

4

BREVE ESTUDO CLÍNICO

SÔBRE

Tuberculinoterapia, seroterapia
e quimioterapia

168/4 FMP

J. Pereira da Silva

Breve estudo clínico

SOBRE

Tuberculinoterapia,
seroterapia
e quimioterapia

Dissertação inaugural
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

(C)

PÔRTO, 1916

(C)

168/4 FHP

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

CANDIDO AUGUSTO CORREIA DE PINHO

PROFESSOR-SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

1.a classe — Anatomia . . .	{	Luis de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2.a classe — Fisiologia e Histologia	{	Antônio Plácido da Costa José de Oliveira Lima
3.a classe — Farmacologia .		Vaga
4.a classe — Medicina legal e Anatomia patológica	{	Augusto Henrique de Almeida Brandão Vaga.
5.a classe — Higiene e Ba- cteriologia	{	João Lopes da Silva Martins Junior Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6.a classe — Obstetrícia e Ginecologia	{	Cândido Augusto Correia de Pinho Álvaro Teixeira Bastos
7.a classe — Cirurgia	{	Roberto Belarmino do Rosário Frias Carlos Alberto de Lima Antônio Joaquim de Sousa Junior
8.a classe — Medicina	{	José Dias de Almeida Junior José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida
Psiquiatria.		Antônio de Sousa Magalhães e Lemos

Professores jubilados

José Augusto de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

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

(Regulamento da Faculdade, de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

Ao meu ilustre Presidente de tese

O SNR. PROFESSOR

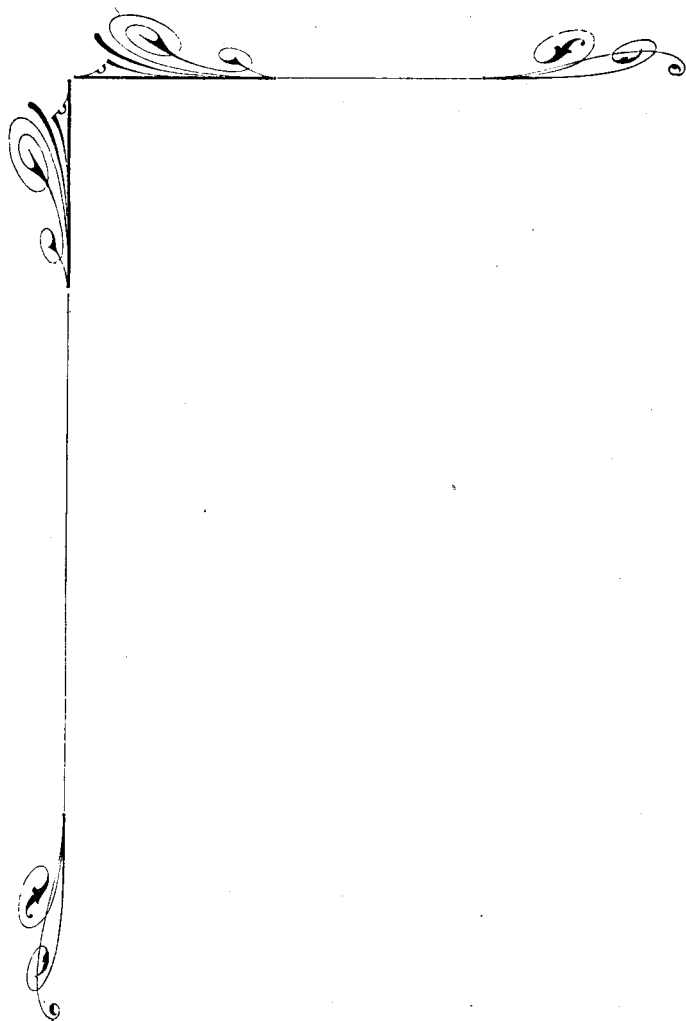
Joaquim Alberto Pires de Lima

Ao ilustre Corpo Docente

DA

Faculdade de Medicina do Pôrto

Aos meus condiscipulos



PROÉMIO

Ao alcançar o termo dum longo curso, numa idade em que os sonhos côr de rosa e as miragens da mocidade são já uma sombra diluída, nós vimos, arrimados ao bordão da realidade brutal, apresentar, como complemento obrigatório da extensa caminhada, êste tão desvalorizado trabalho.

Que a censura se condoa e que, ao volver os olhos de sôbre essas páginas áridas, despidas de interesse sciêntífico e de brilho literário, julgue, admitindo atenuantes.

Se a lei permitisse escusarmo-nos a esta prova, de bom grado nós ficaríamos na modéstia da nossa insignificância, ocultos na sombra, acomodados silenciosamente no retraimento da nulidade pessoal.

Mas dura lex, sed lex ...

Impelidos pois para a arena, depois de haver passado sob as fôrças caudinas, invejamos, em transe tão amargo, a glória de muitos que, ante análogas circunstâncias, teem encontrado um pretexto para brilhar mais uma vez.

Nêste lance só nos resta imitar os gladiadores romanos, quando, em antes do combate, desfilavam, perante o imperador, gritando: morituri te salutant.

*

* *

*Hahnemann, no seu admirável e eloquente evangelho **Organon**, definindo as obrigações que assistem aos médicos, diz assim:*

"A primeira, a única vocação do médico, é dar saúde aos doentes: é o que se chama curar. Restabelecer a saúde é o primeiro e único fim do médico penetrado da importância da sua missão, que consiste em socorrer o próximo e não em perorar em tom dogmático.."

Léon Simon afirma: em medicina o homem mais sábio é o que cura mais e o que cura melhor. Os conhe-

cimentos que não conduzem a êste fim último constituem e que, com muito espírito, dizia Sydenham da medicina do seu tempo, quando a qualificava: ars garulandi potius quam sanandi.

A medicina é uma arte.

O artista bem digno dêsse nome não deve limitar o seu espírito a um único método ou processo terapêutico. Êle deve evolver e acompanhar sem obsessões os progressos incessantes da terapêutica.

A ciência, nas suas múltiplas especulações filosóficas, ganha incessantemente terreno, dando à prática, de cada nova tentativa no campo teórico, valiosos elementos de combate. O que é prático é aceitável e adoptado.

E a prática só faz entrar no turbilhão das coisas concretas aquilo que passou pela apertada fieira da observação e experimentação.

A prática é o valioso cadinho onde vão purificar-se das puerilidades e fantasias as inúmeras revelações do espírito humano. Nêsse cadinho, o erro é calcinado

para sofrer a volatilização consecutiva e ser aproveitado apenas o que é digno de o ser.

Não há dogmas em terapêutica.

A arte de curar evolue sempre, e aí do profissional que de braços cruzados e olhos cerrados, assiste à luminosa trajetória que no horizonte médico a ciência risca com scintilações vivas. Ficará sempre um mutilado, siderado pela descrença e impotenciado pelo scepticismo.

Tal qual Frappart, discípulo de Broussais, que há 85 anos, num grito de revolta, escabujando na sua prostração negativista, e entregue por assim dizer a uma crise de contracções clónicas, escrevia, desanimado da improficuidade da terapêutica do seu tempo :

"Medicina, pobre ciência ! Médicos, pobres sábios ! Doentes pobres vítimas !

Todos os vinte anos pelo menos, a mesma escola muda de sistema; algumas vezes há dois ou três sistemas na mesma escola; em suma, entre os médicos sa-

dos da mesma escola e tendo o mesmo sistema, não há quatro que possam entender-se ante o leito do doente.

*Vossa sciência está na anarquia, vossa profissão na decadência, vosso **métier** à borda do abismo !!,*

Frappart vencido em 1830, seria hoje um pouco crente.

*Frappart era um exclusivista pertinaz, cingindo o seu bom espírito nos limites do **contraria contrariis**. Não conheceu a electroterapia, o rádio e radiumterapia, etc.*

*Repugnou-lhe o **aequalia aequalibus** da isoterapia e jamais tentou investigar as verdades sciêntificas e as delicadíssimas influências terapêuticas do **similia similibus**.*

Frappart repelia o nosodo, e não assistiu à aparição do colossal esplendor que Pasteur lançou sobre o empirismo da época. A seroterapia passou-lhe despercebida, e, se a conheceu foi por forma grosseira.

Afinal, nesta embaraçosa questão de terapêutica o nosso critério pessoal orienta-se pela adopção e respeito de qualquer princípio questionado pelos grandes espíritos que teem tratado de tal assunto com essa superior meticulosidade própria de altas inteligências.

Não professamos a doutrina duma só escola, nem apertamos os nossos conhecimentos nos limites dum único sistema. Todos os princípios terapêuticos dominantes contem verdades. Colhêr essas verdades, confiá-las à análise do nosso critério e à guarda da nossa memória será a tarefa que se nos impõe no exercício da profissão médica.

TUBERCULINOTERAPIA

A medicação específica anti tuberculosa pôde ser preventiva ou curativa e compreende o estudo das *vacinas* e das *tuberculinas* (reunindo sob esta designação os diversos produtos de secreção e as endotoxinas bacilares) e enfim os *soros*.

O alcance terapêutico das vacinas e das tuberculinas tende a conferir ao organismo indemne ou já infectado a *imunidade activa*; o emprêgo dos soros visa a *imunidade passiva*.

Ao fim de inúmeras tentativas de vacinação por bacilos, quer vivos e virulentos, ou atenuados, modificados pelo aquecimento ou por diversas substâncias químicas, ou sensibilizados, numerosos experimentadores tem obtido nos animais resultados que não podem ser generalizados à espécie humana.

O primeiro ensaio de imunização por bacilos vivos parece ter sido feito em 1886 por Cavagnis, por meio

de injeções, progressivamente crescentes, de escarros tuberculosos adicionados de soluto fénico. Um pouco mais tarde, em 1889, Grancher e Ledoux-Lebard, modificando um pouco o primitivo processo, não obtiveram melhores resultados.

