

VI

N.º 44

António Félix Alves

Pleurisias gripais

(Trabalho da 2.ª Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

* * * Apresentada à * * *

Faculdade de Medicina do Porto

DEZEMBRO-1919

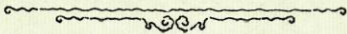
PÓRTO
TIPOGRAFIA PROGRESSO
de Domingos Augusto da Silva
Rua Dr. Souza Viterbo, 91

—
1919

177/5 FMZ

Pleurisias gripais

António José Félix Alves Júnior



Pleurisias gripais

(Trabalho da 2.^a Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

* * * * Apresentada à * * * *

Faculdade de Medicina do Pôrto



DEZEMBRO - 1919



PÔRTO

TIPOGRAFIA PROGRESSO

de Domingos Augusto da Silva

Rua Dr. Souza Viterbo, 91

1919

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE


PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henrique 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 Júnior .	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar . .	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luis de Freitas Viegas	Dermatologia e Sifilografia.
Vaga	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães .	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
Antônio Joaquim de Sousa Júnior .	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.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
Antônio de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
Antônio 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.



À memória

de

Minha tia Florinda



A meus Pais

A meus irmãos

A minha Mulher

A meus Sogros

A meus tios

D. Maria Carolina Dias Torres
D.^e Albino Pacheco Dias Torres
José Félix Alves

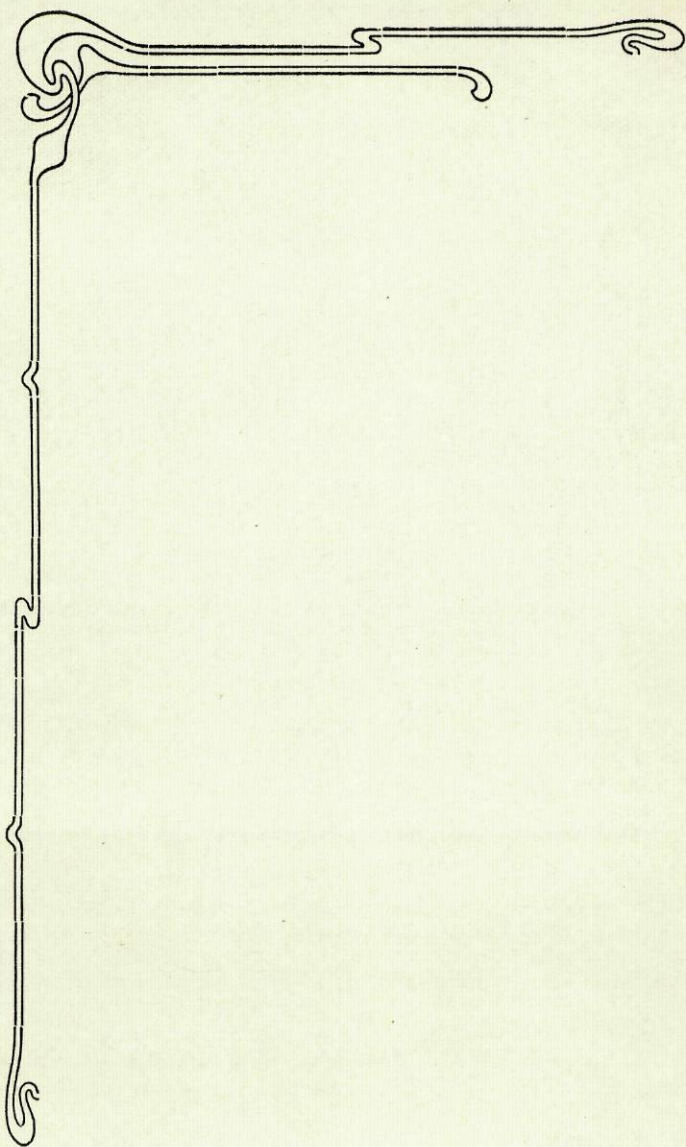
Ao meu ilustre

Presidente de tese

Ex.^{mo} Senhor Dr. Tiago Augusto de Almeida

Em homenagem ás suas invulgares
qualidades de professor.

*



Duas palavras

Iniciei este trabalho muito esperançado em que poderia apresentar, não uma obra perfeita, mas uma obra cuidada.

Por muitas razões que me abstenho de apontar, — e, entre elas, figuram a penúria física em que me deixaram os deveres escolares do ano findo e o pouco tempo de que dispuz para a sua elaboração, — não pude realizar o meu desejo; e por isso, o que vai ler-se é, não só, um esboço, e muito apagado, do que tão gostosamente planeei, mas ainda, um esboço com bastantes defeitos, com muitas imperfeições.

É o primeiro trabalho meu. Isto bas-

tará para que o Ex.^{mo} Juri o aprecie com benevolência.

*

* *

Ao grande Mestre de 2.^a Clínica Médica, Ex.^{mo} Senhor Dr. Tiago de Almeida, eu desejo, aqui, patentear todo o meu reconhecimento, a minha indelével gratidão, pelos preciosos esclarecimentos que tão amavelmente me dispensou, e, ainda, por me ter dado a honra de presidir a uma tese tão humilde como esta.

Gripe

(esboço geral)

História e epidemiologia

No século XII, segundo uns, no século XVI, segundo outros (1), fez a gripe a sua aparição na Europa, e, desde então a esta data, nunca mais deixou de perseguir-nos, sempre arrogante, alastrando pelo mundo inteiro com uma velocidade que desafia os mais aperfeiçoados meios de comunicação, assentando arraiais em toda a parte, atacando todos os indivíduos sem distinção de idade, sexo ou raça.

Em face dela todos os meios profiláticos são nulos (2); e, depois de um período de acalmia

(1) Para alguns autores a 1.ª pandemia gripal foi observada no ano 412 antes de Cristo. — FIGA Y LAMAS, «Infecciones de tipo gripal», tomo I, pág. 9.

(2) Alguns médicos estrangeiros verificaram uma certa imunidade, em face da gripe epidémica, nos indi-

sem duração determinada, ela aí volta, sempre de feição pandémica, e com um poder de difusibilidade tal, que, neste ponto, não há outra que possa comparar-se-lhe.

Das variadas epidemias que a história regista, foram celebres as de 1580, 1729, 1773, 1836, 1889-90, 1918, não só pela sua extensão geográfica, mas ainda porque elevaram consideravelmente a cifra obituária.

Nestas, como noutras de somenos importância, aparece-nos sempre a gripe com os caracteres seguintes:

É uma doença extraordinariamente contagiosa (1).

víduos aos quais tenha sido aplicada recentemente a vacina anti-variólica. Esse facto também foi notado por alguns médicos portugueses, o ano passado, e já em 1890, Goldschmidt, que exercia clínica na ilha da Madeira, verificara o mesmo, quando ali grassavam conjuntamente a variola e a influenza. De 112 indivíduos que ele revacinou com resultados positivos, nenhum contraiu a gripe; e de 98 em que a vacina não pegou, apenas 15 foram atacados.— *A Influenza epidémica e vacina anti-variólica*, in «A Medicina Moderna», 1919, n.º 303, pág. 128.

(1) «A contagiosidade da influenza é a máxima conhecida; contágio directo inter-humano, e tão forte e tão subtil que confere à infecção a sua característica de

Estala em qualquer época do ano ⁽¹⁾ e a sua eclosão faz-se, em regra, por pequenos focos, o que muitas vezes dá lugar a erros de diagnóstico ⁽²⁾.

altíssima epidemicidade, por nenhuma sequer aproximada. Mal sabidos demais a mais os agentes e os processos dêste contágio, compreende-se quanto estamos inermes contra a sua propagação. O isolamento, arma comum de debelação das moléstias contagiosas, falece perante o ímpeto dum virus que quasi instantaneamente se derrama por uma cidade inteira e salta por cima de todas as barreiras. Nem o sequestro dos doentes, nem a clausuração dos sãos, são medidas protectivas de confiança. Por muitos doentes que se aferrolhassem nos hospitais, muitos mais seriam os que livremente haviam de ficar no domicílio e até a circular nas ruas, sem falar nos próprios que estejam de saúde, mas tragam consigo os germes virulentos. Aos sãos que quizessem enclausurar-se para se forrarem à ambiência epidémica, bem difficil lhes seria arranjar torre de marfim, que os livrasse da aproximação perigosa dos outros homens.» — Prof. RICARDO JORGE, *A nova incursão peninsular da influenza*, in «Portugal Médico», 1918, n.º 6, págs. 341 e 342.

⁽¹⁾ «Rebentou ao chegar do verão e não ao chegar do inverno, o que nada implica com a sua feição, reinante como é capaz de ser em qualquer estação, embora favorecida pela quadra fria.» — Prof. RICARDO JORGE, loc. cit., pág. 339.

⁽²⁾ Os primeiros casos que apareceram em Paris, nesta última epidemia, foram attribuídos a uma intoxica-

O seu poder de difusão é máximo (1).

Atinge indivíduos de todas as idades e de todas as classes sociais (2).

É uma doença grave, não só pela mortalidade (3) mas também pela sua morbilidade (4) e extensão geográfica.

As epidemias gripais caminham sempre do Oriente para o Ocidente e de Norte para Sul (5).

ção pelo óxido de carbono; em seguida, pensou-se numa intoxicação alimentar, e só depois, quando surgiram novos focos, se fez o diagnóstico de gripe.

No Pôrto, em infantaria 6, também os primeiros casos foram atribuídos a uma intoxicação alimentar. — Prof. TIAGO DE ALMEIDA, lições clínicas de 1918-19.

(1) «También es característico que la enfermedad ataca em muy breve plazo a miles y miles de personas...» — MOHR Y STAEHELIN, «Tratado de Medicina interna», tomo 1, pág. 254.

(2) «Todas las edades y todas las profesiones son igualmente susceptibles a la influenza.» — Cf. MOHR Y STAEHELIN, loc. cit., pág. 254.

(3) «Nenhuma outra epidemia faz vergar mais a balança mortuária.» — Prof. RICARDO JORGE, loc. cit., pág. 341.

(4) «Es, si, muy cierto, que la morbilidad de la gripe llega a alcanzar limites extraordinarios.» — FIGA Y LAMAS, loc. cit., pág. 34.

(5) «Sempre de berço oriental, de S. Petersburgo onde chegara ao auge em meado de novembro de 1889,

A sua duração é de um a dois meses, segundo alguns autores; para outros (Chauffard), varia entre dois e seis (1).

Geralmente uma epidemia grave é precedida duma benigna (2); e raro é que elas atravessem os seus tres períodos, ascendente, de estado e de declinação, sem que uma nova onda epidémica ou várias, venham perturbar a sua marcha (3).

É sempre assim que ela se exhibe, e nisso todos os historiadores estão de acordo.

solta-se como um tufão a varrer a Europa.» — Prof. RICARDO JORGE, loc. cit., pág. 337.

Na recente pandemia, a guerra contribuiu largamente para o seu desenvolvimento. Em 1889 também a Exposição de Paris influiu duma maneira notável.

(1) Para outros, ainda, essa duração depende da importância da localidade, e das relações mais ou menos íntimas dos seus habitantes (Netter).

(2) A designação de «espanhola» foi também dada à epidemia de 1580, que precedeu outra grave. — Prof. TIAGO DE ALMEIDA, lições clínicas, 1918-19.

(3) «Desde agosto que uma nova vaga se enrola, sem a relativa inocência da primeira. Tem este geito sabido a influenza; retorna quando menos se espera, em ondulações sucessivas, e estas reincidências costumam também requintar de gravidade. — Cf. Prof. RICARDO JORGE, *Influenza pneumónica*, in «Portugal Medico», 1918, n.º 9, pág. 575.

No entanto, cada epidemia tem a sua feição própria, o seu *génio epidémico* (1) e assim se explica que, em 1889, fossem atacados principalmente os velhos e crianças, em 1918, preferidos os adultos, que nesta fossem frequentíssimas as complicações pulmonares, enquanto que noutras predominaram as do aparelho digestivo, com sintomas coleriformes, disenteriformes, complicações nervosas, renais, eritemas morbiliformes, scarlatiniformes, etc.

(1) Cf. DIEULAFOY, «Manuel de Patologie Interne», 16.º edition, tome IV, pág. 304.

Bacteriologia

As primeiras investigações laboratoriais iniciaram-se em 1883, com Seiffert, descrevendo como específico um coco em cadeias que encontrou no muco nasal e nos escarros.

Em 1889, propõe-se sucessivamente: um hematozoário (Klebt), diplococos (Fischel), um pneumococo (Levy, Weichselbaum, Jolles), uma diplobactéria (Roux, Teissier, Pittion), um streptococo (Bouchard, Vaillard, Vincent, Ribbert et Finkler).

Este último foi imediatamente posto de lado pelo próprio Bouchard, pois que, inoculando-o ao coelho, determinou a formação de abcessos e placas ersipelatosas (¹).

(¹) «Ce streptocoque de la grippe n'est donc autre que celui de l'érysipèle et par conséquent de la fièvre

Babés e Kovalsky descrevem como específico uma diplobactéria de gram negativo.

Friedreick, Netter e outros, negaram duma maneira formal a especificidade de qualquer destes agentes; atribuem-lhes sómente um papel importante nas complicações e julgam que o micróbio desconhecido da influenza lhes reforça altamente a sua virulência.

Outros ainda (Kühn e Weichselbaum), chegam mesmo a afirmar que é desnecessário um agente específico e pensam que os diversos microorganismos encontrados frequentemente pelos bacteriologistas, em virtude de influências meteorológicas, podem explicar as diferentes manifestações da doença, o seu character epidémico, a sua contagiosidade.

Em 1892, anuncia Pfeiffer ao mundo científico a descoberta do seu coco bacilo, confirmada plenamente pouco depois por bacteriologistas eminentes, entre os quais, Wasserman,

puerperále, de l'infection purulente, du pseudo-rheumatisme (Boucharde).» — Cit. de F. WIDAL, *Grippe ou influenza*, in «Traité de Médecine», publié sous la direction de Charcot, Boucharde & Brissaud, tome 1, pág. 813.

