

Terapeutica da Febre Tifoide

pelo

Dr. Manuel Loforte Gonçalves

Certificado contendo “ipsis litteris” o teor do ponto sorteado e descrito no concurso de livre-docente de Terapêutica Clínica pelo Assistente em Comissão e atual Livre-Docente Dr. Manuel Loforte Gonçalves, em 4 de Novembro de 1935.

A banca examinadora era constituída pelos profs. Drs. Fernando de Paula Esteves, Lafayette Rodrigues Pereira, Argymiro Dornelles Galvão, Nino Marsiaj e Waldemar Job.

Certifico em cumprimento ao despacho exarado pelo Snr. Professor Diretor desta Faculdade, no requerimento do Dr. Manuel Loforte Gonçalves, que fica arquivado, que revendo no Arquivo os documentos relativos ao concurso para docência livre da cadeira de Terapêutica Clínica, dêles consta a prova escrita feita pelo requerente, que é do teor seguinte: Terapêutica da Febre Tifoide.” A febre tifoide é uma moléstia infecto-contagiosa, endemo-epidêmica, cujo agente causal é o báculo de Eberth. Confundida com outros estados infecciosos, ela era englobada no grupo das doenças “miasmáticas” e, como todas as formas morbidas, sofreu os efeitos favoráveis e desfavoráveis das diversas escolas médicas. Hoje completamente isolada como entidade nosológica distinta, melhor seria, no dizer de grande número de autores, chamá-la dotienenteria. Considerada como doença local, pela observação das alterações evidentes do tecido linfoide das placas de Payer, o seu estudo mais minucioso levou a considerá-la como uma septicemia que, secundariamente, localizava seus micro-organismos no intestino. A incubação leva tempo variável — dependendo talvez da diferença individual dos vários doentes e da virulência do próprio germen. Fixa-se geralmente em 7 (sete) a 20 (vinte) dias. No periodo de incubação os sintomas são quasi nulos, apenas devendo o doente ter sentido mau-estar, inapetencia, anorexia, algumas crises óra de diarréia óra de constipação intestinal tenáz, vômitos biliosos, língua saburrosa. Grande número de vezes são individuos forasteiros os primeiros atacados, como se os residentes já se encontrassem num relativo estado de imunidade. As águas são as grandes transmissoras do mal, muito especialmente quando retiradas de fontes que pôdem ser contaminadas pelas defecações dos doentes. As frutas, os legumes são outros tantos fatores de propagação do mal, se forem retirados de plantações adubadas recentemente, maximé, com defecações humanas.

A pesquisa do micro-organismo de Eberth é no entanto difficil e difficilmente é elle isolado dessas origens, preferindo-se pesquisar as rea-

ções do báculo coli, companheiro inseparável e a quem muitos já o quizeram indentificar, considerando o Eberth como um coli modificado e tornado altamente patogênico e virulento. Pesquisas minuciosas infirmaram mais ou menos completamente este modo de encarar este microbio, bem que as teorias unicistas microbianas tudo tenham feito para manter essa opinião. Agente morbigênico de virulência iminentemente variável, é acompanhado às vezes, por dois outros micro-organismos, bem estudados e individualizados por Sacquepée, os paratíficos A e B, que tem características próprias de cultura e imunizadoras, pois sabe-se que, conquanto as coaglutininas tíficas mais ou menos imunizem em alguns casos o individuo para os paratíficos, o mesmo não se dá com os últimos.

Um mesmo doente pode, não só, não ficar imunizado para o germen que lhe produzia a primeira infecção, como, frequentemente, pôde ser atingido pelas duas outras categorias. Raramente ataca a criança e o velho; os adolescentes e o adulto porém, são em geral os que maior tributo lhe pagam. Olintho de Oliveira, no entanto, entre outros mestres brasileiros, cita casos de dotienenteria infantil mesmo dentro dos primeiros meses de vida. Da mesma opinião são Czerny e Finkelstein. Talvez, nestes casos, a imunidade materna seja tão pequena, ou nula, que não evite a infecção. E' uma hipótese razoável e que merece ser levada em consideração, sabendo-se que a imunidade materna transmite-se por via transplacentar ao feto. Nós mesmos tivemos ocasião de há alguns anos observar um caso de febre tifoide, juntamente com um colega pediatra desta Capital, numa criança de ano e meio. Segundo grande número de pediatras, não é tão rara quanto parece, devendo-se sempre pensar nessa infecção numa febre infantil de caráter arrastado. Indiscutivelmente, entretanto, é a puberdade a idade mais atacada, não havendo maior sensibilidade dum ou doutro sexo. O adulto moço sofre das mesmas predileções que a puberdade.

