

BREVES CONSIDERAÇÕES

SÔBRE

Algumas modalidades de trombo-flebites puerperais

15513 FMP

© Breves considerações ©

○ ○ ○ sôbre ○ ○ ○

© algumas modalidades ©

○ ○ ○ de ○ ○ ○

trombo-flebites puerperais

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina do Pôrto







POR

João Maria de Faria e Vasconcelos



15513 FMP

PÔRTO—1913

Typographia a vapor 
da EMPREZA GUEDES
244, Rua Formosa, 248 
PORTO    

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

AUGUSTO HENRIQUE DE ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETÁRIO

ALVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS E EXTRAORDINÁRIOS

- 1.ª classe — Anatomia { Luís de Freitas Viégas.
Joaquim Alberto Pires de Lima.
- 2.ª classe — Fisiologia e Histologia { António Plácido da Costa.
José de Oliveira Lima.
- 3.ª classe — Farmacologia — João Monteiro de Meira.
- 4.ª classe { Anatomia patológica { Augusto Henrique de Almeida Brandão.
Medicina legal } Vaga.
- 5.ª classe — Higiene e Bacteriologia { João Lopes da Silva Martins Júnior.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
- 6.ª classe — Obstétrica e Ginecologia { Cândido Augusto Corrêa de Pinho.
Alvaro Teixeira Bastos.
- 7.ª classe — Cirurgia { Roberto Belarmino do Rosário Frias.
Carlos Alberto de Lima.
António Joaquim de Sousa Júnior.
- 8.ª classe — Medicina { José Dias de Almeida Júnior.
José Alfredo Mendes de Magalhães.
Tiago Augusto de Almeida.
- História e filosofia médica e ética pro-
fissional — Vaga.

Especialidades

- Psiquiatria — António de Sousa Magalhães Lemos.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento de 23 de Abril de 1840, artigo 155.º)

À SAGRADA MEMORIA

DE

Meu Pai

Tributo de saúdade e respeito.

Á memoria de minha Irmã

Maria da Assunção

Eterna saúdade.

Á MEMORIA

DE

Meu tio e padrinho

Júlio Teles de Menezes e Vasconcélos

E DE

Meus tios

José Maria de Faria

Augusto António de Faria

Saúdade.

A

Minha Mãe

Como sei quanto vos é grato vêr-me
terminar o meu curso, sirva essa
satisfação que ora vos dou de prova
do meu amor filial e do meu res-
peito e gratidão.

A

Minha Irmã

Consagrando-te esta página, cumpro
um dever de gratidão e amizade.

A

Minha Mulher

e a

Minhas filhas

Sempre por vós e para vós.

A MEU SOGRO

O Ex.^{mo} Snr.

Caetano Fernandes de Oliveira

Homenagem de consideração
e reconhecimento.

A MINHAS TIAS

As Ex.^{mas} Senhoras

- D. Maria Izabel Teles de Menezes e Vasconcélos
- D. Rosalina Angela de Faria Costa Braga
- D. Maria das Dôres Teles de Menezes Ferreira e Vasconcélos
- D. Maria do Carmo Canova de Faria

Tributo de muita amizade e gratidão.

A MEUS TIOS

Os Ex.^{mas} Snrs.

António José Zeixeira Pinto de Faria

João José da Costa Braga

Amizade e consideração.

A todos os meus

Primos e mais parentes

AO ILUSTRE CLÍNICO

O

Dr. Henrique Gomes de Araujo

Modêlo de amigos

Nunca poderei pagar o que lhe devo
em verdadeira amizade e dedicação.

Aos ilustres clínicos e meus amigos

Dr. António Augusto de Barros

Dr. António Caetano Ferreira de Castro

Agradecimento pelos muitos favores
que lhes deô.

Ao meu respeitavel amigo

o Ex.^{mo} Snr.

Dr. José Augusto Alves de Magalhães

Homenagem de gratidão e estima.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Joaquim Samuel Gomes de Freitas

Profundo agradecimento por todos
os seus grandes obsequios.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Guilherme Arnaldo Leite de Faria
e a sua Ex.^{ma} Família

Muita consideração e amizade.

Aos meus condiscipulos

e especialmente

a

Dr. Carlos de Castro Henriques

Dr. Armando dos Santos Pinto Pereira

Hei-de conservar da nossa boa camaradagem
a mais grata recordação, esperando que,
pela vida fóra, a nossa amizade cada vez
se fortifique mais.

Aos meus contemporaneos

Aos meus amigos

A todos aqueles a quem devo
favôres e obsequios

AO MEU PRESIDENTE DE TÉSE

o ilustre e distinto Professor

Ex.^{mo} Snr. Dr. Cândido Augusto Corrêa de Pinho

O mais profundo respeito e admiração
pelas suas qualidades, e gratidão do
discípulo reconhecido.

PRÉAMBULO

TENDO, pela fôrça dos regulamentos escolares, de apresentar, para conclusão do meu Curso Médico-Cirurgico, um trabalho escrito, vacilei durante muito tempo na escôlha do assunto.

Porém, em Maio passado, appareceu na enfermaria de Partos do Hospital de Santo António um caso que o Ex.^{mo} Snr. Professor Dr. Cândido de Pinho, meu illustre Presidente de tèse, diagnosticou como « flegite puerperal ».

Êste diagnostico, que foi confirmado pela autópsia, impressionou fôrtemente o meu espirito, pois que para se chegar a êle não

havia dados bem nítidos e precisos. A êsse caso me refiro no decurso do meu mesquinho trabalho, visto ter escolhido para assunto da minha tése as flebites puerperais.

Todavia, ao compulsar os vários tratados que tive de lêr, encontrei um campo tão vasto, tão erriçado de dificuldades e tão semeado de incertezas que estive a ponto de desistir.

Valeu-me nesta altura o muito ilustrado assistente de Clinica Obstétrica, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Cunha Reis, que, com a mais apreciavel boa-vontade, me cedeu livros onde pude ir buscar o que de mais moderno e

preciso se tem feito sôbre o assunto. A S. Ex.^a, pois, o meu agradecimento.

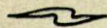
Apesar disso, porém, tive que limitar o meu estudo apenas a algumas modalidades, deixando de parte outras, visto como, por circunstancias especiais, me escasseia o tempo e atendendo também, e muito, ás minhas limitadas fôrças, o que espéro influirá no ánimo benévolo do ilustre Juri.

E, como com êste trabalho, finaliso a minha frequência na Faculdade de Medicina do Pôrto, desejo afirmar aqui, bem soléne-mente, a minha grata admiração e o meu profundo reconhecimento para com o muito

ilustre Corpo Docente desta Escôla, de quem até hoje só tenho recebido favôres, além de proveitosos e utilíssimos ensinamentos.

A todos os meus Mestres aqui deixo consignada a minha gratidão e o meu reconhecimento.

