

A SANCRIA NA TERAPEUTICA ACTUAL

TESE DE DOUTORA-
MENTO, APRESEN-
TADA A FACULDA-
DE DE MEDECINA DO
PORTO POR
BASILIO CERVEIRA

185/3 FNP

PORTO MCMXX

TIPOGRAFIA MARQUES

(com of. de encadernação anexa)

R. Gonçalo Cristovão, 191 - PORTO

== A sangria ==
na terapêutica actual

Basilio Ribeiro de Souza Pinto da Cerveira



A sangria na terapêutica actual

Tese de Doutoramento

Apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto



Abril-1920

Saculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia geral e especial	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.
Farmacologia	Prof. Dr. José de Oliveira Lima.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patologica	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Bacteriologia e Parasitologia	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Medicina operatoria e pequena cirurgia	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clínica obstetrica	Vaga (1).
Histologia da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifilografia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Vaga (2).

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo	} lentes catedraticos.
Pedro Augusto Dias	

-
- (1) Cadeira regida pelo Prof. liv Manuel Antonio de Moraes Frias.
(2) Cadeira regida pelo Prof. ordinario Antonio de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.
(Art. 15.o § 2.o do *Regulamento Privativo da Faculdade de
Medicina do Pôrto*, de 3 de Janeiro de 1920).

A minha

Mãe

A' sagrada memôria de meu

Pai

A minhas irmãs

Bertha, Maria Emilia e Laura

A meu irmão

Manoel

A meus sobrinhos

Maria e Antônio

A meus Tios

Antônio Alberto da Cerveira Pinto

e Raposa

A meus cunhados

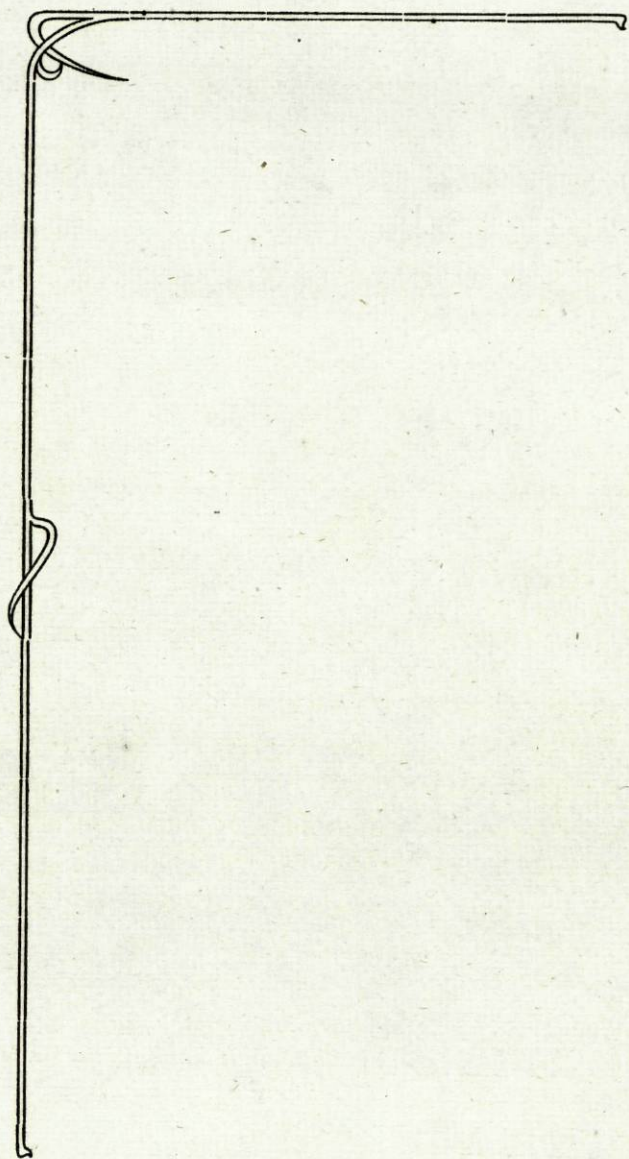
Eduardo Reimão Barbedo Pinto

e

Luiz Barros Virgolino

A' memória de meu cunhado

Antônio Augusto Pinto de Almeida



Este pequeno trabalho sôbre a sangria, foi-me determinado não sómente pelo importante papel que êste antigo processo de tratamento hoje desempenha em determinados processos patológicos mas, ainda, pelas inúmeras discussões que tantas vezes originou.

De facto, depois de atravez dos tempos ter sofrido tantos e tão rudes golpes, a ponto de quasi se transformar num elemento de simples valôr histórico, surge de novo da sombra do esquecimento, baseado agora em princípios fisiológicos bem determinados, identicamente a vários

outros processos terapêuticos, pelo que, no tratamento de determinadas doenças, consegue fóros de indispensavel.

É isto que justifica o meu estudo cuja matéria divido nos seguintes capítulos :

- I — A sangria na antiguidade.*
- II — A sangria na época actual.*
- III — Técnica dos diferentes processos de sangria.*
- IV — Indicações.*
- V — Observações.*

Como última prova do meu curso de medicina, sei bem quão modesta ela é; no entanto, espero que o Ex.^{mo} Júri me leve em conta a boa vontade que a ela presidiu.

*

*

*

Ao Ex.^{mo} Professor Tiago de Almeida, meu illustre Presidente de tese, apresento os meus agradecimentos com a minha admiração.

CAPÍTULO I

A sangria na antiguidade

NÃO nos referindo já, à probabilidade de Podaliro, filho de Esculápio, ter feito a primeira aplicação da emissão sangüínea, assinalamos, entretanto, que os Egípcios e os Scitas praticaram esta operação nos primeiros séculos da sua existência.

De então para cá, a sangria, sempre conhecida, foi-se sujeitando às muitas modalidades com que os critérios de cada época a transformaram, modalidades que redundavam em períodos de apologia e períodos de ataque e decadência.

Assim, vemos Hipocrates e seus adeptos, 460 anos antes de Cristo, concederem-lhe fóros do mais valoroso processo de tratamento e cria-

rem-lhe assim um dos mais áureos períodos. No entretanto, 100 anos depois, Erasistrato ofuscalhe o esplendor anteriormente criado, declarando-se seu inimigo e argumentando com as concepções filosóficas da época.

De facto, pensava-se então que a alma residia no sangue, e, abrir uma veia, era facilitar a fuga daquela, o que constituia um grave perigo.

Posto, porém, que o mestre aconselhasse os seus discípulos a não praticarem a sangria, o facto é que êstes se davam à discussão das contra-indicações da flebotomia.

Primeiro, uns, não sabiam descriminar a veia da artéria; outros, julgavam deixar escapar a *pneuma*, sôpro vital que o pulmão aspira; outros, ainda, rejeitavam a flebotomia, porque doentes havia que tinham morrido por medo ou síncope; acrescentavam outros, enfim, «não ser possível determinar ao certo a quantidade de sangue a tirar, e que, se a quantidade de líquido nutritivo que saía era menor do que a quantidade precisa, nada se tinha utilizado; se era maior, corria-se o risco de matar o doente».