Sintomatologia e evolução da febre tifoide. Costuma-se para maior clareza de descrição, dividir a evolução da dotienenteria em três periodos distintos: o periodo de invasão; o periodo de estagio; o periodo defervescência e de convalescença. Casos há em que estes periodos que na forma comum evoluem dentro de um quadro morbido que se estende entre 20 e 25 dias, se encurtam ou se alongam com uma evolução de maior ou menor benignidade, de acôrdo com o maior ou menor número de complicações. No periodo de invasão, o mau estar geral prodrômico se accentua, a anorexia torna-se absoluta, a língua saburrosa, o paladar perverte-se (gosto amargo), tonturas, cefalalgia, crises diarréicas ou constipação — mais frequente entre nós que na Europa em que é comum áquele sintoma (diarréia) — as urinas são escassas, coradas fortemente, com ácido úrico e bilirubinogênio aumentados.

A's vezes uma ou mais epistaxis enriquecem o quadro clínico, atestando desde logo a discrasia sanguinea motivada pela intoxicação proveniente das tóxicas microbianas. Objetivamente constata-se desequilíbrio accentuado entre o pulso e a temperatura — um pulso concorde com a temperatura atesta quasi sempre a gravidade do caso. A temperatura eleva-se em "escada", por oscillações de 1 a 2 graus aumentando sempre á tarde e não se distanciando, a temperatura vespéral, mais de

1 a 2 graus da matinal. De início pôde-se constatar nos flancos, parte inferior do abdomen e face interna das coxas, pequenas manchas, petequias, que conquanto não sejam patognomônicas são um bom sinal de probabilidade. Pelo exame do aparelho digestivo encontra-se uma língua fortemente saburrosa em seu centro e corada em seu rebordo, sendo às vezes negra, próximo às papilas do V lingual. O cavo apresenta frequentemente um enantema leve e nos pilares anteriores pôde-se encontrar uma pequena erosão da mucosa que corresponde á angina de Duguet. A palpação do ventre mostra-nos em geral, um figado levemente aumentado de volume. Ponto cístico doloroso, assim como a zona coledocopancreático-duodenal de Chauffard. Há pequeno meteorismo. Gargarejo frequente da fossa iliaca direita. O baco é percutível e às vezes palpável atestando a toxi-infecção por um lado, o ataque hepático por outro (pontos dolorosos cístico e de Chauffard). Tôrres Homem dizia que a esplenomegalia no estado tífico era quasi patognômica da dotienenteria. Como sintomatologia acessoria, podemos constatar para o lado do aparelho respiratório sinais de bronquite difusa. No circulatório há às vezes retumbância, hiperfonése do segundo tom aórtico, bradicardia, e entre o primeiro e o segundo septenário um dicrotismo do pulso que, para alguns autores, já é testemunha de lesão cardíaca quiçá de feixe de His. Este periodo dura em geral de 7 a 9 dias. O segundo periodo — de estado — a temperatura mantem-se em planalto ao redor de 39—40 graus. Nos casos benignos a 38 graus.