E agora, ao entrar verdadeiramente no assunto, eu rógo aos ilustres Membros do Juri que usem ainda uma vês para comigo da benevolência com que até aqui me tem tratado.



FLEBITES PUERPERAIS

ENTRE as doenças que podem atacar a mulher no período do puerpério figura, se bem que relativamente pouco frequente, com um quadro sintomático ás vêses pouco elucidativo, a flebite-puérperal.

A etiologia da flebite-puérperal tem sido origem de muitas e variadas opiniões. Uns queriam vêr a origem da flebite na irritação das paredes venósas causada pela presença de coágulos, irritação que se propagava até ás veias dos membros tendo o seu comêço nas veias uterinas ou nos próprios seios venósos.

Depois das descobertas de PASTEUR muito naturalmente o espirito dos estudiósos foi levado a vêr na flebite um produto da acção

de micróbios levados do exterior por falta de cuidados de antisepsia, sem que se fizesse interferir, senão em menór grau, quaisquer outros factores.

WIDAL, em 1889, attribue a origem da *phlegmatia alba dolens* á acção do streptocóco sôbre as paredes venósas, acção cujo resultado é a formação de um coágulo e obliteração do lumen do vaso.

Todavia, trabalhos modernos vieram lançar nova lús sôbre este assunto e dar á etiologia das flebites puerperais uma outra orientação, fazendo entrar em linha de conta não só a acção micróbiana, mas outros factores igualmente importantes, como sejam as alterações da composição e coagulabilidade do sangue, as trombóses puramente fisiológicas que se dão ao nível das paredes do útero durante o puerpério e as alterações, concomitantes com êsse estado, das paredes das veias.

O papel preponderante dêstes elementos está sobejamente demonstrado, pelos estudos feitos sôbre êste assunto, ultimamente, por M. CYRILLE JEANNIN e outros ginecologistas

francêses. Êsses trabalhos servir-me-hão de guia nas brêves considerações que vão seguir-se sôbre as flebites puerperais. Referir-me-hei sucessivamente á origem das flebites puerperais, á sua sintomatologia e aos diversos meios de tratamento actualmente em uso.

Limitarei, pois, o meu trabalho a êstes três pontos, para mim essenciaes, socorrendo-me não só dos estudos a'que acima me referi, mas tambem do que pude colhêr em tratádos da especialidade.

ETIOLOGIA

Já durante a gravidês, especialmente nos últimos mêses, se dão factos que alteram notavelmente a circulação e a composição do sangue da grávida. Estas alterações são principalmente uma diminuição da velocidade da circulação do sangue e um aumento da sua coagulabilidade.

A diminuição da velocidade do sangue póde e deve filiar-se na compressão exercida pelo útero, muito volumôso, sôbre a bacia e as paredes do abdomen, e no aumento da rêde circulatória.

A composição do sangue é modificada em vários dos seus caractéres: diminuição da sua densidade, aumento da proporção do plasma e da fibrina e, facto importante, aumento da percentagem dos sais de cálcio.

A diminuição da velocidade na circulação e as alterações sofridas pelo sangue durante os últimos meses da gravidês bastavam para explicar a formação de coágulos ao nível das veias uterinas e pélvicas. Todavia, póde ajuntar-se a estas causas tambem o aumento do número dos leucocítos, facto êste bem averiguado por vários experimentadores, como WILD, CARTON, etc.

Eis, pois, rapidamente esboçados os factos que, na gravidês, mesmo fisiológica, podem ser tomados como causas essenciaes das trombóses venósas útero-pélvicas.

Mas as próprias veias destas regiões sofrem, neste periodo, alterações bem constataadas que as tornam mais aptas a favorecer a coagulação, e a formação de trombóses. As veias do útero sofrem pressões externas pelas paredes abdominaes e orgãos contidos nesta cavidade, e pressões internas devidas ao constante aumento do volume do féto. A hyperhemia das veias uterinas, que se dá durante a gravidês, tende a contrabalançar estas pressões, resultando daí sofrerem as paredes venósas uma compressão interior e

exterior de que se ressenete certamente o seu endotélio. Com o aumento do volume do útero essas mesmas veias são, pór assim dizer, repuchadas no sentido do seu comprimento, o que póde dar como resultado verdadeiras lacerações do seu fôrro endotélial. E se considerarmos a acção dos produtos tóxicos não só do organismo materno, como os que provém do máu funcionamento do aparelho digestivo, vulgar na gravidês, e os produtos de desassimilação do féto, que vão tambem actuar sôbre o organismo da mãe, teremos mais algumas causas contribuintes para a alteração das paredes vasculares. Parece tambem que as alterações hepáticas, diminuindo o poder anti-tóxico do fígado, contribuem para que o sangue se carregue de tóxicas.

Toda a endometrite, dando lugar a alterações do endométrio, póde entrar como adjuvante para a eclosão das trombóses.

O trabalho do páрто, mesmo não havendo intervenções cirúrgicas, dá origem quasi sempre a lacerações, embora mínimas, do cólo, que são outros tantos fócios de hemorragias e, portanto, de vasos abertos e sujeitos a

infecções vindas do exterior, as quais são facilitadas por quaisquer manobras ou toques feitos sem a mais rigorosa asépsia.

A inércia uterina é, também, uma causa importante destas trombóses, visto como, não funcionando as *laqueações vivas* dos vasos uterinos, êstes ficam abertos e o sangue, devido ás causas acima apontadas (lentidão da circulação, aumento da coagulabilidade, etc.), com mais facilidade coagúla nas veias, coagulação que se torna ainda mais favorecida pela presença, dentro do útero, de coágulos e sôro sanguíneo provenientes da hemorragia.

Deverei assinalar também que a idade e a multiparidade teem manifestá influencia sôbre o aparecimento das flebites, sendo estas mais raras nas mulheres nóvas e nas primiparas.

Mas qual será o mecanismo íntimo da formação das trombóses e flebites puerperais? Pondo em jôgo os dados apresentados acima, podêmos, seguindo o trabalho de JEANNIN, dividir as trombo-flebites em dois grandes grupos, segundo nelas interveem ou não os agentes infecciósos: teremos, assim: 1.º, as

trombóses asépticas ou atónicas; 2.º, as trombo-flebites infecciosas.

1.º As trombóses uterinas asépticas são sòmênte um exagêro de um factó absolutamente fisiológico, poisque, logo a seguir ao párto e á dequitada e até mesmo no último mês de gravidês, se dá o fenómeno descripto por FREEDLANDER e LEOPOLD, que « mostráram que uma grande porção dos seios uterinos ao nivel da região placentar, se oblitera por acumulação de grandes células granulosas, por coagulação do sangue e por formação de um tecido conjuntivo novo, de tal fórma que se tornam impraticaveis á corrente sanguínea ».

Nos primeiros dias que seguem o párto, os vasos que desembocam ao nivel da zôna placentar acham-se comprimidos e apertados pela contracção do músculo uterino.