Kitasato, Sfuhl, Meunier, Jacobson, Huber, Netter, etc., que o encontraram com frequência nas secreções faringo bronquiais dos engripados e não em doentes atingidos de quaisquer outras afecções das vias respiratórias.

Não durou porém muito a era Pfeifferiana (1).

Pouco tempo depois revela-se a sua presença no sangue de cadáveres, em bronco-pneumónicos (Rosenthal), na coqueluche (Jochman), na escarlatina (Liebscher), no sarampo, varíola, tuberculose (Griffon et Bezançon), no muco brônquico de indivíduos sãos (Königsberg, Chantemesse, Rosenthal, Kitasato, Pfeiffer).

A essas formas que podiam viver como

(1) «En contraposición con las ideas primitivas de Pfeiffer, que afirmaba no haber bacilos de la influenza más que en los enfermos y convalescientes de influenza, hoy puede decir-se que este microbio no es absolutamente específico.»... «En las enfermedades crónicas de los adultos con mucha frecuencia se descubren bacilos de la influenza; por ejemplo en la tuberculosis pulmonar, como ya había admitido R. Pfeiffer en sus primeros trabajos, confirmandolo más tarde muchos autores (Ortner, Kerschensteiner, Kretz e otros), en la bronquistasia (Jochman y Kerschensteiner) y en la bronquitis crónica (Ortner).» — MOHR Y STAEHELIN, loc. cit., pág. 253.

saprófitas banais, deu este último o nome de pseudo-bacilo de Pfeiffer.

Na epidemia de 1905, Bezançon e outros, em sucessivos exames bacteriológicos, não encontraram o coco bacilo com freqüência, mas sim raramente e confundido numa verdadeira súcia de microbios; por isso trouxeram outra vez à baila a teoria de Kühn e Weichselbaum, que julga a gripe dependente duma excessiva virulência dos microorganismos que constituem a flora pulmonar.

Outras experiências feitas por Guedini, em 1907, levam-no a concluir que o Pfeiffer é o agente específico da influenza; este autor encontrou o bacilo na expectoração de todos os engripados, algumas vezes no sangue, outras no baço.

Para E. Boix, o agente da gripe gosa da propriedade de exaltar duma maneira notável a virulência dos diferentes microorganismos encontrados (1) (stafilococo, micrococcus catarralis,

(1) «On peut, en effet, considérer l'agent spécifique de la grippe comme jouissant, vis à vis des autres microbes, saprophytes ou spécifiques eux-mêmes,

streptococo, etc.,) podendo, principalmente este último, realizar, só por si, a infecção geral ou criar infecções locais (¹).

*

* *

A pandemia de 1918 pouco veio acrescentar aos resultados obtidos em 1889-90.

Na França, Meunier, Legroux, Netter (²),

d'une propriété d'exaltation remarquable.» — E. Boix, «Nouvelle Pratique Médico-Cirurgicale», publiée sous la direction de Brissaud, Pinard, Reclus, tome iv, pág. 95.

(¹) «Dans bien des cas, le streptocoque se substitue au bacile de l'influenza et commande seul à la fois la symptomatologie et le pronostique de l'infection.» — E. Boix, loc. cit. pág. 95.

(²) «L'épidémie de 1918 est sous la dépendance du cocco bacile de Pfeiffer, comme l'était celle de 1889. Cela résulte de nos recherches entreprises avec la collaboration de mon excellent interne, le Dr. Mozer»... «Nous avons trouvé le bacille de Pfeiffer 16 fois sur 26 dans les produits de l'expectoration; 5 fois sur 7 dans le contenu des bronches à l'autopsie; 4 fois sur 8 dans le suc pulmonaire retiré pendant la vie; 2 fois sur 12 dans les hémocultures; 1 fois

afirmam a especificidade do Pfeiffer; outros encontram-no frequentemente associado ao pneumococo e ao catarrhalis⁽¹⁾.

Marc'hadour e Denier topam o estreptococo,

sur 10 dans les épanchements purulents de la plèvre... » « Nous n'hésitons pas à conclure, de nos recherches, au rôle essentiel du coccus bacille de Pfeiffer chez nos malades de 1918. » — ARNOLD NETTER, *L'épidémie d'influenza de 1918*, in « Paris Médical », 1918, n.º 46, pág. 384.

Tambem o Sr. Prof. Tiago de Almeida, na brilhante serie de lições que fez sobre a gripe no ano lectivo de 1918-19, attribuiu ao Pfeiffer um papel preponderante.

(1) «...la flore des bronco-pneumonies et des congestions pulmonaires grippales est variable d'un malade à l'autre; souvent chez le même malade elle peut se modifier. Tantôt l'infection est monomicrobienne, tantôt elle est polymicrobienne. Dans le premier cas, les microbes le plus fréquemment rencontrés furent le microbe de Pfeiffer, le pneumococoque et le catarrhalis. Quand l'infection est polymicrobienne, soit d'emblée, soit après quelques jours, on peut rencontrer toutes les associations; néanmoins, l'association catarrhalis Pfeiffer nous paraît la plus fréquente. Le rôle du catarrhalis, mis en lumière par M. M. Bezançon et de Jong... « nous paraît donc presque comparable, dans les infections broncho-pulmonaires, à celui du Pfeiffer. » — RICHET FILS ET BARBIER, *Bacteriologie des complications pulmonaires de la grippe*, in « Paris Médical », 1918, n.º 46, pág. 398.

ao passo que Vergibier reconhece, além dêste, cocobacilos e grande quantidade de espiroquetas.

Na Inglaterra, Joung e Griffiths verificam a existência do bacilo 32 vezes em 41 expe-
ctorações.

Matews encontra-o sempre em cultura pura.

A Williams, Holiday, Whittingham, Little, etc., deparam-se-lhes cocos variados.

Na Alemanha, Uhlenhuth e outros vêem-no com freqüência, Kolle e Pfeiffer nunca o encontram.

Na Itália e Espanha, também as opiniões são diversíssimas.

Para Pontano a gripe tem agente específico, ainda desconhecido, e ao Pfeiffer não pode atribuir-se outra acção, que não seja a de colaborar com os outros micróbios (pneumococo, streptococo, etc.) nas complicações da doença (1).

Entre nós, o Sr. Dr. Nicolau Bettencourt encontrou o bacilo em 57,6 % dos casos (2).

(1) É do mesmo parecer o Snr. Dr. Carlos Raimalhão.

(2) «Evidentemente a etiologia da gripe é para mui-

Nicolle e Lebailly, filtrando a expectoração de engripados através da vela de Chamberland e fazendo uma inoculação subcutânea do producto obtido, em dois indivíduos, reproduziram a doença, concluindo que o agente da gripe é um virus filtrável (1).

Injectando-o no sangue colheram resultados negativos.

Outro autor, Dujarric, para demonstrar, pelo contrário, que ele existe no sangue, es-

tos — e nêsse número me incluo — coisa discutível. O b. de Pfeiffer aparece com grande freqüência e numa quantidade impressionante, como eu mesmo pude agora verificar, na gripe epidémica, que é quanto a mim, cousa diversa daquilo a que abusivamente nós, médicos e doentes, chamamos gripe — *a gripe nostras* — se quizerem. Mas também é certo que ele se encontra muitas vezes fora dos períodos epidémicos e os milhores e mais recentes estudos que a tal respeito conheço — os de Luetscher — demonstram a sua presença em nada menos de 28 % das infecções bronco pulmonares não tuberculosas. Nas vias aereas das crianças atacadas de qualquer das chamadas febres eruptivas, também tem sido verificada com freqüência a sua existência, . . . » — Dr. NICOLAU BETTENCOURT, *A propósito da actual epidemia*, in «A Medicina Contemporanea», 1918, n.º 41, pág. 321.

(1) CAYREL, *Les septicémies dans le gripe*, in «Paris Médical», 1919, n.º 11, pág. 222.

colheu quatro engripados em estado grave, tirou 20 c. c. de sangue a cada um, fez algumas hemoculturas que deram resultado negativo, e o restante, desfibrinado, misturou-o, fê-lo passar pela vela de Chamberland, inoculando-se a si próprio com 4 c. c. do producto filtrado.

Passados dois dias estala bruscamente um síndrome infeccioso muito parecido com a gripe: cefalalgia frontal intensa, dores generalizadas, febre, suores, agitação.

Ao 5.^o dia há apenas uma astenia acentuada.

Para contra prova, dias depois, pincelou a garganta com escarros de griposos e nenhuma perturbação notou, concluindo, por esse motivo, que a primeira infecção o tinha imunizado (1).

(1) CAYREL, loc. cit., pág. 22.

*

* *

Como se vê, pelo que fica exposto, diante do problema etiológico da gripe, ergue-se ainda um grande ponto de interrogação (¹).

(¹) «El asunto, por lo tanto, aparece aún en la actualidad relativamente embrollado por las opiniones contradictorias que los autores sostienen, y no creemos que esté aún definitivamente resuelto; no es la etiología microbiana de la gripe, tal y como se presenta hoy en día, con relación a nuestros conocimientos científicos, tan clara, tan indubitable...» — PIGA Y LAMAS, loc. cit., pág. 139.

Sintomatologia

É extremamente difícil dar uma definição perfeita, correcta, do que seja a gripe, pois pode dizer-se, sem receio, que, em toda a patologia, não há doença tão variável nos seus sintomas, nas suas formas, na sua evolução (1).

Dois ou tres exemplos mostram bem como as opiniões dos autores divergem.

Para E. Boix «La *grippe* ou *influenza* est une *maladie toxi-infectieuse générale* qui est à la fois *épidémique*, *endémique* et *contagieuse*, qui peut ne se traduire que par une sorte de *fièvre*

(1) «El cuadro clínico de la influenza epidémica»... «se caracteriza sobre todo por la extraordinaria variabilidad de sus síntomas. Por eso es extremadamente difícil su explicación detenida y completa.» — MOHR Y STAEHELIN, loc. cit. pág. 259.

essentielle à seuls symptômes généraux, sans aucune localisation appréciable, véritable *septicémie*, mais qui se manifeste le plus souvent sur tel ou tel organe ou sur plusieurs, à la fois ou successivement.

Capricieuse, polymorphe, véritable protéé, elle se présente sous les aspects les plus variés. Mais toujours, quel que soit le masque qu'elle emprunte, une caractéristique la trahit au clinicien : c'est *l'intoxication immédiate plus ou moins profonde, mais durable, du système nerveux* » ⁽¹⁾.

Para Netter «... est une maladie épidémique, caractérisée avant tout par son extrême généralisation et sa rapide extension à la surface du globe » ⁽²⁾.

Para Dieulafoy «... est une affection essentiellement épidémique, contagieuse, infectieuse, microbienne, que intéresse surtout l'appareil respiratoire et qui présente, en outre, une foule de localisations et de symptômes dont les ca-

⁽¹⁾ E. Boix, loc. cit. pag. 92.

⁽²⁾ Cit. de ENRIQUEZ, LAFFITE, BERGÉ ET LAMY, «Traité de Médecine», tome 1.^{er}, pag. 266.

ractères et l'intensité sont variables suivant les épidémies » (1).

Embora Dieulafoy saliente bem a predilecção da gripe pelo aparelho respiratório, o que na realidade é um facto averiguado, e tão importante que na epidemia de 1918-19 o Senhor Prof. Ricardo Jorge pôs a etiqueta de influenza baseando-se principalmente no predomínio da sintomatologia pulmonar (2), a definição que me parece mais completa é a primeira, porque o autor não só refere todas as formas que podem observar-se desde as septicémicas até à localização em tal ou tal órgão, ou em vários, como também acentua este ponto muito verdadeiro: a intoxicação do sistema nervoso.

Na verdade, por mais benigno que seja um ataque de gripe nunca êste fica indemne (3); e

(1) Loc. cit., pág. 303.

(2) Cf. «Port. Médico» de 1918, n.º 8, pág. 497, e n.º 9, pág. 575.

(3) «Le système nerveux réagit toujours à l'infection grippale. Il n'y a pas lieu de revenir sur la céphalée intense, les douleurs généralisées avec sensation de courbature, l'insomnie, qui ne manquent jamais, même dans les gripes légères à l'évolution ra-

além dos sintomas dolorosos de início, que podem durar apenas alguns dias ou persistir mais tempo, observa-se sempre desde o comêço da infecção uma astenia tão acentuada, tão profunda, que os doentes, terminado o período febril, não podem retomar a sua vida anterior senão depois de um largo período de convalescença ⁽¹⁾.

A definição de Netter é muito incompleta, pois considera a gripe sómente debaixo do ponto de vista epidemiológico.

*

* *

A gripe, como todas as doenças infecciosas agudas, apresenta um período de incubação, um período de invasão e um período de es-

pide.» — ED. JOLTRAIN ET P. BAUFLE, «La grippe», pág. 31.

⁽¹⁾ «Même pour une attaque courte et bénigne, elle est presque aussi longue et trainante que celle de la fièvre typhoïde.» — F. WIDAL, loc. cit., pág. 826.

tado, seguidos de um período de cura ou de morte.

O período de incubação é muito pequeno e, em geral, não vae além de algumas horas ⁽¹⁾.

O período de invasão rompe bruscamente ⁽²⁾, com os seguintes sintomas: arrepios, cefalalgias supra orbitárias, febre alta ⁽³⁾, congestão das conjunctivas, coriza, enantema faríngeo com ardor nas amígdalas, tosse ligeira, rudeza nas bases pulmonares, erectismo cárdio vascular.

No período de estado surgem novos arrepios, a temperatura mantem-se alta (40,° 40,°5) com pequenas remissões, há congestão pul-

⁽¹⁾ «La periode d'incubation est si courte d'ordinaire qu'elle ne dépasse pas 24 heures...» — E. BOIX, loc. cit., pag. 95.

⁽²⁾ «La influenza comienza casi constantemente de um modo muy repentino, muchas veces com escalofrio intenso, durante el qual se eleva la temperatura.» — MOHR Y STAEHELIN, loc. cit., pág. 260.

