

PEREIRA VIANA

Manual de Medicina
de Urgência

Edições Lopes da Silva
PORTO

Sala A

Est. 12

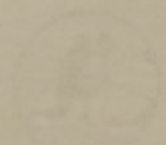
Tab 1

N^o 28

MANUAL DE MEDICINA

DE URGÊNCIA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MEDICINA DE URGÊNCIA



INV.- Nº 2420

MANUAL DE MEDICINA DE URGÊNCIA

POR

FRANCISCO PEREIRA VIANA

Assistente de Medicina Interna
da Faculdade de Medicina do Pôrto



MULTO EXCELSA VIVA
ROMULO DE CARVALHO

RC

MNCI

616

VIA



1941

Edições Lopes da Silva
Rua Chã — PÓRTO

INV. - Nº 2450

MANUAL DE MEDICINA DE URGÊNCIA

Todos os exemplares são rubricados pelo autor
Francisco



1941
Edições Lopes da Silva
Rua Cás - PORTO

ÍNDICE DAS MATÉRIAS

	Pág.
PREFÁCIO	VII
I — DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE UR- GÊNCIA.	1
II — TÉCNICA DE ALGUMAS APLICAÇÕES TERAPÊU- TICAS	215
III — MEDICAMENTOS USUAIS	247
IV — DIETÉTICA	337
V — INDICAÇÕES SÓBRE COLHEITAS DE PRODUTOS PARA EXAME LABORATORIAL	347
VI — CONSTANTES BIOLÓGICAS	359
ANOTAÇÕES	371
ÍNDICE ALFABÉTICO.	403

PREFACIO

A idéia fundamental que presidiu à organização d'êste livro foi a de coleccionar num pequeno volume portátil, e a que seja possível, portanto, recorrer em quaisquer circunstâncias, os elementos de que o clínico pode necessitar, dum momento para o outro, e que se encontram, em geral, dispersos por muitos livros. Com êste objectivo escrevemos êste pequeno manual em que o leitor encontrará:

— elementos de diagnóstico e de tratamento médico imediato dos estados e afecções que reclamam intervenção terapêutica urgente;

— indicações de intervenção cirúrgica urgente;

— descrição de técnicas médicas especiais como, lavagem de estômago, transfusão de sangue, toracentese, paracentese, punção raquidiana, etc.;

— resumo de formulário magistral limitado aos medicamentos de maior interêsse em medicina de urgência, medicamentos sintomáticos mais importantes e medicamentos para os quais existe técnica de administração bem definida;

— incompatibilidades medicamentosas mais importantes;

— lista dos medicamentos e fórmulas officinais;

— tabela de doses máximas dos medicamentos adoptada na Farmacopeia Portuguesa de 1936 (levemente modificada e ampliada);

— algumas regras de receituário e posologia, incluindo a posologia infantil;

— tabela de composição dos alimentos usuais e do seu valor energético; tabelas da riqueza mineral e vitamínica e do valor proteínico dos alimentos;

— tabelas de constantes biológicas: composição dos humores do organismo, curvas de crescimento, dentição, frequência do pulso, tensão arterial, etc., em diferentes idades;

— indicações sobre a colheita de produtos destinados a análise laboratorial.

Procuramos em boas fontes os elementos que serviram para a composição dêste livro, percorrendo a melhor literatura de língua alemã, espanhola, fran-

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA

cesa, inglesa e portuguesa. A escôlha foi, naturalmente feita segundo o critério do autor — que nem sempre seria o do leitor — mas procurou-se fazê-la em todos os casos com a maior objectividade, fugindo da preocupação da novidade, mas também sem excessivo apêgo a gestos e hábitos que só a rotina explica.

Tôda a informação contida neste manual se apoia assim em bases sólidas, e esperamos que êle possa constituir um companheiro útil a que o clínico recorra com confiança para obter elementos que lhe permitam tomar attitude esclarecida, em muitas circunstâncias da sua vida profissional.

Para designação dos medicamentos adoptamos a que vem registada na Farmacopeia Portuguesa de 1936, mas registamos na lista de medicamentos officinais muitas outras designações, ainda hoje mais correntes, mencionando as que constituem nomes registados e que, em rigor, correspondem apenas ao medicamento fabricado por determinada casa. Todo o receituário inserido está também, o mais possível, de acôrdo com a nossa

PRÉFACIO

— incompatibilidades medicamentosas mais importantes;

— lista dos medicamentos e fórmulas officinais;

— tabela de doses máximas dos medicamentos adoptada na Farmacopeia Portuguesa de 1936 (levemente modificada e ampliada);

— algumas regras de receituário e posologia, incluindo a posologia infantil;

— tabela de composição dos alimentos usuais e do seu valor energético; tabelas da riqueza mineral e vitamínica e do valor proteínico dos alimentos;

— tabelas de constantes biológicas: composição dos humores do organismo, curvas de crescimento, dentição, frequência do pulso, tensão arterial, etc., em diferentes idades;

— indicações sobre a colheita de produtos destinados a análise laboratorial.

Procuramos em boas fontes os elementos que serviram para a composição deste livro, percorrendo a melhor literatura de língua alemã, espanhola, fran-

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA

cesa, inglesa e portuguesa. A escôlha foi, naturalmente feita segundo o critério do autor — que nem sempre seria o do leitor — mas procurou-se fazê-la em todos os casos com a maior objectividade, fugindo da preocupação da novidade, mas também sem excessivo apêgo a gestos e hábitos que só a rotina explica.

Tôda a informação contida neste manual se apoia assim em bases sólidas, e esperamos que êle possa constituir um companheiro útil a que o clínico recorra com confiança para obter elementos que lhe permitam tomar attitude esclarecida, em muitas circunstâncias da sua vida profissional.

Para designação dos medicamentos adoptamos a que vem registada na Farmacopeia Portuguesa de 1936, mas registamos na lista de medicamentos officinais muitas outras designações, ainda hoje mais correntes, mencionando as que constituem nomes registados e que, em rigor, correspondem apenas ao medicamento fabricado por determinada casa. Todo o receituário inserido está também, o mais possível, de acôrdo com a nossa

— incompatibilidades medicamentosas mais importantes;

— lista dos medicamentos e fórmulas officinais;

— tabela de doses máximas dos medicamentos adoptada na Farmacopeia Portuguesa de 1936 (levemente modificada e ampliada);

— algumas regras de receituário e posologia, incluindo a posologia infantil;

— tabela de composição dos alimentos usuais e do seu valor energético; tabelas da riqueza mineral e vitamínica e do valor proteínico dos alimentos;

— tabelas de constantes biológicas: composição dos humores do organismo, curvas de crescimento, dentição, frequência do pulso, tensão arterial, etc., em diferentes idades;

— indicações sobre a colheita de produtos destinados a análise laboratorial.

Procuramos em boas fontes os elementos que serviram para a composição dêste livro, percorrendo a melhor literatura de língua alemã, espanhola, fran-

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA

cesa, inglesa e portuguesa. A escôlha foi, naturalmente feita segundo o critério do autor — que nem sempre seria o do leitor — mas procurou-se fazê-la em todos os casos com a maior objectividade, fugindo da preocupação da novidade, mas também sem excessivo apêgo a gestos e hábitos que só a rotina explica.

Tôda a informação contida neste manual se apoia assim em bases sólidas, e esperamos que êle possa constituir um companheiro útil a que o clínico recorra com confiança para obter elementos que lhe permitam tomar attitude esclarecida, em muitas circunstâncias da sua vida profissional.

Para designação dos medicamentos adoptamos a que vem registada na Farmacopeia Portuguesa de 1936, mas registamos na lista de medicamentos officinaes muitas outras designações, ainda hoje mais correntes, mencionando as que constituem nomes registados e que, em rigor, correspondem apenas ao medicamento fabricado por determinada casa. Todo o receituário inserido está também, o mais possível, de acôrdo com a nossa

— incompatibilidades medicamentosas mais importantes;

— lista dos medicamentos e fórmulas officinais;

— tabela de doses máximas dos medicamentos adoptada na Farmacopeia Portuguesa de 1936 (levemente modificada e ampliada);

— algumas regras de receituário e posologia, incluindo a posologia infantil;

— tabela de composição dos alimentos usuais e do seu valor energético; tabelas da riqueza mineral e vitamínica e do valor proteínico dos alimentos;

— tabelas de constantes biológicas: composição dos humores do organismo, curvas de crescimento, dentição, frequência do pulso, tensão arterial, etc., em diferentes idades;

— indicações sobre a colheita de produtos destinados a análise laboratorial.

Procuramos em boas fontes os elementos que serviram para a composição deste livro, percorrendo a melhor literatura de língua alemã, espanhola, fran-

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA

cesa, inglesa e portuguesa. A escôlha foi, naturalmente feita segundo o critério do autor — que nem sempre seria o do leitor — mas procurou-se fazê-la em todos os casos com a maior objectividade, fugindo da preocupação da novidade, mas também sem excessivo apêgo a gestos e hábitos que só a rotina explica.

Tôda a informação contida neste manual se apoia assim em bases sólidas, e esperamos que êle possa constituir um companheiro útil a que o clínico recorra com confiança para obter elementos que lhe permitam tomar attitude esclarecida, em muitas circunstâncias da sua vida profissional.

Para designação dos medicamentos adoptamos a que vem registada na Farmacopeia Portuguesa de 1936, mas registamos na lista de medicamentos officinais muitas outras designações, ainda hoje mais correntes, mencionando as que constituem nomes registados e que, em rigor, correspondem apenas ao medicamento fabricado por determinada casa. Todo o receituário inserido está também, o mais possível, de acôrdo com a nossa

PREFÁCIO

— incompatibilidades medicamentosas mais importantes;

— lista dos medicamentos e fórmulas officinais;

— tabela de doses máximas dos medicamentos adoptada na Farmacopeia Portuguesa de 1936 (levemente modificada e ampliada);

— algumas regras de receituário e posologia, incluindo a posologia infantil;

— tabela de composição dos alimentos usuais e do seu valor energético; tabelas da riqueza mineral e vitamínica e do valor proteínico dos alimentos;

— tabelas de constantes biológicas: composição dos humores do organismo, curvas de crescimento, dentição, frequência do pulso, tensão arterial, etc., em diferentes idades;

— indicações sôbre a colheita de produtos destinados a análise laboratorial.

Procuramos em boas fontes os elementos que serviram para a composição dêste livro, percorrendo a melhor literatura de língua alemã, espanhola, fran-

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA

cesa, inglesa e portuguesa. A escolha foi, naturalmente feita segundo o critério do autor — que nem sempre seria o do leitor — mas procurou-se fazê-la em todos os casos com a maior objectividade, fugindo da preocupação da novidade, mas também sem excessivo apêgo a gestos e hábitos que só a rotina explica.

Tôda a informação contida neste manual se apoia assim em bases sólidas, e esperamos que êle possa constituir um companheiro útil a que o clínico recorra com confiança para obter elementos que lhe permitam tomar attitude esclarecida, em muitas circunstâncias da sua vida profissional.

Para designação dos medicamentos adoptamos a que vem registada na Farmacopeia Portuguesa de 1936, mas registamos na lista de medicamentos officinaes muitas outras designações, ainda hoje mais correntes, mencionando as que constituem nomes registados e que, em rigor, correspondem apenas ao medicamento fabricado por determinada casa. Todo o receituário inserido está também, o mais possível, de acôrdo com a nossa

Farmacopeia e, se nem sempre assim succede, é porque, infelizmente, não se encontram nela alguns dos medicamentos que se devem considerar indispensáveis como, por exemplo, o cloridrato de acetilcolina, alguns dos seus derivados, extractos de fígado, a ergotamina, a ergometrina, o paraldeído, a anfetamina, a efedrina, etc.

Esperamos e antecipadamente agradecemos a indicação de deficiências e lapsos que aqui possam encontrar os colegas que nos derem a honra de folhear este livro. Com estas críticas contamos para melhorar este manual e adaptá-lo melhor, em futuras edições, aos hábitos e tendências do nosso meio.

P. V.

I

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS MÉDICOS DE URGÊNCIA

ANGINA DE PEITO

Dor intensa, em geral súbita, na região precordial ou por detrás do esterno, acompanhada de opressão e angústia mortal, com sensação de aniquilamento. A dor irradia muitas vezes para o membro superior esquerdo até à extremidade do território do cubital, mas pode também irradiar para o pescoço, dorso, mandíbula inferior, membro superior direito e até para o abdómen. Ao mesmo tempo o doente cobre-se de suores frios e torna-se, em geral, muito pálido. Observa-se muitas vezes polaciúria e, no fim do acesso, micção abundante de urina clara. O fim do acesso é também muitas vezes marcado por eructações. A angina de esforço é, em geral, menos severa do que a angina nocturna. A forma nervosa, vasomotriz, observa-se em indivíduos novos de constituição lábil, com antecedentes psiconevróticos, e é despertada por emoções; os ataques são, em geral, mais curtos, mas podem repetir-se com freqüência.

Outras dores na região precordial são a aortalgia (menor intensidade, sede retro-esternal, sinais de

aortite) e as da pericardite aguda de início e intensidade muito diferentes. O aneurisma dissecante da aorta dá dor súbita e muito intensa que irradia, dum modo característico, para os vasos do pescoço e acompanha-se de leucocitose e febre; o seu diagnóstico diferencial com o enfarte do miocárdio (V. oclusão coronária) pode ser muito difícil. A aerofagia pode dar dores anginoides; o estado é, em geral, muito menos grave e observam-se eructações durante o ataque. As dores espontâneas da cólica hepática podem localizar-se na região precordial, mas a zona cística é sempre sensível à pressão. Em qualquer dos casos a fobia da angina de peito, conhecida do doente por descrições mais ou menos precisas, pode simular a sensação de angústia.

TRATAMENTO: Repouso; tranqüilidade. Aplicações quentes na região precordial (não insistir se são mal toleradas). Inalação de III a VI gotas de azotito de amilo derramadas num lenço (efeito extremamente rápido mas fugaz), ou deixar fundir na bôca um torrão de açúcar com I a III gotas do *soluto alcoólico de nitroglicerina* e fazer ingerir uma chávena de café quente com aguardente ou vinho do Pôrto; se isto não é possível, injeção endovenosa de cafeína (0,10 a 0,30 g.), Eufilina, Derifilina ou Aminofilina. Se o estômago está vazio, pode administrar-se a seguinte poção:

Solut ^o alcoólico de nitro- glicerina	vinte gotas
Etomorfina	três a seis centigramas
Cafeína	dois decigramas
Água destilada	vinte gramas
Xarope de café	trinta gramas

na dose de 2 a 3 colheres de café com 6 a 7 minutos de intervalo. Se a dor não cede, injectar 1 cm³ do *solut^o injectável de cloridrato de morfina*. Facilitar o repouso e o sono dos doentes, que não tomaram nar-

cóticos, com pequenas doses de fenobarbital (5 a 10 centigramas em hóstias). Se há sinais de insuficiência cardíaca, está indicada a injeção endovenosa de ubaína na dose de 0,1 a 0,2 mg. diluída em 10 a 20 cm³ de *soluto injectável de glicose, hipertónico*, a que se pode associar a Eufilina ou a Aminofilina na dose de 1 a 2 cm³, ou a Derifilina na dose 0,5 a 1 cm³.

Depois dum acesso prolongado, ainda que não tenha sido violento, exigir um largo período de repouso no leito (V. oclusão coronária).

APENDICITE AGUDA

Dores que aparecem, em geral súbitamente, na fossa ilíaca direita em forma de cólicas, irradiam para o flanco direito e coxa, e exacerbam-se com tudo o que aumenta a pressão intra-abdominal. Vômitos, de início, em metade dos casos. Em regra, paralisia intestinal. Estado geral bom, de início. Defesa muscular e hiperestesia cutânea na fossa ilíaca direita. Dor à pressão nos pontos de MacBurney e de Lanz. A descompressão brusca é acompanhada também de dores. O membro inferior direito encontra-se flectido. Língua saburrosa. Febre nula ou moderada, a princípio, assim como a taquicardia. É excepcional haver arrepios inicialmente. Leucocitose maior ou menor, segundo a gravidade do caso e o tempo de evolução, com neutrofilia e alterações dos neutrófilos. Estas últimas características encontram-se mesmo nos casos muito graves em que há leucopenia. Um quadro hematológico inteiramente normal, com número normal ou aumentado de eosinófilos, exclui o diagnóstico de apendicite.

No caso de apendicite retrocecal e de abcesso posterior, as dores abdominais e os vômitos são, em geral, pouco acentuados e a fossa ilíaca direita quasi indolor; a dor provocada, a hiperestesia cutânea e a defesa muscular encontram-se, com efeito, atrás, acima

da crista ilíaca direita, ao longo do quadrado dos lombos. Também a apendicite pélvica apresenta, muitas vezes, sinais anómalos: dores mais ou menos vivas e mal localizadas, poucos vômitos, diarreia, hipertermia e disúria. O toque rectal é aqui o meio soberano de diagnóstico. A situação anormal do apêndice desloca a sintomatologia local para pontos variados da cavidade abdominal e acarreta muitas vezes diagnósticos errôneos. Assim, a situação alta dá a apendicite infra-hepática que simula a colecistite aguda ou a perfuração gástrica ou duodenal; a situação à esquerda transporta para a fossa ilíaca esquerda a sintomatologia local; a apendicite herniária inguinal ou crural direita é muitas vezes tomada por simples hérnia encravada, apesar da febre e dos sinais de inflamação local precoce ao nível do saco.

Os estados que mais facilmente se podem confundir com a apendicite aguda são: as perfurações do estômago, do duodeno e da vesícula biliar, as colecistites agudas (*q. v.*), a gravidez extra-uterina, a torsão do cisto ovárico, a gastroenterite infantil, as febres tifóide e paratifóides, as colites agudas, a cólica saturnina, o íleo, as diverticulites e muitas outras afecções que podem ser causa de peritonismo (*q. v.*). Isto explica a freqüência dos erros de diagnóstico. Em todos os casos de dúvida é sempre preferível optar pela laparotomia exploradora, a menos que haja contra-indicação formal.

TRATAMENTO: Intervenção cirúrgica, o mais precocemente possível. Enquanto não se decide esta, abstenção completa de alimentação, gelo na fossa ilíaca direita e clister baixo. Se a intervenção fôr recusada, administrar-se-á tintura de ópio na dose de V a X gotas, 3 a 4 vezes por dia, e tentar-se-á a quimioterapia pelas sulfamidas, ao mesmo tempo que se utilizarão os estimulantes cardiorrespiratórios, conforme fôr necessário. Antes de convenientemente esclarecido o diagnóstico

não se administrarão opiáceos porque occultam a sintomatologia.

APOPLEXIA CEREBRAL

No ponto de vista em que nos colocamos, interessa-nos considerar apenas os casos de hemorragia, trombose e embolia cerebrais em que o início é de molde a exigir rápida intervenção terapêutica. Nestes casos o doente encontra-se em estado de coma ou mergulhado em sonolência quer tranqüila, quer mais ou menos agitada. A sintomatologia é um pouco variável, como se verá mais adiante, conforme se trata de hemorragia, trombose ou embolia, mas tem, como elementos comuns, a existência de paralisias e, por vezes, desvio conjugado da cabeça e dos olhos. Em estado de inconsciência, a existência de paralisias verifica-se pela assimetria da face (apagamento dos traços fisionómicos, desvio da bôca para o lado não paralisado) e maior flacidez dos membros paralisados ou, pelo contrário, pelo estado de contractura dos músculos dos membros atingidos e exagêro dos reflexos nesses membros (hemorragia ventricular). Os outros sintomas e sinais, assim como as modalidades de início e os antecedentes que servem para o diagnóstico diferencial, resumem-se no seguinte quadro:

<i>Embolia</i>	<i>Trombose</i>	<i>Hemorragia</i>
Lesões valvulares cardíacas.	Ateromatose das artérias periféricas. Arritmia freqüente. Ruidos cardíacos ensurdecidos.	Hipertrofia cardíaca.
Sem pródromos. Início súbito.	Pródromos, em regra. Aparecimento freqüente durante o sono.	Pródromos muito raros e fugazes. Aparecimento por esforço ou emoção.

<i>Embolia</i>	<i>Trombose</i>	<i>Hemorragia</i>
Nem enfartes nem embolias.	Nem enfartes nem embolias.	Frequentemente enfartes em outros órgãos ou embolias das artérias periféricas.
Palidez da face. Ausência de grandes alterações de pulso.	Palidez da face. Por vezes hipertensão arterial.	Rubor facial. Pulso cheio, duro, hipertenso, muitas vezes bradisfígmia. Respiração ruidosa.
Sintomas de hipertensão craniana raros. Os fenómenos focais instalam-se súbitamente. Coma pouco profundo, em geral.	Sintomas de hipertensão craniana muito raros. Os fenómenos focais instalam-se progressivamente, são em regra, pouco estáveis, muitas vezes fugazes. Período de coma inferior a 24 horas.	Sintomas de hipertensão craniana muito frequentes e precoces. O ataque é brusco, em geral, e aparatoso. O estado de coma dura frequentemente mais de 24 horas e o regresso ao estado de consciência é lento.
Não havia, em geral, alterações psíquicas antes do ataque. O delírio em seguida não é raro.	Perturbações psíquicas muito frequentes, precedendo o ataque de longo tempo (diminuição da inteligência, enfraquecimento da memória). Depois do ataque são muito frequentes estados de excitação com delírio, assim como afasia, cegueira verbal e perturbações análogas.	Perturbações psíquicas, antes do ataque, excepcionais. Depois do ataque, as perturbações psíquicas não são também frequentes e revestem a forma de enfraquecimento geral das faculdades intelectuais.
Paralisias mais ou menos extensas.	Paralisias pouco extensas ou mesmo nulas.	Hemiplegia completa ou quase completa.

O diagnóstico diferencial é todavia, muitas vezes, imediatamente impossível.

TRATAMENTO: Repouso no leito com a metade superior do corpo apoiada em almofadas. Evitar tanto quanto possível todos os movimentos e tôdas as excitações. Silêncio, obscuridade, temperatura de 18° C. (1). Se o doente se encontra em estado de inconsciência, decúbito levemente lateral para evitar a queda da língua.

No caso de hemorragia, sangria de 200 a 300 cm³ se há hiper-tensão. Evacuação intestinal por clister:

Sulfato de sódio	quinze gramas
Infuso a 30 por 1000 de fo- liolos de sene	quinhentos gramas

Purgante de sulfato de magnésio (30 a 40 gr., em soluto concentrado). Se há retenção de urina, algaliação asséptica.

Se há excitação, são necessários calmantes:

Brometo de sódio	dez gramas
Água destilada	cento e quarenta gramas
	1 colher de sopa de 4 em 4 horas

ou

Fenobarbital	quinze centigramas
Em 1 hóstia; N.º 6	
	3 a 4 hóstias por dia com intervalos de 3 horas

ou, se a agitação é mais moderada,

Barbital	trinta centigramas
Em 1 hóstia; N.º 6	
	1 hóstia, à noite

(1) Todos os estímulos térmicos, incluindo a aplicação da tradicional bexiga de gelo na cabeça, podem ser prejudiciais.

Em doentes que parecem exaustos, mas ao mesmo tempo excitados e inquietos, injeção subcutânea de 15 miligramas de cloridrato de morfina e 0,3 miligramas de bromidrato de escopolamina.

Não fazer sangria nos casos de amolecimento, a não ser que exista outra indicação. Se a tensão arterial é baixa ou normal, mas não há seguramente hemorragia, colocar o doente com a cabeça baixa. Combater o espasmo arterial com injeções subcutâneas de acetilcolina (20 centigramas), nitroglicerina (II a V gotas do *soluto alcoólico de nitroglicerina* num torrão de açúcar que se deixa fundir lentamente na bôca, várias vezes por dia), cloridrato de papaverina (4 centigramas em injeção subcutânea) ou Eupaverina (6 centigramas em injeção endovenosa a repetir com intervalos de 2 ou 3 horas).

O mesmo tratamento é aplicável nos casos de embolia.

ASFIXIA DOS RECÉM-NASCIDOS

Criança nascida em estado de morte aparente. — O diagnóstico faz-se pela ausência de movimentos respiratórios e inércia da criança com persistência de pulsações cardíacas, por vezes difíceis de perceber. A pele apresenta-se cianosada ou, pelo contrário, pálida, exangue; no cordão umbilical as pulsações ou são muito fracas ou inexistentes.

TRATAMENTO: Não seccionar o cordão umbilical enquanto nêle se perceberem pulsações. Procurar, entretanto, estimular a criança por meio de fricções cutâneas com álcool simples ou canforado, e procurar despertar o reflexo respiratório por tracções rítmicas da língua, depois de ter limpo a bôca das mucosidades que a encham, com o dedo mínimo embrulhado num pano fino ou gaze. Se isto não basta e as pulsações

do cordão umbilical se suspendem, laquear e cortar o cordão, como habitualmente, e suspender a criança pelos pés, repetindo a limpeza mais completa possível da bôca; praticar em seguida a respiração artificial pelo método de Schäfer: compressões rítmicas (12 por minuto) de três segundos de duração, sôbre e imediatamente abaixo das últimas costelas, com a criança em decúbito ventral sôbre uma mesa ou sôbre os joelhos do operador, de modo que a cabeça fique pendente; se se dispõe dum ajudante, podem-se praticar ao mesmo tempo tracções rítmicas da língua. Se fôr possível, será muito conveniente que a criança inale uma mistura de 95 % de oxigénio e 5 % de anídrido carbónico, através dum cone improvisado com papel forte que se coloca sôbre a bôca e o nariz da criança. Dá, por vezes, bons resultados o estímulo cutâneo por meio de banho quente ou sinapizado, ou de banhos alternativamente quentes e frios (estes últimos muito rápidos). É de importância primordial evitar o arrefecimento da criança, para o que se protegerá convenientemente; o quarto deverá ser aquecido, tanto quanto possível, até à temperatura de 26° a 27° C. A fustigação da pele e outros meios violentos não devem ser empregados.

É possível salvar crianças que de outro modo pereceriam, fazendo a sucção traqueal do muco e do líquido amniótico e, em seguida, a respiração artificial da mistura de oxigénio e anídrido carbónico, por meio duma cânula introduzida na traqueia e ligada a um aparelho de respiração especial (aparelho de Flagg ou análogo).

ASFIXIA POR SUBMERSÃO

A asfixia é quasi sempre fatal desde que a submersão se prolongue por mais de 4 ou 5 minutos. Há, contudo, obrigação de tentar sempre o tratamento conve-

niente, pois uma ou outra vez se consegue assim salvar uma vida.

TRATAMENTO: 1.º Esvaziar a água que enche as vias respiratórias, colocando o paciente com a cabeça mais baixa do que o tronco, se fôr possível suspendendo-o pelos pés, e comprimindo e relaxando alternadamente o tórax.

2.º Desapertar o vestuário do paciente e praticar o mais rapidamente possível a respiração artificial, de preferência pelo método de Schäfer:— O paciente será colocado em decúbito ventral com a cabeça pendente; o médico coloca-se com os joelhos apoiados



Fig. 1



Fig. 2

de um e de outro lado do paciente, voltado para a cabeça dêste, e exerce pressão firme com as mãos imediatamente abaixo das últimas costelas, fazendo actuar o peso do próprio corpo durante uns três segundos; em seguida levanta o corpo, relaxando assim a pressão durante dois segundos (Fig. 1 e 2). Êstes movimentos repetem-se nesta cadência, isto é, cerca de 12 vezes por minuto. Êste método, hoje universalmente difundido, dá ventilação pulmonar superior a qualquer dos outros métodos manuais, permite a mais longa utilização sem fadiga, e auxilia a desobstrução das vias aéreas. A respiração artificial será praticada ininterruptamente enquanto se perceber o mais ténue sinal de actividade cardíaca. Se se dispõe dum auxiliar, far-se-ão praticar simultâneamente tracções rítmi-

cas da língua: agarrar a língua com um pano, puxá-la para fora da bôca durante a fase inspiratória e empurrá-la de novo para dentro da cavidade bucal durante a fase expiratória; a tracção deve ser firme, mas de nenhum modo brutal.

3.º Ao mesmo tempo que se pratica a respiração artificial, ou interrompendo-a o menos possível, o paciente deve ser desembaraçado do vestuário molhado, bem enxugado, protegido contra o frio por cobertores de lã, friccionado enèrgicamente e rodeado de botijas ou sacos de areia quentes. O ambiente será aquecido, se fôr possível.

4.º Tentar como último recurso a acupunctura cardíaca, quási sempre ineficaz.

5.º Desde que a respiração natural se restabelece, ingestão de café quente, injeccção de estimulantes cardiorrespiratórios, se fôr necessário, e repouso prolongado.

ASMA BRÔNQUICA

O acesso de asma aparece inesperadamente ou após estímulos de vária ordem. Caracteriza-se por forte dispneia com opressão torácica e angústia, e acompanha-se, quási sempre a princípio, de tosse sêca e curta. O tórax encontra-se dilatado, a percussão dá hipersonoridade e, à auscultação, observa-se diminuição do murmúrio vesicular com expiração prolongada e, quási sempre, numerosos sibilos muitas vezes audíveis mesmo a distância, principalmente durante a expiração. Cianose e taquicardia observam-se nos acessos fortes. O fim do acesso marca-se pelo aparecimento de tosse com expectoração espêssa mais abundante. O exame desta expectoração revela três elementos característicos: cristais de Charcot-Leyden, espirais de Curschmann e leucócitos eosinófilos. No sangue encontra-se também aumento do número de eosinófilos.

A confusão com outras doenças não é freqüente, com excepção da asma cardíaca. Nesta afecção, que se observa nos hiper-tensos e nos aórticos, não se encontra dilatação torácica, os movimentos respiratórios são profundos e a auscultação revela fervores húmidos nas bases. Há, no entanto, casos duvidosos e intermédios (V. asma cardíaca). Nestes casos poderá fazer-se a prova terapêutica pela injeccção de 0,1 a 0,25 mg. de ubaína que melhora a asma cardíaca e não influencia a asma brônquica. A injeccção de levarrenina (adrenalina) aos cardíacos é, pelo contrário, perigosa. A asma histérica, em que apenas se observa polipneia, diferencia-se, sem dificuldade, da asma verdadeira.

TRATAMENTO: Referimo-nos exclusivamente ao tratamento do acesso de asma.

Fazer sentar o doente còmodamente na cama ou numa cadeira. Injectar por via intramuscular 0,3 a 0,6 cm³ do soluto injectável de cloridrato de levarrenina a 1 por 1.000 (0,2 a 0,4 cm³ nas crianças). Se não há melhoras, aumentar a dose para 0,75 a 1 cm³, 15 minutos depois. Em casos graves pode ser necessário injectar doses de 2 ou 3 cm³ que só se atingirão quando se verifique a ineficácia de doses menores e crescentes, injectadas de 15 em 15 minutos. Pode administrar-se ao mesmo tempo um barbitúrico, por exemplo, 0,05 g. de Luminal em solução a 20 % (0,25 cm³) ou Gardenal injectável.

Em casos mais leves, o sulfato ou cloridrato de efedrina *per os*, na dose de 20 a 45 mg., tomada logo que aparecem os primeiros sintomas do acesso, pode ser suficiente. É preferível associar-lhe também um barbitúrico:

Sulfato de efedrina	vinte a quarenta e cinco miligramas
Fenobarbital	trinta miligramas

Em 1 hóstia; N.º 12

Quando o doente não obtém alívio com a injeção intramuscular de levorrenina, poder-se-á recorrer à via endovenosa, injectando *com grande lentidão* 0,2 a 0,5 cm³ do mesmo soluto milesimal diluído em, pelo menos, 20 cc. de soluto injectável de cloreto de sódio isotónico, a que se poderá, do mesmo modo, associar um barbitúrico injectável (0,2 g. de Barbitál sódico).

Se nem assim (o que é muito raro) há interrupção do acesso, tentar-se-á a anestesia por via rectal com:

Azeite desacidificado	}	aã 75 a 90 cm. ³
Eter purissimo		

que se introduz lentamente por sonda rectal.

A administração de morfina só está indicada quando a efedrina e os sedativos suaves são ineficazes e a levorrenina está contra-indicada nas doses necessárias (afecções coronárias, hiper-tensão arterial). É, por vezes, suficiente o fosfato de codeína na dose de 0,03 a 0,06 g. Se assim não acontece, empregar-se-á a morfina na dose de 8 a 15 mg. associada ao sulfato de atropina (0,4 mg.) por via subcutânea.

ASMA CARDÍACA

Caracteriza-se por dispneia de aparecimento brusco, durante a noite, em hiper-tensos e aórticos; acompanha-se de angústia mais ou menos pronunciada e sensação de asfixia; os movimentos respiratórios são profundos e lentos: no fim do ataque há expectoração muco-hemorrágica.

O diagnóstico diferencial com a asma brônquica firma-se na natureza dos movimentos respiratórios que na asma são pouco profundos, no reconhecimento da hiper-tensão ou lesão aórtica, na existência muito frequente de hiper-tensão venosa e no aspecto da expecto-

ração. A auscultação revela aqui a existência de fer-vores sub-crepitantes nas bases. Não esquecer, porém, que em cardíacos dêste tipo pode aparecer também dispneia nocturna de predomínio expiratório com expectoração mucosa que cede ao tratamento da asma brônquica (dispneia broncospasmódica secundária). É, contudo, recomendável começar o tratamento pela injeção de estrofantina ou ubaína, seja qual fôr o tipo de dispneia que apresentem.

TRATAMENTO: Injeção subcutânea de 5 a 10 mg. de morfina. Injeção de ubaína (0,25 mg.) associada, se fôr possível, à Eufilina ou Aminofilina por via endovenosa, muito lentamente. No caso de insuficiência ventricular direita (estase venosa, edemas) ou hipertensão arterial elevada, é muito útil a sangria (cêrca de 5 cm³ de sangue por quilo de pêso). Em indivíduos não pletóricos, ou em anemiados, a sangria será substituída pela interrupção da circulação venosa na raiz dos quatro membros por meio de garrotes; dêste modo se consegue acumular nos membros um importante volume de sangue. Passada a crise, a pressão dos garrotes será aliviada lentamente.

Estes meios são quási sempre eficazes. Se não são suficientes, recorrer-se-á às inalações de oxigénio que produzem considerável alívio, e à revulsão torácica por meio de ventosas.

Se a hiper-tensão é muito elevada, principalmente se há angústia, será muito útil o *solutio alcoólico de nitroglicerina*: II a III gotas num torrão de açúcar que se deixa fundir lentamente na boca.

CHOQUE E COLAPSO

O estado de choque caracteriza-se pelos seguintes sintomas: Palidez com cianose crescente, hipo-tensão arterial, taquicardia por vezes com arritmia, baixa pro-

gressiva da pressão arterial, respiração superficial e rápida, midríase, suores frios e viscosos e baixa da pressão venosa (veias quasi invisíveis, por vezes, mesmo depois da aplicação dum garrote). A consciência pode estar intacta ou mais ou menos perturbada, mas não há, a não ser em período terminal, perda completa de consciência.

Este quadro clínico encontra-se em várias circunstâncias que se podem agrupar patogênicamente do seguinte modo:

1. Hemorragia abundante.
2. Saída de líquido do sistema vascular:
 - a) perda de água e de sais não compensada (diarreja, vômitos, sudacão, diabetes, insuficiência supra-renal);
 - b) saída de plasma através de capilares lesados (choque anafilático, queimaduras, choque traumático secundário, doenças infecciosas).

3. Perda de tono vascular, acarretando accumulacão de grande massa de sangue nos territórios capilares, nomeadamente no território do esplâncnico:

- a) de origem central (colapso ortostático, anestesia, intoxicações);
- b) de origem periferia por acção da histamina e de outras substâncias de acção análoga (doenças infecciosas, traumatismos, queimaduras).

Neste campo atribui-se actualmente muita importância aos mecanismos venopressores que regulam a capacidade do sistema venoso profundo, incluindo os órgãos reservatórios, e, dêste modo, o retôrno de sangue para o coração.

4. Vasoconstricção reflexa que prejudica a circulação capilar e, portanto, a nutrição dos tecidos por forte diminuicão de calibre das arteriolas (dor, frio, medo). Raramente é causa única de choque (choque traumático primitivo), mas contribui, em muitos casos, para o seu aparecimento.

5. Insuficiência cardíaca brusca (miocardites infecciosas, infarto do miocárdio).

6. Embolia dum vaso importante, principalmente do território do esplâncnico, que acarreta lesões capilares secundárias.

Os mecanismos patogénicos em jôgo em cada caso — em geral associam-se vários — devem ser determinados o mais completamente possível, pois é sobre êles que se apoia o tratamento racional dêstes estados. Para isso há que ter em conta não só os elementos fornecidos pela exploração somática do doente, pela história da doença e pelos seus antecedentes, mas também o estudo da personalidade do paciente e das condições em que se estabeleceu o estado de choque.

TRATAMENTO: O tratamento dos estados de choque deverá ser realizado com a maior brevidade possível, porque desde que se atinge o estado de considerável perda de plasma através dos capilares lesados, o que se reconhece pela subida acentuada da percentagem de hemoglobina, nenhuma terapêutica conhecida é capaz de quebrar o círculo vicioso que então se estabelece.

O tratamento será, em primeiro lugar, etiológico, sempre que tal seja possível. Para evitar repetições vejam-se a êste respeito os artigos sôbre hemorragias, diabetes, intoxicações, queimaduras, choque anafilático, oclusão coronária, embolias.

Nos casos de perda de água e de sais, recorrer-se-á à introdução destas substâncias no organismo sob a forma de bebidas açucaradas ou caldos mais ou menos salgados (conforme parece predominar a perda de água ou a de cloreto de sódio), ou por gota-a-gota rectal de soluto isotónico de glicose ou de cloreto de sódio. Se não é possível utilizar estas vias (vómitos, diarreia), introduzir-se-á o soluto injectável de cloreto de sódio por via endovenosa, tendo o cuidado de sempre o aquecer à temperatura de 38°-39° C. O soluto de cloreto de sódio pode ser substituído com vanta-

gem por um sôro artificial mais equilibrado iônica-mente, como o sôro de Ringer.

Se a perda é não só de água e sais, mas também de albuminas plasmáticas, não pode ser reparada do mesmo modo; a transfusão de sangue está então formalmente indicada, excepto se já há policitemia. Neste último caso terá de se recorrer à injeccção endovenosa de plasma sangüíneo citratado ou, na falta dêste, dum soluto de goma arábica a 6 %, em soluto isotónico de cloreto de sódio ou em sôro de Ringer, convenientemente filtrado e esterilizado. Em qualquer dêstes casos as quantidades de líquido a injectar variam com a gravidade do estado; quási sempre há necessidade de injectar volumes não inferiores a 1.000 cm³ e, muitas vezes, consideravelmente mais.

Enquanto não se concluem os preparativos para estas medicações, poderá ser útil procurar aumentar a massa de sangue nos órgãos vitais, elevando os membros inferiores ou enfaixando fortemente os quatro membros da extremidade para a raiz, de modo a torná-los exangues. Temporariamente são também úteis as injeccões de *solutu injectável de glicose, hipertónico*, por via endovenosa, na dose de 100 a 200 cm³.

No caso de colapso vasomotor ortostático (desmaio) em indivíduos de reacções vasculares anormais, quási sempre asténicos, basta, a maior parte das vezes, colocar o paciente em decúbito horizontal ou, melhor ainda, em posição de Trendelenburgo, e desapertar o vestuário principalmente no pescoço. Se fôr necessário (o que é raro), injectar-se-á qualquer estimulante, de preferência estriçnina, Cardiazol ou Coramina associados à efedrina ou ao Veritol. A êstes estimulantes será necessário recorrer em doses muito mais elevadas e repetidas nas intoxicações pelos depressores do sistema nervoso central (*q. v.*).

A vasoconstrição reflexa, que constitui um importantíssimo mecanismo de manutenção da tensão arterial, pode ser factor importante de choque se é exa-

gerada pelo medo, pela dor ou pelo frio. A dor será suprimida pela injeção subcutânea ou endovenosa de doses suficientes de morfina (em geral 1 a 2 centigramas). Combater-se-á o arrefecimento, aquecendo o ambiente, colocando botijas com água quente em volta do doente ou introduzindo êste num banho progressivamente aquecido de 38° a 40° C. Êste último recurso é particularmente eficaz no estado de choque com hipotermia que se pode encontrar no decurso de várias doenças infecciosas, nomeadamente na difteria. O medo pode ser influenciado pelo raciocínio, pela tranqüilidade do ambiente e pela psicoterapia, mas, a maior parte das vezes, principalmente no caso de cataclismo, tôda a persuasão é inútil para suprimir ou atenuar êste estado; é muito útil, então, o álcool sob a forma de bebidas generosas (aguardente ou vinho do Pôrto) ou, se não é possível a ingestão, injectado lentamente por via endovenosa (30 cm³ de álcool em 500 cm³ de *solutio injectável de glicose, isotónico*) de modo a manter o doente num leve estado de embriaguez.

Se a insuficiência cardíaca parece desempenhar papel causal, e também nos casos em que surge secundariamente por deficiência de irrigação coronária, está indicada a injeção endovenosa de pequenas doses de ubaína (0,1 a 0,25 mg.) e de cafeína (0,1 g.) que se podem repetir 1 ou 2 vezes nas 24 horas.

Nos casos que se acompanham de hipo-tensão e taquicardia acentuadas, poder-se-ão ensaiar pequenas doses de vasoconstritores periféricos, como a levarrenina e a efedrina, não esquecendo porém que estes medicamentos são muito mal suportados se há insuficiência cardíaca, e que podem piorar a nutrição dos tecidos, em virtude do apêrto arteriolar que são capazes de produzir. Parecem preferíveis nestes casos o Veritol, cuja acção sôbre as arteríolas é muito menor, mas melhora, como a levarrenina, a circulação de retôrno e, portanto, a repleção diastólica do coração, e a Pitressin (fracção vasopressora do lobo posterior da

hipófise), cujo ponto de acção se encontra principalmente nos capilares. Como se disse, deve sempre ter-se em atenção a possível insuficiência cardíaca e empregar doses pequenas (0,2 a 1 cm³ de Veritol por via intramuscular ou, excepcionalmente, endovenosa; 2 a 5 U. I. de Pitressin). Os estimulantes centrais (Cardiazol, cafeína, cânfora, estricnina) são também, em geral, empregados sem que haja, porém, acôrdo estabelecido acêrca da sua utilidade. Talvez, pelo menos, melhorem a circulação pelo aumento de tono e de actividade muscular a que a estimulação central pode dar origem.

Nos estados asfíxicos (afecções pulmonares agudas, estase pulmonar acentuada e algumas intoxicações), é indispensável a administração de largas quantidades de oxigénio por inalação. O melhor processo consiste na respiração em atmosfera muito rica em oxigénio, o que se realiza por meio de dispositivos *ad hoc* existentes nos bons hospitais. Nos outros casos de choque, a administração dêste gás é irracional e inútil.

Nos casos cujo tratamento não foi mencionado, veja-se nos respectivos artigos o tratamento conveniente.

Em resumo, os meios terapêuticos a que, dum modo geral, se pode recorrer são:

instalação do doente com o máximo de confôrto possível;

tratamento etiológico da afecção causal;

transusão de sangue e de plasma;

introdução de líquidos e de sais no organismo;

vasoconstritores e estimulantes centrais, com as reservas apontadas;

medicação cardiotónica;

tratamento das causas adjuvantes: frio, mêdo, dor, extenuação, anemia, asfixia.

As indicações fornecidas constituem apenas directrizes para o tratamento do estado de choque. Cada caso deve, porém, ser tratado de modo individual,

segundo os factores etiológicos e patogénicos em jôgo e também segundo o temperamento e a constituição do doente.

O prognóstico é tanto mais grave quanto maior fôr o tempo decorrido desde o início do estado de choque.

CHOQUE ANAFILÁCTICO

O choque anafiláctico na sua forma grave, observa-se quâsi sempre por imprudência quando se aplica uma injeção de sôro animal, particularmente por via endovenosa, a um doente tratado há mais de oito dias com sôro da mesma ou, mais raramente, de diferente espécie animal.

Os sintomas característicos que se observam imediatamente ou poucos minutos depois da injeção, consistem em: vômitos, dores abdominais, palidez muito acentuada, por vezes com um pouco de cianose, arrefecimento de todo o corpo, perda de consciência e, algumas vezes, exantema urticariano no local da injeção e contracturas. Ao exame do doente, observa-se taquicardia, pulso filiforme, apagamento das veias, ensurdecimento dos ruídos cardíacos e extensão para baixo da sonoridade pulmonar. A morte pode sobrevir rapidamente, ou o doente restabelecer-se pouco a pouco.

TRATAMENTO: Não há ainda experiência suficiente para estabelecer uma linha de conduta sistemática. É lógico fazer uso dos medicamentos que se empregam nos outros estados de choque, conforme as particularidades de cada caso (V. choque).

A narcose pelo éter parece dar óptimos resultados, notando-se rapidamente, sob a sua influência, melhora da circulação e desaparecimento do exantema. Recomenda-se fazer um período de narcose de 10 a 15 minutos, que se repetirá se os fenómenos de choque reaparecerem.

Há casos, embora mais raros, de acidentes de tipo anafiláctico, alguns mortais, após a primeira injeção de sôro de cavalo (idiossincrasia?). O tratamento é idêntico ao do choque anafiláctico.

Os acidentes mais benignos que aparecem alguns dias depois da injeção de sôro (doença do sôro) e que consistem em exantema urticariano, fenómenos inflamatórios articulares, febre, edemas, tumefacção de gânglios e do baço, hipo-tensão e taquicardia, tratam-se com injeções de levarrenina (0,5 a 1 mg), efedrina ou medicamentos análogos *per os* e sais de cálcio. Alguns autores recomendam as injeções endovenosas de soluto a 10 % de hipossulfito de magnésio (5 a 10 cm³).

CHOQUE ELÉCTRICO

O diagnóstico é fácil quando as circunstâncias mostram a natureza do acidente ou este teve testemunhas. Caso contrário, o diagnóstico do estado de morte aparente por acção da corrente eléctrica, apoia-se principalmente na verificação de lesões cutâneas características (zonas circulares, acinzentadas, duras, com o centro umbilicado e sem reacção da periferia) e de queimaduras que se encontram na pele, mas que podem ser quasi invisíveis a olho nu. Também no vestuário e no calçado se podem encontrar vestígios da acção da corrente eléctrica; mais característica é a fusão de peças metálicas de que o sinistrado é portador, como pregos do calçado, botões, fivelas, corrente de relógio, etc.

Nestes acidentes o diagnóstico entre morte real e morte aparente é imediatamente impossível. Todos estes sinistrados, ainda quando hajam sofrido efeitos de correntes da mais alta tensão, devem ser considerados vivos até prova em contrário.

TRATAMENTO: O tratamento consiste essencialmente em praticar, o mais depressa possível e ininterrupta-

mente, a respiração artificial que será mantida durante o período mínimo de três horas antes de se considerar o doente perdido. Entretanto poderá ensaiar-se a injeção intracardiaca de levarrenina. Veja-se a técnica da respiração artificial no artigo sôbre asfixia por submersão (pág. 10).

COLECISTITE AGUDA

Quando aparece bruscamente, esta afecção apresenta sintomas e sinais idênticos aos da apendicite aguda — dores espontâneas e à pressão, rigidez da parede, hiperestesia cutânea, vômitos, leucocitose neutrófila, paresia intestinal — mas situados na região vesicular. Apesar disso, a confusão entre as duas afecções é freqüente.

Outras colecistites aparecem no decurso de doenças infecciosas, principalmente na febre tifóide, e caracterizam-se pela subida da temperatura, dor sob o rebôrdo costal direito e contractura parietal; o seu diagnóstico é, em geral, mais fácil.

TRATAMENTO: As colecistites agudas que aparecem bruscamente, comportam, quási sempre, indicação operatória. Se o estado não é muito grave, pode tentar-se o tratamento médico que consiste em abstinência de tôda a alimentação, aplicação local de compressas muito quentes ou do saco de gêlo (conforme o que mais aliviar as dores), injeção de cloridrato de morfina (10 a 15 mg.) se as dores são muito vivas, injeção de soros isotônicos (principalmente se há vômitos), terapêutica estimulante não específica e quimioterapia pelas sulfamidas. Se o estado se agrava e aparece forte leucocitose neutrófila, a intervenção não deve ser mais adiada.

As colecistites tíficas cedem, em regra, rapidamente ao tratamento médico.

CÓLICA HEPÁTICA

O diagnóstico de cólica hepática é, em geral, fácil: O doente encontra-se agitado, inquieto, sem posição de descanso na cama (ao contrário do que sucede nas dores de tipo inflamatório em que o doente evita o menor movimento), acusa dor muito intensa, mas variável (espasmódica), no quadrante superior direito do abdómen ou no epigastro, com irradiação para o ombro direito e para o braço do mesmo lado até aos dedos. Outras vezes, a irradiação pode fazer-se para o dorso ou para o tórax, em cintura ou, mais raramente, sagitalmente, podendo simular *angor*, nevralgia intercostal e, por acção reflexa, produzir íleo paralítico e colapso, assim como crise hipertónica de Pal com estenocardia. O aparecimento é súbito: o doente passa em poucos minutos dum perfeito bem-estar para o máximo de intensidade da cólica. Há, muitas vezes, vómitos que não aliviam o mal-estar e a temperatura sobe a nível mais ou menos alto. O exame objectivo não permite localizar com precisão o ponto doloroso, pois a palpação da zona infracostal direita, do epigastro e, muitas vezes (nas cólicas mais violentas), de todo o abdómen é insuportável. Depois da acção da morfina, é então possível localizar a dor no ponto cístico. É quasi sempre impossível distinguir a cólica calculosa da da colecistite simples. O cálculo é tanto mais provável quanto mais súbito é o aparecimento e desaparecimento da cólica e mais apirético o seu decurso.

Nas cólicas mais intensas há tensão e abaülamento da parede abdominal, vómitos abundantes, pulso pequeno e freqüente e colapso circulatório, sinais que podem simular o quadro da peritonite.

TRATAMENTO: Compressas de água muito quente ou cataplasmas de linhaça no hipocôndrio direito. Injecção de medicamentos anti-espasmódicos: sulfato de atropina

(0,5 a 1 mg.) e cloridrato de papaverina (50 mg.), ou preparados sintéticos similares por via subcutânea. Se a dor não calma, clister com XXX a XL gotas de *tintura de ópio açafroada* que se pode repetir passadas duas horas; na maior parte dos casos será necessário recorrer à injeção de morfina na dose de 10 a 15 mg., ou de preparados similares associados à atropina (0,5 a 1 mg.) ou à Eufilina ou Aminofilina (1 a 2 cm³). Abstinência de alimentação. Se há ou houve vômitos abundantes, praticar a injeção subcutânea de *soluto injectável de cloreto de sódio*. Prescrever para os dias seguintes dieta de caldos vegetais sem gordura, coados, e compotas; como medicamento, os supositórios anti-espasmódicos,

Extracto de beladona	dois centigramas
Papaverina	cinco centigramas
Óleo de cacau	q. b. para um supositório

de manhã e à noite.

Em cólicas rebeldes, misturar na mesma seringa 1 a 2 cm³ do *soluto injectável de cloridrato de morfina*, 0,4 cm³ do *soluto injectável de cafeína* e uma a duas empolas de Eupaverina, e injectar lentamente a mistura por via endovenosa.

Nas cólicas consecutivas à colecistectomia, III gotas do *soluto alcoólico de nitroglicerina*, colocadas sob a língua, fazem desaparecer, em cinco minutos e pelo prazo de uma hora, pelo menos, as dores que a morfina, pelo contrário, parece agravar.

CÓLICA NEFRÍTICA

Doente imóvel, deitado de bruços ou em gatilho de espingarda. Dor súbita no ângulo lombocostal, mas menos brusca do que a da cólica hepática, por vezes antecedida de pródromos (dores lombares surdas),

com irradiação para o anel inguinocrural, para o testículo ou o grande lábio, ou para o anus, com largas variações de intensidade; hematúria microscópica, micções dolorosas com remissões e paroxismos e, frequentemente, vômitos, náuseas, soluços, palidez ou cianose, frio, suores, pulso pequeno e leve hipotermia. É habitual haver oligúria chegando, por vezes, à anúria.

Além dos cálculos, outras afecções podem dar dores súbitas: tais são a embolia renal que dá dor violenta na parte alta da região lombar, acompanhada de hematúria (o enfarte esplênico dá dor análoga mas sem hematúria e sem irradiação para baixo) e a flexão ou torção do uréter.

TRATAMENTO: Compressas de água quente na região lombar. Administrar anti-espasmódicos, como a atropina e a papaverina ou especialidades semelhantes, a que quasi sempre é necessário associar analgésicos, *per os* ou por via rectal. Poderá utilizar-se, por exemplo, a seguinte fórmula:

Cloridrato de papaverina	um decígrama
Sulfato de atropina	cinco decimiligramas
Amidofebrina	quinze centigramas
Fenobarbital	quinze miligramas
Óleo de cacau	q. b. para um supositório
	N.º seis

A mesma fórmula (sem óleo de cacau) se poderá administrar em hóstias, se não houver intolerância gástrica.

Muitas vezes, é necessário recorrer aos opiáceos que não se devem, porém, empregar isoladamente, mas sim sempre associados a anti-espasmódicos, por exemplo:

Cloridrato de papaverina	três centigramas
Sulfato de atropina	cinco decimiligramas
Cloridrato de morfina	um centígrama
Água destilada	dois cm. ³

F.s.a. e m. numa empola esterilizada. N.º três

Para injeção hipodérmica

Os vômitos que são muito freqüentes calmar-se-ão com o *solutio effervescente* officinal ou com vinho espumante gelado.

Se a cólica se prolonga, administrar estimulantes — cafeína, cânfora, Cardiazol, Coramina, ou similares — associados aos anti-espasmódicos e analgésicos. São também muito úteis os banhos quentes de imersão.

CÓLICA SATURNINA

Surge, muitas vezes repentinamente, sob a forma de violenta dor na região umbilical, após um período de obstipação acompanhado ou não de dores gastrintestinais. Durante o paroxismo há, em geral, vômitos, o pulso é lento e a pressão arterial elevada. O diagnóstico apoia-se no conhecimento da intoxicação crônica (profissional, uso de rapé) e nos seguintes sintomas:

— orla gengival de Burton (coloração cinzenta do bôrdo das gengivas, junto dos dentes);

— pontuação basófila dos eritrócitos (identificável em extensões coradas pelo azul de metileno puro ou boricado);

— pesquisa de chumbo nas mãos, friccionando-as com um soluto de sulfureto de amônio; a presença de chumbo manifesta-se pelo enegrecimento da pele, particularmente nas pregas de flexão e nos sulcos periungueais;

— plumbemia superior a 6 mg. % (doseamento laboratorial do chumbo no sangue).

TRATAMENTO: Banho de imersão quente. Injecção endovenosa de 10 cm³ de soluto injectável de cloreto de cálcio a 10 %. Se isto não fôr suficiente, recorrer-se-á às injecções de morfina com atropina, de que é necessário empregar doses elevadas. Em seguida, tratamento da intoxicação crônica.

COMA

Diz-se que um indivíduo está em coma quando se encontra em estado de completa inconsciência, de que não se consegue fazer sair por qualquer dos estímulos habituais. No coma profundo os reflexos córneo e pupilar estão ausentes e o doente é incapaz de deglutir um líquido introduzido na bôca, mas entre êste estado e o de simples sonolência (estupor) há todos os graus intermediários (pré-coma).

O tratamento dos estados de coma exige que se comece por determinar a sua causa. Para isso se expõem, em seguida, as principais características que, tanto quanto possível, permitem diagnosticá-la.

1. — **Hemorragia cerebral espontânea:** Hiper-tensão arterial anterior. Início brusco, muitas vezes determinado por um esforço (defecação, coito) ou emoção (sonho, etc.). Desigualdade de tono muscular entre membros simétricos. Desvio conjugado da cabeça e dos olhos. Face assimétrica, principalmente durante a expiração. Rubor facial. Respiração estertorosa e lenta. Pupilas dilatadas, em geral; punctiformes, pelo contrário, nas hemorragias protuberanciais que se caracterizam, além disso, por forte piroxia. Pulso amplo e bradicárdico. Hiper-tensão arterial. Abolição dos reflexos, em geral; exagêro, se a hemorragia é cortical ou, principalmente, se é ventricular. Glicosúria, por vezes. Acetonúria, se a falta de alimentação se prolonga. Líquido cefalorraquidiano hiper-tenso, por vezes xantocrômico ou hemorrágico.

TRATAMENTO: V. apoplexia cerebral (pág. 5).

2. — **Trombose e embolia cerebrais:** Quando há coma o quadro é semelhante ao anterior, embora menos acentuado e com início e antecedentes diferentes.

V. diagnóstico diferencial e tratamento no artigo sobre apoplexia cerebral (pág. 5).

3. — **Coma diabético:** Conhecimento da existência da diabetes, ou investigação dos seus sintomas cardiais: polifagia, polidipsia, poliúria e astenia. Início brusco ou lento. Hálito acetônico. Fácies rósea. Estado de desidratação (hipotonia dos globos oculares). Pulso pequeno e freqüente. Veias pouco cheias. Reflexos tendinosos, muitas vezes, abolidos. Ritmo respiratório de Kussmaul. Glicosúria e acetonúria elevadas. Acetonemia elevada (prova de Rothera-Wishart). O diagnóstico é confirmado pelo exame químico do sangue (glicemia elevada, reserva alcalina baixa, por vezes aumento da quantidade de ureia). De início, na fase de pré-coma, pode haver violentas dores na parte superior do abdômen (peritonismo), que podem fazer pensar na perfuração gástrica ou na pancreatite aguda.

TRATAMENTO: V. diabetes.

4. — **Coma hipoglicêmico:** Provocado, quasi sempre, por doses excessivas de insulina; em casos raros, espontâneo (hiperinsulinismo). Não há desidratação (os globos oculares mantêm a tonicidade normal). Sudação abundante. Trémulo e, por vezes, convulsões. Exagêro dos reflexos e, algumas vezes, sinal de Babinski. O pulso é cheio. Na urina não se encontra glicose e a glicemia está abaixada.

TRATAMENTO: V. hipoglicemia.

5. — **Coma pseudo-urêmico:** Nos antecedentes, sintomas de nefrosclerose ou de glomerulonefrite difusa crônica (cefaleias, vertigens, perturbações visuais, inquietação, insônia, brecas). Convulsões eclâmpticas. Reflexos exagerados. Pode haver paralisias. Hiper-tensão arterial e do líquido cefalorraquidiano. O exame do fundo do olho mostra a existência de retinite angiospástica.

Prognóstico grave, mas menos do que o do seguinte. Podem associar-se sintomas e sinais de uremia (V. o parágrafo seguinte).

TRATAMENTO: V. uremia e pseudo-uremia agudas.

6. — **Coma urémico:** Nos antecedentes, sintomas de insuficiência renal. Início lento e progressivo. Hálito de cheiro urinoso ou amoniacal. Pele sêca. Palidez. Respiração profunda. Reflexos exagerados. Urina muito clara e pouco densa (1,010). Albuminúria e cilindrúria. Ureia do sangue aumentada; xantorreação de Becher superior — em geral muito — a 25 %; reserva alcalina diminuída; cloro do sangue normal ou um pouco diminuído. Anemia. Não há convulsões ou só aparecem no período terminal. Prognóstico muito grave.

TRATAMENTO: V. uremia e pseudo-uremia agudas.

7. — **Coma hipoclorémico:** Nos antecedentes imediatos, grandes perdas de líquidos (diarreia, vômitos, sudação ou poliúria). Acentuada desidratação (hipotonia dos globos oculares). Reflexos tendinosos exagerados. Convulsões. Tetania (sinal de Chvostek positivo, etc.). Hipo-tensão arterial e venosa. Pulso muito pequeno e freqüente. Cloro sangüíneo muito diminuído; ureia aumentada; xantorreação de Becher normal; reserva alcalina aumentada; poliglobulia.

TRATAMENTO: V. hipocloremia.

8. — **Coma hepático. Hepatargia:** Muitas vezes precedido de fenómenos de excitação psicomotora. Afecção hepática anterior (cirrose, hepatite, metástase cancerosa), em geral, conhecida. Quadro clínico idêntico ao do coma urémico. Início lento. Icterícia mais ou menos acentuada, raramente inexistente. Cheiro característico do hálito (a fígado fresco). Respiração profunda. Pulso pequeno. Urobilinúria e bilirrubinúria. Reacção de Millon positiva na urina. Ureia e xantor-

reacção de Becher, quasi sempre aumentadas no sangue. Prognóstico quasi sempre fatal.

TRATAMENTO: *Solutio injectável de glicose, isotónico*, de preferênciã em flebóclise lenta (1.000 cm³ em cada 24 h.) durante vários dias. Injecção de pequenas doses de insulina (5 a 10 U., 2 vezes por dia). Pequenas doses de tiroidina *per os* (2 centigramas, 2 vezes por dia). Extractos hepáticos em injecção. Tubagem duodenal com instilação de sulfato de magnésio (como na prova de Meltzer-Lyon). Para doentes agitados (fase pré-comatosa), o melhor calmante parece ser a escopolamina (injecção hipodérmica de 1 a 2 cm³ do *solutio injectável de bromidrato de escopolamina*).

9. — **Coma tóxico:** O diagnóstico de intoxicação exogénea, em estado de coma, depende em primeiro lugar do conhecimento ou suspeita do envenenamento, pelo interrogatório ou pela existênciã de vestígios materiais, como o cheiro do hálito, o aspecto das matérias vomitadas, a presençã de recipientes com restos do veneno, etc. Os reflexos estão, muitas vezes, abolidos, e o sinal de Babinski pode ser positivo. A intoxicação pela morfina ou pelo ópio produz intensa bradipneia, mídriase punctiforme e temperatura sub-normal (elemento de diagnóstico diferencial com a hemorragia protuberancial em que há hiperpirexia). Os barbitúricos produzem um coma análogo, mas sem mídriase e, muitas vezes, com hipertermia. Em quasi todos os casos duvidosos o exame do conteúdo gástrico pode ser decisivo.

V. mais pormenores sôbre diagnóstico e o tratamento nos artigos sôbre as várias intoxicações.

10. — **Coma infeccioso:** Observa-se como terminação de muitas doenças infecciosas e só pode oferecer dificuldades o seu diagnóstico, se sobrevém inesperadamente, e se põe a suspeita de intoxicação exogénea

simultânea. A pesquisa muito cuidadosa dos sinais e sintomas desta última é, então, indispensável.

11. — **Insolação:** O elemento mais importante é o conhecimento da exposição prolongada do paciente ao sol muito quente ou a qualquer outra fonte de calor excessivo. Pode haver convulsões e a temperatura atinge, em geral, nível muito alto (42° C., e mais). O líquido cefalorraquidiano apresenta reacção meníngea aguda com polinucleose e, mais tarde, linfocitose, mas sem micróbios. Nos indivíduos, que habitam ou habitaram regiões onde existe a forma terçã maligna do paludismo, é necessário admitir sempre a possibilidade desta afecção (V. parágrafo seguinte).

TRATAMENTO: V. insolação.

12. — **Terçã maligna:** A entrada em coma com hipertermia dum indivíduo, com antecedentes palúdicos ou que está ou esteve numa região em que esta forma exista, ainda que tenha regressado para região indemne, deve levar imediatamente ao exame do sangue para pesquisa do *Plasmodium falciparum*, único modo de estabelecer o diagnóstico desta forma de coma.

TRATAMENTO: V. sezonismo.

13. — **Comoção e contusão cerebrais:** Têm, como causa, traumatismo ou violenta explosão próxima, o que quasi sempre é verificável ou conhecido. O coma é, em geral, pouco profundo; a face pálida; as pupilas dilatadas; a respiração lenta, superficial e irregular; o pulso pequeno e hipo-tenso.

TRATAMENTO: V. lesões traumáticas do encéfalo.

14. — **Meningite cerebral:** O quadro clínico é idêntico ao anterior mas acompanhado de cefaleias, vômitos, febre, grito meníngeo — sintomas que facilitam muito o diagnóstico. Alguns sinais meníngeos persistem no período de coma, como a rigidez da nuca, o sinal de



Kernig e os sinais de Brundzinski. Se a meningite predomina na convexidade do cérebro, há ou houve convulsões. O pulso é pequeno, rápido e irregular. O líquido cefalorraquidiano, hiper-tenso, apresenta-se turvo ou francamente purulento. O seu exame bacteriológico esclarece, em geral, a etiologia.

TRATAMENTO: A descompressão por punção lombar ou, se esta fôr negativa, suboccipital ou ventricular (transcerebral), constitui o tratamento de urgência comum a todos os casos.

Esclarecida a etiologia, a quimioterapia será posta em jôgo se o agente causal é sensível a ela. Na meningite pneumocócica, uma das mais graves, obtêm-se muitas vezes bons resultados com o tratamento intenso e precoce pela sulfamidopiridina (1 g. por via endovenosa de três em três horas).

Além disto, os estimulantes cardiovasculares e respiratórios que pareçam necessários, como em qualquer doença infecciosa.

15. — Hemorragia subaracnóidea espontânea: Apresenta sintomatologia análoga à descrita no parágrafo anterior (meningite cerebral), mas inicia-se de modo brusco por dor na nuca e sintomas meníngeos que se estabelecem rapidamente; pode acompanhar-se de hemorragia retiniana, e o líquido cefalorraquidiano contém muito sangue.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência consiste, aqui também na descompressão *muito lenta* por punção lombar e no mais completo repouso do doente. A quantidade de líquido extraído será sempre pequena, e a punção repetida até melhora completa.

16. — Compressão cerebral traumática: O estado do doente é semelhante ao que se observa no caso de hemorragia cerebral espontânea (V. parágrafo 1), no que diz respeito à respiração e ao pulso. Há, porém, informação ou sinais de traumatismo craniano a que

se seguiu um período de excitação, convulsões e instalação progressiva de paralisias antes da entrada em coma. Entre o traumatismo e o aparecimento de sintomas há, muitas vezes, um intervalo lúcido de várias horas. Nos casos de hematoma subdural por hemorragia venosa, o traumatismo pode ter sido pequeno e já esquecido, porque o período assintomático dura dias ou mesmo semanas. Aparecem, então, cefaleias seguidas dum período de perturbações mentais e, só ao fim de mais alguns dias ou semanas, o doente entra em coma. Este caracteriza-se de início, pelas suas flutuações espontâneas: o doente passa, várias vezes, num período de 24 horas, do estado de coma ao de consciência e vice-versa.

TRATAMENTO: cirúrgico.

17. — **Abcesso ou tumor cerebral:** O começo é, em geral, lento e precedido de pródromos que duram dias ou semanas, no caso de abcesso, e semanas ou meses, no caso de tumor (no sentido mais lato do termo), e são constituídos por cefaleias, anorexia, vômitos, mau estado geral; por vezes, sintomas focais que variam com a sede da lesão e alterações psíquicas. No período de coma verifica-se o síndrome de hiper-tensão craniana, nomeadamente o pulso amplo, lento e regular; frequentemente, estase papilar e sintomas focais. O líquido cefalorraquidiano contém poucas células. É muito raro que o médico só seja consultado neste período e, por isso, no ponto de vista em que nos colocamos, este difícil capítulo da neurologia oferece pouco interesse.

TRATAMENTO: cirúrgico.

18. — **Coma pós-epiléptico:** Ataque epiléptico anterior. Se este é ignorado, pode pensar-se em apoplexia. Encontram-se, porém, em geral, cicatrizes e mordeduras da língua; não há sintomas focais (paralisias), nem

desigualdade pupilar, e êste estado dura quási sempre pouco tempo.

TRATAMENTO: V. epilepsia.

19. — **Síndrome de Stokes-Adams:** Depois de alguns pródromos, como vertigens, mal-estar, convulsões epileptiformes, ou sem pródromos, perda de conhecimento com palidez e respiração superficial. Em seguida, cianose, respiração ruídosa, estado de coma profundo. O elemento capital do diagnóstico é a extrema bradicardia (frequência inferior a 20) que pode descer a menos de quatro contracções ventriculares por minuto.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência é muito pouco eficaz. Os tratamentos clássicos consistem na administração de cloridrato de levorrenina na dose de 1 mg. em injeccção hipodérmica, e de sulfato de atropina na dose de 0,5 a 1 mg. pela mesma via. Êste último medicamento estaria indicado particularmente, segundo Morawitz, nas raras formas neurogêneas (lesão do vago ou dos seus núcleos).

O melhor tratamento parece consistir na administração de cloreto de bário *per os*, na dose de 30 mg., em soluto muito diluído, três a seis vezes por dia, até terminação das crises. A dose pode ser prudentemente elevada até 4×50 mg., se fôr necessário.

20. — **Encefalites tóxicas:** Sobrevêm no decurso de uma infecção já diagnosticada (gripe, tifo, pneumonia, disenteria, malária, sífilis), ou depois dum período de cefaleias incaracterísticas. O início marca-se por cefaleias, vômitos, sintomas corticais (convulsões epileptiformes, paralisias) e progressiva perda de consciência. Em estado de coma, encontra-se pulso frequente ou lento, rigidez da nuca, febre, edema papilar moderado, hipertensão do líquido cefalorraquidiano que, muitas vezes, é mais ou menos hemorrágico e apresenta forte quantidade de albumina e numerosas células.

TRATAMENTO: Descompressão cerebral por punção lombar. Aplicação de gelo sobre o crânio. Injecção endovenosa de 20 a 50 cm³ de soluto hipertónico de cloreto de sódio (10 %), de glicose ou de sacarose (30 a 50 %).

Podem observar-se estados muito semelhantes nos envenenamentos crónicos pelo chumbo (encefalopatia saturnina), assim como no decurso do tratamento anti-sifilítico com doses altas de arsénio (mais de 0,60 g. de neoarsefenamina por dose de adulto) e, mais raramente, com o tratamento mercurial intenso.

O tratamento é o mesmo que foi indicado acima, aconselhando-se, porém, começar por fazer uma sangria abundante (300 a 500 cm³). Aconselha-se também a injecção endovenosa de hipossulfito de sódio (10 cm³ do soluto a 10 %).

Em qualquer dos casos o prognóstico é muito grave.

A freqüência com que se encontram na prática estes diversos estados é muito desigual. Os dois primeiros e, logo em seguida, os descritos nos parágrafos 5.º e 6.º são muito mais freqüentes do que quaisquer outros e de diagnóstico, em geral, fácil. Outros, mais raros, podem pôr problemas de diagnóstico extremamente difíceis como, por exemplo, os casos de compressão cerebral traumática, quando o traumatismo é desconhecido por o doente não o ter referido antes de entrar em coma, e algumas intoxicações. Nestes casos só a persistência do médico no exame pormenorizado do doente, recorrendo a tôdas as técnicas de diagnóstico utilizáveis, a investigação muito cuidadosa da história e dos antecedentes e o estudo da evolução da doença permitem conclusão segura e intervenção terapêutica eficaz.

CONVULSÕES INFANTIS

As convulsões infantis aparecem, sobretudo, nos dois primeiros anos de vida e são caracterizadas por «acessos ordinariamente muito curtos de contracções involuntárias dos músculos submetidos à vontade, com ou sem contracções dos músculos da vida vegetativa. Quando a contracção é contínua, chama-se **tónica**; se se manifesta por abalos sucessivos mais ou menos aproximados, chama-se **clónica**» (Marfan). As convulsões podem ser generalizadas ou parciais (face, membros, tronco), e podem aparecer em plena saúde ou no início ou no decurso de numerosos estados mórbidos, as primeiras, quasi sempre, em crianças de hereditariedade nevropática.

Como causas ocasionais, é necessário pensar nas seguintes:

- hemorragia aracnóidea (traumatismo obstétrico, convulsões após o nascimento);
- meningite aguda e meningismo;
- encefalopatias (encefalite, tumor, sífilis cerebral);
- intoxicações;
- estados asfíxicos (pneumonia, difteria, paroxismos da coqueluche, espasmo laríngeo);
- cianoses congénitas.

O diagnóstico é, muitas vezes, fácil quando se assiste ao acesso. Há que distingui-lo, porém, das crises epilépticas, da tetania (convulsões exclusivamente tónicas, contracturas localizadas, sinal de Chvostek positivo) e do espasmo da glote (respiração difícil, seguida de apneia e, finalmente, convulsões).

TRATAMENTO: Fazer sair do quarto tôdas as pessoas cuja presença seja dispensável e procurar criar um ambiente da maior tranqüilidade. Luz pouco intensa.

Colocar a criança em decúbito lateral para que não haja obstrução laríngea por mucosidades.

Banho tépido, a 38° C. de 30 a 60 minutos de duração com compressa fria na cabeça.

Após clister evacuador, clister calmante com metade da seguinte fórmula, aquecida à temperatura do corpo,

Brometo de sódio	meio a um grama
Hidrato de cloral	um a oito decigramas
Gêma de ovo	N.º um
Água	cem centímetros cúbicos

que se poderá repetir, se fôr necessário.

Se as convulsões continuam, punção lombar como terapêutica e para esclarecimento da etiologia pelo exame laboratorial do líquido cefalorraquidiano.

Poder-se-á também recorrer à injeccção hipodérmica de Luminal em solução a 20 %, na dose de 0,3 a 0,5 cm³, que pode ser repetida 2 a 3 vezes por dia.

CRISES NITRITÓIDES

A crise nitritóide que sobrevém durante, no fim ou, mais raramente, depois da injeccção de preparados anti-sifilíticos de arsénio trivalente (nearsefamina e análogos), caracteriza-se pela súbita congestão periférica que pode, aliás, ser muito fugaz e passar despercebida; o paciente queixa-se de mal-estar, sensação de tensão intracraniana e dificuldade de deglutição; é prêsa, em seguida, de vertigens, torna-se muito pálido e perde o conhecimento; não se encontra pulso arterial nem se ouvem ruídos cardíacos e podem observar-se algumas convulsões.

TRATAMENTO: Suspender a injeccção, colocar o doente em decúbito horizontal e injectar-lhe subcutâ-

larmente. O esvaziamento será, em geral, levado tão longe quanto possível, visto não haver aqui a temer nem a tosse nem o edema pulmonar, como nos derrames pleurais. Nos derrames muito volumosos, a maioria dos autores não aconselha, contudo, esvaziá-los por completo numa única sessão.

No caso da punção no ponto escolhida não dar saída a líquido, recorrer-se-á ao ponto epigástrico na junção do apêndice xifóide com o arco costal esquerdo, dirigindo o trocarte levemente para cima. Outros pontos a utilizar mais raramente são o IV espaço intercostal a 1 cm. para a direita do esterno (derrames projectados quasi exclusivamente para a direita) e o VII ou VIII espaço intercostal esquerdo na linha mediascapular, com o membro superior esquerdo levantado (casos em que a punção nos pontos anteriores tenha sido branca).

Em todos os casos é necessário proceder com a maior suavidade, de modo a evitar a picada do coração. Com efeito, se a picada do miocárdio ventricular é inofensiva, o mesmo já não sucede com a picada dum coronária ou do miocárdio auricular (punção no IV espaço intercostal direito).

Se o líquido é purulento, torna-se necessária a intervenção cirúrgica (incisão e drenagem do pericárdio).

DERRAME PLEURAL

O derrame na cavidade pleural constitui matéria de medicina de urgência quando é causa de intensa dispneia ou quando, pelo seu volume, acarreta forte desvio do coração. Neste último caso, ainda que o estado do doente não seja aparentemente alarmante (dispneia moderada, pulso amplo, pouco taquicárdico, ausência de cianose), deve praticar-se imediatamente o esvaziamento do líquido pleural. É de notar que a existência dum grande derrame serofibrinoso pode ser

tolerado pelo doente de tal modo que os sintomas mínimos de que se queixa não o impedem de fazer a sua vida normal. Contudo, o perigo de morte súbita subsiste desde que haja forte desvio do coração.

O diagnóstico do derrame abundante é, em geral, muito fácil. A macicez completa, a ausência de murmúrio vesicular e a ausência de vibrações vocais, assim como a egofonia, a pectoriloquia áfona e o sôpro pleurítico não se prestam a muitas dúvidas. Se, contudo, estas existem, ou porque a abolição do murmúrio não é completa, ou porque não existem os sinais adventícios mencionados ou porque a voz é fraca e não permite a pesquisa das vibrações vocais, a punção exploradora esclarecerá imediatamente o problema. Esta será praticada no V ou VI espaço intercostal, rasando o bôrdo da costela inferior, junto da linha axilar ou no dorso, estando o doente sentado, com uma agulha de 4 a 5 cm. de comprimento e de 0,8 a 1 mm. de calibre, após a habitual desinfecção da pele. É preferível utilizar a agulha montada numa pequena seringa esterilizada; puxando o êmbolo, à medida que se faz penetrar a agulha, dá-se conta imediatamente da entrada desta na cavidade pleural, desde que haja líquido, pela presença dêste no corpo da seringa.

TRATAMENTO: Verificada dêste modo a existência de líquido, deve praticar-se imediatamente o esvaziamento duma parte (não mais de 1.000 a 1.500 cm³) através da própria agulha com que se fêz a punção exploradora, se o líquido pleural não é muito espêss, ou, caso contrário, com outra de maior calibre. Em qualquer dos casos, depois de introduzida a agulha na cavidade pleural, adapta-se ao seu pavilhão um tubo de borracha estreito, de 50 a 80 cm. de comprimento, prèviamente fervido, cuja extremidade livre ficará pendente sôbre qualquer vasilha, e que funcionará como sifão depois de cheio pelo próprio líquido pleural. Assim praticado, o esvaziamento é lento e contínuo, e poderá

neamente 1 cm³ do soluto milesimal de cloridrato de levorrenina. Desapertar-lhe a roupa, principalmente no pescoço. Se a crise se prolonga, aspirar 2 a 3 cm³ de água esterilizada para a seringa com que se injectou a levorrenina, e injectar êste líquido (que contém uma pequena dose de levorrenina) por via endovenosa, muito lentamente. Nos raros casos em que esta terapêutica se mostre ineficaz e o paciente se encontre em estado de morte aparente, está indicada a injeccção intracardiaca de 0,1 mg. de levorrenina (V. injeccção intracardiaca).

A administração prévia de levorrenina, cuja acção é extremamente fugaz ou mesmo nula por via oral, não previne o aparecimento da crise nitritóide. Alguns autores aconselham, com êste fim, a ingestão duma certa quantidade de hidratos de carbono antes da injeccção.

DERRAME PERICÁRDICO

Constitui motivo de medicação urgente a comprovação da existência dum derrame pericárdico que entrave seriamente os movimentos cardíacos.

Nestes casos o doente encontra-se fortemente cianosado, com sinais de insuficiência cardíaca bem nítidos (tumefacção venosa, edemas, oligúria e albuminúria), predominando, muitas vezes, a congestão hepática e a ascite, e sendo, pelo contrário, mínimos os fenómenos de estase pulmonar. Os ruídos cardíacos estão diminuídos, não se sente o *ictus cordis*, e a macicez cardíaca, muito alargada, caracteriza-se pela obtusidade do ângulo cardiepático o pulso é pequeno, freqüente e hipo-tenso; a eficácia dos cardiotónicos (ubaina, etc.) é quasi nula. Se o *deficit* circulatório é grande, impõe-se o tratamento de urgência que consiste no esvaziamento do derrame por punção do pericárdio.

TRATAMENTO: Se o doente se encontra muito dispneico, com dores de certa intensidade e angustiado, começar-se-á por injectar por via hipodérmica, misturados na mesma seringa, os seguintes medicamentos:

<i>Soluto injectável de cloridrato de morfina</i>	1 cm. ³
<i>Soluto injectável de bromidrato de escopolamina</i>	0,5 cm. ³
<i>Soluto injectável de cafeína</i>	0,4 cm. ³

Escolher-se-á então o lugar em que se deve praticar a punção, em geral no V ou VI espaço intercostal esquerdo mais ou menos para fora da linha mamilar, conforme o volume do derrame e do coração, num ponto em que se verifique haver macicez absoluta e se não sintam pulsações ou atritos pericárdicos. Esta escolha é facilitada pelo exame de radiografias em posição frontal e oblíqua.

Depois do doente estar mais tranqüilo, anestesia-se o lugar escolhido por infiltração da pele e tecidos subjacentes até à pleura com soluto injectável de procaína a 0,5 %. Alguns minutos depois, quando a pele no ponto escolhido se mostrar insensível à picada, praticar-se-á a punção, utilizando um trocarte de 1 a 2,5 mm. de calibre e 8 a 10 cm. de comprimento. Depois de atravessada a pele perpendicularmente, inclina-se um pouco a agulha para a direita em direcção à ponta do coração; com algum hábito sente-se, após a resistência oposta pela pleura, a resistência do folheto parietal do pericárdio. Depois de atravessado êste, far-se-á progredir um pouco mais o trocarte com pressão muito suave, e verifica-se, retirando o mandril, se sai líquido. Se assim acontece, adapta-se ao pavilhão do trocarte um tubo de borracha estreito, cheio de água e fechado na extremidade livre por meio duma pinça. Colocada esta extremidade alguns decímetros abaixo do lugar puncionado, abre-se a pinça e assim se estabelece um sifão através do qual o derrame se esvazia lenta e regu-

ser levado, em geral, até ao volume de 1 a 1,5 l. sem que surja tosse. Se esta aparece e persiste, é necessário interromper o esvaziamento, porque a tosse constitui o sintoma premonitório do perigoso edema pulmonar *ex-vacuo*.

Se o líquido pleural é purulento, é preciso empregar um trocarte de maior ou menor calibre, conforme a natureza do pus, após anestesia da parede torácica, no lugar da punção, por infiltração com soluto de procaína a 0,5 %. É, porém, excepcional ter de intervir de urgência nestes casos, pois, quasi sempre, o derrame dá sinais clínicos que provocam a intervenção médica logo que se inicia a sua formação.

DIABETES

Os estados que indicam intervenção médica de urgência são o estado de acidose (coma diabético) e o de hipoglicemia (coma hipoglicémico). As características que os diferenciam entre si e dos outros estados comatosos encontram-se no artigo *coma* (pág. 28).

Coma diabético.

TRATAMENTO: 1.º — Injecção de 40 U. de insulina por via subcutânea e 20 U. por via endovenosa. Injecção endovenosa de 1.000 cm³ dum soluto de glicose a 5 % em sôro fisiológico. Meia hora depois, mais 20 a 60 U. de insulina por via subcutânea (segundo a gravidade do caso), dose a repetir de 30 em 30 minutos até desaparecer a hiperglicemia e se ter normalizado a reserva alcalina do sangue (análises a realizar de 4 em 4 horas enquanto o doente se encontra em perigo de vida). Ao mesmo tempo, de 4 em 4 horas, injecção de 500 cm³ de sôro de Ringer ou, na sua falta, de *soluto injectável de cloreto de sódio* adicionado de 50 g. de glicose, até o doente poder tomar alimentos pela boca

(sumo de frutas, farinhas com leite, caldos salgados). Depois de melhora do estado do doente, normalização da reserva alcalina e diminuição dos corpos acetônicos no plasma, continuar-se-ão a administrar pequenas doses de insulina de 4 em 4 horas; 10 a 30 U., segundo a intensidade da glicosúria, ou 5 U. se não houver glicose na urina.

Desde que a urina não contenha açúcar, é conveniente administrar uma dieta líquida, rica em hidratos de carbono e bem condimentada com cloreto de sódio, totalizando cêrca de 1.300 a 1.400 Calorias, dividida em seis refeições iguais. Quinze a vinte minutos antes de cada refeição, injectar-se-á insulina em dose maior ou menor, conforme o nível da glicemia e a tendência ao aparecimento de glicosúria. 24 ou 48 horas depois, poder-se-ão administrar apenas quatro refeições e quatro injeções de insulina, e 48 horas mais tarde, poder-se-á passar para o regime normal do diabético.

2.º — Esvaziamento do cólon por clister de água de sabão.

3.º — Aquecimento cuidadoso do doente. Os líquidos injectados em grandes quantidades serão sempre mantidos à temperatura do corpo (38º a 39º C.).

4.º — Lavagem do estômago com sôro fisiológico quente, se há distensão abdominal, vômitos persistentes ou dores abdominais.

5.º — Se a acetonemia é grande, a hiperpneia extrema, a reserva alcalina muito baixa e há anúria, injeção de 300 cm³ de soluto injectável de bicarbonato de sódio ou de lactato de sódio a 3 %, por via endovenosa, e 5 g. do mesmo sal em 120 a 150 cm³ de água *per os* ou por via rectal, três vezes por dia.

Pode simplificar-se o tratamento com o emprêgo da insulina-protamina-zinco. Desde que se firma o diagnóstico de coma diabético, faz-se uma injeção subcutânea de 80 a 100 U. desta insulina, mais 40 a 80 U. de insulina não modificada por via hipodérmica e, se o caso é muito grave, mais 20 U. por via endo-

venosa. De seis em seis horas, praticar-se-ão análises de urina e de sangue e, enquanto houver acetonemia e reserva alcalina baixa, injectar-se-ão, de cada vez, hipodèrmicamente 20 a 30 U. de insulina simples, seguidas de 1.000 cm³ de *soluto injectável de cloreto de sódio* adicionado de 50 g. de glicose por via endovenosa. Desde que o doente sai do coma, proceder-se-á como foi indicado acima até entrar, pouco a pouco, no regime habitual, acompanhado do respectivo tratamento insulínico.

6.º — Além disto, é necessário o emprêgo de estimulantes cardiorrespiratórios (cafeína, Cardiazol, Coramina, cânfora, estriçnina), de medicamentos de acção vascular (efedrina, Veritol) e de cardiotónicos (estrofantina ou ubaína), conforme o estado do doente, principalmente nas formas cardiovasculares em que o colapso circulatório ocupa o primeiro plano.

Em resumo, é necessário fornecer ao organismo água e cloreto de sódio (indispensável em todos os casos, mormente naqueles em que existe azotemia), combater a perturbação do metabolismo com fortes doses de insulina, estimular o sistema nervoso, combater o colapso circulatório e tonificar o miocárdio.

Coma hipoglicémico: V. hipoglicemia.

DIFTERIA

A lesão local, em geral faríngea, é, a princípio, constituída por uma leve mudança de côr da superfície das amígdalas, que rapidamente toma o aspecto duma mancha branca, ou por pequeno ponto ou pontos brancos cercados por uma área hiperémica, algumas vezes, coberta por uma membrana branca muito fina. Estes pontos vêm a formar, pela sua junção, manchas opalinas ou acinzentadas de bordos sinuosos ou irregulares. Manchas e pontos aderem fortemente à mucosa

subjacente e raramente se podem separar dela sem hemorragia. Estas pseudo-membranas não se desagregam na água e, após ablação, reproduzem-se rapidamente. Dentro de 24 a 36 horas depois do seu aparecimento, produzem-se espontaneamente hemorragias por detrás das pseudo-membranas, o que dá às manchas um tom cinzento sujo que se acentua ulteriormente para passar ao verde azeitona (necrose) pelo 3º, 4º ou 5º dia; as margens podem tornar-se mesmo negras. A partir do 2º ou 3º dia, nota-se cheiro fétido, devido à necrose e à associação estreptocócica. Ao mesmo tempo, os gânglios cervicais tornam-se palpáveis e podem atingir grande volume.

As lesões laringeas constituem extensão das lesões descritas e aparecem ao fim de sete ou ainda mais dias, ou são primitivas (eventualidade actualmente rara). Reconhecem-se pelo timbre especial da tosse, pela rouquidão e pelo rápido aparecimento de afonia. A respiração tem timbre metálico e torna-se rapidamente difícil, acompanhando-se então de «tiragem» (depressão inspiratória das fossas supra e infraclaviculares, e dos espaços intercostais) e de cianose. Mais tarde, o doente torna-se apático, sonolento, a respiração superficial, e a cianose pode ser substituída por palidez.

A temperatura é pouco elevada, não excedendo, em regra, 38º C. nos primeiros dois dias, enquanto que as outras anginas dão, quasi sempre, temperatura mais alta. Nos antecedentes verifica-se a ausência de difteria.

O diagnóstico será feito pelos caracteres clínicos e pode ser confirmado, a maior parte das vezes, por culturas obtidas do exsudato faríngeo. Não se esquecerá, porém, que um exame bacteriológico pode não revelar a existência de bacilos diftéricos e tratar-se realmente de difteria, e que, inversamente, a presença de bacilos diftéricos não dá garantia segura da natureza diftérica da afecção.

Na prática, todos os casos suspeitos serão tratados como difteria.

TRATAMENTO: O tratamento consiste no emprêgo imediato de sôro anti-diftérico por via intramuscular.

A posologia varia muito de autor para autor, conforme a idéia que cada um faz da acção da anti-toxina sôbre a toxina já fixada. Alguns, como Baginsky, consideram inúteis as doses superiores a 5.000 U., outros, como Bie, empregam correntemente doses de 200.000 U., e ainda mais nos casos graves. Como o debate não está fechado, parece-nos preferível optar por doses um pouco elevadas, de que o quadro seguinte (segundo Ed. L. Bauer) fornece um esquema:

Pequena mancha faríngea, sem sintomas gerais	5.000 U.
Mancha maior, com 37º,1.	10.000 —
Amígdalas cobertas, com 37º,1	15.000 —
Amígdalas, úvula e fauces, com menos de 38º	20.000 —
Amígdalas, úvula e fauces, com mais de 38º	25.000 —
Idem, e nasofaringe, com forte reacção ganglionar e toxemia	35.-40.000 U.
Difteria nasal	15.000 U.
Idem, com 38º ou mais	20.000 —
Idem, com mais de 38º e reacção ganglionar.	30.-40.000 U.
Difteria laringea, sem sinais de toxemia	15.000 U.
Idem, com tiragem e febre	25.000 —
Idem, casos mais graves	35.-40.000 U.
Em casos desesperados	mais 5.000 U. por via endovenosa

Muitos autores preconizam, nos casos mais graves, doses muito maiores, até 800.000 U., em parte (até 50.000) por via endovenosa. Para êste último uso, que é causa, muitas vezes, de accidentes anafilácticos, é indispensável sôro isento de fenol ou tricresol, purificado e concentrado.

Para evitar, o mais possível, os accidentes séricos é conveniente começar por injectar 0,1 cm³ de sôro por via intradérmica e observar a reacção que se produz

ao fim de uma hora. Se não há formação de exantema local, injectar-se-á 1 cm^3 por via subcutânea e, 4 a 12 horas depois, a dose total de sôro; 24 horas depois, poderá utilizar-se, com tôda a segurança, mesmo a via endovenosa. Se no local da injeccção intradérmica se forma uma mancha vermelha, que pode atingir 10 cm. de diâmetro, injecta-se o sôro por via subcutânea, começando pela dose de $0,01 \text{ cm}^3$ ($0,1 \text{ cm}^3$ da diluição de sôro a 1:10) e repetindo a injeccção, cada uma em dose dupla da precedente, com intervalos de 1 a 2 horas (conforme a urgência), até atingir a dose total. Desde que se atinge a dose de 1 cm^3 (ao fim de 7 a 14 horas), pode injectar-se, se há urgência, a dose total, pois já então se está ao abrigo de acidentes séricos graves.

Nos casos de laringite diftérica com tendência à obstrução das vias aéreas pelas falsas membranas, praticar-se-á a tubagem da laringe, operação em geral fácil mas que requer aparelhagem apropriada e conveniente aprendizagem prévia. Em caso de urgência (ameaça de asfixia) é mais rápido e mais simples recorrer à traqueotomia cuja técnica se encontra descrita no capítulo II.