Galeno, modificando, a seu modo, a fórmula hipocrática, *a natureza cura as doenças*, fazia também a aplicação da sangria.

António Gomes Lourenço, na arte flebotômica, diz: «Seis intenções queriam os antigos, que a sangria satisfizesse, e, por isso, mandavam sangrar em diversas partes do corpo. Muitos, porém, considerando como se faz a circulação do sangue, querem que só satisfaça à intenção de evacuar. As seis intenções, diziam os antigos que eram para evacuar, para divertir, para atrair, para alterar, para preservar e para aliviar».

Leonardo de Pristo refere mais duas: de curar e de ventilar.

São de Zacuto Lusitano as seguintes considerações: «A sangria é de grande utilidade quando na virilidade os indivíduos apresentam dores intensíssimas de cabeça.

Nos indivíduos de idade avançada está contraindicada aquela operação, a não ser que se mostrem musculosos, robustos e com o sistema sangüíneo muito desenvolvido; nas supressões de menstruação a flebotomia do pé é de incontestável vantagem; nas mulheres grávidas, deve haver grande cautela em praticar a sangria, porque, sendo intempestiva e imoderada, pode provocar o abôrto; a flebotomia é muito necessária para os casos de inflamação dos olhos, etc».

Galeno empregou a sangria, tendo o cuidado de olhar ao vigor do paciente, nunca sangrando antes dos 14 anos, e procurando de preferência o princípio da doença como melhor época para a operação. Quanto ao logar da operação, umas vezes escolhia as veias do braço, outras, as jugulares e as safenas, tendo sempre em vista diminuir a plétora, fazendo a diversão ou revolução sangüínea.

Desta forma se mantiveram as noções médicas até ao século XVI.

Ao entrar no século XVII aparece um adversário de peso: Van-Helmont. Segundo este autor, a sangria tirava ao organismo um elemento necessário ao equilíbrio das suas funções e era julgada como prejudicial, e até, contrária ao fim que se propunha.

Por outro lado, Sydenham, que viveu no mesmo século, aconselhava com grande frequência a sangria abundante, fundamentando esta prática na crença de que toda a doença provinha duma inquinação que sofria o organismo pela aquisição de elementos estranhos que, não sendo idênticos aos humores do organismo, corrompiam e infeccionavam o sangue quando com êle se misturavam.

No século da Renascença, Brissat e Botal, entre outros, advogaram a flebotomia, embora, mais como meio derivativo do que revulsivo, como queria a escola Árabe.

Botal, pouco preocupado com a questão que então se ventilava da prioridade da derivação sobre a revulsão, ou vice-versa, entendia que convinha sangrar, e sangrar muito, em todos os estados mórbidos, fosse qual fosse o ponto em que se sangrasse.

Por esta época, embora as suas opiniões fossem vivamente combatidas a ponto do parlamento de Paris as ter condenado, rapidamente se espalharam por toda a França e pela Península.

Pode dizer-se que a operação da sangria se foi mantendo na ciência médica embora sujeita às modificações de cada médico e sem grande desfavor do mundo clínico.

Da mesma forma, Guy Patin, deu notável incremento á sangria, sendo do domínio médico o conhecimento de grande número de sangrias consecutivas, (20 e mais) que praticavam em certos doentes.

Chirac, seguia a maneira de ver de Guy Patin e, ignorando a importância do líquido nutritivo

na economia, desconhecendo a natureza das suas alterações e julgando erradamente à cêrca da intervenção do sangue nos processos inflamatórios, sangrava até nos estados de saúde, para prevenir os estados mórbidos.

Esta prática frutificou em Portugal a ponto dos frades se sangrarem na primavera. Modernamente, o povo, em determinadas estações do ano e longe dos grandes centros, procura ainda submeter-se à mesma operação com o fim de prevenir doenças.

Em pleno século XVIII usa-se e abusa-se da sangria: Borden, sangra 11 vezes no braço e 5 vezes no pé uma rapariga portadora de um abcesso numa nádega; Hecquel afirma que há sempre muito sangue para viver, e Broussais, que gosou de grande influência no seu tempo com a sua teoria sobre a inflamação, ainda exaggerou mais a mania sangüinária,

Sangrar em todas os casos, eis a única terapêutica conhecida.

Em Portugal, não foi o emprêgo da sangria efectuado com maiores restrições e, assim, para demonstrarmos a importância que no século XVIII se ligava a êste processo de tratamento, basta dizer que as vegetações ade-

noides e uma adenopatia cervical, levaram os médicos a sangrar D. José na idade de 3 anos.

Era então, entre nós, tão frequente a sangria, que não posso fugir à tentação de transcrever o seguinte período extraído do livro «Outros Tempos» do ilustre médico e escritor Dr. Júlio Dantas: «Todo o bom viajante do século XVIII, neste sagrado recanto de Portugal, chamava o padre para o confessar à partida e o barbeiro para o sangrar à chegada».

Todo o abuso determina uma reacção: e, assim, a sangria efectuada a torto e a direito, e em quantidades por vezes desproporcionais — como o fazia Bouillard que em alguns dias subtraía ao organismo 7,15 de sangue — originou a campanha de descrédito levantada por Louis e seguida em 1869 por Beau que se manifestam contra a flebotomia, enquanto Trousseau a reduz ás suas verdadeiras proporções.

Eis que, daí em diante, sob as influências destes dois grande clínicos se deixou de sangrar.

Médicos houve que passaram uma vida inteira de clínica, sem fazer uma sangria,

como em estudantes a não fizeram nem viram fazer.

Enquanto Broussais acusa a plétora e a inflamação como únicas causas morbigénicas, mais tarde alega-se simplesmente a debilidade e a astenia e faz-se com que na terapêutica, a poção de Todd venha substituir a sangria.

Foi ainda um êrro.

CAPITULO II

A sangria na época actual

NA época actual, ocupa a sangria o lugar que muito bem lhe compete, determinado por um mais perfeito conhecimento da fisiologia da circulação e da patologia.

O seu modo de acção está hoje perfeitamente demonstrado, e isto, se por um lado reduz consideravelmente o número de casos em que deve ser aplicada, por outro lado, nomeadamente nas doenças do coração, concede-lhe, por vezes, fóros dum dos mais eficazes processos de tratamento.

O desenvolvimento das sciências médicas, alargando os horizontes anatómicos e dando-nos um mais perfeito conhecimento da funcção san-

guínea, a descoberta dos agentes microbianos e suas toxinas, e conseqüentemente as noções de asepsia e antiseptia, iluminaram êste antigo processo terapêutico e reduziram consideravelmente os acidentes dêle dependentes.

Assim, sabe-se hoje que uma sangria provoca um abaixamento da tensão arterial que, embora volte a elevar-se progressivamente durante as primeiras 24 horas, se conserva no entanto, passado êste tempo, um pouco inferior á tensão primitiva, o que é d'um grande valor para o tratamento das doenças que se fazem acompanhar de hipertensão.