⁽³⁾ «Cette fièvre monte vite et haut.» — J. GRASSET, «Leçons de Clinique Médicale», Novembre 1886 a Juillet 1890, pág. 301.

monar das bases, tosse pouco violenta com expectoração mucosa, muco-purulenta ou sanguínea, pontada leve ou auzente, dispneia, epistaxis, língua opalina (1), anorexia, prostração, cefaleias, pulso hipertenso, taquicárdico, em discordância com a elevação da temperatura (2).

A cura é, em regra, precedida de sintomas críticos: suores, epistaxis, diarreia, poliúria, herpes labial, pulso hipotenso, prostração, anorexia, tosse com expectoração, por vezes hemorrágica, e que se prolonga ainda durante toda a convalescença (3).

(1) «Mais ce qui fait la caractéristique de cette langue, c'est sa coloration: c'est une teinte d'un blanc bleuté, assez analogue à celle de la porcelaine; cette teinte rapelle celle de certaines leucoplesies buccales, on mieux encore, celle des plaques muqueuses bucco-pharyngées: en un mot, elle est *opaline*.» — Cit. de E. Boix, loc. cit., pág. 97.

(2) «Une particularité digne de remarque, concerne l'état du *pouls*. En fait, il ne suit pas la température.» — CHALIER, *Quelques remarques sur la grippe et son traitement*, «Le Progrès Médical», 12-IV-1919, pág. 142.

(3) «...chez un grand nombre de malades la toux persiste, et bien longtemps après que tous les

Se a doença tende para a morte, há um agravamento dos sintomas do período de estado: a língua torna-se sêca, aparecem sinais intensos de endocardite, miocardite, edema pulmonar, a temperatura mantém-se alta, podem surgir hemorragias. O doente apresenta um aspecto tífico.

*

* *

A temperatura é, sem dúvida, um dos sintomas mais interessantes desta doença; e se não podemos dizer como alguém afirmou ⁽¹⁾ que há tantas curvas térmicas distintas, quantos os casos observados, reconhecemos, no entanto, que ela se apresenta com uma extraordinária variabilidade, desde as formas api-

symptomes de la grippe ont disparu, cette toux ré-
siste encore à tout traitement.» — F. WIDAL, loc. cit.,
pag. 820.

⁽¹⁾ Cit. de FIGA Y LAMAS, loc. cit., pág. 206.

réticas (1) ou quási, até às de temperaturas elevadas.

Ora atinge o seu máximo desde o 1.º ou 2.º dia para cair rápidamente ao fim de 24 a 48 horas, ora persiste mais tempo, cêrca de uma semana, com pequenas remissões matinais que vão de algumas décimas a um grau.

A defervescência pode fazer-se em crise ou em lise.

As variadíssimas alterações térmicas que se observam, dependem não só da qualidade do agente microbiano, como também das complicações que possam surgir (2).

(1) «No son raros los cazos de influenza apirética y muchas veces se caracterizan por síntomas nerviosos intensos.»—Cit. de FIGA Y LAMAS, loc. cit., pag. 205.

(2) «On ne peut donner de la courbe thermique un type valable. Elle oscille en general, entre 38,5 et 39,5 mais atteint souvent 40 et 41. Tantôt c'est une ascension subite atteignant le maximum dès le premier ou le second jour pour descendre ensuite presque immédiatement par un lysis oscillant, cet accès restant unique; les températures matinales et vespérales peuvent constituer une sorte de plateau ou présenter entre elles de grandes différences; on a vu aussi le type inverse; ascension matinale, declin ves-

Neuralgias.—Os fenómenos nervosos revestem a maior importância na gripe, e, de entre todos os sintomas do período de invasão, são eles, indubitavelmente, quem mais contribui para fixar o diagnóstico (').

Além da cefalalgia, sempre muito violenta,

péral. Tantôt c'est une fièvre quasi continue, avec des rémissions plus ou moins fréquentes, sorte d'accès successifs, inégale d'ailleurs en intensité et un durée. Tantôt, après quelques jours d'une fièvre intense, une crise ramène brusquement le chiffre normal. Enfin, selon la participation de tel ou tel organe, des ascensions se produisent au cours de la maladie et la courbe prend sensiblement l'allure d'une pneumonie, d'une pleurisie, d'une fièvre typhoïde même»... «La durée de la fièvre est donc, comme sa forme, fonction des infections secondaires et des complications, d'on l'absence d'un type unique.»—E. Boix, loc. cit., pág. 96.

(¹) «Ce qui domine ensuite dans la symptomatologie, ce qui au point de vue clinique, caractérise le tableau morbide, ce sont les *phénomènes nerveux*; le système nerveux est brutalement atteint dès le début. La douleur occupe le premier rang parmi les symptômes initiaux. Il existe des douleurs de tête atroces, spécialement localisées dans les globes oculaires, dont les mouvements ou la compression provoquent les sensations les plus pénibles. La céphalalgie peut être totale; d'autres fois, elle est, partielle, en forme de casque ou de couronne. On note également des dou-

e que por vezes se faz acompanhar de fotofobia, de sensação de pêscoço ou martelada nas regiões temporais ou frontal, podem observar-se neuralgias do trigémio, dos nervos intercostais, do sciático, do plexo cervical, ou ainda uma hiperestesia cutânea generalizada. Os músculos são dolorosos quer espontaneamente, quer à pressão, e à medida que a doença progride, as dores, tornando-se cada vez mais intensas, atingem os membros superiores e inferiores, deixando os doentes absolutamente incapazes de realizar qualquer movimento.

Perturbações cárdio vasculares.—O coração é, por vezes, muito atingido pelo vírus gripal, mesmo nas formas pouco intensas, e daí o observarem-se com certa frequência: palpitações, ruídos ensurdecidos ou fragmentados, in-

leurs lombaires, dont l'intensité dépasse souvent la rachialgie de la variole; une souffrance vive dans les genoux, qui sont comme «cassés»; des phénomènes intenses du côté des autres articulations et des masses musculaires; enfin, un endolorissement, un brisement général.» — J. GRASSET, loc. cit., pág. 301 e 302.

termitências, arritmias, embriocardia, ou até lipotimias e síncope.

Mas o músculo cardíaco, em virtude dos accidentes pulmonares, pode ainda ser submetido a um trabalho excessivo, e comprehendese, nestas condições, que o estado anatómico da sua fibra realize um dos factores mais importantes do prognóstico (1).

Hemorragias. — São muito frequentes os fenómenos hemorrágicos na gripe. Collet, (2), Dieulafoy (3), Mohr y Staehelin (4), Boix (5), Piga y Lamas (6), Widal (7), Debove & Sal-

(1) «A gripe mata em regra pelo coração, e esta verdade é daquelas que o clínico deve ter presente em todos os casos, mesmo nos não complicados.» — Prof. A. GARRETT, loc. cit., pág. 640.

(2) «Précis de Pathologie interne», tome II, 3.^e édition, pág. 503.

(3) Loc. cit., págs. 304, 306, 308, 309 e 310.

(4) Loc. cit., págs. 261, 262, 265, 267, 269 e 270.

(5) Loc. cit., pág. 107.

(6) Loc. cit., pág. 202.

(7) Loc. cit., pág. 824.

lard (1), Lemoine (2), Joltrain et Baufle (3), Grasset (4) e outros, mencionam-os, e na pandemia de 1918-19 tivemos nós ocasião de observar muitas vezes, não só epistaxis, como ainda hemoptises e metrorragias (5).

(1) «Précis de Pathologie interne», 2.^e édition, tome II, pág. 699.

(2) «Traité de Pathologie interne», tome I, págs. 121 a 123.

(3) Loc. cit., pág. 14, 17, 18, 30 e 39.

(4) Loc. cit., pág. 303.

(5) «Les hemorrhagies sont fréquentes. Chez certains individus les épistaxis, les metrorragies sont si abondantes et répétées, qu'on pourrait presque croire à l'existence d'une forme hemorrhagique.» — WIDAL, loc. cit., pág. 824.

Formas clinicas

No capítulo precedente descrevemos um caso de média intensidade, reunindo todos ou quási todos os sintomas que podem observar-se.

Mas a gripe, com o seu caracter essencialmente proteiforme, apresenta variadíssimas formas clínicas ⁽¹⁾: umas, devidas a predomínio de sintomas (forma febril, respiratória, renal, digestiva, nervosa); outras, a anomalias de intensidade ou de evolução (formas leves, benignas, graves, prolongadas).

⁽¹⁾ «...elle présente dans son évolution des formes non moins variées; on a pu dire non sans raison qu'il existait autant de types distinctes que de maladies.» — WIDAL, loc. cit., pág. 815.

Forma febril. — Caracteriza-se por temperatura alta (40°, 41°), podendo descer rapidamente á normal dois dias depois. Em geral, a ascensão é súbita. A curva febril pode ser de tipo contínuo, remitente, intermitente ou inverso, e casos há em que simula uma infecção palúdica, dando logar a erros de diagnóstico (¹).

Não é raro que depois da defervescência sobrevenha uma recaída térmica (²).

Além da temperatura observam-se os sintomas gerais das infecções: cefalalgias, astenia, suores, anorexia, dores vagas generalizadas.

(¹) «En la influenza, la fiebre puede seguir una marcha muy variable, pero es de gran importancia recordar que este fenómeno puede constituir la única manifestación de la enfermedad. Algunas veces presenta un carácter remitente marcado, y está acompañado de escalofríos; en otros casos, poco frecuentes, se observa una fiebre persistente, que se mantiene durante algunas semanas y que simula con mucha exactitud una fiebre tifoidea; algunas veces, en fin, la fiebre se parece a una terciana palúdica.» — G. OSLER, «Tratado de Patología Interna», tomo 1, pág. 178.

(²) «Depois de apiréticos, os doentes voltavam muitas vezes a manifestar uma elevação térmica maior ou menor, durante alguns dias.» — Prof. JOAQUIM A. PIRES DE LIMA, *Notas sobre a epidemia gripal*, in «Portugal Médico», novembro de 1918, pág. 711.

Forma respiratória.—A gripe pode invadir todas as ramificações da árvore aérea⁽¹⁾ e determinar variadíssimas alterações inflamatórias, desde a coriza à bronquite ou bronco-pneumonia, desde a congestão à pneumonia ou ao edema pulmonar.

Não há regra fixa que presida a estes accidentes; inicia o seu ataque indiferentemente por qualquer ponto do aparelho respiratório (fossas nasais, laringe, brônquios, pulmão, etc.), atinge de preferência um dêstes órgãos, ou apresenta várias localizações simultâneas.*

Coriza.—Fenómeno primordial da gripe ou sucedendo a qualquer dos modos de início que acabamos de enumerar, é, em geral, violenta, começando por espirros repetidos, aos quais se segue um corrimento nasal seroso, quási sempre muito abundante e que bem depressa se torna purulento.

(1) «La membrana mucosa que reviste el árbol respiratorio, desde las fosas nasales a los alveolos pulmonares, puede ser considerada como el sitio de elección del bacilo de la influenza.»—G. OSLER, loc. cit., pág. 177.

As secreções nasais, viscosas, espessas, de côr amarelada, estriadas de sangue, por vezes, determinam em alguns doentes um certo rubor inflamatório, ou mesmo ulcerações das asas do nariz e lábio superior.

Ao exame rinoscópico, a mucosa mostra-se tumefacta, congestionada, coberta de muco, pus ou crostas.

Os seios frontais e maxilares podem ser invadidos (1), apresentando o doente, nêste caso, dores que irradiam para as regiões supra e infra orbitárias.

A faringe que participa freqüentemente do catarro gripal, apresenta um rubor difuso com tumefacção das amígdalas, ou mesmo secreções puriformes.

Laringite.—É caracterizada por uma sensação de ardor contínuo na garganta, tosse sêca, violenta, e alterações da voz que vão desde a rouquidão à afonia completa.

Traqueíte e bronquite.—Não muito graves na

(1) «En lo nariz es muy frecuente la inflamación catarral, propagando-se a los senos, células etmoidales...» — Cit. de PIGA Y LAMAS, loc. cit., pag. 146.

maioria dos casos, mas bastante freqüentes (1), podem acompanhar-se de tosse espasmódica e um certo grau de opressão respiratória. A expectoração, mais ou menos abundante segundo os casos, é como a da bronquite banal; no comêço, mucosa e arejada, depois purulenta, podendo algumas vezes tomar o aspecto numular.

Pela auscultação reconhecem-se sibilos ou roncos dispersos, e algumas ralas sub-crepitan-tes de grandes bôlhas.

Pneumonia.—É a mais importante, em gravidade (2), das localizações pulmonares da gripe e pode observar-se sob duas formas distintas: ou se trata duma pneumonia aguda, franca, que

(1) «La traqueites es una de las lesiones más frecuentes de la influenza. Según nuestra experiencia rara vez se presenta aisladamente; en todo o caso, a las pocas horas de iniciada, el processo inflamatorio se hace bronquial.»—PIGA Y LAMAS, loc. cit., pág. 146.

(2) «A pneumonia foi freqüente na epidemia de Lisboa e, como deixamos dito, foi ela que mais vezes concorreu para a terminação fatal da doença.» Prof. A. GARRETT, *A pandemia gripal*, in «Portugal Médico», out. de 1918, pág. 622.

aparece como complicação, isto é, surgindo num indivíduo já portador de fenómenos infecciosos, ou então, exibindo-se, quer no início, quer no declinar da doença, não apresenta a evolução cíclica, nem os sintomas clássicos da pneumonia vulgar.

— Na pneumonia gripal, com efeito, o arrepio *solene* falta ou é substituído por uma série de pequenos arrepios; há prelúdios de coriza; a pontada não existe ou é muito leve; a dispneia é intensa, não proporcional ao território pulmonar atingido (¹); a tosse é pequena, com expectoração muito variável (²), por vezes, mesmo, ausente; as lesões são bilaterais, basillares, corticais e de feição congestiva; a defervescência é lenta, e o ataque do sistema nervoso sempre muito intenso.

(¹) «A dispneia era frequente e, por vezes, penosíssima e rebelde, com ortopneia. Os sinais estetoscópicos não estavam sempre de acôrdo com tão violenta falta de ar.»—Prof. J. A. PIRES DE LIMA, loc. cit., pág. 712.

(²) «Igualmente son variables las condiciones del esputo, que puede ser frecuente, abundante o escasso».—MOHR Y STAEHELIN, loc. cit., pág. 262.

