
Primavera Rodrigues

Perturbações Menstruais nas Cloróticas

(Trabalho das Enfermarias da 2.^a Clínica Médica)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

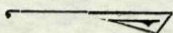
~~~~~  
*FEVEREIRO — 1920*  
~~~~~

IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

180/3 FND

Perturbações Menstruais
== nas Cloróticas ==

Primavera de Jesus Rodrigues



Perturbações Menstruais

nas Cloróticas

(Trabalho das Enfermarias da 2.^a Clínica Médica)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



FEVEREIRO — 1920

IMPRESA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Joaquim Alberto Pires de Lima . . .	Anatomia descritiva.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett	Fisiologia geral e especial.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral.
Augusto Henriques de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Carlos Faria Moreira Ramalhão.	Bacteriologia e Parasitologia.
João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
António Joaquim de Sousa Júnior	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Carlos Alberto de Lima	Patologia cirúrgica.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica cirúrgica.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia médica.
Tiago Augusto de Almeida	Clínica médica.
José Alfredo Mendes de Magalhães	Terapêutica geral.
Vaga	Clínica obstétrica.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da medicina e Deontologia.
Luis de Freitas Viegas	Dermatologia e Sifilografia.
António de Sousa Magalhães Lemos	Psiquiatria.
Vaga	Pediatria.

Professores Jubilados

José de Andrade Gramaxo }
Pedro Augusto Dias } Lentes catedráticos

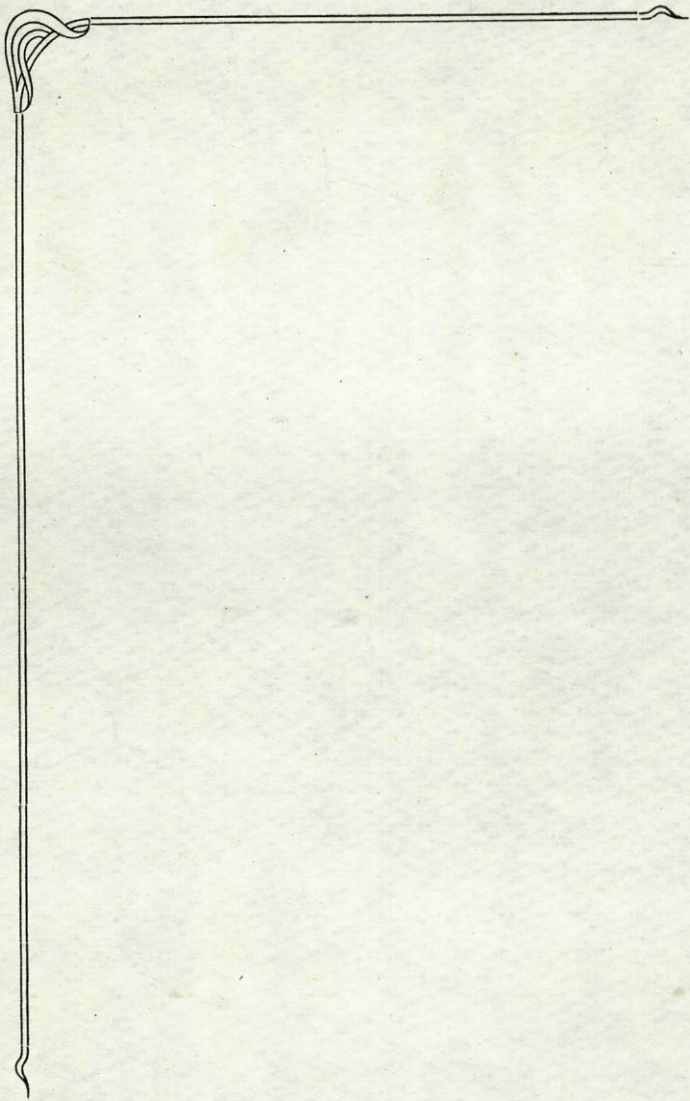
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

Anno Terceiro B. J. C.

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 MEUS PAIS

A vossa obra está concluída
e o meu agradecimento é igual
ao amor que sempre vos tenho
consagrado.



PREFÁCIO

Desde muito que a nossa atenção era impressionada, em face da observação dos nossos mestres, pela maneira como no estudo duma doente se investigava sempre com cuidado o modo como nela se efectuava a função menstrual, pesquisando-a nos seus menores detalhes e salientando o valor das suas perturbações, por mínimas que fôsem.

Verificando que na grande totalidade das doenças se encontrava alterada esta função tão especial à mulher, tão constante como obscura, escolhemos entre os vários estados mórbidos um que mais particularmente ferisse a mulher, surgindo, na grande totalidade, conjuntamente com o início das regras.

Mas, se e facto encontrarmos pontos obscuros no estudo da menstruação, não o é menos voltando-nos para a clorose, pois se a fisiologia da menstruação se resume em hipóteses mais ou menos verídicas, mais ou menos em relação com os factos observados em clinica, a patogenia da clorose, bem

como a sua etiologia, jazem igualmente nubladas e envoltas nas teorias mais diversas.

Assim, para uns a clorose é a consequência da menstruação, para outros tem uma origem nervosa, outros ainda salientam as perturbações vasculares e as alterações sanguíneas, havendo quem a filie no grupo das doenças infeciosas ou das que teem por causa auto-intoxicações, explicando cada autor os casos observados segundo a teoria mais adequada a esses casos.

Como se poderá analisar imparcialmente uma tal variedade de opiniões? Porque razão aparece a clorose com mais frequência nas raparigas e na época da puberdade? Que relação haverá entre a clorose e o início das regras?

Eis as perguntas que desde o início surgiram no nosso espírito, e para as quais queríamos achar uma resposta única e definitiva, que alguma luz trouxesse às trevas em que nos vemos rodeados.

Mas, já que nada mais nos foi dado fazer que juntar opiniões, sirvam elas de incentivo para novos estudos e sentir-nos-hemos satisfeitos.

Dividimos o nosso trabalho em cinco capítulos, dando-lhe a seguinte disposição :

CAPÍTULO I — Menstruação.

CAPÍTULO II — Perturbações menstruais.

CAPÍTULO III — Clorose.

CAPÍTULO IV — Observações.

CAPÍTULO V — Perturbações menstruais nas cloróticas.

Antes de encetarmos propriamente o nosso estudo queremos depôr as nossas saudades e o preito da nossa homenagem sobre o túmulo de um Mestre ilustre, honra da Medicina Portuguesa, o Professor Roberto Frias, que, com as suas lições, veio guiar-nos na escolha do assunto da nossa

dissertação inaugural e de cujo saber fomos sempre humildes admiradores.

E ao nosso Professor Tiago de Almeida os devidos agradecimentos pela honra que nos dispensa presidindo ao nosso modestissimo trabalho, bem como pelo carinho e disvelo com que sempre nos tem tratado, sem esquecermos os seus ensinamentos e a sua conduta na árdua e nobre missão de Mestre.

CAPÍTULO I

Menstruação

Dar uma definição exacta e completa da menstruação, fenómeno observado em todas as mulheres numa dada época da vida é difícil, apresentando cada autor a sua, encontrando-se em quasi todas elas a par de noções exactas algumas deficiências e não seremos nós que nos proporemos defini-la convenientemente.

Ela não é mais em suma do que um corrimento sanguíneo de origem uterina que se faz pelas vias genitais.

Quando tratarmos das várias teorias ácerca desta função para uns, dêste acidente ou fenómeno para outros, veremos que a nossa indecisão em a definir é justificável.

Para média do seu aparecimento tomam os autores dos 13 aos 16 anos, considerando como precoces as que fazem a sua aparição antes dos 10 anos e como tardias as que aparecem depois dos 17.

O falecido Prof. Roberto Frias nas suas lições clinicas de 1915-1916 deu como média dos 12 aos 14 anos.

Em 400 casos por nós observados o maior número é dos 14 aos 16, sendo porêem considerável a média dos 12 aos 14 e dos 16 aos 17 como se vê no quadro seguinte:

Dos 10 aos 11 anos	5
” 11 ” 12 ”	17
” 12 ” 13 ”	44
” 13 ” 14 ”	62
” 14 ” 15 ”	70
” 15 ” 16 ”	74
” 16 ” 17 ”	54
” 17 ” 18 ”	35
” 18 ” 19 ”	32
” 19 ” 20 ”	7

400

Êste limite, segundo Faure, varia muito não só com o meio em que vive a rapariga, mas também com o clima, latitude, etc., e ainda com a hereditariedade.

As menstruações precoces, não trazendo nenhum perigo para a saúde geral; teem-se observado em todas as idades e mesmo em crianças de um ano.

A menstruação tardia é na sua maioria devida a organizações fracas, pouco resistentes e pode ser ocasionada quer por uma doença aguda recente (febre tifoide, escarlatina, etc.), quer pela evolução duma doença crónica (tuberculose, clorose, etc.).

Quando a menstruação não aparece até aos 20 anos, embora se pense num enfraquecimento geral, não deverá esquecer-se o exame do aparelho genital, pois, pode estar aí a causa dêsse não aparecimento.

Deverá também pesquisar-se o aparecimento de hemorragias suplementares, que por vezes se notam com uma certa periodicidade, podendo ser consideradas como desvios das regras que suprem a falta da menstruação, e outras vezes mesmo a acompanham.

Essas hemorragias podem fazer-se por diversas vias sendo as suas principais origens: a mucosa nasal, o estômago, pulmões, etc.

Não devemos, porém, considerar sempre estas hemorragias como regras desviadas, pois que na sua maioria mostram um enfraquecimento local, resultante de lesões existentes ou em evolução nos diversos órgãos, verdadeiros pontos fracos que se ressentem do processo congestivo efectuado na época das regras.

Com algumas excepções de mulheres que durante as épocas menstruais não sentem perturbação alguma, a função menstrual acompanha-se de uma série de fenómenos locais e gerais que constituem os *pródromos* e são: abatimento, fadiga, inaptidão para o trabalho, tristeza, irritabilidade fácil, dores lombares, contracções uterinas, turgescência dos seios, sensação de peso, tensão pélvica, etc., fenómenos que variam de mulher para mulher e numa mesma mulher nas diversas menstruações, e cujo exagêro pertence ao domínio da patologia.

Estes pródromos, cujo conjunto forma o *síndrome menstrual*, notam-se em regra alguns meses antes do estabelecimento da função menstrual. Em cada época menstrual produz-se um eretismo cárdio-vascular de origem nervosa, que origina uma hipertensão arterial, assinalada por Huchard.

Apesar da vulnerabilidade do organismo aumentar com a puberdade não é a primeira menstruação que acar-

reta os acidentes sérios, por vezes observados nesta fase da vida da rapariga. A menstruação longe de ser a causa, ressentese com o estado em que o organismo se encontra no período da puberdade, em que tantas modificações aparecem no desenvolvimento e no moral da rapariga.

Essas modificações efectuam-se em todos os aparelhos e órgãos acentuando-se no sistema ósseo, no aparelho circulatório e no sistema nervoso.

É na puberdade que o esqueleto se transforma tomando o tipo feminino.

É nesta época que aparecem os primeiros sintomas de doenças cardíacas até aí latentes como o aperto mitral primitivo e a aplasia arterial. Faure diz: *L'aplasie artérielle conduit habituellement à la chlorose; mais celle-ci n'est peut-être pas uniquement liée aux lésions artérielles, comme l'enseignait Virchow: elle résulterait des troubles genitaux (Chrobak, Charrin), et des phénomènes d'auto-intoxication que ceux-ci provoquent dans l'économie.*

O sistema nervoso é o mais particularmente influenciado na puberdade, pois se a transformação física da rapariga é grande, a moral é ainda maior.

Nas raparigas saudáveis sem taras, a menstruação aparece sem esforço observando-se as perturbações já citadas e que são por assim dizer normais.

Pelo contrário as débeis, as enfraquecidas por taras, doenças agudas ou crónicas, vêem surgir esta primeira menstruação tardiamente, sendo as suas regras quasi sempre irregulares, irregularidade devida, novamente o dizemos, ao organismo e não à menstruação.

Estudos mais recentes fazem ligar muita importância às relações que existem entre as várias glândulas de secreção interna e o ovário, podendo o funcionamento daquelas

influir sobre a aparição das regras, pelas perturbações trazidas ao ovário, por isso deve vigiar-se com todo o cuidado o funcionamento de todas estas glândulas.

Quanto à quantidade de sangue perdido durante as regras ela é muito variável e do mesmo modo a sua duração.

Dura em média de quatro a seis dias, mas há mulheres que não perdem sangue senão durante 48 horas e outras que vêem prolongar-se por sete e mais dias as suas perdas. O sangue menstrual tem pouca tendência a coagular. A sua cor também varia, pois nas anémicas é pálido e nas artríticas congestivas é muito escuro.

Algumas horas antes da menstruação aparece uma serosidade esbranquiçada que passa a rósea e depois a sanguinolenta, fazendo-se a seguir o corrimento sanguíneo.

*

* *

A primeira menstruação é em regra pequena na quantidade e mesmo na duração, mas o suficiente para alarmar a rapariga.