« Examinemos agora, diz CYRILLE JEANNIN, esta mesma zôna placentar ao fim da primeira semana: ela está recoberta com uma camada avermelhada formada de glóbulos, de células deciduais em via de degenerescencia, tudo isto amalgamado em fibrina. Por baixo

desta camada aparecem os vasos uterinos *nitidamente trombosados*. Ao centro do seu lumen, o sangue está ainda vermelho e líquido, mas, junto da camada endotélial, formou-se uma espécie de encanastrado (feutrage) de filamentos de fibrina que, pouco a pouco, vai ocupar todo o calibre do vaso. Alguns dias mais tarde, numerosas células migradôras, juntando-se em volta do vaso trombosado, comprimem-lhe as paredes, penetram no interior do coágulo e desagregam-no. Enquanto isto se passa, a túnica adventícia, que se tornou espessa, lançou gômos conjuntivos que vão, pouco a pouco, substituir-se á massa fibrinosa. »

Por êste processo os vasos vão diminuindo de calibre aparecendo, outra semana depois, sôb o aspecto de nódulos de côr cinzenta-clara e com capilares neo-formados, isto é, dentro em algum tempo, vagarosamente, a área placentar está ocupada por um tecido conjuntivo de neo-formação, resultando, em última análise, a constituição de um tecido fibroso cicatricial.

Desenrolou-se, pois, mesmo nestas cir-

cunstâncias fisiológicas, toda uma tromboflebite aguda que curou pelo processo referido, mas tromboflebite aséptica e limitada.

Mas quando, por um motivo estranho, a involução uterina se não fás com a rapidês e regularidade dos casos normais, todos os fenómenos acima referidos são perturbados na sua marcha e a tromboflebite aguda, que ali seguiu a sua evolução regular, neste caso é passivel de modificações que se traduzem em factos de outra ordem, que adiante estudarei.

Entre as causas que assim podem concorrer para alterar a marcha normal desta tromboflebite uterina, encontra-se, em lugar de destaque, o enfraquecimento da contractilidade da fibra muscular uterina, quer seja devido a um princípio de esclerose, como é natural que sucêda nas mulheres de idade mais avançada, quer provenha de uma espécie de cançasso do músculo, como acontece nas grandes múltiparas. Se uma hemorragia fizer baixar a tensão sanguínea, mais facilmente se formarão as trombóses e a flebite. Desta fórmula a trombóse, que nos casos fisio-

lógicos se limitava á extremidade endo-uterina dos vasos, em virtude da diminuição de contractilidade das paredes do útero, estende-se pelo trajecto das veias até um ponto em que a corrente sanguínea seja suficientemente forte para evitar o fenómeno, descrito por ZAHN e PITRES, da marginação dos leucocitos; facto inicial da formação dos coágulos tromboticos. Êstes começam por se formar ao nivel da área placentar, prolongando-se pela veia adiante até que a impulsão do sangue não permita a estagnação. Realisam-se, pois, aqui as condições de formação das trombóses a que já me referi, isto é, a *diminuição da velocidade do sangue* proveniente, além de outras causas, da ausência de válvulas nos vasos de neo-formação; as *alterações da composição do sangue*, aumentadas com a hypotensão devida á hemorragia; e quaisquer alterações do endotélio venoso, facilitando a deposição dos leucocitos e, por consequência, a formação da trombóse, que póde assim estender-se, em certos casos, até á veia cava inferior.

2.º Se, como acaba de vêr-se, a trombo-

flebite aséptica pôde considerar-se como um exagêro da trombose fisiológica, devido a causas especiais, a trombo-flebite infecciosa pôde tambem ser a consequência de uma endometrite crónica já existente.

Como se sabe, a endometrite crónica, pela hypertrofia da mucosa uterina, proliferação exagerada dos capilares, etc., predispõe para as hemorragias visto o afluxo de sangue na ocasião da implantação do ovo fecundado. Quem dís hemorragia, dís vasos abertos e, portanto, risco de tromboses que servirão de caminho aos agentes micróbianos, quer êles existam já na cavidade uterina quer sejam levados do exterior por qualquer sonda ou penso mal esterilizado, ou mesmo por progressão de fóra para dentro.

As doenças infecciosas teem tambem o seu papel, especialmente as infecções intestinais, já pelas toxinas actuando directamente sôbre o músculo uterino, já pelos próprios agentes micróbianos exercendo a sua acção sôbre as paredes dos vasos.

Mas as trombo-flebites infecciosas mais comuns são as que se manifestam depois do

párto. Os agentes micróbios, ainda mesmo antes de actuarem directamente sobre as paredes dos vasos, tem, por assim dizer, *preparado o terreno pelas suas toxinas*, dando origem a perturbações tróficas das paredes vasculares, perturbações essas que favorecem grandemente a formação das tromboses patológicas. « Os germes patogêneos atingem geralmente o nível do endotélio que vão lesar, *penetrando directamente no calibre dos seios*; é o sangue que para lá os leva. Todavia, nem sempre assim sucede: casos ha em que a invasão das veias se fás *do exterior para o interior*: os micróbios atacaram primeiro os tecidos intersticiais e perivasculares; dêram origem á peri-flebite e, dêste facto inicial, penêtram até ao endotélio *seguinte a via dos linfáticos próprios dos vasos*. »

Umâs vêses, os agentes micróbios penetram directamente nos vasos abertos por alguma laceração do cólo; outras vêses a flebite infecciosa começa por uma simples endometrite. Os micróbios, encontrando o endométrio iminentemente propício ao seu desenvolvimento, instalam-se aí, fazendo supurar as

camadas mais superficiais dos trombos venozos. Se a virulência desses agentes é pequena e, por consequência, o seu trabalho destruidor se fás lentamente, deixando tempo a que se dê a gemulação da túnica adventícia, o vaso acha-se já fechado quando os agentes micróbios atingem um ponto elevado do coágulo, e assim da acção desses agentes não resulta mais que uma ligeira flebite sem importância de maior.

Mas se os agentes infecciosos são dotados de grande virulência, realisam o seu ataque ao coágulo com rapidês, impêdem a gemulação e, caminhando no interior da veia e do coágulo, dão como resultado, ou a supuração do trombo, enchendo a veia de pús e restos do coágulo, supuração que, caminhando centriptamente, pôde originar uma infecção venosa 'generalizada aguda ou lenta; ou darem simplesmente lugar a uma flebite ligeira que não se prolonga nem irradia.

Êste é o caso hoje mais vulgar, devido, certamente, aos meios antisépticos de que atualmente dispomos e ao maior cuidado no tratamento das doentes.

SINTOMATOLOGIA

As afecções venosas do puerpério podem apresentar variados aspectos clínicos, donde várias tentativas de divisões e sub-divisões das diversas modalidades de flebites. Todavia, nesta minha breve exposição, e na impossibilidade de fazer um largo e minucioso estudo, pelas razões que apontei, limito-me a indicar a sintomatologia das trombo-flebites asépticas e a de algumas modalidades de trombo-flebites infecciosas.