Em 1902 faz ruído no mundo científico o chamado método de jenerização dos bovideos de Behring, Koch e Schütz, Hutyrá, Weber injectaram de *emblée* na corrente sanguínea 10 a 30 miligr. de bacilos humanos obtidos segundo o processo de jenerização.

Entretanto, as tuberculinas começavam a conquistar a atenção dos experimentadores e a tuberculinoterapia entrava, manietada por suspeitas e reservas, no campo da terapêutica.

A tuberculinoterapia é o método terapêutico que consiste em tratar as doenças produzidas pelo bacilo de Koch, empregando extractos tuberculosos que sofreram modificações prévias.

A tuberculinoterapia inspira-se na isopatia, método êste que não tem nada de recente e novo.

Em 1883 um veterinário de Dantzig, de nome Lux, conquistou certa voga mercê da aplicação dos conhecidos *nosodos*. Também Constantin Hering, da Universidade de Chicago, se dedicou com paixão à nosoterapia e, há mais de duzentos anos, Robert Fludd, professor de anatomia, referia um caso de cura de tísica por o *sputum rejectum pulmonica*. Por 1840, Martinho, médico português, residente no Rio de Janeiro, preconizava uma tuberculina que denominou *tubercina*.

Em 1874, Swan, norte-americano, propaga ao vento da fama um produto que obtinha triturando um escarro tuberculoso com açúcar de leite e que denominou *tuberculinum*. Mais tarde Compton Burnett, macerando em álcool uma porção de pulmão tuberculoso típico com as paredes duma caverna e tecidos adjacentes, intitula o produto resultante *bacillinum*, cujas indicações e prescrições terapêuticas estão citadas no seu livro *The new cure of consumption by its own virus*, 2.^a edição, 1892. *Bacillinum* seria um medicamento dotado de todos os caracteres de polivalência bacteriológica, pois ao lado do bacilo de Koch encontram-se nas cavernas tuberculosas todos os micróbios imagináveis.

Surge Pasteur e os trabalhos imortais do imortal e grande sábio riscam no horizonte da ciência uma trajectória luminosa com scintilações dum colossal meteoro e o modo terapêutico ainda em esboço e incoerente toma vulto, corpo e forma.

Então os isópatas modernos, uma pléiade de homens que voga acima do anonimato, Gross, Duprat, Nebet, Conan e outros, generalizam o princípio, levando por mais longe o estudo no campo do nosodo. Eles veem preconizar o *syphillinum* contra a sífilis, o *modorrhinum* contra a blenorragia, *pertussina* contra a coqueluche, *malleina* contra o cancro, etc.

Caliis prepara uma substância chamada *mucotoxina* com o micrococcus catarrhalis, pneumobacilo de Friedländer, e o micrococo tetrágono, que elle applica em casos de bronquite aguda; a *diphtherotoxina* nas bronquites crónicas com ralas.

Com escarros contendo pneumococos, Sappington fez culturas e administrava ao doente seus próprios pneumococos (vacina autogénia), na dose de dez milhões e aumentando até cem milhões, uma dose por semana. Não sómente conseguiu curar a bronquite crónica mas as *poussées* agudas pneumónicas (Hahneman — Montley, 1912).

Collet, médico do Havre, e Lethan trataram bronquites agudas de repetição servindo-se da nosoterapia.

Sem embargo dos progressos que esta espécie de estudo tem alcançado, na hora actual ainda não existe uma tuberculina ou sôro bactericida eficaz. Contudo, o emprêgo de algumas dessas preparações, manejadas com prudência e em doses que não produzam efeitos fisiológicos, possuem uma acção mais eficaz que o uso de muitos medicamentos assaz apregoados e elogiados.

A tuberculina deve ajudar o esforço natural do organismo, a acção dos anticorpos. É essa a sua missão.

Récamier disse: a acção das tuberculinas, para ser eficaz, não deve passar o esforço reaccional de que é capaz o organismo.

Qual será a dose necessária para obter êsse fim, isto é, a dose que não occasiona reacções inflamatórias graves, a dose fisiológica ou terapêutica? Não sendo conhecido o limite extremo da sensibilidade do tuberculoso, difícil se torna determinar essa dose, que ficará além disso sujeita à anafilaxia de que cada indivíduo pode participar.

Sem nos preocuparmos nêste momento com a questão bizantina, travada entre duas escolas irredu-

tíveis, verificámos, no estudo que fizemos sobre tuberculoterapia, que alópatas e homeópatas se aproximam quando tocam o problema da posologia das tuberculinas.

Os discípulos de Galeno, possuídos da preocupação de que só a dose *activa* logra obter efeitos terapêuticos, repelem a possibilidade da chamada dose homeopática, e, contudo, quando recorrem à aplicação das tuberculinas, fazem-no por maneira que o alópata segue muito de perto a dose infinitesimal.

Os continuadores da escola da Hippocrates e de Hahnemann, fiados em que a substância não actua em virtude da sua massa, mas em razão da sua superfície que multiplica os seus pontos de contacto e aumenta a sua fluidez, e que quanto maior é a divisibilidade maior é a extensão, e por consequência a sua absorção mais fácil e mais real a sua acção, aplicam a 100.^a diluição — diluição obtida de acordo com as prescrições da Farmacopeia homeopática.

“E’ aos princípios imponderáveis sómente que cada medicamento deve a sua maneira de actuar, sua potência e sua eficácia,” — escreveu Récamier.

Ora parece que a razão escuda os últimos.

Os casos de malôgro e os desenlaces fatais, resultantes do emprêgo das tuberculinas, são consequência, quanto a nós, dos defeitos inerentes ao método empregado na preparação. Seria preciso empregar e preparar substâncias capazes de intoxicar a célula tuberculosa e assegurar a eliminação desta por os emuntórios naturais.

Contudo a utilização dos bacilos, modificados ou atenuados, terão ao menos a vantagem de conferir ao organismo sã ou doente uma capacidade de resistência durável ante as infecções graves ou reinfeções que nenhum método de imunização *passiva* jamais conseguirá.

¿ Como actuam as tuberculinas ?

As tuberculinas não actuam matando o bacilo, mas neutralizando a toxina tuberculosa.

As tuberculinas, bem indicadas, ajudam a neutralização das toxinas congestivas.

Clínicamente, actuam como anti-congestivas. Em fortes doses, congestionam; em doses infinitesimais, descongestionam.

Diz François Cartier: se bem que ninguém possa afirmar que uma tuberculina ou um sôro são dotados de poder bactericida, não obstante a ausência de bacilos nos exames microscópicos, não obstante as curas que parecem autênticas, é muito possuir nos vírus tuberculosos agentes descongestivos de primeira ordem.

O momento preciso para dar a tuberculina é quando se estabelece numa reacção natural. Ora, não existe reacção natural (propriedades dos soros normais) senão em presença duma *poussée* mórbida. Na congestão encontra-se o anticorpo da congestão; a tuberculina medicamentosa aumenta a accção do anticorpo.

E' por esta razão que muitos homeópatas são partidários das doses espaçadas enquanto as melhoras persistem, e não se deveria dar a tuberculina quando os

tubérculos estão a frio, isto é, em estado de trégua bacilar.

A acção da tuberculina executa-se por um mecanismo semelhante ao da *poussée* tuberculosa.

O folículo tuberculoso, diz Gougerot, não é senão uma lesão contingente, dependente dum ponto da reacção inflamatória que sofreu a degenerescência epitelioide. O folículo é constituído por lesões nodulares, degeneradas, correspondendo a uma acção tóxica de bacilos. A aglomeração dos folículos produz o tubérculo, que para uns é uma lesão de defesa, para outros um modo de propagação tuberculosa por a congestão externa circumvizinha, e o isolamento dos focos por uma região avascular e caseificante.

Laveran e Teissier diziam: Sabe-se a frequência da congestão pulmonar nos tuberculosos; numerosos médicos estão mesmo dispostos a admitir que é a ela que é preciso atribuir as ralas finas percebidas nos vértices do órgão como primeira manifestação da diatese.

Duma maneira geral, as granulações tuberculosas, qualquer que seja a sua séde, determinam à volta de si uma zona inflamatória (Herard et Cornil).

Se a tuberculose se desenvolve nas paredes brônquicas, a consequência são lesões de endobronquite; se atinge os alvéolos pulmonares, estes alvéolos apresentam alterações de pneumónia catarral e ao mesmo tempo infiltração embrionária (Dienlaffoy).

Ora é sobre esta zona congestiva de propagação tuberculosa que a tuberculina exerce sua notável influência.

Tendo observado a inutilidade, e quiçá a nocividade das tuberculinas hoje adoptadas, nós recorremos no nosso estudo ao *Bacillum Heathi*.

Das tuberculinas mais apregoadas mister se torna uma rápida resenha.

Em 4 de Agôsto de 1890, no Congresso Internacional de Berlim, Robert Koch anunciava nêstes termos o descobrimento que julgava ter feito do remédio específico:—"Eu possuo actualmente o remédio específico.

Os caviás, animais extraordinariamente predispostos à tuberculose, resistem, graças a esta substância, à inoculação do vírus tuberculoso, e os que estão já atingidos duma tuberculose avançada podem ser curados sem que esta substância tenha alguma influência no organismo,,.

No mês de Janeiro de 1891, o ilustre bacteriologista anunciava a sua *linfa*, que Roux e Nocard também preparam. Esta *linfa*, logo denominada *tuberculina*, era o que hoje se chama *tuberculina antiga de Koch* ou *tuberculina bruta*, simples produto de concentração de culturas esterilizadas do bacilo tuberculoso.

Anos depois, appareceu a *nova tuberculina de Koch* ou *tuberculina T R*; o *bacillinum*, de Compton Burnett; a *tuberculina aviária* ou tuberculina das aves, *tuberculo Landmann*, maceração a 40° no sôro fisiológico glicerinado de bacilos tuberculosos. A êste extracto juntam-se produtos de concentração de culturas e caldos filtrados a 37°. O *tuberculo* representa uma tu-

berculina contendo *exo* e *cutotoxinas*.