DILATAÇÃO GÁSTRICA AGUDA

Apatia, sensação de plenitude epigástrica, pulso taquicárdico são os únicos sinais precoces; depois dor, distensão abdominal, toxemia, vômitos muito repetidos e colapso.

TRATAMENTO: Cateter nasal e evacuação do estômago por meio duma seringa ou, melhor, por sifonagem contínua. Colocar o doente em decúbito ventral ou em posição genupeitoral. Injeccção endovenosa lenta de solutos injectáveis de cloreto de sódio e de glicose

isotônicos, em doses de 500 a 1.000 cm³, conforme a perda de líquido pelos vômitos, e drenagem gástrica.

Ao contrário da oclusão duodenal pós-operatória, é, muitas vezes, necessário nos casos de dilatação espontânea, o tratamento cirúrgico.

DORES

TRATAMENTO SINTOMÁTICO:

1. — Dores nevrálgicas e reumatismais:

Ácido acetilossalicílico . . . cinco a dez decigramas
Em 1 hóstia. N.º 10
3 a 6 hóstias por dia.

Cinchofena . . . cinco decigramas
Em 1 hóstia. N.º 10
3 a 5 hóstias por dia.

Paracetofenetidina . . . vinte e cinco a cin-
qüenta centigramas
Em 1 hóstia. N.º 10
2 a 4 por dia.

Fenazona . . . um grama
Em um papel. N.º 6
2 a 3 por dia dissolvidos em água com açúcar
(Também se pode empregar em hóstias).

Amidofebrina. . . dois a três decigramas
Em 1 hóstia. N.º 10
4 a 6 por dia
(Também pode administrar-se em soluto).

Salicilato de sódio . . .	} aã vinte gramas
Bicarbonato de potássio . . .	
Água de essência de canela	cem centímetros cúbicos
Xarope de canela, q. b. para	trezentos centímetros cúbicos

1 colher de sopa (1 g. de salicilato) num copo de água carbônica, 4 a 12 vezes por dia, no reumatismo articular agudo.

Barbital um decigrama
 Amidofebrina três decigramas
 Em 1 hóstia. N.º 10
 1 a 5 hóstias por dia.
 (O Veramon tem composição análoga).

Paracetofenetidina. . . }
 Ácido acetilossalicílico } ã vinte e cinco centigramas
 Fosfato de codeína . . . um a três centigramas
 Em 1 hóstia. N.º 6
 1 a 2 por dia.

Paracetofenetidina. . . }
 Amidofebrina } ã vinte e cinco centigramas
 Fosfato de codeína . . . um a três centigramas
 Em 1 hóstia. N.º 6
 1 a 2 por dia.

Ácido acetilossalicílico . . . vinte e cinco centigramas
 Paracetofenetidina. quinze centigramas
 Fosfato de codeína um centigrama
 Cafeína três centigramas
 Em 1 hóstia. N.º 10
 1 a 2 hóstias, 1 a 3 vezes por dia.

Ácido acetilossalicílico . . . cinqüenta centigramas
 Barbital trinta centigramas
 Fosfato de codeína três centigramas
 Em 1 hóstia. N.º 10
 2 a 4 por dia.

(Fórmula recomendada por BIACH para a ciática).

2. — **Cefaleias** (V. enxaqueca, uremia e pseudo-
 -uremia).

Saco de gelo ou compressas embebidas em água
 muito fria na frente. Pedilúvio muito quente ou sina-
 pizado.

Por via interna os mesmos analgésicos, de que apre-
 sentamos mais algumas fórmulas:

Ácido acetilossalicílico . . . quarenta e cinco cen-
 tigramas
 Cafeína cinco centigramas
 Em 1 hóstia. N.º 10

1 a 2, várias vezes por dia, se fôr necessário.
 (Corresponde à composição de numerosas
 especialidades, como a Cafiaspirina, a Ro-
 feina, etc.).

Sulfato de quinina . . . dez centigramas
 Ácido acetilossalicílico . . . vinte e cinco centigramas
 Cafeína . . . cinco centigramas
 Em 1 hóstia. N.º 10
 1 a 6 por dia.

Fenobarbital . . . cinco centigramas
 Cafeína . . . vinte e cinco miligramas
 Em 1 hóstia. N.º 10
 1 a 6 por dia.

Citrato de cafeína . . . dois decigramas
 Brometo de sódio . . . dois gramas
 Bicarbonato de sódio . . . } aã um grama
 Ácido tartárico . . . }
 Em 1 papel. N.º 4
 1 papel em meio copo de água açucarada, a
 repetir 6 horas depois, se fôr necessário.

Paracetofenetidina . . . três decigramas
 Citrato de cafeína . . . cinco centigramas
 Bicarbonato de sódio . . . } aã um grama
 Ácido tartárico . . . }
 Em 1 papel. N.º 6
 1 papel em meio copo de água açucarada, de
 três em três horas.

Quando a via oral não é utilizável, recorrer-se-á ao uso de supositórios, como, por exemplo:

Fenazona . . . cinco decigramas
 Óleo de cacau . . . q. b.
 Para 1 supositório. N.º 6
 2 a 6 por dia.

Amidofebrina . . . três decigramas
 Barbital . . . um decigrama
 Óleo de cacau . . . q. b.
 Para 1 supositório. N.º 6
 1 a 4 por dia.

ou recorrer-se-á a analgésicos injectáveis, como a Novalgina, a Cibalgina, etc., por via intramuscular ou endovenosa.

3. — **Dores precordiais** (V. angina de peito).

4. — **Pontada** (afecções pleurais e pulmonares).

Revulsivos:

— cataplasma de linhaça, tépida, polvilhada de mostarda;

— pinceladas de soluto alcoólico de isossulfocianato de alilo;

— pinceladas de soluto alcoólico de iodo;

— unções com a seguinte pomada:

Extracto de cicuta	cinco decigramas
Guaiacol	} aã cinco gramas
Salicilato de metilo.	
Suarçá	} aã quinze gramas
Vaselina	

Injecção endovenosa de soluto injectável de cloreto de cálcio a 10 % (5 a 10 cm.³), ou de soluto injectável de gluconato de cálcio na mesma concentração (10 a 20 cm.³).

A intensidade da dor obriga, muitas vezes, a recorrer aos analgésicos atrás mencionados, e pode ser tão grande que justifique a aplicação de morfina (1 cm.³ do *soluto injectável de cloridrato de morfina*), ou a injecção paravertebral do soluto de procaína na concentração de 0,5 a 2 %.

5. — **Dores espasmódicas** (estômago, intestino, vias biliares, vias urinárias). Caracterizam-se pelas ondulações da sua intensidade: começam insidiosamente, aumentam progressivamente até um acme mais ou menos violento, diminuem também progressivamente ao fim dum certo tempo e repetem-se depois duma pausa mais ou menos longa. As dores de tipo inflamatório são muito menos variáveis.

O seu tratamento tem por base o uso de anti-espasmódicos com diferentes pontos de acção, muitas

vezes, associados a analgésicos. Apresentamos as seguintes fórmulas:

Extracto de beladona	um centigrama
Cloridrato de papaverina	cinco centigramas
Fenobarbital	um centigrama
Amidofebrina	quinze centigramas

Em 1 hóstia. N.º 10

1 hóstia de 2 em 2 ou de 4 em 4 horas, conforme fôr necessário.

Extracto de meimendo	um centigrama
Fosfato de codeína	dois centigramas
Fenobarbital	dois centigramas
Ácido acetilossalicílico	vinte e cinco centigramas

Em 1 hóstia. N.º 10

1 a 2 hóstias de 4 em 4 horas.

Se há vômitos, pode usar-se uma fórmula semelhante, em supositórios:

Cloridrato de papaverina	cinco centigramas
Extracto de beladona	quinze miligramas
Amidofebrina	quinze centigramas
Fenobarbital	vinte e cinco miligramas
Óleo de cacau	q. b.

Para 1 supositório. N.º 6

1 a 3 por dia.

Estas doses podem ser aumentadas até ao dôbro, se parecer necessário.

Extracto de beladona	dois centigramas
Cloridrato de papaverina	dez centigramas
Extracto de ópio	cinco centigramas

Em 1 hóstia. N.º 6

2 a 3 hóstias por dia.

A mesma fórmula pode ser utilizada em supositórios, acrescentando

Óleo de cacau q. b. para um supositório.

Se as dores são muito intensas, recorre-se à via hipodérmica que permite obter mais rápidamente as acções anti-espasmódica e analgésica:

Sulfato de atropina . . .	cinco decimiligramas
Cloridrato de papaverina	três centigramas
Cloridrato de morfina . .	um centigrama
Água redestilada q. b. para	dois centímetros cúbicos

F. s. a. e m. em uma empóla para injeção hipodérmica. N.º 6

Injeção hipodérmica de 2 cm.³ que se repetirá, se fôr necessário, ao fim de uma hora.

Em medicina infantil não se podem usar as hóstias ou pílulas que as crianças têm, em geral, dificuldade de engolir; poderão administrar-se os medicamentos incorporados em comprimidos chocolatados — que entre nós não são officinais — ou, mais simplesmente, em pó que, no momento de emprêgo, se mistura com um pouco de marmelada ou outra compota; os solúveis serão utilizáveis também em xaropes, de que as seguintes fórmulas constituem exemplos:

Amidofebrina	um grama
Cafeína	} aã três decigramas
Benzoato de sódio	
Água	sessenta gramas
Xarope de groselhas q. b.	
para	cem centímetros cúbicos

3 a 5 colheres do chá por dia (crianças de 5 anos).

Ácido acetilossalícilico . .	três gramas
Citrato de potássio	nove gramas
Açúcar	vinte e cinco gramas
Tintura de limão	um centímetro cúbico
Glicerina q. b. para	cem centímetros cúbicos

3 a 4 colheres de chá por dia (crianças de 5 anos).

As doses serão proporcionadas à idade, segundo as fórmulas usuais (V. Posologia infantil). O ópio e os

seus alcalóides, segundo a maioria dos autores, não devem ser empregados, ou somente em doses mínimas; recentemente outros autores consideram infundado o receio das doses proporcionadas ao pêso.

ECLAMPSIA

A eclampsia constitui uma toxemia que aparece em mulheres grávidas, geralmente afectadas de hipertensão arterial, e apresenta sintomas muito semelhantes aos da pseudo-uremia aguda.

Os sinais premonitórios, que indicam a iminência da crise e que raras vezes faltam, são os seguintes: hipertensão arterial, cefaleias, zumbidos de ouvidos, vertigens, môscas volantes, diplopia, ambliopia que pode ir até à amaurose, vômitos abundantes com epigastalgias, dispneia, insónia e agitação nocturna, astenia, indiferença, preguiça intelectual crescente até estado de sonolência ou torpor. Dentro de 24 horas após o aparecimento dêstes sintomas, surge a crise eclâmpica ou a doente entra em coma sem convulsões.

A crise convulsiva desenrola-se do seguinte modo: de início, há um período de contracções desordenadas dos músculos da face, o que produz os mais variados esgares, que se acompanham de movimentos da cabeça e dos membros superiores; poucos segundos depois, surge uma convulsão tónica generalizada que coloca a doente em opistótono, com os membros superiores flectidos e os inferiores em extensão, e produz paragem respiratória e cianose rapidamente crescente; 10 a 30 segundos mais tarde, produz-se a descontração muscular, surge um ruído respiratório e logo se seguem violentas contracções clónicas da face e dos membros superiores, em que podem também tomar parte os membros inferiores e, mais raramente, o tronco; durante esta fase há, muitas vezes, profundas mordeduras da língua; êste período que é o mais longo,

dura, contudo, menos de um minuto e é seguido dum período de coma ou, pelo menos, de obnubilação mental; a doente apresenta então congestão facial, olhos salientes, pupilas dilatadas, respiração estertorosa mas regular, pulso taquicárdico e hiper-tenso e, muitas vezes, hipertermia; a urina é pouco abundante, contém albumina e, muitas vezes, pigmentos biliares, urobilina em excesso, acetona e ácido diacético.

O diagnóstico é, em geral, muito fácil, com excepção dos casos em que a doente entra em coma sem período convulsivo prévio. Nestas circunstâncias, o estado de gravidez adiantada (além do 6.º mês), a hiper-tensão arterial e o resultado da análise sumária da urina extraída da bexiga orientam o diagnóstico; para diagnóstico diferencial há que pensar, sobretudo, nos comas tóxicos e nas meningites.

O estado de coma dura tempo mais ou menos longo, ao fim do qual, nos casos mais benignos, a doente retoma progressivamente o conhecimento. A eventualidade mais freqüente, porém, é a repetição das crises convulsivas com intervalos que vão desde alguns minutos até duas horas.

TRATAMENTO: No estado de pré-eclampsia, isto é, antes do aparecimento das convulsões, podem ser úteis as injeções endovenosas do soluto injectável de glicose a 15-25 %, em quantidades não superiores a 300 cm.³, ou do soluto injectável de sulfato de magnésio a 20 % na dose de 10 cm.³. Exigir-se-á repouso completo no leito, afastamento de tôdas as causas de excitação e limitação da ingestão de líquidos ao máximo de 1:000 cm.³ nas 24 horas. As sensações subjectivas serão calmadas com 15 mg. de cloridrato de morfina (1,5 cm.³ do soluto injectável oficial) que se poderão repetir.

Se há ameaça de convulsões, está indicada a provocação do parto.

Se a doente se encontra em período convulsivo, isolá-la do mesmo modo num quarto sossegado, administrar-lhe 15 cm.³ de soluto injectável de sulfato de magnésio a 20 % por via intramuscular e, em seguida, de meia em meia hora, mais 6 ou 7 cm.³ do mesmo soluto até se obterem melhoras. A paralisia dos músculos respiratórios, que os sais de magnésio podem produzir em alguns casos, será instantâneamente combatida pela injeção endovenosa dum sal de cálcio.

Se êste tratamento se mostra ineficaz, injectar-se-ão 15 mg. de cloridrato de morfina por via hipodérmica, e 300 cm.³ de *soluto injectável de glicose, hipertónico*, por via endovenosa; 1 hora mais tarde, introduzir-se-ão 2 g. de hidrato de cloral por via oral, em leite, ou por via rectal; 2 horas depois, será repetida a injeção de 15 mg. de cloridrato de morfina e 7, 13 e 21 horas depois da primeira injeção de morfina, repetir-se-á a administração de hidrato de cloral na mesma dose de 2 g. Para evitar as mordeduras da língua introduz-se entre as maxilas uma toalha, de modo que fique colocada por cima da língua, toalha que se mantém tensa, segurando-a pelas duas extremidades, procurando assim conservar abaixada a maxila inferior. Ter-se-á também o cuidado de retirar prèviamente quaisquer peças dentárias de prótese. Se houver cianose, está indicada a respiração numa atmosfera rica em oxigénio. As injeções hipertónicas de glicose serão repetidas, se fôr necessário, de modo a ter diurese razoável e normalizar a reserva alcalina.

Se não há melhoras dentro de 24 horas, repetir o tratamento; freqüentemente o feto morre entretanto, e a doente melhora. Se as melhoras se verificam, continuando o feto vivo, deve manter-se estreita vigilância e, ao aproximar-se o têrmo da gravidez, provocar o parto, se êste tarda.

EDEMA DA GLOTE

Respiração estridulosa. Forte dispneia. Cianose. Movimentos respiratórios, em regra, lentos. Depressão dos espaços intercostais e do epigastro, e abaixamento da laringe a cada inspiração. Na estenose da traqueia e dos brônquios não se observa êste movimento da laringe.

TRATAMENTO: Saco de gelo sôbre a laringe. Respiração de oxigênio. Injecção de soluto injectável de gluconato ou de cloreto de cálcio a 10 %, por via endovenosa, na dose de 10 a 20 cm.³.

Se o estado de anoxemia é grave, praticar imediatamente a traqueotomia de urgência (*q. v.*).

EDEMA PULMONAR AGUDO

Êste gravíssimo estado aparece em várias circunstâncias em conseqüência de alterações da parede capilar que a tornam permeável ao plasma sangüíneo. O quadro clínico é caracterizado pela existência de ferros sub-crepitantes em grande quantidade, em geral mais numerosos nas bases, diminuição do murmúrio vesicular e da sonoridade, expectoração fluida e espumosa com coloração rósea mais ou menos intensa, cianose acentuada e fortíssima dispneia.

O edema agudo do pulmão sucede à insuficiência brusca do ventrículo esquerdo (que dá origem a forte estase pulmonar) principalmente se a parede capilar se encontra já lesada em conseqüência de qualquer estado infeccioso do pulmão, ou se existe tendência à saída de líquido dos vasos por hipoproteïnemia; alguns tóxicos podem lesar de tal modo a parede alveolar que o edema se forma mesmo sem haver estase pulmonar.

- Os casos em que êste estado se pode observar são:
- agravamento do acesso de asma cardíaca, principalmente em doentes atingidos de infecções pulmonares, de afecções renais ou em estado de caquexia;
 - intoxicações por venenos gasosos, nomeadamente por gases de combate;
 - esvaziamento muito rápido de derrame pleural;
 - estados agónicos.

TRATAMENTO: O tratamento consiste em tonificar o miocárdio, aliviar o sistema vascular e diminuir a viscosidade do sangue por meio de sangria (flebotomia) e calmar a dispneia (frenando ao mesmo tempo a actividade de mecanismos reflexos prejudiciais) com o emprêgo de morfina, como foi referido a propósito da asma cardíaca (pág. 14); além disto, estão indicadas injeccões intravenosas de solutos hipertónicos (200 cm.³ de *soluta injectável de glicose, hipertónico*), e de cloreto ou gluconato de cálcio (10 a 20 cm.³ do soluto injectável a 10 %), respiração da mistura de oxigénio e anídrido carbónico (7 %) e administração de estimulantes centrais (cafeína, Cardiazol, Coramina). No caso de edema *ex-vacuo* estará indicado o imediato estabelecimento dum pneumotórax, de preferênciam com oxigénio.

O estado é freqüentemente irreversível, seja qual fôr o tratamento instituído.

EMBOLIA E TROMBOSE DAS ARTÉRIAS CELÍACA E MESENTÉRICAS

Idade avançada. Antecedentes cardiovasculares. Cólica muito violenta, súbita, em todo o abdómen. Os sinais peritoniais (vómitos, paresia intestinal, defesa muscular, etc.), não aparecem imediatamente, mas só depois do primeiro dia, ao contrário do que succede em outros estados abdominais agudos (roturas viscer-

rais). Sinais de colapso circulatório — pulso pequeno e freqüente, arrefecimento das extremidades, hipotermia, suores frios e viscosos. Em alguns casos, ao segundo ou terceiro dia, diarreia pouco abundante, mas sanguinolenta, e vômitos do mesmo tipo, sinais que facilitam o diagnóstico. A confusão com outros estados abdominais agudos é, muitas vezes, quási inevitável.

TRATAMENTO: Repouso com completa imobilidade. Contra as dores, ópio associado à papaverina *per os*, em supositórios ou em injeções (V. Dores, § 5.º). Tem-se recomendado também a Eupaverina em doses altas: 0,03 a 0,12 g. de uma em uma ou de duas em duas horas, por via endovenosa.

Só em casos particularmente felizes é suficiente este tratamento. Quási sempre se deve indicar a intervenção cirúrgica que será praticada imediatamente, se se verificam sinais de oclusão intestinal (V. íleo). Embora comportando poucas probabilidades de êxito, o tratamento cirúrgico constitui a única esperança de salvação.

EMBOLIA E TROMBOSE DE VASOS PERIFÉRICOS

A embolia duma artéria periférica produz-se, a maior parte das vezes, num membro (quási sempre inferior) e anuncia-se, em geral, por dor súbita e extremamente violenta; há, contudo, casos em que este sintoma falta. A extremidade correspondente torna-se fria e hipostésica, apesar da continuação das dores, apresenta aspecto cadavérico e é, por vezes, sede de formigueiros. Não se sente pulso nas artérias abaixo da obliteração, nem se verificam oscilações à exploração oscilométrica. Mais tarde, a zona isquemiada torna-se lívida e, finalmente, aparece a gan-

grena. A trombose, que é mais rara, produz os mesmos fenômenos, mas o início é menos brusco.

A trombose venosa produz também dores, mas menos violentas, e acompanha-se, pelo menos nos varicosos, de sinais inflamatórios perivenosos. Se a veia atingida é superficial, palpa-se como um cordão doloroso. O pulso arterial no segmento atingido é, muitas vezes, dificilmente perceptível se a trombose venosa é extensa. Só alguns dias depois do início, aparece edema. Há, em geral, febre moderada. A exploração clínica deve ser praticada com prudência para não se correr o risco de destacar um coágulo que vá produzir embolia pulmonar.

A sintomatologia descrita pode ser muito apagada e até nula, mesmo em casos de trombose de veias grossas. As tromboses do plexo prostático e do plexo uterino quasi nunca são diagnosticadas, apesar da sua relativa freqüência.

TRATAMENTO: Imobilização. Não exercer pressão sobre o vaso atingido. Compressas quentes (nunca a mais de 45° C.) para diminuir as dores e favorecer a circulação colateral. Bebidas alcoólicas. Injecção de cloridrato de morfina (1 cm.³ do soluto oficial) com cafeína (0,5 cm.³ do soluto oficial).

Têm-se obtido muito bons resultados com a injecção endovenosa de cloridrato de papaverina (0,03 g.) ou, talvez melhor, de Eupaverina (0,06 g.) que se repetirá com intervalos de 1 a 3 horas. Nas oclusões arteriais, Leiner aconselha a injecção intra-arterial de Eupaverina acima do êmbolo. Outros aconselham a infiltração do simpático lombar com o soluto de procaina a 1 % ou a anestesia raquidiana.

Se o tratamento médico não consegue restabelecer a circulação na região irrigada pela artéria ocluída, é necessária a intervenção cirúrgica.

EMBOLIA PULMONAR

A embolia do tronco da artéria pulmonar acarreta a morte súbita, precedida de violenta dor no tórax, de alguns movimentos respiratórios acelerados e, por vezes, de convulsões. A embolia dum dos ramos pode dar o mesmo quadro. Se a terminação não sobrevém tão rapidamente, observa-se forte dispneia, opressão e sinais de colapso circulatório (palidez com ou sem cianose, hipo-tensão, taquicardia, suores, etc.) que, segundo a importância do vaso obliterado, leva à morte em poucos minutos, ou se vai atenuando a pouco e pouco; no III espaço intercostal esquerdo, junto do esterno, pode ouvir-se um sôpro sistólico.

Em casos menos graves, a dor pode não existir; e, nesta forma indolor, os sintomas são quasi os mesmos da insuficiência cardíaca aguda que se observa nos hipertensos, nos aórticos e nos portadores de oclusão coronária. O diagnóstico diferencial fundamentar-se-á no aparecimento repentino dos sintomas, na violentíssima dispneia, na presença de sangue na expectoração, na existência de trombozes venosas que podem ser, aliás, desconhecidas (tromboflebite dos plexos prostático e uterino), e na inexistência de hiper-tensão arterial e de lesões aórticas, embora a sua existência não permita excluir a hipótese de embolia pulmonar.

TRATAMENTO: Manutenção do doente semi-sentado no leito, na maior imobilidade possível.

Para diminuir a tosse, a excitação psíquica e a dispneia, injecção hipodérmica de

<i>Soluto injectável de cloridrato de morfina</i>	1 a 1,5 cm. ³
<i>Soluto injectável de bromidrato de escopolamina</i>	0,5 a 1 cm. ³
<i>Soluto injectável de cafeína</i>	0,5 cm. ³

misturados na mesma seringa. Para calmar a pontada muito violenta de início, revulsivos ou bexiga de gêlo.

Muitos autores recomendam a injeção endovenosa de Eupaverina em doses elevadas, 0,06 a 0,12 g., ou o cloridrato de papaverina — um pouco mais tóxico — em doses metade menores, utilizando o seguinte soluto:

Cloridrato de papaverina	seis centigramas
Água redestilada q. b. para	três centímetros cúbicos
F. s. a. e m. em uma empôla, para injeção. N.º 12	

As melhoras que se obtêm são, muitas vezes, rápidas mas passageiras, o que obriga a repetir as injeções com intervalos de 30 minutos a 2 horas. Passado o período agudo, continuar-se-á o mesmo tratamento com doses um pouco menores e introduzidas por via hipodérmica.

O emprêgo de cardiotônicos é, em geral, desaconselhado por se temer que estes provoquem novas embolias. É, contudo, necessário atender a que a morte sobrevém por insuficiência cardíaca. Torna-se, portanto, indispensável, se se manifestam sinais de insuficiência circulatória, o emprêgo de estimulantes cardíacos (cafeína, etc.) e, se êstes não são suficientes, de ubaína em pequenas doses (0,1 mg.). A ubaína (1 cm.³ do seu soluto oficial) será diluída em 10 cm.³ do soluto injectável de glicose a 10 % e injectada lentamente por via endovenosa; a injeção pode ser repetida uma ou duas vezes nas 24 horas.

ENXAQUECA OU HEMICRANIA

A enxaqueca diferencia-se sintomáticamente das outras cefaleias pelas seguintes particularidades:

Cefaleia, a princípio unilateral na maior parte dos casos, mas, com freqüente tendência a invadir todo o

crânio. A dor é, em geral, muito violenta e agravada por tôdas as excitações (luz, ruídos, etc.); quasi sempre se acompanha de vômitos e náuseas que, por vezes, só aparecem tardiamente e são independentes da ingestão de alimentos. Há também, quasi sempre, perturbações vasomotoras da face (palidez ou rubor) e, algumas vezes, perturbações visuais (escotoma cintilante, hemianopsia ou mesmo amaurose e paralisias dos músculos oculares), assim como várias perturbações nervosas. Os ataques são, algumas vezes, precedidos de aura — escotoma cintilante, aura visceral (fome ou sede súbitas, perturbações gastrintestinais, anúria), ou aura somática (sensação de formigueiro numa mão, estendendo-se depois para o braço e face). Os primeiros ataques observam-se, quasi sempre, na infância ou na adolescência.

TRATAMENTO: Repouso em quarto obscurecido. Abstinência de alimentação.

Ensaiair no comêço do ataque, nos casos em que predomina a simpaticotonia (doente pálido e com mi-dríase), a injeccão de 0,25 mg. de tartarato de ergotamina (0,5 cm.³ de Gynergène) que, por vezes, faz cessar o ataque dentro de 20 minutos, se é empregado por via intramuscular. Em alguns casos bastam doses metade menores; em outros, pelo contrário, é necessária a dose de 0,5 mg. Se fôr necessário repetir a administração dêste medicamento, não se deve fazê-lo antes de decorridas 12 horas, não excedendo desta vez a dose de 0,25 mg.

Nas enxaquecas acompanhadas de vasodilatação (rubor facial e conjuntival, miose e estreitamento da fenda palpebral), parece-nos muito útil a efedrina, no início do ataque, principalmente se se associar ao ácido acetilossalicílico:

Ácido acetilossalicílico . . .	cinco decigramas
Cloridrato de efedrina . . .	cinco centigramas
Em 1 hóstia	

Em casos menos bem definidos quanto ao estado do sistema nervoso vegetativo, tem-se aconselhado a associação de ergotamina com beladona e fenobarbital, associação que se encontra realizada no Bellerгал.

Se há contra-indicações para o uso destes medicamentos ou se se verifica a sua ineficácia, recorrer-se-á aos analgésicos, administrando doses suficientes para fazer cessar o ataque, o mais depressa possível. Utilizar-se-ão principalmente o ácido acetilossalicílico, a fenazona e a amidofebrina associados à cafeína e aos barbitúricos (V. fórmulas e modo de administração no artigo *Dores* § 1). Em casos graves será necessário empregar barbitúricos em dose hipnótica, como, por exemplo: 0,3 a 0,45 g. de fenobarbital (de preferência em injeção intramuscular de Luminal em solução a 20 % ou de Gardenal injectável) ou 1 a 2 comprimidos de Phanodormio, ou medicamentos equivalentes.

Em casos particularmente rebeldes pode ser útil a extracção de líquido cefalorraquidiano por punção lombar.

EPILEPSIA (STATUS EPILEPTICUS)

O ataque epiléptico inicia-se, na maioria dos casos, por um grito inarticulado, e o doente cai como uma estátua, inconsciente, seja onde fôr. Observa-se um estado tónico de todos os músculos voluntários, incluindo os respiratórios; braço e antebraço encontram-se em extensão e pronação, e a mão fechada sobre o polegar; a face e os lábios tornam-se primeiro pálidos e depois cianóticos, e as pupilas dilatam-se e ficam insensíveis à luz. Vinte a trinta segundos depois, sobrevêm convulsões clónicas em que tomam parte os músculos da face, das extremidades, da respiração e do tronco, e que duram alguns minutos (em geral, 2 a 3). Ao mesmo tempo há evacuação de urina e, mais raramente, de fezes. Durante o ataque a perda

de consciência é completa; o reflexo córneo encontra-se abolido e observam-se, muitas vezes, se não se tomam precauções especiais, profundas mordeduras da língua. Depois do ataque o doente cai num estado semelhante ao coma, que pode durar várias horas. Neste estado há flacidez muscular, respiração estertorosa, suores abundantes; podem estar abolidos os reflexos tendinosos e haver sinal de Babinski, e as pupilas encontram-se contraídas. Em seguida, o doente ou desperta e muitas vezes vomita, ou passa para um estado de sono normal. Em casos particularmente graves, os ataques sucedem-se com pequenos intervalos sem que o doente retome consciência (*status epilepticus*).

O diagnóstico é, nos casos graves, quasi sempre fácil. Os outros estados convulsivos, como o ataque histérico, a pseudo-uremia aguda, a intoxicação estrícnica, o tétano e a eclampsia possuem características próprias que permitem facilmente distingui-los. O ataque histérico é muito mais espectacular, mais longo, quasi sempre provocado por motivos psicológicos, acompanha-se de gritos, choro, riso ou frases incoerentes; não se verificam, além disso, nem mordeduras da língua, nem traumatismos sérios, nem emissão de urina, e as pupilas conservam os seus reflexos. Para outros diagnósticos diferenciais reenviamos aos respectivos capítulos a fim de evitar repetições.

TRATAMENTO: Desapertar a roupa. Se o doente abre a bôca, evitar a mordedura da língua, introduzindo um objecto sólido, mas não excessivamente duro, entre as arcadas dentárias; um lápis ou o cabo duma colher envolvidos num pano ou gaze são muito convenientes. Nunca se deve, porém, empregar a violência para tentar abrir a bôca do doente. Evitar, conforme fôr possível, os traumatismos resultantes das convulsões. Nos ataques simples nada mais é preciso e, terminado o ataque, deixar-se-á o doente adormecer tranqüilamente.

Se os ataques se repetem sem intervalo consciente, injectar-se-á morfina em doses elevadas (1,5 a 3 cm.³ do *solutio injectável de cloridrato de morfina*) ou fenobarbital (1,5 cm.³ de Luminal em solução a 20 % ou Gardenal injectável). Se o doente é capaz de beber, poderá administrar-se por via oral, às colheres do chá, com pequenos intervalos:

Hidrato de cloral . . .	cinco gramas
Brometo de sódio . . .	dez gramas
Poção alcoólica de açã- frão, composta . . .	cinquenta centímetros cúbicos
Água q. b. para . . .	cem centímetros cúbicos.

A introdução no estômago, através de sonda nasal, de 120 cm.³ dum soluto de sulfato de magnésio a 50 %, é, muitas vezes, eficaz.

Se êstes meios terapêuticos falham, tentar-se-á a punção lombar e extracção de líquido cefalorraquidiano lenta, mas levada até se notar franca hipotensão. A sangria é também recomendada por alguns autores.

Se o estado de inconsciência se prolonga, é necessário introduzir alimentos líquidos por sonda nasal. Além disto, tratar-se-ão as perturbações concomitantes, nomeadamente os estados de insuficiência cardíaca que se observam com certa freqüência.

EPISTAXE

O diagnóstico faz-se por simples inspecção e nunca oferece dificuldades.

TRATAMENTO: Respeitar as hemorragias dos hipertensos, benéficas desde que não sejam excessivas, particularmente se são acompanhadas de cefaleias.

Nos outros casos: esponjar a face com água fria e colocar compressas embebidas também em água fria.

sôbre o nariz; apertar as narinas entre os dedos simplesmente, ou depois de ter introduzido nas fossas nasais um fragmento de gaze ou de algodão.

Nas epistaxes persistentes, introduzir um bocado de algodão embebido em

Soluto de procaina a 1 0/0.	dez gramas
<i>Soluto de cloridrato de levorrenina</i>	trinta gotas

do lado que sangra. Se isto não dá resultado, procurar o ponto que sangra e cauterizá-lo com o galvanocautério, com um estilete de prata aquecido ao rubro, ou com azotato de prata fundido, depois de anestesia com o soluto de cloridrato de cocaína a 2 %. Se não se consegue verificar qual é o ponto donde parte a hemorragia, deve praticar-se o tamponamento metódico das fossas nasais, começando pela sua porção mais posterior e superior, depois de ter pulverizado na cavidade nasal uma pequena quantidade (1 cm.³ no máximo) dum soluto de cloridrato de cocaína a 5 %. O tampão será humedecido, 2 ou 3 vezes nas 24 horas, e retirado ao fim dêste prazo ou substituído se a hemorragia não tiver cessado, o que é excepcional. Ao mesmo tempo tem grande importância procurar tranqüilizar e acalmar o doente por meios psicológicos e com auxílio de alguns decigramas de brometo de sódio ou 0,05 a 0,10 g. de fenobarbital.

Como tratamento destinado a favorecer a coagulação do sangue, poder-se-á administrar de quatro em quatro horas, com o estômago vazio, uma pequena colher, das de café, de gliconato de cálcio dissolvido em água quente; os autores americanos recomendam a injecção simultânea de 15 U. de hormona parati-reóide. Nos casos de afecção hemorragípara, procurar-se-á tratar a afecção causal (V. estados hemorragíparos, pág. 70).

Depois de hemorragia abundante, recomendar o descanso e alimentação líquida, fria, durante algumas

horas. Além disto aconselhar o doente a que não se assoe durante alguns dias.

ESTADOS DE EXCITAÇÃO E DE AGITAÇÃO

Sob esta designação podem englobar-se todos os casos em que se observa exaltação mental ou agitação física. A exaltação mental traduz-se por loquacidade com desregulamento da imaginação e da ideação, ilusões e alucinações, falta de continuidade nas idéias, variabilidade do estado afectivo com tendência para a cólera e a violência, excitação genésica e perda do senso moral. A agitação física vai desde a simples exuberância de movimentos aparentemente coordenados até aos movimentos isolados, bruscos, incompletos e defeituosos, com o carácter de convulsões ou espasmos, a que não se pode atribuir qualquer finalidade.

As causas destes estados são muito numerosas, e o seu diagnóstico preciso — embora muito importante — sai fora do quadro da medicina de urgência. É, porém, possível reünir-las em dois grandes grupos que é relativamente fácil caracterizar rapidamente:

- a) doenças infecciosas, intoxicações endógenas e intoxicações exógenas;
- b) neuropatias e psicopatias.

No primeiro caso dá-se, em geral, a estes estados a designação de confusão mental.

TRATAMENTO: O doente agitado beneficia, quasi sempre, com o isolamento da família e a manutenção num ambiente absolutamente sossegado. É indispensável enfermagem competente e contínua. Os doentes muito agitados devem ser mantidos imobilizados, com o fim de evitar traumatismos e actos perigosos. Um método simples e eficaz de conseguir esta imobilização consiste em enrolar estreitamente um lençol em volta do doente.

Como sedativo é, por vezes, eficaz um banho de imersão a cêrca de 35° C., de 1 a 2 horas de duração, de 8 em 8 horas. Se não fôr suficiente ou praticável, utilizar-se-ão os sedativos químicos, tendo porém o cuidado de não administrar doses fortes durante muito tempo, visto que a maior parte dêstes doentes são já intoxicados e eliminam mal, acumulando fâcilmente tôda a espécie de tóxicos. Poderão empregar-se sucessivamente:

— 15 a 30 cm.³ de soluto saturado de sulfato de magnésio por via oral, em jejum;

— hóstias de 0,3 g. de barbital ou 0,1 g. de fenobarbital de 4 em 4 horas, ou injeccão intramuscular de 1 cm.³ de Luminal em solução a 20 % ou de Gardenal injectável;

— 0,5 g. a 1 g. de hidrato de cloral em poção (1 a 2 colheres, de sobremesa, de *xarope de hidrato de cloral* num copo de água), ou em clister:

Hidrato de cloral . . .	cinco gramas
Cozimento de amido . . .	setenta e cinco centímetros cúbicos

1 a 2 colheres, da sopa, de cada vez;

— 0,5 a 1 cm.³ de *solutio injectável de bromidrato de escopolamina* por via hipodérmica.

Em casos graves há muitas vezes necessidade de exceder estas doses.

A alimentação dos doentes será assegurada pela ingestão de quantidades suficientes de leite, açúcar, sumo de frutas e ovos, ou pela introdução dos mesmos alimentos no estômago através de sonda nasal.

No caso de afecção infecciosa ou tóxica é, evidentemente, da maior importância o tratamento etiológico. Se a causa é constituída por uma neuro ou psicopatia, aconselhar o internamento num hospital de doenças nervosas.

ESTADOS HEMORRAGÍPAROS

Engloba esta expressão todos aquêles estados que se caracterizam pela produção espontânea, ou provocada por traumatismos mínimos, de hemorragias mais ou menos abundantes. Não abordaremos o problema da sua destrição, pois sob o ponto de vista da medicina de urgência, só interessam êstes casos pelas perdas de sangue que podem originar — e estas têm o mesmo tratamento em todos os casos.

TRATAMENTO: O melhor tratamento é, sem dúvida, a transfusão de 200 a 500 cm.³ de sangue do mesmo grupo (V. transfusão de sangue). Alguns autores preferem o sangue natural, mas o sangue citratado parece ser igualmente eficaz. Nos casos menos graves ou enquanto não se pode realizar a transfusão, praticar-se-á uma injeção intramuscular de 10 a 20 cm.³ de sangue normal ou do sangue do próprio doente, o que parece ter algum efeito. As preparações hemostáticas que se encontram no comércio não dão resultados superiores.

FEBRE TIFÓIDE

As três circunstâncias que exigem intervenção terapêutica urgente são o colapso circulatório (V. pág. 14), as hemorragias intestinais e a perfuração intestinal.

— **Hemorragias intestinais:** Pequenas hemorragias podem passar despercebidas ou manifestar-se apenas pela presença de sangue nas fezes, dando-lhe a côr escura característica (melena). Se a hemorragia é um pouco mais abundante, nota-se meteorismo e fortes dores abdominais, ao mesmo tempo que a frequência

do pulso aumenta e a curva térmica desenha um gancho descendente mais ou menos pronunciado. Nas grandes hemorragias êstes dois sinais são mais acentuados, a temperatura desce abaixo do normal, a pele e as mucosas descoram-se e aparecem os sinais de colapso circulatório, a que se segue rapidamente a morte. Êste aspecto é raro; o perigo da hemorragia intestinal na febre tifóide reside principalmente na freqüência da sua repetição.

TRATAMENTO: O tratamento imediato consiste em repouso absoluto, supressão temporária da alimentação ou sua redução a pequena quantidade de leite frio, colocação duma grande bexiga de gelo sôbre o abdômen e administração de pequenas doses de ópio ou morfina. Podem administrar-se hemostáticos, embora a sua eficácia esteja absolutamente por demonstrar. O mesmo sucede, aliás, com a do saco de gelo. Vigiar atentamente o doente a quem se administrou morfina, porque esta administração pode tornar muito pouco aparentes os sinais da perfuração intestinal. Se a hemorragia é abundante, está indicada a injeção de solutos isotônicos (sôro fisiológico ou de Ringer) e, logo que seja possível, transfusão de sangue, tendo em consideração, contudo, que êstes meios terapêuticos, aumentando a massa sangüínea, aumentam a tendência à repetição da hemorragia.

— **Perfuração intestinal:** Dor violenta na zona infero-direita do abdômen ou difusa, acompanhada de rigidez da parede e hiperestesia, meteorismo abdominal, vômitos, soluços, fácies peritonítica, suores frios, cianose, polipneia, taquicardia, hipo-tensão, arrefecimento das extremidades e hipotermia. Em doentes com sistema nervoso fortemente atingido, que são aquêles em quem as perfurações são mais freqüentes, os sinais mais característicos podem estar muito ate-

nuados ou ausentes, e apenas o aumento do meteorismo e a subida rápida da freqüência do pulso e da respiração podem levar à suspeita mais ou menos fundamentada da perfuração. O diagnóstico é, por isso, muitas vezes, extremamente difícil. Por outro lado, o diagnóstico tem que ser precoce, pois só é eficaz a intervenção cirúrgica realizada nas primeiras horas após a perfuração. A conclusão a tirar é de que, se houver suspeita de que se acaba de produzir uma perfuração intestinal, deve aconselhar-se a laparotomia imediata, mesmo correndo o risco de estar errado o diagnóstico; se, pelo contrário, se suspeita de perfuração já ocorrida há muitas horas (sinais evidentes de peritonite), a operação não tem a mínima probabilidade de salvar a vida do doente, e toda a terapêutica é inútil. O prognóstico, mesmo nos casos mais favoráveis, é extremamente grave (25-35 % de curas nas melhores estatísticas).

GLAUCOMA AGUDO

Bruscamente o doente sente uma dor extremamente viva no globo ocular e, ao mesmo tempo, intensa prostração, estado nauseoso e vômitos. As pálpebras encontram-se tumefactas e a conjuntiva vermelha, vendo-se por baixo dela uma rêde de veias ciliares; a córnea tem aspecto um pouco turvo e a sua sensibilidade é quasi nula; a pupila que se encontra dilatada e imóvel toma uma coloração esverdeada; a tensão ocular está muito elevada (á palpação o globo ocular parece uma bola sólida); a visão quasi nula limita-se a simples percepção luminosa. O diagnóstico é, em regra, fácil.

TRATAMENTO: Não instilar cocaína que, como a atropina, aumenta a tensão intra-ocular. Aconselhar a

iridectomia, o mais depressa possível. Entretanto instilar:

Eserina	um decigrama
Azeite esterilizado	dez grammas

Dissolva a eserina em éter, misture ao azeite e aqueça a 45° C., a banho-maria, até evaporação total do éter.

Praticar 2 a 3 instilações nas 24 horas.

Se há dificuldade ou demora em obter êste colírio, recorrer ao de pilocarpina:

Azotato de pilocarpina	três decigramas
Água destilada	quinze centímetros cúbicos

que é necessário instilar repetidas vezes, porque tem acção muito fugaz, ou:

Salicilato de fisostigmina	dois centigramas
Ácido bórico	quatro decigramas
Água destilada, q. b. para	dez centímetros cúbicos

A injecção endovenosa de solutos hipertónicos em altas doses (100 cm.³ de soluto de sacarose a 50 %, por exemplo), permite em alguns casos evitar a operação.

GLOMERULONEFRITE AGUDA

O diagnóstico desta afecção é, em geral, fácil quando existem os sintomas cardeais: edema generalizado; febre; hiper-tensão arterial que acarreta habitualmente sinais de insuficiência cardíaca; oligúria; albuminúria; hematória e cilindrúria. Há, porém, formas oligossintomáticas ou assintomáticas em que se

encontram poucos sinais clínicos, ou mesmo apenas as alterações urinárias. Daqui a necessidade de freqüentes análises de urina durante as infecções estreptocócicas (escarlatina, anginas, sinusites, otites, mastoidites, impetigo, etc.) e ainda durante as três semanas seguintes à sua terminação.

TRATAMENTO: O repouso absoluto no leito e a manutenção de temperatura ambiente óptima (19 a 20° C). são indispensáveis. A restrição de alimentos, de líquidos e de sal são diversamente considerados. Nos casos graves — que são aquêles de que aqui tratamos, porque necessitam de atitude terapêutica rápida e bem definida — impõe-se a redução de alimentação ao mínimo: 400 cm.³ de água e cêrca de 200 g. de glicose que será administrada parcialmente em injeção endovenosa muito lenta (50 a 200 cm.³ de *solutio injectável de glicose, hipertônico*).

Alguns sintomas necessitam tratamento especial:

Oligúria: Injeção de *solutio injectável de glicose* a 50 % ou de *solutio injectável de sulfato de sódio anidro* a 5 % (500 cm.³ por via endovenosa). Se se estabelece anúria por período superior a 12 horas, preparar tudo para a descapsulação ou nefrostomia dum rim, intervenção que não deve ser retardada mais de 24 a 36 horas.

Insuficiência cardíaca: Administrar *ubaína* (1 a 2,5 cm.³ do seu *solutio injectável officinal*) logo que se note edema das bases pulmonares, dispneia e cianose. Se se declara o edema agudo, sangria de 500 cm.³ (no adulto). injeção de 1 centigrama de *cloridrato de morfina* e 0,5 mg. de *sulfato de atropina* por via subcutânea, 0,25 mg. de *ubaína* por via endovenosa, inalação de *oxigênio* em abundância (V. pág. 58).

Pseudo-uremia aguda: V. êsse artigo.

GRAVIDEZ EXTRA-UTERINA

Ruptura: A hemorragia intraperitonal constitui complicação freqüente da gravidez extra-uterina. Anuncia-se por dor abdominal súbita e muito violenta que surge em plena saúde sem razão aparente ou após um esforço ou coito, acompanhada de sinais de hemorragia interna (*q. v.*), abaloamento do abdómen e leve contractura da parede; ao mesmo tempo nota-se pequena hemorragia vaginal. Pelo interrogatório obtém-se a informação de suspeita de estado gravídico de pouco tempo ou, pelo menos, da ausência de um ou mais períodos menstruais. A confusão com o abôrto uterino evita-se tendo em conta a abundância da hemorragia externa que neste último caso é sempre muito maior.

TRATAMENTO: V. hemorragia interna.

HEMATEMESE

O vômito de sangue é, em geral, de fácil diagnóstico. A sua côr de café mais ou menos avermelhada é característica para quem a tenha visto uma vez. Nos casos de hematemese muito abundante e de anacloridria, o sangue pode conservar a côr natural. No caso de ruptura dum aneurisma da aorta no esófago, o sangue é rutilante como o das hemoptises.

As principais causas de hemorragia gástrica são a úlcera gastroduodenal e a cirrose hepática. Vêm depois as neoplasias gástricas, as afecções da veia porta ou da esplénica (esta última principalmente em crianças), estados varicosos do esófago e do intestino, pólipos e ulcerações tuberculosas do estômago, enfarte intestinal, alguns tumores intestinais, afecções hepáticas graves, diáteses hemorrágicas e ainda algumas raridades como

varizes jejunaes, etc. As hemorragias esofágicas e mesmo as hemoptises, quando o sangue é deglutido, podem simular a hematemese. No caso de hemoptise, o diagnóstico é, em regra, fácil.

TRATAMENTO: O tratamento difere um pouco segundo a causa da hematemese, mas em todos os casos se porão em acção os seguintes meios terapêuticos:

— repouso absoluto;

— injeccção de coagulantes por via subcutânea ou endovenosa (Coaguleno, Clauden, etc.) e de 0,5 a 1 g. de gliconato de cálcio (5 a 10 cm.³ do soluto injectável a 10 %), cuja acção se pode reforçar com a injeccção hipodérmica de 15 U. de extracto parati-reóide;

— abstinência de alimentação durante algumas horas, pelo menos;

— calmar o doente, se se encontra agitado, com injeccção de 0,25 a 0,5 mg. de bromidrato de escopolamina.

V. mais pormenores no artigo sôbre hemorragia gástrica e também, no caso particular, em *estados hemorragiparos*.

HEMOPTISES

O diagnóstico é, em geral, extremamente simples. O sangue tem aspecto rutilante e é projectado com a tosse em maior ou menor quantidade. A hemoptise é, muitas vezes, precedida duma sensação de prurido traqueal e de calor retro-esternal.

A distincção da hematemese é, quási sempre, fácil, pois neste caso o sangue é escuro e vem misturado com suco gástrico. A inspecção da bôca permite verificar se o sangue provém ou não da mucosa bucal. No caso de epistaxe observa-se na parede posterior da faringe descida de sangue das fossas nasais.

Sendo a tuberculose causa muito mais freqüente de hemoptises do que qualquer outra, está formalmente indicado, ainda quando êste acidente surge em plena saúde aparente, proceder a minucioso exame clínico e radiológico do doente, assim como ao exame bacteriológico da expectoração. Estes exames devem ser feitos, porém, só depois da terminação das hemoptises.

Em muitas outras circunstâncias se pode observar rejeição de sangue das vias aéreas, principalmente sob a forma de expectoração hemoptóica. Hemoptises propriamente ditas são produzidas, além da tuberculose, pelas seguintes afecções: carcinoma brônquico, bronquectasias, gangrena e abcesso do pulmão, traumatismos torácicos, sífilis pulmonar, aneurismas miliares das artérias brônquicas (hiper-tensão arterial), aneurismas dos grossos vasos, micoses pulmonares, bronquite pseudo-membranosa, intoxicações por gases de combate, periarterite nodosa e *distomum pulmonale*.

TRATAMENTO: Referiremos, em primeiro lugar, o tratamento de urgência das hemoptises dos tuberculosos, por serem as mais freqüentes e porque nos outros casos a terapêutica é semelhante, diferindo apenas em algumas particularidades que mencionaremos em seguida.

Em todos os casos recomendar-se-á o mais completo repouso, colocando o doente semi-sentado no leito, bem amparado com almofadas, e procurando ao mesmo tempo tranqüilizá-lo psicológicamente e, se necessário fôr, com os sedativos habituais (fenobarbital, brometos, opiáceos, estes últimos com particular indicação quando a tosse é excessiva). Interdição de falar. Afastamento de tôdas as pessoas cuja presença seja inútil. Abstenção de alimentos durante algumas horas. Em outros pormenores a conduta terapêutica difere, conforme a importância da hemorragia:

1. — **Hemoptises graves das formas cavitárias por ruptura dum vaso de calibre considerável:** A medica-

ção habitual é praticamente inútil; pode pôr-se em prática, como se indica no parágrafo imediato, mas, se a hemorragia não mostra tendência a cessar, só a instituição imediata dum pneumotórax pode salvar a vida do doente. Ao pôr em prática esta terapêutica, é indispensável saber *ao certo* qual o pulmão que sangra, e convém prevenir a família do doente da possível existência de aderências pleurais que impeçam a realização do colapso pulmonar. Suspensa a hemorragia, tratar prudentemente a anemia produzida pela perda de sangue de modo a não provocar a sua repetição (V. hemorragias internas, pág. 83).

2. — **Hemoptises moderadas, de repetição, das formas produtivas:** Evitar a tosse, administrando codeína ou etomorfina. Colocação duma bexiga de gelo sôbre os testículos ou os grandes lábios, ou no tórax do lado affectado (vasoconstrição reflexa ou efeito puramente psicológico?). Administração duma poção de gliconato ou cloreto de cálcio, por exemplo:

Cloreto de cálcio . . .	cinco gramas
Xarope de ópio, fraco . .	cem gramas
Xarope de goma, q. b. para	cento e cinqüenta cen-
	timetros cúbicos

1 colher de sopa, 4 a 5 vezes por dia,

ou injecção endovenosa de 10 cm.³ do soluto injectável a 10 % dos mesmos sais. A acção do cálcio poderá ser reforçada pela acção do extracto paratireóide (15 U. em injecção hipodérmica). Alguns autores recomendam, como particularmente eficaz, a injecção de extracto de lobo posterior da hipófise (1 empola de Pituitrin ou Hypophysina diluída em 5 cm.³ de água esterilizada por via endovenosa, muito lentamente). Dada a tendência espontânea dêste tipo de hemorragias para a cura, é muito difícil avaliar a real eficiência dêstes meios terapêuticos e de muitos outros que têm sido propostos.

3. — **Pequenas hemoptises e expectoração hemoptóica:** As indicações terapêuticas são as mesmas do

parágrafo anterior, mas menos severas. Parece intervir nestes casos um certo grau de fragilidade vascular, o que leva alguns autores a recomendar o uso de alimentos ricos em vitamina C, ou a ministração desta (0,05 g. de ácido *l*-ascórbico por dia).

Nos hipertensos pode ser útil a administração de hipotensores, como o *soluto alcoólico de nitroglicerina* (II a III gotas num torrão de açúcar que se deixa fundir lentamente na bôca).

Se há tendência à repetição das hemorragias, é usual administrar um sal de cálcio *per os* (gliconato ou lactato de cálcio) e injectar por via hipodérmica sôro sangüíneo ou qualquer outro coagulante (Coaguleno, Clauden, Manetol, etc.).

Nas hemoptises graves de qualquer natureza, convirá colocar garrotes na raiz dos quatro membros, de modo a acumular aí uma grande massa de sangue. Terminada a hemoptise, far-se-á reentrar lentamente êste sangue na circulação, desapertando os garrotes lentamente e um a um; se fôr necessário, poderá então ainda aumentar-se a quantidade de sangue circulante, tornando os membros exangues por enfaixamento apertado a partir da extremidade para a raiz.

Se se sabe qual o pulmão que sangra, é muito conveniente limitar os seus movimentos, colocando tiras de adesivo no hemitórax correspondente. O adesivo será colocado durante uma expiração profunda.

HEMORRAGIAS EXTERIORES

O diagnóstico de hemorragia exterior em curso faz-se à simples inspecção.

TRATAMENTO: O tratamento imediato deve ser realizado sem delongas e consiste em sustar de qualquer modo a hemorragia por compressão do vaso que san-

gra; se a hemorragia é de um dos membros, apertar fortemente um laço acima do ponto ferido. Este laço não deve ser mantido durante mais de duas horas e, por isso, deve-se sempre reclamar a intervenção cirúrgica urgente, a fim de evitar perturbações da nutrição nos tecidos assim privados de circulação sangüínea. Exceptuam-se naturalmente as hemorragias de pequenos vasos, principalmente de veias, em que a simples compressão pode sustar definitivamente a perda de sangue. No caso do doente ter já perdido muito sangue, a primeira coisa a fazer, depois de provisoriamente parada a hemorragia, é colocá-lo em decúbito horizontal, sem almofada sob a cabeça, e procurar aumentar a massa sangüínea. O melhor meio consiste na transfusão de 300 a 500 cm.³ e mais, conforme o volume de sangue perdido; se esta não é imediatamente possível, o que constitui a eventualidade mais freqüente, injectar lentamente por via endovenosa 250 a 500 cm.³ de *solutio injectável de cloreto de sódio* ou, de preferência, de sôro de Ringer ou de Tyrode. Além disto ou antes disto, ligar fortemente os membros do ferido com ligadura de gaze ou quaisquer tiras de pano, da extremidade para a raiz, de modo a torná-los exangues, fazendo assim entrar na circulação visceral o sangue que êles continham.

A injeção de medicamentos vasoconstritores (levorenina, efedrina, Veritol, etc.), eventualmente associados a estimulantes centrais (cânfora, cafeína, Cardiazol, etc.), pode ser tentada em pequenas doses, mas é quási sempre inútil, porque a vasoconstrição, que assim se procura produzir, já se estabeleceu pela acção de mecanismos fisiológicos; o emprêgo de doses elevadas dos mesmos medicamentos não é aconselhável, porque, piorando a irrigação dos tecidos, parece favorecer o aparecimento do estado de choque. Se êste se estabelece, pôr em prática as indicações terapêuticas adequadas (V. pág. 16).

Não se esquecerá que nas crianças, hemorragias, mesmo moderadas, podem ter conseqüências muito graves. As perdas de sangue devem ser reparadas muito mais completamente do que no adulto por meio de transfusões de sangue em quantidade suficiente.

HEMORRAGIA GÁSTRICA

Hematemese e melena são as duas, ou só a segunda, conseqüência forçada da hemorragia gástrica. Muitas vezes, porém, aparecem primeiro os sintomas gerais da perda de sangue que podem ir desde simples sensação de fraqueza até ao mais severo colapso com perda de consciência e pulso filiforme. Se o doente era portador duma úlcera dolorosa, nota-se que as dores desaparecem súbitamente por completo. Por vezes, como dissemos, não chega a haver hematemese: só a melena, no dia seguinte, vem confirmar ou esclarecer o diagnóstico.

A causa mais freqüente da hemorragia é a úlcera gastroduodenal, mas, além dela, a gastrite pode dar hemorragias idênticas, assim como a cirrose hepática e o câncer (estas, em geral, menos abundantes e fora, portanto, do âmbito da medicina de urgência). Muitos outros estados e afecções podem ser causa de hemorragia gástrica, como foi apontado no artigo sobre hematemese. O seu diagnóstico diferencial é, muitas vezes, fácil, mas em alguns casos pode ser extremamente difícil ou mesmo imediatamente impossível, e sai fora do quadro desta obra, visto que o tratamento imediato é em todos os casos idêntico.

TRATAMENTO: Em primeiro lugar, como em tôdas as hemorragias, repouso absoluto. Contra as náuseas e movimentos do estômago, injeção subcutânea de 1 mg. de sulfato de atropina. Para favorecer a coagulação do sangue é usual o emprêgo de medicamen-

tos tromboplásticos em injeção (Coaguleno, Clauden, etc.), assim como de cloreto, lactato ou gliconato de cálcio, embora nada se saiba ao certo sobre a sua eficácia. Nos casos em que a anterior alimentação do doente faça supor deficiência de ingestão de vitamina C, está indicada a administração parentérica desta substância (0,15 a 0,30 g.).

Abstenção completa de alimentação por via oral; podem administrar-se, com o fim de diminuir a acidez gástrica, pequenas doses de pós neutralizantes e adsorventes, repetidas vezes, como por exemplo:

Subcarbonato de bismuto	dez gramas
Caulino	} aã cinco gramas
Carbonato de cálcio	
Oxido de magnésio	
Bicarbonato de sódio	

Meia colher de chá de 3 em 3 horas.

Se a perda de sangue foi muito grande, é necessário tratar o estado pós-hemorrágico, mas êste tratamento deve ser prudente, porque a subida de pressão sangüínea pode acarretar a produção de nova hemorragia. O alvo a atingir consiste em tolerar a perda de sangue que é o mais importante factor de hemostase, mas evitar a todo o custo o aparecimento do estado de choque (V. hemorragias internas, pág. 83).

Terminada a hemorragia, após 1 a 2 dias de completo repouso gástrico, iniciar-se-á progressivamente a alimentação do doente com pequenas refeições repetidas de duas em duas horas e compostas de leite e de alimentos em forma de pureias. Deve dizer-se que a severidade dêste regime tende a atenuar-se desde que Meulengracht apresentou uma grande série de casos em que os doentes eram desde o início alimentados, segundo o seu apetite, com pureias variadas, e em que a mortalidade não excedeu 1 %.

No caso de hemorragias graves e repetidas, deve discutir-se a indicação operatória. Esta indicação é,

contudo, das mais difíceis de estabelecer, pois a intervenção é grave por causa da debilidade do doente, mas o seu adiamento pode causar a morte e, por outro lado, mesmo depois de hemorragias abundantes e repetidas, pode produzir-se a cura espontânea.

HEMORRAGIAS INTERNAS

Constituem um grupo de hemorragias em que não há saída de sangue para o exterior, pelo menos imediata. Assim consideradas compreendem dois grandes grupos:

a) Hemorragias que, independentemente da perda de sangue, acarretam perturbações mais ou menos graves em virtude do lugar em que se produzem (tecido nervoso, pericárdio, mediastino, etc.). O seu diagnóstico funda-se nas perturbações que resultam das lesões orgânicas e compressões assim ocasionadas. Considerando que estas perturbações podem ter outras causas, prevê-se como o seu diagnóstico será, muitas vezes, pouco firme, apenas apoiado em elementos de probabilidade como o aparecimento súbito, a existência de hiper-tensão arterial ou de discrasia sangüínea (V. estados hemorrágicos), a coexistência de hemorragias visíveis, etc. Os casos que requerem tratamento urgente encontram-se em diferentes artigos (apoplexia cerebral, etc.).

b) Hemorragias que, em virtude do seu volume, exibem sintomatologia geral análoga à das hemorragias exteriores. Observa-se então um quadro de colapso circulatório que apresenta a diferenciá-lo dos outros estados de choque o facto de se acompanhar de baixa da percentagem de hemoglobina (e dos elementos figurados) do sangue, baixa que progressivamente se acentua — ao contrário do que sucede em todos os outros casos (V. choque e colapso) —, e descoloração intensa

da pele e das mucosas. Quando a hemorragia se produz em pouco tempo, há inicialmente, em geral, um estado lipotímico, principalmente se o doente se encontra de pé no momento do acidente. Além disto, a presença do derrame sangüíneo em qualquer cavidade do corpo (pleura, peritoneu, etc.) produz sinais locais como macicez à percussão e flutuação (nos derrames peritoneais pouco ou medianamente volumosos êste sinal pode ser só perceptível no fundo de saco de Douglas ao toque rectal). As hemorragias produzidas no tubo digestivo podem ser também inicialmente ocultas, e dão então a mesma sintomatologia, mas, se não forem imediatamente mortais, o seu diagnóstico confirma-se pouco depois pela presença de sangue em vômitos ou nas fezes.

TRATAMENTO: Neste segundo caso, único de que nos ocupamos neste artigo, o tratamento deve ser sempre extremamente prudente, visto que se ignora, na maior parte dos casos, a natureza ou, pelo menos, a extensão das lesões. O restabelecimento da massa sangüínea, por injeção de soros artificiais ou por transfusão, faz correr o risco de aumentar ou de se reproduzir a hemorragia por subida da pressão sangüínea. O alvo a atingir consiste em evitar isto sem deixar, porém, que se estabeleça grave estado de colapso por diminuição excessiva da massa de sangue. Em todos os casos se deve colocar o doente em decúbito horizontal no mais absoluto repouso, suprimindo inteiramente todos os movimentos dispensáveis. É preferível cortar por completo a alimentação durante as primeiras horas e retomá-la em seguida prudentemente, começando por leite e sumo de frutas com açúcar. Se houver dispneia, há tôda a vantagem em colocar o doente numa atmosfera rica em oxigénio, o que só se pode realizar convenientemente por meio de dispositivos *ad hoc* conhecidos geralmente pela designação de *tendas de oxigénio*, dis-

positivos de que deveriam estar providos todos os hospitais. Entretanto procurar-se-á determinar o tempo de hemorragia, o tempo de coagulação, o número de plaquetas e o grupo sangüíneo, e corrigir-se-á qualquer eventual discrasia sangüínea pelos meios apropriados (V. estados hemorrágicos). É indispensável vigilância contínua do doente com freqüentes observações do pulso, da respiração, da taxa hemoglobínica do sangue, etc., para poder surpreender os primeiros sinais de agravamento do estado do doente que exigem aumento da massa sangüínea por meio de transfusões de pequenas quantidades de sangue (200 a 300 cm.³) que se repetirão o número de vezes que fôr necessário.

O tratamento cirúrgico está indicado e deve ser praticado de urgência nas hemorragias acessíveis como nos casos de gravidez extra-uterina, ruptura do baço, do fígado ou de vasos mesentéricos, etc., o que significa que, nestes casos, é sempre necessária a colaboração dum cirurgião.

HEMORRAGIA PUERPERAL

Caracteriza-se pela perda excessiva de sangue após o parto ou abôrto, o que se reconhece pela abundância da hemorragia vulvar, pela diminuição de tono do músculo uterino (ausência do «globo de segurança») e pelos sinais de anemia aguda (taquicardia, descoloração da pele e das mucosas, hipo-tensão, astenia, etc.). Deve notar-se que a hemorragia exterior pode não ser muito abundante quando, em consequência da inércia uterina, o sangue se acumula na cavidade do útero; neste caso, porém, nota-se à palpação do abdómen o aumento progressivo do volume do útero. Além desta hemorragia de proveniência uterina, podem observar-se outras hemorragias, em geral menos graves, devidas a lacerações do períneo, da vagina e do colo do útero.

TRATAMENTO: A hemorragia pode sobrevir antes da dequitação e, neste caso, pode ser útil a injeção de 1 a 3 U. I. de soluto de hipofisina, ou 0,2 mg. de tartarato de ergobasina (Basergine) por via intramuscular. Se a hemorragia continua, deve proceder-se à extracção da placenta com os maiores cuidados de assépsia, em virtude do grande risco de infecção puerperal.

Após a extracção ou saída espontânea da placenta, se o útero não se contrai, injectar-se-á 1 a 2 cm.³ do *soluto injectável de ergotino*, por via intramuscular, ou, melhor, 0,2 a 0,3 mg. de tartarato de ergobasina (Basergine) pela mesma via ou por via endovenosa, neste último caso, muito lentamente e em soluto diluído; pode também neste período injectar-se o soluto de hipofisina, eventualmente por via endovenosa, na dose de 3 a 5 U. I. com as mesmas precauções. Se esta terapêutica falha, o meio heróico de sustar a hemorragia consiste no tamponamento intra-uterino com auxílio dum tamponador.

Enquanto não se põe em prática a terapêutica indicada e enquanto não se verifica a sua acção hemostática, pode diminuir-se muito a intensidade da hemorragia, procedendo à compressão da aorta através da parede abdominal, que pode ser realizada por um auxiliar improvisado.

Logo que seja possível, procurar-se-á restabelecer a massa sangüinea com a introdução endovenosa lenta de 500 a 1.000 cm.³ de *soluto injectável de glicose, isotónico*, e preparar-se-á tudo para uma transfusão de sangue, desde que a hemorragia tenha sido abundante, ainda que a doente pareça melhorar com o sôro glicosado, pois estas melhoras são, muitas vezes, transitórias.

V. o tratamento das conseqüências da perda de sangue no artigo sôbre hemorragias exteriores (pág. 79).

HEMORRÓIDES

Hemorragia. — Pequenas hemorragias hemorroidárias são extremamente frequentes, mas não exigem qualquer tratamento de urgência. Estas hemorragias podem, contudo, tornar-se graves pela sua repetição, conduzindo a um estado de anemia intensa.

A ruptura dum botão hemorroidário volumoso pode ser seguida de hemorragia imediatamente grave pela sua abundância. Além da perda de sangue que se verifica facilmente, observa-se então o quadro da anemia aguda com ou sem colapso, como foi descrito no artigo sobre hemorragias internas (pág. 83).

TRATAMENTO: O fim a atingir é, em primeiro lugar, sustar a hemorragia. As hemorragias moderadas cedem, em geral, à aplicação de supositórios com medicamentos vasoconstritores, tais como:

Soluto de cloridrato de levorenina	dez gotas
Cloridrato de cocaína	três centigramas
Óleo de cacau	três gramas
F. s. a. um supositório. N.º 6.	

Fenazona	três decigramas
Extracto de beladona	um centigramma
Óleo de cacau	três gramas
F. s. a. um supositório. N.º 6.	

Soluto de cloridrato de levorenina	dez gotas
Extracto fluido de hamamélia	três decigramas
Óleo de cacau	três gramas
F. s. a. um supositório. N.º 6.	

Extracto de beladona	} aã um centigramma
Extracto de ópio	
Cloridrato de cocaína	três centigramas
Fenazona	três decigramas
Óleo de cacau	três gramas
F. s. a. um supositório. N.º 6.	

Se a hemorragia é mais abundante, administrar previamente um clister de água muito fria (10° a 12° C.) em que se pode ter dissolvido cêrca de 3 % de sulfato de alumínio e de potássio (alúmen).

Nos casos em que estes meios se mostram ineficazes, é necessário recorrer ao tamponamento da ampola rectal com gaze embebida em

Cloramina	um grama
Vaselina	cem grammas

e administrar ópio *per os* para evitar a defecação durante alguns dias.

O meio radical de sustar a hemorragia consiste na laqueação do vaso que sangra, após dilatação forçada do ânus sob anestesia geral.

Tratar ao mesmo tempo o estado de anemia (V. pág. 80).

Tromboflebite. — A tromboflebite hemorroidária manifesta-se por dores muito intensas e sensação de corpo estranho no ânus. A defecação e a emissão de gases são muito dolorosas, assim como a marcha e a posição de sentado. À inspecção encontra-se uma ou mais tumefacções edematosas cujo volume varia entre o de uma ervilha e o de uma noz, extremamente dolorosas à pressão, recobertas de pele ou também de mucosa, sob as quais se vêem uma ou mais manchas azuladas.

TRATAMENTO: O tratamento consiste em repouso no leito, alimentação lactovegetariana, banhos de assento quentes, aplicação de supositórios analgésicos, por exemplo:

Extracto de beladona	um centigrama
Amilocaína	cinco centigramas
(ou Cloridrato de cocaína)	três centigramas)
Oleo de cacau, q. b. para	um supositório,

e administração oral de parafina líquida para tornar menos dolorosa a defecação.

Obtém-se alívio imediato com a incisão das veias trombosadas e extracção do trombo — que salta espontaneamente nos casos recentes — sob anestesia local por infiltração com soluto de procaína.

HÉRNIAS ABDOMINAIS ESTRANGULADAS

O diagnóstico é fácil, em geral, se, em todos os doentes que bruscamente apresentam dores abdominais, vômitos e alterações da fácies, se toma como regra explorar sistemáticamente tôdas as regiões anatómicas onde se podem encontrar hérnias — orifícios inguinais e crurais, umbigo, linha branca, canal infrapúbico e qualquer cicatriz abdominal. Se não se encontra hérnia nestes lugares, pensar também nas localizações excepcionais: hérnia da linha semi-circular de Spiegel (bôrdo externo do grande recto), hérnia lombar, hérnia isquiática, hérnia do grande lábio e, finalmente, hérnia diafragmática. Esta última é inacessível à exploração clínica, mas o seu diagnóstico pode formular-se, como hipótese, quando as dores e a tensão abdominal se localizam na região supra-umbilical, principalmente se houve, há mais ou menos tempo, um ferimento da base do tórax.

Os sinais locais, bem conhecidos, consistem na irreductibilidade brusca da hérnia e nas dores, espontâneas e à pressão, na zona correspondente ao colo do saco.

TRATAMENTO. Intervenção cirúrgica urgente em tôdas as idades. Enquanto esta não é possível, compressas quentes sôbre a hérnia, banho geral quente e injecção de cloridrato de morfina (0,01 g.) com cafeína (0,25 g.).

HIPOCLOREMIA

A hipocloremia constitui, em rigor, um simples sintoma analítico que designa a descida do cloro do plasma (ou do sôro) abaixo do nível normal. Acompanha-se, porém, dum cortejo de sintomas clínicos que podem ser extremamente graves, mas que, na verdade, não são constantes nem unívocos, dos quais os mais importantes são os seguintes: depressão física e psíquica que pode ir até extrema prostração e estado comatoso (V. pág. 29), cefaleias, hipotensão arterial, oligúria e hiperexcitabilidade muscular. Analiticamente, além da baixa do cloro do sangue, encontra-se: azotemia aumentada sem anomalia de valor da xantorreação de Becher, aumento da reserva alcalina, acetonúria, alcalinidade urinária ($p_H = 7,3 - 7,8$), diminuição da amoniúria, intensa baixa da clorúria e aumento da percentagem de hemoglobina e do número de glóbulos rubros por mm.³ de sangue.

Não há relação precisa entre a intensidade dos sintomas clínicos e o grau da cloropenia. Na realidade, os factores mais importantes e verdadeiramente causais dêste síndrome são, na grande maioria dos casos pelo menos, a perda de sódio e a desidratação que a acompanha. As variações do cloro sangüíneo não constituem senão o testemunho, muitas vezes infiel, das modificações da natremia (1). O seu uso corrente, em lugar da determinação directa do sódio hemático, tem como único fundamento a facilidade do seu doseamento em comparação com a dificuldade de doseamento do sódio no sangue.

(1) Outro factor que faz variar a concentração do cloro no sangue é constituído pelas variações da reserva alcalina: a acidose produz migração do cloro do plasma para os glóbulos e a alcalose actua em sentido oposto.

Pode observar-se êste síndrome nas seguintes afecções:

- estenose pilórica ou duodenal;
- íleo;
- vômitos abundantes;
- diarreia abundante;
- sudação abundante;
- poliúria por administração de fortes doses de diuréticos;
- diabetes;
- esvaziamento repetido de ascites;
- pneumonia lobar e outras infecções;
- intoxicação pelos sais de mercúrio;
- insuficiência suprarrenal.

Em alguns dêstes estados a patogenia das perturbações observadas é complexa, representando a baixa do cloro plasmático apenas um dos factores em jôgo. É, por exemplo, o caso do íleo em que, pelo menos, um outro factor tem considerável importância — a distensão das ansas abdominais. Tudo isto obriga a ponderar convenientemente em cada caso o valor patogénico dêste dado analítico, de modo a não encobrir a necessidade de atender a outras circunstâncias eventualmente mais importantes.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência dêste estado consiste essencialmente no fornecimento de água e de cloreto de sódio ao organismo, em doses suficientes. Em alguns casos, quando se pode utilizar a via oral, está indicada a ingestão de caldos salgados e água em abundância. Em casos mais graves ou se há vômitos ou diarreia abundantes, injectar-se-á soluto esterilizado de cloreto de sódio a 20 % por via endovenosa (10 a 30 cm.³ por várias vezes) e sôro de Ringer ou, na sua falta, *soluto injectável de cloreto de sódio*, na dose de 2 a 4 litros nas 24 horas, por via hipodérmica ou, de preferência, em flebóclise.

Além disto, poderá auxiliar-se a fixação do sódio no organismo por meio da hormonoterapia cortico-suprarrenal (injecção intramuscular de 5 a 10 mg. de acetato de desoxicorticosterona) e não se deixarão nunca, evidentemente, de atender e tratar, segundo a sua importância, os outros possíveis factores patogénicos e etiológicos em causa.

HIPOGLICEMIA

A baixa de glicose no sangue, levada a ponto de produzir sintomas alarmantes e que necessitem de correcção imediata, encontra-se principalmente em indivíduos a quem se administrou insulina com fim terapêutico, mas em dose excessiva; quasi sempre se trata de diabéticos submetidos a tratamento insulínico. Além disto, podem observar-se estados hipoglicémicos análogos em várias outras condições, tôdas elas raras, a saber: hiperplasia e hipertrofia, assim como tumores benignos e malignos, das ilhotas de Langerhans, hepatites, tumores do fígado, febre amarela, atrofia amarela aguda do fígado, envenenamentos pelo fósforo, tetracloreto de carbono, benzol, clorofórmio, Sintalina, etc., caquexia hipofisária (doença de Simmonds), doença de Addison e após a tireoidectomia; também em indivíduos normais se podem observar estados hipoglicémicos, em consequência de esforços muito violentos e prolongados.

O estado de hipoglicemia manifesta-se inicialmente por intensa sensação de fome, suores, sensação de fraqueza, trémulo, taquicardia e leves perturbações psíquicas (entorpecimento). Na ausência de tratamento, o estado do doente agrava-se rapidamente até profunda perda de consciência com paralisias e convulsões, a que se segue, mais ou menos brevemente, a morte. Este estado de coma, aparecendo na prática quasi

exclusivamente em doentes submetidos ao tratamento pela insulina, na maioria dos casos diabéticos, deve ser cuidadosamente distinguido do coma acidótico cuja sintomatologia é, aliás, muito diferente (pág. 28).

TRATAMENTO: De início, os acidentes podem ser sustados pela ingestão de alimentos (de preferência sumo de frutas com açúcar, soluto de glicose ou sacarose). Se o paciente não pode engolir, administrar-se-ão estas substâncias por meio de sonda nasal. Nos casos mais graves, é mais rápida e mais eficaz a injeção endovenosa do *soluto injectável de glicose, hipertónico*, na dose de 15 a 30 cm.³. Enquanto não se dispõe deste, não se deixará de administrar açúcar de qualquer modo, e praticar-se-á uma injeção intramuscular de 1 mg. de cloridrato de levorrenina, ineficaz se estão esgotadas as reservas de glicogénio.

Não esquecer que é preferível que as doses de glicose sejam excessivas a serem insuficientes, principalmente quando o estado hipoglicémico é consecutivo ao uso de insulina-protamina-zinco. Neste caso, com efeito, é freqüente o choque recidivar depois de ter sido temporariamente corrigido.

Para o tratamento dos estados hipoglicémicos relacionados com a doença de Addison, v. o artigo *insuficiência suprarrenal aguda* (pág. 98).

ILEO

(OCLUSÃO OU OBSTRUÇÃO INTESTINAL)

Designa-se por este termo, como é sabido, a paragem completa ou, pelo menos, muito acentuada, brusca ou progressiva, da circulação normal do conteúdo líquido e gasoso do intestino delgado ou grosso.

São sinais comuns a todos os casos a falta de defecções alvinas e de emissão de gases intestinais, pelo

menos depois dum curto período durante o qual se pode ainda observar o esvaziamento do segmento intestinal subjacente ao obstáculo.

1. — **íleo mecânico**: Dor abdominal de sede variável com o lugar da oclusão, muito intensa mas não contínua (sintoma diferencial das perfurações viscerais e da peritonite aguda), seguida de vômitos, a princípio, incaracterísticos e, mais tarde, de cheiro fecalóide, borborigmos, meteorismo, de início localizado numa pequena zona do abdómen, correspondente ao segmento intestinal obstruído, e em seguida progressivamente generalizado, sêde intensa. A sintomatologia é tanto mais grave quanto mais alta é a oclusão. Em fase mais avançada, o doente apresenta intensa desidratação, aparecem progressivamente perturbações circulatórias e sinais de peritonite difusa. No caso de oclusão por corpos estranhos (cálculos veiscais, ascárides), a sintomatologia inicial é, em geral, um pouco frusta. A invaginação aguda dos lactentes e crianças apresenta um quadro clínico caracterizado pela gravidade do estado geral e pela emissão de fezes mucosas e sangrentas.

Por ordem de freqüência, as causas do íleo mecânico são: hérnias estranguladas, bridas peritoneais, tumores, invaginação, vólculo, cálculos biliares e outros corpos estranhos, estrangulamento de hérnias internas, divertículo de Meckel e outras anomalias.

TRATAMENTO: Abstenção total de alimentação. Intervenção cirúrgica imediata. Como preparação, administração de *soluta injectável de cloreto de sódio*, ou de sôro de Ringer e de *soluta injectável de glicose, isotônico*, em grandes doses, de preferência por via endovenosa, injeccção intramuscular de acetato de desoxicorticosterona (Cortiron, Percorten) e injeccção de 1 cm.³ do *soluta injectável de cloridrato de morfina* misturado com 0,5 cm.³ do *soluta injectável de bromidrato de escopolamina* e 0,5 cm.³ de *soluta injectável de cafeína*. Nos casos de obstrução por corpos estranhos, os anti-

-espasmódicos podem, em casos felizes, evitar a intervenção; empregar-se-á, por exemplo, o seguinte soluto:

Sulfato de atropina . . .	cinco]decimiligramas
Cloridrato de papaverina	cinco centigramas
Água redestilada . . .	três centímetros cúbicos

F. s. a. numa empôla, para injeccção subcutânea,

de que se poderão injectar 3 a 4 empôlas nas 24 horas, ou preparados especializados de acção análoga.

2. — íleo dinâmico (funcional):

a) *Paralítico*: Não há cólicas nem ruídos abdominais, nem rigidez de qualquer segmento intestinal. Observa-se dispneia por levantamento do diafragma, e meteorismo generalizado. Os vômitos são tardios. Esta forma encontra-se no período final das peritonites agudas, após operações abdominais graves, nos fortes traumatismos da parede abdominal, em cólicas renais, em alguns casos de apoplexia, em disenterias e colites graves e, embora raramente, em afecções medulares.

b) *Espasmódico*: Esta forma é muito mais rara e a sua sintomatologia é idêntica à do íleo mecânico, mas o estado geral conserva-se bom, muito tempo, e não há peritonite secundária. Faz excepção o caso de enfarte intestinal que apresenta sintomatologia extremamente grave (V. embolia e trombose das artérias celiaca e mesentéricas). Além da afecção que acabamos de mencionar, o íleo espasmódico pode ter como causa a tabe, a intoxicação saturnina e a hematorporfiria aguda.

TRATAMENTO: No íleo paralítico tratar-se-á, em primeiro lugar, a afecção causal, e êsse tratamento pode ser suficiente para resolver o caso. Além disso, estão indicados os medicamentos que estimulam o peristaltismo intestinal, como o cloridrato de acetilcolina (0,20 g. por via hipodérmica) ou o Doryl (meia a uma empôla de 8 em 8 horas), o soluto de hipofisina (5 a 10 U. I. por via hipodérmica), a Prostigmine

(1 cm.³ em injeção hipodérmica, de 3 em 3 horas, ou com maior intervalo), ou o salicilato de fisostigmina

Salicilato de fisostigmina	um miligrama
Água redestilada	dois centímetros cúbicos

F. s. a. e m. em uma empôla para injeção hipodérmica ;

clisteres glicerinados e compressas quentes no abdômen são também recomendáveis.

Em qualquer das formas pôr-se-á em prática o tratamento médico descrito para o íleo mecânico.

Na forma espasmódica, utilizar-se-á a combinação atropina-papaverina, segundo a fórmula atrás indicada (pág. 95), ou preparados sintéticos (Eupaverina, Trasentina, Octinum, etc.), além do tratamento etiológico quando êste fôr possível.

Em caso de enfarte, é indispensável a intervenção cirúrgica (V. embolia e trombose das artérias celíaca e mesentéricas, pág. 58).

INSOLAÇÃO E GOLPE DE CALOR

Em seguida à acção de calor excessivo, natural ou artificial, — imediatamente ou após um intervalo que pode atingir horas — aparece mal-estar, sudação, astenia, vômitos, bocejos, congestionamento da cabeça, cefaleias, convulsões dos membros, trémulo, parestesias, fenómenos de excitação dos órgãos dos sentidos; por vezes, estados crepusculares, e delírio. Nos casos leves o estado não se agrava e o restabelecimento faz-se com maior ou menor rapidez, mas há sempre a possibilidade de recaídas graves. Outras vezes, em seguida ao período prodrômico acima apontado, com ou sem intervalo de melhoras, instala-se um estado de coma (V. pág. 31) que se mantém mais ou menos tempo, por vezes dias, e pode terminar pela morte. Outras vezes ainda, o estado delirante agrava-se consideravel-

mente (forma particularmente grave) ou aparecem convulsões que podem tomar o aspecto de ataques epilépticos.

O diagnóstico fundamenta-se principalmente nos informes colhidos e na forte hiperpirexia (acima de 42° C., em geral) do doente. Os sintomas nervosos variam com a sede e intensidade das lesões produzidas (convulsões, paralisias, meningismo) e podem estabelecer confusão com outras afecções, nomeadamente com a apoplexia cerebral. O conhecimento da anterior exposição ao calor é insuficiente para excluir esta última hipótese, porque a acção do calor pode ser também causa ocasional de hemorragia encefálica.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência consiste, em primeiro lugar, em subtrair o doente à acção do calor e fazer baixar a temperatura com aplicações de água fria. O melhor é colocar o doente numa tina com água a 25° C. que se arrefecerá ainda um pouco mais, progressivamente, por adição de fragmentos de gelo. Na cabeça coloca-se um saco de gelo, e a superfície do corpo fricciona-se vigorosamente. O banho dura cerca de 30 minutos e repete-se com intervalos de 2 a 4 horas enquanto a temperatura rectal exceder 39° C. Se não fôr possível aplicar o banho de imersão, far-se-ão, pelo menos, freqüentes abluções com água fria. No caso de se suspeitar de hemorragia cerebral, a hidroterapia será posta de lado ou praticada com a maior prudência.

Além disto, colocar-se-á o doente em absoluto repouso e, para reparar a perda de líquido, administrar-se-ão bebidas frias; se o doente não pode beber, utilizar-se-á a via endovenosa ou a via rectal (gota-a-gota) para a introdução no organismo de sôro fisiológico.

Se sobrevêm alterações circulatórias ou respiratórias, estão indicados os estimulantes correspondentes (estricnina, cânfora, cafeína, Cardiazol ou Coramina, etc.).

Se se notam congestões viscerais passivas, está indicada uma sangria de 300 a 500 cm³.

INSUFICIÊNCIA SUPRARRENAL AGUDA

Este estado observa-se em duas condições:

1. — No decurso duma doença de Addison, a maior parte das vezes, já conhecida ou que é fácil caracterizar pela anterior existência da sintomatologia própria — melanodermia, adinamia, hipo-tensão arterial, perturbações digestivas, etc. O aparecimento é aparentemente espontâneo, mas, na maior parte dos casos, é possível relacioná-lo com exercício físico excessivo, excitações psíquicas ou erros dietéticos (alimentação pobre em sódio ou rica em potássio, avitaminose C). O diagnóstico destas «crises adissonianas» em que o doente se encontra em estado de coma mais ou menos profundo (coma suprarrenal) é, nestas condições, em geral, fácil e pode ser rapidamente confirmado pelo exame laboratorial do sangue (hipocloremia e hipoglicemia).

2. — Em consequência de trombose bilateral das veias supra-renais ou de hemorragias das duas glândulas (diáteses hemorrágicas). O quadro clínico é extremamente grave e muito semelhante ao de alguns síndromes abdominais agudos, tais como o íleo, a necrose aguda do pâncreas e a peritonite aguda. O diagnóstico seguro é quasi impossível, o que tem conduzido muitos destes doentes a intervenções cirúrgicas inúteis. O prognóstico é, aliás, sempre fatal; mesmo nos casos em que o tratamento mais racional foi instituído a tempo, a sua ineficácia tem sido sempre completa.

TRATAMENTO: Duas a três injeções seguidas, em lugares diferentes, de 10 mg. de soluto oleoso de acetato de desoxicorticosterona (Percorten, Cortiron, etc.); injeção subcutânea de 25 cm.³ de extracto aquoso de

córtex supra-renal (Cortin), também fraccionado em várias doses, e injeção endovenosa do mesmo preparado, na mesma dose, diluído em 1.000 cm.³ de soluto injectável a 1,5 % de cloreto de sódio e 1.000 cm.³ de soluto injectável de glicose a 5 ou 10 %, em flebóclise lenta. Alguns autores aconselham a seguinte fórmula:

Glicose	cem gramas
Cloreto de sódio	dez gramas
Citrato de sódio	cinco gramas
Água redestilada, q. b. para	mil centímetros cúbicos
Esterilize,	

a que se adiciona, imediatamente antes da injeção,

Extracto suprarrenal . . .	quinze a sessenta centímetros cúbicos.
----------------------------	----------------------------------------

Nas doze horas seguintes repetir-se-á a administração endovenosa de água, cloreto de sódio e glicose.

Nos dias seguintes é, em geral, necessário continuar a administração de acetato de desoxicorticosterona para evitar recaídas, pois nestes casos não basta o tratamento dietético (regime rico em hidratos de carbono, em vitamina C e hiper-cloretado).

Infelizmente, o elevado preço do extracto de córtex supra-renal e a dificuldade de o obter limita muito o número de casos em que o tratamento pode ser pôsto em prática como foi indicado. Em muitos casos teremos de utilizar exclusivamente a hormona sintética, menos rapidamente activa. Parece útil a associação aos solutos, para injeção endovenosa, acima indicados, de fortes doses de vitamina C (1 g.).

INTOXICAÇÕES AGUDAS

Em face dum intoxicado, o médico encontra-se em situações muito diferentes, conforme é ou não conhecido o veneno introduzido no organismo. No segundo

caso, antes de actuar, ou melhor, enquanto põe em prática o tratamento que tende à possível eliminação do tóxico não absorvido e a combater os sintomas mais alarmantes, o médico procura determinar qual o tóxico utilizado. Mesmo nos casos em que há informações do doente ou de familiares acêrca da natureza do veneno, o clínico precisa de conhecer os sintomas de cada intoxicação para verificar se há acôrdo entre aquela e êstes, pois pode a informação estar errada intencional ou acidentalmente. Em face disto, julgamos útil, neste importantíssimo capítulo da medicina de urgência, começar por apresentar um resumo da sintomatologia dos principais envenenamentos, inspirado na tabela de Robert e Hesse.

SINTOMATOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES AGUDAS

Pele e mucosas

Cianose	Anidrido carbónico. Barbitúricos. Quinina. Oxalatos. Alcool metílico. Estricnina e picrotoxina (durante as convulsões). Iodo. Nitrobenzol. Hidrogénio sulfurado. Benzina. Gasolina. Petróleo. Fluoretos.
Coloração cinzento-azulada das mucosas e da pele . . .	Anilina. Acetanilida (Antifebrina). Paracetofenetidina (Fenacetina). Fenazona (Antipirina). Amidofebrina (Piramidona). Clorato de potássio. Azotitos. Nitroglicerina.
Coloração rósea . . .	Óxido de carbono. Ácido cianídrico e cianetos.
Rubor facial	Êter. Alcoois etílico e amílico. Atropina. Escopolamina. Azotitos. Nitroglicerina. Curare. Dinitofenol.

- Exantema generalizado Anilina e derivados. Fenazona (Antipirina) e derivados. Quinina. Iodo. Arsénio. Atropina (nas crianças). Hidrato de cloral. Santonina.
- Palidez intensa Cocaina e similares.
- Icterícia (sintoma tardio) Fósforo. Clorofórmio. Feto macho. Cogumelos (*Amanita phalloides*). Hidrogénio arseniado. Clorato de potássio. Anilina e derivados. Nitrobenzol. Santonina.
- Secura das mucosas e da pele Atropina. Escopolamina. Cocaina. Cragagem. Botulismo.
- Sudação Fisostigmina. Pilocarpina. Insulina. Ópio. Nicotina. Azotitos. Nitroglicerina. Fenilidrazina. Fenazona. Amidofebrina. Salicilatos. Ácido acetilossalicílico. Curare. Dinitrofenol.
- Sensação de formiguelo na língua e na pele Aconitina. Veratrina (veratro, cevadilha).

Olhos

- Diminuição da visão Álcool metílico. Quinina. Santonina. Salicilatos. Aconitina. Bário. Feto macho (ao 3.º dia). Botulismo.
- Diplopia Álcool etílico. Botulismo.
- Dores oculares Álcool metílico.
- Conjuntivite Cloro. Bromo. Gases de combate. Amónia. Ácidos voláteis (clorídrico, azótico, acético).
- Paralisia dos músculos oculares Botulismo.

- Exoftalmia Ácido cianídrico e cianetos. Cocaina.
- Midriase Atropina. Escopolamina. Cocaina. Ácido cianídrico e cianetos. Barbitúricos. Aconitina. Santonina. Álcoois metílico e etílico. Éter. Clorofórmio. Hidrato de cloral. Dedaleira e outro cardiotônicos. Cogumelos (*Amanita muscaria*). Cravagem. Botulismo. Morfina (fase terminal). Cicuta.
- Miose Morfina. Pilocarpina. Fisostigmina. Nicotina. Feto macho. Fenois. Cogumelos (síndrome muscarínico, muito raro). Nitrobenzol.
- Xantopsia Santonina.

Ouvidos

- Zumbidos Quinina. Ácido salicílico e salicilatos. Ácido acetilossalicílico. Aconitina.
- Surdez Quinina. Quenopódio. Aconitina.

Aparelho respiratório

Cheiro do hálito:

- a amêndoas amargas Ácido cianídrico e cianetos. Água de loureiro-cerejeira. Amêndoas amargas e outras sementes de frutos de caroço (ameixas, pêssegos, damascos, abrunhos). Nitrobenzol.
- a alho. Fósforo. Arsénio (inconstante).
- a ovos podres Hidrogénio sulfurado.
- sui generis* Álcoois voláteis e bebidas alcoólicas. Ácido fórmico. Ácido acético. Éter. Clorofórmio. Iodo. Iodofórmio. Fenois voláteis. Paraldeido. Ópio. Essência de terebintina e outros óleos essenciais. Cânfora. Gasolina. Benzina. Petróleo. Naftalina. Tetracloreto de carbono.

