« medica 2. cadeira.

7ª Secção

José Rodrigues da Costa Dorea.....	Historia natural medica.
Antonio Victorio de Araujo Falcão...	Materia med. Pharma. e arte de formular.
José Olympio de Azevedo.....	Chimica medica

8ª Secção

Deocleciano Ramos.....	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira.....	Clinica obstetrica e ginecologica.

9ª Secção

Frederico de Castro Rebello.....	Clinica pediatrica.
----------------------------------	---------------------

10ª Secção

Francisco dos Santos Pereira.....	Clinica opthalmologica.
-----------------------------------	-------------------------

11ª Secção

Alexandre E. de Castro Cerqueira.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica
---------------------------------------	---

12ª Secção

Luiz Pinto de Carvalho.....	Clinica psychiatica e molest. nervosas.
José E. de Castro Cerqueira.....	} Em disponibilidade
Sebastião Cardoso.....	

SUBSTITUTOS

Os Cidadãos Drs.	Os Cidadãos Drs:	
José Affonso de Carvalho.....	1ª Sec.	Pedro da Luz Carrasosa. 7ª >
Gonçalo Mouis S. de Aragão....		José Julio de Calasans..... 7ª >
Julio Sergio Palma.....	2ª >	José Adeodato de Souza.... 8ª >
Pedro Luiz Celestino.....	3ª >	Alfredo F. de Magalhães.. 9ª >
Oscar Freire.....	4ª >	Clodoaldo de Andrade. . . 10. >
Caio Octavio Ferreira de Moura	5ª >	Albino A. da Silva Leitão.... 11. >
Clementino Fraga.	6ª >	Mário Leal..... 12. >

Secretario — DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

Sub-secretario — DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

Capitulo 1°

SUMMARIO:— *Difficuldade e dubiedade do prognostico—Mortalidade—Tamanho do bacillo—Augmentõ de virulencia no foco—Augmento de virulencia na mesma casa—Remoção dos enfermos— Situação do Hospital—Máo calcamento das ruas—Horas da remoção—Pratica systematica dos exames bacterioscopicos—Edade—Sexo—Raças—Profissões---Condições hygienicas dos enfermos--Antecedentes pessoaes---Constituição---Dias de molestia---Prognostico nas diversas formas.*

Dentre as entidades morbidas que são estudados nos tratados classicos de pathologia tropical, resalta por sua importancia nosologica o da peste, pelos diversos modos por que se apresenta seu agente morbigenio, pela differente feição clinica com que se manifestam as suas investidas sobre o organismo, pela variada symptomatologia, pelos erros a que pode induzir o seu diagnostico, e mais ainda pela difficuldade do seu traçoeiro prognostico.

De facto, nenhuma molestia, como a peste, é capaz de fazer tantos surpresas, de tantos e tão grandes dissabores, á quem a acompanha procurando com os seus cuidados profissionaes, tirar de seu poder o organismo paciente, que por todos os meios ella procura dominar, ceifando a vida, arrastando-o para a certa fatalidade.

Assim se externa o Dr. Eutyehio Leal: «Seria difficilimo, senão impossivel encontrar 2 descrições inteiramente eguaes, como se a peste fosse um novo Protheu que tivesse um novo aspecto para cada observador. Com effeito, phenomenos que fazem parte integrante da maioria das descrições, deixam de ser assignalados, pelo menos com o seu valor real, em umas assim como em outras são registados factos novos, de todos extranhos»,

E' que a peste, diz o Dr. Gonçalo Muniz sob a identidade de sua natureza ou entidade nosographica, costuma variar grandemente nas modalidades accidentaes, na feição clinica, no proceder epidemico, não só de quadra em quadra na mesma região, mas tambem de uma a outra localidade.»

Raramente em outras epidemias, diz Pol-
verni, se nota, como na peste, essa accentuada tendencia a variar de typo.

Não só ha preponderancia de uma forma sobre outra, sinão tambem ha periodos em que se observam em predominio certas complicações, que depois desaparecem para dar logar a novas». Uma destas particularidades é assignalada pelo Dr. Ribeiro de Almeida quando diz: «ao con-
I

trario do que se observa nas epidemias do Rio de Janeiro, predominou em Campos a peste pulmonar. E os phenomenos nervosos tão communmente observados nesta forma clinica aqui, foram notaveis pelo sua ausencia. Já aqui na Bahia, a peste de forma pulmonar tem sido bastante rara, occorreram no 1.º periodo epidemico 3 casos de peste pneumonica sendo um primitivo e outros secundarios. Dois casos de septicemia sem bubões.

No segundo periodo epidemico da peste predominou a forma bubonica.

Houve um caso de peste de S.Roque ou forma cutanea. sem adenite e que falleceu. Não registamos as formas septicemica e pulmonar primitivas. Se bem que os casos fossem relativamente pouco numerosos, o modo epidemico foi comtudo differente, predominando no 1.º a excitação e no segundo tachypnea. Esta tachypnea, a que ligamos tão grande valor prognostico, tem passado completamente despercebida no Rio de Janeiro, bem como em outros logares. E' portanto muito difficil poder pronunciar um juizo prognostico sobre a marcha e exito da peste.

Já nos tempos remotos esta difficuldade era notavel.

Muitas vezes o mal era apenas suspeitado quando a morte sobrevinha, segundo escreve Pareo—Na peste de que falla Pareo, quando o bubão se mostrava antes da febre era de bom agouro quando vinha consecutivamente o presagio era triste.

Comtudo, não nos devemos firmar nas antigas opiniões pois encontramos referido o mais das vezes factos contradictorios.

Hoje porém já este juizo pode ser mais perfeito. As observações maismeticulosamente feitas, permitem, se bem que com muita reserva, fazer um juizo, senão certo, pelo menos um pouco approximativo levados em consideração ás circumstancias que abaixo irei explanando e que mais ou menos difficultam ou ajudam á pronunciação deste juizo final.

Por consequencia, do que acima fica exposto, conclue-se que o medico quando chamado para ver um doente cujos symptomas clinicos deixam suspeitas, ou logo, nos casos typicos, diagnostica como peste, principalmente se tem o habito de frequentar os hospitaes, onde mais ou menos está em contacto com doentes desta

natureza, onde adquire uma certa pratica pela observação de maior numero de casos, deve emittir o seu juizo final, quando indagado, não sem probabilidade de exito, mas sempre debaixo de muita reserva, sempre fazendo notar as pessoas da familia que a molestia é seria, grave nada garantindo pelo que ulteriormente possa sobrevir. Assim procedendo, estou certo, nunca se arrependará, em se tratando de outra molestia, quanto mais de peste bubonica. O criterio que deve presidir a esta opinião pode perfectamente attingir seus meritos profissionaes e lamentaveis dissabores se farão sentir, apenas por um juizo que foi lançado aos 4 ventos, atôa sem o devido escrupulo.

E para firmar de uma vez por todas a veracidade das nossas asserções, mostrando as com factos probantes, pois contra elles não ha contestações, vem a pêlo citar a observação feita no doente N. 140 (1), de nome O. A. S., com 18 annos, solteiro, empregado do commercio, brasileiro, residente na cidade de Nazareth, Bahia-- Este doente havia adoecido ha 3 dias quando em viagem de Nazareth para esta capi-

(1) Os numeros dos doentes são tomados no livro de registro do Hospital.

tal. Aqui chegando, dirigiu-se, no bond, em demanda do Isolamento em Mont-Serrat, a procura do seu illustre Director, como autoridade bastante competente na materia, para ser examinado.

Todo o trajecto que vai do ponto dos bonds ao Hospital, mede seguramente 500 metros e foi transposto a pé pelo doente. Lá chegando, sem aparentar molestia alguma foi submettido ao exame pedido.

Queixava-se uma adenite que lhe apparecera na virilha direita, pensando ser um adenite venerea que começara por calefrio, e cephalalgia. De facto, o exame clinico não correspondia ao cortejo symptomatico apparatuso da peste: apenas havia acceleração do pulso e elevação thermica de 39,2. A adenite não parecia corresponder ao typo da adenite pestosa: era pequena pouco dolorosa, com pequeno edema periganglionar. O caso não estava tão claro quanto parecia para logo de antemão firmar-se um diagnostico sem prova bacteriologica, o que foi feito, com todos os requisitos da technica empregada e deu resultado positivo. O doente internou-se logo á enfermaria, no dia 7 de Março de 1906 ás 4 horas da tarde, conforme combinara

com sua familia e assentira o provector Director do Hospital, afim de receber o tratamento especifico que o proprio doente reconhecia teria os seus melhores effeitos quão mais cedo empregado. Após a sua entrada, quando o interno foi tomar os mais dados clinicos, para confecção da papeleta, encontrou o seguinte: lingua pouco saburrosa, com emducto esbranquiçado no centro, vermelho na ponta e nos bordos, conjunctivas injectadas, temperatura de 39,2, com 130 pulsações e 46 movimentos respiratorios, por minuto. Urinava e defecava bem. Estado geral bom e calmo. Estado mental perfeito. Nada mais de importante apresentava. Recebeu 80 c. c. de soró por via intraperitoneal, no flanco direito. Pois bem, momentos depois as extremidades começavam a se esfriar, vomitos de cor anegrada sobrevieram, a face tomou-se cyanotica, assim como os membros superiores. Pelas 6 horas da tarde sobrevieram suores frios e abundantes, intensa dyspnea, agitação, teve uma forte epistaxis, defecou e urinou no leito. Continuou neste estado por alguns minutos até que veio a fraqueza do pulso e com ella o estado comatoso, exhalando o ultimo sopro de vida as 6 hs, 45 minutos da tarde, permanes-

cendo apenas 2 hs, 45 minutos no Hospital. Quaes as hypotheses aventadas para explicação destes symptomas inesperados? Tres poderiam ser as hypotheses:

1. uma embolia gazosa ou mecanica de origem pulmonar; 2. uma reacção serotherapica precoce; 3. uma septicemia. 1. Não podia ser um embolia gazosa ou mecanica:

a) porque estas quando vem são mais ou menos rapidas; b) por que a cyanose na embolia é immediata e os outros phenomenos surgem bruscamente; c) porque na embolia não ha vomitos hemorragicos, nem epistaxis; d) porque a morte seria immediata; e) por que a injecção foi intraperitoneal e a injecção intraperitoneal não produz absolutamente embolia. 2. Não foi uma reacção serotherapica precoce: a) porque a injecção não foi endovenosa; b) porque no caso de uma reacção serotherapica sobrevinha frio intenso, acceleração do pulso o que não se observava, tendencia rapida ao colapso, nystagmos, não haveria cyanose de modo algum; c) após estes symptomas, na reacção serotherapica, ha melhora mais ou menos ligeira, levantamento do estado geral e o doente acha-se salvo.

3. No caso de uma septicemia encontraríamos:

a) todos estes symptomas clinicos acima nar-
rados e que são classicos da invazão da massa
sanguinea pelo bacillo pestifero, uma vez tran-
sposta a barreira lymphatica; b) o exame mi-
croscopico do sangue revelaria, tão bem quanto
nenhum outro a existencia do virus pestigenio
sobre o qual não haveria duvidas.

Ora, estes foram encontrados em grande abun-
dancia provando a existencia da septicemia ou
melhor pesticemia no doente observado. Ahi
está um caso em que o prognostico apparente-
mente era lisonjeiro e que em tão pouco tempo
tornou-se o peor possivel. Agora, pelo que ve-
nho de explanar, temos ou não razão dizendo
que o prognostico da peste reveste-se de muito
escrupulo? E' muito melhor sermos prodigos
do que parcos todas as vezes que não souber-
mos bem como, nem por onde nos assaltará o
inimigo; defendamo-nos de todos os lados e
por todos meios. Não nos encommodamos, di-
zemos, que nos argúam de excessivo rigor ado-
ptando este exagero, si o é. Antes peccar por
excesso do que por falta.

Não serão, creio, desarrazoados as minhas
conclusões e a experiencia de mais de dois an-
nos como interno do Hospital de Isolamento,

onde vimos mais de uma centena de casos, nos mostrou a necessidade de severidade no que acima descrevemos. Antigamente a peste era por demais mortifera, era o terror das populações que pelas crenças religiosas julgavam-na, o flagello de Deus, infringido como castigo por qualquer maleficio na occasião supersticiosamente praticado e contra o qual a colera divina se levantava. Se procurarmos na litteratura da peste a sua origem, vemos que ella é mencionada nos textos dos mais remotos, sempre com uma gravidade sem nome. Assim ella tem atacado quasi todo o Antigo Continente, desde o Oriente ao Occidente, dizimando populações, aniquilando exercitos. A China, o Egypto, a Italia, a Turquia, a Inglaterra, a Belgica, a Syria, a Hespanha, a Russia e a França tiveram a sua nefanda visita onde milhares e milhares de vidas cahiram por terra. Para dar uma ideia do que antigamente era a peste, basta citar o seguinte trecho de Boudin, em sua Histoire de Marseille, em 1720: «Toutes les boutiques fermées, le commerce arrêté, les travaux interrompus, toutes les places, toutes les églises désertées—ce n'est, encore là qu'un premier coup d'oeil de la dévastation de Marseille.

Quelques jours après, l'aspect de Marseille est éffrayant. De quelque coté qu'on jéte les yeux, on voit les rues jonchés de deux cotés de cadavres qui s'entretoucheut et qui, étant presque pourris sont hideux et effroyables á voir. Comme le nombre des forçats qu'on a, pour les prendre dans les maisons, est de beaucoup insuffisant pour pouvoir, dans toutes les quartiers, les rétirer journellement, ils souvent suvoent dès semaines entières et ils resteraient encore plus longtemps, si la puanteur qu'ils éxhalent et qui empesté les voisins, ne les déterminait, pour leur propre conservatiou, de faire un éffort sur eux-mêmes et d'aller les rétirer des appartements où ils sont, pour les trainer sur le pavé »

• Isto se tratando do seculo XVII.

E ainda accressenta J. P. Papon quando o flagello devastou Constantinopla em 812:

«Les morts restaient sans sepulture, les vivants ne suffisant pour les enterrer».

Quanto mais remoto fôr o tempo, mais mortifera haveria de ter sido. Já no seculo XVIII porem ella pouco a pouco foi estreitando o seu campo de acção, que dia a dia foi se tornando mais restricto, se concentrando a alguns pontos.

No seculo XIX elle ainda torna-se mais pequeno até que cessou em 1845, para depois romper no Oriente em 1894, com uma letalidade espantosa, devastando Bombaim e outras cidade da India. Só em Canton ella fez 60.000 victimas em alguns mezes. No anno de 1896 a sua gravidade foi enorme.

Eis algumas cifras que poderão mostrar o coeﬃciente de mortalidade com que dizimou nos ultimos mezes deste anno: Novembro de 1896. 333 casos; fallecidos, 268; porcentagem, 70,70 % / Dezembro de 1896, 1635, fallecidos, 1160; porcentagem, 80,48 %.

Nesta occasião a virulencia do seu factor eﬃciente, ainda desconhecido, devia estar exaltadissima, pois dentre uma enormidade de factos semelhantes, citarei este como interessante:

Um Hindou acabava de assistir a cremação do corpo de seu pai, morto de peste; quando voltou para casa encontrou sua progenitora morta; pouco depois sua esposa foi atacada e morreu no fim de algumas horas; chegou em seguida a sua vez e a de um seu tio, ambos tambem fallecendo.

Qual a razão de ser do prognostico da peste ser tão sombrio nos tempos passados ?

A resposta parece estar dada.

Nos tempos antigos as noções de hygiene, o progresso da medicina eram muito pequenos de modo a não poder ser evitada e a contaminação directa de um a outro individuo, ou de um animal a um individuo ou vice-versa, seja porque os meios de prophylaxia eram insufficientes, seja por fim a falta de conhecimento da bacteriologia para poder explicar a propriedade do germen de, passando atravez de organismos da mesma especie animal, augmentar a sua virulencia, sempre crescente, de sorte que fossem sanadas taes causas por processos mais racionais como se faz commumente hoje, evitando a propagação do mal.

Felizmente veio o dia em que surgiu o genio inspirado de Yersin. E' a elle que se deve o seu periodo aureo, quando em 1894 descobriu o seu actor etiologico assignalando ao mundo scientifico os seus memoraveis trabalhos.

D'ahi por diante completa revolução se operou na litteratura da peste, factos até então inexplicados facilmente tiveram a sua solução. Conhecido então o seu agente, logo surgiram estudos mais concisos sobre o modo de debellal-o,

logo a hygiene entrou em campo dictando as regras para evitar o contagio e a transmissão por meio das pulgas, depois dos notaveis trabalhos de Simond, como atalhando os contactos mais ou menos suspeitos que se possa soffrer, tendo como auxiliar a bacteriologia que immediatamente estudou as formas e os modos de sua resistencia em face dos agentes antisepticos.

Yersin, impulsionando as suas pesquisas, chegou a obter, em 1896, um serum que ao mesmo tempo apresenta propriedades curativas e preventivas em face da molestia. Desta data em diante foi inteiramente mudado o modo de pensar dos auctores sobre o prognostico da Febre do Levante, então aterrador. A mortalidade que antigamente subia a 70,80 e mesmo a 90 e 95 por cento logo decresceu pelo uso deste serum que constituiu o unico tratamento racional e ao mesmo tempo especifico. Assim as elevadas porcentagens começaram logo a cair chegando na media a 40%.

A technica da sua preparação foi melhorando, o seu modo de emprego foi mais acenadamente estudado, o seu modo de acção bem conhecido o que trouxe um decrescimento maior na por-

centagem da letalidade, modificando inteiramente a terminação quasi sempre fatal dos infelizes atacados. Já a medicina poude dispor de mais uma arma valiosa, para combater ao lado da humanidade soffredora cuja defeza é o seu fim mais nobre.

E ainda assim o proprio Yersin demonstrou, por estatisticas feitas em Bombaim que este prognostico tem intima relação com o tempo em que é empregado o sôro, augmentando a letalidade do 1.º para o 5.º dia de 12 a 100 .r.

Aqui na Bahia a sua porcentagem é de menos de 30 .r. quando considerada em conjuncto. Se analysamos porem a sua porcentagem mais particularmente, por cada periodo epidemico, notaremos variantes mais ou menos accentuados.

Assim em 1904, primeiro periodo epidemico a mortalidade foi em egual a 42,98/. No segundo que vai de 1905 a 1906 foi de 24,87/.; no 3.º de 1907 a 1908 foi de 47,72; no 4.º, em 1909 foi de 50,74.

Isto, tratando-se da porcentagem bruta; se destes Algarismos subrahirmos os doentes que já chegaram no Hospital em estado agónico, preagónico e que 48 horas após a sua entrada

falleceram, estas diversas porcentagens baixarão muito mais. Estas estatísticas provam o grande poder curativo do sôro, modificando de 1896 para cá a gravidade excepcional que era comum ao typho do Oriente nos tempos passados e quando somente era usada a therapeutica symptomatica. Agora conhecidos estes pequenos particulares á peste, mais que a qualquer outra infecção grave, vamos começar por mostrar as diversas causas geraes, não symptomaticas que influenciam mais ou menos de perto o prognostico da peste.

Desde a punção ganglionar o medico experimentado pode julgar mais ou menos acertadamente sobre o exito que terá o caso do mal levantino em questão. Quando nos frotis encontramos o bacillo de peste do tamanho normal, não muito pequeno, com espaço central bastante claro, as extremidades cheias bem coradas e facilmente destacada deste centro, quasi sempre o prognostico a firmar sobre o desenlace do caso, deverá estar propenso a um bom exito, não querendo com isto dizer nem affirmar que sempre a sua terminação seja á cura. Não, casos ha em que o aspecto do bacillo fazia com que o

prognostico fosse primitivamente lisongeiro, mais tarde vieram ter um fim fatal. Assim se deprehe de da observação do doente n. 322. C. L. S. procedente do Becco d'Agua de Gasto, na Preguiça, em que foram encontrados bacillos do tamanho maior, menos virulento e que foi removido para o Hospital de Isolamento.

Este doente que entrou aparentemente bom, tinha febre de 38,3, com 112 pulsações, 36 respirações por minuto. Apresentava um bubão pequeno, situado na axilla esquerda, duro pouco doloroso, quer a pressão, quer espontaneamente. Recebeu o tratamento especifico, entrando dias após em convalescença.

A temperatura baixou a normal, o pulso e a respiração tambem o acompanharam. Já sentava-se no leito, alimentava-se regularmente. Dias após começou novamente a ter febre, o pulso e a respiração tambem augmentaram de numero, fortissima cephalalgia e dores intensas no abdomen sobrevieram, nos fazendo pensar em adenites internas, succumbindo o doente 18 dias após a sua entrada no Hospital.

Em outros casos, porém, o bacillo mostra-se pequenino, trapu, sem grande vacuolo, quasi

totalmente corado. Nestes casos sempre observamos uma gravidade notavel nos individuos acommetidos. Algumas observações fizemos neste sentido e de alguns doentes em que examinamos a polpa gangliopar, o sangue ou a serosidade de uma pustula etc., e onde foram encontrados taes bacillos com estes caracteres morphologicos acima mencionados. quasi sempre tiveram uma molestia gravissima, qua na maior parte terminou por septicemia secundaria. Apenas tivemos ensejo de examinar 9 doentes que foram por nós pessoalmente observados dos quaes somente 2 curaram-se. Estes 2 doentes constituiram os mais graves que tivemos na quadra epidemica de 1909. O primeiro doente, de n. 339, homem teve manifestações cutaneas, já por si gravissimas, que se revellaram por carbunculos em numero de 11, em diversas regiões do corpo. A marcha da molestia foi accidentada teve febre de 39,6, delirio furioso, pulso accelerado, os movimentos respiratorios subiram a 78 em uma noite etc., etc.

Para não ser mais extenso sobre este doente, porque a sua historia circunstanciada mais tarde virá a baila da nossa dissertação, basta

dizer que teve finalmente uma polynevrite, acompanhado de psychose do typo Korsakoff, da qual resultou uma completa amnesia. Este doente ha bem pouco tempo, ainda era incapaz de recordar-se de um facto qualquer, passados 2 minutos.

O segundo foi uma menina, n. 338 com 14 annos, a qual delirou 8 dias consecutivos nada dormindo durante este periodo, com febre muito alta, pulso accelerado, respiração tambem accelerada etc.

Esta doente cahiu em estado adynamico accentuado, após este periodo agudo, o bubão supurou de um modo notavel, tendo passado no Hospital 120 dias. Os outros enfermos falleceram em horas; destes 7 todos tiveram como termino a sua existencia a septicemia secundaria. Seja nos licito para melhor esclarecer o assumpto, citar textualmente um trecho que se encontra na papeleta do Hospital de Isolamento em Mont'Serrat, e que foi por nós confeccionada sobre o doente n. 334 um dos que observamos: «Todos os symptomas acima enumerados são mais ou menos caracteristicos da bacillemia secundaria que como sabemos, sobrevem em epoca variavel'»

ora precocemente, ora tardiamente terminando sempre pela morte.

A sua duração é de horas, de forma fulminante, ou siderante. No entanto existem casos citados por Polverini e outros autores de grande nomeada, que duraram dias. Momentos antes da morte tiuba 39,6, com 65 pulsações 54 movimentos respiratorios. Permaneceu 16 1/2 horas neste Hospital.

Nota: Para confirmar os dados clinicos, fizemos a colheita do sangue, para o exame bacterioscopico. Feita a picada do dedo, com uma agulha, depois de sua asepsia relativa, com um pouco de alcool, fizemos surdir uma gotta de sangue, que foi espalhado em uma lamina limpa e bem secca. Logo pelo exame macroscopico, este deixava patente a sua intoxinação, apresentando uma côr bastante anegrada, a qual dá logar a cyanose da pelle, que acima nos referimos. As laminas foram logo após o espalhamento do sangue, agitadas, para que este seccasse o mais depressa possivel e não modificasse a forma dos elementôs, que iam ser observados. Depois destas operações, fixamos

as em licor de Hoffmam, corando em seguida com a solução phenicada de Ziehl.

Examinadas ao microscopio deixaram ver uma infinidade de bacillos, isolados, em forma de diplococcos e em forma de estrepto-coccos, tomando perfeitamente a coloração bipolar, com o vacuolo central mais claro, que attestaram ser os de Yersin. A forma affectada pelo germen era a do typo Emilio Gomes, os mais virulentos e os mais exaltados

Como sempre, pequeninos, quasi sem vacuolo central, arredondados.»

Do que vem de ser dito podemos concluir que todos os casos em que o typo Emilio Gomes fôr encontrado, o prognostico será quasi sempre muito grave, apresentando-se os casos com uma marcha clinica bastante accidentada e que parece corresponder a virulencia tão exaltada do germen. Se occorrer o typo maior, chamado por alguns «Oswaldo Cruz» o desencadear dos symptomas e a sua terminação será sempre mais favoravel a cura que o typo acima descrito.