A cefalalgia em geral atenua-se, o doente apresenta acentuações do meteorismo. Nas fórmias ataxo-adinâmicas há, óra carfologia óra delirio violento. E' em geral ao final deste periodo que aparecem as três mais terríveis complicações da dotienenteria: perfuração intestinal, hemorragia e miocardite. Todos os sinais somáticos se acentuam mais particularmente para o aparelho gastro-intestinal. Há um estado de toxi-infecção grave. Deste periodo em diante começa o declínio. A's vezes crise têmica e humoral o que é raro. Mais frequentemente em lisis e o doente entra em convalescença, trazendo muitas vezes a estigmatizar-lhe o organismo como prova da grave infecção porque passou as lesões cardiacas orificiais ou angio colecistites arrastadas. Digamos aquí que as três mais graves complicações são em geral apanagio do segundo e terceiro septenários sendo a hemorragia às vezes assinalada por precoce quêda de temperatura e a perfuração por essa mesma quêda seguida de meteorismo exagerado e sinais de peritonite. A miocardite se exteriorisa pela grande tendência ao colapso e á sincope desses doentes. Outras complicações pôdem ainda ser observadas. Para o lado do aparelho locomotor as *artrites e muito especialmente as osteomielites eletivamente das costelas*. Para o lado do aparelho respiratório, as pneumonias, as broncopneumonias, mais raramente os abscessos pulmonares.

Para o aparelho circulatório, além das miocardites, as endo e pericardites, as arterites e flebitis. As nefrites não são raras, podendo ser seguidas por fórmias de nefrose grave. As psicastenias post-tíficas pôdem fazer seu aparecimento. As otites supuradas são relativamente frequentes.

O diagnóstico é em geral fácil nas formas comuns e com florida sintomatologia. Mais difícil é o diagnóstico no início que pode ser confundido com qualquer moléstia toxi-infecciosa e com as formas paratíficas com as quais tem grande afinidade. E' nesses casos difíceis que o laboratório em muito pode ajudar o clínico. A hemocultura dentro do primeiro e início do segundo septenários, positiva é a confirmação absoluta do diagnóstico. A reação de Widal a partir do segundo, igualmente quando positiva é um ótimo meio de confirmação diagnóstica. Quando negativa pode ser apenas a demonstração cabal de uma falta de reação do organismo ao germen causal, capaz de ser verificado pelo Widal. A diáso-reação de Erlich dá resultados mais aleatórios. O prognóstico é sempre grave dependendo não só da maior ou menor capacidade de reação do organismo do doente, como também das meio pragias funcionais anteriores de seus órgãos e muito especialmente da gravidade das complicações que sempre ensombrecem o quadro clínico.

Terapêutica. Feitas estas rápidas considerações sobre o quadro clínico que em geral reveste a dotienenteria, digamos o que de mais importante sabemos de sua terapêutica e profilaxia. Não possuindo ainda hoje um tratamento específico propriamente dito, pois que a soroterapia dá neste caso resultados muito duvidosos, tem no entanto uma profilaxia bem estudada, e, de que falaremos ao final, não só nos cuidados higiênicos com a água e as substâncias alimentares, como também na vacinação parental ou bucal, preventivas. Sargent diz que a terapêutica da febre tifoide percorreu três periodos distintos que ainda hoje temos que percorrer para um perfeito tratamento higiênico-dietético e medicamentoso. Um primeiro periodo expetante em que se observava a evolução do mal auxiliando o organismo a reagir quando se enfraquece. Um segundo, biológico, em que o emprêgo do sôro e vaccino-terapia fez furor. Um terceiro, higiênico-dietético, no qual por uma hygiene bem dirigida e uma técnica bem estudada e estabelecida, colocamos o doente nas melhores condições de reagir. *Higiene Geral.* O doente deve ser acamado desde o início em leito fôfo para evitar as escaras que se poderão produzir pelo decubito dorsal muito prolongado. A escara sacra, sabe-se, é uma terrível complicação que pode levar a morte por ser uma porta de entrada a nova infecção que pode tomar o aspecto septicémico. O quarto deve ser arejado, se possível localizado para o nascente a-fim-de que o doente possa receber os beneficios dos raios solares. Nos casos ataxo-adinâmicos, entretanto, seria quasi um crime obrigar esses doentes a suportar a luz intensa e a semi-obscureza é também favorável aos grandes delirantes. O menor número de móveis possível, nenhum tapete ou cortina. As defecções, as urinas, os escarros devem ser imediatamente esterilizadas com formol ou cal, creolim, lisol, enfim qualquer antiséptico. O mesmo se fará com as roupas de leito ou peças internas que deverão ser fervidas antes de ser lavadas. Serão proibidas as entradas de visitas ou longas palestras. Poucas pessoas devem se dedicar a enfermagem desses enfermos e se possível pessoas vacinadas ou imunizadas. Enfim, as pessoas que conviverem com os doentes devem ser vacinadas, excepto, para alguns, se suspeitas de já estarem em periodo de incubação.

