

~~Dr.~~ MANUEL PEREIRA DA SILVA

Disenteria Bacilar

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO



181/5

FEVEREIRO DE 1920

TIPOGRAFIA D' "A TRIBUNA,"

108, R. Duque de Loulé, 124

PORTO

Disenteria bacilar

DR. MANUEL PEREIRA DA SILVA

Disenteria Bacilar

TESE DE DOUTORAMENTO
APRESENTADA À FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO



FEVEREIRO DE 1920

—
TIPOGRAFIA D' "A TRIBUNA,"

108, R. Duque de Loulé, 124

PORTO

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

MAXIMIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA LEMOS

PROFESSOR SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henriques de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Vaga	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Junior . .	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar . . .	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima.	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas	Dermatologia e sifilografia.
Vaga	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães . .	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
Antonio Joaquim de Sousa Junior . . .	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida.	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Alvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
Antonio de Sousa Magalhães e Lemos .	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia e terapêutica médicas.
Vaga	Clínica das doenças infecciosas

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias

Ao Ex.^{mo} Sr.

Dr. Alberto Luís da Costa Sol

e sua Ex.^{ma} Esposa

D. Elisa Porto da Costa Sol

O que sou a vós o devo.
Os meus agradecimentos
:: e eterna gratidão. ::

MANUEL

Ao meu grande e particular amigo

Dr. Amadeu Eduardo
de Campos Paiva

UM GRANDE
ABRAÇO AMIGO

Aos meus amigos :

DR. ANTÓNIO DA COSTA BONIFÁCIO

DR. JOAQUIM COELHO DIAS

DR. ANTÓNIO MARTINS BARBOSA

DR. ANTÓNIO L. PEREIRA DE
MEIRELES

DR. MÁRIO DE ALMEIDA

DR. ANTÓNIO EMÍLIO DE MAGA-
LHÃES

DR. CAMILO AUGUSTO DE FIGUEI-
REDO

DR. BERNARDINO LAVRADOR
RIBEIRO

PARA TODOS VÓS
UM GRANDE ABRAÇO

Aos meus condiscípulos e amigos

A MINHA AMISADE.

Aos meus contemporâneos

AO DOUTO PROFESSOR
E MEU ILUSTRE PRESIDENTE DA TESE

EX.MO SR. DR.

JOÃO LOPES DA SILVA
MARTINS JÚNIOR

O MAIS ALTO ESPÍRITO E O MAIS
NOBRE E LÍDIMO CARÀCTER

HOMENAGEM
DO DISCÍPULO MUITO GRATO

PEREIRA DA SILVA.

Duas palavras

Exige a lei que apresentemos, para final dos nossos trabalhos escolares, uma dissertação.

Árdua foi para mim esta tarefa de colheita com dificuldades sem conta.

Em primeiro lugar, a escolha do assunto; em segundo, a falta de competência para o tratar como êle deveria ser tratado. Além de tudo isso, a falta de tempo, a necessidade e o desejo de satisfazer o mais depressa possível a minha obrigação. Despertaram a minha curiosidade para alguns casos de DISENTERIA BACILAR, que grassaram no Pôrto e em alguns arredores e que escolhi para este assunto, que julgo ser-me provei-

toso no futuro, por ser uma doença muito frequente entre nós. Limitar-me-hei a apresentar uma compilação das minhas observações e das ideas colhidas em diferentes autores, aproveitando o que me pareceu mais importante.

Em quatro partes divido o meu modestíssimo trabalho:

1.^a PARTE—*Definição, algumas considerações sobre a história da doença e epidemiologia, Parasitologia e anatomia patológica.*

2.^a PARTE — *Etiologia, sintomas e evolução, formas clínicas, complicações, diagnóstico diferencial e Prognóstico.*

3.^a PARTE — *Tratamento e Profilaxia.*

4.^a PARTE — *Observações pessoais.*

Todo este trabalho é fácilmente vulnerável.

Quero apenas que os sapientísimos mestres vejam em mim o discípulo que, sem bagagem científica, foi obrigado a obedecer à DURA LEX. Ainda: que o ilustrado juri que me houver de julgar, conhecendo as dificuldades que tem quem trata algum assunto dêstes, pela primeira vez, me desculpe as incorrecções que encontrar.

I

Definição

A *disenteria bacilar* é uma doença epidémica produzida pelo bacilo disentérico e traduzindo-se anatomo-patologicamente por uma colite.

II

História da doença e epidemiologia

O termo *disenteria* é conhecido desde a mais remota antiguidade.

Já antes da era cristã Hippocrates a descrevia como doença muito grave, acompanhada de ulcerações e destruições do intestino.

Galeno via no carácter ulcerante da mucosa intestinal a essencia da moléstia.

Confundiu-se durante muito tempo esta expressão *disenteria* com as afecções intestinais as mais variadas, desde a cólera nostras até à simples enterocolite infantil.

Os antigos autores consideravam a *disenteria* como uma entidade mórbida, fazendo-a depender de causas as mais variadas como: a telúrica, as influências meteóricas, a alimentação defeituosa, miséria orgânica, etc.

Ainda mesmo antes da descoberta do bacilo atribuía-se ao arrefecimento noturno, ao grande calor, ao excesso de alimentação e má qualidade desta, a frutos mal maduros, ao abuso de álcool, concorrendo tudo indiferentemente para a provocar.

Outros queriam que a causa principal da *disenteria* residisse na viciação das secreções gastro-intestinais e que a decomposição patológica da bilis irritava o intestino, justificando assim a presença de ulcerações no mesmo.

Mas com o advento da microbiologia as ideas emitidas pelos diferentes autores foram radicalmente transformadas. De então para cá inúmeros pesquisadores dirigiram-se para o parasitismo intestinal. Agentes patogêneos vários foram incriminados como causadores desta afecção.

É sobretudo a Chantemesse e Widal, Shiga, Kock, Kartulis, Shaudinn, Loesh e outros, que se atribue o exacto conhecimento dos diferentes agentes patogêneos.

Em 1888, Chantemesse e Widal descobrem como causa determinante da *disenteria bacilar* um bacilo curto de bordos arredondados, imóvel, còrando-se pelas côres da

anilina e não tomando o Gram. O papel patogéneo dêste bacilo foi posto em dúvida e mesmo negado pela maioria dos autores.

