

Aspectos clinicos da febre typhoide em Porto Alegre

— Contribuição ao seu estudo —

Dr. João Lisboa de Azevedo.

A febre typhoide occupa entre nós um lugar de destaque entre as molestias transmissiveis, não só em relação à sua frequencia, como por sêr um factor importante de lethalidade.

Representando 11 a 12% de todas as doenças endemicas, epidemicas e infectuosas observadas em nosso Hospital, ella contribue com mais de 10% para o numero de mortes das molestias desse quadro: acima della apenas a tuberculose.

E' uma molestia endemica e apresenta todos os annos um ou mais surtos epidemicos, que se manifestam de preferencia durante os mezes quentes, de Novembro a Março, mas muito frequentemente tambem em outras epochas do anno, até mesmo no inverno. O surto do verão é sempre o mais rico em numero de casos, embora não seja o que apresente maior gravidade. Esta pertence sobretudo á febre typhoide do inverno, e a este respeito é devêras aterradora a consideração de um surto epidemico que tivemos no inverno de 1923: no curto periodo de 33 dias, de 27 de Junho a 30 de Julho, deram entrada na Enfermaria 12 casos de febre typhoide, dos quaes falleceram 9, sendo que 4 por perfuração e 1 por hemorragia.

O estudo que vamos fazer se baseia principalmente sobre os typhicos cuja molestia acompanhamos na Enfermaria Dr. Octavio de Souza, de que sômos assistente, em numero de 70 a 80 por anno, dos quaes $\frac{2}{3}$ no verão.

Antes, porem, de iniciarmos as nossas considerações, desejamos prestar aqui homenagem ao Professor Octavio de Souza, que foi o iniciador em nosso meio clinico e hospitalar da moderna orientação dietetica no tratamento da febre typhoide.

Quasi toda a febre typhoide aqui observada é produzida pelo Bacillo de Eberth e só pequeno numero é devido aos paratyphicos. A media é de 4 Eberth para 1 dos paratyphicos e destes mais commumente o Para B. Via de regra só o laboratorio permite a differenciação da infecção devida a cada um desses germens,

visto que as particularidades clinicas são quasi as mesmas. Entretanto assignalemos a maior gravidade das infecções produzidas pelo B. de Eberth, a benignidade das devidas ao Para A. e os abundantes suores e os ataques á mucosa bronchica nas determinadas pelo Para B.

A mortalidade por nós observada é variavel com cada surto epidemico, e, como já dissemos, com as diversas epochas do anno. A media global oscilla em redor de 10%: no verão é sempre mais baixa, em media 4—5%, e no inverno mais elevada, em media 20%.

Em nosso trabalho faremos o estudo clinico da febre typhoide durante os tres periodos que constituem a molestia, periodos de invasão, de estado e de deferescencia, e, passando pelas complicações não raro observadas e as modalidades das recrudescencias e das recahidas, terminaremos em algumas considerações sobre o tratamento empregado na Enfermaria.

Via de regra o começo é insidioso: — após o periodo de incubação, que é silencioso ou muito pobre em symptomas, alguma dôr de cabeça, leve abatimento, um pouco de fastio, sobrevem o periodo de invasão, quando a febre faz a sua entrada com a ascensão conhecida em escada, elevação de 1 grau á tarde, remissão de $\frac{1}{2}$ pela manhã, até attingir no fim de uma semana a estabilidade em 39 e 40. Neste periodo se tornam mais accentuados a dôr de cabeça, o quebramento e o fastio. Aparece habitualmente insomnia, diarrheia ou constipação e, com certa frequencia, hemorragias nasaes.

Não é commum nós clinicos acompanharmos a febre typhoide desde o começo de invasão, e muito menos desde a incubação, e é, em geral, no fim do periodo de invasão ou pleno periodo de estado que o doente, desilludido da efficacia da medicação caseira, chama o medico ou se recolhe ao Hospital. E por isso essas phases são quasi sempre referidas ao medico, a indagações suas, pelo proprio doente ou pessoas da familia.