A máxima higiene é o que é requerido. A desinfecção das cavidades naturais deve ser minuciosa. O aparelho respiratório, nariz, cavum, bôa, devem ser cuidadosamente lavados, sendo recomendável a instillação de substâncias antiséticas, como óleo gomenolado, eucaliptolado mentolado ou os colírios de argirol, sulfato de zinco, oxicianureto de mercúrio, todos em doses não irritantes, são recomendáveis maximé quando algo se suspeite para o lado do aparelho respiratório. Os gargarejos com soluções antisépticas, fenosalil, clorato de potássio, salicilato de sódio, água boricada ou oxigenada, são muito recomendáveis. Nas mulheres de cabelos longos esses devem ser aparados e amarrados em tranças. Cuidados especiais devem ser tidos com o aparelho uro-genital principalmente das mulheres grávidas, pois que o aborto frequente, aliás, deve ser ao máximo evitado e caso se processe, curado o útero de urgência a-fim-de evitar a infecção, curando-se diariamente, mesmo deixando dreno e curativo de demora. A questão de regimen alimentar muito tem sido discutida. Enquanto que a escola Franceza e mesmo a Alemã preconizam um regimen quasi lacteo absoluto, levemente mitigado, a escola americana tendo á frente therapeutas como Beckmann, alimentam seus doentes de maneira a administrar-lhes um regimen integral. isto é, completo, contendo albuminas, hidratos de carbono e graxas, de maneira que o doente receba no mínimo 1800 a 2000 calorias por dia. Este regimen escasso para um individuo são é no entanto, suficiente e mesmo demasiado para alguns, para os individuos em clinostatismo ou acamados, enquanto que os doentes submetidos ao regimen lacteo mitigado se levantam magros, quasi caqueticos, os submetidas ao regimen total chegam mesmo a engordar. Os francezes dizem não valer a pena produzir um maior engorde nos doentes sob risco de provocar complicações como a hemorragia e a perfuração. Os americanos acham que as complicações são tão frequentes nesses como noutros, apenas parecendo aumentar nestes últimos as probabilidades de recaídas. Bekmann no entanto, diz que são tão pequenos os inconvenientes e tão grandes as vantagens de colocar os doentes nas melhores condições de reagir que considera a maior conquista da therapêutica moderna. No Brasil, bem que haja adeptos de um e outro metodo, na generalidade, o médico brasileiro indica uma fórmula ecletica. Alimentam sem prejudicar o doente. Deverão ser dadas por exemplo., a um doente de 60 quilos uma grama de albumina por quilo, o mesmo de graxas, e 5 gramas de hidratos de carbono por quilo. Sabendo-se que cada grama de albumina dá 4,9 calorias, uma de gorduras 9, uma de hidratos de carbono 4,5 calorias, resulta que o doente tomando 60 gramas de albumina, o mesmo de lipideos e 300 de hidratos de carbono recebe mais ou menos: 294 calorias de albumina, 540 de graxas e 1.350 de hidratos de carbono. Total 2.184. E' mais que suficiente para manter o doente num relativo equilibrio como se estivesse são. O leite, alimento completo, pode ser administrado até 2 litros por dia. Póde ás vezes produzir fermentação intestinais e noutros doentes constipação, havendo mesmo alguns casos de completa idiosincrasia. Quando produz diarréia ou constipação com meteorismo procuraremos remediar êsse defeito pela adjunção das águas alcalinas e da água de cal, Deve ser dado em pequenas doses e várias vezes ao dia pois que no dizer

de Theohari é um colagogo, melhor talvez, um aperitivo biliar de primeira ordem e assim aumenta a eliminação dos báculos de Eberth que como se sabe se eliminam em grande quantidade pela bilis. Os purés, os mingaus de batata, sagú, tapioca, maisena, de abobora, as frutas cozidas ou assadas bem maduras constituem a principal fonte de regimen dos tíficos. Aguas alcalinas, tisanas diuréticas, o chá, o café, que para Torres Homem era mesmo curativo, o malte, devem ser administrados em abundância quasi produzindo uma terapêutica de lavagem renal.

