

# A Gripe

Revista Militar



## **Relatório preliminar apresentado à Comissão Sanitária dos Países Aliados**

**(Março de 1919)\***

*Este relatório preliminar sobre a pandemia gripal de 1918 foi publicado integralmente no n.º de Abril do boletim mensal do Departamento Internacional de Higiene Pública, graças à expedita solicitude da sua direcção, que, após a leitura feita à Comissão Sanitária dos Aliados, desejou esboçar tal manifestação de estima e de benevolência em relação a este modesto trabalho. Durante a invasão epidémica, o Director-Geral da Saúde redigiu relatórios<sup>(1)</sup>, artigos, notas e comunicados, prontamente reproduzidos pela imprensa quotidiana e pelos jornais de Medicina de Portugal. Escrito no final do grande ímpeto pandémico que alarmou todos os países do mundo, este relatório mais não é do que um epítome das impressões imediatas e dos primeiros dados recolhidos sobre a calamidade, enunciando também os problemas fulcrais colocados por esta invasão universal. A fim de melhor definir a fisionomia epidemiológica e nosográfica da influenza que devastou Portugal, assim como o resto do mundo, a Direcção-Geral de Saúde procedeu a um inquérito junto dos médicos sanitários e dos clínicos do país, que permitirá realizar, logo que possível, o balanço detalhado da pestilência. O seu questionário chegou a servir de base ao programa, mais completo e sistemático, do inquérito internacional cuja iniciativa foi tomada pelo Departamento.*

# I - Epidemiologia

Duas grandes vagas epidémicas de influenza atravessaram Portugal. A primeira fez-se sentir desde os primeiros dias de Junho até meados de Julho de 1918: epidemia *primitiva, inverno-estival*, de difusão muito rápida, fugaz, simples e benigna, ela foi baptizada, em função da sua proveniência imediata, com o nome de *gripe espanhola*. A segunda causou devastações desde meados de Agosto até ao fim de Novembro: epidemia *secundária, estivo-outonal*, de transmissão mais lenta, eminentemente maligna e mortal devido à frequência das intercorrências pulmonares, foi designada *influenza pneumónica*.

PRIMEIRA EPIDEMIA - Tinha irrompido em Espanha no mês de Maio, havendo incinerado todo o território deste país como um rastilho de pólvora; Portugal não podia deixar de ser conquistado pelo incêndio: a sua invasão foi prevista, tanto nas zonas limítrofes da fronteira terrestre, como nos grandes centros com comunicação rápida com Madrid, lugar que, por ocasião da peregrinação e da festa de San Isidro, então atraía os estrangeiros. Foi exactamente isso que sucedeu. Nos primeiros dias de Junho, a doença entrou pelo Alentejo, com os trabalhadores agrícolas que regressavam de Espanha, e rebentou nas cidades do Porto e de Lisboa; alastrou, com extrema rapidez, pelas vias de comunicação, e antes do final do mês atingia o auge. Irrefreada como um meteoro, não produziu efeito senão por um breve lapso de tempo e declinou depressa; após a primeira metade de Julho, o *ictus* epidémico foi interrompido.

Se esta proliferação da gripe se processou com a maior velocidade, demonstrando uma difusibilidade máxima, a penetração na massa populacional não decorreu ao mesmo ritmo. Conquanto o número de ocorrências haja sido, como em toda a parte, desmesurado, teria sido expectável uma generalização mais forte; no entanto, tal alastramento não se verificou, nem em Lisboa nem no Porto, a um nível tão elevado como, por exemplo, aquele que se registou em Madrid.

O tipo clínico corrente era o da gripe simples: invasão súbita e de grande efeito; indisposições, febre constantemente elevada, diminuindo ao terceiro dia; catarro das vias respiratórias; e restabelecimento rápido e total, quase sempre sem a astenia pós-gripal bem conhecida.

Epidémica e clinicamente, a influenza apresentava um pronunciado carácter de benignidade e de brevidade, sendo uma das epidemias mais ligeiras, voltejando como uma labareda doida. Contudo, desde o seu início, tínhamos feito notar que não convinha fiarmo-nos demasiado nessa benignidade tão apregoada. A experiência da última acometida que devastou Portugal, com repetidas recrudescências, desde 1889 até 1896, ensinara-nos *de visu* como a gripe influencia o número das mortes: por muito benigna que aparente ser, ela aumenta de imediato a mortalidade geral. Já em Madrid, em Maio, se observara um incremento do número semanal das mortes, que chegou a duplicar. Em Lisboa, a passagem da epidemia notou-se durante as oito semanas de Junho e Julho, por um excedente de cerca de 400 mortes em relação à média semanal, que é de 32. Em 1889-90, o mesmo se verificou, se bem que com menos violência.

O carácter dito inofensivo do mal era, portanto, uma ilusão, e a clínica demonstrou-o através da observação de casos graves e mortais de lesões pulmonares variadas, devidas a broncopneumonia, pneumonia, congestão e edema, pleurisia, etc.: as autópsias, nos hospitais, revelaram toda esta panóplia de lesões. A gripe acarretava as suas sequelas habituais de complicações torácicas da pior espécie, que não podiam enganar nenhum observador deveras informado sobre o diagnóstico e o prognóstico exactos da epidemia.

O erro ocorreu, porém, e foi sustentado. É já quase uma regra de ordem psicoepidémica que domina a eclosão da influenza, com este despertar de hesitações e de heresias a respeito do seu carácter nosológico. A semelhança sintomática levou a que se levantasse, em 1889, a hipótese de se tratar de dengue; em 1918, com o incentivo do amor à novidade, fez-se referência à *febre dos três dias*. As afirmações neste sentido partiram especialmente dos jovens médicos, que não tinham beneficiado da lição prática oferecida pelo forte surto de 1889, ou dos menos experientes em questões epidemiológicas. O diagnóstico de *febre dos papatazes*, avançado desde o início em Espanha, teve defensores em Portugal. Deveríamos ter refutado esse erro, não apenas por amor à verdade, mas também a fim de dissipar equívocos cujos efeitos sobre os espíritos dos médicos e do público vêm a ser funestos em períodos epidémicos. Recorremos, na nossa demonstração, aos argumentos seguintes:

1.º É certo que os acessos da *febre dos três dias* e os casos comuns da actual epidemia de influenza apresentam analogias apreciáveis no que concerne aos sintomas, à evolução e à duração. Mas, mesmo pondo de lado certos detalhes clínicos diferenciadores entre as duas infecções, um aspecto notório as separa: a ausência de sintomas catarrosos na febre dos papatazes, a presença de catarro das vias respiratórias na gripe. A preferência desta última pelo sistema respiratório revela-se em pneumonias de todas as formas, desde as efémeras e fugazes até às graves e mortais, que se manifestaram desde o início da epidemia actual. Esta *pneumonicidade* (seja-nos permitido o termo) é a pedra-de-toque da influenza. A febre dos três dias está isenta desta lesão característica, assim como de qualquer outra, e é tão benigna que passa sem gravidade nem causar mortes.

Para dar um exemplo do contraste entre as duas infecções, apresentámos como termo de comparação as relações epidémicas da *sandy fever* que devastou, em 1917, as tropas inglesas no Egipto e na Macedónia.

2.º Em Lisboa, no Porto e no litoral português, tal como em Espanha, foram encontrados flebótomos. Existem quatro espécies descritas no reino vizinho: *Phl. papatasii*, *minutus*, *legeri* e *sergentii*; em Portugal, foram descobertos dois deles: *Phl. sergentii* e *papatasii*, bem como uma variedade deste último: *lusitanica* (C. França). A presença dos papatazes, banal como é, não provava nada, e a sua raridade dava, aliás, óbvias provas em contrário. De modo a ser possível invocar com alguma verosimilhança a intervenção deles como veículo de uma infecção tão rapidamente propagada, teria sido imperioso que as criaturas fossem tão numerosas como as das pragas bíblicas do Egipto. A este propósito, aplicámos dados epidemio-matemáticos referentes à febre amarela e à malária, que demonstram a necessidade de uma certa quantidade de insectos no ar a fim de que a epidemização se proporcione; tal *densidade insectual* marcaria o ponto epidemiogénico.

Desde que tivemos conhecimento certo, no início de Julho, de que a epidemia devastava com a mesma violência e um carácter idêntico o Norte da Europa (onde não existem flebotomos, insectos termófilos que habitam junto às margens do Mediterrâneo e que mesmo na bacia de Paris, segundo Langeron, constituem uma curiosidade rara), recorremos a esse facto concludente para infligir o derradeiro golpe à hipótese da *three days' fever*. Mas constatámos, mais tarde, que tão-pouco em Itália faltavam os defensores de tal assimilação, chegando a obstinação ao ponto de admitir a possibilidade da febre dos papatazes... sem papatazes.