Raras vezes volta na época seguinte, pois, a menstruação é muito irregular no início e no fim, e por isso podem decorrer meses sem voltar os mênstruos, sem que êsse facto nos deva trazer grandes cuidados, se o estado da rapariga fôr bom.

São-nos sempre pedidos pela família ensinamentos sobre os cuidados a tomar com a rapariga nesta nova fase da vida, os quais, porém, nada tem de notável, pois, em nada ela deve alterar os seus hábitos normais, devendo apenas evitar o frio e no caso de abundância de fluxo aconselhar-se há o repouso.

Fisiologia da Menstruação

Estudando rápidamente as diferentes fases porque passou a fisiologia da menstruação, vemos que, após um longo período em que reinaram as mais bizarras teorias sobre a origem do sangue menstrual, chegando a atribuir-se à lua a sua periodicidade, a questão só iniciou o caminho científico depois da comunicação feita em 1831 à Sociedade de Medicina de Anger por Négrier.

Já Hipócrates disse que a mulher só estava apta a conceber depois da primeira aparição das regras.

Até ao fim do século XVII nada mais se tinha adiantado, apenas na idade média se tinha observado a congestão ovárica, durante as regras.

Pinard na sua lição intitulada *A menstruação nas suas relações com a ovulação, a fecundação, a gestação e o aleitamento*, diz o seguinte:

Les Anciens croyaient que le sang était expulsé mensuellement, parce que, aliment du fœtus, il devait être expulsé lorsqu'il n'y a pas gestation.

D'où le terme de purgation, terme qu'on retrouve aussi bien dans Soranus d'Ephèse que dans Guillemeau, et dont la signification fut acceptée, on peut dire, par tous les accoucheurs jusqu'au milieu du siècle dernier.

E Négrier d'Angers foi o primeiro que expôs as relações que havia entre a ovulação e a menstruação, pois, apesar dos trabalhos de Regnier de Graaf, de Jean de Horne, etc., nada se sabia sobre o mecanismo de menstruação.

Se Négrier teve precursores que prepararam a sua

obra, teve principalmente continuadores que vulgarizaram as suas doutrinas.

De Graaf mostrou o trabalho que se passa no folículo que tem o seu nome no momento da deiscência do óvulo, mostrando as modificações que nessa ocasião apresenta o ovário.

Négrier estabeleceu que um óvulo chegando à maturação se destaca em cada época menstrual, e que é sómente na ocasião em que o óvulo deixa o ovário e se dirige para o útero, que pode ser fecundado.

Já em 1781 Themmen atribuiu a causa da menstruação a um trabalho que se passa no ovário e do qual descreve a evolução periódica e regular.

Em 1821 Power falou da ovulação periódica do óvulo o que foi constatado em 1826 por Girdwood, mas, estes trabalhos como o de Themmen ficaram desconhecidos, podendo, por isso, considerar-se a obra de Négrier como uma descoberta.

Desde 1827 que Négrier professava que uma vesícula ovárica se rompia cada mês em uma mulher núbil.

A evolução do folículo de Graaf ou postura espontânea, é um fenómeno periódico produzindo-se com intervalos determinados, pouco mais ou menos um mês, effectuando-se nas mesmas épocas, também periodicamente, o corrimento sanguíneo pelas vias genitais.

A quasi totalidade dos autores estão de acôrdo que não há menstruação sem ovulação, sendo Gallard do mesmo parecer e dizendo que alguns casos de menstruação a seguir a ovariectomias duplas se devem ligar à permanência de bocados de ovário que ficaram no pedículo e retomaram as suas funções, dando logar a êsses corrimentos, pois, que em ovariectomias feitas nas melhores condições, em casos

em que não havia aderências tendo-se a certeza de nada ter ficado, a menstruação não se restabelecia, e se em alguns aparecia corrimento sanguíneo êste era irregular e não se podia considerar como menstruação verdadeira.

Longet considera a ovulação e a menstruação como dois fenómenos íntimamente ligados dependentes duma causa mais geral residindo no sistema nervoso central.

Plara Courty a hemorragia menstrual, a hipersecreção que a segue e a precede são indícios ou antes sintomas do trabalho de todo o aparelho genital concorrentemente com a maturação e a expulsão do óvulo.

O momento em que o fluxo cessa coincide com o da ruptura da vesícula de Graaf e a expulsão do óvulo.

Se os ovários faltam ou são pouco desenvolvidas as raparigas, segundo Barnes, não são menstruadas.

A primeira ruptura de um folículo corresponde à primeira aparição das regras.

Duval diz que sem ovário não há menstruação.

Scanzoni diz que a menstruação é uma série de fenómenos, manifestando-se no organismo feminino; e tendo por causa primária a evolução periódica que se dá numa vesícula de Graaf.

Segundo Bec a menstruação é um afluxo sanguíneo determinado por uma congestão intensa da mucosa uterina e das trompas.

Gallard diz que a maior parte ou a quasi totalidade do sangue das regras é fornecida pela mucosa da cavidade uterina, mas succede que a mucosa vaginal também se associa.

A verdade é que todo o aparelho genital participa dêste corrimento, embora a maior parte se deva à mucosa uterina.

Duval considera a menstruação como um fenómeno essencialmente epitelial, porque o útero é um órgão muscular com uma mucosa a tapetar a sua cavidade, mucosa que não é senão um epitélio cilíndrico vibrátil, aplicado quasi directamente sobre o elemento vascular.

Sendo este epitélio muito abundante e possuindo grande vitalidade, apresenta a propriedade de estar sujeito a uma queda mensal e que coincide exactamente com a ovulação.

Desta queda resulta que um grande número de vasos fica a nú e devido à turgescência do órgão rompem-se dando lugar a uma hemorragia menor ou maior.

E acrescenta: *Ainsi, quoique l'hémorragie soit le phénomène le plus frappant, il n'est pas moins vrai que l'essence même de la menstruation est une mue épithéliale sympathique du développement épithelial ovarique d'où résulte la chute des ovules, de l'ovulation en un mot.*

Os vasos não ficam, porém, indiferentes e sofrem uma alteração na enervação vaso-motora o que dá lugar aos desvios menstruais, quando a menstruação por qualquer motivo se não pode efectuar, e é assim que Duval explica as hemorragias suplementares.

Para alguns autores em lugar da menstruação estar sob a dependência da ovulação é esta que está sob a dependência do útero.

Leopold combate estas teorias, dizendo que a mucosa uterina de 2 a 3 milímetros passa a 6 e 7, diminuindo à medida que o fluxo se produz, para retomar passados dois ou três dias a sua espessura intermenstrual.

Combate também a teoria de Engelmann e Kundrat que atribuem a hemorragia a uma fraca resistência dos vasos à pressão sanguínea, em virtude da degenerescência gorda das camadas superficiais da mucosa.

Leopold explica o corrimento sanguíneo da seguinte maneira: — à superfície da mucosa (amolecida e espessada com as glândulas hipertrofiadas, os espaços linfáticos dilatados e com novos elementos embrionários) produz-se uma extravasão de corpúsculos sanguíneos, provenientes dos capilares superficiais dilatados, desagregando-se assim a parte superficial da mucosa que se separa das camadas profundas.

Uma grande quantidade de sangue proveniente das artérias engorgita os capilares, mas lentamente por causa do curso sinuoso dos vasos, o corrimento desse sangue é limitado pela enorme dilatação dos capilares e pelo pequeno número de veias de retôrno, resultando disto a ruptura dos capilares e a saída de sangue para o útero e daí para o exterior através da vagina.

A regeneração faz-se em 1 ou 2 dias pela reabsorção do sangue extravasado.

Se a maioria dos autores concorda que a maturação do folículo de Graaf e a postura ovárica mensal são a causa eficiente e preponderante da congestão pélvica e da hemorragia uterina que constituem a menstruação, há autores combatendo esta teoria e entre eles figuram Aran e Sinety, achando êste, toda a teoria relativa à função menstrual prematura e dizendo que a ovulação e o fluxo menstrual sendo dois fenómenos ordinariamente juntos, podem em muitos casos estabelecer-se duma maneira independente.

Cita dois casos, um de uma histérica em que na autópsia se encontrou a mucosa com os caracteres da menstruação e nos ovários um pouco assimétricos não se encontrou nenhum corpo amarelo, nem cicatrizes, nem folículos de Graaf; e o outro de uma tuberculosa, em que se achou

um corpo amarelo, não sendo a doente menstruada, há seis meses.

Aran cita o caso de uma cardíaca sem menstruação desde os 48 anos, e que aos 52 voltou a ter corrimentos sanguíneos, que apareceram com intervalo de três a quatro semanas, e na autópsia dos ovários atrofiados não se encontraram vestígios de ovulação.

Quanto a nós estes casos não podem destruir a teoria de Négrier, pois, raciocinando um pouco acha-se para êles explicação sabendo-se que a histórica de Sinety faleceu vitimada pela tuberculose e tomando em consideração a idade da cardíaca de Aran.

Pinard, na sua lição já atrás mencionada sem contestar que a menstruação seja um trabalho do ovário e que êste seja o motor essencial da mulher, entrando em jôgo na puberdade e cessando na menopausa, diz que apesar dos trabalhos os mais recentes não se sabe ao certo o que é a menstruação.

Para êle depois de mencionar numerosos casos de ovulação sem menstruação, esta não é uma função mas sim um acidente, um abôrto ovular.

Não quer que se considere a mulher menstruada como uma mulher doente, pois pelo contrário toda a mulher adulta não regulada dum modo periódico, não está nas condições normais.

Acha também Pinard justa a opinião de Hipócrates sôbre a pureza do sangue menstrual, visto Pouchet ter analisado o sangue menstrual colhido no orifício externo do útero numa mulher portadora dum prolapso completo dêste órgão e nada encontrar nesse sangue de anormal, nem mesmo arsénio.

Depois de muito resumidamente termos procurado ex-

pôr as teorias ácêrca da fisiologia da menstruação seguimos a opinião do Professor Roberto Frias exposta nas suas lições clínicas sôbre menstruação no ano lectivo de 1915-1916 e consideramos *a menstruação como uma função fisiológica que domina todo o sêr da mulher desde a puberdade à menopausa, função que está sob a dependência da ovulação*. Para nós o sangue menstrual é tóxico, e por isso os desvios menstruais não são mais do que verdadeiras descargas sanguíneas, efectuadas pelos pontos mais fracos do organismo, e que servem para eliminar as toxinas que não teem saída pelo caminho natural.

Sendo a ovulação um trabalho do ovário e sendo êste uma glândula de secreção interna ligada a todo o sistema endocrínico, é provável que todo o trabalho do ovário esteja sob a dependência de qualquer causa até hoje desconhecida, e que um estudo cuidadoso de todas estas glândulas nos traga muitas surpresas, e achando-se aí a verdadeira causa da ovulação e da menstruação.

Da mesma forma se explicam certas perturbações menstruais em mulheres portadoras de qualquer lesão em uma ou outra das glândulas vasculares sanguíneas, vendo-se já hoje a relação que existe entre essas glândulas e o ovário pelos benéficos resultados obtidos pela opoterapia, tiroidea e hipofisária, associada à opoterapia ovárica nas diversas perturbações que surgem, quer nos períodos menstruais, quer na menopausa, tanto natural como artificial.

CAPÍTULO II

Perturbações menstruais

Depois de rapidamente termos falado na menstruação, passamos agora a estudar a sua patologia, ou sejam as perturbações que ela sofre.

Os fenómenos que se reproduzem periódicamente na mulher compreendem: *A maturação do folículo de Graaf; a sua ruptura e a hemorragia que a acompanha.*

No estado normal a evolução dos folículos faz-se de uma maneira contínua, e por meio de cortes efectuados em ovários teem-se achado estes elementos em todas as fases do seu desenvolvimento.

Êste trabalho faz-se sem abalos e sem provocar reacções no organismo. Mais tarde, ao falar da dismenorrea, veremos que nem sempre assim succede.

Os sintomas menstruais aparecem no momento da deiscência, e nem sempre esta coincide com o início do corrimento sanguíneo.

Normalmente os períodos menstruais sucedem-se com

um intervalo de vinte e nove dias. Êste número é uma média, pois, há mulheres em que o espaço intermenstrual é de vinte e cinco dias e mesmo menos, e outras em que só aparecem novas regras ao fim de trinta e dois, e trinta e cinco dias.

A quantidade, como já dissemos, varia de mulher para mulher e, na mesma mulher, sob a influência de diversas causas.

A duração é tam variável como a quantidade, assim há mulheres cujo fluxo dura apenas dois dias e outras em que se prolonga sete e oito dias.

A média é de quatro a cinco, sendo a quantidade do primeiro e último dias menor que a dos dias médios (segundo e terceiro).

Sendo, pois, a menstruação tão variável é difícil dizer onde termina a fisiologia e principia a patologia, havendo apenas um recurso: informarmo-nos do tipo menstrual da mulher que observamos, e em face dêle vermos, com cuidado, as alterações sofridas nesse tipo, averiguando então as causas delas.

Segundo Pozzi far-se há regularmente a menstruação, desde que haja integridade do aparelho genital, composição normal do sangue e não haja alterações do sistema nervoso; e essa regularidade terá fim, desde que uma ou outra destas condições seja perturbada.