Sabe-se mais que, devido a uma doença infecciosa, um envenenamento ou uma insuficiência de eliminação renal, o organismo se carrega de tóxicas prejudicialíssimas à vitalidade protoplásmica, e que, a sangria, subtraíndo à circulação uma determinada quantidade de sangue, realiza d'uma forma rápida a eliminação duma proporcional quantidade de princípios tóxicos.

Landouzy, estudando êste assunto, demonstrou que, «a depuração de 50 centigramas de matérias extractivas, custava apenas ao nosso organismo 30 gramas pela sangria, 250 gramas pelas secreções alvinas e 1500 gramas pelas uri-

nas, enquanto que a mesma, pela pele, exigia 100 litros de suor».

Lander Brunton, considera a sangria como uma forma de seroterapia e assim, diz: «sou levado a crer que a subtração do sangue por meio de sanguesugas, escarificações ou flebotomia, constitue, até um certo ponto, uma forma de seroterapia: eu penso que, seguidamente à sangria, se produz uma transsudação mais abundante dos líquidos tecidulares para os vasos sanguíneos. Nós modificamos assim a constituição do líquido em circulação e, consequentemente, praticamos uma espécie de seroterapia ou organoterapia».

Esta teoria é suficientemente demonstrada pelos fenómenos osmóticos do nosso conhecimento, efectuados ao nível dos capilares. A perda de qualquer quantidade de sangue, determinando um desequilíbrio entre a coluna líquida sanguínea e o líquido intersticial, origina em seguida um afluxo de líquido tecidular para a corrente sanguínea e por conseguinte a modificação da constituição do líquido circulante.

Com a noção da asepsia e antiseptia, os accidentes inflamatórios (flebitis, linfangites, etc.) outrora tão frequentes, foram afastados; a picada

duma artéria, dados os desenvolvidos conhecimentos anatómicos, tornou-se excepcional, se bem que, na época presente, as conseqüências dêste acidente não sejam para recear.

A técnica operatória, tornou-se perfeita, a ponto de podermos hoje substituir a lancêta ou o bisturi por uma simples agulha de platina, reduzindo ao mínimo a ferida do vaso e dos tegumentos, obstando à formação de trombus, e assegurando uma mais perfeita hemostase.

*
* *
*

A quantidade de sangue a retirar em cada sangria, foi um problema que bastante tempo levou a resolver.

Os antigos, como já foi referido, extraíam por uma só vez, quantidades desproporcionais (dois litros e mais) e ainda, Broussais, sangrava algumas vezes até a síncope, podendo nós relacionar com esta exagerada sangria uma das causas dos inúmeros insucessos.

Baseados no princípio de não ser impunemente que se roubava á circulação geral uma tão grande quantidade de sangue, alguns clínicos

effectuavam pequenas sangrias de 60 a 100^{c. c.} com alguns dias de intervalo.

A verdade é que, hoje, ambos os princídeos são seguidos, mas bem diferenciados na sua aplicação e, assim, a sangria massiça, única, variável entre 500^{c. c.} e um litro, é hoje empregada nos grandes processos dispneicos e tóxicos, mórmente na eclampsia, podendo nós anular os accidentes resultantes d'uma tão grande perda de sangue com a aplicação duma injecção de idêntica quantidade de sôro o que constitue um processo aperfeiçoado e da máxima utilidade. As pequenas sangrias repetidas (60 a 100^{c. c.} uma ou duas vezes por semana) applicam-se nos processos de longa duração.

Na Alemanha, as pequenas sangrias successivas de 60 a 100^{c. c.}, são empregadas no tratamento da clorose, dadas as propriedades hematopoéticas dêste processo.

Carnot, demonstrou que o sangue dum coelho sangrado várias vezes, possui estas propriedades, e que, injectado ao homem em doses de 10^{c. c.}, produz rapidamente um aumento de glóbulos rubros, tendo por êste processo, conseguido grandes melhoras em tuberculosos anemiados.

Tudo o que refiro, demonstra bem a inúmera

luz que sôbre êste assunto se tem feito a ponto desta operação constituir hoje um processo terapêutico duma precisão indiscutível.

*

* *

A sangria comporta duas divisões: a sangria local e a sangria geral.

A primeira, actua sôbre os capilares e efectua-se por intermédio de ventosas escarificadas ou sanguesugas; a sua acção, é puramente local dada a reduzida quantidade de sangue que por êste processo podemos obter e que não vai além de algumas dezenas de gramas, a não ser que prolonguemos por muito tempo a operação.

A sangria geral, reduzida presentemente á flebotomia, efectua-se por intermédio da lancêta, bisturi ou agulha e a sua acção faz-se sentir sôbre as principais vísceras, visto que a quantidade de sangue a eliminar é bastante elevada.

Esta sangria, pode efectuar-se sôbre qualquer veia do corpo, contanto que esta seja suficiente-mente volumosa para poder dar saída à quantidade de sangue requerido; devemos, contudo, dar a nossa preferência a uma veia facilmente dilata-

vel e existente numa região de pele bastante fina, susceptível de deixar observar facilmente, por transparência, o vaso a atacar.

Nestas condições estão as veias da prega do cotovelo, bem visíveis, deixando-se influenciar pelas contracções dos músculos do ante-braço que, combinadas com a compressão circular exercida sobre o braço por intermédio da ligadura, se tornam bem volumosas, facilitando ao máximo a operação.

CAPÍTULO III

Técnica dos diferentes processos

= = = = de sangria = = = =

NA época actual o processo de sangria mais em voga é a flebotomia. Contudo, como os meios e condições em que devemos exercer a nossa actividade profissional podem variar imenso, julgo conveniente referir, embora levemente, a técnica de cada um dos processos de sangria conhecidos, e, assim, falar ainda da aplicação das sanguesugas e ventosas escarificadas.

Sanguesugas. — A sanguesuga é um anelídeo da ordem dos Hirudíneos, que habita os pântanos e as pequenas ribeiras de curso muito lento da Europa e norte de África,

As suas dimensões médias são de 16 centí-

metros de comprimento por 2 de espessura na sua parte mais volumosa.

Ha duas variedades de sanguesugas applicáveis: a verde, (*Hirudo officinalis*) e a cinzenta (*Hirudo medicinalis*). O que nêstes animais se torna mais importante distinguir, é a cabeça da cauda: a cabeça é a extremidade mais adelgada e é constituída por um aparelho de sucção, formada por uma ventosa um pouco côncava, no fundo da qual se abre a bôca munida de três maxilares eguaes, em forma de pequenas serras com as quaes o animal corta os tegumentos, aspirando em seguida o sangue, por intermédio da ventosa; a cauda, é a extremidade mais volumosa e é portadora duma outra ventosa que serve para o animal se fixar ou progredir.