Expectoração sangui- nolenta	Vapores nitrosos. Cloro. Bromo. Fos- génio e outros gases de combate.
Tosse espasmódica	Atropina. Venenos corrosivos. Botu- lismo.
Espasmo e edema da glote	Vapores nitrosos. Amoníaco. Cloro. Bromo. Fosgénio e outros gases de combate.
Polipneia	Cocaina. Dinitrofenol. Cravagem do centeio.
Secreção brônquica exagerada	Pilocarpina. Fisostigmina.
Dispneia	Cloro. Fosgénio e outros gases de com- bate. Vapores nitrosos. Formol. Ani- drido carbónico. Cianetos. Iodo. Nitrobenzol. Anilina. Benzina. Gaso- lina. Petróleo. Álcool metílico. Col- quicina. Fisostigmina. Clorato de potássio.
Ritmo de Cheyne-Sto- kes	Ópio. Morfina e derivados. Cocaina.
Respiração lenta e su- perficial	Morfina e derivados. Ópio. Barbitú- ricos (raramente).
Respiração lenta, es- tertorosa	Barbitúricos. Anidrido carbónico. Áci- dos corrosivos. Álcool etílico. Álcool metílico.
Respiração lenta, es- pasmódica, com alongamento da ex- piração	Ácido cianídrico e cianetos.
Edema pulmonar	Ácidos fortes voláteis. Amónia. Fisos- tigmina. Pilocarpina. Fosgénio e ou- tros gases de combate. Vapores ruti- lantes. Hidrogénio arseniado.

Aparelho digestivo

Corrosão dos lábios e da mucosa bucal com formação de escaras	Ácidos minerais fortes. Ácido acético. Ácido oxálico. Soda e potassa cáusticas. Fenol e cresol. Cloreto mercúrico.
Coloração dos lábios, da boca e das matérias vomitadas:	
amarela	Ácido picrico. Ácido azótico.
amarelo-avermelhada	Cromatos e dicromatos.
castanha	Iodo. Bromo.
azul	Sais de cobre.
verde	Verdete. Verde de Schweinfurt (acetarsenito de cobre).
negra	Ácido oxálico. Ácido sulfúrico.
Orla gengival côr de ardósia	Chumbo. Bismuto.
Sêde intensa	Atropina. Escopolamina. Cravagem do centeio. Cocaina. Arsénio Tálío.
Disfagia	Tóxicos corrosivos. Cantáridas. Estricnina. Atropina.
Sialorrea	Fisostigmina. Pilocarpina. Nicotina. Aconitina. <i>Amanita muscaria</i> . Santonina. Venenos cáusticos. Cicuta.
Vômitos sem diarreia.	Apomorfina. Sais de zinco. Nitrobenzol. Barbitúricos. Picrotoxina. Hidrogénio arseniado.
Vômitos com forte reacção alcalina .	Álcalis: Hidróxidos e carbonatos de sódio e de potássio. Óxido de cálcio. Amónia.
Vômitos e diarreia com fortes cólicas .	Arsénio. Antimónio. Digitálicos. Colquicina. Nicotina. Ipecacuanha. Sais solúveis de bário. Veratrina. Sais de cobre. Cloretos de mercúrio. Feto macho. Essências. Cogumelos (<i>Amanita phalloides</i> e <i>Helvella</i>). Intoxicações alimentares.

- Cólicas com obstipação Sais de chumbo.
- Diarreia sem ou com poucos vômitos . . . Óleo de cróton. Jalapa. Calomelanos. Feto macho. Fisostigmina. Pilocarpina.
- Vômitos de massas escuras, sanguinolentas e diarreia com sangue Ácidos minerais fortes. Ácido oxálico. Fósforo.
- Vômitos luminescentes na escuridão Fósforo.
- Fezes negras Sais de metais pesados (verificar se a cor não é devida à presença de sangue).
- Dores abdominais. Álcool metílico. Santonina. Fósforo. Fenol. Aconitina. Cantáridas. Colquicina. Hidrogénio arseniado.
- Meteorismo abdominal. Gasolina e benzina (ingestão).

Sistema nervoso

- Angústia Anilina e derivados. Cocaina. Dedaleira. Estrofantó.
- Astenia Insulina. Benzina. Ópio. Colquicina. Feto macho. Nitrobenzol. Nicotina. Cicuta. Antimónio.
- Perturbações de equilíbrio Cianetos. Óxido de carbono. Quinina. Atropina. Cocaina. Fenol. Alcoois amílico, metílico e etílico. Dedaleira. Azotitos. Cravagem. Feto macho. Nicotina. Veratrina. Cicuta. Sulfureto de carbono. Arsénio. Benzina. Gasolina.

- Cefaleias Fenol. Pirogalhol. Hidrogénio arseniado. Arsénio. Azotitos. Nitroglicerina. Sulfureto de carbono. Óxido de carbono. Anidrido carbónico. Ácido picrico. Álcool amílico. Cânfora. Benzina. Gasolina. Feto macho.
- Perda de consciência, coma Ópio. Morfina e derivados. Hidrato de cloral. Anestésicos gerais. Barbitúricos. Óxido de carbono. Anidrido carbónico. Acido cianídrico (morte muito rápida). Hidrogénio arseniado. Fenol. Formaldeído. Cravagem do centeio. Anilina e derivados. Cicuta. Dedaleira. Nicotina. Oxalatos. Arsénio. Chumbo.
- Estado de embriaguez Álcool etílico. Éter. Benzina. Gasolina. *Amanita muscaria*. Sulfureto de carbono. Peróxido de azoto. Santonina.
- Excitação, delírio, agitação maniaca . . . Álcool metílico. Dedaleira. Cantáridas. Atropina. Ergotino. Insulina. Hidrogénio sulfurado. Clorofórmio. Cocaína. Colquicina. Salicilatos. Aspirina. Cânfora. Artemisia. Salva. Noz moscada. Éter. Codeína. Diamorfina. Etomorfina.
- Mioclonias Barbitúricos.
- Convulsões tónicas e contracturas musculares Estricnina. Álcool metílico (tardamente). Nicotina (tónicas e clónicas).
- Convulsões clónicas . . Sais de amónio. Sais solúveis de bário. Cianetos. Oxalatos. Fluoretos. Sais de potássio. Atropina. Cocaína. Nicotina (face). Picrotoxina. Santonina. Óleos essenciais. Benzina. Gasolina. Fenol. Nitrobenzol. Acetanilida. Paracetofenetidina. Cantáridas. Hidrogénio sulfurado. Ópio (nas crianças).

Cãibras nos membros inferiores	Sais de bário. Botulismo.
Trémulo muscular	Colquicina. Dedaleira. Sais de potássio. Santonina. Benzina. Gasolina.
Dores muito intensas	Estricnina.
Arrepios	Curare.
Perturbações da fala	Óxido de carbono. Anilina.
Perturbações de sensibilidade (parestesias e anestésias)	Ácido oxálico. Cravagem do centeio. Aconitina. Veratrina. Álcool metílico.
Paralísias sem perda de consciência	Curare. Colquicina. Sais de magnésio (via parentérica). Óxido de carbono (paraplegia inicial).
Paralisia de tipo Landry	Cicuta. Chumbo.

Aparelho circulatório

Pulso:	
pequeno e lento	Óxido de carbono. Fósforo. Álcool etílico. Oxalatos.
lento, mais tarde irregular e rápido	Dedaleira. Estrofanto. Nicotina. Quinina. Colquicina. Fisostigmina. Aconitina. Fenol. Cresol.
lento e hiper-tenso	Chumbo. Efedrina e similares. Pilocarpina.
muito lento	Ópio e derivados. Picrotoxina. Sais solúveis de bário.
pequeno e freqüente	Venenos corrosivos. Arsénio. Iodo. Atropina. Cocaína. Ácido picrico. Escopolamina. Cicuta. Feto macho. Óxido de carbono. Nitrobenzol. Barbitúricos (doses elevadas).
taquicárdico	Atropina. Escopolamina. Cogumelos (<i>Amanita muscaria</i>).

- Palpitações Nicotina. Cocaina. Dedaleira. Pilocarpina. Azotitos. Ácido cianídrico. Acetanilida. Paracetofenetidina.
- Hipo-lensão arterial . . Ópio. Morfina e derivados. Azotitos. Clorofórmio. Barbitúricos. Papaverina.
- Colapso Venenos corrosivos. Arsénio. Quinina. Cocaina. Botulismo. Nicotina. Cogumelos. Ácido acetilossalicílico. Salicilatos. Aconitina. Cantáridas. Óleos essenciais. Iodo. Fisostigmina. Feto macho. Antimónio. Mercúrio (doses fortes). Intoxicação alimentar.

Aparelho urogenital

Côr da urina:

- avermelhada Sulfonal. Santonina. Iodo. Iodofórmio. Hidrogénio arseniado. Cólquico. Formol. Ácidos fortes. Anilina. Acetanilida. Paracetofenetidina. Amido-febrina. Naftalina.
- acastanhada Clorato de potássio. Anilina e derivados.
- castanho-esverdeada Fenois (fenol, cresol, hidroquinona, pirogalhol, etc.). Alcatrão.
- Dores vesicais Cantáridas. Fenol. Formaldeído.
- Retenção de urina . . . Morfina e derivados. Ópio.
- Polaquiúria e disúria . . Cantáridas.
- Oligúria ou anúria . . . Oxalatos. Fluoretos. Mercúrio. Aconitina. Sulfonal.
- Poliúria Pilocarpina. Azotatos de sódio e de potássio. Cicuta. Curare. Sais de mercúrio (inicialmente).
- Priapismo Cantáridas.

Abôrto ou parto prematuro Sais de chumbo. Fósforo. Nitrobenzol. Pilocarpina. Cravagem do centeio. Cantáridas. Salicilatos. Quinina. Sabina. Arruda. Apiol.

Exame sumário da urina:

Cheiro a violetas Terebintina.

Glicosúria Curare.

Côr violeta, escura, com cloreto férrico Salicilatos. Ácido acetilossalicílico.

Com o cloreto de bário precipitado branco, insolúvel nos ácidos. Ácido sulfúrico.

Modificações da temperatura

Hipertermia Sais de zinco. Fósforo. Cocaina. Curare. Azotitos. Dinitrofenol. Barbitúricos. Fenazona. Botulismo.

Hipotermia Ópio. Morfina e derivados. Acetanilida. Paracetofenetidina. Fenazona. Amidofebrina. Quinina. Salicilatos. Ácido acetilossalicílico. Álcool metílico. Álcool etílico. Cravagem do centeio. Aconitina.

Sensação de calor intenso Azotitos. Nitroglicerina. Morfina. Dinitrofenol. Ácido acetilossalicílico. Salicilatos.

Modificações sangüíneas

Diátese hemorrágica Fósforo.

Sangue venoso rutilante Óxido de carbono. Ácido cianídrico.

Sêro sangüíneo corado pela hemoglobina Hidrogénio arseniado.

Este quadro servirá para orientar o diagnóstico, tomando em consideração os sintomas e sinais mais aparentes. A propósito de cada uma das intoxicações, se encontrará a sintomatologia mais pormenorizada e os recursos de que se pode lançar mão para esclarecer o diagnóstico, infelizmente nem sempre possível durante a vida do envenenado.

Exporemos agora rapidamente as linhas gerais do tratamento geral das intoxicações. No tratamento de urgência das intoxicações agudas há três fases a considerar:

1. — Tratamento geral que se aplica em todos os casos, com poucas exceções, e que deve ser pôsto em prática com a maior brevidade possível.

2. — Tratamento sintomático que, por vezes, se confunde com o tratamento patogénico e tem aqui enorme importância, pois pode permitir conservar a vida tempo suficiente para a eliminação do veneno.

3. — Tratamento específico de algumas intoxicações para o qual é necessário conhecer o tóxico introduzido no organismo ou, pelo menos, o grupo a que pertence.

— TRATAMENTO GERAL: Consiste essencialmente na eliminação do tóxico ingerido e pode realizar-se pelos seguintes meios:

a) Lavagem gástrica, começando, se fôr possível, por um neutralizante do tóxico — água albuminada (uma clara de ovo para 1 litro de água) no caso de metais pesados; soluto diluído de permanganato de potássio (1:500 ou 1:1.000) e outros precipitantes (5 cm.³ do *soluto alcoólico de iodo* em 1 litro de água, chá forte) no caso de alcalóides; sulfato de sódio na intoxicação plúmbica; *hidrato férrico magnésico* na intoxicação arsenical; suspensão de carvão animal na maior parte das intoxicações por venenos orgânicos. A lavagem de estômago está indicada formalmente quando a intoxicação é recente, mas é con-

veniente praticá-la em todos os casos, visto que nunca se pode ter a certeza de que já não existe veneno no estômago. A ingestão de tóxicos corrosivos constitui a única contra-indicação da lavagem gástrica. Quando o tóxico se elimina pelo estômago, a lavagem deve ser repetida de 30 em 30 minutos, deixando de cada vez no estômago um pouco dum dos neutralizantes adequados que acima citamos.

b) **Vómito.** A provocação do vômito está indicada quando ou enquanto não se dispõe de tubo para a lavagem e, depois desta, quando se trata de venenos insolúveis que têm forte tendência a aderir às paredes do estômago. A titilação da úvula ou da faringe é o processo mais simples e, muitas vezes, eficaz de provocar o vômito. Outro processo consiste na ingestão de várias substâncias que actuam sobre a parede gástrica, a saber:

— 1 colher, de sopa, de farinha de mostarda num copo de água fria;

— 15 a 30 g. de cloreto de sódio ou de sal comum num grande copo de água quente;

— 1 a 2 g. de sulfato de zinco em 100 a 150 cm.³ de água quente;

— 30 a 60 cm.³ de xarope de ipecacuanha, a repetir passados 15 minutos, se fôr necessário (pouco aconselhável).

Outras substâncias actuam centralmente, mas têm o inconveniente de ser depressoras do sistema nervoso central. Se esta acção accessória não constitui contra-indicação, o seu emprêgo é de maior utilidade. O tipo destes fârmacos é o cloridrato de apomorfina que se introduz por via subcutânea na dose de 5 a 10 mg. (0,5 a 1 cm.³ do seu soluto injectável oficial).

Nos envenenamentos pelos narcóticos, todos estes processos de provocação do vômito são, muitas vezes, ineficientes.

c) **Purgação.** Realiza-se na maioria dos casos pela ingestão de 30 cm.³ de soluto saturado de sulfato

de magnésio que pode também ser introduzido pelo mesmo tubo com que se acabou de praticar a lavagem de estômago.

— TRATAMENTO SINTOMÁTICO: Em muitos casos, principalmente quando a evolução da intoxicação é demorada, há uma série de cuidados a tomar, de que depende em grande parte o êxito da terapêutica. Tais são:

repouso e tranqüilidade do doente, com freqüentes mudanças de posição;

manutenção da temperatura do corpo por aquecimento do ambiente e emprêgo de escafetas;

introdução de água e alimentos no organismo, pelo menos de hidratos de carbono, o que se consegue pela flebóclise lenta de *soluto injectável de glicose, isotónico*;

aspiração de exsudatos traqueobrônquicos por meio duma cânula traqueal;

freqüentes cateterismos vesicais e clisteres para evacuação dos cólones;

tratamento do estado de colapso se êste se instala (V. choque), insistindo particularmente no uso dos medicamentos estimulantes (cânfora, cafeína, estricnina, levorrenina, atropina, Cardiazol, Coramina, Simpatol, Veritol, etc.), quando a intoxicação é devida a depressores do sistema nervoso central;

respiração artificial instrumental nos casos de inibição ou forte depressão do centro respiratório, assim como nos casos de paralisia dos músculos respiratórios. Em casos menos graves poderá bastar a inalação do oxigénio misturado com 5 a 7 % de anídrido carbónico e a injeccão subcutânea ou intramuscular de 0,01 a 0,02 g. de cloridrato de lobelina. Êste tratamento constitui, muitas vezes, a única probabilidade de salvar a vida do intoxicado, dando tempo à eliminação do veneno.

— TRATAMENTO ESPECÍFICO: V. cada uma das intoxicações em particular.

Além disto, o médico deve procurar não prejudicar de modo algum a investigação policial e médico-legal que porventura venha a realizar-se; neste sentido recomendará que se conservem inalterados todos os objectos, vómitos e dejectões, assim como restos de alimentos e medicamentos que se encontrem junto do doente. Sempre que seja possível, é preferível internar o doente num hospital ou, pelo menos, mudá-lo de quarto, aconselhando então que nada seja modificado no aposento em que se encontrava o paciente. Em caso de falecimento, a certidão de óbito deverá sempre mencionar a causa da morte, se tiver sido diagnosticada, ou designá-la como indeterminada no caso contrário, sejam quais forem as razões aduzidas para levar o médico a proceder de modo diferente. Havendo procedimento judicial, a lei dispensa o médico de depor ou prestar declarações «sôbre os factos que lhe tenham sido confiados ou de que tenha(m) conhecimento no exercício das suas funções ou profissão». (Dec. n.º 16.489, art.º 217.º). Segundo o Compromisso Deontológico da Ordem dos Médicos, o médico não deverá, porém, deixar de depor quando não encontrar na sua consciência razões que o levem a considerar confidencial o objecto do seu depoimento (Art.º 38.º), e tomará mesmo a iniciativa da revelação do segredo profissional quando «o silêncio comprometa a vida e honra dos clientes que lhe cumpre proteger, conduza a condenação dum inocente, ou favoreça um perigo social, mas só depois de o médico ter empregado com a maior discrição, todos os meios ao seu alcance para a evitar» (Art.º 47.º), e nos casos em que leis especiais estabeleçam restrição ao segredo profissional (Art.º 48.º). Em todos os casos em que o médico tenha dúvidas sôbre se deve ou não manter o segredo profissional, deverá recorrer à Ordem por intermédio do Conselho Regional a que pertença para que lhe indique a attitude mais conveniente.

*
* * *

Intoxicação pela acetanilida: V. intoxicação pela anilina.

Intoxicação pelo acetileno: Intoxicação acidental, quasi sempre industrial.

SINTOMATOLOGIA: Em alta concentração o acetileno puro produz um estado de narcose semelhante a narcose clorofórmica. A intoxicação industrial é complicada pela presença de impurezas muito mais tóxicas como o hidrogénio fosforado, o hidrogénio arseniado, o ácido sulfídrico e o óxido de carbono, o que faz com que a sintomatologia se assemelhe à de uma ou outra destas intoxicações. O diagnóstico é facilitado pelo cheiro característico do gás derramado no ambiente.

TRATAMENTO: V. nas intoxicações pelas substâncias acima designadas como impurezas.

Intoxicação pelo ácido acético: V. intoxicação pelo ácido fórmico.

Intoxicação pelo ácido acetilossalicílico, pelo ácido salicílico e pelos salicilatos: Intoxicação quasi sempre medicamentosa. Susceptibilidade individual muito variável.

SINTOMATOLOGIA: Náuseas e vômitos (mais pronunciados com o ácido salicílico), raramente diarreia. Zumbidos de ouvidos. Por vezes, apatia, outras vezes, principalmente em alcoólicos e diabéticos, estados de excitação com delírio alegre. Sudação excessiva e sensação de calor. Erupções cutâneas raras. Perturbações visuais pouco frequentes. Nos casos mais graves, dispneia com respiração profunda e acelerada (acidose), a que se segue estado de choque e inconsciência parcial ou completa. Têm sido descritos casos com hemorragias do nariz, do tubo digestivo e do útero. Estas

últimas têm sido, raramente, causa de abôrto. Em casos de idossincrasia, o ácido acetilossalicílico pode produzir congestão nasal, palpebral, faríngea, dos lábios ou das extremidades, assim como erupções urticarianas. O salicilato de metilo comunica o seu cheiro característico aos vômitos e à urina.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago seguida de purgante salino. Inalação de oxigénio. Estimulantes centrais (cânfora, Cardiazol ou Coramina). Soros artificiais em largas doses.

Intoxicação pelo ácido azótico: V. intoxicação pelos ácidos minerais fortes.

Intoxicação pelo ácido carbólico: V. intoxicação pelo cresol.

Intoxicação pelo ácido cianídrico e cianetos: Intoxicação accidental por cianetos alcalinos, por injecção de empôlas com dose errada de cianeto de mercúrio, por dose excessiva de água de loureiro-cerejeira ou de soluto de benzaldeídocianidrina, ou por ingestão de grandes quantidades de conteúdo dos caroços de amêndoas amargas, de pêsego e de ameixa; suicídio. Dose letal média: — 0,05 a 0,08 g.

SINTOMATOLOGIA: A intoxicação por doses altas produz convulsões, perda de consciência e morte em 1 a 2 minutos. Doses mais pequenas originam, dentro de poucos minutos, vertigens, palpitações, angústia precordial, dispneia, dilatação pupilar e exoftalmia; a respiração torna-se difícil e lenta por alongamento da fase expiratória e, finalmente, o doente perde consciência, sobrevêm convulsões com evacuação da bexiga e do intestino, depois paralisias, e a morte não se faz esperar. Para o diagnóstico é importante o cheiro característico do hálito (indistinguível, porém, do do nitrobenzol) a amêndoas amargas, e a côr rósea, não cianótica do rosto, apesar da intensa dispneia.

TRATAMENTO: A maior parte das vezes, a rapidez da evolução torna impossível o ensaio de qualquer tratamento. Em alguns casos, porém, tem sido possível salvar a vida do intoxicado, instituindo, com a maior rapidez, a seguinte terapêutica:

Inalação de algumas gotas de azotito de amilo, repetidas vezes, com intervalos de 1 a 2 m. e respiração artificial. Mandar preparar 50 cm.³ de soluto de azotito de sódio a 2 % e 200 cm.³ de soluto de hipossulfito de sódio a 30 % em frascos de Erlenmeyer (esterilização por simples ebulição). Entretanto, lavagem de estômago com soluto de permanganato, a cerca de 0,2 %, ou de água oxigenada diluída ao vigésimo, e injeção de analépticos cardiorrespiratórios, mantendo sempre a respiração artificial. Logo que se disponha dos solutos indicados, praticar a injeção endovenosa de 5 a 10 cm.³ do soluto de azotito de sódio e, 30 minutos depois, de 10 a 20 cm.³ do soluto de hipossulfito. Alternar estas duas injeções de meia em meia hora até ao total de 1 gr. de azotito de sódio, se fôr necessário. Se há grande baixa da pressão sangüínea, injeção intramuscular de 0,5 a 1 cm.³ de Veritol ou de 10 a 25 mg. de sulfato de efedrina.

Intoxicação pelo ácido cítrico: V. intoxicação pelo ácido fórmico.

Intoxicação pelo ácido clorídrico: V. intoxicação pelos ácidos minerais fortes.

Intoxicação pelo ácido fénico: V. intoxicação pelo cresol.

Intoxicação pelos ácidos fórmico, acético, láctico, tartárico ou cítrico, mencionados por ordem decrescente de causticidade e toxicidade:

SINTOMATOLOGIA: Irritação gastrointestinal que se traduz por vômitos e diarreia, por vezes com sangue quando se trata dos ácidos fórmico ou acético. Os mes-

mos ácidos produzem irritação das vias respiratórias e cheiro característico do hálito e dos vômitos.

TRATAMENTO: Ingestão de alcalinos e de mucilagens (V. tratamento da intoxicação pelo ácido oxálico). Prognóstico favorável, quási sempre.

Intoxicação pelo ácido láctico: V. intoxicação pelo ácido fórmico.

Intoxicação pelos ácidos minerais fortes (azótico, clorídrico e sulfúrico):

SINTOMATOLOGIA: Formação de escaras labiais e bucais, umas vezes profundas, outras vezes mais superficiais, duras e quebradiças, escuras no caso do ácido sulfúrico, amarelas e mais superficiais com o ácido azótico, e branco-acinzentadas com o ácido clorídrico. Imediatamente após a ingestão, sobrevêm violentas dores que impedem os movimentos de deglutição e tornam os vômitos extremamente penosos. As matérias vomitadas têm reacção fortemente ácida e côr idêntica à das escaras; contêm também, muitas vezes, sangue. Diarreia, particularmente com o ácido clorídrico. Em casos menos graves (ácidos diluídos), sinais de gastrenterite. Pulso pequeno e hipotenso; o arrefecimento da pele e das extremidades anunciam a entrada em colapso. Na urina encontra-se, em quantidade apreciável, o ácido ingerido que se pode identificar facilmente. Os ácidos sulfúrico e azótico produzem, em igualdade de concentrações, lesões mais profundas do que o ácido clorídrico. Os ácidos azótico e clorídrico inalados produzem irritação traqueobrônquica e podem dar espasmo da glote e edema da laringe, susceptível de causar a morte por asfixia.

O prognóstico depende da quantidade e da concentração do ácido ingerido, assim como da prontidão e eficiência dos socorros. Com os ácidos puros ou pouco diluídos — se na realidade foram deglutidos — o prognóstico é sempre fatal.

TRATAMENTO: Lavagem da boca com grande quantidade de água simples ou com sabão, e ingestão de leite ou de água com claras de ovos, se fôr possível adicionados de óxido de magnésio ou hidróxido de cálcio em altas doses (50 a 200 g.); se não houver melhor, utilize-se a cal da parede, a água de sabão ou cinzas vegetais, pois é indispensável actuar o mais depressa possível. Em nenhuma circunstância se pode considerar admissível deixar de prestar *imediatamente* estes primeiros socorros. Pode, em seguida, administrar-se azeite ou qualquer outra gordura sem sal, que acalmam as dores. Lavar abundantemente com solutos alcalinos as superfícies cutâneas lesadas, e os olhos, se foram atingidos, com soluto de borato de sódio a 3 % ou água pura.

A introdução da sonda gástrica e o uso de vomitivos estão, em todos os casos de ingestão de substâncias corrosivas, formalmente contra-indicados. A neutralização do ácido com carbonatos oferece perigos (distensão do estômago pelo anidrido carbónico, o que facilita a sua ruptura).

Depois de neutralizado o ácido, procurar-se-á atenuar as dores com aplicação de soluto de cloridrato de cocaína a 2 % nas escaras, ingestão de leite gelado e injeção de morfina, se fôr necessário. Se há sinais de colapso, tratamento adequado (V. choque, pág. 16).

Intoxicação pelo ácido oxálico e pelos oxalatos (sal de azedas): Intoxicação accidental ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Lesões da mucosa bucal, mas muito menos acentuadas do que com os ácidos minerais fortes. Grande astenia muscular. Vômitos. Diarreia sanguinolenta. Palidez ou cianose. Suores frios. Progressivo enfraquecimento do pulso. Contrações rápidas dos músculos da face; raramente convulsões generalizadas. Parálisias. Nas intoxicações graves, morte em coma profundo no primeiro dia. Em casos menos gra-

ves, anúria e intensa fadiga nos dias subseqüentes. Na urina e nas fezes encontram-se cristais de oxalato de cálcio.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com água adicionada de sais solúveis de cálcio (gliconato, lactato ou cloreto). Ingestão de mucilagens (cozimento de salepo) ou de leite açucarado, adicionados dos mesmos sais. Injecção de soluto injectável de gliconato de cálcio a 10 % em doses elevadas. Tratamento sintomático, principalmente injecção de analépticos cardiorrespiratórios (cafeína, estricnina, Coramina, Cardiazol).

Intoxicação pelo ácido pirogálico: V. intoxicação pelo pirogalhol.

Intoxicação pelo ácido sufúrico: V. intoxicação pelos ácidos minerais fortes.

Intoxicação pelo ácido tartárico: V. intoxicação pelo ácido fórmico.

Intoxicação pela aconitina e pelo *Aconitum Napellus* (acónito, napelo ou matalobos): Intoxicação medicamentosa ou intencional. Dose letal média: — 2 a 3 mg. de aconitina.

SINTOMATOLOGIA: Sensação de calor e de formiguelo na ponta da língua, a princípio, mas que se pode depois estender a tôda a cavidade bucal, aos lábios, ao rosto, às pontas dos dedos, ao tórax e ao abdómen. Sensação de tensão e pêso na cabeça, seguida de dores nevralgias ao longo dos ramos sensitivos do trigêmeo. Cólicas e hematemeses. Salivação. Por vezes, vômitos. Arrefecimento. Angústia. Consciência intacta. Zumbidos, surdez. Ambliopia. Vertigens. Pulso dícroto, pequeno; a princípio, pode haver bradicardia; depois, taquicardia com dissociação aurículo-ventricular (frequência ventricular superior à auricular). Oligúria. Polipneia e depois bradipneia com dispneia. Morte por

colapso cardiovascular ou paralisia respiratória, precedida, em geral, de convulsões. Os sintomas aparecem desde poucos minutos até uma hora após a ingestão do tóxico. Nos casos mortais a sobrevivência não excede seis horas; com doses fortes a morte pode ser quasi instantânea.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de tanino a 0,5 % ou água iodada (5 ou 6 cm.³ do *soluto alcoólico de iodo* ou do *soluto iodo-iodetado* em 1 l. de água tépida). Ingestão da mesma água iodada, aos meios copos. Se não se obtém qualquer destes medicamentos rapidamente, lavagem gástrica com água simples e, em seguida, ingestão de infuso forte de chá. Aquecimento do intoxicado com botijas, banho quente ou calor radiante (lâmpadas ou radiadores eléctricos). Estimulantes cardiorrespiratórios: cafeína, éter, cânfora, Cardiazol, Coramina, bebidas alcoólicas quentes adicionadas de algumas gotas de *soluto alcoólico de amônia, anisado*.

O *Delphinium staphisagria* (paparraz, erva piolheira ou astafiságria) contém a delphinina que dá sintomatologia semelhante, mas é muito menos tóxica.

Intoxicação pelo álcool amílico (constituente do álcool obtido por destilação da batata):

SINTOMATOLOGIA: Em doses pouco superiores a 0,5 g., produz perturbações cardíacas, intensa vasodilatação, cefaleias e vertigens. Com doses mais elevadas, coma e morte rápida. Diagnóstico facilitado pelo cheiro característico do hálito.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com suspensão de carvão animal. Estimulantes cardiorrespiratórios (estrícnina, cafeína, Cardiazol ou Coramina) e vasoconstritores (efedrina, Simpatol, Veritol) em injeção.

Intoxicação pelo álcool etílico e bebidas alcoólicas: A dose necessária para levar a estado que exija intervenção médica, é muito variável de indivíduo para

indivíduo e depende em grande parte da quantidade de bebidas alcoólicas habitualmente ingeridas.

SINTOMATOLOGIA: «O alcoolismo agudo é a embriaguez. Depois de libações mais ou menos copiosas feitas com bebidas alcoólicas, declara-se a embriaguez. Começa por um período de excitação; o bebedor tem olhar brilhante e face congestionada, torna-se loquaz e barulhento; deixa de ser senhor dos seus sentimentos; a alegria, a cólera, a tristeza são levadas ao extremo. Em seguida tem vertigens, a marcha torna-se cambaleante, experimenta considerável mal-estar no estômago, empalidece, o suor inunda-lhe o rosto, e produzem-se vômitos pelos quais rejeita parte das bebidas que tinha ingerido. Sob a influência dos vômitos o mal-estar desaparece, e o sono termina êste estado de embriaguez que não deixa depois dêle senão um pouco de embaraço gástrico. Mas nem sempre se produzem vômitos e as bebidas ingeridas não são expulsas; então ao período de excitação segue-se uma fase de depressão, o homem bêbedo cai sem conhecimento, a respiração é embaraçada e estertorosa como no coma, a anestesia e a resolução muscular completas» (DIEULAFOY). Em casos graves de intoxicação maciça por doses fortes de bebidas de alta graduação alcoólica, pode não haver período de excitação ou ser tão breve que passe despercebido. Dum ou doutro modo, é quasi sempre, nestas circunstâncias, que o médico é chamado a intervir, a maior parte das vezes porque se receia que tenha havido qualquer outra complicação, como, por exemplo, hemorragia cerebral. Além da resolução muscular e da respiração estertorosa já mencionadas, encontra-se congestão facial, pupilas dilatadas, pulso pequeno e hipotenso, pele fria e coberta de suores e, nos casos mais graves cianose e respiração irregular. O cheiro do hálito e dos vômitos põem, em geral rapidamente, na via do diagnóstico exacto. Não esquecer, porém, que o paciente pode ter absorvido outro tóxico

simultaneamente; reservar, portanto sempre, o prognóstico e não deixar de pôr em prática o tratamento geral das intoxicações, com o pretexto de que a embriaguez se dissipará espontaneamente. A associação de hemorragia cerebral ao alcoolismo agudo é excepcional, mesmo em hipertensos (acção vasodilatadora do álcool). Os traumatismos e, em particular, os traumatismos craneanos (queda ou agressão) são, pelo contrário, dum certa freqüência e sempre de suspeitar quando o estado de inconsciência se prolongue excessivamente. Em consequência da falha do mecanismo de defesa contra o arrefecimento, são, também freqüentes, complicações pulmonares. Outro perigo é constituído pelo aparecimento de vômitos no período de inconsciência, porque então as matérias vomitadas podem penetrar na traqueia e produzir a asfixia.

TRATAMENTO: Fazer deitar o paciente num leito improvisado no chão (para evitar possíveis quedas). Rodeá-lo de botijas com água quente ou, se fôr possível, começar por introduzi-lo num banho que se aquece progressivamente até 40° C. Lavagem do estômago com água tépida. Clister evacuador (1 l. de soluto de cloreto de sódio a 9 por mil com 30 g. de glicerina). Se fôr necessário, purgante salino que se introduz pela sonda gástrica. A ingestão de café forte com XV a XX gotas de amónia ou, melhor, 0,05 g. de Ortédrine (sulfato de fenilaminopropana) apressa, muitas vezes, o restabelecimento do paciente. Se o estado de depressão é muito intenso, é necessário o emprego de estimulantes mais enérgicos: cafeína, Cardiazol ou Coramina, efedrina, lobelina, estricnina, em doses suficientes. Respiração artificial e inalação de carbogénio, se há depressão do centro respiratório. Permitir completo repouso ao paciente, mudando-o, porém, freqüentemente de posição.

Intoxicação pelo álcool metílico: Intoxicação acidental ou por ignorância da toxicidade dêste álcool.

SINTOMATOLOGIA: Os sintomas de intoxicação podem manifestar-se somente depois de 24 a 36 horas. Cefaleias intensas de sede frontal, vertigens, trémulo, dores no dorso e na região lombar, formigueiros nos dedos e nas pernas, desorientação, perda de memória, excitação que se pode manifestar por verdadeiros acessos maníacos, seguida de sonolência que pode ir até ao coma, com convulsões tónicas (opistótono) na fase terminal; sensação de constrição torácica, respiração profunda, dispneica, com ritmo de Cheyne-Stokes em casos graves, cianose intensa, pulso pequeno e taquicárdico; temperatura sub-normal e sensação de frio; pupilas dilatadas, por vezes sem reacção, trémulo palpebral, visão nebulosa com perda de distinção das cores; náuseas, cólicas, por vezes vômitos e, raramente, diarreia. Os sintomas mais característicos são a profunda respiração dispneica, a dilatação pupilar, as perturbações visuais, a hipotermia e a sensação de frio. Tem ainda importância para o diagnóstico o cheiro acetónico do hálito e a presença de ácido fórmico na urina.

TRATAMENTO: Aquecer o intoxicado, rodeando-o de botijas de água quente. Lavagem gástrica, de preferência com soluto de bicarbonato de sódio a 5 % que se repetirá durante vários dias, e clisteres evacuadores com soro fisiológico. Administração endovenosa de soluto injectável de bicarbonato de sódio a 5 % e de glicose a 10 % (400 a 500 cm.³). A acção dos estimulantes centrais é duvidosa. Se predominam os fenómenos de excitação ou as dores, pode injectar-se o soluto de morfina-escopolamina:

<i>Soluto injectável de cloridrato de morfina</i>	1 cm. ³
<i>Soluto injectável de bromidrato de escopolamina</i>	0,4-0,6 cm. ³
<i>(Soluto injectável de cafeína</i>	0,4 cm. ³),

misturados na mesma seringa.

A atrofia do nervo óptico, que muitas vezes ocorre, não tem tratamento quer preventivo quer curativo.

Intoxicação alimentar e botulismo.

SINTOMATOLOGIA: As intoxicações alimentares manifestam-se por gastroenterite intensa, arrepios, febre elevada; raramente (nas formas graves e, por vezes, mortais), diarreia coleriforme; a doença dura uns dois ou três dias e atinge a maioria dos indivíduos que ingeriram o alimento contaminado (em geral carne, peixe ou marisco).

No botulismo predominam os sintomas nervosos que se instalam doze a trinta e seis horas após a absorção do alimento contaminado (conservas em lata, chouriço, presunto ou empadas): mal-estar, cefaleias, câibras nos membros inferiores, a que se seguem as características perturbações visuais: — diminuição da acuidade visual, diplopia, paralisia da acomodação, paralisia dos músculos oculares (particularmente do recto externo) e dilatação pupilar. Além disto, observa-se secura das mucosas e da pele, e, nos casos mais graves, paralisias, particularmente dos músculos da faringe e do esófago, alterações esfinterianas, etc. As intoxicações pelo álcool metílico e pelas solanáceas constituem as principais afecções com que há a fazer diagnóstico diferencial. O prognóstico desta afecção, ao contrário do que sucede com as intoxicações alimentares, é sempre muito grave.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago seguida da ingestão de 30 a 40 g. de sulfato de magnésio e, meia hora depois, de 1 gota de óleo de cróton em açúcar. Manter o doente convenientemente aquecido e administrar largas doses de carvão animal (2 a 6 colheres de sopa por dia). Não empregar medicamentos obstipantes. Compensar a perda de líquido pelo intestino com injecções endovenosas ou hipodérmicas de *solutio injectável de cloreto de sódio*. Utilizar os estimulantes

cardiorrespiratórios e os vasoconstritores em caso de colapso.

Nas intoxicações alimentares mais freqüentes basta, como purgante, o óleo de rícino (30 a 40 g.).

Intoxicação pelo Alonal: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela amidofebrina (*dimetilamino-fenilodimetilpirazolona* ou **Piramidona**) e **pela fenazona** (*fenilodimetilpirazolona* ou **Antipirina**): A toxicidade dêstes compostos só se manifesta com doses muito superiores às doses terapêuticas, a menos que não exista particular susceptibilidade (idiosincrasia).

SINTOMATOLOGIA: Náuseas seguidas de vômitos. Vertigens. Pulso pequeno e rápido. Prostração progressivamente mais acentuada. Pele fria e coberta de suores. Hiperpneia. Convulsões tónicas e clónicas, raramente. Em certos casos observa-se forte elevação de temperatura na intoxicação pela fenazona. Urina de côr carregada. A adição à urina de algumas gotas de soluto de cloreto férrico dá intensa coloração vermelha. A formação de metemoglobina é muito rara.

Morte por paralisia respiratória.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com água tépida adicionada de sal comum (2 colheres de chá rasas para cada litro de água) e freqüentes lavagens cólicas com o mesmo soluto. Aquecimento do doente com escalfetas ou calor radiante (lâmpadas ou radiadores eléctricos). Como estimulantes, um cálice de vinho do Pôrto ou uma colher de sopa de aguardente com XV a XX gotas de *soluto alcoólico de amónia anisado*, e injecções hipodérmicas de sulfato de atropina (0,5 a 1 mg.), de cloridrato de levórrenina (1 mg.) e de cafeína (0,1 a 0,25 g.). Em casos graves estão indicadas transfusões de 250 a 300 cm.³ e flebóclise lenta de 1.000 a 2.000 cm.³, de 12 em 12 horas, de *solutu injectável de cloreto de sódio* adicionado de

5 % de glicose. Em indivíduos pletóricos estas aplicações podem ser vantajosamente precedidas de sangria. Se há formação de metemoglobina, é útil o emprego de pequenas doses de azul de metileno (V. intoxicação pela anilina, pág. 128).

Se o estado de intoxicação se prolonga, é necessário não descurar a alimentação do doente, administrando-lhe leite, farinha, ovos, arroz, gelatina e açúcar sob a forma de alimentos não irritantes.

Intoxicação pelo Amital: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela amónia: Suicídio. A intoxicação accidental é rara, em virtude do cheiro muito intenso desta substância.

SINTOMATOLOGIA: Formação de escaras brancas e moles nos lábios e na mucosa bucal que produzem, assim como as lesões semelhantes do esófago e do estômago, violentas dores. Catarro laríngeo grave com formação de falsas membranas; tosse com acessos asfíxicos (espasmo e edema da glote) e com expulsão de falsas membranas. É freqüente êstes sintomas serem mais intensos do que os digestivos. Convulsões, principalmente nos membros inferiores e, mais tarde, paralisias. Urina com forte quantidade de ureia; contém muitas vezes hematina.

Morte por colapso, por asfixia ou, mais tardiamente, por pneumonia.

TRATAMENTO: Lavagem da bôca e gargarejo com solutos diluídos de ácidos fracos, e ingestão dos mesmos solutos; quási sempre se utilizam o vinagre ou o sumo de limão por serem, em geral, os que mais facilmente e mais rapidamente se obtêm, mas podem empregar-se também solutos diluídos (1 a 3 %) de ácido acético, cítrico (limonada cítrica) ou tartárico. O tratamento deve ser instituído o mais rapidamente que fôr possível. Na falta de qualquer das substâncias indicadas, far-se-á

pelo menos, a lavagem da bôca com água e estimular-se-á a ingestão da maior quantidade possível de água. A introdução da sonda gástrica está contra-indicada. Injecção de analépticos cardiorrespiratórios em caso de colapso. Se as dores forem muito intensas, injecção de cloridrato de morfina (0,01 g.) com sulfato de atropina (0,5 mg.) e cafeína (0,25 g.).

Intoxicação pelo anídrido carbónico: Intoxicação accidental em certas grutas, nas minas de carvão, em poços, na abertura de túneis e por gases de fossas.

Desde que o ar contém mais de 5 % de anídrido carbónico, aparece polipneia com movimentos respiratórios amplos; com 8 %, mal-estar e asfixia progressiva; a zona de 15 % é mortal. O ar puro contém 0,04 % de anídrido carbónico.

SINTOMATOLOGIA: Dispneia com profundos movimentos respiratórios, curto período de excitação psíquica, cefaleias, sensação de angústia; em seguida, perda de consciência (anestesia), respiração lenta, superficial. Morte por paralisia respiratória.

TRATAMENTO: Subtrair o intoxicado à acção do anídrido carbónico. Se isto não fôr suficiente, injecção de estimulantes cardiorrespiratórios, em particular de lobelina (0,02 g. de cloridrato de lobelina, por via intramuscular); respiração artificial e inalação de oxigénio, se há suspensão da respiração espontânea.

Intoxicação pela anilina, pela acetanilida, pela paracetofenetidina (Fenacetina) e por outros derivados (lactil, propionil, salicilfenetidina). Intoxicação accidental, medicamentosa ou, a maior parte das vezes, voluntária. A anilina é muito tóxica, a acetanilida apresenta ainda certa toxicidade, mas os outros derivados são dotados de acção tóxica muito mais fraca, sòmente manifestável com doses muito superiores às doses terapêuticas.

SINTOMATOLOGIA: Coloração azul dos lábios, orelhas e unhas, com palidez da pele que se encontra fria e,

nos casos graves, coberta de suores viscosos. Pulso pequeno e rápido. Sensação de angústia e palpitações. Temperatura sub-normal. Respiração penosa. Cefaleias. Estado mental variável desde perfeita lucidez até estado de excitação e delírio seguido de completa inconsciência. Em casos graves, colapso circulatório. Por vezes, erupções cutâneas de várias formas: placas eritmatosas, pruriginosas, urticária ou exantemas mais difusos do tipo morbiliforme ou escarlatiniforme. Urina escura (contém metemoglobina).

TRATAMENTO: Lavagem do estômago, mesmo nos casos em que a ingestão do tóxico se deu há muitas horas. Purgante salino, em seguida. Não administrar álcool nem gorduras (leite). Colocar o doente em decúbito com a cabeça baixa e mantê-lo convenientemente aquecido. Respiração artificial, de preferência com inalação simultânea de carbogénio. Fricções das extremidades. Estimulantes cardiorrespiratórios (cânfora, cafeína, estricnina, Cardiazol, Coramina, etc.), conforme fôr necessário. Injecção endovenosa lenta de soluto esterilizado de azul de metileno a 1 % na dose de 0,1 cm.³ por quilo de pêso do doente (para apressar a transformação da metemoglobina em hemoglobina). Em casos graves, principalmente se há hemólise intravascular, deve tentar-se a sangria seguida de transfusão imediata de sangue. Tratamento do estado de colapso (V. choque).

Intoxicação pelos sais de antimónio: A intoxicação aguda mais vulgar é a intoxicação accidental ou voluntária pelo tartarato de potássio e de antimónio (tártaro emético).

SINTOMATOLOGIA: Vômitos violentos e contínuos que expulsam a maior parte do veneno. Diarreia profusa, aquosa. Astenia acentuada. Se, o que é raro, parte do veneno foi absorvida, aparecem sinais de colapso circulatório com cianose, hipotermia e respiração fraca

e irregular, e pode seguir-se a morte por paralisia respiratória, após alguns movimentos convulsivos.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de tanino a 0,3 %, água de cal, suspensão de óxido de magnésio ou, melhor, com soluto de hexatantalato de potássio.

Se houve absorção do tóxico, tratamento do estado de colapso (V. choque), insistindo no emprêgo de estimulantes centrais, respiração artificial e inalação da mistura de oxigênio e anidrido carbônico (5 a 7 %).

Intoxicação pela Antipirina: V. intoxicação pela amidofebrina.

Intoxicação pelos compostos de arsênio: Constitui a intoxicação criminosa mais freqüente, em virtude da relativa facilidade com que se pode obter o anidrido arsenioso e do seu fraco sabor adocicado que facilmente passa despercebido; a intoxicação accidental e o suicídio são também freqüentes. A dose mortal é muito variável quando o tóxico é administrado em forma insolúvel; em soluto, tem havido casos de morte com doses de 0,1 g. (10 cm.³ do soluto de arsenito de potássio officinal).

SINTOMATOLOGIA: 1/2 a 2 horas após a ingestão, sabor acre na bôca e dores epigástricas, a que se seguem náuseas e vômitos incessantes, acompanhados de disfagia com sensação de constrição faríngea, ardor e secura da bôca até ao estômago, e de intensa sede. Ao mesmo tempo há abundantes evacuações alvinas, tenesmo e, em seguida, diarreia coleriforme com expulsão de pequenos retalhos de mucosa intestinal. O hálito e os vômitos têm cheiro aliáceo. Pouco a pouco, as forças diminuem, o doente queixa-se de vertigens, espasmos musculares, cefaleias, entra num período de extrema prostração, a pele torna-se pálida e fria, cobre-se de suores, os olhos escavam-se, o pulso diminui consideravelmente de amplitude e de tensão, a

respiração torna-se superficial e, finalmente o doente entra em coma que termina pela morte, precedida ou não de convulsões. Se a absorção foi muito rápida (estômago vazio ou introdução parentérica do veneno), pode instalar-se o colapso e coma depois dum curto período de vertigens, cefaleias e paralisias. Com doses pequenas a sobrevivência pode atingir 1 a 2 dias em coma. Quando o doente vence a fase aguda, podem aparecer, mais tarde, efeitos análogos aos do envenenamento crônico.

Na ausência de comemorativos, o diagnóstico é, regra geral, muito difícil, a não ser quando se encontram restos do veneno (anidrido arsenioso) nas matérias vomitadas. Em todos os casos em que se possa suspeitar desta intoxicação, exigir-se-á o exame toxicológico das fezes, da urina ou do sangue.

TRATAMENTO: Tratamento geral das intoxicações agudas, insistindo particularmente na lavagem do estômago, às paredes do qual adere, muitas vezes firmemente, o veneno, seguida da provocação do vômito. Entretanto, mandar preparar:

Hidrato férrico, magnésico 150 cm.³

de que se administrará uma colher de sopa, de 3 em 3 minutos. A eficácia dêste antídoto é, contudo, discutível e não se deve, portanto, confiando nêle, deixar de praticar o mais completo possível esvaziamento do estômago. Tratamento do estado de choque pelos meios habituais (pág. 16), insistindo particularmente na administração do sôro fisiológico e de *solutio injectável de glicose, hipertônico*, em flebóclise lenta; segundo trabalhos recentes parece de grande valor nestes casos o emprêgo de acetato de desoxicorticosterona (5 a 25 mg. de Percorten ou Cortiron) em injeção intramuscular e de cloridrato de cisteína por via endovenosa (5 cm.³, várias vezes por dia, do soluto a 2 % preparado

assépticamente); é também, muitas vezes, necessário o emprêgo da ubaína (0,1 a 0,25 mg.).

Intoxicação pela atropina: V. intoxicação pela hiosciamina.

Intoxicação pelo azotato de potássio ou salitre: Só é tóxico em doses elevadas, superiores a 10 g. Intoxicação rara, praticamente só diagnosticável pela anamnese.

SINTOMATOLOGIA: Dores abdominais, vômitos e diarreia. Poliúria. Com doses muito elevadas, colapso cardiovascular, convulsões e coma.

TRATAMENTO: Lavagem gástrica e intestinal. Ingestão de 30 a 40 g. de sulfato de sódio dissolvido em cerca de 200 cm.³ de água. Sangria. Flebóclise de soros isotônicos. Estimulantes cardiorrespiratórios.

Intoxicação pelo azotito de amilo, pelo azotito de potássio, pelo azotito de sódio e pela nitroglicerina: Intoxicação medicamentosa por dose excessiva ou troca com outros medicamentos. Intoxicação acidental (deramamento de azotito de amilo, principalmente).

SINTOMATOLOGIA: Imediata sensação de calor ardente na cabeça, acompanhada de intenso rubor, sudação, pulsação dos vasos da cabeça, cefaleia, palpitações e taquicardia. Em seguida, vertigens, astenia, cianose, estupor, midríase, bradicardia, polipneia, hipotensão arterial extrema e síncope. Na intoxicação pelo azotito de amilo, estes últimos sintomas só se observam se a inalação dos seus vapores se prolonga. A nitroglicerina produz sintomatologia análoga; em alguns casos de hipertensão, esta substância pode ocasionar, mesmo administrada em doses pequenas (II a V gotas do soluto millesimal), grande hipotensão com sintomas dramáticos, mas, em geral, passageiros.

TRATAMENTO: No caso de intoxicação pelos azotitos alcalinos, lavagem de estômago. Procurar fazer mover

os membros. Se isto não basta, injectar 0,2 a 1 cm.³ de Veritol por via intramuscular (levorrenina e efedrina são menos aconselháveis). Em casos particularmente graves, flebóclise lenta com 1.000 cm.³ de *solutio injectável de cloreto de sódio*, a que se adiciona, no momento de emprêgo, 1 cm.³ de Veritol. Se há intensa cianose e dispneia, injeção endovenosa lenta de soluto estéril de azul de metileno a 1 % na dose de 0,1 cm.³ por cada quilo de pêso do doente (V. pág. 128).

Intoxicação pelo barbital: V. Intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelos barbitúricos: Dêstes compostos, os mais usados entre nós são o barbital (Veronal), o fenobarbital (Luminal, Gardenal), o Prominal, o Eunarcón, o Fanodormio, o Pernocton, o Evipan, o Eldoral, o Somnifeno, o Sandoptal, o Dial, o Soneryl, o Amital e outras especialidades que os contêm em mistura com analgésicos, como o Veramon, o Alonal, o Saridon, o Optalidon, etc.

Intoxicação quasi sempre voluntária. Constituem os tóxicos preferidos para suicídio pelos individuos de classes cultas.

SINTOMATOLOGIA: A princípio, vômitos, vertigens, excitação que rapidamente decai para sono profundo e coma, com conservação dos reflexos tendinosos e pupilares nas intoxicações habituais. A respiração é muitas vezes irregular, por vezes estertorosa, o pulso fraco e taquicárdico. As pupilas encontram-se quasi sempre dilatadas, mas nas fortes intoxicações podem apresentar miose acentuada e não reagir à luz. Há muitas vezes hipotermia, outras vezes, pelo contrário, hipertermia. O diagnóstico é facilitado pela anamnese e pela existência, junto do doente, de envólucros do narcótico empregado. Há que fazer o diagnóstico diferencial com as intoxicações por outros depressores centrais, particu-

larmente com a intoxicação pela morfina em que são características a miose punctiforme e a bradipneia.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de tanino (0,5 %), ou infuso de chá forte, ou suspensão de carvão animal, de que se deixará uma certa quantidade no estômago. Injecção de estriçnina em doses elevadas (0,01 g., ou sejam, 5 cm.³ do *solutio injectável de sulfato de estriçnina*) que se repetirão várias vezes com intervalos de uma hora, alternando com injecções de Coramina (3 a 5 cm.³) ou Cardiazol (3 cm.³), até se observar melhora nítida do estado de depressão.

Recentemente foi indicada como antídoto da intoxicação barbitúrica, com resultados excelentes mesmo em casos muito graves, a picrotoxina (soluto a 1:1.000 em sôro fisiológico) por via endovenosa, na dose de cerca de 1 mg. por minuto durante períodos de 30 a 60 minutos. Esta injecção será repetida com intervalos maiores ou menores, conforme se mostrar necessário, até se obter resposta do paciente a estímulos dolorosos, ou se observarem contracções dos músculos faciais. Tem-se atingido assim a dose total de 2 g. de picrotoxina.

Em qualquer das modalidades de tratamento, têm neste envenenamento importância primordial os cuidados que mencionamos a propósito do tratamento geral das intoxicações, (pág. 112), nomeadamente a manutenção da temperatura do corpo, a administração de sôro glicosado, a oxigenoterapia e a aspiração dos exsudatos traqueobrônquicos.

Intoxicação pelos sais de bário: Intoxicação rara, quasi sempre accidental.

SINTOMATOLOGIA: Sensação de calor. Cólicas intensas, vômitos e diarreia. Violentos espasmos tónicos e clónicos seguidos de astenia muscular progressiva, chegando ao grau de paralisia que começa por se observar, em geral, nos membros inferiores. Hiper-tensão arterial,

de início. Taquicardia. Hemorragias do tubo digestivo e renais. A consciência e a sensibilidade mantêm-se quasi até à morte que sobrevém, em geral rapidamente, por paragem cardíaca.

TRATAMENTO: Lavagem gástrica e intestinal com soluto de sulfato de sódio ou de magnésio a 3 %, e ingestão de 200 a 300 cm.³ do mesmo soluto. Injecção endovenosa de soluto de sulfato de magnésio a 5 % muito lenta e repetida várias vezes, na dose de alguns centímetros cúbicos. Injecção de morfina para diminuir as dores causadas pelos espasmos.

Intoxicação pela beladona: V. intoxicação pela hiosciamina.

Intoxicação pela benzina, pela gasolina e pelo petróleo: Intoxicação accidental e profissional na maioria dos casos. Raramente suicídio.

SINTOMATOLOGIA: A inalação de vapores destas substâncias produz cefaleias, vertigens, estado semelhante a embriaguez, sonolência, ardência nos olhos, tendência a síncope, cianose, taquicardia, dispneia, por vezes nistagmo, e incontinência de fezes e de urina. A ingestão provoca gastralgias, vômitos, diarreia, meteorismo abdominal, por vezes trismo, além dos sintomas acima apontados com estado sincopal mais acentuado. A sintomatologia difere um pouco com o tóxico em causa; por vezes, a intoxicação é principalmente devida ao óxido de carbono que a combustão da gasolina nos motores produz e que se pode acumular em concentração perigosa, em interiores mal ventilados; outras vezes, substâncias que se adicionam à gasolina, como a tricloroetilena e o chumbo-tetretilo, constituem a principal causa da acção tóxica. Para o diagnóstico tem especial importância a anamnese e o cheiro do hálito.

TRATAMENTO: Se houve ingestão, lavagem do estômago com água fria, ingestão de largas doses de car

vão animal e purgante de sulfato de sódio. Sonda rectal permanente, se há meteorismo. Na intoxicação por inalação, colocar o doente em atmosfera pura. Em qualquer dos casos, activar a respiração com estimulantes centrais (lobelina, Cardiazol ou Coramina), inalação de carbogénio e respiração artificial, se fôr necessário.

Intoxicação pelo bromo e pelo cloro: Intoxicação accidental, quasi sempre de carácter profissional, por inalação de vapores de bromo ou de cloro. A intoxicação por ingestão de bromo é absolutamente excepcional.

SINTOMATOLOGIA: Irritação das mucosas atingidas pelos vapores, produzindo tosse, espirros, lacrimação, rubor conjuntival e sensação de ardor na laringe. Se a concentração do gás é elevada, observa-se espasmo e edema glóticos, dispneia, opressão torácica e morte por asfixia ou edema pulmonar. Vencida a fase aguda, o paciente pode apresentar, mais tarde, bronquite ou pneumonia. A ingestão de bromo produz intensas lesões bucaes e das mucosas do tubo digestivo com violentas dores e vômitos. Para o diagnóstico é decisiva a verificação do cheiro característico do hálito.

TRATAMENTO: Subtrair o intoxicado, o mais depressa possível, à acção do tóxico e recomendar-lhe que faça movimentos respiratórios amplos ou, se fôr necessário, estabelecer a respiração artificial. Inalação de vapor de água adicionada de algumas gotas de amónia, ou inalação dum soluto a 1 % de hipossufito de sódio, pulverizado com aparelho adequado. Se houve ingestão, administrar água albuminada, adicionada de óxido de magnésio, ou soluto de hipossulfito de sódio a 1 %. Ingestão de café forte ou injeccção de estimulantes centrais. Traqueotomia de urgência (*q. v.*), se há edema da glote; depois dela é quasi inevitável o aparecimento de complicações infecciosas broncopulmonares.

Intoxicação por cantáridas: Intoxicação acidental por ingestão do tóxico com intenção de aproveitar o seu efeito afrodisíaco.

SINTOMATOLOGIA: Com quantidades pequenas e suficientemente diluídas, os sintomas de irritação gastrintestinal são pouco acentuados e, pouco depois, surgem sintomas urogenitais constituídos por polaquiúria, disúria e priapismo com exagêro, inconstante, do apetite sexual em ambos os sexos; freqüentemente há dores lombares, albuminúria e hematúria. Com doses mais elevadas há dores na faringe e ao longo do esófago, muitas vezes acompanhadas dum espasmo invencível, vômitos, diarreia e dores atrozes no abdómen; ainda antes do aparecimento de sinais urinários, pode estabelecer-se, nos casos graves, estado de choque com os sintomas habituais: palidez, pele fria e coberta de suores, hipotermia, hipo-tensão, taquicardia, pulso filiforme, etc.

TRATAMENTO: Se não houver espasmo esofágico que impeça a passagem da sonda, lavagem gástrica com mucilagens ou água albuminada. Não administrar gorduras. Calmar as dores com injeções de cloridrato de morfina. Flebóclise com largas doses dos solutos injectáveis, officinais, de glucose (isotónico) e de cloreto de sódio, e tratamento do estado de choque, conforme foi descrito no artigo respectivo (V. choque e colapso, pág. 16).

Intoxicação pela cevadilha (*Schoenocaulon officinale*): V. intoxicação pela veratrina.

Intoxicação pelos sais de chumbo: Intoxicação quasi sempre acidental.

SINTOMATOLOGIA: Sabor metálico e secura na bôca; vômitos de matérias acinzentadas; dores gástricas e abdominais; manchas cinzentas na mucosa da bôca, particularmente na orla gengival; a princípio, fezes sol-

tas, negras, por vezes sanguinolentas, mais tarde obstipação; salivação. Sensação de astenia intensa; raramente, dores de cabeça e nos membros; mais raramente ainda, delírio, convulsões, paralisias e coma. Vencida a fase aguda, aparecem com frequência, mais tarde ou mais cedo, sintomas de saturnismo crónico. A pesquisa de chumbo nas matérias vomitadas e nas fezes, confirmará rapidamente o diagnóstico.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de sulfato de sódio ou de magnésio e, em seguida, ingestão do mesmo soluto a 5 % (400 a 500 cm.³). Enquanto se não pode pôr em prática êste tratamento, ingestão de leite ou de água albuminada. Contra as dores gastrintestinais, injeccção de 0,01 g. de cloridrato de morfina e 0,001 g. de sulfato de atropina. Injectar por via endovenosa 0,5 a 1 g. de hipossulfito de sódio (soluto injectável a 10 %) no primeiro dia e duas vezes 1 g. nos dias seguintes, durante uma semana. Passada a fase mais aguda, alimentação lactovegetariana e administração de gliconato de cálcio na dose de 0,5 g., 5 a 6 vezes por dia, em leite.

Intoxicação pela cicuta (*Conium maculatum*) e pela conicina: Intoxicação accidental por confusão da cicuta com a salsa, ou intencional.

SINTOMATOLOGIA: Diarreia e vômitos; salivação abundante; dilatação pupilar; astenia intensa, paralisia ascendente do tipo da paralisia de Landry; paralisia respiratória, convulsões e morte. Perda de consciência tardia.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com chá forte ou soluto de tanino a 2 a 5 %. Ingestão de suspensão de carvão animal. Respiração artificial que deve ser mantida enquanto houver sinais de vida. Injeccção de estimulantes centrais, cafeína, estricnina e, particularmente, cloridrato de lobelina (0,01 g.), e soluto injectável de glicose, isotónico.

Intoxicação pela cila ou cebola albarrã (*Urginea scilla*): V. intoxicação pela dedaleira.

Intoxicação pelo clorato de potássio: Intoxicação quâsi sempre accidental (troca de medicamentos) ou, mais raramente, suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Vômitos e diarreia (inconstantes). Algumas horas depois da ingestão do tóxico, coloração azulada dos lábios e da pele, principalmente no rosto. Bradicardia. Perda de conhecimento. Coloração acastanhada da urina (metemoglobinúria); albuminúria.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago ou, se esta não fôr possível, injeção de cloridrato de apomorfina (0,01 g.). Ingestão de bebidas em abundância. Injeção endovenosa de sôro de Ringer ou do *solutu injectável de cloreto de sódio* (1.000 a 2.000 cm.³ de 12 em 12 horas). Estimulantes centrais (cânfora, Cardiazol, Coramina, cafeína, etc.). Injeção endovenosa lenta de soluto esterilizado de azul de metileno a 1 % na dose de 0,1 cm.³ por quilo de pêso do doente, aproximadamente (V. pág. 128). Sangria seguida de transfusões de sangue nos casos mais graves.

Intoxicação pelo cloro: V. intoxicação pelo bromo.

Intoxicação pelo clorofórmio: V. intoxicação pelo hidrato de cloral.

Intoxicação pelos sais de cobre e pelos de zinco: Intoxicação accidental, pouco freqüente.

SINTOMATOLOGIA: Sabor metálico; vômitos (esverdeados no caso do cobre) que expulsam todo ou quâsi todo o tóxico. Com grandes doses observam-se cólicas violentas e diarreia sanguinolenta; se esta última é muito abundante, podem aparecer sinais de colapso circulatório, seguido de coma e morte. Vencida a fase aguda, o que é a regra, podem observar-se sinais de

necrose renal (oligúria, albuminúria, cilindrúria), em geral, moderada.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com água albuminada, ou simples ingestão da mesma ou de leite se há vômitos abundantes. Injecção endovenosa, lenta, de grandes quantidades de sôro de Ringer ou do soluto oficial de cloreto de sódio para compensar a perda de líquidos e estimular a diurese.

Intoxicação pela coca-do-levante (*Menispermum Cocculus*): V. intoxicação pela picrotoxina.

Intoxicação pela cocaína: A intoxicação aguda pela cocaína é, a maior parte das vezes, medicamentosa e resulta do emprêgo, para anestesia, de solutos muito concentrados ou em superfícies excessivamente extensas; em alguns indivíduos existe particular susceptibilidade que leva ao aparecimento de sintomas tóxicos com doses vulgarmente inofensivas. A dose habitualmente tóxica é de cêrca de 0,1 g. e a dose letal dez vezes maior. A intoxicação por ingestão é rara.

SINTOMATOLOGIA: Secura da bôca, palidez, môscas volantes, náuseas, vertigens, sensação de angústia, tendência a desmaio, taquicardia; em muitos indivíduos a intoxicação manifesta-se, de início, por um estado de exaltação psíquica com vivacidade, loquacidade, alucinações (agradáveis na maioria dos casos), delírio — que pode ser muito violento — e insônia que se mantém durante alguns dias. Em casos graves os sintomas são muito variáveis de indivíduo para indivíduo: o pulso pode ser lento ou freqüente, pode haver salivação ou secura da boca, anúria ou poliúria, etc.; os sintomas mais constantes são a palidez muito acentuada, a midríase e a exoftalmia com alargamento da fenda palpebral. Esta tríade muito característica não é, porém, absolutamente constante. Há, em geral, hipertermia e no período final observa-se dispneia progressivamente crescente, ritmo de Cheyne-Stokes, paralisias, movi-

mentos involuntários de vários tipos (movimentos coreicos, estados catalépticos, convulsões, ataques epileptiformes e tetânicos) e, depois dum curto período de coma, morte por paralisia respiratória. Nos casos fatais a duração da vida após o aparecimento dos primeiros sintomas, não excede duas horas; se a absorção foi muito rápida, a morte é quasi imediata e não se observam sintomas de excitação.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com soluto de tanino a 2 a 5 %, se houve ingestão do tóxico. No caso da absorção do tóxico se fazer da superfície duma mucosa, ferida ou queimadura ou dos tecidos subcutâneo (injecção), deve-se procurar retardá-la; se fôr realizável, o meio mais eficaz consiste em interromper a circulação acima do lugar onde foi aplicada a cocaína; se isto não fôr possível, pode ensaiar-se provocar a vasoconstricção por aplicação local do *soluto de cloridrato de levorrenina*. Posição de Trendelenburgo. Respiração artificial, se fôr necessário. Ingestão de café forte adicionado de V a X gotas de *éter alcoolizado* ou de *soluto alcoólico de amónia anisado*, inalação de vapor de água adicionada de algumas gotas de amónia, ou injecção de 0,25 a 0,50 g. de cafeína (1 a 2 cm.³ do soluto injectável officinal), 2 mg. de sulfato de estriçnina, 1 mg. de sulfato de atropina ou 0,5 a 1 mg. de cloridrato de levorrenina. Nos casos — que são os mais freqüentes — em que predominam fenómenos de excitação, empregar-se-ão os barbitúricos por via endovenosa, dando a preferência aos de acção pouco duradoura, como na intoxicação pela estriçnina. Nas intoxicações caracterizadas pelo colapso cardiovascular, toda a terapêutica é, na realidade, pouco eficaz.

Intoxicação pela codeína (metilmorfina), pela etilmorfina (etilmorfina ou Dionina) e pela diamorfina (diacetilmorfina ou Heroína). Intoxicação medicamentosa ou, raramente, intencional.

SINTOMATOLOGIA: Inquietação, vertigens, irritabilidade, cefaleias, por vezes prurido em todo o corpo, e eritema. Congestão facial; superfície cutânea, a princípio quente, mas, mais tarde fria e coberta de suor viscoso; pulso lento, hipo-tenso ou pouco alterado e pouco amplo, respiração muito lenta e pupilas fortemente contraídas. Morte por paralisia do centro respiratório.

TRATAMENTO: Lavagem gástrica com soluto de permanganato de potássio ou de tanino a 0,5 %, ou injeccção de 0,005 a 0,01 g. de cloridrato de apomorfina, de 15 em 15 minutos até provocação do vômito; em seguida, ingestão de suspensão de carvão animal, e purgante. Injeccção de estimulantes centrais (cânfora, cafeína, estriçnina, lobelina e atropina). Respiração artificial. Manutenção da temperatura do corpo por meio de aquecimento artificial e fricções cutâneas.

Intoxicação pelos cogumelos: Intoxicação acidental por confusão das espécies tóxicas com as espécies comestíveis, atingindo, em geral, vários membros da mesma família. A sintomatologia e o tratamento diferem segundo a espécie ingerida.

1. *Amanita phalloides*: É o mais tóxico e o mais facilmente confundível com espécies comestíveis.

SINTOMATOLOGIA: Os sintomas surgem súbitamente, cerca de 12 horas após a ingestão, sob a forma de gastroenterite coleriforme com intensas dores e vômitos, acompanhada de rápida perda de fôrças, convulsões, torpor e colapso. A morte sobrevém, em geral, ao segundo dia, por paralisia cardíaca. Se o doente sobrevive a esta primeira fase, aparecem muitas vezes, sintomas de insuficiência hepática grave com icterícia, semelhantes aos da intoxicação pelo fósforo; ainda neste estado, a morte, muitas vezes imprevista, é frequente. O prognóstico é, pois, sempre muito grave.

TRATAMENTO: Dada a demora de aparecimento dos primeiros sintomas, a lavagem de estômago e a evacuação do intestino são, quasi sempre, muito tardias, mas devem, contudo, ser tentadas, respectivamente, com suspensão de carvão animal e com purgante salino, ou clisteres altos, por meio de sonda, com água de sabão, se o purgante é vomitado. Tratamento do colapso circulatório (V. choque e colapso), particularmente com injeção de grandes doses de soros isotônicos por via endovenosa, aquecimento do doente, estimulantes centrais (cafeína, Cardiazol ou Coramina), cardiorréticos (ubaína), e inalação de oxigênio. Vencida a primeira fase da intoxicação, injeções repetidas de *solutio injectável de glicose hipertónico* por via endovenosa (20 a 50 cm.³) e pequenas doses de insulina (5 a 10 U.) para procurar diminuir a intensidade da degenerescência hepática. Parece também muito recomendável o acetato de desoxicorticosterona e o cloridrato de cisteína, como foi indicado no tratamento da intoxicação arsenical (pág. 130).

2. *Amanita muscaria*: Intoxicação mais rara, porque as espécies comestíveis são bastante diferentes desta.

SINTOMATOLOGIA: A intoxicação é provocada, em geral, não pela muscarina como se julgava, mas por um tóxico indólico, e instala-se pouco depois (cerca de 15 minutos) da ingestão dos cogumelos. Caracteriza-se por um estado de embriaguez com intensa excitação motora, entrecortado por períodos de depressão e sonolência cada vez mais longos, dilatação pupilar e intensa salivação e perspiração cutânea. Sintomas muscarínicos (miose, bradicardia, cólicas abdominais) só excepcionalmente se encontram, mas são constantes em intoxicações, aliás raríssimas, por outras espécies.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com suspensão de carvão animal; purgante ou clister. Estimulantes cardiorrespiratórios. Se predominam fenómenos de excitação, injeção de 0,05 a 0,10 g. de fenobarbital

(Luminal ou Gardenal injectáveis). Se há sintomas muscarínicos, injeção de 0,5 a 1,5 mg. de sulfato de atropina, terapêutica que alguns preconizam seja qual for a espécie tóxica ingerida.

3. *Helveláceas*: As espécies desta família contêm um veneno que a secagem destrói e de que podem também ser libertadas por lavagem demorada com água fervente; consumidos frescos e sem esta precaução produzem freqüentemente intoxicações.

SINTOMATOLOGIA: Gastrenterite aguda menos intensa e de aparecimento mais precoce do que a da intoxicação pelo *Amanita phalloides* e, mais tarde, sintomas hepáticos, tais como aumento de volume do fígado, dor à pressão, icterícia e insuficiência hepática que pode ir até ao coma mortal. Há, muitas vezes, também convulsões e outras perturbações nervosas. O diagnóstico diferencial com a intoxicação pelo *Amanita phalloides*, quando não é possível examinar a espécie ingerida, apoia-se apenas na precocidade de aparecimento dos sintomas no caso presente.

TRATAMENTO: O tratamento é idêntico ao da intoxicação pelo *Amanita phalloides* e, em geral, mais eficaz. O prognóstico é muito menos grave.

Intoxicação pela colquicina e pelas preparações de cólquico ou açafraão-dos-prados (*Colchicum autumnale*): Intoxicação medicamentosa por dose excessiva, quasi sempre.

SINTOMATOLOGIA: Gastrenterite que se manifesta somente algumas horas depois da ingestão do tóxico e pode tomar carácter coleriforme; vômitos e dores epigástricas. Pulso lento e irregular. Dispneia. Salivação. Zumbidos de ouvidos. Vertigens. Astenia muscular que pode ir até à paralisia dos músculos respiratórios. Hematúria. Conservação da consciência até fase muito avançada da intoxicação. Torpor. Colapso circulatório e morte por síncope cardíaca ou paragem respiratória.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de tanino a 0,5 %. Ingestão de leite, de chá e de bebidas mucilaginosas em abundância. Irrigação cólica alta com soluto de tanino a 1:2.000. Tratamento do estado de choque com injeção endovenosa de soros isotônicos, estimulantes cardiorrespiratórios e estrofantina ou ubaína, assim como as restantes medicações habituais (pág. 16).

Intoxicação pela conicina: V. intoxicação pela cicuta.

Intoxicação pela cravagem do centeio (*Micélio do *Claviceps purpurea**), **pelo ergotino, pela ergotamina e pela ergometrina:** Intoxicação medicamentosa por doses excessivas, empregadas principalmente como abortivas.

SINTOMATOLOGIA: Secura da bôca e da faringe que provoca sede inextinguível. Vômitos, cólicas e diarreia. Cefaleias. Sensação de formigueiro e de calor, principalmente nas extremidades inferiores. Hemorragias uterinas; no estado de gravidez pode haver abôrto, mas êste é inconstante, mesmo com doses mortais do tóxico. Agitação, vertigens, delírio e, em seguida, colapso circulatório. Vencida a fase aguda, pode aparecer gangrena em pequenas áreas nos dedos dos pés e icterícia.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com soluto de tanino a 0,5 %. Purgante. Ingestão de bebidas abundantes (chá). Tratamento do estado de choque (V. choque e colapso). Injeção de vasodilatadores como cloridrato de papaverina por via intramuscular ou endovenosa (0,01 a 0,06 g.), repetidas vezes.

Intoxicação pelo cresol (cresolsaponato, Lisol, Creolina) e **pelo fenol:** Suicídio ou, raramente, intoxicação accidental.

SINTOMATOLOGIA: Escaras esbranquiçadas e pouco profundas na mucosa da bôca. Vômitos com cheiro característico. Dores e ardência da bôca até ao estômago. Vertigens. Cefaleias. Lipotímias e rápida perda

de consciência, Palidez ou cianose. Suores profusos. Convulsões. Pulso, a princípio lento e depois mais freqüente e pouco amplo. Morte por paragem respiratória ou cardíaca. Em casos de terminação menos rápida, hiper-tensão, elevação de temperatura e, mais tarde, nefrite e broncopneumonia freqüentemente. Urina verde-escura, quasi negra depois de exposta ao ar.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com azeite ou suspensão aquosa de óxido de magnésio, ou injeção de cloridrato de apomorfina (1 cm.³ do soluto injectável oficial). Depois do esvaziamento do estômago, ingestão de leite adicionado de óxido de magnésio ou de água de cal, água albuminada ou, de preferência, azeite. Estimulantes cardiorrespiratórios; inalação de carbogénio se houver cianose. Injeção de morfina para calmar as dores e tratamento do estado de choque (V. choque e colapso).

Intoxicação pela crisarrobina: V. intoxicação pelo pirogalhol.

Intoxicação pelos sais de crómio: Intoxicação accidental pelo dicromato de potássio ou pelo cromato de chumbo.

SINTOMATOLOGIA: Coloração amarela das mucosas bucal e faríngea. Vômitos com sangue, cólicas, diarreia, por vezes, também sanguinolenta. Trémulo. Colapso circulatório. Nefropatia hemorrágica.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com muita água. Ingestão de uma suspensão de hidróxido de cálcio (cal apagada) ou de óxido de magnésio adicionada a leite ou água albuminada. Tratamento do estado de colapso (V. choque e colapso).

Intoxicação pelo curare: Intoxicação até agora praticamente desconhecida entre nós. Só por introdução parentérica no organismo se observam os efeitos tóxicos; per os a eliminação é mais rápida do que a absorção.

SINTOMATOLOGIA: Arrepios que podem durar horas, seguidos de rubor da pele, particularmente do rosto e das orelhas, sensação de calor e hipertermia (38 a 39° C.). Taquicardia. Polipneia. Suores profusos. Poliúria; por vezes, glicosúria. Paralisia progressiva dos músculos voluntários, atingindo em último lugar os músculos respiratórios, o que produz a morte por asfixia. Não há perda de consciência; por vezes, apenas um pouco de sonolência.

TRATAMENTO: Injecção de 0,25 a 0,5 mg. de salicilato de fisostigmina ou 1 a 2 cm.³ de Prostigmine. Estimulantes cardiorrespiratórios. A mais importante intervenção terapêutica, quando se estabelece a paralisia dos músculos respiratórios, consiste em colocar o doente em aparelho apropriado para manter a respiração artificial o tempo suficiente para o veneno ser eliminado.

Intoxicação pela dedaleira e abeloura (*Digitalis*), pela cila (*Urginea maritima*), pelo loendro (*Nerium oleander*), pelo *Adonis vernalis*, pela *Convallaria maialis* e respectivos glicosídeos: Intoxicação medicamentosa ou acidental, e suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Os primeiros sintomas aparecem muitas vezes, somente algumas horas depois da ingestão do veneno, e são constituídos por náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia e depressão geral. Depois aparece angústia precordial, cefaleias, vertigens, zumbidos de ouvidos, secura da bôca e da faringe, midríase, e o pulso apresenta-se primeiro intermitente e depois lento e duro, por vezes, com extrassístoles, outras vezes com bloqueio aurículo-ventricular. Mais tarde instala-se sonolência e o pulso torna-se freqüente, pequeno e arritmico; se há lesões do feixe de His, pode observar-se o síndrome de Adams-Stokes; há, muitas vezes, convulsões, o doente entra em colapso e morre por paragem sistólica do coração.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de tanino a 0,5 %, seguida de administração dum purgante salino e ingestão duma suspensão de carvão animal. Tratar o doente como no choque ou colapso (*q. v.*), abstendo-se, porém, de medicamentos de acção vascular e de grandes doses de estimulantes cardiorrespiratórios, e administrando largas doses de sôro fisiológico. Não administrar ubaína ou qualquer outro cardiotónico, nem sais de cálcio. Pode, talvez, ser útil a injecção endovenosa de citrato de sódio na dose de 10 a 20 cm.³ de soluto injectável a 10 %.

Intoxicação pelo dinitrofenol: Intoxicação por preparados que contêm esta substância, destinados a combater a obesidade; intoxicação profissional (fábricas de munições de guerra).

SINTOMATOLOGIA: Náuseas, vômitos e dores abdominais. Sensação de calor intenso, rubor da pele, sudacção abundante, agitação e insónia, respiração rápida e profunda e febre que chega a exceder 43° C. A respiração aumenta de profundidade e rapidez até ao máximo possível pela utilização de todos os músculos respiratórios, à medida que a temperatura sobe, e acompanha-se frequentemente de dores torácicas e sintomas anginosos. Depois aparece cianose e finalmente rigidez muscular que começa pelas extremidades e produz asfixia quando atinge os músculos respiratórios. Observa-se frequentemente notável baixa de glicose no sangue, e acidose.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago, purgante e ingestão de suspensão de carvão animal. Repouso, o mais completo possível. Sangria abundante seguida de transfusão de sangue. *Soluto injectável de cloreto de sódio* adicionado de 5 % de glicose em flebólise lenta, 2 a 4 litros nas 24 horas. Estimulantes cardiorrespiratórios; inalação de oxigénio.

Intoxicação pela Dionina (cloridrato de etilmorfina): V. intoxicação pela codeína.

Intoxicação pela ergometrina, pela ergotamina e pelo ergotino: V. intoxicação pela cravagem do centeio.

Intoxicação pela escopolamina: Intoxicação quase exclusivamente medicamentosa.

SINTOMATOLOGIA: Vertigens, marcha vacilante. Intensa secura da bôca e da faringe com rouquidão, disfagia e sede insaciável. Palpitações e taquicardia. Rubor facial e hipertermia. Midríase acentuada com rigidez pupilar. Ao contrário da hiosciamina que causa os mesmos sintomas e dá fenómenos de excitação nervosa, a escopolamina produz sintomas de depressão, tanto do córtex (perda de consciência) como do centro respiratório (respiração lenta e superficial), o que torna o seu prognóstico mais sombrio. Para o diagnóstico há que ter em consideração as intoxicações pela cocaína e o botulismo que possuem algumas características comuns com os envenenamentos pelas tropeínas.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com soluto de permanganato de potássio a 1:2.000 ou água adicionada de algumas gotas do *soluto alcoólico de iodo* ou do *soluto iodo-iodetado* da F. P., por meio de sonda previamente bem lubrificada com vaselina, pois doutro modo a secura das mucosas torna quase impossível a sua introdução. Injecção de estimulantes centrais, nomeadamente cafeína (0,25 a 0,50 g.), Cardiazol (2 a 3 cm.³) ou Coramina (3 a 5 cm.³) e cânfora (5 a 10 cm.³ do soluto injectável oficial). Injecção de soluto injectável de cloreto de sódio ou de sôro de Ringer por via endovenosa (1 a 2 litros nas 24 horas). Se a depressão respiratória é muito acentuada, inalação de carbogénio e respiração artificial.

Intoxicação pela eserina: V. intoxicação pela fisostigmina.

Intoxicação pela essência de terebintina e outros óleos essenciais (de *eucalipto*, *losna* ou *absíntio*, *poejo*, *sabina*, *salva*, *tanaceto*, etc.): Intoxicação por ingestão de substância popularmente reputadas abortivas. Os óleos essenciais extraídos do poejo, salva e tanaceto são dos mais tóxicos.

SINTOMATOLOGIA: Vômitos e diarreia com sangue; cólicas abdominais violentas. Pulso pequeno e freqüente. Respiração superficial. Cefaleias. Anúria ou albuminúria e hematúria. Abôrto, por vezes, em virtude da congestão intensa dos órgãos abdominais. Estado de choque, convulsões, coma e morte. Algumas essências como as de absíntio, noz moscada e salva, e a cânfora têm menor acção no tubo digestivo, mas dão sintomas predominantemente nervosos, tais como cefaleias, excitação e confusão mental, hilariedade, delírio, alucinações, agitação ou convulsões epileptiformes, alternando com períodos de depressão, cada vez mais longos, até se instalar um estado de sonolência e de inconsciência, estado que, aliás, pode surgir de início sem ser precedido do período de excitação acima apontado. Para o diagnóstico é importante a verificação do cheiro característico do hálito e das matérias vomitadas. No caso de intoxicação pela essência de terebintina, a urina apresenta cheiro a violetas.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com mucilagens ou água albuminada e ingestão das mesmas. Injecção de soros artificiais, aquecimento do doente, injecção de estimulantes ou calmantes, como se indicou no capítulo sôbre choque e colapso (pág. 16).

Intoxicação pelo estramónio ou figueira-do-inferno (*Datura Stramonium*): V. intoxicação pela hiosciamina.

Intoxicação pela estricnina e pela noz-vômica (Semente do *Strychnos Nux vomica*): Intoxicação por tentativa de suicídio, quási sempre, ou por engano (crianças); mais raramente intoxicação medicamentosa.

SINTOMATOLOGIA: Sensação de rigidez dos músculos do pescoço e da face. Reflexos tendinosos muito exagerados, assim como todos os outros. Trémulo e contracções fibrilares dos membros. Pouco depois, convulsão tónica de todos os músculos do organismo: o corpo fica em opistótono, os membros em extensão, a cabeça lançada para trás; a contractura dos músculos da face dá ao rosto a expressão conhecida pela designação de *riso sardónico*. Em consequência da contractura muscular, os movimentos respiratórios não se podem realizar, o que acarreta, conjugado com o forte consumo de oxigénio pelos músculos, o aparecimento de exoftalmia, midríase e cianose tanto mais intensa quanto maior fôr a duração da convulsão. Ao fim de cêrca de um minuto, depois de poucos abalos musculares intermitentes, o estado de hipertonia cessa, o doente cai em prostração, mas depressa qualquer estímulo, mesmo leve (corrente de ar, passos no quarto, pequeno ruído, etc.), provoca nova convulsão semelhante à primeira, e assim sucessivamente. A morte pode sobrevir por asfixia durante uma destas convulsões, ou elas vão sendo cada vez mais fracas, ao mesmo tempo que os períodos de prostração se alongam, e a morte é causada por paralisia respiratória. A consciência conserva-se até ao período de asfixia, e as contracções musculares são extremamente dolorosas. A acuidade de todos os sentidos encontra-se exacerbada.

TRATAMENTO: Diminuir ao máximo tôdas as causas de excitação, colocando o doente com o maior confôrto possível e no mais absoluto repouso num quarto pouco iluminado, convenientemente aquecido e sem ruídos. A introdução da sonda gástrica para lavagem do estômago é, muitas vezes, impossível por contractão dos músculos da faringe ou porque desperta convulsões; o espasmo faríngeo impede mesmo, com freqüência, a ingestão de precipitantes dos alcalóides (meio copo de água com XV gotas de *solutio alcoólica de iodo* de 3 em 3 horas). Desde que aparecem con-

vulsões, injectar-se-á por via endovenosa o soluto de fenobarbital sódico na dose de alguns decigramas; a dose a empregar será a necessária para fazer cessar as convulsões; sempre que se observe o seu reaparecimento ou forte exagêro dos reflexos, injectar-se-á de novo um barbitúrico de acção rápida como o Evipan sódico quantas vezes fôr preciso, sem tomar em conta o facto de se poder exceder dêste modo, várias vezes, a dose máxima indicada nas farmacopeias. No caso das convulsões serem muito violentas, pode ser necessário começar por leve anestesia pelo éter para diminuir a sua intensidade e permitir a injeccção de barbitúricos.

O tratamento pelos barbitúricos tem dado resultados tão brilhantes que não há qualquer motivo, a não ser a sua falta, para empregar outros sedativos como, por exemplo, hidrato de cloral, paraldeído, clorofórmio, e Avertina. A morfina não deve ser empregada em caso algum.

Intoxicação pela estrofantina e preparados de estrofantos (*Strophantus Kombé* e *Strophantus hispidus*):
V. Intoxicação pela dedaleira.

Intoxicação pelo éter: Intoxicação voluntária por ingestão. Anestesia cirúrgica por inalação.

SINTOMATOLOGIA: Sabor ardente, sensação de calor, rubor facial, midríase, euforia, estado de embriaguez com excitação, muitas vezes com ilusões e alucinações visuais e auditivas e, com certa freqüência, convulsões. Depois dêste período, em geral breve, se a dose foi suficiente, observa-se um estado de depressão que rapidamente se acentua até à narcose com resolução muscular. Cheiro característico do hálito.

TRATAMENTO: Se a intoxicação é recente, lavagem do estômago com água fria ou injeccção de 0,005 a 0,01 g. de cloridrato de apomorfina. Estimulantes cardiorrespiratórios, nomeadamente Cardiazol ou análogos

que abreviam a duração do período de anestesia. Aquecimento do doente de preferência por banho quente.

Prognóstico, em geral, bom.

Intoxicação pela etilmorfina ou etomorfina: V. intoxicação pela codeína.

Intoxicação pelo Eucodal: V. intoxicação pela morfina.

Intoxicação pelo Evipan: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela fava de Santo Inácio (*Strychnos Ignatii*): V. intoxicação pela estricnina.

Intoxicação pela fenazona: V. intoxicação pela amidofebrina.

Intoxicação pelo fenobarbital: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelo fenol: V. intoxicação pelo cresol.

Intoxicação pelo feto macho (*Dryopteris Filix mas*) e pela filicina: Intoxicação medicamentosa por dose excessiva ou por administração incorrecta (administração simultânea ou subsequente de óleo de rícino que favorece a absorção do tóxico).

SINTOMATOLOGIA: Mal-estar; cólicas, vômitos e diarreia sanguinolenta. Horas depois, astenia intensa, torpor interrompido apenas por leves contracções musculares, cefaleias, vertigens, pulso pequeno e freqüente, respiração lenta e superficial, miose, delírio. Ao terceiro dia nota-se, muitas vezes, icterícia e perturbações visuais. A atrofia consecutiva do nervo óptico é rara e sucede principalmente em portadores de ancilóstomo muito anemiados; é mais freqüente em crianças e nos alcoólics.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com suspensão de carvão animal. Purgante salino. Alimentação sem gorduras (abstenção de leite). Sangria, flebóclise consecutiva de soros isotônicos e, sendo possível, transfusão de sangue (indispensável, sem sangria prévia, em doentes muito anemiados). Tratamento do estado de colapso circulatório (V. pág. 16). Iluminação fraca do aposento em que se encontra o intoxicado.

Intoxicação pela fisostigmina ou eserina: Intoxicação medicamentosa.

SINTOMATOLOGIA: Dores no epigastro, vômitos, cólicas e diarreia. Dispneia. Vertigens. Astenia. Salivação. Sudação. Lacrimação. Miose. Bradicardia. Respiração a princípio acelerada, depois lenta e fraca. Contrações musculares isoladas. Nistagmo. Disartria. Colapso. Morte por paralisia respiratória ou edema pulmonar com conservação da consciência até ao fim.

TRATAMENTO: Atropina em injeção subcutânea ou endovenosa (0,5 a 2 mg). Estimulantes cardiorrespiratórios, nomeadamente lobelina. Inalação de carbogénio e respiração artificial. Injeção endovenosa lenta de soros isotônicos.

Intoxicação pelos fluoretos solúveis (fluoreto de sódio e fluossilicato de sódio): Intoxicação accidental (ingestão de insecticidas).

SINTOMATOLOGIA: Mal-estar, salivação, diarreia, muitas vezes com sangue, e cólicas abdominais. Convulsões, contracturas e, mais tarde, paralisias. Hipotensão arterial. Em alguns casos observa-se cianose com um tom acinzentado peculiar.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago e ingestão de sais solúveis de cálcio. Injeções endovenosas de soluto injectável a 10 % de gliconato ou de cloreto de cálcio (10 a 20 cm.³), várias vezes, nas 24 horas. Tratamento sintomático, adequado ao caso (estimulantes centrais, respiração artificial, etc.).

Intoxicação pela formalina ou formol (soluto de aldeído fórmico): Intoxicação acidental ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Vômitos. Estado de embriaguez. Perda de consciência. Paralisias. A inalação de vapores de formol produz grave inflamação das vias aéreas.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com soluto de carbonato de amónio a 2 %. Administração de doses elevadas de ureia *per os* e em injeção endovenosa, e bebidas mucilaginosas. Inalação de vapor de água adicionada de algumas gotas de amónia.

Intoxicação pelo fósforo: Intoxicação rara actualmente e só possível nas indústrias ou nos laboratórios que utilizam êste metaloide. Os vulgares pavios fosfóricos são actualmente fabricados com sesquissulfureto de fósforo ou com fósforo vermelho, e os fósforos suecos ou fósforos de segurança não contêm qualquer composto de fósforo que só se encontra na lixa em que acendem.

SINTOMATOLOGIA: Dores epigástricas e vômitos, em geral, só algumas horas depois da ingestão do tóxico. O hálito e as matérias vomitadas possuem cheiro aliáceo, e as últimas apresentam fosforescência quando observadas em recinto escuro (fenómeno inconstante). Dois a três dias depois, muitas vezes após um intervalo sem sintomas em que a intoxicação parece vencida, surgem de novo dores epigástricas que se estendem para o hipocôndrio direito e se acompanham ou são seguidas de icterícia, aumento de volume do fígado e síndrome hemorrágico intenso. Ao fim de uma semana ou mais, enfraquecimento progressivo das funções vitais com conservação da consciência quasi até ao fim e morte, que pode ser precedida dum curto período de coma ou delírio com convulsões.