Os doentes que não podem por condições financeiras fazer uso das águas alcalinas, como as de Vichy, Vitel, Cachambú, Lambary, São Lourenço ou Irahay, podemos receitar a formula de Bouguet. — Bicarbonato de Sódio — 8 Fosfato de Sódio — 4 — Sulfato de Sódio — 2. Para dissolver num litro de água. Desde que aumente a diarréia eliminar o sulfato de sódio. Estas aguas alcalinas além de serem diuréticas evitam o estado de acidose que muitas vezes pode ser constatado nos tíficos graves e evidenciado pela presença da acetona, ácido cloracético ou B-oxibutirico nas urinas.

Balneoterapia. Um outro cuidado higiênico e que constitue mesmo talvez o melhor meio terapêutico contra a febre tifoide é a balneoterapia. Foi Brand quem verdadeiramente criou o tratamento pela balneoterapia na febre tifoide. Os banhos devem ser dados a 22° (vinte e dois graus) e mesmo a 16° (dezesseis graus) para os individuos robustos. E' portanto a balneoterapia fria. Nos debilitados são recomendáveis os banhos a 32° (trinta e dois graus) ou 28° (vinte e oito graus) frios, ainda para os febricitantes. E' sabido que o grau térmico indifferente para a água acha-se a 34° (trinta e quatro graus), temperatura na qual as reações orgânicas são nulas talvez agindo o banho, unicamente, pela massagem superficial que produz nos tecidos pela compressão que se exerce em qualquer corpo imerso num líquido de acôrdo com o principio de Pascal, no dizer de Krause e Garrée. A banheira deve estar collocado no quarto de tal fórma que a cabeceira da banheira corresponde aos pés do leito e separada e retirada da vista do doente por um anteparo. O banho deve cobrir todo o corpo excepto o a cabeça. A água caso não fique suja não necessita ser renovada sinão de 24 em 24 horas, retirando-se de cada banho a quantidade necessaria que é preciso adicionar para a colocar numa determinada temperatura, em geral 22 (vinte e dois) graus. Preparado o banho o doente é apanhado pelas costas e região poplitea, enlaçando-se ao pescoço do enfermeiro. Deposita-se-o lentamente no banho e asperge-se a face, nuca e parte superior do tronco com água mais fria. Nessa ocasião o enfermeiro deve fazer uma massagem forte nos membros inferiores e superiores e se o doente assim mesmo sente intenso calefrio se lhe administrarão tônicos alcoolicos que facilitarão a reação de rubefação. Brand manda dár um banho frio todas as vezes que a temperatura rectal atinge 39° (trinta e nove graus). A temperatura deve ser tomada de 3 em 3 horas e após o banho. Uma forte quéda de temperatura corresponde em geral, a um bom prognóstico. Enquanto se dá o banho outro auxiliar prepara a cama do doente. Uma toalha e por fóra dela um cobertor se possível aquecido. No fim de 10 a 15

minutos o doente é retirado do banho e envolvido na toalha e cobertor extendendo-se sobre ele as cobertas da cama.

Espera-se a reação e administra-se ao doente estimulantes: café forte, um pouco de alchool. Em geral após o banho o doente se sente perfeitamente bem e dorme. A temperatura cai. Retira-se as toalhas, veste-se o doente que em geral dorme. O tratamento pelo método de Brand é o melhor auxiliar do regimen higiênico-dietético mas alguns doentes não reagem da mesma maneira. Doentes há que não se habituem ao banho frio apresentando uma verdadeira idiosincrasia. São contra-indicações do banho frio; os lesões cardíacas com tendência ao colapso, a cachexia, a velhice, um completo estado de adinamia. A estes, no entanto, que não suportam a balneoterapia fria, nós poderemos recomendar outros métodos que conquanto não dêem tão ótimos resultados muito auxiliaram no seu tratamento. O método de Ledue e Deleardi ou seja a erimoterapia precordial tem indicação absoluta nos casos em que se suspeitam lesões cardíacas ou mesmo depois de confirmadas. Ledue e Deleardi achavam que a hipertermia predispõe ás lesões cardíacas e por isso indicavam a bolsa de gelo desde o início do tratamento. Nos casos com grande meteorismo, suspeita de hemorragia, ou perfuração intestinal, a erimoterapia abdominal tem formal indicação. Os banhos pregrissivamente resfriados de Chantemesse e Bouchard tem a mais perfeita indicação. As grandes faixas frias tomando a totalidade do corpo dão bons resultados o mesmo se podendo dizer do método de Preissnitz. Ambos obrigam no entanto a movimentar muito o doente o que pode ter graves inconvenientes para os tíficos com miocardite. Foi por isso que Lissauer recomendou as faixas frias abdomino-toraxicas anteriores, incluindo os membros superiores e inferiores. Neste processo o doente não é enrolado nas faixas. As compressas humidas são extendidas sobre o doente do pescoço aos pés tomando toda a face anterior do corpo e as laterais.