Múltiplos preconceitos de índole bacteriológica e epidemiológica tendiam a obscurecer o pleno entendimento da identificação perfeita existente entre a epidemia e a última gripe de há trinta anos, e ainda aquelas que a precederam no tempo. Criou-se o hábito de acreditar, desde a descoberta anunciada em 1892, que a presença ou a ausência do bacilo de Pfeiffer determinavam o diagnóstico da influenza. Dado que, logo a partir do começo da epidemia de 1918, este micróbio ou não era encontrado, ou só aparecia raramente, hesitava-se quanto ao diagnóstico. Ora, nessa época, já tudo levava a despojar o bacilo de Pfeiffer do papel patogénico e revelador que erradamente lhe fora atribuído. Essa falha era evidente, e nós afirmámo-lo de imediato, no relatório de 18 de Junho apresentado ao Conselho Superior de Higiene, argumentando com a presença do bacilo dito “da influenza” em várias outras doenças das vias respiratórias, e invocando as observações realizadas na epidemia recente que, em 1915-16, assolou os Estados Unidos da América.

Igualmente, não se opunha nenhum obstáculo (e ainda menos a exclusão) ao aparecimento da influenza na estação quente do ano, como se o tempo frio fosse o seu apanágio constante. De facto, a invasão epidémica, geral ou local, pode produzir-se em qualquer estação; nós mesmos vimos, em 1890, nas regiões do Norte de Portugal, que a gripe irrompeu em pleno Verão. Alguns surtos, epidemiograficamente dignos de menção, começaram fora da época das baixas temperaturas, por vezes mesmo em pleno calor estival. A verdade é que um flagelo dotado de ubiquidade, que abrange regiões tão opostas no mapa como a Groenlândia e o Senegal, não tem em consideração as temperaturas, altas ou baixas; as mais extremas são-lhe favoráveis. Já Hirsch proclamara de maneira categórica a independência da influenza relativamente às circunstâncias meteorológicas e climáticas.

Somente um ponto se nos afigurava obscuro: a *proveniência geográfica*. Sabe-se que todas as invasões precedentes cujo avanço pôde ser assinalado no mapa se propagaram sob a forma de uma vaga desenfreada, com uma rapidez sempre crescente, desde a fronteira asiática e através da Europa, espalhando-se do Este ao Oeste. Ora, a Península, que até ao momento tinha sido a meta ocidental do contágio, surgia então como o seu foco. A doença era efectivamente hispânica, e daí o seu nome de *gripe espanhola*. Foram os portugueses quem pela primeira vez lhe atribuiu essa designação, com a qual viajou através do mundo sobre as asas da fama, nas manchetes dos jornais e até em caricaturas; e para nós tal qualificação é absolutamente exacta, uma vez que foi de Espanha, nossa vizinha, que recebemos esse presente infeccioso. Mas nós somos porventura o único país que a emprega com propriedade. Ainda que entre as gripes do passado figure com honras

uma outra igualmente designada desse modo - a epidemia de 1580, chamada pelos alemães der *spanische Ziepe*, que com efeito afectou intensamente Espanha, mas cuja pista foi mal seguida através da Europa -, sempre nos recusámos a crer que a gripe actual houvesse tido por berço a Península. Mesmo em Espanha se tinha a convicção de que fora importada, sem se chegar a localizar o ponto de entrada; o nosso colega espanhol Don Manuel de Salazar ponderava uma proveniência americana, atendendo a que nos Estados Unidos da América os jornais médicos haviam anunciado a ocorrência de gripe durante o Inverno. Quer isto dizer que a velha directriz se teria invertido: em vez do foco oriental no mundo antigo, cumpriria admitir um foco ocidental no novo mundo. No entanto, se tivesse sido essa a origem da influenza espanhola, deveria ter surgido inicialmente nos portos que a América utilizou para o tráfego da guerra e o desembarque das suas tropas; as nossas ilhas dos Açores, onde os Estados Unidos haviam estabelecido bases navais, não teriam saído ilesas.

Ignorando, por essa época, tudo o que se passava além-Pirenéus a respeito da epidemia, nós mesmos estávamos persuadidos de que a infecção tinha irradiado do Levante, invadindo a Europa "sem que - dizíamos nós no mesmo relatório de 18 de Junho - a notícia trespassasse as barreiras levantadas pela guerra à circulação de notícias, sobretudo das que dissessem respeito ao estado sanitário". Efectivamente, só vários meses mais tarde foi divulgado que em Abril a epidemia aparecera já em França, em Rouen e em Vimereux, atacando as hostes inglesas. A propósito da destruição causada pela pestilência, mantinha-se uma reserva bastante natural: tal como muito bem disse o Dr. Newsholme perante a Sociedade Real de Medicina de Londres, um objectivo dominava então todas as preocupações, o *carry on*, fazer avançar sempre a frente militar de carne e de aço que devia abater sem demora o inimigo.

Não sabíamos ainda, portanto, que a pestilência havia penetrado nas hostes de soldados, mas receávamos a sua acção dissolvente sobre as operações da guerra. "A influenza - dissemos em tal circunstância - é uma das piores pragas que podem atacar os exércitos, tanto mais que não existe ainda, actualmente, nenhum meio de os precaver e de os defender contra um contágio investido de um poder difusivo como o da gripe. Nada há a fazer senão suportar o mal, e é tudo; se já na vida civil a perda temporária de elementos activos da indústria e do comércio pode comportar graves obstáculos à vida económica, entre as tropas em campanha o número de baixas pode ser tal que baste para impedir provisoriamente as operações de um exército". Como é natural, os alemães queixaram-se do prejuízo que a calamidade lhes causou, e um deputado alemão atribuiu à influenza um papel nefasto na debandada teutónica. Pela primeira vez a influenza terá desempenhado nas operações militares a função inibitória que outrora pertencera ao tifo dos exércitos.

O estado de guerra, por um lado, e, por outro, a assustadora desordem que reina sobre toda a metade oriental da Europa não nos permitiram perceber o caminho seguido pelo contágio. Eis aqui um ponto que seria interessante estudar e que ainda não achámos tratado em nenhum lugar. Teria havido, desta vez, inversão ou perversão na origem e na trajectória tradicionais do flagelo? Em vez de brotar de novo da fonte asiática, berço das pestes, terá ele nascido autoctonemente no seio das massas militares da frente ocidental? Ou será que as duas modalidades se conjugaram, visto que os asiáticos cooperaram de

diferentes modos na grande guerra<sup>[2]</sup>?

É um problema que se coloca, juntamente com outros, a respeito da epidemiogenia da última gripe, que cerrou com o seu ciclo pestilencial a guerra mundial e que se associou a ela nos fastos epidemiológicos.

SEGUNDA EPIDEMIA - Agosto acabava de começar quando foram sinalizados em Gaia, nos arredores do Porto, casos pneumónicos alarmantes pela sua frequência, já que por vezes formavam grupos familiares, e pela sua gravidade, pois as fatalidades sobrevinham volvidos dois ou três dias, ou até menos, registando-se mesmo algumas mortes quase fulminantes. Os serviços sanitários apressaram-se a examinar os doentes, enclausuraram-nos no hospital de isolamento e procederam aos estudos laboratoriais apropriados. Entretanto, tinham-se espalhado entre o público a ideia e o pânico da *peste pneumónica*, bem conhecida na cidade do Porto, que dela sofrera um ataque grave em 1904. Apressámo-nos a destruir esse preconceito numa nota oficial, tornada pública a 30 de Agosto, pelas razões capitais seguintes, para além das diferenças semióticas consideráveis entre as duas doenças:

1.º A pneumonia pestífera implanta-se em casos de peste bubónica pré-existentes, e há muito tempo que não se registam casos desses no Porto;

2.º Extremamente transmissível, a peste pneumónica propaga-se pelos contactos, formando cadeias contagiosas ininterruptas, ao passo que a pneumonia actual aparece aqui e ali, em regra sem relações etiológicas directas passíveis de serem postas em evidência;

3.º A primeira mata implacavelmente, a sua taxa de mortalidade é de cem por cento, enquanto a segunda poupa a maioria, uma vez que, nos casos dos doentes internados no hospital de isolamento, a mortalidade não ultrapassa um terço;

4.º A prova bacteriológica, fácil de obter com certeza, exclui categoricamente a peste pneumónica.

Descartando igualmente a ideia desconcertante de uma epidemia ignorada, classificámos esta como *influenza pneumónica*, cuja disseminação tivemos oportunidade de observar na Primavera e no Verão de 1896, no Porto, onde já causara alguma comoção. Tratava-se de uma variedade particularmente maligna (sobretudo pelas suas localizações pulmonares) da influenza comum, variedade indissociavelmente ligada a todas as epidemias gripais, mas cuja incidência e intensidade se alteram consideravelmente segundo os tempos e os lugares, e que caracteriza sobretudo as *pós-epidemias*, as epidemias de repetição. Achávamo-nos na presença de uma dessas vagas secundárias, que de imediato tomou a direcção do Nordeste, subiu o vale do Douro e atacou as localidades de uma e de outra margem do rio, até à fronteira espanhola. Registavam-se na província da Beira outros focos, sempre de carácter pulmonar, mas independentes da vaga que brotara no baixo Douro.