Si em grande numero de casos as informações recebidas relatam a invasão como contam os classicos, em grande numero tambem este periodo é leve, quasi falho de symptomas, e mesmo para alguns doentes é com surpresa que, depois de um dia de mal estar, verificam que o thermometro accusa 39.

A dôr de cabeça, principalmente frontal, é um dos symptomas do começo da molestia que mais preoccupa os doentes porque muito os afflige. Ella é muito constante e observada na quasi totalidade dos typhicos por nós examinados. Leve nalguns, violenta noutros, a cephaléa é, em geral, de curta duração e no fim de alguns dias desaparece ou se torna sensivelmente mais attenuada.

Symptomas igualmente constantes do inicio são a insomnia, o fastio e o quebraimento, isto é, em estado de fadiga, mal estar e dolorimento do corpo. Dos symptomas intestinaes, diarrheia ou constipação, ha entre nós leve predominancia da constipação, e muitas vezes a diarrheia só apparece depois de um purgativo tomado para vencer uma prisão de ventre de alguns dias. Em qualquer uma das circumstancias, entretanto, as fezes são quasi sempre muito fétidas e os doentes prestam geralmente attenção a esse ponto. As epistaxis são encontradas numa proporção de 20%. Em geral neste periodo não são abundantes, e em nenhum dos casos que temos observado se tornou necessario qualquer tratamento local ou geral.

Por varias vezes tivemos accasão de acompanhar um começo insolito, com symptomatologia extranha. Assim 2 casos simulando uma crise apendicular, em que por 24 horas esteve suspenso o nosso diagnostico. Havia nelles dôr forte na fossa iliaca D, alguns vomitos, constipação e pequena, mas nitida, defesa muscular. Os symptomas desapareceram rapidamente, e a evolução da molestia e o exame do sangue nos vieram demonstrar que se tratava de febre typhoide.

Num outro doente os symptomas de inicio eram os de meningite cerebro espinal. Com um começo subito e uma evolução muito rapida, a ponto de em 24 horas estar completamente constituido seu quadro morbido, o doente apresentava forte, muito forte dôr de cabeça, rigidez accentuada da nuca e da columna, posição em opisthotonos, vomitos faceis e frequentes,

constipação, retracção profunda do ventre, Kernig e exagero dos reflexos. Tão suggestivo era o diagnostico de meningite cerebro espinal epidemica que o 1.º medico que o viu fez-lhe em seguida uma punção lombar e incontinenti injectou-lhe soro anti-meningo-coccico. O resultado do exame do liquor foi negativo quanto a qualquer elemento bacteriano e só accusou de anormal uma leve lymphocytose. Examinado então o sangue, esse nos revelou, pela cultura e soro-aglutinação, a presença do B. de Eberth e uma aglutinação para esse germen a 1/320.

Por duas vezes os symptomas observados de começo foram os de uma angina com falsas membranas, cuja supposição de serem diphtericas só foi afastada pela negatividade do exame e evolução ulterior dos casos.

Um outro typhico apresentou o quadro de uma cholecystite aguda: vomitos e dôr intensa na região da vesicula, espontanea e á palpação, e acompanhada de defeza muscular.

Finalmente não constitue raridade para nós o verificarmos na 1.ª phase de febre typhoide signaes predominantes de bronchite diffusa. Em geral em poucos dias o quadro se aclara e os symptomas bronchicos ou cedem ou, o que é mais comum, acompanham a molestia em toda a sua evolução.

Não é facil encontrar, mesmo nos artigos modernos que tratam de febre typhoide, estas fórmas extranhas de começo por nós observadas. Assim na Revista geral de Pathologia de guerra, publicada sob a direcção do Prof. Weill, encontramos no relatorio escripto por Salomon sobre febre typhoide apenas um caso cujo inicio era de uma crise de appendicite, aliás com diarrheia, e citado por Orticoni e Ametulle; um outro descripto pelos mesmos auctores, que revestiu a mascara de meningite cerebro espinal, e um ainda, de Roger e Collard, em que uma crise de cholecystite precedeu a evolução da infecção typhica.