Para que uma sanguesuga se considere boa é necessário que qualquer pressão exercida sobre a porção mais volumosa do animal não origine a expulsão de sangue pela bôca e que o pêso médio do animal seja de dois gramas,

O número de sanguesugas a aplicar é variável com a extensão da região e com a maior ou menor quantidade de sangue a eliminar.

Escolhido o local onde o animal ou animais devem fixar-se, faz-se uma lavagem seguida duma

leve fricção, não sómente para extrair dos tegumentos todas as substâncias capazes de provocar a repulsão dos vermes mas, ainda, para provocar uma vaso-dilatação local susceptível de abreviar a sua fixação aguçando o apetite do animal.

Toma-se depois cada um dos vermes a fixar pela sua extremidade mais volumosa e applica-se a cabeça sobre o ponto a sangrar, ou, então, introduz-se o animal num tubo de vidro que se volta em seguida sobre a região.

Acontece por vezes o animal demorar a sua fixação e, então, deve humedecer-se a região com qualquer substância doce, ou irritar o verme com productos de sabôr desagradável, como sejam, o suco de maçã, o vinho ou a água salgada, e fazer em seguida a sua applicação.

A sanguesuga deve permanecer applicada durante dois a três quartos de hora e deve, durante a sua permanência, aumentar progressivamente de volume,

Se alguns instantes após a sua fixação o animal cai, deve immediatamente ser rejeitado; e, se findo o tempo julgado conveniente não se solto voluntariamente devemos obrigá-lo a tal, tocando a sua extremidade bocal com um pouco de

água salgada, vinho ou qualquer substância ácida.

A quantidade média de sangue retirada pelo animal é de 15 gramas; no entanto, aproveitando-nos da pequena hemorragia consecutiva de que a picada é séde e que por vezes demora várias horas, podemos elevar a sangria a 100 ou 200 gramas.

Depois de terminada a operação, procedemos ao penso da região, tocando a picada ou picadas com tintura de iodo, nitrato de prata, ou a ponta dum termo-cautério, sôbre o que se faz manter durante 24 horas uma compressa de gaze.

*

* *

Os accidentes devidos à applicação das sanguesugas reduzem-se à dôr, que é quasi nula, às infecções (erisipela, flemão, etc.) que presentemente, com a applicação dos pensos esterilizados tem sido afastados, e à hemorragia, sendo êste último accidente o que, de mais grave, devemos ter em vista

A causa desta hemorragia tem originado variados estudos, estando mais ou menos assente que as sanguesugas actuam, injectando nos vasos

uma substância anticoagulante capaz de provocar uma hemorragia regional.

De facto, experiências efectuadas *in vitro*, com êste sangue, demonstraram que êle possui as mesmas propriedades do sangue hemofilico. Como, porém, na época presente podêmos facilmente deter em qualquer momento a hemorragia, quer por meio da compressão, quer pela aplicação de substâncias hemostáticas como a antipirina em solução a 1:10, o tanino que reúne à sua função hemostática propriedades de desinfectante, o sôro antidiftérico ou de cavalo e em último recurso a laqueação do vaso sangrante, êste acidente não é muito para recear.

*
* *
*

Ventosas escarificadas — A técnica dêste processo é a seguinte: Escolhe-se e desinfecta-se a região onde se deve operar e faz-se sôbre ela a aplicação duma ou mais ventosas simples, afim de provocar uma forte congestão local. Após isto, retiram-se estas e com qualquer instrumento cortante, como seja, o bisturi ou a lanceta, faz-se uma série de escarificações (10 ou 15 por cada

ventosa) sôbre a região, que, pelo facto da aplicação prévia da ventosa ou ventosas, se apresenta nitidamente determinada. Algumas gotas de sangue negro, fazem imediatamente o seu aparecimento ao nível das incisões e, então, não nos resta mais do que elimina-lo com uma compressa de gaze esterilizada e fazer novamente a aplicação da ventosa ou ventosas que serão retiradas desde que a quantidade de sangue existente na ampôla assim o determine.

Se a quantidade de sangue retirada não é suficiente, nova aplicação do instrumento podemos efectuar sôbre a mesma região, depois do que efectuamos uma lavagem com água fervida ou com um soluto antiséptico e aplicamos um penso esterilizado que fazemos manter durante um ou dois dias.

Muitos clínicos simplificam esta técnica pondo de parte a aplicação prévia das ventosas simples e efectuando, logo após a lavagem, a série de escarificações, para o que ainda alguns se servem dum aparelho especial conhecido pelo nome de escarificador, cujo modelo mais conhecido, consta de uma caixa metálica cilíndrica fechada de ambos os lados por duas tampas; uma destas é recortada por um certo número

de fendas que servem para dar saída a igual número de lâminas cortantes existentes dentro da caixa e cujo movimento rápido é determinado por um aparelho de relojoaria; a outra tampa tem uma chave destinada a carregar o aparelho e um botão de descarga que serve para no momento oportuno pôr as lâminas em acção.

A aplicação dêste aparelho é das mais simples: depois de lhe ser dada a corda, não nos resta senão fazer a adaptação do instrumento sôbre a região a escarificar, tendo o cuidado de observar que a tampa fendida esteja bem em contacto com a pele.

Depois disto, uma pressão exercida sôbre o botão produz a descarga immediata da corda, que, com o seu movimento rápido, vai fazer saltar atravez das fendas as lâminas cortantes produzindo duma só vez todas as escarificações e dando ao doente a impressão de ter recebido apenas um único golpe.

*
* *

Flebotomia — Uma grande sangria não deve efectuar-se sem que para com o doente tenhamos um determinado número de cuidados prévios.

Assim, nunca praticaremos a flebotomia num doente em pleno período de digestão e actuaremos de forma que êste se possa conservar numa bôa posição que nos será dada pelo decúbito dorsal. No entanto, como nos processos dispneicos intensos o doente não consentirá tal, podemos permitir a posição assentada, desde que as espáduas e a cabeça fiquem bem assentes em travesseiros.

A flebotomia é de preferência efectuada nas veias da região da prega do cotovelo, cuja pele, bastante fina, deixa seguir por transparência o trajecto das arborisações venosas, e por consequência facilita ao máximo o ataque do vaso escolhido.

Presentemente, os processos de abertura duma veia por intermédio do bisturi, lancêta, ou agulha, em quasi nada diferem entre si, a não ser que, nos dois primeiros, o doente sente o sangue correr numa certa extensão do seu membro, o que, nas pessoas de temperamento nervoso, pode provocar qualquer acidente, em quanto que por intermédio da agulha fazemos desaparecer êste inconveniente.

A tècnica da operação é a seguinte: quatro ou cinco dedos acima do ponto escolhido para a

nossa intervenção, detemos a circulação venosa fazendo uma compressão circular do braço por intermédio duma ligadura que fixamos com uma laçada, ou então, com um tubo de borracha que mantemos com uma pinça de pressão.