Terapêutica medicamentosa: Compreendemos por êste título o tratamento pelos sôros, pelas vaccinas, pelos coloides, proteínas, pioterapia, sôros de convalescentes e medicamentos por via buccal. A sôroterapia muito recomendada de início por um grande número de autores tem sido contra-indicada em absoluto por outros. Renon acha que os resultados são nulos mas temos que concordar que conquanto seja um sôro anti-microbiano, consequentemente de fraca ação, sendo constituido de albuminas extranhas, o choque proteinoterápico parece ter utilidade. Os resultados no entanto não tem sido brilhantes e poucos médicos o recomendam atualmente. Em casos de hemorragia, no entretanto, como veremos é indicado, pois vai agir por suas qualidades coagulantes. A vacçinoterapia muito condenada por uns, muito elogiada por outros, parece influir especialmente sobre as complicações de maneira favorável. Produz reações gerais intensas que num individuo de coração meio-pragico pode levar á morte. A vaccina autogena parece dar melhores resultados que a stock, mas digamos de passagem que, como toda a vaccina, dando, uma reação local, geral e focal, por esta última, dadas as lesões graves que em geral se assentam sobre as placas de Peyer, pode produzir

uma maior flogose e, consequentemente, maior afluxo de sangue e consequente hemorragia.

Aquí temos de colocar igualmente a imuno-transfusão utilíssima nos casos de hemorragia intestinal, ela parece não deixar de ser útil na evolução da febre tifoide, maximé quando o doador fôr vaccinado com vaccinas feitas com o báculo de Eberth cultivado do sangue do doente. Os abcessos de fixação, óra tem sido muito recomendados óra muito contraindicados pela dôr que produzem. Bem que não se possa admitir no dizer de Loepper, na maior parte das vezes, a teoria da derivação, parece que os fermentos leucocytarios, macro ou micro citases tem uma função leucogena importante estimulando assim as defezas do organismo. Faz-se em geral uma única injeção de 1 cc. de terebentina esterilizada que geralmente deve ser ionizada á luz solar ou a lampada de ultravioleta, pois quando esterilizada perde a sua ionização e não permite a formação do abcesso. O emprego do pús esterilizado de abcessos de fixação em cavalos tem dado alguns resultados. O sôro de convalescentes empregado primeiramente no sarampo e na escarlatina por Gabritschewisky, foi tentado na febre tifoide. Os resultados são relativamente bons sendo seu principal defeito a dificuldade de obtenção.

Deve ser retirado de um individuo com 20 a 40 dias de cura de um tifo da mesma natureza. As doses devem ser de 20 a 40 cc. O sôro dos individuos vaccinados deveria ser ehpregado em dôse dupla segundo Krause. As proteínas tem sido indicadas. O leite, as peptonas, as proteoses, as proteínas de origem vegetal ou animal tem sido indicadas. Os resultados são incertos e mesmo em alguns casos parece ter agravado o estado do doente. Proteino e proteoseterapia, enfim terapêutica inespecífica só deveria ser empregada de acôrdo com Beekmann, nos casos em que não existam taras individuais e complicações que coloquem o doente em estado de menor sensibilidade, digo, de menor resistência.