1.º — Nas trombo-flebites asepticas ou atónicas, não ha, em bôa verdade, sintomas nítidos a não ser a frequência do pulso que é de regra e que se fôr observada pôde indicarnos o caminho para um diagnóstico. A subida do número de pulsações corresponde sempre a um aumento da trombóse e facil-

mente se explica êste facto, se considerarmos que o coração, tendo de vencer a resistência de uma circulação de retôrno defeituosa e difícil pelo facto da obliteração de uma ou muitas veias, é obrigado a multiplicar os seus movimentos de impulsão, tanto mais numerosos quanto mais extensa fôr essa obliteração vascular.

Na trombóse da veia ilíaca externa aparece edêma do membro inferior e dôr dêsse lado, mas sem nenhum aumento de temperatura, sómente com elevações do número normal de pulsações. Mas ainda neste caso a dôr e o edêma podem pôr o clínico de sôbreaviso. Todavia, quando a trombóse se limita ás veias pélvicas, os sintomas, além das alterações do pulso que são constantes, faltam completamente. Não ha dôr nem edêma, visto que a circulação colateral se fás facilmente.

O desacôrdo entre a temperatura, que fica normal, e o pulso que sóbe é, pois, o único sinal que permite diagnosticar estas tromboflebitas asépticas. E seria para desejar que houvesse alguns sintômas mais nítidos, pois que a mulher, acometida por uma trombo-

flebite atónica, está em iminente e permanente risco de vida, podendo ser, por assim dizer, fulminada instantaneamente.

Se do coágulo que se formou se destaca um fragmento volumoso, é certo que irá fixar-se na artéria pulmonar ou em algum dos seus ramos, obstruindo-os, impedindo a passagem do sangue para os pulmões e, por consequência, a hematose, donde resulta a morte, ás vezes instantânea, súbita, ás vezes sobrevindo só depois de alguns minutos de intensa dispneia.

Se, porém, o coágulo se desfás em pequenas partículas, em *poeira de embolias*, o mal que éstas podem causar nunca é muito de temer.

A doente sente repentinamente uma *pontada* de um lado do peito, um acésso de dispneia passageira e lança depois alguns escarros avermelhados-escuros, conhecidos pela designação de *geleia de groselhas*. Como éstas embolias são asépticas não ha nada a temer do lado do aparelho pulmonar, caso que se não dá quando essa *poeira de embolias* provém de um coágulo de flebite infec-

ciosa, e que então póde originar uma bronco-pneumonia grave.

A falta de sintomas precisos, além da discordância constante entre a temperatura e o pulso, torna a trombo-flebite aséptica uma afecção muito grave pelo perigo iminente das grandes embolias que, em regra, produzem a morte súbita.

2.º — Trombo-flebites infecciosas.

A trombo-flebite infecciosa denuncia-se, felizmente, por sintomas bem mais evidentes e claros do que a trombo-flebite aséptica. Numa puérpera devemos sempre vigiar com a maior atenção vários factos que podem aparecer repentinamente. Ha especialmente três ordens de sintomas que, reunidos, devem pôr de sôbreaviso. São êles: 1.º, elevação rápida da temperatura a 40º e mais, sem que nada pudesse fazer prevêr tal coisa, 2.º, os calafrios, repetindo-se duas e três vêses por dia; 3.º, o aumento de frequência do pulso, elevando-se em degraus (echelons) (sinal de MAHLER).

Além dêstes três sintomas tão importantes, aparecem frequêntes vêses, mas sem a cons-

tancia daqueles, o meteorismo abdominal, a dôr ao lado ou aos lados do útero e perturbações torácicas. Estudando separadamente êstes diversos sintomas, começarei pela temperatura.

a) A temperatura nas trombo-flebites infecciosas tem como característico a falta de regularidade. No mesmo dia pôde atingir 40° e descer a 35°,5, havendo assim diferenças de 5° e mais. A curva térmica é, pois, essencialmente irregular, sem apresentar semelhança alguma com qualquer tipo de febre conhecida, como, por exemplo, a febre tifóide.

A elevação brusca da temperatura aparece a maior parte das vêses do oitavo ao décimo dia *post-partum*, havendo, porém, casos em que ora é mais precóce, ora mais tardía.

Desde que a flebite infecciosa se instalou, a temperatura sóbe fatalmente, provindo a maior ou menor demora do grau de virulência dos agentes patogéneos que a provocaram.

Apresenta tambem a curva térmica remissões que podem durar horas e até dias, se-

guidas de novas exacerbações. Portanto, o facto essencial na febre das flebitis infecciosas é a sua absoluta irregularidade.

b) Os calafrios constituem outro sinal importante, havendo sempre a coincidência notavel de marcarem uma elevação térmica. Embora ás vês falte o calafrio que acompanha a primeira subída termométrica, é certo que depois, todas as vês que a temperatura sóbe, a doente sente ou um calafrio violento, impressionante, impossivel de esquecer, ou então simples sensações de frio, passageiras, que á doente quasi passam despercebidas.

Êstes calafrios são seguidos quasi sempre de abundantissimos suóres que abatem as fôrças da doente.

c) Tratarei agora do sintoma capital das flebitis infecciosas — o pulso. A sua importância é máxima, pois constitue, pelos seus caractéres, número de pulsações e desacôrdo com as variantes da temperatura, um sinal clínico de primeira plana.

É a MAHLER que se deve o estudo pormenorizado do pulso nas flebitis infecciosas e,

com toda a justiça, COUVELAIRE dá a êste sintôma o nôme de *signal de Mahler* ¹.

Ainda mesmo que a temperatura não se tenha modificado, ás vêses o pulso começa a subir sem razão aparente. Êsta subída do número de pulsações deve imediatamente ter como consequência o tomarem-se rigorosas precauções, poisque é quasi certo tratar-se de uma trombóse séptica. Os caractéres dêste pulso são bem nítidos no que dis respeito á sua comparação com o traçado da temperatura, poisque, mesmo que esta apresente remissões, o número de pulsações conserva-se sempre elevado e superior a 100 por minuto, chegando até a 150 ². Esta subída não é, todavia, feita de um jacto, mas aos poucos, com paragens seguidas de nówos aumentos. É a subída em degraus (echelons), que pôde manter-se e repetir-se durante muito tempo. Se o pulso, dando um certo número de pul-

¹ COUVELAIRE—«Les phlebites puerperales e leur traitement», in *Journal des Praticiens*, n.º 6, Février, 1913.

² Vêr Observação.

sações, de repente sóbe bruscamente vinte ou mais, mantendo-se um ou dois dias assim, para voltar ao estado anterior, deve temer-se muito justamente uma embolia.