A porcentagem feita sobre os nove doentes que observamos com o typo Emilio Gomes é a

seguinte: 77,77 %. Em vinte casos observados com os do typo Oswaldo Cruz, dos quaes apenas 6 falleceram, a porcentagem é igual a 30,00 %. Eis mais uma prova evidente do quanto é importante o tamanho do bacillo no prognostico do typho Oriental.

A differença entre as porcentagens por nós obtidas é bastante grande. A gravidade da primeira contrasta com a benignidade relativa da segunda. Crêmos que não deveriamos limitar somente a este ponto as nossas pesquisas. Seria bastante proveitoso fazermos as provas culturais e biologicas com este germem, que julgamos estar bastante virulento, para que podemos assentar o nosso juizo em uma base mais segura, fornecida pelo estudo do agente vivo, e não somente com preparações em que apenas nos servimos dos dados morphologicos.

Seria maio um ponto elucidado logo e mais um passo dado na litteratura da peste que dia a dia augmenta com o registro de factos novos, com a aquisição de observações mais perfectas. Infelizmente porém, não logramos o prazer de elucidar esta parte da bacteriologia da peste; não porque o tempo nos fosse escasso e sim

porque a *deponente e eternamente* provisoria installação do Hospital em que servimos não nos permittia absolutamente

Não era possivel que taes estudos, que requisitam muita pericia e cuidado, por se tratar de um germem perigosissimo como é o Yersin, fossem feitos sem logar appropriado, sem as prescripções devidas, que recommenda a sciencia. Mas, não pararam ahi os nossos estudos; proseguimol-os.

Para firmarmos mais as nossas conclusões fomos ao Desinfectorio Central, repartição onde se fazem systematicamente os exames bacteriologicos dos casos de peste e lá verificamos que senão todos, pelo menos a maior parte dos casos fataes que occorreram em domicilio, tiveram como agente casual o bascillo de Yersin mais virulento. Qual não foi o nosso contentamento vendo que nestes casos o micro-organismo se achava com a forma pequenina, mais terrivel, do typo Emilio Gomes.

Assim baseamos as nossas conclusões em maior numero de casos incontestaveis e facilmente verificaveis, pois lá acha-se em archivo uma rica collecção de preparações, de todos os

casos occorridos na Bahia, que podem ser detidamente examinadas.

E' do nosso dever, dizer que as nossas observações não são originaes, nem tal pretendemos. Foram inspirados quando procediamos a leitura do valioso relatorio apresentado pelo sabio mestre Dr. Gonçalo Muniz Sodré de Aragão, sobre a preparação da vaccina e soro anti-pestilentos. De tactó lá se encontra na pagina nove a seguinte nota: «Referiu-me o Dr. Emilio Gomes ter notado uma certa relação entre os tamanhos de cocco-bacillos vistos nos frottis de um succo bubonico e a gravidade do prognostico: quando predominam na preparação cacco-bacillos pequeninos, a terminação em geral, é funesta». Apenas queriamos ver se si possava aqui na Bahia o que se observou no Rio de Janeiro, o que estamos sobremodo convencidos.

Esses estudos ainda mais sobem de importancia, muito mais interessantes se tornam para nós por serem exclusiva e genuinamente brasileiros—Ao Dr. Emilio Gomes, distincto medico da Saude Publica da Capital Federal cabe a gloria de ter primeiro observado o facto. As-

sim se explica o chamar o bacillo de Yersin de pequeninas dimensões typó Emilio Gomes.

Passemos agora a uma ordem nova de factos que contribuem para o juizo a emittir, tratando-se do prognostico da peste.

Quero fallar do augmento de virulencia que soffre o germen passando successivamente dos animaes ao homem, deste aos animaes e dos animaes novamente ao homem, nos mesmos focos, nos focos antigos, onde o mal levantino de periodo epidemico a periodo epidemico faz novas victimas, mais numerosas que nos primeiros ataques, com gravidade crescente.

Assim examinamos neste particular 2 focos antigos, verdadeiros, onde tem sido bastante crescido o numero dos atacados. Trata-se da Preguiça e do Julião. No primeiro observamos que os casos primitivamente occorridos foram relativamente mais benignos que posteriormente. O mesmo verificamos no Julião, foco tambem antigo, onde em 1909, foram innumerous os casos, na maior parte fataes. -- Esta observação nossa não deixará de influenciar o juizo final de um atacado de febre do Levante.

Sendo proveniente de um foco, já se vê, este

enfermo terá um prognostico mais grave pelas nossas observações.

Ellas não servem absolutamente de norma, pois a variação deste facto foi estudada por nós mesmos. Assim os casos que se deram na Calçada foram gravissimos em um periodo epidemico, contrastando com a benignidade dos casos que occorriam no foco da Preguiça, se bem que por sua vez mais graves que os de egual periodo epidemico anteriormente observado.

De facto, observamos que os pestilentos que eram removidos destes focos para o Isolamento apresentaram uma molestia cheia de peripecias de accidentes peculiarsaos casos graves de typho do Oriente. O mesmo foi por nós observado nos individuos que procediam de uma mesma casa, em um mesmo foco. Tivemos de uma vez lá no Isolamento uma familia inteira proveniente do predio n.º 53, sito á rua dr. Manuel Victorino. Era composta de uma viuva e quatro filhos. O primeiro atacado foi uma menina que se curou; o segundo foi um irmão que falleceu fora do Hospital; o terceiro uma outra menina que tambem falleceu no Hospital;

em quarto lugar um outro seu irmão que falleceu como a precedente no Hospital, de septicemia secundaria, e enfim a viuva que curou-se.

Ficou a familia reduzida á viuva e a uma filha, a primeira que adoeceu. Estes enfermos deram entrada no Hospital com 3 dias de molestia, excepção feita da viuva que entrou com 1 dia. Convem tambem notar que neste predio houve uma epizootia, antes dos casos e outra, creio, 3 dias após a primeira, adoecendo então a primeira doente que fez o ajuntamento dos ratos para serem postos fora.

Facto egual observamos no predio n.º 10, sito a rua do Tijollo onde foram em grande numero os atacados. Destes, quatro deram entrada no Hospital, dos quaes dois curaram-se e dois falleceram. Estas observações acima tambem nada tem de fixo; estão sujeitas a variantes como tudo que diz respeito á peste bubonica. A conclusão é que pelo menos aqui na Bahia, os casos provenientes do mesmo foco e tambem da mesma casa, no mesmo foco são mais graves que quaesquer outros isolados, provenientes da mesma localidade ou de localidade differente. O julgamento a emittir nestes casos deve ser

mais meticoloso e mais escrupuloso que nos outros.

Outra ordem de causas extrinsecas vem prender a nossa attenção, actuando senão de um modo positivo, mas de uma maneira directa sobre o prognostico dos que tem a infelicidade de ser atacados pela febre do Levante e que devem ser removidos para o Hospital de isolamento. E' contra o cruel uso dos carros empregados na remoção dos doentes, aqui na Bahia, que me levanto para lançar um protesto de indignação em prol da humanidade soffredora. Estes vehiculos pouco confortaveis, que possuem uma maca onde o paciente vai deitado por assim dizer no duro soalho do carro, onde lhe faltam todas as accomodações, que a caridade e o nosso dever profissionaes impõem, antes de tudo, onde não ha ar sufficiente, onde a immundicie predomina, passando-se tempos e tempos sem o necessario asseio, onde um enfermeiro, se o é, em vez de ir ao lado do doente, senão para acaricial-o, pelo menos para minorar-lhe as dores, e prodigalisar os cuidados que encontraria no seio da familia, vai ao contrario do lado de fóra, na boléa, podendo o pobre pa-

ciente até morrer, como muitas vezes observamos, sem o menor cuidado. Varias vezes tivemos occasião de ver pessoalmente alguns dos enfermos chegarem mortos sem que o tal enfermeiro tivesse conhecimento, sendo para elle verdadeira surpresa ao abrir o carro.. Factos desta ordem são tão graves. imputam tão grande responsabilidade que não são dignos do menor commentario.

Factos que muito desabonam os nossos fofros de civilisados tivemos o ensejo de presenciar. A responsabilidade recáe nas auctoridades que dirigem os destinos desta infeliz terra. Urge, portanto, ao governo do Estado melhorar este transporte como ha alguns annos requer o illustre Director do Isolamento de Monte Serrat, em seu relatorio annual, que não logram oportunidade para serem lidos. Pelo contrario tomam um *visto* e o *archive-se* da pragmatica sem a menor leitura.

Ahi, dormem o somno eterno do esquecimento. Se por acaso fossem tomadas em consideração as ponderações que todos os annos faz o competente director, certo estou, as providencias que o caso requer estariam de ha muito cuidadas.

Ao lado disso, a longitude em que se acha o hospital, lá na ponte de Mont'Serrat, contribue muito ao que diz respeito ao transporte dos doentes.

E' uma viagem longa, exhaustiva, incommoda, esta que soffrem os enfermos que tem de ser removidos.

Ainda uma vez vem a baila citar o relatorio do nosso prezado Director pedindo a construcção de um Hospital, em um ponto central, mais ou menos equidistante de todos os pontos da cidade, Hospital que deve ser adaptado ao nosso meio, a indole do nosso povo, não obedecendo como quer o poder competente, ao typo Pasteur-Grancher, ultimo ideal no assumpto. Inutil será a realisacão deste projecto que demonstra a falta de pratica deste ramo de serviço publico.

Theoricamente é o *nec plus ultra*. mas praticamente, quem sabe? Não carecemos aqui na Bahia destes Hospitaes modelos. onde a pratica demonstra a sua inexequibilidade e inefficacia pela qualidade da maior parte dos nossos enfermos, que em geral pertencem, a classe baixa sem a educaçãõ precisa para comprehenderem

o alcance que tem em mira taes nosocomios, Ainda mais, o contraste que fazem os hospitaes Posteur-Grancher com o resto da organização do nosso Serviço Sanitario é irrisorio, acrescentando a ignorancia nos enfermeiros que em geral são contractados a ultima hora, sem que se exija qualquer conhecimento da sua parte por mais rudimentares que sejam.

Não será possivel o seu bom funcionamento com as irregularidades que se verificam nos serviços de desinfecção, remoção dos doentes etc., etc.

Não aconselho pois ao governo do Estado a realização de tal projecto, que repito, será a prova mais patente da falta de pratica dos que dirigem o destino da Hygiene Publica da Bahia. Além dos carros e da longitude do Hospital, sobrevem o máo calçamento das nossas ruas como facto coadjuvante aos que já referimos acima.

Estas ruas esburacadas, fazem com que os carros dêem saltos e abalos grandes que ainda mais augmentam a scena terrivel do transporte. Raro é o doente, ou alliás, podemos garantir absolutamente, que todos se queixam amarga-

mente, sem excepção de um só, contra esta barbaridade. A todos estes factos tivemos a infelicidade de assistir quando interno daquelle Isolamento.

Tenham estas linhas o valor de um apello dirigido, em nome da caridade aos poderes municipaes para aliviarem este grande inconveniente.

Falta-me agora fallar, em relação ao transporte dos doentes, das horas em que taes remoções são feitas. Muitas vezes ao meio dia, debaixo deste calor ardente da zona torrida são os doentes retirados das suas casas para soffrerem a viagem de remoção tão longa quão extenuante, por estas ruas mal calçadas, ladeira acima ladeira abaixo, até a distante ponta de Mont'Serrat.

São estes factos acima narrados, que tomados em conjunto muito contribuem para que a estatística da letalidade d'aquelle nosocomio augmente tanto. Accresce que algumas vezes o doente sae da sua residencia em estado agonico ou preagonico. Imagine-se em que estado chega ao Hospital um pobre ente, que além de sua molestia tem contra si a falta de conforto do

carro, o calçamento pessimo das ruas, a distancia do Hospital e o sol ardente do nosso clima!! Tenho ou não razão de me levantar contra tal barbaridade? Precisa ou não que sejam logo modificados os meios de conducção dos enfermos? Influenciam ou não estes factores, aqui na Bahia pelo menos, o prognostico da peste?

É isto que creio ter demonstrado. E para testemunhar mais cabalmente as minhas affirmações, devo citar a seguinte observação pessoal: trata-se de uma rapariga, creada da casa do illustre Director desta Faculdade. Esta doente sahiu em estado grave, mas não desesperador, da sua residencia. Mais que os outros doentes, foi recommendada pessoalmente por nosso director ao enfermeiro do carro, que tomou todo o cuitado possivel na doente,

Logo após a sua sahida tivemos noticia, por telephone, do seu estado, hora em que tinha sahido, etc., etc, e aguardamos a sua chegada no Hospital, onde o carro entrou 3 horas mais ou menos depois. Qual não foi a nossa surpresa ao abrir o carro?! A doente estava morta!! Qual tambem não foi a nossa surpresa ao ouvirmos o enfermeiro declarar que não sabia

quando, nem como falleceu a transportada !!? Eguaes casos presenciámos pessoalmente varias vezes. E, não são somente os empestados que soffrem esta barbaridade. Alguns amarellentos e variolosos vimos chegarem mortos. Infelizmente só aqui na Bahia se registram factos desta ordem

Nenhum auctor refere-se a tal cousa, tratando do assumpto e do prognostico da peste. Mesmo aqui no Brazil, em Santos e Rio de Janeiro, etc., nunca tal cousa se observou. E' esta a verdade nua e crua. E se por acaso alguma duvida paira no espirito de quem quer que seja, pedimos, em nome desta verdade que proclamamos, indaguem a um daquelles enfermos, dos que lá foram debaixo das condições acima descriptas, ou de pessoas que os tenham acompanhado, para verem a descripção negra que dão a este respeito.

E' o quanto basta. Accresce tambem a practica systematica dos exames bacteriologicos, em todos os casos, que roubam um tempo immenso e sem necessidade, coadjuvando a elevação da cifra da letalidade aqui. Imaginem que as vezes o enfermo leva um dia e mais em

sua residencia, sem lograr os beneficios da sero-therapia, que, quanto mais cedo applicada mais proveitos trará, por causa de um exame bacteriologico que resume-se apenas a um exame microscopico do succo do bubão. Muito contrarios somos a taes exames, que só achamos rasoaveis em determinadas circumstancias. Por exemplo: trata-se de um caso inicial de um periodo epidemico ou mesmo durante a epidemia, em que a symptomatologia não é clara; ahi sim, cremos que o exame microscopico é necessario á elucidação do diagnostico, mas uma vez a epidemia declarada, julgo que a symptomatologia satisfaz plenamente. Isto tudo resulta da pouca pratica que tem os prepostos da Hygiene, muitos dos quaes nunca viram um caso de peste. Em geral, com raras e honrosissimas excepções, os medicos da Hygiene não fazem sequer a ideia de um Hospital de Isolamento, quanto mais para estarem a par das modalidades clinicas e symptomatologicas que se podem apresentar na peste e muito menos do seu tratamento.

Um que muito conhecemos: só foi ver um doente de peste porque foi agarrado, assim

posso dizer, pelo muito digno Director do Isolamento, naquelle tempo ajudante do serviço de bacteriologia. E assim mesmo que sem ver de que modo elle penetrou na casa e no commodo do enfermo? E' uma cousa cujo ridiculo causa hilaridade. Assim que chegou na porta chamou um desinfectador que então trabalhava e disse-lhe:—olhe, Você vá botando creolina onde eu mandar. O empregado obedeceu. Mandou pôr creolina no chão e immediatamente pisava onde estava molhado e assim por diante e pulando de poça em poça, ia dizendo ao desinfectador: bote lá adiante, etc., até que chegou ao commodo onde estava o enfermo.

Ahi elle mandou fazer uma grande roda no chão, com a solução de creolina; pisou no centro e começou a examinar o doente do meio da sala, antecedente ao quarto, e de um modo que só se estando presente é possível, pois descripto, creio, ninguém acreditará. Nem sequer transpoz a porta do commodo. Eis ahi, em poucas linhas demonstrada a pratica que têm os medicos da nossa hygiene quanto a peste. Estes factos como outros, são bastante veridicos. Não mencionaremos mais alguns porque

o logar é inoportuno. Cousas e factos desta ordem são tão frequentes como não se pode imaginar. Mas voltando a nossa dissertação; a demora deste exame é tambem uma das causas que bem influencia o prognostico da peste aqui na Bahia, pois augmenta o numero de dias de molestia do paciente, que como sabemos, faz a gravidade do mal crescer extraordinariamente. Somos de opinião, que uma vez suspeito o caso a remoção deve ser immediata para o posto de observação annexo ao Hospital e o exame será então feito lá, onde o paciente receberá logo uma dose de soro a titulo preventivo, enquanto se fixará o diagnostico. E' essa, cremos, a melhor pratica, porque, não somente o paciente gozará os beneficios da serotherapie mais cedo, como tambem terá menos probabilidade de transmissibilidade maior do morbo pelas pulgas e outros insectos, etc., e ainda mais quanto menor for o tempo que o enfermo permanecer em sua residencia, melhor o bem estar do resto da familia que soffrerá muito menor contagio. Ahi estão os factos que quasi diariamente observamos, fazendo com que se torne mais grave do que é, o prognostico da peste bubonica entre nós.

Tambem foi por nós estudada a importancia que gosa a idade dos nossos enfermos com o prognostico da molestia que estudamos. Recebemos, no Hospital, enfermos de dois annos até 70. Para melhor orientação dividimos-os em 3 classes: segundo a infancia, a virilidade e a velhice.

No primeiro consideramos aquelles cuja idade ia aos 15 annos, no segundo aquelles em que a idade ia de 16 a 50 annos e no terceiro os de 50 annos para mais. Interessante é dizer que nas crianças a mortalidade é muito menor que nos outros periodos da vida. Se bem que o organismo neste tempo ainda não possua completo desenvolvimento e por consequencia toda a força defensiva que poderá ter mais tarde; parece que a peste os ataca com benignidade em relação com os seus meios de resistencia, senão porque, estes ainda estejam talvez em perfeito estado de integridade. Assim verificamos em 27 enfermos que entraram no Hospital de Isolamento de 1.º de Janeiro de 1908 á 30 de Abril de 1910. Destes 27, que foram para lá nas mesmas condições que os demais, apenas falleceram 7, curando-se 20, o que nos deu uma

porcentagem bruta de 25, 92 o/o. Convem notar que a molestia nos pequenos enfermos, dos que escaparam, não foi muito grave; em geral logo após a primeira e a segunda injeção de sôro os symptomas do periodo agudo quasi sempre cederam e a cura sobreveio. No entanto, na virilidade o facto não se comporta da mesma maneira.

E' muito mais grave, assume uma certa importancia. A peste parece ahi encontrar campo mais vasto a sua obra destruidora, achando tambem um terreno mais apto, em que as condições do meio e as resistencias organicas já quasi sempre imperfeitas por molestias anteriores, não estão em estado de completa integridade. Assim se deprehe de nossa estatistica feita no mesmo lapso de tempo que a primeira. Ahi subiu muito, a 50, 69 o/o, o nosso coeficiente bruto, tomado em 83 doentes dos quaes falleceram 42 e curaram-se 41. Pouca differença encontramos desta para o ultimo periodo da vida. Observamos 6 doentes de mais de 50 annos, dos quaes curaram-se 3 e falleceram 3, dando uma mortalidade bruta de 50 o/o. Do que vimos de expôr conclue-se que a peste pa-

rece ser mais grave nos dois ultimos periodos da vida e que no primeiro apesar de atacar indistinctamente a todos tres, sendo os dois ultimos casos com mais gravidade.

E' o que encontramos exharado no relatorio apresentado pelo dr. Augusto Maia, competente Director do Hospital de Mont'Serrat: «Vê-se que a que a idade adulta é a que paga maior tributo a velhice é relativamente poupada se bem que em geral seja grave.» Como a idade, ella tambem ataca indifferentemente a ambos os sexos, sem grande distincões ou modos especiaes de proceder em face de qualquer d'elles. Ambos podem ter a molestia com gravidade,

Pouco influencia o prognostico este particular. Mas examinando, as porcentagens brutas em 116 doentes que observamos, 80 homens e 36 mulheres, achamos para os primeiros a de 45 % e para os segundos 41,66 %. Não deixa de haver uma differença, mas é tão pequena que não tem grande valor pratico como pensavamos.

Apenas descrevemos para mostrar que tambem este ponto nos chamou attenção ao encarar o prognostico da peste. A variação a que está sujeita tal estatistica, de quadra epidemica ou

mesmo de epidemia a epidemica, será, com certeza, verificavel facilmente, pois muito pouca cousa na peste, poderá ser fixa, de modo a ser tomada como norma a seguir para julgamentos futuros.

Investigamos tambem o modo de proceder das raças aqui existentes, em face do mal levantino. Como os dous factores acima, idade e sexo, as raças parecem ter muito pouca importancia de baixo do ponto de vista que examinamos. Atacadas indifferentemente, com maior ou menor gravidade, as raças de nada servem para o estabelecimento de um juizo seguro que possa permittir prever o desenlace do caso em um futuro mais ou menos proximo.

Tambem encontramos pequenas alterações nas diversas porcentagens que tiramos e que nada tem de absoluto, nem mesmo aqui na Bahia, onde foram feitas. Assim os brancos deram uma mortalidade de 31,57 p. os mestiços de 50,91 p. e os pretos de 44,44 p. Se bem que os brancos tenham porcentagem menor, precisamos acrescentar que estes tem condições hygienicas de vida superiores quasi sempre, as outras duas raças que em geral pertencem a classe pobre.

São somente estas as partes importantes que

foram suggeridas pelas nossas observações. Como os precedentes não servem absolutamente de norma. Também a profissão parece gozar de relações em face da gravidade da febre levantina. Parece-nos que individuos que tem uma vida mais laboriosa estão aptos a contrahirem a molestia, com mais frequencia e mais gravemente. A razão facilmente se explica: o cansaço, a ergasthenia, podem estar ligados a taes factos, enfraquecendo as resistencias organicas destes individuos, como se verifica em relação a outras molestias. estou certo, podem levar o organismo a um estado de *minoris resistencie* que facilmente contrahirá a peste mais grave.

Neste sentido observamos alguns doentes, principalmente carregadores, os quaes sempre tiveram uma molestia grave, fallecendo a maior parte. Ao contrario, a maior parte dos que não tinham vida tão exhaustiva se curara.

As condições hygienicas em que virem os enfermos parece ter qualquer laço, mais ou menos estreito, com a gravidade dos casos. Assim os enfermos das classes pobres, em que as condições de vida hygienica são os mais rudimentares, estão sujeitos frequentemente a um ata-

que mais pernicioso que os de vida hygienica mais adiantada. Aqui na Bahia, justamente isto se verifica.

As raças mestiça e preta, as que geralmente pertencem a classe baixa popular, pagam maior tributo que a raça branca. Cujas condições hygienica são melhores, se bem que imperfeitas. O contagio, nos primeiros, se fará por todos os meios, pois a educação rudimentar, não permite a sua comprehensão, nem os modos porque se opera. A transmissibilidade, da mesma maneira, torna-se incomprehensivel.

O estado de immundicie em que vivem, a alimentação insufficiente que têm, as habitações pequenas e pouco arejadas, quasi sempre humidas, onde a luz não penetra sufficientemente, onde moram reunidos, em numero consideravel, muito predispoem a um ataque pernicioso, pois diminuem a defeza organica e por consequencia leucocytaria. O bacillo da peste ahi se acha em estado de proliferar abundantemente, pelas condições favoraveis do meio, o numero do ratos é consideravel, as condições de luz e humidade, muito contribuem a uma exaltação de virulencia e consequentemente

ataques mais graves e mais perniciosos se fazem observar.

E' uma das muitas razões que fazem com que a peste augmente aqui a gravidade. As casas sempre sujas e immundas, principalmente nos fôcos, onde os ratos campeiam em grande numero, tendo lugares propicios a installação das suas moradas, onde não se fazem as desinfecções, com o rigor que a bôa e moderna prophylaxia ensinam, permitem maior propagação e exalta a virulencia do germem por passagens nos individuos.

A classe mais elevada, attentas as melhores condições hygienicas, em que vive, está menos sujeita, ao oneroso tributo que paga a classe pobre.

De transcendental importancia se nos afiguraram os antecedentes pessoas dos enfermos ao enfrentarmos a prognose da entidade nosologica, que estudamos. As influencias hereditarias que representam phenomenos biologicos da transmissão dos ascendentes aos decedentes, de particularidades de organização e aptidão, normaes ou morbidas, se revestem de grande valor e utilidade praticas, em se tratando da infecção yersiniana.

Os antecedentes pessôaes do mesmo modo adquirem valor notavel. Os habitos, os regimens, as molestias anteriores, tudo que durante a vida precede um estado morbido determinado, fazem reflectir a sua acção sobre a toxi-infecção da molestia de Yersin.