A coloidoterapia, muito especialmente pela prata tem sido recomendada. O colargol nunca deveria ser empregado por via parenteral, pois segundo De Belme, da mesma maneira que anilinas e o nankin produziria um verdadeiro bloqueio do sistema reticulo-endotelial e consequente prejuizo das defezas do organismo. As fricções de pomada de colargol a 15% são no entanto recomendadas mas seus efeitos muito duvidosos. O emprego do colargol por via buccal é sem valor sob o ponto de vista coloidoterápico pois as micelas em contato com suco gástrico entram em estado de gel e consecutiva formação parcial de um cloreto de prata, sendo o restante da medicação eliminado em natureza. O eletrargol é talvez o único coloide de prata recomendavel e em injeção subcutanea mais raramente intramuscular e nunca endovenosa pelo temor das fortes reações que pode provocar. O rhodio coloidal ou Lantol daria bons resultados e não daria tão fortes reações. As colobiases de ouro ou mesmo electraurool são formalmente contra indicados pois empregadas em alguns casos as reações foram de tal ordem que prejudicaram os doentes levando alguns mesma á morte. O carbono coloidal foi indicado últimamente, Colobiase (Ravina).

Arsenoterapia: O arsénico em estado de neosalvarsan foi já indicado como específico da febre tifoide. A contraindicação principal

é a insuficiência hepática. As doses devem ser pequenas 0,15 a 0,30 cgr. sempre se tateando a sensibilidade do doente.

Por via bucal. Desinfetantes intestinais: Muito indicados antigamente, hoje se usam o menos possível. Assim o benzonaftol, o salol, os sais de bismuto, os derivados do tanino, como a tannalbina e o tannigeno foram já muito indicados.

Hoje excepto os alcalinos como os citrato de sódio ou magnésio, que parecem agir como alcalinizantes e colagogos mais que desinfectantes, a urotropina na dose de uma grama e meia tem sido empregada. Nestas doses no entanto é muito prolongada a sua administração pôde produzir disuria. O helmitol tem nestes casos a sua melhor indicação. A hexalmetilenotetramina pode ser empregada por via endovenosa e a escola argentina foi quem iniciou essa técnica terapêutica obtendo ótimos resultados. Loeper foi quem a recomendou na França e Theohari na Rumania. Pelo formol que produz é um desinfectante enérgico e como sua eliminação se faz em grande parte pela bilis, é um desinfectante electivo das vias biliares. As pioctaninas, como o azul de methyleno, o verde de methyla, tem tido seus apologistas. Em soluções a 1% por via endovenosa não parecem dar grandes reacções. A solução de mercúrio cromo na dose de 0,18 centigramas por quilo de individuo até 20 quilos e 0,15 centigramas por quilo daí para cima, muito tem sido recomendada pela escola americana (Young) com alguns resultados. Os derivados acridínicos — tripaflavina — foram aconselhados pela escola alemã.

Digamos agora alguma cousa das complicações. A mais frequente das complicações da febre tifoide é a hemorragia intestinal. Sua therapêutica deve ser de urgência e preventiva. Preventiva pelo emprego dos sais de calcio que como provou Arthus é fator capital na coagulação do sangue. De mais a mais o calcio ou melhor o ion calcio reforça a tonicidade do miocardio enquanto que o potassio tem uma ação contrária. São diuréticos e os americanos os empregam mesmo em doses enormes, até 18,0 por dia, bem que Umber e a escola européia o contra indiquem.

Os sais mais empregados são o cloreto de calcio, o lactato de calcio e gliconato de calcio. Podem ser empregados por via buccal nas doses de 3 a 6 gramas e mesmo mais. Diremos no entanto temer as grandes doses de cloreto de calcio que, além de poderem irritar o rim, parecem favorecer a acidose. A ergotina por via buccal ou parenteral em pequenas doses dá bons resultados. O mesmo se pode dizer da emetina que é mais indicada nas hemoptises. Os sôros anti-tíficos e na sua falta qualquer sôro medicamentoso, e especialmente o hematopoietico pela trombokinase que levam ao organismo do doente, são ótimos coagulantes. Nas grandes hemorragias, levados em conta os grupos sanguineos, a transfusão de sangue tanto citratado como não tem indicação absoluta.