TRATAMENTO: Repetidas lavagens do estômago com água adicionada de carvão animal, ainda que a ingestão do veneno date de muitas horas. Após a lavagem,

introduzir no estômago 30 a 40 g. de sulfato de sódio dissolvido em 200 cm.³ de água adicionada de uma colher de sopa de carvão animal. Não dar quaisquer gorduras, nem alimentos que as contenham (leite).

Ulteriormente administrar largas doses de glicose e sumo de frutas *per os*, *soluto injectável de glicose, hipertónico*, por via endovenosa e pequenas doses de insulina e extractos hepáticos em injeção subcutânea como tratamento de protecção hepática. Deve também ensaiar-se o tratamento pelo acetato de desoxicorticosterona e pelo cloridrato de cisteína como foi indicado a propósito da intoxicação pelo arsénio (pág. 130). Na realidade, a situação decide-se na primeira parte do tratamento, pois contra a agressividade do fósforo absorvido os meios de que dispomos são de eficácia muito reduzida.

Intoxicação pelo fogsénio: V. intoxicação pelos óxidos de azoto.

Intoxicação pelo Gardenal: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelo gás de iluminação: V. intoxicação pelo óxido de carbono.

Intoxicação por gases de combate: V. intoxicação pelos óxidos de azoto.

Intoxicação pela gasolina: V. intoxicação pela benzina.

Intoxicação pelo heléboro branco (*Veratrum album*): V. intoxicação pela veratrina.

Intoxicação pela Heroína (diamorfina ou cloridrato de diacetilmorfina): V. Intoxicação pela morfina.

Intoxicação pelo hidrato de cloral e pelo clorofórmio: Intoxicação medicamentosa, voluntária ou criminosa. Dose letal acima de 5 g.

SINTOMATOLOGIA: Narcoze profunda, raramente após curto período de excitação. Miose punctiforme nos casos mais graves. Enfraquecimento cardíaco e morte por paralisia cardíaca. Diagnóstico imediato quasi impossível na ausência de anamnese.

A intoxicação pelo clorofórmio produz-se principalmente durante a anestesia cirúrgica. A intoxicação voluntária por ingestão, assim como a cloroformização criminosa, são muito raras. Os sintomas são semelhantes aos que se observam na intoxicação pelo hidrato de cloral com período de excitação mais pronunciado, em geral, mas o diagnóstico é facilitado pelo cheiro característico do hálito que não se deverá, porém, confundir com o cheiro acetónico, um tanto semelhante, que se observa em outras circunstâncias (coma diabético). A inalação de clorofórmio impróprio para anestesia pode dar origem a lesões pulmonares graves pelos produtos de oxidação que contém (ácido clorídrico e oxiclureto de carbono ou foscénio).

TRATAMENTO: Lavagem de estômago em caso de intoxicação por ingestão. Respiração artificial. Estimulantes centrais (Cardiazol, Coramina, estriçnina, cafeína). Picada do coração e injeção intracardiaca de cloridrato de levorrenina (0,5 mg.) ou de sulfato de atropina (0,3 a 0,5 mg.) em caso de síncope.

Intoxicação pelo hidrogénio arseniado: Intoxicação industrial ou laboratorial (fabricação de hidrogénio pela acção do ácido sulfúrico sobre zinco impuro). A concentração de 0,01 % de hidrogénio arseniado no ar atmosférico produz já sintomatologia muito grave.

SINTOMATOLOGIA: Cefaleias intensas. Náuseas e vômitos. Dores no epigastro. Prostração com tendência a lipotimias. Cheiro aliáceo do hálito. Hemoglobinúria. Morte por edema pulmonar ou insuficiência aguda do

coração. Se a sobrevivência é suficiente, aparece frequentemente icterícia.

TRATAMENTO: Retirar o intoxicado da atmosfera viciada. Inalação de oxigénio ou de carbogénio e respiração artificial, se fôr necessária. Aquecimento do doente, injeção de pequenas doses de ubaína (0,1 a 0,2 mg.) e estimulantes cardiorrespiratórios. Administração endovenosa lenta de soluto injectável de azul de metileno a 2 % na dose de 0,1 cm.³ por quilo de peso do doente. Transfusão de sangue.

Intoxicação pelo hidrogénio sulfurado: Intoxicação accidental por gases de fossas e em laboratórios. A concentração de 0,05 % é já altamente tóxica.

SINTOMATOLOGIA: Mal-estar, vômitos, cefaleias, vertigens, cianose, perda de consciência quási imediata e, horas depois, coma, muitas vezes com violentas convulsões. Se a intoxicação é mais intensa, à perda de consciência segue-se rapidamente a morte, e na autópsia podem não se encontrar quaisquer modificações. Para o diagnóstico tem importância o cheiro característico do hálito a ovos podres. A pesquisa espectroscópica de sulfemoglobina no sangue dá sempre resultado negativo durante a vida e após a morte só em alguns casos se encontra este composto.

TRATAMENTO: Respiração artificial e inalação de carbogénio. Sangria abundante seguida de fleboclise de soros isotónicos ou, melhor, de transfusão de sangue. Estimulantes cardiorrespiratórios.

Intoxicação pelos hidróxidos de potássio e de sódio:
V. intoxicação pela soda cáustica.

Intoxicação pela hiosciamina, pela atropina, pela beladona (*Atropa beladona*), pela estramónio (*Datura stramonium*), pela mandrágora (*Mandragora foemina*) e pelo meimendro (*Hyoscyamus niger*): Intoxicação accidental, de certa frequência em crianças, por inges-

tão de bagas de beladona ou de meimendo. Intoxicação medicamentosa, por doses excessivas. A dose mortal de hiosciamina é de 0,05 g., mas a dose 100 vezes menor pode já dar sintomas de intoxicação.

SINTOMATOLOGIA: Vertigens, marcha vacilante. Intensa secura de bôca e da faringe com rouquidão, disfagia e sêde que a ingestão de líquidos não consegue saciar. Palpitações e taquicardia. Rubor facial (principalmente nas crianças a pele apresenta um exantema escarlatiniforme) e sensação de calor. Hipertermia. Leucocitose. Midríase extrema com rigidez pupilar. Se a intoxicação é intensa, observam-se acentuados fenômenos de excitação, delírio e convulsões durante as quais o doente pode morrer por asfixia; a maior parte das vezes, porém, segue-se um estado de depressão que vai até ao coma com movimentos respiratórios e pulsações cardíacas lentos, irregulares e fracos, e a morte sobrevém por paralisia respiratória. Como a dose mortal é muito superior à que produz sintomas já muito molestos, o número de casos fatais é bastante reduzido. Para o diagnóstico há que ter em consideração a intoxicação pela cocaína e o botulismo que possuem algumas características comuns com o envenenamento pela hiosciamina. Nas crianças o exantema, a febre e a leucocitose podem à primeira vista simular uma febre eruptiva.

TRATAMENTO: Esvaziamento do estômago por lavagem ou vômito provocado, e ingestão de precipitantes dos alcalóides, como nos casos de intoxicação pela escopolamina (pág. 148). Contra o estado de excitação aconselha-se a morfina na dose de 0,02 a 0,03 g. Nas intoxicações graves a morfina é perigosa, porque continua a sua acção depressora ainda depois de passado o período de excitação do envenenamento; é preferível nestes casos calmar a excitação pelo éter ou pelo clorofórmio em inalação ou pelo hidrato de cloral. Se há intensa excitação psíquica, podem ser preferíveis os barbitúricos em injeção (0,1 g. de Luminal ou de Garde-

nal injectáveis). No período de depressão, injeção subcutânea de cafeína (0,25 a 0,50 g.) de hora a hora; se o doente é capaz de beber, poderá bastar a ingestão de infuso forte de café (uma xícara de meia em meia hora). Se fôr necessário, inalação de carbogénio e respiração artificial. Injeção subcutânea ou, de preferência, endovenosa de 1:000 cm³ de *solutio injectável de cloreto de sódio* ou de sôro de Ringer. Loções frias e saco de gelo se a hipertermia é intensa.

Depois do desaparecimento dos sintomas mais graves, permanece ainda a midríase que perturba muito a visão; pode-se então atenuá-la com o emprêgo da fisostigmina sob a forma de colírio:

Salicilato de fisostigmina .	dois centigramas
Ácido bórico	quatro decigramas
Água destilada, q. b. para	dez centímetros cúbicos
I gota, três vezes por dia.	

Intoxicação pela insulina: V. hipoglicemia (pág. 92).

Intoxicação pelo iodo: Intoxicação accidental rara ou suicídio por ingestão de *solutio alcoólico de iodo* ou de *solutio iodo-iodetado*. Intoxicação medicamentosa por injeção de tintura de iodo (hidrocelo, etc.).

SINTOMATOLOGIA: Sensação de queimadura na bôca e na faringe com formação de pseudo-membranas acastanhadas. Dores gástricas, vômitos, diarreia sanguinolenta. Cheiro característico do hálito. Irritação das vias aéreas. Dispneia. Pulso filiforme, cianose e, rapidamente, colapso circulatório. Oligúria. Se o doente vence esta primeira fase, aparece quasi sempre, mais tarde, abundante secreção nasal, exantema e albuminúria.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago, se a introdução da sonda não causa dores muito intensas, com cozimento ou suspensão de amido, de farinha de cereais, ou de fécula de batata em água simples ou com 2 % de bicarbonato de sódio. Se a lavagem não é possível, ou depois dela, ingestão de grandes quanti-

dades do mesmo cozimento. Injecção de morfina para calmar as dores. Estimulantes cardiorrespiratórios e tratamento do estado de colapso (V. pág. 16). Injecção de hipossulfito de sódio (soluto injectável a 10 %) por via endovenosa na dose de 10 a 20 cm.³ para facilitar a eliminação.

Intoxicação pelo jaborandi (*Pilocarpus microphyllus*): V. intoxicação pela pilocarpina.

Intoxicação pelo láudano: V. intoxicação pela morfina.

Intoxicação pelo loendro (*Nerium oleander*): V. intoxicação pela dedaleira.

Intoxicação pelo Luminal: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela mandrágora e pelo meimendro: V. intoxicação pela hiosciamina.

Intoxicação pelos sais de mercúrio: Intoxicação accidental ou suicídio, quasi sempre pelo cloreto mercúrico ou sublimado corrosivo. Intoxicação medicamentosa por irrigações vaginaes ou intra-uterinas com solutos excessivamente concentrados do mesmo sal.

SINTOMATOLOGIA: Sabor metálico na bôca. Dores epigástricas. Vômitos, por vezes com sangue e retalhos de mucosa. Se a dose de tóxico é muito elevada, aparece, em breve, estado de colapso circulatório (pulso pequeno, taquicárdico e irregular, respiração rápida e superficial, pele fria e coberta de suores viscosos, hipotermia) com conservação da consciência, com sonolência, ou com estado de ansiedade, rapidamente mortal. Se a dose é menor, predominam os sintomas gastrintestinaes com diarreia sanguinolenta e tenesmo ao

fim de poucas horas; poliúria, salivação abundante e estomatite, por vezes, ulcerosa; mais tarde estabelece-se oligúria e albuminúria (nefropatia) que podem conduzir à morte por anúria depois de terem cedido as perturbações gastrointestinais e o doente ter experimentado notáveis melhoras. O prognóstico deve pois ser sempre reservado.

Em casos de anamnese duvidosa ou nula, o diagnóstico pode ser esclarecido pela pesquisa do mercúrio nas matérias vomitadas ou na urina.

TRATAMENTO: Ingestão imediata de claras de ovos cruas. Lavagem do estômago com água quente adicionada também de claras de ovos. Mandar preparar entretanto:

Hipofosfito de sódio	um grama
Soluto de peróxido de hidrogénio	cinco centímetros cúbicos
Água	cem centímetros cúbicos.

Após a lavagem de estômago, far-se-á ingerir 1 ou 2 colheres de sobremesa dêste soluto, de oito em oito horas, durante vários dias. Nos dias seguintes praticar-se-ão lavagens gástricas e intestinais com grandes quantidades de soluto de cloreto de sódio a 0,9 %, duas vezes por dia; a ingestão de água quente, quando provoca o vômito, pode substituir as lavagens gástricas. Alimentação exclusivamente láctea até completo restabelecimento. Bebidas alcalinas (sumo de frutas) em abundância e gota-a-gota rectal de 500 cm.³ de água com 30 g. de bitartarato de potássio. Injecção endovenosa de soluto injectável de hipossulfito de sódio a 10 % na dose de 10 cm.³, de oito em oito horas. Aquecer o doente de modo a fazê-lo suar, permitindo-lhe beber abundantemente água adicionada de cloreto de sódio (2 colheres de chá por litro). Êste tratamento será continuado enquanto o exame da urina revelar a existência de mercúrio.

Intoxicação pela metilmorfina: V. intoxicação pela codeína.

Intoxicação pela morfina, por outros estupefacientes análogos e pelo ópio: Intoxicação quase sempre intencional (crime ou suicídio). Mais raramente, intoxicação acidental ou medicamentosa por dosagem errônea.

SINTOMATOLOGIA: Depois dum período, em geral curto, de excitação semelhante à embriaguez alcoólica, as forças diminuem progressivamente, e a sensibilidade embota-se, entrando o intoxicado num estado de sonolência semelhante ao coma. Frequentemente há vômitos, de início. Os reflexos podem estar abolidos e existir o sinal de Babinski (por vezes, só nos períodos de apneia). A face encontra-se congestionada e a superfície do corpo, a princípio quente, torna-se depois fria e cobre-se de suor viscoso; há, em geral, hipotermia central. Pulso lento, hipotenso e pequeno ou pouco alterado. Movimentos respiratórios extremamente lentos. Pupilas fortemente contraídas. Se o tóxico foi ingerido sob a forma de qualquer preparado de ópio, o hálito apresenta cheiro característico. Em fase mais avançada da intoxicação, o pulso perde amplitude, a congestão facial transforma-se em cianose, a respiração enfraquece, tomando, por vezes, o ritmo de Cheyne-Stokes, e a morte sobrevém por paralisia respiratória precedida de intensa dilatação pupilar. Na hemorragia protuberancial, em que também se podem observar pupilas punctiformes, há em geral hipertermia, o estado de coma é mais profundo e o pulso revela a hipertensão cerebral (pulso cheio).

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com solução de permanganato de potássio a 0,2 % em todos os casos, qualquer que tenha sido a via de introdução do tóxico e o tempo já decorrido, seguida de administração dum purgante enérgico (30 a 40 g. de sulfato

de magnésio). Ingestão de infuso de café, forte e quente. Injecção de 20 a 40 mg. de cloridrato de efedrina ou de 0,5 a 1 mg. de sulfato de atropina. Se o doente não é capaz de beber o café, injecção de 0,25 g. de cafeína de três em três horas, alternando com outros excitantes centrais (Cardiazol, Coramina, efedrina, lobelina). Respiração artificial em aparelho apropriado, se fôr possível; se não, inalação de carbogénio. Aquecimento do doente com botijas de água quente e freqüentes fricções cutâneas com um pano áspero embebido em álcool canforado. Os estímulos violentos, por vezes aconselhados, como a fustigação com toalhas molhadas e a movimentação forçada do doente, parecem desnecessários e perigosos. Se o estado de coma se prolonga, não esquecer a necessidade de alimentar e hidratar o doente por meio de sonda nasal (V. pág. 112).

Intoxicação pela naftalina: Intoxicação accidental ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Anorexia. Dores abdominais. Diarreia. Cefaleias. Astenia com sonolência ou estado de excitação. Irritação renal com urina de aspecto sanguinolento, ou muito escura. Mais tarde, icterícia. Na pele a naftalina produz ardor, prurido e rubor. O hálito tem o cheiro característico da naftalina.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com grande quantidade de água. Em seguida provocar o vômito por injecção hipodérmica de 0,01 g. de cloridrato de apomorfina, ou por ingestão de uma colher de sopa dum soluto de 0,5 g. de sulfato de cobre em 60 cm.³ de água, de 10 em 10 minutos, até actuar. Esvaziado o estômago, fazer beber leite, claras de ovos batidas, cozimento de amido ou chá. Para estimular a actividade cardíaca e respiratória, injecção hipodérmica de 0,25 g. de cafeína, 1 mg. de sulfato de estriçnina ou 3 a 5 mg. de cloridrato de lobelina.

Intoxicação pelo Narcophin: V. intoxicação pela morfina.

Intoxicação pela nicotina: A intoxicação é quase sempre devida a ingestão voluntária de tabaco ou de insecticidas que têm por base a nicotina.

SINTOMATOLOGIA: Sensação de calor e de ardor desde a bôca até ao estômago, seguida de salivação abundante, náuseas, vômitos e, por vezes, diarreia. Respiração rápida, profunda. Por vezes, fervores húmidos. Pulso lento, a princípio, e, mais tarde, muito frequente ou, com doses fortes, acelerado primeiro, e depois lento e fraco. Miose. Certo grau de confusão mental. Intensa astenia muscular. Vertigens. Cefaleias. Mais tarde, perda do poder de coordenação e abolição completa ou parcial da consciência. Finalmente, convulsões clónicas, acompanhadas de contracções fibrilares de vários músculos, que podem terminar por um espasmo tetânico que mata o doente por asfixia. Outras vezes, às convulsões segue-se colapso com completa flacidez muscular, desaparecimento dos reflexos, respiração lenta e morte por paralisia do centro respiratório. Com doses muito fortes produz-se paralisia do sistema nervoso central e morte em poucos segundos sem convulsões.

TRATAMENTO: Injecção de 1 mg. de sulfato de estricnina. Lavagem do estômago com suspensão de carvão animal ou ingestão desta suspensão e injecção de 10 mg. de cloridrato de apomorfina, de 15 em 15 minutos até provocação do vômito. Administração dum purgante de sulfato de magnésio (30 a 40 g. numa xícara de água) adicionado de carvão animal. Aquecimento do doente. Injecção de estimulantes (0,25 g. de cafeína e 0,25 mg. de ubaína). Injecção de 3 a 5 mg. de lobelina. A respiração artificial, se há paralisia respiratória, é o mais importante recurso terapêutico, e deverá ser mantida tanto tempo quanto fôr necessário ou até que

não haja sinais de vida. Inalação de azotito de amilo, se há sintomas anginosos.

Intoxicação pelo nitrobenzol: Intoxicação acidental (industrial) ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Coloração cinzento-azulada da pele e das mucosas. Náuseas e vômitos. Cheiro do hálito, das matérias vomitadas e da urina a amêndoas amargas. Astenia muscular intensa. Vertigens. Marcha cambaleante. Dificuldade de elocução. Pulso, muitas vezes, taquicárdico e arritmico. Dispneia acentuada. Convulsões limitadas a alguns grupos musculares. Delírio, perda de consciência, coma e morte por paralisia respiratória. A hemólise *in vivo* não é rara.

O metadinitrobenzol, empregado na manufactura de explosivos, produz um quadro semelhante, com sintomas gástricos mais acentuados, e é mais tóxico.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago e do intestino. Purgante salino (30 a 40 g. de sulfato de magnésio em 250 cm.³ de água). Sangria seguida de transfusão de sangue (indispensável se há hemólise). Flebóclise de solutos injectáveis isotónicos de cloreto de sódio ou de glicose (1.000 a 2.000 cm.³). Não administrar álcool nem gorduras. Aquecimento do doente, decúbito horizontal e inalação de oxigénio. Estimulantes cardiorrespiratórios. Administração endovenosa lenta de soluto injectável de azul de metileno a 1 % na dose de 0,1 cm.³ por quilo de pêso do doente (V. pág. 128). Respiração artificial, se fôr necessário.

Intoxicação pela nitroglicerina: V. intoxicação pelo azotito de amilo.

Intoxicação pela noz-vômica (*Strychnos nux vomica*): V. intoxicação pela estricnina.

Intoxicação pelo ópio: V. intoxicação pela morfina.

Intoxicação pelo Optalidon: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelo óxido de carbono: Constitui a forma mais freqüente de intoxicação voluntária (combustão de carvão em espaço restrito, abertura de torneira do gás de iluminação). Intoxicação acidental também freqüente (fuga de gás). Crime, mais raramente.

SINTOMATOLOGIA: Pêso na cabeça, zumbidos, mós-cas volantes são os primeiros sintomas rapidamente acompanhados de intensa astenia, principalmente nos membros inferiores, de tal modo que o doente não pode fugir ao perigo de que tem conhecimento. Pouco depois sobrevém perda de consciência, coma com abaxamento da temperatura, a respiração torna-se irregular, o pulso muito freqüente, pode haver convulsões e a morte produz-se por paralisia respiratória. O aspecto do doente é rosado, não cianótico.

O diagnóstico é, em geral, facilitado pelas condições em que se verifica o envenenamento e pela coloração rosada da pele. A sua confirmação pode fazer-se pela pesquisa de óxido de carbono no sangue (exame espectroscópico) ou, mais simplesmente, pela comparação da côr da diluição de uma gota de sangue suspeito em 10 cm.³ de água com idêntica diluição de sangue normal, visto que o sangue oxicarbonado dá coloração muito mais carminada (prova de Haldane). Esta prova é muito recomendável em todos os casos duvidosos.

TRATAMENTO: Respiração artificial associada, logo que seja possível, à inalação, por meio de máscara apropriada, de oxigénio puro ou misturado com 5 a 10 % de anidrido carbónico (carbogénio). Fleboclise lenta de soluto injectável de bicarbonato de sódio a 3 % (3 litros em 8 horas). Injecção intramuscular de lobelina (0,02 g.) ou de Coramina ou Cardiazol por via endovenosa (1,5 a 5 cm.³) que se repetirá, de 15 em 15 minutos, até restabelecimento da respiração automática.

Excitação da pele por fustigação e aplicação de toalhas embebidas em água quente. Se se verifica paragem cardíaca, pode tentar-se a injeção intracardíaca de estimulantes (levorrenina, cafeína, hipofisina, etc.).

Prolongar este tratamento durante horas, mesmo em casos de morte aparente, pois têm-se observado casos em que os primeiros sinais de vida só aparecem ao fim desse período de tempo. Desde que o doente parece vencer a fase inicial, injeção de quinina ou administração de sulfamidiazol como preventivo de pneumonia.

Intoxicação pelos óxidos de azoto, óxido azótico (N_2O_2) e peróxido de azoto (N_2O_4): Intoxicação accidental na indústria de nitratos, em laboratórios ou pela combustão de nitrocelulose (películas fotográficas).

SINTOMATOLOGIA: Irritação das vias aéreas com tosse, espirro, espasmo e edema da glote. Lacrimação. Edema pulmonar, expectoração hemoptóica, dispneia e astenia intensas podem aparecer somente algumas horas depois, mas, mesmo então, podem produzir a morte.

TRATAMENTO: Afastar o doente do local em que existem os gases. Respiração artificial com inalação de oxigénio. Estimulantes cardiorrespiratórios. Tratamento do edema da glote (pág. 57).

As intoxicações por alguns gases de combate, como o fosgénio, a cloropicrina e a difenilarsina dão sintomas semelhantes e tratam-se do mesmo modo.

Intoxicação pelo Pantopon: V. intoxicação pela morfina.

Intoxicação pelo Pernocton: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelo peróxido de azoto: V. intoxicação pelos óxidos de azoto.

Intoxicação pelo petróleo: V. intoxicação pela benzina.

Intoxicação pela picrotoxina e pela coca-do-levante (drupa do *Menispermum cocculus*). Esta drupa é empregada na pesca ilegal, nos rios. O envenenamento pode ser produzido por ingestão de peixes muito intoxicados ou das próprias drupas tomadas por frutos comestíveis.

SINTOMATOLOGIA: Entorpecimento geral, a princípio. Em seguida, náuseas, vômitos, salivação exagerada, sudção, hipotermia, obnubilação intelectual, tendência a síncope. Miose, polipneia, bradicardia, reflexos moderadamente exagerados. Convulsões clônicas, por vezes muito intensas, com flexão e extensão alternada dos membros. As convulsões predominam nos músculos da face, repetem-se com curtos intervalos e podem ser seguidas por depressão. Morte por paralisia respiratória.

TRATAMENTO: Idêntico ao da intoxicação pela estricnina (pág. 149) com exceção da ingestão de precipitantes dos alcalóides que deve ser substituída por lavagem do estômago com suspensão de carvão animal.

Intoxicação pela pilocarpina: Intoxicação medicamentosa ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Salivação e sudção abundantes. Profusa secreção brônquica. Diarreia. Vômitos e náuseas. Miose. Dispneia asmátiforme. Palpitações e taquicardia ou bradicardia, hiper-tensão seguida de hipotensão. Astenia. Vertigens. Trémulo. Em grávidas, aborto freqüente. Morte por paralisia respiratória ou edema pulmonar.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago e ingestão duma suspensão de carvão animal. Injeção de pequenas doses de sulfato de atropina (0,25 mg.), repetidas vezes, até atenuar os sintomas mais aparentes. Injeção de solutos isotônicos por via endovenosa.

Intoxicação pela Piramidona: V. intoxicação pela amidofebrina.

Intoxicação pelo pirogalhol e pela crisarrobina: Intoxicação medicamentosa por aplicação de pomadas com 5 a 10 % destes compostos, em superfícies muito extensas.

SINTOMATOLOGIA: Cefaleias. Arrepios. Vômitos. Diarreia. Coloração azulada das mucosas. Sonolência. Metemoglobinúria. Anamnese característica.

TRATAMENTO: Limpar tôda a zona onde a pomada foi aplicada. Se há sintomas graves, sangria e injeção de solutos isotônicos, ou, melhor, transfusão de sangue; respiração de oxigênio; estimulantes cardiorrespiratórios. Injeção de azul de metileno como foi indicado a respeito da intoxicação pela anilina (pág. 128).

Intoxicação pela potassa cáustica: V. intoxicação pela soda cáustica.

Intoxicação pelo Prominal: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela quinidina: V. intoxicação pela quinina.

Intoxicação pela quinina: Intoxicação medicamentosa ou voluntária. A dose letal é muito variável, em geral superior a 10 g., mas já com doses terapêuticas se podem produzir sintomas molestos em caso de idiosincrasia.

SINTOMATOLOGIA: Mal-estar. Náuseas. Eructações. Zumbidos. Diminuição de acuidade auditiva. Vertigens. Sensação de plenitude e pêso na cabeça. Astenia. Apatia ou delírio e convulsões. Diminuição do campo da visão e ambliopia ou dificuldade de distinção das côres. Abôrto ou ameaça de abôrto nas grávidas. Com doses muito fortes observa-se hipotermia, hipo-tensão, bradi-

cardia, arritmia, cianose e morte por paragem cardíaca. Em casos de idiossincrasia os primeiros sintomas são geralmente constituídos por exantemas pruriginosos ou outras manifestações cutâneas (edema, eczema, roséola, eritema, urticária, púrpura e hemorragias da pele e das mucosas).

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com soluto de tanino a 0,5 % ou suspensão de carvão animal, seguida de administração de 30 a 40 g. de sulfato de magnésio dissolvido em 200 cm.³ de água também adicionada de uma colher de sopa de carvão animal. Se há convulsões, 1 a 2 g. de hidrato de cloral em clister. Estimulantes cardíacos (0,1 g. de cafeína) e respiração artificial se fôr necessária.

Intoxicação pelo Sandoptal: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela santonina: Intoxicação medicamentosa na maior parte dos casos.

SINTOMATOLOGIA: Estado de embriaguez, cefaleia, exantemas cutâneos, vômitos e diarreia. Os objectos são vistos com uma tonalidade violeta, a princípio, e mais tarde amarela (xantopsia). Nos casos graves, vertigens, suores frios, trémulo, perda de consciência, febre e convulsões epileptiformes. Nos casos leves há apenas as perturbações visuais, cefaleias e vômitos. A urina apresenta coloração amarela intensa que passa a vermelha por alcalinização.

TRATAMENTO: Lavagem do estômago com suspensão de carvão animal seguida da administração dum catártico (30 g. de sulfato de magnésio) também adicionado de carvão animal. Nos estados de excitação e convulsões, clister com hidrato de cloral (2 g.) ou injeccão de barbitúricos de eliminação rápida (Evipan sódico), por via endovenosa, em dose suficiente para dominar as convulsões, repetida o número de vezes que fôr necessário.

Intoxicação pelo Saridon: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pela soda e pela potassa cáustica: Intoxicação accidental ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Formação de escaras brancas e moles nos lábios e na mucosa bucal que, como as lesões semelhantes do esôfago e do estômago, produzem violentas dores. Vômitos de matérias acastanhadas, de reacção alcalina. Colapso circulatório. Perigo de perfuração esofágica ou gástrica. Urina alcalina; contém hematina. Morte em colapso ou por peritonite (perfuração).

TRATAMENTO: Lavagem da bôca e deglutição de solutos diluídos de ácidos fracos; quasi sempre se utiliza o vinagre ou o sumo de limão por serem os que, em geral, mais depressa se obtêm, mas podem empregar-se solutos diluídos (3 a 5 %) de ácido acético, cítrico ou tartárico ou as limonadas clorídrica ou sulfúrica. De qualquer modo, o mais importante é instituir o tratamento neutralizante com a maior brevidade possível. A introdução de sonda gástrica, assim como o uso de vomitivos, estão contra-indicados. Tratamento do colapso circulatório (V. pág. 16) começando por suprimir as dores com auxílio de injeções de morfina. As lesões cutâneas serão lavadas abundantemente com os mesmos solutos e as dos olhos com água pura ou soluto de ácido bórico a 3 %.

Intoxicação pelo Somnifène: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelo sublimado corrosivo: V. intoxicação pelo mercúrio.

Intoxicação pelo sulfonal: V. intoxicação pelos barbitúricos.

Intoxicação pelo tetracloreto de carbono: Intoxicação medicamentosa ou, raramente, voluntária.

SINTOMATOLOGIA: Eructações com cheiro característico. Sensação de calor no epigastro. Náuseas e vômitos. Estado de embriaguez. Cefaleias. Vertigens. Em seguida, sonolência e narcose. Alguns dias depois pode haver, mesmo com doses pequenas, degenerescência gorda do fígado e dos rins.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago seguida da administração de purgante salino. Estimulantes cardiorrespiratórios. Administração de alimentos ricos em hidratos de carbono (sumo de frutas açucaradas), *solutio injectável de glicose, hipertónico*, por via endovenosa, pequenas doses de insulina em injeção hipodérmica e injeções endovenosas de cloreto de cálcio. Ensaiar também o tratamento pelo acetato de desoxicorticosterona e pelo cloridrato de cisteína como foi indicado a pág. 130.

Intoxicação pelos sais de tálio: Intoxicação accidental, principalmente em crianças (ingestão de preparados destinados à exterminação dos ratos), intoxicação criminosa e intoxicação medicamentosa.

SINTOMATOLOGIA: Dores abdominais, sem vômitos. Sede intensa. Cefaleias. Contracturas dolorosas nos membros inferiores, principalmente nos pés. Os sintomas mais característicos, constituídos por queda de cabelo e fenómenos polinevríticos, só aparecem alguns dias depois. A eliminação do veneno é muito demorada, podendo encontrar-se na urina e nas fezes, semanas depois da sua ingestão.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago. Purgante de sulfato de magnésio. Injeção de *solutio injectável de hipossulfito de sódio a 10 %* por via endovenosa, na dose de 10 a 20 cm.³ por dia, até desaparecimento do metal da urina. Tratamento sintomático adequado a cada caso.

Intoxicação por vapores rutilantes: V. intoxicação pelos óxidos de azoto.

Intoxicação pela veratrina, pela cevadilha (*Schoenocaulon officinale*), e pelo heléboro branco (*Veratrum album*): Intoxicação accidental ou suicídio.

SINTOMATOLOGIA: Gastrenterite com cólicas e diarreia. Picadas na língua e na mucosa bucal, semelhantes às da intoxicação pela aconitina. Vertigens. Trémulo. Convulsões e contracções musculares fibrilares, mais tardiamente. Espirro espasmódico. Hipotermia. Pulso, a princípio, bradicárdico e depois taquicárdico e arritmico (extrassístoles, taquissístolia auricular, dissociação auriculoventricular). Colapso circulatório.

TRATAMENTO: Lavagem de estômago com soluto de tanino a cerca de 3 por mil, ou chá forte. Purgante salino adicionado de carvão animal. Ingestão de café forte e injeção de estimulantes cardiorrespiratórios, particularmente cafeína. Pincelagem da mucosa nasal com soluto de cloridrato de cocaína a 5 a 10 % (não exceder dez gotas dêste último), se os espirros são muito persistentes.

Intoxicação pelos sais de zinco: V. intoxicação pelos sais de cobre.

INVERSÃO AGUDA DO ÚTERO

Este acidente é bastante raro e produzido, quasi sempre, por expressão extemporânea do útero e tracções sobre o cordão umbilical, antes de completo descolamento da placenta. Anuncia-se por uma dor abdominal crescente, acompanhada, em geral precocemente, de sintomas de choque intenso, e hemorragia mais ou menos abundante. Ao exame local encontra-se na vagina, ou aflorando a vulva, uma massa vermelha escura constituído pelo útero invertido com a placenta aderente;

mais raramente, a placenta já se descolara e encontra-se directamente a superfície interior do útero. A palpação abdominal confirma o diagnóstico, revelando a ausência do útero na sua situação normal.

TRATAMENTO: Se a doente se encontra em estado de choque, o médico limitar-se-á, localmente, a limpar a superfície do útero, empurrar o tumor uterino para dentro da vagina e tamponar fortemente esta cavidade para dominar a hemorragia que, quasi sempre, é abundante. Em seguida tratará por todos os meios o estado de choque (V. pág. 16), tendo em particular atenção a sedação das dores (morfina) e o restabelecimento da massa sangüínea (transfusão). *A redução da inversão não será tentada senão depois da doente se encontrar em melhores condições.*

Se se assiste ao acidente, poder-se-á tentar imediatamente a redução, antes da doente se encontrar em estado de choque.

Em qualquer dos casos, a redução será praticada sob anestesia geral depois da injeccção intramuscular de 1 mg. de cloridrato de levorrenina que muito a facilita, produzindo o relaxamento daquele órgão. Depois, é útil a injeccção de 0,5 a 1 cm.³ de Basergine ou de Neo-Gynergène para evitar a repetição da inversão.

LARINGITE ESTRIDULOSA

O acesso, antecedido dum curto período de rouquidão e tosse (dois a três dias), é, em geral, nocturno, surge súbitamente e caracteriza-se por intensa dispneia com movimentos respiratórios lentos e tiragem, aspecto de angústia, cianose, sudação, e respiração, a principio sibilante e depois estridulosa, entrecortada de períodos de tosse rouca e sonora. Apesar do aspecto aparentemente grave, ao fim de algum tempo o espasmo cessa.

e a criança volta a adormecer. O acesso pode, porém, repetir-se várias vezes e em noites sucessivas.

TRATAMENTO: Compressas quentes na parte anterior do pescoço; introdução de um dedo na bôca da criança ou tracções rítmicas da língua que atenuam, muitas vezes, o espasmo. Banho a 38° C.

Se o acesso não cede a êstes meios, prescrever:

Amidofebrina	um a dois decigramas
Barbital	cinco a dez centigramas (1)
Brometo de sódio	cinco decigramas
Xarope de éter	cinco gramas
Xarope de codeína, q. b. para	trinta centímetros cúbicos

1 colher de sobremesa e, em seguida uma colher de café, de 20 em 20 ou de 40 em 40 minutos até ao fim do acesso,

ou o seguinte clister:

Brometo de cálcio	vinte e cinco centigramas por ano de idade
Hidrato de cloral	um decigramma por ano de idade
Gema de ovo	n.º uma
Água	cem centímetros cúbicos.

Aconselhar um exame médico completo da criança depois de terminado o ataque.

Nos casos de suspeita, mesmo leve, de laringite diftérica, instituir o tratamento conveniente pelo sôro antidiftérico (V. difteria, pág. 46).

(1) Pode aumentar-se a dose de barbital para trinta centigramas, como convém em crianças de idade escolar, empregando o barbital sódico que é muito mais solúvel.

LESÕES TRAUMÁTICAS DO ENCÉFALO (COMOÇÃO E CONTUSÃO CEREBRAIS)

São produzidas pela acção dum traumatismo sobre o crânio e compreendem as lesões com fractura e as lesões sem fractura óssea. São estas últimas que se designam especialmente por comoção e contusão cerebral, embora se possam também encontrar associadas às primeiras. O quadro clínico é caracterizado por perda de consciência com flacidez muscular e arreflexia pupilar imediatamente após o traumatismo; em muitos casos, o coma não é completo, respondendo ainda o doente a estímulos fortes; observa-se palidez e suores frios, hipotermia, pulso pouco freqüente e pouco amplo, e respiração lenta, superficial e irregular. O estado assemelha-se um pouco ao estado de choque em que não há, contudo, perda de consciência. A duração dêste estado é muito variável (desde alguns segundos até algumas horas) e a sua terminação é marcada, em geral, por vômitos que, por vezes, se prolongam após o restabelecimento da consciência, assim como outras leves perturbações nervosas. Se o período de coma fôr mais longo, é de supor que haja contusão cerebral.

A contusão cerebral acompanha-se, quasi sempre, de comoção cerebral com perda de consciência bastante longa, mas há também casos sem perda de conhecimento. A sintomatologia pode limitar-se, de início, à que descrevemos acima, aparecendo os sintomas focais mais tardiamente, ou complicar-se, desde o princípio, com fenómenos nervosos que variam, de doente para doente, com a sede e a intensidade das lesões.

A fractura aberta da abóbada craniana é de diagnóstico evidente à simples inspecção; a fractura fechada verifica-se também facilmente à palpação, quando há deslocação dos fragmentos ósseos, mas o diagnóstico

das simples fissuras é muito mais delicado e, muitas vezes, só possível por meio de radiografias ou quando surgem sintomas de hematoma intracraniano (pulso amplo e lento, hiper-tensão arterial, respiração estertorosa, dilatação pupilar do lado lesado e vômitos); a fractura da base do crânio traduz-se clinicamente por epistaxes, otorragias, equimoses conjuntivais, submucosas (faringe) e subcutâneas (região mastóidea e face lateral do pescoço), escoamento de líquido cefalorraquidiano pelo conduto auditivo ou pelas fossas nasais e paralisias de nervos cranianos, sintomas êstes que se podem encontrar reünidos ou isolados.

TRATAMENTO: Se se assiste ao acidente, preconizar imediato internamento num hospital e recomendar o transporte cuidadoso do ferido, evitando todos os movimentos bruscos, nomeadamente a excessiva velocidade da auto-maca que, neste caso, só pode ser prejudicial. Colocar o doente em repouso completo no decúbito dorsal com almofada sob a nuca e a cabeça, de modo que esta não fique flectida. Bexiga de gelo na cabeça. Vigiar o pulso, a tensão arterial e a respiração para procurar surpreender precocemente a eventual formação dum hematoma intracraniano (fractura) que deve ser imediatamente tratado por trepanação.

Reservar o prognóstico porque, neste período, é impossível afirmar a inexistência de qualquer lesão encefálica; se o doente está hospitalizado, desaconselhar formalmente a sua transferência para casa, explicando que qualquer deslocação o pode piorar irremediavelmente.

Se há fractura do crânio, embora nem sempre o tratamento exija intervenção cirúrgica, é indispensável a colaboração dum cirurgião.

Indivíduos fortemente afectados por terem assistido a acidente espectacular (desastre de caminho de ferro, tremor de terra, explosão violenta, etc.) em que

foram vítimas parentes ou amigos, principalmente se têm ou julgam ter qualquer responsabilidade por imprudência, negligência ou incompetência, encontram-se, muitas vezes, num estado de excitação que é necessário combater. Nestas condições, o calmante e hipnótico de escolha parece ser o paraldeído que se pode administrar *per os*,

Paraldeído	dez gramas
Água destilada, q. b. para	cento e cinqüenta centímetros cúbicos
2 a 5 colheres de sopa, em chá com açúcar	

ou, melhor, em clister:

Paraldeído	dois a cinco gramas
Mucilagem de goma arábica	vinte e cinco centímetros cúbicos
Água destilada	cem centímetros cúbicos

O uso dêste óptimo e pouco tóxico medicamento é apenas restringido pelo seu mau cheiro que, mesmo quando se utiliza a via rectal, impregna no dia seguinte o hálito do paciente. Nos casos correntes, é suficiente a administração oral de fenobarbital na dose de 1 a 2 decigramas que se poderá aumentar prudentemente, em indivíduos pouco sensíveis, até 4 a 5 decigramas dose que não deve ser ultrapassada. Tem-se aconselhado últimamente a associação de fenobarbital com o tartarato de ergotamina e a beladona (Bellergal) que permitiria obter efeitos calmantes notáveis com pequenas doses de cada um dos medicamentos. O bromidrato de escopolamina na dose de 0,4 a 0,5 mg., em injeção subcutânea, presta também, em alguns casos, óptimos serviços. Pelo contrário, não há, nestes casos, qualquer indicação para o uso do ópio ou dos seus derivados.

MORDEDURA DE VÍBORA

As víboras são os únicos ofídios peçonhentos que se encontram em Portugal. A espécie mais vulgar é a *Vipera aspis*.

A mordedura é bastante dolorosa e acompanha-se dum edema hemorrágico que alastra mais ou menos, sobretudo em direcção aos gânglios linfáticos correspondentes. Pouco depois, aparecem os sintomas gerais que são constituídos por náuseas, cefaleias, mal-estar, rubor conjuntival, salivação, lacrimação e hematúria. Nos casos mais graves, sobretudo em crianças, sobrevêm delírio, convulsões e colapso circulatório. Este último é quasi sempre a causa da morte. Em casos muito raros e de enorme gravidade, pode não haver sinais locais por a inoculação do veneno se ter produzido no lume duma veia.

TRATAMENTO: Interromper a circulação venosa, por meio dum laço, no membro atingido, alargar a ferida com bisturi (incisão crucial) e deixá-la sangrar abundantemente. Ao mesmo tempo, lavar a ferida com um soluto de permanganato de potássio a 1 % ou de cal clorada a 2 % preparado recentemente. Auxiliar a saída do veneno por aspiração bucal (processo perigoso para o operador) ou por meio duma ventosa, principalmente nos casos em que a localização da mordedura não permite a colocação do laço. Entretanto procurar-se-á obter o sôro anti-ofídico E do Instituto Pasteur de Paris que se injecta na dose de 10 a 40 cm.³, conforme a intensidade dos sintomas gerais. Depois de ter mantido o laço apertado durante cêrca de 30 minutos, afrouxa-se durante um ou dois minutos para o voltar a apertar durante um período de 10 minutos, e assim sucessivamente. Dêste modo se consegue a entrada muito lenta na circulação do veneno ainda restante ou não neutralizado pelo

sôro. Se o doente cai em colapso, fazer ao mesmo tempo o tratamento adequado (V. pág. 16), prescindindo do uso do álcool, da estricnina e dos alcalóides do ópio, que estão, neste caso, contra-indicados.

NECROSE AGUDA DO PÂNCREAS

Início súbito, a maior parte das vezes, ultra-agudo. Dor extremamente viva na parte média do andar superior do abdómen, muitas vezes com irradiação para a esquerda, acompanhada de sensação de aniquilamento e estado de choque. O doente encontra-se imóvel, cianosado, com aspecto de intenso sofrimento e angústia, e respirando superficialmente. Meteorismo abdominal e íleo paralítico, por vezes precedido dum período de diarreia gorda, muito fétida. Podem observar-se vômitos, náuseas e soluços. Se não há grande meteorismo e o doente é magro, pode palpar-se o pâncreas aumentado de volume, o que constitui um óptimo sinal. Leucocitose de 15.000 a 35.000 com neutrofilia. O aumento da diástase no sangue e na urina, assim como a glicosúria, são elementos de valor para o diagnóstico diferencial. As afecções com que esta doença se pode confundir mais facilmente, e das quais pode ser na realidade indistinguível, são as perfurações gástrica e vesicular, a apendicite perfurada e o íleo (V. peritonites agudas). Nem sempre o quadro é, porém, tão agudo. Há casos subagudos que podem, contudo, conduzir ao estado de peritonite difusa, de predomínio no abdómen superior. Para o diagnóstico têm importância os elementos mencionados, nomeadamente o aumento do valor da diástase e a glicosúria.

TRATAMENTO: Abstenção completa de quaisquer alimentos ou bebidas, tanto mais eficaz quanto mais precocemente é estabelecida. Aspiração contínua do suco gástrico. Clister *sem* cloreto de sódio. Compressas quent

tes no abdómen. Injecção de 8 a 15 mg. de cloridrato de morfina. Desde que se observem melhoras nítidas, recomeçar muito prudentemente a alimentação com sumo de frutas e glicose. Se aparecem sinais peritoneais (hiperestesia cutânea, rigidez da parede, dor à pressão), indicar a intervenção cirúrgica.

NEURALGIA DO TRIGÉMEO

Dor de aparecimento brusco no território cutâneo de um ou mais dos três ramos do trigémeo. A duração do ataque doloroso é, em geral, de poucos minutos, mas pode repetir-se com maior ou menor frequência. Outras vezes, embora raramente, o ataque pode durar horas. Mais raramente ainda, existe dor contínua com exacerbações paroxísticas de alguns minutos de duração. Os acessos são, muitas vezes, despertados por causas mínimas tais como, falar, comer, influências térmicas ou mecânicas habituais, etc. Há, por vezes, rubor facial, secreção exagerada de suor, lágrimas, saliva e muco nasal no território atingido e, nos orifícios supra-orbitário, infra-orbitário e mentoniano, desperta-se dor à pressão, mesmo no intervalo dos ataques.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência consiste na administração de medicamentos antinevrálgicos em fortes doses (V. dores nevrálgicas, pág. 48). Só pela experiência se pode verificar qual é o medicamento mais eficaz em cada caso. Algumas vezes, a aconitina na dose de 0,2 mg. ou a tintura de acónito (V a X gotas) dão bons resultados, mas não constituem de modo alguns os medicamentos específicos nas neuralgias do trigémeo, pois falham em muitos casos. As injecções endovenosas de iodeto de sódio (5 a 10 cm.³ de soluto injectável de iodeto de sódio a 1 a 10 %) produzem alívio de certa duração em alguns casos. Nas formas mais rebeldes recorrer-se-á aos analgésicos

injectáveis como a Cibalgina injectável, a Novalgina, etc. A morfina e os seus derivados estão contra-indicados pelo perigo de toxicomania, extremamente grande numa doença de decurso crónico como esta. Só nos casos em que todos os outros analgésicos falham e se espere intervenção cirúrgica a breve prazo, será legítimo o seu emprêgo.

Não esquecer, após o alívio das dores, o exame neurológico pormenorizado assim como o exame cuidadoso do pescoço, nariz, seios maxilares e frontais, ouvidos e dentes, para procurar estabelecer a etiologia antes de concluir pelo diagnóstico de nevralgia essencial.

OBSTRUÇÕES LARÍNGEAS E TRAQUEAIS

Observam-se no decurso dum certo número de afecções e acidentes, dos quais os principais são:

- laringite estridulosa (pág. 174);
- laringite diftérica (pág. 45);
- abcesso retrofaríngeo (diagnóstico pelo toque digital; tratamento cirúrgico);
- corpos estranhos da laringe e da traqueia — os elementos de diagnóstico obtêm-se pelo interrogatório, pelo exame radiológico e pela laringotraqueoscopia; o tratamento é do fôro da especialidade;
- queda da língua em estado de coma;
- hiper-secreção traqueal em algumas intoxicações (barbitúricos, etc.);
- laringite aguda infraglótica: Sinais de laringite catarral e, algumas horas depois, sinais de estenose laríngea semelhantes aos do crupe. A tosse e a voz podem conservar-se sonoras, o que constitui um bom sinal diferencial. Se houver rouquidão e, dum modo geral, em todos os casos de dúvida, proceder-se-á ao exame bacteriológico dos exsudatos faríngeos e insti-

tuir-se-á imediatamente o tratamento pelo sôro anti-diftérico.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência, seja qual fôr a causa da obstrução laríngea, consiste em retirar o obstáculo se tal é realizável, ou, se não é, em praticar ou fazer praticar a traqueotomia. Esta intervenção tem sérios inconvenientes, particularmente no caso de laringite infraglótica, mas se o doente se encontra em iminência de morte por asfixia, não se deve hesitar em recorrer a ela (V. a respectiva técnica no capítulo II).

OCCLUSÃO CORONÁRIA

Esta afecção é quasi sempre devida a trombose dum dos ramos das artérias coronárias e produz um enfarte mais ou menos extenso do miocárdio.

Caracteriza-se clinicamente pela seguinte sintomatologia: Dor torácica de aparecimento brusco ou gradual, semelhante ao *angor* (V. pág. 1) mas, em geral, mais duradoura e pouco influenciada pelos movimentos do doente, suores, agitação, palidez cianótica, hipertensão seguida de baixa de tensão arterial, e, mais tarde, estado de choque; febre, leucocitose, arritmia, ruído de galope e, ao segundo dia, aumento de velocidade de sedimentação dos eritrócitos e atrito pericárdico; há, muitas vezes, hiperglicemia e glicosúria. Dispneia mais ou menos acentuada, segundo o grau de insuficiência cardíaca. A dor pode, porém, ser pouco intensa ou mesmo nula; neste caso os restantes sinais podem não ser suficientemente característicos ou induzir facilmente em êrro. Em casos raros o enfarte miocárdico pode apresentar-se sob a forma dum estado de coma de diagnóstico difícil, por vezes só possível pelo exame electrocardiográfico que pode fornecer,

já nas primeiras horas, traçados característicos. A existência de glicosúria e de hiperglicemia pode fazer pensar no coma diabético; a injeção de insulina em dose forte é muito perigosa, porque conduz nestes casos rapidamente a estados hipoglicêmicos. Para o diagnóstico diferencial há que pensar sobretudo nas afecções pulmonares agudas — principalmente na embolia —, no pneumotórax espontâneo, na ruptura completa ou incompleta (aneurisma dissecante) da aorta, na ruptura do miocárdio, nas perfurações viscerais, na cólica vesicular e na pancreatite aguda. Nos casos duvidosos o exame electrocardiográfico esclarece, quasi sempre rapidamente, o diagnóstico.

TRATAMENTO: Injeção de morfina em dose suficiente para abolir a dor, se fôr necessário por via endovenosa, a repetir sempre que se tornar preciso. Se o doente se encontra psiquicamente agitado, são úteis também os barbitúricos (0,1 g. de fenobarbital). Manter a maior calma em volta do doente. Se há arrefecimento, aquecer o doente rodeando-o de botijas com água quente. Injeção endovenosa lenta de Eupaverina (uma ampola de 0,03 g.) imediatamente depois do ataque e, em seguida, de ubaína na dose de 0,1 mg. (repetida uma ou duas vezes durante o dia se o estado de insuficiência circulatória se agrava) diluída em 10 a 20 cm.³ do *solutio injectável de glicose, hipertónico*. Tem sido também aconselhada a injeção de pequenas doses de insulina (5 a 10 U.) assim como a administração oral de glicocola em doses de 1,5 g. Os nitritos são neste caso pouco ou nada eficazes. A sangria só está indicada quando há repleção venosa acentuada. A alimentação deve consistir apenas em leite, caldos e bebidas açucaradas quentes.

Passada a fase aguda, exigir a continuação do mais estricto repouso no leito durante algumas semanas.

PERITONISMO

Designa êste t ermo os sintomas peritoneais (rigidez da parede abdominal e dor   palpação), sem inflamação peritoneal, causados por lesões de órgãos vizinhos ou por afecções de vísceras distantes.

Clinicamente distinguem-se êstes estados das peritonites pela variabilidade dos sintomas e sinais, e pelo menor número de leucócitos por mm.³ de sangue, menor alteração da fórmula leucocit ria e menor velocidade de sedimentação dos eritrócitos, excepto nos casos em que a afecção fundamental pode ser causa destas alterações hematológicas.

As afecções e estados em que se pode observar peritonismo são:

- Pericardite exsudativa;
- Lesões coronárias com ou sem enfarte do miocárdio;
- Pneumonia, particularmente do lobo inferior direito;
- Pleurisia exsudativa, particularmente a diafragmática;
- Supurações bronquect sicas;
- Traumatismos torácicos;
- Fleim es da parede e do mediastino;
- Linfogranulomatose da parede torácica;
- Gastrites;
-  lcera gastroduodenal;
- Colecistites purulentas;
- Cancro da vesícula biliar;
- Discin sia biliar;
- Fígado de estase agudo;
- Hemorragias súbitas de nódulos cancerosos do fígado;
- Tromboses hepáticas;
- Pancreatite aguda;
- Enfarte espl nico;
- Pielonefrite purulenta;

Abcesso ante-renal;
Cólica renal;
Flexão do uréter;
Rim flutuante;
Perimetrites;
Gravidez extra-uterina;
Epididimites;
Cisto ovário lacerado;
Meningites;
Crises tabéticas;
Doença de Heine-Medin no início;
Encefalite letárgica;
Cólica saturnina;
Doença de Addison;
Diabetes (estado pré-comatoso);
Infecções intestinais;
Periarterite nodosa;
Ileo mecânico e paralítico no início.

PERITONITES AGUDAS

Dor abdominal intensa e contínua. Parede abdominal tensa, rígida, por contractura dos músculos abdominais. Dor à pressão e, muito freqüentemente, também à descompressão (sinal de Blumberg). Diminuição ou desaparecimento da maciez hepática. Fácies abdominal caracterizada por palidez ou lividez, por vezes em manchas em casos muito agudos, acentuação dos sulcos nasolabiais, tensão das asas do nariz que parece mais ponteagudo, expressão fisionômica de sofrimento. O doente encontra-se apático ou excitado, mas conserva-se imóvel, com os membros inferiores encolhidos, procurando evitar qualquer compressão, mesmo mínima sobre o abdómen; a respiração é superficial e exclusivamente costal; observam-se freqüentemente sinais de desidratação, pelo menos língua seca e muito saburrosa; o pulso é pequeno, taquicárdico e

hipo-tenso e freqüentemente instala-se um estado de choque. Um pouco mais tarde, observa-se meteorismo abdominal e íleo paralítico; na fase pré-agónica, é freqüente um estado eufórico. Analiticamente nota-se leucocitose com neutrofilia e alterações dos neutrófilos; em casos muito graves, leucopenia; a velocidade de sedimentação dos eritrócitos aumenta progressivamente depois das primeiras horas.

O início da doença é particularmente dramático nos casos de perfurações viscerais, principalmente do estômago e do duodeno, que surgem muitas vezes inesperadamente. A perfuração gástrica ou duodenal é, em geral, antecedida durante longo período de sintomas de úlcera. A perfuração vesicular aparece em indivíduos de 50 a 60 anos de idade, em geral; é antecedida dum período de colecistite aguda, a dor da perfuração é menos violenta do que no caso anterior e o estado de choque menos pronunciado. A pancreatite aguda é própria dos obesos (V. necrose aguda do pâncreas, pág. 180). Em todos êstes casos há precocemente dor e rigidez da parede no epigastro. O enfarte intestinal surge também tempestuosamente em indivíduos de idade avançada com lesões cardiovasculares (V. embolia e trombose das artérias mesentéricas, pág. 58).

A apendicite aguda (pág. 3) dá um quadro de peritonite difusa que aparece algumas horas ou um dia após o início. Pode dar origem a diagnóstico errôneo, principalmente se o doente é visto tardiamente e se a sede do apêndice é anormal. A ruptura de gravidez extra-uterina dá um quadro de início igualmente dramático, muitas vezes com estado sincopal (V. pág. 75).

Causas de peritonite aguda são ainda as tromboses da veia porta, a ruptura de cistos equinocócicos, particularmente do baço e do fígado, a ruptura de cisto ovárico ou de piossalpinge, o enfarte do baço, o abôrto e tentativas de abôrto, a ruptura de pionefroses e a propagação de abcessos perinefríticos e de inflamações

genitais da pequena bacia (perimetrites e salpingites estreptocócicas).

Outras causas que podem simular peritonites de início brusco são algumas intoxicações agudas (por exemplo, o botulismo), as crises gástricas da tabe (*q. v.*), as crises adissonianas (pág. 98) e outras numerosas causas de peritonismo que foram referidas no artigo anterior.

TRATAMENTO: Intervenção cirúrgica precoce — excepto nos casos de peritonite pneumocócica (*q. v.*) e de pancreatite aguda (pág. 180) — que suprime a lesão visceral, causa da peritonite. É inútil e prejudicial, nestes casos, a terapêutica sintomática pela morfina e saco de gelo.

PERITONITE PNEUMOCÓCICA

Observa-se em crianças, de 3 a 13 anos de idade, quási sempre do sexo feminino.

O início é brusco, marcado por sintomatologia infecciosa (arrepios, febre elevada) e sinais peritoneais relativamente pouco acentuadas, que retrocedem rapidamente. Há leucocitose muito elevada (até 40.000) e herpes labial. Em casos de sintomatologia peritoneal mais acentuada na fossa ilíaca direita, é freqüente a confusão com a apendicite. O início é, porém, muito diferente, os sintomas peritoneais menos intensos e mais difusos, muitas vezes conservam-se os reflexos cutâneos abdominais. Se há exsudato a punção exploradora, permite pôr o diagnóstico bacteriológico exacto.

TRATAMENTO: Não está indicada neste caso a intervenção cirúrgica precoce, mas apenas a abertura de eventuais abscessos tardios. Tratamento médico adequado, tendo por base a quimioterapia pela sulfami-

dopiridina ou sulfamidotiazol nas doses convenientes, conforme a idade do doente.

PICADAS DE ARACNÍDEOS E INSECTOS

Lacrau ou escorpião (*Buthus occitanus*): São os mais venenosos dos artrópodos indígenas do continente. A picada causa dor intensa, acompanhada de sensação de queimadura, inflamação local e linfangite mais ou menos extensa. As espécies mais venenosas podem produzir, principalmente em crianças, acentuados sintomas gerais como torpor, suores, vômitos, espasmos musculares e convulsões tetânicas, hipertermia, hipotensão arterial, respiração superficial e cianose, e podem matar por paralisia respiratória.

TRATAMENTO: Ligadura para interromper a circulação venosa, acima do lugar atingido (quási sempre o membro inferior), no qual convém fazer uma incisão para promover a eliminação do veneno e procurar neutralizá-lo, lavando com um soluto de permanganato de potássio (cêrca de 1:100) a ferida assim produzida. Se a interrupção da circulação não é possível, incisão crucial no lugar picado e aspiração com ventosa. Tratamento do estado de choque e administração de sedativos (fenobarbital ou outros barbitúricos) se há convulsões. Nos casos menos graves, basta a aplicação local de parches de *água amónio-canforada*.

Vespas e abelhas (Genéros *Vespa* e *Apis*): Produzem, na maior parte dos casos, apenas sinais locais — edema, inflamação e ardor — que só apresentam gravidade quando se localizam na laringe (edema da glote por picada na bôca ou no pescoço). Nos casos em que o número de picadas é muito grande (enxames) ou em circunstâncias especiais (hipersensibilidade ou inoculação endovenosa da peçonha por picada numa veia, neste caso com sinais locais mínimos ou nulos),

observam-se perturbações gerais graves que podem ir até ao colapso e morte.

TRATAMENTO: Como tratamento local, arrancamento do agulhão quando este fica na ferida (evitando comprimir o reservatório de veneno que se pode encontrar anexo), aspiração bucal ou por meio duma ventosa do ponto picado, ligadura para interromper a circulação venosa acima do mesmo ponto, se fôr possível, e aplicação de parches de água quente, álcool, *espírito aromático* (água-de-colónia), ou *água amónio-canforada*. Se aparecem sintomas de colapso, far-se-á o tratamento correspondente (pág. 16).

As picadas devidas a outros artrópodos são pouco ou nada perigosas (a não ser pelas doenças que possam transmitir), e susceptíveis do mesmo tratamento local.

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

Inicia-se, em geral, por uma violenta dor, «em punhalada», no tórax, a que se segue dispneia muito intensa e, por vezes, estado de choque. Estes sintomas capitais podem ser mais ou menos atenuados, ou mesmo nulos, se a entrada do ar na cavidade pleural fôr lenta. A dispneia diminui, em geral rapidamente, desde que se faz repousar o doente. No pneumotórax de válvula, pelo contrário, a dispneia é crescente. Ao exame físico observa-se, do lado afectado, timpanismo (pouco nítido no pneumotórax de válvula), diminuição do murmúrio vesicular e das vibrações vocais e, muitas vezes, sôprô anfórico.

No caso muito raro de pneumotórax espontâneo simultaneamente bilateral, o perigo de asfixia é máximo.

TRATAMENTO: Colocar o doente em completo repouso e, se a dor é intensa, injectar 0,01 g. de cloridrato de morfina, com 0,3 mg. de bromidrato de escopolamina no caso de se observar intranquillidade. Ina

lação de oxigénio ou, melhor, respiração em atmosfera rica d'este gás (tenda de oxigénio). A aplicação de revulsivos no hemitórax oposto, assim como a injeccção de estimulantes centrais, são intervenções terapêuticas correntes, embora pouco ou nada fundamentadas.

Se a dispneia aumenta (pneumotórax de válvula ou pneumotórax bilateral), praticar a punção pleural com uma agulha de pequeno calibre e aspirar parte do ar, que aí se encontra, por meio dum aparelho de aspiração contínua ou duma seringa de grande capacidade, até se obter melhora franca. Esta intervenção deve ser repetida tantas vezes quantas forem necessárias.

QUEIMADURAS

O diagnóstico de queimaduras faz-se à simples inspecção e não oferece quaisquer dificuldades. Lembremos, apenas, que agentes químicos corrosivos ou vesicantes podem produzir lesões semelhantes.

TRATAMENTO: Nas queimaduras de 1.º grau (eritema), a aplicação duma gordura alivia o ardor e não é necessária qualquer outra terapêutica local. O tratamento geral só é necessário no caso de grande extensão da queimadura (V. página seguinte).

Nas queimaduras de 2.º grau, pouco extensas, é recomendável a abertura das flictenas, excisão de todos os fragmentos epidérmicos, e aplicação duma pomada de óleo de bacalhau, por exemplo:

Óleo de bacalhau	cinquenta gramas
Ácido bórico porfirizado	dois gramas
Talco esterilizado	quinze gramas
Óxido de zinco	quinze gramas
Vaselina	dezóito gramas

F. s. a. e m. em bisnaga,

depois de bem enxugada a superfície lesada com gaze estéril; outros preferem a aplicação dum soluto de

tanino a 5 %, pincelado ou pulverizado, que pode ser seguida de aplicação, pelo mesmo processo, dum soluto de nitrato de prata a 10 %; depois de secagem que se pode apressar por exposição ao calor e ventilação das superfícies tratadas, estas ficam recobertas dum coágulo protector sob o qual a cicatrização se realiza, em geral, sem complicações infecciosas. Um e outro destes processos têm notável acção calmante sobre o ardor da queimadura.

As queimaduras profundas, mas pouco extensas, poder-se-ão tratar do mesmo modo, mas aqui parece ser o tratamento cirúrgico o mais indicado.

Nas queimaduras extensas as perturbações gerais estão em primeiro plano. O tratamento geral tem aqui, portanto, a maior importância e consiste essencialmente no tratamento do estado de choque, tendo em atenção o facto da perda de plasma através da parede dos capilares lesados. A injeção de solutos hipertónicos, a transfusão de sangue total ou de plasma (quando o valor da hemoglobina é superior ao normal) ocupam, pois, o primeiro lugar entre os meios de tratamento do choque dos queimados e devem ser praticadas em larga escala e repetidas vezes. Quanto ao tratamento local, após limpeza cirúrgica e mecânica das queimaduras sob anestesia, uns recorrem a métodos que têm por base a coagulação da superfície lesada pelo tanino, outros preconizam os pensos de óleo de bacalhau, associados muitas vezes à imobilização em aparelho gessado, e uma minoria adopta outros processos. Além disto, o tratamento eficaz das grandes queimaduras requiere cuidados extremos de enfermagem e vigilância médica quasi constante, e só pode portanto ser realizado em bons serviços hospitalares. Nestas condições, o pratico deve limitar-se a enviar esta categoria de queimados para os hospitais, fazendo de urgência, apenas, o tratamento indispensável, nomeadamente a sedação das dores por meio de injeções de cloridrato de

morfina, e abster-se-á de qualquer tratamento local, além dum penso asséptico protector, se fôr possível.

SEZONISMO

Acesso pernicioso: É a única forma de impaludismo que necessita de tratamento de urgência, em virtude da gravidade que pode assumir. Aparece em determinadas regiões e pode instalar-se tanto como primeiro ataque, muitas vezes sem qualquer pródromo, como no decurso duma recidiva, mesmo depois do paciente ter abandonado a região infectada e regressado a região indemne.

O acesso pernicioso é provocado pelo *Plasmodium immaculatum s. falciparum*, e pode apresentar as seguintes formas:

Forma comatosa. — Perda progressiva ou brusca de consciência (acesso apoplectiforme), abolição dos reflexos, fenómenos meníngeos mais ou menos intensos (*acesso meníngeo*, quando êstes sintomas abrem a cena), febre elevada, entre 40 a 42° C. Pode observar-se desvio conjugado da cabeça e dos olhos e sinais de hemiplegia. Se a evolução é desfavorável, surgem perturbações cardiovasculares, ritmo de Cheyne-Stokes, soluços, edema pulmonar e o doente sucumbe num período que pode ser inferior a doze horas.

Forma delirante. — Caracteriza-se pelo aparecimento dum estado de agitação psicomotora, por vezes extrema, com idéias delirantes, que se inicia, na maioria dos casos, ao anoitecer e evoluciona frequentemente para o coma dentro de algumas horas.

Forma tetânica. — Aparece com particular freqüência em crianças e pode simular o quadro da tetania.

Forma coleriforme ou disenteriforme. — Diarreia profusa, líquida, por vezes sanguinolenta, intensas dores epigástricas de aparecimento súbito, pali-

dez lívida da face, pulso pequeno, sensação de angústia, vômitos incoercíveis, contracturas musculares. Evoluciona freqüentemente para a forma seguinte.

Forma álgida. — Surge no decurso dum acesso palustre ou duma febre palustre contínua. Caracteriza-se por considerável baixa da temperatura central e arrefecimento extremo da pele, suores, pulso filiforme ou nulo na radial, sede intensa e fácies hipocrática. O prognóstico é muito grave, embora se observe, por vezes, o reaquecimento espontâneo e a cura.

Forma tifóide. — Muito semelhante, no aspecto clínico, à febre tifóide, mas com temperatura irregular e sem dissociação esfigmotérmica.

Em todos os casos, em presença de sintomas como os que acabamos de descrever e desde que se trate de indivíduos que habitam ou habitaram regiões palúdicas, proceder-se-á ao exame microscópico de extensões de sangue e da «gota espessa», coradas pelo método de Leishman, o que permite verificar dentro de uma hora a existência, ou inexistência, de parasitas no sangue circulante. A presença de parasitas constitui o único meio de fixar o diagnóstico e a sua ausência, nestas condições, constitui forte argumento contra a natureza palúdica da afecção.

TRATAMENTO: O tratamento consiste, em todos os casos, em introduzir quinina no organismo. Só a dose e a via de administração variam. Nas formas mais graves em que o doente se encontra em immediato perigo de vida, a administração será feita por via endovenosa, utilizando o seguinte soluto:

Cloridrato de quinina	cinco decigramas
Fenazona (ou uretano)	vinte e cinco centigramas
Água redestilada . . .	dois centímetros cúbicos
F. s. a. e m. em uma empôla, para injeção.	

Este soluto será previamente diluído em cerca de 20 cm.³ de soluto injectável de cloreto de sódio e este

diluição injectada muito lentamente. Quando há afecções miocárdicas ou renais com insuficiência, está contra-indicada a utilização desta via. Neste caso e, também, quando a urgência é menor, recorrer-se-á à via intramuscular (1 a 2 cm.³ do mesmo soluto de quinina-uretano), procedendo com escrupulosas precauções de assepsia e praticando a injeccção no ponto mais conveniente, que fica no cruzamento da linha que vai do vértice da prega internadegueira à espinha ilíaca ântero-superior com a linha traçada da espinha ilíaca pósterosuperior para a protuberância ciática. Uma e outra injeccção se repetirão ao fim de algumas horas, a não ser que o estado do doente tenha melhorado de tal modo que se possa recorrer à via oral (hóstias de 0,50 g. de sulfato de quinina) ou à via rectal, utilizando, por exemplo, os seguintes supositórios:

Sulfato de quinina	cinco decigramas
Oleo de cacau, q. b. para . . .	um supositório
N.º 12	
2 ou 3 supositórios por dia.	

Esta última forma de aplicação parece digna de emprêgo mais freqüente.

Além disto, far-se-á o tratamento sintomático adequado, nomeadamente nas formas coleriformes e disenteriformes, a injeccção de morfina e atropina se há dores violentas, o reaquecimento por meio de banho, escal-fetas ou calor radiante e a reidratação nas formas coleriformes, disenteriformes e algidas, assim como o tratamento do freqüente colapso circulatório (V. pág. 16).

SOLUÇOS

O aparecimento dêste sintoma pode estar ligado a Perturbações orgânicas mais ou menos graves — distensão gástrica, processos patológicos localizados ou

propagados ao andar superior do abdómen ou da base do tórax, lesões do nervo frénico, tabe, histeria, tumores cerebrais, lesões vasculares do cérebro, encefalites — ou ser devida ao temperamento nervoso e apreensivo do paciente que faz perdurar um fenómeno que num indivíduo normal seria passageiro. Evidentemente, só estas formas persistentes necessitam de tratamento médico.

TRATAMENTO: Além do tratamento etiológico, ou melhor, além do tratamento da afecção de que os soluços são sintoma, é necessário procurar fazê-los cessar se persistem muito tempo, porque a sua continuação acarreta considerável fadiga e depressão.

Nos casos de origem psíquica, o tratamento preferível será a psicoterapia por conversação com o doente, ou o emprêgo de meios físicos como a imobilização do diafragma, retendo a respiração tanto tempo quanto possível, a tracção da língua durante um curto período de tempo, a provocação do espirro por aspiração nasal de substâncias esternutatórias (rapé, pimenta, pós insecticidas), a ingestão dum soluto concentrado de açúcar, etc.

Em casos mais graves, êstes meios são insuficientes; ensaiar-se-ão então sucessivamente os seguintes:

— ingestão de meio copo de água com uma colher de chá de *éter alcoolizado*;

— administração de uma colher de sopa, de meia em meia hora, da seguinte poção:

Clorofórmio	dois gramas
Benzocaina	cinco gramas
Emulsão comum	cento e cinqüenta centímetros cúbicos

Agite antes de usar;

— injecção de 0,5 mg. de sulfato de atropina, três a cinco vezes nas 24 horas;

- administração oral de barbital (0,30 g.) ou fenobarbital (0,15 g.);
 - injeção de 10 a 15 mg. de sulfato de morfina;
 - leve anestesia pelo clorofórmio;
- esta última só necessária em casos excepcionais.

TABE

Dores fulgurantes: São dores lancinantes ou em fisgada que surgem em qualquer ponto do corpo, principalmente nos membros e no dorso, têm duração muito curta, mas tal intensidade que, quando se repetem freqüentemente, constituem atroz martírio e atingem fortemente o estado geral. Outras vezes, as dores podem ser menos agudas e tomar aspecto reumatóide. Duma ou de outra forma aparecem, em geral, relativamente tarde nos tabéticos; não esquecer, porém, que, em alguns casos, pelo contrário, podem preceder de longos anos os outros sintomas tabéticos (tabe inversa de Schaffer).

TRATAMENTO: O tratamento consiste unicamente na administração de analgésicos em dose suficiente (V. fórmulas utilizáveis na pág. 16 e seguintes).

Crises viscerais:

a) *Crises gástricas:* Bruscamente, ou precedidos de eructações, surgem vômitos muito violentos que se repetem à menor tentativa de alimentação ou espontaneamente. Depois da expulsão dos alimentos que o estômago continha, o doente vomita suco gástrico muito ácido, muco, bile e, por vezes, sangue. Ao mesmo tempo acusa dores muito violentas, em forma de cólicas, acompanhadas, quasi sempre, de hiperestesia cutânea. Em lugar de vômitos pode haver apenas eructações ou soluços (crises diafragmáticas), estes muito penosos. O diagnóstico é fácil quando há outros sinais (Argyll-

-Robertson, Westphal, ataxia, etc.), ou sintomas (dores fulgurantes ou lancinantes, impotência, etc.) de tabe, como é habitual. Note-se, porém, que os tabéticos podem ter lesões orgânicas (úlcera do estômago ou do duodeno) com sintomatologia muito semelhante.

b) *Crisis faríngeas, esofágicas, vesiculares ou hepáticas, renais, vesicais, uretrais, rectais*, designam paroxismos dolorosos dos tabéticos que só com extrema dificuldade se distinguem sintomatologicamente dos estados inflamatórios os espasmódicos dos mesmos órgãos.

Dadas as dificuldades de diagnóstico que acabamos de citar, pode estabelecer-se como regra que as decisões operatórias nestes casos só devem ser tomadas após aturado estudo do doente.

TRATAMENTO: Abstinência de alimentação. Administrar *per os*, repetidas vezes, a seguinte suspensão:

Subazotato de bismuto . . .	vinte gramas
Óxido de magnésio . . .	dez gramas
Extracto de beladona . . .	vinte centigramas
Xarope de goma . . .	q. b.
Água destilada, q. b. para	duzentos centímetros
	cúbicos

Agite antes de usar

1 colher de chá em meio copo de água.

Aplicar cataplasmas quentes no epigastro. Injectar medicamentos anti-espasmódicos, por exemplo:

Cloridrato de papaverina . . .	três centigramas
Sulfato de atropina . . .	cinco decimigramas
Água redestilada . . .	dois centímetros cúbicos

F. s. a. e m. numa empôla esterilizada. N.º 3,

na dose de 2 a 4 cm.³, que se poderá repetir algumas horas depois, ou especialidades sintéticas (Trasentina, Eupaverina, Octinum, etc.). Na maioria dos casos, porém, esta medicação é insuficiente e só a injeção de morfina ou de medicamentos análogos sossega o

doente. Em virtude da pouca resistência do centro respiratório dos tabéticos à acção depressora da morfina, utilizar-se-á sempre a mistura:

<i>Soluto injectável de cloridrato de morfina</i>	1 cm. ³
<i>Soluto injectável de cafeína</i>	1 cm. ³
Soluto injectável de sulfato de atropina a 1:1.000	0,5 cm. ³

e vigiar-se-á a sua aplicação, tendo à mão estimulantes centrais (Cardiazol, Coramina, etc.).

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA

Caracteriza-se pelo aparecimento brusco e aparentemente sem causa de intensa aceleração cardíaca. O doente encontra-se pálido e queixa-se de súbito aparecimento de palpitações, opressão torácica (em geral, leve) e uma certa angústia. Estes sintomas acompanham-se, por vezes, de dores de tal intensidade que constituem verdadeiras crises anginosas. Pode ainda haver vertigens, estados lipotímicos, náuseas, vômitos e, em casos graves, insuficiência aguda do coração com edema pulmonar. A frequência do pulso excede, a maior parte das vezes, 160, mas pode ser menor (raramente menos de 140), e não varia quando se faz executar alguns movimentos ao doente (na taquicardia paroxística de origem ventricular a frequência é menos estável). Os ruídos cardíacos, assim como os silêncios que os separam, tornam-se iguais (embriocardia) e ouvem-se, muitas vezes, na região precordial, sopros que desaparecem após o ataque. A tensão arterial baixa e observa-se frequentemente turgescência das veias do pescoço e congestão passiva do fígado.

Na taquicardia sinusal que se poderia confundir com esta, a frequência é, em geral, menor, modifica-se

com qualquer exercício muscular ou emoção, e o aparecimento é lento, não podendo ser marcado dum modo preciso pelo doente.

Se fôr possível, deve registrar-se um electrocardiograma para distinguir os diferentes tipos: auricular (o mais freqüente), nodal (muito raro) e ventricular (o de maior gravidade).

O prognóstico é, em geral, bom. Se existe afecção cardíaca grave ou se a sua existência é presumível pelo aparecimento de fenómenos anginosos ou sintomas de insuficiência cardíaca, o prognóstico será mais reservado, visto que depende em grande parte da natureza da afecção cardíaca. Em qualquer caso existe o perigo de morte súbita por fibrilação ventricular.

TRATAMENTO: Pondo de lado muitos ataques que duram apenas alguns segundos ou minutos, e em que não chega a haver oportunidade de intervir, o tratamento desta afecção requiere orientação terapêutica bem definida.

O doente deve ser colocado em decúbito, com a cabeça baixa se houver tendência a vertigens ou lipotimias. Em seguida, procurar-se-á fazer cessar o ataque por desencadeamento de um dos seguintes reflexos cardio-inibidores:

a) Mandando executar movimentos respiratórios com o máximo de amplitude que fôr possível.

b) Exercendo pressão sôbre o seio carotídeo. — Procurar a bifurcação da carótida à frente do esternocleidomastóideo, ao nível do bôrdo superior da cartilagem tireóide, e comprimi-la de diante para trás contra a coluna vertebral. A compressão deve ser exercida apenas de um dos lados de cada vez (em geral, é mais eficaz à direita). O grau de pressão necessária será indicado pela palpação simultânea do pulso ou por auscultação do coração, e a manobra será interrompida logo que a taquicardia cesse. Se não se obtém resultado, repetir-se-á a compressão um pouco mais acima

ou mais abaixo, porque em alguns indivíduos a bifurcação da carótida pode encontrar-se um pouco desviada do ponto indicado.

c) Mandando proceder à manobra de Valsalva. — Após uma inspiração profunda, ordenar ao doente que faça esforço como para defecar. Pode reforçar-se o efeito desta manobra, mandando colocar previamente o doente acororado.

d) Provocando o vômito por excitação mecânica de faringe ou por ingestão dum emético.

e) Comprimindo os globos oculares. — Ordenar ao doente que olhe para baixo e feche os olhos; em seguida exercer pressão crescente de diante para trás e um pouco de fora para dentro sôbre os dois globos oculares, até o doente acusar sensação de dor.

Se êstes meios se mostram insuficientes, é necessário recorrer ao emprêgo de medicamentos, dos quais os seguintes parecem ser os mais eficazes:

1. — Injecção subcutânea de 0,5 cm.³ de Doryl (cloridrato de carbaminoilcolina) que se pode repetir na mesma dose ou em dose dupla (conforme a intensidade dos efeitos secundários observados), meia hora depois. Com o mesmo fim, tem sido aconselhada a injecção de acetilcolina por via endovenosa — por via subcutânea ou intramuscular a acção é muito fraca — na dose de 0,1 g. em injecção muito lenta.

2. — Injecção endovenosa lenta de 10 a 20 cm.³ dum soluto esterilizado de cloreto ou de gliconato de cálcio a 10 %, ou de sulfato de magnésio a 15 %; êste último parece eficaz, sobretudo quando houve tratamento digitálico excessivo.

3. — Administração de sulfato de quinidina *per os* na dose de 0,2 ou 0,3 g. (hóstias) com intervalos de 1 a 4 horas até terminação do ataque (dose total máxima de 2 g.).

4. — Injecção endovenosa de extractos de dedaleira em doses altas — por exemplo, 4 a 6 cm.³ de Digipuratum (3 a 4,5 U. I.) — ou de ubaína (0,25 mg.).

Este tratamento não é isento de perigos, o principal dos quais é o de determinar, algumas vezes (principalmente nas formas ventriculares), fibrilação do ventrículo.

Qualquer destes meios pode ser seguido de efeito imediato. Se não fôr, repetir-se-ão as manobras atrás indicadas, nomeadamente a compressão do seio carotídeo.

TETANIA

Ataque tetânico: Convulsão tónica dos músculos em qualquer parte do organismo, sobretudo nas extremidades. A mais característica é a contractura dos músculos da mão que toma a forma da conhecida «mão de parteiro» ou, mais raramente, de «mão em garra». As contracturas iniciam-se sem causa aparente por um grupo muscular, são acompanhadas de dores muito intensas que provocam gritos e podem estender-se a outros grupos musculares mais ou menos numerosos. Em casos pouco freqüentes, podem também ser envolvidos os músculos laríngeos (espasmo da glote), faríngeos e respiratórios (crises apneicas inspiratórias ou, mais raramente, expiratórias), assim como os do estômago, intestinos, brônquios e bexiga.

Como sinais importantes para o diagnóstico, verificar-se-ão, se fôr necessário, os sinais de Chvostek (contractura dos músculos da face por percussão sobre o trajecto do facial junto do meato auditivo) e de Trousseau (provocação da característica contractura dos músculos do membro superior, dentro de 1 a 5 minutos, por compressão exercida por um laço colocado em volta do braço e suficientemente apertado para produzir o desaparecimento do pulso radial).

Laboratorialmente encontra-se hipocalcemia (6 a 8 mg. de cálcio %) ou aumento da reserva alcalina.

TRATAMENTO:

Na criança: Clister de 300 a 500 cm.³ de água quente com uma colher de chá de sal. Banho de imersão quente — a que se pode adicionar uma colher de sopa de farinha de mostarda — de 15 minutos de duração, durante o qual se mantém na cabeça um saco de gelo ou compressas embebidas em água muito fria. Se isto não fôr suficiente, injectar 0,5 a 1 g. de cloreto ou de gliconato de cálcio por via endovenosa ou, do último, por via intramuscular. Ataques mais intensos exigem a injeção de cloridrato de morfina ou anestesia superficial por vapores de clorofórmio, que se realiza colocando junto da bôca e do nariz da criança um copo cujo fundo se recobriu prèviamente com um pouco de algodão embebido em clorofórmio. Se a causa das convulsões parece residir na perda excessiva de anídrido carbónico — quasi sempre em consequência de choro e gritos prolongados — começar-se-á por fazer respirar uma atmosfera confinada, adaptando à face da criança uma máscara improvisada com um pouco de papel forte. No caso de ter havido vômitos abundantes, administrar-se-á, através duma sonda nasal, limonada clorídrica ou um soluto de cloreto de amónio, e, por via endovenosa, *soluto injectável de cloreto de sódio* (V. pág. 90).

No adulto far-se-á imediatamente a injeção endovenosa de cloreto ou de gliconato de cálcio na dose de 10 cm.³ do soluto injectável a 10 %, ou de 20 cm.³ do segundo por via intramuscular e, subcutâneamente, 10 a 15 mg. de morfina com 0,3 a 0,5 mg. de atropina. Nos casos de hiperpneia, injectar só morfina e fazer com que o doente retenha voluntariamente a respiração durante o maior tempo que lhe fôr possível, ou fazê-lo respirar em atmosfera confinada como foi dito mais acima. Se se dispõe de dispositivo apropriado (máscara ou tenda), far-se-á respirar ao doente uma mistura de 95 % de oxigénio e 5 % de anídrido car-

bônico. No caso de tetania de origem gástrica, proceder como foi indicado a propósito da tetania infantil.

TÉTANO

Os primeiros sintomas passam, muitas vezes, despercebidos ou não são convenientemente valorizados, mas, embora não constantes, aparecem com maior frequência do que se supõe e são constituídos por sensação de prisão da maxila, da nuca e, mais raramente, dos músculos vizinhos do ponto de inoculação, dores difusas, cefaleias e astenia. Pouco depois ⁽¹⁾ torna-se nítida a contractura típica dos masséteres (trismo) que se generaliza em algumas horas ou dias a todos os músculos da face, produzindo a expressão conhecida pela designação de «riso sardónico» muito característica. Em seguida, o exagêro do tono estende-se aos músculos do tronco, predominando nos extensores (opistótono), na maioria dos casos, e depois aos membros inferiores; os membros superiores são, em geral, pouco atingidos e quando o são, a contractura predomina nos flexores. A rigidez dos músculos do tronco é causa de pequena amplitude respiratória com hematose insuficiente (cianose), contractura da parede abdominal e retenção de fezes e de urina. O espasmo faríngeo dificulta a deglutição. As funções psíquicas conservam-se inalteradas. Além disto, os reflexos estão muito exagerados, e excitações, mesmo mínimas e inapreciáveis, produzem violentas convulsões tónicas paroxísticas que duram alguns segundos ou minutos e podem causar a morte por asfixia.

(1) O periodo de incubação do tétano varia desde alguns dias até cerca de 4 semanas e a velocidade da evolução é também muito variável.

Em casos raros, o tétano limita-se aos músculos da região ferida e é, em geral, benigno, mas pode também generalizar-se.

As convulsões são acompanhadas de dores que persistem, atenuadas, nos intervalos. Das mais características são as fortes dores precordiais, devidas ao espasmo do diafragma.

TRATAMENTO: O tratamento de urgência consiste, em primeiro lugar, na supressão das convulsões que ameaçam matar o doente por asfixia ou esgotamento. Para conseguir êste fim, o meio mais expedito e simples é a injeccção de cloridrato de morfina na dose de 0,02 g., três a cinco vezes por dia, alternando com hóstias de fenobarbital de 0,3 a 0,4 g. (até 3 por dia). Entretanto, procurar-se-á o sôro antitetânico que se injectará em doses altas (20 a 80 cm.³ do sôro concentrado que contém 1.000 U. por cm.³) por via endovenosa ou intramuscular, depois de ter verificado a ausência de sensibilização (V. pág. 46). Ao mesmo tempo, o ferimento que constituiu a porta de entrada será examinado por um cirurgião que praticará o tratamento local conveniente.

O tratamento subsequente varia com a evolução de cada caso, mas deve basear-se sempre no conhecimento de que o doente morre por asfixia ou esgotamento, e deve, portanto, ter como objectivos:

- diminuir os espasmos musculares (Avertina, hidrato de cloral, barbitúricos, morfina);
- manter as forças do doente, adminisrando-lhe uma ração alimentar tão suficiente e equilibrada quanto possível (por sonda nasal se fôr necessário);
- neutralizar a toxina por meio de sôro.

Em casos muito graves tem sido possível salvar alguns doentes, pondo em jôgo meios terapêuticos tão poderosos como a respiração artificial de oxigênio, após traqueotomia e secção dos frénicos.

TORSÕES VISCERAIS

As mais freqüentes destas torsões são as do cisto ovárico, da trompa, de fibromas uterinos pediculados, do grande epíploo e do pedículo do baço.

Os sintomas comuns são: dor abdominal brusca inicial, acompanhada de vômitos, meteorismo, íleo, reação peritoneal e febre moderada. A percepção, à palpação ou ao toque, duma massa intra-abdominal, ou o eventual conhecimento prévio da existência dum cisto ovárico, dum fibroma pediculado, etc., auxiliam muito o diagnóstico. Frequentemente a confusão com a oclusão intestinal, a apendicite e a ruptura de gravidez extra-uterina é inevitável, e o diagnóstico exacto só é pôsto depois da laparatomia.

TRATAMENTO: Intervenção cirúrgica urgente, em todos os casos.

TRAUMATISMOS OSTEOARTICULARES

Consideramos aqui sob esta designação tôdas as lesões dos ossos e articulações provocadas por agentes traumáticos que exijam immediato auxílio à vítima. Os primeiros cuidados têm muitas vezes importância decisiva para a vida ou capacidade funcional do doente, e só a êles nos referimos neste artigo, considerando o tratamento definitivo da lesão do fôro da cirurgia ou da ortopedia.

TRATAMENTO: Regra que deveria ser ensinada e demonstrada a tôda a gente é a de que um traumatizado impossibilitado de se deslocar pelos seus próprios meios só deve ser retirado do lugar em que se encontra depois de observado e socorrido por pessoa para tal competente, salvo o caso de grave perigo iminente.

Este primeiro tratamento compreende:

— paragem provisória de eventual hemorragia abundante (V. pág. 79);

— protecção do lugar atingido que se procurará imobilizar por meio de talas e ataduras improvisadas;

— injeccção de cloridrato de morfina se houver dores muito intensas.

Em seguida:

— transporte extremamente cuidadoso do ferido para qualquer local abrigado, se não fôr possível conduzi-lo imediatamente para um hospital;

— se o doente se encontra em estado de choque, tratamento adequado como foi indicado a pág. 14, e se tiver havido efracção de tecidos, limpeza muito completa da ferida e da pele circundante com benzina e éter e seu recobrimento com penso asséptico:

— injeccção de sôro anti-tetânico preventivo (10 cm.³), se não houver a certeza de ausência de infecção tetânica, principalmente nos casos de ferida contusa e suja de terra; neste último caso é conveniente associar ao sôro anti-tetânico o sôro anti-gangrenoso (20 a 40 cm.³).

Depois disto, proceder-se-á então, sem perda de tempo, ao tratamento cirúrgico e ortopédico que estiver indicado.

UREMIA E PSEUDO-UREMIA AGUDAS

Uremia aguda: O estado de uremia na fase adiantada que torna necessária a intervenção médica urgente, é facilmente reconhecível. Os doentes encontram-se inquietos, aborrecidos, angustiados, queixam-se constantemente de sêde, de mal-estar, de cefaleias, de prurido, fatigam-se muito facilmente, a sua côr tem um tom amarelo característico, a pele e as mucosas estão sêcas e descoradas, o hálito é fétido e, muitas vezes, amoniacal; se não há, ou onde não houver, edemas,

verifica-se acentuado emagrecimento e fusão das massas musculares; muitas vezes há estomatite e perturbações digestivas desde anorexia e constante mau sabor até aos vômitos incoercíveis e diarreia. Os reflexos tendinosos estão exagerados e pode haver sobressaltos tendinosos e trémulo muscular. O doente cai progressivamente em sonolência que, pouco a pouco, se vai acentuando até ao estado de coma, raramente profundo (pág. 29). A urina apresenta albumina e cilindros e tem densidade fixa (à volta de 1,010); a ureia do sangue encontra-se elevada (acima de 100 mg. %, em geral), mas o seu nível, assim como o do azoto total não proteico, não é proporcional à gravidade do estado do doente; a xantorreação de Becher, assim como a indicenemia, encontram-se também muito elevadas, e o seu valor constitui mais seguro índice de prognóstico.

TRATAMENTO: Pondo de lado o tratamento de base dêste estado que requer conhecimento perfeito da sua fisiopatologia e das necessidades fundamentais do organismo, assim como apurado senso e tacto clínicos, referir-nos-emos apenas às prescrições iniciais e ao tratamento dos sintomas mais molestos.

Se o doente não se encontra sob vigilância médica e comete êrros terapêuticos dietéticos por excesso de ingestão de substâncias azotadas — quasi sempre com o intuito de se «fortalecer» —, convirá começar por praticar uma sangria de 100 a 300 cm.³ (se não há anemia) e estabelecer um regime de sumo de frutas, exclusivamente, durante 3 a 5 dias. A administração de purgante pode piorar o doente, agravando o estado de acidose, e não tem qualquer justificação. Outros doentes encontram-se, pelo contrário, excessivamente emaciados e desidratados por exagêro de restrições alimentares, e têm de ser imediatamente colocados em regime alimentar convenientemente equilibrado, em que não deve faltar o mínimo de proteínas de valor biológico elevado. Para combater o estado de acidose e a even-

tual desidratação, será útil a injeção endovenosa lenta de soluto injectável de lactato ou de bicarbonato de sódio a 3 %, que, ao mesmo tempo, talvez facilite a eliminação dos tóxicos retidos no organismo. Com o mesmo fim se poderá administrar *per os* o soluto de lactose a 5 %. Se há hipocloremia e não há edemas, está indicada a injeção de solutos isotônicos ou hipertônicos de cloreto de sódio. Se houver indicação para o emprêgo de estimulantes cardíacos, dar-se-á a preferência à cafeína na dose de 0,1 g. por injeção. As cefaleias, que se contam entre os sintomas mais molestos, serão calmadas com

Fenobarbital.	cinco centigramas
Cafeína	vinte e cinco miligramas
Em uma hóstia. N.º 20	
2 a 3 por dia.	