As perturbações que a menstruação apresenta podem consistir no exagêro do fluxo, diminuição ou ausência do mesmo, no aparecimento de fenómenos dolorosos intensos e ainda em irregularidades de ritmo.

Menorragia

Como já dissemos, a quantidade e duração das regras são muito variáveis. Quando, porém, a menstruação se transforma numa verdadeira hemorragia, quere dizer quando é exagerada a quantidade de sangue perdido ou a duração do fluxo, dá-se a êste exagêro o nome de menorragia (polimenorreia de Carrier).

Podemos assim resumir os sintomas: abundância de sangue, longa duração das regras, produção de coágulos, dando tudo isto lugar a um enfraquecimento geral.

As menorragias podem ser: *sintomáticas* e *idiopáticas*. As sintomáticas proveem de alterações do útero e seus anexos, ao passo que as idiopáticas se ligam a alterações na saúde geral.

Como o nosso fim é estudar as perturbações que a clorose acarreta à menstruação, deixamos as menorragias sintomáticas, e falaremos rápidamentee nas idiopáticas, mais vulgares no início e no fim da função menstrual.

Algumas menorragias de início podem resultar de alterações renais, hepáticas e do aparelho circulatório, até aí ignoradas.

Causas diatésicas podem também influir no aparecimento destas menorragias, assim vêem-se menstruações abundantes em quantidade e duração em raparigas obesas, nervosas e de compleição artrítica.

Casos há, em que desde as primeiras menstruações aparecem menorragias sem que as provoque causa aparente, com as quais a mãe se não preocupa por lhe haver sucedido o mesmo, e que devem ligar-se a congestões dependentes do neuro-artrismo.

Estas menorragias a que Faure chama *essenciais*, podem coincidir com irregularidades menstruais, sucedendo-se a períodos de amenorreia, mas podem aparecer com intervalos regulares ou mesmo aproximados, deixando um espaço de 18 dias e mesmo menos entre duas épocas.

As raparigas anemiam-se com tais menorragias, vindo as novas perdas aumentar o seu estado de enfraquecimento, contribuindo muitas vezes o uso dos ferruginosos, (com o fim de tratar a anemia), para mais agravar o seu estado, aumentando a abundância das menstruações.

O melhor tratamento, o único eficaz, consiste no repouso absoluto no leito durante as épocas menstruais e a regularização dos afazeres da rapariga de modo a não a submeter a exercícios violentos, nem prolongados, não esquecendo os resultados benéficos dados pela opoterapia ovárica e tiroideia.

Amenorreia

A amenorreia não é mais do que a ausência ou a supressão por um tempo, mais ou menos longo, do fluxo menstrual fora do estado gravídico.

Desta definição pode parecer que o diagnóstico da amenorreia é fácil, mas êste, no início e no fim da função menstrual, apresenta-se pouco nítido; pois, é difícil distinguir uma amenorreia de uma menstruação tardia, e uma menopausa prematura duma supressão permanente ou temporária das regras.

A amenorreia pode ser *primitiva* ou *secundária*.

É, primitiva se as regras nunca apareceram, é secundária se estas cessaram ao fim de um número variável de menstruações.

A amenorreia primitiva deve distinguir-se da retenção das regras, pois, esta depende sempre de uma má conformação do aparelho genital notando-se ao exame local um tumor flutuante que não é mais do que o sangue menstrual acumulado, e verificando-se qualquer obstáculo que não permite a saída do sangue, acompanhando-se esta retenção de dores muito intensas com distensão da parte inferior do abdómen.

Exceptuando os casos bastante raros de perturbações digestivas, circulatórias e nervosas que nada teem de constante, e vão diminuindo de época para época até desaparecerem, na amenorreia em regra não aparece nenhum sintoma digno de nota, algumas mulheres sentem um ou outro dos fenómenos que caracterizam o síndrome menstrual, teem ou leucorreia, ou mucosidades estriadas de sangue, outras, porém, nada disto sentem.

Amenorreia primitiva. — A amenorreia primitiva permanente está sempre ligada a uma deformação do aparelho genital, ao passo que a temporária é a maior parte das vezes sintomática de qualquer doença geral. Dos vícios de conformação genital encontram-se na amenorreia primitiva permanente todas as transições possíveis; desde a ausência do útero e dos ovários até ao desenvolvimento ainda incompleto destes órgãos, mas muito próximo do normal.

Umaz vezes é o útero que está reduzido a algumas fibras longitudinais ou fica no estado infantil atrofiado, ou fortemente flectido, ou encurvado em cressa, ou sob a forma de retorta; outras vezes, são os ovários que teem quistos ou esclerose primitiva, podendo pela paragem das funções genitais causar a amenorreia; se, porém, não está destruída toda a glândula provocam por via reflexa congestão do útero havendo meno ou metrorragias.

Esta paragem de desenvolvimento genital, ou se mostra com a aparência da melhor saúde, ou é acompanhada de outros sinais que provam a paragem da evolução que caracteriza a puberdade, quadra em que o aparelho genital tem um papel preponderante, como o mostram numerosos trabalhos, mas de que se desconhecem as leis que presidem ao desenvolvimento dêste aparelho.

Também sabemos que o papel do ovário é levar os óvulos à sua maturação e não segregá-los, e para cumprimento dêste mandato carece de encontrar o organismo em boas condições.

Se êste está enfraquecido por alguma tara anterior e por alterações de saúde geral, ou de alguma das glândulas do sistema endocrínico e particularmente da tiroide e da hipófise, a evolução do folículo de Graaf faz-se com atrazo ou não chega mesmo a fazer-se.

Os trabalhos de Charrin e Jardy vieram mostrar as relações que existem entre o ovário e a tiroide, e assim se explica a amenorreia das raparigas, que apresentam tendência à obesidade, enxaquecas, arrefecimento notável das extremidades, ou mesmo perturbações ligadas a uma espécie de mixedema fruste.

A amenorreia mostra-se nas doenças gerais como: a tuberculose, a sífilis, a clorose, as lesões cardíacas, infecções e intoxicações que aparecendo na infância actuaram sôbre o aparelho genital, ou sôbre as glândulas vasculares sanguíneas.

Amenorreia secundária. — Convem primeiro distinguir esta amenorreia da supressão fisiológica dos mênstruos que caracteriza a gravidez.

É por isso que em face de uma amenorreia secundária-

ria, devemos primeiro que tudo pensar em uma gravidez, e arranjar um pretexto para pesquisar os sinais da gestação, examinando com cuidado o abdómen.

Mesmo em casos de menstruações tardias, devemos lembrar-nos da possibilidade de uma gravidez, coincidindo com o início das funções útero-ováricas.

A amenorreia secundária que é, como sabemos, a que se observa nas mulheres tendo sido até aí menstruadas, pode ter uma causa local e uma causa geral.

A ablação do útero e dos ovários deve conduzir à amenorreia, porém casos há em que a seguir a uma ovariectomia dupla aparecem menstruações, a que chamamos falsas.

Chamamos falsas, porque, partidários da teoria da ovulação, consideramos a menstruação como uma função dependente do ovário, e sem este não pode efectuar-se aquela.

Pozzi, depois de fazer como a maioria dos autores uma distinção entre os tumores do ovário, em que se não adquire a certeza de tirar toda a glândula, podendo ter ficado algum fragmento no pedículo a manter a função menstrual, e os casos em que a castração se faz por pequenas lesões que pouco alterem o volume e a forma do órgão, sendo as menstruações destes últimos casos muito irregulares até ao seu desaparecimento, invoca para explicar estas menstruações a que chama *póstumas*, a lei dos hábitos orgânicos.

Para êle o sistema nervoso da vida vegetativa reproduz de um modo automático e sob a influência da antiga incitação a congestão genital, que à falta de novo impulso não tarda a desaparecer.

Faure diz, que a maior parte dos ginecologistas pen-

sam que fragmentos da glândula escaparam à operação e entreteem a função menstrual.

Sem invocarmos a existência de ovários supranumerários que na ausência dos normais tomassem as funções dêstes, achamos justos estes dois pareceres, sem esquecermos as alterações da mucosa uterina e do seu parênquima.

Amenorreia secundária de causa local. — Esta amenorreia encontra-se quando o funcionamento do útero é alterado, quer por uma esclerose primitiva do parênquima, quer pela esclerose consecutiva a metrites crónicas e a cauterizações repetidas. Actua do mesmo modo a superinvolução uterina a seguir a partos repetidos ou aleitamentos prolongados, e neste caso o útero diferencia-se do útero infantil porque, apesar de atrofiado, conserva a sua forma normal.

É com frequência que resulta de alterações graves no ovário, como: tumores cancerosos ou quísticos, supurações pélvicas, tuberculose e sífilis do ovário, etc. Os tumores ou lesões inflamatórias dos ovários apenas trazem consigo a amenorreia, quando as glândulas foram completamente destruídas, no caso contrário e no início das lesões entreteem uma congestão dando lugar a meno e metrorragias como já tínhamos dito.

Amenorreia secundária de causa geral. — É a mais freqüente e encontra-se nas condições mais variadas, denotando um empobrecimento do sangue e um estado de fraqueza profundo, não permitindo um tal estado o aparecimento da menstruação, apesar da mucosa uterina ser para isso solicitada pelo trabalho fisiológico realizado no ovário, e assim se explica a gravidez em períodos avançados da

tuberculose e doutras doenças caquéticas, embora haja ausência de mênstruos.

Assim vemo-la aparecer no período agudo e na convalescença de algumas febres inficiosas como: a escarlatina, a varíola e a febre tifoide; nas doenças caquetizantes: mal de Bright, diabete, formas crónicas do impaludismo, lesões cardíacas, a seguir às metrorragias de início, e nos períodos avançados da tuberculose e cancro; nas intoxicações alcoólica, saturnina, morfínica, etc.

Ela é muito comum, contando-se entre os sintomas da clorose e das anemias, principalmente nas que acompanham certas dispepsias com ptoses viscerais e outras afecções do tubo digestivo como: úlcera do estômago, enterocolite, etc., mas aqui, como nas doenças agudas, ela é passageira e desaparece logo que o estado geral melhore.

Como vemos encontra-se em todas as doenças que prejudicam a nutrição, dando lugar a um verdadeiro empobrecimento do sangue.

Mas se a vemos em todas as doentes enfraquecidas, vemo-la também em mulheres com a melhor aparência de saúde e neste caso a explicação é mais difícil.

Igualmente algumas obesas de temperamento artrítico que, apesar da intensa congestão do seu aparelho genital, como provam as dores lombares e abdominais, as sensações de peso, tem menstruações pequenas, chegando a não ter fluxo algum. Esta amenorreia que muitas vezes sucede à dismenorreia, prova um fraco desenvolvimento genital, chegando poucos folículos à maturação e devendo procurar-se a causa numa insuficiência glandular, principalmente da tiroide.

Devemos pôr de parte a origem nervosa?

Não, porque só ela nos pode explicar as amenorreias

a seguir a um traumatismo, um susto, uma emoção forte, uma impressão moral, quer se dêem durante as regras, quer mesmo fora delas.

Além disso aparece nas afecções dos centros nervosos, vendo-se aparecer nas doenças mentais e mesmo em neurastênicas e em histéricas, sem outra causa que a provoque.

Encontra-se também esta amenorria a seguir a uma mudança de ares, de regimen, de vida, devendo nestes casos ligar-se a uma origem nervosa, sendo certo que se dá apenas nas mulheres um tanto ou quanto impressionáveis.

Outras vezes é o resultado duma auto-sugestão inconsciente, nas jovens casadas que se julgam grávidas e nas que receiam a gravidez.

Nestas condições a amenorria acompanha-se de perturbações digestivas e nervosas, análogas as que caracterizam a gravidez (*gravidez nervosa*).

Na sua maioria estas amenorrias não determinam sintoma importante, passando as épocas menstruais sem perturbações apreciáveis, porém nas nervosas, e principalmente nas histéricas, podem surgir perturbações cutâneas, sensitivas, motoras e mesmo hemorragias suplementares por vias diversas: epistaxis, hematemese, hemoptises, otorragias, quer em casos de otorreia purulenta, quer estando a membrana do tímpano sã (caso de Stepanow) a que Pozzi se refere no seu tratado, hemorragias intestinais e cutâneas, etc.

Outras vezes em lugar do desvio das regras produzem-se secreções suplementares (diarreia abundante, secreção de leite, etc.).

Nas histéricas devemos observar os factos, relatados por elas, para não sermos enganados.

E por último vamos referir-nos ao *prognóstico*.

Êste depende na amenorreia secundária da doença que origina a amenorreia. Assim a amenorreia das doenças crônicas no período de caquexia mostra o estado precário do organismo.

Pelo contrário, o reaparecimento das regras nas cloróticas e sífilíticas mostra que o estado do organismo melhorou e tende para o restabelecimento completo.

A amenorreia por si só não acarreta perigo algum para a doente, não influido na marcha das doenças em que ela se manifesta.

Tratamento

Como a amenorreia longe de ser a causa das variadas doenças em que aparece sofre o efeito destas, como se relaciona com o empobrecimento sanguíneo e as perturbações nervosas, o seu tratamento deve ser o da doença que lhe dá origem.

Os tónicos e os reconstituintes são os medicamentos mais apropriados.