A *tuberculina de Denys*, simples filtração de culturas de bacilos tuberculosos em caldo glicerinado não esterilizado pelo calor, isento de substâncias proteicas que a glicerina dissolve a quente durante a concentração a banho-maria, o que acontece na preparação da tuberculina de Koch.

Carl Spengler (de Davos) preconizou para o tratamento da tuberculose injeções de *corpos imunizantes*, extraídos dos glóbulos vermelhos de animais preparados por uma maneira especial. Recentemente Maurice Perrin, de Nancy (*Province Médicale*, 14 juin 1913) teve a ideia de empregar os I. K. por via gástrica. Utiliza para este tratamento as caixas de ampolas seriadas de 1 c. c., tais como as prepara a casa Kalle, de Biebrich-am-Rhein. Com intervalos de dois ou três dias, administra um terço da ampola v, dois terços da ampola v, uma ampola v, uma outra ampola v, um terço da ampola iv, dois terços da ampola iv, uma ampola iv e assim sucessivamente. A dose prescrita é tomada em 50 a 100 c. c. de água ordinária e não alcalina, porque os corpos imunizantes estão em solução ácida.

A modificação de Perrin não exclue as outras medicações e parece constituir algumas vezes um útil adjuvante da cura de recalcificação.

Os I. K. exercem talvez uma acção especial sobre os focos mórbidos, tornando-os mais aptos à fixação das substâncias minerais.

A *Paratoxina* do Prof. Lemoine, que hoje está a ser adoptada com referências lisonjeiras mas de que

não possuímos abservações pessoais no combate da tuberculose pulmonar.

Sómente temos para registrar uma tentativa do tratamento do lùpus num indivíduo que desapareceu, não voltando a receber mais injeccões, apesar dos ligeiros benefícios sentidos.

Actualmente o Instituto Pasteur de Paris prepara, sob o nome de solução-mãe, para uso médico, uma tuberculina precipitada por o alcool e readissolvida na água glicerinada a 30 por 100. Apresenta-se no mercado em ampolas de um centím. c. e correspondendo a 1 centigr. de tuberculina precipitada. É preciso depois praticar diluições, sendo prudente começar o tratamento pela dose máxima de 1 centésima de miligr. de tuberculina precipitada, isto é, por 1 c. c. duma diluição ao milésimo da solução-mãe. Em relação à tuberculina precipitada, esta diluição representa uma solução ao centésimo milésimo.

Actualmente só o *Bacillinum Heathi* (tuberculina dos testículos) parece ser definitivamente afirmado como agente curativo, nas afecções tuberculosas dos ossos e das articulações.

Em agôsto de 1896, F. Cartier apresentou, no Congresso homeopático de Londres, uma memória — *O vírus tuberculoso em terapêutica homeopática*, à qual nós vamos buscar as passagens seguintes :

O Dr. Jousset experimentou, com resultados encorajantes, a diluição homeopática, no mal de Bright; e na Sociedade Homeopática Franceza (sessão de 13 de Abril de 1895) os Drs. Tessier, Silva, Jousset pai e

filho assinalaram a diminuição de albumina nos casos de nefrites crônicas incuráveis e desapareição desta substância nos casos agudos.

Clínicamente, a linfa de Koch produzia curas maravilhosas nas pneumonías lobulares, porque ela produzia a pneumónia, a bronco-pneumónia e a congestão pulmonar nos tuberculosos; a sua acção homeopática parece, pois mais certa que a sua acção isopática...

Tenho estudado, continua Cartier, o mais conscienciosamente possível, a acção do *Bacillinum* na tuberculose; e, devo confessá-lo, procuro ainda uma cura autêntica produzida por êste remédio. Mas, no meio da penúria de medicamentos contra a tuberculose, tenho o prazer de registrar que o *Bacillinum* tem produzido, nas minhas mãos, melhoras consideráveis nos tuberculosos. Eu queria ser tão optimista como o Dr. Compton Burnett no seu interessante livro *Cure for consumption*, mas não posso.

Tenho notado que o sintoma que é sempre mais manifestamente melhorado é a expectoração. Quando o *Bacillinum* actua sôbre a tuberculose, os escarros são menos abundantes, menos purulentos, menos verdes e mais arejados. É raro que um doente, satisfeito do remédio, não diga: eu escarro menos. Nos casos de tosse sêca, no princípio da tuberculose, não tenho observado a paragem do processo tuberculoso.

Bem mais poderosa é a função do *Bacillinum*, nas afeções pulmonares não tuberculosas, pela simples razão que a luta é contra um inimigo menos temível. Ebersole, Young, Löppritz, Burnett, James, H. Holmés,

Jousset, Steinhauf publicaram casos de cura de bronquites agudas, gripe, diarreia, erupção sifilítica, cistite, herpes tonsurante, nefrites, etc., com a tuberculina ou *Bacillinum*.

A verdadeira característica do *Bacillinum*, para as doenças das vias respiratórias não tuberculosas, reside, segundo a minha opinião, nos dois sintomas: opressão e expectoração muco-purulenta; os dois fenómenos encontram-se sempre no último período da tuberculose.

Uma dispneia resultante dum obstáculo pulmonar, devido a uma secreção exagerada das mucosas, é maravilhosamente mitigada com o *Bacillinum*.

Por meio da auscultação revelam-se ralas subcrepitanes húmidas e gorgolejos, tendo algumas vezes analogia com os estalidos húmidos da tuberculose.

Os Drs. Compton Burnett e Van des Berghe recomendam as mais altas potências: mil, cem mil, etc. Para as doses espaçadas certos autores esperam uma semana, duas semanas; nos casos agudos, Cartier dá, geralmente, de dois em dois ou de três em três dias, a 30.^a diluição; nos casos crónicos, tuberculosos, etc., uma dose, duas vezes por semana, em média.

F. Cartier publicou na *Art médical* (agosto 1895) uma série de casos de bronquites localizadas, a maior parte adquiridas à custa da gripe e simulando a tuberculose, por meio da *tuberculina aviária* ou *aviário*.

Parece que o *aviário* não diminui sómente a tosse, como um calmante ou como um narcótico, mas actua como tónico.

O illustre médico francês refere que tem podido

dar *Aviário* na centésima diluição, durante semanas e mesmo durante um mês, sem ter observado excitações ou agravamentos, concluindo das suas observações que esse medicamento convêm "quando a tosse é abundante e a dispneia pequena, tosse aguda, inflamatória, irritante, tal como se encontra nas doenças agudas ou afecções subagudas nos indivíduos jovens, tosse que fatiga e que leva ao desperdício de forças e do apetite, tosse suspeita enfim,,.

"Se eu fôsse, diz Cartier, atingido duma dessas bronquites, cujo futuro é cheio de incertezas e que fazem recear a eclosão da tuberculose, eu não hesitaria um só instante, guiando-me por os exemplos que tenho presenciado, em experimentar o "*Aviário*,,.

SEROZTERAPIA ANZIZUBERCULOSA

Ao passo que os bacilos tuberculosos virulentos ou modificados são aproveitados para realizar a imunização activa contra a infecção ou contra a intoxicação tuberculosa, por meio dos *soros* tenta-se produzir a *imunidade passiva*, isto é, impregnar o organismo do indivíduo doente de substâncias capazes, seja de favorecer a digestão intracelular (bacteriólise dos bacilos), seja provocar a eliminação destes ou então neutralizar por uma acção antitóxica os produtos de secreção nocivos.

A seroterapia é o método de tratamento que consiste em injectar a um individuo são (acção preventiva), ou já doente (acção curativa), uma dose apropriada de sôro proveniente dum animal hipervacinado contra a mesma infecção. Comunica-se então ao indivíduo ino-

culado as propriedades imunizantes, isto é, bactericidas e sobretudo antitóxicas, do animal que forneceu o sôro (P. Courmont).

Os primeiros ensaios laboratoriais de seroterapia antituberculosa foram praticados em 1888 por Charles Richet et Héricourt, injectando ao coelho sangue do cão refractário ao estafilococo piosséptico, para o preservar contra êste micróbio.

Encorajados pelos resultados da tentativa inicial, os insignes experimentadores abalançam-se a investigações de maior monta, nascendo daí a hemoterapia antituberculosa.

Os resultados tornam-se mais evidentes quando o cão é préviamente inoculado com culturas do micróbio estafilococo piosséptico, tornando-se reforçada a sua resistência natural. Persuadidos que o cão é refractário à tuberculose, inoculam no coelho sangue do cão normal e do cão tuberculizado, verificando uma demora na tuberculização dos coelhos assim tratados.

Em 1890, Bertin et Pick, de Nantes, observam que o sangue de cabra, injectado ao coelho embaraça o desenvolvimento da tuberculose, acontecendo o mesmo quando é injectado ao homem tuberculizado.

Lépine injecta sangue de cabra desfibrinado; Héricourt sangue do cão; Ogata et Jasuhara tratam e curam o carbúnculo no rato, injectando-lhe sôro da rã ou do cão.

Porém o estudo analítico da seroterapia só alcança

um fim fecundo com os trabalhos de Behring e Kitasato, que rasgam no horizonte limitado dêsse ramo da ciência um largo ponto de vistas, ficando estabelecida a imunidade antitóxica, isto é, o *poder antitóxico específico do sôro* dos animais imunizados, não contra as culturas microbianas mas contra as toxinas isoladas destas culturas. Os ilustres sábios demonstram que o sôro dos animais imunizados com as toxinas diftérica e tetânica tem um poder antitóxico que eles utilizam como preventivo e curativo dessas doenças.

Em 1894, Roux comunicou ao Congresso de Budapest a obtenção do sôro antidiftérico do cavalo.