Que não se cingia a um episódio local deduzimo-lo a partir das notícias vindas de fora em

inícios de Setembro: recebemos então do Secretariado da Comissão Sanitária dos Países Aliados indicações preciosas, demonstrando que entre as tropas em acção os casos pulmonares haviam começado, em Agosto, a aumentar em número e em gravidade, e que alguns deles tinham um desfecho rápido e fatal; simultaneamente, anunciava-se em Espanha uma deflagração similar, o que nos levou a afirmar, numa nota datada de 14 de Setembro, que se tratava “de um movimento pandémico bem caracterizado”. E não tardou a fazerem-se ouvir os clamores levantados pela desgraça, que sem tréguas ceifava vidas em todos os lugares do Mundo, tal como nunca se vira nos tempos modernos. Em Portugal, a onda epidémica inundou todo o país, deixando por toda a parte o rasto do seu furor mortífero. Confinada de início à zona setentrional do país, desde onde progrediu sensivelmente a partir do Porto, na direcção Sul-Norte e Oeste-Este, deixava ainda indemnes, em meados de Setembro, o litoral, o centro e o sul; mas em pouco tempo a corrente, invertida agora na direcção Norte-Sul e Este-Oeste, se precipitou com fúria, e, por volta do início de Outubro, atingiu a extremidade meridional, na província do Algarve.

Perante a hecatombe, tanto em Portugal como nos outros lugares recomeçou-se a protestar contra a ideia da gripe: já não se rebaixava a doença ao estatuto de infecção desprezável, mas elevava-se ao nível das grandes pestilências, das calamidades por excelência, a *cólera* e a *peste*.

Em Portugal, e sobretudo em Espanha, expandira-se o rumor de que a *cólera* dominava a França; na nota já mencionada, de 14 de Setembro, assegurámos que esse rumor não tinha razão de ser. Talvez estivesse em causa alguma confusão com a disenteria, que tinha igualmente aparecido em Portugal, durante o Verão, em alguns distritos do centro; nos lugares onde se procedeu ao controlo bacteriológico, identificouse o bacilo do tipo shiga. A própria gripe havia também assumido, em alguns casos, isolados ou seriados, a forma entérica; quanto à gripe dita espanhola, numa pequena cidade do Alentejo, a epidemia fora inteiramente abdominal, com diarreia coleriforme; no âmbito da gripe secundária, igualmente, não faltaram casos pseudo-disentéricos: nós mesmos oferecemos um exemplo disso.

Mas o espectro que impressionava os mais visionários era o da *peste*; e, desde que a epidemia pôs à prova a capital, essa visão ganhou terreno. Face a índices de extrema hiper-toxemia, a pneumonias ultra-graves, à qualidade hemorrágica, às mortes a curto prazo, às mortes súbitas, muitos não conseguiam afastar do espírito a ideia de que se tratava de peste; entre eles contou-se o colega que nos veio dar conta de um doente que ele tinha visto morrer de um dia para o outro com hiper-pirexia, colapso, hemorragia pulmonar e púrpura hemorrágica, e a quem tivemos de explicar que todo esse quadro tão severo dizia respeito à gripe epidémica, incluindo a púrpura, a qual já na epidemia de 1889 havia sido registada com relativa frequência. A vasta maioria dos médicos apercebeu-se disso, mas para convencer alguns, recalcitrantes ou cépticos, e para deter as contra-correntes opinativas, foi necessário renovar a demonstração epidemiológica, uma vez mais controlada pela prova negativa em laboratório. A verdade, e nós tivemos ocasião de o dizer àqueles a quem a peste aterrorizava, é que entre a peste pneumónica e a influenza pneumónica só o diabo poderia escolher, mas que, no que toca à profilaxia,

não haveria que hesitar: antes a pneumo-epidemia pestífera do que a gripal. A primeira combate-se e domina-se pelo encarceramento dos doentes e pelo controlo dos contactos, rompendo a cadeia do contágio, algo que foi possível fazer rapidamente na invasão do Porto em 1904 e na mais recente de Lisboa, em 1914. Contra a segunda, tudo vale, se é que vale a pena lutar; devemos resignar-nos a assistir, de braços cruzados, à sua devastação, e essa devastação foi tal que superou aquela que antes fora causada pelas conflagrações das pestilências exóticas, nas suas incursões em Portugal no século passado. Nem a peste, cujas vítimas, aliás, não foram muito numerosas, nem a febre amarela de 1856, nem mesmo a cólera de 1857 se aproximaram desse cataclismo que, em nove semanas, apenas em Lisboa, dizimou cerca de 5.000 pessoas, fazendo triplicar a mortalidade normal; houve mesmo dias em que o número de mortes foi oito vezes superior à média. Já há muito tempo que, nos nossos cursos, sublinhávamos este paradoxo sanitário: que a infecção menos considerada, ou considerada a mais inofensiva, é precisamente aquela que, quando estala, leva mais gente à sepultura, mesmo se a comparamos às calamidades mais temidas<sup>[3]</sup>.

Se o carácter pestilencial e mortal do regresso epidémico da gripe não podia surpreender as pessoas bem advertidas (entre as quais nos contamos nós, já que desde Junho predizíamos a gravidade da reincidência que se avizinhava), deve-se reconhecer que este mal ultrapassou as expectativas mais pessimistas, tanto pela sua extensão como pela sua intensidade. As epidemias do ciclo de 1889 não revelaram essa intensidade senão parcialmente e a um nível local; desta vez, o tipo pneumónico foi mundial e o seu aparecimento quase simultâneo. A reviravolta operou-se em toda a parte, de uma maneira sincrónica, como sob a acção de uma força universal e misteriosa. Mais, se a epidemia ultrapassou em violência todos os grandes ataques do século passado, tal violência teria podido ser prognosticada até certo ponto, visto que a gravidade aumentou progressivamente desde os primeiros arranques no início do século XIX até à epidemia, já severa, de 1889; a que há pouco terminou, superando os limites da precedente, coroou a progressão.

Será esta intensificação uma novidade nos anais epidemiológicos da gripe? Este selo de elevada pestilência marcou já as pandemias dos séculos XVI e XVIII. Lendo a história da *febre catarral* de 1729, de Karl Loew (a qual, pela minúcia de detalhes clínicos, pode ser considerada a carta nosográfica da influenza), ficamos instruídos a respeito da malignidade de tal epidemia, especialmente *exitiosa et funesta* em Itália, Espanha, Polónia, França e Inglaterra, e que desolou com furor as cidades de Bolonha, Paris e Londres, onde, numa semana, matou 908 pessoas, muitas mais do que a famosa grande peste de 1665. Mas a imagem mais impressionante da catástrofe que acabamos de sofrer corresponde à sinistra epidemia de 1580, semelhante até no seu nome de gripe *espanhola*, que despovoou Madrid, contagiou em dez dias vinte mil pessoas em Barcelona, e quase chegou a pôr em risco a conquista militar de Portugal por Filipe II, cuja mulher, a rainha Ana de Áustria, matou, e que a ele próprio colocou à beira da sepultura. Vinda do Levante, circulou pela Europa, pela Ásia e por África, semeando a angústia; apenas em Roma, pôs termo a nove mil vidas. Até pelo período em que ela actuou se assemelha à calamidade actual: surgiu em Maio e Junho, e foi em finais de Agosto que se tornou mais rigorosa, situação que se prolongou implacavelmente durante



o Outono. Nada de novo debaixo do sol. Aquela a que se chamou *nova peste* não é senão uma velha peste.

Estará ainda dentro dos limites da previsão humana saber com antecedência quando e como se levantará essa maré alta, espécie de enchente epidémica? Não faltaram pessoas, entre o *profanum vulgus*, que opinaram ser dever da Higiene Pública prever o choque e a data da calamidade iminente, como se fôssemos astrólogos; e foram mais ou menos acusadas de imprevidência as autoridades médico-sanitárias. Ora, aqueles que, como nós, puderam anunciar, no tempo e no lugar adequados, que a gripe inicial seria seguida de réplicas severas, não tinham capacidade para avançar mais, cientificamente, nas suas previsões. Quando escrevemos, em Junho de 1918, que a influenza “assume um carácter maligno no momento em que menos se espera”, ao fazermos esta profecia de Cassandra, sinceramente não pensávamos que Tróia cairia tão depressa e com tamanho estrondo. Por muito que nos possa ensinar a experiência dos surtos anteriores, particularmente o de 1889, as reincidências costumam ser mais espaçadas; as acalmias duram habitualmente alguns meses, mesmo um ano ou mais. Esperávamos o novo golpe (e já o tínhamos dito aos nossos colegas) para o começo do Inverno, tanto mais que esses ressurgimentos revelam predilecção pela estação fria. Contudo, a segunda epidemia chegou quase “colada aos calcanhares” da primeira; ficámos, apesar de tudo, um pouco surpreendidos ao vê-la chegar, tão rápida, ainda durante a canícula, atingir o seu máximo no Outono e decrescer com o frio de Novembro. E parece existir aqui uma tendência para a abreviação dos intervalos, dado que nos aproximamos de uma terceira arremetida epidémica, depois da que acaba de se proporcionar em França, em Inglaterra e, na Península, em Barcelona e noutras cidades da Catalunha, em Aragão, na Nova Castela e na Andaluzia; este novo acesso coincidiu, desta vez, com os rigores do Inverno. Não houve vestígios dele em Portugal<sup>141</sup>.