Depois disto, com uma compressa embebida de álcool, procedemos á desinfecção da região, tendo o cuidado de exercer um certo atrito da extremidade para a raiz do membro afim de provocar um maior afluxo sangüíneo e consequentemente um aumento de volume do vaso. Se êste, apesar disto não se torna suficientemente visível, ordenamos ao doente que durante um certo tempo efectue movimentos de preensão com a mão, afim de facilitar o acesso da coluna sangüínea. Em seguida firmamos o cotovelo do doente com a nossa mão esquerda, de forma que o polegar venha exercer pressão a juzante do vaso a atacar, provocando ainda mais a sua evidência e fixação. Resta agora proceder á abertura; para isso, *operando com bisturi*, devemos agir obliquamente e de forma que a abertura do vaso se faça no sentido sagital ou um pouco obliquamente e que a ponta seja a primeira parte do instrumento a actuar ficando o seu dorso voltado para o polegar do operador.

Este, depois de se certificar num rápido golpe de vista da perfuração da veia pela ponta do bisturi, exerce um rápido movimento de abaixamento do punho, alargando desta forma suficientemente a ferida.

Alguns autores aconselham a descoberta prévia do vaso por dissecação. Isto demora um pouco mais a operação porque obriga a proceder em primeiro lugar à anestesia local, o que, para um doente enfraquecido e inquieto já por uma dispneia intensa ou por outro qualquer motivo, pode dar lugar a uma marcha irregular do resto da intervenção,

Apesar de tudo, este processo tem que ser seguido naquêles indivíduos cuja abundância de tecido celular subcutâneo ou de edemas torna impossível a observação do vaso pelos processos já citados.

A sangria pela lancêta — Pouco diverge da efectuada pelo bisturi. Dada a sua forma especial em duplo cortante, constitue quâsi exclusivamente o primeiro tempo da operação efectuada por este instrumento,

Aberta a veia, o sangue salta em jacto para dentro do recipiente a êsse fim destinado, mas, dentro em pouco, em virtude do seu esvasiamento

contínuo, a quantidade do sangue que sai torna-se cada vez menor; podêmos então, nesta altura, passar qualquer objecto para a mão do doente (um rôlo de gaze, por exemplo) para que exerça sôbre êle movimentos alternados de pressão e relaxamento a fim de facilitar a subida da coluna líquida e por conseguinte a sua saída.

Desde que a quantidade de sangue extraída seja considerada suficiente, ordenamos a um ajudante que solte a ligadura aplicada a montante do vaso, enquanto que nós, mantemos aplicada sôbre a ferida, uma compressa esterilisada.

Após isto, completamos o penso, mas de forma que a ligadura, ligeiramente compressiva, mantenha o antebraço em ângulo recto com o braço.

Sangria pela agulha — Esta forma de sangrar constitue o processo modernamente mais seguido, se bem que muitos clínicos o empreguem apenas nas pequenas sangrias de 100 ou 150^{cc}, alegando a fácil obstrução da agulha pela formação de coágulos.

A verdade é que êste acidente, de facto bastante freqüente, constitue apenas uma ligeira pausa na marcha da operação. porquanto basta

que por intermédio duma seringa de Pravaz se efectue uma ligeira aspiração para que o coágulo se destaque e se restabeleça novamente a saída do líquido. Além disso, o emprêgo de agulhas especiais, mais curtas e de maior calibre que as empregadas para injeções, afasta bastante êste pequeno acidente, que nada vale, se entrarmos em linha de conta com aqueles que a presença dum bisturi pode provocar num paciente nevropata.

A agulha a empregar, deve ter um comprimento médio de um centímetro e meio e o seu calibre não deve ser inferior a dois milímetros; além disto, deve ter um bisel mais curto que o das agulhas vulgares.

Os primeiros e últimos tempos da operação são idênticos aos empregados nos processos pela lancêta ou bisturi; em seguida, fixada a agulha entre o polegar e o indicador da mão direita, é esta introduzida obliquamente, fazendo um ângulo médio de 50° em relação com o eixo da veia, suavemente, não só para que o operador possa observar o caminho por ela percorrido, mas ainda, para obstar a que qualquer movimento brusco possa desviar o vaso do local primitivo, ou faça com que a agulha atravesse duma só vez as duas

paredes da veia. A passagem da agulha atravez da parede anterior do vaso, determina o aparecimento imediato e contínuo do sangue ao nível do pavilhão, o que nos dá a certeza de termos sido bem sucedidos na operação.

Resta, então, deixar sair a quantidade de líquido julgada necessária e, em seguida, retirar a agulha, fazendo ao nível da picada a aplicação duma pincelada de tintura de iodo.

No caso de alguma gotas de sangue continuarem a fazer o seu aparecimento, um pouco de colódio elástico deterá êsse insignificante incidente.

CAPÍTULO IV

—

- - - - Indicações - - - -

COMO nos capítulos anteriores tenho entrado sempre em linha de conta com os três métodos de sangria, ou sejam, pelas sanguesugas, ventosas escarificadas e flebotomia, julgo conveniente, em antes de entrar em considerações sobre as indicações da sangria em geral, fazer algumas referências à oportunidade de cada um dos métodos.

Na época actual, podemos afirmar que, numa intervenção de urgência, o clínico está sempre preparado para efectuar uma flebotomia ou aplicar algumas ventosas escarificadas e raramente para fazer a aplicação de sanguesugas.

De facto, é fácil a qualquer médico fazer-se

acompanhar dum instrumento com que possa abrir uma veia ou fazer algumas escarificações sobre a pele do doente, improvisando em seguida uma ventosa com um pequeno copo de vidro; já não é fácil, porém, encontrar sanguesugas em todos os logares onde tenha de exercer a sua actividade profissional.

No entanto, a aplicação de sanguesugas ainda hoje está indicada nas pequenas emissões sangüíneas locais sempre que o processo patológico se faz acompanhar de fenómenos congestivos e dolorosos bem localizados, e que o indivíduo por qualquer motivo, não permite outro processo de sangria; quando a forma da região, o seu estado inflamatório ou a emaciação do doente obsta á fixação das ventosas e, ainda, quando a emissão sangüínea a efectuar sobre um ponto bastante restricto tem de ser considerável.

Presentemente, nos grandes centros, a aplicação de sanguesugas, quando se efectua, não vai além dos seguintes casos: nas congestões cerebrais, fazendo-se a sua aplicação nas mastoides e nas congestões renais, com fixação no triângulo de Petit.

Ao contrário disto, nalgumas terras da provincia este processo terapêutico mantem ainda um mais vasto campo de applicação.

Ventosas escarificadas. — Tendo em vista os inconvenientes já citados, determinados pela aplicação das sanguesugas, parece-me justo preferir o emprêgo das ventosas escarificadas em todos os estados inflamatórios locais, sempre que a forma ou o estado da região o permita.

De facto, por êste processo, mais fácilmente se podem pôr em prática os preceitos de asepsia, obstar à hemorragia consecutiva resultante da hemofilia local que esta espécie de anelídeos provoca, e ainda, o que muito é para atender, subtrair o doente ao contacto do animal, que para muitos se torna imensamente repugnante.