Surgem enfim diversos investigadores e entram no campo da terapêutica novos soros, cujo credito fica à mercê de contingências várias.

Citaremos o sôro antipestoso,, o sôro antiestriptocócico, sorosco ntra a febre tifoide, contra a disenteria, contra a cólera, contra a pneumonia e enfim os soros contra o bacilo de Koch.

Sendo êstes últimos o objectivo do nosso estudo, cumpre-nos enumerar os que tem sido mais bem estudados: o sôro de Maragliano, o sôro de Marmorek, o sôro de Valfée e o sôro de Ruppel et Rickmann.

A via de introdução no homem é ordinariamente a subcutânea.

Entretanto, J. Courmont preconizou duma maneira geral a via venosa, por dois motivos: por mais eficaz e como preservativa dos accidentes post-seroterápicos.

No caso dos soros antituberculosos a via rectal é

o método mais usado.

Com o sôro de Marmorek pratica-se um clister de dois em dois dias, na dose de 5 a 10 c. c., segundo a gravidade do caso, durante três semanas. A seguir um período de repouso de 8 a 15 dias; depois nova série de clisteres.

Em casos gerais, com febre muito elevada ou de marcha rápida (granúlia, tuberculose aguda ou subaguda), começa-se o tratamento por injeções subcutâneas quotidianas de 5 c. c., durante uma semana. Em seguida recorre-se à via rectal.

O sôro de Vallée é mais comumente usado em injeções subcutâneas, sendo escolhido como lugar de eleição a parte súpero-externa da côxa. Estas injeções são praticadas no decúbitus horizontal, a cabeça baixa para evitar síncope.

A quantidade injectada é de 10 c. c., de 4 em 4 dias, a não ser que uma violenta reacção faça modificar este espaço de tempo entre as injeções.

E' conveniente, para evitar o aparecimento possível de vômitos, recomendar ao doente que não tome alimento algum, ou empregue a injeção duas horas depois da alimentação.

E' também de boa prática não recorrer ao sôro de Vallée, quando o doente está mais deprimido que de ordinário, ou quando o seu estado nervoso se apresenta sôbreexcitado.

O Dr. Boureille, director do Preventorium Anti-Tuberculoso du Boulevard Garibaldi, que tem empregado o sôro de Vallée, diz: "tem-se-me deparado

reacções violentas, algumas vezes muito inquietantes, mas os perigos causados pela anafilaxia nenhum valor tem se os compararmos com os resultados obtidos„.

Os accidentes post-seroterápicos observam-se com pouca frequência, sendo comtudo comuns à aplicação de qualquer espécie de sôro e passageiros. De ordinário pronunciam-se ao oitavo dia e consistem no aparecimento de dermatoses, simulando o eritema e a urticária vulgares, por vezes uma artralgia e uma banal infiltração local. Estes accidentes, que são os que com mais frequência surgem no tratamento seroterápico, tem uma existência fugaz.

Por vezes presenciam-se trismos, causados por artrite têmporo-maxilar, contracções musculares, com impulsos febris, impondo-se a sintomatologia como consequência dum tétano, sobrevindo estas perturbações após uma injeccão antitetânica. Porém, quarenta e oito horas depois e com a ingestão duma poção de antipirina, tudo reentra na normalidade.

A explicação destes accidentes está ainda à mercê da hipótese e da discussão. Invoca-se a acção das precipitinas do sôro, a acumulação medicamentosa e a consequência de certo grau de anafilaxia.

¿ Como actuam os soros ?

O maquinismo da acção bactericida e anti-tóxica dos soros depende da passagem nos humôres duma substância que opera a junção do fagocito e do microbio ou toxina infectantes. Essa substância é denominada

amboceptor, fixador, anticorpo e ainda sensibilizadora ou filocitase.

O soro terapêutico lança, pois, no soro sanguíneo, a sensibilizadora; a alexina ou citase, que até aí se apresentava inerte, fixa-se rapidamente sobre o microbio ou sobre a toxina e a fagocitase opera-se.

Tal é a ideia de Metchnikoff, exposta na sua maior singeleza.

Considerava-se outrora que os soros actuavam como antidotos; o soro antidiftérico, por exemplo, neutralizaria o veneno diftérico como um ácido uma base. Foi a ideia de Behring, aliaz errônea.

O soro actua, não destruindo a toxina, mas aumentando a resistência do organismo.

A seroterapia é pois uma medicação patogénica e fisiológica e não uma medicação antidota.

Do emprêgo da seroterapia antituberculosa nós tiramos um resultado que se aproxima muito da inutilidade.

Cremos que a clínica em geral não tem sido mais feliz. Sem dúvida, encontra-se na literatura médica recente um grande número de observações de clínicos, tentando atribuir a tal ou tal soro efeitos favoráveis e mesmo verdadeiras curas. Sabe-se, porém, que em fisioterapia acontece a cada instante que as melhoras mais surpreendentes sobreveem em conseqüências de circunstâncias variadas ou de medicações anodinas. O simples repouso, a cura do ar, as mudanças de regí-

men modificam e deteem algumas vezes em alguns dias a evolução duma tuberculose grave.

Sabe-se como é freqüente a curabilidade duma tuberculose no princípio, sob a influência de pequenas doses de tuberculina repetidas e amiudadas. Póde, pois, acontecer que certos soros chamados antituberculosos actuem como se contivessem muito fracas quantidades de tuberculina.

Pela nossa parte nunca presenciámos a acção benéfica dum sôro.

Os fenómenos de ordem tóxica: febre, emmagrecimento e anorexia, ficaram indiferentes à sua acção.

A sintomatologia de ordem bacilar, em virtude de análises bacteriológicas, mostrando os esputos providos de bacilos, permanece estacionária, refractária a qualquer acção.

Em certa categoria de tuberculosos que se encontram numa espécie de trégua bacilar, o sôro antituberculoso pareceu-nos ter aproveitado, talvez por haver fornecido ao organismo depauperado as forças necessárias para lutar algum tempo contra o bacilo e suas toxinas. Mas, breve, vimos a diátese avançar, embora mu pouco torpidamente.

Já Quinard e Louis Rénon, que fizeram o estudo comparativo dos principais soros antituberculosos, declararam numa nota dirigida à Academia de Medicina, em 17 de outubro de 1911, "que até aqui o problema da seroterapia antituberculosa, apresentado desde o ano de 1895, espera ainda a sua verdadeira solução e que se não tem o direito de concluir que a seroterapia

seja a melhor via que conduz à cura da tuberculose,,.

Póde perguntar-se se nas doenças infectuosas crónicas em geral e na tuberculose em particular êste fim não será mais seguramente atingido pela *Quimioterapia*.

QUIMIOTERAPIA

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

POR A QUIMIOTERAPIA

¿ Em que consiste o método de tratamento pela quimioterapia?

Em procurar e empregar substâncias, denominadas parasitótropas, que tem o poder especial de exercer certa afinidade sobre o micróbio patogénico, destruindo-o ou anulando a sua faculdade de reprodução, sem contudo lesar a célula orgânica.

Cremos que a base do tratamento se filia nas recentes investigações de Ehrlich e Wassermann, o primeiro tratando a sífilis, o segundo tentando a cura do cancro. Sem embargo do fracasso sofrido por Wassermann, a quimioterapia revela-se como sciência exacta e necessariamente a terapêutica deve colher num futuro não muito distante aquela percentagem de frutos que todos os ramos de matéria médica lhe vem fornecendo.

Finckler, von Linden (de Bonn) e Meissen con-

vencidos que a tuberculinoterapia só havia trazido ao campo da terapêutica desastrosas inovações e consequências funestas, quando se tratava de dar batalha à tuberculose pulmonar, lançaram-se num impulso espontâneo no campo da quinioterapia.

Na Alemanha, todos os trabalhos desta nova terapia giram em volta do método que Ehrlich tentou, experimentando num animal escolhido um corpo ou um grupo de corpos a que é associada determinada substância que terá a faculdade de exaltar o poder parasitótropo do corpo ou grupo de corpos aplicados. Esta substância gozará a função de sensibilizadora.

Resulta que o processo adoptado é a explicação prática e concreta da teoria de Ehrlich a respeito da imunidade.

Entre os medicamentos empregados assinalaremos o azul de metilene, o cobre e o cianeto de ouro.

Preguntar-se há a razão da escolha, dominado o espírito pela suspeição dum empirismo.

Pensamos dar a resposta clara citando as experiências e trabalhos de alguns investigadores.

Finckler e von Linden experimentaram no caviá tuberculoso o cloridrato e o iodidrato de azul de metilene. Os animais assim tratados alcançaram um peso duplo do dos animais testemunhas, inoculados com a mesma dose de produtos tuberculosos.

A experimentação era surpreendente e animadora. Sabe-se, porém, que a surpresa se dá ao prazer de brincar com as coizas mais bem pensadas e maduramente reflectidas, destruindo com um leve gesto as

melhores esperanças que a tentativa honesta nos oferece.

Assim no caso que tocamos, viu-se que os autores alemães verificaram ter uma infecção intercorrente destruído todos os benefícios e esforços pacientemente dispensados aos inocentes sacrificados.

Lançado o azul de metilene para o recanto das inutilidades, êles preferem para novas tentativas o cloreto de cobre, em solução de 1 %.

Os resultados foram mais animadores mas havia o inconveniente de ser muito doloroso e irritante esse medicamento.

Abandonada então a via hipodérmica, êles tentam introduzir o composto cúprico por meio de fricções, associando-lhe cinamato de cobre e óleo canforado com lecitina.

Strauss trata o lúpus no homem com pomadas isentas de gorduras e incluindo compostos orgânicos (lecitinas) ou inorgânicos de cobre com ou sem adjução do azul de metilene (solução aquosa concentrada). A este tratamento associam-se injeções intra-musculares de sais orgânicos complexos (cobre e lecitina).

Estas injeções são dolorosas e provocam uma reacção local que se manifesta por congestão, edema e uma reacção febril, com ou sem albumina.