O processo pneumónico pode deter-se no período congestivo.

A bronco-pneumonia, sempre muito grave (1) é caracterizada pela aparição de pequenos focos disseminados, alterações profundas do estado geral, dispnea intensa e expectoração arejada, hemoptoica, ou purulenta.

Por vezes toma a forma pseudo-lobar.

Edema pulmonar agudo.—Trata-se dum síndrome especial, de evolução rápida, quasi fulminante, matando em algumas horas, por asfixia, criaturas novas e vigorosas.

Esta forma aparece em geral bruscamente, com temperatura alta, tosse sêca, incessante, acompanhando-se de sensação de queimadura na garganta e na região retro esternal, seguida de abundante expectoração mucosa, arejada, rósea, às vezes francamente hemorrágica.

A auscultação revela no início sinais de bronquite banal, aos quais se sucedem rapidamente fervores crepitantes nas duas bases, que

(1) «La bronco pneumonie ou pneumonie lobulaire est une des plus terribles manifestations de la grippe.» — DIEULAFOY, loc. cit., pág. 306.

vão aumentando e invadem de baixo para cima os dois têrços inferiores do pulmão.

Outras vezes verifica-se uma obscuridade respiratória muito especial, que não deixa perceber senão alguns sibilos longínquos.

A dispneia, com cianose da face, dos lábios, dos pavilhões auditivos, do pescoço, das mãos, não está sempre em relação com a intensidade dos fenómenos pulmonares.

Em dois ou três dias, se o doente não é socorrido, êstes accidentes precipitam-se e a morte sobrevêm no meio de sintomas enérgicos de intoxicação e asfixia.

Casos há, porém, em que, passada a crise aguda, a temperatura baixa pouco a pouco e os exsudatos pulmonares se reabsorvem; a expectoração mantém-se hemoptoica durante algum tempo, depois torna-se purulenta, enquanto se reparam as lesões do pulmão.

As epistaxes, as hemoptises, as otorragias, são muito freqüentes e prestam um grande benefício ao doente.

Forma renal. — A gripe pode determinar uma nefrite passageira, traduzindo-se por uma albuminúria fugaz, ou mesmo uma nefrite aguda,

com toda a sua sintomatologia clínica e laboratorial (1).

Forma digestiva. — O aparelho gastro intestinal é ordinariamente poupado nas formas pouco graves, mas acontece, por vezes, que a doença aí se localiza com sintomas tão predominantes, tão acentuados, que bem merece a designação de *forma digestiva*.

O síndrome observado é o seguinte: anorexia, língua opalina, sede intensa, dores gástricas espontâneas ou sucedendo à ingestão dos alimentos, hiperstesia notável da região epigástrica, meteorismo, vômitos alimentares, biliosos, ou mesmo intolerância gástrica absoluta, obstipação.

Em certos casos, notam-se crises de cólicas seguidas de evacuações diarreicas frequentes, com tenesmo rectal (2).

(1) «Se han observado en la influenza diferentes afecciones renales, y G. Baumgarten ha llamado la atención sobre la frecuencia de la nefritis.» — OSLER, loc. cit., pág. 178.

(2) «La constipation, habituelle au début, fait bientôt place à une diarrhée plus ou moins intense, coliques

Por vezes, a língua tostada, a prostração, a temperatura, o delírio, o estado geral, a dor na fossa ilíaca, a diarreia, a melena, fazem pensar numa febre tifoide. O diagnóstico só poderá ser esclarecido em face da sero-reacção de Widal (¹).

Forma nervosa.—Já quando abordamos a descrição geral da gripe, dissemos que os sintomas nervosos revestem sempre uma intensidade notável (²); todavia, em certos indivíduos, constituem o elemento preponderante ou mesmo a única manifestação da doença (³); realizando assim a *forma nervosa*.

intestinales violentes, tenesme incessant...» — E. BOIX, loc. cit., pág. 105.

(¹) «Parfois les determinations gastro-intestinales donnent à la maladie les allures de la fièvre typhoïde. Le malade, plongé dans le demi-coma, en proie à des épistaxis répétées, avec de la diarrhée, de la douleur dans la fosse iliaque, de l'albumine dans les urines, a tout l'aspect d'un typhique.» — F. WIDAL, loc. cit., pág. 823.

(²) «Tous les auteurs dénoncent en y insistant, cette atteinte profonde, dès le début, du système nerveux.» — E. BOIX, loc. cit., pág. 96.

(³) «Dans quelques cas, les symptômes nerveux

Psicoses. — A psicose, cujo tipo clínico é representado pela confusão mental (1), pode constituir o primeiro sintoma da influenza, determinando, por isso, grandes dificuldades de diagnóstico.

Na epidemia de 1889-90 foi tão avultado o número de casos observados, que alguns patologistas chegam a dizer: «La influenza parece ser la enfermedad aguda que com mais frecuencia va seguida de psicosis...» (2).

Nesta última pandemia as perturbações psíquicas foram excepcionais.

Meningite. — Aparecendo como fenómeno primitivo ou evolucionando consecutivamente a uma infecção purulenta dos ouvidos (3) ou fossas nasais, caracteriza-se por cefalalgias, fotofobia,

d'origine cérébrale on cérébro-spinale revêtent une telle intensité, qu'ils semble résumer en eux toute l'infection grippale.» — DIEULAFOY, loc. cit., pág. 305.

(1) Cf. REGIS «Précis de Psychiatrie», 5.º édition, pág. 714.

(2) Cf. MOHR Y STAEHELIN, loc. cit., pág. 268.

(3) «Habituellement cette *méningite grippale* est la conséquence d'otite grippale suppurée (Weichselbaum)...» — Cit. de DIEULAFOY, loc. cit., pág. 305.

vómitos, obstipação, convulsões ou contracturas, rigidez da nuca, gritos, prostração ou delírio (¹). Também podem observar-se crises epileptiformes, hemispasmo, monoplegia, hemiplegia.

O diagnóstico diferencial, entre a meningite causada pela gripe, a meningite cérebro espinhal e a determinada por quaisquer outras causas, só pode definir-se com precisão em face do exame laboratorial do líquido céfalo raquidiano.

Perturbações bulbares.— Não são raros os sintomas de intoxicação do lado do bolbo (²).

Alguns autores descrevem uma forma bulbar com vertigens, náuseas, vómitos, síncope, dispneia, respiração de tipo Cheyne Stokes, crises

(¹) «Parfois la douleur de tête est accompagnée de vomissements, de somnolence, de photophobie, et l'idée d'une méningite se présente naturellement à l'esprit.» — DIEULAFOY, loc. cit., pág. 305.

(²) «Des phénomènes *bulbaires* ont été souvent notés, apparaissant sous forme de syncopes, de vertiges, de dyspnée, de lenteur du pouls, d'arythmie, de intermittences cardiaques, de colapsus cardiaque et même d'accès douloureux rappelant l'angine de poitrine.» — F. WIDAL, loc. cit., pág. 818.

de angina de peito, pulso pequeno, muito hipotenso, taquicárdico.

Outras vezes observa-se bradicardia notável e cianose ou palidez das extremidades.

A medula também participa freqüentemente da infecção gripal (1).

Paralísias periféricas.—Do mesmo modo que qualquer outra doença infecciosa aguda, a gripe dá, por vezes, origem a neurites e polineurites, muito semelhantes às produzidas pela toxina diftérica, ocasionando paralísias variáveis em localização e em extensão.

(1) «También se han observado casos de mielitis, acompañada de los síntomas propios de la parálisis aguda de Landry, o bien puede quedar, después de un ataque de influenza, una paroplejia espástica o una seudotabes.» — OSLER, loc. cit., pág. 177.

Pleurisias

A gripe, com a sua predilecção bem marcada pelo aparelho respiratório, atinge com extraordinária freqüência a serosa pleural, e nesta epidemia, como em outras anteriores, o número de casos observados foram muitíssimos, desde a pleurisia sêca, traduzindo-se apenas por alguns atritos, até às pleurisias com derrame. Êste revelou-se em todas as suas variedades, sero-fibrinoso, hemorrágico e purulento, quer ocupando a grande cavidade, quer revestindo a forma interlobar ou diafragmática.

Alguns autores, ainda, mencionam o facto de poderem encontrar-se, num mesmo indivíduo, derrames diferentes: líquido sero-fibrinoso dum lado, purulento do outro; líquido hemorrágico, sucedendo a um outro puriforme; pleurisia interlobar supurada, coincidindo com uma pleuri-

sia sero-fibrinosa, livre; líquido sero-fibrinoso a uma primeira função, purulento numa segunda; outras vezes, emfim, o derrame, acen- tuadamente puriforme no começo da doença, tornava-se límpido passado algum tempo.

Os casos que tivemos ensejo de estudar, foram apenas unilaterais, e com excepção do último todos enveredaram para a purulência.

Duma maneira geral, a reacção da pleura na evolução da gripe, é determinada por uma bronco-pneumonia, por uma pneumonia ou mesmo por uma congestão pulmonar, e o facto é bem explicado pela corticalidade das lesões, e pela solidariedade patológica que existe entre aquela serosa e o pulmão. Pode, é certo, a localização pleural ser o fenómeno primitivo, o que succede por vezes nas formas septicémicas, ou mesmo ser contemporânea da lesão pul- monar, mas, na grande maioria dos casos, e isso coincide com as observações que pude colher e com outras que vejo publicadas, as pleurisias gripais teem o seu ponto de partida num foco bronco-pneumónico superficial, de im- portância maior ou menor, e desenvolvem-se, em regra, quando a lesão que lhes deu origem terminou ou está em via de cura.

*

*

*

Rathery, David, Rault e Thomas (1) observaram grande número de pleurisas sero-fibrinosas, na recente pandemia de gripe. O derrame é quási sempre pouco abundante, aparecendo com um cortejo sintomático muito atenuado, e a cura faz-se geralmente pela reabsorção espontânea, sem que a toracentese seja necessária (2).

Esta benignidade característica das formas sero-fibrinosas também foi notada em outras epidemias anteriores, e agora, como em 1889, o exame citológico do líquido revelou um predomínio de polinucleares, associados com alguns hematias, não se apurando, pela análise bacteriológica, a existência de qualquer agente microbiano.

(1) In «Paris Médical», 1919, n.º 9, pág. 166.

(2) No doente da obs. vii, o único que apresentou um derrame sero-fibrinoso, os sintomas subjectivos e

Os derrames hemorrágicos foram, pode dizer-se, excepcionais; sómente Charles Richet Fils e A. Barbier (1), e o Prof. Chauffard (2), encontraram alguns casos de líquido hemático asséptico, que fazia acompanhar-se duma albuminúria transitória.

As pleurisias purulentas apareceram com uma freqüência digna de registo (3) e sempre quando os indivíduos estavam a entrar em convalescença, por vezes, mesmo, passados já dois ou três meses depois do período agudo.

Casos de infecção pleural primitiva, não os observei nem os vi apontados em revistas portuguezas ou estrangeiras.

No que diz respeito à bacteriologia, os der-

objectivos eram atenuadíssimos, bastando apenas o tratamento médico para que ficasse completamente curado.

(1) «La Presse Médicale», 1918, n.º 66, pág. 614.

(2) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 7, pág. 99.

(3) A freqüência dos derrames purulentos na gripe, varia muito com as epidemias e, ainda, numa mesma epidemia, consoante os focos.

Assim, em 1889, Teissier notava a raridade desta

rames purulentos dos griposos nada apresentam de característico. O bacilo de Pfeiffer aparece raramente, e nos trabalhos que pude ler tratando o assunto, apenas Netter e Lacassagne dizem tê-lo identificado, o primeiro uma vez em 10 derrames, o segundo três vezes em associação com o estreptococo, numa série de 59 líquidos que examinou.

Louis Legendre, em oito observações, encontrou cinco vezes êste último micróbio, duas vezes o pneumococo, uma vez o estafilococo (1).

O Prof. Chauffard, em 15 doentes, só duas vezes verificou a existência do pneumococo; todos os restantes casos eram de estreptococos (2).

complicação na Rússia, ao passo que Laveran, na França, a encontrava muitas vezes.

Na pandemia de 1918-19. Rathery, David, Rault, Thomas e outros, afirmam que as pleurisias purulentas foram excepcionais, quando é certo que noutras regiões se observaram em grande número, como aconteceu entre nós.

(1) «La Presse Médicale», 1919, n.º 3, pág. 19.

(2) Loc. cit., pág. 99.

Embora alguns autores afirmem, e com razão, que é necessário atribuir à natureza microbiana das pleurisias uma grande importância, na gripe as elucidações fornecidas pelo laboratório não teem influência de maior, quer no prognóstico, quer no tratamento cirúrgico, porque um derrame de pneumococos pode evoluir com sintomas graves e haver urgência de praticar a toracotomia, enquanto que a estreptococia pleural é muitas vezes tórpida, benigna, bastando sómente a evacuação do líquido para que a cura se efectue.

Sob o ponto de vista da evolução clínica, as pleurisias purulentas gripais distinguem-se em duas grandes categorias.

Na *forma aguda*, os doentes apresentam-se num estado de infecção profunda, com palidez ou cianose, adinamia notável, temperatura alta, pulso muito pequeno, hipotenso e freqüente.

Ao exame do tórax encontra-se um abaulamento maior ou menor, as vibrações vocais estão abolidas a esse nível, a percussão revela um certo grau de macicez e pela auscultação reconhece-se a ausência total ou parcial do murmúrio vesicular.

Ravaut, Réniac e Legroux (1) ensinam ainda que estas pleurisias purulentas podem acompanhar-se de icterícia, albuminúria e outros sintomas graves.

Os sinais objectivos faltaram quási sempre (2); raramente foram observados o edema da parede, a rêde venosa superficial, a rêde linfangítica e a adenite axilar.

A pontada, mesmo nos grandes derrames, era muito pequena, ou nem existia sequer.

Na *forma atenuada*, a sintomatologia subjectiva e objectiva está reduzida ao mínimo. O exame mais completo não revela outra coisa que não seja a diminuição do murmúrio respiratório, um pouco de macicez ou sub-macicez, uma ligeira febrícula, e em face dêstes sinais tão leves, a pleurisia passa muitas vezes despercebida.