Presentemente, as ventosas escarificadas são muito úteis nas congestões renais, com aplicação ao nível das regiões lombares; nas congestões pulmonares, resultantes tanto duma infecção gripal como dum mal de Bright ou duma arterio-esclerose; nas congestões hepáticas e esplénicas e, ainda, ao nível da região precordial para certas doenças cardíacas, como sejam, pericardites e endocardites, sempre que a táquicardia, a dispneia ou os fenómenos dolorosos se tornam mais notáveis.

A sangria por flebotomia — Como processo de sangria geral, deve ser empregada sempre que,

pela subtracção duma determinada quantidade de sangue à circulação geral, nós queiramos reduzir o trabalho de algumas vísceras do nosso organismo, ou ainda, eliminar á corrente sangüínea substâncias tóxicas, tanto de origem interna como externa, susceptíveis de pôr em risco a vida do doente. Sôbre êste ponto de vista, A. Robin diz o seguinte: «É o meio mais poderoso de que podêmos lançar mão para desembaraçar o organismo dos micróbios e sobretudo das suas tóxicas que são a causa de todo o mal.

Dêstes princípios, resulta a classificação da sangria geral em «*depletiva e depurativa*», classificação esta que alguns autores modificaram, considerando ainda uma sangria hematopoética. Esta última propriedade terapêutica da sangria, foi já tocada, embora levemente, no capítulo II, e a sua aplicação, baseada em princípios experimentais, tem sido efectuada por alguns clínicos alemães e com bons resultados.

Entre nós, não é do meu conhecimento que a sangria tenha sido efectuada com um tal fim.

A sangria depletiva. — Tem um papel indiscutível nős casos de hipertensão arterial sempre

que o doente se veja ameaçado duma hemorragia ou congestão cerebral.

De facto, nêstes casos, uma sangria semanal de 100 ou 150^{cc} diminue a tensão arterial e, consequentemente, reduz a sintomatologia dela resultante.

No início da hipertensão arterial ligada á artério-esclerose podem aparecer sintômas de congestão cefálica as quais Thierry descreve da seguinte forma: «O rôsto do doente é vermelho, facilmente cianosado e a vista injectada, sente a cabeça pesada, tonturas, vertigens, zumbidos nos ouvidos, angústia torácica sobretudo após as refeições, as emoções, e os trabalhos intellectuais.»

Nêstes casos, aconselha Huchard uma sangria de 300^{cc} afim de diminuir a tensão venosa que pode constituir um perigo.

A sangria no curso duma asistolia, reduz o trabalho do coração tornando-se assim um poderoso factor do levantamento cardíaco.

Deve ser empregada sempre que a compensação cardíaca seja insuficiente e, dêste modo, considera-se uma medicação de urgência em todas as assistolias dependentes duma cardiectasia, nas estases e congestões passivas, na adipose car-

díaca, nos acidentes grávido-cardíacos originados quer numa antiga lesão mitral, como seja um retraimento, quer numa dilatação cardíaca dependente duma degenerescência grávidica do miocárdio, em que o aumento da tensão venosa e as estases da coluna sangüínea constituem um acidente gravíssimo incapaz de ser debelado pelos processos usuais, como sejam, o repouso, o regimen lácteo e a digitális; neste caso, uma sangria constitue o único processo de terapêutica, pois que, reduzindo o pêso da coluna líquida, facilita a circulação geral e dá lugar a que a digitális possa depois ser administrada com sucesso.

No edema agudo do pulmão, quer de natureza mecânica, quer infecciosa, a sua função como processo terapêutico de urgência está em absoluto demonstrada.

A sangria como agente de depleção, constitue por vezes uma terapêutica de urgência, imensamente eficaz.

A sua acção, como já foi referido, consiste em subtrair á corrente circulatória, duma forma rápida, um certo número de productos tóxicos susceptíveis de provocar graves alterações do equilibrio e constituição globulares e consequentemente das vísceras mais importantes do nosso

organismo, alterações essas que se traduzem por congestões intensas das quais resultam por vezes complicações duma tal gravidade, como sejam, a uremia e o edema agudo do pulmão, que obrigam o médico a estar sempre de sobreaviso, para não se sujeitar ao desgosto de assistir á morte do doente pela falta de não ter efectuado uma sangria a tempo.

Porêem, segundo A. Robin, a sangria não actua simplesmente pelas tóxicas que elimina á circulação, mas ainda, diz êle «auxiliaria o organismo a desembaraçar-se das tóxicas, oxidando-as e transformando-as por esta oxidação em productos pouco tóxicos muito solúveis facilmente elimináveis.

Os fenómenos produzidos pela sangria, não seriam pois, mais do que o resultado da suppractividade dos fenómenos da nutrição elementar».

Seja porêem, qual fôr o seu modo de acção, o que hoje se sabe e está perfeitamente demonstrado é que, na uremia aguda ou sôbre-aguda, qualquer que seja a causa ou a forma clínica, na eclampsia puerperal e ainda, no edema agudo do pulmão, já citado a propósito das complicações nas cardiectasias, a sangria constitue um tratamento de urgência indispensável.

Quando numa nefrite aguda surgem fenó-

menos urémicos, uma sangria de 400 a 500^{cc} pode debelá-los por completo.

A sua acção é tão incontestável que doentes há, que, após ela, conseguem sair do coma e outros, na eminência asfíxica, começam a normalisar a sua respiração.

Nêstes casos, a sangria apresenta-se sob uma tríplice acção: antitóxica, descloretante e descongestionante.

A sangria na eclampsia tem sido empregada desde os mais antigos tempos pela maior parte dos parteiros como M. Lachapelle, Dubois, Cazeaux e, ainda, Delpaul que chegava a subtraír à paciente dois litros de sangue duma só vez.

Bard, declara que os excelentes resultados colhidos pela sangria no tratamento da eclampsia fazem com que, apesar de todas as objecções que se teem feito a êste processo terapêutico, êle se mantenha na prática. Fabre aconselha-o em todos os casos de hipertensão notável, isto é, 20 a 25 centímetros no oscilómetro Pachon, mas isto, nas mulheres fortes e vigorosas, nas quais o edema e a hemorragia cerebral são para temer.

Genin e Gueniot aconselham uma sangria de 300 a 400^{cc} logo que se desconfie duma eclampsia, muito embora os accidentes não tenham feito ainda

o seu aparecimento e por pouco elevada que seja a tensão arterial.

Depois do acesso declarado, a não ser que a doente acabe de fazer uma hemorragia de «*delivrance*» a sangria deve ainda ser praticada, e tanto mais abundante quanto maior fôr a tensão arterial, ou seja, de 200 a 400^{cc} se o pulso é pouco tenso, de 600 a 800^{cc} se a tensão arterial é muito elevada.

Se ao fim de 24 a 36 horas a hipertensão persiste e a mulher se apresenta muito congestionada, pode repetir-se a sangria.