Ambos os antecedentes, pessoaes ou hereditarios, se comportaram indifferentemente, mas de um modo interessante, em alguns dos doentes que observamos, no periodo do nosso internato no Isolamento em Mont'Serrat favorecendo, senão de uma maneira relativa, o desenvolvimento de peripecias e accidentes no desencadear das suas historias clinicas, ou mesmo transformando uma forma relativamente benigna em uma outra mais grave e assim por diante.

O prognostico, de facto, se torna mais grave, revestindo uma maior cautella quando os diversos orgãos, apparatus e systemas uma vez se acham em estado de *minoris resistenciae*. Assim tivemos doentes, alguns dos quaes curiosos, que devido a seus antecedentes, tiveram formas graves da molestia, quer primitivamente, quer secundariamente, a titulo de complicações, altamente observados quem sabe por estes motivos que vamos expor.

Assim as diversas entidades morbidas que affectam o bom funcionamento do tubo gastro intestinal propriamente dito, assim como o dos seus órgãos annexos, dão facilmente lugar a que um caso de peste bubonica classica, relativamente benigno, se transforme em um caso de peste gastro intestinal secundaria.

As gastrites, dyspepsias, enterite, entero colites, gastro enterites, etc., são molestias anteriores que parecem influir, de modo bastante notavel, no transformismo de um em outro typo, os casos de peste, ora como formas secundarias, ora como complicações, ambas de prognostico bastante sombrio. Neste sentido observamos varios doentes. Dentre estes salientamos o de n.º 349, estudante de medicina, que recolhera-se ao Hospital em 5 de Novembro de 1909. Este doente apresentava ao entrar: 39,8 de temperatura, com 100 pulsações e 34 movimentos respiratorios por minuto, um grande bubão crural esquerdo, com enorme zona de edema, circumvisinho. Estado mental perfeito, sem adynamia. Após alguns dias a febre e outros symptomias do periodo agudo se foram dissipando pela acção da serotherapie. Permaneceu alguns dias sem a minima alteração julgando-o

nós em começo de convalescença. Mas qual não foi a nossa surpresa ao vermos apparecer symptomas que fizeram pensar em peste gastro intestinal secundaria. A febre de novo appareceu, registrando 39, 6, com 96 pulsações e 31 movimentos respiratorios. Symptomas dolorosos para o lado do abdomem; dór nas regiões epigastricas e ilio-cecal, muitos, ás vezes alimentares, ás vezes biliosos, meteorismo, tympanismo, diarrhéa abundante, tornando-se mais tarde esverdinhada. A temperatura mantinha-se elevada; sobrevinheram mais tarde outros symptomas. como sejam: lingua. saburrosa, extrema fetidez do halito, estupor soluço, nystagmo, adynamia grande, fraquesa do pulso e morte no 40. dia de permanencia no Hospital Indagado logo. no começo, sobre o funcionamento do tubo alimentar, confessou-nos que soffrera de enterite, a qual lhe impedia de fazer refeições mais copiosas ou mesmo pequenas quando o alimento era de difficil digestão e que tinha desarranjos gastro-intestinaes as vezes acompanhados de febre. Dá segunda vez que fora accommettido de enterite quasi fallece. Portanto, o ponto fraco do seu organismo era o tubo alimentar. Nada mais revelou-nos de ans

tecedentes pessoas. Nunca soffreu de outras molestias. Tinha uma constituição bastante vigorosa. Ora aqui estão os antecedentes pessoas prestando grande concurso para a emissão do veredictum sobre o desfeixe de um caso. Não foi somente esta a unica observação que tivemos. Dentre outros lembramo-nos da doente n.º 318, sexo feminino, que entrou para o Hospital em 11 de Setembro de 1909, com 18 annos de idade. Apresentava uma elevação thermica de 37.2 com 110 pulsações e 38 movimentos respiratorios, em um minuto. Bubão crural esquerdo, pequeno, duro, doloroso. Estado mental perfeito. Estado geral bom. Queixava-se de uma dôr forte no epigastrio, que muito rebelde, não cedeu a therapeutica adequada.

Indagado sobre suas molestias anteriores, declarou-nos que soffria de dyspepsia, com forte gastralgia, antigas. Nada podia comer, pois tudo lhe fazia mal. Esta doente falleceu com as dores do epigastrio no fim de 22 1/2 horas de permanencia no Hospital. Não encontramos germens ao exame microscopico do sangue. Os apparatus circulatorio e respiratorio normaes. Muitas outras observações fizemos neste sen-

tido, todas provando a gravidade das perturbações gastro-intestinaes, provenientes de moles-tias anteriores do tubo alimentar. Felizmente não registamos caso algum de peste gastro-in-testinal primitiva. Sempre foram secundarias, a titulo de complicações, as que observamos, que são tambem de prognostico sombrio.

E' tambem de real importancia o estado de in-tegridade do figado para que a sua funcção an-titoxica, se fazendo normalmente, possa des-truir as toxinas produzidas pelo bacillo pesti-genio defendendo o organismo destes productos, como filtro protector. E não é só a funcção an-titoxica que uma vez anormal, não possa dar combate as toxinas, faz se tambem mister que todas as suas funcções estejam perfeitas.

E' preciso que haja esta harmonia reciproca, esta relação de funcção a funcção, para que a cellula hepatica, nas differentes manifestações da sua actividade, reaja physiologicamente. Nada neste assumpto observamos, mas é de crêr, que havendo compromettimento das fun-ções hepaticas o prognostico se torne bastante grave. E isto ainda é mais plausivel, pois no typho do Oriente, sabemos o figado pode estar

augmentado de volume, uma vez explorado pelos meios propedeuticos e clinicos que sabemos. Neste ultimo ponto de vista ainda são bastante divergentes as opiniões. Enquanto para Jennings este órgão apresenta-se quasi sempre avolumado, revelando demais a palpação profunda accentuada sensibilidade, para Polverini elle quasi nunca está crescido, nem dolente a palpação. Mas, se as opiniões são contraditorias, o que é facto é que o figado se compromette no decurso da infecção pestilenta como revelam as autopsias. Este facto é ainda mais patente quando ha reabsorpção biliar, attestada por leve tinta icterica ou sub-icterica das conjunctivas.

Nunca observamos, nos empestados que tivemos occasião de ver, alterações hepaticas ou claras aos processos propedeuticos physicos.

E' evidente que um individuo anteriormente cirrhotico ou que soffra qualquer outra molestia hepatica anterior tenha uma peste muito mais grave que outros, em que o órgão se mantem em estado physiologico, pois no seu organismo maior somma de productos toxicos, de elaboração microbiana, estou certo, será achada.

Não pararam ahí as nossas observações. Outros systemas e aparelhos tambem prenderam a nossa attenção. No aparelho circulatorio fizemos estudos. Algo de importante se nos figurou, quando estudamos as molestias que affectando esta parte do organismo trazem para sempre seu imperfeito funcionamento. As lesões valvulares entram com grande contribuição para tornar o desenlace de qualquer caso sempre fatal. E, se já por si, são muito graves, em peiores transformam quando juntamente a ellas apparece o typho Oriental, operando no mesmo organismo, ambos procurando o fim unico da fatalidade. Apenas observamos uma doente que padecia de insufficiencia mitral, como nos informou outra doente, com a qual convivia residentes na mesma casa ao Maciel de Baixo n.º 35. Trata-se do doente n.º 316 que entrou para o Isolamento em 11 de Setembro de 1909 com 37.4 100 pulsações e 34 movimentos respiratorios por minuto, pupillas dilatadas, lingua saburrosa, halito fetido, nauseas, pequena diarrhéa, bubão crural esquerdo, duro, do tamanho de uma noz. Estado geral bom, estado mental perfeito, bastante calma.

Fazemos o exame do aparelho circulatorio

encontramos, de facto, signaes auscultatorios, como: ruido de sopro na ponta e no primeiro tempo, por consecuencia systolico, ouvido, como já dissemos, com o maximum de intensidade na ponta, no nivel da valvula mitral, um pouco para fora do mamillo. Os signaes eram evidentes de uma insufficiencia mitral. Confirmamos o nosso diagnostico interrogando a outra doente, sua companheira de residencia, que nos disse ter aquella enferma palpitações, com dyspnéa e respiração curta. Examinamos o aparelho pulmonar e encontramos tambem estertores subcrepitantes nas bases dos pulmões, indicando edema. Havia tambem edema malleolar. Pulso pequeno, um pouco irregular, intermittente.

Não hesitamos mais no diagnostico de insufficiencia mitral. No dia da entrada passou bem a noite, dormiu calmamente. No outro dia a temperatura começou a subir, o pulso batia 120 vezes por minuto e estava fraco, acompanhado de 38 movimentos respiratorios, franca tachypnea. Começaram as palpitações e desasocêgo do doente tornou-se grande, a dyspnéa começou, o numero de respirações se elevou a 46 por minuto. No dia seguinte ainda foi

maior a dyspnéa, o pulso bateu 122 vezes e o numero de excursões thoraxicas chegou a 50.

O pulso começou a enfraquecer, a despeito dos toni-cardiacos administrados e ficou filiforme. Continuou neste estado até que as extremidades se resfriaram, a respiração tornou-se mais difficil, sobreveio o coma e a doente falleceu no 6.º dia de permanencia no Hospital. Este facto sóbe de importancia porquanto sabemos que na peste o coração é um dos órgãos atacados e não sem violencia, seja pela toxina pestosa, como tambem pela influencia da temperatura, que por sua vez, muito influe na tachycardia, si bem que na peste esta ultima maneira de ser não guarde relações tão reciprocas como se pensa commumente, pois em nossos doentes ora a curva do pulso se conservou, durante a phase aguda da molestia abaixo, da curva de temperatura, ora ao contrario, acima. Mas como o mais frequente é haver acceleração, que não raro excede a 100 pulsações é de crer que o coração, já cansado, não possa resistir aos embates da toxina pestosa que actuando de um modo bastante notavel sobre o systema nervoso provoca a excitação do centro circulatorio accelerador.

Por consequencia, a acceleraçãõ circulatoria está, o maior numero das vezes, ligada a acção da toxina, quer sobre systema central, quer mais particularmente sobre os proprios ganglios auto motores cardiacos. E isto é provavel pois observamos doentes que tinham 37,2 de temperatura com 120, 130 e mais pulsações, sem que os doentes estivessem em periodo de molestia perto da morte.

Muitos delles se curaram, sendo que em alguns o pulso persistiu acelerado, após o declinio da temperatura e acelerado continnuou por muito tempo, mesmo até o fim da convalescença. Tambem o mesmo facto acima referido foi observado pelo illustre mestre dr Gonçalo Muniz, quando tão sabiamente dirigiu o serviço de Isolamento dos acomettidos. Foi a unica doente que tivemos ensejo de observar e que tinha um coração imperfeito, funcionando mal anteriormente. Parece nos que a influencia de taes lesões orificiaes, bem como quaesquer outras que se assentem sobre o apparelho circulatorio, fazem pender o prognostico para o lado sombrio, ainda mais porque a peste por si só é capaz de produzir desordens quer orificiaes

como tambem pode trazer desordens organicas, do proprio musculo cardiaco, como bastas vezes se tem observado.

Já as observações de Calmette e Salimbeni nos relatando a presença de prolongamento do 1.^o tempo murmurio presystolico, reforço do segundo tom aortico e pulmonar, algumas vezes desdobrado, ruido de galope que podem referir alterações do myocardio, como as de Agote e Medina mencionando desdobramento do segundo tom e tambem conforme Polverini, quem maior importancia liga as desordens do apparelho circulatorio na peste, existem casos e não em pequeno numero, nos quaes se pode dizer que toda a symptomatologia se acha especialmente a cargo d'aquelle apparelho. Se bem que as nossas observações fossem falhas neste ponto pois o numero de doentes observados, não podia ser mais reduzido, cremos que os acima enumerados servem bastante para confirmar o que viemos de dizer, tanto mais quanto são patrocinados por auctores da ordem de Agote e Medina, Calmette e Salimbeni e Polverini, de fama grandemente conhecida entre os que se dedicam a loimographia.

Nenhum outro doente observamos que tivesse outras sortes de lesões para o lado do aparelho circulatorio. Casos de aneurisma, atheromas, arterio-sclerose, pericardite, endocardite, etc., por nós não foram registados.

Tambem para o lado do aparelho pulmonar nos parece que esta relação deve existir. Assim as affecções da arvore respiratoria, como sejam, a tuberculose, a pneumonia, a pleuresia etc., podem produzir alguma tendencia ou antes predisposição para os ataques que se observam para o lado do aparelho pulmonar, quer primitivamente, quer secundariamente no typho Oriental.

Não tivemos o ensejo de observar taes factos. Apenas observamos o de n. 348 que era tuberculoso, mas que teve uma peste muito benigna, variedade ambulatoria. Convem, porem, accrescentar que com este doente sempre tivemos muito cuidado para o seu *locus minoris resistencie*, sempre o traziamos sob medicação adequada, apresentando, comtudo isso, o doente pequena expectoração, acompanhada de forte tosse e elevação thermica que nos fizeram bastante receio, tanto mais quanto a sua constituição era muito fraca. Este doente felizmente curou-se, sem o

menor accidente serio, devido tambem em grande parte ao nosso cuidado, que até certo ponto era excessivo.

Alem da medicação, a superalimentação foi sempre seguida. Durante o nosso periodo de observancia no Hospital, tivemos somente occasião de assistir a um só enfermo com pneumonia secundaria, o qual graças a sua robustez, a sua constituição rigorosa pode resistir ao ataque pulmonar do mal, que seja nos licito confessar, não foi tambem tão apparatuso como succede em casos de peste com tal forma.

Falhos portanto são as nossas observações. Presumimos taes relações, que uma vez averiguadas parecem ser de grande valor pratico em molestia tal, como a peste, onde infelizmente a incerteza está ao lado do medico, difficultando o seu juizo sobre este ou aquelle caso.

Quando taes averiguações forem feitas e confirmadas pelas observações o prognostico tenderá para o lado sombrio, está claro. O apparelho urinario antecipadamente invadido pode tambem tornar o prognostico da peste mui grave, pois no typho oriental, no estado normal, isto é, quando o paciente nada soffre para o lado

do rim a quantidade de urina excretada se acha diminuida as vezes mesmo pode chegar a completa anuria.

Ora, se este facto pode sobrevir num individuo cujo rim é normal, porque, com maior probabilidade, não se pode dar em um nephritico chronico, quando nós sabemos que todo individuo atingido de nephrite aguda ou chronica está por isso mesmo em eminencia de anuria, que não tarda em deixar manifestar os symptomas de uremia sempre tão graves?

Accresce ainda que na peste ha quasi sempre nephrite toxica e até mesmo Calmette e Salimbeni affirmam que «pela autopsia encontráram constantemente lesões de nephrite parenchymatosa aguda, mais ou menos intensas hemorragias e algumas vezes focos apopleticos no parenchyma, especialmente entre as pyramides.

Ainda mais, affirma tambem Wilm que averiguou em grande numero de pestilentos a presença do bacillo pestoso na urina. Estes factos não demonstram claramente que o processo infectuoso da peste se faz tambem para o lado do rim de uma maneira directa?

Se um rim em perfeito estado de integridade

pode soffrer taes lesões, porque pois, um órgão já doente não pôde as ter com grande maioria de razão. tanto mais quanto é por este emuntorico da economia que o organismo se desembaraça da maior parte dos productos toxicos que n'elle estão contidos, e que lhe causam mal?

E' o que infelizmente não podemos provar a luz das nossas observações, grandemente insufficientes neste ponto. Sempre em taes casos, parece-nos, o prognostico deve ser maligno.

Quanto ao systema nervoso encontramos alguns doentes em que a tara hereditaria muito predispoz, para que as manifestações nervosas e mentaes especialmente, se fizessem manifestar, com a sua gravidade habitual, em casos desta natureza.

Dentre o numero, não pequeno, de doentes que fizeram assumpto de nossas observações, destacamos os 2 seguintes: o de numero 325 côr branca, 20 annos, empregado no commercio, procedente da rua da Julião e que deu entrada no Hospital em 29 de setembro de 1909. Este doente apresentava, no dia da sua entrada, o seguinte: vomitos, lingua bastante saburrosa, hálito fetido, temperatura de 40,2; com 118 pulsações e 34 movimentos respiratorios, contados

em 1 minuto, bubão crural direito, do tamanho de uma noz, sem edema, nem vermelhidão periganglionares.

Estado geral aparentemente bom. Estado mental perfeito. Ahí, n'este particular, indagamos do doente se tinha alguma pessoa de sua familia que soffresse de molestias nervosas para averiguarmos a existencia ou não da hereditariedade. Respondeu-nos que sua progenitora era bastante nervosa e que soffria de ataques que não precisava bem a natureza.

Quanto ao seu progenitor não nos soube dar informações precisas, mas parece que teve repetidos *ataques de congestão cerebral* que tambem não pode precisar a descripção.

Tem uma irmã hysterica e tambem já teve um *ataque de congestão cerebral*, do qual não se recorda como sobreviera, nem o que sentia, pois era ainda bastante criança. Passou o resto da tarde e toda a noite socegradamente, dormindo horas esquecidas. Temperatura igual a 39,0, com 106 pulsações e 40 respirações.

Na noute de 30 de setembro para 1 de outubro começaram a se manifestar perturbações de ordem nervosa. Nada dormiu esta noute. esteve

sempre accordado em estado de sub-delirio. A temperatura subiu a 39,0 á tarde. Passou muito mal esta noute. o sub.delirio augmentou e tornou-se delirio intenso.

O paciente vagueiava pela enfermaria, em completo desvario. tentando varias vezes fugir, alem de preferir palavras ora indecorosas, ora incoherentes, sem o menor sentido, ora attinentes a sua profissão e amizades.

Continuou n'este estado o resto da noute e nada houve que o fizesse dormir. O delirio attingiu ao auge, não tinha mais qualificativos, tornou-se um delirio agudo furioso, ora tendente ao delirio de grandeza, pois se julgou um grande, muito rico, com enorme somnia, possuindo muitos brilhantes, que foram roubadas por seus companheiros de enfermaria. Quiz tambem atracar-se com o enfermeiro por ter este impedido a sua sahida da enfermaria.

Amanheceu o dia neste estado de excitação. Durante o dia o seu delirio variou, tornou-se onirico, de sonhos, tendo novamente a tarde se tornado furioso, prolongando-se até 1 hora da madrugada de 5 de outubro, quando, por um encanto, caminhou para o leito dizendo: *Agora*

con dormir; e, em poucos segundos dormia profundamente.

Receiavamos a sua morte quando despertasse, como tem succedido em alguns outros doentes, que tem tido estas perturbações para o lado do systema nervoso, accrescendo que o pulso estava filiforme, sendo preciso recorrermos a uma injeccão de ether camphorado, batendo 110 vezes por minutos, respiração accelerada, extremidades resfriadas, ao lado de profundo emmagrecimento, pois durante o tempo que delirou nada ingeriu.

Convem accrescentarmos que os recursos therapeuticos, que empregamos contra o delirio, foram baldos, inclusive a balneotherapia quente, que usamos de preferencia a qualquer outra medicação. O paciente chegou a tomar 4 banhos por dia por espaço maximo de 36 minutos tempo que o conseguimos manter dentro da banheira.

O outro doente foi o de n. 313 que entrou em 28 de Agosto de 1909. Apresentava um bubão cervical direito, muito grande do tamanho de um ovo de peruá, duro, pouco doloroso, franca tachypnéa (56 movimentos respiratorios em um minuto) febre de 38,6, com 119 pulsações; lingua muito saburrosa, halito, extremamente fe-

tido, sem vomitos nem diarrhéa, delirio mais ou menos intenso.

Este paciente, como o precedente, delirou varios dias. O seu delirio foi mais calmo, menos agitado, permanecendo o doente no proprio leito, proferindo apenas palavras e fazendo gestos referentes a profissão de carregador.

A temperatura subiu a 38,5, á tarde do outro dia. Durante a noite da sua entrada teve períodos curtos de somno. Passou ainda mais 4 dias em estado de delirio principalmente na noite da vespera do desenlace fatal. Neste doente não podemos verificar com certeza a sua hereditariedade nervosa, pois era uma pessoa do povo e não sabia dar instrucções precisas, além do delirio em que estava. Mas, revelou-nos que teve um *ataque de congestão* e que em pequeno tinha ataques e tremores. Não podemos averiguar bem, mas dissemos que sua progenitora tinha ataques que não sabia como eram e que seu pai bebia muito, embriagando-se constantemente.

No quinto dia de permanencia no Hospital o doente falleceu. Infelizmente esta observação não foi precisa, como desejavamos, atttentas as circunstancias da alteração da sua mentalidade

como tambem por sua pouca instrucção. Algumas pessoas que o conheciam e com as quaes tivemos indagações, nos disseram entretanto, que havia qualquer perturbação de ordem nervosa na sua progenitora. Não foram estes os unicos doentes que tiveram perturbações nervosas e mentaes especialmente, muitos outros, que observamos, as tiveram, porem nestes dois somente podemos averiguar a hereditariedade nervosa. Não verificamos em mais alguns, por que a maioria dos nossos doentes foi da classe baixa, que forma a quasi totalidade dos enfermos hospitalares em geral e que não sabem dar estas informações precisas da historia de suas vidas. Bastante grande é pois a influencia da hereditariedade nevropathica do individuo nas perturbações de ordem nervosa ajudada por sua vez pela toxina pestosa que em grande quantidade impregna todo o organismo.

Entretanto não é somente na peste que este facto se observa, em muitos outras molestias, infectuosas principalmente, as perturbações nervosas são communs, quando ha predisposição hereditaria. E, não foi somente a tara hereditaria que predispoz nossos observados a taes perturbações. A grande maioria tinha nos seus

antecedentes pessoas ou hereditarios, o alcoolismo agudo ou chronico, que tambem enfraquecendo ou alterando o perfeito funcionamento do systema nervoso muito conduz a taes ordens de factos.

Mesmo sem ser uma molestia infecciosa febril, como a peste ou qualquer outra, o alcool é capaz de produzir taes desordens em individuos cuja constituição nervosa é bem forte, perfeitamente solida, conduzindo-os para o alcoolismo chronico, bastante fertil em alterações desta natureza, ora produzindo as polynevrites, ora levando os pacientes para o delirium tremens e etc., ordens de perturbações nervosas que o reconhecem algumas vezes como causa principal.

Se isto se passa n'estas circumstancias e no estado de integridade do systema nervoso, mais facilmente se reproduzirão com mais intensidade talvez, quando ajudados pelas causas intrinsecas das infecções, principalmente a yersiniana.

Não fomos nós que pela primeira vez estudamos a influencia das predisposições individuaes hereditarias e antecedentes pessoas nervosas ou alcoholicos dos nossos enfermos, dando logar a perturbações graves que se observam para

esta parte do organismo. Assim se exprime o dr. Gonçale Muniz em sua «Contribuição ao estudo clinico da peste»: «A forma do delirio è principalmente determinada pelas predisposições individuaes. Os doentes em que observamos delirio violento, semelhante, como acabamos de ver, a accesso de mania aguda, eram na maioria alcoolistas».

Tambem dentre outros loimegraphos de nomeada devemos citar Calmette e Salincenti, dr. Tavares de Macedo, etc., que observaram casos importantes. Para não ir mais além basta citarmos 2 casos observados por este ultimo loimeographo: «Em dois casos, diz elle, ao delirio violento e prolongado succedeu a alienação mental. Um dos doentes, depois de liberto da infecção pestosa foi recolhido a um manicomio, d'onde posteriormente sahiu restabelecido, noutro succumbiu, apresentando phenomenos clinicos de lypemania. Em dois doentes o delirio creou a mania do suicidio». (Peste tubonica —Brazil Med. 1905). Tambem Simond e Yersin, Polverini e Simpson mencionam a demencia como perturbação mental da convalescença.

Mais alem vai o dr. Enjobras Vampré, que

attribue também á toxina pestosa parte d'estas perturbações, dizendo: «as allucinações passarão a fazer parte do accesso delirante, cuja intensidade depende não só da quantidade de toxinas, como das variantes de temperamento e tara nevropathica do individuo, das tendencias dominantes de seu character, de seu espirito, de seus sentimentos, profissão, habitos e meios de vida».

Felizmente porém, podemos dizer que as desordens psychopathicas da peste, embora possam se tornar permanentes, parecem no entanto transitorias na maior parte dos casos. Infelizmente também devemos dizer que quaesquer que sejam estas desordens, ellas implicam um prognostico severo o mais das vezes. Bem patente, bem demonstrada, parece-nos, fica a influencia da tara nevropathica hereditaria ou pessoal, secundada pelo alcoolismo agudo ou chronico, ajudados por sua vez pela toxina pestosa que age por si só sobre todo o organismo, principalmente sobre o systema nervoso onde parece actuar do mesmo modo que a toxina do bacillo de Nicoláier. E, diz o dr. Enjobras Vampré: «tão grande é a affinidade da toxina do coccos bacillo de Yersin pelos centros nervosos que al-

guns auctores deram ao mal levantino a denominação bem merecida de febre adeno-nervosa.