Noutros casos, principalmente quando se trata de uma variedade enquistada, o empiema revela-se bruscamente por uma vómica.

(1) «Paris Médical», 16 de novembro de 1918.

(2) Dos nossos doentes, apenas uma (obs. vi) apresentou sintomatologia alarmante; todos os restantes casos evoluíram com feição tórpida.

Êste polimorfismo característico das pleurisas gripais, explica-se não só pela maneira diferente como a serosa reage em face dos múltiplos agentes bacterianos, mas ainda, e êsse é o factor mais importante, pela feição especial que a gripe imprime a êsses germes, quer atenuando, quer exaltando a sua virulência.

*

* *

O diagnóstico dêstes derrames purulentos pode apresentar grandes dificuldades. Se em alguns casos os sintomas são evidentes, de modo a impor a pleurisia à atenção do clínico, outros há em que o líquido é mais ou menos mascarado pelos sinais pulmonares, e outros, ainda, nos quais, devido ao estado congestivo do pulmão subjacente, ele parece mais abundante do que o é na realidade.

Por vezes pensa-se num derrame que não existe ou que é de pequena importância, o que sucede com doentes pseudo-pleuréticos nos

quais a punção é negativa e a radioscopia mostra apenas a presença de um foco intrapulmonar, ou então com indivíduos apresentando sintomas evidentes de pleurisia, sem que a punção exploradora retire mais do que algumas gotas de líquido.

Êstes últimos casos, estudados por Rathery, David, Rault e Thomas (1), são devidos a um espessamento da pleura, bem nítido ao exame radioscópico.

Outras vezes desconhece-se a existência de um derrame purulento, o que pode acontecer quando se trata de pleurisias enquistadas; mas pela prática das punções exploradoras repetidas e pela radioscopia, poder-se-há evitar o erro, sempre que os sintomas gerais e a persistência da temperatura, levantem algumas suspeitas.

Podemos ainda enganar-nos na importância e na significação do derrame verificado, porque o líquido, um pouco turvo pela quantidade de leucócitos que contêm, reveste às vezes o aspecto puriforme, embora na verdade o não seja. Para resolver o problema, é conveniente cen-

(1) In «Paris Médical», 1919, n.º 9, pág. 166.

trifuga-lo, examinar ao microscópio o sedimento obtido e fazer depois sementeiras em meios apropriados.

Em regra, quando o derrame não contém pus, os glóbulos brancos conservam a sua estrutura normal, pelo menos nos primeiros dias, e só mais tarde apresentam lesões de degenerescência. Os agentes bacterianos são excepcionais nos *frotti* e nos tubos de cultura.

Pelo contrário, nas pleurisias purulentas verdadeiras, os leucócitos aparecem alterados precocemente, os *frotti* põem em evidência numerosos germes, e as culturas são abundantes, mesmo depois de uma sementeira pobre.

Noutros casos, ainda, é difícil fazer a distinção das lesões pulmonares e das reacções pleurais, no conjunto dos sintomas observados.

*

* *

O tratamento das pleurisias purulentas, varia consoante as modalidades clínicas.

Nas formas clássicas do empiema a pleuro-

tomia precoce impõe-se e os seus resultados são excelentes; mas nas formas tórpidas, de evolução sub-aguda, com remissões prolongadas e pequena repercussão sobre o estado geral, podemos praticar apenas uma toracentese, depondo na pleura, depois de cada punção, alguns centímetros cúbicos de sôro específico (anti-pneumocócico ou anti-estreptocócico), como faz Tremolières, ou então, como ensinam E. Weil e Loiseleur (¹), realizando uma pneumo-erosa pela injeção de ar, que permite, muitas vezes, a evacuação total do pus, e injectando, em seguida, um pouco de soluto de azul de metileno a $\frac{1}{20}$.

No entanto, mesmo nêstes casos atenuados, é necessário estar pronto a intervir ao primeiro incidente, porque a virulência dos agentes microbianos pode exaltar-se dum momento para o outro, e a toracotomia é o único meio de prevenir as grandes sínfises pleurais susceptíveis de provocar, principalmente nos indivíduos novos, deformações torácicas, escoliose, e até suspensões de desenvolvimento.

(¹) Soc. méd. des hôp., 2 de maio de 1919.

A abstenção é também a regra nas pleurisas associadas. Aqui, ainda, pratica-se uma toracentese, com ou sem injeção de soro específico, porque, como faz notar Louis Legendre (1), a toracotomia precoce, quando existem lesões graves do pulmão, é contra-producente, pois vai aumentar mais a dispneia pela criação dum pneumotórax artificial, diminuindo o campo da hematose, já muito precário.

Por vezes, a intervenção cirúrgica é necessária, mas, melhor será, sempre que o caso o permita, esperar que as lesões pulmonares tenham retrocedido ou estejam em via de cura, para que ela se pratique com algumas probabilidades de êxito.

(1) «La Presse Médicale», 1919, n.º 3, pág. 22.

Tratamento

A gripe não tem medicação específica. Por êsse motivo o único tratamento a fazer é o sintomático, preparando ao mesmo tempo o organismo para lutar contra a infecção e favorecendo a eliminação das toxinas.

Antes da epidemia de 1889, a quinina era o único medicamento empregado contra a *febre* e muitos lhe davam foros de específico.

Mais tarde utilizaram-se largamente novos antitérmicos, que não só baixam a temperatura mas também actuam duma maneira indiscutível sobre os fenómenos nervosos.

Todos êsses medicamentos, antipirina, fenacetina, piramidão, criogenina e aspirina, devem ser empregados sob muita reserva, porque, se é verdade que provocam uma descida térmica e aliviam o organismo duma quantidade grande

de toxinas estimulando a actividade do emun-tório cutâneo, também não é menos certo que aumentam de um modo notável a depressão já muito acentuada dos doentes, podendo ainda determinar uma insuficiêcia renal ou o colapso cardíaco, principalmente numa doença como esta, em que tais perturbações são freqüentes.

Havendo necessidade de os utilizar, a sua applicação deve obedecer aos seguintes princípios: administrá-los em pequenas doses; associá-los a outros medicamentos que corrijam a sua acção depressora, tonificando o coração, activando as funcções renais, estimulando o sistema nervoso.

É de uso recorrer muitas vezes ao sulfato de quinina para obter um abaixamento de temperatura em casos de hiperpirexia. De mais efficácia me parece o bromidrato, porque a acção antitérmica daquele, há que juntar uma influêcia benéfica, manifesta, sôbre as algias tão conhecidas da gripe.

Também devemos ser prudentes no emprego dêstes sais, porque os efeitos obtidos com pequenas quantidades são sensivelmente os mesmos, e além disso não se verificam os inconvenientes (embriaguez quínica) que as grandes doses de-

terminam, tanto mais acentuados quanto mais imperfeita é a eliminação renal.

As loções de vinagre aromático, o enfaixamento geral e os banhos tépidos não só baixam a temperatura como também exercem uma acção notável sobre o estado geral do doente, activando dum modo impressionante todas as funções do organismo.

Há outros medicamentos cujo uso é plenamente justificado pela existência quási constante da astenia; refiro-me aos tónicos gerais, alcohol, vinho do Pôrto, champagne, poção de Todd, acetato de amoníaco, arseniato ou sulfato de estriquinina, óleo canforado, óleo etéreo canforado, óleo fósforo-canforado, arsenicais, e aos tonicardíacos, cafeina, esparteina, digitalina.

Noutros casos, quando a astenia é a expressão duma insuficiência aguda das cápsulas supra renais, recorreremos à adrenalina, em soluto milesimal, ou ao pó das mesmas cápsulas.

Como revulsivos, utilizamos segundo os casos: a sinapização, o enfaixamento torácico, as ventosas e a sangria, esta particularmente indicada na congestão ou edema pulmonares.

Poderemos ainda prescrever o acónito sob a forma de tintura, que além de descongestionante é antineurálgico e antiséptico das vias respiratórias. Com efeito, alivia consideravelmente os griposos atenuando a tosse quási incessante da faringo-traqueíte, e diminuindo a opressão pre-esternal que a maioria dos doentes acusa.

Se as secreções brônquicas são aderentes, de eliminação difícil, juntaremos uma pequena quantidade de ipeca.

Como antisépticos gerais internos, usaremos consoante as indicações: o azul de metileno, salicilato de soda ou a urotropina, podendo esta última ser administrada por via bucal, em injeção sub-cutânea ou intra-venosa.

Como antisépticos locais poderemos utilizar a terpina, o gomenol (inalações, pulverizações, ingestão ou injeção sub-cutânea), a tintura de eucalipto ou o vapor do hidro infuso de folhas, em inalações, e o benzoato de soda.— Como diuréticos empregaremos a teobromina, o azotato de sódio ou de potássio, ou ainda o sôro glicosado por via sub-cutânea.

Dos purgantes teem preferênciã o sulfato de soda e os calomelanos.

Nas formas malignas applicaremos além do

tratamento vulgar, os metais coloidais, prata, ouro, estanho ou rodio, e os abcessos de fixação.—Na forma asfíxica daremos o citrato de sódio como diminuidor da viscosidade do sangue, fazendo ao mesmo tempo sangrias repetidas.

Nas formas meningeas, os banhos tépidos, o gelo na cabeça e a punção lombar são os meios terapêuticos habituais a que recorreremos.

Os banhos tépidos estão também indicados nos griposos inquietos, com insónias, em vez dos hipnóticos, que mais ou menos fecham o rim.

*

* *

A recente pandemia deu origem a que se fizessem novos ensaios sôbre o tratamento da gripe.

Maurice Icard, aplica desde o primeiro dia e em todos os seguintes até à descida completa da temperatura, o bicloreto de mercúrio na proporção de 0,^{gr}.30 para 100 gramas de

sôro fisiológico, em injeção intra-muscular de 4^{cm³} (1).

Armand Gautier aconselha, principalmente para os casos de perturbações cardíacas acentuadas, duas injeções hipodérmicas diárias, uma de manhã, outra à tarde, de sôro quinino arsenical, cuja fórmula é a seguinte:

Arrenal — cinco centigramas

Cloridrato neutro de quinina — cinquenta centigramas

Sôro fisiológico — quatrocentos c. c.

Os indivíduos tratados por este processo melhorariam rapidamente (2).

Robin é da mesma opinião.

A. Rémond indica as injeções de sôro canforado, que prepara juntando 20 ou 25 grammas de canfora pulverizada, a um litro de sôro de Hayem. Depois de filtrar e esterilizar, applica-o na dose de 50 a 100 c. c.

(1) «Le Progrès Medical», 1919, n.º 1, págs. 4 e 5.

(2) «La Presse Médicale», 1918, n.º 67, pág. 624.

Uma só injeção bastaria para provocar uma descida térmica notável e fazer evoluir todas as lesões sem complicação de espécie alguma (¹).

Voisin e Benhamou preconizam, para as formas hipertóxicas, o electrargol na dose de 10 a 20 c. c. ou o ouro coloidal na dose de 1 a 2 c. c. por via venosa, e os abscessos de fixação.

Os mesmos autores empregam com vantagem, nos casos de insuficiência cardíaca, as injeções intra-venosas de óleo canforado, na dose de 2 a 4 c. c., uma de manhã, outra à tarde (²).

Orlando obtem 100 % de curas, praticando injeções intra-musculares de ácido fénico, duas vezes por dia, na dose de 5 c. c. numa solução a 2 %. Conjuntamente prescreve 1 grama do mesmo medicamento em 50 gramas de xarope e 300 gramas de água, por via bucal (³).

(¹) «La Presse Médicale», 1918, n.º 72, pág. 672.

(²) In «Paris Médical», 1919, n.º 22, págs. 426 e 427.

(³) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 62, pág. 538.

Grigaut e Montier verificaram que a injeção intra-venosa de plasma de convalescentes aplicada no início da gripe, determina uma crise precoce. Num período avançado da doença, a sua acção seria nula (1).

Lucarelli injecta o bicarbonato de soda a 2 % ou o citrato de soda a 3 % por via venosa. A mortalidade, que seria de 69,40 % com os meios terapêuticos vulgares, baixaria a 10 % com o uso do citrato (2).

Para Rathery, David, Rault e Thomas, o tratamento das bronco-pneumonias deveria ser baseado particularmente no emprego dos abscessos de fixação e nas injeções intra-venosas de ouro coloidal. Esta terapêutica, utilizada no comêço das complicações pulmonares, daria resultados surpreendentes (3).

—Loeper e Fumouze prescrevem nas formas asfíxicas, além da sangria abundante e do sôro

(1) «La Presse Médicale», 1918, n.º 66, pág. 616.

(2) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 34, pág. 538.

(3) In «Paris Médical», 1919, n.º 9, pág. 169.

glicosado ou adrenalinado, o óleo canforado por via venosa, na dose diária de 2 c. c. Segundo as suas experiências observar-se-ia uma sedação notável dos fenómenos nervosos, o aumento da tensão arterial e a diminuição progressiva da cianose (1).

M. Tiroloix diz ter obtido resultados excelentes, com o uso de preparados de eucalipto; emprega o hidro infuso em clisteres, na proporção de 20 gramas de folhas para um litro de água, o azeite eucaliptolado em unções e a tintura em inalação.

O mesmo autor aplica o leite esterilizado em injeções intra-musculares de 10 c. c., com grande sucesso (2).

Para Netter, as injeções de óxido de estanho em suspensão num preparado coloidal, melhorariam consideravelmente os griposos (3).

Guérin, além do leite em injeção intra-muscular, usa nas bronco-pneumonias o dime-

(1) «La Presse Médicale», 1918, n.º 71, pág. 664.

(2) In «Paris Médical», 1918, n.º 43, pág. 339.

(3) In «Paris Médical», 1918, n.º 63, pág. 588.

tilarisnato disódico e o ouro coloidal, por via venosa; o 1.º na dose de 0,50 e o 2.º na dose 5 c. c. Aquele daria uma descida lenta, constante, da temperatura, ao passo que êste determinaria uma queda rápida, seguida de reascensão térmica (¹).