Dez anos mais tarde, em 1898, Shiga isolou, numa *disenteria* epidémica do Japão, um bacilo cujos caracteres morfológicos o aproximavam intimamente do descrito por Chantemesse e Widal.

A aglutinação das suas culturas pelos sôros dos disentéricos veio confirmar a sua especificidade.

Mais tarde Kruse, numa epidemia na Westphalia, isolou um bacilo muito semelhante ao de Shiga. Baseou-se nas mesmas razões de Shiga para admitir a sua especificidade. Algum tempo depois, a identificação dos seus caracteres biológicos foi possível.

Sabe-se que a *disenteria bacilar* é uma doença dos países temperados, reinando contudo nas regiões tropicais, constituindo com a malária uma doença dominante dessas regiões. Ela invade os países temperados na época de maior calôr e humidade (Julho

a Outubro), manifestando-se assim por verdadeiras epidemias e afrouxando com as primeiras chuvas ou com os frios do inverno. Todavia, ela tem evoluído no inverno em Brest, em 1866 e 1887, e durante os rigorosos frios da Sibéria (Gestin).

De 1834 a 1848 uma epidemia disenterica percorreu quasi toda a Europa Central.

A doença aparece geralmente por epidemias locais, fixando-se aí, outras vezes difunde-se fácil e rapidamente a todo um país. Em Portugal, nos meses de Setembro e parte de Outubro, em Espinho, vi grassar a *disenteria bacilar* com grande intensidade e com carácter epidémico.

O pouco tempo que aí permaneci foi o suficiente para me orientar sobre este assunto, observando muitos casos e tratando alguns. Voltando para o Porto, observei alguns casos, que apresentarei no final deste trabalho.

A *disenteria bacilar* opõe-se á *disenteria amibiana* por esta ser mais comum nos países quentes; por outro lado, a *disenteria bacilar* parece apresentar a sua variedade microbiana.

Este bacilo, causador da *desinteria*, foi

isolado por Shiga no exército japonês, nos soldados russos de Pôrto-Artur e nos marinheiros do Báltico. Em 1806, Amako encontrou o bacilo Shiga na epidemia de Kohé, em todos os bairros atingidos de *desinteria*; êste bacilo tem sido considerado mais perigoso do que o bacilo do tipo Flexner.

As epidemias produzidas pelo bacilo Flexner, estão mais adaptadas às Filipinas, aos Estados-Unidos, a Pôrto Rico, etc.; contudo, podem ser encontradas no centro e norte da Europa, África e Ásia. A *disenteria bacilar* reina por toda a Europa, mas principalmente na bacia do Mediterrâneo (Grécia, Turquia, Itália, Sicília, Espanha, etc.

Armand Buffer assinalou as grandes epidemias de *disenteria bacilar* trazida pelos peregrinos vindos de *Meca*.

Esta doença liga-se duma maneira inseparável à história das guerras; as epidemias disentéricas na actual guerra contra a Alemanha déram logar à constatação do bacilo tipo Flexner, tipo Y e tipo Shiga, sendo êste mais abundante.

III

Parasitologia

A *disenteria bacilar* é provocada por diversos agentes que pelos seus caracteres biológicos se aproximam e se diferenciam uns dos outros: Citaremos como agentes causadores desta *disenteria*: o bacilo tipo Shiga, o tipo Flexner, o tipo Hiss (Y), tipo Strong e os pseudo-disentéricos.

Bacilo tipo Shiga — é um bastonete curto, de extremidades arredondadas, medindo de 1 a 3 micras. Córre-se uniformemente por todas as côres da anilina, mormente pela fuchsina de Ziehl e azul de metileno.

Não toma o Gram. Não é dotado de movimentos vitais nem dispõe de cílios vibráteis, nem de formas de resistência.

Cultiva-se bem nos meios aeróbios ou

aneróbios, desde que a reacção seja alcalina. O meio ácido produz-lhe funestas consequências. Desenvolve-se entre 10.º e 40.º, sendo 37.º a sua temperatura óptima.

Resiste muito tempo alguns graus abaixo de zero. Shmidt constatou a sua resistência durante dois mezes sob a acção dum frio moderado.

Nas fezes morre rápidamente, desde que haja concorrência doutros bacilos, principalmente o colibacilo.

No seu *habitat* é duma resistência a tôda a prova, zombando de medicamentos os mais enérgicos. No organismo humano apresenta o mesmo aspecto morfológico; pelo contrário, nas culturas líquidas hà um certo polimorfismo, encontrando-se formas filamentosas ao lado de bacilos curtos.

Culturas—No caldo peptonado produz turvação completa e uniforme. Para o semear na gelose, depois de obtido e lavado com sôro fisiológico um floco mucoso ou mucopurulento, procede-se do seguinte modo:

Por meio de um fio de platina contendo mucos, passeia-se ligeiramente com êste sobre a gelose contida em diversas caixas de

Petri; feito isto leva-se à estufa a 37.º durante 24 horas, findas as quais se examinam as sementeiras. Se fôr na gelose de Wurtzi encontram-se colónias azues e vermelhas; incolôres e vermelhas, se fôr a gelose de Endo.

Na *gelatina* desenvolve-se sem fluidificá-la, dando colónias a princípio puntiformes, que alongando-se em seguida apresentam bordos recortados, translúcidas, atravessadas por sulcos semelhantes às nervuras de uma folha de vinha.

Na batata produz um *glacis* húmido, brilhante, delgado e pouco visível, de côr parda, ou avermelhada pelo envelhecimento.

Não coagula o leite, nem fermenta os açúcares, nem produz indol. Não prolifera nos meios vacinados. O sôro Shiga só aglutina o bacilo Shiga e fica sem acção para o bacilo Flexner, e inversamente o Flexner não aglutina o Shiga.

Bacilo tipo Flexner. Este bacilo foi isolado nas Filipinas por Flexner. A sua coloração e os seus caracteres morfológicos são idênticos ao bacilo Shiga.

A distinção entre estes dois bacilos nos meios de cultura, torna-se às vezes difícil. O bacilo tipo Flexner produz indol, fermenta

a manite e a maltose, dando coloração vermelha.