O periodo de estado é caracterizado pela permanencia da febre em elevação, com o typo remittente, oscillando em media entre 39 e 40°. As remissões costumam ser de 1 grao mais ou menos e, na immensa maioria dos casos, a temperatura da manhã é a mais baixa. Neste periodo, consoante a descripção classica, em geral, a prostração é accentuada, o appetite muito

diminuído, quasi nullo, o facies característico com a pelle palida, as orbitas profundas, o olhar assustado. Ora a diarreia, ora a prisão de ventre dominam a scena; apparecem a carphologia e o delirio que por vezes pode ser de grande violencia. O exame nos mostra o pulso lento em relação á temperatura, quasi sempre dicreto; a lingua secca, vermelha na ponta e nos bordos, e coberta de uma saburra escura no centro; os dentes fuliginosos, o ventre distendido e tympanico, o gargarejo da fossa illiaca, a dor cystica, o augmento do baço, as manchas lenticulares. Apparecem não raro intercurências que modificam e alteram a evolução normal. Assim, entre todas a mais frequente, é bronchite diffusa, assim as perturbações cardiacas, a insomnia, as hemorragias, principalmente a hemorragia intestinal, a myocardite, a temida perfuração.

Dura, via de regra, este periodo uma a duas semanas, e passa então insensivelmente ao de defervescencia onde, a par da descida regular da febre, de uma maneira inversa á ascensão no periodo de invasão, se observa o declinio de todos os symptomas, quer subjectivos, quer objectivos. No fim de 6 a 7 dias, e depois de ter passado por 2 a 3 dias de grandes oscillações, que constituem o periodo amphibolo, a temperatura attinge á normal, volta o apetite, que por vezes é voraz, e o doente entra em convalescença.

Entre nós não é commum se observar esta evolução e estes caracteres clinicos do periodo de estado assim como consideram os classicos a forma habitual.

A curva da temperatura, embora em suas linhas geraes lembre a curva classica, apresenta na maioria dos casos uma configuração differente. Mantem-se em geral mais baixa, entre 38 e 39,5 e são frequentes mesmo os casos em que a temperatura da manhã oscilla ao redor de 37,5. Além disso as oscillações diarias são communmente maiores de 1 gráo: ás vezes 2 e mais. Doentes ha em que se observam curvas febris notavelmente irregulares: dias consecutivos de febre alta alternam com outros de febre baixa, embaraçando muita vez o clinico que nesse periodo os venha a examinar. Em outros reveste o typo da febre tuberculosa, com temperatura baixa pela manhã, 37 e menos, e alta á tarde. Variações diarias muito pequenas, meio gráo ou menos, acompanham, via de re-

gra, os casos graves, de terminação fatal, e ha uma ascensão muito brusca e rapida nos dias e nas horas que precedem á morte. No periodo de declinio a temperatura apresenta tambem particularidades que merecem consideração. As mais das vezes é regular e reveste o typo classico. Vezes, porem, não ha a escada de descida e o periodo amphibolo succede directamente ao periodo de estado; e vezes até vimol-a cahir em crise. E' raro não se constatar a presença do periodo amphibolo: nalguns casos elle é apenas delineado, as oscillações são pequenas; noutros é fortemente marcado. Sua duração habitual é de 2 a 3 dias, algumas vezes mais, raramente menos.

O estado geral é, via de regra, muito bom, a prostração leve, e é muito comprobatorio deste bem estar vêr-se, á hora da refeição, os typhicos de Enfermaria, com muito raras excepções, sentados ou recostados na cama, comendo o caldo por sua propria mão. Em geral, é só nos casos muito graves, nas fórmats ataxo-adynamicas, que terminam muitas vezes pela morte, que se observam o facies e o estado typhico, tão communs nas descrições classicas. Essa modificação do estado geral, esse relativo bem estar é, a nosso vêr, uma consequencia directa do tratamento a que são submettidos, e, mais particularmente, da dieta que lhes é administrada. Teremos occasião de voltarmos ao assumpto ao tocarmos na questão do tratamento.