Porém a relação que há entre o ovário e o resto do sistema endocrínico fizeram experimentar a opoterapia que tem dado óptimos resultados. Nos produtos ováricos será bom associar os produtos tiroideus, ou talvez fazer como Renon uma opoterapia poliglandular.

O Professor Roberto Frias disse numa das suas lições sobre menstruação a que noutros lugares nos referimos que para tratar a amenorreia primitiva ou essencial devíamos previamente fazer um exame ao sangue. Se faltasse oxigénio usar-se-hia a medicação oxigenada; se o oxigénio esti-

vesse em excesso os produtos arsenicais tinham a sua indicação; se faltassem os sais far-se hia uso da medicação salina. Nunca devíamos usar os emenagogos sem primeiro fortalecer o organismo e empregarmos a medicação geral apropriada.

Dismenorreia

Dismenorreia é o nome dado à menstruação, quando se torna muito dolorosa e se faz com dificuldade.

Ora nós já vimos que a menstruação se acompanha de perturbações quer gerais, quer locais que não impedindo as ocupações da mulher, e variando duma para outra, tornam difícil o diagnóstico.

Não esqueçamos também que se há mulheres que vêm surgir o seu fluxo menstrual sem perturbação alguma, há outras que teem dores intensas e isto explica a dificuldade do diagnóstico.

A dismenorreia pode produzir-se ou por alterações no ovário que impedem a maturação dos óvulos e retardam a sua ruptura — *dismenorreia ovárica ou de secreção* —; ou por lesões do útero que não permitam o corrimento sanguíneo — *dismenorreia uterina ou de excreção* —; ou ser devida a uma infecção caracterizada pela esfoliação da mucosa uterina, ou pela expulsão duma membrana mais ou menos espessa — *dismenorreia membranosa ou de inflamação*. —

Porém se é fácil distinguir em teoria estas três variedades de dismenorreia, é difícil fazê-lo na prática, porque os desvios uterinos coincidem algumas vezes com alterações ováricas e membranas mais ou menos espêssas acompanham a menstruação normal.

Dismenorreia ovárica. — A maioria dos autores quer dividir o estudo desta dismenorreia em duas partes, segundo predominam os acidentes nervosos ou os fenómenos congestivos, o que se torna difícil visto a congestão do aparelho genital se repercutir no sistema nervoso e vice-versa.

Esta dismenorreia provém do mau funcionamento do ovário. Quer êste tenha um desenvolvimento defeituoso, quer as alterações dos ovários dêem a ela lugar e ainda a um embaraço à circulação útero-ovárica.

Gallard nas suas lições clínicas poz em evidência a teoria de Simpson (que ligava importância às perturbações de ovulação na dismenorreia) numa época em que consideravam esta como resultante de deformações uterinas e tubares. Muitas vezes os ovários ficam no estado infantil, fazendo-se irregularmente e sendo quasi esboçada a evolução dos folículos de Graaf, vindo o tecido fibroso comprometer definitivamente as funções genitais (ovarite esclerosada ou quística). É esta a origem das dismenorreias que tem o seu início nas primeiras menstruações.

Quando a puberdade é tardia a dismenorreia coincide algumas vezes com irregularidades menstruais.

Perto da menopausa produzem-se também alterações ováricas que, dificultando a evolução dos folículos ocasionam dores. Outras vezes as lesões ováricas estão em relação com as infecções no aparelho genital, fazendo-se mal o desenvolvimento e a deiscência dos folículos.

Nesta dismenorreia os sintomas aparecem com os pró-dromos da menstruação. Estes aumentam, não só em intensidade, mas em duração. Queixam-se as doentes de dores muito vivas na região lombar e no baixo ventre, dores que aparecem, antes um ou dois dias e mesmo mais, ou apenas algumas horas do início do corrimento sanguíneo; dores que

augmentam de intensidade a ponto de em alguns casos se necessitar recorrer aos calmantes. Estas dores acompanham-se de peritonismo e accidentes nervosos variados, não estando as doentes prostradas, mas agitando-se e deslocando-se continuamente na ância de procurar um alívio.

A duração dêstes fenómenos é muito variável, mas vêm-se atenuar e desaparecer, até à época seguinte, com o corrimento sanguíneo.

Na dismenorreia que succede a partos e abortos ou a afecções pélvicas observam-se muitas vezes dores intermenstruais, com os caracteres das da crise menstrual, dores a que Stapfer chamou *vagues ovariennes*, considerando-as Bonilly como características de lesões ováricas achando excessivo que se considerassem como fenómeno fisiológico. Dalché chamou-lhes dismenorreia intermenstrual, achando Pozzi um abuso de linguagem esta última denominação, e ligando estas crises a inflamação do útero e anexos.

Dismenorreia uterina. — Depois de estudarmos a dismenorreia que succede a um mau funcionamento do ovário, vamos estudar a que corresponde à fase uterina da menstruação.

A dismenorreia uterina, também chamada dismenorreia de excreção, provém dum obstáculo ao corrimento do sangue. Êste obstáculo resulta a maior parte das vezes de uma estenose do canal cérvico-uterino, quer esta esteja ao nível do orificio interno, quer no focinho de tenca, e ainda de um desvio muito pronunciado do útero, ou seja a ante-flexão, mais freqüente nas virgens e nas nulíparas, ou a retroflexão mais vulgar nas múltiparas.

O incurvamento ou a obliteração do canal dá lugar à formação de um coágulo de tamanho variável, resultante

da estagnação do sangue na cavidade uterina, coágulo que muitas vezes toma a forma da cavidade uterina, começando as contracções dolorosas, cujo fim é expulsar êsse coágulo e que terminam ou se atenuam logo que é expulso efectuando-se depois mais ou menos facilmente o corrimento sanguíneo.

A crise começa mais tarde que na dismenorrea ovárica ou de secreção e de uma forma mais brusca e mais violenta.

Os pródromos da menstruação são os mesmos que habitualmente e de duração média. Quando aparecem algumas gotas de sangue na vulva começam as dores lombo-abdominais associadas às contracções uterinas, com irradiações no períneo, no dorso e na parte superior das coxas, observando-se como na dismenorrea ovárica náuseas, vômitos e tendências sincopais, porém mais acentuados.

As dores que as multíparas comparam às dores de parto duram algumas horas, às vezes um dia, e desaparecem ou atenuam-se, como já disse acima, quando o coágulo é expulso, voltando na menstruação seguinte.

Os partidários da teoria mecânica desta dismenorrea teem como principal argumento o ela atenuar e cessar com um parto.

O carácter espasmódico da crise faz pensar numa origem nervosa. Faure citando o caso de uma joven mulher que tinha uma dismenorrea há oito meses resultante de um mioma do lábio anterior do colo, dismenorrea que desapareceu depois do tumor tirado diz que a prática mostra que os desvios do útero e o espessamento das suas paredes são as causas desta dismenorrea.

- III - *Dismenorrea membranosa.* — Como nas perturbações

já estudadas, é difícil marcar os limites da dismenorrea membranosa, pois, na menstruação normal há eliminação de bocados da mucosa uterina, como Gallard o fez notar.

Alguns autores negam o destacamento menstrual da mucosa e pretendem que isto é apenas um abôrto dos primeiros dias ou primeiras semanas (Hausmann), mas Courty reuniu várias observações incontestáveis de menstruação membranosa em virgens.

Esta dismenorrea forma uma classe à parte, distinta das outras duas, já estudadas, com as quais se pode combinar. Ela é caracterizada pela esfoliação e eliminação da mucosa, quer em parte, quer na totalidade, em cada época menstrual, ocasionando estas duas fases dores muito intensas.

A patogenia e a etiologia desta dismenorrea são bastante mal conhecidas e difíceis de interpretar.

Sobrevem muitas vezes a seguir a partos e abôrtos, sendo talvez devida a fenómenos inflamatórios que mereceram a Pozzi o nome de *endometrite esfoliante*.

Observa-se no decorrer das doenças do útero e seus anexos e nestes casos encontram-se todas as transições, desde as dores quasi normais às dores intensíssimas e intoleráveis.

Mas aparece nas mulheres que não apresentam nenhum sintoma de endometrite e nas virgens, podendo aparecer logo nas primeiras menstruações, sem muitas vezes aparecer em casos de metrite.

Por aqui se vê que a causa inflamatória não serve para explicar todos os casos.

Duplay assinalou a influência da hereditariedade.

Parece que o artritismo e os diversos estados nevropáticos teem influência sôbre a dismenorrea, mas deve juntar-se uma predisposição da mucosa e uma excitabili-

dade particular do útero, pois, em alguns casos, embora raros, faz-se a descamação e a eliminação de pedaços da mucosa sem que resulte nenhuma reacção apreciável. Não se encontra, pois, uma verdadeira explicação quanto à etiologia da dismenorrea membranosa.

Os pródromos do syndroma menstrual são sensivelmente normais e a série de sintomas que surge depois está em relação com o volume da massa a eliminar e com as circunstâncias locais que facilitam, ou retardam a sua expulsão, e tanto que os desvios uterinos e a estenose do canal cérvico-uterino aumentam os sofrimentos.

No comêço das dores vê-se aparecer uma porção de sangue, maior ou menor, que daí a pouco pára. As dores são desde o início muito violentas com irradiações para os lombos, fossas ilíacas e coxas, sentindo as doentes contracções do hipogastro e sensação de pêso no períneo, talvez motivado pelo aumento de volume do útero, congestionado e muito doloroso à pressão. A estas dores que se acompanham de náuseas e vômitos, crises nervosas, suores profusos, opressão não achando a doente posição alguma para as dores acalmarem, juntam-se as contracções uterinas que provocam espasmos vesicais e rectais.

Êstes sofrimentos são quási continuos e duram pelo menos um dia, não sentindo as doentes alívios embora passageiros. Ao fim de dois ou três dias a doente expulsa a membrana ou bocados desta, calma-se imediatamente o seu sofrimento e segue-se o corrimento do sangue em maior ou menor quantidade, tomando algumas vezes a forma de menorrhagia.

As crises não teem sempre a mesma intensidade, mas obrigam as doentes a estarem na cama, reproduzindo-se em cada época menstrual.

Esta dismenorrea pode aparecer logo às primeiras menstruações, mas vulgarmente aparece só alguns anos depois da aparição dos mênstruos.

Esta afecção dura quasi sempre até à menopausa, e é particularmente rebelde à terapêutica, e persiste mesmo depois de um parto, podendo algumas vezes desaparecer. É pouco compatível com a gravidez e em alguns casos aparece depois de um ou mais partos.

Apesar dos variados aspectos apresentados pela massa expulsa são quasi sempre os mesmos os elementos que a formam e proveem da mucosa uterina.

É difficil distinguir esta dismenorrea de um abôrto dos primeiros tempos, pois, o aspecto da membrana expulsa é globuloso e arredondado e a sua face interna é eriçada de pequenos filamentos que simulam as vilosidades placentárias. Só o microscópio nos pode fazer o diagnóstico. Na maioria dos casos trata-se de um coágulo sanguíneo com a forma da cavidade uterina podendo encontrar-se, produtos idênticos na dismenorrea uterina quando houver obstáculo à saída do sangue.

Os pedaços expulsos são formados por camadas fibrinosas de coágulos e elementos da mucosa.

Esta membrana, segundo Brouardel, é formada por células epiteliais tumefactas e deformadas que levam com elas uma camada de células embrionárias, amontoadas e comprimidas umas contra as outras.

Estas células são do tipo nuclear e apresentam grandes massas de protoplasma como as células da caduca placentária. Encontra-se na membrana grande número de vasos e de glândulas umas intactas e outras infiltradas de células embrionárias.

Observa-se além disto focos hemorrágicos provenientes

da ruptura dos vasos dilatados e de coágulos aderentes às células epiteliais da superfície interna.

Faure diz que o que caracteriza sob o ponto de vista anatómico a dismenorreia membranosa é a presença das glândulas e dos vasos sanguíneos.

Raciborski, como em alguns casos no meio das membranas e dos coágulos sanguíneos se encontravam pequenos agrupamentos de células placentárias, considerava esta dismenorreia como um verdadeiro aborto.

Lepage chamou a atenção para um caso de dismenorreia membranosa com acentuada exfoliação da mucosa uterina no decorrer de uma gravidez tubar.

Tratamento da dismenorreia

Embora a dismenorreia provenha de variadas causas, algumas desconhecidas, o tratamento é idêntico para todas e deve constar de um tratamento geral, tendente sempre a fortalecer a mulher e tratar a doença que origina a dismenorreia, e um tratamento local, relacionado com o estado do aparelho genital.

Hartman diz que é difícil dar indicações terapêuticas precisas, visto as causas serem mal conhecidas.

O tratamento tem em vista calmar a crise e evitar a sua repetição.

Atenuando as dores e o sistema nervoso por meio de banhos quentes prolongados, compressas quentes sobre o ventre, descanso no leito e calmantes, aliviemos o enorme sofrimento da padecente, calmando dêste modo a crise.

Para o tratamento preventivo temos a considerar quatro casos:

- 1.º A dismenorreia das raparigas ou para melhor dizer das virgens;
- 2.º A das mulheres perto da menopausa;
- 3.º A que aparece a seguir a infecções uterinas e dos anexos;
- 4.º A que tem uma origem uterina.