É, pois, como se vê, o exame do pulso nas puérperas, de toda a importância. Ainda que, infelizmente, a ciência se ache desarmada para evitar a eclosão das trombo-flebitis infecciosas, precauções se podem tomar em ordem a tornar as consequências da infecção o menos prejudiciais possível.

Vários autôres, especialmente alemães, têm tentado explicar por diferentes meios as subidas escalonadas do pulso. De todas essas teorias aquela que mais parece quadrar com a verdade é a de MAHLER. Eis a sua teoria:

« MAHLER explica a ascensão do pulso em degraus pelo *aumento da resistência oposta à impulsão cardíaca pela trombóse*: o miocárdio, habitualmente incapás, em tal caso, de produzir contracções suficientemente inérgicas para vencer esta resistência, tentaria suprir esta falta de fôrça por um número maior de contracções. A cada nova extensão das trombóses corresponderia assim um novo

degrau ascendente da curva das pulsações, e o maior número destas deveria observar-se naturalmente a quando da máxima extensão da trombose. Ao contrário, á medida que a impulsão cardíaca consegue forçar a passagem das vias colaterais e dilatá-las suficientemente para assegurar a circulação de retôrno, o pulso tem tendência a voltar á normal.

A *loucura* do pulso na ocasião de uma embolia poderia explicar-se logicamente pelo facto de ser neste caso, em que o obstáculo está ao nível da pequena circulação, obstruindo algum ramo da artéria pulmonar, que o coração experimenta a maior resistência possível¹ ».

Ésta teoria, que parece será verdadeira, dá, contudo, lugar a que se façam intervir na subida do pulso, além do obstáculo á circulação, outros factores entre os quais o meteorismo abdominal, que em breve estudarei.

¹ CYRILLE JEANNIN — « Les phlebites puerperales », in *Archives Mensuelles d'Obstetrique et de Gynecologie*, n.º 11, Novembre, 1912.

Todavia, para que o pulso possa constituir um sinal aproveitavel, é preciso que a sua observação se faça com frequênciã, acompanhando, pár e passo, as observações da temperatura; é assim que pôde estabelecer-se um confronto entre a curva irregular da temperatura e a curva, subindo sempre em degraus, do pulso. Só desta fórma é que o pulso tem valor como sinal, por assim dizer, patognomnico.

d) O meteorismo abdominal, a que alguns autôres teem dado grande importancia, não parece merecê-la, porquanto em muitos casos êle não provém da flebite, mas sim de outras causas.

e) A dôr ao ou aos lados do útero constitue um bom sinal de valôr para o diagnóstico das trombo-flebites, porque pela sua extensão podêmos calcular o ponto em que a trombóse se encontra, o que é bem sensível quando esta atinge a veia fémural, produzindo dôr fóрте ao nível da vírilha por compressão da veia trombosada contra a arcada de FALLOPIO. Ésta dôr pôde ser espontanea ou aparecer na ocasião de qualquer esfôrço ou movi-

mento mais brusco. As mais das vêses a dôr é intermitente, reaparecendo toda a vês que a temperatura e o numero de pulsações aumentam o que, a ser verdadeira a explicação de MAHLER, coincidiria com uma nova extensão de trombo-flebite.

f) Do lado do tórax tambem se manifestam vários sintomas que, juntos aos que deixo citados, concorrem para fixar bem o diagnóstico. Já citei estes sintomas torácicos a propósito da trombo-flebite aséptica, devendo acentuar-se as diferenças seguintes: na trombo-flebite atónica, é mais para temer a embolia grande que mata rapidamente, sendo menos frequêntes as embolias finas, ao passo que na trombo-flebite infecciosa estas são as mais frequêntes, com o seu cortejo de sintomas habituais, a pontáda do lado, a dispneia, os escarros *geleia de groselhas*.

g) Pelo tóque bimanual é muitas vêses possivel perceber aos lados do útero a existência de cordões duros e resistentes, as veias trombosádas. Pôsto que êste processo de investigação seja de utilidade para confirmar um diagnóstico incerto, julgo-o perigoso,

poisque, se essa palpação fôr um pouco mais fôrte do que deve sêr, poderá fazer-se correr á doente o risco de uma embolia subitamente destacada do coágulo trombótico em virtude dessa palpação e por consequência expô-la até a uma morte súbita.

Eis rapidamente esboçados os principais sintomas das trombo-flebites puerperais.

As trombo-flebites infecciosas podem subdividir-se ainda conforme a sua limitação ou generalisação.

As trombo-flebites limitadas ao útero e á bacia ou útero-pélvicas, são as mais frequentes no periodo puérperal; as infecções venózas generalizadas de tipo septicémico (raro) ou pyohémico (mais comum); e as trombo-flebites manifestando-se a distancia da região genital, podendo atacar um ou ambos os membros inferiores, os superiores, o pescoço, etc.

TRATAMENTO

A questão do tratamento dos trombo-flebites puerperais está ainda actualmente muito longe de ser um facto concreto.

As opiniões e as indicações de vários processos de tratamento são muitas e cada autôr, como é natural, atribue ao seu método a maior eficácia.

Infelizmente, em meio de tantos processos diferentes, não ha um unico de valôr absolutamente garantido. Estamos desprovidos de meios profiláticos eficazes para evitar as trombo-flebites, que não se revêlam senão depois de estarem instaladas.

Ultimamente, porém, tem-se querido fazer intervir a cirurgia como meio curativo, excisando a parte da veia trombosáda, ou impe-

dindo, por meio de uma laqueação, a progressão da trombose.

Todavia, as intervenções que se tem tentado até ha pouco tempo não apresentam resultados muito animadores, pois em uma estatística de 82 casos operados, ha 49 mortes para 33 curas ¹, isto é, os resultados fatais déram-se numa proporção de 59,7 0/0, o que não é de molde a dar grande incremento a êste processo, a não ser que sucessivos aperfeiçoamentos venham diminuir consideravelmente a elevada cifra de casos fatais. É de esperar que os admiraveis progressos da cirurgia, que tem nos ultimos 20 anos caminhado a passos gigantescos, poderosamente auxiliada pela antisépsia e pela asépsia, venha a resolver triunfantemente tão delicado problema.

Antes, porém, de entrar na enumeração e descrição dos processos cirúrgicos mais aconselhados, apontarei rapidamente os meios

¹ VANVERTS et PAUCOT — «Le traitement des phlebites puerperales», in *Archives Mensuelles d'Obstetrique et de Gynecologie*, n.º 12, Decembre, 1912.

hoje em uso para o tratamento preventivo e para o tratamento curativo.