Os vômitos cedem, em geral, muito difficilmente à medicação. Se não são aliviados pelos cuidados higienodietéticos, poder-se-á tentar a administração alternada de pequenas doses de fenobarbital, de atropina e de morfina.

O tratamento é, como se sabe, apenas paliativo.

Pseudo-uremia aguda, encefalopatia hipertensiva aguda ou uremia eclâmptica: Ao contrário da uremia verdadeira que evoluciona num estado de sonolência cada vez mais acentuado, na pseudo-uremia aguda observa-se o seguinte quadro: Convulsões tónicas e clónicas, análogas às que se observam na eclampsia (pág. 54), precedidas de cefaleias, vertigens, vômitos* de tipo cerebral, estado de excitação psíquica ou de depressão. A tensão arterial é elevada, assim como a do líquido cefalorraquidiano, e o pulso cheio e lento. Pode encontrar-se rigidez da nuca e sinal de Babinski. Ao exame oftalmoscópico, encontra-se retinite angio-pástica e edema mais ou menos extenso da retina. Ao estado convulsivo pode seguir-se um estado de

coma profundo (pág. 28); outras vezes, o ataque termina com um período de sono e pode deixar paralisias ou perturbações visuais que quasi sempre regressam sem dificuldades. Nestes doentes observam-se também afecções renais (esclerose, glomerulonefrite crónica ou aguda, rim gravídico), mas pode não se encontrar nenhum sinal ou sintoma de insuficiência renal. Quando esta existe, podem observar-se formas mistas de pseudo-uremia e de uremia agudas.

Há também formas incompletas, sem convulsões, em que se encontram, porém, tôdas as outras consequências da hiper-tensão arterial e craniana.

TRATAMENTO: Sangria abundante (300 a 500 cm.³). Injecção endovenosa lenta de 10 a 20 cm.³ de soluto injectável de sulfato de magnésio a 10 %. A paralisia respiratória, que, em raros casos (principalmente com injecção pouco lenta), se pode observar com esta medicação, será instantaneamente combatida com a injecção endovenosa dum sal de cálcio que se terá sempre à mão. Esta terapêutica parece preferível à punção lombar para fazer baixar a pressão cefalorraquidiana, porque diminui ao mesmo tempo o edema cerebral (V. o artigo sôbre punção lombar no capítulo II). Ao mesmo tempo administrar-se-á o sulfato de magnésio *per os*, em soluto saturado, na dose de 40 gr. ou em clister:

Sulfato de magnésio . . .	vinte gramas
Infuso de foliolos de sene (30 por mil)	quinhetos centímetros cúbicos

Se a injecção de sulfato de magnésio fôr mal tolerada, poder-se-á substituir pela injecção endovenosa de 100 a 400 cm.³ dum soluto de sacarose a 50 %, a que se pode adicionar, na ocasião do emprêgo, uma pequena dose de fenobarbital sódico (0,2 g.).

Em seguida, será instituído regime alimentar severo, limitado a alguma fruta e glicose, esta última também

administrada por via endovenosa em soluto hipertônico, durante dois a cinco dias.

Por vezes, em casos leves basta o regime e a administração de pequenas doses de sedativos como o fenobarbital (0,05 a 0,20 g.) ou o hidrato de cloral (15 a 30 cm.³ do *xarope de hidrato de cloral*).

VÔMITOS

Este sintoma, quando não faz parte de quadros nosológicos descritos em outros lugares (apendicites, colecistites e peritonites agudas, íleo, dilatação gástrica aguda, uremia, intoxicação, início de algumas doenças infecciosas, enxaquecas e síndrome de hiper-tensão craniana), constitui quási sempre sinal de excessos alimentares ou de intolerância gástrica para determinados alimentos, cuja natureza não é sempre fácil determinar. E a este estado, muitas vezes acompanhado de diarreia, que se dá vulgarmente o nome de indigestão.

TRATAMENTO: Nestas condições, não se deve procurar evitar a expulsão dos restos de alimentos do estômago, mas antes auxiliá-la. É, aliás, o que muitas vezes se pratica — com outra intenção — quando se administram bebidas neste período de intolerância. Mais eficaz é a ingestão de 500 a 1.000 cm.³ de água quente adicionada de 1 ou 2 colheres de chá de bicarbonato de sódio, que é seguida de vômito. Em casos mais graves (em especial se se suspeita de verdadeira intoxicação alimentar), recorrer-se-á à lavagem do estômago com o tubo de Faucher.

Depois de completo esvaziamento, se os vômitos persistem, procurar-se-á calmá-los tranqüilizando o doente, colocando compressas quentes ou um saco de gelo sobre o epigastro e com a administração de anti-eméticos. Basta quási sempre o anidrido carbônico que se desprende do *soluto efervescente* oficial (uma

colher do soluto n.º 1 seguida imediatamente de igual dose do soluto n.º 2) ou dos populares «sais de frutos», ou do vinho espumante (êstes meios actuam melhor se são administrados muito frios). Outras vezes, é mais eficaz o infuso de hortelã-pimenta muito quente. Em casos mais resistentes será necessário recorrer a medicamentos mais enérgicos como o mentol, a cocaína, o clorofórmio, o hidrato de cloral e a atropina, de que se dão a seguir algumas fórmulas:

Cloridrato de cocaína	dez centigramas
Mentol	cinquenta centigramas
Álcool de 80°	dez gramas
Soluto de benzaldeïdocianidrina	quinze gramas
XV a XXV gotas, numa colher de água até 20 vezes por dia.	

Soluto de clorofórmio cem centímetros cúbicos
Para tomar às colheres de sopa.

Hidrato de cloral	cinco gramas
Sulfato de atropina	três miligramas
Água	cento e cinquenta centímetros cúbicos

1 colher de sopa, 3 ou 4 vezes por dia, *per os* ou em clister.

Não esquecer que os vômitos repetidos podem conduzir a estados de desidratação e de alcalose, de consequências graves (V. pág. 91), que é necessário combater por meio de injeções de *soluto injectável de cloreto de sódio*.

VÔMITOS ACETONÉMICOS DAS CRIANÇAS

Vômitos abundantes e muito repetidos (até 50 por dia), em crianças, geralmente, entre os três e os dez anos de idade. Dores abdominais apenas durante os vômitos. Respiração profunda com cheiro acetónico

intenso do hálito. Forte desidratação que causa a característica hipotonia dos globos oculares. Estado de prostração mais ou menos intenso, mas sempre com conservação da consciência. Acetonemia elevada e acetonúria (acetona e ácido diacético).

O acesso repete-se com intervalos maiores ou menores, em geral de meses, dura desde algumas horas até alguns dias e é, por vezes, precedido de pródromos durante 24 ou 48 horas (astenia, cefaleia, anorexia, hálito acetónico). Prognóstico benigno.

TRATAMENTO: Repouso no leito. Injecção de Luminal ou Gardenal injectáveis na dose de 0,3 a 0,5 cm.³ por via intramuscular. Uma hora depois, administrar sumo de frutas fortemente açucarado ou, se há ainda intolerância gástrica, sôro fisiológico ou sôro de Ringer adicionado de 5 % de glicose em gota-a-gota rectal (500 a 1.000 cm.³), que se repetirá uma ou mais vezes por dia enquanto durarem os vômitos e a intolerância gástrica. Em casos excepcionalmente graves, estaria indicada a hormonoterapia corticossuprarrenal (injecção intramuscular de 5 ou 10 mg. de acetato de desoxicorticosterona).

II

TÉCNICA DE ALGUMAS APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASAL

Para a alimentação por sonda nasal utiliza-se um tubo especial de borracha, conhecido pela designação de tubo de Levin, arredondado e fechado numa extremidade mas lateralmente perfurado junto da mesma, de 4 a 6 mm. de calibre e cêrca de 1 m. de comprimento, que se pode tornar mais consistente por meio duma corda de piano, provido de marcas a 60, 80 e 100 cm., correspondentes respectivamente ao estômago, ao duodeno e ao jejuno.

TÉCNICA DE INTRODUÇÃO: Lubrificado com parafina líquida ou lubrificante apropriado ⁽¹⁾, o tubo, provido ou não do mandril (corda de piano), empurra-se com

(1) A lubrificação com gorduras deteriora rapidamente os objectos de borracha. Para melhor conservação é preferível a seguinte pasta gelatinosa:

Goma adraganta	2,5 g.
Oxicianeto de mercúrio	0,1 g.
Glicerina	10 cm. ³
Água fervida, q. b. para	100 cm. ³

F. s. a. e m. em bisnagas ou boião.

suavidade através duma narina por onde penetra sucessivamente, com pequeno incómodo para o doente, na nasofaringe e no esófago, atingindo finalmente o estômago; desde que se permita o livre avanço do tubo, será em seguida arrastado para o duodeno e o jejuno pelo peristaltismo gástrico. Poder-se-á, assim, realizar a introdução de alimentos no estômago ou no duodeno. Depois de atingido o nível desejado, fixa-se o tubo ao nariz por meio de tiras de adesivo.

ALIMENTAÇÃO: Os alimentos, constituídos por pureias mais ou menos espessas, serão introduzidos por meio de uma seringa de 50 ou 100 cm.³ que se adapta ao tubo. Se se faz a administração duodenal, a introdução deve ser lenta (cêrca de 100 cm.³ por hora), e será então mais cómodo introduzi-los pelo seu próprio pêso, utilizando qualquer dispositivo facilmente imaginável, semelhante, por exemplo, ao da fig. 4 (pág. 223), colocando o recipiente (1) que contém os alimentos a altura conveniente para que o esvaziamento se faça segundo aquêle ritmo; neste caso é necessária freqüente agitação para manter a mistura alimentar homogênea. Os alimentos, que assim se podem introduzir, são principalmente: água, leite (natural, citratado, peptonizado, etc.), ovos, açúcar, glicose, mel, pureias de frutas, de batata, e de legumes, sumo de frutos, farinhas cozidas em água ou leite (maltosadas de preferência), cozimentos de cereais, caldos de legumes ou de carne, extractos de carne e todos os alimentos que possam ser reduzidos a polpa suficientemente delgada.

Esta técnica é de utilização indispensável quando o doente se encontra em estado de inconsciência durante muito tempo ou recusa a alimentação por perturbações mentais, nos casos de impossibilidade de abertura da

(1) O recipiente representado na figura é um frasco de Erlenmeyer mas pode utilizar-se também qualquer outro, como um simples funil, etc.

bôca, e é recomendada por muitos autores no tratamento de várias afecções do estômago. Seria também provávelmente muito útil o seu emprêgo em casos de doenças prolongadas e acompanhadas de forte anorexia.

Um tubo de borracha do mesmo calibre, mas mais longo, introduzido até altura conveniente, e ligado a um aparelho de aspiração contínua (fig. 3) serve para o tratamento da distensão aguda, pós-operatória, do estômago e de certos vômitos incoercíveis, assim como para evitar a distensão das ansas intestinais, causa importante do estado de choque, em caso de íleo.

ASPIRAÇÃO CONTÍNUA

Um dispositivo que permita exercer aspiração contínua de líquidos ou de gases do organismo é indispensável em várias situações de urgência.

A sua realização é relativamente fácil, como se vê na fig. 3. O aparelho, se vai servir exclusivamente para aspiração de gases, funcionará tal como está representado, depois de se ter escorvado o sifão S por aspiração com uma seringa. Para a aspiração de líquidos e gases pode também ser utilizado do mesmo modo, como se indica na legenda da figura, mas se se deseja recolher separadamente os líquidos aspirados e medir o seu volume com precisão, ou exercer uma aspiração muito forte, é necessário intercalar no tubo c um terceiro frasco fechado com rôlha provida de dois tubos de vidro que pouco a excedam do lado interior. Estabelecida a aspiração, os líquidos virão a cair neste terceiro frasco.

A força aspirativa é medida em centímetros de água (ou seja, praticamente, em gramas por centímetro quadrado) pelo desnível entre as superfícies livres dos líquidos nos frascos A e B. Se se faz a aspiração directa de líquidos sem interposição do terceiro frasco,

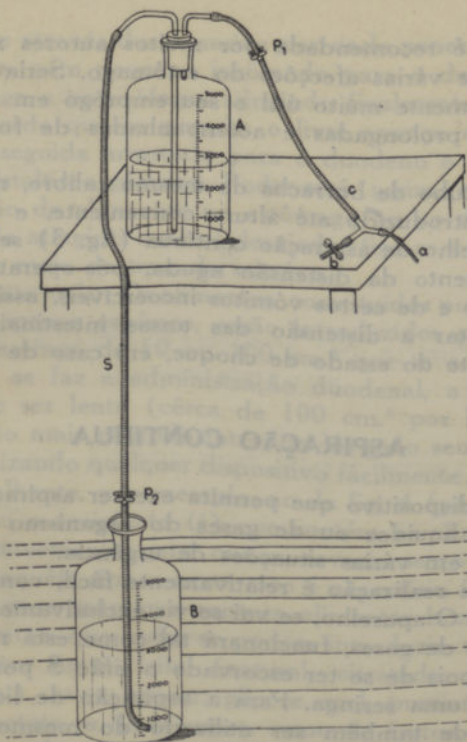


Fig. 3 — Aparelho de aspiração contínua. É constituído por dois frascos A e B, de 4 ou 5 litros de capacidade, colocados junto ao leito, respectivamente em cima de uma mesa e no chão, o primeiro dos quais se enche completamente de água. Depois de cheio, por aspiração, o tubo S do mesmo líquido, fica estabelecido um sifão que faz passar a água de A para B acarretando uma baixa de pressão em A igual, em centímetros de água, ao desnível entre A e B. Esta baixa de pressão permite aspirar para o frasco A gases e líquidos de qualquer cavidade do corpo do doente através do tubo c. O volume de gases aspirado é aproximadamente igual ao volume de líquido saído do frasco A (o volume exacto poderia ser obtido levando em conta a pressão e a temperatura), e o dos líquidos à diferença entre a soma dos volumes de líquidos em A e B e o volume de líquido inicialmente contido em A. Pelo tubo b, munido de uma pinça de Mohr, podem recolher-se com uma seringa, amostras do líquido esvaziado ou introduzir-se líquidos ou gases depois de fechada a pinça de Hoffmann P₁. A pinça P₂ serve para regular a velocidade de aspiração e, uma vez fechada, permite renovar o líquido em A conservando o sifão escorvado. A aspiração pode também fazer-se para um terceiro frasco, não representado, intercalado no tubo c como se diz no texto (pág. 217).

a pressão é apenas a que corresponde ao desnível entre o lugar em que se encontram os líquidos (pleura, estômago, etc.) e a superfície do líquido no frasco B. Na maioria dos casos esta pressão é suficiente.

CATETERISMO VESICAL

(ALGALIAÇÃO)

Limpeza escrupulosa dos órgãos genitais exteriores com água e sabão e, em seguida, lavagem com água de sublimado, principalmente na região do meato. Lavagem perfeita das mãos, ou uso de luvas esterilizadas. O instrumento utilizado será, de preferência, a algália *béquille* de goma ou de sêda (serve também a sonda de Nélaton) de calibre adequado (N.º 15 a 18, ou seja 5 a 6 mm. de diâmetro), esterilizada, com a extremidade lubrificada com vaselina ou azeite esterilizados, ou com a pasta indicada na nota da página 215.

Na mulher, o cateterismo é extremamente fácil; a única dificuldade que se pode encontrar reside na descoberta do meato urinário, por vezes, principalmente, em mulheres obesas, profundamente situado entre os pequenos lábios e só visível depois de afastar, o mais possível, as coxas e levantar um pouco a clitóride.

No homem proceder-se-á do seguinte modo: segurar na algália pela parte média com a mão direita, e no pénis, imediatamente abaixo da glande, com a outra, e introduzir a sonda, orientando para cima a concavidade da curva que se encontra no seu extrêmo. A introdução deve realizar-se sob moderada pressão e exercendo ao mesmo tempo certa tracção no pénis, que se inclinará, ao mesmo tempo, um pouco sôbre o abdómen para manter a uretra rectilínea e apagar o fundo de saco da uretra bulbar. Tentar-se-á vencer qualquer resistência que se encontre, dando à sonda um pequeno movimento de rotação para a direita ou

para a esquerda e insistindo na pressão que já se exercia, mas *sem a aumentar consideravelmente*. Se, por qualquer anormalidade uretral, a introdução não fôr possível, deve utilizar-se uma sonda metálica que se manejará sempre sem brutalidade.

Atingida a bexiga, o que se reconhece pela diminuição brusca da resistência ao avanço da sonda, a urina sai imediataente ou depois de ter abaixado o pavilhão da sonda. Se se deseja manter a sonda permanentemente, basta fixá-la com alguns fios aos pêlos do púbis.

Nos casos de forte retenção de urina, o esvaziamento deve ser lento e, de preferência, parcial.

Se o cateterismo é impossível, recorrer-se-á à punção vesical (pág. 237).

CLISTER, ENTERÓCLISE E PROCTÓCLISE

A técnica do **clister evacuador** é, em geral, conhecida. Apenas acentuaremos a necessidade de lembrar que a cânula rectal, de preferência de borracha, deve ser convenientemente lubrificada (V. nota da pág. 215) e introduzida para além do esfinceter anal paralelamente ao eixo do tronco, e que a elevação do irrigador não deve, em regra, exceder 50 cm. acima do nível do leito. O clister pode ser de água de sabão (um pouco irritante), soluto de bicarbonato de sódio (1 colher de chá para um litro), soluto de extracto de fel de boi, água glicerizada (30 cm.³ de glicerina para 120 cm.³ de água), solutos de sulfato de sódio ou de magnésio, infuso de sene, etc.; quando se considera necessário fazer desagregar matérias fecais excessivamente duras, parece preferível o *soluto de peróxido de hidrogénio* diluído a 1:2 ou 1:3.

O clister destinado à introdução de água, sais ou medicamentos no organismo, aproveitando a absorção pela mucosa rectal, será precedido de clister evacuar

dor, uma hora antes. Para a administração de pequenas quantidades de medicamentos pode utilizar-se uma das seringas próprias de borracha que se encontram no comércio. A seringa de vidro, graduada, adaptada a uma cânula rectal, tem a vantagem de se poder lavar e esterilizar perfeitamente, de se poder medir com rigor o volume do líquido injectado, e observar melhor o ritmo da introdução. De qualquer modo, o líquido deve ser introduzido muito lentamente e previamente aquecido à temperatura do corpo.

A introdução no organismo de grandes volumes de água adicionada de sais realiza-se, de preferência, por via parentérica (V. hipodermóclise e flebóclise), pois os solutos de sais ou de glicose irritam o cólon e são mal absorvidos. Só nos casos, muito raros, em que esteja indicada a introdução de água pura (e não seja utilizável a via oral), será de preferir esta via. Nos casos em que há falta de água e de sais, seria preferível introduzir a água por via rectal e os sais por via endovenosa, sob a forma de solutos hiper-tónicos. O uso desta terapêutica, que se designa pelos termos **enteróclise** ou **proctóclise**, diminui, por êstes motivos, cada vez mais.

A técnica de aplicação, a que se dá também o nome de «gota-a-gota rectal», é muito simples:

A um frasco, funil ou irrigador de capacidade suficiente, que contém o líquido, colocado 50 a 70 cm. acima do nível do leito, liga-se um tubo de borracha provido duma pinça de Hoffman, de um conta-gotas de Murphy, como o que está representado na figura 4 (pág. 223), que se destinam à regulação da velocidade de escoamento, e adaptado a uma sonda rectal (8 a 10 mm. de calibre, em geral). O líquido deve ser mantido à temperatura do corpo, ou por aquecimento do recipiente ou, mais comodamente, do tubo que, para êste fim, se fará passar por uma vasilha onde se conserva água a 40-45° C. O escoamento deve ser de 30 a 40 gotas por minuto.

Além dos inconvenientes apontados, e do incômodo causado pela presença demorada da sonda, este método está contra-indicado sempre que se julgue prejudicial o estímulo do peristaltismo intestinal.

HIPODERMÓCLISE E FLEBÓCLISE

Dá-se o nome de **hipodermóclise** à introdução de grandes quantidades de líquido no tecido celular subcutâneo. Os melhores lugares para esta injeção são a face interna e externa das coxas, a região infra-axilar e a parede abdominal anterior.

O dispositivo adoptado pode ser o que está representado na figura 4, que dispensa mais longas explicações. Todo o material deve ser escrupulosamente lavado e esterilizado antes de servir. O líquido a injectar é, em geral, o sôro de Ringer ou o *soluto injectável de cloreto de sódio* (1). As agulhas utilizadas terão 10 a 15 cm. de comprimento e calibre de 0,8 a 1,5 mm.; pode empregar-se apenas uma, mas, quando o volume a injectar é considerável (1:000 a 2:000 cm.³), é preferível empregar simultaneamente duas agulhas, ligadas ao tubo de descarga do aparelho por intermédio dum tubo de vidro em Y, ou ainda mais, utilizando um sistema de conexão do mesmo género. O frasco, com o líquido a injectar, será suspenso a 1,50-1,80 m. acima do nível do leito. Se não se dispuzer de suporte a esta altura, suspende-se o frasco onde fôr possível, e faz-se aumentar a pressão no seu interior por meio da bomba dum esfigmomanómetro ou do insuflador de termocautério, até ao valor desejado; esta pressão tem de ser renovada, várias vezes.

(1) Em caso de urgência pode injectar-se um soluto aproximadamente isotónico, constituído por um litro de água, adicionado de duas colheres de chá de sal marinho e esterilizado por simples ebulição.

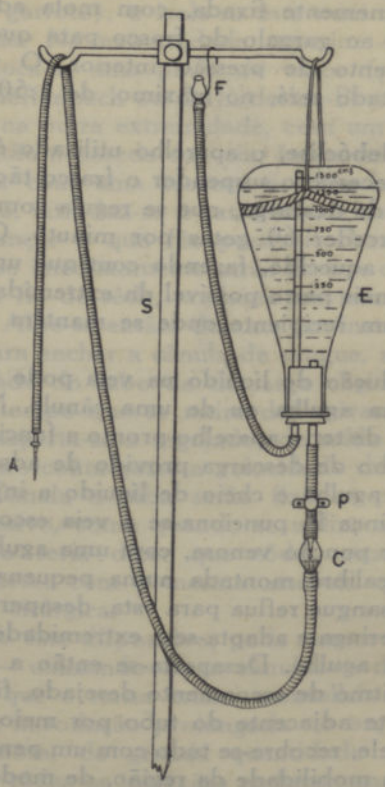


Fig. 4 — Dispositivo para introdução de grandes volumes de líquido no organismo (enteroclise, hipodermoclise, fleboclise, injeção intraperitoneal, transfusão de sangue). E, frasco de Erlenmeyer cheio de líquido a injectar. P, pinça de Hoffmann para regular a velocidade de escoamento do líquido. C, conta-gotas que permite medir esta velocidade em gotas por minuto. F, filtro de algodão cardado através do qual se faz admissão de ar que permite a saída do líquido. A, agulha de injeção endovenosa ou subcutânea conforme o caso, substituída por sonda rectal no caso de enteroclise. O aparelho é suspenso dum suporte. S, de altura variável (até 1,80 m.), ou de qualquer suporte improvisado (V. texto).

à medida que o frasco se esvazia. Neste caso, a rôlha deve ser firmemente fixada, com mola adequada ou com um fio, ao gargalo do frasco para que não salte com o aumento de pressão interior. O volume de líquido injectado será, no máximo, de 1:500 cm.³ por hora.

Para a **flebóclise**, o aparelho utilizado é o mesmo, mas não é necessário suspender o frasco tão alto, visto que o ritmo de descarga, que se regula com a pinça P, não deve exceder 60 gotas por minuto. O líquido a injectar será aquecido, fazendo com que um segmento do tubo, o mais perto possível da extremidade inferior, mergulhe num recipiente onde se mantém água a 37° — 40° C.

A introdução do líquido na veia pode fazer-se por meio de uma agulha ou de uma cânula. No primeiro caso, depois de ter o aparelho pronto a funcionar — isto é, com o tubo de descarga provido de adaptador próprio para a agulha e cheio de líquido a injectar —, e fechada a pinça P, punciona-se a veia escolhida, como em qualquer punção venosa, com uma agulha de 0,8 a 1 mm. de calibre montada numa pequena seringa, e logo que o sangue reflua para esta, desaperta-se o laço, retira-se a seringa e adapta-se a extremidade do tubo ao pavilhão da agulha. Desaperta-se então a pinça P até se obter o ritmo de escoamento desejado, fixa-se a agulha e a parte adjacente do tubo por meio de tiras de adesivo à pele, recobre-se tudo com um penso asséptico, e limita-se a mobilidade da região, de modo que a agulha não se desloque, em relação à veia, com eventuais movimentos do doente.

Se se adopta a cânula, — preferível quando a flebóclise vai ser prolongada durante muito tempo — é necessário escolhê-la em relação ao calibre da veia a cateterizar, e a sua introdução constitui uma pequena operação cirúrgica: Anestesiada a pele e os tecidos subjacentes por infiltração de soluto de procaína a 1 %, faz-se uma incisão de 2 a 3 cm. de extensão sôbre a

veia escolhida (que se pode tornar mais aparente por meio dum garrote), e isola-se esta com auxílio duma sonda-cânula. Na extremidade superior do segmento isolado coloca-se uma pinça de vasos (pinça hemostática de Dieffenbach ou de Enderlen-Borst) e laqueia-se a veia, na outra extremidade, com um fio de sêda. Pinça-se então a parede da veia, faz-se nesta uma incisão oblíqua com uma tesoura e, através do orifício assim criado, introduz-se a extremidade da cânula, que se fará avançar o que fôr possível. Para fixação de cânula ata-se imediatamente atrás da sua dilatação terminal outro fio de sêda, também prèviamente passado sob a veia. Abre-se então, durante um instante, a pinça de vasos para encher a cânula de sangue, adapta-se-lhe a extremidade do tubo de descarga cheio de líquido, ao mesmo tempo que se retira definitivamente aquela pinça, e desaperata-se o regulador de saída P, de modo a observar no conta-gotas a velocidade de escoamento desejada. Cânula e tubo serão fixados por meio de tiras de adesivo, como quando se utiliza a agulha.

Escusado seria dizer que tôdas estas operações devem decorrer com a mesma assépsia que qualquer intervenção cirúrgica.

Montado êste dispositivo, pode conservar-se a veia permeável — utilizando boas cânulas — durante muitos dias, o que o torna muito aconselhável quando é necessária a introdução prolongada no organismo, por via endovenosa, de grande quantidade de líquidos. Além disto, tôdas as injeccões endovenosas necessárias serão praticadas, não directamente nas veias, mas sim — com a maior facilidade e ausência de incómodo para o doente — no próprio tubo que, para êste efeito, deve ser de parede espêssa, pelo menos na porção mais vizinha da cânula; em indivíduos de sistema venoso pouco aparente, esta técnica facilita e simplifica extremamente o tratamento.

Os tubos e rôlhas de borracha utilizados devem ser da melhor qualidade, e, antes de empregados pela pri-

meira vez, serão mergulhados num soluto de hidróxido de sódio a 5 %, durante 12 a 24 horas, lavados a fundo e fervidos, durante 30 minutos, em água destilada.

Os líquidos a injectar podem ser isotónicos ou hipertónicos, e êstes últimos serão introduzidos mais lentamente. Não é aqui o lugar conveniente para nos referirmos à sua composição (V. Formulário); apenas lembramos que, quando se injectam grandes volumes de líquido, se deve dar preferênciã a solutos iõnicamente vizinhos dos humores do organismo, como o sôro de Ringer.

INJECCÃO INTRACARDÍACA

Esta injeccão pratica-se, quãsi exclusivamente, em casos de paragem cardíaca, para estimular mecãnicamente o coração pela própria picada, e com os medicamentos que se introduzem directamente nas suas cavidades. A técnica é muito simples: O instrumento utilizado é uma agulha idêntica às que se empregam para a punção lombar, de cêrca de 10 cm. de comprimento e 6 a 7 décimos de milímetro de calibre, montada numa pequena seringa de vidro. A picada efectua-se no IV ou V espaço intercostal esquerdo, o mais próximo possível do esterno e razando o bordo superior da cartilagem costal inferior, após a habitual desinfeccão da pele. Depois de ter penetrado profundidade suficiente para se atingir a face posterior do esterno, inclina-se a ponta da agulha para a linha média, e penetra-se vagarosamente através da parede ventricular, fazendo, ao mesmo tempo, leve aspiração com a seringa, até se ver aparecer sangue nesta. Substitui-se então a seringa por outra prèviamente carregada com o medicamento que se injectará na cavidade ventricular. Enquanto se pratica a injeccão, a agulha não será impedida de poder oscilar, se porventura o coração retoma os seus movi-

mentos; para êste efeito o melhor é adaptar a seringa à agulha por intermédio dum pequeno tubo de borracha. Terminada a injeção, pode deixar-se a agulha na mesma posição para servir de indicador de quaisquer pulsações cardíacas. Nos casos em que a agulha permanece absolutamente imóvel, ainda antes da injeção, as probabilidades de «ressurreição» são muito pequenas.

Outros autores preferem — visto que a picada do ventrículo pode dar origem à sua fibrilação — a injeção de estimulantes dentro da aurícula. Para isto utiliza-se uma agulha do mesmo calibre mas um pouco mais longa e levemente encurvada. A picada é praticada no III espaço intercostal direito, junto do bôrdo do esterno, orientando a agulha de tal modo que a sua ponta se vá desviando para a linha média, à medida que se vai avançando. A aurícula direita encontra-se a uma profundidade que varia entre 8 e 11,5 cm. no adulto e é proporcionalmente menor nas crianças. A penetração na cavidade auricular é anunciada, como anteriormente, pela presença de sangue na seringa. A injeção é praticada do mesmo modo, e a recomendação de deixar a agulha suficientemente livre deve ser ainda mais cuidadosamente respeitada, visto que a parede auricular é muito menos resistente do que a parede ventricular.

Os medicamentos que se têm aconselhado, como estimulantes em injeção intra-cardíaca, têm sido numerosos. Devem ser retidas, como de maior valor provavelmente, a ubaína, a cafeína, a hipofisina e, particularmente, a levarrenina, à qual se deve o maior número de resultados favoráveis. A recomendar êste medicamento, há ainda a circunstância de que a sua injeção em pleno músculo cardíaco não tem qualquer efeito prejudicial, o que não acontece com os outros. As doses empregadas são de 0,5 a 1 mg. (0,5 a 1 cm.³ do soluto injectável de cloridrato de levarrenina), para

a cafeína e a ubaína respectivamente de 0,1 g. e de 0,2 a 0,3 mg., e para a hipofisina de 2 a 3 U. A injeccão pode ser repetida, com o mesmo ou outro medicamento, no caso de não se obter o restabelecimento da actividade cardíaca com a primeira.

INJECCÃO INTRAPERITONEAL

Esta via é utilizada para a introdução de líquidos em crianças, em quem as veias são de pequeno calibre, e é difícil obter a quietação necessária durante o tempo suficiente, quando os líquidos introduzidos por via rectal não são retidos.

A punção efectua-se depois de desinfecção da pele e infiltração com procaína da pele e dos tecidos subjacente na linha média, a meia distância entre o umbigo e o púbis, com um trocarte provido de mandril bem afiado. Depois de perfurada a pele, dirige-se o trocarte obliquamente de baixo para cima, e, depois de ter atravessado os primeiros planos, substitui-se o mandril afiado por um mandril rombo e continua-se a progressão no mesmo sentido até ter perfurado o peritónio, o que se reconhece pela falta de resistência que então se observa. Feito isto, retira-se o mandril e adapta-se ao pavilhão do trocarte a extremidade do tubo de descarga do aparelho representado na figura 4 e já descrito (pág. 222). O calibre do trocarte não precisa exceder 0,8 a 1 mm.

A quantidade de sôro fisiológico que se pode introduzir por esta via é de 100 a 250 cm.³ na primeira infância e de 300 a 400 cm.³ em crianças mais velhas de cada vez. O *soluto injectável de glicose, isotónico*, não deve ser empregado em doses superiores a 100 cm.³ de cada vez, mas pode ser repetida a injeccão várias vezes nas 24 horas.

LAVAGEM DE ESTÔMAGO

Esta operação pratica-se vulgarmente nos casos de urgência, com o conhecido tubo de Faucher, cujo diâmetro exterior é de cêrca de 10 a 12 mm. e o comprimento de 1,50 m. São preferíveis os tubos de extremidade arredondada e cega, providos de dois orifícios laterais junto dessa extremidade. Em caso de necessidade utilizar-se-á, porém, um tubo qualquer, dêste ou de menor calibre, e de comprimento suficiente. A introdução requer alguns cuidados prévios da parte do doente, os quais consistem em retirar quaisquer peças dentárias amovíveis e colocar-se cômодamente sentado numa cadeira, de modo a ficar com a cabeça um pouco levantada. Enquanto se fazem os preparativos necessários, procurar-se-á tranqüilizar psicologicamente o doente. A sonda será fervida e mantida em água quente até ao momento de emprêgo. Começa-se por convidar o doente a abrir a bôca, onde se introduz o indicador da mão esquerda até à base da língua, e inicia-se então a introdução da sonda ao longo dêste dedo. Quando a extremidade da sonda atinge a ponta do dedo, deprime-se com êste a base da língua e, elevando um pouco a mão que segura o tubo, continua-se a progressão, convidando então o paciente a executar ao mesmo tempo movimentos de deglutição; passada assim a faringe, pode retirar-se o dedo da bôca e, de então em diante, basta continuar a empurrar suavemente a sonda até fazer chegar às arcadas dentárias a marca que indica a entrada no estômago. Com boa-vontade e colaboração do paciente, a operação realiza-se habitualmente sem dificuldade e depressa. Quando se tem, porém, de tratar dêste modo doentes agitados ou alienados e a maior parte das crianças, é necessário o auxílio dum ajudante para imobilizar o doente e o emprêgo de um abre-bôca para evitar mordeduras. Em doentes inconscientes, a intro-

dução é fácil, havendo só que verificar se a sonda não teria tomado o rumo da traqueia, o que se reconhece pela dispneia ou cianose que provoca e pela corrente de ar que se sente na extremidade da sonda. Qualquer obstáculo que se oponha ao avanço da sonda nunca será forçado por meio de violência, mas sim por manutenção duma pressão moderada ou pequenos movimentos de avanço e recuo da sonda. Se não se consegue assim fazer progredir o instrumento, a tentativa será abandonada e o esvaziamento do estômago realizado por outros processos.

Atingido o estômago, adapta-se um funil de cerca de um litro de capacidade à extremidade exterior da sonda, deita-se-lhe 100 ou 200 cm.³ de água quente, levanta-se o funil um pouco acima da cabeça do paciente para que o líquido desça, mas, antes de desaparecer por completo, baixa-se rapidamente o funil o mais possível, colocando-o sobre um balde; assim se estabelece um sifão pelo qual o conteúdo gástrico será esvaziado. Terminado este esvaziamento, repete-se a mesma manobra, com a diferença que se começa por encher completamente o funil com água pura ou adicionada do antídoto ou medicamento que estiver indicado. Esta lavagem pode ser repetida quantas vezes fôr necessário. No fim, o tubo será retirado, depois de ter elevado o funil para evitar tracção da mucosa gástrica eventualmente aderente aos orifícios da sonda por efeito da sifonagem.

Muitos autores preferem, actualmente, para a lavagem de estômago, utilizar um tubo de Levin, dos de maior calibre, que se introduz como já foi exposto a página 215. O processo é muito menos penoso para o doente, evita a abertura forçada da bôca nos doentes insubmissos, mas o tubo é freqüentemente obstruído quando há alimentos sólidos no estômago, como sucede em muitos casos de intoxicação accidental. Se nada se sabe ou pode presumir acêrca da natureza dos alimentos existentes no estômago, pode começar-se por em-

pregar o tubo de Levin que se substituirá pelo de Faucher se se verifica a obstrucção do primeiro.

Praticado com o cuidado e a delicadeza duma operação médica, pode dizer-se que o cateterismo gástrico não tem como contra-indicações senão a existência de profundas ulcerações da parede do esófago, como as que produzem os venenos corrosivos. Anomalias de configuração do esófago e a existência de «tumores» mediastínicos podem impossibilitar a realização do cateterismo, mas só produzirão acidentes se o procedimento fôr demasiado brusco.

OXIGENOTERAPIA

Constitui um excelente método de tratamento em grande número de afecções, desde que o oxigénio possa ser fornecido ao organismo em quantidade consideravelmente mais elevada do que aquela em que se encontra na atmosfera normal. Para o tratamento eficaz dos estados em que há deficiência de hematose, pode realizar-se com dispositivos complexos, conhecidos pela designação de «tendas de oxigénio», muito cómodas para o doente, que aí respira uma atmosfera de composição, grau de humidade e temperatura adequadas ao seu caso especial. O manejo dêstes aparelhos é bem conhecido daqueles que dêles dispõem, e seria deslocado e inútil expô-lo aqui. Outro processo também eficaz e muito mais económico, embora muito mais incómodo, consiste em fazer passar uma corrente de oxigénio através dum tubo que se introduz por uma das fossas nasais até à rinofaringe. Praticamente, o aparelho dispor-se-á do seguinte modo: Como fonte de oxigénio utiliza-se um obus do comércio de 5:000 l. de capacidade, provido de válvula redutora e indicadores de pressão e de velocidade de escoamento. Ao tubo de saída adapta-se um tubo de borracha através do qual o oxigénio é levado a borbulhar num frasco

de duas tubuladuras, com a capacidade de cêrca de um litro, meado de água (1). Do tubo abductor dêste frasco partirá o tubo de borracha que se vai ligar à sonda introduzida no nariz do doente. Esta sonda pode ser improvisada com uma sonda de Nélaton de 3 a 4 mm. de diâmetro (N.º 9 a 12), em que se praticam mais alguns orifícios junto da extremidade, que se introduzirá por uma das fossas nasais, depois de bem lubrificada com parafina líquida, até atingir o bôrdo livre do véu palatino, o que se verifica fâcilmente pela cavidade bucal. A sonda será fixada ao nariz e à face nesta posição por meio de tiras de adesivo e será mudada de oito em oito horas, alternando a narina utilizada, para limpeza e para evitar excessiva irritação da mucosa nasal.

A saída de oxigénio deve ser a suficiente para fazer desaparecer a cianose ou os sintomas subjectivos mais incômodos e varia, segundo os casos, entre 3 a 12 litros por minuto.

Em lugar da sonda pode utilizar-se uma máscara semelhante às que se empregam em vários aparelhos para estudo dos gases respiratórios. Para uso prolongado estas máscaras são mal suportadas, mas são úteis nos casos de urgência, principalmente quando à oxigenoterapia é necessário associar a respiração artificial (V. pág. 238).

PARACENTESE ABDOMINAL

Como intervenção urgente a paracentese está indicada nos grandes derrames peritoniais com acentuada distensão da parede e ortopneia. O diagnóstico, nestas

(1) Em tempo frio pode ser útil aquecer um pouco êste frasco. Como frasco lavador pode utilizar-se, em lugar do frasco de duas tubuladuras, um frasco vulgar equipado com o frasco A da fig. 4.

condições, não oferece qualquer dificuldade. A maciez, com o seu limite superior de concavidade voltada para cima, a nitidez do sinal de onda, etc., tornam-no evidente.

Para efectuar esta pequena operação deve-se começar por fazer esvaziar a bexiga do doente e colocá-lo em posição cómoda, de preferência semi-sentado na cama ou sentado numa cadeira. O ponto em que se vai praticar a punção será marcado à direita ou à esquerda, a meio da linha que vai do umbigo à espinha iliaca ântero-superior, ou na linha média cêrca de 5 cm. acima da sínfise púbica. A escôlha será orientada pelo volume do baço e do fígado, de modo a afastarmos o mais possível dêstes órgãos. A punção na linha média está particularmente indicada se a rêde venosa da parede é muito abundante. Em todos os casos haverá o maior cuidado em evitar a picada dêstes vasos.

No ponto escolhido, após desinfecção com *soluto alcoólico de iodo*, far-se-á a anestesia da pele e dos tecidos subjacentes até ao peritoneu com um soluto de procaína a 1 ou 2 %, e com a mesma agulha que serve para esta anestesia, penetrar-se-á na cavidade abdominal. A aspiração de líquido para a seringa que continha o anestésico confirmará o diagnóstico de ascite. Cinco minutos depois, far-se-á com um escalpelo uma pequena incisão da pele (cêrca de 1 cm.) no lugar anestesiado, e, através dela, introduzir-se-á um trocarte *ad hoc* (1). Após o esvaziamento, que não deve ser excessivamente rápido, mas pode ser levado até não sair mais líquido, retira-se o trocarte, faz-se uma pequena massagem para destruir o trajecto criado e unem-se os lábios da pequena ferida com um ou dois agrafes ou, simplesmente, com uns fios de algodão embebidos em *colódio elástico*, ou uma pequena tira de esparadrapo. Sôbre isto coloca-se um penso asséptico e liga-se o abdómen

(1) O calibre dêste trocarte será, em geral, de 3 ou 4 mm.

com uma larga faixa de tecido elástico, de modo a ficar bem ajustado. Realizada dêste modo, a paracentese abdominal não acarreta sofrimento inútil aos doentes.

PUNÇÃO LOMBAR

A punção lombar tem por fim retirar líquido cefalorraquidiano, como terapêutica ou para exame laboratorial, ou injectar medicamentos no espaço subaracnóideo.

O doente coloca-se em decúbito lateral junto do bordo do leito, e procura-se conseguir uma cifose máxima da sua coluna lombar, para o que se lhe ordena que flecta o mais possível a coluna vertebral e os membros inferiores, ou se encarrega um auxiliar de conseguir isto, exercendo pressão com uma das mãos colocada por baixo dos joelhos flectidos e a outra sobre a nuca. O lugar escolhido é um dos espaços intervertebrais compreendidos entre L_3 e L_4 ou L_4 e L_5 (espaço abaixo ou acima da linha tangente às cristas ilíacas). Escolhido o espaço intercostal em que as apófises espinhosas se apresentem mais afastadas, que se pode marcar comprimindo contra a pele a extremidade mais larga duma pipeta de Pasteur ou o pavilhão duma agulha de injeções, faz-se a sua desinfecção com soluto alcoólico de iodo. A anestesia local é, em geral, dispensável. Em doentes agitados ou que não possam conservar-se imóveis, ou quando se suspeita de particulares dificuldades em virtude de escoliose ou por outros motivos, recomenda-se a anestesia geral com a menor quantidade possível de Evipan sódico ou de Eunarcon injectados muito lentamente por via endovenosa. A agulha de punção pode ser de modelo americano com o calibre de 0,7 a 0,8 mm. e o comprimento de 8 a 12 cm., e bisel curto.

A punção será praticada na linha média, junto da vértebra inferior, mantendo a agulha sempre no plano mediano e dirigindo-a muito levemente no sentido cra-

niano; para evitar o ligamento interespinhoso quando é muito duro, praticar-se-á a punção a 1 ou 1,5 cm. da linha média e dar-se-á à agulha uma pequena inclinação de fora para dentro. Se a extremidade da agulha encontra osso, retira-se quasi por completo e introduz-se de novo com inclinação um pouco diferente. Não insistir muito tempo no mesmo espaço intercostal se se encontram dificuldades, mas ensaiar antes a punção no espaço superior ou inferior.

Logo que se verifica a entrada da extremidade da agulha no espaço subaracnóideo, retirando cuidadosamente o mandril para não perder mais do que uma ou duas gotas de líquido, adapta-se ao pavilhão da agulha o tubo, previamente esterilizado, do manómetro de Claude. Antes de ler a pressão, recomendar ao paciente que mantenha a mais completa imobilidade e se coloque, o mais possível, em resolução muscular ⁽¹⁾. De outro modo, o valor lido pode ser artificialmente exagerado.

A quantidade de líquido extraído varia segundo o doente e o motivo da punção raquidiana. Para injeção endorraquidiana consecutiva, o volume de líquido retirado será, em regra, pelo menos igual ao do líquido que se vai injectar. Para exame laboratorial, o volume de 12 cm.³ chega para tôdas as determinações químicas e reacções usuais.

A mais importante precaução a tomar consiste em proceder com a maior cautela quando a pressão é muito alta, retirando, muito lentamente, apenas um pequeno volume de líquido. Alguns autores aconselham, neste caso, que se substitua o líquido extraído pelo mesmo volume de sôro fisiológico. Se existe estase papilar, é preferível começar por fazer diminuir a hiper-tensão

(1) A diminuição da flexão da coluna e dos membros inferiores não é recomendável porque faz correr o risco de alargar o orifício meningeo produzido pela agulha.

craniana, e o edema cerebral freqüentemente coexistente, por meio de injeções de solutos fortemente hipertônicos (V. pág. 210) antes de fazer a punção lombar. A razão destas precauções está em que, extraindo líquido mais rapidamente do que êle pode passar do crânio para o ráquis, (principalmente se, em consequência do edema cerebral, a comunicação é estreita), a pressão raquidiana baixa rapidamente, o que acarreta a compressão das amígdalas cerebelosas contra o buraco occipital e o estrangulamento do bolbo.

Depois da punção raquidiana o paciente conservará o decúbito pelo menos durante 24 horas. Se há cefaleias, vertigens ou vômitos, é aconselhável a injeção endovenosa de cerca de 20 cm.³ de água destilada e a injeção subcutânea de hipofisina; incômodos pouco acentuados desaparecem espontâneamente dentro de dois ou três dias.

PUNÇÃO SUBOCCIPITAL

Destina-se aos mesmos fins que a anterior e é sistematicamente preferida por certo número de autores. Para os que preferem habitualmente a punção lombar, a punção suboccipital está indicada quando a primeira é impossível, ou quando há obstrução do canal raquidiano ou, enfim, quando se desejam comparar os líquidos obtidos por punção alta e baixa.

A técnica é mais fácil do que a da punção lombar e o material utilizado idêntico podendo a agulha ser mais curta (6 a 8 cm.) se o paciente não fôr muito gordo. O lugar da picada que fica na linha média na união do terço inferior da linha que vai da protuberância occipital externa à apófise do atlas, será previamente barbeado e desinfectado com o soluto alcoólico do iodo. Depois de marcado êste lugar por cuidadosa palpação, o doente, sentado ou deitado, flecte a cabeça um pouco e um ajudante mantém-na nesta posição.

tendo o cuidado de verificar que não haja inclinação lateral. A agulha provida do mandril será introduzida em direcção à raiz do nariz, direcção que pode ser marcada previamente por meio duma régua encostada à cabeça do paciente e mantida pelo auxiliar já referido. Depois de ter penetrado 3,5 cm., retira-se o mandril e, se não aparece ainda líquido (só aparece em indivíduos magros), continua-se o avanço da agulha milímetro a milímetro, verificando de cada vez se não aparece líquido. Em geral, só à profundidade de 4 a 5 cm. se sente o leve resalto devido à resistência da dura-máter e se penetra na grande cisterna. Em crianças a profundidade a que se encontra a dura-máter é menor (2 a 3 cm.), em obesos, pelo contrário muito maior (7 cm. e mais), facto que se deve, evidentemente, tomar na devida consideração. Operando com o paciente sentado, é preferível, quando se retira o mandril, adaptar ao pavilhão da agulha uma pequena seringa com a qual se irá fazendo leve aspiração à medida que se avança, pois que o líquido não tem, muitas vezes, nesta posição, pressão suficiente para sair espontaneamente. Se succede, o que é freqüente, ir de encontro ao contôrno do buraco occipital, será necessário levantar um pouco o pavilhão da agulha, para baixar a ponta, seguindo-se depois a técnica tal como foi descrita.

A extracção do líquido tem de ser feita quasi sempre por aspiração lenta que aqui não apresenta perigos. A injecção de substâncias terapêuticas ou com fins de diagnóstico deve ser sempre praticada com grande lentidão.

Terminada a operação, retira-se a agulha, e, depois duma ligeira massagem, coloca-se sobre o ponto ferido um pequeno quadrado de adesivo. Não é necessário, em seguida, qualquer precaução especial da parte do paciente.

Esta técnica está contra-indicada quando se suspeita de tumor medular ou cerebeloso, quando existe

grande deformação craniana e quando o estado sinuoso das artérias periféricas faça temer situação anormal da artéria vertebral. A picada do bolbo ou do cerebello são praticamente impossíveis desde que siga rigorosamente a técnica correcta.

PUNÇÃO VESICAL

Esta pequena intervenção só muito raramente será praticada, visto que apenas está indicada nos raros casos em que não foi possível realizar o cateterismo vesical. Deve dizer-se, porém, que sendo a sua técnica extremamente simples, é preferível e menos perigoso recorrer a ela (pelo menos quando não há infecção urinária) do que insistir, sem ter a necessária experiência, num cateterismo difícil.

A punção realiza-se na linha média a 1 ou 2 cm. acima da sínfise púbica, depois da região convenientemente barbeada e desinfectada, com uma agulha de cêrca de 1 mm. de calibre e 8 a 10 cm. de comprimento, de bisel longo. A cavidade vesical atinge-se, em geral, a uma profundidade de 4 a 5 cm., ou mais em indivíduos gordos ou com edema. O esvaziamento da urina será conduzido lentamente. Depois de retirada a agulha far-se-á uma pequena massagem e colocar-se-á sobre a picada um pequeno fragmento de adesivo.

Antes de voltar a praticar a punção, se persistir a retenção urinária, tentar-se-á de novo o cateterismo vesical, que muitas vezes, se terá a surpresa de encontrar notavelmente facilitado.

RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL

A técnica de urgência, manual, foi já referida a pág. 9 e 10. Quando é necessário manter durante muito tempo esta manobra, é indispensável a colaboração

de vários operadores que se revezem, a não ser que se disponha de um aparelho mecânico apropriado. Dêstes aparelhos, uns, portáteis, utilizados sobretudo pelas corporações de bombeiros, imitam os movimentos do método manual pela simples manobra de uma alavanca, outros realizam a compressão e descompressão pneumática rítmica do tórax e do abdómen. Êstes últimos permitem obter, com o mínimo de incômodo para o doente, uma ventilação pulmonar perfeita durante tempo ilimitado. A técnica de funcionamento de uns e de outros é, evidentemente, conhecida por quem dêles dispõe e seria, portanto, descabido referi-la aqui.

Conjuntamente com a respiração artificial por meios manuais ou mecânicos, é muito recomendável, em certos casos, a administração de oxigénio puro ou duma mistura formada por anidrido carbónico (5 a 7 %) e oxigénio (Carbogénio) ou ar atmosférico. A administração desta mistura fortemente excitante do centro respiratório pratica-se, em geral, por meio duma máscara especial pertencente aos dispositivos de reanimação utilizados pelos postos de socorros bem organizados, mas pode também ser feita, embora com menor eficácia, utilizando o catéter nasal como se indicou a pág. 231, e pode ainda empregar-se nas tendas de oxigénio.

As indicações da carbogenoterapia e da oxigenoterapia são diferentes e não devem ser confundidas. A primeira está indicada nos casos em que há paralisia do centro respiratório (a inalação de oxigénio puro mais acentuaria a sua hipo-excitabilidade), a segunda quando há dificuldade de hematose (lesões da parede dos capilares ou dos alvéolos pulmonares, redução do campo de hematose, paralisia dos músculos respiratórios, insuficiência circulatória, obstáculo mecânico à entrada do ar, casos êstes em que já existe quantidade excessiva de anidrido carbónico no sangue e a sua inalação só poderia aumentar inútilmente a dispneia).

SANGRIA

A emissão sangüínea que constitui a sangria pratica-se, a maior parte das vezes, numa das veias da prega do cotovelo ou na safena junto do maléolo externo. Na maioria dos casos a sangria faz-se através duma agulha semelhante às que se utilizam para as injeções endovenosas mas de maior calibre (1 mm. pelo menos). A técnica da punção venosa não difere também da que se utiliza para as injeções endovenosas. Para obter os melhores resultados, isto é conseguir a deplecção sangüínea que se deseje com o mínimo de sofrimento para o doente há que ter em consideração os seguintes pormenores:

— empregar agulhas impecavelmente afiadas e bem polidas não só por fora como também por dentro (consegue-se polir perfeitamente o interior da agulha friccionando-o com um fio embebido em qualquer produto utilizado para a limpeza de metais);

— depois da agulha esterilizada, aspirar através dela um pouco de azeite esterilizado ou de *solutio injectável de cânfora* (para dificultar a coagulação do sangue);

— não puncionar antes de ter tornado a veia bem aparente por colocação dum garrote convenientemente apertado (pressão não superior a tensão arterial mínima) e, se fôr necessário, aplicação de compressas quentes ou banho quente a todo o membro e fricção enérgica da pele;

— em doentes pusilânimes poder-se-ão injectar previamente no lugar da picada algumas gotas de soluto de procaína a 2 %;

— durante a sangria, convidar o doente a contrair compassadamente, mas com energia, os músculos do antebraço, abrindo e fechando alternativamente a mão, do lado puncionado.

Procedendo assim, apenas em indivíduos de sistema venoso pouco desenvolvido há necessidade de recorrer a flebotomia que se pratica depois de descoberta a veia como se disse na pág. 225.

Se se deseja aproveitar o sangue para eventual transfusão ulterior, proceder-se-á como se indica no artigo sôbre transfusão de sangue.

TORACENTESE

A sua técnica já foi indicada a pág. 41. O esvaziamento do líquido pleural pode fazer-se pelo sistema de sifão então indicado ou com o dispositivo de aspiração contínua representado na fig. 3 que substitui com vantagem (aspiração mais regular e pressão sempre conhecida) o clássico aparelho de Potain.

TRANSFUSÃO DE SANGUE

O número de técnicas que têm sido aconselhadas para esta pequena, mas importantíssima, intervenção, é enorme. Poremos deliberadamente de lado as técnicas que utilizam aparelhos patenteados que se vendem acompanhados das respectivas instruções para uso, para nos referirmos apenas às que reputamos mais simples mas correctas.

Determinado o grupo do doente e obtido um dador do mesmo grupo ou, na sua falta e em caso de urgência, do grupo O, começar-se-á por verificar — se para tal se dispuser de tempo — se há, *in vitro*, compatibilidade dos dois sangues. Para isto é necessário obter umas gotas de sangue do dador e do receptor, o que se consegue aspirando para qualquer pipeta (pipeta de Pasteur ou de contagem de glóbulos), previamente molhada com soluto de citrato de sódio a 10 %, o sangue que surge duma pequena picada feita num dedo

ou no lobo da orelha. Este sangue deixa-se sedimentar em dois pequenos tubos; ao fim de algum tempo os glóbulos encontram-se sedimentados e retira-se então uma gota de cada um dos plasmas que se coloca num dos extremos duma pequena lâmina de vidro; agitam-se então os dois pequenos tubos de modo a voltar a homogenizar os sangue e adiciona-se uma gota de cada um dêles à gota de plasma do outro. Depois de agitar durante uns minutos com pequenas varetas estas duas misturas, observa-se uma das seguintes alternativas, de que se indica também o significado:

Plasma do receptor + Glóbulos do dador	Plasma do dador + Glóbulos do receptor	Significado
Aglutinação	Aglutinação	Incompatibilidade
Aglutinação	Ausência de aglutinação	Incompatibilidade
Ausência de aglutinação	Aglutinação	Compatibilidade, em certas circunstâncias
Ausência de aglutinação	Ausência de aglutinação	Compatibilidade perfeita

No terceiro caso, a transfusão pode ser realizada, se não se conseguir obter dador mais conveniente, desde que seja pequena e praticada muito lentamente. Se não se pode obter facilmente a classificação dos grupos sangüíneos, esta prova permite escolher um dador conveniente. É claro que o dador deve, além disto, ser um indivíduo não anemiado nem portador de doença transmissível, nomeadamente sífilis ou impaludismo.

Escolhido o dador, a técnica utilizada varia com o volume da transfusão: Para pequenas transfusões, o método mais simples consiste em colher directamente o sangue do dador para uma seringa de 100 cm.³, contendo 10 cm.³ de soluto de citrato de sódio a 2,5 % (1). Para facilitar a manobra, intercalar-se-á um pequeno tubo de borracha entre o bico da seringa e o pavilhão da agulha. Cheia a seringa e misturado o seu conteúdo por agitação moderada, adaptar-se-á a extremidade do tubo de borracha a uma agulha de 1 mm. de calibre introduzida na veia do receptor e procede-se lentamente à injeccção do sangue. Se se dispõe de mais seringas e dum auxiliar que as encha sucessivamente na veia do dador, poder-se-á por êste processo injectar tantas centenas de centímetros cúbicos de sangue quantas as seringas de que se dispuser. Para as grandes transfusões é, porém, mais seguro e mais cómodo utilizar a seguinte técnica, — em que emprega o aparelho representado na fig. 4 (pág. 223):

Depois de convenientemente esterilizados o frasco de Erlenmeyer e os tubos representados na figura e, além disso, uma outra rôlha para o mesmo frasco, esta provida de dois tubos curtos, um dos quais ligado a um tubo de borracha duns 30 a 50 cm. (2) de comprimento que por sua vez se pode adaptar à agulha de sangria, dispõe-se o frasco sôbre uma pequena mesa junto da cama em que se encontra estendido ou sentado o dador, introduz-se-lhe dentro sôro de Ringer ou fisiológico e soluto de citrato de sódio a 2,5 %, respectivamente, na dose de cêrca de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$ e de $\frac{1}{10}$ da quantidade de sangue que se vai colher, e rolha-se o frasco com a segunda rôlha acima mencionada. Pun-

(1) O citrato empregado deve ser do mais puro.

(2) Êste tubo deve ter uma superficie interior o mais lisa possível e, como todos os objectos de borracha empregados deverá ser tratado conforme se indicou na pág. 226.

ciona-se então do modo habitual a veia do dador com a agulha já ligada ao tubo respectivo, coloca-se o frasco ao nível mais baixo que fôr possível e logo em seguida se verifica a queda de sangue neste frasco. Uma leve agitação que o auxiliar que segura o frasco lhe imprime, é suficiente para misturar perfeitamente o citrato com o sangue e evitar a coagulação dêste. Pode colher-se para o mesmo frasco, mudando de agulha, o sangue de mais do que um dador (1). Depois disto, proceder-se-á exactamente como foi indicado a propósito da flebóclise (pág. 224), tendo apenas a precaução de injectar muito lentamente os primeiros 100 cm.³ e interromper imediatamente a operação se o doente menciona sintomas desagradáveis, principalmente dores lombares, arrepios ou opressão precordial; êstes sinais indicam a existência de incompatibilidade sangüínea e, na prática, só se observam quando não se tomam tôdas as precauções a princípio indicadas.

Em caso de extrema urgência pode proceder-se à transfusão utilizando o primeiro dador que apareça, sem qualquer exame prévio, desde que se siga com a maior atenção a entrada dos primeiros 50 cm.³ de sangue, pronto a interromper a injeccão se aparece o mínimo sinal de intolerância; se êstes não aparecem, pode tomar-se como demonstrado que os sangues são compatíveis e injectar o restante da maneira habitual.

Se se deseja injectar apenas plasma, começa-se por deixar sedimentar o sangue dentro do frasco, assente sôbre uma mesa, o que se realiza em poucas horas. Em seguida substitui-se a rôlha provisória pela rôlha habitual mas com as suas conexões normais invertidas, isto é o tubo de descarga ligado ao tubo de vidro mais comprido e o tubo que termina pelo filtro F ligado ao tubo de vidro mais curto; além disso, à extremidade

(1) A cada dador não se retirará de uma vez, salvo caso de extrema urgência, mais de 500 cm.³ de sangue.

livre do filtro F liga-se a bomba dum esfigmomanómetro ou a pêra dum termocautério e o tubo de vidro mais comprido será levantado de modo que a sua extremidade não atinja a camada de glóbulos. Fica assim o dispositivo pronto a funcionar; bastará exercer pressão por meio da bomba no interior do frasco para que o plasma corra no tubo de descarga e possa ser introduzido nas veias do receptor.

No caso de transfusão só de plasma, nunca se verifica incompatibilidade absoluta, como fàcilmente se vê atentando no quadro da pág. 242.

TRAQUEOTOMIA

A técnica adoptada dependerá do grau de urgência da intervenção e do material de que se dispõe. Em caso de extrema urgência (sufocação por oclusão laríngea ou traqueal), o mais importante é não perder tempo, pois disso depende a vida do doente. Fixada a traqueia, far-se-á uma incisão na linha média de modo a atingi-la abaixo da cricóide e a fender 2 ou 3 anéis, o mais rapidamente possível sem se preocupar com a hemorragia. Enquanto não se obtém um tubo que possa introduzir-se na fenda assim produzida manter-se-ão os seus bordos afastados com os dedos ou com ganchos improvisados. A hemorragia é considerável, grande parte do sangue penetra na traqueia, provoca tosse que, por sua vez, projecta o sangue violentamente, mas ao mesmo tempo a cianose diminui considerável e rapidamente. A situação requiere da parte do operador grande decisão e presença de espírito. Logo que seja possível substituir-se-á o tubo improvisado por uma cânula *ad hoc*.

Se a intervenção não fôr tão urgente (laringite diftérica) começar-se-á pela anestesia da pele e dos tecidos subjacentes com soluto de procaína a 1 ou 2 % desde a maçã de Adão até ao cavado supra-esternal.

Incisão da pele e dos tecidos subjacentes, plano por plano e hemostase cuidadosa. O istmo da tireóide será cortado se não puder ser afastado. Descoberta a traqueia injecta-se acima ou abaixo do primeiro anel 5 ou 6 gotas do soluto de cocaína a 10 % e, depois de verificar que a hemostase é perfeita, abre-se a traqueia na linha média seccionando os 2.º, 3.º e 4.º anéis. Na abertura introduz-se a cânula apropriada (cânula de Krishaber) seguindo a sua própria curvatura. O tamanho será escolhido segundo a idade:

1 a 2 anos	N.º 0
2 a 4 anos	N.º 1
4 a 6 anos	N.º 2
mais de 6 anos	N.º 3
adultos	N.º 4

Praticada com os cuidados indicados não há entrada de ar nas vias respiratórias nem tosse, e a traquetomia é uma operação inofensiva.

A atmosfera do quarto onde se encontra o doente será aquecida a cêrca de 20° C. e mantida saturada de humidade por evaporação de água.

Os cuidados consecutivos consistem na remoção da cânula interior umas 3 ou 4 vezes por dia para limpeza, e na vigilância do doente em quem é muito provável, quando se adopta a primeira técnica, o aparecimento de broncopneumonia.

III

MEDICAMENTOS USUAIS

INCOMPATIBILIDADES

A maneira mais simples de evitar as incompatibilidades consiste em não formular associações medicamentosas complexas cuja estabilidade não tenha já sofrido verificação prática, principalmente se contêm drogas constantes da lista das principais incompatibilidades, que apresentamos em seguida:

PRINCIPAIS INCOMPATIBILIDADES FÍSICAS E QUÍMICAS

Ácidos	Óxidos. Hidratos. Carbonatos e bicarbonatos. Albumina.
Alcalis (hidróxidos, carbonatos e bicarbonatos)	Ácidos. Sais metálicos (com excepção dos metais alcalinos). Sais de alcalóides.
Alcalóides (Sais de —)	Alcalis. Carbonatos alcalinos e terrosos. Tanino. Iodo. Iodetos. Solutos alcoólicos muito concentrados. Os brometos, salicilatos, benzoatos e sais metálicos precipitam também os sais de alcalóides, mas esta precipitação pode ser muitas vezes evitada pela adição de glicerina ou álcool (10 a 50 0/0).

Álcool (Solutos alcoó- licos, tinturas e espi- ritos)	Gomas. Albuminas. Muitos solutos aquosos de sais inorgânicos. Muitos solutos alcoólicos de substâncias in- solúveis na água são precipitados por esta.
<i>Arsénio</i> (Sais de —)	Sais de ferro. Sais de magnésio. Sais solúveis de cálcio.
Brometos	Solutos de sais de alcalóides em solu- tos neutros.
<i>Iodetos</i>	Sais de alcalóides. Sais metálicos. Áci- dos minerais. Substâncias oxidantes;
<i>Ferro</i> (Sais de —).	Tanino. Carbonatos alcalinos. Amónia. Goma arábica. Salicilatos.
<i>Metais pesados</i> (Sais de —).	Alcalóides. Álcalis. Carbonatos. Bicar- bonatos. Tanino. Albumina. Gomas. Glicosidos. Muitos sais de outros metais.
<i>Salicilatos</i>	Ácidos. Xaropes ácidos. Fenazona. Ca- feína. Cânfora. Cloral. Fenois.
Tanino	Alcalóides. Sais de metais pesados. Albumina.

Como regra geral, pode dizer-se que os ácidos e os álcalis fortes, a hexametenatetramina, os permanganatos e as drogas inscritas em itálico na lista anterior, devem ser prescritas isoladamente, salvo casos especiais. As incompatibilidades farmacêuticas (mau sabor ou mau aspecto de medicamentos destinados a ser absorvidos por via oral) só podem ser evitados pelo conhecimento da matéria médica, principalmente dos veículos mais apropriados para cada medicamento. As reais incompatibilidades terapêuticas que resultam da associação de medicamentos de acção principal antagonica, só são possíveis por lapso ou por ignorância do

modo de acção dos fármacos; não se deve, porém, considerar incompatibilidade o aproveitamento de antagonismos parciais, que constitui o modo de corrigir acções secundárias indesejáveis.

MEDICAMENTOS E FÓRMULAS OFICINAIS

São os preparados inscritos na Farmacopeia Portuguesa de 1936. Apresentamo-los na lista seguinte por ordem alfabética não só das designações adoptadas (impressas em tipo grosso), mas também dos seus sinónimos, incluindo os nomes comercialmente registados mais conhecidos (em itálico). São seguidos dum asterisco os medicamentos que actualmente só podem ser obtidos como especialidades farmacêuticas. Nas fórmulas de medicamentos muito activos indica-se a percentagem do principal componente.

Abeloura: Dedaleira.
 Abóbora amarela: Cucúrbita.
 Absintio: Losna.
 Açairão.
 — (Espírito de —, composto).
 — (Poção alcoólica de —, composta).
 — (Tintura de —).
 Acetanilida (*Antifebrina*).
 Acetato de amónio (Solutivo de —).
 Acetato de amónio líquido: Solutivo de acetato de amónio.
 Acetato básico de cobre: Verde.
 Acetato de chumbo.
 — de chumbo, líquido: Solutivo de subacetato de chumbo.
 — neutro de chumbo: Acetato de chumbo.
 Acetato de potássio.
 Acetilotanino.
 Acetotartarato de alumínio (Solutivo de —).

Ácido acético.
 — acético aquoso: Ácido acético diluído.
 — acético cristalizável: Ácido acético.
 Ácido acético diluído (10 0/0).
 — acético glacial: Ácido acético.
 Ácido acetilossalicílico (*Aspirina*).
 Ácido agárico.
 — arsenioso: Anidrido arsenioso.
 Ácido azótico.
 Ácido benzóico.
 — benzóico (Limonada de —).
 — borácico: Ácido bórico.
 Ácido bórico.
 — bórico (Pomada de —).
 — bórico (Solutivo de —).
 Ácido canfórico.
 — carbólico: Fenol.
 — carbónico (Solutivo de —).
 Ácido cianídrico diluído (20/0).

Ácido cítrico.

— cítrico (Limonada de —).

Ácido clorídrico.

— clorídrico (Limonada de —).

— crômico: Anidrido crômico.

— diacetilotânico: Acetilotanino.

— dietilobarbitúrico: Barbital.

— fénico: Fenol.

— feniletilobarbitúrico: Fenobarbital.

— fenilcinchónico: Cinchofena.

— feniloquinoleinocarbónico: Cinchofena.

Ácido fosfórico.

— fosfórico cristalizável: Ácido fosfórico.

Ácido fosfórico diluído (10 0/0).

— fosfórico medicinal: Ácido fosfórico diluído.

Ácido gálhico.

— galhotânico: Tanino.

— hidrocianico diluído: Ácido cianídrico diluído.

Ácido láctico.

— láctico (Limonada de —).

— nítrico: Ácido azótico.

Ácido nucleínico.

— ortofosfórico: Ácido fosfórico.

— orto-oxibenzóico: Ácido salicílico.

— picrico: Trinitrofenol.

— pirogálhico: Pirogalhol.

— prússico diluído: Ácido cianídrico diluído.

Ácido salicílico.**Ácido sulfúrico.**

— sulfúrico (Limonada de —).

Ácido sulfúrico alcoolizado (Água de Rabel).

— tânico: Tanino.

Ácido tartárico.

— tártrico: Ácido tartárico.

— tímico: Timol.

Ácido tricloracético.

— trioxibenzóico: Ácido gálhico.

— valeriânico: Ácido valérico.

Ácido valérico.

Acintro: Losna.

Aconitina.

Aconitina cristalizada: Aconitina.

Acónito.

— (Pó de —).

— (Tintura de —).

Acriflavina.**Açúcar.****Açúcar cãndi.**

— cristalino: Açúcar.

Açúcar de fôrma.

— granuloso: Açúcar.

Açúcar de leite.**Açúcar pilão.***Adalina*: Carbromal.**Adesivo.***Adrenalina*: Levorrenina.

Ágar-ágar: Gelosa.

Agaricina: Ácido agárico.

Água.

— acidula carbónica: Solutivo de ácido carbónico.

Água albuminada.

— albuminosa: Água albuminada.

Água de alcatrão.

— de alcatrão, alcalina: Água de alcatrão, forte.

Água de alcatrão, forte.

— de Alibour: Solutivo de sulfatos de zinco e de cobre, composto.

— de Alibour, forte: Solutivo de sulfatos de zinco e de cobre composto, forte.

— aluminosa: Solutivo de sulfatos de alumínio e de potássio.

Água amônio-canforada.

— balsâmica: Água de balsamo de Tolu.

Água de balsamo de Tolu.

Água bórica: Soluto de ácido bórico.

— de Botot: Tintura de anis estrelado, composta.

— branca: Água saturnina.

— de cal: Soluto de hidróxido de cálcio.

Água de canela.

— carbónica: Soluto de ácido carbónico.

— cloroformada: Soluto de clorofórmio.

— de Colónia: Espírito aromático.

— comum: Água.

Água destilada.

— destilada de canela: Água de canela.

— destilada de erva cidreira: Água de melissa.

— destilada de flores de laranjeira: Água de flores laranjeira.

— destilada de gomos de pinheiro: Água de gomos de pinheiro.

— destilada de hortelã-pimenta: Água de hortelã-pimenta.

— destilada de loureiro-cerejeira: Água de loureiro-cerejeira.

— destilada de rosas: Água de rosas.

— destilada de tilia: Água de tilia.

— destilada de essência de canela: Água de essência de hortelã-pimenta.

Água esterilizada.

— fénica: Soluto de fenol.

Água de flores de laranjeira.

— gasosa: Soluto de ácido carbónico.

Água de gomos de pinheiro.

— de Goulard: Água saturnina alcoolizada.

Água de hortelã-pimenta.

— de Javel: Soluto de soda clorada.

— de Labarraque: Soluto de soda clorada.

Água de loureiro-cerejeira.

Água de melissa.

— de melissa dos Carmelitas: Espírito de melissa, composto.

Água oxigenada: Soluto de peróxido de hidrogénio.

— potável: Água.

— purgativa: Soluto de sulfatos de sódio e de magnésio.

— de Rabel: Ácido sulfúrico alcoolizado.

Água redestilada.

Água de rosas.

Água saturnina.

Água saturnina alcoolizada.

— sedativa: Água amónio-canforada.

Água de sublimado (0,1 0/0).

Água de terebintina.

Água de tilia.

— vegetomineral: Água saturnina.

— vegetomineral de Goulard: Água saturnina alcoolizada.

— vienense: Infuso de sene, composto.

Aguardante alemã: Tintura de jalapa composta.

Aguarrás.

Aipo.

Airol: Oxi-iodogalhato de bismuto.

Alambre: Ambar.

Albumina do ovo.

Albumina (Tanato de —).

Alcaçuz.

— (Extracto de —).

— (Pó de —).

Alcânfor: Cânfora.

Alcaravia.

- Alcarovia** : Alcaravia.
Alcatira : Goma adraganta.
Alcatrão.
 — (Água de —).
 — (Água de —, forte).
 — (Pomada de —).
 — (Xarope de —).
 — de hulha : Alcatrão mineral.
Alcatrão mineral.
 — mineral saponinado (Tintura de —).
 — de pinheiro : Alcatrão.
Alcatrão de zimbros.
Álcool ⁽¹⁾.
Álcool absoluto.
 — canforado : Soluto alcoólico de cânfora.
 — etílico : Álcool.
 — vinico : Álcool.
Alcoolatura de casca de limão : Tintura de casca de limão.
Aldeido benzóico : Benzaldeído.
 — fórmico (Soluto de —).
 — metilprotocatéquico : Vanilina.
Alecrim.
 — (Espírito de —).
 — (Essência de —).
Alfavaca de cobra : Parietária.
Alfazema.
 — (Espírito de —).
 — (Essência de —).
Alga perlada.
Algodão cardado.
Algodão esterilizado.
Algodão hidrófilo.
Algodão iodado.
Algodão-pólvora.
Alilo (Isossulfocianato de —).
Almécega do Brasil : Elemi.
 — da Índia : Mastica.
- Almeirão** : Chicória.
Almíscar.
 — (Mistura de —).
Aloés.
 — (Pílulas de — e de goma-guta).
 — (Pílulas de quina e —).
 — (Tintura de —).
 — barbadense : Aloés.
 — do Cabo : Aloés.
 — capense : Aloés.
 — do Curaçao : Aloés.
 — socotrino : Aloés.
Alquirivia : Alcaravia.
Alquitira : Goma adraganta.
Altéia.
 — (Macerado de —).
 — (Pó de —).
 — (Xarope de —).
Alúmen : Sulfato de alumínio e de potássio.
Alúmen anidro.
Alúmen calcinado.
Alumínio (Sulfato de —).
Alumínio e potássio (Sulfato de —).
Alvaiade.
Alvarrã branca : Cila.
Amarelo de casca de laranja : Casca de laranja.
Amarelo de casca de limão : Casca de limão.
Âmbar.
Âmbar amarelo : Ambar.
Amendoas (Óleo de —).
Amendoas amargas.
Amendoas doces.
Amendoim (Óleo de —).
Amido.
 — (Cozimento de —).
 — (Pomada de óxido de zinco e de —).
Amido de arroz.

(1) Indicar a graduação em graus centesimais.

- Amido de batata.**
Amido de mandioca.
 — de maranta: Araruta.
Amido de milho.
 — de trigo: Amido.
Amidofebrina (*Piramidona*).
Amieiro negro.
Amilo: Amido.
Amilo (Azotito de —).
Amilocaína (*Estovaina*).
Amónia.
 — anisada: Soluto alcoólico de amónia anisada.
Amónia diluída ($10^0/0$ de NH_3).
Amónio (Brometo de —).
 — (Carbonato de —).
 — (Cloreto de —).
 — (Iodeto de —).
Amoras.
 — (Suco de —).
 — (Suco depurado de —).
 — (Xarope de —).
Analgesina: Fenazona.
Anestésina: Benzocaina.
Angélica.
Anidrido arsenioso.
 — arsenioso (Grânulos de —).
Anidrido crómico.
 — santónico: Santonina.
Anis.
 — (Essência de —).
 — (Essência de —, sulfurada).
 — da China: Anis estrelado.
Anis estrelado.
 — estrelado (Tintura de —).
 — estrelado (Tintura composta de —).
 — verde: Anis.
Ansarinha malhada: Cicuta.
Antidoto do arsénico: Hidrato férrico magnésico.
Antifebrina: Acetanilida.
Antimónio (Cloreto antimoniônico).
 — (Oxicloreto de —).
 — (Sulfureto negro de —).
 — (Sulfureto purificado de —).
Antimónio (Tartarato de potássio e de —).
 — cru: Sulfureto negro de antimónio.
 — tartarato de potássio: Tartarato de potássio e de antimónio.
Antipirina: Fenazona.
Apiol.
Apomorfina (Cloridrato de —).
Aquénios de alcaravia: Alcaravia.
 — de anis: Anis.
 — de cicuta: Cicuta.
 — de coentro: Coentro.
 — de felândrio: Felândrio.
Aquénios de funcho.
Aquénios de salsa.
Araruta.
Arecolina (Bromidrato de —).
Argençana: Genciana.
Argila branca: Caulino.
Argirol: Vitelinato de prata.
Arilo da noz moscada.
Aristol: Ditimol bi-iodado
Aristoquina: Carbonato de quinina.
Arnica.
 — (Tintura de —).
Arrenal: Metilarsinato de sódio.
Arrôbe de amoras: Xarope de amoras.
Arrôbe anti-sifilítico: Xarope de salsaparrilha, composto.
Arrow-root: Araruta.
Arroz (Amido de —).
 — (Cataplasma de —).
 — (Farinha de —).
 — (Sementes de —).
Arsanilato de sódio (*Atoxil*).
Arseniato de sódio.
 — de sódio (Soluto de —).
 — dissódico: Arseniato de sódio.
Arsénico branco: Anidrido arsenioso.

- Arsénio (Iodeto de —).
 Arsenito de potássio (Solutivo de —).
Aspirina: Ácido acetilossalílico.
Assafétida.
 — (Tintura de —).
 Astafisagria: Paparraz.
Atofan: Cinchofena.
Atoxil: Arsanilato de sódio.
 Atropina (Sulfato de —).
Avenca.
 — (Xarope de —).
Azeite.
 — do comércio: Azeite.
Azeite desacidificado.
 — doce: Azeite.
Azeite esterilizado.
 — neutro: Azeite desacidificado.
Azeite virgem.
 Azotato básico de bismuto: Subazotato de bismuto.
Azotado de estricnina.
 — mercúrico (Solutivo de —).
Azotado de pilocarpina.
Azotado de potássio.
Azotado de prata.
 — de prata cristalizado: Azotato de prata.
Azotado de prata fundido.
Azotito de amilo.
 Azougue: Mercúrio.
Azul de metileno.
 Bacalhau (Óleo de —).
 — (Óleo de —, fosforado).
 Badiana: Anis estrelado.
 Bagas de zimbro: Zimbro.
Bálsamo de Arceu: Unguento de elemi.
Bálsamo de Bengué: Pomada de mentol e de salicilato de metilo.
Bálsamo católico: Tintura de benjoim, composta.
- Bálsamo de copaiba**: Terebintina copaiba.
 — de enxôfre anisado: Essência de anis sulfurada.
 — de Fioravanti: Espirito de terebintina, composto.
 — do Perú: Bálsamo peruviano.
Bálsamo peruviano.
 — de S. Salvador: Bálsamo peruviano.
Bálsamo de Tolu.
 — de Tolu (Água de —).
 — de Tolu (Tintura de —).
 — de Tolu (Xarope de —).
 — tranqüilo: Óleo de melmendo composto.
- Banha**.
Banha benzoïnada.
 — preparada: Banha.
 Barbas de milho: Estiletos secos de milho.
 Barbital (*Veronal*).
 Bário (Sulfato de —).
Batata.
 — (Amido de —).
 — (Fécula de —).
 — de purga: Jalapa do Brasil.
- Baunilha**.
 — (Tintura de —).
Beladona.
 — (Extracto de —).
 — (Óleo de —).
 — (Pó de —).
 — (Pomada de —).
 — (Supositórios de —).
 — (Tintura de —).
 — (Xarope de —).
- Benjoim**.
 — (Tintura de —).
 — (Tintura de —, composta).
- Belzaldeído**.
Benzaldeídocianidrina.
 — (Solutivo de —).
 Benzeno: Benzina.
Benzina.
Benzoato de lítio.
Benzoato de naftol β .

- Benzoato de sódio.**
 — de sódio (Xarope de —).
Benzocaina: (*Anestesina*).
Benzol: Benzina.
Benzonaftol: Benzoato de naftol β .
Bergamota (Essência de —).
Betanaftol: Naftol β .
Bibrometo de quinina: Bromidrato neutro de quinina.
Bicarbonato de potássio.
bicarbonato de sódio.
 — de sódio (Pastilhas de —).
Bichas: Sanguessugas.
Bicloreto de mercúrio: Cloreto mercúrico.
 — de quinina: Cloridrato neutro de quinina.
Bicloridrato de quinina: Cloridrato neutro de quinina.
Bi-iodeto de mercúrio: Iodeto mercúrico.
Bile de Boi: Fel de Boi.
Bioxalato de potássio.
Bismuto (Oxi-iodogalható de—).
 — (Subazotato de —).
 — (Subcarbonato de —).
 — (Subgalható de —).
 — (Subsalicilato de —).
 — (Tribromofenato de —).
Bissulfato de quinina.
Bissulfito de sódio.
Bitartarato de potássio.
Bitiol (*Ictiol*).
Bitiol (Óvulos de —).
Bolbo de cila: Cila.
Boldo.
 — (Extracto fluido de —).
Borato de sódio.
 — de sódio (Glicéreo de —).
 — de sódio (Solutó de —).
Bórax: Borato de sódio.
Borotartarato de potássio: Tartarato boropotássico.
Borragem.
 — (Flores de —).
 — (Fóllhas de —).
Breu cru: Alcatrão.
Brometo de amónio.
 — de arecolina: Bromidrato de arecolina.
Brometo de cálcio.
 — de cânfora: Cânfora monobromada.
 — de escopolamina: Bromidrato de escopolamina.
Brometo de éstrôncio.
Brometo de potássio.
 — de quinina: Bromidrato básico de quinina.
Brometo de sódio.
Bromidrato de arecolina.
Bromidrato básico de quinina.
Bromidrato de escopolamina.
 — de escopolamina (Solutó injectável de —).
 — de hioscina: Bromidrato de escopolamina.
Bromidrato neutro de quinina.
 — de quinina: Bromidrato básico de quinina.
Bromodietilacetilcarbámidá: Carbromal.
Bromofórmio.
Butanadioldióico: Ácido tartárico.
Búxulo: Uva ursina.
Cabeças de dormideiras: Dormideiras.
Cacau.
 — (Óleo de —).
Cacodilato de sódio.
 — de sódio (Solutó injectável de —).
Café.
 — (Xarope de —).
Cafefna.
 — (Citrato de —).
 — (Solutó injectável de —).
Cajepute (Essência de —).

- Cal anidra: Óxido de cálcio.
 — branca de mercúrio: Mer-
 cúrio doce.
- Cal clorada.**
 — virgem: Óxido de cálcio.
 — viva: Óxido de cálcio.
- Cálcio (Brometo de —).**
 — (Carbonato de —).
 — (Cloreto de —).
 — (Fosfato de —).
 — (Fosfato biácido de —).
 — (Fosfato monoácido de —).
 — (Glicerofosfato de —).
 — (Gliconato de —).
 — (Hidróxido de —).
 — (Hipofosfito de —).
 — (Lactato de —).
 — (Óxido de —).
 — (Sulfato de —).
- Calomelanos pelo vapor: Clo-
 reto mercurioso.**
- Calumba.**
 — (Tintura de —).
- Camala.**
- Camomila.**
 — (Óleo de —).
 — (Óleo de —, canforado).
 — (Tintura de —).
- Canela.**
 — (Água de —).
 — (Essência de —).
 — (Poção alcoólica de —).
 — (Tintura de —).
- Cânfora.**
 — (Óleo canforado).
 — (Óleo de camomila canfo-
 rado).
 — (Pomada de —).
 — (Solutu alcoólico de —).
 — (Solutu injectável de —).
 — (Tintura de —, composta).
- Cânfora em pó.**
- Cânfora monobromada.**
- Cânhamo indiano.**
 — indiano (Extracto de —).
- Cantáridas.**
 — (Emplastro de —).
- Cantáridas (Tintura aceto-eté-
 rea de —).**
 — (Ungüento de —, com eu-
 fórbio).
- Caparrosa azul: Sulfato de co-
 bre.**
 — branca: Sulfato de zinco.
- Caparrosa verde.**
- Capilária: Avenca.**
- Capítulos de arnica: Arnica.**
 — de camomila: Camomila.
 — de perpétuas roxas: Per-
 pétuas roxas.
- Capítulos de tossilagem.**
- Cápsulas de baunilha: Bauni-
 lha.**
 — de dormideiras: Dormi-
 deiras.
- Carbamato de etilo: Uretano.**
- Carbamida: Ureia.**
- Carbodiámidia: Ureia.**
- Carbonato ácido de potássio:
 Bicarbonato de potássio.**
 — ácido de sódio: Bicarb-
 nato de sódio.
- Carbonato de amónio.**
 — básico de bismuto: Sub-
 carbonato de bismuto.
 — básico de chumbo: Alvaiade.
 — de bismuto: Subcarbonato
 de bismuto.
- Carbonato de cálcio.**
 — de cálcio (Mistura de —).
- Carbonato de creosoto (Creo-
 sotal).**
 — dipotássico: Carbonato de
 potássio.
 — dissódico: Carbonato de
 sódio.
 — ferroso (Pilulas de —).
- Carbonato de guaiacol (Duo-
 tal).**
- Carbonato de lítio.**
 — de lítio granulado, efer-
 vescente.
 — de magnésio: Magnésia
 alva.

- Carbonato de manganés: Carbonato de manganésio.
- Carbonato de manganésio.**
- monopotássico: Bicarbonato de potássio.
 - monossódico: Bicarbonato de sódio.
 - neutro de potássio: Carbonato de potássio.
 - neutro de quinina: Carbonato de quinina.
 - neutro de sódio: Carbonato de sódio.
 - neutro de sódio anidro: Carbonato de sódio anidro.
- Carbonato de potássio.**
- Carbonato de quinina.**
- Carbonato de sódio.**
- Carbonato de sódio, anidro.**
- de sódio cristalizado: Carbonato de sódio.
- Carbromal (Adalina).**
- Cardamomo.**
- (Tintura de —).
 - menor: Cardamomo.
- Cariopses de arroz.**
- Cariopses de centeio.**
- de cevada: Cevada.
 - de cevada santa: Cevada santa.
- Cariopses de trigo.**
- Carmim.**
- Carvalho.**
- Carvão animal.**
- de Belloc: Carvão vegetal.
 - dos ossos purificado: Carvão animal.
- Carvão vegetal.**
- (Pastilhas de —).
- Casca de carvalho: Carvalho.**
- de cáscara sagrada: Cáscara sagrada.
- Casca de castanheiro da Índia.**
- de condurango: Condurango.
- Casca de laranja.**
- de laranja (Essência de —).
- Casca de laranja (Tintura de —).**
- de laranja (Xarope de —).
- Casca de laranja doce.**
- Casca de limão.**
- de limão (Tintura de —).
 - de limão (Xarope de —).
 - de Panamá: Quilaia.
 - peruviana: Quina.
 - dos ramos de amieiro negro: Amieiro negro.
 - dos ramos de viburno: Viburno.
 - da raiz de romeira: Romeira.
- Cáscara sagrada.**
- sagrada (Extracto de —).
 - sagrada (Extracto fluido de —).
 - sagrada (Pó de —).
- Castanha da Índia: Semente de Castanheiro da Índia.**
- Castanheiro da Índia (Casca dos ramos de —).**
- da Índia (Sementes de —).
- Castóreo.**
- (Pó de —).
- Cataplasma aluminosa.**
- Cataplasma de arroz.**
- Cataplasma de linhaça.**
- de miolo de pão em água vegetomineral: Cataplasma saturnina.
 - das Necessidades: Cataplasma aluminosa.
- Cataplasma saturnina.**
- Cato.**
- (Tintura de —).
- Caulino.**
- Cebola albarrã: Cila.**
- Cegude: Cicuta.**
- Centeio (Cariopses de —).**
- (Farinha de —).
- Cepipa: Fécula de mandioca.**
- Cera.**
- de abelhas: Cera.
 - branca: Cera.

Cerato de chumbo: Ceroto de chumbo.

— simples: Ceroto simples.

Cerejas pretas.

Ceroto de chumbo.

— de Goulard: Ceroto de chumbo.

— de Saturno: Ceroto de chumbo.

Ceroto simples.

Cetossalol (*Salofena*).

Cevada.

— (Farinha de —).

— ordinária: Cevada.

— perlada: Cevadinha.

Cevada santa.

Cevadilha.

Cevadinha.

— (Cozimento composto de —).

— (Cozimento de — com sene).

Chá.

— da Índia: Chá.

Chaulmoogra (Óleo de —).

Chicória.

— brava: Chicória.

Chocolate comum.

Choupo.

Chumbo (Acetato de —).

— (Ceroto de —).

— (Emplastro de —).

— (Emplastro de —, composto).

— (Iodeto de —).

— (Óxido de —).

Cianeto mercúrico.

— de mercúrico: Cianeto mercúrico.

Cicuta.

— (Extracto de —).

— (Pomada de —).

— terrestre: Cicuta.

Cicutária dos paúis: Felândrio.

Cigarros anti-asmáticos: Cigarros de estramónio, compostos.

Cigarros de estramónio, compostos.

Cila.

— (Oximelde —).

— (Pó de —).

— (Tintura de —).

— Vinagre de —).

Cimeiras de sabugueiro: Sabugueiro.

Cinchofena (*Atofan*).

Cinoglosa.

Cipó emético: Ipecacuanha.

Citrato de cafeína.

Citrato de ferro amoniacal.
— de ferro solúvel: Citrato de ferro amoniacal.

— de magnésio (Laranja de —).

— de magnésio (Limonada de —).

— de magnésio açucarado: Pó citro-magnésico.

Citrato de potássio.

— de potássio (Solutivo de —).

Citrato de sódio.

— tripotássico: Citrato de potássio.

— trissódico: Citrato de sódio.

Clara de ovo: Albumina de ovo.

Cloral hidratado: Hidrato de cloral.

Cloramina.

Cloramina T: Cloramina.

Clorato de potássio.

— de potássio (Comprimidos de —).

— de potássio (Pastilhas de —).

— de potássio (Solutivo de —).

Cloreto de amónio.

— de antimónio: Cloreto antimoniônico.

Cloreto antimoniônico.

— antimoniônico anidro: Cloreto antimoniônico cristalino.

Cloreto antimoniônico cristalino.
— antimoniônico hidratado: Cloreto antimoniônico líquido.

Cloreto antimoniioso líquido:

Cloreto antimoniioso.

— de apomorfina: Cloridrato de apomorfina.

Cloreto de cálcio.

— de cálcio cristalizado: Cloreto de cálcio.

— de cocaina: Cloridrato de cocaina.

— de diacetilomorfina: Diamorfina.

— de emetina: Cloridrato de emetina.

Cloreto de etilo.

— de etilo para anestesia:

Cloreto de etilo puríssimo.

Cloreto de etilo puríssimo.

Cloreto de etilo puro.

— de etilomorfina: Etomorfina.

Cloreto férrico.

— férrico (Limonada de —).

— férrico (Soluto de —).

— férrico anidro: Cloreto férrico.

— de ioimbina: Cloridrato de ioimbina.

— de lobelina: Cloridrato de lobelina.

Cloreto de magnésio.

Cloreto mercúrico.

— mercúrico (Comprimidos de —).

— mercúrico (Soluto de —).

— mercúrico (Soluto injectável de benzoato de sódio e de —).

— de mercúrio, precipitado: Mercúrio doce.