Terá este furor infeccioso causas ostensivas? A coincidência com a guerra poderia fazer crer que a infecção retirara as suas forças da gigantesca população militar acumulada nas frentes; mas, para que tal ideia se tornasse verosímil, seria necessário provar que a epidemia nascera, ao menos, nos lugares onde mais se intensificara. O início das aulas parece ter influenciado o seu reaparecimento em Agosto, fenómeno igualmente detectado em Portugal e, neste momento, na Catalunha.

É costume, em presença de um recrudescimento deste género, falar na intensificação da virulência pelas passagens sucessivas de homem a homem – expressão vã que nada explica. Se assim fosse, nunca as epidemias se extinguiriam senão por falta de vítimas; os casos graves não se manifestariam senão num certo momento da progressão da doença e com uma gravidade sempre crescente. Ora, os casos pneumónicos surgiram desde o início, ainda na fase benigna – fase que, de resto, não se verificou em algumas regiões, onde a doença apareceu imediatamente mais severa, por exemplo em diversos lugares de Espanha e da Suíça; e, na fase posterior de malignidade, passando de um a outro ponto, a epidemia por vezes perdeu uma grande parte da sua gravidade, recuperando a ligeireza primitiva.

Será imperioso ter em conta a depressão moral e alimentar causada nas populações pelo

estado de guerra? Já não; as condições de existência não mudaram significativamente entre Junho-Julho e Setembro-Outubro, mas, pelo contrário, a diferença ao nível da moralidade foi, em regra, enorme entre esses dois períodos. Em suma, no que se refere à etiologia do flagelo, não avançámos mais do que nos tempos do velho epidemiologista que invocava a *occulta influentia coeli*, expressão com que foi baptizada a doença que, não sem razão, conserva o seu nome de baptismo.

Não podemos impedir-nos de pensar na velha noção de *constituição epidémica*, de *génio epidémico*, quando encaramos este acesso mundial de influenza pneumónica. Enquanto a primeira epidemia, a espanhola, veio de fora para Portugal, por importação, a segunda, a pneumónica, foi engendrada no interior, irradiando de focos autogéneos. A sua eclosão e a sua expansão coincidiram com fenómenos epidemiogénicos idênticos observados noutros países. E depressa a gripe assume esta *facies* pestilencial por todo o Mundo, com uma simultaneidade e um sincronismo assombrosos. Uma influência universalmente concordante domina a fisionomia da doença, os seus comportamentos e os seus ataques.

Sob o ponto de vista da disseminação, existem diferenças quanto à rapidez e quanto ao itinerário. A *gripe espanhola* tomara o país inteiro em quinze dias; a *gripe pneumónica*, menos veloz, precisou de dois meses, de Agosto a Outubro, para descer do Alto Douro ao Algarve. A primeira propagou-se regularmente pelas vias de comunicação e de trânsito, aparecendo depressa nos grandes centros; a segunda alastrou pouco a pouco ou por saltos irregulares: o seu avanço assemelhava-se ao da meningite cerebro-espinal, que circulou epidemicamente em Portugal em 1901, e, tal como ela, começou em focos rurais e só atacou os grandes centros relativamente tarde. O seu primeiro foco foi detectado em Agosto, perto do Porto; em vez de o invadir, expandiu-se com ímpeto pela bacia do Douro, pelo Norte e pelo Este, e apenas um mês depois, arremetendo caminho, atacou sem tréguas a cidade que antes havia poupado. Desviando-se em direcção ao Oeste e ao Sul, progrediu a partir do foco de Trás-os-Montes, serpenteando sinuosa e caprichosamente: antes de inundar Lisboa em pleno, ensaiou-se em dois focos rurais a algumas léguas da capital (Azambuja, Rio Frio). Quando, em finais de Novembro, o *ictus* epidémico se esgotou, a interrupção deu-se quase ao mesmo tempo em todas as regiões, como obedecendo a uma palavra de ordem, de forma que a duração da epidemia foi desigual, mais prolongada no Norte e curta no Sul, no Algarve, onde chegara tarde.

Se a *vis morbis*, expressa pela intensidade mórbida, se elevou ao máximo, o mesmo não se verificou a respeito da *vis contagii*, expressa pela intensidade difusiva; esta última revelou-se um pouco diminuída quanto à velocidade da expansão territorial, mas equivalente quanto à sua força e à sua rapidez de penetração na massa popular, em cada localidade atingida. A explosão foi sempre a mesma: assim, no hospital de isolamento de Lisboa, as entradas começaram por ser apenas 2 a 24 de Setembro; a 4 de Outubro elevou-se a 124 a afluência dos doentes, e a 12 elevou-se a 233, cifra máxima (em todo o caso, uma fracção mínima das pessoas afectadas em toda a cidade), mal dando tempo para improvisar novos hospitais, aos quais foi necessário recorrer. Um dos exemplos mais tocantes de tal deflagração foi o da Ribeira Grande, na Ilha de São Miguel (Açores), onde, quinze dias após as primeiras manifestações, chegaram a ocorrer numa só semana mais de 4.000 casos, isto é, mais de metade da população da cidade, que corresponde a 7.800

habitantes.

Nos lugares de população densa, a irrupção epidémica, transitória e de curta duração, obedece, em regra, ao ciclo clássico, traçado em 1889 por leichtenstern, em Munique: uma curva binomial, de vértice mais ou menos elevado e lados simétricos; a linha de ascensão demora habitualmente três semanas, o pico ocupa duas, o declínio outras três. Esta índole cíclica permite emitir previsões sobre o período inicial da arremetida infecciosa. Foi o que nos aconteceu em Lisboa, onde, com base nos números de entradas no hospital, pudemos determinar em que dia a diminuição tinha realmente começado. O gráfico hebdomadário da estatística mortuária geral de Lisboa e do Porto revela interesse, porque é a massa total das mortes que melhor representa a intensidade mortífera de uma epidemia deste género, ao passo que a inscrição directa e precisa das causas das mortes deixa muito a desejar. Em Lisboa, este gráfico apresenta os dois picos da primeira e da segunda vaga, ambos descritos numa linha análoga, mas a segunda tão levantada que parece desenhar um obelisco; ambas duraram aproximadamente o mesmo tempo. As réplicas epidémicas são, em geral, menos simétricas e regulares do que o acesso inicial; tal regra falhou desta vez - mais uma singularidade epidemiológica -, atendendo a que a curva da segunda fase simula a mesma simetria e a mesma regularidade. É digno de nota o facto de a linha mortuária ter permanecido, durante o intervalo, a um nível mais elevado do que antes de Junho; após a acometida recorrente, conservou-se sempre mais elevada, indício visível dos estragos causados pela sequela endémica. A linha do Porto avançou paralelamente, embora nesta cidade a pneumónica tenha sido sensivelmente menos agressiva; manifesta as diferenças locais da morbidez. Na província, houve localidades que pagaram à calamidade um tributo mais pesado do que a capital, e onde ela deixou um rasto fúnebre como nunca fora visto. O excedente de mortes em todo o país ainda não foi definitivamente determinado, mas pode ser estimado em 40.000. Oito médicos faleceram no exercício da sua profissão. Em Espanha, a epidemia foi ainda mais mortífera.

As deslocações particulares de população contribuíram para veicular o contágio de região em região - por exemplo, a *migração militar*, a *popular*, a *agrícola*, a *balnear* e a *naval*.