A cura começa por injeções intra-musculares de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ c. c. de uma solução cúprica de 1 %, depois pouco a pouco 1 c. c., duas vezes por semana e por fim uma vez.

Estas injeções que por vezes são muito dolorosas, podem ser substituídas por fricções com 3 a 5

gramas do produto.

O tratamento local consiste em fricções enérgicas com a pomada, duas ou três vezes por dia.

Êste tratamento dá a cicatrização das lesões, o que não surpreende, pois que êsse resultado se pode obter por outros processos, no caso do lúpus, afecção tuberculosa curável.

No caso de tuberculose pulmonar, Meissen anuncia resultados animadores por via dêste tratamento. Faltam, porém, os pormenores e as observações são muito recentes para confiarmos cegamente no seu valor terapêutico.

C. Bruck e A. Glük (Munch. med. Woch, janeiro de 1913) estudaram o cianeto de ouro e potássio — *Urber die Wirkung von intravenösen Infusioneu mit Aurem Kalium cianatum bei äusser Tuberkulose und Lues*. Administrado em 7 doentes atingidos de sífilis secundária, o cianeto de ouro e K forneceu bons resultados: desaparecimento rápido de espiroquetas, apagamento e reparação das placas mucosas.

Von Winiwarter (Le scalpel, 9 mars 1913) dá-nos uma análise crítica interessante dêste trabalho.

O cianeto de ouro possui *in vitro* o poder bactericida mais intenso que se conhece: é capaz de matar o bacilo de Koch na diluição ao milésimo ou aos dois milionésimos.

Uma combinação vizinha, o cianeto duplo de ouro e potássio é também assaz enérgico, e se a presença de matérias albuminoides, tais como as globulinas do sangue, atenua um pouco a sua acção bactericida, ela

é sempre ainda considerável comparativamente com os corpos até hoje estudados.

Apesar das qualidades excepcionais desta substância, ela permanece quasi esquecida, fóra das exigências dos laboratórios bacteriológicos e dos arsenais terapêuticos. Consignemos de passagem que os discípulos de Hahnemann empregam há muito, na sífilis e tuberculose, os sais de ouro, *aurum iodatum* e *aurum muriaticum*.

Buck e Glück decidiram evitar toda a aplicação local, optando pela via sanguínea. O estudo foi feito no lúpus, onde é fácil seguir a evolução das lesões. Vejamos a técnica:

A solução-mãe é a 1^o (cianeto duplo de K e Au em água destilada). Desta solução mãe tira-se com uma pipeta a quantidade que se pretende (1 a 3 c. c.) e dilui-se numa solução de soro fisiológico (a 0,6^o) frescamente preparado e esterilizado.

Segundo a dose mais ou menos forte a administrar, empregar-se hão 50 ou 100 c. c. de soro fisiológico.

Pelo que respeita à injeção intra-venosa, ela é decalcada no método da injeção de Salvarsan.

A operação é totalmente indolorosa. Depois de se haver retirado a agulha, faz-se um penso compressivo, ficando o membro em elevação até cessação da hemorragia, se a houver.

No adulto, começa-se por doses de 0,02 a 0,03, para atingir finalmente 0,05.

Com doses mais elevadas, 0,06 a 0,08 pode sobre-

vir icterícia.

As injeções são repetidas de dois em dois ou de três em três dias e a cura compreende em média 12 a 20 injeções.

Aparte uma ligeira ascensão térmica passageira, não se nota reacção geral digna de nota.

Outro tanto não sucede no local de aplicação. Vinte e quatro horas depois da injeção, pronuncia-se uma reacção análoga à que ocasiona a tuberculina.

O efeito terapêutico começa a revelar-se desde a segunda ou terceira injeção. As lesões empalidecem, as infiltrações regressam, as granulações apagam-se, as úlceras cicatrizam-se. Esta cicatrização marcha em geral do centro para periferia.

Os citados autores alemães utilizam o cianeto de ouro e de potássio concorrentemente com a tuberculina, levados pelo critério de que a reacção terapêutica favoreceria a difusão do medicamento ao nível das lesões. O cianeto seria administrado no apogeu da reacção local; a tuberculina provocaria esta desejada reacção.

E como os resultados foram encorajantes, ficando o lúpus jugulado ao fim de três a quatro semanas de tratamento, Buck e Glück empreenderam o tratamento da tuberculose pulmonar por esse meio, com resultados vários.

No caso de tuberculose pulmonar deve empregar-se o referido composto de ouro com extrema prudência. A dose inicial, no adulto, será realizada no decurso de quatro semanas, seguindo-se um repouso medi-

camentoso, e recomeçar ao fim de algumas semanas.

A cura completa seria orientada pelo tratamento intermitente aplicado hoje à sífilis.

Sôbre a epígrafe *Essai clinique et experimental sur la chimiothérapie de la tuberculose*, o professor Louis Rénon, médico do hospital de Necker, publicou uma monografia que fez preceder das palavras seguintes:

"Para evitar a outros experimentadores um trabalho inútil, encarrego-me de fazer conhecer muito brevemente o resultado das investigações clínicas experimentais que eu tenho praticado durante alguns anos sôbre a quimioterapia da tuberculose. Estas investigações referem-se aos corpos rádio-activos (*radium e thorium*), sais minerais e metais coloidais,,.

I. CORPOS RADIO-ACTIVOS

RADIUM. As experimentações foram feitas com o *brometo e sulfato insolúvel de radium*.

As quantidades utilizadas variaram em cada experiência entre 5,10 e 20 microgramas (milésimas do miligrama) e foram aplicadas em culturas do bacilo tuberculoso, na tuberculose experimental da cobaia e nos tuberculosos do hospital de Necker.

A influência do brometo e do sulfato de radium

nas culturas de tuberculose com batata e nos meios líquidos foi nula, não tendo sido entravado o desenvolvimento da cultura pela adição dos sais citados.

As cobaias tuberculosas, tratadas desde o dia seguinte à inoculação por injeções subcutâneas de sulfato de radium, teem sobrevivido 10 a 20 dias aos testemunhos. Injeções de sulfato brometo de radium feitas durante os 10 dias que precedem a inoculação dos animais não impedem a evolução da tuberculose experimental, mas os animais sucumbem 8 a 15 dias depois das testemunhas.

Os ensaios terapêuticos feitos nos doentes deram resultados muito variáveis.

As melhoras notadas em alguns casos, e devidos provavelmente à acção psíquica da medicação, não foram além de quatro semanas.

TORIUM. Nas experiências foram empregados o sulfato, o nitrato e o cloreto de torium e o mesotorium.

Nenhum dos três primeiros corpos, na dose de 25 para 1000, modificou o desenvolvimento da cultura.

Avaliada a toxicidade experimental do nitrato, do sulfato e do cloreto de torium na cobaia, Rénon utilizou estes sais, sobretudo o cloreto de torium, no tratamento preventivo e curativo da tuberculose experimental. Os resultados foram absolutamente negativos.

Quatro doentes foram tratados durante dois meses e meio com o cloreto de torium, em solução a 2 por 100. A evolução da doença não sofreu modificação sen-

sível.

Das experiências feitas recentemente com o sulfato de mesotorium, resulta que este corpo não tem acção sobre a tuberculose da cobaia e sobre a tuberculose pulmonar do homem.

II. SAIS MINERAIS

Rénon estudou os sais de níquel, de ítrio, de zircónio e os sais de cálcio.

SAIS DE NÍQUEL. Depois de ter examinado a acção tóxica, na cobaia, do nitrato, do sulfato, do fosfato e do carbonato de níquel, utilizou o cloreto de níquel, que é muito solúvel na água e não é tóxico, para a cobaia, na razão de cinco miligr. por quilo.

Nas culturas, o cloreto de níquel impede o desenvolvimento da cultura, na dose de 6 por 100, número que se aproxima do indicado por A. Lumière et Chevrotier (*Action des principaux sels sur le développement des cultures de tuberculose* — «*Soc. de Thérapeutique*», 28 mai 1913, po 309).

Na tuberculose experimental, a acção foi nula na cobaia, sucumbindo os animais ao mesmo tempo que as testemunhas.

No homem, empregando a dose de 5 centigr. de cloreto de níquel, Rénon conseguiu obter uma diminui-

ção da expectoração e um ligeiro abaixamento da temperatura, em alguns doentes; mas não houve modificação nítidamente apreciável na evolução da afecção.

SAIS DE ÍTRIO. Foi utilizado o *cloreto de ítrio*, sal muito solúvel na água, não tóxico na cobaia, na dose de vinte e cinco miligr. por quilo.

Este sal, na dose de 3 por 1000, não tem acção no desenvolvimento das culturas da tuberculose, em meios líquidos e sólidos.

Não detêm a tuberculose experimental da cobaia.

No homem foi utilizado em injeccção na dose de 5 centigr. por dia, e por via digestiva, na dose de 10 centigr. Se bem que a marcha progressiva da doença não fôsse detida, produziu ainda assim uma alteração benéfica no estado geral.

SAIS DE ZIRCÓNIO. Foi escolhido o *cloreto de zircónio*, sal pouco solúvel e não tóxico na cobaia, na dose de cinco miligr. por quilo.

Nas culturas entrou ligeiramente a cultura líquida, na dose de 2 gramas por 1000.

Atrasou de 10 a 20 dias a tuberculose experimental da cobaia.

Utilizado no homem, em injeccões, na dose de dois centigr., o cloreto de zircónio levantou o estado geral, fez aumentar ligeiramente o pêso dos doentes, a anorexia diminuiu e a expectação melhorou. Porém

ficou sem acção nítida sôbre a evolução do processo tuberculoso.

SAIS DE CALCIO. Depois do ensaio da toxicidade do succinato de cálcio, do glicerinato de cálcio, do sacarato de cálcio, do tanato de cálcio e do albuminato de cálcio, êstes sais fôram applicados nos doentes tuberculosos do hospital de Necker.