Bacilo tipo Y — Êste bacilo foi descrito por Hiss e Russel; não diverge nos meios de cultura do bacilo Shiga e do Flexner. O único elemento de distinção entre os dois, é a fermentação da maltose pelo bacilo Y.

Bacilo tipo Strong — Foi isolado por Strong nas Filipinas; apresenta uma identidade perfeita, nos seus caracteres morfológicos e nos meios de cultura, aos bacilos já descritos. Este bacilo fermenta a maltose e a ascarose e não aglutina senão o sôro Strong.

Bacilos pseudo-disentéricos — Estes distinguem-se dos disentéricos verdadeiros por alguns dos seus caracteres que lhe são próprios. O pseudo-disentérico ou bacilo da *disenteria* dos alienados (Kruse), pode identificar-se ao tipo Y, pelas suas propriedades aglutinantes e fermentativas.

Quanto aos disentéricos de Deyck e de Lentz, permitem agrupá-los ao lado do bacilo Coli, pela formação de gases nos meios açucarados. O quadro que segue resume alguns dos caracteres distintivos dos quatro tipos principais.

SHIGA	FLEXNER	HISS (Y)	STRONG
Não produz indol	Produz indol	Produz indol	Produz indol
Leite desnatado Cór a ligeiramente de vermelho; volta ametista depois 24 horas.	Leite desnatado Cór a menos que o Shiga.	Leite desnatado Cf. Flexner	Leite desnatado Cf. Flexner
Gelose tornesolada-maltosada	Gelose tornesolada-maltosada	Gelose tornesolada-maltosada	Genose tornesolada-maltosada
Cór de vermelho depois de muitos dias.	Cór de vermelho.	Cór de vermelho raramente e difficilmente.	Cór inconstantemente.
Aglutinação	Aglutinação	Aglutinação	Aglutinação
Aglutinado só pelo soro Shiga.	Aglutinado pelo soro Flexner e pelo Y. não Shiga e Strong.	Cf. Flexner	Aglutinado unicamente pelo soro Strong.
Ação patogénia experimental	Ação patogénia experimental	Ação patogénia experimental	Ação patogénia experimental
Injecção subcutânea reproduz a disenteria no cão e coelho, e não no coelho.	Por via peritonial. Peritonite mortal na coelho e rato.	Cf. Flexner	Cf. Flexner

IV

Anatomia patológica

As lesões anatomo-patológicas encontradas *post-mortem* no intestino grosso do homem, correspondem a uma inflamação hemorrágica da mucosa, com focos de necrose, a princípio superficiais, atacando pouco a pouco as partes mais profundas e que, pela perda de substância, dão origem a ulcerações extensas, de fundo e bordos achatados, dirigindo-se no sentido das pregas da mucosa.

As bases das ulcerações ficam cobertas de pús espesso e amarelo, onde vegeta o agente disentérico.

Estas ulcerações localizam-se, geralmente, só na mucosa, mas podem, pouco a pouco, atingir e destruir a celulosa, a mucosa e

mesmo a serosa, nos casos de perfuração intestinal.

As lesões provocadas pela amiba disentérica diferenciam-se pela forma das suas ulcerações, que são mais profundas, de bordos espessos e descolados, flutuantes pela sua face inferior.

Segundo Dopfer, o parasita, atravessando o epitélio, introduz-se na celulosa de revestimento, atinge depois a mucosa acantonando-se aí, dando origem a abcessos que se abrem à superfície da mucosa, produzindo ulcerações em forma de *botões de camisa*.

Geralmente o processo patogénico produzido pelo bacilo disentérico inicia-se na parte mais inferior do intestino grosso, até que mais tarde pode atingir todo esse órgão.

Bertrand, Calmette e Fontai constatarem uma epidemia de *disenteria* bacilar na Cochinchina, em que as lesões se limitavam apenas ao recto, S ílico e válvula ileo-cecal.

Dantec cita o caso de ter encontrado em várias autópsias a face cecal da válvula de Bauhin coberta de ulcerações e a face ileal perfeitamente intacta.

Etiologia

A *disenteria bacilar* propaga-se a todas as regiões e climas, porém, com certa predominância e endemicidade nos climas quentes, dizimando anualmente milhares de pessoas; nos países temperados observa-se unicamente a forma epidémica, reinando principalmente no estio e outono.

Diversos *factores* concorrem para a difusão da *disenteria bacilar*.

Os terrenos húmidos foram acusados de exercerem grande influência na propagação da doença; contudo, Hirsh e Gauster verificaram que ela também grassava intensamente nos lugares secos. O contágio da *disenteria* é muito fácil no homem. É por meio das fezes frescas ou secas que se *effectuam* as

transmissões directas ou indirectas. O homem recebe o agente directamente de outro doente, do convalescente ou dum portador crónico de bacilos, ou indirectamente pelos objectos contaminados. As pessoas que tratam dos doentes, ignorando o perigo em que incorrem pela falta de higiene, continuam a servir ao doente e às pessoas sãs, os alimentos nos mesmos objectos, louças, talheres, panos, etc., sem uma lavagem prévia destes e das suas mãos; daí a transmissão fácil a todos os membros duma família, como tive ocasião de observar.

A alguns casos assisti, em que dormiam todas as pessoas na mesma enxerga e servindo-se do mesmo vaso para dejectar, ficando assim durante horas à acção dos ventos e moscas, as quais desempenham papel importante na transmissão da *dysentery*, transportando nas suas patas o *virus* dum lugar para o outro. O frequente hábito de deitarem os dejectos sobre o solo, sem o remexer, deixando o *virus* exposto ao fácil transporte pelo calçado, vestuários e insectos, sobretudo as moscas. As fezes secas levadas pelo vento; depositam-se nas diversas substâncias utilizadas pelo homem, como: vege-

tais, águas, etc., e contribuem para a intensa difusão da doença. O uso das águas impuras foi considerado causa da doença [L. Colin]. Nos países temperados o papel das águas de consumo tem sido incriminado, mas não demonstrado. Todavia, Bertrand atribue ao mau estado da água a epidemia de Toulon em 1906, mas para Vincent a vitalidade do bacilo na água comum é extremamente efémera.

O contágio directo — Tem sido demonstrado por Jugens e outros em experiências feitas nos animais de laboratório, coelho, cão, etc.

Provocou-se a *disenteria bacilar* tanto nos animais de laboratório, como no homem.