M. Challamel aconselha as injeções de azeite eucaliptolado, como profilático das complicações pulmonares (²).

Artauld é um partidário da linfoterapia e da hemoterapia. Tratando 43 griposos por êste processo, obteve os seguintes resultados: nos casos simples, a temperatura desceu de 40º para 37º em 10 a 12 horas; e nas bronco-pneumonias, num prazo de tempo variável entre 36 e 48 horas, também voltou à normal (³).

Fressine e Violle recomendam as injeções de sôro anti-pneumocócico, como preventivo (⁴).

Chalier, além do tratamento vulgar, dá pre-

(¹) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 6, pág. 83.

(²) «La Presse Médicale», 1918, n.º 70, pág. 651.

(³) «La Presse Médicale», 1918, n.º 62, pág. 568.

(⁴) In «Paris Médical», 1918, n.º 42, pág. 323.

ferência, nas formas asfíxicas, às inalações de oxigénio, na dose de 500 a 800 litros (1).

Morlet emprega-o em injeção intra-muscular (2).

Para Azevedo Gomes a desintoxicação é o ponto capital no tratamento da influenza e por isso propõe que se apliquem a todos os griposos injeções de sôro glicosado na dose de 50 a 100 c. c., por via sub-cutânea ou intra-venosa, com o fim de provocar diureses abundantes (3).

Loeper e Grosdidier, baseando-se em numerosas observações, utilizam principalmente: a urotropina em injeção intra-venosa, nas formas simples e nas formas tóxicas sem complicações pulmonares bem definidas; o electrargol, nas hepatizações pneumocócicas; o azeite gomeno-lado, nas bronquites persistentes com expectoração muco-purulenta; e o azul de metileno, nas bronco-pneumonias (4).

(1) «Le Progrès Médical», 1919, n.º 15, pág. 145.

(2) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 14, págs. 215 e 216.

(3) In «Portugal Médico», 1918, n.º 11, pág. 728.

(4) «La Presse Médicale», 1918, n.º 71, pág. 664.

Para René Damade, a auto-hemoterapia preconizada por Artauld não teria influência apreciável na marcha da gripe; o medicamento que prefere, é o ouro coloidal por via venosa, seguido de uma injeção de 4 c. c. de óleo canforado (1).

Conti, obtem curas notáveis aplicando o bicloridrato neutro de quinina em injeção intravenosa na dose de 0,50 para 1 c. c. de água. Segundo a sua opinião a eficácia do medicamento é manifesta: melhora o estado geral, diminui a frequência do pulso, regulariza e aumenta a energia das contracções cardíacas, baixa a temperatura, e limita a extensão do processo pulmonar (2).

Domingos Andrade, recomenda as injeções de sôro fresco de cavalo com cloreto de cálcio, para evitar as alterações hemáticas, que, no seu

(1) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 10, pág. 155.

(2) In «Journal des Praticiens», 1919, n.º 34, pág. 537.

parecer, constituem o factor principal da gravidade da influenza (1).

Bassoni, indica, quer para as formas simples, quer para as complicadas, o óleo canforado na dose de 2 c. c., a que junta 0,5^{gr} 10 de gaicol (2).

M. Pissavy, também considera de grande vantagem a aplicação da urotropina em injeção intra-venosa, nas complicações pulmonares da gripe. De 18 indivíduos em estado grave, tratados por este processo, somente um faleceu (3).

Segarra e Maestre, prescrevem o sôro antidiftérico por via bucal, outros, ainda, o sôro fresco de cavalo (4).

Inácio Di Pace, depois de fazer várias considerações acerca do bicloreto de mercúrio, ácido fénico, urotropina, electrargol, sôro antidiftérico, bicloridrato de quinina e azeite can-

(1) In «Portugal Médico», 1918, n.º 11, pág. 728.

(2) «Il Policlinico», Periodico Di Medicina, Chirurgia e Igiene, fasc. 15, pág. I.

(3) In «Paris Médical», 1918, n.º 46, pág. 408.

(4) Cit. do Prof. A. GARRETT, loc. cit., pág. 641.

forado com gácol, no tratamento dos griposos, termina dizendo que somente êstes dois últimos medicamentos lhe parecem dar resultados apreciáveis (1).

*

*

*

Mas, nem só à medicação devemos atender, porque a higiene e a dietética também merecem cuidados especiais.

O quarto do doente será escolhido, sempre que seja possível, entre os melhores aposentos da habitação; manter-se há bem iluminado e com um mobiliário simples, devendo pôr-se de parte os reposteiros, cortinados, tapetes e todos os objectos dispensáveis, não só para que a limpeza diária possa ser bem feita, mas ainda para evitar a propagação da doença; a ventilação assegura-se facilmente por meio

(1) «Il Policlinico», Periodico Di Medicina, Chirurgia e Igiene, fasc. 29-30, págs. 413 a 418.

das janelas, de dia e de noite, ou ainda, nas estações frias, com o uso de fogões.

No que diz respeito à dietética, utilizaremos durante o período agudo, segundo os casos, a dieta hídrica, a dieta láctea, a dieta de caldos ou a dieta mixta.

Na convalescença está indicado o regimen de reconstituição; daremos em primeiro lugar as papas, sopas, arroz, farinhas, massas, etc., e, só mais tarde, os azotados.

Observações



I

C. F. M.—18 anos, solteira

Estado actual

Tosse com ligeira expectoração muco-purulenta, leve pontada no hemitórax esquerdo, dispneia, suores, principalmente de noite.

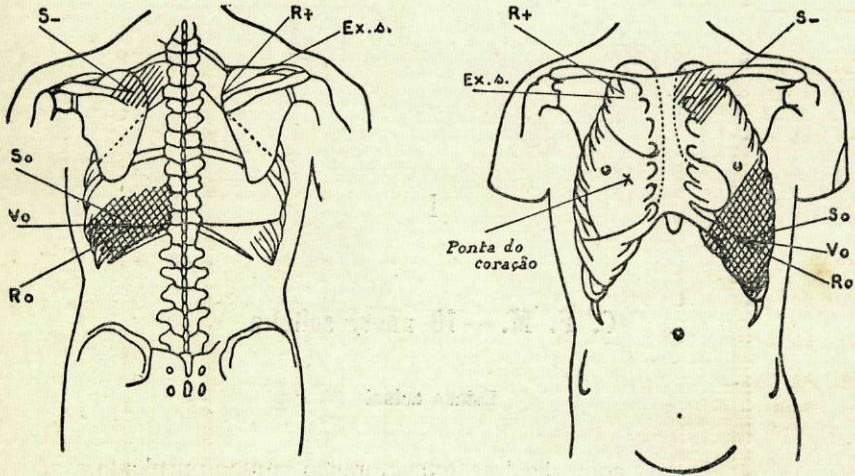
Inspecção — Abaulamento do hemitórax esquerdo, diminuição da expansibilidade torácica do mesmo lado, rêde venosa superficial pouco acentuada.

Palpação — Dores ligeiras. Vibrações vocais abolidas na base do hemitórax esquerdo, diminuidas no vértice.

Percussão — Macicez completa na parte inferior (ant. e post.) do mesmo hemitórax. Ao nível do vértice há apenas diminuição da sonoridade.

Auscultação — Ausência do murmúrio vesicular na

base, diminuição no vértice. Á direita, na parte superior, há respiração suplementar com expiração soprada.



Aparelho circulatório

Palpitações. Ruidos cardíacos um pouco ensurdecidos. Ponta do coração quási ao nível do mamilo direito. Pulsô pequeno, hipotenso, freqüente, — 128.

Aparelho gênito-urinário

Ha 5 meses que não é menstruada.

Aparelho digestivo

Anorexia, língua pouco saburrosa, diarreia.

História da doença

Adoeceu há quatro meses com dores muito intensas nos membros inferiores, falta de forças, cefalalgias, febre, tosse sêca, pontadas no peito, insónias, anorexia. Por êsse motivo deu entrada na enfermaria n.º 12 do Hospital de Santo António, onde permaneceu durante 15 dias. Passado êsse tempo foi para casa onde adoeceu pouco depois com dores intensas no abdómen, muita sêde, edemas dos membros inferiores, urinas raras e escuras. Julgando-se perigosa deu entrada no Hospital Joaquim Urbano onde esteve duas semanas. Daí transitou para a enfermaria n.º 11 do Hospital de Santo António e desta para a sala de Jesus, com a sintomatologia já descrita.

Antecedentes pessoais

Sarampo em criança. Gripe há 3 meses.

Antecedentes hereditários

Pai falecido aos 39 anos com icterícia. Mãe saudável. Teve 7 irmãos, dos quais 4 morreram de tenra

idade com doença que ela ignora. Os restantes gozam boa saúde.

Diagnóstico

Pleurisia purulenta, livre.

Tratamento médico

Desde o dia:

- 2-XII a 12-XII — Pílulas de terpina e benzoato de soda
(4 p. dia).
- 14-XII a 29-XII — Poção de sulfato de estriquinina (2
c. s.).
- 20-XII a 2-I — Pílulas de terpina e benzoato de soda.
(4 p. dia).
- 29-XII a 11-II — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
- 11-I a 15-I — Hóstias de tanigénio, fosfato de cal
e pó de ópio (4 p. dia).
- 20-I a 30-I — Injecções de cacodilato de soda.
- 5-II a 18-II — Pílulas de terpina e benzoato de soda
(4 p. dia).
- 18-II a 27-II — Injecções de sulfato de esparteína e
estriquinina.
- 3-III a 15-III — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
- 15-III a 18-III — Poção de sulfato de estriquinina (2
c. s.).
- 18-III a 1-IV — Poção de arseniato de soda (2 c. s.).
- 17-IV a 26-IV — Injecções de cacodilato de soda.

Tratamento cirúrgico

4-XII — Toracentese — 1^l,700 de líquido purulento.
20-XII — Pleurotomia.

II

M. A. R. — 14 anos, solteira

Estado actual

Emaciação, perda de forças, suores ligeiros, conjuntivas descoradas, algumas dores torácicas à direita, tosse sem expectoração.

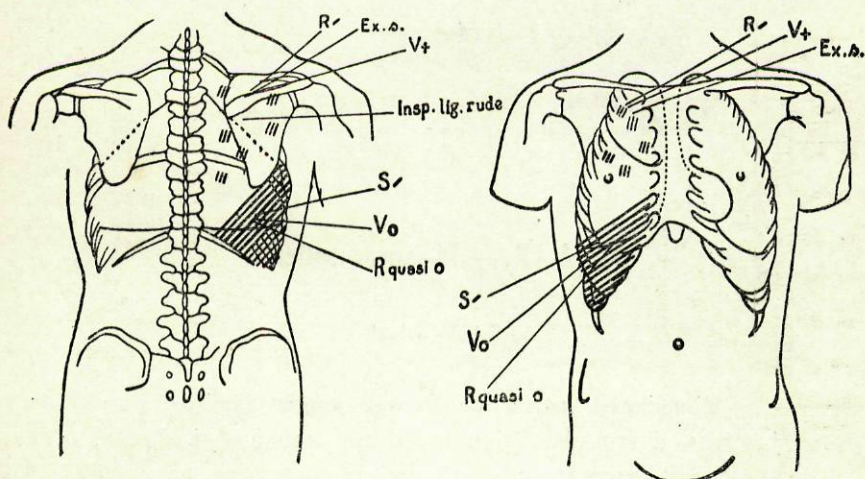
Inspecção — Abaulamento do hemitórax direito na face posterior, um pouco de polipneia. A coluna vertebral apresenta um desvio de convexidade direita.

Palpação. Dores ligeiras ao nível do mesmo hemitórax. Vibrações vocais abolidas na base, aumentadas no vértice. Gânglios na axila direita. À esquerda, as vibrações vocais estão diminuídas na base, reforçadas na parte superior.

Percussão — Diminuição notável da sonoridade na parte inferior (ant. e post.) do hemitórax direito.

Auscultação — Murmúrio vesicular quási ausente na

base, bastante diminuído no vértice, onde há inspiração ligeiramente rude e expiração soprada. Alguns atritos pleurais. Esboço do sinal de Pitres.



Aparelho circulatório

Arca cardíaca normal. Ruidos cardíacos um tanto apagados, especialmente o 1.º. Pulso muito pequeno, hipotenso, rítmico, freqüente — 133.

Aparelho gênito-urinário

Nada de anormal.

Nome M. A. R.

Janeiro

Fevereiro



Aparelho digestivo

Apetite, língua húmida, opalina, pequena diarreia.

História da doença

Há 3 meses adoeceu bruscamente com cefalalgias, dores generalizadas, temperatura alta, anorexia, suores, tosse sêca. Mandou chamar o médico, que diagnosticou uma gripe de forma pneumónica, e instituiu o respectivo tratamento. Melhorou bastante, mas passadas algumas semanas começou a sentir pontadas ligeiras no hemitórax direito, notando ao mesmo tempo que êle se abaulava duma maneira considerável. Como a dispnea era cada vez maior, a família chamou de novo o médico, que lhe fez uma toracentese, extraindo grande quantidade de líquido purulento esverdeado. Este continuava a reproduzir-se, e por conselho do mesmo clínico foi internada no Hospital de Santo António em 13 de janeiro, onde lhe fizeram 2.^a toracentese, na sala de Jesus. A 22 do mesmo mês fez-se-lhe uma pleurotomia ao nível do 8.^o espaço intercostal direito, um pouco abaixo do ângulo inferior da omoplata, que deu saída a grande quantidade de pus.

Antecedentes pessoais

Sarampo em criança. Gripe de forma pneumónica em outubro de 1918. Foi sempre saudável em antes do actual padecimento.

Antecedentes hereditários

Pais vivos, saudáveis. Tem 3 irmãos que gozam também boa saúde.

Diagnóstico

Pleurisia purulenta, livre.

Tratamento médico

Desde o dia:

14-I a 24-I — Poção de sulfato de estriquinina (2 c. s.).

9-II a 19-II — Poção de arseniato de soda (2 c. s.).

18-II a 13-III — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).

Tratamento cirúrgico

14-I — Toracentese — 700 cm³ de líquido purulento.

21-I — Pleurotomia.