Nos dois últimos casos pouco há a esperar do tratamento medicamentoso e higiênico, pois, o único eficaz é o tratamento ginecológico, embora se tente o opoterápico.

No primeiro caso como a dismenorreia se filia no fraco desenvolvimento do aparelho genital ou se relaciona com alguma doença geral o melhor tratamento a instituir é fortalecer a doente. Mas não esqueçamos a opoterapia que tantos sucessos tem dado como o diz Faure nos seguintes períodos:

“L'opothérapie est justement en honneur aujourd'hui; elle compte à son actif d'incontestables succès dont nous avons été souvent témoins.

Il est permis d'espérer qu'elle en procurera davantage lorsque nous connaissons mieux ses indications.”

A dismenorreia perto da menopausa, como as portadoras são frequentemente neuro-artríticas com tendência a congestões e à obesidade, carece de um tratamento da saúde geral achando também as suas indicações a opoterapia.

O tratamento opoterápico deve consistir em preparados ováricos e tiroideus, dadas as relações entre estas duas glândulas.

Irregularidades da menstruação

Estas podem ser no ritmo da menstruação e na quantidade e qualidade do sangue.

No princípio e no fim esta função é, como já dissemos, muito variável, mas quanto a nós esta irregularidade tem menos importância do que a que se mostra após alguns anos, se a repariga é forte e se nada há que prove estar-se em face de uma artrítica, pois, a menstruação regularizar-se há ao fim de algumas menstruações, não carecendo de terapêutica.

Mas casos há, em que ao fim de um número variável de regras o fluxo, ou perde a côr e vai diminuindo a pouco e pouco, conservando-se normal a duração e o intervalo dos mênstruos, ou êste intervalo se espaça, sendo o fluxo em quantidade normal e algumas vezes exagerado.

Outras vezes a duração do fluxo está reduzida ficando diminuída a quantidade do sangue menstrual.

A etiologia destas irregularidades deve procurar-se mais no estado geral, denotando quasi sempre um enfraquecimento do organismo, aparecendo nas mulheres esgotadas por fadiga, privações, doenças crônicas, embora se encontrem irregularidades em algumas com boa aparência, mas em regra com taras artríticas.

Deve excluir-se o aparelho genital? Não, porque as alterações primitivas do ovário e do corpo amarelo podem ocasionar as mesmas desordens.

A insuficiência menstrual coincide vulgarmente com irregularidades do ritmo. Ela pode aparecer logo às primeiras menstruações e neste caso coincide com a dismenoreia e relaciona-se com uma menstruação tardia.

Caracteriza-se por uma fraca abundância de fluxo, e dura, ou apenas um dia, ou em reduzida quantidade, três ou quatro.

A coloração do sangue está igualmente diminuída principalmente nas debilitadas.

Outras vezes a função foi normal até cerca dos trinta anos e depois vai diminuindo até desaparecer, dando lugar em alguns casos à menopausa precoce.

Estas doentes, ou teem uma tendência à obesidade com variados sintomas provando a insuficiência tiroideia, ou são excessivamente magras e bastante nervosas.

O tratamento mais eficaz é o que reclamar o estado geral da doente. Ou seja tónicos e descanso, para as enfraquecidas ou uma vida activa e movimentada para as obesas.

Nos casos de insuficiência ovárica e tiroideia a opoterapia dá óptimos resultados.

Leucorreia

Leucorreia, perdas brancas, flores brancas, não são mais do que nomes para designar o exagêro das secreções genitais, que quando não exageradas passam despercebidas. Aparecem um ou dois dias antes, e dois ou três dias depois da menstruação.

Gallard definindo-a nas suas lições clínicas em 1885 mostrou que provêm sempre, ou de alterações da saúde geral, ou é sintomática de lesões genitais. Êste último caso não nos interessa e falemos apenas no primeiro.

A leucorreia é constituída por um corrimento esbranquiçado, pouco homogêneo e de aspecto leitoso.

O Prof. Roberto Frias considerava dois casos: a *leucorreia vaginal* quando o corrimento é branco e a *leucorreia uterina* se é amarelo. Filiava a leucorreia no estado linfático e considerava-a como um aditamento patológico à função menstrual.

A abundância é, como já disse, muito variável e a sua duração igualmente.

O exame microscópico mostra células vaginais e uterinas, mais ou menos degeneradas, linfócitos e alguns glóbulos rubros mais numerosos na época das regras.

Nas mulheres fortes a leucorreia aumenta com as causas que possam excitar as secreções das células genitais.

Encontra-se, como já dissemos, quando o organismo está enfraquecido podendo em alguns casos ver-se a leucorreia substituir a menstruação, tanto que, nas amenorreias debilitadas, aumenta na época menstrual, embora em alguns casos se mostre continuamente. Gallard fazia-a nestas condições ligar à função menstrual. Faure diz: *La congestion des réseaux vasculaires des muqueuses génitales, insuffisante pour amener leur rupture, provoque une transsudation du sérum, qui entraîne avec lui les cellules épithéliales dégénérées.*

Esta explicação não serve para todos os casos, pois, ela é muito frequente nas cloróticas, nas tuberculosas e em outras caquéticas com as funções menstruais há muito suprimidas.

Encontra-se nas anémicas, linfáticas com perturbações digestivas e nas neuro-artríticas sempre que o organismo está enfraquecido.

Nestas condições não se compreende que haja congestão da mucosa genital, quando todas as mucosas são descoloradas, embora em muitos casos esta explicação seja verdadeira.

A patogenia da leucorreia é para alguns casos desconhecida, parecendo porém que a hereditariedade e a predisposição individual tem importância na sua patogenia.

A leucorreia não determina nenhuma lesão local, nem alteração no organismo embora os autores antigos lhe atribuissem graves desordens na saúde da mulher.

Resumindo, a leucorreia que um exame microscópico permite distinguir de corrimentos inficiosos provêm habitualmente de doenças gerais que convem fazer desaparecer.

O tratamento consiste em cuidados higiênicos, repouso e na terapêutica apropriada à doença que a origina.

CAPÍTULO III

Clorose

A clorose que durante muito tempo se confundiu com a anemia é uma entidade mórbida bem caracterizada, quer pelo exame clínico, quer pelo exame laboratorial.

É uma doença da puberdade e quasi exclusivamente do sexo feminino. A anemia clorótica pertence ao grupo das anemias essenciais, criptogénicas, pois que até hoje se ignora a causa que a produz.

A clorose é uma doença que os mais antigos tratados mencionam e que tem tido nomes diversos. Assim, Langé chamou-lhe *morbus virgineus*; Ambroise Paré *cachexia virginum*, etc. Em 1620 Varandal deu-lhe o nome de clorose. Êste nome vem-lhe da côr amarelo-esverdeada que as cloróticas apresentam.

Etiologia e patogenia. — É uma doença da puberdade que parece ligada ao desenvolvimento genital da rapariga e à aparição das regras. Como ela surgia com o início

da menstruação, já os autores antigos davam esta como origem da doença. Como o início da clorose é lento, raras vezes rápido, é natural que ela comece com o desenvolvimento da rapariga, sendo mesmo a causa do retardo das regras, que uma vez iniciadas podem aumentar a anemia.

Outras causas, diferentes da idade e do sexo, tem sido descritas, mas, sendo a clorose uma anemia criptogénica, pouco delas devemos esperar.

Sem sermos exclusivos como Potain, para quem as filhas das cloróticas eram cloróticas, devemos ver na hereditariedade um factor importante. Igualmente a vemos aparecer nas descendentes de tuberculosos, escrofulosos, raquíticos, gotosos e mesmo sifilíticos. Trousseau diz que carecem de um particular estudo estas descendentes, pois se podem tratar como cloroses, estados anémicos sintomáticos, fazendo-se uma medicação muitas vezes prejudicial.

Devemos também tomar em consideração o meio social em que a rapariga vive e os seus hábitos, pois é em raparigas mal alimentadas, sobrecarregadas com trabalho, respirando um ar pouco puro, tendo além disso inúmeras contrariedades, que vemos surgir a clorose com alguma frequência, sendo desta opinião Churchill que dizia que ela era endémica nas cidades manufactoras.

Não quere isto dizer, que a clorose não se manifeste nos meios mais favorecidos da fortuna, pois ainda aí vamos encontrar condições próprias a um mau desenvolvimento da rapariga, a qual pode não necessitar de prover à sua alimentação, mas tem, ou um trabalho intelectual excessivo, ou fadigas motivadas por diversões várias que lhe originam a doença.

As perturbações menstruais, as perturbações digestivas, acompanhadas ou não de constipação, as alterações do

sistema nervoso, emoções, desgostos, são factores que devemos também ter em vista, bem como as doenças anteriores, sejam infecções ou intoxicações.

Para Landozy e Marcel Labbé esta doença estaria relacionada com uma tuberculose latente que, ou curava, ignorando-se a verdadeira causa da clorose, ou generalizando-se, a tuberculose aparecia com os seus sintomas característicos, pertencendo para nós êstes casos ao grupo das falsas cloroses de Trousseau, e a anemia a que deram o nome de clorose, não era mais do que uma anemia sintomática.

Os antigos consideravam êste estado mórbido como o resultado das perturbações menstruais (Roche), como uma falta de equilíbrio na circulação (Blundel) como a consequência duma doença no fígado (Fox), etc. Churchill define-a como uma perturbação particular da saúde geral que se encontra na puberdade e acrescenta que na clorose são graves as desordens funcionais, principalmente as que se relacionam com as secreções.

Relacionando como o faz Hayem as teorias patogênicas a três grupos principais: *Anemia por perdas de sangue*; *Anemia por influência nervosa*; *Anemia por toxemia*, passemos a ver em qual deles se deve incluir a clorose.

Se a forma menorragica de Trousseau fôsse mais frequente, se igualmente fôsssem numerosos os casos apontados por Luton de hemorragias da mucosa estomacal, se a úlcera do intestino fôsse também corrente, poderíamos incluí-la no primeiro grupo.

Trousseau defende a teoria nervosa, mostrando que as alterações sofridas do sangue podem ter essa origem.

Depois explica como algumas raparigas deixam de ser cloróticas a seguir às primeiras menstruações, dizendo que

o início das regras faz desaparecer a causa que motivava a clorose até aí rebelde ao tratamento, e, se esta não tivesse uma origem nervosa, o estabelecimento da função menstrual deveria aumentar a anemia pelas perdas sanguíneas que originava.

Trousseau e com êle Pidoux e Botkin observaram casos de anemia súbita a seguir a emoções fortes e desgostos, mas êstes factos são bastante raros.

Se é certo a clorose alterar o sistema nervoso e se entre os seus sintomas figuram alguns de origem nervosa, não se deve concluir que só o sistema nervoso occasiona uma tão diferente sintomatologia.

Dieulafoy quer que a clorose seja o traço de união entre uma nevrose e uma anemia.

A teoria mais corrente hoje é a teoria toxémica que uns ligam a uma infecção e outros a uma auto-intoxicação. E lembra-nos de ter ouvido ao Professor Tiago de Almeida na sua lição clínica sôbre o *tratamento das anemias*, que modernamente os clínicos pretendiam, e *com alguma razão*, que a clorose fôsse de origem infecciosa.

Entre as auto-intoxicações figuram as do tubo digestivo, sendo para Bouchard a consequência da dilatação do estômago e para Clark e Duclos a coprastase.

Mais recentemente invocou-se de novo a origem menstrual como causa da intoxicação pelo predomínio da clorose no sexo feminino.

Assim, a hipoplasia do aparelho genital relacionada à dos vasos foi assinalada por Rokitanski.

Virchow dá a preferência à hipoplasia vascular e Fraenkel salientou a hipoplasia genital.

Charrin adoptou a opinião de Archangeli, o qual dizia que a secreção interna do ovário tinha influência sôbre a

formação da hemoglobina, dando lugar o exagêro dessa secreção à diminuição dêste elemento, e que a intoxicação de origem ovárica podia resultar, ou dum excesso da actividade do ovário, ou da falta de eliminação da secreção dêste órgão, fazendo-se essa eliminação por meio das regras que simbolizavam verdadeiras descargas de venenos. E esta teoria pode realmente explicar uma grande totalidade de casos e está de acordo com a predilecção da clorose para o sexo feminino.

Clement via na hipertrofia esplênica um argumento capital para sustentar a teoria por infecção, porém Hayem diz que, nos casos por êle observados, o baço não estava aumentado de volume e nos casos de Clement estava pouco hipertrofiado.

Clement chama também a atenção para as obliterações venosas, sendo para êle outra causa de infecção, podendo essas obliterações dar-se também nos seios craneanos e nas artérias (Hayem).

E isto levou Lemoine a pensar também na origem inficiosa e a procurar no sangue algum microorganismo que originasse a doença. Assim, encontrou muitas vezes no sangue das cloróticas o estreptococo, o estafilococo branco ou o coli-bacilo, mas êstes factos carecem de novas experiências para sua confirmação.