No que toca à primeira, aludimos já à incorporação de recrutas, que parece estar associada de modo evidente ao aparecimento dos primeiros focos de gripe pneumónica. Foi a partir dos recrutas de um regimento de infantaria do Porto, atingidos por pneumonias fatais, que se descobriu, em meados de Agosto, o foco de Gaia, de onde eles eram oriundos. No final deste mesmo mês e nos primeiros dias de Setembro, a infecção alastrou às casernas de Amarante, Vila Real, Bragança e Penamacor. Nas pequenas cidades em que a gripe entrou pelas casernas, aí ficou, desde logo, encerrada e circunscrita aos militares, e somente ao cabo de oito ou dez dias começou a afectar os civis<sup>[5]</sup>. Em Amarante, a chegada dos recrutas deu-se entre 15 e 21 de Agosto; os doentes começaram a apresentar-se no dia 26; no fim do mês, o número de casos chegava aos 210, 14 dos quais resultaram em morte. As autoridades militares ponderaram um descongestionamento, mas, em lugar de recorrer a medidas prudentes (tais como a “enxameação” que M. Louis Martin preconizou mais tarde em Brest, em Setembro),

julgaram conveniente despedir os homens, os quais, ao regressarem às suas terras, semearam o contágio em Trás-os-Montes. Visto que a mesma operação perniciosa se repetiu em Vila Real, pode dizer-se que a eclosão e a disseminação da influenza pneumónica assumiram de início um carácter claramente militar. Os vaivéns das tropas continuaram a contribuir para a difusão da infecção. Assim, na capital, os soldados vindos do Norte infectaram as casernas a partir de meados de Setembro; à epidemia das casernas sucedeu-se a epidemia na cidade. Mas, se nos primeiros focos setentrionais as tropas foram duramente atingidas e foram separadas logo no primeiro estágio do contágio, o mesmo não sucedeu na continuação da epidemia, que atacou relativamente menos as casernas, em termos de frequência e de gravidade. Na guarnição militar de Lisboa, constituída por um efectivo aproximado de 12.000 homens, desde a segunda semana de Setembro à quarta de Novembro, foram registados 1.075 casos, 57 dos quais resultantes em morte, ou seja, uma mortalidade de 5,3%.

As tropas portuguesas na Flandres foram pouco dizimadas pela influenza. A primeira vaga progrediu desde Abril até Agosto, atingindo o máximo em Junho. A segunda teve o seu pico em Novembro: 418 casos num efectivo de 30.000 homens. Apenas uma morte para a primeira (em 40.000 homens) e 37 para a segunda, até ao final de Dezembro, de acordo com as notas comunicadas pelo serviço de estatística das forças expedicionárias.

A *migração popular* das feiras e peregrinações, frequentes nas províncias do Norte em Agosto e Setembro, contribuiu para disseminar o contágio, assim como a *migração agrícola* devida às vindimas. O Douro é, por excelência, a terra das vinhas, aonde afluem massas de trabalhadores pelo final de Setembro. No Sul, na vinha de Rio Frio, uma das mais vastas do mundo, um foco epidémico estabeleceu-se entre os trabalhadores, que de seguida o transportaram até ao Alentejo e à Estremadura.

A *migração balnear* constituiu também um importante factor: corria a estação dos banhos de mar e das águas minerais, com o seu fluxo e refluxo de pessoas. Uma praia, a da Figueira, e uma estação de águas sulfurosas, a das Caldas da Rainha, foram identificadas como centros desta troca de contactos.

Por último, a *migração naval* operou importações e exportações epidémicas. A sua intervenção não foi sensível nos portos portugueses do continente, onde o tráfego fora, aliás, reduzido pela guerra; o mesmo não se verificou nas ilhas adjacentes. Foi o caso do porto açoriano de Ponta Delgada, muito frequentado em virtude de funcionar como base naval americana; a 21 de Setembro chegou ali o vapor japonês *Shansei Maru*, ao serviço dos Estados Unidos, que tinha partido dez dias antes de Bordéus, contaminado como os restantes portos franceses; dos 61 homens da tripulação, 31 encontravam-se engripados, 9 dos quais com pneumonia, e todos desembarcaram e foram transportados para o hospital de isolamento; durante a viagem, haviam já ocorrido três mortes, e outras três aconteceram já no porto. Tendo continuado a dar-se a entrada de navios contaminados, entre os quais o vapor *Funchal*, da linha de Lisboa, a influenza pneumónica depressa foi detectada por toda a ilha, com uma certa severidade.

O caso mais medonho de epidemia militar e naval que chegou ao nosso conhecimento, e

que dificilmente poderá ser ultrapassado, foi o do vapor português *Moçambique*, atingido durante a repatriação de tropas portuguesas que integraram, na colónia do mesmo nome, o corpo expedicionário contra as forças alemãs da África oriental. Saído de Moçambique a 12 de Setembro, no dia 29 chegou ao Cabo, onde o flagelo havia alcançado proporções aterradoras, particularmente entre os operários do cais encarregados de levar a bordo o carvão. Saiu a 1 de Outubro desse vulcão pestilencial, e, desde o dia 4, acorreram à consulta dos médicos de bordo vários soldados atingidos pela pneumonia gripal; no dia 6, ocorreu a primeira morte; numa progressão rápida, contavam-se já, no dia 11, 43 mortes em 24 horas; a mortalidade começou então a decrescer, e, a partir do dia 16, apenas se verificou uma morte. Aqui, a curva de mortalidade em V invertido formou-se em poucos dias; conservou, porém, o seu traço típico, regular e simétrico, com excepção do facto de a linha descendente se ter revelado um pouco mais inclinada do que a ascendente. O seu aspecto foi dos mais graves: casos fulminantes, estados hemorrágicos pronunciados e, entre eles, hemoptises abundantes, invasões rápidas e massivas do pulmão, supurações pulmonares, etc.

Uma vez mais, pensou-se na peste pneumónica, que o exame bacteriológico logo de início descartou. Consistindo a população total do navio em 952 pessoas, 199 pereceram durante o trajecto até Lisboa, onde este vapor fúnebre ancorou a 21 de Outubro, e mais 11 mortes sucederam após o desembarque. Quer isto dizer que a mortalidade geral atingiu os 22%. A repartição das mortes apresentou proporções bastante desiguais, fortemente influenciadas ao nível da higiene pelo estado individual e colectivo dos passageiros: tendo os 558 soldados entrado num ambiente insalubre, amontoados na 4.<sup>a</sup> classe, 180 deles se perderam, numa percentagem de 32,2%, quase um terço; a 1.<sup>a</sup>, a 2.<sup>a</sup> e a 3.<sup>a</sup> classes, com os oficiais, os sub-oficiais e os civis, num total de 261 pessoas, apenas apresentaram 19 mortes, isto é, 7,2%. Nenhum oficial faleceu, e da tripulação apenas perderam a vida 1,5%. O *ictio* epidémico foi quebrado antes da chegada; nenhum caso novo foi observado após o desembarque; depois de internados os doentes, foi imposto aos indivíduos saudáveis um controlo de 4 dias, no decurso dos quais se constatou que nenhum deles trouxera a infecção do navio.

Se, na sua migração de lugar em lugar, a influenza revelou grandes diferenças relativas à frequência e à intensidade, se pareceu encarniçar-se em certas localidades, sem que se pudessem discernir as causas de tais refinamentos, em cada localidade atacada, embora estendendo-se a toda a massa, mostrou intensificar-se contra determinadas casas. Houve famílias cruelmente postas à prova, nas quais quase todos os casos se tornaram graves e mortais, por vezes tendo sido a maioria dos seus membros ceifada, num cortejo de luto. Não há dúvidas de que as formas pneumónicas tendiam a renovar-se enquanto tais.

Qualquer que seja o modo como o *contágio* se processa (assunto ainda desprovido de dados positivos e claros), o contágio que conta é o contacto inter-pessoal; mas será sempre o doente o único veículo directo do contágio? Não haverá indivíduos saudáveis portadores de germes gripais? O que faz pensar em tal modo de transmissão é o seguinte caso curioso (Dr. Garrett):

Uma família portuguesa, composta por marido e mulher, uma criança em lactação e uma

ama, decidiu enclausurar-se para escapar à temida pneumónica; todos se isolaram no andar superior da casa, sem receberem ninguém, vindo apenas recolher à porta o indispensável para a sua subsistência quotidiana, que lhes era trazido pelos seus fornecedores; todavia, todos eles foram atingidos pela influenza, e a mulher e a ama sucumbiram<sup>[6]</sup>.

Se todas as classes pagaram o seu tributo, ele pesou mais sobre os mais humildes; os horrores da epidemia juntaram-se uma vez mais aos da miséria.

Quanto à *idade*, o flagelo atingiu preferencialmente, talvez mais ainda desta vez do que em 1889, os adolescentes e os jovens adultos, poupando mais as crianças e os idosos. Esta relativa imunidade da velhice merece ser ressaltada. Fazemos notar que, na crónica das epidemias antigas, se menciona constantemente a perseguição aos idosos. Esta preferência foi diminuindo, e a frequência do mal entre os idosos começou a ser menor, se bem que a mortalidade continuasse a ser superior entre eles do que em relação a outras idades; foi o que ocorreu nas últimas epidemias, mas nesta não foi raro ver pessoas idosas escapar a pneumonias graves.

Entre 4.817 doentes que deram entrada nos hospitais civis de Lisboa, houve 1.333 mortes - uma mortalidade de 27,6%, isto é, mais de um quarto. Estas mortes repartiram-se em termos de idade do modo que se segue:

Dos 0 aos 10 anos	18%
Dos 10 aos 30 anos	25%
Dos 30 aos 50 anos	35%
A partir dos 50 anos	42%

A mortalidade aumenta com a idade dos grupos; a mais forte verifica-se após os 50 anos, mas o aumento é relativamente moderado. Entre 13 idosos de mais de 80 anos, metade escapou.