Maygrier diz : que «quando os sintômas revestem uma grave intensidade (perturbações da visão indo até á cegueira, agitação extrema, etc.) uma sangria geral ou local (ventosas escarificadas sôbre os rins) pode prestar grandes serviços ; uma sangria de 300 a 500^{cc} está indicada quando a mulher é pletórica, apresentando um pulso cheio, hipertenso, ou quando existe febre».

Presentemente e a pesar de estar aconselhado não levar uma sangria além de 1000^{cc} o tratamento da eclampsia na maternidade de Paris consiste essencialmente numa sangria muito copiosa indo até 1500^{cc}, a não ser que esteja contraíndicada pelo acentuado estado de fraqueza da doente em cujo caso se reduz a 500 ou 300^{cc}.

No edema agudo do pulmão, como já referi, seja qual fôr a sua origem, podêmos afirmar que a vida da doente depende duma sangria de 500 a 800^{cc} efectuada a tempo.

Os fenómenos dispneicos, a tosse, a angústia e o pulso melhoram consideravelmente e nós, embora não possamos restabelecer as funções vitais ao nível da porção invadida, opomos contudo uma barreira à marcha ameaçadora do processo.

*

* *

Alguns autôres mandam ainda empregar a sangria num grande número de doenças dos diferentes aparelhos, como sejam :

Aparelho respiratório — Na pneumonia a sangria passou por uma época em que, em todos os casos, era sistematicamente aplicada.

Como porém, as mais das vezes, os resultados não eram nada lisonjeiros, imediatamente foi por completo posta de parte o que resultou numa falta, pois que, nomeadamente em certas complicações pneumónicas, apresenta êste processo de tratamento a sua oportunidade.

Hoje, a sangria é efectuada *nos pneumónicos pletóricos* com um fundo de artritismo, apresentando uma dispneia violenta, a face cianosada, as veias do pescoço dilatadas e uma expectoração mucosa e sanguinolenta demonstrando uma congestão pulmonar grave.

Quando a pontada do lado é muito intensa, um sangria de 200 a 500^{cc} atenua-a consideravelmente.

Na bronquite aguda do adulto com dispneia e febre, uma subtracção de 150 a 200^{cc} de sangue traz ainda bastantes melhoras.

Finalmente, em todas as congestões pulmonares secundárias, revelando uma certa gravidade, devemos ter sempre em vista que uma sangria efectuada a tempo, pode constituir o tratamento de maior valor.

Sistêma nervoso — Nas *meningites* e nas *mielites agudas* e nas *convulsões infantis*, os professores Grasset e Vires recomendam a sangria. Ela desembaraça o organismo dum certo número de tóxicas e exerce ainda uma acção descongestionante.

Nas doenças por auto-intoxicação — Em certos artríticos pletóricos, nomeadamente nos gotosos,

apresentando fenómenos congestivos, como sejam, vertigens, cefaleias e sonolência, está a sangria aconselhada.

Nas doenças infecciosas — Certos autores aconselham o seu emprêgo, tendo em vista que o processo morbido é o resultado duma intóxicção de origem microbiana. No entanto, a sangria geral deve ser manejada com imensas precauções e sómente em indivíduos bastante vigorosos, limitando-se o clínico, nos outros casos, a fazer simples emissões sangüíneas regionais.

Na gripe a sangria tem sido efectuada nas suas complicações pulmonares e renais.

Nas intóxicções agudas. — Quando a acção do médico se exerce algumas horas após a absorpção do tóxico, isto é, quando êste já tem passado para a circulação, além do tratamento geral, deve ser efectuada uma boa sangria de 500 a 800^{cc} para eliminar uma certa quantidade de veneno, a qual fazemos seguir duma injeccção intravenosa de igual quantidade de sôro fisiológico, afim de diluir a quantidade restante e facilitar assim a sua eliminação pelos rins.

— — Observações — —

I

Doente A. M. da 2.^a Cl. M. — Enf. E. S. n.º 16.

Idade 37 anos.

Entrada em 25-10-919.

Diagnóstico. — Asistolia.

Em 21-1-920 a doente encontra-se sentada no leito com movimentos respiratórios superficiais e muito freqüentes; cianose da face e dos lábios, veias do pescoço engorgitadas; pulso freqüente e pequeno.

Congestão das bases pulmonares. Edemas periféricos e uma forte oligúria (200 c. c.).

Feita uma sangria de 150^{c.c.}, a cianose diminue imediatamente, a dispneia atenua-se e o pulso torna-se menos freqüente. Pouco depois, já a posição horizontal se torna possível e a congestão pulmonar diminue um pouco, bem como os edemas, elevando-se a diurese nos dias seguintes a 700^{c.c.}, 900^{c.c.} e 1000^{c.c.}.

Em 22-2-920 a doente volta a ter dispneia e os edêmas aumentam; apresenta-se bastante cianosada e tem vômitos; a oligúria acentua-se.

Faz-se uma nova sangria de 100^{c.c.} cujos benéficos efeitos se sentem imediatamente, no que respeita à dispneia, á cianose e aos vômitos. No entanto sôbre os edemas e a oligúria a sua acção não se manifesta tão clara como quando da primeira sangria.

Êstes últimos sintômas eram desta vez menos acentuados que no acesso anterior.

II

M. B. de 40 anos — doméstica de Arêgos

Diagnóstico. — Broncopneumonia.

Esta doente adoeceu durante a epidemia da gripe e a sua sintomatologia determinou o diagnóstico citado.

Além dos sintômas característicos revelados pela auscultação entre os quais prevalecia a forte congestão das bases pulmonares, manifestava ainda, cefaleias, hipertensão, uma temperatura de 39° a 39°,5 e uma dispneia intensíssima que a obrigava a estar sempre sentada e lhe provocava insónias.

A terapêutica empregada, foi a aconselhada em tais casos incluindo os metais coloidais.

No entanto, como durante 15 dias toda a sintomatologia e nomeadamente a dispnéia persistia e a doente inervada me pedia afflictivamente que lhe diminuísse aquela «falta de ar» eu, tendo em vista a robustez da doente e a hipertensão existente, resolvi fazer-lhe uma sangria por meio de ventosas escarificadas aplicadas nas bases pulmonares.

De facto, a subtracção de cerca 250 c. c. de sangue trouxe á doente consideráveis melhoras que se traduziram sobretudo por um abaixamento da tensão arterial e da temperatura e por uma considerável redução da dispnéia, o que muito contribuiu para que a doente caminhasse rapidamente para a convalescença visto que com as melhoras produzidas obtive ainda o seu levantamento moral, factor de valor a considerar em qualquer forma de tratamento.

III

C. F. D. — 23 anos, solteira, serviçal. (1918-1919) Reg. de Cl. Méd. 1. (*férias*).

Diagnóstico. — nefrite crónica sifilítica.