O dr. B. Sorrentino (La peste) impressionado pelos mesmos factos approxima o bacillo de Yersin dos de Nicolaier e Loeffler».

Para completarmos os nossos estudos sobre as molestias anteriores ou melhor sobre os antecedentes dos enfermos, resta-nos fallar das molestias do sangue e dos ganglios lymphaticos. O systema sanguineo fundamente alterado anteriormente pode muito influir sobre o desenvolvimento de symptomas novos, quasi sempre graves que communmente se manifestam na peste.

Dentre estes está a tachypnea que pode ser produzida, segundo uns, pela grande quantidade de toxinas que impregna as hemacias tornando as incapazes de fixar o oxygenio absorvido para alimentar os tecidos, ou, ainda mais, fazendo com que o numero de hemacias diminua restringindo assim o campo de fixação do oxygenio, por consequencia, accelerando os movimentos thoracicos para compensar a falta destes elementos, ou ainda, tomando as hemacias de incapazes absorver o oxygenio. Mais que isso, pode sobrevir a septicemia primitiva ou se-

cundaria cuja gravidade não precisa commentarios, porque os elementos do sangue, os leucocytos acham-se incapazes de, *por fraqueza de função* se assim posso chamar, offerecer impedimento a que a barreira lymphatica, seja transposta pelo exercito aggressor de myriades de cocco-bacillos de Yersin.

Queremos demonstrar como a anemia, a chlo-se, a leucemia são molestias anteriores que podem favorecer o desenvolvimento d'estas perturbacões especialmente a septicemia primitiva ou secundaria.

Os enfermos que tem o sangue dyscrasico, não podem absolutamente ter o prognostico li-songeiro que tem os de perfeita crase sanguinea. As nossas observacões, se bem que não sejam bastante numerosas e bastante completas n'este ponto de vista, comtudo nos deixam emittir uma tal opiniao.

Assim observamos o doente n. 267 que deu entrada no hospital em 10 de fevereiro de 1908, ás 3 horas da tarde, procedente da rua da Previsão n. 53 (1º andar). Apresentava 38,7 de temperatura, 132 pulsações e 34 movimentos respiratorios, halito fetido, lingua saburrosa, ventre tympanico. com um bubão crural direito, dolo

roso, enrubecido e pouco volumoso, estado mental perfeito, estado geral um pouco abatido.

Este doente apresentava tambem grande palidez, côr macilenta, mucosas grandemente descoradas, principalmente a ocular, indicando, por conseguinte, estado dyscrasico do sangue.

Infelizmente pela *ridicula e provisoria installação* do Hospital em que trabalhamos, não podemos fazer nem a hematimetria, nem a dosagem da hemoglobiua e outros estudos hematologicos.

E' este o unico ponto falho da observação propedeuticamente fallando. A clinica nos revelava a dyscracia por symptomas que lhe são mais ou menos peculiares, mas não nos foi possível verificá-la pelos processos usuaes da sciencia medica.

Apenas podemos verificá-la macroscopicamente, quando fizemos uma picadas no dedo do doente para examinarmos bacteriologicamente o sangue. Tinha côr amarellada, indicando a grande falta dos elementos vermelhos, muito fluido e viscoso, tanto que não se espalhou bem na lamina. Depois de fazel-o passar pelos processos usuaes da bacteriologia, o examinamos e encontramos o bacillo da peste em grande quantidade.

Este doente permaneceu 37 horas no hospital. Peiorou consideravelmente na tarde seguinte a sua entrada tendo os movimentos respiratorios subido a 50 por minuto. Estava em agitação, tendo tomado um banho que acalmou um pouco, mas depois recommçou a agitação, batendo-se muito no leito, até que ás quatro horas da madrugada falleceu na mais completa calma, sem convulsões, nem gemidos.

O exame do sangue foi feito horas antes da morte. Não estabelecemos tambem a forma leucocytaria, por ser o microscopio do hospital bastante antigo e as lentes já estarem estragadas, não permittindo a perfeita classificação dos elementos brancos do sangue. Accresce, alem disto, que o doente era de constituição geral muito fraca, devido talvez ao seu meio de vida, sem a alimentação sufficiente, hygienica, para se desenvolver, pois era filho de uma viuva muito pobre, cujos meios de subsistencia eram poucos.

Morava em um ponto insalubre como é a Preguiça onde as casas são pouco arejadas, sem hygiene alguma, sem o minimo conforto talvez. Um outro doente que observamos foi a sua irmãinha, n. 265, que entrou no mesmo dia

apresentando um bubão crural esquerdo, duro, bastante doloroso, pouco volumoso, sem vermelhidão, com elevação thermica accentuada, aceleração do pulso e dos movimentos respiratorios, em estado mental perfeito e estado geral abatido. A pequena doentinha desde que chegou não teve melhora alguma, sempre peiorando, até que falleceu no mesmo dia que o seu irmão, verificando-se tambem a septicemia secundaria.

Como o doente anterior, tinha dyscrasia sanguinea accentuada que só nos foi possível verificar macroscopicamente, apresentando o sangue os mesmos caracteres que o do seu irmão. Tambem pelos mesmos motivos, acima expostos deixamos de fazer o exame hematologico completo, assim como a formula leucocytaria. Tinha tambem accentuada pallidez nas mucosas, principalmente na ocular e uma desnutrição geral, devido como o precedente as mesmas causas ou talvez á alguma molestia concomitante, (verminose) que parecia existir em ambos os doentes.

Alguns outros doentes tambem vimos nas mesmas condições, mas tudo ficou incompleto á falta do material necessario as pesquisas que

requeriam se fizesse. E' bastante lastimavel ter que declarar factos desta ordem, mas assim manda o direito, pelo menos para salva-guardar a nossa responsabilidade na falha de taes observações. Infelizmente a hematologia da peste ainda não tem o desenvolvimento preciso para que se possa assegurar, d'esta ou d'aquella maneira o desencadear de factos que ainda parecem inexplicaveis e que talvez a hematologia viesse por a descoberto, bem como sejam as diversas modificações que soffrem os globulos, em numero, em hemoglobina etc., explicando assim scientificamente o papel attribuido a toxina pestosa que ahi vehicula em quantidade não pequena, destruindo-os, tornando-os incapazes as suas funcções etc., factos que podem ser perfeitamente estudados.

Sobre a hematimetria tem se feito alguns trabalhos como sejam os de Galeotti e Poverini, em Bombaim, os de Aoyama, Uriarte, Andrea, Zinno etc., em paizes estrangeiros. Aqui na Bahia apenas conhecemos pequena contribuição pelo dr. Gonçalo Muniz, loimographo de grande merecimento. Todos estes estudos não teem um valor real e completo, alem de que, tem se

mostrado contradictorios para uns ou outros auctores. Se alguns encontraram diminuição dos globulos vermelhos, já Galeotti e Polverini, não verificaram este facto. Em alguns dos seus doentes elles encontraram augmento de globulos vermelhos. Aoyama que tambem fez estudos neste assumpto, parece concordar com os auctores acima citados.

Quanto aos leucocytos parecem já serem menos contradictorias as opiniões pois tanto Uriarte como Aoyama acharam hyperleucocytose assim como Andréa Zino que já ao contrario dos outros dois accrescenta que encontrou em casos graves e mortaes a leucopenia. Os trabalhos do dr. Gonçalo Muniz ficaram incompletos, pelo mesmo motivo que os nossos: «Não fizemos, á falta de um hematimetro no Hospital, a numeração absoluta das hemacias e dos leucocytos». Quanto as formulas leucocytarias tambem não fizemos pela falta absoluta de material, mas parecem haver poucas divergencias entre os diversos auctores concordando mais ou menos os resultados, pois a formula leucocytaria da peste parece obedecer a formula das infecções agudas febris, isto é, polynucleosé com dimi-

nuição dos eosinophilos ou até falta d'elles com predominio dos grandes mononucleares sobre os lymphocitos, havendo, embora, como disse acima, ligeira divergencia nas pesquisas hematologicas, devido a maneira de classificar os globulos brancos.

Se bem que não estejam assentados sobre bases solidas os dados clinicos fornecidos pela hematologia da peste, se bem que as pesquisas sejam até certo ponto contradictorias, parece, no entanto, que o sangue nesta entidade morbida soffre alguma modificação.

Ora, se este facto pode sobrevir, pela causa intrinseca da molestia, porque não se pode tornar peor pela junção dos dois effeitos convergentes, da alteração do sangue anteriormente, de um lado e da presença da toxina e germens do outro? É a pergunta que deixamos formulada, que necessita de uma solução segura e certa.

A nossa pequena contribuição parece começa, a resolvê-la, pois, os dois tinham anemia profunda e em ambos, além da accentuada tachypnéa que registramos, quando se agravaram os seus estados geraes, sobreveio também a septicemia secundaria, como ultimo signal de um

prognostico fatal. Deve portanto o clinico, que trata com estes doentes estar sempre alerta, pois o desenvolvimento d'estes symptomas surge de um modo inesperado.

Sempre, portanto, o prognostico deve ser sombrio em casos d'esta natureza. Tambem não encontramos nos varios auctores que percorremos, estudos a este respeito.

Mesmo no capitulo do prognostico são bastante resumidos, contentando-se em apontar na parte da descripção clinica os symptomas de mau presagio, em vez de dal-os no capitulo competente, embora repitam o mesmo assumpto.

Dó mesmo modo, estamos inclinados a pensar que identicas condicções de imperfeito funcionamento do baço contribuam para tornar sombrio o prognostico dos empestados. Nunca observamos pestilentos que tivessem precedentes sobre o máo funcionamento desta glandula vascular sanguinea.

Mas se si tratar de um paludico chronico, cujo baço já esteja de ha muito esclerosado pela acção do veneno palustre e mesmo do proprio hematozoario, em estado, portanto de *minoris resistencie*, não é muito accetivel a nossa hypothese?

Não é provavel que este orgão offerecendo maior diffusão de germens, facilita a sua penetração na corrente sanguinea ?

E, por acaso o baço não representa para o sangue, o que os ganglios representam para a lymphá, e o seu entumecimento nas molestias infectuosas não indica que no seu interior se passa um trabalho activo de decomposição dos elementos pathogenos ? Infelizmente as observações feitas neste sentido são em numero restricto e contradictorias, segundo os diversos auctores.

Se para Palverini «o baço em muitos casos não se acha augmentado e ainda quando ha tumefacção do baço, esta jamais attinge volume notavel» para Jennings, Agote e Medina, vemos assignalada a hypertrophia do baço, não raro acompanhada de dôr e pressão.

Neste particular as nossas observações de quasi nada servem para concluirmos pela theoria do primeiro ou pelas dos demais. Concorramos, entretanto, com o sabio mestre dr. Gonçalo Muniz, cujas observações são muito semelhantes as de Polverini.

Assim se externa o abalisado scientista: «Nos empestados da Bahia jamais encontramos al-

terações hepaticas ou esplenicas clinicamente patentes a exploração physica. O baço nunca se nos mostrou claramente augmentado de volume, pelo menos de modo verificavel pela palpação» Se contudo as opiniões são contradictorias, é facto que no baço sempre se encontram bacillos pestosos em grande quantidade provando o seu compromettimento no processo infectuoso yersiniano.

Devem se observar factos identicos sobre os antecedentes pessoaes e hereditarios dos doentes de peste quando estas manifestações se fazem para o lado do systema lymphatico ? Parece. Se bem que não tenhamos observações a tal respeito, no entanto, cremos não podiam passar desapercbidas, sem algumas considerações um tanto hypotheticas, as molestias que mais ou menos profundamente podem lesar o systema lymphatico, especialmente os ganglios, em um estado morbido anterior ao da infecção yersiniana.

Por acaso a syphylis, a escrofulose, a filariose, molestias que compromettem a constituição intima do tecido ganglionar não podem favorecer a que este ou aquelle individuo, escrofuloso ou syphilitico, contraia mais facilmente

a peste, ou mais que isso não podem ter uma peste mais grave, dar logar a que casos simplesmente bubonicos se transformem rapidamente em septicemicos primitivos ou secundarios pela falta de perfeito funcionamento do ganglio, já embaraçado pelos processos morbidos, cançado, impotente para impedir a passagem do germem para a corrente sanguinea, sendo a peste uma molestia cujo principal processo se passa na trama intima de taes ganglios?

Si este não foi ainda verificado, pelo menos não parece logico? E este facto não é admissivel, pois só a toxina pestosa pode produzir adenopathias, embora secundarias antes que á presença do bacillo pestoso, ahi raramente encontrado, segundo a opinião abalisada de Bitter e a nossa observação não pequena?

Ora, se este facto se passa só com a toxina mais facilmente não se dará a falta de resistencia do ganglio, uma vez que, alem da toxina, existe o proprio germem que possui propriedades de destruir os tecidos? Não encontramos na vasta litteratura da peste observações a este respeito talvez porque não se voltassem para ellas os olhos dos observadores, mas que pare-

cem ter alguma importancia relativa pelo menos (1).

Agora que fizemos a nossa descripção parcial, separando aparelho por aparelho, systema por systema, precisamos fazer algumas considerações, como que resumindo o que viemos longamente explanando. Julgamos bastante demonstrado que a peste necessita de um exame acurado e minucioso do doente para se poder emitir, não com certeza absoluta, porem mais criteriosamente, a opinião sobre este ou aquelle caso clinico no que diz respeito ao prognostico.

Vêm estes estudos mais uma vez confirmar o que dissemos logo no começo: que a peste é uma moléstia de prognostico muito traiçoeiro, incerto, fazendo com que o medico passe ás vezes por

NOTA

(1) Já havíamos escripto esta parte do nosso trabalho quando deu entrada no Hospital de Isolamento, no dia 17 de Agosto de 1910 o doente N. 383, A. M. A. com 18 annos, solteiro, empregado do commercio residente á Calçada do Bomfim N. 60, atacado de peste bubonica. Entrou ás 5 h 12 da tarde com 38,7, 142 pulsações, e 50 movimentos respiratorios. Estado geral tão grave que foi impossivel se fazer o interrogatorio, teve febre, fortes dores na região onde mais tarde surgiram os adenites, dôr na cabeça como nos informou seu pae que o acompanhava. Tambem nos disse que no começo teve 40, 5. forte tachycardia (140) e tambem polypnea, ao que ligavam pouca importancia por attribuirem a uma «bronchite chronica», que não deixava. Aggravando-se porém os symptomas suspeitaram de typho do Oriente pois surgiu uma grande quantidade de ganglios crurales e inguinaes esquerdos e um direito, muito dolorosos á que tambem ligaram pouca importancia pois era extraordinariamente «lymphaticos» e tinha constantemente ganglios empastados. Nada dormiu, sem delirio. Apresentou dysarthria accentuada. Falleceu 21 horas após a sua entrada no Hospital, de pneumonia secundaria sendo encontrados no escarro grande quantidade de germens especificos, ao lado dos symptomas physicos. Os ganglios continuaram duros e augmentaram de volume. Eisahi uma observação em que justamente haviam antecedentes para a pneumonia e para generalisação das adenites confirmando a nossa hypothese. O exame do sangue foi negativo. Mais uma vez fica provado a necessidade dos antecedentes dos enfermos levados em conta ao firmar o prognostico.

sérios dissabores. Só com este exame perfeito do doente, minucioso, póde o medico achar-se em condições de julgar bem ou mal o desenlace do caso, mas nunca affirmando severamente, deixando sempre no duvidoso do *parece* o seu presagio bom ou máo. Se sempre fosse bom, de certo não haveria cousa melhor para as pessoas da familia do doente e mais especialmente para o medico, mas é que justamente se dá o contrario o mais das vezes elle é máo, com o que não concorda bem a effectividade da familia por seu parente, atacado pela terrivel molestia, accrescendo que é desgostoso para o medico dar uma opinião animadora, garantindo a cura, quando talvez já o doente esteja irremediavel. E' o maior dissabor que poderá passar um clinico, principalmente se é novel na sciencia de Esculapio. Não é só com a peste, mesmo com qualquer outra molestia este facto não parece ser desagradavel, podendo trazer, ás vezes, não pequenas consequencias em seu desabono, tanto mais quanto na peste muitos symptomas surgem no decurso da molestia, sem que o medico por elles espere, causando-lhe verdadeira surpresa. Não

nos parece portanto desarazoado termos nos estendido um pouco em tratando de tal assumpto que achamos deve até certo ponto ser encarado de uma maneira bem cuidada, não só no que diz respeito ao prognostico como tambem em relação ao tratamento porque já o clinico sabendo que estes accidentes podem sobrevir inesperadamente, mantem-se de atalaia, prompto para agir com segurança e do modo mais adequado, como requer o caso.

Sim, porque na peste quanto mais precoce for a intervenção therapeutica: especifica ou adjuvante, mais certo será a probabilidade de cura, pois muitos symptomas as vezes tomando certo incremento se podem tornar, de uma vez por todas irremediaveis.

Nova ordem de ideias vem prender a nossa attenção como causa extrinseca que influencia bem de perto o prognostico do mal levantino. É a constituição do individuo, o seu maior o menor estado de desenvolvimento physico, que se comporta de uma maneira especial em relação com tal morbo. Dos muitos doentes que observamos no Isolamento nos chamaram a attenção os indi-

viduos de constituição gorda. Nestes a peste se mostrou virulenta, o desenrolar dos factos clinicos foi mais accidentado, mais grave. Dos 102 enfermos que constituiram as quadras epidemicas de 1908 e 1909 encontramos 9 gordos dos quaes 6 falleceram. Dos que sobreviveram apenas salva-se o de n. 295 que teve uma peste muito benigna, assim mesmo porque deu entrada no hospital em periodo de invazão da molestia e logrou cedo os beneficos resultados da serotherapie especifica, que fora administrada em dose massica. Todos os mais tiveram uma molestia gravissima, com accidentes cutaneos, cuja severidade é bem conhecida. Tambem occorreu em todos os doentes a maior ou menor perturbação para o lado do coração e especialmente para o apparelho respiratorio. Tivemos um, n. 339 que em uma noite chegou a ter 78 movimentos, respiratorios. O doente respirava precipitadamente. Os movimentos respiratorios passavam em numero as pulsações. Ao lado disso a temperatura estava muito elevada, manifestações delirantes sobrevieram por demais intensas que fizeram o doente ter um grande periodo de confusão mental seguido de amnesia. Tambem o

de n. 302 teve manifestações cutaneas secundarias caracterisadas por um phlyctenas espalhadas por todo o corpo.

Esta doente teve um grande bubão crural esquerdo cercado de vasta zona avermelhada, muito doioroso e coberto por sua vez de innumeras phlyctenas. Tambem nesta doente as perturbações para o lado do apparelho circulatorio e mais especialmente para o respiratorio foram notaveis.

Nesta enferma as pulsações eram em numero muito grande, 120 e mais, em um minuto, acompanhado de 40 e mais excursões toraxicas, ao lado de grande elevação thermica.

No doente anterior ao contrario, o numero de excursões thoraxicas excedeu ao das systoles cardiacas. Estes dois doentes constituiram os mais graves da quadra epidemica de 1909, tendo o primeiro se restabelecido e o segundo fallecido no cabo de 11 dias de permanencia no Hospital.

Observamos tambem o doente n. 316 que era de constituição gorda, teve um pequeno bubão crural esquerdo e no segmento inferior do membro correspondente, na perna, que era elephantiasica, surgiram muitos phlyctenas tendo o

exsudato purulento algumas e hemorrhagico a maior parte. Esta doente falleceu no 6.º dia de permanencia no Hospital. Não sabemos o que attribuir esta predilecção da peste para os individuos gordos, mais que para os outros individuos em geral; o facto é que ella existe e nos despertou até certo ponto de attenção.

Tambem os muito fracos, de constituição mediocre, não resistem a infecção mas pelo menos n'elles a molestia não toma character tão grave.

E' o que diz Vincenti e Sorrentino: «Polverini notó in India che gli individui molto grossi muiono per lo piú facilmente per paralyti cardiae ed in generale le persone robuste supportarono molto male l'infezione de contro gli individui magrie.»

E' justamente assim que concordam as nossas observações neste particular. Quanto aos individuos de constituição regular a peste como sempre se mostrou variavel, ora permanecendo benigna em uns, ora tornando-se maligna e grave em outros.

Nada de especial nos suggeriu a observação d'estes enfermos de boa constituição, ao passo

que nos outros a peste é de um prognostico mais sombrio. Ainda observamos outros doentes de constituição gorda como sejam: o doente n. 309 que deu entrada no hospital em 17 de julho de 1909, com um bubão crural direito, enorme, do tamanho de um ovo de perua, pouco doloroso á pressão e espontaneamente, cercado de grande edema, que attingio a parte media do membro correspondente, lingua saburrosa, halito muito fetido, com perturbações gastro-intestinaes como: vomitos, diarrhea; temperatura de 39, 2, com 120 pulsações e 30 movimentos respiratorios.

A marcha da molestia foi muito variada. O bubão tornou se um verdadeiro foco de mortificação, sahindo d'elle enormes pedaços de ganglios necrosados e fetidos, delirou bastante vagando noites inteiras pela enfermaria, teve novamente perturbações gastro-intestinaes, começou por fim a não querer se alimentar de modo algum, cahindo em grande prostração até que falleceu no 29º dia de permanencia no Hospital.

Temos o n. 310 que entrou do dia 26 de agosto de 1909 apresentando um bubão axillar direito, pouco volumoso, com pequena zona de vermelhidão circumvizinha, pouco doloroso

com 38,0 de temperatura, 82 pulsações e 26 movimento respiratorios, sem vomitos, halito fetido lingua saburrosa.

A molestia foi pouco accidentada relativamente benigna, curando-se o paciente no 42.º dia, quando teve alta.

O outro foi o de n. 329 que entrou no dia 2 de outubro de 1909, tendo 2 bubões um na região crural, e outro na região inguinal do lado esquerdo, com 39,2 de temperatura, 85 pulsações e 30 movimentos respiratorios com pequenas phlyctenas e em estado de sub-delirio. A doente começou a piorar até que, no 3.º dia sobreveio a septicemia secundaria, como termo aos seus soffrimentos.

Foram estes os 6 doentes que observamos em 1909, dos quaes curaram-se dois e falleceram quatro. Em 1908 os observamos como o de n. 295 de quem já fallamos e que teve uma molestia benigna. Foram poucos os que observamos em 1908 devido tambem ao numero resumido de enfermos que constituiram esta quadra epidemica. Como facto extrinseco que tambem gosa de grande influencia no prognostico da fe-

bre levantina temos que fallar nos dias de molestia que já contam os enfermos antes de receberem o tratamento especifico serotherapico que quanto mais cedo administrado mais effi-
cacia terá.

Assim os enfermos que contam alguns dias de molestia ou ainda estão no periodo de estado do mal teem um presagio mais severo.

Quanto mais cedo for empregado o tratamento mais lisongeiro será o prognostico. Infelizmente temos que lamentar isso aquí na Bahia onde o povo não acredita na peste, onde pensam que o Isolamento é um lugar *onde se mata, onde se corta com canivetes envenenados*, etc. A educação quer na classe alta, quer na baixa não permite entender o que é um Hospital de Isolamento.

Não é só isto. Mais grave ainda é o facto de alguns medicos esconderem os seus doentes á hygiene impedindo que se curem pela serotherapia ou por ignorancia ou por perversidade.

Damos abaixo o quadro dos doentes que entraram para o Hospital em 1908 e 1909 para que melhor seja averiguado o que dizemos:

DIAS DE MOLESTIA	CURADOS	FALLECIDOS
1	6	6
2	7	11
3	10	8
4	6	2
5	2	2
6	1	1
7	2	2
8	8	8
15	0	1
21	1	0
30	1	1
Ignorados	4	11

E' por conseguinte nos primeiros dias de molestia, quando ainda o paciente está em periodo agudo de estado que o prognostico é severo; decorridos estes dias do periodo de estado, se bem que o enfermo ainda esteja em perigo, ha mais possibilidade de cura. Por consequencia, logo acometido o paciente é do maior proveito para elle gosar dos admiraveis resultados da serotherapie.