Cloreto mercurioso.

— de morfina: Cloridrato de morfina.

— de papaverina: Cloridrato de papaverina.

— de pilocarpina: Cloridrato de pilocarpina.

Cloreto de potássio.

Cloreto de quinina: Cloridrato básico de quinina.

— de quinina e ureia: Cloridrato de quinina e ureia.

Cloreto de sódio.

— de sódio (Soluto gelatinado de —, injectável).

— de sódio (Soluto injectável de —).

— de tetrametilotionina: Azul de metileno.

Cloreto de zinco.

Cloridrato de amileína: Amilocaina.

— de amoniaco: Cloreto de amónio.

Cloridrato de apomorfina.

— de apomorfina (Soluto injectável de —).

Cloridrato básico de quinina.

— básico de quinina (Soluto injectável de —).

— de benzoildimetilamino-dimetiletilocarbinol: Amilocaina.

— de clorodiaminometilacridina: Acriflavina.

Cloridrato de cocaina.

— de diacetilomorfina: Diamorfina.

Cloridrato de emetina.

— de emetina (Soluto injectável de —).

— de etilomorfina: Etomorfina.

— de heroína: Diamorfina.

Cloridrato de ioimbina.

— de levorrenina (Soluto de —).

Cloreto de lobelina.

— de metilobenzilecgonina: Cloridrato de cocaina.

Cloridrato de morfina.

— de morfina (Soluto injectável de —).

— de morfina (Xarope de —).

Cloridrato neutro de quinina.

Cloridrato de papaverina.

Cloridrato de paraminoben-
zoioldietilaminoetanol: Pro-
caína.

Cloridrato de pilocarpina.

— de quinina: Cloridrato bá-
sico de quinina.

Cloridrato de quinina e ureia.

Cloridrossulfato de quinina.

Clorofórmio.

— (Sóluto de —).

— para anestesia: Cloroformio purissimo.

Clorofórmio purissimo.

— puro: Clorofórmio.

Cobre (Sulfato de —).

Coca.

— (Extracto fluido de —).

— (Infuso de —).

— (Tintura de —).

Cocaína.

— (Cloridrato de —).

Cochonilha.

— (Tintura de —).

— dos cactos: Cochonilha.

Codeína.

— (Fosfato de —).

— (Xarope de —).

Coentro.

Cola.

— (Extracto de —).

— (Extracto fluido de —).

— (Sacareto granulado de —).

— (Tintura de —).

— (Vinho de —).

— granulada: Sacareto de cola,
granulada.

— do Japão: Gelosa.

Colargol: Prata coloidal.

Cold-cream: Pomada rosada,
benzoinada.

Colódio: Colódio elástico.

Colódio elástico.

— flexível: Colódio elástico.

Colofónia do comércio: Pez
louro.

Coloquintidas.

— (Extracto de —, composto).

Colquicina.

Cólquico.

— (Pó de —)

— (Tintura de —).

Coltar: Alcatrão mineral.

— saponinado: Tintura de al-
catrão mineral saponi-
nado.

— saponinado Le Boeuf: Tintu-
ra de alcatrão mineral sa-
poninado.

**Compressas de gaze esterili-
zada.**

**Compressas de gaze oxige-
nada.**

**Comprimidos de clorato de
potássio (0,5 g.).**

**Comprimidos de cloreto mer-
cúrico (0,5 g.).**

**Comprimidos de oxicianeto
de mercúrio (0,5 g.).**

— de sublimado corrosivo:
Comprimidos de cloreto mer-
cúrico.

Condurango.

— (Extracto fluido de —).

Consolda vermelha.

Copaiba (Terebintina —).

Couso.

— (Infuso de —).

Cozimento de amido.

**Cozimento de cevadinha,
composto.**

**Cozimento de cevadinha com
sene.**

Cozimento de quina.

Cozimento de romeira.

**Cozimento de romeira, com-
posto.**

Cravagem de centeio.

Cravinho.

— (Essência de —).

Cravo da Índia: Cravinho.

Cré preparado: Carbonato de
cálcio.

Cremor de tártaro: Bitartarato
de potássio.

Cremor de tártaro, solúvel: Tartarato boropotássico.
 Creosota: Creosoto.
 Creosotal: Carbonato de creosoto.
 Creosoto.
 — (Carbonato de —).
 Cresilol: Cresol.
 Cresol.
 Cresolsaponato (*Lisol*).
 Criogenina: Fenilossemicarbazida.
 Crisarobina.
 Cróton (Óleo de —).
 Cucúrbita (Sementes de —).
 Curaçau: Casca de laranja.
 Decocto de amido: Cozimento de amido.
 — de casca de raiz de romeira: Cozimento de casca de raiz de romeira.
 — de casca de raiz de romeira, composto: Cozimento de casca de raiz de romeira, composto.
 — de cevadinha, composto: Cozimento de cevadinha, composto.
 — de cevadinha com sene: Cozimento de cevadinha com sene.
 — peitoral: Cozimento de cevadinha, composto.
 — peitoral solutivo: Cozimento de cevadinha com sene.
 — de quina: Cozimento de quina.
 — de quina calisaia: Cozimento de quina.
 Dedaleira.
 — (Infuso de —).
 — (Macerado de —).
 — (Pó de —).
 — (Tintura de —).
 — (Vinho composto de —).
 Dente de leão: Taraxaco.

Dentebrura: Feto macho.
 Dermatol: Subgalhato de bismuto.
 Dextrina.
 Dextronato de cálcio: Gliconato de cálcio.
 Dextrose: Glicose.
 Diabelha: Guiabelha.
 Diamina-diidroxiarsenobenzeno-mono-metilenoïdrossulfito de sódio: Nearsefenamina.
 Diamorfina (*Heroína*).
 Diástase: Maltina.
 Dicloramina.
 Dicloramina T: Dicloramina.
 Dietilenadamina: Piperazidina.
 Dietilobromacetilureia: Carbromal.
 Dietilomalonicarbamida: Barbitol.
 Dietilomalonicureia: Barbitol.
 Dietilossulfonabutana: Metilossulfonal.
 Dietilossulfonadimetilometana: Sulfonal.
 Dietilossulfona-etilometilometana: Metilossulfonal.
 Dietilossulfonapropana: Sulfonal.
 Digital: Dedaleira.
 Digitalina.
 Digitalina cristalizada: Digitalina.
 — (Soluto de —).
 Diidroxiftalofenona: Fenolftaleína.
 Di-iododitimol: Ditimol bi-iodado.
 Dimetilaminofenazona: Amidofebrina.
 Dimetilarsinato de sódio: Cacadilato de sódio.
 Dimetilopiperazidina (Tartarato de —).
 Dimetiloxantina: Cafeína.

Dionina: Etomorfina.
 Dioxifenilometilaminometilocarbinol: Levorrenina.
Ditimol bi-iodado.
Diuretina: Salicilato de sódio e de teobromina.
Dormideiras.
Duotal: Carbonato de guaiacol.

Ectogan: Peróxido de zinco.
Electuário de sene.
Elemi.
 — (Ungüento de —).
 Elixir de açafão, composto: Poção alcoólica de açafão, composta.
 — de Garus: Poção alcoólica de açafão, composta.
 — paregórico: Tintura de ópio benzóica.
 Emetina (Cloridrato de —).
 Emplastro adesivo: Emplastro de chumbo, composto
Emplastro de cantáridas.
Emplastro de chumbo.
Emplastro de chumbo, composto.
 — comum: Emplastro de chumbo.
 — confortativo: Emplastro de óxido férrico.
 — diaquilão gomado: Emplastro gomo-resinoso.
 — diaquilão menor: Emplastro de chumbo.
Emplastro gomo-resinoso.
Emplastro mercurial.
Emplastro de óxido férrico.
Emplastro de pez de Borgonha.
 — vesicatório: Emplastro de cantáridas.
 — de Vigo com mercúrio: Emplastro mercurial.
 Emulsão de amêndoas: Emulsão comum.
Emulsão comum.

Emulsão de óleo de bacalhau, composta.
 — de óleo de bacalhau com hipofosfitos: Emulsão de óleo de bacalhau, composta.
 — de pevides de abóbora: Emulsão de sementes de cucúrbita.
Emulsão de sementes de cucúrbita.
Enxôfre.
 — (Pomada de —).
 — (Pomada de —, alcalina).
 — (Pomada de sabão e —, composta).
 — lavado: Enxôfre.
Enxôfre precipitado.
Enxôfre sublimado.
Épicarpo de laranja azêda.
Épicarpo de laranja doce.
Épicarpo de limão.
 Epinefrina: Levorrenina.
Ergotino.
 — (Solutio injectável de —).
 — de Bonjean: Ergotino.
 Erva-cidreira: Melissa.
 Erva-dedal: Dedaleira.
 Erva-doce: Anis.
 Erva-do-espírito-santo: Angélica.
 Erva-midriática: Beladona.
 Erva-moura: Solano.
 Erva-piolheira: Paparraz.
Escamónea.
 — de Alepo: Escamónea.
 Escopolamina (Bromidrato de —).
Escudetes de emplastro de cantáridas.
Espadrappo de gelatina.
Espargo.
 Esparteina (Sulfato de —).
 Espécies aperientes: Espécies das raízes.
Espécies aromáticas.
 — das cinco raízes: Espécies das raízes.

- Espécies das flores.**
— laxativas: Espécies dos mericarpos, compostas.
- Espécies dos mericarpos, compostas.**
- Espécies das raízes.**
- Espermacete.**
— (Linimento de —).
- Espírito de açafraão, composto.**
- Espírito de alecrim.**
- Espírito de alfazema.**
- Espírito aromático.**
— de Garus: Espírito de açafraão composto.
- Espírito de melissa, composto.**
— de Mindererus: Soluto de acetato de amónio.
- Espírito de terebintina, composto.**
— de vinho: Álcool.
- Esporão de centeio: Cravagem de centeio.**
- Essência de alecrim.**
- Essência de alfazema.**
— de amêndoas amargas: Benzaldeido.
- Essência de anis.**
- Essência de anis, sulfurada.**
- Essência de bergamota.**
- Essência de cajepute.**
- Essência de canela.**
— de canela (Água de —).
- Essência de casca de laranja.**
- Essência de cravinho.**
— de cravo da Índia: Essência de cravinho.
- Essência de flores de laranja.**
- Essência de hortelã-pimenta.**
— de hortelã-pimenta (Água de —).
- Essência de limão.**
— de mostarda: Isossulfocianato de alilo.
- Essência de Niauli.**
— de Portugal: Essência de casca de laranja.
- Essência de quenopódio.**
- Essência de rosas.**
- Essência de sândalo.**
- Essência de sassafras.**
- Essência de terebintina.**
— de terebintina, do comércio: Aguarrás.
— de terebintina rectificada: Essência de terebintina.
— de Wintergreen artificial: Salicilato de metilo.
- Estearato de sódio.**
- Estibina: Sulfureto negro de antimónio.**
- Estigmas de açafraão: Açafraão.**
- Estiletos secos de milho.**
- Estoraque líquido.**
— líquido, purificado.
- Estovaina: Amilocaina.**
- Estramónio (Cigarros de —, compostos).**
— (Fôlhas de —).
— (Pó de —, composto).
— (Sementes de —).
- Estricnina.**
— (Azotato de —).
— (Sulfato de —).
- Estróbilos de zimbro: Zimbro.**
- Estrofantina.**
— (Grânulos de —).
— G: Ubaina.
— K: Estrofantina.
- Estrofanto.**
— (Tintura de —).
- Estrôncio (Brometo de —).**
— (Iodeto de —).
- Etana monoclorada: Cloreto de etilo.**
- Etanóico: Ácido acético.**
- Etanol: Álcool.**
- Êter.**
— (Xarope de —).
- Êter alcoolizado.**
— etilocarbâmico: Uretano.

Éter metilossalicílico: Salicilato de metilo.

— para anestesia: Éter puríssimo.

Éter puríssimo.

— puro: Éter.

— sulfúrico: Éter.

— sulfúrico, alcoolizado: Éter alcoolizado.

Etilo (Cloreto de —).

Etilocarbonato de quinina (*Euquinina*).

Etomorfina (*Dionina*).

Eucalipto.

— (Tintura de —).

Eucaliptol.

Eufórbio.

— (Tintura de —).

— (Ungüento de cantáridas com —).

Euquinina: Etilocarbonato de quinina.

Extracto de alcaçuz.

— aquoso de alcaçuz, mole: Extracto de alcaçuz.

— aquoso de genciana, mole: Extracto de genciana.

— aquoso de ópio, sêco: Extracto de ópio.

— aquoso de ratânia, sêco: Extracto de ratânia.

Extracto de beladona.

— de beladona sêco: Extracto de beladona.

— de cânhamo: Extracto de cânhamo indiano.

Extracto de cânhamo indiano.

— de cânhamo, mole: Extracto de cânhamo indiano.

Extracto de cáscara sagrada.

— de cáscara sagrada, mole: Extracto de cáscara sagrada.

— catártico: Extracto de colóquintidas, composto.

Extracto de cicuta.

— de cicuta, mole: Extracto de cicuta.

Extracto de cola.

— de cola, mole: Extracto de cola.

Extracto de colóquintidas, composto.

— de cravagem de centeio: Ergotino.

Extracto de fel de Boi.

— de fel de Boi, sêco: Extracto de fel de Boi.

— de feto macho: Extracto de feto macho, etéreo.

Extracto de feto macho, etéreo.

Extracto fluido de boldo.

Extracto fluido de cáscara sagrada.

Extracto fluido de coca.

Extracto fluido de cola.

Extracto fluido de condurango.

Extracto fluido de hamamélide. ⁽¹⁾

Extracto fluido de hidraste.

Extracto fluido de quina.

Extracto fluido de viburno.

Extracto de genciana.

Extracto de grama.

— de grama, mole: Extracto de grama.

Extracto de hamamélide. ⁽¹⁾

— de hamamélide, mole: Extracto de hamamélide. ⁽¹⁾

Extracto de ipecacuanha.

— de ipecacuanha, mole: Extracto de ipecacuanha.

Extracto de lactucário.

— de lactucário, mole: Extracto de lactucário.

Extracto de maçãs ferruginoso.

(1) Hamamélia, na F. P.

Extracto de meimendro.

— de meimendro, sêco: Extracto de meimendro.

Extracto de noz-vômica.

— de noz-vômica, sêco: Extracto de noz-vômica.

Extracto de ópio.

— de poligala da Virgínia: Extracto de sênega.

Extracto de quina.

— de quina, mole: Extracto de quina.

Extracto de ratânia.**Extracto de ruibarbo.**

— de ruibarbo, mole: Extracto de ruibarbo.

Extracto de salsaparrilha.

— de salsaparrilha, mole: Extracto de salsaparrilha.

— de Saturno: Solutio de subacetato de chumbo

Extracto de sênega.

— de sênega, mole: Extracto de sênega.

— tebaico: Extracto de ópio.

Extracto de valeriana.

— de valeriana, mole: Extracto de valeriana.

Farelo.

Farfara: Tussilagem.

Farinha de arroz.

Farinha de centeio.

Farinha de cevada.

Farinha de linhaça.

Farinha de mandioca.

Farinha de mostarda.

— de pau: Farinha de mandioca

Farinha de trigo.

Fava indiana: Fava-de-santo-inácio.

Fava-de-santo-inácio.

— (Tintura de —, composta).

Fécula: Amido.

— de batata: Amido de batata.

Fécula de mandioca: Amido de mandioca.

Fel de Boi.

— (Extracto de —).

Felândrio.

Fenacetina: Paracetofenetidina.

Fenazona (*Antipirina*).

— (Salicilato de —).

Fenilacetamida: Acetanilina.

Feniletilomalonilcarbamida: Fenobarbital.

Feniletilomalonilureia: Fenobarbital.

Fenilo (Salicilato de —).

Fenilodimetilóisopirazolona: Fenazona.

Fenilodimetilodimetilaminopirazolona: Amidofebrina.

Fenilodimetilopirazolona: Fenazona.

Fenilometanal: Benzaldeído.

Fenilometanóico: Ácido benzóico.

Fenilossemicarbazida (*Criogenina*).

Fenobarbital (*Luminal*).

Fenol (Glicéreo de —).

— (Pomada de —).

— (Solutio de —).

Fenol cristalizado.

Fenol líquido.

Fenolftaleína.

Fenossalil.

Fermento de cerveja.

Ferro.

— (Cloreto férrico).

— (Citrato de — amoniacal).

— (Glicerofosfato de —).

— (Hidrato de — com óxido de magnésio).

— (Lactato ferroso).

— (Oxalato ferroso).

— (Óxido férrico).

— (Tartarato de potássio e de —).

Ferro em fio.

- Ferro em pó impalpável:**
Ferro.
- Ferro porfirizado.**
— reduzido pelo hidrogénio:
Ferro.
- Ferrotartarato de potássio:** Tartarato de potássio e de ferro.
- Feto macho.**
— macho (Extracto de —, etéreo).
— macho (Pó de —).
- Fezes de ouro:** Óxido de chumbo.
- Figado de enxôfre.** Potassa sulfurada.
— de enxôfre líquido: Solutio de potassa sulfurada.
- Figueira-do-inferno:** Estramónio.
- Fio de prata.**
- Fio de seda.**
- Fio de seda esterilizado.**
- Fisostigmina** (Salicilato de —).
— (Sulfato de —).
- Flor de enxôfre:** Enxôfre sublimado.
— de farinha: Farinha de trigo.
— de noz moscada: Arilo de noz moscada.
- Flores de alfazema:** Alfazema.
— de arnica: Arnica.
- Flores de borragem.**
— de camomila: Camomila.
— de couso: Couso.
— de laranjeira (Água de —).
— de laranjeira (Essência de —).
— de laranjeira (Xarope de —).
- Flores de laranjeira azêda.**
- Flores de laranjeira doce.**
- Flores de malva.**
— peitorais: Espécies das flores.
— de perpétuas roxas: Perpétuas roxas.
- Flores de pirliteiro:** Pirliteiro.
- Flores de sabugueiro.**
— de tilia: Tilia.
- Flores de tussilagem**
- Fôlha de prata:** Prata em fôlha.
- Fôlhas de avenca:** Avenca.
— de beladona: Beladona.
— de boldo: Boldo.
- Fôlhas de borragem.**
— de chá: Chá.
— de coca: Coca.
— de dedaleira: Dedaleira.
- Fôlhas de estramónio.**
— de eucalipto: Eucalipto.
- Fôlhas de hamamélide:** Hamamélide: (1).
- de jaborandi: Jaborandi.
- Fôlhas de laranjeira azêda.**
— de loureiro-cerejeira: Loureiro-cerejeira.
- Fôlhas de malva.**
- Fôlhas de meimendo**
- Fôlhas de morangueiro.**
— de murta: Murta.
- Fôlhas de noqueira.**
— de salva: Salva.
- Fôlhas de tussilagem.**
— de uva ursina: Uva ursina.
- Folículos de sene.**
- Folíolos de sene.**
- Formiato básico de quinina:**
Formiato de quinina.
- Formiato de quinina.**
Formina: Hexametilenatetramina.
- Formol:** Solutio de aldeido fórmico.
- Fosfato biácido de cálcio.**
— bicálcico: Fosfato monoácido de cálcio.
- Fosfato de cálcio.**
— de cálcio (Mistura de —).
- Fosfato de codeína.**
— dissódico: Fosfato de sódio.

(1) Hamamélia, na F. P.

Fosfato de ferro de Leras: Soluto de pirofosfato de ferro e de sódio.

— de ferro, solúvel: Soluto de pirofosfato de ferro e de sódio.

— de guaiacol.

— monoácido de cálcio.

— monocálcico: Fosfato biácido de cálcio.

— neutro de cálcio: Fosfato de cálcio.

Fosfato de sódio.

Fosfato de sódio anidro.

— tricálcico: Fosfato de cálcio.

Fósforo.

Fronde de alga perlada: Alga perlada.

— de avenca: Avenca.

— de laminária: Laminária.

Ftalaina de fenol: Fenolftaleina.

Fuligem.

Funcho (Aquénios de —).

— (Raiz de —).

— de água: Felândrio.

Gálbano.

Galhas.

Galhato básico de bismuto: Subgalhato de bismuto.

Gardenal: Fenobarbital.

Gaze esterilizada.

Gaze esterilizada (Compressas de —).

Gaze hidrófila.

— oxigenada (Compressas de —).

Gelatina.

Gelatina (Esparadrapo de —).

Gelatina de peixe.

Gelosa.

— (Pó de —).

Gema de pinheiro: Suco leitoso de pinheiro.

Gema de ovo.

Genciana.

— (Extracto de —).

— (Pó de —).

— (Tintura de —).

— (Tintura de —, composta).

— (Vinho de —).

— (Vinho de —, composto).

— amarela: Genciana.

Gengibre.

Gêsso: Sulfato de cálcio.

Gilbarbeira.

Ginja.

Glicerado de amido: Glicerado comum.

Glicerado comum.

Glicerado de óxido de zinco.

Glicerado de subazotato de bismuto.

— de subnitrito de bismuto: Glicerado de subazotato de bismuto.

Glicéreo de borato de sódio.

Glicéreo de fenol.

Glicéreo de iodeto de potássio, iodado.

Glicerina.

— (Óvulos de —).

— (Supositórios de —).

— boratada: Glicério de borato de sódio.

Glicerofosfato de cálcio.

— de cálcio (Sacareto granulado de —).

— de cálcio granulado: Sacareto de glicerofosfato de cálcio, granulado.

Glicerofosfato de ferro.

Glicerofosfato de sódio.

Gliconato ⁽¹⁾ de cálcio.

Glicose.

(1) Gluconato, na F. P.

Glicose (Solutivo injectável de —, hipertónico).

— (Solutivo injectável de —, isotónico).

Goma adraganta.

— adraganta (Mucilagem de —).

Goma adraganta em pó.

Goma-amoníaca.

Goma arábica.

— arábica (Mucilagem de —).

Goma arábica em pó.

— arábica (Mucilagem de —).

— arábica (Xarope de —).

Goma-guta.

— (Pílulas de aloés e —).

Goma limão: Elemi.

— de peixe: Gelatina de peixe.

— Rom.: Goma-guta.

— turca: Goma arábica.

Gomenol.

Gomos de choupo: Choupo.

— de pinheiro: Turiões de pinheiro.

— de pinheiro (Água de —).

— de pinheiro (Xarope de —).

Gotas amargas de Baumé: Tintura de fava-de-santo-inácio, composta.

Gramma.

— (Extracto de —).

Grânulos de anidrido arsenioso (1 mg.).

Grânulos de estrofantina (0,1 mg.).

Grindélia.

— (Tintura de —).

Groselhas.

— (Suco de —).

— (Suco depurado de —).

— (Xarope de —).

Guaiacol.

— (Carbonato de —).

— (Fosfato de —).

Guaiacolsulfonato de po-

tássio: Sulfoguaiacolato de potássio.

Guiabelha.

Hamamélide (1).

— (Extracto de —).

— (Extracto fluido de —).

— (Tintura de —).

Hesperidio de laranjeira azêda: Laranja azêda.

— de laranjeira doce: Laranja doce.

Hexametenatetramina.

Hexametenatetrazote: Hexametenatetramina.

Hexamina: Hexametenatetramina.

Hexanahexol: Manita.

Hexanapentolal: Glicose.

Hidrargírio: Mercúrio.

Hidraste.

— (Extracto fluido de —).

— (Tintura de —).

Hidrato de cloral.

— de cloral (Xarope de —).

Hidrato férrico, magnésico. — de potássio: Hidróxido de potássio.

Hidrato de quinina.

— de sódio: Hidróxido de sódio.

Hidrolato de canela: Água de canela.

— de flores de laranjeira: Água de flores de laranjeira.

— de gomos de pinheiro: Água de gomos de pinheiro.

Hidrolato de hortelã-pimenta: Água de hortelã-pimenta.

— de louro-cerejo: Água de loureiro-cerejeira.

— de melissa: Água de melissa.

— de rosas: Água de rosas.

(1) Hamamélia, na F. P.

- Hidrolato simples: Água destilada.
 — de tilia: Água de tilia.
 Hidróxio de cálcio (Soluto de —).
 — de magnésio: Óxido de magnésio, hidratado.
 Hidróxido de potássio.
 Hidróxido de sódio.
 Hipoclorito de sódio (Soluto de —).
 Hipofisina (Soluto injectável de —).
 Hipofosfito de cálcio.
 Hipofosfito de sódio.
 Hipossulfito de sódio.
 Hissopo.
Hopogan: Peróxido de magnésio.
 Hortelã apimentada: Hortelã-pimenta.
 Hortelã-pimenta.
 — (Água de —).
 — (Essência de —).
 — (Pastilhas de —).
 Ictiocola: Gelatina de peixe.
Ictiol: Bitiol.
 Incenso.
 Infuso de coca (2 0/0).
 Infuso de couso.
 Infuso de dedaleira (0,5 0/0).
 — de poligala de Virginia: Infuso de sênega.
 Infuso de sene, composto.
 — de sene tartarizado: Infuso de sene, composto.
 Infuso de sênega.
 Insulina*.
 Iodalose: Peptona iodada.
 Iodeto amarelo de mercúrio:
 — Iodeto mercurioso.
 Iodeto de amónio.
 Iodeto de arsénio.
 — arsenioso: Iodeto de arsénio.
 Iodeto de chumbo.
 — de chumbo: (Pomada de —).
- Iodeto de estrôncio.**
 — ferroso (Pilulas de —).
 — ferroso (Xarope de —).
Iodeto mercúrico.
 — mercúrico (Xarope de —, iodetado).
Iodeto mercurioso.
 — mercurioso (Pilulas de —, opiadas).
Iodeto de potássio.
 — de potássio (Glicéreo de —), iodado).
 — de potássio (Pomada de —).
 — de potássio (Pomada de —, iodada).
Iodeto de sódio.
 Iodeto vermelho de mercúrio:
 — Iodeto mercúrico.
Iodo.
 — (Peptona iodada).
 — (Soluto alcoólico de —).
Iodobismutato de quinina.
 — de quinina (Suspensão de —, injectável).
Iodofórmio.
 Iodepeptona: Peptona iodada.
 Iodotimol: Ditimol bi-iodado.
 Ioimbina (Cloridrato de —).
Ipecacuanha.
 — (Extracto de —).
 — (Pó de —).
 — (Pó de —, composto).
 — (Tintura de —).
 — (Vinho de —).
 — (Xarope de —).
 — (Xarope de —, composto).
 — fusca: Ipecacuanha.
 Isopropilometacresol: Timol.
Isossulfocianato de alilo.
 — de alilo (Solutu alcoólico de —).
Jaborandi.
 — Tintura de —).
 — do Maranhão: Jaborandi.
Jalapa.
 — (Resina de —).
 — (Tintura de —).

Jalapa (Tintura de —, composta).

Jalapa do Brasil.

Julepo almiscarado: Mistura de almiscar.

Julepo gomoso: Soluto gomoso.

Junípero: Zimbro.

Lactato de cálcio.

— de ferro: Lactato ferroso.

Lactato ferroso.

Lactose: Açúcar de leite.

Lactucário.

— (Extracto de —).

— (Xarope de —).

— pelo álcool: Extracto de lactucário.

Laminária.

Lanolina: Suarda.

Laranja azêda.

— azêda (Epicarpo de) —

Laranja doce.

— doce (Epicarpo de —).

Laranjada de citrato de magnésio: Laranjada citro-magnésica.

Laranjada citro-magnésica.

Laranjeira azêda (Flores de —).

— azêda (Fôlhas de —).

— azêda (Hesperidio de —).

— doce (Flores de —).

— doce (Hesperidio de —).

Láudano líquido de Sydenham: Tintura de ópio, açafroada.

Lecitina.

Leite.

— de enxôfre: Enxôfre precipitado.

— de magnésia: Mistura de magnésia.

— de pinheiro: Suco leitoso de pinheiro.

Levedura de cerveja: Fermento de cerveja.

Levorrenina.

— (Soluto injectável de procaina e —).

Licetol: Tartarato de dimetilopiperazidina.

Licopódio.

Licor de alcatrão: Água de alcatrão forte.

— amoniacal anisado: Soluto alcoólico de amônia, anisado.

— anódino: Éter alcoolizado.

— arsenical de Fowler: Soluto de arseniato de sódio.

— arsenical de Pearson: Soluto de arsenito de potássio.

— de Hoffmann: Éter alcoolizado.

— de Van Swieten: Soluto de cloreto mercúrico.

— vesicante de Squire: Tintura de cantáridas, aceto-etérea.

— de Villate: Vinagre de sulfatos de zinco e de cobre, composto.

Limão.

— (Epicarpo de —).

— (Essência de —).

Limonada benzóica (0,4 0/0).

— de citrato de magnésio: Limonada citro-magnésica.

Limonada cítrica (0,3 0/0).

Limonada citro-magnésica.

Limonada de cloreto férrico (0,1 0/0).

Limonada clorídrica (0,11 0/0 de HCl).

— de cremor de tartaro solúvel: Limonada de tartarato boropotássico.

Limonada láctica (1 0/0).

— de percloreto de ferro: Limonada de cloreto férrico.

Limonada sulfúrica (0,2 0/0).

Limonada de tartarato boropotássico (2 0/0).

Lingua de cão: Cinoglossa.

Linhaça: Sementes de linho.

— (Cataplasma de —).

— (Farinha de —).

Linhaça (Óleo de —).

Linho.
Linimento amoniacal canforado.

— anódino: Tintura de cânfora, composta.

Linimento calcáreo.

Linimento de espermacete.
 — óleo-calcáreo: Linimento calcáreo.

— de sabão com ópio: Tintura de cânfora, composta

— volátil canforado: Linimento amoniacal canforado.

Líquen.

Líquen sem amargo.

Lírio.

— (Pó de —).

— (Pó de —, composto).

— florentino: Lírio.

Lisol: Cresolsaponato.

Litargírio: Óxido de chumbo.

Lítio (Benzoato de —).

— (Carbonato de —).

— (Carbonato de — granulado, efervescente).

Lobélia.

— (Tintura de —).

Lobelina (Cloridrato de —).

Looque branco.

Losna.

— do Algarve: Losna.

Loureiro (Óleo de —).

— (Ungüento de —).

Loureiro-cerejeira.

— (Água de —).

Louro-cerejo: Loureiro-cerejeira.

Luminal: Fenobarbital.

Maçã colcoquintida: Colcoquintidas.

Maçãs.

— (Suco de —).

— (Tintura ferruginosa de —).

— ácidas: Maçãs.

Macerado de altéia.

Macerado de dedaleira.

Macis: Arilo de noz moscada.
Magnésia (Mistura de —).

Magnésia alva.

— anidra: Óxido de magnésio.

— calcinada: Óxido de magnésio.

— hidratada: Óxido de magnésio hidratado.

Magnésio (Cloreto de —).

— (Óxido de —).

— (Óxido de —, hidratado).

— (Peróxido de —).

— (Sulfato de —).

Malato de ferro, impuro: Extracto de maçãs, ferruginoso.

Malte.

Maltina.

Malva (Flores de —).

— (Fôlhas de —).

— (Raiz de —).

Malvaíscio: Altéia.

Maná.

em lágrimas: Maná.

Mandioca (Amido de —).

— (Farinha de —).

Manganésio (Carbonato de —).

Manita.

Manitol: Manita.

Manteiga de antimónio: Cloreto antimoniioso cristalino.

— de cacau: Oleo de cacau.

Margaça das boticas: Camomila.

Marmelo.

— (Suco de —).

— (Suco de —, depurado).

— (Xarope de —).

Mástica.

Meimendro (Extracto de —).

— (Fôlhas de —).

— (Óleo de —).

— (Óleo de —, composto).

— (Sementes de —).

— (Tintura de —).

— negro: Meimendro.

Mel.

— comum: Mel.

Mel escumado: Melito simples.

— purificado: Melito simples.

— rosado: Melito de rosas.

Melito de rosas.

Melito simples.

Melissa.

— (Água de —).

— (Espírito de —, composto).

Mentol.

— (Pomada de salicilato de metilo e de —).

Mercúrio.

— (Cianeto de —).

— (Cloreto mercúrico).

— (Cloreto mercurioso).

— (Emplastro de —).

— (Iodeto mercúrico).

— (Iodeto mercurioso).

— (Óleo cinzento).

— (Oxicianeto de —).

— (Óxido de —, amarelo).

— (Óxido de —, rubro).

— (Pomada de —).

— (Subsalicilato de —).

Mercúrio dôce.

— dôce (Pomada de —).

Mera: Alcatrão de zimbro.

Mericarpos de alcaravia: Alcaravia.

— de anis: Anis.

— de cicuta: Cicuta.

— de coentro: Coentro.

— de felândrio: Felândrio.

Mericarpos de funcho.

Mericarpos de salsa.

Metadioxibenzol: Resorcina.

Metana tribromada: Bromofórmio.

— tricolorada: Clorofórmio.

— tri-iodada: Iodofórmio.

Metilaminodioxifeniletanol: Levorrenina.

Metilarsinato de sódio.

— dissódico: Metilarsinato de sódio.

Metilbenzoilecgonina: Cocaína.

Metilomorfina: Codeína.

Metilo (Salicilato de —).

Metilopirocatequina: Guaiacol.

Metilossulfonal.

Milho (Amido de —).

— (Estiletos secos de —).

Miolo de amêndoas: Amêndoas doces.

— da noz: Semente de noqueira.

— de pão: Pão.

Mirra.

— (Tintura de —)

Mistura de almíscar.

Mistura de carbonato de cálcio.

— cretácea: Mistura de carbonato de cálcio.

Mistura de fosfato de cálcio.

Mistura de magnésia.

— salina: Soluto de citrato de potássio.

Monobromidrato de quinina:

Bromidrato básico de quinina.

Monocloridrato de quinina:

Cloridrato básico de quinina.

Monossulfureto de sódio: Sulfureto de sódio.

Morangueiro (Fólias de —).

— (Rizoma de —).

Morfina (Cloridrato de —).

— (Sulfato de —).

Mostarda (Farinha de —).

— (Sementes de —).

— negra: Mostarda.

Mucilagem de alcatira: Mucilagem de goma adraganta.

Mucilagem de goma adraganta.

Mucilagem de goma arábica.

Murta.

Murta ordinária: Murta.

Musgo amargo: Liquen.

— branco: Alga perlada.

— doce: Liquen sem amargo.

— da Irlanda: Alga perlada.

Musgo islândico: Liquen.
— islândico sem amargo: Lí-
quen sem amargo.

Naftalina.

Naftol β .

Naftol β (Benzoato de —).

Napelo: Acónito.

Neoarsefenamina* (*Neosal-*
varsan).

Neosalvarsan: Neoarsefena-
mina.

Neroli: Essência de flores de
laranjeira.

Niauli (Essência de —).

Nitrato ácido de mercúrio: So-
luto de azotato mercúrico.

— básico de bismuto: Subazo-
tato de bismuto.

— de estriçnina: Azotato de
estriçnina.

— de pilocarpina: Azotato de
pilocarpina.

— de potássio: Azotato de
potássio.

— de prata: Azotato de prata.

— de prata em cristais: Azo-
tato de prata cristalizado.

— de prata fundido: Azotato
de prata fundido.

Nitrilo fenilglicólico: Benzal-
deidocianidrina.

Nitrito de amilo: Azotito de
amilo.

Nitro: Azotato de potássio.

Nitroglicerina (Solutio alcoólico
de —).

Nogueira (Fóllhas de —).

— (Sementes de —).

Novarsenobenzol: Neoarsefe-
namina.

Novocaina: Procaína.

Noz de cola: Cola.

Noz moscada.

— moscada (Arilo de —).

Nozes: Sementes de noqueira.

Noz-vômica.

Noz-vômica (Extracto de —).

— (Pó de —).

— (Tintura de —).

Nucleinato de sódio.

Óleo de amêndoas.

Óleo de amendoim.

Óleo de bacalhau.

— de bacalhau (Emulsão de —,
composta).

Óleo de bacalhau, fosforado.

— de bagas de loureiro: Óleo
de loureiro.

Óleo de beladona.

Óleo de cacau.

— de cacau (Supositórios de —).

Óleo de cade.

Óleo de camomila.

**Óleo de camomila, canfo-
rado.**

Óleo canforado.

— canforado injectável: Solutio
injectável de cânfora.

Óleo de chaulmoogra.

Óleo cinzento.

— comum: Azeite do comér-
cio.

— de copaiba: Terebintina
copaiba.

Óleo de cróton.

— empireumático do oxicedro:
Óleo de cade.

— de figado de bacalhau: Óleo
de bacalhau.

— fosforado: Parafina líquida
fosforada.

— ginocárdico: Óleo de chaul-
moogra.

Óleo de linhaça.

Óleo de loureiro.

— de mamona: Óleo de ricino.

Óleo de meimendo.

**Óleo de meimendo, com-
posto.**

— próprio: Linimento de es-
permacete.

Óleo de ricino.

Óleo de terebintina: Terebintina do pinheiro.

Olhos de choupo: Renovos de choupo.

Olibano: Incenso.

Ópio.

— (Extracto de —).

— (Pilulas de —, compostas).

— (Pó de —).

— (Pomada de —).

— (Tintura de —).

— (Tintura de —, açafroada).

— (Tintura de —, benzóica).

— (Xarope de —).

— (Xarope de —, fraco).

— de Esmirna: Ópio.

Opodeldoque.

Ortossulfimida-benzóica.

Orvalhinha: Rorela.

Óvo.

— (Albumina de —).

— (Gema de —).

Óvulos de bitiol.

Óvulos de glicerina.

— de glicerina gelatinada:

Óvulos de glicerina.

— de glicerina solidificada:

Óvulos de glicerina.

— de sulfoictiolato de amónio:

Óvulos de bitiol.

Oxalato ácido de potássio:

Bioxalato de potássio.

Oxalato ferroso.

Oxicianeto de mercúrio.

Oxicianeto de mercúrio (Comprimidos de —).

Oxicloreto de antimónio.

Óxido branco de arsénio: Anídrido arsenioso.

Óxido de cálcio.

Óxido de chumbo.

— de etilo: Eter.

Óxido férrico.

— férrico (Emplastro de —).

Óxido de magnésio.

Óxido de magnésio, hidratado.

Óxido de mercúrio: Óxido de mercúrio, rubro.

— de mercúrio (Pomada de —, composta).

Óxido de mercúrio, amarelo.

— de mercúrio, amarelo (Pomada de —).

Óxido de mercúrio, rubro.

— de mercúrio, rubro (Pomada de —).

Óxido de zinco.

— de zinco (Glicerado de —).

— de zinco (Pomada de —).

— de zinco (Pomada de amido e de —).

Oxietiloparacetanilida: Paracetofenetidina.

Oxigénio.

Oxiiodogalható de bismuto (*Airol*).

Oximel de cila.

— cilitico: Oximel de cila.

Oximel de verdete.

Pancreatina.

Paniculas de couso: Couso.

Pão.

Paparraz.

Papaverina (Cloridrato de —).

Papel nitrado.

Papel sinapizado.

Papoula branca: Dormideiras

— vermelha: Papoulas.

Papoulas.

Paracetofenetidina (*Fenacetina*).

Parafina.

— dura: Parafina.

Parafina líquida.

Parafina líquida esterilizada.

Parafina líquida fosforada.

Paraformaldeido: Trioximetileno.

Paraminobenzoato de etilo:

Benzocaina.

Paraminofenilarsinato de sódio: Arsanilato de sódio.

Paratoluenassulfonaclor
 ramidato de sódio: Cloramina.
Paratoluenassulfonadi
 cloramida: Dicloramina.
Parietária.
 Passas de uva: Uvas passadas.
 Pasta de Lassar: Pomada de
 óxido de zinco e de amido.
Pastilhas balsâmicas (1 mg.).
 — de bálsamo do Perú: Pastil-
 has balsâmicas.
Pastilhas de bicarbonato de
 sódio (0,1 g.).
Pastilhas de carvão (0,2 g.).
Pastilhas de clorato de potás-
 sio (0,1 g.).
Pastilhas de hortelã-pimenta.
Pastilhas de santonina
 (0,01 g.).
 Pau quássia: Quássia.
 Pedra infernal: Azotato de
 prata fundido.
 Pedra-ume: Sulfato de alumi-
 nio e de potássio.
Pentanol-dióico-metilóico:
 Ácido cítrico.
Pepsina.
Peptona.
 — (Vinho de —).
Peptona iodada.
Perborato de sódio.
Perclorato de ferro: Cloreto
 férrico.
Perclorato de ferro, liquido:
 Solutio de cloreto férrico.
Permanganato de potássio.
Peróxido de hidrogénio (So-
 luto de —).
Peróxido de magnésio (Hopo-
 gan).
Peróxido de zinco (Ectogan).
Perpétuas roxas.
 Pétalas de papoulas: Papoulas.
 — de violetas: Violetas.
 Pevides de cucúrbita: Cucúr-
 bita.

Pez de Borgonha.

— de Borgonha (Emplastro
de —).

Pez louro.

Pez resina.

Pilocarpina (Azotato de —).

— (Cloridrato de —).

Pílulas de aloés e goma-guta
(72 mg.).

Pílulas de aloés e quina
(0,1 g.).

— de Anderson: Pílulas de
aloés e goma-guta.

Pílulas arsenicais (5 mg.).

— asiáticas: Pílulas arsenicais.

Pílulas balsâmicas (0,03 g.).

— de Blancard: Pílulas de
iodeto ferroso.

— de Blaud: Pílulas de car-
bonato ferroso.

— de Cambógia, compostas:
Pílulas de aloés e goma-guta.

Pílulas de carbonato ferroso.

— de cinoglossa: Pílulas de
ópio, compostas.

— escocesas: Pílulas de aloés
e goma-guta.

— ferruginosas: Pílulas de car-
bonato ferroso.

Pílulas de iodeto ferroso
(0,05 g.).

Pílulas de iodeto mercurioso,
opiadas (0,05 de IHg e 0,02
de ópio).

— marciais: Pílulas de carbo-
nato ferroso.

— de Morton: Pílulas balsá-
micas.

Pílulas de ópio, compostas
(0,02 gr. de extracto de ópio).

— de protoiodeto de ferro:
Pílulas de iodeto ferroso.

— de protoiodeto de mer-
cúrio, opiadas: Pílulas de
iodeto mercurioso, opiadas.

— de Ricord: Pílulas de
iodeto mercurioso, opiadas.

Pílulas de Vallet: Pílulas de carbonato ferroso.

Pimenta.

— negra: Pimenta.

Pimentão.

— (Pó de —).

— cornicabra: Pimentão.

Pinheiro (Renovos terminais de —).

— (Suco leitoso de —).

— (Turiões de —).

Piperazidina (*Piperazina*).

Piperazidina granulada, efervescente.

Piperazina: Piperazidina.

Piramidona: Amidofebrina.

Piretro.

— de África: Piretro.

Pirliteiro.

— (Tintura de —).

Pirofosfato de ferro e de sódio (Soluto de —).

Pirofosfato de sódio.

Pirogalhol.

Piroxila: Algodão-pólvora.

Pó de acónito.

Pó de alcaçuz.

— de Algaroth: Oxicleto de antimónio.

Pó de altéia.

Pó de beladona.

Pó de cânfora.

— carolino: Pó de sais de sódio e de potássio.

Pó de cáscara sagrada.

Pó de castóreo.

Pó de cila.

Pó citromagnésico.

Pó de cóliquico.

Pó de dedaleira.

Pó de estramónio, composto

Pó de feto macho.

Pó de gelosa.

Pó de genciana.

Pó de goma adraganta.

Pó de goma arábica.

Pó insectícida.

Pó de ipecacuanha.

Pó de ipecacuanha, composto.

— de ipecacuanha opiado: Pó de ipecacuanha composto.

Pó de lírio.

Pó de lírio, composto.

Pó de noz-vômica.

Pó de ópio.

Pó de pimentão.

Pó de ruibarbo.

Pó de sais de sódio.

Pó de sais de sódio e de potássio.

Pó de salepo.

Poaia verdadeira: Ipecacuanha.

Poção alcoólica de açafão, composta.

Poção alcoólica de canela.

— anti-emética de Rivière: Soluto efervescente.

— de Todd: Poção alcoólica de canela.

Podofilino: Resina de podofilo.

Podofilo.

— (Resina de —).

Poligala: Sénega.

— da Virgínia: Sénega.

Polissulfureto de potássio: Potassa sulfurada.

Polpa de tamarindos em rama.

Pomada de ácido bórico.

Pomada de alcatrão.

— alvissima: Pomada rosada, benzoïnada.

Pomada de beladona.

— de cânfora: Pomada canforada.

Pomada canforada.

Pomada de cicuta.

Pomada de enxôfre.

Pomada de enxôfre, alcalina.

— de enxôfre, composta: Pomada de enxôfre, alcalina.

Pomada de enxôfre e sabão, composta.

— fénica: Pomada de fenol.

Pomada de fenol.

— de Helmerich: Pomada de enxôfre, alcalina.

Pomada de iodeto de chumbo.

Pomada de iodeto de potássio.

Pomada de iodeto de potássio, iodada.

Pomada de mentol e de salicilato de metilo.

Pomada mercurial (30 0/0 de mercúrio).

— de mercúrio: Pomada mercurial.

Pomada de mercúrio doce.

Pomada opiada.

— de ópio: Pomada opiada.

Pomada de óxido de mercúrio, amarelo.

Pomada de óxido de mercúrio, composta.

Pomada de óxido de mercúrio, rubro.

Pomada de óxido de zinco.

Pomada de óxido de zinco e amido.

Pomada popúlea.

Pomada de prata coloidal.

— de precipitado amarelo: Pomada de óxido de mercúrio, amarelo.

— de Regent: Pomada de óxido de mercúrio, composta.

Pomada rosada, benzoïnada.

Pomada de veratrina (2 0/0).

— da Viúva Farnier: Pomada de óxido de mercúrio, composta.

— de Wilkinson: Pomada de enxôfre e sabão, composta.

Pós antiasmáticos: Pó de estramónio, composto.

Pós dentífricos salinos: Pó de lírio, composto.

— de Dower: Pó de ipecacuanha, composto.

Pós efervescentes.

Pós efervescentes de Seidlitz.

— gasogéneos: Pós efervescentes.

— gasogéneos de Seidlitz: Pós efervescentes de Seidlitz.

— de goma: Amido de mandioca.

— de Joannes de Vigo: Óxido de mercúrio, rubro.

— de soda: Pós efervescentes.

— de soda de Seidlitz: Pós de efervescentes de Seidlitz.

Potassa cáustica: Hidróxido de potássio.

Potassa sulfurada.

— sulfurada (Solutio de —).

Potássio (Acetato de —).

— (Azotato de —).

— (Bicarbonato de —).

— (Bioxalato de —).

— (Bitartarato de —).

— (Brometo de —).

— (Carbonato de —).

— (Cittrato de —).

— (Clorato de —).

— (Cloreto de —).

— (Hidróxido de —).

— (Iodeto de —).

— (Permanganato de —).

— (Sulfato de —).

— (Sulfoguaiacolato de —).

— (Tartarato de —).

— (Tartarato de antimónio e de —).

— (Tartarato de ferro e de —).

— (Tartarato de sódio e de —).

Prata (Azotato de —).

— (Proteínato de —).

— (Vitelinato de —).

Prata coloidal (Colargol).

— coloidal (Pomada de —).

Prata em fio ⁽¹⁾.

Prata em fôlha (3-5 μ de espessura).

Precipitado amarelo: Óxido de mercúrio, amarelo.

— branco: Mercúrio doce.

— rubro: Óxido de mercúrio, rubro.

Procaína (*Novocaina*).

— (Solutio injectável de — e levorenina).

Propanatriol: Glicerina.

Propanolólico: Ácido láctico.

Protargol: Proteínato de prata.

Proteínato de prata (*Protargol*).

Protocloreto de mercúrio: Cloreto mercurioso.

Protoiodeto de mercúrio: Iodeto mercurioso.

Protóxalato de ferro: Oxalato ferroso.

Protóxido de chumbo: Óxido de chumbo.

Prussiato de mercúrio: Cianeto de mercúrio.

Quássia.

— amarga: Quássia.

Quenopódio (Essência de —).

Quermes de Cluzel: Quermes mineral.

Quermes mineral.

— por via úmida: Quermes mineral.

Quilaja.

— (Tintura de —).

Quina.

— (Cozimento de —).

— (Extracto de —).

— (Extracto fluido de —).

— (Pilulas de aloés e —).

— (Tintura de —).

Quina (Vinho de —).

— (Vinho de —, composto).

— (Xarope de —, ferruginoso).

— (Xarope de —, vinoso).

— amarela: Quina.

— calisaia: Quina.

— do Chimborazo: Quina vermelha.

— real: Quina.

Quina vermelha.

Quinidina (Sulfato de —).

Quinina (Bromidrato básico de —).

— (Bromidrato neutro de —).

— (Carbonato de —).

— (Cloridrato básico de —).

— (Cloridrato neutro de —).

— (Cloridrossulfato de —).

— (Etilcarbonato de —).

— (Formiato de —).

— (Hidrato de —).

— (Iodobismutato de —).

— (Sulfato básico de —).

— (Sulfato neutro de —).

— (Valerato de —).

— hidratada: Hidrato de quinina.

— e ureia (Cloridrato de —).

Rabarbaro: Ruibarbo.

Raiz de acónito: Acónito.

— de aipo: Aipo.

— de alcaçuz: Alcaçuz.

— de alteia: Alteia.

— de angélica: Angélica.

— de calumba: Calumba.

— de chicória: Chicória.

— de cinóglossa: Cinóglossa.

— de consolda vermelha: Consolda vermelha.

— de espargo: Espargo.

— de feto macho: Feto macho.

Raiz de funcho.

— de genciana: Genciana.

(1) Indicar o diâmetro.

- Raiz de gengibre: Gengibre.
 — de gilbarbeira: Gilbarbeira.
 — de grama: Grama.
 — de hidraste: Hidraste.
 — de ipecacuanha: Ipecacuanha.
 — de jalapa: Jalapa.
 — de jalapa do Brasil: Jalapa do Brasil.
 — de lírio: Lírio.

Raiz de malva.

- de morangueiro: Rizoma de morangueiro.
 — de piretro: Piretro.
 — de podofilo: Podofilo.
 — de ratânia: Ratânia.
 — de saboeira: Saboeira.

Raiz de salsa.

- de salsaparilha: Salsaparilha.
 — de sénéga: Sénega.
 — de turbitto vegetal: Turbitto vegetal.
 — de valeriana: Valeriana.

Ratânia.

- (Extracto de —).
 — (Tintura de —).
 — (Xarope de —).

Regoliz: Alcaçuz.**Renovos de choupo.****Renovos de pinheiro, terminais.**

- Resina (Unguento de —).
 — do abeto: Pez de Borgonha.
 — amarela: Pez resina.

Resina de escamónea.**Resina de jalapa.**

- do pinheiro: Pez louro.

Resina de podofilo.**Resorcina.**

- Ricino (Óleo de —).

Rizoma de consolda vermelha:

- Consolda vermelha.
 — de feto macho: Feto macho.
 — de gengibre: Gengibre.
 — de gilbarbeira: Gilbarbeira.
 — de grama: Grama.

- Rizoma de hidraste: Hidraste.
 — de lírio: Lírio.

Rizoma de morangueiro.

- de podofilo: Podofilo.
 Rizoma de ruibarbo: Ruibarbo.
 — de valeriana: Valeriana.

Rodina: Ácido acetilossalílico.**Romãzeira: Romeira.****Romeira.**

- (Cozimento de —).
 — (Cozimento de —, composto).
 — (Tintura de —).

Rorela.**Rosa de Alexandria: Rosas rubras.**

- francesa dobrada: Rosas rubras.

Rosas (Água de —).

- (Essência de —).

- (Melito de —).

Rosas páldas.**Rosas rubras.****Ruibarbo.**

- (Extracto de —).
 — (Pó de —).
 — (Tintura de —).
 — (Xarope de —, composto).

Sabão: Sabão vegetal.

- amigdalino: Sabão vegetal.

- amoniacal canforado: Linimento amoniacal canforado.

Sabão animal.

- calcáreo: Linimento calcáreo.

- de chumbo: Emplastro de chumbo.

- medicinal: Sabão vegetal.

Sabão mole.

- de potassa: Sabão mole.

Sabão vegetal.

- verde: Sabão mole.

Saboeira.**Sabugueiro.**

Sacareto de cola, granulado.

Sacareto de glicerofosfato de cálcio, granulado.

Sacarina: Ortossulfimida-benzóica.

Sacarose: Açúcar.

Sais de Bourget: Pó de sais de sódio.

— de Carlsbad: Pó de sais de sódio e de potássio.

Sal amargo: Sulfato de magnésio.

— amoniaco: Cloreto de amónio.

— antiperiódico: Sulfato básico de quinina.

— de azédas: Bioxalato de potássio.

— de Berthollet: Clorato de potássio.

— de Saturno: Acetato de chumbo.

— de Seignette: Tartarato de potássio e de sódio.

Salepo.

— (Pó de —).

Salicilato de acetiloparamidofenol: Cetossalol.

— de *antipirina*: Salicilato de fenazona.

— básico de bismuto: Subsalicilato de bismuto.

Salicilato básico de mercúrio: Subsalicilato de mercúrio.

— de bismuto: Subsalicilato de bismuto.

— de eserina: Salicilato de fisostigmina.

Salicilato de fenazona (*Salipirina*).

Salicilato de fenilo (*Salol*).

— de fenilodimetilpirazalona: Salicilato de fenazona.

Salicilato de fisostigmina.

Salicilato de metilo.

— de metilo (Pomada de mentol e de —).

Salicilato de mercúrio: Subsalicilato de mercúrio.

Salicilato de sódio.

Salicilato de sódic e de teobromina (*Diuretina*).

Salipirina: Salicilato de fenazona.

Salivária: Piretro.

Salofena: Cetossalol.

Salol: Salicilato de fenilo.

Salsa.

— (Aquénios de —).

— (Raiz de —).

— americana: Salsaparrilha.

— hortense: Salsa.

Salsaparrilha.

— (Extracto de —).

— (Xarope de —, composto).

— do Brasil: Salsaparrilha.

— da Jamaica: Salsaparrilha.

— de Lisboa: Salsaparrilha.

— de Vera Cruz: Salsaparrilha.

Salva.

— mansa: Salva.

Sândalo (Essência de —).

Sanguessuga cinzenta.

Sanguessuga dragão.

Sanguessuga verde.

Sanguessugas.

Santonina.

— (Pastilhas de —).

Sassafras (Essência de —).

Saúdades perpétuas: Perpétuas rôxas.

Seda para sutura: Fio de seda

Seiva de pinheiro: Água de gomos de pinheiro.

Sêmea de trigo.

Sementes de alcarávia: Alcarávia.

— de anis: Anis.

— de arroz: Cariopses de arroz, descorticadas.

— de cardamomo: Cardamomo.

Sementes de Castanheiro da Índia.

Sementes de centeio: Cariopses de centeio.

— de cevada: Cariopses de cevada.

— de cevada santa: Cariopses de cevada santa.

— de cevadilha: Cevadilha.

— de cicuta: Cicuta.

— de coentro: Coentro.

— de cólquico: Cólquico.

Sementes de cucúrbita.

— de cucúrbita (Emulsão de —).

Sementes de estramónio.

— de estrofanço: Estrofanço.

— de felândrio: Felândrio.

— de funcho: Mericarpos de funcho.

Sementes de linho.

Sementes de meimendo.

Sementes de mostarda.

— de noqueira.

— de paparraz: Paparraz.

— de salsa: Mericarpos de salsa.

— de trigo: Cariopses de trigo.

Semilha: Batata.

Sene.

— (Electuário de —).

— (Foliculos de —).

— (Foliolos de —).

— (Infuso de —, composto).

— da Índia: Sene.

— de Tinnevelly: Sene.

Sénega.

— (Extracto de —).

— (Infuso de —).

— (Xarope de —).

Serpão: Serpilho.

Serpilho.

Sesquicarbonato de amónio:

Carbonato de amónio.

Sesquióxido de ferro: Óxido

férrico.

Sinapismo: Papel sinapizado.

Sincarpos de anis estrelado:

Anis estrelado.

Soda cáustica: Hidróxido de sódio.

— clorada (Solutio de —).

Sódio (Arsanilato de —).

— (Arseniato de —).

— (Benzoato de —).

— (Bicarbonato de —).

— (Bissulfito de —).

— (Borato de —).

— (Brometo de —).

— (Cacodilato de —).

— (Carbonato de —).

— (Carbonato de — anidro).

— (Citrato de —).

— (Cloreto de —).

— (Estearato de —).

— (Fosfato de —).

— (Fosfato de — anidro).

— (Glicerofosfato de —).

— (Hidróxido de —).

— (Hipofosfito de —).

— (Hipossulfito de —).

— (Iodeto de —).

— (Metilarsinato de —).

— (Nucleinato de —).

— (Perborato de —).

— (Pirofosfato de —).

— (Salicilato de —).

— (Sulfato de —).

— (Sulfato de —, séco).

— (Sulfito de —).

— (Sulfureto de —).

— (Tartarato de potássio e de —).

Solano.

Solda: Consolda vermelha.

Solutio de acetato de amónio (12,5 0/0).

Solutio de aceto-tartarato de alumínio.

Solutio de ácido bórico (3 0/0).

Solutio de ácido carbónico.

— de ácido fénico: Solutio de fenol.

— de ácido picrico: Solutio de trinitrofenol.

- Soluto alcoólico de amónia anisada.**
- Soluto alcoólico de cânfora** (10 0/0).
- Soluto alcoólico de iodo** (6,5 0/0).
- Soluto alcoólico de isossulfocianato de alilo** (2 0/0).
- Soluto alcoólico de nitroglicerina** (1 0/0).
- Soluto alcoólico de sulfato básico de quinina** (1 0/0).
- Soluto alcoólico de veratrina** (1 0/0).
- Soluto de aldeído fórmico** (35 0/0).
- de alumínio: Soluto de sulfato de alumínio e potássio.
- Soluto de arseniato de sódio** (0,2 0/0).
- Soluto de arsenito de potássio** (1 0/0).
- Soluto de azotato mercúrico** (65 0/0).
- Soluto de benzaldeïdocianidrina** (1).
- de benzoato de mercúrio: Soluto injectável de cloreto mercúrio e de benzoato de sódio.
- Soluto de borato de sódio** (3 0/0).
- de brometo de escopolamina: Soluto injectável de bromidrato de escopolamina.
- Soluto de citrato de potássio** (2 0/0).
- Soluto de clorato de potássio** (3 0/0).
- de cloreto de apomorfina: Soluto injectável de cloridrato de apomorfina.
- de cloreto de emetina: Soluto injectável de cloridrato de emetina.
- Soluto de cloreto férrico** (26 0/0).
- Soluto de cloreto mercúrio** (0,1 0/0).
- de cloreto de morfina: Soluto injectável de cloridrato de morfina.
- de cloreto de quinina com uretano: Soluto injectável de cloridrato básico de quinina.
- de cloreto de sódio, gelatinado: Soluto injectável de cloreto de sódio, gelatinado.
- Soluto de cloridrato de levorrenina** (0,1 0/0).
- Soluto de cloridrato de levorrenina, injectável** (0,1 0/0).
- Soluto de cloro fórmico** (0,5 0/0).
- de Dakin: Soluto de hipoclorito de sódio.
- Soluto de digitalina** (0,1 0/0).
- Soluto efervescente.**
- de ergotino com glicerina: Soluto injectável de ergotino.
- de estrofantina G: Soluto injectável de ubaina.
- Soluto de fenol** (2 0/0).
- gasogéneo: Soluto efervescente.
- Soluto gomoso.**
- Soluto de hidróxido de cálcio.**
- Soluto de hipoclorito de sódio** (4,5 g. por litro de cloro activo).
- Soluto injectável de bromi-**

(1) O teor em benzaldeïdocianidrina dêste soluto corresponde a 0,1 g: 0/0 de ácido cianídrico.

- drato de escopolamina (0,5 mg. por cm.³).
- Soluto injectável de cacodilato de sódio** (0,05 g. por cm.³).
- Soluto injectável de cafeína** (0,25 g. por cm.³).
- Soluto injectável de cânfora** (0,1 g. por cm.³).
- Soluto injectável de cloreto mercúrico e de benzoato de sódio** (0,01 g. de benzoato de mercúrio por cm.³).
- Soluto injectável de cloreto de sódio** (9 g. por litro).
- Soluto injectável de cloreto de sódio, gelatinado.**
- Soluto injectável de cloridrato de apomorfina** (0,01 g. por cm.³).
- Soluto injectável de cloridrato básico de quinina** (0,3 g. por cm.³).
- Soluto injectável de cloridrato de emetina** (0,02 g. por cm.³).
- Soluto injectável de cloridrato de morfina** (0,01 g. por cm.³).
- Soluto injectável de ergotino** (0,1 g. por cm.³).
- injectável de glicose: Soluto injectável de glicose, isotónico.
- Soluto injectável de glicose, hipertónico** (300 g. por litro).
- Soluto injectável de glicose, isotónico** (54 g. por litro).
- Soluto injectável de hipofisina***.
- Soluto injectável de procaína e levorrenina** (0,02 g. de procaína por cm.³).
- Soluto injectável de sulfato de esparteína** (0,02 g. por cm.³).
- Soluto injectável de sulfato de estriçnina** (0,002 g. por cm.³).
- Soluto injectável de ubaína** (0,1 mg. por cm.³).
- Soluto iodo-iodetado** (5 0/0 de iodo).
- isotónico de cloreto de sódio: Soluto injectável de cloreto de sódio.
- de Lugol: Soluto iodo-iodetado.
- milesimal de cloridrato de levorrenina: Soluto de cloridrato de levorrenina.
- Soluto milesimal de digitalina cristalizada:** Soluto de digitalina.
- Soluto de peróxido de hidrogénio** (3 0/0; 10 vol.).
- Soluto de pirofosfato de ferro e de sódio.**
- de pituitrina: Soluto injectável de hipofisina.
- de polissulfureto de potássio: Soluto de potassa sulfurada.
- Soluto de potassa sulfurada** (30 0/0).
- Soluto de soda clorada** (0,7 0/0 de cloro activo).
- Soluto de subacetato de chumbo.**
- de sublimado corrosivo: Soluto de cloreto mercúrico.
- Soluto de sulfatos de sódio e de magnésio.**
- Soluto de sulfatos de zinco e de cobre, composto.**
- Soluto de sulfatos de zinco e de cobre composto, forte.**
- de trinitrina: soluto alcoólico de nitroglicerina.
- Soluto de trinitrofenol** (1 0/0).
- Soluto de valerato de amónio.**

- Sôro antidiftérico** * (1).
- Sôro antitetânico** * (1).
- fisiológico: Solutu injectável de cloreto de sódio.
- glicosado, hipertónico: Solutu injectável de glicose, hipertónico.
- glicosado, isotónico: Solutu injectável de glicose, isotónico.
- Suarda.**
- Suarda esterilizada.**
- Subacetato de chumbo (Solutu de —).
- de cobre: Verdete.
- Subazotato de bismuto.**
- de bismuto (Glicerado de —).
- Subcarbonato de bismuto.**
- de bismuto (Suspensão de —, injectável).
- de chumbo: Alvaiade.
- de magnésio: Magnésia alva.
- Subgalhato de bismuto** (*Dermatol*).
- Sublimado corrosivo: Cloreto mercúrico.
- Subnitrate de bismuto: Subazotato de bismuto.
- Subsalicilato de bismuto.**
- Subsalicilato de mercúrio.**
- Succino: Ambar.
- Suco de amoras.**
- Suco de amoras, depurado.**
- Suco de groselhas.**
- Suco de groselhas, depurado.**
- Suco leitoso de pinheiro.**
- Suco de maçãs.**
- Suco de marmelo.**
- Suco de marmelo, depurado.**
- Sulfarsefenamina** (*Sulfarse-nol*).
- Sulfarsenol*: Sulfarsefenamina.
- Sulfato de alumínio.**
- Sulfato de alumínio e de potássio.**
- de alumínio e de potássio (Solutu de —).
- Sulfato de atropina.**
- Sulfato de bário.**
- básico de quinidina: Sulfato de quinidina.
- Sulfato básico de quinina.**
- básico de quinina (Solutu alcoólico de —).
- Sulfato de cálcio.**
- Sulfato de cobre.**
- de cobre (Solutu de sulfatos de zinco e de cobre, composto).
- de cobre (Solutu de sulfatos de zinco e de cobre, composto, forte).
- de cobre (Vinagre de sulfatos de zinco e de cobre, composto).
- cúprico: Sulfato de cobre.
- de eserina: Sulfato de fisostigmina.
- Sulfato de esparteina.**
- de esparteina (Solutu injectável de —).
- Sulfato de estricnina.**
- de estricnina (Solutu injectável de —).
- de ferro: Sulfato ferroso.
- Sulfato ferroso.**
- ferroso-férrico: Caparrosa verde.
- Sulfato de fisostigmina.**
- Sulfato de magnésio.**
- de magnésio (Solutu de sulfatos de sódio e de magnésio).
- Sulfato de morfina.**
- neutro de estricnina: Sulfato de estricnina.
- neutro de potássio: Sulfato de potássio.

(1) Indicar o número de unidades.

Sulfato neutro de quinina.

— neutro de sódio: Sulfato de sódio.

Sulfato de potássio.

Sulfato de quinidina.

— de quinina: Sulfato básico de quinina.

Sulfato de sódio.

— de sódio (Soluto de sulfatos de sódio e de magnésio).

Sulfato de sódio seco.

Sulfato de zinco.

— de zinco (Soluto de sulfatos de zinco e de cobre, composto).

— de zinco (Soluto de sulfatos de zinco e de cobre, composto, forte).

— de zinco (Vinagre de sulfatos de zinco e de cobre, composto).

Sulfito ácido de sódio: Sulfito de sódio.

Sulfito neutro de sódio: Sulfito de sódio.

Sulfito de sódio.

Sulfoguaiacolato de potássio.

— de potássio (Xarope de —).

— de potássio (Xarope de —, composto).

Sulfoictiolato de amónio: Bitiol.

Sulfonal.

Sulfureto de antimónio, impuro: Sulfureto negro de antimónio.

Sulfureto de antimónio, purificado.

Sulfureto negro de antimónio.

— de potássio, liquido: Soluto de potassa sulfurada.

Sulfureto de sódio.

— de sódio (Soluto de —).

Sumidades de alecrim, floridas: Alecrim.

— de cânhamo, floridas: Cânhamo indiano.

Sumidades de grindélia, floridas: Grindélia.

— de hissopo, floridas: Hissopo.

— de losna, floridas: Losna.

— de serpilho, floridas: Serpilho.

Supositórios de beladona.

Supositórios de glicerina.

— de glicerina solidificada: Supositórios de glicerina.

— de manteiga de cacau: Supositórios de óleo de cacau.

Supositórios de óleo de cacau.

Suprarrenina: Levorrenina.

Suspensão de iodobismutato de quinina, injectável (0,17 g. por cm.³).

Suspensão de subcarbonato de bismuto, injectável (0,10 g. por cm.³).

Tabaco indiano: Lobélia.

Tafetá inglês: Esparadrapo de gelatina.

Talco.

Talco esterilizado.

— purificado: Talco.

Talo de liquen: Liquen.

Tamarindo (Vagem de —).

Tamarindos (Polpa de —, em rama).

Tanato de albumina (Tanalbina).

Tanalbina: Tanato de albumina.

Tanigénio: Acetilotanino.

Tanino.

— pelo éter: Tanino.

Tapioca.

Taraxaco.

Tartarato ácido de potássio: Bitartarato de potássio.

Tartarato boropotássico.

— boropotássico (Limonada de —).

Tartarato de dimetilodietilena-
diamina: Tartarato de dime-
tilopiperazidina.

Tartarato de dimetilopipera-
zidina (*Licetol*).

— monopotássico: Bitartarato
de potássio.

— neutro de potássio: Tarta-
rato de potássio.

Tartarato de potássio.

Tartarato de potássio e de
antimónio.

Tartarato de potássio e de
ferro.

Tartarato de potássio e de
sódio.

Tártaro emético: Tartarato de
potássio e de antimónio.

— estibiado: Tartaro de potás-
sio e de antimónio.

Teina: Cafeína.

Teobromina.

— (Salicilato de sódio e de —).

Terebintina (Água de —).

— (Espírito de —, composto).

— (Essência de —).

— (Xarope de —).

Terebintina copaíba.

— fina: Terebintina de Veneza.

Terebintina do pinheiro.

Terebintina de Veneza.

Terpina: Terpina hidratada.

Terpina hidratada.

Terra de infusórios, purificada:

Terra silícica.

— japónica: Cato.

Terra silícica.

Tília.

— (Água de —).

Timol.

Tincal: Borato de sódio.

Tintura de açafrão.

Tintura de acónito (0,05 g. 0/0
de alcalóides).

Tintura de alcatrão mineral
saponinado.

Tintura de aloés

Tintura de anis estrelado.

Tintura de anis estrelado,
composta.

Tintura de arnica.

Tintura de assafétida.

— de badiana: Tintura de anis
estrelado.

— balsâmica: Tintura de ben-
joim, composta.

Tintura de bálsamo de Tolu.

Tintura de baunilha.

Tintura de beladona (0,03
g. 0/0 de alcalóides).

Tintura de benjoim.

Tintura de benjoim, com-
posta.

Tintura de calumba.

Tintura de camomila.

Tintura de canela.

— de cânfora: Soluto alcoólico
de cânfora.

Tintura de cânfora, com-
posta.

Tintura de cantáridas.

Tintura de cantáridas, aceto-
-etérea.

Tintura de cardamomo.

Tintura de casca de laranja.

Tintura de casca de limão:

— de casca de limão, recente:

Tintura de casca de limão.

— de casca do Panamá: Tin-
tura de quilaia.

Tintura de cato.

Tintura de cila.

Tintura de coca.

Tintura de cochonilha.

Tintura de cola (0,05 g. 0/0 de
alcalóides).

Tintura de cólquico (0,04 g.
0/0 de alcalóides).

— de coltar saponinado: Tin-

tura de alcatrão mineral, sa-
poninado.

Tintura de dedaleira (a 1/10).

— de digital: Tintura de de-
daleira.

Tintura de estrofantó (0,33 g. 0/0 de ubaína).

Tintura de eucalipto.

Tintura de eufórbio.

— de fava-de-santo-inácio, alcalizada: Tintura de fava-de-santo-inácio, composta.

Tintura de fava-de-santo-inácio, composta.

Tintura de genciana.

Tintura de genciana, composta.

Tintura de grindélia.

Tintura de hamamélide.

Tintura de hydraste (0,2 g. 0/0 de hydrastina).

— de iodo: Solutó alcoólico de iodo.

Tintura de ipecacuanha (0,2 g. 0/0 de alcalóides).

Tintura de jaborandi.

Tintura de jalapa.

Tintura de jalapa, composta.

Tintura de lobélia (0,05 0/0 de alcalóides).

Tintura de maçãs, ferruginosa.

— de malato de ferro: Tintura de maçãs, ferruginosa.

Tintura de meimendro (0,0065 g. 0/0 de alcalóides).

Tintura de mirra.

— de mostarda: Solutó alcoólico de isossulfocianato de alilo.

Tintura de noz-vômica.

Tintura de ópio.

Tintura de ópio açafroada.

Tintura de ópio benzóica.

— de ópio, composta: Tintura de ópio benzóica.

Tintura de pirliteiro.

Tintura de quilaia.

Tintura de quina.

Tintura de ratânia.

Tintura de romeira.

Tintura de ruibarbo.

— de sulfato de quinina: Solutó alcoólico de sulfato básico de quinina.

— tebaica: Tintura de ópio.

Tintura de valeriana.

— de veratrina: Solutó alcoólico de veratrina.

Tiocol: Sulfoguaiacolato de potássio.

Tiossulfato de sódio: Hipossulfito de sódio.

Tiroidina.

Tribromofenato de bismuto (Xerofórmio).

Tricloreto de antimónio: Cloreto antimonioso.

Tricloroetanóico: Ácido tricloracético.

Triformol: Trioximetileno.

Trigo (Amido de —).

— (Cariopses de —).

— (Farelo de —).

— (Farinha de —).

— (Pão de —).

— (Sêmea de —).

Tri-iodeto de arsénio: Iodeto de arsénio.

Trimetiloxantina: Cafeína.

Trinitrofenol.

— (Solutó de —).

Trional: Metilossulfonal.

Trióxido de arsénio: Aniídrido arsenioso.

— de crómio: Aniídrido crómico.

Trioximetileno.

Tubérculo radical de jalapa: Jalapa.

— radical de jalapa do Brasil: Jalapa do Brasil.

Turbito vegetal.

Tuberideos de salepo: Salepo.

Turiões de pinheiro.

Tussilagem (Capítulos de —).

— (Fóllhas de —).

Ubaína.

— (Solutivo injectável de —).

Ungüento amarelo: Ungüento de resina.

— de bagas de loureiro: Ungüento de loureiro.

— basilicão: Ungüento de resina.

Ungüento de cantáridas com eufórbio.

— de cantáridas, composto: Ungüento de cantáridas com eufórbio.

— egípcio: Oximel cilitico.

Ungüento de elemi.

Ungüento forte: Ungüento de cantáridas com eufórbio.

Ungüento de loureiro.

— napolitano: Pomada mercurial.

— nervino: Ungüento de loureiro.

— populeão: Pomada popúlea.

Ungüento de resina.

— rosado, composto: Pomada de mercúrio doce.

Untura forte: Ungüento de cantáridas com eufórbio.

Ureia.

Uretano.

Urotropina: Hexametileno-triamina.

Uva ursina.

Uvas passadas.

Vacina antivariólica.

Vagem de tamarindo.

Valerato de amónio (Solutivo de —).

— de amónio líquido: Solutivo de valerato de amónio.

— de amónio de Pierlot: Solutivo de valerato de amónio.

— básico de quinina: Valerato de quinina.

Valerato de quinina.

Valeriana.

Valeriana (Extracto de —).

— (Tintura de —).

— menor: Valeriana.

Valerianato de quinina: Valerato de quinina.

Vanilina.

Vaselina.

Vaselina amarela.

— bórica: Pomada de ácido bórico.

Vaselina esterilizada.

— félica: Pomada de fenol.

— filante: Vaselina.

Vaselina líquida.

Vaselina puríssima.

Veratrina.

— (Pomada de —).

— (Solutivo alcoólico de —).

Verdete.

— (Oximel de —).

Veronal: Barbital.

Viburno.

— (Extracto fluido de —).

Vinagre.

Vinagre aromático.

— branco: Vinagre.

Vinagre de cila.

— cilitico: Vinagre de cila.

— de sulfatos de zinco e de cobre, composto.

Vinho.

Vinho aromático.

Vinho branco.

Vinho de cola.

Vinho de dedaleira, composto.

— diurético: Vinho de dedaleira, composto.

Vinho de genciana.

Vinho de genciana, composto

— do Hôtel-Dieu: Vinho de dedaleira, composto.

Vinho de ipecacuanha.

Vinho da Madeira.

— de ópio, composto: Tintura de ópio, açafroada.

Vinho de peptonas.

Vinho do Pôrto: Vinho.
Vinho de quina.
Vinho de quina, composto.
 — quinado: Vinho de quina.
 — de Trousseau: Vinho de dedaleira, composto.
 Violas: Violetas.
 — roxas: Violetas.
Violetas.
 — (Xarope de —).
Vitelinato de prata (*Argirol*).
 Vitriolo verde: Caparrosa verde.

Xarope de alcatrão.
Xarope de altéia.
Xarope de amoras.
Xarope de avenca.
Xarope de bálsamo de Tolu.
 — balsâmico: Xarope de bálsamo de Tolu.
Xarope de beladona (*1,5 mg. de alcalóides* 0/0).
Xarope de benzoato de sódio (*3* 0/0).
Xarope de café.
 — de capilária: Xarope de avenca.
Xarope de casca de laranja.
Xarope de casca de limão.
 — de chicória, composto: Xarope de ruibarbo, composto.
Xarope das cinco raízes.
 — de cloral: Xarope de hidrato de cloral.
 — de cloreto de morfina: Xarope de cloridrato de morfina.
Xarope de cloridrato de morfina (*0,05 g.* 0/0).
Xarope de codeína (*0,20 g.* 0/0).
Xarope comum.
 — de Cusinier: Xarope de salsaparrilha, composto.
 — de Desessartz: Xarope de ipecacuanha, composto.
 — diacódio: Xarope de ópio, fraco.

Xarope de dormideiras: Xarope de ópio, fraco.
Xarope de éter.
Xarope de flores de laranjeira.
Xarope de goma.
 — de goma arábica: Xarope de goma.
Xarope de gomos de pinheiro.
Xarope de groselhas.
Xarope de hidrato de cloral (*5* 0/0).
Xarope de iodeto ferroso (*0,5* 0/0).
Xarope de iodeto mercúrico, iodetado (*0,05 g.* 0/0 *de HgI₂* e *2,5 g.* 0/0 *de KI*).
 — de Gibert: Xarope de iodeto mercúrico, iodetado.
Xarope iodotânico (*0,2* 0/0 *de iodo*).
Xarope iodotânico, fosfatado.
Xarope de ipecacuanha (*0,02 g.* 0/0 *de alcalóides*).
Xarope de ipecacuanha, composto.
Xarope de lactucário.
Xarope de marmelo.
 — de morfina: Xarope de cloridrato de morfina.
Xarope de ópio (*0,05 g. de morfina anidra* 0/0).
Xarope de ópio, fraco (*0,01 g. de morfina anidra* 0/0).
 — de polígala da Virginia: Xarope de sênega.
 — de protoiodeto de ferro: Xarope de iodeto ferroso.
 — de quina e ferro: Xarope de quina ferruginoso.
Xarope de quina ferruginoso.
Xarope de quina vinoso.
 — das raízes aperientes: Xarope das cinco raízes.
Xarope de ratânia.

Xarope de ruibarbo, composto.

Xarope de salsaparrilha, composto.

— de seiva de pinheiro: Xarope de gomos de pinheiro.

Xarope de sênega.

— simples: Xarope comum.

Xarope de sulfoguaiacolato de potássio.

Xarope de sulfoguaiacolato de potássio, composto.

— tebaico: Xarope de ópio.

Xarope de terebintina.

— de violas roxas: Xarope de violetas.

Xarope de violetas.

Xerofórmio: Tribromofenato de bismuto.

Zimbro.

— (Alcatrão de —).

Zinco (Cloreto de —).

— (Óxido de —).

— (Peróxido de —).

— (Sulfato de —).

MEDICAMENTOS PARA OS QUAIS É INDISPENSÁVEL RECEITA MÉDICA (1)

Acetato de chumbo.

Ácido oxálico e os seus sais.

Aconitina, os seus sais e os seus preparados.

Acónito e o seu extracto.

Amilocaína.

Anidrido arsenioso, os seus grânulos e outros preparados.

Apiol e os seus preparados.

Arsanilato de sódio e os seus preparados.

Arseniato de sódio e o seu soluto.

Atropina, o seu sulfato, outros sais e os seus preparados.

Barbital, Fenobarbital e outros compostos da série barbitúrica (*gardenal, luminal, veronal, etc.*).

Beladona e o seu extracto.

Benzaldeídocianidrina e os seus preparados.

Bromidrato de arecolina e os seus preparados.

Cantáridas inteiras ou em pó.

Cevadilha.

Cianeto de mercúrio e os seus comprimidos ou pastilhas.

Cianeto de potássio.

Cicuta e o seu extracto.

Cloreto mercúrico e os seus comprimidos ou pastilhas.

Cloridrato de apomorfina, o seu soluto injectável e outros preparados.

Cloridrato de emetina, o seu soluto injectável e outros preparados.

Cloridrato de ioimbina e os seus preparados.

(1) Tabela dos antígenésicos ou abortivos e dos tóxicos cuja venda ao público fica dependente de receita médica. Publicada pela Direcção Geral de Saúde, com aprovação ministerial em 10 de Março de 1936, e posta recentemente em vigor.

- Cloridrato de lobelina e os seus preparados.
 Cloridrato de papaverina e os seus preparados.
 Cólquico e o seu extracto.
 Colquicina e os seus preparados.
 Cravagem de centeio e o seu extracto.
 Dedaleira, o seu infuso ou macerado, a sua tintura e outros preparados.
 Digitalina, outros glicosidos digitálicos, os seus solutos e outros preparados.
 Escopolamina, os seus sais e os seus preparados.
 Essência de quenopódio.
 Estramónio.
 Estricnica, o seu azotato, o seu sulfato e outros sais.
 Estrofantina, os seus grânulos e outros preparados.
 Estrofantio, a sua tintura e outros preparados.
 Fava-de-santo-inácio.
 Fisostigmina, o seu salicilato, o seu sulfato e outros sais e os seus preparados.
 Fósforo e óleo fosforado ou parafina líquida fosforada.
 Fosforeto de zinco.
 Hipofisina e os seus solutos injectáveis.
 Iodeto de arsénio.
 Iodeto mercúrico.
 Iodeto mercurioso.
 Levorrenina e os seus solutos injectáveis.
 Meimemdro e o seu extracto.
 Mercúrio doce.
 Nearsefenamina e os seus solutos injectáveis.
 Nicociana.
 Noz-vômica e o seu extracto.
 Óleo de cróton.
 Oxicianeto de mercúrio e os seus comprimidos ou pastilhas.
 Óxido de mercúrio, amarelo.
 Óxido de mercúrio, vermelho.
 Procaina.
 Quassinas e os seus preparados.
 Santonina.
 Solutu alcoólico de nitroglicerina.
 Solutu de arsenito de potássio.
 Solutos e suspensões injectáveis de mercúrio e dos seus sais.
 Solutos e suspensões injectáveis de bismuto e dos seus sais.
 Subsalicilato de mercúrio.
 Sulfarsefenamina e os seus solutos injectáveis.
 Tartarato de potássio e de antimónio.
 Ubaina, o seu soluto injectável e os seus preparados.
 Veratrina.
 Todos os *Estupefacientes* e seus preparados sujeitos às disposições do decreto n.º 12:210, de 24 de Agosto de 1926.
 Todos os medicamentos pedidos para fins *antigenésicos* ou *abortivos*.
 Clorato de potássio e ácido pírico (§ 2.º do artigo 5.º do decreto n.º 16:701).

DISPOSIÇÕES LEGAIS ACERCA DO RECEITUÁRIO DE ESTUPEFACIENTES

Dec. n.º 12:210.

Art.º 6.º As drogas referidas (1) não podem entrar em venda ou consumo senão para usos legítimos, médicos ou científicos.

§ 2.º As farmácias não fornecerão para o público os estupefacientes enumerados no artigo 2.º (1) sem receita de médico habilitado que, além da sua firma habitual, nela escreverá, em caracteres bem legíveis, o seu nome por extenso e a morada, assim como o nome e a morada do doente.

§ 3.º É proibido repetir o avariamento da mesma receita, excepto com autorização escrita do médico para cada uma dessas repetições.

§ 5.º Aos médicos será lícito requisitar das farmácias estupefacientes para uso dos seus consultórios, justificando a respectiva aplicação.

(1) As drogas e produtos mencionados neste decreto e em decretos ministeriais posteriores são: ópio bruto ou medicinal sob tôdas as suas formas; fôlhas de coca; cocaina bruta e preparada e seus sais; ecgonina; morfina; diacetilomorfina (diacilmorfina e heroína), seus sais e preparados; benzoilomorfina, todos os outros esteres da morfina, os seus sais e os seus preparados; diidroxicodona, seu cloridrato (eucodal), outros sais e todos os seus preparados; diidroxicodona, seu bitartrato (dicodide), outros sais e todos os seus preparados; diidromorfina, seu cloridrato (dilaudide), outros sais e todos os seus preparados; acetilodimetilodihidrotabaina, seu cloridrato (acedicone), outros sais e todos os seus preparados; diidromorfina, de que *Paramorfan* é o nome registado de um sal, outros sais e todos os seus preparados; todos os ésteres e os éteres dos sais destes cinco últimos compostos; N-oximorfina, de que a *Genomorfina* é um nome registado, os compostos N-oximorfínicos, bem como os outros compostos morfínicos, com azoto pentavalente; tebaina e os seus sais; benzilomorfina e outros éteres-óxidos da morfina.

Art.º 13.º

e) O médico que não indique claramente na receita o seu nome e morada, assim como o nome e domicílio do doente a quem a fórmula se destina, será punido com a multa de 500\$ a 1.000\$; à mesma pena fica sujeito o farmacêutico que aviar receita sem essas indicações ou repetir o aviamento de receita sem autorização expressa do médico para cada aviamento;

f) Se os infractores forem estrangeiros serão expulsos do território português;

g) A execução das penas cominadas neste artigo não poderá aplicar-se a suspensão.

FORMULÁRIO MAGISTRAL (1)

ACETATO DE AMÓNIO. V. Soluto de acetato de amónio.

ACETILCOLINA. V. Cloridrato de acetilcolina.

ÁCIDO ACETILOSSALICÍLICO. Sin.: *Aspirina, Rhodine, Acetylín.*

Crist. de sabor acidulo, pouco sol. na água, mais no álcool e na glicerina.

Acção terap.: Analgésico. Antipirético. Anti-reumatismal (manif. articulares). Contra-ind. durante o trat. pelas sulfamidas.

Prep. e pos. — Em hóstias ou papéis, isol. ou assoc. à cafeína, à efedrina, à codeína, a anti-

-espasm., aos barbit. e à racetofenetidina. Decompõe-se pela água mas pode usar-se em sol. glicerinado (pág. 53).

Hóstias

Extracto de meimendo . . .	0,01 g.
Fosfato de codeína . . .	0,02 g.
Fenobarbital . . .	0,02 g.
Ácido acetilossalicílico . . .	0,20 g.

Em 1 hóst. N.º 12.

1 h. de 2 em 2 a 4 em 4 horas.

Ao contrário de opinião muito espalhada o ac. acetilossal. pode ser tomado sem inconveniente com sol. alcalinos.

ÁCIDO BÓRICO. Sin.: ácido borácico.

Crist. sol. em 25,6 p. de água e em 5 partes de álcool.

(1) Incluem-se aqui apenas os medicamentos que teem maior interesse em medicina de urgência, e nos tratamentos sintomáticos mais importantes, e também aquêles para os quais existe técnica de administração bem definida.

Acção terap.: Antisséptico fraco.

Prep. e pos. — Quasi exclus. como antissép. das mucosas ou feridas, em pó (mist. com pós inertes) ou sol.

Colírio

Ácido bórico	0,50 g.
Água canforada (F. P. 1876)	15 g.
Água fervida, q. b. para	25 cm. ³

ÁCIDO CLORÍDRICO. Sin.: ácido muriático.

Liq. incolor, fumante, corrosivo, const. por sol. aq. de HCl a 37 0/0.

Acção terap.: Ind. nos casos de hipoclor. gástrica, assoc. à pepsina se há também falta de esta (aquilia), e nas colecist. atón. Como acid. do meio int. e da urina pref. os sais de amónio (cloreto, mandelato).

Prep. e pos.: Muito dil. com ág. ou xar., na dose de 0,1 a 2,7 cm.³. Para evit. a acção destr. sobre os dentes, beber o sol. através dum tubo de vidro. Em lug. do ác. livre podem empregar-se sais org. que libertam HCl no estômago, como o cloridrato de betaina e o cloridr. do ác. glutâmico (especialidades, farm.).

Soluto

Ácido clorídrico	2 cm. ³
Água	18 cm. ³

XX a XXX gotas em água ou vinho com açúcar, após as ref.

Xarope

Ácido clorídrico	1 g.
Xarope de groselhas	100 cm. ³

1 c. de chá em água ou vinho após as ref.

Limonada

<i>Limonada clorídrica</i>	300 cm. ³
--------------------------------------	----------------------

1-2 c. de sopa, após as ref.

Soluto

Ácido clorídrico	50 cm. ³
Água	250 cm. ³

1 c. de sopa num grande copo de água açuc. a tomar durante a ref. (dose forte).

Mistura

Pepsina	6 g.
Ácido clorídrico	1 g.
Tint. de casca de lar.	5 cm. ³
Água, q. b. para	200 cm. ³

Agite antes de usar.
1 c. de sopa, às ref.

ACONITINA. Sin.: aconitina cristalizada.

Acção terap.: Paralis. das term. nervosas sensit. (nevralg. particul. do trigêmeo, traqueite). Eficácia discutida.

Prep. e pos.: 4 a 5 × 0,1 mg. em grânulos ou sol.

Soluto

Aconitina	0,005 g.
Água destilada	1,5 cm. ³
Glicerina	3,5 cm. ³
Álcool de 95c, q. b. para	10 cm. ³

(X gotas = 0,1 mg.).

AÇÚCAR, Sin.: açúcar cristallino, açúcar granuloso, sacarose.

Peq. crist. sol. em 0,5 p. de água.

Acção terap.: Alimento, per os. Em inj. endoven. o sol. hipertón. é diurét. e baixa a tensão do liq. cefalorraq

Prep. e pos.: Soluto inj. de açúcar a 50 0/0. D. m. = 50 cm.³ em inj. endov. lenta.

ADRENALINA. V. *levorrenina*.

ÁLCOOL. Sin.: álcool etílico; álcool vínico; etanol.

Liq. límpido, volátil, misc. com água, éter, clorofórmio e glicerina em tôdas as proporções.

Ação terap.: Depressor dos centros nerv. sup. (processos mentais mais elevados), aument. a confiança no próprio valor e criando estado de euforia. Anestésico em doses elevadas. Util. nas doenças ag. como alimento. Contra a insônia. Em certas formas de choque (pág. 18). Vasodilat. em d. das artérias perif. e na angina de peito. Antissépt. para desinf. das mãos (álcool de 70^c, que se obtém mist. 676 cm.³ de álcool de 95^c, com 324 cm.³ de água), e em inf. pulmon. (inj. endov.).

Prep. e pos.: Bebidas alcoól. nomead., Vinho do Pôrto; *poção alcoólica de canela* e *poção alcoólica de açafão*, composta (event. com 20 0/0 de soluto de acetato de amônio). Diluído (5 a 30 0/0) em sol. inj. de glic., isot., para inj. endov., até 30 cm.³ de álcool de 95^c.

AMIDOFEBRINA. Sin.: dimetilaminofenazona; Piramidona.

Peq. crist., sol. em 20 p. de ág.

Ação terap.: Antinevrálgico, antipirético e antiflogístico (inflamação serosa). Tão eficaz como os salicilatos no reum. art. ag. Usado durante muito tempo, pode prod. agranulocitose.

Prep. e pos.: 0,1 a 0,3 g. (nas crianças 0,02 a 0,05 g. por ano de idade) em hóstias, papéis ou soluto, várias vezes por dia, só ou assoc. a outros analg. ou a barbitúricos (potenciação). V. pag. 48 e seg.

Poção

Sol. alc. de amônia. anisada	2 g.
Amidofebrina	1 g.
Catefina	0,3 g.
Água destilada	60 cm. ³
Xarope de altéia, q. b. para	100 cm. ³
4 × 1 colher de chá (Febre e cefaleia do sarampo, em crianças pequenas).	

***AMINOFILINA.** V. *Teofilina*.

AMÔNIA.

Liq. incolor, muito cáustico, de cheiro sufocante, const. por um soluto aq. de amoniaco a 20-22 0/0.

Ação terap.: Rubefaciente. Estimul. reflexo. Expectorante. Antídoto do formol.

Prep. e pos.: *Linimento amoniacal canforado*, *opodeldoque* (u. ext.); *soluto alcoólico de amônia anisada* (0,2 g. por dose). Inalação de vapores ou ingest. de um copo de água com X a XL gotas de amônia.