Hayem chamando a atenção para a hipertrofia tiroideia considerando-a, bem como à hipoplasia vascular, estigmas de degenerescência diz que a clorose é *une maladie d'évolution venant prendre rang parmi les expressions pathologiques de la dégénérescence organopathique de la race.*

Acrescenta que as gastropatias preparam um terreno favorável ao desenvolvimento da clorose,

E nós, sem sermos partidários exclusivos de qualquer das teorias expostas, achamos que se deve proceder a um estudo cuidadoso de todas as glândulas do sistema endocrínico a ver se lá se encontrará a verdadeira patogenia desta doença da puberdade.

Sintomatologia. — A clorose instala-se na quási totalidade dos casos dum modo lento e progressivo, sendo os primeiros sintomas a palidez da pele e das mucosas, a perda de apetite ou o apetite caprichoso, as perturbações dispepticas, as alterações do sistema nervoso e da menstruação, as palpitações e a astenia. Na clorose de início súbito encontra-se sempre como origem uma perda de sangue, uma emoção viva, uma fadiga exagerada e por vezes uma infecção ou intoxicação.

Assim no caso de Trousseau, de uma clorose em cinco dias, a doente teve um medo durante a noite, servindo êste caso a Trousseau para confirmar a origem nervosa, visto a doente ter já sido tratada por duas vezes da dança de Saint-Guy. A êste podemos juntar o caso de Pidoux, uma ama que em alguns dias se tornou clorótica por ter deixado cair a criança que trazia. Porém os casos de clorose de início súbito são bastante raros.

A clorótica geralmente não está demasiadamente magra conservando mesmo um certo *enbonpoint*.

Todo o corpo, mas principalmente a face e as mãos são pálidas, com um tom amarelo-esverdeado, mas por vezes nas maçãs do rosto aparece um rubor passageiro, de origem emotiva que pode ser muito intenso, dando à doente um aspecto de saúde. As mucosas estão mais descoradas ainda que a pele, notando-se mais esta descoloração nos lábios, gengivas e conjuntivas.

O rosto das cloróticas tem uma expressão de tristeza particular, os olhos são cercados duma orla escura, muitas vezes brilhantes, fazendo notar-lhe mais o brilho a palidez do resto do rosto.

Na face e nos maléolos podem, em alguns casos, aparecer edemas, embora êstes sejam ligeiros.

E como a clorose se repercute em todo o organismo estudemos as alterações sofridas nos diferentes aparelhos.

Perturbações digestivas. — Estas são tão constantes na clorose que Meinert queria que ela fôsse devida a uma gastroptose de origem mecânica. Nas cloróticas, ao lado de alterações no quimismo estomacal, podemos encontrar o apetite quer aumentado, quer diminuído, quer alterado, mostrando as doentes uma predilecção acentuada para os alimentos muito condimentados.

O estômago fatiga-se com os mesmos alimentos, sendo aumentada a sua secreção com a mudança de regimen.

Geralmente as digestões são lentas por vezes acompanhadas de dores, de eructações e, em alguns casos, de vômitos.

Há geralmente constipação.

O exagêro destas perturbações dá logar à *clorose dispeptica* de Hayem.

Perturbações circulatórias. — Estas são talvez as mais importantes da clorose e estudemos primeiro as que o exame clínico nos fornece, estudando depois as que nos fornece o exame laboratorial.

Quási todas as cloróticas apresentam palpitações que sobreveem por acessos, a seguir a um esforço, a uma má digestão. As emoções produzem também a congestão das

faces a que já nos referimos. Vê-se muitas vezes pulsar as artérias do pescoço e do epigastro.

Devido à dificuldade da circulação, pois em autópsias tem-se visto diminuído o calibre dos grandes vasos da base do coração, êste tem aumentada a área correspondente à metade direita, encontrando-se casos em que o coração parece diminuído no seu volume.

Porém o facto mais importante e que mais vulgarmente se observa é a existência de sopros, suaves, móveis, superficiais, sem propagação, que se ouvem em toda a zona precordial e que desaparecem quando se suspende a respiração a seguir a uma inspiração profunda, outras vezes com a mudança de posição. Êles são sistólicos ou mais geralmente mesossistólicos.

A frequência dêstes sopros, que podem encontrar-se em indivíduos sãos, deve-se ao estado de eretismo em que se encontra o coração das cloróticas.

Potain mostrou a sua origem cárdio-pulmonar e diz que são devidos aos movimentos imprimidos às lâminas pulmonares pelas contracções cardíacas.

Êstes sopros mostram predilecção pela base do coração, em torno do foco pulmonar, na região pre-infundibular e ao longo do bôrdo esquerdo do coração, na região pre-ventricular esquerda. São mais raros nas regiões supra-apexiana, xifoideia e pre-aórtica.

No foco pulmonar, e mais raras vezes, no aórtico ouvem-se igualmente sopros sistólicos, suaves e com um timbre musical.

Em virtude da tendência que o sangue mostra em vibrar dentro dos vasos, são mais nítidos que normalmente os sopros de compressão, provocados na femoral, carótida primitiva e outras artérias.

Se collocarmos o estetoscópio entre os dois feixes do esternomastoideu, ouve-se um ruído de sôpro bastante sêco no primeiro tempo, e durante a diástole ventricular o ruído toma um timbre mais musical semelhante ao ron-ron do gato. É o *ruído do diabo* que, se não é patognomónico da clorose, pois se pode encontrar em outros estados anémicos e mesmo em indivíduos sãos, é porêem muito mais nítido na clorose.

Segundo Hayem, estas perturbações cárdio-vasculares estão em relação com a hipertrofia do corpo tiroide. E, sendo a anemia o principal sintoma da clorose, estudemos o sangue, o qual, como Marsh fez notar, está diminuído na quantidade e alterado na qualidade.

O sangue das cloróticas é muito fluido, mas coagula normalmente, tendo uma alcalinidade normal. A sua densidade está diminuída.

As três variedades de elementos do sangue estão modificadas quantitativa e qualitativamente. Encontram-se no sangue das cloróticas elementos que não existem normalmente, sendo dêstes os mais frequentes os glóbulos rubros nucleados.

O número de glóbulos rubros está algumas vezes diminuído, mas pode ser normal. Em média é de três a quatro milhões por milímetro cúbico.

Os glóbulos rubros são pouco corados e de formas variadas (fusiformes, piriformes, em raquette), havendo uma desproporção marcada entre o número de glóbulos e a quantidade de hemoglobina existente em cada glóbulo, o que equivale a dizer que o valor globular está diminuído.

Se a desproporção entre o número de hematias e a riqueza globular existe em todas as anemias, está na clorose muito mais acentuada, pois nela pode haver, com um número

de glóbulos quasi normal, uma pequena quantidade de hemoglobina. E, se nas anemias sintomáticas (principalmente na cancerosa) ou post-hemorrágicas se vê o valor globular descer a 0,50, também o número de glóbulos está reduzido a 2.000:000 e às vezes menos ainda.

Hayem, baseando-se no número de glóbulos rubros relativamente elevado na clorose e na quantidade de hematoblastas e facilidade da sua produção, diz que não há falta de formação dos elementos do sangue mas vício na sua nutrição.

A produção de hematoblastas é abundante sendo êste um dos caracteres da clorose (Hayem).

O que também está provado é que há destruição das hematias sendo a sede desta destruição desconhecida, querendo uns que se dê no fígado, outros no baço onde se encontrou excesso de ferro. O sôro das cloróticas tem um poder globulicida, alterando-se mais neste sôro que no sôro normal as hematias. Êle destrói ou altera profundamente os glóbulos rubros.

Os glóbulos brancos sofrem variações numéricas pouco sensíveis, encontrando Gilbert e Weil os glóbulos brancos alterados, principalmente os polinucleares.

O poder de absorpção do oxigênio pelo sangue está diminuído, sendo inferior à normal a actividade de redução da oxihemoglobina.

Alterações pulmonares. — Alguns autores, entre eles Trousseau, querem que todas as cloroses, onde apareçam alterações no ritmo respiratório, sejam tuberculosas latentes ou em início, outros querem que na verdadeira clorose existam pequenas alterações respiratórias. É freqüente as cloróticas apresentarem dispneia de esforço com sensação de oppressão mais notável a seguir a uma ascensão, uma mar-

cha apressada e outras há que apresentam de manhã uma tosse sêca, fatigante, denominada por alguns autores tosse clorótica.

A sonoridade e o murmúrio respiratório estão em alguns casos ligeiramente diminuídos, noutros pode estar a respiração soprada, sendo às vezes rude.

Estas alterações encontram-se nos vértices.

Alterações da urina. — A urina das cloróticas é pálida, pouco densa e fracamente ácida. A quantidade de urina está diminuída, mas com o repouso e o regimen lácteo ela torna-se mais abundante sendo êste facto um sinal de melhoras, segundo Hayem.

A diminuição nos produtos excrementícios eliminados pela urina, é a particularidade observada na clorose e assim vemos diminuídas as quantidades de ureia, fosfatos e cloretos. Podemos notar indicanúria e urobilinúria. A albuminúria que muitas vezes aparece, deve ser considerada antes como uma complicação.

Perturbações menstruais. — E entre os sintomas mais notáveis e constantes da clorose figuram as perturbações menstruais.

Se na maior parte dos casos as regras estão diminuídas na quantidade, irregulares na época do aparecimento, durando dois dias ou menos ainda, sendo o sangue menstrual descorado, casos há em que o fluxo menstrual está ausente.

As regras podem ser dolorosas e difíceis, levando as doentes a guardar o leito durante o período menstrual, devendo ligar-se êste facto às nevralgias a que as cloróticas estão sujeitas nos casos em que, no exame do aparelho genital, não se encontre a causa destas dores.

Nos intervalos das menstruações, ou, nos casos em que as regras estão suprimidas, durante o período correspondente a essas regras, as cloróticas apresentam leucorreia.

Ela é tão freqüente que Metchnikoff queria que a leucorreia fôsse o início da clorose. Não somos porém desta opinião, porque há casos de clorose sem leucorreia e esta aparece em outras afecções, especialmente nas que empobrecem fisiologicamente o organismo.

A forma menorragica descrita por Trousseau é mais rara.

A clorose não representa um obstáculo para a fecundação e vêem-se mesmo as cloróticas melhorarem durante o período da gestação.

Perturbações nervosas. — As cloróticas são em geral emotivas, irritáveis e nervosas, sentindo-se abatidas e fatigadas. Além disso sentem vertigens, insónias, pesadelos, obnubilações e tendências a síncope. É freqüente apresentarem cefalalgias ou mesmo cefaleias acompanhadas de alucinações.

Elas apresentam muitas vezes dores nevrálgicas, sendo a mais comum a facial que pode alternar com a intercostal, a do estômago, intestinos e ainda do útero.

Evolução. — A clorose tem um início lento, demorado aparecendo gradualmente a sintomatologia descrita.

Vulgarmente ela evoluciona sem febre, mas nas formas intensas de marcha rápida encontram-se acessos febris oscilando a temperatura à volta de 38°, segundo Bergé.

Também se encontram casos de clorose de início brusco, a que já nos referimos, como sejam o caso de Trousseau e Pidoux.

A clorose é uma doença que recidiva e por isso Trous-

seau diz que uma rapariga que tenha sido durante muito tempo clorótica guarda sempre traços desta enfermidade, como sejam perturbações dispépticas, mais assinaladas na forma dispéptica de Hayem, um resto de anemia ou uma predisposição para as anemias tardias. Na clorose podem surgir complicações, sendo as mais frequentes as flebites e tromboses, as nefrites e as hemorragias.

Diagnóstico. — O diagnóstico da clorose pode ser fácil, mas casos há em que se torna difícil. Uma anemia sem causa aparente que surja na época da puberdade pode fazer-nos pensar nesta doença. Mas para garantirmos que se trata de uma verdadeira clorose temos de pesquisar cuidadosamente os antecedentes, não só hereditários, como pessoais, e temos de proceder a um exame cuidadoso da doente. Se não encontrarmos indícios que nos levem ao diagnóstico de tuberculose, sífilis ou impaludismo, se não houve qualquer hemorragia que explique a existência da anemia, devemos concluir que se trata de uma clorose, se o exame do sangue o vier confirmar.

Porém casos há em que esta diferença não é tão fácil como pode parecer, e resta-nos ainda ver o resultado que se tira dos preparados ferruginosos, com os quais se obtem óptimos resultados nas verdadeiras cloroses.

Prognóstico — Êste é benigno para uns e grave para outros. Se a clorose está em início, persistindo durante muito tempo no tratamento, ela cura vigiando bem a doente, visto a clorose tanto alterar alguns órgãos. É rara porém a clorose que não recidiva, e principalmente aquelas em que as perturbações nervosas, digestivas e sanguíneas são muito acentuadas.

As cloroses nestes casos são de difícil tratamento e pode-se nelas e nas cloroses febris fazer um prognóstico reservado.

As perturbações menstruais persistem durante muito tempo, mas quando a menstruação regulariza a seguir a um período maior ou menor de amenorreia é a prova de que o organismo está em franca convalescença e a caminho da cura. Sucede o mesmo quando a menstruação, em lugar de estar ausente, é irregular, de pouca duração e descorada.

A clorose de forma menorragica é mais grave porque as menorragias aumentando a anemia, produzem alterações mais profundas.

Formas clinicas. — A par das cloroses ligeiras ou graves, conforme o grau de anemia e as alterações trazidas pela clorose ao organismo, podemos descrever a *clorose dispéptica*, a *clorose tardia* e a *clorose masculina*.