Considerando como infecção venósa atenuada e tardia a *phlegmatia alba dolens*, devemos sempre tratar de impedir por todos os meios a penetração de agentes micróbios virulentos na torrente circulatória, assim como no útero. Para isso, é de todo o ponto importante empregar os maximos cuidados antisépticos durante todo o tempo do parto e depois de êle se ter completado. Uma precaução importante a tomar é a imediata sutura de quaisquer lacerações vulvo-vaginaes ou do cólo uterino que por acaso se tenham produzido. A maxima limpeza em todos os pensos feitos e especialmente não deixar levantar a mulher da cama; desde que haja uma pequena elevação de temperatura ou uma subida de pulso sem causa conhecida, ou quando houver qualquer infecção uterina.

Teem tambem alguns autôres aconselhado colocar o membro suspeito sôbre uma almofada, de modo que o pé fique em plano superior á bacia; as fricções com alcool, etc.

Mas, confirmada a *phlegmatia*, não temos meio algum bastante enérgico para a combater, e, de todos os numerosos medicamentos, pomadas, loções, banhos, ar quente, etc., nenhum resultado verdadeiramente prático se pôde ainda obter.

O que reina ainda hoje acima de tudo e que, sendo bem compreendido e executado, tem ao menos a vantagem de diminuir em muito a probabilidade das grandes embolias, é a *imobilisação*. Colóca-se a doente de fórma que não haja perigo de escáras, imobilizando o membro atingido, quer em goteira simples, quer na goteira de BONNET, ou ainda sôbre uma almofada, bastante longa, macia, onde se colocará o membro atingido de modo que a sua extremidade distál fique um pouco mais elevada do que na raís. A côxa e a perna devem repousar na almofada e o pé e o calcanhar ficam fóra. Tem esta última disposição por fim evitar a compressão no calcanhar e a dôr e mesmo mortificação de tecidos que essa compressão poderia originar (COUVELAIRE). Se houver dôres, pôde envolver-se a perna doente em compressas

embebidas em uma solução saturada de cloridrato de amoníaco, protegendo-as com t ela de borracha.

Deve conservar-se êste penso até se produzir vesica  o da pele, tirando-se então e polvilhando o membro com amido ou talco. Se as d oires não abrandam, p ode fazer-se, durante dois ou três dias,   tarde, uma injecc o de morfina que mais tarde se substitue por uma poção calmante. A alimentação deve ser leve, de preferência o leite e alguns vegetais ou frutas. Se o pulso e a temperatura c em, passadas duas ou três semanas, p ode começar-se a fazer executar ao membro alguns movimentos passivos, primeiro dos dedos do pé, depois dêste, perna e assim em seguida.

Tambem são uteis as massagens, principiando por um leve afloramento sôbre a pele, que vai aumentando, sempre com a precaução de evitar os grossos troncos ven osos. êste tratamento, feito prudentemente e a permanencia na cama durante muitas semanas são o que se p ode recomendar na hora presente.

Nas flebites útero-pélvicas, mas em que a infecção é atenuada e que se pudéram reconhecer, pelos sintomas: temperatura, pulso, etc., sem que exteriormente nada denunciásse tal afecção, o tratamento é o mesmo que dei-xei apontado, isto é, a imobilisação.

Quando, porém, a infecção venosa toma um character grave, três processos temos para a atacar. Nenhum deles, todavia, pôde dar-nos uma garantia segura: uns, os dois primeiros, pela pouca eficácia demonstrada, o último, pelos riscos enormes e grandes dificuldades que apresenta. Os dois primeiros são: a séroterapia, o tratamento por meio de medicamentos, e o terceiro, o tratamento cirúrgico.

a) A séroterapia, pôsto que por vêses tenha dado bom resultado, não é um meio seguro. O sôro anti-estreptococico injectado em altas dóses (80^{cc} durante três dias consecutivos, segundo PINARD), tem dado alguns resultados, e, á falta de melhor, é de toda a vantagem não o desprezar.

b) O tratamento médico, de que se tem feito, por vêses, grande reclamo tambem não

dá os resultados satisfatórios que seria para desejar. As injeções intra-venosas de cianeto de mercurio, que tiveram alguma vóga, caíram no olvido por causa de accidentes rapidamente mortais que produziram. O colargol e o electrargol em injeção intra-venosa têm dado origem a graves hemorragias útero-pélvicas, se bem que em alguns casos a temperatura tenha caído rapidamente.

Na enfermaria de Partos do nosso Hospital empregou-se também, creio que pela primeira vês entre nós, o *Lantol* (Ródio coloidal) em injeções sub-cutâneas de 6^{cc} por dóse (3^{cc} para cada injeção), e algum resultado foi obtido pois se deu uma baixa na temperatura, baixa que não persistiu apesar de se terem repetido as injeções. Não me parece, pois, que o *Lantol* dê também bons resultados nos casos graves.

O processo de FOCHIER, que consiste na formação de abcessos de fixação, por meio das injeções sub-cutâneas de terebintina, não dá também, como meio curativo, resultados apreciáveis.

Teremos, pois, de nos restringir, no campo

médico, a tonificar a doente por meio de alimentação lactea, sendo indicada por COUVELLAIRE a injeção sub-cutânea ou intra-muscular de 5^{cc} de nucleinato de sódica, afim de activar a fagocitose. Além disto, todos os medicamentos e processos therapeuticos que possam regularisar e até mesmo excitar certas funções orgánicas, como a função renal. Deve provocar-se a sudação, e, caso haja uma febre muito elevada, poderá usar-se, e com bom resultado, de compressas frias, envolvendo a doente, meio êste que tem sido bem succedido.

E são êstes, e poucos mais, de menor importância, os meios médicos de que dispomos no caso das trombo-flebites infecciosas graves.

Muito modernamente appareceu o tratamento cirúrgico, excisando ou simplesmente laqueando a veia trombosada. Como já deixei dito, êste processo não tem ainda bases sólidas que o tornem crédôr de confiança, pois pela estatística a que me referi a mortalidade é ainda representada por uma cifra respeitavel. É bem verdade que as estatísticas feitas,

não o são ainda com a precisão e cuidado que certamente virão a atingir quando as indicações e contra-indicações forem nitidamente conhecidas e os processos operatorios absolutamente aperfeiçoados.

Pondo de parte qualquer discussão, limitar-me-hei a apontar as indicações e contra-indicações e os processos operatorios, seguindo a memória de J. VANVERTS e H. PAUCOT, a que já me referi.

Dizem êstes dois autôres que a intervenção só é justificavel quando as trombóses fisiológicas não desempenham cabalmente o seu papel de isoladôres entre os agentes patogenios e o sangue, quer elas se tenham formado já depois da invasão micróbiana das paredes venôsas, o que as torna, sôb o ponto de vista da protecção, inuteis, pois não impêdem a progressão dêsses agentes, mas até a auxiliam; quer a virulencia dêsses agentes seja tal que realizem um ataque tão violento ao trombo a ponto de o destruir, transformando-o em pus que, lançado na torrente sanguínea, vá levar a infecção a outros pontos, ou desagregando-o e dando lugar a pe-

quenas embolias sépticas que se irão fixar nos pulmões originando as perturbações graves a que me referi.