Inoculando por via sub-cutânea 3^{cc} a 4^{cc} de cultura de bacilos disentéricos no coelho, pode observar-se algumas horas depois um grande edema inflamatório no ponto injectado. A temperatura eleva-se a 40°.

Nota-se no dia seguinte uma diarreia profusa, mucosa ou sanguinolenta. Strong e Musgrave fizeram com que um condenado à morte ingerisse cultura de bacilos disentéricos, obtendo, trinta e seis horas depois,

os sintomas característicos da doença em questão.

Kruse e Lucke por acidente lamentável, mas instrutivo, ingeriram culturas de bacilos disentéricos, contraindo alguns dias depois uma disenteria típica; os bacilos foram encontrados com todos os seus caracteres nas fezes sanguinolentas dos dois experimentadores.

Como já referi, assisti a alguns indivíduos, que rodeavam os doentes, servir-se dos mesmos alimentos e com os mesmos talheres e louças, sem limpeza prévia das suas mãos e objectos; é claro que passados dias já apareciam nas suas próprias habitações alguns contagiados com os sintomas típicos da doença.

Podem ainda intervir, como *elementos adjuvantes* da etiologia, a acção das vicissitudes atmosféricas, o resfriamento do corpo, os excessos de regimen, os abusos de álcool e o uso de alimentos indigestos e maus, a miséria, a escassêz da alimentação, as guerras, as fadigas, etc.; todas as causas privativas que contribuem para o depauperamento do organismo, concorrem também para a predisposição a todas as infecções.

Do meu interrogatório concluí que a maior parte das pessoas afectadas de disenterias tinham sido alvo da gripe e como tal se achavam ainda fracas; notei mais que a *disenteria bacilar* atacava todas as idades, mas com grande preferência os velhos e as creanças.

Sintomas e evolução

O termo *disenteria* serve para designar um grupo de doenças cujo carácter principal, anatomo-patológico, é a inflamação do intestino grosso.

Clínicamente, os sintomas variam segundo a benignidade ou gravidade e também segundo as epidemias; às formas extensas e graves podem corresponder sintomas insignificantes e ligeiros, e, inversamente, as lesões, embora mínimas, podem dar origem a sintomas graves.

Tomando para tipo um caso de média intensidade, os sintomas característicos são *as dores abdominais, o tenesmo e o carácter disentérico das fezes.*

Indicarei mais longe algumas das formas clinicas.

As dores abdominais—Quer espontâneas, quer provocadas pela pressão sobre o intestino grosso, nunca faltam, e nos casos graves manifestam-se com uma violência insuportável (*cólicas*). Nem sempre as dores teem a mesma duração; apresentam-se por acessos, frequentemente iniciados por uma dôr pungente e lancinante, que precede, acompanha e ultrapassa a defecação.

Essa dôr tem por séde, geralmente, todo o abdômen. A região do colon não é, como se poderia supôr, preferida por elas, salvo quando se deprime o ventre naquella região. Nem sempre estas dores teem o mesmo carácter; *umas vezes* são dores surdas e intermitentes, irradiando à volta do umbigo; mas não produzindo contracção de defeza; *outras vezes* são dores violentas, repetindo-se por intervalos pequenos e duradoiros, caracterizados pela paragem da respiração e contracção dos músculos da parede abdominal; *outras vezes ainda* as dores são contínuas, sofrendo algumas exacerbações, coincidindo com a expulsão de matérias. Durante a noite as dores são mais frequentes, sendo maior

o número de dejecções: diminuem de manhã para voltarem à tarde.

Tenesmo — Este sintoma é constituído por um violento e doloroso estímulo à defecação, quasi sempre infrutífera. O tenesmo depende, não da irritação do recto pelo bôlo fecal, como na defecação normal, mas é produzida pelas lesões anotomo-patológicas do recto e pelo edema da mucosa; deduz-se disto que a frequência do tenesmo depende da sêde, e quanto mais baixa é a lesão do colon descendente, tanto mais frequente é o tenesmo.

Quasi sempre a bexiga participa dêste tenesmo, provocando desordens na micção.

Fezes — É sempre o modo de eliminação e o carácter das fezes um dos sintomas mais importante na *disenteria bacilar*. A principio, as fezes são de consistência sólida, mas com abundante secreção da mucosa intestinal, *fezes mucosas* e o conteúdo intestinal adquire, desde logo, uma forma mais líquida e aquosa, com laivos sanguíneos, *fezes sero-sanguinolentas*; nestas dejecções de côr amarelada-escura observam-se numerosos corpúsculos membraniformes e de natureza mucosa, semelhantes segundo a comparação clássica, a ovos de rã.

Com o progredir da doença, a massa do muco aumenta, e os flocos, confluindo, formam um conglomerado transparente muito semelhante à gelatina. Nesta massa gelatinosa notam-se pequenas estrias sanguíneas que atestam a intensa inflamação da mucosa.

As fezes tornam-se pouco copiosas e reduzem-se por cada vez à expulsão de 10 a 15 gramas de matérias. As dejeções sanguíneas que acompanham os outros sintomas da *disenteria bacilar* não dependem de profundos processos ulcerativos, mas indicam uma grande inflamação da mucosa intestinal. A frequência das dejeções atinge 50, 100, 150 e mesmo mais nas 24 horas. As fezes desintéricas não tem cheiro no começo, e quando o tem assemelha-se ao do sperma ⁽¹⁾. A reacção das fezes é puramente alcalina.

O exame microscópico das fezes revela a presença de corpúsculos de pús, hemáticas, blocos de muco formando uma massa vítrea, partículas necrosadas da mucosa, bactérias numerosas de putrefacção, etc.

(1) Às vezes as fezes são acompanhadas de grandes retalhos de mucosa e dum cheiro extremamente fétido, constituindo as fezes gangrenosas.

Os fenómenos gerais não apresentam a importância dos sintomas subjectivos que constituem a triada sintomática da doença. Com a marcha da doença observa-se profundamente a emaciação, a grande debilidade neuro-muscular, expressão duma intoxicação grave.

A lingua torna-se pastosa e sêca pela deficiência da secreção salivar.

A saliva ácida perde o seu poder sacarificante.

A sêde é viva e a anorexia é completa; o ventre deprime-se e a palpação é dolorosa na região do colon.