A *clorose dispéptica* é aquela em que as perturbações digestivas são muito intensas.

A *clorose tardia* é a que aparece depois dos trinta anos.

É, porém, raro ver aparecer a doença nesta idade em mulheres que nunca foram cloróticas na puberdade.

Por isso esta clorose deve considerar-se como uma recidiva daquela que elas tiveram anteriormente.

A *clorose masculina* de um prognóstico benigno é muito rara.

Tratamento. — O tratamento da clorose deve compreender meios medicamentosos e meios físicos além do repouso e do regímen.

O repouso é indispensável nos casos intensos, favorável nos casos médios e útil nos leves, segundo Hayem.

Rialmente se a clorose é uma anemia devida em parte à destruição das hematias, quanto menor fôr esta destruição mais depressa a doente se cura.

Ora, evitando o exercício e a marcha consegue-se que a destruição esteja reduzida ao mínimo. Apresentando as cloróticas alterações nervosas, lembrando ainda as da neurastenia, poupando-se-lhe a fadiga com a estada no leito faz-se desaparecer a excitabilidade em que sempre se encontram. A duração do repouso varia com o grau de anemia (que Hayem classifica em leve, média, intensa e extrema, segundo o número de glóbulos rubros por milímetro cúbico) e com a intensidade dos fenómenos nervosos.

Sendo a maior parte das cloroses complicadas ou precedidas dum estado gástrico, deve tratar-se o estômago, porque sendo as digestões regulares a reconstituição do sangue faz-se melhor, e juntamente, porque tendo necessidade de empregar medicamentos de difícil digestão, como o ferro, convem preparar o estômago para facilidade na sua absorpção.

Sendo o ferro o específico da clorose, devemos fazer entrar nas refeições das doentes alimentos ricos em ferro.

A aeração, a luz, o ar do campo e da montanha em altitudes médias são muito úteis às cloróticas.

E como medicamento figura em primeiro lugar o ferro que deve ser dado durante muito tempo e mesmo que desapareçam todos os sintomas e a menstruação se estabeleça com regularidade.

Podem fazer-se intervalos de dois e três meses, mas o tratamento deve durar dois e três anos (segundo Trousseau) conforme o grau de anemia e as modificações do organismo.

Podem também usar-se as inalações de oxigénio, o arsénio, a opoterapia ovárica e a medula óssea.

CAPÍTULO IV

Observações

I

C. de J. de 38 anos, solteira, carrejona, residente no Pôrto, entrou no dia 5 — x — 915 para a sala Senhor Jesus da Enfermaria 7.

Pelo exame desta doente notamos a descoloração acentuada da pele e mucosas, queixando-se de fraqueza geral e fatigando-se com facilidade. Sente para a tarde alguma azia, após as refeições e tem uma sensação de afrontamento epigástrico. Conserva apetite, tendo alguma repugnância para a carne. Queixa-se também de vertigens, cefalalgias frontais e suores a seguir à ceia. Tem inaptência para o trabalho que lhe ocasiona palpitações.

O seu fluxo menstrual está reduzido a um dia, é muito descorado, tendo no intervalo das menstruações um corrimento branco. Há polaquiúria, sendo as urinas esbranquiçadas, não contendo nem glucose nem albumina.

A auscultação pulmonar nada nos forneceu de anormal, porém do lado do aparelho circulatório notamos um ligeiro

sôpro sistólico no foco mitral, propagando-se levemente para a axila, mas não para o dorso e um sôpro na veia jugular direita. O pulso pequeno e hipotenso tem uma frequência normal.

Foi impossível investigar a época exacta da primeira menstruação, sabendo-se apenas que aos 16 anos teve um parto, depois do qual ficou com leucorreia no intervalo dos mênstruos. Foi cêrca de dois meses antes de entrar para o hospital que começou a sentir-se cansada, com falta de côr e inaptência para o trabalho.

Relativamente aos seus antecedentes pessoais, apenas disse que adoecia freqüentes vezes da garganta, e que aos 20 anos tinha tido uma *anemia*, sentindo dores de cabeça apenas quando andava *anêmica*.

Quer os pais, quer os irmãos são saudáveis, tendo fallecido um de doença ignorada pela doente.

Análises do sangue

	11 - x - 915	24 - xi - 915
Hemoglobina	43 %	71 %
Glóbulos rubros por mm ³	2.280:000	4.000:000
" brancos por mm ³	7:000	9:200
Polinucleares neutrófilos	76,1 %	63,3 %
Mononucleares	4,4	8,1
De transição	1,7	2,8
Eosinófilos	1,3 %	4,3 %
Linfocitos	16,5 %	21,3 %
Mielo-eosinófilos		0,2 %
Leve deformação globular e al- guns glóbulos rubros nucleados	Deformação globular e gló- bulos rubros nucleados	

A doente foi menstruada dois meses após a sua entrada, correndo o fluxo durante três dias em quantidade

reduzida e sendo bastante descorado. Ela saiu no dia 30 — XII — 915 muito melhorada, tendo aumentado bastante de pêso.

II

A. dos P. de 23 anos, solteira, criada, residente no Pôrto entrou no dia 1 — XI — 915 para a sala Senhor Jesus da Enfermaria 7.

A doente apresenta um aspecto pálido e as mucosas estão bastante anemiadas. Queixa-se de fadiga fácil e fraqueza geral que a impossibilita de trabalhar. Ao menor esforço tem dispneia, palpitações, cefalalgias frontais e zumbidos nos ouvidos.

A marcha e o decúbito lateral esquerdo provocam-lhe palpitações. Há anorexia, comendo só por apetites, tem sede intensa e por vezes dores gástricas, acompanhadas de regurgitações ácidas. Tem tosse, principalmente de manhã, e expectoração mucosa. Irrita-se com facilidade, e sente-se invadida por uma grande tristeza. A menstruação é regular quanto à época do seu aparecimento, mas em pequena quantidade e o fluxo bastante descorado, tendo nos dois dias anteriores um corrimento branco.

A quantidade de urina é mais ou menos normal e esta não contém nem albumina, nem glucose, tendo porém algum depósito branco.

No exame do aparelho respiratório encontramos no vértice do pulmão direito a respiração diminuída, as vibrações vocais aumentadas e broncofonia.

À auscultação cardíaca notamos sopros múltiplos, sendo mais intenso o do foco pulmonar que se ouve no primeiro ruído. O pulso é pequeno, hipotenso, sendo normal a sua freqüência.

Três meses antes de dar entrada no hospital começou, sem causa apreciável, a fatigar-se muito com o trabalho e durante a marcha e a perder as forças, tendo pouca vontade de trabalhar sucedendo-se os restantes sintomas já descritos.

Acêrca dos seus antecedentes pessoais diz ter tido a variola aos 12 anos, tendo aos 20 anos uma *constipação* que a levou à cama. Em criança teve epistaxis. Foi menstruada pela primeira vez aos 14 anos e diz ter sido sempre regulada.

Os pais e três irmãos são vivos e saudáveis. Três irmãos morreram em criança ignorando a doente a causa.

A cuti-reacção feita no dia 13 — XI — 915 foi negativa.

Os resultados das análises do sangue são as seguintes:

	1 — XI — 915	6 — XII — 915
Hemoglobina	42 %	85 %
Glóbulos rubros por mm ³	2.720:000	4.800:000
" brancos por mm ³	4:600	6:100
Polinucleares neutrófilos	67,8 %	69,5 %
Mononucleares	6,8	2,9
De transição	2,7	2,4
	9,5 %	5,3 %
Basófilos	1,4 %	
Eosinófilos	0,6 %	2,6 %
Linfocitos	20,7 %	22,6 %
	Alguns glóbulos rubros nucleados	

A doente saiu do hospital no dia 3 — XII — 915 muito

melhorada, pois, as perturbações digestivas, circulatórias e nervosas desapareceram, permanecendo no mesmo estado as respiratórias e catameniais, não sendo menstruada durante a sua estada no hospital.

III

A. R. de 25 anos, solteira, doméstica, residente no Pôrto, entrou no dia 9—xii—915 para a sala Espírito Santo da Enfermaria 7.

Tendo uma côr branco-esverdeada, as mucosas fortemente anemiadas, a doente queixa-se de uma enorme fraqueza e cansaço acompanhado de tonturas quando quere andar ou subir escadas. As pálpebras estão edemaciadas e as conjuntivas azuladas. Conserva apetite, estando a língua ligeiramente saburrosa. O estômago está muito dilatado havendo *clapotage*. As defecações são regulares.

Irrita-se com facilidade, tem insónias, sentindo, quando a contrariam, uma aflição muito grande que só termina quando consegue chorar. Sente por vezes bastante frio, dizendo que não há roupa que a cubra. Está amenorreica há três meses e tem desde criança corrimento vaginal, esbranquiçado ou levemente amarelado, que agora é mais abundante. A urina sendo carregada e turva não contém nem albumina, nem glucose.

As vibrações estão aumentadas, a sonoridade e a respiração diminuídas no vértice do pulmão direito. Do lado do aparelho circulatório notamos um sôpro sistólico pron-

gando-se no primeiro silêncio no foco mitral, ouvindo-se também no foco pulmonar. Êstes sopros não se propagavam e eram muito suaves. O pulso é rítmico, instável e hipotenso (TM = 9,5 Tm = 6,5), sendo normal o número de pulsações.

Conta dêste modo o início da sua doença. Há dois anos, a sua côr tornou-se amarela com uns tons esverdeados e o corrimento vaginal, que tem desde nova, aumentou.

Neste período gravidou passando regularmente durante a gestação.

Em outubro último depois de um excesso de trabalho o enfraquecimento de que vinha sofrendo, aumentou ao ponto de não poder levantar os braços, e começou a sofrer do estômago. Após as refeições sentia enfiamento e dores na região epigástrica. Estas dores não tinham época certa para o seu aparecimento, aumentavam com a ingestão dos alimentos e duravam, ou dias inteiros, ou desapareciam com facilidade ao fim de poucas horas. Tinha azia. Apesar de ter apetite, emagreceu um pouco.

A doente teve as seguintes doenças: Aos 10 anos teve as *bexigas* e aos 13 o impaludismo. Aos 16 expulsou alguns aneis de ténia, tomando a seguir um medicamento que lhe fez expulsar grande quantidade dêste verme.

Aos 17 anos esteve intoxicada com um medicamento tomado por engano, vindo fazer a lavagem ao estômago a êste hospital. Foi menstruada aos 22 anos, sendo até há três mezes regulares os seus mênstruos, que não eram acompanhados de dores.

Diz que a mãe é muito doente, mas não precisa os padecimentos. Tem uma irmã também muito fraca.

A doente teve dois filhos que morreram, um de enterite e outro de meningite.

É este o resultado da análise do sangue feita em
20 — XII — 915:

Hemoglobina.	50 %
Glóbulos rubros por mm ³	2.540:000
" brancos por mm ³	2:900
Polinucleares neutrófilos	64,8 %
" eosinófilos	4,2 %
Mononucleares	10,8
De transição	1,5
Linfocitos.	12,3 %
	18,7 %

A doente saiu no dia 31 — XII — 915 muito pouco melhorada, estando a fazer uso do protoxalato de ferro. Conservou-se pouco tempo em tratamento, mas apesar disso as insónias desapareceram e os sopros são quasi imperceptíveis.

IV

A. de J. de 20 anos, solteira, serviçal, residente no Pôrto, entrou no dia 6 — I — 916 para a sala Senhor Jesus da Enfermaria 7.

A doente que se apresenta bastante pálida com as mucosas descoradas e uma zona escura cercando os olhos, queixa-se de uma excessiva fraqueza cansando-se com facilidade, mas é maior essa fadiga com a marcha e o esforço que lhe causam dispneia e palpitações. A sensação de fadiga é tal que mesmo na cama se sente cansada. Tem appetite e acusa dores gástricas após as refeições, dores que diminuem com a ingestão de um pouco de leite quente. As suas dejecções são regulares. Acusa ainda vertigens e zum-

bidos, e emociona-se com facilidade. Os sonos são curtos e com pesadêlos. Os seus mênstruos em quantidade reduzida e descorados, aparecem de três em três semanas, durando o máximo quatro dias, mas freqüentemente só perde sangue durante dois dias. A urina em quantidade normal não contém nem albumina, nem glucose.

Á auscultação pulmonar notamos a respiração diminuida na base do pulmão direito. A auscultação cardíaca revela-nos sopros anémicos em todos os focos e o desdobramento do 2.º ruído no foco aórtico no fim da inspiração e comêço da expiração. O pulso é pequeno, hipotenso, bastante emotivo e muito instável com as diferentes posições da doente. O número de pulsações variava entre 78 e 110 pulsações por minuto. Notava-se a pulsação supra-esternal da aorta.

Há três meses que veio para o Pôrto. Nos primeiros dois meses pôde entregar-se com facilidade ao seu mister, mas no terceiro as fôrças faltaram-lhe, o cansaço e as palpitações com o trabalho e a marcha obrigaram-na a inter-nar-se neste hospital.