Para concluirmos o primeiro capitulo do nosso modesto trabalho falta-nos estudar o prognostico de cada forma de peste em particular. Aqui o collocamos em vista de se succeder o 2.º capitulo que reservamos para tratar dos signaes ou symptomas de mau e bom prognostico. Na

forma simplesmente bubonica o prognostico varia si se trata de um caso ambulatorio ou de um caso chamado classico. Na variedade ambulatoria o prognostico sempre é benigno; tão benigno que pode não existir febre. Assim se exprime Simpson: Por vezes não ha febre durante a molestia, que pode consistir simplesmente em indisposição, lingua saburrosa, dôr de cabeça, ligeira vertigem e um bubão na virilha, na axilla ou no pescoço». Esta forma leve e benigna da peste nem sempre é tão benigna. As vezes, mui raramente, podem se tornar mortaes, rapida e inesperadamente. Cedemos gostosamente a palavra ao dr. Gonçalo Muniz que diz: «Convem todavia, notar que, segundo affirmam alguns loimographos, casos de forma ambulatoria podem terminar subita e inesperadamente pela morte, bem que o facto seja raro».

Nunca observamos tal facto nos pestilentos de forma ambulatoria que tivemos no Hospital. Sempre a molestia n'elles se mostrou muito benigna, curando-se todos. Na peste bubonica classica já as cousas se passam de modo differente. Varias circumstancias modificam o prognostico de cada caso clinico, attinente a grande

variabilidade de symptomas que se podem apresentar. Em todo caso não é de um presagio sombrio esta forma do typho do Oriente. E' relativamente isongeiro. A maioria dos enfermos sempre se cura. Já na forma simplesmente abdominal desdobrada em suas 3 especies: septicemica, paeumonica e gastro intestinal (1) o prognostico se reveste da maior severidade.

A septicemia primitiva occupa justamente o extremo opposto da benignidade da forma ambulatória, constituindo a forma no mal denominada siderante, em que as pessoas succumbem subitamente, nos seus affazeres, ás vezes em horas. A septicemia primitiva é a mais severa das formas da molestia. A sua marcha é de ordinario super-aguda, ás vezes fulminante diz o dr. Gonçalo Muniz. Nunca os enfermos se curam. As nossas observações tambem nos deixam egual conclusão succumbindo os doentes em pouco tempo.

Os symptomas geral e rapidamente assumem grande accentuação. Inesperadamente sobrem a tachypnéa exagerada, o pulso torna-se rapido, filiforme, a marcha da doença se precipita de modo

(1) A' cutanea primitiva que admittimos, nos referiramos mais dettided ante adiante

extraordinario, conduzindo o paciente ao collapso, no qual succumbe acceleradamente.

Nota-se ás vezes febre muito alta, outras vezes, ao contrario, a febre não passa de 38,5. Sobrevem tambem a cyanose rapida e generalizada que persiste depois da morte, tomando o cadaver a côr livida ou anegrada. Estes enfermos quasi sempre morrem ou por asphyxia (parada da respiração) ou por syncope cardiaca (paralysis do coração). Manifestam-se frequentemente: hematezmes, as echymoses, petechias; etc. Sempre a duração de taes casos é rapida. Não se conhece caso de cura na enorme litteratura do morbo.

Embora negada por alguns a existencia da septicemia pura, sem bubão, nem perturbações de ordem pulmonar, parece estar provada pelos estudos e observações de alguns loimographos de nomeada como sejam Polverinie Agote e Médina. Polverini de facto na XXI observação feita em Paul Rodriguez, do seu esplendido e pratico trabalho diz: «In nessuna parte del corpo si trovano segni de risentimento glandulare, manca affatto il bubbone» tendo o doente fallecido no 7. dia quando de novo affirma: Mancó assolutamente la presenza del bubbone.

Na XXVI feita em Mobla Gopal, indà de 30 annos tambem não encontrou elle a presença de bubões pois assim se exprime: «non si é notato la presenza de bubboni in nessuna parte».

O exame do sangue d'este enfermo feito pela 3.ª vez no 14.º dia de molestia deu resultado positivo, fazendo-se culturas em agar, onde se desenvolveram colonnias typicas que serviram para inoculações em ratos, mostrando-se virulentissimos. Agote e Medin aaffirmam a existencia desta forma de peste assim dizendo: «Tem se praticado nesta cidade (Assumpção) a autopsia de tcertos individuos que não apresentavam outras lesões anatomo pathologicas que as lesões de septicemia, sem bubão nem localisações pulmonares; o exame bacteriologico revelou n'elles a existeeecia do bacillo de Yersin.»

Aqui na Bahia tambem já foi observado pelo dr. Gonçalo Muniz a septicemia primitiva como se deprehende da observação feita no doente n.º 68 que entrou no dia 30 de Agosto de 1904 ás 5 1/4 da tarde com 38,7, 127 pulsações e 44 movimentos respiratorios, estado geral máo, agitado, com difficuldade na respiração e na falla, halito fetido

Ao exame do aparelho pulmonar foi encontrado pela percussão no hemithorax direito uma zona obscura mais ou menos do tamanho da palma da mão. Pela auscultação nada se pôde verificar por causa do estertor tracheal. Não se notava a presença de bubão em parte alguma, nem mesmo ganglios engurgitados. Falleceu as 6 e 40 da tarde deste dia.

Neste doente a guia do Desinfectorio levou o diagnostico de peste septicemia. Como este o illustre mestre observou mais um: o de n. 408 que falleceu em muito pouco tempo. Não vimos durante o tempo do nosso internato, caso algum desta forma do morbo, que é de um prognostico sempre fatal. Quanto a pueumonia primitiva tambem o prognostico é sempre muito severo, é sempre uma forma gravissima do mal, embora se tenha observado cura excepcional.

Como a septicemia ella é de duração rapida, em geral de 3, 4 ou 5 dias. ás vezes um pouco mais longa, principalmente se tende para a cura.

E' outras vezes muita curta, mata em horas, tão curta como a septicemia. Assim Polverini cita o caso de Gowind Luximon, enfermeiro, que as-

assistia o primeiro doente. Adoeceu no dia 23 do Setembro e morreu no dia 24 após 36 horas de molestia. Cita ainda a observação de Gopal Powar, medico assistente do Hospital, que estava de guarda na noite de 23 de Setembro assistindo o enfermeiro Luximon. No dia 28 sentiu-se mal a ponto de não poder fazer o serviço do Hospital. Foi visitado na residencia do dr. Choukar, director do Hospital. Alem da tosse insistente seguida de escarro, tinha tambem vomitos e estava em pleno delirio. Morreu 14 horas após seu aco-mettimento. Sua mulher que o assistia ádoeceu tambem no dia 25 fallecendo no dia 27, 48 horas depois.

Em geral o seu inicio é inesperado: febre, calafrios, dor de cabeça, vomitos, dyspnèa offegante seguida de tosse e expectoração, com perturbações nervosas muito intensas. A symptomatologia é variavel, nada sem de constante. As vezes nota-se consideravel desproporção entre os symptomas e as lesões, pois a intoxicação de todo o organismo pela toxina determina a morte sem que haja tempo para se darem perturbações organicas importantes, não revelando o exame physico a gra-

vidade das lesões em relação com a severidade da symptomatologia. O prognostico portanto é dos mais sombrios e graves se bem que o doente se possa curar.

Não tivemos ensejo de observar caso algum de pneumonia primitiva. O dr. Gonçalo Muniz teve occasião de observar o doente n.º 57 que entrou em 23 de Agosto de 1904 ás 5 e 45 da tarde com 39.6 de temperatura, 146 pulsações fortes e dicrotas e 54 respirações, com tosse frequente, escarros viscosos e sanguinolentos, dores do lado direito do thorax. Aggravou se o seu estado geral, de tal sorte que não pôde ser completado o exame do aparelho pulmonar. O exame do escarro foi feito pela commissão de pesquisas bacteriologicas que o deu como positivo. O paciente falleceu no dia 24 ás 12 horas da noite permanecendo no Hospital 6 horas e 15 minutos. Na forma gastrointestinal pura, comquanto seja discutida a sua existencia, o prognostico é tambem severo.

Nos faltam dados n'este particular para emittir uma opinião segura assentada em estudos pessoais.

Apenas observamos, como o dr. Gonçalo Muniz,

symptomas de desordens do tubo alimentar, como fossem vomitos, diarrhéa, tympanismo, etc., quas sempre surgindo como complicações secundarias, após a apparição da forma bubonica.

Com tudo isto, porem, não deixamos de admittil-a pois muitos observadores de grande competencia a tem registrado e feito estudos acurados a este respeito, haja visto as observações de Terni, Wilm, Hojel etc.

Hogel relata 5 observações de individuos acometidos subitamente de frio, febre, dores no ventre e vomitos, diarrhéa, abaúlamento do ventre com dôres nos rins etc., com accidentes geraes de peste, nos quaes se notou certo engorgitamento ganglionar. Por sua vez tambem as verificações de Wilm, militaram em favor da nossa opinião, uma vez que foi por elle encontrado nas fezes dos entermos o bacillo Yersin. Do mesmo modo de pensar se acham Galeotti e Polverini, assignando casos analogos e uma autopsia em Bombaim na qual se encontrou uma tumefacção consideravel de um ganglio mesenterico.

Entre nós porem nada ainda foi verificado de modo positivo, que provasse a existencia da forma primitiva gastro-intestinal.

Tambem diz o dr. Eutychie Leal: «Todavia aqui como no Rio de Janeiro ella nunca se apresentou como forma primitiva: surge sempre durante o periodo agudo da peste bubonica.»

Em algumas autopsias procedidas nos Hospitaes Paula Candido e S. Sebastião (Rio de Janeiro), foram encontrados muitos microbios de Yersin na mucosa do estomago e nas villosidades intestinaes.

Se isto não prova, como podem explicar a frequencia de infecções gastro-intestinaes graves, rapidamente mortaes que coincide geralmente com o periodo de actividade da epidemia pestosa? Como negar a sua existencia uma vez que nunca se procedeu um exame de fezes suspeitas? Como è possivel clinicamente, se fazer tal exame não só pela falta de material e meios, como pelas difficuldades e rapidez da terminação fatal dos casos?

E' ou não provavel a sua existencia uma vez que tem sido observados casos que mais tarde foram bubonicos e que começaram por perturbações graves do tubo gastro intestinal? E' ou não provavel que seja a peste gastro-intestinal pura que ora faz o que fez ha alguns annos a pneumo-

nia, matando sobforma grave? É ou não razoavel a nossa opinião?

Si taes casos forem cuidadosamente examinados não tardará muito tempo o em que se venha admittir a forma gastro intestinal primitiva uma vez que se admitta a pneumenica e a septicemica e como nós já admittimos a cutaneo ou de S. Roque.

Nas formas mixtas que resultam da combinação de 2 ou mais entre si, o prognostico é sempre grave, quer na forma bubonica quer na abubonica.

Nas formas bubonicas e septicemica e bubonica e pneumonica o desencadear dos symptomas clinicos reveste grande variabilidade ao lado de serria gravidade. Nos casos de forma bubonica e septicemica secundaria que observamos sempre a morte se deu.

A molestia n'estes enfermos foi rapida em horas as vezes. Nos casos de forma bubonica com pneumonia secundaria observamos um doente que se curou que foi o de n. 270 que teve uma pneumonia pestosa pouco apparatusa, não apresentando gravidade extraordinaria.

Tambem era de uma constituição muito forte,


de modo que podia lutar o seu organismo contra a localização pulmonar com alguma vantagem. Entrou no dia 23 de agosto de 1908 com 35,8 de temperatura. 103 pulsações e 32 movimentos respiratorios, halito fetido, lingua saburrosa, 2 bubões, um inguinal e outro crural do mesmo lado.

Estado mental perfeito. No segundo dia de estada no Hospital, ao meio dia, começou a expellir esarros sanguinolentos. Começaram tambem accessos de tosse.

O exame do thorax deixou perceber pela percursão matidez e submatidez em alguns pontos e pela auscultação estertores crepitantes e sub-crepitantes. O exame bacteriologico revelou a existencia de germens com a forma caracteristica do de Yersin, em grande abundancia.

Apezar desta benignidade o nosso prognostico foi sempre sombrio, como o deve ser sempre em todo e qualquer caso desta forma da molestia. Na variedade abubonica mixta á associação das formas não pode ser peor. Si isoladamente se revestem de intensa gravidade e malignidade quanto mais associadas.

Quer a pneumonia e a septicemia sejam contemporaneas, quer haja septicemia e pneumonia secundaria ou pneumonia e septicemia secundaria, a morte sempre se dará e o prognostico será sempre infausto e fatal, como nenhum outro.





Capitulo 2.

SUMMARIO: — Symptomas clinicos

Agora, feitas estas rapidas considerações sobre as diversas causas extrinsecas que podem influenciar de um modo accentuado o prognostico dos atacados do mal levantino, vamos fazer o estudo dos diversos symptomas clinicos e devidos a molestia, intrinsecos portanto, que dão um caminho mais ou menos seguro ao medico para firmar de uma maneira benigna ou maligna o prognostico de taes enfermos, fazendo um juizo consciencioso, sem muito exaggero, no entanto, da sua parte. Iremos discrevendo-os de accordo com os diversos systemas e aparelhos do organismo por nos parecer mais methodico.

Antes porém de entrarmos neste estudo faremos primeiro o da temperatura por ser quasi sem-

pre quem abre o quadro morbido da molestia

Temperatura—Na quasi totalidade dos casos a elevação da temperatura é um dos primeiros symptomas que surge, precedida o mais das vezes de calefrio mais ou menos intenso antes da tumefacção ganglionar.

Este facto, no entanto, está longe de ter seu valor real porque se tem observado que o accesso febril póde se manifestar depois de formado o bubão.

Vincenti e Sorrentino citam casos em que Diemerbeck observou o apparecimento de febre 20, 30 e mais dias depois do periodo de invazão. Sob a temperatura no commum a 39,0, 39,5 e mais, com oscillações que podem chegar a 40,0 41,0 e ainda transpõe ás vezes este limite chegando a 42,0.

A temperatura durante o periodo de estado obedece ao typo remittente ou subcontinuo, com remissões matutinas e exacerbações vesperaes, tendo o traçado thermographio o character commum das outras infecções febris agudas em geral.

A defervescencia se faz por lyzis o que é o commum ou mais raramente pór crisis, em geral

acompanha-la de suores profusos, frio, etc.

No entanto, ás vezes a temperatura após a defervescencia segue dous caminhos: ou persiste a apyrexia e o doente começa a convalescer, ou então a temperatura se mantem como d'antes, seja por causa de novas localisações ganglionares, seja por causa de complicações de qualquer outra natureza.

Eis o que se passa physiopathologicamente. Como symptoma de bom presagio observamos que as temperaturas não excedendo de 40,0 em geral são benignas.

No entanto tem-se observado casos em que a temperatura passa deste limite e os doentes se curam. Assim cita Palaetini o caso de uma menina de 3 annos que se curou e apresentou 41,6. A nossa observancia sobre este assumpto nos deixou ver o doente n. 291 que apresentou 4,0,6 e se restabeleceu.

Quasi sempre a gravidade do caso está na razão directa da elevação thermica; ás vezes porém, ta não se observa.

Nos casos mortaes a temperatura sobe á 42,0, 42,5 e até 42,7, verdadeira hyperpyrexia como

tivemos occasião de observar no doente n. 302-- Quando os casos caminham para a cura, no 4. ou 6. dia se opera a remissão que chega as vizinhancas da normal, o que tivemos ensejo de ver frequentemente. Tambem as oscillações de alguns decimos a um grãos e mais são de ordinario de bom agouro. E não é somente na peste, em quasi todas as pyrexios agudas estas remissões accentuadas são de presagio benigno.

E' commum surgirem novas exacerbações que em geral attingem seu *maximum* em gráo inferior ao que si mantinha anteriormente para pouco a pouco ir á normal.

Sendo a defervescencia por crisis, ao contrario, já não é tão bóa, já tem alguma complexidade, pois é acompanhada de symptomas criticos como suores e etc. o que observamos nos doentes ns. 346 e 363 que se curaram.

Netter diz «que não é excepç.onal ver a terminação se fazer por crisis, com transpiração profusa, e um pulso extremamente fraco.

Nestes casos o mais pequeno esforço póde trazer uma syncope mortal.

Sobre 304 casos tratados no Hospital Parel,

22 vezes convalescentes morreram subitamente ao se erguerem da cama, ensaiando se levantar».

Polverini affirmou que a defervescencia por crisis é excepcional, referindo uma observação feita em Bopoo Lebbôo, jovem indú de 11 annos, cuja temperatura se manteve elevada até o sétimo dia quando se deu a crise, não se notando suores profusos e o doente entrou em convalescência e curou-se. Mas como os outros symptomas, ella é variavel e para Terni, Valassopoulo e outros, ao contrario, a defervescencia critica é frequente. Assim Valassopoulo diz que a peste é uma molestia de cyclo thermico defenido, com defervescencia no 4.º ou 5.º dia, e affirma o auctor ser elle o primeiro a assignalar a defervescencia critica da temperatura, ainda que a uma curta apyrexia se siga nova hyperthermia devido a generalisação do virus no systema lymphatico.

Já para outros como Gonçalo Muniz este facto nunca foi observado. Nós apenas vimos em dous doentes, dentre os 102 que tratamos.

Nos casos fataes a temperatura ora se conserva, no periodo final e de agonia, com a mesma intensidade em que se achava, ora sabe, se eleva, to-

mando o typo ascendente, como observamos nos enfermos de ns. 33 e 302, tendo o primeiro ao fallecer 42.2 e o segundo 42.7.

Outras vezes ao contrario, se observa a hypothermia, tomando a temperatura o typo descendente.

Quando o doente apresenta hyperthermia accentuada, a temperatura se pode manter elevada alguma tempo após a morte como verificamos no doente acima, que ao fallecer tinha 42.7 e 16 horas após encontramos 38.9. Agote e Medina referem um caso em que o paciente tinha 40 2 5 minutos após a morte e no fim de 7 horas apresentava 38.7. Nem sempre porém, o movimento febril se acaba no 6 ou 8 dia. A's vezes se prolonga por muito tempo durante a convalescença, devido a complicações de origem ou não pestosa, o que observamos e que não é de lisonjeiro prognostico.

Outras vezes estes nada apresentam de notavel e se curam em pouco tempo.

Parece que este mesmo facto, aconteceu a Agote e Medina que dizem: «a febre nem sempre declina no praso indicado. A's vezes se mantem,

embora raramente, durante 13, 15, 20 e até mais dias, em doentes que se curaram sem complicações de nenhuma sorte.

No decurso da convalescença a febre ás vezes se reascende por complicações e recabidas, curando-se os pacientes o maior numero de vezes; não tem em geral muito gravidade. Tudo, por fim, do que temos dito apresenta uma grande variabilidade, de modo que o prognostico obedece a a uma marcha caprichosa.

Polverini e Jennings estão em accordo com as nossas observações. Tambem do mesmo modo se manifestam Simond e Yersin que se exprimem: Essa marcha caprichosa, que não obedece a regra alguma, variavel com cada caso, não se acha no mesmo grão em nenhuma outra pyrexia, (Apud Gonçalo Muniz).

Assim se tem encontrado casos de septicemia, que deviam ter temperatura muito alta e que apresentam 34.7 como falla Simpson. Na pneumonia tambem o mesmo auctor notou que a temperatura pode se manter elevada, com typo irregular e continuar até a morte; em outras occasiões ella cae subitamente e o doente fallece. Diz Sims

pson: «Little is to be gathered as regards prognosis from the temperature; generally the higher the temperature the graver are the symptoms; and the later the first curve terminate the more likely is the secondary, reaction to be moderate. Fluctuating temperatures may mean nothing, but if simultaneously with the fall of temperature there is a considerable rise in the frequency of the pulse, the conjunction is as a rule unfavorable. A sudden fall of temperature with collapsed condition of the patient, usually indicates a fatal issue; on the other hands, a fall of temperature by degrees between the fifth and seventh day may be looked upon as favorable.

Sometimes the temperature is low and becomes sub-normal».

De pleno accordo estamos com o supra citado auctor especialmente no diz a respeito a relação entre o pulso e a temperatura.

Devemos por fim acrescentar que não tivemos ocasião de apreciar a marcha natural da temperatura no mal levantino porque todos os enfermos foram submissos ao tratamento serotherapico especifico, que exerce uma influencia grande

sobre a temperatura e de um modo incontestavel, ainda mais quanto praticamos a serotherapie em em dose masssica e por via endovenosa.

Resta-nos nos ainda dizer que na convalencia a temperatura sobe por causa da reacção serotherapica o que é de um prognostico sempre bom, pois uma vez dada reacção serica muito raramente o doente fallece.

Systema lymphatico—E' no systema lymphatico que se encontram as lesões ou os outros symptomaticos da peste, na sua forma mas pathogno-clinica mais commum, tanto que de muitos auctores e dentre elles Scheube que diz: «não ha peste sem lesões ganglionares, ainda que imperceptiveis durante a vida em consequencia da situação profunda, do pequeno volume, da moleza ou da insensibilidade, ou por causa da corpulencia do paciente»

Tambem Yersin e Simpson se manifestam do mesmo modo de pensar. Assim como o dr. Gonçalo Muniz nada podemos dizer a tal respeito; as nossas observações atem de serem poucas, relativamente aos outros auctores, são deficientes a maior parte pela falta de exames anatomicos-pathologicos post-mortem, pelos *min-*

ganhos recursos e eterna installação provisoria
do Hospital de Isolamento, que cora dizel-o;
não possui um necroterio sequer.

Como quer que seja é sempre no systema lymphatico, que na grande maioria dos casos se assesta o microbio de Yersin, provocando a tumefacção inflammatoria dos ganglios a que se denomina vulgarmente de bubão.

O bubão pode ser unico, como succede geralmente, unilateral; outras occasiões é multiplo pelo compromettimento dos ganglios na mesma região ou em regiões differentes o que é mais raro. Quasi sempre o bubão se manifesta ao mesmo tempo que se vão desencadeando os symptomas outros que formam o quadro pathológico da molestia.

A's vezes no entanto isto não succede podendo o bubão antecipar-se ou retardar-se, o que não foi por nós observado. A appareção do bubão é precedida quasi sempre de dôr mais ou menos aguda na região em que mais tarde sobrevirá o bubão.

Esta dôr é muito variavel. O bubão pode ser completamente insensivel ou ter uma dôr vehemente, violenta, que constitue ás vezes um padecimento horroroso para o enfermo. Quasi

sempre nestes bubões muito doloridos, a dor se manifesta espontaneamente. Entre estes 2 extremos podem haver todos os intermediarios.

O que é mais frequente e que tivemos mais ensejo de observar é que a sensação dolorifica do bubão é de media intensidade; a dôr é obtusa, não trazendo grande soffrimento ao enfermo, mas tendo elle consciencia de possuil-o sem precisar tocá-lo, fazendo pressão.

N'estes a dôr vai pouco a pouco diminuindo em alguns dias até que o bubão amollece e suppnra. E' esse o typo mais benigno da dôr em relação ao prognostico. Ao contrario, os bubões muito dolorosos, que causam atroz supplicio ao paciente são de um prognostico quasi sempre infausto. Assistimos ao doente de n. 317, de 17 annos de idade que entrou para o Isolamento em 11 de setembro de 1909. apresentando um bubão situado na parte superior da côxa esquerda na região do triangulo de Scarpa, crural, duro do tamanho de uma amendoa, muito doloroso, quer a pressão espontaneamente, cercado por pequeno edema e vermelhidão, de grande eixo parallo ao da arcada crural, de direção obliqua de cima para baixo e de diante para traz.

Durante a noite as dores exarcebaram-se extraordinariamente trazendo cruel padecimento a pobre doentinha, arrancando-lhe incessantes gritos e gemidos, tolhendo-lhe a calma, o repouso e o somno, em completo desasocego

A dôr era tão forte que a doente pediu para lhe arrancarem ou abrirem o bubão, pois preferia soffrer tal dôr, porque se si o pudesse fazer, era preferivel para alliviar e descansar de tantos soffrimentos.

Nunca vimos um bubão tão doloroso quanto o desta doente, que falleceu 22 1/2 horas após a sua entrada. Tinha temperatura de 37,7, com 110 pulsações e 38 movimentos respiratorios. Estado mental perfeito. Outros doentes observamos em condições mais ou menos identicas e que falleceram

Tambem Netter observou que os bubões dolorosissimos são communs nos casos graves, que se terminam rapidamente com a morte, especialmente se estão profundamente situados. Nunca observamos casos em que o bubão fosse completamente indolor que parece ter gravidade e ser de prognostico sombrio. Quasi sempre com a remissão dos symptomas geraes sobres

vem apparecimento do bubão, outras vezes porem, é tardio.