A solução de citrato de sódio a 5% tem "in vivo" uma ação exatamente contrária a que possui "in vitro". É coagulante. Os opiaceos para diminuir o peristaltismo intestinal o repouso absoluto, a crimoterapia abdominal, agirão como ótima auxoterapia. Os sôros glicosados e fisiológico tem a máxima indicação, assim como os sôros hipertonicos.

Na perfuração intestinal confirmada, a indicação absoluta é a laparotomia. Antes que seja realizada, a erimoterapia, o opio, os sôros artificiais. Nas miocardites os métodos de Leduc e Delerdi, digo, Leduc e Delardi.

As pequenas doses de digital ou a digitalina tem a máxima indicação para alguns autores, sendo por outros condenadas. A ouabaina de Arnaud, todas as vezes que ha tendência ao colapso ou síncope, na dose de um quarto de miligrama por via endovenosa tem a melhor das indicações. Os pequenos tonicocardiacos pôdem ser empregados. A terapêutica açucar insulina teria utilidade segundo Loepper em todos os casos de desfalecimento cardíaco. O açucar é o alimento do coração. Um coração com miocardite é pobre de glicogenio. Dê-se-lhe portanto açucar no estado de xarope de glicose que contem 50% de glicose pura e fixe-se essa glicose por meio da insulina. Esse tratamento foi recomendado por Umber nas insuficiências hepáticas e aqui teria uma das suas melhores indicações. Nos casos acompanhados de hipotensão, taquicardia perturbações gastricas acentuadas, linha branca de Trousseau facilmente determinada, isto é, sintomas de insuficiência supra-renal, a adrenalina por via bucal até 0,003 pode dar bons resultados. A dioxifenilpara etanolmetilamina de Takamine, no entanto tem uma ação unicamente hipertensiva enquanto que o extrato total de supra renal, pela colessterina, que é anti-tóxica, o enxôfre neutro Loepper, o filatião e o glutatião de Binet agiriam como anti-tóxicos enérgicos. Na dose de 0,30 — 3 vezes ao dia — temos a sua melhor indicação. E' este em resumo o tratamento da dotienenteria que se baseia antes no regimen higiênico-dietético auxiliado pela balneoterapia. As restantes medicações, devem ser usadas com a máxima moderação.

Profilaxia: A desinfecção das águas pelo cloro, a cálc e o alumen faz com que desapareçam os casos de febre tifoide. As aguas quando não forem assim tratadas só devem ser tomadas depois de fervidas e filtradas.

A vaccinoterapia preventiva pelo T A B (bácilos tífico, paratíficos A e B) dá imunisações perfeitas em alguns casos. Em outros é uma imunização relativa pois o doente ainda pode se contagiar, mas nestes casos a evolução é sempre benigna. As injeções endoflebicas são irrealisaveis por determinarem reações violentissimas. Por via subcutanea ou intramuscular as reações ainda são fortes mas melhor suportadas. As mulheres regradas, as crianças com menos de 10 anos, os cardiacos, os renais não devem ser vacinados desta maneira. A bili-vaccina em que a administração de bilis, alcalinizando o suco gastrico e permitindo a passagem dos báilos sem ser destruidos no estomago, realiza uma vacinação local na mesma corrente de idéias que as de Besredka. Pôrto Alegre, 4 de Novembro de 1935.

Dr. Manoel Loforte Gonçalves.

— Era o que se continha na prova escrita do concurso acima mencionado que para aquí foi bem e fielmente transcrita, do que para constar eu, Belmiro Ourique de Menezes, escriturario da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, passei a presente certidão aos 20 (vinte) dias do

mês de Novembro de 1937, que assino. Belmiro Ourique de Menezes. Em tempo: A palavra emendada na primeira linha de fôlhas nove desta certidão, foi para a ionizada, que fica valendo, e a entrelinha contida naquela folha (nove) vale e diz: e na escarlatina por Gabritschewsky. Belmiro Ourique de Menezes, escrivão.

Secretaria da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, 29 de Janeiro de 1938. O secretário Dr. Felisberto Soares Rath.

Visto: Luiz Francisco Guerra Blessmann, diretor.

SELADO COM 83\$200 (OITENTA E TRES MIL E DUZENTOS RÉIS) — As firmas estão reconhecidas.