A acção do *tanato* e do *albuminato de cálcio* foi excelente, o que levou o ilustre experimentador francês a preferir, na cura da recalcificação, êstes sais, com exclusão do carbonato e do fosfato de cálcio. (1)

III. METAIS COLOIDAIS ELECTRICOS

Os ensaios foram praticados com o *níquel*, o *silício*, o *ruténio* e o *caboneo*, *coloidais electricos*, em pequenos grãos, preparados pelo processo de Lancien, tendo sido o homem unicamente escolhido para o respectivo estudo.

() Eis as fórmulas mais utilizadas:

Tanato de cálcio. vinte e cinco centig.
Para um *cachet*. — Tomar um *cachet* de manhã e outro à noite.

Albuminato de cálcio quarenta centig.
Para um *cachet*. — Tomar um *cachet* de manhã e outro à noite.

Verificou-se que nenhum dos quatro corpos alcançou acção sobre a evolução da tuberculose humana. Contudo o níquel e o ruténio actuaram sobre as infecções secundárias das tuberculoses tórpidas que melhoraram.

Em resumo, nenhum dos corpos experimentados logra obter modificações na marcha avassaladora e ruínosa da tuberculose humana. Na prática, porém, pode reter-se o efeito do cloreto de ítrio, do cloreto de zircónio e do cloreto de níquel que prestam muitos serviços apreciáveis aos tuberculosos.

O mesmo se pode asseverar a respeito do níquel e do ruténio, coloidais eléctricos, que na verdade melhoram as infecções secundárias das tuberculoses tórpidas.

OBSERVAÇÃO I

E. M. 42 anos, proprietário, casado, natural e residente no Porto.

Antecedentes hereditários.—Mãe morta por tísica pulmonar.

Antecedentes pessoais.—Há quatro anos, em virtude de excessos vários, o doente teve uma hemoptise grave, seguida de febre e emagrecimento. Sob a influência duma boa higiene, com a permanência no campo e repouso, o doente recobra o estado aparente de saúde, que é mantido até aos primeiros dias de outubro de 1914; mas, sob a influência de bruscas variações de temperatura e de alguns excessos de fadiga, sobrevem de novo uma grave hemoptise.

É neste momento que eu sou chamado, mais como amigo, a prestar os meus cuidados.

Encontrei o doente em decúbito dorsal, o decúbito laterel direito ou esquerdo provocavam-lhe acessos de tosse seguidos de esputos de sangue espumoso e rutilante. Estado geral mantemperatura axilar 39°.

Verifico no vertice do pulmão esquerdo, acima e abaixo da clavícula, bacisez com perda da elasticidade; submaciszez, atraz, e ralas subcrepitanes nos mesmos pontos.

Diagnóstico.—Tuberculose crónica do vértice esquerdo, de forma hemorrágica.

No momento recorri à terapeutica dominante. Administrei gêlo, intus e extra, e uma poção de ergotina.

Depois, quando os fenomenos congestivos se atenuaram, recorri ao *Bacillinum*, prescrevendo uma dose de duas em duas semanas.

Dois dias após a ingestão da primeira dose, os escarros sanguineos desaparecem completamente; à terceira dose a temperatura deixa de ser anormal, o appetite pronuncia-se, a tosse diminue de intensidade e frequência e a expectoração torna-se mais fluída.

No fim de Janeiro de 1915 o doente pode entregar-se às suas lides profissionais, tendo recobrado as forças perdidas.

Contudo por a percussão, encontrava ainda um pouco de submaciszez, adiante sómente.

Tentei o *Aviário*, mas o doente, afastado o perigo e vivendo absorvido na regularisação dos seus negócios, não ligou mais importância à terapêutica.

Em 28 de Agosto de 1915, E. M. voltou a pedir-me os recursos terapêuticos que lhe havia dispensado no ano anterior, annunciando-me pequenas hemoptises. Distanciado dêle, eu não podia assistir à evolução da nova poussée e por isso eximi-me, aconselhando-o a

procurar médico que frequentemente o visse.

OBSERVAÇÃO II

J. N., 21 anos, casado, lavrador, de Fridão, Amarante.

Antecedentes pessoais. — Bronquite aos 18 anos; gripe aos 19 anos. Miséria fisiológica.

Antecedentes hereditários. — Irmãos vitimados por tuberculose pulmonar.

1.º EXAME EM 10-8-915

Pêso 61 quilos.

Altura 1,^m60.

Perimetro-torácico 0,78 ctm.

T M-10, I M—6 (*Pachon*).

Sintômas. — Emaciação e palidez acentuadas, suores nocturnos profusos; febre intensa, 39-40°. Tosse freqüente; escarros abundantes mucopurulentos, amarelo-esverdeados; pequenas hemoptises. Dispneia durante a marcha.

Anorexia.

A auscultação indicava na base do pulmão esquerdo e atrás, sôpro e estalidos húmidos; à percussão, submaciszez.

Tratamento. Ginástica respiratória, injeções de paratoxina e de óleo gaíco-eucaliptolado, pontas de fôgo, repouso e supra alimentação racional.

2.º EXAME EM 17-9-915:

O quadro sintomático era já muito menos sombrio.

Temperatura máxima 30º; tosse e expectoração menos frequentes.

A astenia, a emaciação e a palidez tinham cedido um pouco, pelo retorno de algum apetite.

Não teve mais hemoptises.

Ao exame estetoscópio não encontro ralas húmidas, persistindo contudo a submaciszez, que se revela à percussão por forma mais atenuada, e numa zona menos extensa.

Pêso 54 quilos.

T M-10, T M-8 (*Pachon*).

Tratamento. **Bacillinum**, na 30.^a diluição.

3.º EXAME EM 10-10-915:

O retôrno aparente da saúde acentuou-se, entrando o doente num período de vigor que surpreende, o que o leva a reentrar nas lides pesadas da sua profissão, a despeito das minhas recomendações proibitivas.

OBSERVAÇÃO III

M. A., 14 anos, filha duma respeitável família das cercanias de Amarante.

Antecedentes hereditários. Pai morto por tuberculose pulmonar, em seguida a uma hemoptise, ha aproximadamente 12 anos.

Antecedentes pessoais. Bronquite em 1913 e, como consequência, perda de apetite e forças. Hemoptises de longe a longe.

Em 1914 nova bronquite que a demorou na cama durante 20 dias. Anemia acentuada.

1.º EXAME EM 10-9-914:

Pêso: 46 quilos, dizendo que antes da bronquite era de 51 quilos.

Sinais físicos. À direita, atraz e no vértice, submaciszez, estendendo-se até dois dedos abaixo da espinha da omoplata; respiração intercisa.

À esquerda, zôna de submaciszez, na fossa infra-espinosa e na região infra-clavicular; respiração soprada; expiração prolongada para traz, ralas húmidas adiante.

Emaciação generalizada; pele áspera e sêca; palidês da pele e das mucosas; astenia.

Depois de haver empregado os meios therapeuticos em uso para combater uma determinada revelação congestiva; depois de reduzir a tosse e o estado dispnei-

co e como visse que eram algo improficuos os meios de luta, recorri ao **Bacillinum**. À terceira dose pude constatar uma espera sensível na evolução da doença e uma manifesta calma no eretismo mórbido — diminuição da febre e da tosse, respiração mais fácil e retorno do apetite.

Entretanto que administrava o **Bacillinum**, nos intervalos das doses, a doente estava sujeita ao método de Ferrier (recalcificação), tomando no meio de cada uma das três principais refeições, um cachet de:

Carbonato de calcio	0,30 centig.
Fosfato tricalcico	0,50 "
Clorêto de sódio	0,15 "
Magnésia calcinada	0,10 "

Além disso, prescrevi-lhe uma solução de adrenalina a 1 p. 1000, de que tomava X X gôtas.

Os sinais estetoscópicos, se bem que tivessem sofrido modificações um tanto favoráveis, incutiam-me uma confiança cheia de reservas.

2.º EXAME EM 30-10-914.

Pêso 48 quilos.

Emaciação ligeira.

Sinais físicos. À direita, atrás e no vértice, submaciszez, limitada à espinha da omoplata.

À esquerda, zona de submaciszez na fossa infra-

espinosa e na região infra-clavicular; respiração sopradada; expiração prolongada.

Astenia menos acentuada.

3.º EXAME EM 3-1-915.

Ao nível do seio direito, uma dôr de intensidade média, sobretudo pungitiva, estendendo-se para baixo e aumentando por a pressão, com a tosse e com os movimentos.

Tosse freqüente e mais pênosa durante a noite e depois da ingestão dos alimentos, que vomita por vezes (tosse gástrica).

Zôna de bacisez na base do pulmão direito; diminuição do murmúrio vesicular; ralas húmidas e subcrepitantes.

À esquerda, na parte anterior, ralas húmidas de grossas e médias bôlhas, limitadas ao vértice, não ultrapassando a segunda costela.

No intervalo que vai do 2.º exame ao 3.º a doente consultou no Pôrto um especialista, sem que pudessem obter resultados vantajosos e, um tanto desanimada, regressou, entregando-se aos meus cuidados.

Imediatamente recorri ao **Bacillinum** e como medicação intercorrente optei por os meios que me oferecia a **Quimioterapia**.

A marcha da doença, por informações que me iam prestando, evoluçionava favoravelmente.

4.º EXAME EM 15-8-1915:

O aspecto da doente havia passado por uma transformação vantajosa.

As oscilações termométricas que durante muito tempo foram elevadas, sofreram uma regressão e a máxima não passava de 37,º9.

O apetite havia saído dum estado de embotamento que durou meses.

A tosse e expectoração diminuíram. O pêso aumentou.

Ficaram alguns estalídos sêcos e um ponto de respiração rude infra-clavicular, perceptível nas grandes inspirações.