No primeiro caso o prognostico em geral é bom, sendo os tardios quasi sempre malignos. Fazemos nossas as palavras do dr. Gonçalo Muniz: «Segundo certos auctores, a remissão dos symptommas geraes coincide com o surdir da adeante. Quando esta é contemporanea dos demais phenomenos marcam o inicio da doença, tal não pode evidentemente occorrer, de facto, a evolução morbida segue a sua marcha natural sem que sobre ella pareça exercer influencia especial a precocidade do bubão. Esta ultima circumstancia todavia é considerada por alguns de bom agouro. Ao dizer de varios observadores (Valossopaulo, Polverini, etc.) os bubões tardios são, ao contrario, proprios dos casos graves.

Nos pestilentos observados por Polverini em que mais retardado (após 6 ou 7 dias de molestia) sobreveio a adnopathia, com o parecer desta, diz elle (op. cit. p. 37) «os phenomenos geraes se aggravaram logo sensivelmente, a consequencia tendo sido a morte para quasi todos elles» O bubão, a principio pequeno, aug-

menta com maior ou menor rapidez, até o máximo de volume, muito variavel de caso a caso quando estaciona, após o qual tende a resolução por suppuração ou reabsorpção.

Muito variavel é o tamanho que o bubão pode attingir. d'esde um grão de milho como observamos no doente n. 352 até o tamanho de um ovo de galinha ou de perúa. ou de uma laranja de regulares dimensões. Algumas vezes, entretanto, o desenvolvimento do bubão fica estacionario sem que se note modificações nos seus caracteres primitivos sobrevindo então novas localisações ou complicações outras capazes de comprometterem a vida do paciente.

O desenvolvimento da adenite, mais ou menos notavel, em geral reveste pouca gravidade o que tivemos occasião de observar em alguns dos nossos enfermos, que chegaram com um dia e menos de molestia, ainda no periodo de invazão, ao Hospital. Quasi todos se curaram. Ao contrario, existem casos rapidamente fataes ou malignos em que a adenite é minima, contrastando com outros enfermos em que a adenite é volumosa e apresentam uma molestia benigna, curando se em pouco tempo, com^o

observamos nos doentes de ns. 356, 340 e 341, e enfim na maior parte dos nossos enfermos.

E' que o bubão no conceito de Metchnikoff répresentá uma das manifestações de defesa do organismo e revela que no ponto em que se desenvolvem feriu-se ou se está ferindo lucta phagocytaria máis ou menos encarniçada, da qual o organismo infectado triumphará ou sahirá vencido.

E a prova máis evidente do asserto de Metchnikoff é que as formas máis graves da peste são justamente aquellas em que não existem bubões, ou existem de dimensões exiguas.

Taes casos constituem, porventura, exemplos da razão inversa que muitas vezes se nota entre a grandeza das lesões locais e a intensidade da infecção geral. (Apud Gonçalo Muniz).

Alguns auctores concordam com este modo de pensar e d'entre elles Simpson que escreve: *The smaller the bubo usually the more fatal is the attack*. E também Polverini diz: *«La grandezza dei bubboni non influisce sulla gravità del caso, nei casi gravissimi e rapidamente mortali se hanno spesso dei bubboni piccolissimi»*. Também é signal de mau agouro o avolumar-se rapidamente um bubão tardio, que

nasceu ha alguns dias de molestia, segundo a abalisada opinião de Lowson. O edema peribubonico as vezes pode attingir consideravel desenvolvimento, podendo invadir grande extensão das regiões e partes circumvizinhas, desformando-as. Vimos bubões cruraes, por exemplo, cuja infiltração edematosa attingiu no membro inferior, alem da sua parte media e para o lado do abdomem se estendeu até o umbigo.

Nestes casos sempre o prognostico é sombrio, como tivemos ensejo de observar em alguns enfermos. Rapida e extensa infiltração em torno da Adenite é de mau pressagio diz Simpson (Apud: G. Muniz).

A's vezes em alguns casos de Vincenti e Sorrentino o processo inflammatorio se mantem circumscripto no começo e só em seguida invade os tecidos cellulares circumambientes, assumindo os caracteres supra citados.

Valossopoulo cita um caso de um doente em que a infiltração começava no grupo de ganglios inguinaes e subia muito no abdomen até a altura da região umbellical, fallecendo o enfermo algumas horas após a sua entrada no Hospital. Os bubões se apresentam em nu-

mero variavel. Ora é unico, occupando elle só uma unica região do corpo, outras vezes podem sobrevir 2, 3 e mais em diversas regiões, mais ou menos distantes. Nos casos de bubão unico o prognostico é em geral mais benigno, *relativamente*. A grande maioria dos casos apresenta bubão unico. Dentre os 102 doentes que observamos 78 apresentavam bubão unico dos quaes se salvaram 43 e falleceram 35, dando uma porcentagem de 44,87 o/o.

O mesmo não se dá com os bubões multiplos que em geral são mais graves pois indicam maior generalisação do germen no organismo por sua passagem aos outros grupos ganglionares pela cadeia dos vasos lymphaticos ou pelo edema formado pelo primeiro ganglio

Em geral estes multiplos bubões, dão logar a casos de septicemia, que são os mais severos. Dos doentes por nós observados 24 tiveram bubões multiplos na mesma região ou em regiões distantes, as vezes até homologos e dos quaes curaram-se 13 e falleceram 11, dando uma porcentagem de 45,83 o/o.

Pelas nossas estatisticas, se bem que sejam feitas em numero muito resumido de casos, os casos de bubões multiplos foram mais graves.

Confirmando o nosso modo de pensar diz Jennings: «os casos com multiplos bubões não são necessariamente mais perigosos que os de bubão unico emquanto ficam meramente bubônicos, realisando-se a extensão da infecção pelos lymphaticos semente, mas quando a infecção secundaria de ganglios distantes se dá pela entrada do agente infectuoso na torrente sangüinea, os casos, sendo então septicemicos são por consequencia muito mais funestos do que os casos bubonicos simples não complicados» (Ap. G. Muniz).

Do mesmo modo se externa Valossopoulo dizendo que nos casos de bubões multiplos em varias partes do organismo denotam alta gravidade. Vincenti e Sorrentino observam a mesma cousa dizendo: Lá multiplicità dei bubboni è pure come si entende fassilmente, um segno cattivo.

Alguns auctores pensam e dentre elles, Bitter affirma que estas adenopathias secundarias são provenientes das toxinas que circulam no organismo, antes que ao bacillo pestoso, raramente encontrado.

Estes bubões secundarios differem dos primarios pela falta de infiltração periganglionar

por serem menos dolorosos e fazerem parte do outro grupo. (Commissão Russa.—Vincenti e Sorrentino.—La peste—pag. 45.—III vol.)

Não observamos caso algum de infiltração periadenitica em bubões secundarios como teve occasião o dr. Gonçalo Muniz em um bubão epitrochleano.

A séde da localisação ganglionar é muito variavel, não tendo predilecção por esta ou aquella regiso, atacando a todos os ganglios indifferentemente.

Os mais frequentemente atacados são, no entanto, os dos membros inferiores, vindo em seguida os axillares, os cervicaes e enfim os outros ganglios das regiões diversas do corpo.

Sempre a localisação se faz em regiões em que normalmente se encontram os ganglios.

Observamos alguns enfermos que tiveram localisações extremamente raras, anormaes podemos dizer. Assim no doente n.º 275 encontramos um bubão situado na face posterior da perna esquerda, em plena massa muscular dos gastro-cnemios. A adenite era pequena, muito polorosa, do tamanho de uma avelã, que não suppurou.

No doente n.º 344 apreciamos o evoluir de uma

adenite na parte antero lateral direita do thorax, no setimo espaço intercostal. dura, dolorosa, do tamanho de uma amendoa, que retrogradou sem suppurar.

O outro foi no doente n.º 352 que apresentava uma pequenina adenite situada na parte antero interna da côxa esquerda, na união do terço medio com o inferior, do tamanho de um grão de milho, sem edema nem vermelhidão, bastante doloroso e duro, não tendo suppurado como aconteceu com os outros

Em relação ao prognostico porem, a séde do bubão não parecee ter grande relação com a gravidade da molestia. A localização da adenite na região inguinal ou crural é a mais benigna possivel em relação a séde, nada perturbando os órgãos visinhos e seus bons funcçionamentos

Tambem o mesmo foi observado em relação aos bubões axillares que tem sido apontados como de máo prognostico por alguns auctores que temem a compicação de pneumonia ou de sépticemia. Para Jennings, dentre outros, foi a séde que apresentou mais severidade; segundo as suas estasticas a mortalidade ascendia a 78 o/o.

Do mesmo modo Simpson, assim se expri-

mind; Axillary buboes with extensive exudation usually end fatally; e mais adiante: It has been observed that axillary buboes are frequently associated with septicaemic and secondary pneumonia.

Das estatísticas feitas pelo dr. Choksy, analysando 9000 individuos tratados em Bombaim, dá 81, 29 o/o de mortalidade segundo a situação do bubão nos casos bubonicos simples. O contrario justamente observamos. A benignidade dos casos de bubão axillar aqui na Bahia foi relativa. Se alguns dos nossos enfermos que tiveram bubão axillar falleceram por severidade da molestia, tambem outros os tiveram sendo a molestia bastante benigna, curando-se facilmente os pacientes.

Dentre as localizações bubonicas foi a cervical a que mais sombrio tornou o prognostico dos enfermos, que tivemos debaixo de nossos cuidados. Quer se localise o bubão na região parotidiana, quer se localise na região cervical posterior sempre o prognostico é sombrio. Os doentes fallecem o mais das vezes, sinão da intoxicação, pela compressão mecanica que exercem taes tumores sobre as primeiras partes da arvore respiratoria, A infiltração n'elles é commumente

extensa de modo que se propaga o edema, a larynge e a trachéa comprimindo-as, trazendo serio embaraço a respiração que se torna accelerada, ansiosa, sobrevem a *cornage*, perecendo rapidamente asphyxiado o paciente, ás vezes no melhor estado geral.

O doente toma um aspecto caracteristico. O pescoço avoluma-se, fica em extensão, fazendo com que o paciente levante a fronte. E' o pescoço *proconsular* caracteristico. O doente não pode fallar nem abrir a bocca além de um a dois centimetros, sendo tambem impedido de fechar-a, não podendo deglutir.

E' um atroz supplicio o que vimos destinado a estas pobres creaturas que ua maior lucidez, sentem o progressso rapido da asphyxia.

Vimos um, o de n. 300 que falleceu no meio de uma ancia horrorosa, lancinante, pouco a pouco asphyxiado pela compressão das primeirss porções do conducto aereo pela presença de entumescimento em todos os ganglios do pescoço: sub maxillares, parotidianos, etc., de ambos os lados.

Dentre os cinco enfermos que observamos 2 se salvaram, tendo ambos o bubão unilateral.

Neste particular, excepção feita de Jennings, parecem que concordam as demais observações feitas por auctores diferentes. Consultemos as opiniões: Referem Agote e Medina: «o bubão inicial do pescoço é considerado como signal de mau prognostico, bem que alguns auctorês, Yamaguiva entre outros, deem maior importancia aos bubões axillares. Não emittiremos opinião sobre este assumpto, pois que dos oito doentes com bubão inicial no pescoço que observamos, 7 curaram-se: 2 meninos em Assumpção e 5 adultos em Rosario. O numero reduzido dos casos que tivemos sob os olhos não nos permittiu sem duvide apreciar a gravidade que parece decorrer a priori dessa localisação». (Apud. G. Muniz).

Enunciam-se neste assumpto Simond e Yersin: «os bubões da região cervico-parotidiana foram os que lhes deram maior mortalidade». Eis o que diz Polverini. «A parità de oltre condizioni, vi è sicuramente differenza nella gravità del caso a seconda della posizione del bubbone; e cresce la gravità più il bubbone è situato in alto: cosi in generale i casi com bubbone ascellare sono un pó più gravi di quelli con bubbone femorale,

ed in^{re} casi con bubbone cervicale sono indubitamente i più gravi».

Vincenti e Sorrentino por sua vez se externam: «la parotite (bubboni mascellari) era indizio de gravissima peste ed in volinia nel 1798 su 100 casi ne guarlvaño 5 (Lernet).

Para rematar não podemos deixar de citar a opinião abalizada do dr. Gonçalo Muniz, não só como competentissimo, mas tambem, porque é asentada em observações daqui da Bahia: «A séde do bubão só por si não se mostrou com influencia notavel sobre a gravidade do mal, exceptuando-se a localisação cervical superior, na região retro-maxillar ou parotidiana, cujo prognostico a julgar pelas nossas observações, é dos mais malignos.»

Os outros ganglios situados em regiões mais raramente acommettidas como a epitrochleana, a poplitea, etc., não se mostraram dignos de nota. Nem sempre porem, a peste se manifesta por ganglios perfectamente definidos, ás vezes o ataque ganglionar se manifesta somente por um simples engurgitamento ou empastamento em uma ou mais regiões, sem formar bubão.

Nestes casos o prognostico é muito variavel,

pois são em certas ocasiões muito benignos, caracterizando a peste ambulatória, outras vezes ao contrario, são gravissimos caracterizando a forma septicemica.

Neste numero temos a observação dos doentes 332 e 442 que tiveram peste ambulatória e os de n. 306, 307 e 318 que tiveram septicemia, fallecendo em horas. Alem destes observamos alguns outros que não tiveram septicemia mas que tiveram uma molestia grave e dentre elles o de n. 339, que se curou.

Quando a evolução do bubão tende para a resolução ou a supuração tambem o prognostico diftere. Depois de ter evoluído, de ter chegado ao amollecimento ou melhor a maturação o bubão, quasi nunca o enfermo succumbe.

Nos casos em que isto se verifica, o doente fallece o mais das vezes por uma complicação tardia, as vezes sem relação com a molestia. Dos 102 enfermos que vimos durante os annos de 1908 e 1909, 58 tiveram bubões que não suppuraram, dos quaes falleceram 42 e se curaram 16 e 44 tiveram bubões que suppuraram, dos quaes falleceram 5 e se curaram 39.

Destes 5 que falleceram e tiveram bubão suppurado 2 apenas falleceram pela intensa suppuração da adenite. Dos outros 3, 2 tiveram perturbações secundarias do apparelho digestivo, como complicação, e 1 falleceu no 45 dia de molestia intercorrentemente atacado de variola confluenta.

Como o dr. Gonçalo Muniz não pensamos que exista influencia entre a maturação do bubão e o evoluir de molestia pois diz elle: que se não deve admitir, como muitos parecem fazel-o uma como que relação de causa a effeito entre a inflammação suppurativa do bubão e a melhora do doente.

Estamos, pelas nossas estatisticas acima, contrarios a opinião de Polverini, pois dos bubões que observamos e que se resolveram, se alguns foram benignos, a maior parte foi maligno.

Este auctor refere que só nos casos levissimo o bubão se reabsorve.

Do mesmo modo de pensar que o nosso é Valossopoulo quando se exterma: «Chez tous nos malades qui ont guéri, le bubon a suppuré; nous n'avons jamais noté la resolution de la tumefaction comme un fait favorable; au contraire dans la variété maligne, les ganglions sont restés pe-

tits roulant sous la peau sans forte periadenite et sans la tendance á la suppuration; dans les mèmes circonstances, nous avons vu d'autres ganglions du corps se tuméfier, mais presenter toujours les mèmes caractères.» Tambem do mesmo modo se enuncia Simpson: «Suppuration o the bubo is also favorable, as it indicates that the pacient has sucessfully passed through the fisrt 6 or 7 days, wich is the most dangerous period». Ainda citando Vincenti e Sorrentino que diz: «La suppurazione costituisce um esito favorevole del morbo, giacchè coincide quasi sempre con la guarigioni dell amalato. Arhaud notó a Porto Said che i 25 casi che suppurarono furono tutti seguite da guarigione.»

Mais uma vez, para boa elucidação, repetimos que a supuração quer quasi sempre dizer prognostico favoravel, se bem que não esteja em relação com a propria molestia, mas porque em geral quando o bubão suppura o doente passou o periodo agudo de estado do mal e os que terminam pela reabsorção são sempre muito mais graves pois denotam pouca reacção de defeza do organismo contra o agente invazor, podendo ás ve-

zes, quando o paciente convalesce, se tornarem rapidamente mortaes.

Tambem implicam serio prognostico os bubões chamados internos ou de Willis, que tambem são sempre muito dolorosos e se notam excepcionalmente, mas nos casos graves.

Apparelho cardio-vascular--No que diz respeito as alterações do apparelho cardio-vascular, verificamos sempre a volubilidade de symptomas que caracteriza a peste.

No inicio da molestia o pulso é amplo, forte, batendo em geral um pouco acelerado, em relação com a temperatura e outros symptomas.

Foi sem duvida a tachycardia o symptoma que mais nos interessou, estudando o prognostico da febre levantina.

Nem todos os nossos doentes a apresentaram; em alguns o pulso nada soffreu em relação ao numero de batimentos por minutos.

Em geral, fallando do prognostico, um pulso forte e cheio, amplo, é um symptoma benigno, notadamente quando pouco se altera em numero, em rythmo etc. . . . Os mais frequentes e mais

importantes signaes clinicos se encontram nos casos de prognostico sombrio.

Nestes casos não raro o pulso soffre modificações para o lado do rythmo, da velocidade, da força etc. . . . em relação quasi sempre com o resto do estado geral do organismo paciente.

Assim accentuada tachycardia é de máo prognostico.

Em alguns dos nossos enfermos a tachycardia foi excessiva fallecendo a maior parte d'elles. Sempre geralmente anda de par com a temperatura o numero de pulsações, excepção feita dos casos fataes em que se nota franca discordancia.

Sempre que occorra discordancia entre o pulso e a temperatura o prognostico é o mais das vezes severo.

As variações parecem marchar parallelamente com a temperatura, ora subindo, ora descendo de accordo com as suas exacerbações e remisões.

Esta precipitação dos batimentos cardiacos é mais accentuada nos casos de collapso em que o pulso chega a 180, 190 e mais pulsações em 1 minuto, sendo ás vezes incontavel.

Os nossos doentes de ns. 309 e 349 foram os que apresentaram maior tachycardia e falleceram.

Em alguns outros a tachycardia não gozou de tal importancia, pois desde o começo da molestia a curva sphygmographica se manteve superior a curva thermographica e se curaram.

E' pois, muito variavel, como dissemos, a tachycardia encarada só, sob ponto de vista do prognostico; relativamente não tem importancia.

Quando, ao contrario, os doentes cahem em collapsio, a precipitação dos movimentos cardiacos faz sempre pensar em um desenlace fatal.

Ao lado da tachycardia, a fraqueza do pulso é signal de máo agouro.

De quando em vez podem occorrer desordens para o lado do rythmo, notando-se arhythmias e intermitencias, quasi sempre funestas, E' o que dizem, dentre outros, Agote e Medina:

«A irregularidade tem significação prognostica muito grave: de 17 pestilentos com pulso irregular que se observaram em Rosario, apenas 2 se salvaram».

Dizem tambem Vincenti e Sorrentino que a fraqueza do pulso é notabilissima, o tacto não mais

o percebe na radial é preciso procural-o na humeral. Emfim, sempre que o pulso é fraco, filiforme, arhythmico, acelerado, na peste, como nas outras infecções agudas em geral é de prognostico grave. Para o lado do coração se nota tambem enfraquecimento da sua actividade tanto que o choque da ponta não é mais visivel a inspecção, nem delimitavel pela palpação (Polverini).

Não tivemos occasião de observar pericardites myocardites, sopros organicos, desdobramentos ou não, ruido de galope etc. . . . que são muito raro s mas, tem sido mencionados trazendo um prognostico sombrio, quando existem.

Mencionaremos a paralytia cardiaca, rara é verdade que observamos em doentes aparentemente bons, conversando, e que momentos após eram cadaveres, fallecendo repentinamente. Devemos fallar, para concluir das lesões que se apresentam nas paredes arteriaes.

Diremos, brevemente, que estas lesões dão logar a extravasamento sanguineo, como petechias, epistaxis, hematemeses etc. . . . que são muito graves parecendo fazerem parte do periodo septimico da peste. Apenas observamos as petechias,

epistaxis e hematemeses assim mesmo raramente e nos casos muito graves.

Segundo Jennings a morte pode resultar do enfraquecimento consecutivo ás hemorragias repetidas, ou do collapso após súbita e abundante hemorragia.

Polverini, no entanto, declara que nos poucos casos de fôrma hemorrhagica, por elle observados, nunca uma copiosa perda de sangue foi causa da morte a não ser a metrorrhagia sobre o parto ou aborto, phenomenos quasi sempre provocados pela peste nas mulheres gravidas (Ap. G. M.)

Apparelho respiratorio—Em todas as formas da peste um dos symptomas mais constantes é a respiração accelerada que attinge a verdadeira orthopnea. Em raros doentes se encontram respirações em numero de 20 a 24, pois, sempre são ellas superiores a 30, podendo attingir a 40, 50 e mais.

Estas variações de frequencia respiratoria em nada acompanham os da temperatura e do pulso, havendo sempre discordancia entre elles.

E' esta tachypnea que constitue um dos melhores signaes, uma norma mais segura para julgarmos o desenlace de qualquer caso de peste.

E' ao illustrado dr. Enjolras Vampré. ex-interno do Hospital de Isolamento, que devemos estes estudos aprofundados das perturbações respiratorias da peste criando um verdadeiro aphorismo: na peste bubonica classica o mal está no bubão e o perigo na respiração, isto é, nos centros bulbares que presidem a essa importantissima função.

A aceleração respiratoria, portanto, não é um symptoma banal e sim um signal de grande valor prognostico. Somente no numero das excursões thoracicas, temos, de uma maneira completa, a segurança dos resultados finaes da infecção.

Preciso se torna, no entanto, que estas respirações sejam contadas com muito rigor, sem que o doente de tal se aperceba. De todos os meios o melhor é esperar que o doente entre em somno, em maxima tranquillidade, portanto alheio ao mundo, ou, quando o doente não consegue dormir, o que frequentemente acontece, procurar entreter a sua attenção com qualquer cousa em quanto se procede a contagem durante 1 minuto inteiro. Sempre apreciamos as excursões thoracicas dos nossos enfermos 2 vezes por dia, ás 8 horas da manhã e ás 4 horas da tarde

E' durante as primeiras 48 horas que a respiração se mostra de grande valor prognostico. Para isto o Dr. Enjolras Vampré estabeleceu uma norma, uma regra, da qual não nos afastamos.

Diz o Dr. Enjolras Vampré:

Em regra geral quando o numero de respirações excede no segundo dia a tarde, mais ou menos 48 horas após a entrada do enfermo, ao numero de 36 movimentos thoracicos por minuto, o desfecho fatal é quasi certo na generalidade dos casos. (90 % de probabilidade)

O numero 36 apresenta uma norma de grande segurança dando ao clinico um prognostico quasi sempre certo, uma vez que não ha molestia como a peste, cujos symptomas mais enganam ao seu espirito.

Accrescentamos aos estudos do dr. Vampré, que terminaram em fins 1907 as 102 observações feitas por nós nos annos de 1908 e 1909. N'estes enfermos que constituiram uma quadra epidemica 31 apresentaram tachypnéa superior a 36 movimentos thoracicos por minuto nas 48 horas após o recolhimento no Hospital.

Destes 18 curaram-se fallecendo 13. Durante

esta quadra epidemica a tachypnea cedeu o seu dominio as perturbações nervosas mas nada disso faz espantar, pois mais uma vez se confirma o que diz o Dr. Gonçalo Muniz e que não cançaremos em repetir: «A peste, sob a entidade da sua natureza nosographica, costuma variar grandemente nas modalidades accidentaes. na feição clinica, no proceder epidemico, não só de quadra em quadra, ora na mesma região mas tambem de uma a outra localidade.»

Achamos por isso, as conclusões do illustre Dr. Vampré, um tanto exageradas, embora baseadas em 267 observações, principalmente quando diz: «na peste, dizemos, todos os symptomas variam apresentando differentes feições clinicas: só um symptoma conserva a sua gravidade, as alterações respiratorias.»

Accrescentamos nós: todos variam sem excepção de um só, nada têm de fixo e é n'isto justamente que está um dos caracteres particulares da peste. Dos outros doentes que observamos com excursões thoracicas inferiores a 36 apenas falleceram 7, dos quaes: 3 pela propria molestia, 2 por complicações gastro intestinaes. 1 por intensa suppuração do bubão e 1

atacado de variola no 45º dia de estada no Hospital.

Mais uma vez se confirma a regra, já varia, vel do Dr. Vampré, pois dos doentes que apresentaram menos de 36 excursões thoracicas apenas falleceram 7, dos quaes: 4 por complicações secundarias, isentos portanto da regra estabelecida. Outro symptoma que se mostra em geral grave, quando apparece, é o soluço que não tivemos occasião de observar.

Todos os outros symptomas do apparelho respiratorio não tem importancia em relação ao prognostico.