Poucas vezes, direi mesmo raramente, são observados a carphologia e o delirio. Apparecendo quasi sempre só nos casos graves, o delirio é em geral leve, sendo excepcional se tornar necessaria a guarda de um enfermeiro.

O apetite é sempre diminuído, mas, geralmente, os doentes, não só não recusam, como acceitam de bom grado toda a alimentação que lhes é trazida. Apenas nos casos maus é que observamos accentuada anorexia.

As fezes são sempre muito fetidas e raramente normaes. Via de regra os typhicos apresentam ora diarreia ora prisão de ventre; as mais das vezes esta ultima é que predomina e a proporção por nós verificada foi de 60%. Acompanhando a molestia desde o inicio de sua evolução, ou tendo succedido a uma diarreia de começo, a constipação é na maioria dos casos pertinaz, tornando-se necessario o

uso continuado de lavagens intestinaes. A diarrheia quando presente não é muito abundante: em media 2 a 3 evacuações diarias; ás vezes, porem, numero muito maior, 10 e mais.

A lingua não se apresenta encarquilhada e secca, semelhando a do papagaio, a não ser nos casos muito graves e em que ha profunda intoxicação. E' em geral humida, levemente saburrosa, com os bordos e a ponta avermelhadas. E' na lingua que observamos, em primeiro lugar, as extraordinarias modificações apresentadas pelo doente em consequencia ao tratamento. Já no fim das primeiras 24 horas se póde verificar as alterações que soffre, e de secca, escura e fortemente saburrosa, que muitas vezes era, tomar o aspecto acima descripto que é o que habitualmente se observa na Enfermaria.

O pulso, em geral, augmenta de frequencia, porem não em proporção á temperatura: via de regra elle é lento em relação a ella — febre de 39 a 40, pulso de 70 a 90. Sob este ponto de vista temos uma curiosa e interessante observação de um tuberculoso que em periodo de estado de febre typhoide, com temperatura de 39, tinha um pulso habitual de 76, e que em convalescença, já sem febre, um pulso habitual de 100. E' indicio de máo prognostico a frequencia do pulso acompanhar a elevação da temperatura, e, pela lei de Murchison, seria votado á morte quasi todo o doente em que, nessas condições, o pulso fosse constantemente acima de 120.

Em 90% dos casos a palpação do pulso permite perceber o dicrotismo, que nalguns doentes é fugaz, durando algumas horas ou poucos dias, e noutros mais persistente, acompanhando todo o periodo de estado e até o de defervescencia. Em alguns casos o dicrotismo é intermittente, não só em relação á sua presença, que póde alternar com periodos de perfeita regularidade, como em relação á sua intensidade — dias de grande nitidez seguem a dias de difficil percepção. A constatação do dicrotismo do pulso acompanha sempre parallela á verificação de um ruido de 3 tempos na escuta do coração, sobre o qual em breve nos occuparemos.

A tensão arterial é baixa em consequencia principalmente da insufficiencia suprarenal. A media por nós observada é de 11 de Mx e 7 de Mn, e, facto interessante, este abaixamento ainda se en-

contra muitos dias depois do doente ter entrado em convalescença. Nos casos graves, nas fórmas ataxo-adynamicas, em que a intoxicação é profunda, a tensão baixa consideravelmente e a syndrome que então se apresenta ao clinico muito se assemelha á da myocardite; com a qual é muitas vezes confundida.

As bulhas cardiacas são, em geral bem batidas no periodo de invasão, e um pouco mais fracas nos periodos de estado e de defervescencia, porem bastante nítidas; e assim se conservam, via de regra, durante todo o tempo da molestia. Mas nas fórmas graves, ataxo-adynamicas, e, principalmente, naquelles complicados de myocardite, as bulhas são muito fracas, surdas, e pode-se então perceber o rythmo de gallope ou, as mais das vezes, o rythmo pendular, embryocardico; phenomenos, como todos sabem, indicadores da maior gravidade.