III

M. A. — 36 anos, casada

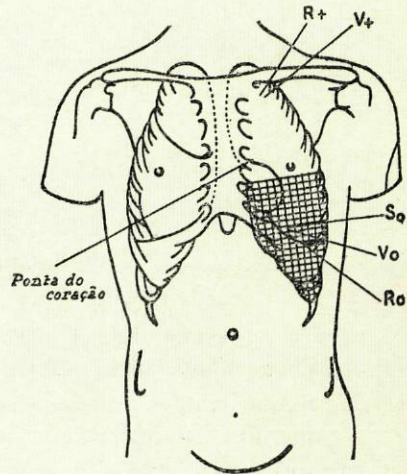
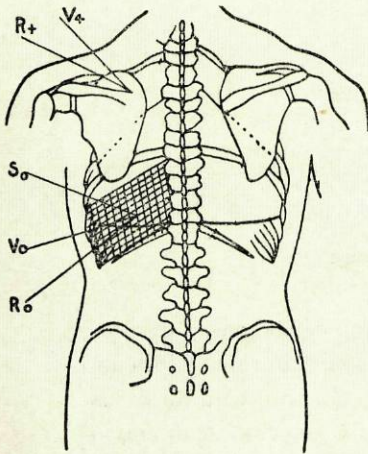
Estado actual

Dores no hemitórax esquerdo, suores, dispneia, tosse com expectoração muco-purulenta.

Inspecção — Hemitórax esquerdo abaulado, imóvel na base, polipneia.

Palpação — Vibrações vocais completamente abolidas ao mesmo nível, aumentadas no vértice. Algumas dores.

Percussão — Macicez absoluta na face anterior, até à altura do 5.º espaço intercostal. Na face posterior



também há ausência de sonoridade numa zona que se estende desde a base até ao ângulo inferior da omoplata.

Auscultação — Murmúrio vesicular abolido na base. No vértice do mesmo lado há um exagero de respiração.

Aparelho circulatório

Ponta do coração ao nível do bordo esquerdo do esterno. Ruidos cardíacos ensurdecidos. Pulso pequeno, razoavelmente tenso, rítmico, freqüente — 132.

Aparelho gênito-urinário

Diureses reduzidas.

Aparelho digestivo

Anorexia, língua um pouco saburrosa. Defeca bem.

História da doença

Adoeceu há 2 meses com cefalalgias, arrepios, febre, tosse sêca, suores profusos, anorexia. Passado algum tempo apareceu-lhe uma dor no hemitórax esquerdo, com dispneia e tosse com expectoração mucopurulenta. Como se sentia cada vez pior, deu entrada no hospital com a sintomatologia já descrita.

Antecedentes pessoais

Teve uma pneumonia há 15 anos. Era saudável antes do actual padecimento. Tem uma filha que goza boa saúde.

Antecedentes hereditários

Pai falecido com 87 anos. Tem mãe viva e 6 irmãos, todos saudáveis.

Diagnóstico

Pleurisia purulenta interlobar.

Tratamento médico

Desde o dia:

- 14-XII a 29-XII — Teobromina (2 h. p. dia).
19-XII a 1-I — Poção de sulfato de estriquinina (2 c. s.).
15-I a 30-I — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
31-I a 13-II — Teobromina (2 h.).
2-II a 12-II — Injecções de sulfato de estriquinina.
16-II a 22-II — Poção de arseniato de soda (2 c. s.).

Tratamento cirúrgico

Em 4-II — Pleurotomia.

IV

J. D. T. — 14 anos, solteira

Estado actual

Apetite, suores nocturnos, fraqueza nas pernas, tosse com expectoração muco-purulenta, ligeira pontada ao nível do rebordo costal esquerdo.

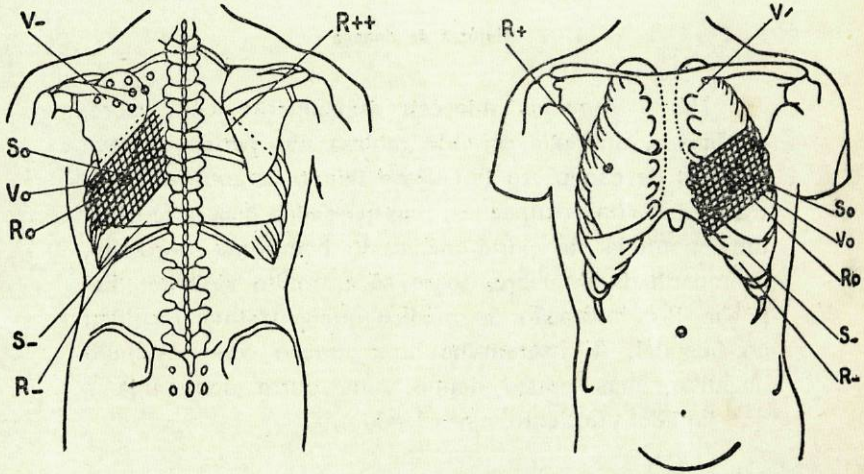
Inspeção — Abaulamento do hemitórax esquerdo na sua parte anterior e média, notável redução da expansibilidade torácica no mesmo lado, cavado supra esternal muito deprimido, respiração de tipo costal superior.

Palpação — Vibrações vocais abolidas na face anterior e posterior do hemitórax esquerdo, excepto ao nível do vértice onde se conservam apenas diminuídas.

Percussão — Macicez na parte média do hemitórax esquerdo, sub-macicez na base, som claro no vértice. Sonoridade do espaço semi-lunar de Traube um pouco diminuída.

Auscultação — Ausência do murmúrio vesicular na parte média do mesmo hemitórax, coincidindo com a zona de macicez, diminuição notável na base, intensidade normal no vértice, onde se ouvem alguns sarridos húmidos. Respiração suplementar à direita. Au-

sência de pectoriloquia áfona e egofonia. Sinal de Pitres negativo.



Aparelho circulatório

Palpitações. Ponta do coração fortemente desviada para a direita, batendo 2 centímetros abaixo do mamilo do mesmo lado. Ruidos cardíacos normais. Pulso pequeno, hipotenso, rítmico, freqüente — 128.

Aparelho gênito-urinário

Diureses reduzidas. Micções freqüentes e pequenas, principalmente durante o dia.

Aparelho digestivo

Língua um tanto saburrosa, húmida. Diarreia. Fezes fétidas.

História da doença

Há 9 semanas adoeceu súbitamente com febre, cefalalgias, anorexia, grande moleza nas pernas. Esteve 15 dias de cama. Ao fim dêsse tempo levantou-se para tratar das suas ocupações, mas passados dias surgiu-lhe uma pontada na parte média do hemitórax esquerdo, acompanhada de febre, tosse sêca, muito violenta, dispneia. Por indicação do médico que a tratava recolheu ao hospital. Aí fizeram-lhe uma punção com resultado negativo, mas pouco depois uma outra deu saída a um líquido purulento esverdeado.

Antecedentes pessoais

Sarampo em criança. Foi sempre saudável.

Antecedentes hereditários

Pais e irmãos vivos, saudáveis.

Diagnóstico

Pleurisia purulenta interlobar.

Tratamento médico

Desde o dia:

- 19-XI a 29-XI — Poção de sulfato de estriquinina (2 c. s.).
- 30-XI a 10-XII — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
- 20-XII a 29-XII — Poção de sulfato de estriquinina (2 c. s.).
- 2-I a 12-I — Cacodilato de soda em injeções.
- 26-I a 11-II — Poção de sulfato de estriquinina (2 c. s.).
- 5-II a 16-II — Poção de dionina (4 c. s.).
- 11-II a 28-II — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
- 8-III a 18-III — Poção de arseniato de soda (2 c. s.).
- 15-IV a 26-IV — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
- 6-V a 19-V — Gotas amargas.
- 11-VI a 17-VI — Poção de beladona, acónito e lobélia.
- 9-VII a 19-VII — Poção de arseniato de soda (2 c. s.).
- 2-VIII a 12-VIII — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
- 17-VIII a 27-VIII — Poção de beladona, acónito e lobélia.
- 27-VIII a 31-VIII — Poção de dionina.

Tratamento cirúrgico

- 20-XI — Toracentese — 200 cm³ de líquido purulento.
- 26-XI — Toracentese — 600 cm³ de líquido purulento.
- 15-XII — Toracentese — 600 cm³ de líquido purulento.
- 28-I — Pleurotomia.
-

V

M. C. S. — 19 anos, solteira

Estado actual

Leve palidez, astenia, tosse com expectoração muco-purulenta.

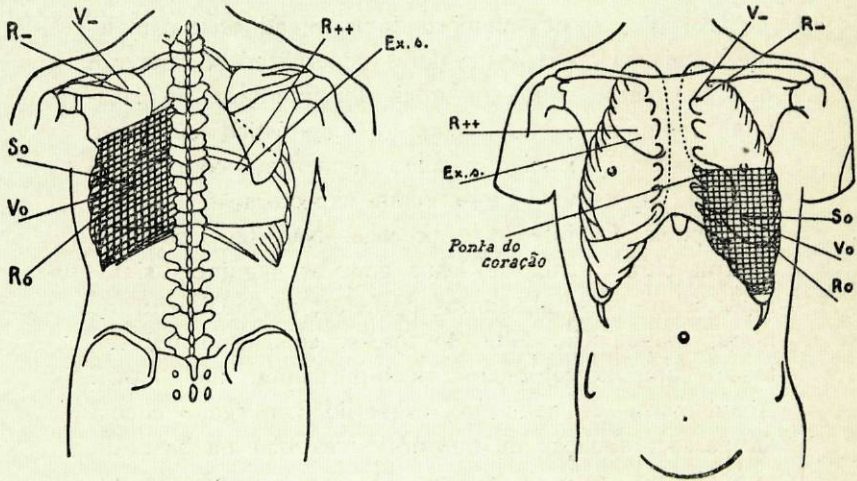
Inspecção — Hemitórax esquerdo deformado, apresentando nos seus dois terços superiores um achatamento anterior notável, que sucedeu a um abaulamento da mesma região. Espaços intercostais mais retraídos do que à direita. Esterno dirigido segundo uma linha que partisse de cima para baixo e da esquerda para a direita. Ausência de arborização venosa superficial. Na parte posterior dêste, bem como no hemitórax direito, nada há digno de menção. Movimentos de expansibilidade reduzidos.

Palpação — Ausência de dores. Vibrações vocais abolidas na base do pulmão esquerdo, diminuídas no vértice.

Percussão — Macicez absoluta na base e face anterior até ao 4.^o espaço intercostal. Na face posterior, abolição da sonoridade desde a base até à espinha da omoplata. Sonoridade do espaço de Traube, diminuída.

Auscultação — Murmúrio vesicular completamente abolido na base do pulmão esquerdo, diminuído em

todo o resto da sua altura. Ausência de egofonia, de pectoriloquia áfona e do sinal de Pitres. Respiração suplementar em todo o pulmão direito, com expiração soprada.



Aparelho circulatório

Área e ruídos cardíacos normais. Ponta do coração batendo 3 dedos para dentro da linha mamilar esquerda, à altura do 5.º espaço. Pulso pequeno, hipotenso, rítmico.

Aparelho gênito-urinário

Boas diureses.

Aparelho digestivo

Apetite regular, língua boa, digestões fáceis. Defeca com regularidade.

História da doença

No dia 16 de setembro de 1918, adoeceu com febre, cefalalias, arrepios e dores generalizadas. Esteve 8 dias em casa, findos os quais foi internada no Hospital Joaquim Urbano, com o diagnóstico de gripe. Uma semana depois, a febre aumentou com novos arrepios, opressão e tosse com expectoração mucosa. A dispneia foi intensa e precoce. Não teve pontada. Entrou para a sala de Jesus com os seguintes sintomas: febre vesperal, suores profusos, principalmente de noite, inapetência, falta de forças, emaciação notável, tosse com expectoração muco-purulenta, não fétida. Abaulamento do hemitórax esquerdo com ligeiro edema da parede, abolição do murmúrio vesicular na base, diminuído no resto do pulmão. À direita respiração suplementar com expiração soprada. Punção exploradora positiva, revelando a existência de líquido purulento.

Antecedentes pessoais

Foi sempre saudável.

Antecedentes hereditários

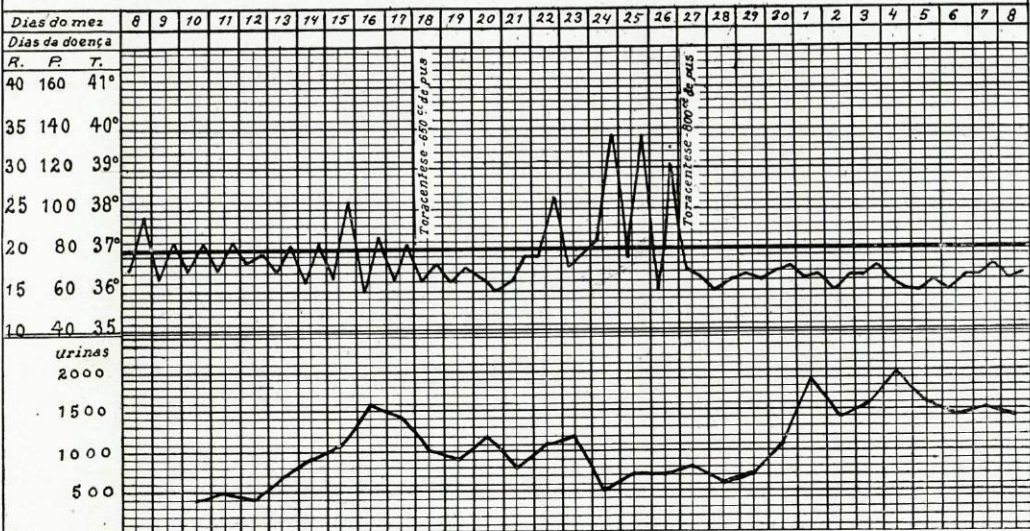
Mãe viva, saudável. Tem 4 irmãos que também gozam boa saúde.

Nome M. G. S.

1918 - 1919

Novembro

Dezembro



Diagnóstico

Pleurisia purulenta, livre.