Não observamos as respirações de Cheyne-Stocks nem a de Biot, que já foi observada, aqui na Bahia pelo dr. Gonçalo Muniz em 1 enfermo de 8 annos. Em alguns enfermos na hora da morte, vimos a respiração parar antes do coração, que ainda trabalhou.

Durante alguns segundos, em verdadeiro *delirium cordis*. Quanto a pneumonia já fallamos no 1º capitulo.

Orgãos genito-uritarios—Pouca cousa de importante occorre na symptomatologia da peste em referencia aos orgãos genito urinarios. A não ser a quantidade de urina que vae augmen-

tando na proporção que o doente vai melhorando, ou tendendo a anúria a medida que a molestia tende para a terminação fatal e tambem a presença de albumina que augmenta em relação á gravidade dos casos, nada mais nos despertou a attenção.

Assim mesmo, muita variabilidade notamos, pois vimos casos graves em que se não modificou a quantidade de urina e tambem não encontramos o menor traço de albumina. Ao lado disso tivemos um doente o de n. 271, que tinha tanta albumina na urina, que na occasião de pôrmos o acido azotico toda a urina se transformava em um verdadeiro bloco.

Este doente curou-se. Em alguns doentes vimos, não a anúria, mais a retenção da urina que deu logar a symptomas uremicos, nos casos graves é bem verdade. No doente n. 302, que falleceu, foi preciso recorrer a uma sonda para extrahirmos urina

A bexiga estava distendida e tiramos cerca de 1000 grammas de urina já um pouco fetida, que a um exame summario deixou ver: densidade: 1018; reacção, acida; materiaes solidos: 51, 94 e com leves traços de albumina.

Para o lado do apparatus genital propriamente dito só observamos perturbações nas mulheres, assim mesmo no que diz respeito a menstruação que se apresentou, é bem verdade, frequentemente e nos casos mais graves, mas que de modo nenhum entenebreceu o prognostico.

As vezes notamos que a menstruação tornou-se sub-intraite A prenhez e o aborto que de facto, aggravam muito o prognostico das empestadas, não nos foi dado observar.

Neste assumpto nos limitamos ás opiniões dos diversos auctores e dentre elles Jennings, que se externa do seguinte modo: «A peste occasiona nas mulheres menorragias ou metrorragias e tem-se visto provocar a menstruação em amenorrheicas. E' complicação extremamente seria da prenhez especialmente depois do 4' mez accarretando quasi invariavelmente aborto ou parto prematuro e a morte da mãe e da creança. Em raros casos uma ou ambas poderão sobreviver, ser obviado o aborto ou a creança escapar a infecção.»

Cita este auctor o caso de uma mulher atacada de peste, quasi no termo da gestação, a qual deu á luz a uma creança aparentemente

sã sucumbindo em seguida a hemorragia uterina. Dez horas após o nascimento appareceram bubões nas virilhas e nas axillas da criança que morreu 18 horas depois sendo encontrado o bacillo da peste no sangue e nos ganglios lymphaticos (Ap G. M.)

Tambem um caso neste genero foi observado no Hospital de Isolamento, fallecendo a paciente. Mas, nem sempre as cousas assim procedem, ha casos em que podem sobreviver o recém-nascido ou a progenitora, ou ambos.

Citam Vincenti e Sorrentino uma observação de Doleo feita em T. Laudadio que deu a luz num hospital de peste em Noia e ambos sobreviveram. Os mesmos auctores dizem que: «Generalmente deve ritenersi che le alterazioniⁱ delle funzione generative sono in dipendenza della gravità dell'infezione e che i prodotti batterici circolante nel sangue nuocciono certamente la vita d'ell embrione e possono determinarne la morte e la espulsione dalla cavità uterina. Ma, se l'avelenamento dell'organismo materno non é di grado elevato, la gestazione può svolgersi normalmente; come pure il feo può morire per effetto dei prodotti tossici senga que venga contagiato dai bacilli e può infettar-

si se la integrità del filto placentare è alterata, avvenendo in questi casi il passaggio dei bacilli dalla madre al feto. Questa considerazione spiega le ragioni dei vari esiti che può avere la gravidanza nel corso dell'infezione. Certamente però deve considerarsi la gestazione aggravanti della malattia.

Aquí no Brazil, no Hospital Paulo Candido, no Rio de Janeiro observou se um caso de peste com gravidez, seguido de aborto no qual houve morte da progenitora e salvamento da criança que foi baptisada com o nome de Paula Candido para servir como recordação historica deste facto tão raro e interessante.

Apparelho digestivo.—Na symptomatologia do tubo digestivo encontramos alguns signaes que podem servir de guia para estabelecermos o prognostico.

Na lingua, apesar de constantes e characteristics as suas alterações, quasi sempre coberta de uma camada saburrosa mais ou menos espessa e de cor esbranquiçada, com a cor vermelha nos bordos, nada encontramos que pudesse ser archivado n'este assumpto que tratamos. No entretanto, segundo Valossopoulo a ella se torna secca na variedade maligna da

molestia onde toma o aspecto das molestias typhicas. Nos outros casos ella se mostra larga, frouxa, depressivel, assignalando na periphria as impressões dos dentes. Quanto aos labios e dentes observamos que nos casos graves principalmente e nos que terminam pela morte e no fim da molestia, estes se cobrem de fulliginosidades mais ou menos abundantes, mais ou menos escuras.

Encontramos em um doente que teve pneumonia secundaria e se curou, o de n.º 270, o herpes labial, claramente patente, de que fallam os auctores. Tambem vimos que não raramente se accumulava uma certa porção de mucosidades e saliva na bocca dos doentes, principalmente nos casos fataes,

Para o lado do estomago observamos os vomitos que são communs no periodo de invazão do morbo. Quando estes não passaram do periodo de invasão, se mostraram benigno sem nossos enfermos, ao contrrrio, quando persistiam durante o periodo de estado sempre se mostraram indicando gravidade no caso mormente quando se ajunta a epigastralgia. Observamos em um doente, o de n.º 318, em quem, ao lado de vomitos incoerciveis

se apresentou a epigastralgia, que não o deixou repousar um instante. Os vomitos eram frequentes e biliosos, precedidos de fortes náuseas.

Este doente falleceu 22 h2 horas após o seu internamento no nosocomio.

Do mesmo modo de pensar que o nosso se mostram Polverini Simond, e Yersin que dizem ser o vomito indicio de gravidade, acrescentando os dous ultimos auctores que os vomitos biliosos sempre coincidiram nos seus enfermos com alta gravidade de molestia.

Em um doente; o de n. 307 observamos vomitos anegrados, semelhantes aos do typho amari de que fallam alguns auctores no periodo final da molestia. Nunca observamos francas hematemeses, mas conforme dizem os outros auctores, ellas sempre indicam um desenlace fatal.

Ainda em relação ao estomago observamos que a falta de appetite se notou nos casos mais graves, principalmente nos casos proximos da morte.

Alguns dos nossos enfermos apresentaram verdadeira sitiophobia, mormente estando em estado delirante. Dentre elles salientamos os de ns. 323 e 333 que nada ingeriram durante

os seis dias que permaneceram no Isolamento.

Em ambos a peste foi muito grave. Para o lado do tubo intestinal, como signal de máo agouro, observamos a diarrhea, se bem que pouco commumente. Ao lado disso vimos que o ventre quasi sempre é indolor, apresentando-se raramente dolorido, augmentado de volume, tympanico, com meteorismo accentuado que ora se ajunta a diarrhéa, ora a constipação. E' sempre signal grave. Observamos um doente, o de n. 349, em que o meteorismo se accentuou bastante, a ponto de invadir a cavidade thoraxica; ao lado do tympanismo accentuadissimo, distensão forçada das paredes abdominaes pelos gazes detidos, com diarrhea esverdeada no começo e constipação mais tarde.

O doente, quando se deu o desenlace que foi no 40º. dia de molestia tinha o abdomen tympanico, como um verdadeiro tambor, muitissimo dolorido. Nunca observamos hemorragias deste segmento do apparelho digestivo. Alguns auctores dizem que a estas perturbações do tubo intestinal estão ligados a septicemia, o que não observamos, quando fizemos o exame microscopico do sangue destes enfermos. Obser-

vamos, sim a diarrhéa em casos bem severos do mal precedida ou seguida de constipação mais ou menos tenaz.

Systema nervoso.— Symptomas importantes, em relação ao prognostico da peste, tivemos occasião de observar na grande maioria dos nossos enfermos uma vez que na quadra epidemica de 1909, os phenomenos nervosos se accentuaram e tiveram logar mais saliente que qualquer outro.

A peste neste periodo revestiu perfeitamente bem o typo da febre adeno-nervosa que lhe foi dado pelos Drs. Vincenti e Sorrentino.

Constantemente atacado, com maior ou menor intensidade, o systema nervoso central ou peripherico nos proporciona varios symptomas a estudar, como sejam, a articulação das palavras, as alterações do aparelho sesitivo-motor, a facies, a carphologia, a insomnia, a somnolencia e varios delirios.

O disturbio da articulação das palavras sempre se encontra nos enfermos não benignamente atacados pelo mal levantino. Nos casos graves observamos uma dysarthria, uma gagueira accentuada, monossyllabica, ás vezes inintelligivel como se estivessem embriagados pelo alcool.

Esta dysarthria observada nos casos quasi sempre fataes, ás vezes se pode apresentar nos casos benignos. E assim é que observamos o doente n.º 353, do qual não se poudo ter a menor informação sobre a sua molestia, quando entrou no Hospital, por causa de uma dysarthria ininteligivel.

No entanto, este enfermo teve uma molestia benigna se tendo restabelecido em 20 dias. Nem sempre, como se acaba de ver, a dysarthria é symptoma dos muito graves. E' que «encontramos de preferencia semelhante lalopathia em casos graves em que preponderam os symptomas nervosos, mas nem sempre fataes. (G. Muniz).

Outras vezes encontramos doentes que não apresentavam perturbações da linguagem, que não apresentavam aparentemente graves alterações morbidas e que falleceram em horas.

A's vezes tambem se nota completa aphasia nos casos muito graves. (Sorrentino), o que não vimos pessoalmente. Alguns dos nossos doentes apresentaram grande excitação soffrendo ordinariamente de insomnia mais ou menos persistente, incessante mal estar inquietação, movimentos desordenados etc,

Quanto mais persistente fôr a insomnia mais sombrio é o prognostico.

A maioria dos empestados que observamos teve insomnia fallecendo d'estes a maior parte.

Como caracter especial da variabilidade que tem a peste, observamos alguns que tiveram insomnia constante, acompanhada de delirio onirico ou furioso e que se curaram.

Neste numero temos os doentes ns. 325 e 329. Contraria a malignidade da insomnia está a benignidade da somnolencia e do somno.

Todos os doentes que vimos e que apresentavam somnolencia e somno se curaram.

Dentre elles salientamos o de n. 325, que acima nos referimos e que após 3 dias de enorme excitacão, insomnia e delirio, dormiu dous dias seguidos, profundamente, sem tomar o minimo alimento, completamente alheio ao mundo exterior.

Após estes dous dias o doente foi despertado e muito custo pelo enfermeiro para tomar um pouco de leite, o que fez, continuando a dormir mais algumas horas quando então por si despertou.

A febre, a acceleraçãõ do pulso e da respiraçãõ,

os phenomenos de ordem nervosa graves que apresentava anteriormente cederam; a apyrexia sobreveio, o pulso e a respiração normalisaram-se e o doente se salvou.

As injeções de sôro que fizemos durante o somno não lhe despertaram pela picada da agulha, tal á sua profundeza. O outro foi o de n. 275 que permaneceu sete dias em estado de profunda somnolencia após os quaes despertou.

Os symptomas agudos passaram, a temperatura baixou a normal, acompanharam-n'a o pulso e a respiração curando-se emfim o doente no 35.º dia de molestia. Como o primeiro, permaneceu durante este tempo alheio a tudo.

Quando despertado para tomar alimento, o fazia, mergulhando-se novamente no mesmo estado anterior.

Nas alterações do apparelho sensitivo motor as perturbações da marcha, estatico-equilibradoras, são frequentes. A marcha cambaleante, que faz o doente caminhar em linha quebrada, como um ebrio, é um dos symptomas muito frequentes da peste.

Quando a excitação sobrevem o doente tem vontade de caminhar, andando sinuosamente, zig-

zagueando, semelhante a um animal cujo cerebello está comprometido. Pela impressão toxica do systema nervoso os musculos voluntarios não obdecem mais regularmente a vontade e a incoordenação se manifesta, depois a medida que a intoxicação progride os phenomenos ataxo-adynamicos se estabelecem; o doente permanece deitado com incessante mal estar, inquieto, revolvendo-se desordenadamente no leito; finalmente com o evoluir da molestia a apathia, a adynamia se apoderam do empestado que fica indifferente a tudo (Enjolras Vampré). Os doentes em que observamos as perturbações da marcha foram poucos e todos se curaram, apesar de terem tido uma molestia muito seria.

Quando sobrevem a apathia e a adynamia o prognostico é o mais das vezes severo e infausto. Não raro a adynamia chega ao extremo, succedida de coma, succumbindo o doente dentro em pouco.

No entanto nem sempre isto se dá, ás vezes felizmente, o clinico tem diante o caso contrario, mas raramente, como tivemos occasião de ver.

Outras occasiões existem que o paciente

após excitação cai em estupor, permanece em decubito dorsal durante 2,3 e mais dias, alheio a tudo, cabeça em flexão sobre o thorax, palpebras semi-abertas, relaxação nos membros, respondendo a algumas perguntas, quando abalado, com palavra inintelligível.

Este estado de estupor implica um bom presagio, principalmente nas crianças. Justamente o contrario se dá nos casos de adynamia precedida de excitação. Tambem perturbações da motilidade reflexa, como signal prognostico grave, foram por nós observadas.

Notamos nos nossos enfermos, nos casos sombrios e as vezes fataes a diminuição e até mesmo a abolição dos reflexos, principalmente o rotuliano, que mais frequentemente pesquisamos.

Quanto ao facies nada podemos affirmar com segurança pois em poucos doentes a vimos, sempre em periodo proximo da morte. E' um signal, portanto, de um fim fatal.

O mesmo diz Enjolas Vampré: «Tales symptomas que só indicam gravidade e perigo denunciam «a perda parcial do influxo nervoso» (Simpson) «a suspensão do funcionamento

dos nervos faciaes direito e esquerdo» (Jennings) a perda de expressão parestia ou paralytia dos musculos da face» E' no entretanto um symptoma muito enganador, se bem que grave, pois muitas vezes o medico inexperiente acha n'esta apathia, esta differença numa melhora e poucos instante após o enfermo fallece.

Muito bem a descreveu Vincenti e Sorrentino, em poucas palavras: «Olhos brilhantes e desviados, olhar fixo com expressão de angustia, conjunctivas injectadas, orbitas encovadas, maçãs salientes, tremores nos labios, que algumas vezes figuram um riso sardonico, tez do rosto perolada de camarinhas de suor ou lustrosa como se fosse untada de gordura e desprendendo odor caracteristico, taes são os principaes elementos que dão o cunho especial a physionomia do empestado»,

Com as palavras do dr. Gonçalo Muniz, e que estamos de pleno accordo, apresentamos uma pequena modificação quanto a especificidade da facies de que fallam alguns auctores.

Eil-as: «por nos parecer comtudo que a facies assim descripta por Vincenti, Polverini, etc. ... não tem a especificidade que lhe querem dar e

que ahí se vê antes refratada a facies hypocratica ou agonica, a qual nada tem de peculiar a «doença em questão.»

Só vimos tal aspecto, repetiremos, em poucos pestilentos, mas muito proximos ou durante a agonia.

Symptoma por demais grave é a carphologia.

Nos enfermos em que se apresentou, o desenlace foi fatal.

Juntamente a ella nota-se o estado typhico e os movimentos incoordenados dos membros superiores principalmente, ao lado da profunda adynamia em que cai o paciente.

Perturbação frequente que tambem observamos foram os delirios.

No anno de 1909 principalmente, as perturbações mentaes foram muito frequentes.

Tivemos occasião de observar varios delirios.

Ora foi o delirio calmo em que o pacciente permanece no leito, respondendo com alguma precisão, até certo ponto, as perguntas que lhe são feitas, deixando perceber de quando em vez a manifestação de alguma idéa incoherente, denunciadora do seu estado de sub-delirio ora, ao contrario, o delirio é furioso, o doente tot-

na se inquieto, loquaz agita-se, sobremem as ideias inteiramente absurdas, as vezes verdadeiras allucinações se manifestam e então acha constituido o quadro symptomatologico delirante de intensidade variavel. Observamos o delirio onirico, o delirio profissional com allucinações diferenciadas, delirio de grandeza, como formas mais frequentes.

Sempre taes perturbações mentaes foram vistas na maior parte dos enfermõs graves. E' um symptoma que pertence aos seriamente atacados, principalmente se se nota desde o começo do mal, abrindo a scena morbida.

Quanto mais precoçe for o seu apparecimento, tanto mais serio será o prognostico (E. Vamprè).

Mas, como sempre, tudo isto é muito variavel, não só por se tratar da peste bubonica, como tambem porque depende de varias outras circumstancias como sejam: maior ou menor quantidade de toxinas espalhadas pelo organismo, temperamento e principalmente da tara nevropathica hereditario do individuo, habitos, meios de vida etc. . . . de que depende a sua intensidade. E isto mais uma vez se confirma pois em alguns doentes não vimos alteração das faculdades mentaes, conservan-

do-se a intelligencia clara e nitida, mesmo nos casos fataes, proximos da morte.

Tudo depende da predisposição nevropathica anterior do individuo, principalmente «que segundo a sua intensidade, seu gráo, sua profundidade, fará um delirio curto ou longo, benigno ou grave, agudo ou chronico, curavel ou definitivo.»

«Os clinicos de todos os tempos conhecem esta disposição nevropathica na genese das molestias do systema nervoso em geral». (Grasset).

O delirio da peste, em geral, passa no fim de alguns dias, podendo ás vezes persistir durante a convalescença, constituindo verdadeira psychose post-pestilencial, que revela o profundo esgotamento geral em que cai o paciente, após o periodo agudo do mal.

Apenas vimos clinicamente psychoses infectuosas agudas, das quaes a confusão mental é o typo caracteristico dos estados de envenenamento do organismo.

Como caso mais importante, temos o doente n. 339, que após um periodo de alguns dias de franco delirio onirico ligeiro, surgiu a confusão

mental, acompanhada de polynevrite, formando o typo descripto pelo professor Korsakoff, que não constitue uma psychose á parte e sim um syndromo na opinião abalisada de Seglos, Ballet, Pitres, Charlain e etc. . . .

O doente não estava em estado estupuroso, mas indifferente.

Mais tarde sobreveio um periodo de amnesia ao mesmo tempo anterograda e retrograda bastante accentuada. Todo este estado estava ligado unica e exclusivamente a infecção pestosa, legitimando o diagnóstico de syndromo de Korsakoff na polynevrite pestosa.

Pouco a pouco, felizmente, este enfermo foi melhorando e os symptomas mentaes, ao passo e a medida que se levantaram suas forcas, foram pouco a pouco diminuindo, estando hoje o paciente inteiramente curado.

Resumindo, agora, diremos, em geral. Todas as perturbações nervosas ou mentaes da peste denunciam um prognostico grave, um estado de grande intoxicação de todo o organismo.

Por fim, porém, acrescentamos que como sempre estas desordens, si bem que possam se'

mais ou menos duradoiras, felizmente são passageiras, não só pelo desaparecimento gradual de taes manifestações, como também pela ausencia de lesões anatomo-patológicas nos casos em que se tem feito a autopsia.

Não é somente na peste, mesmo em quaesquer outras molestias infectu sas estas perturbações são passageiras, pela: mesmas razões que acima apresentamos. *Sublata causa tollitur effectus.*

Orgãos dos sentidos — Nos pestosos por nós observados, mais frequentemente encontramos a mydriase pupillar, nos casos graves como symptoma, que mais de perto serve para o estabelecimento do prognostico, mas assim mesmo com uma variabilidade accentuada.

O mesmo foi observado pelo Dr. Enjolras-Vanprè quando se enuncia: «Em nossas observações, porém, notamos que os casos geraes são geralmente acompanhados de mydriase, dependente não só da excitação determinada pela toxina sobre o centro cilio-espinal de Bunege, situado na medulla cervico-thoracica, como principalmente dos efeitos produzidos pela asphyxia que vai lentamente se estabelecendo nos empestados até rou-

bar-lhes a vida pela intoxicação de todo o systema nervoso central e principalmente do systema bolbo-medullar».

Mais que isso, observamos em um o de n. 349 em que se manifestou intenso nystagmus transversal como symptoma de alta gravidade.

Este paciente falleceu dous dias após o apparecimento do nystagmus que tomou uma intensidade notavel.

Em relação aos outros appparelhos sensoriaes, nada nos foi permittido apreciar. Sempre estiveram indemnes.

Pelle e tecido cellular sub-cutaneo — Algo de importante observamos no que diz respeito ao tegumento externo e suas lesões em relação ao prognostico.

Como geralmente se tem observado, a pelle dos pestiferados, que estiveram sob os nossos cuidados, se apresentou secca e quente; principalmente no periodo de agudeza a do mal.

Em alguns casos, e raro, se mostrou humido. O suor era de um cheiro particular, suigeneris, que não vimos em outros enfermos de molestias infectuosas, principalmente.

Nos casos graves nos parece que este odor es-

pecial era mais accentuado, se bem que em alguns casos benignos e notassemos, mas raramente,

De bom prognostico é uma sudorese abundante, como tivemos occasião de observar em varios enfermos, principalmente n'aquelles em que a temperatura cai por crise. E' o que bem diz Griesinger: «Os suores são um dos phenomenos mais favoraveis, sem elles nenhuma melhora deve merecer confiança, e remissão geral dos symptomas não precedida de suores é muitas vezes phenomeno precursor de erminação fatal.»

Esta ultima parte da citação de Griesinger nos parece um tanto exaggerada uma vez que a maioria dos nossos empestados deixou de ter sudorese, não tendo todos um prognostico fatal. Em alguns outros doentes encontramos uma sudorese abundante, perto da agonia ou da morte, mas fria, profusa e não tendo nada de particular a peste.

Quanto a grande transpiração que se observa após as injeções endovenosas, podemos garantir, quasi absolutamente que são de um prognostico ligeiro pois dependem de uma reacção serica, de que nos occuparemos mais adiante. Quanto as necroses de que fallam Pol-

verini e outros, apontadas como causadas por desordens da innervação trophica e que se notam nos casos graves e podendo trazerem a morte por sua grande extensão, nada observamos. As lesões hemorrhagicas que se caracterizam por petechias, principalmente, se apresentam raramente, mas em casos muito graves ou mortaes. Tivemos 4 doentes que as apresentaram, fallecendo todos quatro.

Nunca passaram do tamanho de um pão de arroz (a maior que vimos) tendo a côr vermelha escura ou anegrada.

Foi a presença destas petechias de côr anegrada, em uma epidemia de peste, que lhe deram o nome de peste negra no seculo XIV.

Produziram se principalmente nos casos septicemicos (os quatro acima referidos). Tambem symptoma não muito agradavel é a cyanose mais ou menos accentuada que se nota o mais das vezes.

Implicam sempre um prognostico serio pois só a observamos nos casos de septicemia. Em geral começa pelas unhas, dedos, pés, orelhas, nariz e vai pouco a pouco se estendendo ficando toda a superficie do corpo da mesma

côr arroxeadá que as extreñidades principámente nos últimos instantes de agonia. Vimos diversos cadáveres completamente annegrados, cabendo a designação de peste negra que lhes deram os escriptores do século XIV.

Alem disto notamos a presença, em alguns enfermos, dos phlyctenas precoces de Simond. ponto por onde penetrou o germem pestigenio.

Em geral estas phlyctenas correspondem a casos malignos especialmente. Dos cinco enfermos, em que as vimos, apenas um teve uma peste relativamente benigna. Todos os outros quatro tiveram uma molestia gravissima, se bem que um somente fallecesse. É o que pensa a esse respeito o Dr. Gonçalo Muniz; «Parece-nos, contrariamente á affirmacão de alguns auctores, que não há attribuir significacão prognostica á presença ou ausencia de phlycten^a precoce que pode apparecer ou deixar de apparecer tanto nos casos benignos, como em malignos».

Lesão importante da peste, para o lado da pelle é o carbunculo, que torna-se característico até certo ponto. Pode apparecer secundariamente, após a adenopathia ou então primitivamente cons-

lituindo uma lesão importante. E' da peste cutanea primitiva que queremos fallar e que vamos apresentar mais uma observacão, para fazer par a unica existente no genero e na litteratura do morbo, publicada pelo dr. Eutychio Leal em sua these inaugural.