A febre, no início, é pouco elevada, subindo até 37° e 38,°5, e mesmo 39°; não tarda a cair para oscilar entre 37° e 38°, mantendo-se mais ou menos constante.

Nas minhas observações nunca notei a temperatura além de 38,°7.

Segundo Kramm, se a temperatura permanecer estável acima de 38,°5, deve-se prever graves complicações; quando desde o início da doença a temperatura baixar consideravelmente, deve-se suspeitar de processos putrefactivos.

O pulso é pequeno, hipotenso e às vezes

irregular. Ao fim de 10 a 15 dias, se a doença tende para a cura, os fenómenos dolorosos desaparecem, as dejecções diminuem, retomando o doente o seu aspecto normal, sobrevivendo-lhe, pouco a pouco, o apetite.

• Pode, porém, tender para a cronicidade, levando o doente à caquexia disentérica e à morte.

III

Formas clínicas

A *desintéria bacilar* tem um periodo de incubação curto: quarenta e oito horas — Strong e Musgrave; dois a três dias — Lentz. Na infecção experimental realizado por Strong, Musgrave e outros, no homem, os sintomas apareceram 34 horas depois da ingestão da cultura disentérica.

A disenteria pode apresentar o aspecto duma diarreia banal; as dores abdominais são ligeiras, as fezes pouco abundantes, às vezes com algum muco que passa despercebido, a língua é ligeiramente saburosa e algumas náuseas podem aparecer. A doença aparece sem podromos e dias depois tudo desaparece.

Casos há em que a diversidade dos sinto-

mas são mais graves, podendo-se apresentar a doença com algumas formas que nós destacaremos:

A forma tifoide, a forma hemorrágica, a forma gangrenosa e a forma ulcerosa.

A forma tifoide.—É caracterizada por uma temperatura elevada, a secura e as fulgindades da língua, o meteorismo abdominal, o estupor, delírio, ataxo-adinamia e convulsões entre as crianças. Estas formas observam-se geralmente nos exércitos em campanha e nos hospitais. Remlinger publicou casos mixtos de disenteria com a febre tifoide na guerra actual.

A forma hemorrágica.—Traduz-se pela frequência das hemorragias graves, não só intestinais, como também da pele e das mucosas acompanhada de sintomas tifoides. Esta forma é muito grave e quasi sempre mortal.

A forma gangrenosa.—É mais frequente nos países tropicais, encontrando-se, contudo, nas regiões temperadas. Anuncia-se de

comêço por uma gravidade extrema ; as fezes são quási contínuas, fortemente misturadas de sangue on francamente hemorrágicas: as cólicas e o tenesmo são intensos, a temperatura pode ser febril, o fácias pálido gripado, os olhos cavados, a prostração é grande, as extremidades cianosadas e frias cobrem-se dum suor viscoso.

O pulso lento, pequeno e filiforme. A inteligência é conservada. Os vômitos e os soluços são consideráveis. Lussmiesman e Dutrouleau consideram o soluço como patognomônico. A morte é a regra.

A forma ulcerosa. — As fezes, a princípio benignas e sem cheiro, tornam-se mais tarde fétidas, contendo sangue e pedaços de esfacelos mais ou menos volumosos de côr acinzentada e dum cheiro pútrido; elas indicam ulcerações profundas e dão origem à disenteria de recaídas e mesmo com tendência à cronicidade.

IV

Complicações

No curso da *desintéria bacilar* pode-se observar várias complicações; as mais frequentes são as *artropatias*, que, aparecendo desde a primeira semana, vão até à convalescença; êsse pseudo-reumatismo infeccioso — Brault e Boudet — é devido à acção das toxinas absorvidas pelo intestino. Ora aparecem manifestações paliarticulares de pouca duração, ora de localizações mono ou biarticulares de maior intensidade.

As articulações mais preferidas são as do joelho.

Pode-se notar ainda perturbações *ner-
vosas*, consistindo, sobretudo, em paraplégias e hemiplégias — Lissmermann, Trosseau, Martin, Gubler, etc.

No decurso desta infecção, na mucosa intestinal, pode-se desenvolver um processo gangrenoso, que representa um sério perigo para a vida do doente.

A febre cái rapidamente abaixo do normal, as extremidades tornam-se cianosadas, o pulso pequeno e filiforme, a pele flácida e rugosa, a voz fraca, respiração célere e superficial, terminando pela morte.

A peritonite. — É uma complicação que se observa raras vezes no decurso da *dysentéria bacilar*, como consequência da perfuração intestinal.

Assepticémias. — São raras.

A febre tifoide e o escorbuto podem intervir como complicação da *desintéria bacilar*. Ao lado d'este acidente podemos observar-se derrames no pericárdio, trombozes arteriais e venenosas, etc. — Lavarán. Cambay cita um exemplo de trombose da ilíaca esquerda com gangrena do mesmo membro; a artéria aderente ao S ilíaco estava obliterada.

V

Diagnóstico diferencial

A *disenteria bacilar* pode prestar-se a grandes confusões como: com a enterite tuberculosa, as diarreias banais, os neoplasmas rectais, as rectites venéreas, as hemorróides, etc., mas principalmente com a *disenteria* amibiana e a diarreia da Cochinchina.

A *disenteria bacilar* tem um princípio brusco, a marcha da doença é rápida e faz-se geralmente com temperatura. As lesões estendem-se a todo o intestino grosso e às vezes à última porção ileal; estas lesões são superficiais, com hiperhémia da mucosa.

As complicações hepáticas e peritoniais são raras. Não há eosinófilos nas fezes, e a reacção destas são alcalinas ou neutras.

O sôro dos disentéricos aglutina o bacilo disentérico; o primeiro ataque confere a imunidade. Esta afecção ordinariamente epidémica, grassa principalmente na estação estio-ouonal e nos países temperados; é menos frequente nos países quentes e tropicais.

O contágio indirecto faz-se pelas fezes, moscas, legumes, solo sujo das dejeções, pelas poeiras disentéricas e água.

O sôro diagnóstico é positivo e as fezes mostram o bacilo disentérico.

O tratamento e a radiologia auxiliar-nos-hão no diagnóstico.