5.º EXAME EM 30-9-915:

Fui novamente procurado por esta doente, por motivo duma diarreia coliquativa que se havia mostrando rebelde a todo o tratamento.

Pondo um pouco de lado esta perturbação, pratiquei a auscultação e percussão torácica. A minha suspeita radicou-se. No vértice do pulmão esquerdo expiração prolongada e soprada, diminuição do murmúrio vesicular, estalídos sêcos e aumento das vibrações vocais. Emagrecimento, acessos de febre vespéral persistente, terminando à noite por suores muito abundantes.

Nevralgia do trigêmeo.

Taquicardia pronunciada.

Escarros esverdeados e opacos.

Ante esta contingência lancei mão do sôro de Marmorek, que apliquei em clisteres, segundo os precei-

tos usuais.

Como a pirexia estacionava alta, recorri mais uma vez como *bout de ressource*, ao **Bacillinum**.

Devo declarar em abôno da verdade que, pouco a pouco, a temperatura sofreu um retôrno e depois veio aproximar-se de 37°. Nesta altura, vali-me dos **Corpos Imunisantes**, de Spengler, e não tardou que a minha expectativa fosse surpreendida por as vantagens consecutivas.

A diarreia foi debelada, sem que lhe dedicasse uma atenção especial ou exclusiva, tendo pois sido ferida por contra-golpe.

Ainda como elemento terapêutico devo citar o **Aviário**, 100.^a diluição, que foi destinado a combater uma complicação intercorrente.

A última vez que observei cuidadosamente esta doente foi em 18 de setembro de 1915.

Confesso que fiquei agradavelmente impressionado. Havia nutrido muito, apresentando-se fresca, rosada e com uma aparência de saúde exuberante.

Contudo a auscultação revelou-me, na base do pulmão direito, acima duma zona de ausência de murmúrio respiratório, alguns estalidos sêcos dispersos.

A família e a *entourage* vivem na doce ilusão dum caso de cura.

OBSERVAÇÃO IV

J. P., 23 anos, solteiro, lavrador, de Vila Caíz, Amarante.

Antecedentes pessoais Em pequeno nunca esteve doente. Aos 10 anos teve uma pneumonia.

Antecedentes hereditários. Seu pai é vivo e saudável, a mãe sofre de enxaquecas. Alguns irmãos vitimados por tuberculose pulmonar.

História progressa. Desde os 10 anos é propenso ao catarro pulmonar. Há aproximadamente dois anos teve uma congestão pulmonar direita, com grande hemoptise. A convalescença foi difícil e longa com persistência do estado catarroso. Há três meses, o doente foi atingido de arripós violentos e de febre intensa, com novos sintomas pneumónicos.

1.º EXAME EM AGOSTO DE 1915.

Ao nível do seio direito existe uma dôr que a tosse e os movimentos exasperam. A dispneia é intensa.

Tosse freqüente e escarros mucopurulentos e estríados de sangue.

A língua apresenta-se pastosa.

Existe inapetência e constipação.

Pulso freqüente e cheio (110).

A temperatura axilar marca 39°.

Suores nocturnos abundantes.

Taquicardia e aritmia.

Os sinais físicos são os seguintes:

Zona de bacisez na base do pulmão direito, ausência do murmúrio vesicular substituído por sôpro; ralas húmidas e subcrepitantes.

Diagnóstico. Pneumonia tuberculosa, limitada à base do pulmão direito.

Depois de haver recorrido aos meios terapêuticos em uso, para combater a congestão pulmonar, facilitar a expectoração e reduzir a tosse e a dispneia, apelo para o tratamento quimioterápico e obtenho uma suspensão sensível na evolução da doença: diminuição da febre e da tosse, respiração e expectoração mais fáceis, desaparecimento da dor e retorno do apetite.

Continuo o tratamento até 25 de setembro e nesta altura, na esperança duma cura completa, e aplico com prudência injeções de tuberculina.

Acidentes anafiláticos. Contrapõem-se e forçam-me a desistir.

Então, ante uma *possée*, adopto a terapêutica anterior e aplico **Bacillinum**, por ingestão.

2.º EXAME EM 20-10-915.

A auscultação é normal, na base do pulmão direito.

No pulmão esquerdo, ao nível das 2.ª e 3.ª costelas, uma leve dor e uma zona de submacisiez, dando à auscultação sarridos subcrepitantes de bolhas frias, perceptíveis nos dois tempos da respiração.

O estado actual é precário.

OBSERVAÇÃO V

António, 2 anos, natural no Pôrto, residente nos Guindais, filho de António da Silva Pinto, operário.

Foi apresentado à consulta E, do Hospital de Santo António, em fevereiro de 1914 com sarampo, no período de descamação, e com complicações bronco-pulmonares.

A temperatura era de 39º,5. A criança estava dispneica: 36 movimentos respiratórios por minuto.

A auscultação revelou-me a existência de sibilos e ralas crepitantes.

Com prévia auctorisação do clínico director da consulta, recorri ao **Aviário**, na 100.^a diluição.

No dia seguinte procedo a segundo exame e verifico que a temperatura se aproximava do normal e à auscultação còlho apenas algumas ralas sibilantes, vestígio passageiro da bronquite.

Dois dias depois todos os fenómenos alarmantes cediam, tendo em seguida de combater a astenia consecutiva, por os meios em uso.

OBSERVAÇÃO VI

R. M. J., doente recolhida na enfermaria 7, da 2.^a Clínica Médica, Sala Nossa Senhora de Jesus, do Hos-

pital Santo António.

Diagnóstico. Tuberculose medular. Tuberculose pulmonar tardia. Granúlia. Apendicite.

Desde o dia 16 a 30 de novembro de 1914 esta doente recebeu 3 clisteres de **sôro de Marmorek**, a dois dias de intervalo.

A temperatura, que era nos dias anteriores não superior a 38°,4, subiu ao segundo dia do 1.º clister a 39°,9, a 39°,3 no dia que se seguiu ao 2.º clister e não aplacou sob a acção do 3.º clister.

OBSERVAÇÃO VII

A. S. M., 68 anos, viuvo, natural de Amarante.

Diagnóstico. Bronquite esclerosa com fenómenos vago-paralíticos. Asma senil.

Na noite de 3 de setembro de 1915 sou chamado para minorar um acesso de asma de que este doente é atacado há anos e já em tempos tratado por outro clínico.

Encontro-o sentado numa cadeira em frente a uma janela aberta, ansiado, sob a acção duma dispneia intensa, como que sufocado, o torax elevando-se em globo, torax dolicoide; a expiração era penosa e mais prolongada que a inspiração; à percussão dos vértices obtinha-se o som timpânico; o número dos movimentos respiratórios por minuto era de 8; em certos pon-

tos silêncio respiratório e noutros ralas sibilantes.

Imediatamente tratei de debelar a crise por meio de uma injeção subcutânea de morfina e atropina (um centígrama de cloridrato de morfina com um milígrama de sulfato neutro de atropina).

Em seguida produziu-se um catarro muco-puro-lento, amarelo-esverdeado e espesso. A força de reacção da expectoração era tão fraca que eu pensei no momento estar em face dum catarro sufocante.

O miocardio entregué a um grande estado de fraqueza, era perturbado por a tosse grunitosa e havia sinais de insuficiência renal.

Dias depois dêste acesso, animei o doente ao tratamento, principiando com o iodêto de potassio e tintura de lobelia inflata.

Vinte dias de tratamento não puderam evitar novo acesso, que se pronunciou tão intenso e severo como o anterior.

Perante tal contingência, recorri ao **Bacillinum**, dado de dois em dois dias.

Até hoje, 31 de Outubro, nada há que faça prever a continuação dêsses acessos.

O doente tosse com menos frequência, desapareceu a anorexia habitual e a forma globular do torax é menos acentuada.

OBSERVAÇÃO VIII

A. F., 30 anos, oficial inferior do regimento de artilheria 4, natural de Sobral de Mont'Agração.

Diagnóstico. No Hospital Militar do Pôrto foi-lhe feita a reacção de Wasserman, no sangue, e análise bacteriológica da expectoração, resultando a primeira fracamente positiva e dando a segunda raros bacilos de Koch, por o que se impôs o diagnóstico de sífilis e tuberculose pulmonar.

Antecedentes hereditários. Nada me foi possível investigar de elucidativo.

Antecedentes pessoais. Sifiloma, contraído há 4 anos. Ulteriormente, por coabitação longa com mulher tuberculosa, *surmenage* física, agravada com a influência deprimente do clima africano, em cujas regiões esteve como soldado expedicionário, tendo adoecido de febres palustres, de que se reputava já curado.

O doente na ocasião que me procurou, 2 de setembro de 1915, apresentava: uma ulceração serpigí-nosa no terço superior da perna esquerda sobre a crista tibial; uma paralisia periférica do facial esquerdo, interessando o orbicular das pálpebras, e epifora; voz velada por grande rouquidão; leve disfagia; estomatite ulcerosa, possivelmente de origem medicamentosa; começo de ozena com ligeira atrofia dos cornetos; tosse curta e tenaz com expectoração viscosa, esverdeada e abundante; pituítas matutinas; piróses; caimbras do estômago; anorexia; epistaxis.

Por a auscultação deparou-se-me no vértice do pulmão direito um ruído sibilante e áspero, e broncofonia; pela percussão obtenho submacissez e falta de elasticidade na parede torácica em referência com essa região. Acessos febris de tarde, terminando de madrugada por suores abundantes.

Convencido que a estomatite era consequência da sobresaturação orgânica hidrargírica, decidi iniciar a medicação por **aurum iodatum**, segundo a posologia e farmacopeia hahnemannianas, ou seja na dose ponderavel de dois decimiligramas diários.

Entendi também que o iodeto de ouro seria uma espada de dois gumes que iria ferir com o mesmo golpe a ozena, que seja dito de passagem era tratada localmente com um soluto de mono-sulfureto de sódio.