Poção expectorante

Infuso de raiz de ipeca (5:1.000)	100 g.
Sol. alc. de amônia, anis. . .	2 g.
Xarope de avenca, q. b. para	150 cm. ³
3 a 6 × 1 colher de sopa.	

ANESTESINA. V. *Benzocaina*.

ANTIPIRINA. V. *Fenazona*.

APOMORFINA. V. *Cloridrato de —*.

ATOFAN. V. Cinchofena.

ATROPINA. V. Sulfato de —.

***AVERTINA.** Sin.: Tribrometanól.

Pó pouco sol. na água. É pref. a «Avertina líquida» (soluto em hidrato de amilena que contém 1 g. de Avertina por cm.³).

Acção terap.: Depressor do sist. nerv. centr., anestésico geral. Trat. dos est. convuls. (tétano, *status epilepticus*, eclampsia).

Prep. e pos.: Dose de 6 a 8 mg. por quilo de peso, repetida desde que reaparecem convuls. A dose a empregar é dissolv. por forte agit. em 40 vol. de soro fisiol. a 40° C. (não exceder!); verif. a ausência de acidez ao verm. Congo. Administr. em enteroclise a baixa pressão (30 a 60 cm.) e lentam. após clister evac. A anestesia requiere especial aprendizagem.

AZOTITO DE AMILO. Sin.: nitrito de amilo.

Liq. muito volátil de cheiro caract., dando LXII gotas por g. ao c-g. normal.

Acção terap.: Dim. o tono das f. musc. lisas. Vasodilatador, hipotensor de acção ráp. e fugaz. Antídoto do ác. cianídrico (por form. de metemoglobina).

Prep. e pos.: Inal. de III ou IV gotas derramadas num lenço que se aprox. do nariz (angina de peito, intox. pelo ác. cian.).

AZOTITO DE SÓDIO. Sin.: nitrito de sódio (descrito apenas como reag. na F. P.

Crist. deliquêscntes, sol. no seu peso de água.

Acção terap.: Dimin. do tono das f. musc. lisas (acção directa). Vasodilat. e hipotensor empregado na ang. de peito, nas dores fulg. da tabe e em af. arteriais. Contra-ind. na arteriosclerose.

Prep. e pos.: 0,1 a 0,2 g. em soluto, *per os*, várias vezes por dia. 0,01 a 0,03 g. em inj. hipodérm. 1 a 2 vezes por dia (sol. a 2 0/0). Em inj. endoven. 0,1 a 0,2 g. como antídoto do ác. cianídrico (pág. 116).

BARBITAL. Sin.: ácido dietilobarbitúrico; dietilomalonalcarbamida; dietilomalonalúreia; Veronal.

Peq. crist. brancos, sol. em 175 p. de água e 17 de álcool; o barbital sódico (não ofic.) é muito mais sol.

Acção terap.: Hipnótico e sedativo. Util. na insónia, princ. dos velhos. Potencia a acção de alguns analgésicos (amido-febrina).

Prep. e pos.: 1 — 3 × 0,50 g. em hóstias ou sol. (barb. sódico).

Clister

Barbital sódico	2,5 g.
Mucilagem de goma arábica	30 g.
Água, q. b. para	75 cm. ³
1 colher de sopa, diluída em água, em clister.	

BÁRIO. V. Cloreto de —.

***BASERGINE.** Sin.: tartarato de ergobasina (= ergometrina = ergostetrina = ergotocina = ergonovina).

Em amp. de 0,2 mg. (1 cm.) e sol. a 0,025 0/0 (frascos de

10 cm.³). Const. o princ. alcalóide da cravagem do centeio.

Acção terap.: Promove e reforça as contracções uterinas; indic. nos casos de atonia uterina depois de saído do feto. Acção rápida, mesmo *per os*, mas menos duradoura do que a de ergotamina (V. Gynergène). Fraca toxicidade.

Prep. e pos.: XV a XX gotas 2 a 3 vezes por dia, *per os*. 0,5 a 1 cm.³ em inj. subcut., intramusc. ou endoven.

BELADONA. Sin.: erva-mi-driática.

Fólias da *Atropa Belladonna* LINN.

Acção terap.: V. sulfato de atropina.

Prep. e pos.: Equivalem a 0,5 mg. de atropina as seguintes doses dos vários prep. officinais de beladona:

Pó	0,09 g.
Extracto	0,02 g.
Tintura	0,9 g. = L gotas
Xarope	18 g.

Pilulas

Extracto de beladona	0,015 g.
Excipiente pilular	q. b.
F. s. a. 1 pilula, N.º 30	
3 × 1 a 2 pil.	

Supositórios

Extracto de beladona	0,02 g.
Cloridrato de papaverina	0,05 g.
(Extracto de ópio)	0,02 g.)
Óleo de cacau	q. b.
P. s. a. 1 supositório.	

Mistura

Essência de hortelã-pimenta	3 g.
Tintura de beladona	10 g.
Tintura de valeriana	30 g.
1 colher de café, numa xícara de água muito quente (Platalência).	

BENZOATO DE BENZILO.

Sin.: éter benzilbenzóico.

Liq. oleoso, quasi inodoro, ins. na água, sol. no éter, no álcool e nos óleos. Não é officio.

Acção terap.: Dimin. do tono das f. musc. lisas (acção directa). Empregado no trat. da hiper-tensão arterial, asma brônq., cólicas e coqueluche.

Prep. e pos.: XX gotas em sol. oleoso (azeite ou parafina liq.) em cáps. gelat., 3 a 4 vezes por dia. Nas crianças, sol. alcoólico a 20⁰/₀ aromat., em leite com açúcar.

Soluto alcoólico de benzoato de benzilo a 20 ⁰ / ₀	20 g.
Benzaldeído	1 g.
XX a L gotas em leite com açúcar.	

BENZOCAÍNA. Sin.: parami-nobenzoato de etilo; Anestesia.

Peq. crist. pouco sol. na água, muito mais no álcool, éter, gorduras e óleos e nos ác. diluídos.

Acção terap.: Anestesia local em queimaduras e ulc. dolor., pouco extensas; também em gastrites dolorosas, soluços (pág. 196) e hemorróides.

Prep. e pos.: *Per os*, 0,5 g. várias vezes por dia.

Pó

Benzocaína	1 g.
Talco	10 g.

Pomada

Benzocaína	1 g.
Vaselina	10 g.

Supositórios

Benzocaína	0,2 g.
Óleo de cacau q. b. para	1 supositório
N.º 6.	

BICARBONATO DE SÓDIO.

Sin.: carbonato ácido de sódio; carbonato monossódico.

Pó branco, sol. em 12 p. de água; o sol. aquecido desprende anidrido carbónico, transformando-se o sal em carbonato de sódio. 1 g. neutr. 0,43 g. de HCl e liberta, pela acção dos ácidos, cerca de 250 cm.³ de CO₂.

Acção terap.: Neutr. da hiper-acidez gástr. (produz-se muitas vezes, em seg., ainda maior acidez). Aumenta a tol. gástr. para alguns med. como os salicilatos e as sulfamidas. Em aplicações ext. e garg., como deterativo.

Prep. e pos.: Peq. doses (0,25 a 0,50 g.) antes das ref. na hipocloridria. Doses maiores, só ou assoc. a outros neutr. (carbonato de bism. óxido de magnésio; caulino, etc.) e à beladona, depois das ref. ou quando há dores, na hipercloridria. O sol. inj. deve ser prep. assépticamente ou esterilizado utilizando artificios de técnica para evit. a transf. em carbonato.

Soluto

Bicarbonato de sódio . . . } añ 15 g.
 Borato de sódio. . . . }
 Água fervida, q. b. para . . . } 1000 cm.³
 U. E. e gargarejos (puro ou adic. de 1/3 de soluto de peróxido de hidrogénio no momento de emprego).

BROMETO DE AMÓNIO, BROMETO DE ESTRÓNIO, BROMETO DE POTÁSSIO e BROMETO DE SÓDIO.

Crist. sol. em água.

Acção terap.: Depressores do

sist. nerv. central. Empregados como sedat., de pref. em estados crónicos. Anti-epilépticos.

Prep. e pos.: A prescrição da mist. de vários brometos não tem qualquer vantagem sobre o brometo de sódio, ou de potássio (não deliquescente). D. m. = 1 a 6 × 1 a 2 g. (aum. progressivo).

Soluto

Brometo de sódio 20 g.
 Águas, q. b. para 300 cm.³
 1 a 2 colheres de sopa, em leite, depois das refeições.

Pó efervescente

Brometo de potássio 10 g.
 Bicarbonato de sódio 10 g.
 Dividida em 10 papéis azuis.

Ácido tartárico, em pó 9 g.
 Dividida em 10 papéis brancos.
 Um de cada em meio copo de água.

Bromidia

Extracto de cânhamo in- }
 diano } añ 0,20 g.
 Extracto de meimendro . . }
 Extracto de alcaçuz 1 g.
 Álcool de 60° 2 g.
 Brometo de potássio } añ 20 g.
 Hidrato de cloral }
 Água destilada 80 g.
 Meia colher de café de 3 em 3 horas.

BROMIDRATO DE ESCOPOLAMINA. Sin.: brometo de escopolamina.

Crist. sol. em 4 p. de água.

Acção terap.: Depressor da activ. cortical, ind. nos estados de excitação psiq. Parassimpaticolítico (como a atropina, mas mesmo util. com este fim). Assoc. à morfina util. como sedativo pré-narcótico. Dim. a rigidez extra-piramidal (s. de Parkinson).

Prep. e pos.: Como calm., de pref. em inj. subcut. do sol. inj. oficial que contém 0,5 mg. por cm.³ (1 a 3 × 0,5 a 2 cm.³). Na rig. extra-pir., em sol. a 1:1.000 *per os*, 3 × III a XV gotas a aument. progress., conforme fôr necessário, se não houver intolerância.

CAFEÍNA. Sin.: teina, guaranina, trimetiloxantina 1-3-7.

Crist. sol. em 75 p. de água; os benzoatos e salicilatos aum. a sua solubil.

Ação terap.: Estim. cortical e bulbar (c. resp., vasomot. e vagais); estim. miocárd.; vasodilat. perif., diurético (muito menos do que a teobromina). Util. nos estados de depress. central (intox., infec.) e nas af. miocárd. e coronárias.

Prep. e pos.: 0,25 a 1 g. (1 a 4 cm.³ do sol. inj. oficial) como estim. central. Nas af. miocárd. doses mais fraccion. (0,1 g.). Assoc. a analgésicos, *per os*, nas cefaleias (pág. 49).

CÁLCIO. V. os respectivos sais.

CÂNFORA. Sin.: alcanfor.

Massas brancas, friáveis, translúcidas, sol. em 1 p. de álcool ou de éter e em 800 p., de água.

Ação terap.: Estim. do sist. nerv. central, principalm. dos centros mais elevados. É muito usado como estim. card. e resp. em intox. e d. inf., mas a sua eficácia é discut. e muito duvidosa. Extern., como revulsivo.

Prep. e pos.: *Solutio injectável de cânfora* (óleo canf. inj.) na dose de 1 a 5 cm.³ por via hipodérm., 1 ou mais vezes por dia. Para uso ext. existem num. prep. na F. P.

* **CARDIAZOL.** Sin.: pentametilena-tetrazol.

Sol. a 10 0/0 em frascos e amp. est.

Ação terap.: Estim. do sist. nerv. central (intox. por depress. do s. n. c., doenças inf., colapso vasomotor). Convulsionante em doses elev. por v. endoven. (esquizofrenia). A ação é ráp. mas pouco duradoura.

Prep. e pos.: 0,1 g. (1 cm.³) por via oral, hipodérm. ou endoven. Esta dose pode ser muito excedida e repetida várias vezes.

CARVÃO ANIMAL. Sin.: carvão dos ossos purificado.

Pó negro, inod., insip., insol. e higroscóp.

Ação terap.: Adsorvente de muitos tóx. (sais met., arsenicais, alcalóides, glicosidos), de toxinas e de gases intest. Util. em intox., e infecções e meteorismo intestinais.

Prep. e pos.: 1, 2 ou mais c. de chá ou de sopa em susp. em água, ou em hóstias.

CLORAL HIDRATADO. V. Hidrato de cloral.

CLORETO DE AMÓNIO.

Sin.: cloridrato de amoniaco; sal amoniaco.

Pó branco, sublimável, sol. em 3 p. de água.

Acção terap.: Acidif. urinário (pielonefr.); fluidif. da expect. e expectorante.

Prep. e pos.: 0,5 a 1 g. várias vezes. Como acidif. são necess. d. de 8 a 12 g. por dia.

Poção

Cloreto de amónio 15 g.
Xarope de maçã 150 cm.³
Às c. de sopa, 6 a 8 p. dia.
(Pielites).

Poção expectorante

Fosfato de codeína. 0,05 g.
Cloreto de amónio 3 g.
Xarope de bálsamo de Tolu. 50 g.
Xarope de alteia q. b. para 100 cm.³
1 c. de chá de 2 em 2 ou de 3 em 3 h. (5 anos).

CLORETO DE BÁRIO.

Crist. sol. em 2,5 p. de água.

Acção terap.: Estim. de tôdas as fibras musc. lisas. Aum. a força de contracção e a excitabil. cardíaca. Ind. nos ataques sinc. do sindr. de Stokes-Adams.

Prep. e pos.: 30 a 50 mg., 3 a 4 vezes por dia em sol. dil.

Poção

Cloreto de bário 0,30 g.
Xarope de casca de laranja 150 cm.³
15 a 25 cm.³ em meio copo de água,
3 a 4 vezes por dia.

CLORETO DE CÁLCIO.

Sin.: Cloreto de cálcio cristalizado.

Cristais deliquescentes, sol. no álcool e em 0,25 p. de água; contém 18 ⁰/₁₀ de Ca.

Acção terap.: Ind. nos estados hipocalcémicos (tetania). Dim. a permeabilidade capilar (urtic. e outr. manif. alérgicas,

inflam. das mucosas e serosas). Acid. a urina, exerce acção diurét. e potencia a acção dos diur. mercuriais (nefroses, ascites, etc.). Antag. do magnésio (V. sulf. de magn.). Anti-espasm. (cólicas ves., int., renais). Util. como hemost., de pref. em inj. endoven. hipertón., e nos tuberc. em quem parece dim. as secr. brônq., os suores noct. e a diarreia.

Prep. e pos.: Sol. inj. a 10 ⁰/₁₀ na dose de 5 a 10 cm.³ em inj. rigoros. endoven., lenta (inj. ráp. pode provocar síncope card.), 1-3 vezes por dia. *Per os*, em poção, 2 a 14 g. ou em sol. concentr. dil. em leite.

Poção

Cloreto de cálcio 5 g.
Água 5 cm.³
Xarope de goma 50 cm.³
Vanilina, q. b. para aromatizar.
(0,5 g. por c. de chá).

Soluto

Cloreto de cálcio 20 g.
Água destilada, q. b. para 20 cm.³
(XXV gotas = 1 g.).
Tomar em leite.

CLORETO DE SÓDIO.

Crist. sol. em 2,8 p. de água.

Acção terap.: Ind. nos est. de hipocloremia e hiponatremia (V. pág. 90), *per os* ou em sol. hipertónico por via endoven. Se há também desidrat., em sol. isotón., de pref. iónicamente equilibrados. Se há desidr. predom., sol. inj. de glicose, pelo menos em parte. Estim. do apetite como condimento. Vomitivo em sol. conc. (15 a 30 g. de sal comum num copo de água quente).

Prep. e pos. :

Soluto hipertónico

Soluto injectável de cloreto de sódio a 10 0/0 20 a 50 cm.³
Em ampola ou frasco.

Solutos isotónicos

Sol. inj. de cloreto de sódio.

M. em frasco ou ampolas de 100 a 1.000 cm.³.

Sôro de Ringer

A	{	Cloreto de sódio	7,5 g.
		Cloreto de potássio	0,075 g.
		Cloreto de cálcio	0,1 g.
		Água redestilada, q. b. para	800 cm. ³
B	{	Bicarbonato de sódio	0,1 g.
		Água redestilada, q. b. para	200 cm. ³

Ester. em autoclave, o sol. B. em frasco fechado. Misture na ocasião de emprêgo.

Substituindo o bicarb. por lactato pode utilizar-se um só sol.:

Cloreto de sódio	6,0 g.
Lactato de sódio	2,7 g.
Cloreto de potássio	0,4 g.
Cloreto de cálcio	0,2 g.
Água redestilada, q. b. para	1.000 cm. ³

Est. em autoclave 15 m. a 120°.

Sôro de Tyrode

A	{	Cloreto de sódio	8,0 g.
		Cloreto de potássio	0,2 g.
		Cloreto de cálcio	0,2 g.
		Cloreto de magnésio	0,1 g.
		Água redestilada, q. b. para	800 cm. ³
B	{	Bicarbonato de sódio	1,0 g.
		Fosfato monossódico	0,05 g.
		Soluto injectável de glicose hipertónico	4 cm. ³
		Água esterilizada, q. b. para	200 cm. ³

Ester. em autoclave o sol. A e prep. assépt. e tinalize em frasco fechado o sol. B.
(Misture na ocasião do empr.).

O sôro de Tyrode é o mais conveniente quando é necess. inj. grandes vol. de liq.

Existem, já prep. estes soros e outros do mesmo tipo.

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA.

Cristais higroscópicos, muito sol. na água; o sol. ou a subst. húmida decompõem-se lent.

Ação terap.: Parassimpático-comimético (estimul. de estruturas inervadas por fibras colinérgicas pós-ganglionares). Produz: vasodil. (arteriolas, princ.), bradicard. (depressão do sist. excitocondutor) hiper-secr. saliv., lacrim. e sudoral, contracção dos musc. intest., brônq. e uter. Util. no ileo paralox. (pág. 95) na taquic. parox. (pág. 201) e afecções espasm. das artérias (acção muito fugaz). É rapidamente destruída no organ. pela colinesterase do sangue e dos tec.

Prep. e pos.: Encontra-se no mercado em empolas de 0,05 0,10 e 0,20 g. para dissol. em água est. no momento do emprêgo (Acétylcholine «Roche» e similares) ou em sol. estável num solvente anidro (Acécoline e similares). Inj. subcut. ou intramusc., na maioria dos casos, pouco eficaz. A inj. endovenosa é de efeito seguro mas será pratic. com extrema lentidão. (V. também Doryl).

CLORIDRATO DE APO-MORFINA. Sin.: Cloreto de apomorfina.

Crist. sol. em 50 p. de água, alt. ao ar.

Ação terap.: Emético de acção central. A acção depress. em outros pontos exige cuidado no seu emprego em ind. fracos ou intox. por depressores (p. 111).

Prep. e pos.: Util. o sol. inj. officinal que contém 0,01 g. por cm.³, na dose de 0,5 a 1 cm.³, por via subcut.

CLORIDRATO DE COCAÍNA. Sin.: Cloreto de cocaina; cloridrato de metilobenzilecgonina.

Crist. sol. em 0,5 p. de água.

Ação terap.: Anestesia das mucosas e superf. ulcer.

Prep. e pos.: Sol. aq. a 2-4 0/0 (córnea) ou 5-20 0/0 (f. nasais, muc. bucal, laringe), cada 10 cm.³ adic. de 1 gota de sol. de clor. de levorrenina; empr. a menor quant. poss., nunca exced. 0,05 g. de cl. de coc. Supos. analg. (p. 87).

CLORIDRATO DE LOBELINA. Sin.: cloreto de lobelina.

Pó branco sol. em 40 p. de água.

Ação terap.: Estim. dos quimiorreceptores do corpúsculo carotídeo. Ind. nas paral. resp. centrais (asfixia dos recém-nasc., intox.).

Prep. e pos.: 0,005-0,01 g. (0,003 nos recém-nasc.) por via subcut.; 0,003 a 0,006, lent., por via endoven. As inj. podem repetir-se tôdas as duas horas.

Soluto injectável

Cloridrato de lobelina 0,01
Água redestilada 2 cm.³
F. s. a. e. m. em ampola para injeção.

CLORIDRATO DE MORFINA. Sin.: cloreto de morfina.

Peq. crist. sol. em 20 p. de água.

Ação terap.: Analgésico central, narcótico, calmante do reflexo da tosse, dimin. as secreções gastríntes. e aument. o tono das f. musc. lisas (obstipante). Como acções access. desagr. há depressão do c. resp., por vezes prod. de vômitos e provoc. de espasmos. Por ing., o máximo de efeito é ating. 30 m. depois, dim. ao fim de 3-5 h. mas só desap. totalm. passadas 12 h. Por via subcut. ou intramusc., a acção é mais int. e mais ráp. A via endoven. reserva-se para dores muito viol. que podem ser, causa de choque (p. 15 e 18). O uso repet. e prolong. conduz fácil. ao vício (morfínomia) princ. em predisp. Não deve ser empreg. quando se susp. de inflam. periton. antes de fixado o diagnóst. (p. 4).

Prep. e pos.: 0,01 a 0,02 g. (em indiv. habit. é necess. aum. progress. a dose) per os ou em inj.

Cloridrato de morfina 0,1 g.
Água de hortelã-pimenta 100 cm.³
3 x 2 c. de chá por dia.

Soluto injectável de cloridrato de morfina 2 cm.³
Em 1 ampola, N.º 12.

Em crianças as doses serão menores do que as calc. pelas fórmul. usuais. Em esquemas pode adopt. a fórm.:

$$D. \text{ infant.} = \frac{\text{Peso em Kg.}}{150} \times D. \text{ de adulto}$$

Antes dos 10 meses a dose será ainda reduz. a metade da que dá esta fórm.

CLORIDRATO DE PAPAVERINA. Sin.: cloreto de papaverina.

Crist. sol. em 40 p. de água.

Ação terap.: Anti-espasm. principalm. dos vasos sang., mas também do tubo digest., das vias bil. e urinár. e dos mús. brônq. Ind. nos casos de tromb. ou emb. (p. 59, 60, 62) na oclusão coron. (p. 184), nos espasmos do t. digest. e, raramente, na asma. Prefere-se-lhe muitas vezes a Eupapaverina (q. v.).

Prep. e pos.: 0,03 a 0,05 g. 2 a 4 vezes por dia, em pil. hóst. supos. poção ou inj., só ou assoc. a outros anti-espasm. e a analg. (p. 25).

Soluto injectável

Soluto injectável de cloridrato de papaverina a 20/0 2 ou 3 cm.³
F. s. a. e m. em 1 ampola, N.º 12.

CLORIDRATO BÁSICO DE QUININA. Sin.: cloridrato de quinina; cloreto de quinina.

Crist. de sabor muito amargo, solúv. em 25 partes de água, muito sol. quando assoc. à fenazona ou ao uretano.

Ação terap.: Med. etiotrópico do impaludismo. Antipirét. e anti-nevrálg. Parece influenc. fav. o decurso da gripe, pneum. e bronco-pneum. Ação cardíaca semelh. à da quinidina mas menos pronunc. (V. sulf. de quinid.).

Prep. e pos.: No sezonismo, segundo as recomend. da Com.

do Impaludismo da S. D. N., admin. 1 a 1,3 g. de cloridrato neutro ou básico de quinina, ou dose equiv. de outro sal, em 3-4 doses nas 24 h. durante 5-7 dias. Muitos aut. recom. contin. o trat. com doses de 0,5 g. por dia durante 8 a 12 semanas enquanto outros (S. D. N.) julgam não se evit. assim as recidivas que serão trat. como o prim. acesso. A admin. por via intramusc. ou endoven. só está ind. em caso de coma (p. 194) ou vóm. incoercíveis. Além da fórm. menc. na p. 194 pode util. para a via endoven., com vantagem a seg.:

Cloridrato neutro de quinina	0,5
Cloreto de sódio	0,75
Água redestilada, q b.	100
F. s. a. e m. em ampola para inj. endovenosa.	
Inj. lent. (10-20 m.)	60 a 100 cm. ³

Como profiláctico usa-se a dose de 0,5 g. de sulf. básico de quin., tomada à noite.

Nos outros casos a dose é de cerca de 0,5 a 1 g. por dia.

Nas crianças a dose é de 0,01 g. por mês de idade sem exceder 2 x 0,05 g., antes do ano. Depois do ano, 0,10 g. por ano de id. até ao máx. de 1 g. por dia.

Equivalência dos sais ofic. de quinina: Os vários sais officinais de quin. são admin. na mesma dose com excepção do bromidrato e do sulfato neutro menos ricos em quin. (1:1,4) e do carbonato e etilocarbonato de absorção menos perfeita. Estes dois últ. sais, mais conhec. pelas design. commerc.

de Aristoquina e Euquinina, insípidos, são pref. em pedia-
tria (em pó que se incorp. ex-
temp. em marmel. ou outra
compota).

CLORIDRATO NEUTRO DE QUININA. Sin.: biclo- ridrato de quinina; bicloreto de quinina.

Pó branco de sabor amargo,
sol. em 0,67 p. de água.

Acção terap.: V. o anterior.

Prep. e pos : Pref. por alguns
aut. como menos irrit. para o
est. e mais regul. e rápid.
absorvido. V. o anterior.

CODEÍNA. Sin.: metilomor- fina.

Cristais sol. em 118 p. de
água.

Acção terap.: Calmante do
reflexo da tosse. Acção narcót.
a analgés. inf. à da morfina
(cérca de 1/6). Só produz toxi-
comania em raros casos.

Prep. e pos : Em pil., poção
ou xarope, em geral assoc. a
med. expect. ou balsâm.,
na dose de 0,01 a 0,03 g. no
adulto. (Na criança a dose é
proporc. ao peso e idade) 2 a
4 vezes por dia.

Pilulas

Codeína	0,01 g.
Terpina hidratada	} aã 0,10 g.
Bálsamo de Tolu.	

F. s. a. uma pil. N.º 20.

Até 6 por dia, de pref. às refeições.

Xarope

Xarope de sulfoguaiacolato de potássio	50 g.
Xarope de codeína	50 g.
Xarope de benzoato de sódio	100 g.

3 c. de sopa por dia.

* CORAMINA. Sin.: dietila- mida do ácido piridino-β-car- bónico.

Sol. a 25 0/0 em frascos de
10 cm.³ e em ampolas de 1,5
e de 5 cm.³.

Acção terap.: Estim. resp.
central de acção an. à do Car-
diazol, menos int. mas mais
lenta e prolong.

Utilizável, como deriv. ni-
cotínico no trat. da pelagra.

Prep. e pos : 1 a 5 cm.³ por via
oral, hipodérm. ou endoven.

* CORTICOSTERONA.

Hormona cort. suprarrenal
de acção complexa que exerce
papel insubstituível no meta-
bolismo e na regulação iónica,
prováv. depend. de processos
de fosforilização oxirredutores.

Acção terap.: Ind. na insuf.
suprarrenal aguda (p. 98) e
crónica; insuf. suprarr. dos
prim. meses da gravidez;
hipo-tensão essenc.; insufic.
hepática; estados de choque;
vóm. incoerc. da grav.; hipo-
dinamia pós-inf. ou tóxica.

Prep. e pos.: O extracto aq.
de córtex suprarrenal não se
encontra no nosso mercado.
A hormona sintética (acetato
de desoxicorticosterona) existe
com as design. com. de Cor-
tiron e de Percorten em ampo-
las de 5 e 10 mg. (sol. oleoso).

CRAVAGEM DE CENTEIO.

Sin.: esporão de centeio. V.
ergotino.

DEDALEIRA. Sin.: digital; abeloura; erva-dedal.

Fólias radicais da *Digitalis
purpurea* LINN., sêcas, reduzi-

das a pó, titul. biol. de modo que cada grama representa 10 U. I. Os const. activos são os purpureaglicosidos A e B e a gitalina.

Acção terap.: Cardiotónico: reforça a sistole; alonga a diástole pelo melhor esvaz. ventr. e por intermédio do vago; dim. a conduct. auric.-ventr. Admin. em dose excessiva ou prolong., embora mod., produz ef. tóx. (acumulação), dos quais os prim. são: anorexia, vôm., diarreia; extrassist, bradic., bloq. A-V, taquic. sin., taquic. parox., fibril. auric., pulso altern.; cef. fadiga, vertig., conf. mental; pert. visuais. O apar. de algum destes sint. obriga a interromp. a medic. ou dim. a dose. Ind. na insuf. card. em paralelo com os outros cardiotón.: estrofantina, ubaina.

Prep. e pos.: A dose média num d. que não tomou dedal. há mais de 10 dias é de 1 U. I. (0,1 g. de pó), 3 ou 4 vezes por dia, durante 4 ou 3 dias. Em casos urgentes, IV U. I. duma vez, IV U. I. 6 h. depois e IV U. I. passadas mais 12 h. Para manter o est. de compens. pode ser necess. o uso quasi const. de peq. doses (0,03 a 0,30 g. de pó) entrecort. de pausas de alguns dias de quando em quando.

As prep. ofic. são as seguintes:

Pó de dedaleira	0,1 g. — 1 U. I.
Macerado de dedal.	100 g. — 1 U. I.
Infuso de dedaleira	20 g. — 1 U. I.
(Esta e a ant., prep. boas mas instáveis).	
Tintura de dedal.	1 cm. ³ (LIV gotas) — 1 U. I.
Vinho de dedal. composto (20 g. contém 0,1 g. de ded. e 0,3 de cila obsoleto).	

Há num. prep. commerc. de extractos totais ou parc. e glicosidos puros de dedaleira e da *Digitalis lanata*, cujo princ. interesse reside em poderem ser usados por via endovenosa ou intramuscular, nos casos de vômitos, diarreia ou grande estase portal.

* **DERIFILINA.** V. Teofilina.

DIAMORFINA. Sin.: Cloridrato de diacetilomorfina; cloreto de diacetilomorfina; Heroína. Pó branco sol. em 3 p. de água.

Acção terap.: Acção idênt. à da morfina, mas 4 a 8 vezes mais intensa. Produz intensa euforia, por vezes com excit., e é o estupefac. que mais facilmente conduz à toxicomania. Não produz vômitos nem obstipação. Deve reservar-se para os periodos terminais das d. em que há dores ou dispnea.

Prep. e pos.: Em soluto *per os* ou em inj. subcut. na d. de 0,003 a 0,005 g. 1 a 3 vezes por dia.

Gotas

Diamorfina	0,06 g.
Água de essência de hortelã-pimenta	10 cm. ³
X gotas 2 a 3 vezes por dia.	

Soluto injectável

Diamorfina	0,005
Água redestilada	1 cm. ³
F. s. a. e m. em uma ampola para inj. N. 12.	

* **DILAUDID.** Sin.: cloridrato de diidromorfinona.

Comprimidos de 0,0025 g. e ampolas de 0,002 g. (1 cm.³).

Acção terap.: Acção sem. à da morf. (cêrca de 10 vezes

mais analg. e 4 vezes mais hipnót.); menor sens. de euforia; vômitos e obst. em menor grau; menor duração de acção.

Prep. e pos.: 0,002 a 0,005 g. *per os* ou em inj. hipodérm. Pode assoc. à atropina e à escopolamina como a morf. (V. cloridrato de morfina).

***DORYL.** Sin.: cloridrato de carbaminoilcolina.

Compr. de 2 mg., ampolas de 0,25 mg. e sol. a 0,05 0/0.

Acção terap.: Parassimpaticomimético. Acção semelh. à da acetilcolina, mas mais enérgica e mais dur. em virt. da sua completa resist. à colinesterase; a acção gastrintest. é relativam. maior do que a acção cardiovasc. Ind. nos estados atónicos do aparelho digest. e da bexiga (ret. urinária após interv. cirúr. ou parto). Tem sido usado também no trat. da taq. parox. (pág. 201), enxaq., hiper-tensão, ozena e glaucoma (aplic. locais), e d. vasc. perif.

Prep. e pos.: 1 a 2 mg. (1/2 a 1 cm.³ *per os*), 1/8 a 1/4 mg. (0,5 a 1 cm.³) por via hipodérm. Para aplic. nasal ou ocul. util. o sol. o 0,05 0/0.

EFEDRINA. V. sulfato de efedrina.

ERGOBASINA, ERGOMETRINA, ERGONOVINA, ERGOSTETRINA. V. Basergine.

ERGOTAMINA. V. Gynergène.

ERGOTINO. Sin.: extracto de cravagem de centeio.

Esta substância de que existe também um soluto inj. na F. P., sem titulação biológica, tem composição muito variável em alcalóides. A sua acção ocitócica é dev. princ. à ergobasina que se lhe deve substituir.

ERGOTOCINA. V. Basergine.

ESCOPOLAMINA. V. bromidrato de —.

ESSÊNCIA DE QUENOPÓDIO.

Liq. oleoso de cheiro desagr. e sabor ardente e amargo.

Acção terap.: Anti-helmint. efic. contra ascárides e ancilóstomo. Deve ser administr. depois de peq. almoço em 2 ou 3 doses com 1/2 a 1 h. de interv., seguido, 1 h. depois, dum purg. (30 g. de sulf. de magn.) que se repetirá pass. 2 h. se não houver evac. intest. conveniente. Nos dias ant. dieta rica em hidr. de carb. e event. pequenas doses de insulina para aum. a resist. hepát. Contra-ind. nas af. renais e hepát. e se há ulc. intest.

Prep e pos.: 1 a 3 cm.³ em cápsulas de gelat. endur. com 0,5 cm.³ cada uma. Nas crianças I gota por ano de idade (até X gotas) em poção.

Poção

Essência de quenopódio . . .	V gotas
Mucilagem de goma arábica . . .	q. b.
Água de hortelã-pim.	20 g.
Xarope de c. de laranja	20 g.

F. s. a. emulsão

Para tomar em uma ou duas vezes c, 1 h. depois 10 g. de sulf. de magn. (5 anos).

ESTRICNINA. V. sulfato de —.

ESTROFANTINA. Sin.: estrofantina K.

Pó branco ou amarel. sol. em cerca de 45 p. de água.

Acção terap.: Semelh. à da ubaina, um pouco mais activo por via oral (?). O sol. inj. existe como espec. farm.; não apresenta vantagem sobre o sol. inj. de ubaina officinal.

Prep. e pos.: Grânulos de estrofant. (ofic.; contém 0,0001 g., dose excess. peq.). A dose eficaz parece ser muito maior. V. ubaina. Existe como especialidade, o sol. inj. (0,5 mg. por ampola).

ETOMORFINA. Sin.: cloridrato de etilomorfina; cloreto de etilomorfina; Dionina.

Pó branco sol. em 12 p. de água.

Acção terap.: Análoga à da codeína sobre a qual não apres. vantagens.

Prep. e pos.: Doses de cerca de metade das da codeína. Prep. semelh.

***EUCODAL.** Sin.: cloridrato de diidro-oxicodona.

Acção terap.: Análoga à da morfina, com o mesmo perigo de toxicomania.

Prep. e pos.: Compr. de 0,0005 g. e amp. de 0,01 e 0,02 g. que são as doses habituais.

***EUFILINA.** V. Teofilina.

***EUPAVERINA.** Sin.: 1-(3, 4) metilenodioxibenzilo-3-metilo-6,7-metilenodioxiquinoleína.

Compr. de 0,03 g.; ampolas de 0,03 g. de sulfato de eupav. (1 cm.³).

Acção terap.: Semelh. à da papaverina, mas mais intensa; menor toxicidade. V. cloridr. de papav.

Prep. e pos.: 0,03 a 0,12 g. por via oral, subcut. ou endoven. (p. 8, 24, 59, 60, 62, 184).

EXTRACTO DE FETO MACHO, ETÉREO. Sin.: extracto de feto macho.

Líquido espesso, verde escuro.

Acção terap.: Anti-helminítico ef. princ. contra as ténias. Contra-ind. em asténicos, d. do coração, fígado e rins, port. de ulc. gastrintest. e durante a gravidez.

Prep. e pos.: O med. é administr. de preferência em cáps. de gel. endurecida (0,5 g. cada uma) ou em emulsão e requer prep. prévia: Dieta sem gorduras durante dois dias e purgante de sulfato de magnésio na véspera à noite; o medic. será admin. de manhã em jejum em duas doses com intervalo de 1 h., e, 2 h. depois, administr. outro purgante de sulfato de magnésio. Se não se verifica a expulsão do escólex fazer, 2 h. depois, abund. lavagem cólica com água de sabão. Alguns aut. acons. fraccionar mais a dose (2 c. de 10 em 10 m.) o que não parece ter espec. vantagem. A dose para adulto é de 5 g. e para crianças — apenas crianças robustas — 0,5 g. por ano de idade.

Emulsão

Extract. de feto m., etér.	5 g.
Extract. de alcaçuz.	10 g.
Xar. de fl. de laranj.	20 g.
Água de hortelã pimenta	50 g.

Em casos espec. resist. ou quando há vôm., tubagem duodenal e introd. pela sonda de

Clorofórmio	1 cm ³
Extr. de feto m., etéreo	4 cm ³
Mucilagem de goma arábica	30 cm ³

e o purgante de sulf. de magnésio, 1 h. depois pela mesma via.

* EXTRACTOS DE FÍGADO.

Existem numerosos preparados commerc. cuja descr. é impossível aqui. Lembremos apenas que só podem merecer conf. os que são titul. biológ. e que esta titul. só pode ser realizada em indiv. affect. de anemia perniciosa. Não existe ainda unidade bem estabelecida.

Acção terap.: Espec. da anemia perniciosa e suas complicações. Também activos em outras anem. mas menos nitid. Além do principio anti-aném. contêm albuminas ricas em ácidos amin. indispens. e vitamina B, o que explica os bons result. obtidos nas mais variad. afecç., como a púrp. hemorr. a nevralg. do trigêmeo, colites ulcerat., oftalmia simpát., escleroses múltiplas, etc. Emprega-se ainda como estimulantes da cél. hepát. (?) nas cirroses, hepatites e lesões tóxicas do fig. Nestes casos parecem preferiveis os produtos menos purificados.

Prep. e pos.: A pos. varia com cada uma das prepar. que se encontram no mercado. Para tratam. da anemia perniciosa podem substituir-se pela ingestão de figado de vitela quasi cru na dose de 250 a 500 g. por dia; esta dietética repugna, em geral, ao fim de pouco tempo aos doentes.

FENAZONA. Sin: fenilodimetilopirazolona; fenilo-1-dimetilopirazolona-2-3; Antipirina.

Crist. inc., de sabor um pouco amargo, sol. no seu peso de água.

Acção terap.: Anti-nevralg. e antipirét. Ind.: em dores nevralg., enxaq., odontalgias, pleurisas, gripe. Aum. muito a solub. do cloridr. e sulf. bás. de quin.

Prep. e pos.: 1 g. em hóstias só ou assoc. a outros analgès. (incompat. com a acetanilida e paracetofenetidina) e em soluto. Em crianças 0,05 g. (6 meses) a 0,4 (10 anos). Começar sempre por d. peq. pela possib. de idiosincrasia.

Poção

Fenazona	2 g.
Bicarbonato de sódio	3 g.
Xarope de flores de laranjeira	30 g.
Água, q. b. para	100 cm ³
1 c. de chá contém 0,05 g.	

* FENILOISOPROPILAMINA. V. Ortétrine.

FENOBARBITAL. Sin.: ácido feniletilobaabitérico; feniletilomalonilureia; fenil-

tilomalocarbamida; Luminal.

Crist. muito pouco sol. na água.

Ação terap. : Hipnótico e sedativo do s. n. c. Ind. na insónia vulgar, na excit. alucinatória, na enxaqueca, e em estados convulsivos (tétano, eclampsia, epilepsia, intox.). Potencia a acção de v. analg.

Prep. e pos. : 0,15 a 0,4 g. (dose máx. diária = 0,8 g.) em hóstias.

O Luminal sódico existe em emp. de 0,22 g. de subst. que se dissolve em água esteril. no momento de emprego (para inj. endoven. nos estados conv., em que há freq. necess. de exceder a dose máx.). Existe também um soluto estável (Luminal em Solução a 20 0/0; Gardenal injectável) para inj. intramusc. (nunca endoven.).

FETO MACHO. Sin.: denteburra.

Rizoma do *Dryopteris Filix mas* SCHOTT, de que se emprega o pó e, princip. o extracto etéreo (V. extracto de feto macho, etéreo).

FIGADO. V. extractos hepáticos.

FISOSTIGMINA. V. Salicilato de —.

FOSFATO DE CODEÍNA.

Crist. sol. em 3,5 p. de água.

Ação terap. : V. codeína.

Prep. e pos. : Em pil. ou soluto, em doses um pouco maiores que as da codeína (mais 1/3).

Gotas

Fosfato de codeína 0,3 g.
 Água de essência de hortelã-pimenta 10 cm.³
 (x gotas = 0,015 g.).
 X a XX gotas, 2 a 3 vezes por dia.

GLICONATO DE CÁLCIO.

Sin.: Dextronato de cálcio.

Pó granuloso, de sabor fraco, sol. em 30 p. de água fria e em 5 de água fervente; mantém-se em solução sobressat. a frio com relativa iacilid.; contém 9,3 0/0 de Ca.

Ação terap. : Idêntica à do clor. de cálcio, com excepção da acidif. urinária. É muito menos irritante para os tecidos.

Prep. e pos. : 1, 2 e mais grammas por dia *per os*, em inj. intramusc. (profunda) e inj. endoven.

Granulado

Gliconato de cálcio 50 g.
 M. 3 X 1 c. de chá, diss. em água ou infusão quente, de pref. cerca de 15 m. antes das ref.

GLICOSE. Sin.: dextrose; hexana pentóal.

Pó branco inodoro, higroscóp., de sabor adocicado, sol. no seu peso de água.

Ação terap. : Alim. dinamo-géneo, assimil. sem digestão. Ind.: estados hipoglicémicos; para aum. o glicogéneo hepát. (aum. de resist. do figado a tóxicos e toxinas), event. assoc. a peq. doses de insulina; para isotonizar a água que se deseje introd. no organ. por via parent. (quando há contra-ind. para o CINA ou quando se deseja alim. simult. o doente). Em sol. hipert. como osmoterápico (hipert. raq., edema ce-

rebr. — menos eficaz que o açúcar —, e para alim. por via endoven. Ainda em sol. hipert. se usa na ang. de peito, na insuf. card. (vassodil. coron.?), no colapso circul. (p. 17) e como veiculo e adjuv. na admin. endoven. de teofilina e deriv., ubaina e extractos de digitalis purp. e lanata.

Prep. e pos.: Existem na F. P. o *soluto inject. de glic., isotónico* (5,4 0/0) e o *sol. inj. de gluc. hipertónico* (30 0/0). Em muitos casos basta o sol. a 10 0/0; os sol. muito conc. produzem freq. trombozes.

GOMA ARÁBICA. Sin.: goma turca.

Massas quebrad., vidracentas, sol. em 2 p. de água.

Acção terap.: Substituição das proteínas plasmáticas — a goma aráb. em virt. do seu peso mol. elevado não atrav. fácilm. as paredes capilares e o seu sol. a 6 0/0 tem a mesma pressão oncótica que o plasma sang. Tem larga util. em farmácia como correctivo e estabilizador de suspensões.

Prep. e pos.: Para uso endov. é indisp. o emprego dum produto conv. purificado. O sol. é a 6 0/0 em sôro fisiol. ou em sol. de cloreto de sódio a 0,6 0/0. (diurético, nas nefroses). A inj. é muito mal suport. por alguns pacientes e, salvo caso de extrema urgência, não será prat. sem as seg. precauções:

1.º — Intradermorreação para verif. a inexist. de idiossincrasia.

2.º — Começar por inj. peq. doses, 50 a 150 cm.³, e só pas-

sar às doses eficazes (300 a 500 cm.³) se não houver reacção indesejável.

3.º — Praticar sempre as inj. muito lentamente.

* **GYNERGÈNE.** Sin.: Tartrato de ergotamina.

Comprim. de 0,001 g., soluto (XV gotas = 0,001 g.) e ampolas de 1/2 e de 1 cm.³ (= 0,0005 g.).

Acção terap.: Simpaticolítico (inibidor de estruturas inerv. por fibras adrenérgicas). Ocitótico (para êste fim deve pref. a Basergine) Ind. na enxaqueca (p. 63), hipertiroid., atonia gástrica, manifest. alérg. (pruridos, urtic.), glaucoma Contra-indur. a gravidez, na angina de peito, d. estenos. das art. tromboflebitas, insuf. hepát. e renal.

Prep. e pos.: 1 a 2 mg. per os, 2 vezes por dia; 1/8 a 1/2 mg. por via hipodérmica ou intramusc. Em geral não exceder 1/4 mg.

* **HEROÍNA.** V. Diamorfina.

HIDRATO DE CLORAL.

Sin.: cloral hidratado.

Crist. de cheiro privativo, sabor frac. amargo e acre, sol. em 0,25 p. de água.

Acção terap.: Sedativo e hipnótico, com acção analgésica muito fraca. Ind. na insón. por excit. psíquica; nos est. de excit. motora preferem-se habitualmente os barbit.

Prep. e pos.: 1 a 3 g. e mais (depois de verif. a tolerância) per os, e por via rectal, freq. assoc. ao brometo de sódio.

Xaropes

Xarope de hidrato de cloral 100 cm.³
1 a 2 c. de sopa em água ou leite.

Hidrato de cloral 3 g.
Xarope de groseiras 150 cm.³
2 a 3 x 50 cm.³, com 15 m.
de intervalo, ao deitar.

Bromidia

V. brometos.

Clister

Brometo de sódio 0,50 — 1 g.
Hidrato de cloral 0,1 — 0,3 g.
Gema de ovo n.º 1
Água 100 g.
Após clister evac. (crianças).

HIDRATO FÊRRICO, MAGNÊSICO. Sin.: antidoto do arsénio.

Suspensão prep. só na ocasião do emprêgo.

Acção terap. e pos.: V. pág. 130.

*** HIPOFISINA.** Sin.: extracto de lobo posterior de hipófise; Pituitrina.

O sol. inj. de hipofisina encontra-se com nomes registados em ampolas de 1 cm.³ que contêm 3 U. I. do producto (Hypophysina, Pituitrin, etc.). Encontra-se também o principio hipertensor isolado, com a design. commerc. de Pitressin.

Acção terap. e pos.: Contém dois princ. compon.: a α -hipofamina, de acção ocitócica (no último per. de gravidez) e a β -hipofamina que poss. acção hipertensiva (princ. acção sobre os capilares), anti-diurética (acção sobre a ansa de Henle) e estimulante do perist. intest. Ind. nos casos de inércia uterina (1,5 a 2 U. I. que se podem repet. 30 m. depois, 5 a 6 U. I.

na ret. placent.), na paralisia intest. (2 a 3 cm.³ do sol. de hipof. ou 1 a 2 de Pitressin) na diabetes insípida (pó sêco de lobo post. de hipóf. ou Pomada de Pitressin por via nasal, 2 ou 3 vezes por dia), em alguns casos de choque partic. quando há atonia intest. (0,5 a 1 cm.³ de Pitressin); associa-se à levorenina no trat. do ataque de asma (vantagem duvidosa).

HIPOFOSFITO DE SÓDIO.

Crist. deliq., sol. em 2 p. de ág.

Acção terap.: Atribui-se-lhe, sem grande fund., certo valor como reconstit. em d. consuntivas (tub.); entra na compos., assim como o de cálcio, da emulsão de óleo de bacalhau, composta, respect. na dose de 0,07 e 0,10 g. por c. de sopa. Utiliz. como antid. na int. pelo mercúrio (p. 161).

Prep. e pos.: V. pág. 161.

HIPOSSULFITO DE SÓDIO.

Sin.: tiossulfato de sódio.

Crist. um pouco deliq., de sabor amargo e salg., sol. em 0,5 p. de água.

Acção terap.: Antid. dos cianetos por trans. destes em sulfocionatos (p. 116). Favor. a elimin. dos metais pes. (form. de tiossulf. duplos muito sol.) o que o faz empreg. no trat. das respect. intox. (d. elevadas). Antid. do iodo. Util. como sulfuroso em dermat. (uso int. e ext.) e no trat. das bronq. fétidas.

Prep. pos.: Muito pouco tóx., pode ser ing. ou inj. em doses altas; em geral, 1 a 10 g. por dia.

Peção

Tintura de eucalipto . . .	XX gotas
Hipossulfito de sódio. . .	3 g.
Xarope de bálsamo de Tolu . . .	50 g.
Água de hortelã-pimenta. . .	100 g.

Para tomar às colheres de sopa.

Ampolas

Soluto injectável de hipossul- fito de sódio a 10 0/0 . . .	10 cm. ³
F. s. a. e m. em 1 ampola; N.º 12	

Para inj. endoven.

*** INSULINA.**

Produto hipoglicemizante extraído do pâncreas de animais, que se encontra no mercado, em geral, em solução pronta para uso. (Dos. em U. I.).

Ação terap.: A insul. const. o produto de secr. int. do pâncreas e desempenha import. papel na glicorregul. ao lado da suprarrenal, da hipófise e da tireóide (pelo menos) Parece actuar aumentando a util. dos carboídratos e dim. a produção destes no fígado. Ind. no tratamento da diabetes pancreática; para favorecer a form. de reservas de glicogénio no fig. como protecção da cél. hepát. (admin. simultânea de hidr. de carb. e peq. doses de insul.); na insuf. cardíaca; em alguns casos de emagr. e de anorexia e na atrepsia. O estado hipoglicémico provocado por inj. de doses mais ou menos elev. influencia fav. a evol. de certas afecç. (esquizofrenia, asma, etc.); esta terap. é de realiz. delicada e só pode ser practic. onde se disponha de inst. conven. Em pomada, tem sido usada em úlc. var. e certas dermat.

Prep. e pos.: Existe no comércio em frascos de 5 cm.³ com 20, 40, 60 e 80 U. I. por cm.³. Complet. inact. por via digest. usa-se em inj. sub-cut. ou endov. (p. 42). No trat. da diab. util. doses variáv. com a forma e grav. do caso, que se inj. sub-cut., em geral, pouco antes das refeições. O alvo a atingir consiste em fazer tolerar o mínimo indisp. de carboídr. com o mínimo de dispêndio de insul. (a técnica do trat. é demasiado complexa para poder ser exposta aqui). Para fav. a acum. de glicog. e nas curas de engorda, util. doses de 5 a 10 U. 2 ou 3 vezes por dia.

Pomada

Insulina (20 U.)	15 cm. ³
Suarda.	40 g.
Vaselina	75 g.

*** INSULINA - PROTAMINA - ZINCO.**

Assoc. que retarda a absorção e prolonga o efeito hipoglicemizante durante mais de 24 h. e permite assim reduzir muito o número de injeções; na maioria dos casos basta uma inj. pela manhã, mas há casos para os quais não é conveniente, ou é necess. associá-la à insul. simples.

IODETO DE POTÁSSIO.

Crist. de sabor amarg. e salg., alter. à luz, sol. em 0,7 p. de ág.

Ação terap : Acção certa no trat. da actinomicose, da sífilis, do hipertiroidismo (tran-

sit.) (1), na profilaxia do bócio e como expectorante. Uso empírico num sem número de afecções em que a sua acção permanece por demonstrar: arteriosclerose, hiper-tensão, várias afec. nerv., reumatismo crónico, etc.

Prep. e pos.: Emprega-se quasi sempre em sol. diluido administr. às refeições para evit. a acção sobre a mucosa gastr., em doses de 1 a 10 g. por dia. A tolerância é muito variável de indiv. para indiv. (os primeiros sinais de intol. são sialorreia, coriza, congest. conjunt. e erupções cut.).

Gotas

Iodeto de potássio 20 g.
 Agua destilada, q. b. para . . . 20 cm.³
 (XXXXIII got. = 1 g. de KI)
 Tomar diluido em leite, 2 ou 3 vezes por dia no fim das ref.

Poção

Iodeto de potássio 10 g.
 Xarope de gôma 50 cm.³
 Xarope de alteia (ou de casca de laranja) q. b. 100 cm.³
 1 c. de chá três vezes por dia.

* **LACTOFLAVINA.** Sin.: vitamina B2; riboflavina; 6,7-dimetil-9-(d-l'ribitol)-isoaloxazina.

Ampolas inj. com 1 mg. (2 cm.³), substância.

Acção terap.: Combin. ao ác. fosfór. e a uma proteina const. O fermento respiratório de

Warburg, de import. fundamental. no metabol. celular. Para a combin. da ribofl. com o ác. fosf. parece essenc. a interv. da corticosterona. Ind.: Pert. do crescim., diabetes, degen. dos nervos, dermatoses, insuf. suprarren., estado de choque.

Prep. e pos.: 2 a 3 mg. por dia, *per os* ou em inj.

LEVORRENINA. Sin.: 3-4-dioxifenilo-1-metilaminó metilcarbinol; metilaminodioxifeniletanol; epinefrina; Adrenalina.

Peq. crist. brancos ou lig. amar. quasi ins. em ág. mas fácilm. sol. pelos ácidos.

Acção terap.: Simpaticomimético (estimulante de estruturas inerv. por filetes adrenérgicos). Ind.: anti-hemorrag. local; anti-congest. das mucosas; síndrome de Adams-Stokes; insuf. miocárd. aguda; certas f. de asma card. (p. 12); acess. da asma brônq.; afecç. alérg. e anafil.; intox. pela histamina e pela quinina; crises nitrit.; hipoglicemia; síncope vagal ou por hiper-sens. do seio carot.; esplenotomocção. É ráp. destr. no organ.

Prep. e pos.: Util. em sol. de cloridrato de levorrenina (1:1.000) que para uso parental se deverá prescrever:

Sol. injectável de cloridrato de levorrenina 1 cm.³
 P. s. a. e m. em 1 ampola. N.º 6.

(1) No trat. do bócio prefere-se em geral o soluto iodo-iodetado (Lugol) mas a sua acção é exactamente idênt. à do iodeto de potássio.

Este sol. pode ser inj. por via intramusc. (acção int. e fugaz), subcut. (acção menor mas mais prolong.) na d. de 0,5 a 1 cm.³; a prim. inj., de ensaio, não deve exceder 0,5 cm.³. No lactente, 0,1 cm.³ e em crianças maiores, 0,25-0,5 cm.³. Por via endoven. a acção é int. e instantânea mas muito fugaz; a dose é de 0,05 a 0,2 cm.³ dil. em 10 cm.³ de sôro isotón. e inj. lent.; a injeccão pode ser repet. pass. 10 m. Pode inj. também em flebóclise lenta diluído em sôro fisiol. (sôro adrenalinado) na dose de 1 cm.³ para 1.000 cm.³ de *solutio inject. de cloreto de sódio*. Este soluto não deve ser util. em hipodermóclise (escaras freq.).

Pode inj. em susp. oleosa, para acção prolongada:

Levorrenina	0,02 g.
Óleo de amendoim	10 cm. ³
P. s. a. e div. em ampolas de 2 cm. ³	
para inj.	
Inj. subcut. ou intramusc.	

Para applic. local pode util. o sol. ou incorp. em pomada ou suposit.

LOBELINA. V. Cloridrato de —.

* **LUMINAL.** V. Fenobarbital.

MAGNÉSIA CALCINADA. V. Oxido de magnésio.

MORFINA. V. Cloridrato de —.

MERCÚRIO. Sin.: Hidrargírio; azougue.

Metal liquido um pouco volátil, de dens. = 13,59.

Acção terap.: Medic. etiotrópico da sífilis de eficácia nitid.

mas infer. à dos arsenicais e aos sais de bismuto. Só em casos excepcionais (contra-indic. para os arsenicais e intol. do bismuto) deve ser usado só no trat. da síf. O seu uso é permíssivel em conj. com outras terap. Não tem qualquer efeito curat. nas tripanosomias e outras espiroquetoses. Diurét., princip. sob a f. de sais (cianeto, Salyrgan, etc.).

Prep. e pos.: Podem utilizar-se vários sais sol., mas o melhor método de trat. anti-síf. é por fricções cut. de pomada mercurial (6 a 7 g.). Estas fricções serão prat. por um profiss. ou pelo próprio d., depois de conv. instruído, em regiões desprovidas de pelos, durante cerca de 20 min., não se devendo utilizar a mesma reg. antes dum interv. min. de 4 dias. Outro prep. oficial de merc. é o *óleo cinzento* (0,04 g. por g.) mas a inj. deste produto é dolorosa produz esclerose musc. e a absorção é irregular.

Fricções

Pomada mercurial	7 g.
Em 1 papel imperm. N.º 20.	
Mist. com <i>pomada rosada benzoïnada</i> , se prov. irrit. cut.	

MOSTARDA. Sin.: Mostarda negra.

Sementes secas, pulv. e tamisadas de *Sinapis nigra* LINN.

Acção terap.: A most. contém um glicos. que em pres. da água pela acção dum fermentido na própria sem., liberta isossulfocianato de alilo; este irrita fortemente a pele produz. ardor e rubor (fir-

ctenas e ulc. se a acção é muito prolong.). A acção irrit. é aprov. como estimul. resp. e como analgés. e descongest. dos órgãos prof. corresp. à zona cut. irrit. (zonas de Head).

Prep. e pos.: Empreg. sob a forma de enfaix. sinap.: toalha emb. em ág. tépida na qual se malaxou uma boneca de pano com most. (30 g. para 1 l. de água); cataplasmas de farinha de linhaça polvilh. de most.; papel sinapizado. A dur. da applic. deve ser de 15 a 30 min.

Para int. estimul. usa-se o banho sinapizado (38.º C.) que se prep., como a água dos enfaix., com 200 g. de most. O banho deve ser coberto para evit. a acção irrit. sobre as conj. e muc. resp. É muito usado em pediatria (broncopn.).

Util. também como vomit. (p. 111).

NITRITO DE AMILO. V.

Azotito de amilo.

* **NEOARSEFENAMINA.**

Sin.: diamina-diidroxiarsenobenzeno - monometileno - idrossulfito de sódio; Neo-salvarsan; Novarsenobenzol; etc.

Pó amarelo claro, alterável ao ar forn. em ampolas de vidro cheias de gás inerte com 0,15-0,30-0,45-0,60-0,75-0,90 g.

Acção terap.: Med. etiológico da sífilis, assim como de outras espiroquetoses e tripanosomíases. Está contra-ind. nos casos de lesões miocárd. (perigo de insuf. card. ag.) hepát., renais e suprarrenais. As lesões renais de etiol. síf. su-

portam em geral bem o trat. arsenical; nos outros casos parece pref. começar pelo bismuto. O med. pode prod. várias reac. indesej. que são raras e, em geral, não graves se se procede com prudência.

Prep. e pos.: O medic. é admin. quasi exclus. por via endovenosa. A sol. deve ser prep. no momento do emprêgo com 10 a 20 cm.³ de água esteril. ou sol. inj. de glicose, hipert. e deve ser inj. lent. (0,2 g. por minuto, ou menos). Nos casos de sífilis visc. ou sífilis tardia de qualquer nat. o trat. deve ser individual., procur. porém sempre evitar trat. excess. curtos ou insuf.

Nos casos de sífilis recente em indiv. sem taras seguir-se-á o seguinte esquema:

TEMPO	NEOARSEP.	BISMUTO
Dias	g.	g.
1	0,30—0,45	0,2 sol. aq.
5	0,45—0,60	0,2 sol. aq.
10	0,45—0,60	0,2 sol. aq.
15	0,60	0,2 sol. aq.
Sem.		
4—10	0,60 p. sem.	
10—15		0,2 susp. ol. por sem.
16—25	idem	
26—32		idem
34—43	idem	
44—53		idem ou fr. mercur.
54—63	idem	
64—73		idem
74—122		Doente em observ., sem trat., reacç. de Wass. de 2 em 2 meses.

123

Exame completo, incluindo Wass. no sangue, exame radiol. e electrocard. de cor., cuidad. exame neur e oftalmoscópico. Se o d. não mostra completa neg. de todos os sinais é necessário cont. o trat.

Dur. o trat. a Wass. será prat. no início e na 8ª, 13ª, 38ª, 43ª, e 59ª sem. e a alb. pequiz. na urina tôdas as sem.

Se o trat. foi iniciado em periodo sero-negat. pode consid. term. ao fim do ano.

Como adjuv. pode empregar-se o iodeto de pot. durante os per. de terap. metálica.

O trat. será iniciado tão cedo quanto poss., *mas nunca antes de bem estabel. o diagnóstico de sífilis.*

No sexo fem. as doses serão dim., em geral, de 0,15 g.

NITROGLICERINA. Sin.: trinitroglicerina; trinitrina.

É officinal sob a forma de *solutio alcoólica de nitroglicerina* (q. v.).

* **NOVOCAÍNA.** V. Procaina.

ÓPIO. Sin.: ópio de Esmirna.

Suco concreto obtido das cápsulas do *Papaver somniferum* LINN., sêco e puiv. Contém 10 0/0 de morf. anidra e peq. quant. de narcotina, papaverina, codeína, narceína e tebaina.

Ação terap.: Ident. à da morfina. V. cloridrato de morfina.

Prep. e pos.: É geralm. pref. à morf. para uso não parenteral. Equivalem a 0,01 g. de morf. as seg. d. dos vários prep. ofic.:

Ópio . . .	0,1 g.
Tintura de ópio	1 g. (= XLV gotas)
Extracto de ópio	0,05 g.
Tint. de ópio, açafroada .	1 g. (= LVI gotas)
Tint. de ópio, benzóica .	20 g.
Xarope de ópio	20 g.

Xarope de ópio, fraco . . . 100 g.

Pó de ipecacuanha composto 1 g.

Pílulas de ópio, compostas — cada pil. contém 0,02 g. de extracto de ópio.

A tintura de ópio, benzóica e o xarope de ópio fraco teem applic. em pediatria; a tint. de ópio açafroada não apres. vantagem sôbre a tint. de ópio.

Assoc. freq. aos med. anti-diarr. e aos anti-espasm.

Hóstias

Pó de ópio 0,02 g.
 Acetilotanino } añ 0,05 g.
 Subazotato de bismuto . . . }
 1-2 h., várias vezes por dia.

Supositórios

Extracto de beladona . . . 0,03 g.
 Extracto de ópio 0,05 g.
 Óleo de cacau, q. b. para . 1 supos.

* **ORTÉDRINE.** Sin.: sulfato de fenilisopropilamina; 1-fenil-2-aminopropana; anfetamina; Benzedrine.

Comprim. de 0,005 g.

Ação terap.: Simpaticomímico como a efedrina, mas com poder. ação estimul. sôbre o s. nerv. central. Ind. na narcolepsia, no parquinsonismo, no alcoolismo, na hipotensão essencial, na hipersensibil. do seio carotídeo (sincope); nas cong. das mucosas. Os ef. sôbre o sist. nerv. c. (dim. da sens. de fadiga física e psíquica, euforia, aum. da capacid. de trabalho, desapar. da sens. de sono) podem conduzir ao uso indiscriminado do med. que não é desprov. de perigos (pert. card. colapso, esgotamento).

Prep. e pos.: 5 a 30 mg., começando sempre por dose pequena porque a acção é muito variáv. de indiv. para indiv. Pode também admin. em inj. mas o sol. não se encontra à venda entre nós. A base, volátil, pode ser empreg. em inal. ou sol. oleoso a 1 0/0, por via nasal (coriza).

ÓXIDO DE MAGNÉSIO.

Sin.: Magnésia calcinada; magnésia anidra.

Pó branco, quasi insol. na ág., quasi insípido.

Acção terap.: Neutral. da acidez gástrica sem estim. ulterior. Neutral. de escolha nas intox. pelos ác. (p. 118). Laxante fraco.

Prep. e pos.: 0,5 a 3 g. e mais freq. assoc. a outros neutral.

Papéis

Subcarbonato de bismuto	10 g.
Caulino	} não 5 g.
Carbonato de cálcio	
Óxido de magnésio	
Bicarbonato de sódio	

(Bas. de hortelã-pimenta, q. b. p.^a aromatizar).
M. e div. em 30 papéis.
1 papel, antes de cada ref. em 1/2 copo de água quente.

Poção

Óxido de magnésio	10 g.
Subcarbonato de bismuto	20 g.
Xarope de goma	q. b.
Água, q. b. para	200 cm. ³

Vanilina, q. b. para aromat.
F. s. s. Agite antes de usar. 1 c. de ou chá de sopa quando fór nec. (crianças).

***PANTOPON.**

Soluto a 2 0/0 de alcalóides do ópio sob a forma de cloridratos, na mesma relação em que exist. no ópio, em empo-

las de sol. a 2 0/0 (1 cm.³) e comprim. de 0,01 g.

Acção terap.: A mesma da morfina sobre a qual não apresenta, em geral, qualquer vantagem.

Prep e pos.: Doses duplas das da morfina.

PAPAVERINA. V. Cloridrato de —.

PARALDEÍDO. Sin.: paracetaldeído.

Liq. inc. de cheiro característ., sol. em 9 p. de ág. (Descrito apenas como reagente na F. P.).

Acção terap.: Calmante e hipnót. muito útil nos estados de excit. psíquica. A despeito do cheiro desagrad. que com. ao hálito e que limita o seu empr., a sua fraca toxicid. e a ausênc. de ef. acess. deveria torná-lo muito mais usado em casos grav.

Prep. e pos.: 3 a 5 cm.³ per os ou em clister. Em indiv. muito excit. são necess. d. muito maiores, que excedem consid. a dose máx.

Soluto

Paraldeído	10 cm. ³
Água, q. b. para	150 cm. ³

(1 cm.³ por c. de sopa)
Admin. em chá com açúcar.

Clister

Paraldeído	2,5-5 cm. ³
Mucil. de goma aráb.	25 g.
Água	100 g.

Poção

Paraldeído	10 cm. ³
Tint. de baunilha	1 g.
Xarope de groselhas	40 g.
Água de tília	120 g.

(1 cm.³ por c. de sopa)
1 c. de sopa de 15 em 15 m. até se obter o ef. deseij.

*** PARA-THOR-MONE.** Sin.: hormona paratireóidea.

Em fr.-amp., semelh. aos da insul., de 5 cm.³, com 20 U. Collip por cm.³.

Acção terap.: Aumenta a percentagem do cálcio sangüíneo. Ind. nos estados de hipocalcemia (tetania, *status hypoparathyroidicus*) e, talvez, em alguns estados hemorrágicos (baixa do Ca⁺⁺?) conj., com a admin. de sais de cálcio.

Prep. e pos.: 20 a 40 U. no adulto e 10 a 20 na criança 1-2 vezes por dia durante períodos de 10 dias no máximo, seg. de descanso de 1 ou 2 semanas.

PICROTOXINA.

Subst. crist. extraída das drupas do *Menispermum cocculeus* LINN., pouco sol. na água. Não é oficial.

Acção terap.: Excit. dos centros nerv., princip. do mesencef. e do bulbo, mas também do córtex cer. e, com fortes doses, da med. Utiliz. desde pouco tempo como antidoto dos barbitúricos (p. 133). A admin. deve ser repetida freq. porque a acção do picrotox. é pouco durad.

Prep. e pos.: Inj. endoven. dum sol. a 1:1.000 em *solutio injectável de cloreto de sódio*, à razão de 1 cm.³ por minuto até obtenção do efeito desej. (V. p. 133).

PROCAÍNA. Sin.: cloridrato de paraminobenzoilodietilaminetanol; Cloridrato de Novocaina.

Peq. crist. sol. no seu pêso de água.

Acção terap.: Anestésico local, princip. usado em inj. para infiltr. dum determ. territ. ou dum tronco nerv.; tem sido usado também para raquianestesia.

Prep. e pos.: Emprega-se em geral em sol. de 0,5 a 2 0/0 em quant. que varia com o territ. a anest., exced. muitas vezes a dose máx. da F. P. (0,10 g.). *O soluto de procaína e levorrenina* contém 2 0/0 de proc. e 1 mg. 0/0 de clor. de levorrenina (esta última prolonga a acção e retarda a absorção). É pref. preparar o sol. sem levorren. e adicionar esta na ocasião do emprêgo.

*** PROSTIGMINE.** Sin.: metilsulfato da ester dimetilcarbâmico do metoxifenilotrimelilamônio.

Em comprim. de 15 mg. e ampolas de sol. a 0,5 0/0 de 1 cm.³ e frascos-amp. de 5 cm.³ de sol. a 0,25 0/0.

Acção terap.: Parassimpaticomimético como a fisiostigmina (inibidor da colinesterase), mas com muito menor acção sobre a pupila e talvez sobre o ap. cardiovasc. Ind. na miastenia grave, no ileo paralít. e na atonia intestinal e vesical. Tem sido empreg. também na rinite atrof., no atraso menstrual, nos espasmos vasc. e nas d. oclusivas dos vasos.

Prep. e pos.: Na miast. gr. empreg. doses de 0,4 a 1 cm.³ do sol. a 0,25 0/0 por via hipodérm. ou 5 a 7 compr. nas 24 h.; nos outros casos são em geral suf. as doses de 0,5 a

1 mg. (1 a 2 amp. de 1 cm.³)
por via subcut. ou intramusc.

QUENOPÓDIO. V. Essên-
cia de —.

QUINIDINA. V. Sulfato de —.

QUININA. V. Cloridrato bá-
sico de — (p. 303).

**SALICILATO DE FISOS-
TIGMINA.** Sin.: salicilato
de eserina.

Crist. alt. à luz, sol. em 100 p.
de ág., mais no álcool e na
glicerina.

Acção terap.: Parassimpati-
comiméfico (inibidor da coli-
nesterase). Ind. no glaucoma
(colírio), na taquicard. sin. no
hipertiroidismo, nos estados
atônicos do tubo digest. e da
bexiga e na miastenia grave
(V. Prostigmine).

Prep e pos: Pilulas ou sol.
(para se conservar deve ter
reacç. ácida e ser mant. ao
abrigo da luz) na dose de
0,5 a 1 mg. que se pode aumen-
tar progress., se fór neces.
desde que não haja sint. moles-
tos. Inj. subcut. de 0,25 a 0,5 mg.
que se pode elevar até 3 ou
4 mg. do mesmo modo. Sol. a
0,2⁰/₀ para colírio.

Pilulas

Salicilato de fisostigmina . . . 0,5 mg.
Extracto de genciana . . . 0,2 g.
P. s. a. uma píl. N. 20.
1 a 4 píl. às refeições.

Soluto

Salic. de fisostigmina . . . 0,01 g.
ácido salicílico, q. b. para sa-
turar
Água destilada, q. b. para . . . 10 c.³
(XX gotas — 1 mg.)

Colírio

Salic. de fisostigmina . . . 0,02 g.
Ácido bórico. 0,4 g.
Água destilada, q. b. para . . . 10 cm.³
1 gota, 3 vezes por dia.

SALICILATO DE SÓDIO.

Crist. sol. no seu pêsso de ág.

Acção terap: Analgésico (ar-
trites, nevralg., mialg., disme-
norreia, enxaq., etc.); é mais
usado o ác. acetilossalic. Es-
pecifico das determinações ar-
ticul. do reum. art. ag., em altas
doses; as complic. cardiacas
não são influenc. nem há pro-
vas de que sejam prevenidas.

Prep. e pos.: Admin. quasi
sempre em sol. *per os* na dose
de 0,5 a 1 g. repet., com interv.
regul., 10, 12 ou mais vezes por
dia; desde que haja melhoras
ou sint. tóxicos (sudação ex-
cess., zumbidos, pert. visuais),
distanciar mais as doses. É mais
bem tolerado quando se assoc.
a um alcalino. Pode usar-se em
inj. endoven. quando há intol.
gástr.

Poção

Salicilato de sódio . . . } añ 10 g.
Bicarbonato de potássio . . }
Água de canela 50 g.
Xarope de canela, q. b. para . . . 150 cm.³
1 colher de sobremesa ou de sopa
em meio copo de sol. de ác. car-
bônico ou de ág. min. gasosa de
hora em hora, ou com maior in-
terv.

Soluto efervescente

Salic. de sódio. 0,5—1 g.
Bicarbonato de sódio. 2 g.
Citrato de sódio 1 g.
Em 1 pdpel azul N.º 30.

Ácido tartárico. 0,9 g.
Em 1 papel branco N.º 30.

Um de cada em meio copo de água
com açúcar de hora a hora ou
com maior interv.

SANTONINA. Sin.: anidrido santónico.

Crist. alt. à luz, levemente amargos, quasi insol. em ág., sol. em 4 p. de clorofórmio.

Acção terap.: Anti-helmintico part. eficaz contra a ascari-dose. Tóxico para os órgãos dos sent. e sist. nerv. c. (V. p. 170) e irrit. para o rim.

Prep. e pos.: 0,06 a 0,20 g. (em média 0,9 g.) depois do peq. almôço (chá e pão ou bisc. sem manteiga) em hóstias ou pastilhas (as *pastilhas de santonina* da F. P. contem 0,01 g. cada uma). Administrar 2 h. depois um purg. de sulfato de magnésio. Nas crianças a dose é de 0,01 g. por ano de idade mas é preferiv. não empreg. antes dos 3 anos. A tradicional admin. com calomel. não tem qualq. vantagem e não dispensa o purg. consecutivo. O tratamento deve ser inst. dur. 2 ou 3 dias consecut. se fór necess.

SOLUTO DE ACETATO DE AMÓNIO. Sin.: acetato de amónio líquido; espirito de Mindererus.

Contém cerca de 15 0/0 de acetato de amónio.

Acção terap.: Estimulante (?) e expectorante. Util. princ. em af. pulm. agudas e nas bronq. crón.

Prep. e pos.: 4 a 10 g. em poção. 0,5 g. por ano de idade nas crianças.

Poção

Sol. de acet. de amónio . . . 4 a 10 g.
Poção alcoólica de canela . 150 cm.³
5 c. s. nas 24 h.

SOLUTO ALCOÓLICO DE NITROGLICERINA. Sin.: soluto de trinitrina.

Sol. a 1 0/0 de triazotato de gliceril em álcool.

Acção terap.: Dim. o tono da f. musc. lisa por acção directa, como os azotitos. É activa rápida por via perlingual. Util. como vasodilat. e hipo-tens. de acção ráp. e pouco dur. (25 a 40 m.), princip. na angina de peito. Também util. nas cólicas hep. partic. nas cól. consecut. à colecistectomia. As d. terapêuticas podem produzir sint. de colapso passageiro part. em hiper-tensos.

Prep. e pos.: I a V gotas coloc. direct. debaixo da lingua ou num torrão de açúcar que se deixa fundir lentamente na bôca.

* **SULFAMIDAS.**: Designação geral dum grupo cada vez mais importante de medicamentos de acção microbici-da *in vivo*, recentemente introd. na terap. Encon-tram-se no mercado com variadas designações regis-tadas, em comprimidos e ampolas de sol. inj.

Existem actualmente, como mais importantes, os seguintes: PARAMINOFENILOSSULFONAMIDA, cuja activ. está verif. para o estreptoc. hemolítico β , nas inf. gonocócicas e meningocóc., nas inf. urinárias.

PARAMINOFENILOSSULFONAMIDAPIRIDINA, com as mesmas ind. do preced. mas mais activa contra o gonococo, o meningococo e part. contra o pneumococo.

PARAMINOFENILOSSULFONAMIDATIAZOL, activo contra os mesmos e também contra o estafilococo.

PARAMINOFENILOSSULFONAMIDAMETILTIAZOL, com as mesmas indicações do precedente.

PARAMINOFENILOSSULFONAMIDAPIRIMIDINA (1), que parece um pouco mais activo e menos tóx. que os preced.

A posol. e técnica de admin. destes compostos não está ainda bem estabel. nem as suas indic. completam. discriminadas. Dum modo geral, pode dizer-se que se devem admin. a princ. doses fortes para obter a necess. concentr. no sangue e contin. depois com d. menores ou degressivas. As doses médias são de alguns grammas por dia e a dose total de 20, 30 ou mais g. Contra-ind. formal, há apenas a anterior intoler. para estes comp. As manifest. tóx. mais graves são: granulocitopenia, anemia hemol. aguda, hepatite, anuria com azotemia, púrp. hemorrágica, ictericia e nevrites. O apparec. de psicoses, acidose, febre, exantema, hematuria, reacç. leucemóides, nevrites, rubor da escler. e conj., pert. ocul. e aud., artralguas, estomatite, diarreia e hemorr. gastrintest. obriga também a susp. o tratamento e acelerar a excreção pela admin. de liquidos, a meios que a vida do doente dependa da contin. do trat. A therap. das manif. tóxicas consiste

em favorecer a elimin. corrigir o desiq. ác.-básico e transfusões de sangue, além de event. trat. especial de cada uma. Manifest. incomod. mas, em geral, não perig. são náuseas, vóm., vertig., cianose e anemia mod.

Em todos os casos há que ponderar antes de iniciar o trat., se o risco que este faz correr ao doente não excederá o da própria doença.

*SULFARSEFENAMINA.

Sin.: diamino-dioxiarsenobenzeno-dimetileno-bissulfito de sódio; Sulfarsenol, etc.

Pó amar.-pálido, alt. ao ar, sol. no seu pêsco de ág., forn. em ampol. cheias de gás inerte. com doses desde 5 mg. até 0,96 g.

Acção terap.: Idêntica à da neoars. (p. 315). Reacç. desag. imed. são raras, mas manif. tóx. tardias obs. com certa freq. no adulto. Particul. útil no trat. da sífilis nas crianças, em quem estas manif. são muito raras.

Prep. e pos.: É útil princip. em inj. intramusc. que é pouco dolor. (por via endov. é duas vezes mais tóx.). A sol. é feita em 1 a 4 cm.³ de ág., imediat. antes do emprêgo, na própria amp. e inject. profund. nas nádegas. A condução do trat. é semelh. à que foi indic. para a neoarsef. Nas crianças as doses serão reduz. a 15 mg. (10-25 mg.) por quilo de pêsco e o trat. do mesmo modo altern., sem pausas, com o trat. pelos metais

(1) Ainda não introduz. em Portugal.

pesados (inj. de Bi em susp. oleosa ou Hg em fricções).

SULFATO DE ATROPINA.

Crist. sol. no seu pêso de ág. A atropina é a mist. em p. iguais da *l* e *d*-hiosciamina à prim. das quais pert. quasi tôda a activ. biolôg.

Acção terap.: Parassimpaticolítico (inibidor de estruturas inerv. por f. colinérg. pós-ganglion.). Ind. nas bradic. de causa central (hipert. cran., ictericia, f. tif.); espasmos do tubo digest., v. bil., uréter (cól. hep. e renais) e brônq. (asma); para dilat. da pupila (aumenta a tensão intra-oc.); para inib. das secr. sudoral, saliv. e brônq. (a acção é nula sôbre secr. gastrint. e renal). Estimulante dos c. bulbares e encefálicos, part. do c. resp. Ind. em várias intox. Depressor de c. motores extrapiram., como a escopolamina.

Prep. e pos.: A sensib. indiv. é muito variável, mas os sint. de intol. manifest. com d. muito inf. à dose mortal. Convém começar por d. peq., 0,25 mg., e aum. progress. até obter o efeito desej. ou se observ. sint. de intol. (forte sec. da bôca, midriase int.). As crianças são, em geral, pouco sens.; a dose média é de 0,2 mg. para os lactentes e de 0,4 mg. aos 6 anos. Como anti-espasmód. assoc. freq. à papaverina.

Pilulas

Sulfato de atropina	0,25 mg.
Cloridr. de papaverina . . .	0,03 g.
Excipiente pilular	q. s.
F. s. a. 1 pil. N.º 20	
1-2 pil. de cada vez.	

Soluto injectável

Soluto injectável de sulfato de atropina a 0,25 mg. por cm.³ 2 cm.³
Em 1 ampola. N.º 12
Inj. 1 ou 2 cm.³ por via subcut. ou intramusc.

Para admin. oral são pref. em geral, os preparados de beladona.

SULFATO BÁSICO DE QUININA. Sin.: sulfato de quinina; sal antiperiódico.

Crist. alt. à luz, muito amargos, sol. em 740 p. de água, muito mais sol. assoc. à fenazona ou ao uretano.

Acção terap.: V. cloridrato básico de quinina (pág. 303).

Prep. e pos.: Admin. quasi exclus. em hóstias, 1,13 g. dêste sal equiv. a 1 g. de clor. bás. de quin. É, entre nós o prep. de quin. mais usado *per os*.

SULFATO DE EFEDRINA.

Sin.: sulfato de 1-fenil-2-metilaminopropanol, levogiro. Crist. sol. em água.

Acção terap.: Simpaticomimético (estimulante de estrut. inerv. por fibras adrenérgicas). Estimul. dos centros respiratório e vasomotor, assim como dos c. cort. e subcort. Ind. na hipo-tensão crôn., bloq. aur-ventr., asma brônq., febre dos fenos, urticária, ed. angioneurótico, congestão das mucosas (sem hiperemia consecut.), narcolepsia, miastenia grave, prevent. de crises nitritóides, reacç. sincop. do tipo vagal ou depressor; midriático (sem cicloplegia nem aum. de tensão); estim. do s. nerv. c. nas intox. pelos depressores.

Prep. e pos.: 0,01 a 0,25 g. em inj. intramusc. ou endoven., 0,05 a 0,15 g. *per os*; sol. a 0,5-3 ⁰/₀ para aplic. local. Pode util. do mesmo modo e nas mesmas doses o cloridrato de efedrina.

Soluto injectável

Soluto injectável de sulfato de efedrina a 0,05 g. por cm.³ . . . 1 cm.³
Em 1 ampola, N.º 12.

Colírio

Sulfato de efedrina 0.1 g.
Água destilada 10 g.

SULFATO DE ESTRICNINA. Sin.: sulfato neutro de estriçnicina.

Crist. sol. em 37 p. de água.

Acção terap.: Excitante medular. Estim. do centro resp. assim como do c. vasomot. mas só em dose muito elevada. Ind. nas intox. pelos depress. dos centros nervosos (V. pág. 133). Util. também em casos de asfenia, anorexia (estomáquico amargo) e em polinevr. motoras (doses crescentes).

Prep. e pos.: 1 a 2 mg. 1 a 3 vezes nas 24 horas; muito mais nas intox. pelos barbitúr. (p. 133); por aumento progress. é possível atingir doses muito elev. sem sint. de intox.

Soluto

Sulfato de estriçnicina 0,02 g.
Água 50 g.
1 c. de chá antes das ref.

O sol. inj. de sulfato de estriçnicina (oficin.) contém 2 mg. por cm.³.

SULFATO DE MAGNÉSIO.

Sin.: sal amargo.

Crist. de sabor salgado e amargo, sol. em 1,5 p. de água.

Acção terap.: Admin. *per os* é catártico e colagogo. Inj. apres. acção periférica curariforme, e depressora central. Ind. como purgante e derivativo na hiper-tensão craniana e edema cerebral (sol. conc. que é parcialm. absorvido e actua contra as pert. encefálicas). Por mecanismo ainda incomplet. elucidado actua favoravelmente nos casos de hiper-tensão cran. e ed. cerebral (p. 55 e 210) por via parentérica.

Prep. e pos.: Como purg. 10 a 30 g. em 200 a 250 cm.³ de água ou em sol. mais conc., seguido da ingestão de liq. em abundância. Por via intramusc. utiliza-se o sol. inj. a 25 ou 30 ⁰/₀ (pouco dol. em virtude da acção anestés. local do ion Mg). Por via endoven. é conven. util. sol. mais diluido (10 ⁰/₀ ou menos), e admin. à razão de 0,15 g. por min. no máx; a acção é imediata mas de curta dur. (30 m.). Como a introd. por via parent. pode produzir paral. respir., deve ter-se à mão o seu antagonista, o cálcio (sol. inj. de cloreto, gliconato ou outro sal de cálcio), cujo efeito, por via endoven., é imediato.

Clister evacuador

Sulfato de magnésio 15 g.
Glicerina 30 g.
Água 45 g.

SULFATO DE QUINIDINA.

Sin.: Sulfato básico de quinidina.

Crist. muito amargos, alt. à luz, sol. em 110 p. de água.

Ação terap.: Aumenta a dur. do periodo refract. da fibra cardiaca, e diminui a excitabil. e a conductib. Ind. na fibrilação auric.; nas extrassist. muito freq. (prevent. da fibril. ventric.); na taquicardia parox. (p. 201); na taq. sin. da d. Basedow (uma das mais imp. indic.). Na fibril. os efeitos são muitas vezes trans. (1). Constit. contra-ind. a insuf. card. acentuada, as endomiocardites agudas, a fibrilação muito antiga e a idiossincrasia para a quinina.

Prepos. e pos.: Começar por doses peq. (0,20 a 0,40 g. nas 24 h.) e aument. progress., se fôr necess. e não houver intol. Na arritmia completa é m. vezes necess. atingir e manter alguns dias a dose de 1,20 a 2 g. Nos outros casos basta, em geral 0,4 a 0,6 g. por dia. Se há insufic. cardiaca é indis. corrigi-la previamente com a dedaleira.

SULFATO DE SÓDIO. Sin.: sulfato neutro de sódio.

Crist. de sabor sal. e amargo, sol. em 2,78 p. de ág.

Ação terap.: A acção no tubo digest. é análoga à do sulf. de magn. mas, quando introd., no meio int. não exhibe qualq. acção espec. Em soluto hipertón., introd. por via endoven. tem acção desidrat. e diurética (p. 74). Antídoto dos sais de bário (p. 133) e de chumbo

(p. 137). Extern. é aconselhado em sol. a 24 0/0 no trat. de úlc. e feridas infectadas (compressas recobertas de tela impermeável que se renovam 2 ou mais vezes por dia).

Prep. e pos.: 20 a 40 g. como purgante em sol. dil. açucarado. Para inj. endoven. em sol. inj. de 3,15 (isotón.) a 12 0/0, segundo o fim, em dose variável. Como colagogo assoc. freq. ao sulf. de magn. e admin. em peq. doses (alguns g.) em jejum.

Clister

Sulfato de sódio 15 g.
Infuso de folíolos de sene (3 0/0) 500 g.

TANINO. Sin.: tanino pelo éter; ácido tânico.

Pó amorfo, alt. à luz e ao ar úm., sol. em 1 p. de água.

Ação terap.: Modifica as mucosas tornando-as pálido, secas e duras, impróp. para a pulul. de bactérias. Precip. os alcalóides e as album. Util. como adstring. em dermat. (hiperidrose, frieiras) e nos catarrhos das muc. (estomat., enterites, rect., vagin.); como hemostát., local em pó ou em sol. aq.; como precip. dos alcalóides no trat. de num. intox. (lavagem gástr.); em clister no trat. da oxiurase; há alguns anos tem sido applic. larg. ao trat. das queim. (p. 191).

Prep. e pos.: 1 a 3 g. per os em hóst. pil. ou poção; para

(1) Na fibril. auric. é mais importante tonif. o miocárdio e dim. a freq. com a dedaleira do que regul. o ritmo. Sem taquicard., a irreg. devida à fibril. não prejud. sens. a dinâmica circul.

uso interno são pref. os prep. insol. no estôm. que libertam tanino no intest. como o tanato de albumina e o acetilotanino (oficinais) mais conhec. pelos nomes regist. de Tanalbina e Tanigênio. Para lav. do estômago util. o sol. a 0,3-0,5 0/0 e para clister o sol. a 1 0/0. Nas queimad. usa-se o sol. a 5-10 0/0 ou o pó pulverizado na superf. queim.

Solutio

Cloreto de potássio	0,42 g.
Cloreto de cálcio	0,84 g.
Ácido salicílico	1 g.
Cloreto de sódio	10,5 g.
Tanino	100 g.
Água destilada, q. b. para	1.000 cm.

Misture e agite freq. Filtre em seg.

Este sol. é um pouco antisépt. e tem como princip. vantagem a sua longa conservação.

TEOBROMINA. Sin.: dimetiloxantina-3-7.

Peq. crist. sol. em 1.600 p. de ág.

Acção terap.: Diurético (dim. a reabsorção tubular da água). Estimul. miocárd. e central (muito menos do que a cafeína). Dimin. o tono das f. musc. lisas. Ind. princip. nos edemas dos cardiacos. e na insuf. coron.

Prep. e pos.: Dose média = $3 \times 0,15-0,5$ g. em hóstias ou papéis. O seu derivado solúvel, o salicilato de sódio e de teobromina (Diuretin) usa-se em dose dupla.

TEOFILINA. Sin.: dimetiloxantina-1-3.

Peq. crist. sol. em 120 p. de ág.

(Não é officinal).

Acção terap.: Análoga à da teobrom. com ef. diurét. mais int. e menos prolong. Os prod. result. da combinação com a etilenadiazina (Aminofilina, Eufilina) ou com uma oxiamina (Derifilina), muito sol., são empreg. princip. pela sua acção sobre as f. musc. lisas (angina de peito, asma, hiper-tens. art., cólicas vesic.).

Prep. e pos.: Dose média $5 \times 0,3$ g. em hóst. ou sol. Os deriv. acima mencionados tem principal applic. em inj. endoven. na dose de 0,25 a 0,50 g. ou intramusc. se não há urgência.

TETRA-CLORETO DE CARBONO. Sin.: metana tetracolorada.

Liq. limpo, denso, não inflamável, volátil, com cheiro semelh. ao do clorof., sol. em 2.000 p. de ág. (Descrito apenas como reag. na F. P.).

Acção terap.: Anti-helmint. part. efic. contra o ancilóstomo, mas bastante tóxico (veneno protoplásmico geral) e irrit. das mucosas.

Prep. e pos.: Antes da admin. do med. recomend. dieta rica em carboídratos e refeição leve na vesp. à noite. O med. é admin. de manhã em jejum na dose 3 cm.³ em cápsulas de gelat. endurecida. Duas horas depois purgante de sulfato de magnés. Nas crianças a dose é de 0,2 cm.³ por ano de idade e pode ser admin. emulsionado em leite desnatado frio. Evitar sempre a inal. de vapores de tetr. de c.

Pode fazer-se nova cura 3 semanas depois.

Tende a ser substituído pelo tetracloreto de etilena que se empreg. nas mesmas doses e é muito menos tóxico. Não é também officin. nem se encontra facilmente em Portugal.

TRIBROMETANOL. V. Aver-
tina.

TRINITRINA. V. Nitroglice-
rina.

UBAÍNA. Sin.: estrofantina G.
Crist. alt. à luz, sol. em cêrca de 100 p. de água.

Acção terap.: Cardiotónico de acção semelh. à dos glicos. digitálicos, disting. pela rapidez da acção, eliminação rápida e quasi inefic. da via oral (destr. no tubo digest., absorção mais lenta do que a elimin.). Está ind. como med. de urgência nos estados de insuf. aguda do miocárd. e nas insuf. cardiacas refract. à dedal. ou com bradiq. (menor acção vagal).

Prep. e pos : 0,1 a 0,25 mg. em injecc. endoven. lenta, de pref. diluído em 10 a 20 cm.³ de soluto inj. de glicose a 10⁰/₀. Pode assoc. ainda para reforçar a acção cardiot. e corrigir a vasoconstr. coron. um deriv. da teofilina (Aminofilina, Eufilina ou Derifilina). Pode inj. também por via intramusc. em dose dobrada, assoc. a um anes-tés. local. *Per os* são necessá-rias doses 20 a 50 vezes maio-res para obter ef. terap., mesmo assim pouco regul. O *sol. in-ject. de ubaína* da F. P. con-tém 0,1 mg. por cm.³.

As prim. inj. de ubaína de-vem ser de doses peq., tanto

menores quanto pior fôr o es-tado do miocárdio. 0,1 mg. é dose sempre isenta de perigo e pode ser repet. 1 ou 2 vezes, se fôr necess., nas 24 h.

A aus. de acumul. permite o uso ininterrupto do medic. enquanto fôr necess.

* **VERITOL.** Sin.: Sulfato de β (p-oxifenil)-isopropilmetila-
mina.