A *disenteria* amibiana tem uma marcha lenta e irregular, evolue sem temperatura e tem tendência á cronicidade. As lesões anatomo-patológicas são muitas vezes profundas, ulceradas, com bordos descolados e localizados no intestino grosso. Frequentemente dá origem a abcessos hepáticos e perfurações intestinais.

Não produz imunidade e o sôro não aglutina o bacilo disentérico; não há eosinófilos. A afecção é endémica reinando nos países quentes ou tropicais, sobretudo no inverno e estio.

• O contágio faz-se sobretudo pela água.

O exame revela a presença da *amiba* nas fezes, o doente vive ou já tem vivido nos países quentes.

A diarreia da Cochinchina ⁽¹⁾ é notavelmente caracterisada pelo desconhecimento do gérmen específico nas fezes, pelas regiões habitadas pelos doentes, pelas dejeccções abundantes espumosas ou biliosas, sem mucosidades, nem sangue, com cheiro fétido, sem tenesmo e sem dores.

Os vómitos, uma dispépsia muito notável acompanhada de timpamismo, com borborignas, etc.

Nunca faltam as inflamações e erosões da língua produzindo uma salivação abundante.

Os neoplasmas, as hemorróides e outras doenças a que me reportei, podem provocar dejeccções sanguinolentas com mucosidades e tenesmo, mas o estudo clinico das antecedentes, o exame local, a temperatura, a auscultação do aparelho respiratório, o exame do sangue e laboratorial, o tratamento auxiliares-não ao diagnóstico diferencial destas lesões a que aludo.

(1) Diarreia endémica ou crónica dos países quentes.

VI

Prognóstico

O prognóstico da *desintéria bacilar* deve ser reservado, tendo em vista as inúmeras complicações que podem aparecer.

Mas a maior parte das vezes evolue como uma doença aguda e benigna curando ao fim de algumas semanas.

As recaídas são pouco frequentes e as lesões persistentes do intestino são raras.

Quando a *disenteria bacilar* se manifesta nos exércitos em campanha, nas aglomerações, constitui uma doença mortífera. Contudo, os meios profiláticos e o tratamento, aplicadas a tempo, diminuem a gravidade numa forte proporção.

I

Tratamento

Qualquer ataque ao indivíduo, quer seja por agentes animados ou inanimados, é recebido por êste indivíduo por uma acção de defesa. Ora para que essa defesa seja eficaz, é necessário que o indivíduo agredido possua energias armazenadas com que possa contar no momento do assalto.

Essas reservas acumulam-se principalmente pelo repouso.

O disentérico, mais do que outro qualquer doente, precisa de repouso que deve ser o mais absoluto possível. As mudanças de temperatura e os refriamentos são de gravíssimas conseqüências. É por êste motivo que se aconselha o uso de aparelhos sanitários para receber as dejectões do doente sem

expô-lo às mudanças de temperatura, porque estas diferenças concorrem para a provocação de violentas dores acompanhadas de tenesmo.

O regimen diatético deve ser rigorosamente imposto pelo médico.

Em geral todos os alimentos que exijam uma digestão laboriosa e todos aqueles que deixem grande quantidade de resíduos devem ser proscritos.

A alimentação aconselhada deve constar de líquidos. Deve-se administrar no comêço, a água pura fervida que aqui produz uma excelente medicação.

O leite, sôbretudo, o caldo, a água de arroz ou cevada bem cosidos, são também indicados. Nos casos de indivíduos extremamente debilitados, são de grande vantagem os ovos mal cosidos, ou crús, suco de carne e mesmo álcool em pequenas doses.

Deve-se administrar logo no início da afecção purgativos com o fim de diminuir a grande quantidade de bactérias e as suas toxinas, 20 a 30 gramas de sulfato de soda, por exemplo. Nos dias seguintes ainda, administrar purgativos em doses pequenas. Os mais usados são:

O sulfato de soda, o sal de Seignette,

o sulfato de magnésia, etc., todos em pequenas quantidades 5 a 8 gramas, três a cinco vezes por dia:

O óleo de rícino dá excelentes resultados; os calomelanos, na dose de 20 a 30 centigramas tôdas as 8 horas.

Desde que o uso continuado dos purgativos produza um peristaltismo intestinal exagerado, é necessário fazer-se a suspensão.

A terapêutica sintomática presta na *disenteria* relevantes serviços, aliviando o doente.

O uso prolongado de ópio sob a forma de pós de Dower, só ou associado ao sulfato de soda, a tintura de ópio constituem ótima terapêutica. Podemos instituir o tratamento pelas pilulas de Segond.

As dores abdominais, sob a forma de cólicas, são eficazmente combatidas pelas aplicações de compressas quentes ou frias sobre o ventre, freqüentemente renovadas. Os supositórios de quina, de morfina, de extrato de beladona, ou os semi-cúpios de água tépida acalmam as dores violentas produzidas pelo tenesmo.

Podemos ainda empregar os adstringentes

para combater a diarreia, como: xarope de ratania, de marmelo, de calumba, etc., só ou associado aos calomelanos, em doses muito pequenas.

Kartulis preconizou o tanino que, além de ser um ótimo anti-diarreico, goza de propriedades antisépticas.

Eu empreguei o tanígeno e o salicilato de bismuto e empreguei ainda, com grandes vantagens, a poção:

Sub-nitrato de bismuto . . .	10 gramas
Água de mentol	10 "
Infusão de bistorta	70 "
Xarope de ratania	30 "
Laudano de Sydenham . . .	x gotas

a tomar 3 a 6 colheres de sopa por dia.

As lavagens simples de água fervida ou de sub-nitrato de prata a $\frac{1}{500}$, ou permanganato de potássio a $\frac{1}{1000}$ ou outras soluções, parecem ineficazes, principalmente quando as lesões estão localizadas na túnica celulosa do intestino. Krause diz que o líquido antiséptico não consegue chegar até lá, em virtude da mucosa intestinal se opor a isso.

Pôsto isto, determinada a especificidade do germen produtor da *disenteria bacilar*, os bacteriologistas tentaram a imunisação de animais, com o fim de obter resultados curativos desta entidade mórbida.

As primeiras experiências são do sábio japonês Shiga, feitas em 1908, no Japão. Êste sábio, imunizando cavalos pela inoculação de culturas mortas, e depois com outras vivas, preparou um sôro com poder preventivo e curativo contra a infecção experimental. Obtido este sôro, aplicou-o ao homem com bom resultado, conseguindo assim reduzir a letalidade a $\frac{2}{3}$ ou mais.