O momento da intervenção é ainda um ponto litigioso, pois nada ha que o indique com precisão.

Se TRENDELENBURG aconselha que se opére logo ao segundo calafrio, LEOPOLD afirma que « em certas fórmias venósas de febre puérperal é impossível operar a tempo ». O shock operatório será muitas vêses, pelo enfraquecimento da resistencia organica do doente, um impulso dado ao trabalho dos agentes micróbianos.

VANVERTS e PAUCOT formúlam, pois, esta contra-indicação: *Quando nos achármos em presença de uma trombo-flebite acompanhada de metastáses precóces e múltiplas, a intervenção é, pelo menos, inútil.*

Não havendo, como não ha, sinais alguns que nos indiquem ao menos alguma probabilidade da duração da trombo-flebite, nada nos poderá indicar se deverêmos intervir ou não. A opinião de TRENDELENBURG não me parece rasoavel, pois para o ser era necessario

que todas as trombo-flebites fôsem fatalmente mortais, o que felizmente se não dá. Temos, pois, segundo as melhores opiniões, de reduzir a nossa acção a uma expectativa armada, a uma vigilancia rigorosissima e á applicação dos processos therapeuticos que a medicina nos aconselha em tais casos.

Os autôres da memória referida formúlam ainda outra proposição, que é a seguinte: *Quando, no decurso de uma trombo-flebite de evolução crónica, se vê, depois de uma remissão, sobrevirem de novo fenómenos febris, calafrios e mesmo accidentes embólicos, deve aconselhar-se a intervenção cirúrgica.*

Todavia, nestes casos, talvez se dispensasse bem essa intervenção, pois são êles, os que apresentam a marcha crónica, os que curam sem auxílio da cirurgia. Quanto á técnica operatória ella reduz-se a fechar o caminho ás embolias e aos productos sépticos que caminham pelas veias, e a tratar o fóco de flebite.

Para fazer a laqueação das veias trombo-sadas três caminhos se nos oferecem:

— *a via vaginal*, que indús muitas vêses em êrro e não póde servir para laqueações altas;

— *a via extra-peritoneal*, que, do mesmo modo que a precedente, visto as aberturas serem muito pequenas, tem já induzido em erros na laqueação das veias e por isso está abandonada ;

— *a via abdominal trans-peritoneal*, aquella que maiores garantias dá de certêsa na procura dos vasos atingidos, é a que hoje se pratica, fazendo-se a laparotomia, a contensão das ansas intestinais pelos processos conhecidos e procurando-se as veias trombosadas que são descobertas e laqueadas ou seccionadas entre duas laqueações a jusante da trombose.

Se por ocasião da abertura para laqueação das veias pélvicas se vir que ha flebite supurada ou qualquer abcêso do ligamento largo, deve êste ser esvasiado e drenado por via sub-peritoneal, quer pela vagina, quer por cima da arcada crural.

São éstas as muito rapidas indicações que me é possivel apresentar sôbre as flebites puerperais. É, bem o reconheço, um trabalho de pouquissimo e mesquinho valor, mas é apenas isso que eu posso produzir.

OBSERVAÇÃO

A observação que vai seguir-se é muito incompleta, poisque não me foi possível ter, por exemplo, um quadro ilucidativo do pulso. Não me era possível vêr a doente tantas quantas vêses seria necessário para lhe investigar o pulso ou as pequenas variantes de temperatura. Todavia, não quis deixar de apresentar êste caso de trombo-flebite puérperal infecciosa não só por ter sido êle a origem dêste meu trabalho, mas tambem porque veio confirmar, pôsso dizer, em todos os pontos que foi possível averiguar, os sintomas e sinais descritos.

A. de J., de 30 anos de idade, casada, padeira, natural de Amarante, entrou para a Enfermaria de Partos do Hospital de Santo António, em 21 de Março de 1913.

Encontrava-se em estado de gravidês, que contáva 9 mêses. Foi-lhe feito o exame e verificou-se que o fêto se apresentava de *fronte* e sofria.

Tinha tido já quatro partos, e no capítulo de antecedentes patologicos acusáva uma pelvi-peritonite e era portadora de uma metrite crónica.

Como no dia seguinte se verificasse que o parto era impossível, por inércia uterina, e que o feto estava já morto, foi a doente operada pelo ilustre assistente de Clínica Obstétrica, o Ex.^{mo} Sr. Dr. Moraes Frias, auxiliado pelo meu condiscipulo Amadeu Encarnação. A intervenção feita foi a basiotripsia, sob anestesia clorofórmica, operação que decorreu normalmente, tendo durado apenas 20 minutos.

No dia seguinte apareceu um aumento da temperatura, a qual subiu à 37,5°, acompanhado de calafrios e dôres de cabeça.

Como se vê pelo gráfico de temperatura junto, ésta manteve-se quasi sempre acima da normal, mas com uma irregularidade manífesta. Se bem que poucas e rápidas remissões apresentásse, a irregularidade característica da curva e a falta de concordancia do pulso, nos dias em que pude observá-lo, são já elementos a favôr do diagnóstico.

Em meados de Abril queixou-se a doente de uma fórte pontáda do lado esquerdo, tendo tido na noite em que apareceu esse sintoma acéssos de dispneia e verdadeiras alucinações.

Um ou dois dias depois apareceu-lhe, com a tosse de que tinha fortes atáques, uma espectoração escura, o escarro de *geleia de groselhas* e o hemitórax esquerdo começou a aumentar consideravelmente de volume, dando á percussão um som basso, em quasi toda a altura, indicando um derrame.

Em 25 de Abril o Ex.^{mo} Professor, depois de ter

feito uma punção exploradora que deu um líquido amarelado e opalescente, realizou, com o meu auxílio e de outro meu condiscipulo, a toracentése, na qual se extraíram, com o aspirador de DIEULATOY, 1000^{cc} do mesmo líquido dado pela punção exploradora. Ésta toracentése aliviou consideravelmente a doente e foi repetida a tentativa alguns dias depois, mas sem resultado, pois não se pôde tirar líquido algum.

Só por ocasião da primeira toracentése comecei a tomar nota do pulso da doente, o que só pude fazer duas vêses por dia e que é como sêgue :

	M.	T.
Dia 26 de Abril . . .	128	116
» 27 » » . . .	135	140
» 28 » » . . .	136	144
» 29 » » . . .	130	132
» 30 » » . . .	136	138
» 1 » Maio . . .	133	140
» 2 » » . . .	134	131
» 3 » » . . .	138	143
» 4 » » . . .	146	150
» 5 » » . . .	150	147
» 6 » » . . .	148	142
» 7 » » . . .	134	136
» 8 » » . . .	124	?

Na tarde de 8 de Maio, quando fui vêr a doente, não me foi possível contar as pulsações, tal era a

rapidês e brevidade do pulso. O seu aspecto era máu, com um pronunciado fácies peritoneal.