Outras fórmas de arhythmia tem-nos sido dado observar na febre typhoide que, porem, não revestem a gravidade prognostica das que acabamos de falar. Assim crises de extra-systoles sobretudo em salvas, durando algumas horas ou poucos dias, e que encontramos em 10% dos casos; mas, principalmente queremos nos referir a um rythmo de 3 tempos, constatado com muita frequencia, e semelhante ao rythmo de gallope, mas que delle se distingue, não só por seu character puramente auditivo e não principalmente tactil, como o verdadeiro gallope, mas tambem porque a bulha superajuntada apparece, não durante a diastole, mas durante a systole, e se forma não no myocardio, mas na aorta. Constitue um desdobramento da 1.^a bulha.

Os tratados sobre febre typhoide, mesmo os mais modernos, não se referem a este rythmo tão frequentemente por nós observado; mas nalguns de Semiologia pudemos encontrar ligeira citação.

No entanto é um rythmo que temos observado, não só na febre typhoide, como em outras molestias infecciosas agudas, como a pneumonia, a grippe; mas principalmente e sobretudo na febre typhoide, onde se póde acompanhar durante todo o periodo de estado, algumas vezes já no periodo de invasão, e mesmo até na defervescencia.

Elle é constituido por 3 bulhas das quaes a primeira e a 3.^a são as bulhas

cardiacas habituaes, e a 2.^a é a bulha nova superajuntada. Esta é fraca, abafada, curta e muito proxima da primeira, da qual parece um echo.

O rythmo, que é mais facil de perceber quando o coração trabalha mais lentamente, é ouvido em todo o precordio, sendo mais forte ao nivel da base, e, mais precisamente, ao nivel da região valvula aortica.

O que é mais interessante, porem, e que tem grande valor para o seu estudo, é que existe o mais perfeito e admiravel parallelismo entre este rythmo e o pulso dicoto, circumstancia esta que acreditamos ser o primeiro a observar e a relatar. Quando um está presente, o outro tambem fatalmente o está, e quando um desaparece, o outro do mesmo modo não é mais perceptivel. A nitidez deste é proporcional á nitidez daquelle e, um, como o outro, são mais facilmente perceptíveis num rythmo mais lento do coração.

Esta circumstancia especial, esse parallelismo, nos leva a conclusão de que ambos tem a mesma origem physiopathologica, — são dois phenomenos produzidos pelo mesmo mecanismo e determinados pela mesma causa.

Infelizmente o nosso Hospital não dispõe de aparelhagem necessaria para fazermos um estudo deste signal com mais detalhes, e nessas condições tivemos que nos limitar a seu estudo puramente clinico, tirando as conclusões que a nossa razão nos apresenta.

Os collegas sabem que o dicrotismo que se observa palpando o pulso na febre typhoide é o exagero do dicrotismo normal, physiologico, que, entretanto por fraco, o nosso dedo não póde perceber. Seu mecanismo é bastante conhecido e nelle figura como tempo importante a dilatação brusca e transitoria das paredes da aorta durante a passagem da onda sanguinea. O vacúo deixado após a passagem do sangue faz com que parte delle reflúa e vá, em seguida, por uma contracção das paredes do vaso, constituir a nova onda. Depende o dicrotismo directamente da acção de 2 factores, aos quaes está intimamente ligado: a tensão arterial e a velocidade sanguinea, que é funcção principalmente da actividade cardiaca. Será o dicrotismo tanto maior e mais nitido quanto mais baixa fôr a tensão arterial e mais lenta a velocidade sanguinea. Até ahi os

classicos. Nós, porem, tendo observado que o dicrotismo póde desaparecer ou apparecer de novo sem que se altere a tensão arterial, que se conserva sempre baixa, no mesmo nivel numerico, chegamos a conclusão de que é mais importante o factor velocidade sanguinea, ou, em outras palavras, o factor actividade cardiaca. Nós consideramos os dois factores como necessarios: porem a hypotensão actuando como causa predisponente, e o enfraquecimento da actividade cardiaca como causa determinante.