Observação á data da entrada para a 2.^a
Clínica Médica (15 de Junho de 1919):

Anorexia, febre, palidez da pele e das mucosas; edemas dos membros inferiores, do tronco, das pálpebras e ligeira ascite; língua saburrosa, vômitos, dôres epigástricas espontâneas e à pressão, diarreia serosa abundante e às vezes sangüinolenta; dispneia, sarridos de congestão e

submacisseez nas bases pulmonares; tosse com alguma expectoração muco-purulenta; pulso 136, muito pequeno, regular, $TM = 11$, $Tm = 5, 5$, ruídos cardíacos ensurdecidos, o 1.º mitral desdobrado; pontos renais e uretrais dolorosos, oligúria abundante e albuminúria (8 grs.); gânglios inguinais volumosos.

Reacção de Wassermann ligeiramente positiva.

Ausência de bacilos de Koch na expectoração.

Em 21 junho.

Os edemas estavam reduzidos aos membros inferiores. Persistia a outra sintomatologia e tinha-se acentuado o emagrecimento e a astenia.

De noite a doente foi tomada de grande agitação, e delírio e impulsões suicidas.

Em 22 de Junho.

De manhã sangria de 150 c.c.

Os efeitos sobre a agitação foram imediatos.

Em 23 de Junho.

Estado comatoso; respiração muito superficial, pálpebras cerradas, pulso 136 muito pequeno e hipotenso.

Em 24 de Junho.

Sangria de 120 c.c. e injeccão de 100 c.c. de sôro glicosado isotónico.

À tarde atenuação dos sintomas e regresso à consciência.

Em 25 de Junho.

Lucidez de espírito completa; pulso 124, movimentos respiratórios freqüentes e superficiais, dispneia, tosse com expectoração muco purulenta, astenia profusa e diarreia.

Nos dias subseqüentes a doente melhorou deste impulso urémico.

Mas a 6 de Julho a energia cardíaca já muito enfraquecida baixou de repente, a taquicardia exagerou-se, o pulso tornou-se filiforme, os sons cardíacos mal se percebiam, a prostração era completa e a doente faleceu no dia seguinte.

Nesta observação fica bem afirmado o valôr da sangria no acesso urémico que acometeu a doente em 21 de junho. Duas únicas emissões sangüíneas de 150 c.c. e 120 c.c. bastaram para dominar a sintomatologia e conjurar a iminência do perigo.

IV

A. F. L., — 24 anos, solteiro, sapateiro
(1918-1919) Reg. de Clínica Médica — 61.

Diagnóstico. — nefrite crónica sifilítica.

Observação á data da entrada para a 2.^a
Clínica Médica (21 de maio de 1919):

Edemas periféricos generalizados e muito
acentuados na face e pálpebras, ascite abundante,
maciszez e sarridos crepitantes nas bases pulmo-
nares, com hidrotorax bilateral confirmado pela
puncção exploradora; ligeira dispneia e ausência
de tosse; oligúria (600^{cc}) e albuminúria abundante

(10 gr.); pontos renais anteriores dolorosos; pulso 80, regular, amplo, $TM = 18$, $Tm = 11$; 1.º ruído soprado no fóco umitral e o 2.º acentuado no foco aortico; gânglios inguinais.

Reacção de Wassermann negativa.

Antecedentes sífilíticos.

Em 1 de junho.

À tarde, algumas horas depois de ingerir um caldo com sal, perdeu a consciência, entrou em convulsões generalizadas, sobrevivendo por crises e seguidas de respiração estertorosa.

Em 2 de junho.

Inconsciência, acessos convulsivos, pálpebras cerradas, midríase, pulso 140, amplo incontinência de urinas e de fezes. De manhã, sangria de 200 c. c., seguida de clister de sene; injeccção de cafeína e inhalações de oxigénio. À tarde: nova sangria de 200 c. c. e injeccção de 5 mgrs. de morfina.

As convulsões não se repetiram de noite.

Em 3 Junho.

Sem convulsões, ainda inconsciente, pulso freqüente pupilas em midríase.

Sôro glicosado e oxigénio em injeccção.

Em 4 de Junho.

Pulso 100, mais regular; respiração mais calma; edema palpebral menos intenso. À tarde começou a abrir os olhos.

A mesma terapêutica da véspera.

Em 5 de Junho.

Pulso regular, tenso amplo e um pouco bradicárdico (60). Melhora de todos os sintomas.

Injecção de sôro glicosado.

Em 6 de Junho.

Consciência recuperada, articulação de algumas palavras; abatimento, sonolência; pulso 72.

Em 7 de Junho.

Lucidez de espirito completa; pulso 84.

As melhoras foram-se estabilizando não voltando o doente a fazer uma recrudescência urémica.

No entanto, como aconteceu na doente anterior, a potência cardíaca marcada pela tensão máxima foi fletindo progressivamente; de 23,5 que marcou em 1 de julho, desceu a 13,5 em 20 do mesmo mez. A tensão mínima não baixou na

mesma proporção e o miocárdio acabou por se esgotar.

Ainda como na observação anterior a sangria revelou bem a sua eficácia no combate da uremia que atacou o doente em 1 de junho.

Foi bem de certo á custa da depuração exercida pelas 2 sangrias do dia 2 que os fenómenos convulsivos se aquietaram.

E a desapareição dêstes indica uma esperançosa diminuição da intoxicação urémica, como se comprovou no decurso da crise.

V

J. S. G. 52 anos, casado, sapateiro (1918
1919) — Reg. de Clínica Médica 23 (*férias*).

Diagnóstico. — Assistolia por enfisema.

Observação á data de entrada (5 de setembro de 1919).

Tacquipneia; edema dos membros inferiores e do tronco, ascite abundante; sinais de enfisema pulmonar e de bronquite crónica; pulso 100, regular e amplo; ruídos cardíacos ensurdecidos; cianose dos lábios, veias do pescoço engorgitadas; oligúria (500 c. c.).

Purgante de sulfato de soda.

Teobromina 3 hóstias de 5 decigramas.

Digitalina X gotas.

Sangria 100 cc.

No dia imediato (7 de Setembro).

A diurese subiu a 1700 cc.; o estado geral é melhor; a dispneia é menos intensa.

TM = 17. Tm. = 9.

Frequência de pulso 120.

Teobromina.

Digitalina.

Nova sangria de 80 cc

Em 8 de Outubro.

A diurese alcançou 2,500; os edemas estão a atenuar-se muito sensivelmente; o doente está muito calmo, dorme bem e respira socegradamente.

As melhoras progrediram e o doente saiu limpo dos seus edemas, clareado da sua cianose, com o impulso asistólico subjugado.

Nesta observação, a despeito de se ter feito uso da teobromina e da digitalina, pôde bem

crêr-se que a acção depletiva da sangria interveio eficazmente para o rápido dominio dos sintomas, diminuindo em 2 dias a cianose e a engorgitação das veias do pescoço, drenando os edemas e elevando o débito urinário de 600 c. c. a 2,1500.

VISTO.

Diogo de Almeida.

PODE IMPRIMIR-SE.

Maximiano Lemes.