Durante os primeiros 15 dias de doença deu-se o fenómeno apontádo como acompanhando muitas vêses a flebite-puérperal, isto é, o meteorismo abdominal. Depois de varios tratamentos, tanto irrigaçõs antisépticas como purgantes e injecções rectais, o meteorismo desapareceu.

A involução uterina fêz-se muito lentamente.

Em 7 e 8 de Abril foram-lhe feitas duas injecções de *Lantol* de 6^o cada uma, tendo por efeito uma baixa da temperatura á normal nos dias 8 e 9 (vêr gráfico).

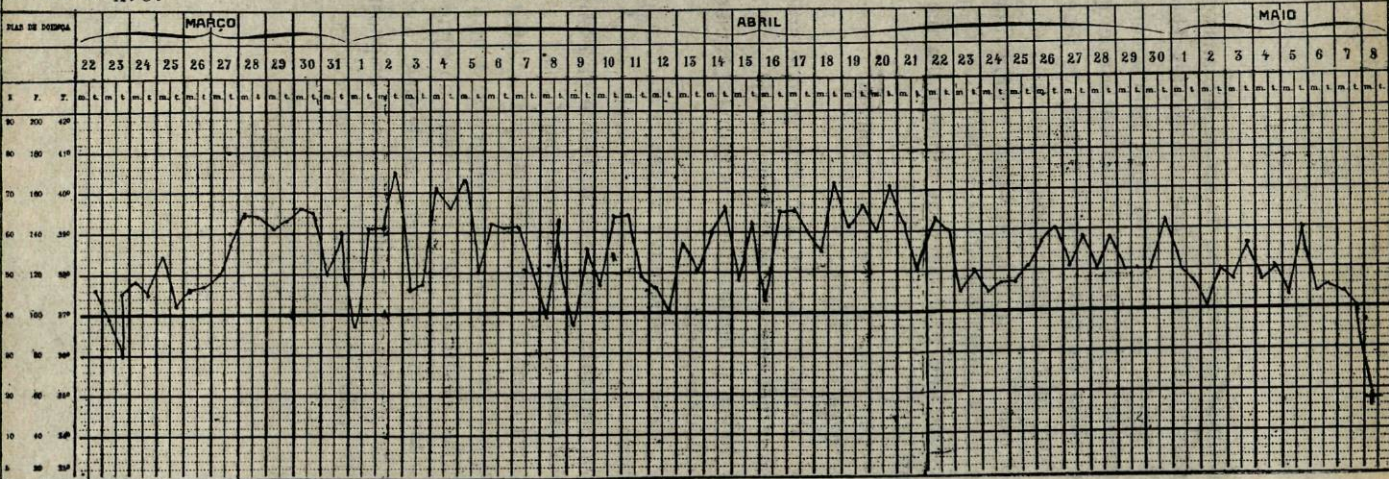
Apareceu-lhe, logo nos primeiros dias de doença, uma dôr do lado esquerdo á altura da fôssa iliaca, dôr que durou alguns dias, seguindo-se-lhe um edêma, ainda que não muito fórte na perna esquerda. Ésta foi mantida numa goteira, mas a doente, cujo génio impaciente a não deixava parar, obrigava muitas vêses as empregadas a retirarem a goteira. Todavia, a despeito disso, o edêma foi desaparecendo, a ponto de que, quando da morte da doentê, dada a 9 de Maio, ás 5 horas da manhã, a perna estava quasi no seu estado normal.

A morte foi precedida por um vômito escuro e perturbações mentais.

Na autópsia foi encontrado um grande derráme peritonal formado por um líquido amareládo e purulento. O grande epiplon e as túnicas intestinais

Nome do doente: A. J.

FLEBITE PUERPERAL



achavam-se cobertas de falsas membranas, estando as ansas intestinais, em pontos, aderentes. Havia ane-xite esquerda, e, facto importante para a confirmação do diagnóstico, a veia útero-ovarica esquerda achava-se cheia de pus, embóra o resto da rêde venósa estivesse, macroscopicamente, indémne.

O pulmão esquerdo, reduzido a uma fina lamina comprimida contra o mediastino, banhava num abundante derrame parecido com o que tinha dado a toracentése.

O pericárdio apresentava tambem um pequeno aumento do seu líquido normal.

A valvula tricúspida com uma grande arborisação venósa e coberta de um inducto nacarádo, o que fêz supôr haver tambem dificuldades na circulação venósa daquele ponto.

O fígado apresentava degenerescencia granulogordurosa.

Os sintomas, pois, que a doente apresentou durante a vida, e os resultados da autópsia, mostrando uma veia cheia de pus, o pulmão quasi desfeito certamente por uma afecção ultra-virulenta, a pequena arborisação da tricúspida, e o estado do fígado, mostrando tambem o seu papel nas flebites, levaram o Ex.^{mo} Sr. Professor a confirmar o seu diagnóstico, de resto já aceite, de flebite-puérperal infecciosa.

PROPOSIÇÕES

Anatomia topográfica — O perfeito conhecimento da Anatomia topográfica é de suprema importância em qualquer ramo das sciencias medico-cirurgicas.

Fisiologia — A membrana do timpano não é essencial para a audição.

Matéria Médica — As injecções subcutaneas de adrenalina diminuem e evitam muitos dos perigos da anestesia pelo cloroformio.

Patologia externa — O colête gessado de SAYRE não deve comprimir as visceras abdominais.

Operações — Nas laqueações definitivas é preferivel seccionar o vaso entre duas laqueações.

Patologia interna — Nos tuberculosos febris deve proscreever-se a cura de altitude.

Higiéne — A abundancia de água é con-

dição imprescindível para a manutenção da boa hygiene das aglomerações humanas.

Partos — Nas grandes operações absterísticas preferirei sempre a rachi-anestesia a qualquer outro processo.

Medicina legal — A integridade da membrana hymeu não é um sinál certo de virgindade.

Anatomia descritiva — A utilidade prática da Anatomia descritiva é muito inferior á da Anatomia topográfica.

Histologia — A Histologia deve ser estudada principalmente no laboratório.

Patologia geral — O alcoolismo é um dos mais importantes factores da decadencia orgánica.

Anatomia patológica — Ha lesões em que o exame macroscópico é insufficiente para determinar a sua origem tuberculosa ou sifilitica.

Visto.

Pinho,

Presidente.

Póde imprimir-se.

Augusto Brandão,

Director.

ERRATAS

Pag.	Linhas	Onde se lê	Deve ler-se
15	16	tornar	tornar-se
24	12	menos geral —	— menos geral
25	13	serodianóstico	serodiagnóstico
27	„	centrigrupações	centrifugações
41	27	ha já	haja
48	22	braço	baço
84	11	globulos	hematias
86	1	peso foi em	peso em
92	5	dos	doutros

Deve-se ler **diagnóstico** em vez de *dianóstico*.