Melhor ainda que o estudo do dicrotismo, o estudo desse rythmo de 3 tempos desse desdobramento da 1.^a bulha que o acompanha nos mostra a grande influencia da tonicidade cardiaca na producção desses dois phenomenos. Pois só por uma diminuição da tonicidade do myocardio se póde comprehender o mecanismo physiopathologico de tal rythmo. De accordo com a explicação de Sahli e Geigel, que nos parece a mais racional, neste rythmo a primeira e a 3.^a bulha são as bulhas habituaes, normaes do coração. A segunda, a nova, é produzida pelo ruido de entrada da onda sanguinea na aorta. Este ruido, nas condições regulares de um funcionamento normal do coração, não é percebido porque coincide com a 1.^a bulha; porem em circumstancias especiaes de prolongamento do tempo de fechamento do ventriculo, por diminuição do tonus cardiaco, a onda sanguinea entra na aorta com certo retardamento, e então o ruido se torna perceptivel como uma bulha isolada. Isto nos bem mostra que esta 2.^a bulha é um ruido arterial, extracardiaco; e dahi os seus caracteres clinicos: bulha surda e abafada, de curta duração, e mais forte e mais nitida ao nivel da região da valvula aortica; e ainda mais que requer para seu apparecimento uma diminuição da tonacidade myocardica. E' por conseguinte, como acabamos de ver, o mesmo factor. A diminuição de tonicidade do myocardio — que vae determinar o apparecimento desses dois phenomenos. O dicrotismo do pulso, o desdobramento da primeira bulha; e dahi o seu contacto e admiravel parallelismo.

Na pratica, a presença desse rythmo de 3 tempos é de mais facil e mais nitida verificação que a do pulso dicoto; de onde se deprehe a vantagem clinica e therapeutica da pesquisa deste signal.

No estudo do ventre repousam regular numero de signaes clinicos que são habituaes na febre typhoide. Geralmente é distendido e tympanico, principalmente ao longo do colon; distensão ás mais das vezes leve, mas não raro muito forte, maximé nas fórmias de intensa gravidade. Por mais de uma vez tivemos occasião de observar a distensão devida a uma dilatação aguda do estomago, e tambem nos recordamos de um caso em que era a consequencia de um „ileus paralyticus“.

Phenomeno muito constante, por nós verificado, foi o gargarejo da fossa illiaca direita, que, embora não seja caracteristico da febre typhoide, é entretanto muito suggestivo para o seu diagnostico.

As manchas lenticulares foram encontradas na maioria dos casos, numa proporção de 80%. Occupam quasi sempre a linha de inserção do diaphragma, e seu numero é, em geral, pequeno (10 a 20), ás vezes menos, mas não raro observamos doentes apresentando grande numero delias (50 e mais).

A risca branca de Sergent é presente em quasi todos os typhicos.

O figado, via de regra, está um pouco augmentado, o que se verifica principalmente pela percussão posterior. A vesicula biliar é quasi sempre dolorosa á pressão e este phenomeno, que é observado em 70% dos casos, vai desaparecendo á medida que a molestia entra em declinio.

80 vezes em 100 o baço é augmentado de volume e facilmente palpavel, sobretudo durante a inspiração profunda; e algumas vezes até é doloroso.

O exame commum da urina, em geral, nada accusa de anormal a não ser leves traços de albumina. A diazo — reacção de Ehrlich é presente em quasi todos os casos, e conhecido é seu valor para o estudo do prognostico.

O exame do sangue nos revela a presença do Baccillo especifico durante o periodo de invasão e durante os primeiros dias do periodo de estado; nalguns casos, porem, a septicemia vai mais longe, o que é um signal de gravidade, chegando mesmo até ao limiar da defervescencia. A reacção de Widal é constantemente positiva. Via de regra apparece no começo do periodo do estado, mas por vezes só na defervescencia, ou mesmo em plena convalescença. Ha sempre leucopenia, a

não ser que se manifestem complicações purulentas.

No periodo de estado, como dissemos, não são raros os accidentes, as intercurencias que, como complicações, vêm modificar a evolução habitual da molestia.