Se forem comparadas as percentagens dos casos por grupos etários com a composição correlata da população de Lisboa após o recenseamento, obtém-se a tabela subsequente:

Idade	Casos	População Recenseada
Dos 0 aos 10 anos	13	15
Dos 10 aos 30 anos	54	36
Dos 30 aos 50 anos	26	26
A partir dos 50 anos	7	23
----	100	100

Disto resulta que as taxas se equivalem para as classes dos 0 aos 10 anos e dos 30 aos 50 anos, que no grupo dos 10 aos 30 anos são muito elevadas, sendo esta a idade com maior

incidência, ao passo que o grupo acima dos 50 anos apresenta uma taxa inferior, denotando assim uma menor receptividade entre as pessoas idosas.

Haveria *imunidades*, vinculadas a circunstâncias acidentais reconhecíveis? Os últimos ataques engendraram a ideia de uma imunização natural, determinada pela própria doença. Seria mesmo esse o motivo pelo qual o mal terá poupado os idosos, já atingidos na juventude por uma epidemia anterior. Observaram-se, na invasão epidémica actual, pessoas que foram atingidas duas vezes, tanto na primeira vaga como na segunda; mas, na maior parte dos casos, as pessoas tocadas pela *espanhola* escaparam à *pneumónica*. Temos disto uma prova interessante no que aconteceu na Casa Pia, internato nacional para a educação dos rapazes pobres, subvencionado pela Assistência Pública, em Lisboa. Entre uma população de 481 alunos, houve não menos de 300 doentes (quase dois terços) em Junho; quando apareceu a pneumónica, não se registou um único caso, tendo a casa permanecido indemne<sup>[7]</sup>.

Confiando-se no poder preventivo da quinina - que, de resto, tinha já falhado como tal em 1889 -, as regiões maláricas foram consideradas protegidas contra a epidemia; ora, em Portugal, quer no Norte quer no Sul, não faltam zonas e localidades fortemente afectadas pelo paludismo e onde a gripe tem, contudo, causado sérias devastações. Diz-se, não obstante, que entre os vindimadores das vinhas de um grande proprietário perto de Setúbal a gripe foi muito violenta, ao passo que, entre os trabalhadores dos arrozais, que o mesmo proprietário submete à dieta da quinina, os casos foram raros. Se isto for verdade, tal facto arguirá a favor da quinina como preventivo da gripe.

Os sífilíticos em tratamento arsenical activo revelaram-se aos especialistas de Lisboa como resistentes ao contágio (Dr. Breyner); pela nossa parte, assistimos um caso pneumónico num homem novo que, três semanas antes, tinha recebido uma injeção de *salvarsan*.

A influenza apresentou-se numa conjunção epidémica com a infecção variólica, que entre nós a precedeu, acompanhou e seguiu; o mesmo sucedeu em Espanha e noutras regiões. Foram mesmo observados casos de coexistência das duas infecções; a partir de um desses casos, soubemos que a infecção variólica, como se tivesse agido revulsivamente, detivera os fenómenos pneumónicos. É notável que já em 1889 a varíola se tivesse manifestado conjuntamente com a gripe. Nesse momento, o médico inglês Goldschmidt, residente na ilha da Madeira, vendo livres da influenza muitos vacinados, conjecturou que a vacina os protegia dela; e outros pensaram como ele. Nada observámos hodiernamente que pudesse sustentar tal opinião, que se coloca em antagonismo face às ideias correntes sobre a imunização específica, e que parece dever ser aproximada à cruzada recentemente feita em Espanha a favor do sêrum anti-diftérico.

Esta coexistência da varíola e da influenza fez-nos recordar o dito do filósofo Spencer, que, num acesso de mau humor contra a vacinação, um dia se pôs a proclamar que a humanidade, ao erradicar a varíola, atraía sobre si a calamidade da influenza; o desaparecimento de um mal tinha, em compensação, atraído outro. Supomos que o pensador não teria arriscado esta fantasia se tivesse visto as duas calamidades lado a

lado. Pudéssemos nós achar igualmente uma vacina para a influenza! Assistiremos ainda a muitas provações até que ela seja descoberta.

## II - Natureza e complicações

Nosograficamente, a influenza reproduziu em Portugal o seu conhecido *cliché*, sintomático e anatomo-patológico, nos seus traços fundamentais e também nos seus traços variáveis. Nenhum aspecto excepcional, nenhum achado, nenhuma novidade. Após a exegese patológica de 1889, a gripe é, em termos clínicos, um assunto esgotado ou quase.

Como formas clínicas, distinguiram-se principalmente três: a *simples*, a *híper-tóxica*, a *pneumónica*; as formas *entérica* e *meningítica* constituíram raridades. Tendência hemorrágica pronunciada; expectoração hemática abundante, hemoptises, mesmos nos casos de incidência respiratória ligeira, por vezes tão profusas que chegaram a ditar a morte por anemia aguda; petéquias, púrpura hemorrágica; derrames hemáticos na pleura e no pericárdio detectados nas autópsias, enfartes hemorrágicos do pulmão, etc. Entre as mulheres, aceleração da menstruação, e, entre as grávidas, abortos, em geral seguidos de morte e provocando uma diminuição da natalidade. Integridade relativa do coração, oligúria frequente e albuminúria. Formas pulmonares variadas, dominadas pela brônquiopneumonia e pela pneumonia, congestão, edema, abcesso, gangrena, pleurisia, piotórax, etc. O estado pneumónico fixa-se, por norma, nos primeiros dias de infecção; outras vezes, não irrompe senão após francas melhoras do acesso de gripe (pneumonia *metagripal*); sucede ainda, embora raramente, que ele se fixa de repente e coincide com a invasão.

Entre os casos dos internados nos hospitais civis de Lisboa, cerca de metade, 51%, consistiam em formas graves; predominaram a brônquio-pneumónica (27%), a pneumónica (11%) e a híper-tóxica (13%). A mortalidade geral foi de 27,6%; 70% das mortes foram causadas por brônquio-pneumonia e por outras lesões pulmonares; as restantes por híper-toxémia, por complicações cardíacas, renais, etc. Os doentes tratados desde o início, mesmo havendo contraído formas graves, tiveram uma mortalidade ligeiramente inferior, mal chegando aos 10%. Entre os idosos, conforme já mencionámos, a infecção não apresentava uma gravidade clínica significativamente superior à dos jovens. Notemos ainda que, embora considerada fatal no contexto de casos de tuberculose, a gripe por vezes também evoluiu num sentido benigno entre os tuberculosos diagnosticados.

Os exames *bacteriológicos* da expectoração nos pneumónicos lobares e lobulares, efectuados no Instituto Câmara Pestana pelo Dr. Nicolau Bettencourt, revelaram, com relativa frequência e por vezes com notória abundância, a presença do bacilo de Pfeiffer em 57% dos casos. Este bacilo não é, pois, tão raro como faziam pensar as primeiras investigações, sobretudo as que foram realizadas no país do próprio Pfeiffer. Nas formas benignas, durante as etapas iniciais, o Dr. Bettencourt chegou a encontrá-lo no muco



faríngeo. Como detalhe técnico, o meio de Talhimer, preparado com uma solução de hemoglobina amorfa, forneceu-lhe resultados iguais aos de agar-sangue, com a vantagem de uma conservação mais fácil. Quanto ao resto da flora bacteriana inventariada até hoje, encontrou o *pneumococcus*, um *streptococcus* do tipo *mitior* de Schotmuler, o *catarrhalis* e um *coccus* que pareceu ser o *tetragenus*. O predominante era o pneumococcus, bastante mais comum do que o streptococcus, mesmo nas formas supuradas e nos empiemas. Em 23 pleuresias purulentas, apenas foi detectado o *pneumococcus* puro. Merece menção o facto de, em dois casos de pneumonia serofibrinosa, não se ter encontrado rigorosamente nada, nenhuma bactéria.

A respeito da *natureza* e das complicações habituais da gripe, elaborou-se um esquema baseado, concomitantemente, na clínica e na bacteriologia. Existiria uma infecção fundamental, primária, idiopática, a gripe simples, que teria como causa um vírus *of unknown origin*, pertencente à categoria dos vírus filtrantes segundo as pesquisas de MM. Nicolle e Lebailly, já confirmadas por outros investigadores, apesar da aparente discordância dos resultados relativamente à presença ou à ausência do vírus no sangue.