Tratamento médico

Desde o dia:

- 10-XI a 19-XI — Terpina e benzoato de soda (4 h.
p. dia).
10-XI a 20-XI — Poção de sulfato de estriquinina (2
c. s.).
20-XI a 30-XI — Injecções de cacodilato de soda.
2-XII a 17-XII — Glicerofosfato de cálcio (2. h.).
18-XII a 28-XII — Injecções de cacodilato de soda.
2-I a 12-I — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).
19-I a 3-II — Poção de sulfato de estriquinina (2
c. s.).

Tratamento cirúrgico

- 18-XI — Toracentese — 650 cm³ de líquido purulento.
27-XI — Toracentese — 800 cm³ de líquido purulento.
-

VI

E. F. D. — 56 anos, casada

Estado actual

Grande prostração, suores profusos, dores pelo corpo, temperatura febril de pequenas oscilações, tosse com expectoração mucosa, abundante.

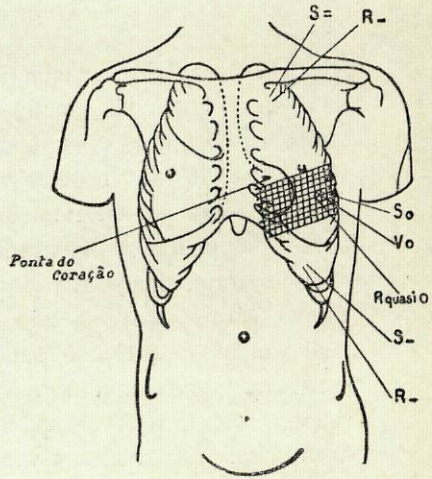
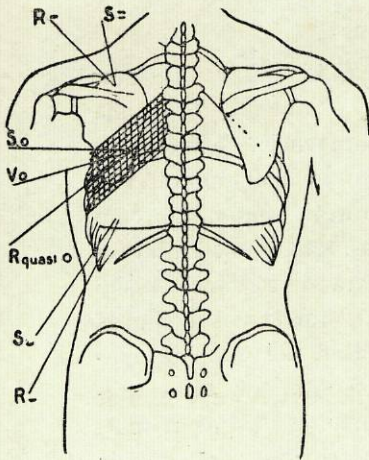
Inspeção — Hemitórax esquerdo um pouco retraído na face posterior. Na face anterior, ao longo de toda a glândula mamária, nota-se uma tumefacção. As excursões torácicas do mesmo lado estão sensivelmente diminuídas, e há um certo grau de polipneia.

Palpação — O tumor a que acabo de referir-me, é quente, muito doloroso, dando a sensação de empastamento e aderência aos planos profundos. Vibrações vocais diminuídas ao longo da scissura interlobar.

Percussão — Revela uma zona de macicez que, partindo da extremidade interna da 3.^a costela, atrás, vem alcançar anteriormente a 6.^a, na linha mamilar. Ausência de variabilidade de som com a mudança de posição. Ausência do triângulo de Grocco. Macicez menos intensa na base do pulmão.

Auscultação — Diminuição do murmúrio vesicular em

todo o pulmão esquerdo, mais acentuada ao nível da zona doente.



Aparelho circulatório

Pulso pequeno, hipotenso, taquicárdico — 120. Área cardíaca aumentada. Desvio da ponta do coração para o bordo esquerdo do esterno. Pequeno sopro mitral no 1.º tempo.

Aparelho gênito-urinário

Oligúria. Urinas escuras, levemente turvas, sem albumina. Ausência de pontos renais dolorosos.

Aparelho digestivo

Inapetência, língua tostada.

História da doença

Há cerca de 5 semanas, quando andava a tratar das suas ocupações, sentiu arrepios violentos, pontada surda no hemitórax esquerdo, inapetência, febre, prostração, tendo de recolher ao leito imediatamente. Em seguida sobreveiu-lhe uma expectoração abundante, com dores no peito e suores profusos, que nunca mais a abandonaram. Respirava com muita dificuldade. Assim esteve vários dias, fazendo uso de revulsivos e outros medicamentos, que não sabe precisar, até que lhe apareceu na região mamária a tumefacção que atrás referimos, com novos arrepios, suores e dispneia mais acentuada. Foi neste estado que entrou para a sala do Espírito Santo a 29 de março, onde se lhe fez no dia seguinte uma toracentese que deu 225 cm³ de pus amarelo esverdeado, pouco cremoso e homogénio, sem cheiro fétido.

Antecedentes pessoais

Sarampo em criança. Tem 10 filhos vivos e sadios.

Antecedentes hereditários

Mãe falecida aos 65 anos com doença do coração. Pai já falecido também, com doença que não sabe precisar. Tem 5 irmãos vivos e saudáveis.

Diagnóstico

Pleurisia purulenta interlobar.

Tratamento médico

Desde o dia:

- 22-III a 17-IV — Injecções de esparteina e estriquinina.
31-III a 22-IV — Teobromina (3 h.).
22-IV a 3-V — Poção de estriquinina (2 c. s.).
3-V a 14-V — Injecções de cacodilato de sódio.
22-V a 8-VI — Poção de estriquinina (2 c. s.).
13-VI a 26-VI — Glicerofosfato de cálcio (2 h.).

Tratamento cirúrgico

- 30-III — Toracentese — 225 cm³ de líquido purulento.
4-IV — Toracentese — 150 cm³ de líquido purulento.
17-IV — Abertura do tumor — 500 cm³ de pus.
26-IV — Toracentese — 300 cm³ de líquido purulento.
13-V — Toracentese — 150 cm³ de líquido purulento.
19-V — Toracentese — 220 cm³ de líquido purulento.
28-V — Toracentese — 90 cm³ de líquido purulento.

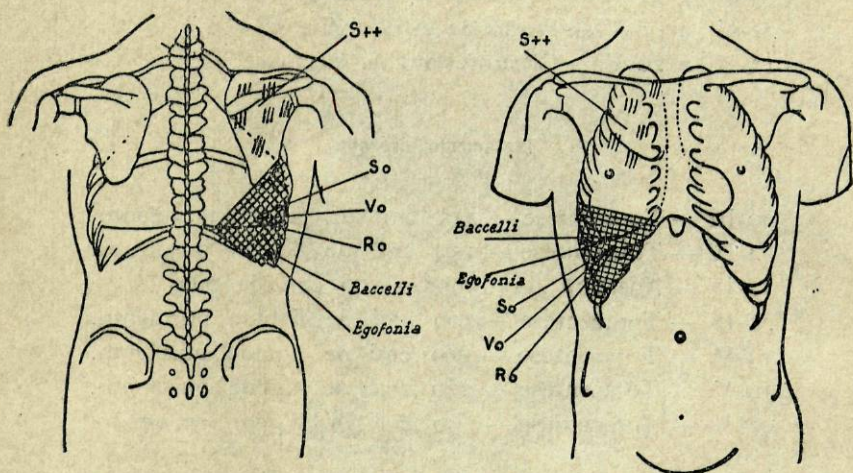
VII

J. C. S. — 16 anos, solteiro

Estado actual

Dispneia, tosse com expectoração muco-purulenta.

Inspeção — Um pouco de abaulamento do hemitórax direito, imobilidade dos espaços intercostais.



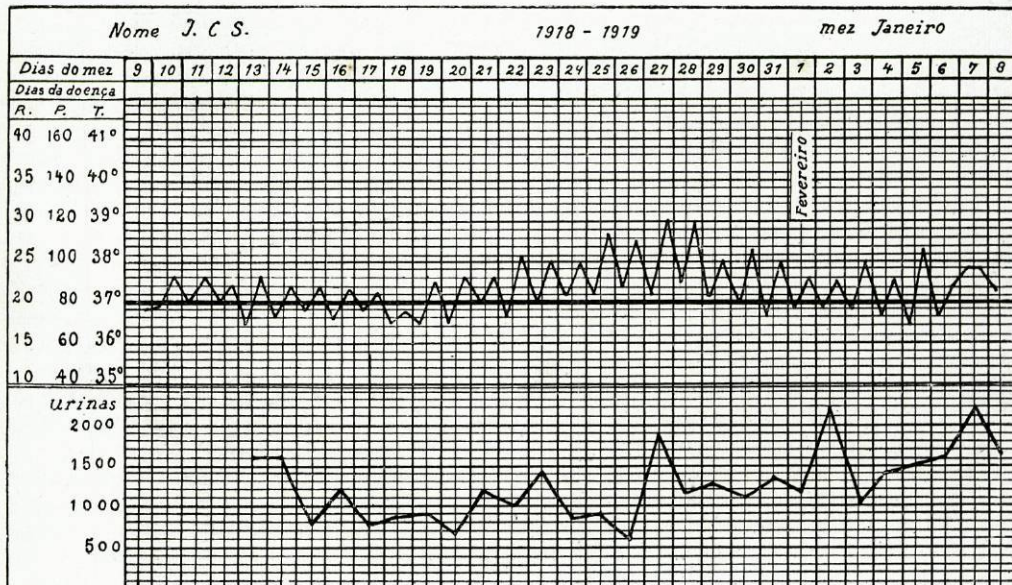
Palpação — Ausência de dores. Vibrações vocais inteiramente abolidas ao nível da base.

Percussão — Macicez na parte inferior (ant. e

Nome J. C. S.

1918 - 1919

mez Janeiro



post.) do mesmo hemitórax, aumento da sonoridade do vértice.

Auscultação — Murmúrio vesicular ausente na base. Egofonia. Fenómeno de Baccelli positivo. No vértice ouvem-se alguns atritos pleurais.

Aparelho circulatório

Área cardíaca normal. Desdobramento do 2.º ruído aórtico. Pulso razoavelmente amplo, não freqüente, hipotenso.

Aparelho gênito-urinário

Diureses variáveis. Urinas turvas, com depósito.

Aparelho digestivo

Anorexia, língua um pouco saburrosa, dejeções diarreicas.

História da doença

Em meados de dezembro começou a sentir uma ligeira pontada na inspiração, ao nível do hipocondrio direito, acompanhada de arrepios, tosse com expectoração mucosa, dispneia, anorexia.

Era-lhe impossível conservar-se em decúbito lateral direito. Esteve em casa durante 3 semanas, fazendo somente uso de revulsivos. Como não obtivesse melhoras, deu entrada na sala de Nossa Senhora da Conceição com a sintomatologia já descrita.

Antecedentes pessoais

Sarampo em criança. Gripe em fins de setembro.

Antecedentes hereditários

Pai falecido com hemorragia cerebral. A restante família é saudável.

Diagnóstico

Pleurisia sero-fibrinosa, livre.

Tratamento médico

Desde o dia:

10-I a 19-I—Glicerofosfato de cálcio (2 h.).

21-I a 31-I—Fosfato de cal, subnitrato de bismuto e tanigénio, em hóstias.

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

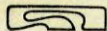
Tiago de Almeida.

Maximiano de Lemos.

Bibliografia

- Prof. TIAGO DE ALMEIDA — *Lições clínicas* de 1918-19.
- ANTONIO FIGA E LUIS LAMAS — *Infecciones de tipo gripal*.
- Prof. RICARDO JORGE — *A nova incursão peninsular da influenza e Influenza pneumonica*, in «Portugal Médico», 1918, n.ºs 6 e 8.
- MOHR Y STAEHELIN — *Tratado de Medicina Interna*.
- G. DIEULAFOY — *Manuel de Pathologie Interne*, 16.º édition.
- F. WIDAL — *Grippe ou influenza*, in «Traité de Médecine», publiée sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud.
- E. BOIX — *Gripe*, in «Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale», publiée sous la direction de Brissaud, Pinaud et Reclus.
- ARNOLD NETTER — *L'épidémie d'influenza de 1918*, in «Paris Médical», 1918, n.º 46.
- CH. RICHEL FILS ET A. BARBIER — *Bacteriologie des complications pulmonaires de la grippe*, in «Paris Médical», 1918, n.º 46.
- DR. NICOLAU BETENCOURT — *A proposito da actual epidemia*, in «A Medicina Contemporanea», 1918, n.º 41.
- CAYREL — *Les septicémies dans la grippe*, in «Paris Médical», 1918, n.º 11.
- ED. JOLTRAIN ET P. BAUFLE — *La grippe*.

- J. GRASSET—*Leçons de Clinique Médicale*, Novembre 1886 a Juillet 1890.
- CHALIER—*Quelques remarques sur la grippe et son traitement*, in «*Progrès Médical*», 12-IV-1919.
- Prof. ALMEIDA GARRETT—*A pandemia gripal*, in «*Portugal Médico*», 1918, n.º 10.
- J. COLLET—*Précis de Pathologie Interne*, 3.º edition.
- DEBOVE & SALLARD—*Précis de Pathologie Interne*, 2.º edition.
- ENRIQUEZ, LAFFITE, BERGÉ ET LAMY—*Traité de Médecine*.
- G. OSLER—*Tratado de Patologia Interna*.
- Prof. J. A. PIRES DE LIMA—*Notas sobre a epidemia gripal*, in «*Portugal Médico*», 1918, n.º 11.
- REGIS—*Précis de Psychiatrie*, 5.º edition.
- CHAUFFARD—*Les pleurisies grippales*, in «*Journal des Praticiens*», 1919, n.º 7.
- «*Paris Médical*», 1918, n.ºs 42, 43 e 63; 1919, n.ºs 3, 9 e 22.
- «*La Presse Médicale*», 1918, n.ºs 62, 66, 67, 70, 71 e 72; 1919, n.º 3.
- «*Journal des Praticiens*», 1919, n.ºs 6, 7, 10, 14, 34 e 62.
- Soc. méd. des hôp., 2-V-1919.
- «*Le Progrès Médical*», 1919, n.º 1.
- «*Portugal Médico*», 1918-19.
- «*A Medicina Contemporanea*», 1918-19.
- «*Il Policlinico*», *Periodico Di Medicina, Chirurgia e Igiene*, 1919, fascs. 15, 29 e 30.



ERRATAS

PÁGS.	ONDE ESTÁ:	LEIA-SE:
54	leucoplesies	leucoplasies
71	hiperstesia	hiperestesia
73	semble	semblent
101-102	dimetilarisnato	metilarsinato