Entre as que foram por nós observadas citemos em primeiro lugar a bronchite que mais ou menos intensa, mais ou menos diffusa, apparece com muita frequencia numa media de 70% dos casos. As hemorragias occupam certamente um lugar de destaque e as temos visto em regular numero e provenientes de diferentes órgãos. Assim as hemorragias nasales, as epistaxis, que, embora mais proprias do periodo de invasão, foram por nós observadas até nas vespasas do periodo de defervescencia. Em geral são mais graves que as do 1.º periodo e necessitam por vezes o emprego de tratamento especial. As hemorragias intestinaes, por certo as mais graves, são verificadas, com certa frequencia, numa proporção de 10%. Leves algumas, trazendo pequena repercussão sobre o estado geral, são abundantes outras, enfraquecendo consideravelmente o doente, e até mesmo o victimando. Ora unicas, como é quasi sempre a regra, ora repetidas, abaixando profundamente a resistencia do paciente, ellas sobrevêm, via de regra, no fim do periodo de estado ou no começo da defervescencia. Cedem ás mais das vezes espontaneamente, mas casos ha em que, a despeito de todo tratamento, o doente succumbe esvaido em sangue. Destes mais de um passou pela Enfermaria. Tivemos tambem occasião de vêr, embora raramente, hemorragias insolitas de diferentes órgãos: assim dois casos de hematuria, cuja gravidade é conhecida, uma pleuriz hemorragica e uma hemorragia do estomago com hematemese abundante; todos, entretanto, tendo terminado pela cura.

Ainda entre as complicações observadas queremos nomear 2 casos de pleuriz sero-fibrinoso, com pouco liquido que rapidamente se reabsorveu; as paralyrias do estomago e do intestino, determinando a dilatação aguda daquelle e o illeus paralytico; os estados de confusão mental, algumas vezes fugazes, outras perdurando por varios dias; um caso de purpura bastante extenso; os abcessos varios e multiplos; a surdez que póde acompanhar o doente até na convalescença; a insuffi-

cencia suprarenal aguda e progressiva; a myocardite, cujo prognostico é tão grave, quasi sempre fatal; e, finalmente, a terrivel perfuração intestinal. Ao que nos parece a perfuração intestinal é mais frequente em certas epidemias, e é mais commum no inverno como já tivemos occasião de referir. E' uma complicação gravissima, sempre fatal si não ha uma intervenção operatoria de urgencia, e de prognostico muito reservado, embora a operação seja precoce e nas melhores condições. As estatisticas francezas da grande guerra dão uma porcentagem de 75 a 80% de mortos dos operados.

A perfuração apparece, via de regra, de uma maneira brusca e terrivelmente dramatica, mas casos ha, como mais de uma vez tivemos occasião de observar, em que é silenciosa, e os phenomenos de peritonite sobrevem lenta e insidiosamente.

Não obstante a porcentagem dos casos que se curam mediante a intervenção cirurgica, que é a unica esperença de salvação, seja muito reduzida, nós possuímos em nosso archivo 2 casos que devem sua vida á bemdita operação. Um delles, o primeiro, crêmos, em Porto Alegre, é de nossa clinica particular e foi operado pelo Dr. Alfeu Bicca de Medeiros, e o outro é da Enfermaria Dr. Masson e operado pelo Dr. Guerra Blessmann.

Em relação á associações morbidas além da associação da febre typhoide com a tuberculose, que é a mais frequente, foi nos dado observar 2 casos em que havia associação com a dysenteria amebica, e que foram bem influenciadas pelo tratamento emetico.

Após o periodo amphibolo entram os doentes em convalescença com a syndrome tão conhecida de temperatura baixa, pulso lento e bom appetite. Não logram, entretanto, todos elles facilmente este resultado que parecia ser o fecho de uma bella curva de descida. Em varios casos a temperatura, antes de attingir 37, ou mesmo depois de passar um ou dois dias nesse nivel, sóbe de novo e se estabelece uma outra curva febril analoga á primeira: — é o que constitue a recrudesencia. Outras vezes esta nova ascensão se dá depois de um intervalo de apyrexia de 8, 10 ou 15 dias, e é então a recahida. Não poucas vezes tivemos occasião de observar recrudesencias e recahidas, as primeiras sobretudo. Em geral, na grande maioria

dos casos, a recrudesencia como a recahida são mais curtas no tempo e mais benignas na gravidade. Algumas vezes, porem, terminam mal, e são esses poucos casos que espalham entre os leigos esse tão forte e conhecido temor das recahidas.