Com efeito, três dias depois pude ver com satisfação o efeito curativo dessa substância revelando-se não só nas afecções mórbidas que eu pretendia atingir mas reflectindo-se na ulceração serpiginosa do membro inferior.

Continuou o tratamento e ao fim de vinte e seis dias, o doente conseguiu a cura dessas afecções.

A paralisia facial ficou indiferente.

A laringe sofreu uma influência benéfica, tomando a voz um timbre menos velado. A disfagia atenuou-se.

Seguidamente passo a tratar das lesões pulmonares, administrando capsulas de eucaliptol com iodoformio e creosota. Porém, por uma ordem de serviço, este doente é transferido de regimento, ficando eu impossibilitado de continuar as minhas observações.

OBSEVAÇÃO IX

R. S., anos, artífice, residente em Amarante.

Exame da lesão. Ao nível da articulação tibio-tarsiana esquerda, na face antero-externa, uma inchação, sem rubor, calor e dôr; na parte mais acuminada ulceração irregular com pús grumuloso e caseoso. Era uma artrite supurada.

Alguns centímetros acima desta lesão, aproximadamente ao nível do terço médio, uma solução de continuidade, dirigida em sentido longitudinal, com necrose da crista tibial, segregando pús branco, áspero e denso, sem tumefação nos tecidos circunjacentes.

No joelho, outra tumefação, com o maior volume na face antero-interna, sem rubor, pálida, de consistência renitente, dificultados os movimentos por uma artralgia.

O estado geral era precário. Havia emaciação acentuada, palidez anémica, traços duma caquexia em marcha e anorexia. O doente que vivia sôbre a depressão moral duma sífilis imaginária, estava caprichoso, insubmisso, agastado com o longo tratamento que inutilmente vinha de fazer.

A auscultação do aparelho bronco-pulmonar revelou apenas um certo grau de rudeza respiratória perceptível mórmente nas grandes inspirações.

História progressa. Há cêrca de anos sofreu as conseqüências de relações sexuais infectantes, contraindo uma ulceração peniana, que sob o ponto de vista

etiológico suscitou divergências de opinião.

Há aproximadamente três anos que persiste o sofrimento de que ora se queixa e em vão tem procurado medicação curativa.

Tais antecedentes levaram naturalmente o critério clínico a fazer uso da terapêutica específica. Tomou preparados mercuriais, iodetos e recorreu às águas sulfurosas. porém as lesões a nada se moviam, antes uma abcedou-se, supurando há muito.

Por uma circunstância que devo omitir, sou posto ante este enfermo na qualidade de médico assistente.

Visto que haviam sido estéreis as tentativas anteriores, inclino-me para o único caminho que se me oferecia e pronuncio-me abertamente pela existência duma bacilose atenuada crónica.

Diagnóstico. Reumatismo infectuoso de Poncet.

Tratamento. Sem tergiversações, sou concitado a adoptar a lei de similitude, applicando como princípio homeoterápico a tuberculina, em injeções hipodermicas, pois que eu não ignoro que o caso mórbido em questão era uma poliartrite que se aproximava patogenicamente duma dessas lesões que a tuberculina por vês produz.

Após a segunda injeção (e mais não foi porque a pusilaminidade do doente me embarga o intuito) a artrite do joelho sofre um retrocesso, a artralgia atenua-se, os movimentos voluntários são mais facéis e as ulcerações começam a ser invadidas por tecido de granulação.

Ante a teimosia invencível do doente, a medicação

orientada sob o princípio referido, cotinua-se por a via bucal e, a par dos, constituintes gerais, administro **Bacillinum**.

Actualmente, 30 de outubro, confio que a convalescença não vem longe, tais as melhoras obtidas.

OBSERVAÇÃO X

A. P., 4 anos, natural de Vila-Garcia, Amarante.

Antecedentes hereditários. Sôbre esta criança pesam as consequências duma aliança consanguínea, acrescentando que um dos ascendentes é dotado de temperamento linfático.

Antecedentes pessoais. Gastro-enterite aos nove meses e aos dois anos, protelando-se esta por longo tempo, resultando rebelde eritema da vulva e das côxas.

Alimentação defeituosa por aleitamento freqüente e prolongado.

De longe a longe, acessos febrís com catarro bronquico.

Estado actual. Magrêsa pronunciada; o torax apresentando bem manifesto o rosário raquítico; ventre abaúlado; fígado um pouco hipertrofiado, dentição retardada; farfalho; ligeiro edéma na região renal; otite supurada do ouvido esquerdo.

Ao longo do bôrdo inferior do maxilar inferior esquerdo, indurações, movíveis, indolores, de micro-

poliadenia, estendendo-se da região parotidea ao mento; supuração ao nível da região submaxilar direita, saindo por uma cratera rubra e dentada.

A dois ou três centímetros desta ulceração, desviando-se para a região parotídea, uma cicatriz viciosa, exuberante, cheloide.

Diagnóstico. Atrepsia e escrofulose.

Tratamento. Mudança de residência, para um planalto, onde não se fazia sentir a acção dos nevoeiros e onde a luz do sol entrava francamente.

Regimen alimentar cuidado e racional.

Uma vez alcançado o objectivo da medicação arsenical e ferruginosa, cuidadosamente e com grande prudência, tentei a **Tuberculina**, que não me foi possível levar por diante em face do aparecimento dum acesso de urticária generalizada e que eu levei à conta de acidente anafilático.

Vinte dias depois dêste acidente, recorri aos **Corpos Imunizantes**, também sob os cuidados duma reserva especial.

Pude, sem embargos, proseguir o tratamento, não tardando a ver os meus esforços coroados de exito.

A micro-poliadenia foi a primeira a sentir os efeitos terapêuticos específicos; em seguida a ulceração diminuiu e alcança a cicatrização, que, embora defeituosa e retrátil, não toma contudo o aspecto da escrofulide cicatrizada que esta doente apresenta na vizinhança.

Restam ao presente umas seqüelas que, creio, serão arredadas dentro em pouco tempo.

CONCLUSÕES

1.º *A tuberculinoterapia, a seroterapia e a quimioterapia*, é a triade em que assenta o tratamento farmacológico da tuberculose.

2.º No estado actual a *tuberculinoterapia* não é o único meio a empregar contra essa diátese; se constitue um auxiliar muito precioso, a sua aplicação não deve abolir os processos usuais.

3.º O recurso dos soros antituberculosos é ineficaz.

4.º A *quimioterapia* é ainda um meio aleatório que, usado oportunamente, gera elementos de resistência no organismo doente, dando-lhe algum poder para lutar contra a intoxicação depressiva.

5.º O emprego exclusivo duma destas três modalidades terapêuticas é insuficiente, senão inútil.

6.º Para qualquer destes meios terapêuticos o critério é a homeoterapia, isto é, a aplicação a estados mórbidos análogos.

7.º A dose infinitesimal oferece mais garantias de êxito, e de passo coloca ao abrigo de acidentes anafiláticos perigosos.

8.º É preferível a via digestiva para a aplicação da *tuberculinoterapia*, da *seroterapia* ou da *quimioterapia*.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descritiva—O lóbulo anterior da hipófise é uma glandula de secreção interna.

Histologia—O cristalino, sendo desprovido de vasos e de nervos, é um parasita da coróide.

Fisiologia—Em clinica o estudo da fisiologia normal é insuficiente, sendo preciso completá-lo com o subsidio da fisiologia patológica.

Anatomia topográfica—A anatomia topográfica é a base do ensino da cirurgia.

Patologia geral e bacteriologia—A anafilaxia é uma simples agravação medicamentosa.

Anatomia patológica—O tecido embrionário que se organiza no tecido ósseo dá lugar a hiperóstoses e exóstoses.

Patologia externa—As fibras do cristalino opacificam-se facilmente. Esta opacificação pôde ser causada por uma ferida embora minima do cristalóide (catarata traumática) ou espontaneamente (catarata não traumática).

Matéria médica — Da isopatia de Lux derivaram a opoterapia e a seroterapia.

Higiene — A melhor profilaxia, tendente a limitar a propagação da conjuntivite granulosa, seria a hospitalização e o isolamento.

Medicina operatória — As hemorragias hemorroidárias só devem ser suspensas quando ofereçam perigo anemiante.

Patologia interna — A febre tifoide e as paratifoides não evoluem actualmente segundo os periodos indicados pelos classicos.

Clínica médica — No diagnóstico das nevrites retro-bulbares o exame oftalmoscópico é insufficiente, sendo necessário recorrer aos phenomenos subjectivos.

Clínica cirurgica — A ferida central, curta, da córnea, sem hernia da iris nem catarata traumática, só necessita de desinfeção e instilação de atropina, para evitar a adherencia da iris à ferida; contudo a midriasis atropinica deve ser empregada com muita prudencia, dos 50 anos em diante, e é absolutamente banida em caso de hipertensão ocular.

Medicina legal — A ausencia de meconio não é sinal certo da criança ter nascido com vida.

Obstetricia — A gravidez é um estado intermediario entre os estados fisiológico e patológico.

VISTO.

O Presidente,
Pires de Lima.

IMPRIMA-SE.

O Director,
Candido de Pinho.

BIBLIOGRAFIA

PRINCIPAIS OBRAS CONSULTADAS

SIEFFERT (G.) — Formulaire de Thérapeutique Positive.

CARTIER (FRANÇOIS) — Thérapeutique des Voies Respiratoires.

COURMONT (P.) — Précis de Pathologie Générale.

GILBERT (A.) et CARNOT (P.) — Médicaments microbiens (Bactériothérapie, Vaccination, Sérothérapie).

JOUSSET (P.) — Traité Élémentaire de Matière Médicale Expérimentale et de Thérapeutique Positive.

Journal des Praticiens (Revue générale de clinique et de thérapeutique).

ERRATA

Na pag. 54, linha 19, onde se lê mantempera-
tura, deve ler-se: má temperatura.