Mais tarde, Kruse fez pesquisas semelhantes, obtendo um sôro com propriedades idênticas ao de Shiga.

Todel injectando toxinas disentéricas em animais, conseguiu um sôro antitóxico e com propriedades preventivas. O sôro anti-disentérico fornecido pelo cavalo tem a dupla vantagem de ser bactericida e antitóxico.

Pelas observações e estatísticas publicadas pelos diferentes autores, pode-se afirmar a eficácia da seroterapia no tratamento da *disenteria bacilar*.

Não se deve perder de vista que a acção do sôro Shiga é nula para o tipo Flexner.

Por esta razão, alguns autores tiveram a idea de preparar um sôro polivalente, actuando ao mesmo tempo sôbre qualquer espécie de *disenteria bacilar*.

O sôro anti-disentérico injecta-se pór via sub-cutânea no homem, variando a dose conforme a gravidade dos casos. Nas formas médias bastará inocular 2 cc para fazer desaparecer todos os sintomas nas 24 horas; se os sintomas persistem, dá-se nova injectção de 20 cc.

Nas formas mais graves, injecta-se de 20 cc a 100 cc, convindo nesta última emergência proceder a duas inoculações de 50 cc, decrescer depois até que o número das fezes diminuam.

Nos dias seguintes as doses podem ser repetidas habitualmente menores que as primeiras. A vacinação pelo sôro tem a vantagem de conferir uma imunidade immediata de curta duração; no fim de 10 a 15 dias, desaparece por completo.

A vacinação pelo sôro-virus dá os seguintes resultados: a imunidade é immediatamente

adquirida, porém, a sua duração não ultrapassa de 20 a 25 dias.

Os efeitos do sôro são tanto mais rápidos e decisivos quanto mais aproximada é a sua aplicação do início da doença.

Fiz algumas aplicações com resultados satisfatórios.

II

Profilaxia

A profilaxia específica da *disenteria bacilar* consiste na vacinação preventiva, tentada com êxito por Shiga, Kruse e Ludk.

A profilaxia geral consiste no isolamento domiciliar ou hospitalar e desinfecção.

Esta visa especialmente as fezes e urinas dos disentéricos que devem ser tratadas por antisépticos enérgicos, como: o cloreto de cal a $\frac{1}{5}$, o sulfato de ferro em solução a $\frac{1}{100}$, o sulfato de cobre e o ácido fénico em solução a $\frac{5}{100}$, creolina, o formol, o lisol, etc.

A fervura ou esterilisação húmida na estufa de tôdas as roupas que tenham tido contacto com o doente ou com o *entourage*. O quarto e os objectos de uso devem ser rigorosamente desinfectados por panos.

embebidos em solução concentrada de sublimado ou lisol.

A água, o meio mais difusivo da propagação desta doença, não devemos usá-la sem prévia filtração, ou melhor, fervida; os legumes, fervidos ou mergulhados durante meia hora numa solução de ácido tártrico a $\frac{2}{100}$ e lavados em seguida com água fervida. A água gelada e os pratos indigestos devem ser excluídos, afim de evitar as cólicas e a diarreia. As moscas que desempenham papel importante na transmissão do gérmen da *disenteria bacilar*, como o fazem em numerosas outras doenças, devem ser combatidas a todo o transe, podendo empregar-se o papel mata-moscas ou embeber-se o papel mata-borrão dum soluto de formól a $\frac{10}{100}$ e polvilhando depois com açúcar: não se deve acumular o lixo junto das habitações, porque é aí que as moscas desenvolvem os seus viveiros. É muito habitual entre nós fazer as lixeiras junto das portas. Os portadores de bacilos disentéricos aparecem hoje como origens perigosas de contágio.

Esses portadores são geralmente convalescentes e recém-infectados, que continuam a expelir durante mezes bacilos disentéricos,

concorrendo dêste modo para a difusão da doença. Conradi verificou a presença de bacilos disentéricos em individuos 30 dias depois da infecção.

Contra os portadores de bacilos aconselha Metchnikoff uma regra mínima de higiene, mas de grande importância: a lavagem das mãos com sabão, após cada operação no mictório ou retrete.

Observações clínicas

OBSERVAÇÃO

I

M. L., viuvo, natural do Pinhão, Douro, 69 anos de idade, hortelão, residente no Porto. Adoeceu em 27 de setembro de 1919.

Antecedentes hereditários—Pai e mãe falecidos, ignorando a causa da morte destes.

Antecedentes pessoais—Teve sezões aos 25 anos e febre tifóide em criança.

História da doença—Iniciou-se em 27 de setembro com cólicas violentas, evacuações mucosas com laivos de sangue, muito frequentes e pouco copiosas, com tenesmo.

Estado actual—Queixa-se de violentas dores intestinais, principalmente do lado esquerdo, dores que aumentam pela pressão com irradiações para o umbigo. A língua saburrosa com bordos e ponta vermelhos.

Tem gargolejo na fossa iliaca esquerda.
Figado e baço, normais.

Temperatura 38,3. Pulsações 82.

Tratamento—Repouso, dieta láctea, purgante de sulfato de soda, 30 gr.

Dia 30—As evacuações continuam muco-sanguinolentas com cólicas e tenesmo.

Temperatura, 38,4.

Tratamento—Poção com xarope de ratanhia, infusão de bistorta, sub-nitrato de bismuto e laudano de Sydenham.

Dia 31—As dores abdominais diminuíram. As dejeções sanguinolentas continuam. Língua saburrosa.

Temperatura, 38,4.

Medicação—A do dia anterior, com cataplasmas quentes no ventre.

Dia 1 de outubro—As dejeções permanecem muco-sanguinolentas em número de 25 a 28 por dia. As dores diminuíram.

Temperatura, 38,4.

Medicação—A mesma do dia anterior, com uma injeção de 20^{cc} de sôro anti-disentérico

Dia 2—As evacuações diminuíram consideravelmente e as dores são quasi nulas.

O doente sente-se melhor.

Temperatura, 37,5.

Medicação — Tanigeno com salicilato de bismuto e nova injeção de 20^{cc} de sôro anti-disentérico.