Antes de terminarmos esta breve revista de Febre typhoide, entre nós queremos ainda dizer duas palavras sobre o tratamento usado na Enfermaria e ao qual se deve, crêmos nós, não só a baixa porcentagem de mortes, como o bem estar geral que apresentam os doentes durante toda a evolução da molestia. Em primeiro lugar a dietetica: Já para mais de 10 annos que, vencendo o preconceito classico que só permittia aos doentes uma alimentação muito pobre e reduzida, que o Prof. Octavio determinou, baseado sobretudo nos progressos da medicina americana, que os nossos typhicos fossem alimentados mais variada e abundantemente. Sem quereremos entrar em considerações de ordem physiopathologicas sobre a excellencia do regime, desejamos apenas indicar os resultados obtidos.

Tentando seguir mais ou menos de perto a dieta usada no Hospital Massachussets, os nossos typhicos tomam bastante leite, leite com café, com arroz, com cangica; tomam mingaus de varias fari-nhas, manteiga, um a dois ovos por dia, quer no mingau, quer na sopa, que é feita de caldo de carne ou de gallinha, com arroz ou batatas; tomam purées, panadas, caldos e doces de fructas. Em summa, procuramos attingir uma média de 2500 calorias por dia, numa alimentação quasi exclusivamente liquida.

O resultado deste regime é maravilhoso, extraordinaria a melhora do estado geral; e quantas vezes já no fim das primeiras 24 horas o doente, que na vespera baixara delirante, com o facies typhico, a lingua muito saburrosa e secca, os dentes fuliginosos, se nos apresenta calmo e animado, conversando claramente, a lingua humida e menos saburrosa, os dentes limpos. Não damos banhos, mas faixas tepidas quando a febre é muito alta; e usamos habitualmente uma compressa gelada sobre o ventre.

A medicação é muito reduzida e muito simples: adrenalina em dóse relativamente alta, 50 a 60 gottas diarias, ás vezes mais, conforme as circumstancias; urotropina, uma poção tonica e um pouco de istrych-

nina. As complicações, facilmente se compreende, requerem tratamento especial.

Ultimamente temos empregado com successo o tratamento pelo Stomosina.

Eis, prezados collegas, em ligeiros tra-

ços, o que podemos colligir de interessante e original sobre a febre typhoide entre nós. Reconhecemos que é um trabalho cheio de falhas, mas tem para o perdoar a circumstancia de sêr nosso e sincero.

Aos Senhores Cirurgiões

Ao procurardes, com o recurso de vossa sabedoria, salvar das garras da morte qualquer pasciente, lembrae-vos que o perigo enorme de uma infecção vos ameaça constantemente, pondo em imminecia a perda, por isso, de uma mão ou braço sem o que, ficará V. S. privado **para sempre** de exercer vossa nobre profissão, profissão esta que é e será o arrimo daquelles entes que tanto vos são caros.

Pois bem, esta grande preocupação que vos deve atormentar poderá ser minorada se V. S. se resolver HOJE MESMO a instituir o vosso seguro de INFORTUNIO PESSOAL na

Companhia Italo-Brasileira de Seguros Geraes

Séde — São Paulo

Capital inteiramente realizado

5.000:000\$000

Filial de Porto Alegre

Rua Paysandu N.º 357

Phone 5918 — Telegr.: „Italbraseg“

— **PREMIOS de 20\$ a 500\$ annuaes** —



O melhor substituto do leite materno. Recomendado com grande successo pelas autoridades medicas de todo o mundo.

Amostras e literaturas

C.^{ia} Nestlé

Caixa postal 602

PORTO ALEGRE