Antes que tudo cumpre-nos dizer que actual-mente discordamos da observação existente no rico archivo do Hospital e que foi por nós mesmo con- feccionada, classificando os accidentes cutaneos de secundarios. Depois de algum tempo porem, por indagações mais minuciosas que fizemos á familia do enfermo, principalmente a sua Exma. es- posa concluimos que estes accidentes foram pri- mitivos, não tardando em classificar o caso como de peste cutanea primitiva. Tambem contra nossa opinião está o Illustre Director do Hospital de Isolamento, porque as informações que lá colhe- mos, em sua presença, não foram bem dadas pela Exma. Snra, que, como era muito natural, estava sem a calma precisa para narração tão minuciosa.

Acreditamos que, se o nosso propecto Director tivesse ouvido as narrações que obtivemos pes- soalmente, em periodo ulterior, teria concluido

do mesmo modo que o nosso. Trata-se do doente n.º 339 que deu entrada no dia 16 de Outubro de 1909. A sua molestia começou por febre, frio, dôr de cabeça, que acreditava ser uma laryngite. Assim, um clínico foi chamado, fazendo a therapeutica adequada a estes symptomas, que não cederam. No 4.º dia porem um outro profissional, sendo chamado deu o caso por suspeito requerendo o exame bacteriológico por ter o doente apresentado symptomas graves e accidentes cutaneos, cousas que não se encontram absolutamente nas laryngites.

Era a apparição de um carbunculo no angulo interno do olho direito do tamanho de uma moeda de cem reis, do cunho novo, e de mais trez outros situados: um na testa e os outros dois nas bochechas, um de cada lado. No 5.º dia de molestia surgiram quatro na perna esquerda, sendo um maior do tamanho de uma moeda de 400 reis do novo cunho, caracteristico (o mais typico que vimos até hoje) e mais trez outros na mesma perna, mais ou menos na face antero externa.

Até ahí não se notava a menor reacção ganglionar a palpação. No mesmo dia a tarde começa

ram a notar a formação de mais dois na perna direita, de tamanho menor que os da perna esquerda que ao amanhecerem o 6. dia estavam bem formados. Foi neste dia que o doente deu entrada no Hospital. Apresentou então neste dia uma pequenina adenite, do tamanho de um grão de milho, na perna direita, onde, como dissemos haviam dois carbunculos.

O exame minucioso das regiões ganglionares nada mais deixou perceber. Os ganglios cervicaes não foram absolutamente atingidos. Os da perna esquerda, onde tinha 4 carbunculos, nada revelaram. A palpação profunda do abdomen nada deixou perceber. O paciente não accusava a menor dór. Somente este ganglio cru-ral direito estava infartado, tanto que desapareceu no 5. dia de estada no Hospital. Eis os factos mais importantes do nosso observado.

Temos ou não razão de classificá-lo de peste cutanea primitiva uma vez que não apresentava adenite primitiva apparente e encontravam-se os bacillos especificos nas lesões cutaneas? O exame do sangue feito por diversas vezes nada revelou, nenhum germen foi encontrado. De um es-

tado septicemico anterior, tal estado não podia depender absolutamente, uma vez que o exame do sangue ficou negativo e a phenomenologia não era de septicemia.

Contra a nossa opinião militam todos os auctores. Entre ellas a do Dr. Victor Godinho que attribue as manifestações cutaneas da peste á dependencia do pequeno numero de bacillos encontrados no sangue.

Para este bacteriologista as papulas, vesiculas, pustulas, etc., representam os pontos por onde se effectua a eliminação dos germens existentes no sangue. (Apud. E. Leal).

Como resposta citamos o seguinte trecho do Dr. Agrippino Barbosa: Si assim é como justificar a ausencia de cocco bacillos no sangue dos doentes que apresentam estas lesões e a inexistencia dellas nos casos de septicemia primitiva ou secundaria?

Uma vez que provado está que a peste cutanea não é produzida pela eliminação de germens pela pelle, como admite Victor Godinho, vejamos como se comporta a rede lymphatica. É possível que o systema lymphatico, para o qual o germen

da peste tem especial predilecção, esse ataque não se revelasse a palpação mais profunda e cuidadosa, ao menos por um enfartamento das regiões ganglionazes ou por um certo grão de sensibilidade a dór? Seria possível que os ganglios não estivessem doloridos, uma vez que sempre nos casos graves, como este, as adenites estão ao contrario hypersensibilizadas?

Nos poderiam tambem objectar que os ganglios thoracicos estayam ou foram primitivamente affectados, o que é possível. Mas, tambem não seria o cumulo da infelicidade para nossa observação, uma vez que estes ganglios são os mais raramente affectados e só excepcionalmente o são?

Tanto assim que nós pelo menos não conhecemos 1 só caso de compromettimento destes ganglios na litteratura da molestia. E, se estivessem por acaso affectados, o enfermo não apresentaria uma symptomatologia apparatusa para o lado dos apparelhos cardiaco e pulmonar, occasionada por perturbações locaes, compressão e etc., e mesmo quem sabe se o processo adenitico não se propagaria ao pulmão, o que absolutamente não notamos? E' bem verdade que o doente apresentava

franca tachypnea, mas esta era unica e exclusivamente de ordem nervosa, o que é commum a quasi todos os casos de peste. E se a phlyctena precoce de Simond representa uma manifestação primitivamente cutanea da peste, o carbunculo com maior razão, não o será ?

Quem contestará a especificidade de tal lesão ? E se aquella e esta symbolisam uma reacção da rede lymphatica da derma, não deveriam succeder ao apparecimento dos bubões e não precedel os, como manifestação inicial que elles caracterisam ?

E se por outro lado quizessem consideral-os como dependentes de um estado septicemico anterior, como explicar o seu pequeno numero e as sedes preferidas até certo ponto, frequentemente, por taes lesões ?

Não parece um apricho muito difficil de conceber ? Pelo menos assim o pensamos e estamos de pleno accordo com o Dr. Eutichio Leal, admittindo a forma primitivamente, cutanea da peste.

A este ultimo ainda se lhe poude atirar a pecha de observação incompleta, pois não foi feita a autopsia, onde se poderiam encontrar ganglios profundos compromettidos. Mas o que se dirá da nossa

observação, uma vez que o doente se restabeleceu?

Terminando diremos que os carbunculos quer primitivos, quer secundarios, denotam gravidade do caso implicando um prognostico sombrio.

Reacção ser. therapica—Assumpto de tão grande importancia não nos podia passar despercebido, fallando do prognostico do mal levantino.

A accção do serum é evidente nas manifestações da peste. Graças a sua benefica influencia os symptomas mais ou menos agudos diminuem consideravelmente. Nos enfermos sob sua accção, não raro a tensão arterial augmenta, o pulso se regularisa, o que é dos mais favoraveis signaes no prognostico da molestia.

A temperatura em pequeno espaço de tempo pode chegar a normal, principalmente usando as injeccões endovenosas, o que praticamos innumeras vezes, sem o minimo accidente.

Uma vez injectado o soro symptomas novos podem immediatamente surgir, collocando o medico inexperiente, em posição pouco lisongeira, ás vezes. O doente após a injeccão endovenosa principalmente, apresenta uma extrema agitação, o pulso se accelera batendo 140 a 180 vezes por

minuto, torna-se fraco, quasi filiforme, suores profusos lhe banham o corpo, a respiração tambem se torna accelerada, se apresentam vomitos ou nauseas e um frio intensissimo, como o de um accesso palustre, abre a scena, tendo o doente uma vérdadeira trepidação no leito; ás vezes pode sobrevir o nystagmus.

Após este periodo de tanta agitação de tanto mal estar para o paciente, que geralmente dura 5 a 10 minutos, sobrevem pouco a pouco a calma, o frio passa, o pulso e a respiração se normalizam, os suores profusos cesssam, a temperatura pode descer a normal e então uma sensação de indefinivel bem estar se apodera do paciente, que melhora rapidamente.

Por fim um somno tranquillo e profundo fecha um quadro tão emocionante como este. E' a reacção serotherapica precoce que se manifestou.

E' a cura proxima.

Nem sempre se observam estas reacções rapidas. O mais commum é um mal estar geral e nauseas o que observa mas mais frequentemente com as injectões interperitoneaes. Como os outros symptomas, se dissipam rapidamente. A sua in-

tensidade tem pouca relação com as doses injectadas e a via empregada.

Estes inconvenientes da serotherapie ainda não estão bem estudados, de modo a se saber qual a causa imputada.

Uns admittem que são os productos toxicos contidos normalmente no sangue do cavallo. Alguns attribuem a acção toxica dos soros produzindo um estimulo phagocytario não especifico que se apresenta bruscamente.

Outros, e dentre elles o professor Marfan admittem que é questão de idiosyncrasia, porque muitos enfermos não as apresentam, embora tenham tomado doses elevadas de soro, ao passo que outros enfermos com doses pequenas as apresentam de modo accentuado o que tambem tivemos ensejo de observar nos nossos empestados.

Outros, enfim, admittem o desequilibrio de temperatura ambiente, inferior a temperatura do corpo humano, n'este momento. Esta ultima hypothese deve ser inteiramente banida, pois já foi verificada pelo Dr. Cardoso Fontes, do Rio de Janeiro que essa reacção dava-se ou deixava de se dar, quer com o soro a injectar

constantemente aquecido á temperatura proximo do doente, quer com o soro frio á temperatura ambiente (25, 30°).

Embora taes accidentes se manifestem por esta ou aquella razão uma vez desaparecem desde que se lhe anteponha o valor incontestavel do remedio.

Mas, não é a reacção serotherapiea precoce o mais frequente modo de sua manifestação nos enfermos. A grande maioria dos enfermos tratados pela serotherapiea antipestosa apresenta 5 a 10 dias após a ultima injeccção, uma reacção intensa provocada pelo soro.

Geralmente se manifesta a principio uma elevação thermica que não passa de 40.º seguindo-se então um quadro clinico inteiramente novo, do que descrevemos acima. Sobrevem as myalgias arthralgias que podem invadir um grupo de musculos, uma articulação, como tambem todos musculos e todas as articulações.

Estas dores são fortes, atrozes ás vezes, impedindo o paciente de qualquer movimento. Em alguns dos nossos observados até o pestanejar era dolorosissimo. Estas myalgias e arthralgias preferem e são mais fortes nas mãos e nos pés. Por

fim sobreveem as erupções em suas trez variedades: urticariforme, escarlatiniforme e morbiliforme. A urticaria é a mais frequente das manifestações. Generalisa-se quasi sempre, tomando até o corpo inteiro, seguida frequentemente de um prurido que se torna, em alguns casos, verdadeiro martyrio. Não ha parte do corpo que não coce e de um modo pertinaz,

A erupção ou erythema escarlatiniforme é algumas vezes observado, constituindo-se por placas que se localisam de preferencia na face e no tronco. Não tem, em geral, o prurido que é característico do erythema urticariforme.

Quanto ao morbiliforme, que é mais raro que os precedentes, o doente parece estar com a erupção característica do sarapão. Invade as vezes todo o corpo, produzindo verdadeiros phlyctenas, que contem um liquido amarello que pouco a pouco se reabsorve, como tivemos oportunidade de ver no doente n.º 348.

Neste houve invasão das bolsas e do penis, que ficaram entumescidos parecendo haver um processo orchitico inflammatorio. A suspensão dos testículos e alguns medicamentos topicos, fize-

ram-no sarar em poucos dias. Quando invade o rosto ha tambem uma especie de entumescimento, tornando o rosto vultuoso, como que edemei-ado, produzido até a oclusão das palpebras como observamos no doente n.º 310.

Eis pallidamente o que é a reacção aerotherapica da peste, tal como se apresentou nos nossos enfermos. Como signal prognostico, que mais nos interessa, não pode haver outro melhor. Raro é que o enfermo em que se manifesta a reacção serothesapica immediata ou tardia que falleça a julgar pelas nossas observações.

Dentre os 102 enfermos que vimos 54 tiveram reacção serotherapica, dos quaes apenas fallece-ram quatro. Quer isto dizer que 88,24 o/o dos que apresentam reacção serotherapica se curam.

Complicações secundarias.—As complicações se- cundarias são relativamente frequentes nos em- pestados. Não raro sobrevem diarrhéa dysenteri- forme, tympanismo, meteorismo abdominal, vo- mitos, etc., para o lado do apparelho digestivo.

Para o lado do apparelho pulmonar ás vezes vem a pneumoni secundariaa, se bem que pouco frequente. Myocardites, endocardites, etc., tambem

se manifestam, fazendo o paciente succumbir inesperada e rapidamente por paralytia do musculo cardiaco, altamente intoxicinado.

A formação de novos bubões mais ou menos rapida, a grande suppuração que apresentam alguns, onde o pús se conserva fetido e gangrenoso, são complicações do systema lymphatico. Polynenrites amyotrophias paresias, meningoencephalites, convulsões hemiplegias, confusão mental de natureza infectuosa tem sido vistas para o lado do systema nervoso.

Para o lado do sangue vamos encontrar a septicemia secundaria, sua complicação mais frequente.

Todas estas complicações uma vez averiguadas, implicam severidade de prognostico.

Não são somente estas as complicações que se podem observar na peste, outros se notam porém mais raramente. Todos variam extremamente e ás vezes o prognostico é benigno.

São muito variaveis como tudo que se refere ao mal levantino. E' o que diz o dr. Eutychio Leal: «em meio da variada phenomenologia morbida o medico precisa reunir os seus elementos, estudal-os individual e collectivamente, interpre-

tar sua physio-pathologia, para formular com relativa segurança um juizo final.

Sirvam para julgamento desta difficuldade as innumeradas decepções provadas por aquelles que tem visto de frente empestados da melhor apparencia, de um momento para outro cahiram fulminados, como um edificio que desaba, minado nos seus alicerces basicos, em contra-posição aos que, por assim dizer, se levantam das ruinas da vida».

E, para que melhor patente fique a difficuldade do prognostico no typho Oriental, concluímos com as palavras do mestre Dr. Gonçalo Muniz: «Ao nosso ver, uma das causas mais difficeis e melindrosas da pratica medica é a formulação de um prognostico seguro em caso de molestia infectuosa aguda.

Mas, se alguma ha em que tal difficuldade suba de ponto, essa é certamente a peste. Ha empestados que parecem em condições relativamente boas, febre não muito alta, pulso cheio e forte, respiração facil e regular, fallam bem com lucidez mental ou ás vezes leve sub-delirio e que dahi a pouco são cadaveres.

O seu estado aggrava-se inesperadamente, cahem em collapso e expiram em agonia curta e serena.

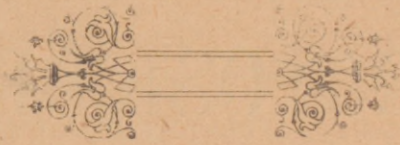
Muitos doentes nas condições figuradas apresentam-se como um edificio na apparencia solida, mas minado pelos fundamentos e prestes a desabar. O contrario tambem acontece; pestilentos que pela gravidade exterior do seu estado julgamos desenganados, perdidos, e com tudo se restabelecem.

O facto tem sido igualmente assignalado por outros observadores.

«Da mais rigorosa circumspecção devemos cercar nos aos darnos opinião sobre o curso futuro de um caso de peste, escreve Simpson (op. cit. p 314) pois não ha molestia tão fallaz e tão susceptivel de causar decepção ao medico. Doentes que por todas as apparencias suppomos em convalescença ou cujos symptomas são brandos e fazem augurar prompto restabelecimento, podem de repente morrer por desfallecimento cardiaco, em seguida ou não a algum ligeiro esforço para levantar-se do leito ou ser rapidamente acommettidos de infecção secundaria de outros ganglios ou orgãos, ou cahir em estado apathico ou cachetico.

Outros doentes com os mais graves symptomas, cujas condições parecem desesperadas podem inesperada e improvisamente melhorar e convalescer com celeridade.»

PROPOSIÇÕES



1.ª SECÇÃO

I

Anatomia descriptiva

Os ganglios lymphaticos do pescoço se dividem em posteriores e antero-lateraes.

II

Os ganglios posteriores occupam a parte mais elevada da região da nuca e tambem se chamam ganglios sub-occipitales.

III

Os ganglios da porção antero-lateral se subdividem em super-hyoidianos lateraes e medianos, em ganglios sub-hyoidianos, carotidianos, super-claviculares e retro-pharyngianos.

Anatomia medico-cirurgica

I

Os ganglios lymphaticos do cavado popliteo são em pequeno numero, 2 ou 3 se encontram na porção femoral do losango e ainda são ás vezes muito pequenos de modo a escaparem á pesquisas minuciosas.

II

Quando são compromettidos por um processo inflammatorio qualquer, dão nascimento a uma tumefacção da região.

III

Na peste os ganglios do cavado popliteo são raramente atacados.

Histologia

2.ª SECÇÃO

I

O arranjo das trabeculas faz distinguir duas substancias num ganglio: uma cortical e outra medullar.

II

Cada uma d'estas substancias é formada de duas partes: um systema de canaes mais ou menos tortuoso chamados seios lymphaticos e massas de substancia propria chamadas folliculos lymphaticos.

III

Os folliculos são formados por um reticulo constituído pelo entrecruzamento de trabeculas extremamente finas, tapetadas por cellulas endotheliaes.

Bacteriologia

I

O bacillo da peste é um organismo aerobio.

II

Na saliva se encontram germens que apre-

sentam caracteres morphologicos muito semelhantes aos do bacillo da peste.

III

Este germen se cultiva bem nos meios habituaes e na temperatura ambiente.

Anatomia e Physiologia Pathologicae

I

A pneumonia pestosa primitiva é representada por massas de infiltração limitadas e disseminadas, assemelhando-se as massas infiltradas que caracterizam a broncho-pneumonia.

II

A peste pulmonar differe da peste bubonica classica porque estas perturbações anatomo-pathologicas são mais accentuadas no tecido pulmonar e no seu systema lymphatico, do que nos outros ganglios lymphaticos do organismo.

III

As localisações das massas de infiltração limitadas ou disseminadas se localisam na parte inferior e posterior dos dous pulmões.

Physiologia

3ª SECÇÃO

I

A funcção renal mantem a integridade de composição do meio interior.

II

Os princípios acham-se preformados no sangue.

III

As células glandulares do rim podem operar a synthese de certas substancias como o acido hippurico.

Therapeutica

I

De todas as medicações, a unica que tem real valor é a serotherapie

II

As doses de sôro devem ser massiças e administradas pela via endovenosa principalmente

III

Alem desta via, se podem empregar a subcutanea e a intraperitoneal.

Hygiene

4.ª SECÇÃO

I

O sôro confere immediata immunisação contra a peste.

II

Este meio de precaução deve ser empregado

em todos aquelles que estiveram em contacto com focos pestilenciaes.

III

Em vez do sôro puro se pode empregar a sero vaccinacção que alem de conferir immuissacção immediata, a prolonga por mezes, o que não succede com o uso do sôro exclusivamente,

Medicina legal e toxicologica

I

Sob o nome de morte subita se comprehendem os casos em que a morte se dá mais ou menos rapidamente, mas de maneira imprevista.

II

Todas as vezes que um individuo succumbe em taes condições se pode suspeitar a existência de um crime e a autopsia do cadaver é necessaria

III

Tem-se observado, em varias epidemias de peste, verdadeiros casos de morte subita.

Pathologia cirurgica

5ª SECÇÃO

I

As adenites ligadas á blenorragia, ao cancro moile e a syphilis receberam a donominação generica de bubões,

II

São molestias ganglionares que facilmente se distinguem dos bubões pestosos.

III

Nos casos de difficuldade de diagnostico entre o bubão pestoso e aquellas adenites a punção é de grande valor.

Operações eapparehos

I

A nephrectomia é a operação que tem por fim extirpar o rim.

II

Pode-se fazel-a por via lombar, por via abdominal, anterior ou lateral e ainda por via lombo-abdominal.

III

As duas ultimas são transperitoneaes.

Clinica cirurgica (1.^a cadeira)

I

A nephrectomia abdominal differe da lombar não só pela séde de incisão, como tambem pela abertura da cavidade peritoneal.

II

Ella é preferivel à nephrectomia lombar nos

casos de rim fluctuante e de um tumor muito volumoso,

III

A observação tem demonstrado a muito maior gravidade das nephrectomias transperitoneaes

Clinica cirurgica (2ª cadeira)

I

A via lombar para a extirpação do rim convem especialmente nos casos em que o orgão não perdeu a situação normal.

II

As condições essenciaes para que se possa fazer uma nephrectomia são: primeiro, existencia de um outro rim; segundo, a integridade d'este rim.

III

As estatisticas actuaes dão para todas as nephrectomias uma mortalidade bruta de 24 o/o.

Clinica propedeutica

6ª SECÇÃO

I

A presença de albumina na uriuua è um facto frequente na peste.

II

Dentre todos os seus meios de reconhecimento

pelos processos volumetricos, o preferido é o do reactivo sulfo-pheno-salicylico de Boureau.

III

Alem do processo racional, que é o da pesada, existem outros chamados volumetricos, dentre os quaes o de Boureau occupa o primeiro logar por só precipitar as albuminas verdadeiras.

Clinica medica (1ª cadeira)

I

As affecções valvulares são frequentes no mal levantino.

II

A albuminuria é um phenomeno frequente na peste.

III

A gravidade da infecção pestilenta, não parece influir sobre a cûra da albumina urinaria.

Clinica medica (2ª cadeira)

I

A insomnia é um symptoma de máo prognostico no typho Oriental.

II

O embaraço accentuado da palavra, a *gagueira*, é um phenomeno raro no mal levantino.

III

Elle resulta da incordenação dos musculos da lingua

Pathologia medica

I

A peste bubonica é uma entidade morbida perfeitamente caracterisada. Não varia senão nos seus aspectos clinicos; é contagiosa e se transmite directa ou indirectamente.

II

Tem um inicio brusco na generalidade dos casos; as perturbações geraes que denunciam os prodromos da infecção são muitos raros.

III

A sua symptomatologia se denuncia principalmente por perturbações do systema nervoso central

Chimica medica

7. SECÇÃO

I

O arsenico é um corpo solido de côr acinzentado, semelhante ao aço, fundindo a 400 grãos.

II

Por seu aspecto exterior se approxima dos

metaes, mas suas propriedades chemicas o fazem um verdadeiro metalloide visinho do azoto, phosphoro antimonio.

III

As combinações mineraes o arsenico que no ponto de vista therapeutico interessam o medico são as seguintes: 1.º o anhydrido arsenioso e os arsenitos; 2.º o acido arsenico e os arseniatos.

Historia natural medica

I

O cocco bacillo de Yersin é uma bacteria.

II

No pús dos bubões apresenta-se sob o aspecto de bacillos curtos, immoveis, com as extremidades arredondadas.

III

Nos caldos da cultura pode adquirir a forma de cadeias, mais ou menos longas, formadas de numero muito variavel de elementos.

Pharmacologia, Materia medica e arte de formular

I

O sublimado carrosivo è o mais poderoso antiseptico.

II

Usa-se frequentemente em solução a 1:1000 externamente.

III

O seu emprego na peste foi aconselhado por Bacelli em uma solução em que entram: sublimado, chloruro de sodio e agua distillada e fervida.

Obstetricia

8. SECÇÃO

I

A influencia da peste na gravidez, quasi sempre é funesta.

II

São frequentes os abortos e os partos prematuros.

III

Nem sempre a therapeutica especifica realiza prodigios

Obstetricia

I

A inspecção, a apalpação, a auscultação e o toque são meios sufficientes para diagnosticar a gravidez.

II

A suspensão das regras não é signal de valor absoluto para o diagnostico da gravidez.

III

Muitas vezes a menstruação persiste apesar da mulher achar-se em gestação.

Clinica pediatrica

9. SECÇÃO

I

A pneumonia é frequente nas crianças.

II

Ella é particularmente observada nas idades de 2 a 3 annos.

III

Nas crianças o prognostico é mais benigno que nos adultos.

Clinica optalmologica

I

A vista é dos órgãos dos sentidos o mais gravemente atacado na peste.

II

A perturbação mais commum é a conjunctivite que cede a antisepticia local.

III

Outras alterações mais graves tem sido observadas Keratite: hypopion, etc.

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I

A gomma é a unica lesão pathognomonica do rim.

II

Em consequencia de um amollecimento e reabsorpção, resulta a formação de um tecido cicatricial.

III

De todas as nephrites chronicas, a de etiologia-syphilitica é a unica talvez susceptivel de cura.

Clinica psychiatrica e molestias nervosas

I

Em qualquer variedade de infecção o delirio pode ser observado.

II

Em geral ainda que raras excepções, o desaparecimento do delirio coincide com o declinio da febre.

III

Tem sido notados alguns casos de loucura consecutiva a infecção pestosa.



VISTO.

*Secretaria da Faculdade de Medicina e de
Pharmacia da Bahia.*

31 de Outubro de 1910

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