Frascos de 10 cm.³ do sol. a 3⁰/₀ e ampolas de 1 cm.³ do sol. a 2⁰/₀.

Acção terap.: Simpaticomi-
mético (estimul. de estru-
t. inerv. por f. adrenérgicas).
Acção vasoconstr. sôbre as
arteriolas, menos pronunc. e
mais duradoura que a da le-
vorrenina. Parece produzir ao
mesmo tempo acção venopres-
sora notável, provoc. o esva-
ziamento dos depósitos sangüi-
neos na circul. e aument. assim
a massa sang., o que melhora
as condições de trab. do cor.
e a nutrição dos tecidos em
caso de choque (Rein). Parece
também possuir certa acção
estimul. cardiac. mas está con-
tra-ind. na insuf. circ. de ori-
gem miocárdica. Ind. nos ca-
sos de hipotens. art., em certos
casos de colapso perif. (p. 17
e 18). Nos casos em que a des-
trinça entre origem card. ou
perifér. da insuf. circ. pode
ser difficil, como nas d. infec.,
é recomendável ensaiar doses
muito peq. que serão susp. se
aparecem pert. de ritmo.

Prep. e pos.: Começar sem-
pre por doses peq. que só se
aument. se fôr necess. e não
houver intol.

Via oral (pouco activa) — V a X gotas (II a V nas crianças), várias vezes ao dia.

Via intramusc. — 0,2 a 1 cm.³ (0,05 a 0,1 cm.³ nas crianças).

Via endoven. (só em casos de urgênc.) — As mesmas doses em inj. muito lenta, de pref. dil. com *soluto inj. de glicose, hipertónico*.

* **VERONAL.** V. Barbital.

VIOLETA DE GENCIANA.

Pó roxo de forte poder tintorial, sol. em 30 p. de água. Corante rosanilínico.

Ação terap.: Antisséptico e parasiticida. Util. em inf. da pele, feridas e úlc. infect. e inf. de cavidades acess.; inf. generaliz. (parece pouco eficaz, e a inj. endoven. pode prod. reacç. violentas); no trat. de queimad. só ou assoc. a outros

corantes ou ao tanino; como anti-helmíntico efic. contra os oxiuros (*Oxyuris vermicularis*).

Prep. e pos.: Como antissépt. em sol. de 1:10.000 a 1:500. Como anti-helm. admin. em cápsulas de gel. endurecida na dose de 60 a 65 mg., 3 vezes por dia, antes das ref. Nas crianças a dose será red. a 10 mg. por dia por cada ano de idade aparente. Abstinência de álcool durante o trat. Leves reacç. como, náuseas, vóm., peq. diarr. e algumas dores abd., não implicam suspens. do trat. São contra-ind. as afecç. card., renais e hepát., lesões do tubo digest. e a infestação simult. pelo ascáride (tratar esta em prim. lugar). Ao mesmo tempo é recomend. aplicar em volta do ânus a *pomada de óxido de mercúrio amarelo*.

TABELA DE DOSES MÁXIMAS PARA ADULTOS (1)

DESIGNAÇÃO	Por uma só vez	Em 24 horas
	GRAMAS	GRAMAS
Acetanilida	0,5	1,5
Áceto de chumbo	0,1	0,3
Ácido arsenioso	0,005	0,015
Ácido cianídrico diluído	0,1	0,5
Aconitina	0,0005	0,0015

(1) Em grande parte segundo a Farmacopeia Portuguesa de 1936. Algumas destas doses são muito maiores do que as doses médias e só excepcionalmente devem usar-se. Em itálico os medicamentos e designações não officinais.

DESIGNAÇÃO	Por uma só vez	Em 24 horas
	GRAMAS	GRAMAS
Acónito	0,1	0,3
<i>Adalina</i> (Carbromal)	1,5	3
<i>Adrenalina</i> (inj. sub-cut.) (Levorrenina)	0,001	
Água de loureiro-cerejeira	2	10
Amidofebrina (<i>Piramidona</i>)	1	3
Amilocaina (<i>Estovaina</i>)	0,3	0,6
<i>Analgesina</i> (Fenazona)	1	3
Anidrido arsenioso	0,005	0,015
<i>Antipirina</i> (Fenazona)	1	2
<i>Arrenal</i> (Metilarsinato de sódio)	0,2	0,2
Arseniato de sódio	0,01	0,03
Atropina	0,001	0,003
Azotato de estricnina	0,005	0,01
— — prata	0,03	0,1
Azotito de sódio	0,03	1,0
Barbital (<i>Veronal</i>)	0,75	1,5
Beladona	0,1	0,3
Benzoato de naftol β	1	3
Benzonaftol	1	3
Bromidrato de escopolamina	0,0005	0,001
Bromofórmio	0,5	1,5
Cacodilato de sódio	0,25	0,25
Cafeina	0,5	1,5
Calomelanos (Cloreto mercurioso)	0,5	1
Cantáridas	0,05	0,1
Carbonato de guaiacol	0,5	2
Carbromal (<i>Adalina</i>)	1,5	3
Cianeto mercúrico	0,01	0,02
Cila	0,2	1
Cloreto mercúrico (<i>Sublimado corrosivo</i>)	0,02	0,06
— mercurioso (<i>Calomelados</i>)	0,5	1
Cloridrato de apomorfina	0,02	0,05
— — cocaína	0,03	0,06
— — diacetilmorfina (<i>Diamorfina</i>)	0,005	0,015
— — emetina	0,05	0,15
— — lobelina	0,02	0,1
— — morfina	0,03	0,1
— — papaverina	0,2	0,6
— — pilocarpina	0,02	0,06
Clorofórmio	3	3
Coca	5	10
Codeína	0,06	0,2

DESIGNAÇÃO	Por uma só vez	Em 24 horas
	GRAMAS	GRAMAS
Colquicina	0,002	0,005
Cólquico	0,2	0,6
Cravagem de centeio	1	3
Creosoto	0,5	1,5
<i>Criogenina</i> (Fenilossemicarbazida)	0,5	1,5
Dedaleira	0,2	1
Diamorfina (<i>Heroína</i>)	0,005	0,015
Dietilomalonilureia (<i>Veronal</i>)	0,75	1,5
Digitalina	0,0003	0,001
Dionina	0,05	0,15
Diuretina	1	5
Essência de quenopódio	0,5	1
<i>Estovaina</i> (Amilocaina)	0,3	0,6
Estramónio	0,2	0,6
Estrofantina (<i>Estrofantina K</i>)	0,001	0,005
<i>Estrofantina G</i> (Ubaina)	0,0005	0,0025
Etomorfina (<i>Dionina</i>)	0,05	0,15
Extracto de beladona	0,05	0,15
— — cânhamo indiano	0,05	0,15
— — feto macho	10,0	10,0
— — meimendo	0,1	0,3
— — de noz-vômica	0,03	0,1
— — ópio	0,1	0,3
— — fluido de coca	5	10
<i>Fenacetina</i> (Paracetofenetidina)	1	3
<i>Fenazona</i> (<i>Antipirina</i>)	1	3
Fenilossemicarbazida (<i>Criogenina</i>)	0,5	1,5
Fenobarbital (<i>Luminal</i>)	0,4	0,8
Fenol	0,1	0,3
Fenolftaleína	0,2	0,4
Fosfato de codeína	0,09	0,3
— — guaiacol	0,5	2
Fósforo	0,001	0,003
Goma-guta	0,3	1
Guaiacol	0,5	1,5
<i>Heroína</i> (Diamorfina)	0,005	0,015
Hexametenatetramina	1,0	3,0
Hidrato de cloral	3	6
Iodeto mercúrico	0,02	0,06
— mercurioso	0,05	0,15
Iodo	0,02	0,06
Iodofórmio	0,2	0,6

DESIGNAÇÃO	Por uma só vez	Em 24 horas
	GRAMAS	GRAMAS
Ioimbina	0,03	0,1
Ipecacuanha	2	2
Láudano de Sydenham (Tint. de ópio açafroada)	1,5	5
Levorrenina (<i>Adrenalina</i>)	0,001	
Lícor de Fowler (Solutio de arsenito de potássio)	0,5	1,5
Lícor de Van Swieten (Solutio de cloreto, mercúrico)	20	60
Lobélia	0,1	0,3
Luminal (Fenobarbital)	0,4	0,8
Meimendo	0,3	1
Metilarsinato de sódio (<i>Arrenal</i>)	0,2	0,2
Metilossulfonal (<i>Trional</i>)	1	3
Naftol β	0,5	1
Neoarsefenamina	0,60	0,60
Neosalvarsan (Neoarsefenamina)	0,60	0,60
Novocaína (Procaina)	0,1	0,2
Noz-vômica	0,2	0,6
Oleo de cróton	0,05	0,1
— fosforado	0,1	0,3
Ópio	0,15	0,5
Oxicianeto de mercúrio	0,01	0,02
Oxido de mercúrio, amarelo	0,02	0,06
— — mercúrio, rubro	0,02	0,06
Pantopon	0,06	0,2
Paraldeido	5	10
Paracetofenetidina (<i>Fenacetina</i>)	1	3
Piperazidina (<i>Piperazidina</i>)	0,75	3
Piramidona (Amidofebrina)	1	3
Pó de beladona (fólha)	0,10	0,30
Pó de Dower (Pó de ipecacuanha composto)	1,5	5
Pó de ipecacuanha, composto	1,5	5
Pó de noz vômica	0,20	0,60
— — ópio	0,15	0,50
Procaina (<i>Novocaína</i>)	0,1	0,2
Resina de podofilo	0,1	0,3
Resorcina	0,5	2
Salicilato de eserina	0,0005	0,001
— — fenilo (<i>Salol</i>)	1	6
— — fisostigmina	0,0005	0,001
— — sódio e de teobromina	1	5

DESIGNAÇÃO	Per uma só vez	Em 24 horas
	GRAMAS	GRAMAS
Santonina	0,1	0,3
Salol (Salicilato de fenilo)	1	6
Soluto alcoólico de nitroglicerina	0,2	0,2
— de arsenito de potássio (<i>Licor de Fowler</i>)	0,5	1,5
Soluto de benzaldeidrocianidrina	2	10
Soluto de cloreto mercúrico (<i>Licor de Van Swieten</i>)	20	60
Soluto milesimal de digitalina	0,3	1
<i>Sublimado corrosivo</i> (Cloreto mercúrico)	0,02	0,06
Sulfarsefenamina (<i>Sulfarsenol</i>)	0,60	0,60
Sulfato de atropina	0,001	0,003
— — esparteina	0,1	0,3
Sulfonal	1	3
Tartarato de potássio e de antimónio	0,2	0,6
Tartaro emético	0,2	0,6
Teobromina	0,5	2,5
Tintura de acónito	0,5	1,5
— — beladona	1	3
— — cantáridas	0,5	1
— — cila	2	6
— — coca	20	40
— — cólquico	1	3
— — dedaleira	1,5	5
— — estrofanto	0,5	1,5
— — ipecacuanha	20	20
— — lobélia	1	3
— — meimendo	1	3
— — noz-vômica	1	3
— — de ópio	1,5	5
— — ópio açafroada (<i>Láudano de Sydenham</i>)	1,5	5
Tiroidina	1	2
<i>Trional</i> (Metilossulfonal)	1	3
Ubaina (<i>Estrofantina G</i>)	0,0005	0,0025
Veratrina	0,0005	0,0015
<i>Veronal</i> (Barbital)	0,5	1
Vinagre de cila	2	6
Vinho de dedaleira, composto	30	100
Xarope de codeína	30	100
— — iodeto mercúrico, iodetado (<i>Xarope de Gibert</i>)	40	120

DETERMINAÇÃO DA DOSE

Para cada medicamento indicam os formulários uma dose média que representa, em geral, a dose conveniente para um indivíduo adulto do sexo masculino e de constituição média, e deve ser modificada em cada caso segundo a idade, o pêso, o sexo, determinadas particularidades pessoais e a própria natureza da doença que modifica a reactividade do organismo, a magnitude da absorção, o ritmo de eliminação, etc. A determinação da dose constitui assim um dos problemas de mais árdua solução, principalmente quando se manejam substâncias de alta actividade biológica com as quais é fácil provocar fenómenos de intoxicação ou reacções não desejadas. Em geral, quando é possível, o tratamento será iniciado por doses pequenas e aumentadas progressivamente segundo a tolerância e o efeito obtido. É, porém, necessário nos casos em que a vida do doente corre perigo, não hesitar em empregar doses seguramente eficientes, mesmo correndo algum risco de provocar sintomas tóxicos. Em todas as circunstâncias só um critério médico prudente — sem excluir a decisão rápida e firme — pode fixar para cada caso a melhor atitude terapêutica. Como orientação, expomos em seguida alguns princípios que podem ser de algum auxílio aos que principiam:

SEXO — Considerando indivíduos de igual desenvolvimento, a mulher requer dose menor do que o homem, não só porque é, em geral, mais pequena e mais rica em tecido adiposo inerte, mas também pela sua maior sensibilidade. Em regra pode dizer-se que as doses serão diminuídas de cerca de $\frac{1}{5}$. Esta distinção só tem real importância depois da puberdade.

PÊSO — Em adultos da mesma idade, as doses serão aumentadas ou diminuídas proporcionalmente aos

desvios do pêso médio. Considerar-se-á o pêso do indivíduo depois de deduzido o que se deve atribuir a sobrecarga adiposa; não há necessidade de tomar em consideração diferenças até 10 %. É mais simples modificar a dose segundo a estatura, tomando como pêso em quilos o número de centímetros acima de 1 metro.

IDADE — Durante a idade adulta, isto é, entre os 20 e os 70 anos, a dose manter-se-á constante. Depois dessa idade convém reduzir as doses a cerca de $\frac{3}{4}$ entre os 70 e 80 anos e a $\frac{1}{2}$ depois dos 85.

Antes dos 20 anos a questão é mais complexa, constituindo o difícil problema da posologia infantil. Pode dizer-se, com efeito, que o organismo da criança é profundamente diferente do organismo do adulto ou que «a criança não é uma miniatura do adulto», e é essa a principal justificação da existência da pediatria como especialidade. As doses devem, pois, ser determinadas para o organismo da criança e não meramente deduzidas da dose média do adulto. É, contudo, possível estabelecer certo número de regras empíricas que — desde que não se ignorem as excepções — podem auxiliar muito o clínico geral:

— *Regra de Cowling*:

$$D_i = D_a \times \frac{4 \times I}{100} \quad (1)$$

para crianças de menos de 1 ano:

$$D_i = D_a \times \frac{4 \times i}{1000}$$

sendo i a idade em meses (doses excessivamente pequenas).

(1) Nestas fórmulas representamos por D_i a dose da criança, D_a a dose de adulto e I a idade da criança em anos.

— *Fórmula de Lewins:*

$$D_i = D_a \times \frac{I}{I + 12}$$

utilizável até aos 18 anos. Depois dessa idade pode administrar-se a dose de adulto.

— *Segundo a seguinte tabela:*

Do nascimento até 1 ano . . .	1/20 a 1/10 de D_a
de 1 ano — 5 anos . . .	1/10 a 1/5 — —
— 6 anos — 10 — . . .	1/5 a 1/4 — —
— 11 — — 14 — . . .	1/4 a 1/2 — —
— 15 — — 20 — . . .	1/2 a 1/1 — —

Em tôdas estas fórmulas se atenderá de preferência à idade aparente, isto é, à que corresponderia à estatura da criança.

Fazem excepção a estas regras certo número de medicamentos para os quais os formulários indicam a posologia nas diferentes idades; podem dividir-se em duas categorias de que indicamos os exemplos mais correntes:

a) Medicamentos administrados em dose superior à que corresponde à idade: arsenicais, brometos, beladona e atropina, purgantes, neutralizantes do suco gástrico, hidrato de cloral; soros e vacinas são administrados a adultos e crianças em doses quasi iguais.

b) Medicamentos administrados em dose inferior à que corresponde à idade: morfina, ópio e análogos.

PARTICULARIDADES PESSOAIS — Compreendem além da constituição e do temperamento, o hábito a certos medicamentos, cuja dose é necessário aumentar, a idiosincrasia em relação a outros (os medicamentos para os quais se observa com frequência idiosincrasia serão prescritos em doses pequenas quando empregados pela primeira vez), a alergia e anafilaxia (V. pág. 46), determinados estados quer fisiológicos

como a gravidez, o período menstrual (1), quer mór-bidos (anemia, hipo e hiper-tensão arterial, desequilíbrio vago-simpático, etc.), que constituem as contra-indicações, umas absolutas outras relativas, dos vários medicamentos, de conhecimento tão necessário como o das indicações terapêuticas.

Em virtude de algumas particularidades pessoais ou para obter determinados efeitos, o médico deve, por vezes, prescrever doses superiores às doses máximas da Farmacopeia. Neste caso a dose deve ser escrita por extenso e sublinhada, pois sem isso o farmacêutico não aviará a receita antes de se informar junto do médico de que não houve lapso e a dose desejada é realmente aquela.

(1) Popularmente julga-se existir durante este período considerável intolerância para grande número ou mesmo para todos os medicamentos, certo número de alimentos e até para inocentes práticas higiénicas (banho, etc.). Na realidade, quasi tudo isto são superstições, afastadas as quais, restam a contra-indicação para medicamentos congestivos da pequena bacia (drásticos, ferruginosos [?], arsenicais [?]) e medicamentos que diminuem a coagulabilidade do sangue (heparina, hirudina, etc.) e ainda as que resultam do estado de maior excitabilidade nervosa e desequilíbrio vegetativo que muitas mulheres exibem nesse período. A convicção é, porém, por vezes tão arreigada que o médico, sem deixar de a combater, é forçado a condescender na suspensão de medicamentos desde que daí não resulte grande prejuizo, para evitar o aparecimento de perturbações de origem puramente psicogénica.

IV

DIETÉTICA

COMPOSIÇÃO E VALOR ENERGÉTICO
DE ALGUNS ALIMENTOS
(EM 100 GRAMAS)

	Prótidos	Lípidos	Glúcidos	Calorias	Puri- nas (1)
Açúcar	—	—	96,50	400	0
Alfices	1,31	0,30	3,00	19	0,009
Ameixas	0,81	0,34	17,63	76	0
Ameixas sêcas	2,20	—	62,00	260	0
Amêndoas	16,50	41,00	13,46	461	0
Arraia	20,30	1,01	—	95	—
Arroz descorticado	8,56	1,95	74,84	345	0
Atum em azeite	28,26	14,58	—	250	—
Aveia (farinha)	14,73	6,70	67,81	380	0,064
Avelãs	16,09	62,32	12,55	636	—
Azeite	—	97,00	—	905	0
Azeitonas	1,05	20,51	9,12	213	—
Bacalhau sêco	81,54	0,74	—	308	0,114
Bananas	1,44	0,55	22,55	99	0
Batatas	2,00	0,12	20,69	91	0,006
Alcatra	20,19	12,85	—	200	0,111
Costeletas	18,80	15,50	—	218	0,111
Espádua	19,57	10,79	—	179	0,111
Fígado	20,40	4,30	1,70	136	0,279
Lingua	19,00	9,20	—	163	0,160
Lombo	18,82	17,43	—	236	0,111
Camarão	26,63	1,65	—	128	0,064
Carneiro (perna)	19,13	18,99	—	242	0,078
Castanhas	4,10	2,59	39,64	194	—
Cavala em azeite	23,50	14,10	—	226	0,300
Cavala fresca	19,01	8,75	—	159	0,110

(1) Expressas em ácido úrico.

	Prótidos	Lípidos	Glúcidos	Calorias	Parinas	
Cebolas	0,90	1,60	4,80	38		
Cenouras	1,13	0,28	10,34	47	0	
Cerejas	1,13	0,74	16,82	77	0	
Cevada (farinha)	11,55	2,18	70,16	339	0	
Cherne	16,14	8,34	—	143		
Chocolate	12,9	48,7	30,3	630	0,115	
Coelho	23,39	4,27	—	137	0,120	
Couves	4,42	0,56	6,90	48	0	
Couves-flor	2,36	0,36	5,41	33	0,024	
Damascos	0,97	0,12	14,17	61	0	
Dourada	17,00	0,93	—	80		
Enguia	13,49	27,48	—	303	00,81	
Ervilhas (sementes)	23,03	1,71	59,49	336	00,51	
Ervilhas verdes	7,00	0,50	16,90	96	00,06	
Espargos	1,92	0,16	3,78	23		
Espinafres	3,15	0,40	4,42	32	0,072	
Extracto de carne Liebig	30,06	—	—	116		
Farinhas (V. aveia, cevada, milho, trigo)						
Favas	25,01	1,59	59,96	332		
Fécula	0,88	0,05	80,74	324	0	
Feijões (sementes)	20,77	1,54	61,54	334	0,054	
Feijões verdes	2,50	0,21	7,42	40	0,003	
Figos	1,33	0,27	18,65	81		
Figos passados	3,44	1,35	63,42	276		
Frango	21,35	7,80	—	160		
Galinha	18,87	12,89	—	204	0,087	
Ganso	15,21	31,68	—	366	0,099	
Lagosta	16,61	2,10	—	89	0,066	
Laranja	0,61	0,24	11,73	51	0	
Leite de	Cabra	4,60	4,00	4,30	68	0
	Mulher.	2,01	3,74	6,37	66	0
	Ovelha.	5,60	7,00	5,00	101	0
	Vaca	3,30	3,77	4,07	69	0
Lentilhas	24,28	1,46	59,18	337	0,162	
Linguado	15,38	0,53	—	70	0,144	
Maças	0,30	0,29	14,61	61	0	
Macarrão	10,94	0,37	70,61	338	0	
Mandioca	1,17	0,4	28,3	154	0	
Manteiga	0,76	83,70	0,50	752	0	
Margarina	0,43	80,49	0,38	752	0	
Melões	0,81	0,13	6,58	30	0	
Milho (farinha)	8,54	3,38	72,60	348		

	Prótidos	Lípidos	Glúcidos	Calorias	Purinas	
Morangos	0,96	0,55	8,99	44	0	
Nabos	1,31	0,18	7,53	36	0	
Nozes	16,74	58,47	15,96	620		
Ostras	10,01	1,20	—	53		
Ovos {	Clara	12,30	0,25	0,50	48	0
	Gema	16,77	31,85	—	337	0
	Total	13,20	9,38	0,30	126	0
Pão de glúten	47,00	5,00	26,00	340	0	
Pão de trigo, branco	8,26	1,06	54,32	255	0	
Pão de trigo, escuro	5,40	1,80	47,10	222	0	
Passas de uvas	2,47	0,59	70,95	298	0	
Pato	22,58	4,94	—	145	0,152	
Peras	0,57	0,29	14,87	63	0	
Perdiz	25,26	1,43	—	107	0,150	
Perú	20,95	21,76	—	299		
Pescada	16,43	0,63	—	75	0,117	
Pêssegos	0,92	0,48	—	65	0	
Pombo	21,97	3,71	14,62	131	0,093	
Porco {	Costeletas	15,79	32,45	—	357	0,123
	Figado	21,20	5,27	—	137	0,114
	Lombo	19,50	13,00	—	194	0,123
	Presunto	25,10	28,50	—	320	0,072
Queijo suíço	7,37	36,19	2,61	355	0	
Queijo Emmenthal	29,76	29,99	1,46	400	0	
Queijo Gruyère	31,00	31,00	—	400	0	
Queijo-creme	24,92	28,00	—	367	0	
Rabanetes	1,19	0,12	4,83	24	0	
Romãs	1,20	1,12	16,51	79	0	
Sardinha em azeite	25,76	15,27	—	246	0,354	
Sardinha fresca	22,69	2,33	—	117	0,150	
Tâmaras	1,91	0,89	73,82	308		
Tangerinas	0,10	0,17	10,78	44	0	
Tomates	0,90	0,36	4,01	22	0	
Toucinho	—	95,00	—	877		
Trigo (farinha)	11,29	1,11	74,98	352	0	
Uvas	1,14	1,39	18,91	79	0	
Vinho do Porto	0,18	0,0	23,8	150		
Vitela {	Lombo	19,40	10,00	—	172	0,114
	Costeleta	19,40	5,80	—	134	0,114
	Figado	21,25	5,03	1,7	135	0,279
	Peito	19,79	11,15	—	184	0,114

ELEMENTOS MINERAIS

ALIMENTOS RICOS EM CÁLCIO: — Leite de vaca, amêndoas, feijões secos, gema de ovo, couves-flor, cereais, chocolate, nozes.

ALIMENTOS RICOS EM FÓSFORO: — Gema de ovo, carnes, amêndoas, feijões secos, chocolate, ervilhas, trigo, farinha de aveia, nozes.

ALIMENTOS RICOS EM POTÁSSIO: — Feijões secos, ervilhas, espinafres, amêndoas, tâmaras, chocolate, mel, farinha de aveia.

ALIMENTOS RICOS EM MAGNÉSIO: — Chocolate, amêndoas, feijões secos, ervilhas, farinha de aveia, nozes.

ALIMENTOS RICOS EM FERRO: — Gema de ovo, fígado, feijões secos, ervilhas, ostras, farinha de aveia, espinafres, cogumelos, tâmaras, amêndoas, carne, nozes.

ALIMENTOS POBRES EM POTÁSSIO: — Ovos, carne, arroz.

ALIMENTOS POBRES EM SÓDIO: — Todos os alimentos não adicionados de sal, principalmente arroz, batatas, maçãs, couves, leite, carne, farinha de trigo.

ALIMENTOS MAIS RICOS EM VITAMINAS

VITAMINA E PROVITAMINA A

É bastante estável, resiste à temperatura de ebulição da água mas é destruída por oxidação.

A dose óptima de vitamina A para o adulto é de 3:000 U. I., 5:000 durante a gravidez e 6: — 8:000 durante o período de crescimento. Indicam-se na seguinte lista as quantidades de vários alimentos que contêm as 3:000 U. I. de vitamina ou provitamina A:

Salsa	1	—	2 g.
Óleo de fígado de bacalhau		2	—
Espinafres	10	—	20 —
Tomate	10	—	20 —
Gema de ovo	10	—	30 —
Manteiga	10	—	150 —
Batata doce	15	—	50 —
Damasco	20	—	30 —
Cenouras	20	—	150 —
Couves		30	—
Acelga	30	—	100 —
Tâmaras		50	—
Agriões		50	—
Pêssegos secos	70	—	200 —
Ameixas secas	100	—	300 —
Feijões		120	—
Ervilhas	150	—	250 —
Peixe	150	—	1.000 —

VITAMINA B₁

(ANEURINA, TIAMINA)

É destruída pela cozedura prolongada dos alimentos, principalmente em meio alcalino ou neutro.

A dose média diária para o adulto é de 1 a 2 mg. (o triplo durante a gravidez e o aleitamento). Na lista seguinte indicam-se as quantidades de vários alimentos que contêm 1,5 mg. de vitamina B₁:

Levedura de cerveja seca	4,5	—	50 g.
Fígado de boi	40	—	200 —
Carne de porco		80	—
Rim de porco	100	—	150 —
Feijões	100	—	300 —
— secos	100	—	400 —
Lentilhas		200	—
Rim de carneiro	200	—	250 —
Gema de ovo	250	—	400 —
Rim de boi		300	—
Carne de boi	300	—	1.000 —
Leite de cabra	300	—	1.000 —

Muitos outros alimentos contêm pequenas quantidades desta vitamina.

VITAMINA B₂

(RIBOFLAVINA, LACTOFLAVINA)

Termostável.

A dose óptima parece ser de 0,08 mg. por cada 100 Cal. de alimentos, com um mínimo de 1,6 mg. (crianças). Para o adulto a dose média será de 2,5 mg. contida em:

Fígado de porco	70 — 100 g.
Levedura de cerveja.	100 — 150 —
Fígado de boi.	100 — 250 —
Rim de boi.	150 — 300 —
Gema de ovo	400 —
Peixe	400 — 1.700 —
Clara de ovo	500 —
Presunto	800 —
Carne de boi	1.250 — 1.700 —

Em pequenas quantidades em muitos outros alimentos (principalmente fôlhas verdes).

VITAMINA B₆

(ADERMINA)

Dose óptima ainda não fixada.

Percentagem em alguns alimentos:

Pericarpo do arroz	7,5 mg. 0/0
Germe do trigo	3,8 — —
Levedura de cerveja sêca.	3,8 — —
Fígado de boi	2,5 — —
Batatas	1,9 — —
Carne de boi	0,0 — —
Espinafres	0,14 — —
Clara de ovo.	0,08 — —

FACTOR P. P.

(ÁCIDO NICOTÍNICO E NICOTINAMIDA)

Levedura de cerveja sêca	16 — 61 mg.	0/0
Trigo (grão completo)	5,3	— —
Ervilhas frescas	5	— —
Leite de vaca	1 — 6	— —
Fígado de boi	0,45	— —

VITAMINA C

(ÁCIDO L-ASCÓRBICO)

É rapidamente destruída por oxidação em meio alcalino ou neutro. A oxidação é extremamente acelerada pela presença de sais de cobre mesmo em quantidades mínimas.

A dose óptimo é de 50 mg. por dia para o adulto (mais elevada durante a gravidez e o aleitamento). Indicam-se na seguinte lista as quantidades de várias substâncias em que se encontra essa dose de vitamina C.

Pimentão (suco).	1 —	20 g.
Fruto de roseira brava.	4 —	10 —
Gladiolos (suco).	8	—
Framboeza	16 —	100 —
Salsa	33 —	50 —
Rábão.	33 —	100 —
Limão	50 —	200 —
Laranja	50 —	200 —
Couves	50 —	500 —
Morangos	70 —	500 —
Espinafres	70 —	600 —
Ervilhas frescas	100 —	500 —
Noz e avelã	125	—
Fígado de boi	125 —	300 —
Tomate	125 —	500 —
Maçã	200 —	2.500 —
Ananás	230 —	800 —
Batata	250 —	500 —
Carne de boi	400 —	10.000 —
Banana	500 —	1.000 —
Leite de vaca	2.000 —	10.000 —

VITAMINA D

Muito estável.

Dose óptima para crianças e adultos 0,02 mg., contida em:

Óleo de fígado de bacalhau	cêrca de 10	g.
Gema de ovo	80 —	800 —
Manteiga	200 —	2.000 —
Fígado de boi ou de porco	1.600 —	8.000 —
Leite de vaca	5.000 —	10.000 —

VITAMINA E

Dose óptima ainda desconhecida.

Óleo de germe de trigo	520 mg.	0/0
Óleo de amendoim	16 —	—

VITAMINA K

É produzida no tubo digestivo do Homem pela acção das bactérias intestinais. Os estados de deficiência são devidos a falta de absorção (acolia).

Existe em abundância nas couves, espinafres, couve-flor e fôlhas de castanheiro.

VALOR PROTEINICO DE ALGUNS ALIMENTOS

ALIMENTOS	Valor biológico das proteínas	Valor proteínico
Óvo cozido	94	12,0
Leite	85	2,6
Clara de óvo cozido	83	10,0
Fígado de boi	77	14,9
Rim de boi	77	12,3
Coração de boi	74	11,3
Presunto	74	17,9
Carne de boi	69	13,7
Fôlhas verdes (Couves)	69	3,0
Trigo integral	67	7,1
Batata	67	0,8
Aveia	65	9,8
Farinha branca	52	4,3
Feijões cozidos	38	4,2

DIETA ISENTA DE PURINAS

1. Alimentos proibidos:

a) Carne, peixe, mariscos, aves de capoeira, caça e todos os produtos derivados (sopas, mólhos, etc.).

b) Ervilhas, feijões, lentilhas, farinha de aveia, espargos, cebolas.

2. A dieta será composta de alimentos vegetais (com excepção dos acima mencionados) e de leite, queijos e ovos.

CLISTERES NUTRITIVOS

Clister de BOAS:

Leite	240 g.
Gemas de ovo	n.º 2
Vinho tinto	120 g.
Amido ou Araruta	120 g.
Sal comum	q. b.

Clister de RIEGEL:

Leite	270 g.
Ovos	n.º 2 — 3
Vinho tinto	30 g.
Sal comum	q. b.

Clister de BOYD e ROBERTSON:

Gemas de ovos	n.º 2
Glucose	30 g.
Sal comum	0,5 g.
Leite pancreatizado, q. b. para	300 cm. ³

Serão administrados 1 a 2 h. depois dum clister evacuador, por meio de sonda rectal, muito lentamente, e não serão repetidos com intervalo inferior a seis horas.

V

**INDICAÇÕES SÔBRE COLHEITAS
DE PRODUTOS PARA EXAME LABORATORIAL****URINA**

Há quasi sempre vantagem em fazer incidir a análise sôbre a urina de 24 horas. Para recolher esta, começar por obter um recipiente de capacidade sufficiente, escrupulosamente lavado, passado finalmente por água a ferver e escorrido. Recomendar ao doente que durante um período de 24 horas contado a partir de determinada hora da manhã — 8 h., por exemplo — até à mesma hora do dia seguinte, urine dentro dêsse recipiente, no qual convém, principalmente em tempo quente, ter prèviamente lançado um antiséptico; o preferível parece ser o toluol que se dispõe numa delgada camada à superfície da urina, e, para exame do sedimento, o *solutio de aldeído fórmico* (cêrca de 8 gotas para 100 cm.³ de urina), mas podem também utilizar-se outros como o timol (alguns cristais), o clorofórmio (algumas gotas) ou o cianeto ou cloreto mercúrico na dose de alguns centigramas (não deve adicionar-se quando se deseje dosear a ureia pelo método da urease e, evidentemente, quando se pretenda pesquisar o mercúrio). Desta urina, depois de convenientemente agitada e medida, será enviado ao laboratório

um volume de cêrca de 500 cm.³ com indicação do antisséptico, por ventura, adicionado e acompanhado de elementos de identificação suficientes; quando se deseje o resumo gráfico segundo Gautrelet, deve fornecer-se a indicação da idade, pêsso e estatura do doente.

Em alguns casos a análise deve incidir sôbre urina acabada de emitir, como, por exemplo, quando se quer investigar e avaliar a quantidade de urobilinogénio, o amoníaco e o p_{II}. Se a micção não pode ser feita no laboratório, a urina será recolhida em recipiente asséptico (de preferência de vidro neutro) e sôbrepor-se-lhe-á uma camada de cêrca de 1 cm. de espessura de parafina líquida, depois do que se enviará o frasco ao laboratório com a maior brevidade, procurando, porém, que seja agitado o menos possível.

Tipos de análises mais frefuentes:

- a) Pesquisa de um ou mais elementos anormais.
- b) Doseamento de um ou mais elementos anormais.
- c) Exame qualitativo geral ou sumário: Caracteres gerais, côr, aspecto, cheiro, depósito, reacção, densidade, pesquisa de elementos anormais e exame do sedimento entre lâmina e lamela. Por pesquisa de elementos anormais entende-se, em geral, a pesquisa de: albumina, glicose, acetona, ácido diacético, pigmentos biliares e sais biliares. A pesquisa de outras substâncias como albumina de Bence-Jones, fibrina, mucina, nuclealbumina, hemoglobina, peptona, albumoses, ácido β -oxibutírico, pentoses, lactose, ácidos aminados (reacção de Millon e pesquisa de leucina e de tirosina), urobilinogénio (diazorreacção de Ehrlich), indicana, medicamentos e venenos, deve ser explicitamente requisitada; a pesquisa no sedimento de corpos birrefringentes também só é praticada por requisição especial.
- d) A anterior com doseamento de alguns elementos normais, como ureia, cloretos, ácido úrico, fosfatos amoníaco, etc.

e) Análise mais pormenorizada que inclui também o doseamento dos compostos sulfurados e a determinação de relações urológicas; só se pode considerar justificada em casos excepcionais.

f) Exame bacteriológico do sedimento. Deve ser praticado o mais cedo possível sobre urina colhida por algáliação asséptica e não adicionada de qualquer antisséptico.

g) Reacção de Ascheim-Zondek para diagnóstico da gravidez. Enviar de manhã ao laboratório 10 a 20 cm.³ de urina da noite, de modo a poder ser utilizada dentro de 4 horas após a micção. Para isto, o mais conveniente é combinar de véspera as condições em que deve ser enviada a urina. O envio de urina repetir-se-á no dia seguinte, nas mesmas condições.

Em todos os casos é preferível que o médico designe especificadamente quais as determinações qualitativas ou quantitativas que deseja, a limitar-se a utilizar denominações convencionais (análise qualitativa sumária, completa, etc.), cujo significado preciso varia de laboratório para laboratório.

SANGUE

Todo o material de colheitas de sangue deve ser tratado como o restante material de laboratório, sob o ponto de vista de limpeza, e deve ser utilizado, de preferência, esterilizado a sêco. Para doseamentos delicados como os dos aníons e de substâncias que se encontram em quantidades muito pequenas, é preferível a colheita no laboratório ou, pelo menos com material fornecido pelo laboratório.

Segundo a análise, o sangue será colhido:

a) Directamente para um tubo de ensaio ou outro recipiente onde se deixa coagular (análises que se praticam no sôro sangüíneo): Reacções de floculação e de fixação do complemento. Doseamento do cloro, ácido

úrico, sódio, potássio, cálcio, serina, globulina, azoto total não proteico, ureia, bilirrubina, índice biliar, colestérina, indicana, creatinina.

b) Sôbre um anti-coagulante que varia com a análise a realizar (a heparina conviria em todos os casos, na dose de 0,006 g. para cada 10 cm.³, mas o seu preço é muito elevado e há dificuldade em obtê-la).

O oxalato de potássio ou de sódio na dose de 2 mg. por cm.³ convém para o doseamento do cloro, reserva alcalina, p_H (colheita sob parafina) sódio, potássio, magnésio, ferro, chumbo, proteínas, azoto total, ureia, ácido úrico (oxalato de lítio), bilirrubina, índice biliar, indicana, amoníaco, azoto aminado, creatinina, colestérina, corpos acetónicos.

O fluoreto de sódio na mesma dose de 2 mg. por cm.³ é o anti-coagulante mais apropriado para o doseamento da glicose, porque reúne às propriedades anti-coagulantes a inibição da glicólise, principalmente se se emprega na mistura de Rona e Wilenko:

Fluoreto de sódio	5 g.
Fosfato primário de potássio	10 g.

na dose de 6 mg. por cm.³. No mesmo sangue assim tornado incoagulável se podem dosear as substâncias que se doseam no sangue oxalatado, com excepção do ácido úrico. É também o anti-coagulante a empregar para o doseamento do fósforo.

O citrato de sódio é menos empregado para as determinações químicas, porque apresenta para muitas delas vários inconvenientes. Constitue, porém, o mais apropriado para a determinação dos grupos sanguíneos (1 a 2 cm.³ de sangue adicionado de 11 gotas de soluto de citrato de sódio a 10 %); quando a determinação do grupo não puder ser feita imediatamente, é conveniente conservar o sangue na seguinte mistura:

Sangue	1,5 cm. ³
Soluto injectável de glicose, isotónico (5,4 0/0)	1 cm. ³
Soluto de citrato de sódio a 3,8 0/0	2,5 cm. ³
Soluto de formol a 0,25 0/0 em sôro fisiológico	0,5 cm. ³

Neste caso convém enviar ao mesmo tempo 1 ou 2 cm.³ de sangue coagulado (para determinação simultânea das aglutininas do sôro).

Para tôdas as determinações químicas o sangue será colhido sempre com o mínimo possível de estricção venosa (principalmente para doseamento de substâncias que se distribuem desigualmente entre glóbulos e plasma).

EXAME HEMATOLÓGICO. — Entende-se por esta designação o estudo citológico, mais ou menos pormenorizado, do sangue. Para evitar confusões, é sempre preferível que o médico indique explicitamente o que deseja e não se limite a empregar expressões como hemograma, fórmula leucocitária, etc., de significado não unívoco. A colheita para êste exame será feita de preferência pelo analista, mas se tal não fôr possível, é também absolutamente correcto aproveitar o sangue venoso, tornado incoagulável, desde que seja colhido sem estricção venosa. Pode-se, contudo, colocar um garrote para tornar a veia bem aparente, mas êste garrote será levantado imediatamente depois de se efectuar o cateterismo, e as gotas de sangue que saem durante os primeiros segundos não se aproveitam por corresponderem ao sangue estagnado abaixo do garrote. O sangue assim colhido — 1 a 2 cm.³ — para um tubo provido do anti-coagulante conveniente (heparina ou oxalato de potássio nas doses indicadas), será enviado imediatamente ao laboratório, de modo que se encontre nas mãos da analista dentro de uma hora após a colheita. Passado êste praso, o sangue é ainda utilizável para contagem de elementos figurados e doseamento da hemoglobina, mas os leucócitos apresentam alterações

que tornam difícil o seu estudo citológico. O problema será resolvido se o médico enviar o sangue já correctamente estendido em lâminas ou lamelas. A técnica destas extensões é relativamente simples, mas necessita de prévia aprendizagem que não pode ser exclusivamente teórica.

Em todos os casos em que se empregue anti-coagulante, depois de colhida no tubo de ensaio a quantidade de sangue conveniente, proporcionada à dose de anti-coagulante, o tubo será rolhado, de preferência com rôlha de borracha, embora possa, também, servir a rôlha de algodão cardado, e imediatamente bem agitado de modo que o anti-coagulante se dissolva por completo. A natureza do anti-coagulante, assim como a dose em que foi empregado, serão sempre especificadas na requisição da análise. Do mesmo modo se indicarão outras particularidades da colheita que mereçam interesse.

Para *exame bacteriológico* extraem-se 1 a 10 cm.³ de sangue duma veia com as maiores precauções de assépsia: desinfecção cuidadosa da pele no lugar da colheita (pincelagem com *soluto alcoólico de iodo* após lavagem com éter e álcool), esterilização da agulha e seringa em autoclave ou por ebulição num vaso tapado, durante, pelo menos, 20 min. O sangue assim colhido será imediatamente lançado no balão ou tubo com o meio de cultura. A natureza dêste meio varia com a espécie microbiana, de cuja existência se suspeita. Os mais empregados são o caldo simples ou peptonado para os agentes piogénios, e a bile para os bacilos do grupo tífico. A quantidade de sangue em relação ao volume do meio de cultura não deve exceder 10 %. Alguns autores aconselham fazer duas culturas em proporções diferentes: extrair 10 cm.³ de sangue dos quais se repartem os volumes 2 e 8 por dois balões com 50 a 60 cm.³ do meio de cultura.

DERRAMES DAS SEROSAS

Colheita asséptica como a de sangue; quando se trata de líquidos fibrinosos de que se pretende o exame citológico ou bacteriológico, é indispensável a adição dum anti-coagulante nas mesmas proporções em que se usa no sangue (oxalato, citrato, fluoreto ou heparina). As reacções biológicas, pelo contrário, devem ser praticadas sôbre os líquidos naturais.

ESCARROS

Devem ser recolhidos, de preferência de manhã, depois do doente ter lavado a bôca com água quente, num frasco esterilizado de gargalo largo, que os laboratórios fornecem mediante requisição. Para exame bacteriológico geral é indispensável enviar o produto imediatamente para o laboratório. Para pesquisa do bacilo de Koch não tem inconveniente a demora. A homogenização deve ser praticada sôbre volume suficiente de escarro; se a expectoração fôr pouco abundante, poderá haver vantagem em reunir a de dois ou três dias.

EXSUDATOS FARÍNGEOS

Serão colhidos passando na região faríngea uma zaragatoa provida de um pouco de algodão na extremidade, esterilizada, depois de breve lavagem da cavidade bucal com água quente. A zaragatoa será depois introduzida num tubo de ensaio esterilizado, procurando-se que toque o menos possível na sua parede, e imediatamente enviada ao laboratório com a indicação do exame que se deseja e que será um dos seguintes:

— exame bacteriológico geral (exame microscópico de extensões coradas por uma coloração simples e pelo método de Gram);

— identificação precisa de determinado agente patogéneo, nomeadamente do bacilo diftérico (pág. 45); só pode ser feita após culturas;

— pesquisa do bacilo de Koch;

Para a pesquisa em fundo escuro do *Spirochaeta Pallida*, a colheita deve ser feita pelo analista, de preferência no laboratório.

EXSUDATOS PURULENTOS

Exsudatos vaginais, uterinos ou uretrais, ou qualquer pus para exame bacteriológico directo podem ser enviados já estendidos em lâminas em camada fina. As lâminas serão previamente bem lavadas e desengorduradas com uma mistura de álcool e éter, e as extensões podem ser feitas com o bôrdô menor de outra lâmina ou uma agulha de costura, tendo em atenção que são preferíveis extensões excessivamente delgadas a extensões espessas. As lâminas serão enviadas ao laboratório, aos pares, com as extensões voltadas para dentro (face a face), mas evitando que se toquem, o que se consegue facilmente introduzindo entre elas, nas extremidades, pequenas tiras de cartão. Depois de convenientemente embrulhadas, e protegidas numa caixa metálica ou de madeira se não vão ser entregues directamente, podem ser enviadas sem grande risco, mesmo para longe.

Para exame cultural o pus deve ser enviado dentro de uma pipeta de Pasteur esterilizada que o laboratório fornecerá. Depois de aberta a extremidade estreita da pipeta e flamejada, aspiram-se para dentro dela algumas gotas do líquido a examinar, depois do que se volta a fechar à lâmpada a extremidade capilar e

envia-se então a pipeta ao laboratório, convenientemente protegida.

CONTEÚDO GÁSTRICO E DUODENAL

Colheitas em tubos esterilizados numerados. Requisitar os dados analíticos que se desejam, indicando ao mesmo tempo a técnica adoptada para a obtenção do produto. Para o exame histológico dos líquidos duodenais convém adicionar-lhes cêrca de $\frac{1}{4}$ do seu volume de soluto de aldeído fórmico a 10 %.

FEZES

Serão colhidas do recipiente, prèviamente bem limpo, onde foi feita a dejecção, para um frasco de bôca larga. O volume necessário para os exames mais vulgares é o correspondente a duas ou três nozes. Se houver porções anormais, tais como muco, pus, sangue, etc., não deixarão de ser incluídas na amostra. Para os exames toxicológicos enviar-se-á todo o volume de fezes.

Para exame de funções digestivas é conveniente ter mantido o doente durante os três dias anteriores no regime de Schmidt:

1.º *pequeno almôço*: 0,5 l. de leite que pode ser adicionado de chá, café ou cacau, pão com manteiga e um ôvo.

2.º *pequeno almôço*: um prato de farinha de aveia, flocos de aveia ou outra farinha com leite.

Almôço: 125 g. de carne assada com manteiga, de modo que o interior fique cru, e 150 a 250 g. de pureia de batata.

Merenda: como o 1.º pequeno almôço, mas sem ôvo.

Jantar: 0,5 l. de leite com chá, café ou cacau, pão com manteiga e 1 ou 2 ovos pouco cozidos.

Pode permitir-se além disto a ingestão de caldo de carne e um pouco de vinho.

Para ter a certeza de que a amostra de fezes corresponde a êste regime, fazer ingerir no primeiro dia uma hóstia com 0,3 g. de carmim e aproveitar as fezes depois de deixarem de vir coradas de vermelho.

Quando se deseja pesquisar a existência de sangue é necessária, para correcta interpretação de resultados fracamente positivos, interdição durante três dias de alimentos que contenham hemoglobina e do uso de palitos e da escôva de dentes; a lavagem da bôca far-se-á bochechando com água quente, de preferência alcalinizada e adicionada de soluto de peróxido de hidrogénio.

Para a pesquisa de parasitas muito frágeis, como as amibas, a dejecção deve ser feita no laboratório.

LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO

Colheita asséptica com as precauções habituais (V. punção lombar, pág. 234). Para as determinações habituais é suficiente o volume de 12 cm.³.

Para exame citológico (numeração e fórmula), o líquido deve ser imediatamente enviado ao analista. Em caso de tendência a coagulação, é conveniente adicionar um anti-coagulante como para o sangue.

Se as primeiras gotas de líquido vêm acompanhar as de sangue, deixar-se-ão correr para um tubo 2 ou 3 cm.³ e continuar-se-á a colheita para um segundo tubo. Se o sangue provinha de qualquer ferida venosa provocada pela agulha de punção, êste segundo líquido conterà muito menos ou nenhum sangue. É claro que a adição duma quantidade importante de sangue prejudica sèriamente a fidelidade dos resultados laboratoriais, mas êstes podem ainda ser susceptíveis de interpretação clínica desde que se tome em consideração a quantidade aproximada de sangue adicionado (pelo número de eritrócitos por mm.³).

*

* *

Outros produtos biológicos serão colhidos e enviados ao laboratório, seguindo sempre os mesmos preceitos fundamentais:

1. utilizar material escrupulosamente limpo;
2. procurar diminuir as probabilidades de alteração do produto a analisar, para o que, um dos mais importantes cuidados é o seu envio, sem perda de tempo, ao laboratório.

Qualquer dificuldade será facilmente resolvida, pedindo ao laboratório as informações convenientes.

VI

CONSTANTES BIOLÓGICAS

COMPOSIÇÃO DOS HUMORES DO ORGANISMO
(VALORES MÉDIOS)

	SANGUE	PLASMA ou SORO	URINA
	Em 100 cm ³	Em 100 cm. ³	Excreção diária
Cloro	289 mg.	—	6,2—9,3 g.
Cloro plasmático	—	360—380 mg.	—
Cloro glóbular	180—190 mg.	—	—
Índice cloro-péxico glo- bular	0,50	—	—
Bromo	1,5—2,0 mg.	—	—
Iodo	12—14 γ	—	—
Fósforo anorgânico	3 mg.	5—7 mg.	—
Fósforo solúvel nos aci- dos	24 mg.	3 mg.	—
Fósforo lipóidico	10 mg.	3 mg.	—
Fósforo total	37 mg.	13 mg.	1,11 (1)
Bicarbonatos em CO ₂ (Reserva alcalina)	—	55—67 Vol. 0/0	—
P _n	—	7,38—7,40	4,8—8,0
Sulfatos em SO ₃	2,5—4,2 mg.	—	3 g.
Cloreto de sódio	—	520—650 mg.	10—16 g.
Sódio	170—200 mg.	280—320 mg.	3,8—5,8 g.
Potássio	—	18—23 mg.	1,8—2,3 g.
Cálcio	—	10—12 mg.	0,18—0,23 g.
Magnésio	4 mg.	2—3 mg.	72—80 mg.
Cobre	90 γ	90 γ	—
Ferro	4,6—5,7 mg.	0,1—0,2 mg.	—

(1) 2,54 expresso em P₂O₅.

	SANGUE	PLASMA ou SORO	URINA
	Em 100 cm. ³	Em 100 cm. ³	Excreção diária
Chumbo	10—20 γ	—	15—75 γ
Proteínas { Serina	—	4,5—5,5 g.	—
{ Globulina	—	1,5—3,0 g.	—
{ Fibrinogénio	—	0,2—0,3 g.	—
Azoto total não proteico	—	25—40 mg.	14—19 g.
Ureia	30—50 mg.	30—50 mg.	25—30 g.
Ácido úrico	—	2—5 mg.	700 mg.
Bilirrubina	—	0,2—0,8 mg.	—
Índice bilar plasmático	—	0,5—1,0 U.	—
Indicana	—	0,025—0,08 mg.	—
Amoniaco	—	0,02—0,04 mg.	0,7 g.
Azoto dos ácidos ami- nados	5—8 mg.	1,5—3 mg.	1,5—2,5 $\frac{0}{0}$ do N total
Creatina e creatinina	—	3—6 mg.	1,5 g.
Urobilinogénio	—	—	20 mg.
Glicose	80—120 mg.	—	—
Ácido láctico	10—20 mg.	—	—
Colesterina total	—	100—200 mg.	—
Colesterina livre	—	60—80 mg.	—
Colesterina esterificada	—	140 mg.	—
Corpos acetónicos	—	1—2 mg.	—
Fosfatase (adultos)	0,10—0,21 U.	—	—
Fosfatase (crianças)	0,17—0,34 U.	—	—
Amilase	32 U. Wohle- muth	—	32 U. Wohlge- muth
Água	78—80 cm. ³	89—92 cm. ³	1200—1500 cm. ³
Densidade	—	1,029—1,031	1,016—1,022
Viscosidade (20°)	{ 4,2—4,4 σ { 3,8—4,0 ρ	—	—
Xantorreação de Becher	15—25 $\frac{0}{0}$	15—25 $\frac{0}{0}$	—
Constante de Ambard	—	—	0,06—0,07
Coeficiente de depuração urinária (Rehberg e Van Slyke)	—	—	100 $\frac{0}{0}$

QUADRO HEMATOLÓGICO DO ADULTO

Hemoglobina	12,6 — 14 mg. 0/0 = 90-100 0/0
Eritrócitos	4,5 — 5 milhões por mm. ³
Reticulócitos	0,2 — 0,4 0/0
Valor globular.	1
Leucócitos	6 a 8 mil por mm. ³
Plaquetas	300 — 400 mil por mm. ³
Volume globular	42 — 44 0/0
Volume globular médio	86 μ ³
Índice de repleção hemoglo- binica	2,2 — 2,4
Tempo de hemorragia (Duke)	2 — 3 m.
Tempo de coagulação (Bürker).	4,5 — 5,5 m.
» » » (Hayem).	5 — 8 m.
Velocidade de sedimentação dos eritrócitos (Westergren).	{ ♂ — 5 — 10 } { ♀ — 7 — 12 } mm. em 1 h.

FÓRMULA LEUCOCITÁRIA:

	0/0	por mm. ³
Granulócitos neutrófilos.	62 — 72	4.000 — 5.400
» eosinófilos.	2 — 4	180 — 240
» basófilos	0,3 — 1	40 — 60
Monócitos	4 — 8	360 — 480
Linfócitos	21 — 25	1.300 — 1.900

HEMOGRAMA DE SCHILLING

Leuc. por mm ³	Bas.	Eos.	NEUTRÓFILOS				Linf.	Mon.
			Miel.	Juv.	Nucleo em bastão	N. segm.		
5 — 8000	0 — 1	2 — 4	—	0 — 1	3 — 5	58 — 67	21 — 25	4 — 8

Índice de desvio nuclear: $\frac{M + J + N. b.}{S} = \frac{4}{63} = \frac{1}{16}$

ESQUEMA DE ARNETH: $\frac{I}{5}, \frac{II}{35}, \frac{III}{41}, \frac{IV}{17}, \frac{V}{2}$

ÍNDICE DE ARNETH: $I + II + \frac{III}{2} = 60,5$

QUADRO HEMATOLÓGICO INFANTIL

	1—6 meses	6—12 meses	1—2 anos	2—5 anos	5—9 anos	9—12 anos
Hemoglobina 0/0	68	78	75	84	86	88
Eritrócitos por mm. ³ (*)	3,7	4,6	4,6	4,4	4,4	4,4
Leucócitos por mm. ³	10.000	8.700	8.700	8.900	7.400	6.400
FÓRM. LEUCOC. 0/0:						
Gran. neutr. { Juv. 4 } 4 } 2 } 3 } 2 } 2 }	13 } 34	22 } 52	14 } 44	15 } 45	15 } 53	15 } 68
{ N. em bast. 13 } 34	22 } 52	14 } 44	15 } 45	15 } 53	15 } 68	
{ Seg. ^{dos} 17 } 34	26 } 52	28 } 44	27 } 45	36 } 53	51 } 68	
Granulócitos eosinófilos	2,7	1,5	1,5	2	2	1
Granulócitos basófilos	0,3	0,5	0	0	1	0
Monócitos	2	0	2,5	3	3	2
Linfócitos	61	46	52	50	41	29

(*) Em milhões.

O número de plaquetas não difere sensivelmente do do adulto.

A data do nascimento, os números por mm.³ são mais elevados, assim como a hemoglobina, descem bruscamente até ao 5.º dia e voltam a subir gradualmente durante os dez dias seguintes. É impossível estabelecer valores médios para este período e só a números muito anormais deve ser atribuído significado seguramente patológico.

LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO

Aspecto	Limpido, incolor
Número de células por mm. ³ :	
Líquido ventricular	0,3 — 0,6
— da grande cisterna	0,3 — 1,3
— do canal raquidiano	0,3 — 2,7
Fórmula citológica	Linfócitos
Pressão em mm. de água (doente em decúbito)	70 — 220
Densidade	1,006 — 1,009
Ponto de congelação	— 0,56
P _n	7,4 — 7,6
Índice de refração	1,33494 — 1,33510

COMPOSIÇÃO QUÍMICA	mg. em 100 cm. ³	
Albumina:		
— Líquido ventricular	10	— 16
— da grande cisterna	14	— 20
— do canal raquidiano	14	— 30
Glicose	45	— 75
Cloretos (em ClNa)	720	— 750
Ureia	10	— 30
Azoto não proteico	12	— 20
Ácido úrico	0,3	— 1,3
Colesterina	0,05	— 0,22
Ácido láctico	8	— 15
Relação Albumina/Globulina	5	— 2,22

BILE

(Prova de MELTZER-LYON)

	Bile A	Bile B	Bile C
Aspecto	Limpido, amarelo-ouro	Mais carre- gado	Como a A ou mais clara
Colesterina em mg. 0/0	50	150	vestig. — 50
Bilirrubina em mg. 0/0	7,5—10	20	4
Sais biliares (em ácido colálico) em mg. 0/0	300—400	500—2.000	150—250

DURAÇÃO DA GRAVIDEZ

Cêrca de 280 dias.

Partindo do conhecimento de que a ovulação se realiza pelo 15 dia do período menstrual, calcular-se-á a data provável do parto, contando nove meses e seis dias sôbre a data do início da última menstruação; pode ser mais cómodo calcular o mês e o dia subtraindo dois meses e vinte e cinco dias àquela data.

Exemplos:

Primeiro dia da última menstruação: 7 de Junho
— data do parto: 13 de Março;

Primeiro dia da última menstruação: 28 de Abril
— data do parto: 3 de Fevereiro.

PÊSO E ESTATURA

VARÕES			FÊMEAS	
Pêso Kg.	Idade	Estatura cm.	Idade	Pêso Kg.
		49	Nascimento	3,24
3,48	Nascimento	50	1 semana	3,50
3,70	1 semana	51	2 —	3,70
3,90	2 —	52	3 —	3,90
4,10	3 —	53	1 mês	4,10
4,40	1 mês	54		4,30
4,70		55		4,50
5,00		56	2 meses	4,80
5,30	2 meses	57		5,10
5,60		58		5,40
5,90		59	3 —	5,70
6,20	3 —	60		6,00
6,50		61	4 —	6,30
6,80	4 —	62		6,60
7,00		63	5 —	6,90
7,30	5 —	64		7,10
7,60		65	6 —	7,40
7,90	6 —	66		7,60
8,20		67	7 —	7,80
8,50	7 —	68		8,00
8,70		69	8 —	8,20
8,90	8 —	70	9 —	8,50
9,20	9 —	71	10 —	8,80
9,50	10 —	72		9,10
9,70		73	11 —	9,40
9,90	11 —	74	1 ano	9,70
10,20	1 ano	75	— 1 m.	9,95
10,45	— 1 m.	76	— 2 —	10,20
10,70	— 2 —	77	— 4 —	10,45
10,95	— 4 —	78	— 5 —	10,70
11,20	— 5 —	79	— 6 —	10,95
11,45	— 6 —	80	— 7 —	11,20
11,70	— 7 —	81	— 8 —	11,45
11,95	— 8 —	82	— 10 —	11,70
12,20	— 10 —	83	— 11 —	11,95
12,45	— 11 —	84	2 anos	12,20
12,70	2 anos	85	— 2 m.	12,45

VARÕES			FÊMEAS			
Pêso Kg.	Idade		Estatura cm.	Idade		Pêso Kg.
12,95	2 anos	2 m.	86	2 anos	3 m.	12,70
13,20	—	3 —	87	—	5 —	12,95
13,45	—	5 —	88	—	6 —	13,20
13,70	—	6 —	89	—	8 —	13,45
13,95	—	8 —	90	—	9 —	13,70
14,20	—	9 —	91	—	11 —	13,95
14,45	—	11 —	92	3 anos		14,20
14,70	3 anos		93	—	2 m.	14,45
15,00	—	2 m.	94	—	4 —	14,70
15,30	—	4 —	95	—	6 —	14,95
15,60	—	6 —	96	—	8 —	15,30
15,90	—	8 —	97	—	10 —	15,45
16,20	—	10 —	98	4 anos		15,70
16,50	4 anos		99	—	2 m.	15,95
16,80	—	2 m.	100	—	5 —	16,20
17,10	—	5 —	101	—	7 —	16,45
17,40	—	7 —	102	—	10 —	16,70
17,70	—	10 —	103	5 anos		17,00
18,00	5 anos		104	—	3 m.	17,50
18,50	—	2 m.	105	—	6 —	18,00
19,00	—	5 —	106	—	9 —	18,50
19,50	—	7 —	107	6 anos		19,00
20,00	—	10 —	108	—	2 m.	19,30
20,50	6 anos		109	—	4 —	19,70
21,00	—	2 m.	110	—	6 —	20,00
21,40	—	4 —	111	—	8 —	20,30
21,80	—	6 —	112	—	10 —	20,70
22,20	—	8 —	113	7 anos		21,00
22,60	—	10 —	114	—	2 m.	21,40
23,00	7 anos		115	—	5 —	21,80
23,40	—	2 m.	116	—	7 —	22,20
23,80	—	5 —	117	—	10 —	22,60
24,20	—	7 —	118	8 anos		23,00
24,60	—	10 —	119	—	2 m.	23,40
25,00	8 anos		120	—	5 —	23,80
25,50	—	2 m.	121	—	7 —	24,20
26,00	—	5 —	122	—	10 —	24,60
26,50	—	7 —	123	9 anos		25,00
27,00	—	10 —	124	—	2 m.	25,40
27,50	9 anos		125	—	5 —	25,80

VARÕES			FÊMEAS	
Peso Kg.	Idade	Estatura cm.	Idade	Peso Kg.
28,00	9 anos 2 m.	126	9 anos 7 m.	26,20
28,50	— 5 —	127	— 10 —	26,60
29,00	— 7 —	128	10 anos	27,00
29,50	— 10 —	129	— 2 m.	27,40
30,00	10 anos	130	— 5 —	27,80
30,50	— 2 m.	131	— 7 —	28,20
31,00	— 5 —	132	— 10 —	28,60
31,50	— 7 —	133	11 anos	29,00
32,00	— 10 —	134	— 2 m.	29,50
32,50	11 anos	135	— 4 —	30,00
33,00	— 2 m.	136	— 6 —	30,50
33,50	— 5 —	137	— 8 —	31,00
34,00	— 7 —	138	— 10 —	31,50
34,50	— 10 —	139	12 anos	32,00
35,00	12 anos	140	— 2 m.	32,70
35,50	— 2 m.	141	— 3 —	33,40
36,00	— 5 —	142	— 5 —	34,10
36,50	— 7 —	143	— 7 —	34,80
37,00	— 10 —	144	— 9 —	35,50
37,50	13 anos	145	— 10 —	36,20
38,00	— 2 m.	146	13 anos	37,00
38,60	— 4 —	147	— 2 m.	37,80
39,20	— 6 —	148	— 3 —	38,60
39,80	— 8 —	149	— 5 —	38,40
40,40	— 10 —	150	— 7 —	40,30
41,00	14 anos	151	— 9 —	41,20
41,60	— 2 m.	152	— 10 —	42,10
42,30	— 4 —	153	14 anos	43,00
43,00	— 6 —	154	— 2 m.	44,00
43,60	— 8 —	155	— 5 —	45,00
44,30	— 10 —	156	— 7 —	46,00
45,00	15 anos	157	— 10 —	47,00
45,70	— 2 m.	158	15 anos	48,00
46,40	— 3 —	159	— 6 m.	50,00
47,10	— 5 —	160	16 anos	52,00

Estes valores são apenas aproximados visto que variam um pouco com a constituição individual. Além disto, derivam de estatísticas estrangeiras (Camerer e

v. Pirquet) por não haver ainda médias nacionais determinadas. É de supor que os números sejam um pouco excessivos para a nossa população média, sobretudo no norte.

DENTIÇÃO NORMAL

	Época de erupção	Esquema
DENTES DE LEITE :		
Incisivos medianos inferiores	6— 9 meses	$\frac{ }{i i}$
Incisivos superiores medianos	8—10 —	$\frac{ii ii}{ i}$
Incisivos superiores laterais		
Primeiros molares superiores	12—15 —	$\frac{m . ii ii . m}{m . ii ii . m}$
Incisivos laterais inferiores		
Primeiros molares inferiores		
Caninos superiores	18—24 —	$\frac{mcii iicm}{mcii iicm}$
Caninos inferiores		
Segundos molares superiores	30—36 —	$\frac{mmcii iicmm}{mmcii iicmm}$
Segundos molares inferiores		
DENTES DEFINITIVOS :		
Primeiros molares	5— 6 anos	$\frac{Mmmcii iicmmM}{Mmmcii iicmmM}$
Incisivos médios inferiores	6— 7 —	$\frac{Mmmcii iicmmM}{Mmmcii iicmmM}$

	Época da erupção	Esquema
Incisivos médios superiores	7—8 —	Mmmcil licmmM
		Mmmcil licmmM
Incisivos laterais	8—9 —	MmmcII IlcmmM
		MmmcII IlcmmM
Primeiros premolares	9—10 —	MmPcII IlcPmM
		MmPcII IlcPmM
Segundos premolares	10—11 —	MPPcII IlcPPM
		MPPcII IlcPPM
Caninos	11—12 —	MPPCII IlCPPM
		MPPCII IlCPPM
Segundos molares	13 —	MMPPCII IlCPPMM
		MMPPCII IlCPPMM
Terceiros molares	18—30 —	MMMPPCII IlCPPMMM
		MMMPPCII IlCPPMMM

OUTRAS MÉDIAS FISIOLÓGICAS

DADE	Perímetro do crânio	Perímetro torácico	Diâmetro biacromial	Freq. do pulso	Freq. respiratória	Temp. rectal	Diure-e	Pressão art. em cm. de Hg	
	cm.	cm.				cm.		cm.	Mx
Recém-nasc.	34	32	12	140	35-45	37,8		6	3
1 mês	37	34		140-120		3,76	300	7	3
2 —	39	36						7	3
3 —	41	38					350	8	4
4 —	42	39		130-115			400	8	4
5 —	43	40					450	8	4
6 —	43	41			35	a	500	8	4
7 —	44	42		125-110			550	8	4
8 —	44	43					600	8	4
9 —	45	43			30	36,8	650	8	4

IDADE	Perímetro do crânio	Perímetro torácico	Diâmetro biacromial	Freq. do pulso	Freq. respiratória	Temp. rectal	Diurese	Pressão art. em cm. de Hg	
	cm.	cm.				graus c.		cm. ³	Mx
10 —	45	44				36,8		8	4
11 —	46	44				a		8,2	4
12 —	46	45				a		8,5	4,3
2 anos	48	47		112	30-25	37,6	700	8,5	4,4
3 —	49	49		105			750	8,6	4,5
4 —	50	50	21	118	30-20			8,7	4,7
5 —	50	52		102			800	9,3	5,2
6 —	51	54	24	99			850	9,5	5,2
7 —	51	56		96		36,5	900	10,1	5,4
8 —	51	58		94	20-18		950	10,4	5,4
9 —	52	60	29	92				10,4	5,4
10 —	52	61		90			1.000	10,4	5,4
11 —	52	62		89		a		10,5	5,5
12 —	52	66		88				11,5	6,5
13 —	52	68		87			1.050	11,5	6,5
14 —	53	73	32	86				11,5	7,0
Adulto	55	96	46	72	16	37,2	1.200-1.500	V. tab. seg.	

TENSÃO ARTERIAL DO ADULTO

IDADE	TENSÃO		IDADE	TENSÃO		IDADE	TENSÃO	
	Mx	Mn		Mx	Mn		Mx	Mn
20 anos	12,0	8,0	35 anos	12,4	8,3	50 anos	13,0	8,6
25 —	12,2	8,1	40 —	12,6	8,4	55 —	13,2	8,7
30 —	12,3	8,2	45 —	12,8	8,5	60 —	13,5	8,9

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no text or other markings on the page.

A series of horizontal dashed lines for writing notes, spanning the width of the page.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing notes.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no text or other markings on the page.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing notes.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing notes.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing.

A page of lined paper with horizontal dashed lines for writing. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the page.

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing notes.

A page of ruled paper with horizontal dashed lines for writing.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

- Abcesso ante-renal, 186
Abcesso cerebral, 33
Abcessos perinefríticos, 187
Abcesso do pulmão, 77
Abcesso retro-faríngeo, 182
Abelha (picada), 189
Abeloura (Intoxicação), 146
Abortivos (Receituário), 290
Aborto, 187
Absintio (Intoxicação), 149
Açafrão-dos-prados (Intoxicação), 143
Acesso pernicioso, 193
Acetanilida (Intoxicação), 127
Acetileno (Intoxicação), 114
Acetonemia, 28, 213
Acetonúria, 28
Acidentes séricos, 46
Acidificação da urina, 300 (1), 300 (2)
Ácido acético (Intoxicação) 116
— acetilossalicílico (Intoxicação), 114
— l-ascórbico, 343
— carbólico (Intoxicação), 144
— cianídrico (Intoxicação), 115
— cítrico (Intoxicação), 116
— clorídrico (Intoxicação), 117
— fénico (Intoxicação), 144
— fórmico (Intoxicação), 116
— láctico (Intoxicação), 116
— minerais fortes (Intoxicação), 117
Ácido nicotínico, 343
— oxálico (Intoxicação), 118
— pirogálico (Intoxicação), 169
— salicílico (Intoxicação), 114
— sulfúrico (Intoxicação), 117
— tartárico (Intoxicação), 116
Aconitina (Intoxicação), 119
Acónito (Intoxicação), 119
Actinomicose, 312 (2)
Acupunctura cardíaca, 11, 38, 226
Adonis vernalis (Intoxicação), 146
Aerofagia, 2
Afasia, 6
Afogamento, 9
Agitação psicomotriz, 68
Álcool amílico (Intoxicação), 120
— etílico (Intoxicação), 120
— metílico (Intoxicação), 122
Alcoolismo, 316 (2)
Aldeído fórmico (Intoxicação), 154
Alexia, 6
Algália béquille, 219
Algaliação, 219
Alimentação artificial, 215
Alimentação por sonda nasal, 215
Alimentar (Intoxicação), 124
Alimentos (Composição e valor energético), 337
— (Elementos minerais), 340
— pobres em potássio, 340
— — — sódio, 340

Barbitúricos (Intoxicação), 132
 Bário (Intoxicação), 133
 Bebidas alcoólicas (Intoxicação), 120
 Beladona (Intoxicação), 157
 Benzina (Intoxicação), 134
 Bile (Composição), 363
 Bloqueio auriculoventricular, 34
 Bócio, 313 (1)
 Botulismo, 124
 Bradicardias de causa central, 322 (1)
 Bridas peritoniaes, 94
 Bromo (Intoxicação), 135
 Bronquectasias, 77
 Bronquite asmática, 11
 Bronquite fétida, 311 (2)
 — pseudo-membranosa, 77
 Broncopneumonia, 303 (1), 315 (1)

C

Cálcio dos alimentos, 340
 Cálculos biliares, 23, 94
 Cancro do estômago, 81
 — da vesícula biliar, 185
 Cantáridas (Intoxicação), 136
 Cânula de Krishaber, 246
 Caquexia hipofisária, 92
 Carbogénio, 239
 Carcinoma brônquico, 77
 Cardiopatias reumatismais, 319 (2)
 Cateterismo vesical, 219
 Cebola albarrã (Intoxicação), 146
 Cefaleias, 49
 Cevadilha (Intoxicação), 173
 Choque, 14
 — anafiláctico, 20
 — eléctrico, 21

Choque com hipotermia, 18
 Chumbo (Intoxicação), 136
 Cianetos (Intoxicação), 115
 Ciática, 94
 Cicuta (Intoxicação), 137
 Cila (Intoxicação), 146
 Cirrose, 29, 81.
 Cisto ovárico lacerado, 186
 Clister, 220
 — de BOAS, 345
 — — BOYD e ROBERTSON, 345
 — evacuador, 323 (2), 324 (2)
 — de RIEGEL, 345
 Clisteres nutritivos, 345
 Clorato de potássio (Intoxicação), 138
 Cloreto mercúrico (Intoxicação), 160
 Cloridrato de diacetilmorfina (Intoxicação), 162
 Cloro (Intoxicação), 135
 Clorofórmio (Intoxicação), 156
 Cloropenia, 90
 Cobre (Intoxicação), 138
 Coca-do-levante (Intoxicação), 168
 Cocaina (Intoxicação), 139
 Codeina (Intoxicação), 140
 Cogumelos (Intoxicação), 141
 Colapso circulatório, 17
 — vasomotor ortostático, 17
 Colecictite aguda, 22
 Colecictites atónicas, 294
 — purulentas, 185
 — tíficas, 22
 Colheitas para exames laboratoriais, 347
 Cólica abdominal, 3, 184
 — hepática, 2, 23, 320 (2), 322 (1), 325 (2)
 — consecutivas à colecistectomia, 24
 — nefrítica ou renal, 24, 95, 186, 322 (1)
 — saturnina, 4, 26, 186
 — vesicular V. cólica hepática

Diamorfina (Intoxicação) 162
 Diarreia, 91, 302 (2), 324 (2)
 Dieta isenta de purinas, 345
 Dietética, 337
 Difteria, 18, 44
 Dilatação gástrica aguda, 47
 Dinitrofenol (Intoxicação), 147
 Dionina (Intoxicação), 140
 Discinesia biliar, 185
 Disenterias, 95
 Dispneia broncospasmódica, 14
 Distomum pulmonale, 77
 Diurese em diferentes idades, 368
 Diverticulites, 4
 Divertículo de MECKEL, 94
 Doença de ADDISON, 92, 98, 186
 — de HEINE-MEDIN, 186
 — de SIMMONDS, 92
 — do sôro, 21
 Doenças infecciosas, 18
 Dor precordial, 1
 Dores, 48
 — espasmódicas, 51
 — em fígada, 197
 — fulgurantes, 197, 296 (2)
 — lancinantes, 197
 — nevrálgicas e reumatis-
 mais, 48
 — reumatóides, 197
 Doses máximas, 327
 — para o sexo feminino, 332
 — para os velhos, 333

E

Eclampsia, 54, 65
 Edema agudo do pulmão, 13, 57
 — angioneurótico, 322 (2)
 — cardíaco, 325 (1)
 — cerebral, 323 (2)
 — da glote, 57

Edema nefrótico, 310 (1)
 — pulmonar, agudo, 13, 57
 — pulmonar ex-vacuo, 42
 — da retina, 209
 Eldoral (Intoxicação), 132
 Embolia cerebral, 5
 — pulmonar, 61
 — renal, 25
 — e trombose das artérias ce-
 liaca e mesentéricas, 58
 Embolia e trombose de vasos
 periféricos, 59
 Embriocardia, 199
 Encefalite letárgica, 186
 Encefalites tóxicas, 34
 Encefalopatia hipertensiva
 aguda, 209
 — saturnina, 35
 Encefalopatias, 36
 Enfarte do baço, 187
 — esplénico, 25, 185
 — intestinal, 95, 187
 — do miocárdio, 2, 183
 Enfarte pulmonar, 61
 Enfaixamentos sinapiza-
 dos, 315 (1)
 Enterite, 324 (2)
 Enteróclise, 220
 Envenenamentos, 30, 99
 Enxaqueca, 62
 Epididimites, 186
 Epilepsia, 34, 64
 Epistaxe, 66, 177
 Equimoses conjuntivais, 177
 Ergotamina (Intoxicação), 144
 Ergometrina (Intoxicação), 144
 Ergotino (Intoxicação), 144
 Erupção dentária, 367
 Escarlatina, 74
 Escarros (Colheita para aná-
 lise), 353
 Escopolamina (Intoxicação),
 148
 Escorpião (Picada), 189
 Escotoma cintilante, 63
 Eserina (Intoxicação), 153
 Espasmo do diafragma, 205

Esquema da glote, 36, 202
 — laringeo, 36, 202
 Esplenoconstracção, 313 (2)
 Esquema de ARNETH, 361
 Esquizofrenia, 299 (2)
 Essência de terebintina (Intoxicação), 149
 Estados asfíxicos, 8, 9, 19
 — de excitação, 68, 178
 — hemorragíparos, 70
 — hipoglicémicos, 92
 — lipotímicos, 17, 199
 Estafilococias, 321 (1)
 Estatura desde o nascimento até aos 16 anos, 364
 Estenocardia, 1, 23, 183
 Estenose duodenal, 91
 — laringea, 182
 — pilórica, 91
 Estomáquico amargo, 323 (1)
 Estramónio (Intoxicação), 157
 Estrangulamento de hérnias internas, 94
 Estrangulamento do bolbo, 236
 Estreptococias, 320 (2)
 Estricnina (Intoxicação), 149
 Estrofantina (Intoxicação), 151
 Estupefacientes (Receituário), 292
 Estupor, 27
 Esvaziamento rápido de derrame pleural, 58
 Éter (Intoxicação), 151
 Etilomorfinina (Intoxicação), 140
 Etomorfinina (Intoxicação), 140
 Eucodal (Intoxicação), 162
 Eunarcon (Intoxicação), 132
 Evipan (Intoxicação), 132
 Exaltação mental, 68
 Exame bacteriológico do sangue (Colheita), 352
 Exame hematológico (Colheita), 351
 Exames laboratoriais (Colheitas), 347
 Exantema urticariano, 20
 Excitação psicomotora, 29

Expectoração (Colheita para análise), 353
 Expectoração hemoptóica, 78
 Expressão do útero, 173
 Exsudatos faríngeos (Colheita para análise), 353
 Exsudatos purulentos (Colheita para análise) 354
 Extrassistolia, 324 (1)

F

Fácies abdominal, 186
 Factor P. P., 343
 Falso crupe, 174, 182
 Fanodórmio (Intoxicação), 132
 Farmacopeia Portuguesa (Preparados inscritos), 249
 Fava-de-santo-inácio (Intoxicação), 149
 Febre amarela, 92
 — dos fenos, 322 (2)
 — perniciosa, 193
 — tifóide, 4, 70, 194, 322 (1)
 Fenacetina (Intoxicação), 127
 Fenazona (Intoxicação), 125
 Fenobarbital (Intoxicação), 132
 Fenol (Intoxicação), 144
 Feridas infectadas, 324 (2), 327 (1)
 Ferro dos alimentos, 340
 Feto macho (Intoxicação), 152
 Fezes (Colheita para análise), 355
 Fibrilação auricular, 324 (1)
 Fibrilação ventricular, 200
 Fígado de estase aguda, 185
 Figueira-do-inferno (Intoxicação), 149
 Filicina (Intoxicação), 152
 Fisostigmina (Intoxicação), 153
 Flebóclise, 222, 224

Flebotomia, 241
 Fleimões do mediastino, 185
 — da parede torácica, 185
 Flexão do uréter, 25, 186
 Fluoreto de sódio (Intoxicação), 153
 Fluoretos solúveis (Intoxicação), 153
 Fluossilicato de sódio (Intoxicação), 153
 Formalina (Intoxicação), 154
 Formol (Intoxicação), 154
 Fórmula de LEWINS, 334
 Fórmulas officinais, 249
 Formulário magistral, 293
 Fósforo dos alimentos, 340
 — (Intoxicação), 154

Fosgénio (Intoxicação), 167
 Fracturas abertas da abóbada craniana, 176
 Fragilidade vascular, 79
 Frequência do pulso em diferentes idades, 368
 Frequência respiratória em diferentes idades, 368
 Fricções mercuriais, 314 (2)
 Frieiras, 324 (2)
 Funções digestivas, 355

G

Gangrena, pulmonar, 77
 Gardenal (Intoxicação), 132
 Gás carbónico (Intoxicação), 127
 — de iluminação (Intoxicação), 166
 Gases de combate (Intoxicação), 167
 — das fossas (Intoxicação), 157
 Gasolina (Intoxicação), 134
 Gastrenterite infantil, 4
 Gastrite, 81, 185

Gastrorragia, 81
 Gestaçào (Duração), 363
 Glaucoma, 310 (2)
 — agudo, 72
 Glicosúria, 27, 28
 Glomerulonefrite aguda, 73, 210
 — difusa crónica, 28, 208, 210
 Gonococias, 320 (2)
 Golpe de calor, 96
 Gota espessa, 194
 Gota-a-gota rectal, 220
 Gravidez, 54, 304 (2)
 — (Duração), 363
 — extra-uterina, 4, 75, 186
 Gripe, 303 (1)
 Grupos sanguíneos, 241

H

Heléboro branco, 173
 Hematemese, 75, 81
 Hematológico (Exame), 351
 — (Quadro — do adulto), 361
 — (Quadro — infantil), 362
 Hematoma intracraniano, 177
 — subdural, 33
 Hematoporfíria aguda, 95
 Hemianopsia, 63
 Hemisrania, 62
 Hemiplegia, 5, 6
 Hemocultura, 352
 Hemofilia, 70
 Hemogenia, 70
 Hemograma de SCHILLING, 361
 Hemorragia aracnoidea, 36
 — cerebral, 5, 27
 — esofágica, 76
 — exterior, 79
 — gástrica, 81
 — hemorroidária, 87
 — intestinal, 70
 — intraperitoneal, 75
 — nasal, 66, 177

Intoxicações alimentares, 124
 — por venenos gasosos (Hemoptises), 58
 Invaginação intestinal, 94
 Inversão aguda do útero, 173
 Iodo (Intoxicação), 159

J

Jaborandi (Intoxicação), 168

K

L

Lacerações do colo do útero, 85
 — — perineo, 85
 — da vagina, 85
 Lacrau (Picada), 189
 Lactilfenetidina (Intoxicação), 127
 Lactoflavina, 342
 Laringite aguda infraglottica, 182
 — diftérica, 45, 175, 182
 — estridulosa, 174, 182
 Láudano (Intoxicação), 162
 Lavagem do estômago, 110, 229
 Lesões das coronárias, 185
 — traumáticas do encéfalo, 31, 176
 — valvulares cardíacas, 5
 Leucocitose, 3, 22, 158, 180, 183, 187, 188
 Linfogranulomatose da parede torácica, 185
 Lipotimia, 17, 199

Líquido ascítico (Colheita para análise), 343
 — cefalorraquidiano (Composição), 362
 — cefalorraquidiano (Colheita para análise), 356
 — pleural (Colheita para análise), 353
 Loendro (Intoxicação), 146
 Losna (Intoxicação), 149
 Luminal (Intoxicação), 132

M

Magnésio dos alimentos, 340
 Mal de BRIGHT, 29, 207
 Malária, 193, 303 (1)
 Mandrágora (Intoxicação), 160
 Mão em garra, 202
 Mão de parteiro, 202
 Mastoidites, 74
 Mata-lobos (Intoxicação), 119
 Medicação durante o período menstrual, 335
 Medicamentos officinais, 249
 — para os quais é indispensável receita médica, 290
 Meimendro (Intoxicação), 157
 Melena, 81
 Melena (Pesquisa laboratorial), 356
 Meningismo, 36
 Meningite aguda, 36
 — cerebral, 31
 — pneumocócica, 32
 Meningites, 186
 Meningococias, 320 (2)
 Menstruação (Medicação durante a —), 335
 Mercúrio (Intoxicação), 160
 Metastases cancerosas, 29
 Meteorismo intestinal, 299 (2)
 Metilomorfina (Intoxicação), 140

- Método de SHÄFER (Respiração artificial), 9, 10
 Miastenia grave, 318 (2) 322 (2)
 Micoses pulmonares, 77
 Mordedura de vibora, 179
 Mordeduras da língua, 65
 Morfina (Intoxicação), 162
 Morte aparente, 8, 21
 Movimentos respiratórios (Frequência em diferentes idades) 367
-
- N**
- Naftalina (Intoxicação), 163
 Napelo (Intoxicação), 119
 Narcolepsia, 316 (2)
 Narcophin (Intoxicação), 162
 Necrose aguda do pâncreas, 180, 185, 187
 Neutralizantes gástricos, 317 (1)
 Neuropatias, 68
 Nevralgia intercostal, 23
 — do trigêmeo, 181
 Nicotinamida, 343
 Nitroglicerina (Intoxicação), 131
 Nitrobenzol (Intoxicação), 165
 Noz-vômica (Intoxicação), 149
-
- O**
- Obstrução do canal raquidiano, 236
 — intestinal, 93
 Obstruções laringeas e traqueais, 182
- Ocitócicos, 297 (1), 310 (2), 311 (1)
 Oclusão coronária, 182
 — duodenal, 47
 — intestinal, 93
 Ofideos peçonhentos, 179
 Óleos essenciais (Intoxicação), 149
 Oligúria, 74
 Ópio (Intoxicação), 162
 Opistótono, 204
 Opressão torácica, 199
 Optalidon (Intoxicação), 132
 Orla gengival de BURTON, 26
 Osmoterapia, 294 (2), 309 (2), 323 (2), 324 (2)
 Otites, 74
 Otorragias, 177
 Oxalatos (Intoxicação), 118
 Óxido azótico (Intoxicação), 167
 — de carbono (Intoxicação), 166
 Óxidos de azoto (Intoxicação), 167
 Oxigenoterapia, 231
 Oxiurase, 324 (2), 327 (2)
-
- P**
- Palpitações, 199
 Paludismo, 31, 193
 Pancreatite aguda ou hemorrágica, 28, 180, 184, 185, 187
 Pantopon (Intoxicação), 162
 Paracentese abdominal, 232
 Paracetofenetidina (Intoxicação), 127
 Parkinson (Doença e síndrome), 298 (2), 316 (2), 322 (1)
 Parto (Determinação da data), 353
 Pelagra, 304 (2)
 Perfuração duodenal, 4, 187

Quinina (Intoxicação), 169

R

Raticidas (Intoxicação), 172
 Reacção de ASCHEIM-ZON-
 DEK, 349
 Regime de SCHMIDT, 355
 Regra de COWLING, 333
 Respiração artificial, 8, 9, 10,
 238
 Retinite angiospástica, 28, 209
 Reumatismo articular agudo,
 295 (1)
 Riboflavina, 342
 Rigidez extra-piramidal, 298 (2)
 Rim flutuante, 186
 Rinite atrófica, 318 (2)
 Riso sardónico, 204
 Ruptura de aneurisma da
 aorta, 75
 — da aorta, 184
 — de cisto ovárico, 187
 — — cistos equinocócicos, 187
 — — gravidez extra-uterina,
 75, 187
 — do miocárdio, 184
 — de pionefroses, 187

S

Sabina (Intoxicação), 149
 Sal de azêdas (Intoxicação),
 118
 Salicilfenetidina (Intoxicação),
 127
 Salitre (Intoxicação), 131
 Salpingite estreptocócica, 188

Salva (Intoxicação), 149
 Sandoptal (Intoxicação), 132
 Sangria, 240
 Sangue (Colheita para aná-
 lise), 349
 — (Composição), 359
 — (Quadro hematológico), 361
 — nas fezes (Pesquisa labora-
 torial), 356
 Santonina (Intoxicação), 170
 Sarampo, 295 (2)
 Saridon (Intoxicação), 132
 Saturnismo, 26, 95
 Segrêdo profissional, 113
 Sezonismo, 31, 193
 Sífilis, 312 (2), 314 (1), 315 (1),
 321 (2)
 — pulmonar, 77
 Sinal de BLUMBERG, 186
 Síncope vagal, 313 (2), 322 (2)
 Síndrome de STOKES-ADAMS,
 34, 313 (2), 322 (2)
 Sintomatologia das intoxica-
 ções agudas, 100
 Sinusites, 74
 Soda cáustica, 171
 Soluções, 195
 Soluto de aldeído fórmico (In-
 toxicação), 154
 Somnifeno (Intoxicação), 132
 Sonda de NÉLATON, 219
 Sonéryl (Intoxicação), 132
 Sonolência, 27
 Soro anti-ofídico, 179
 — de RINGER, 301 (1)
 — sangüíneo (Composição), 359
 — de TYRODE, 301 (1)
 Status epilepticus, 64
 — hypoparathyroidicus, 318 (1)
 Suco duodenal (Colheita para
 análise), 355
 — gástrico (Colheita para aná-
 lise), 355
 Sublimado corrosivo (Intoxica-
 ção), 160
 Submersão (Asfixia), 9
 Sudação abundante, 91

Sulfonal (Intoxicação), 132
 Supurações bronquectásicas, 185

T

Tabe, 95, 197
 — inversa de SCHAFFER, 197
 Tálho (Intoxicação), 172
 Tamponamento das fossas nasais, 67
 — intrauterino, 86
 Tanacetol (Intoxicação), 149
 Taquicardia paroxística, 199
 — sinusal, 319, (1), 324 (1)
 Temperatura rectal, 368
 Tendões de oxigénio, 84, 239
 Ténias, 307 (2)
 Tensão arterial em diferentes idades, 368
 Terça maligna, 31, 193
 Tetracloreto de carbono (Intoxicação), 172
 Tetania, 36, 202
 Tétano, 65, 204
 Tiamina, 341
 Toracentese, 41, 241
 Torção de cisto ovárico, 4, 206
 — de fibromas uterinos, 206
 — do grande epíploo, 206
 — — pediculo do baço, 206
 — da trompa uterina, 206
 — do uréter, 25, 186
 Torções viscerais, 206
 Tóxicos (Receituário), 290
 Tracções rítmicas da lingua, 8, 10
 Transfusão de sangue, 241
 Traqueotomia, 245
 Tratamento anti-sifilítico, 35, 315 (2)

Tratamento geral das intoxicações, 110
 — insulínico, 92
 Traumatismo craniano, 31, 32
 — obstétrico, 36
 Traumatismos ostearticulares, 206
 — da parede abdominal, 95
 — torácicos, 77, 185
 Trismo, 204
 Tromboflebite hemorroidária, 88
 Trombose das artérias coronárias, 183
 — cerebral, 5, 27
 — das veias suprarrenais, 98
 Tromboses hepáticas, 185
 — do plexo prostático e do plexo uterino, 60
 — da veia porta, 187
 — venosas, 60, 61
 Tubo de FAUCHER, 229
 — de LEVIN, 215, 230
 Tumores cerebrais, 33
 — do fígado, 92
 — das ilhotas de LANGHERANS, 92

U

Úlcera gastroduodenal, 81, 185
 Úlceras infectadas, 324 (2), 327 (1)
 Uremia aguda, 207
 — eclâmptica, 209
 — e pseudo-uremia agudas, 29, 207
 Urina (Colheita para análise), 347
 Urina (Volume diário em diferentes idades), 368

Urinária (Excreção), 359
 Urticária, 300 (1), 322 (2)

V

Valor proteinico dos alimentos, 344
 Vapores rutilantes (Intoxicação), 167
 Veramon (Intoxicação), 132
 Veratrina (Intoxicação), 173
 Vespas (Picada), 189
 Vibora (Mordedura), 179
 Vitamina A, 340
 — B₁, 341
 — B₂, 313 (1), 342
 — B₆, 342
 — C, 343
 — D, 344
 — E, 344
 — K, 344
 Vitaminas dos alimentos, 340
 Vólvulo, 94
 Vômitos, 91, 211

Vômitos acetonémicos, 212
 — da gravidez, 304 (2)
 — de sangue, 75

W

X — Y

Xantorreacção de BECHER, 29,
 208

Z

Zinco (Intoxicação), 138



ACABOU DE SE IMPRIMIR AOS 11 DE
JULHO DE 1941, NAS OFICINAS DA
IMPrensa PORTUGUESA, DA RUA
FORMOSA, 108-116, PÔRTO, PARA AS
EDIÇÕES LOPES DA SILVA,
DA RUA CHÃ.



RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329674381