Dias 3 e 4 — As evacuações são em número de 9. Não há dores abdominais.

Temperatura, 36,9.

Medicação — A mesma dos dias 3 e 4 sem injeções de sôro anti-disentérico.

Dia 5 e 6 — As evacuações são em número de 6. O doente encontra-se pálido e muito fraco.

Temperatura, 36,9.

Medicação — A mesma do dia 3 e 4 com duas injeções de óleo canforado.

Dia 7 e 8 — As evacuações são em número de 2 por dia.

Temperatura, 36,7.

Medicação — A mesma dos dias anteriores.

Dia 10 — O doente sente-se bem, evacua uma só vez, permitindo perfeitamente a palpação abdominal.

Temperatura, 36,6.

Medicação — A mesma do dia anterior, com uma poção de estricnina.

Curado em 11 de outubro de 1919.

OBSERVAÇÃO

II

A. F. P., de 13 anos de idade, natural de Arouca, residente no Pôrto.

Adoeceu em 6 de outubro de 1919.

Antecedentes hereditários—Os pais foram sempre saudáveis e os filhos foram sempre sadios, excepto este.

Antecedentes pessoais—Teve a gripe de forma pneumónica e variola aos 5 anos; foi sempre muito fraco.

História da doença—Achava-se doente havia 4 dias. Manifestou-se a doença por leves dores intestinais nos flancos com irradiações para o umbigo, com 10 a 12 evacuações por dia e tenesmo acompanhado de febre.

As dores tornaram-se mais violentas e o número de evacuações aumentou, o que o fez

baixar ao leito. Atribue a doença a uma fruta que comeu.

Estado actual—O estado geral é bom com palidez acentuada. Língua saburrosa, ventre crescido, doloroso à palpação, sobretudo ao longo do colon ascendente e descendente. Fígado aumentado de volume e doloroso á palpação. As evacuações são 19 por dia, com muco, sangue e tenesmo. Os aparelhos circulatório e respiratório normais.

Temperatura, 37,8. Pulso, 82.

Aparelho urinário: ardência na uretra e bexiga quando faz esforço para defecar, vestígios de albumina na urina.

Medicação—Repouso, dieta láctea, purgante de sulfato de soda 20 gr., poção de xarope de ratania, sub-nitrato de bismuto, infusão de bistorta e água de mentol.

Dia 8—Dores violentas e tenesmo, grande quantidade de muco-sangue nas fezes; temperatura 38,3.

Medicação—6 gramas de sulfato de soda em água açucarada e uma injeccção de 10^{cc} de sôro anti-disentérico.

Dia 9—As dores diminuíram consideravelmente, o número de evacuações é de 15 por dia; temperatura 37,2.

Medicação — A mesma do dia anterior sem injeccão de sôro anti-disentérico.

Dia 10 e 11 — Evacuações liquidas com pouco sangue, tem dores; temperatura 37,8.

Medicação — 6 gramas de sulfato de soda e pílulas de ópio e sub-nitrato de bismuto.

Dia 12 e 13 — Evacuações liquidas 6 por dia, com leves raios de sangue; temperatura 37,5.

Medicação — A mesma do dia anterior.

Dia 14 e 15 — 4 evacuações, sem sangue, ventre ainda doloroso, mas abatido; temperatura 37,3.

Medicação — A mesma do dia anterior com nova injeccão de sôro anti-disentérico.

Dia 16 e 17 — O doente tolera a palpação do ventre, não acusando dores. Evacua 2 vezes por dia, sem tenesmo. Temperatura 36,6.

Medicação — Pílulas de ópio com sub-nitrato de bismuto.

Dia 18 — O doente sente-se bem, mas encontra-se muito fraco; evacua uma só vez por dia, sem dores, nem tenesmo; temperatura 36,5.

Medicação — Poção de sulfato de estircina com arrenal.

Curado em 19 de Outubro de 1919.

OBSERVAÇÃO

III

F. G., de 57 anos de idade, natural e residente no Pôrto. Empregado comercial.

Adoeceu em 3 de outubro de 1919.

Antecedentes hereditários — Os pais foram sempre saudáveis, morrendo ambos de pneumonia. De tres filhos que tiveram, um morreu de desastre e outro tuberculoso.

Antecedentes pessoais — Teve uma pleureisia aos dezeseis anos, variola aos vinte e um e gripe ultimamente.

História da doença — A sua doença iniciou-se há dois dias com cólicas violentas, evacuações sanguíneas, mucosas e tenesmo.

Estado actual — Queixa-se de fortes dores intestinais, quási que só do lado esquerdo, aumentando pela pressão.

O estado geral é bom. A língua ligeiramente saburrosa.

Fígado aumentado de volume e levemente doloroso á palpação.

Temperatura, 38. Os aparelhos respiratório e circulatório não apresentam fenómenos patológicos.

Medicação—Repouso, purgativos e dieta láctea. Terapêutica sintomática, injeccção subcutânea de 20^{cc} de sôro anti-disentérico.

Dia 5—O doente ainda se queixa de evacuações quási contínuas mucosanguinolentas.

Temperatura, 36,3.

Medicação—Poção de xarope de ratania, sub-nitrato de bismuto, infusão de bistorta e água de mentol.

Dia 6—As evacuações e as dores abdominais diminuíram de intensidade.

Temperatura, 37,9.

Medicação—A do dia anterior com nova injeccção de sôro anti-disentérico.

Dias 7 e 8—As dores abdominais desapareceram e o número de evacuações diminuiu consideravelmente.

Tolera a palpação abdominal.

Ha oliguria e albuminuria.

Temperatura, 36,9.

Medicação — A mesma do dia 5.

Dias 9 e 10 — O número de evacuações é de 4, sem tenesmo nem dores.

No momento da micção sente ardor na bexiga e uretra, há oligúria e ligeira albuminúria.

Temperatura, 36,6.

Dia 13 — O doente sente-se bem, evacuando uma só vez por dia.

Temperatura, 36,6.

Medicação — Poção de sulfato de estriçnina.

Curado em 17 de outubro de 1919.

Visto

LOPES MARTINS,
PRESIDENTE.

Pode imprimir-se

MAXIMIANO LEMOS,
DIRECTOR.

Regulamento da F. de M. do P.
de 3 de Janeiro de 1920.

ARTIGO 15.º