Esta afecção primitiva seria acompanhada ou seguida de *complicações*, entre as quais as pulmonares - associações ou sequelas mórbidas, similares às do sarampo, em que a gravidade e o risco de morte se devem também à pneumonia. Estas afecções secundárias ou deuteropáticas teriam como causa uma nova infecção sobreposta, de natureza bacteriana, à qual a infecção inicial teria aberto a porta. Esses micróbios satélites ou simbiosas corresponderiam essencialmente ao bacilo de Pfeiffer, o *pneumococcus* e o *streptococcus* - trindade bacteriológica que monopolizaria os acidentes torácicos gripais, cada um desempenhando o seu papel: o *pfeiffer*, o mais inócuo, provocaria o catarro, o *pneumococcus* as flegmasias congestivas e exsudativas, o *streptococcus* as supurações. Talvez esta esquematização e esta diferenciação sejam excessivas, dado que, por exemplo, nas supurações o *pneumococcus* aparece muito frequentemente em lugar do *streptococcus*; isto sem falar da dificuldade que se teria em separar uns dos outros certos grupos das duas séries. Por outro lado, contra o exclusivismo que favorece as três espécies, parece ser possível invocar a participação de outros germes como o *catarrhalis*, o *tetragenus*, etc. Esta flora bacteriana, nas suas relações com as afecções e as lesões pulmonares, ainda não se encontra bem destrinchada. A tal se devem as variantes na composição das vacinas propostas.

De qualquer modo, a ideia corrente e de maior crédito postula a inocência do vírus gripal, provindo a sua malignidade somente dos vírus comuns que o acompanham ou se lhe seguem. E este conceito nosogénico serve de pedra angular aos métodos profilácticos e terapêuticos já inaugurados com tanta confiança e esperança. Seria uma heresia pôr em causa esse pressuposto, que hoje constitui uma espécie de dogma intuitivo; no entanto, convém assinalar alguns pontos obscuros ou insuficientemente clarificados. A pneumonia não poderá ser sempre considerada clinicamente uma complicação, já que por vezes se manifesta desde a primeira acometida da influenza. Importa saber se a pneumonia é uma doença acrescentada à gripe ou um sintoma essencial da gripe, o que constitui uma velha questão na medicina francesa; compreende-se que se possa pensar na pneumonia gripal idiopática, a partir do momento em que a tendência pneumónica imprime um cunho

característico às epidemias de influenza. Aquando da pandemia de 1889, Wassermann e Leichtenstern declararam que se tratava de uma pneumonia *sui generis*. O mesmo fez o velho Sydenham, quando viu seguir-se à epidemia de tosse de 1675 uma outra que ele designou como peri-pneumonia, distinta da vulgar, "*morbus sub alio sidere natus*". Há epidemias de pneumonias vulgares, puramente pneumocócicas, tais como, por exemplo, aquelas que, devido à susceptibilidade das raças exóticas, foram detectadas nos campos militares em França. Seria interessante estabelecer a comparação entre as duas séries pneumónicas epidémicas, a simples e a gripal, e notar as suas diferenças, se é que existem diferenças. A pneumonia gripal não tem, em regra, tendências cíclicas e críticas; mostrase frequentemente hemorrágica, qualidade que não parece ser inerente à pneumococia comum; é dotada de uma elevada gravidade e é, enfim, altamente contagiosa.

Estas são questões que poderão ser colocadas por via da articulação entre a clínica, a anatomia patológica e a microbiologia, e que serão definitivamente dilucidadas quando se descobrir o micróbio da influenza. Uma solução indirecta, mas demonstrativa, decorreria da eficácia das vacinas já elaboradas e testadas, a partir do momento em que a prática as sancionasse vitoriosamente. Fabricadas apenas com os micróbios auxiliares da gripe já conhecidos, se elas prevenissem as invasões pulmonares, isso significaria que o mal provinha deles. Seria uma aplicação do aforismo de Hipócrates amiúde repetido acerca da demonstração da natureza das doenças a partir das curas operadas.

### III - Profilaxia

No relatório oficial de 18 de Junho, publicado pela imprensa quotidiana, escrevemos claramente o que se segue: "O índice de contágio da influenza é o mais elevado dos que se conhecem: contágio directo inter-pessoal, tão forte e tão subtil que confere à infecção a sua alta epidemicidade típica, da qual nenhuma outra sequer se aproxima. Conhecendo nós mal, para além disso, os agentes e os modos desse contágio, compreende-se que sejamos impotentes para contrariar a sua propagação. O isolamento, a arma habitual para triunfar sobre as doenças contagiosas, revela-se inoperativo perante a violência de um vírus que se expande instantaneamente numa cidade inteira e salta sobre todas as barreiras. Nem o encarceramento dos doentes, nem o enclausuramento dos indivíduos saudáveis constituem medidas de protecção fiáveis. Por muitos doentes que se quisesse aferrolhar dentro dos hospitais, um número bem maior continuaria a passear-se livremente nas ruas, para não falar nos indivíduos que, estando de boa saúde, transportam em si os germes virulentos. Quanto às pessoas saudáveis que desejariam encerrar-se a fim de opor uma barreira entre elas e o ambiente epidémico, ser-lhes-ia bem difícil instalar uma torre de marfim onde se pudessem conservar protegidas da vizinhança perigosa dos outros homens". Afirmações de impotência profiláctica, confissões desoladoras, que foram recebidas como tal, mas verdades que, embora duras, deviam ser proferidas de modo a fixar as situações e a dissipar a tempo as ilusões enganosas, e verdades que o futuro viria, infelizmente, a confirmar em pleno. A própria torre de marfim serviu de albergue a algumas pessoas, no caso que referi acerca

da família que se confinou na parte mais elevada da sua casa; a gripe, como em jeito de provocação, atacou, um a um, todos os ocupantes desse ninho e matou metade deles.

Tudo esteve bem até ao aparecimento da pneumónica. Então, levantaram-se os clamores contra as autoridades apanhadas em flagrante delito de imprevidência e de incúria. Ao mesmo tempo que recordámos as nossas sinceras declarações iniciais, demonstrámos que o flagelo não poupava nenhum povo e não moderava sequer a sua fúria nos países mais avançados a título sanitário, onde a mortalidade urbana habitualmente não ultrapassa metade da mortalidade nas cidades portuguesas, onde as instituições higiénicas são mais perfeitas, e onde o público é mais disciplinado no que toca às suas prescrições. Sabíamos já que no estrangeiro se tinham lançado recriminações bastante mais vivas e bastante mais injustas do que no nosso recanto meridional, onde, ao fim de contas, elas foram raras e moderadas. Por toda a parte, mesmo nos lugares onde seria menos expectável, gritaram-se protestos contra os guardiães da saúde pública. Homens e instituições foram colocados no banco dos réus, sujeitos às invectivas da imprensa e dos parlamentos, e por vezes as acusações partiram da própria boca dos profissionais. Mais um sinal destes tempos em que tudo afunda é essa falta de cultura e de ciência por parte do público dito instruído, que não hesita em imputar pesadas responsabilidades àqueles que não têm o privilégio da adivinhação nem da magia, e que não dispõem, nem cientificamente nem na prática, de remédios contra as inexoráveis fatalidades biológicas.

Se todos são médicos, em tempos epidémicos todos querem ser higienistas, e mal estará aquele que procurar contentá-los. Insistimos com firmeza no nosso propósito de nos abstermos de métodos supostamente profilácticos e vivamente recomendados como tais, mas que não teriam logrado senão uma segurança ilusória e que teriam acarretado estragos ou desperdícios. A interdição dos ajuntamentos, considerando que a reunião de muitas pessoas favorece e amplifica o contágio, era indicada; mas quais deveriam ser interditados e até que ponto? Podia-se interromper as peregrinações e as grandes feiras, e assim foi feito; podia-se adiar o reinício das aulas e a reabertura dos cursos, e tal não deixou de se fazer. Foi de imediato exigido o encerramento dos teatros e dos cinemas, mas rejeitámos essa medida. Uma vez entrando no caminho das proibições, já não saberíamos onde parar: após os estabelecimentos de espectáculos, vinham cafés, igrejas, transportes públicos, mercados, escritórios, lojas, fábricas. A vida social e económica não pode ser interrompida nem travada em nenhuma das suas manifestações, nem mesmo naquelas que se afiguram mais supérfluas ou frívolas; não há alternativa senão deixá-la continuar em todas as suas modalidades, incluindo as distrações, a fim de não alimentar a desolação e o pânico.

As desinfecções supérfluas, sem se saber contra quê nem porquê, são ainda menos apropriadas. Alguns desejariam derramar desinfectantes como se fizessem uso do tonel das Danaides. Era uma atrapalhação inútil, à qual nos opusemos obstinadamente, para além de uma despesa repreensível, num momento em que todos os recursos disponíveis não bastavam para cobrir as múltiplas e onerosas exigências da assistência médica e social, em face de tão excepcional calamidade. Não eram apenas solicitados vagalhões de creolina e pilhas de cal clorada, mas também barris de alcatrão para incinerar, como na Idade Média, com vista a sanear o ar corrompido. Em Espanha, sob a pressão da opinião

pública, a desinfecção foi feita agressivamente: foram mobilizadas estufas a vapor para as docas, e a cidade de Madrid orgulhava-se de lançar aos rios 6.000 francos de desinfectantes por dia. Entre nós, em Lisboa, não pude impedir que a cidade despendesse, em certos dias, 150.000 francos para reforçar com cal clorada os bordos dos passeios e as valetas.

Entretanto, difundira-se o boato de que a França se achava desolada pela cólera, boato que desmentimos categoricamente, mas a que se procurou dar crédito em Espanha e noutros lugares; o Governo Argentino chegou mesmo a declarar suspeitos de cólera os portos de França, Portugal e Itália. Explorando o pânico da gripe, a imprensa progermânica espanhola conseguiu que fossem tomadas as mais pomposas medidas contra os provenientes dos Países Aliados, o que naturalmente foi feito contrariando de forma violenta a opinião e os conselhos dos higienistas de Espanha, atropelando os seus protestos, e a esse respeito devemos fazer-lhes justiça. Chegou-se ao extremo de manter as fronteiras portuguesas fechadas e de interditar todo o trânsito através de um cordão sanitário, isolando-nos assim da Europa por via terrestre. Não conhecemos nas crónicas da Higiene, nem mesmo nas mais antigas, um caso semelhante de um país isolado por outro devido a uma epidemia que assolava o segundo desde dentro e que ele próprio comunicou ao primeiro!

As convenções sanitárias não abrangem o caso da influenza, o que nos parece constituir uma hipótese a considerar sob o ponto de vista da *profilaxia internacional*, talvez não para as fronteiras terrestres, mas sim para as marítimas. Diz-se que, na epidemia de 1889, a Austrália logrou resistir graças a um sistema de quarentenas. Nos nossos portos das ilhas testou-se igualmente esse sistema em 1918, mas sem sucesso. No entanto, as pequenas ilhas de Flores, São Jorge e Santa Maria, que conseguiram isolar-se inteiramente das suas vizinhas, foram poupadas.

É evidente que não esquecemos em absoluto as medidas clássicas de *desinfecção* e de *isolamento*. Foram submetidos a uma desinfecção diária os espaços destinados aos veículos de transportes públicos, os estabelecimentos de espectáculos, etc. O isolamento dos engripados foi recomendado, na medida do possível, tanto nos domicílios privados como nas habitações colectivas, casernas, colégios, prisões, hospícios, hospitais, etc. A hospitalização das pessoas atingidas foi aconselhada em todas as circunstâncias, com separação, tanto quanto possível, dos casos graves. Infelizmente, tal internamento não podia senão ser limitado face à vaga epidémica e à insuficiência das instalações. Mesmo nas cidades urgiu improvisar hospitais a toda a pressa, e com mais fortes razões ainda nas pequenas localidades. Outorgou-se à autoridade sanitária a faculdade de requisitar imóveis para os adequar a esse propósito. Esta falta de hospitais parecia causar constrangimentos mais ou menos em toda a parte, uma vez que, segundo as informações da imprensa, em Copenhaga chegou a deixar de ser possível internar os doentes que se apresentavam cada dia, por vezes nem mesmo aqueles cujo estado era grave. A influenza, quando devasta a sério, exaure todos os recursos, mesmo nos maiores centros.

A *declaração obrigatória* da parte do médico, se bem que limitada ao aparecimento de casos epidémicos na sua prática e aos casos de influenza pneumónica, não surtiu os

resultados desejados.

A *profilaxia individual* é tão pobre como a pública. As lavagens frequentes do nariz e da garganta com água salgada, mentolada ou oxigenada passaram às recomendações correntes. É muito duvidoso que a sua eficácia fosse fiável; quem sabe mesmo se as mucosidades das vias respiratórias superiores não constituem, em si mesmas e devido aos seus microrganismos, um revestimento protector? À força de atormentar o nariz e a garganta com fobia à gripe, de fungar e de fazer lavagens com substâncias irritantes, o que muita gente alcançou foi contrair faringites e rinites. Quanto à possibilidade de as drogas serem dotadas de virtudes preventivas, ainda não se descobriu, até agora, que exista nem uma única; opusemo-nos ao seu uso com tanto mais convicção dado o facto de que os medicamentos para os doentes começavam já a escassear. A prevenção mecânica mediante o uso de máscaras é dificilmente aceitável no contexto dos nossos costumes actuais; médicos e enfermeiros não se resignariam de boa vontade à obrigação de se apresentarem aos seus doentes com tal adereço.

Dissemo-lo desde o princípio e cada vez estamos mais convencidos disto: uma vacina específica é “a única esperança profiláctica para um contágio deste género”. Os meios comuns de defesa anti-infecciosa contra a varíola não teriam servido para nada, ou não teriam servido para grande coisa, se a vacina anti-variólica não houvesse sido descoberta em prol da saúde da humanidade; e o vírus gripal é ainda mais difusivo e incoercível do que o da varíola. Esta epidemia maior já depauperou o mundo de alguns milhões de seres humanos; aumentará ainda o seu passivo nos surtos subsequentes, que não deixarão de se verificar durante alguns anos, e o único socorro que podemos esperar em tal provação virá da profilaxia e da terapêutica, através dos procedimentos de imunização em estudo.

A tarefa principal imposta pela influenza pneumónica consistiu no alargamento da *assistência médica e social*. Mas esta última, apesar de todos os esforços envidados, não podia senão ficar aquém das exigências insaciáveis de um flagelo tão devastador e que, para cúmulo da desgraça, escolheu para se abater sobre o Mundo uma época de carência geral: carência de alimentos, carência de medicamentos, carência de transportes e mesmo carência de médicos. O exército teve de devolver à clínica civil uma parcela do pessoal do quadro extraordinário de guerra; recorreu-se ainda aos médicos de todas as idades, incluindo aqueles que tinham já abandonado o serviço activo da profissão, e mobilizaram-se os estudantes do 5.º ano das Faculdades de Medicina, que tiveram de receber antecipadamente o baptismo profissional. Foram requisitados veículos para o serviço médico-sanitário, e só tardiamente se obteve um abastecimento suficiente de gasolina. Foram distribuídas provisões alimentares, pão e açúcar, e foram feitos fornecimentos de quinina, de farinha de mostarda, de farinha de linhaça e de outras drogas, as mais usuais e necessárias. Foram distribuídas ajudas económicas pelos indigentes, e foram instituídas *comissões de auxílio* para recolher esmolas e exercer a beneficência.

Para uma tão vasta missão, que foi levada tão longe quanto possível com o contributo de todos, o Estado julgou conveniente conceder temporariamente autonomia à Direcção-Geral da Higiene, confiando-lhe os créditos votados para a luta contra a epidemia,

investindo-a dos mais amplos poderes e fazendo do seu Director o Comissário-Geral do Governo.

---

\* Traduzido por Ana Ferreira da Silva (Investigadora doutorada na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa).

[1] Foram publicados em separata: *A Influenza, nova incursão peninsular*. Relatório apresentado ao Conselho Superior de Higiene na sessão de 18 de Junho de 1918. *A Influenza e a febre dos Papatazes*. Julho e Agosto de 1918.

[2] A propósito de tais questões é bastante difícil, pelo menos de momento, formular uma resposta clara. Os relatórios apresentados à Comissão Sanitária dos Países Aliados assinalam as epidemias *parciais* nos exércitos desde o final de Abril e o início de Maio de 1918 (por exemplo, para o exército americano, na segunda quinzena de Abril, no campo de Bordeaux, e, nos primeiros dias de Maio, no campo de Tours). Seriam essas as vanguardas da grande vaga que se disseminou por toda a parte em finais de Maio e no início de Junho? De acordo com as comunicações de MM. Kabeshima e Lee, a influenza devastava o Japão e a China, sob a forma de epidemia *generalizada*, nos meses de Março e de Abril de 1918. Afigura-se, por conseguinte, que a Ásia oriental seja a primeira região onde se constatou a presença da vaga pandémica de gripe na Primavera de 1918. O facto seria interessante, pois confirmaria a origem oriental do flagelo, aceite para os grandes surtos do século XIX.

[3] No seu relatório sobre a epidemia das Índias, onde a gripe foi particularmente mortífera, MM. White e Greig afirmaram o mesmo: “Nenhum outro flagelo, até aos dias de hoje, se aproxima dela em termos de intensidade, e poderíamos perguntar-nos se alguma outra doença epidémica conhecida na história mundial alguma vez devastou, com tamanha violência e num lapso temporal tão breve, tão amplas partes do globo”. Nas Índias, cinco milhões de homens foram abatidos pela gripe em poucos meses, quase 2% da população total, mais de metade das mortes causadas pela peste em 22 anos.

[4] A terceira vaga apenas irrompeu mais tarde, em Abril e Maio.

[5] M. Boyden assinalou um facto semelhante em Portsmouth (Inglaterra), onde a epidemia surgiu inicialmente na caserna marítima, e um mês depois entre a população civil.

[6] M. Louis Martin identificou casos similares em famílias enclausuradas; citou a

opinião de M. Orticoni, que põe em causa a transmissão pelos animais domésticos (gatos). As *epizootias gripais*, como a que foi recentemente observada nos símios em África, constituiria uma matéria de estudo interessante. Nas epidemias anteriores, tinha-se falado amiúde também da gripe dos cavalos.

[7] Casos semelhantes, observados por toda a parte, foram declarados à Comissão Sanitária dos Países Aliados.