Dos seus padecimentos refere que teve o impaludismo aos 16 anos, ficando amenorreica durante 16 meses. Ficou depois a ser menstruada de três em três semanas, sendo o fluxo muito descorado e em pequena quantidade, quando se sente fraca. Foi menstruada pela primeira vez aos 15 anos. Esteve várias vezes a tratar-se no hospital de Amarante da sua fraqueza geral e da perda da côr, tirando de todas elas bom resultado com o uso do ferro.

Tinha saído há pouco do hospital de Amarante quando veio para o Pôrto.

Pais falecidos. O pai sucumbiu com uma úlcera no estômago e ignora a doença que vitimou a mãe.

Tem uma irmã que sofre do estômago (úlcera?).

A cuti-reacção foi negativa.

São éstos os resultados das análises do sangue:

	17 — I — 916	7 — II — 916
Hemoglobina	50 %	74 %
Glóbulos rubros por mm ³	1.960:000	5.312:000
" brancos por mm ³	5:700	7:000
Polinucleares neutrófilos	61,7 %	51,66 %
Mononucleares	3,2	7,66
De transição	4,6	4,00
Eosinófilos	2,9 %	4,66 %
Linfocitos	27,7 %	32 %

Notável desigualdade de volume dos glóbulos rubros na análise de 17 — I — 916.

A doente saiu no dia 22 — II — 916 já rosada e sem cansaço, tendo desaparecido a quasi totalidade dos seus sintomas, não estando regularizada a sua menstruação, pois nunca foi menstruada durante a sua permanência no hospital.

V

E. R. de 22 anos, solteira, doméstica, residente no Pôrto, entrou no dia 26 — II — 916 para a sala Espírito Santo da Enfermaria 7.

Impressiona-nos a côr pálida e o ar de tristeza e abatimento que se nota no rosto desta doente.

A palidez é geral e as mucosas estão bastante descoloradas, principalmente as gengivais. As escleróticas tem

uma côr azulada. A sua astenia é grande e mais acentuada nos membros. Mesmo no leito se sente fatigada. Há inaptência para o trabalho que, como a marcha, lhe causa dispneia, palpitações, vertigens e obnubilações. Se subir por pouco que seja, logo tem de parar por causa da dispneia e das palpitações que são muito intensas. Acusa cefalalgias frontais que a apoquentam mais se a contrariam. Irrita-se com facilidade, tem crises de tristeza com vontade de chorar. Ora responde às nossas perguntas com o sorriso nos lábios, ora muito arreliada, manifestando um enorme aborrecimento. Os seus sonos são curtos e leves. Não tem emagrecido, conserva apetite, embora êste seja por vezes caprichoso e é desde criança uma constipada passando três e quatro dias sem defecar. A urina bastante pálida não continha nem glucose, nem albumina e era em quantidade normal.

As menstruações são anunciadas por dores no hipogastro e nos lombos, dores que aparecem dois dias antes e que recrudescem com o aparecimento do fluxo. Êste é descorado, pouco abundante e dura dois dias, raramente três ou quatro.

Juntamente com o sangue menstrual expulsa pequenas membranas, depois da eliminação das quais se sente mais aliviada. As dores são tão intensas que a obrigam a recolher à cama, onde não tem posição possível para descansar uns instantes. Nos dois dias anteriores à aparição do fluxo ainda socega por espaços, mas no primeiro dia de menstruação não tem descanso algum. As dores começam depois a ser menos intensas, desaparecendo depois do segundo dia.

Auscultando a doente notam-se algumas alterações respiratórias nos vértices pulmonares. No direito está a respiração diminuída e a expiração é um pouco soprada; no esquerdo a inspiração é rude e a expiração prolongada.

O pulso pequeno, instável e hipotenso tem uma frequência normal. Auscultando o coração observamos a existência de sopros funcionais em todos os focos, porém, notando-se mais o do foco mitral, que parecia prolongar-se para o dorso. Era notável o ruído do diabo.

Sofrendo desde a idade dos 15 anos, é esta a quarta vez que recolhe ao hospital. Sai do hospital muito melhorada mas com o trabalho volta a adoecer.

Começa a observar que, a pouco e pouco, lhe faltam as forças para o trabalho, o que a arrelia. A irritação aumenta com a lembrança de não poder grangear o seu sustento. A côr vai desaparecendo, as forças continuam a escassear, a fadiga prosta-a, e ei-la de novo no hospital com a sintomatologia descrita.

Teve a varíola e o sarampo em criança. Aos 8 anos teve adenites cervicais que abriram deixando cicatrizes bem visíveis. Foi menstruada aos 16 anos, sendo dismenorreica desde o início da aparição dos mênstruos. As menstruações foram sempre descoradas e pouco abundantes.

O pai é saudável, a mãe é muito fraca. Teve quatro irmãos, três morreram em criança não sabe de quê e um irmão morreu tuberculoso.

Eis os resultados das análises do sangue:

	28 - II - 916	27 - III - 916
Hemoglobina	71 %	87 %
Glóbulos rubros por mm ³	4.224.000	4.900.000
" brancos por mm ³	7.300	7.500
Polinucleares neutrófilos	68,6 %	69,33 %
Grandes mononucleares	4,66 }	5,22 }
De transição	2,33 } 6,99 %	3 } 8,22 %
Eosinófilos	3,33 %	4,33 %
Linfocitos	15 %	14 %

A doente saiu no dia 4 — iv — 916 melhorada, com menos astenia, desaparecendo as dores de cabeça, os zumbidos e as abnubilações. Sente ainda raras vezes palpitações. Durante o tempo que esteve no hospital nunca foi menstruada e tinha sido assistida em meados de janeiro.

VI

V. de J. de 19 anos, solteira, doméstica, residente em Vizeu, entrou no dia 19 — v — 916 para a sala Espírito Santo da Enfermaria 7.

Além da palidez notava-se uma orla arroxeadada dobrando a pálpebra inferior e uma coloração azulada das conjuntivas oculares.

As mucosas estão muito anemiadas e a doente queixa-se de uma fraqueza extrema, produzindo-lhe o esforço por menor que seja, suores frios palpitações e vertigens. Tem inaptência para o trabalho e, segundo refere, não tem emagrecido.

Na cama sente-se melhor, falando pouco com as outras doentes e passando quási todo o dia a dormir. Sem se irritar muito, aborrecia-lhe ouvir falar e o seu aspecto era bastante triste.

O aparelho digestivo agora nada nos forneceu de anormal.

A urina em quantidade normal não continha albumina nem glucose.

A menstruação, muito descorada, é muito pouco abun-

dante ou quási nula e dura apenas um dia. É, porém, regular a época do seu aparecimento.

A auscultação pulmonar nada revelou de notável e a cardíaca revelou-nos a existência de sopros anémicos acentuados na ponta. O pulso depressível e instável oscila entre 76 e 90 pulsações por minuto, sendo bastante hipotenso.

Há dois meses começou a sentir-se fraca e a perder a côr, notando diminuição nas regras que eram descoradas, aparecendo-lhe leucorreia a seguir a estas. As digestões eram lentas e difíceis, e o trabalho provocava-lhe dispneia, palpitações, que apareciam também com a marcha. Esta debilidade e fraqueza foram-se acentuando a pouco e pouco, até que deu entrada neste hospital.

Em criança teve o sarampo e aos 14 anos uma pneumonia. Depois desta apareciam-lhe algumas vezes epistáxis. Não sabe precisar a época da sua primeira menstruação, que parece ter sido depois dos 15 anos. É isto o que nos refere acêrca dos seus antecedentes.

Os pais são falecidos ignorando a doente a causa da sua morte.

Análises do sangue

	24 - v - 916	29 - vi - 916
Hemoglobina	53 %	71 %
Glóbulos rubros por mm ³	2.960:000	3.580:000
„ brancos por mm ³	5:900	7:200
Polinucleares neutrófilos.	49 %	50,6 %
Mononucleares	2,66	3,3
De transição	1,33	2,4
	3,99 %	5,7 %
Eosinófilos	3,5 %	5,5 %
Linfocitos.	36,6 %	38,2 %

A doente saiu no dia 30 — VI — 916 muito melhora-
da, tendo desaparecido a maior parte da sintomatologia que
ocasionou a entrada, aumentando cêrca de três quilos no
seu pêso. A menstruação veio no dia 15 — VI — 16 durou
três dias e era um pouco mais corada.

VII

E. de J. de 18 anos, solteira, doméstica, residente no
Marco de Canavêses, entrou no dia 6 — I — 917 para a
sala Espírito Santo da Enfermaria 7.

Apresenta-se bastante pálida com as mucosas desco-
radas, queixando-se de fraqueza geral que diz vir de longe
e ter pouca vontade de trabalhar, sendo-lhe o trabalho cus-
toso pela fadiga que lhe ocasiona. Acusa também dores
abdominais, pouco intensas, estando a língua ligeiramente
saburrosa e tendo a doente duas ou três defecações diárias
com fezes duras. Conserva apetite. Sente palpitações e ver-
tígens com a marcha. Durante o sono tem suores mais ou
menos generalizados e pouco abundantes. Emociona-se com
facilidade e irrita-se à menor contrariedade, tendo dias em
que lhe não apetece falar.

As épocas menstruais faziam-se acompanhar de dores
dois dias antes do aparecimento do fluxo, dores que cessa-
vam com a aparição dêste. Há três meses que a menstrua-
ção está ausente, segundo diz, em consequência de um ba-
nho no rio, tomado quando andava menstruada. A urina
em quantidade normal não contém albumina, nem glucose.

Auscultando a doente nada encontramos de anormal do

lado do aparelho circulatório. O pulso é pequeno, hipotenso com uma frequência normal.

Ao exame do aparelho respiratório encontramos, no vértice do pulmão direito, a respiração diminuída com a inspiração rude, as vibrações vocais aumentadas e broncofonia.

Quanto à história da doença refere que há dois meses começou a perder a côr e as forças. O trabalho fatigava-a bem como a marcha. Tinha muito sono acompanhado de moleza, doendo-lhe bastante a cabeça principalmente na frente, não precisando bem a ocasião em que estas dores eram mais intensas.

A menstruação estava ausente, como acima dissemos, mas a doente refere-nos que, nas últimas menstruações, o fluxo era mais descorado e o intervalo delas ia aumentando, sendo o último de cinco semanas.

Acêrca dos seus antecedentes diz ter sido saudável e ser menstruada aos 14 anos, sendo regularmente assistida.

Há dois anos faz uso de aguardente em jejum quando o tempo está frio.

Os pais da doente são vivos e saudáveis. Tem dois irmãos vivos também com saúde e dois morreram, um de desastre e outro de enterite.

Resultado da análise do sangue feita em 23 — 1 — 1917:

Hemoglobina	90 %
Glóbulos rubros por mm ³	5.120:000
" brancos por mm ³	8:000
Polinucleares neutrófilos	62,9 %
Mononucleares	4,9
De transição	4,4
Eosinófilos	3,9 %
Linfocitos	23,9 %

A cuti-reacção foi levemente positiva.

A doente saiu no dia 24 — 1 — 917 com sensíveis melhoras, com alguma côr, sem palpitações sentindo-se muito menos astenizada. Não foi menstruada durante a sua permanência na enfermaria.

VIII

L. da S. de 22 anos, solteira, criada de servir, residente na Anadia entrou na sala Senhor Jesus da Enfermaria 7 no dia 26 — 1 — 917.

Esta doente de aparência pálida com um tom alguma coisa esverdeado e as mucosas descoradas, queixa-se de cansaço, acompanhado de palpitações e dispneia, com a marcha e o trabalho impossibilitando-a do menor esforço. É notável a sua astenia. Tem apetite sendo êste por vezes caprichoso. Sente vertigens, zumbidos e emociona-se com facilidade. A menstruação, descorada e pouco abundante, é regular na sua aparição e acompanhada no seu início de algumas dores. A quantidade de urina é normal, não revelando esta nem glucose nem albumina.

Á auscultação respiratória notava-se rudeza da inspiração nos vértices.

Pela auscultação cardíaca notam-se os ruídos cardíacos ensurdecidos, sendo enérgico o choque da ponta, ouvindo-se em todos os focos sopros anémicos. O pulso é pequeno, hipotenso, depressível e levemente bradicárdico (60 a 64 pulsações por minuto).

Refere-nos que está doente, há dois meses, notando um

enfraquecimento gradual com cansaço que a impossibilitava de trabalhar, tendo além disso falta de apetite. A restante sintomatologia apareceu a pouco e pouco.

Acêrca dos seus antecedentes diz ter sido menstruada pela primeira vez aos 19 anos, sendo os seus mênstruos regulares, quer na data da aparição, quer na quantidade.

Já há seis anos esteve no hospital de Coimbra a tratar-se da mesma doença e, há três meses, teve uma infecção intestinal que durou três meses.

O pai da doente morreu de desastre, a mãe é saudável bem como cinco irmãos.

Foi êste o resultado da análise do sangue feita em 27 — I — 1917:

Hemoglobina	50 %
Glóbulos rubros por mm ³	4.600:000
" brancos por mm ³	7:600
Polinucleares neutrófilos	66,1 %
Mononucleares	7,2
De transição	3,1
Eosinófilos	1,3 %
Linfocitos	22,3 %
Glóbulos rubros bem formados e sem núcleo.	

Foi menstruada no dia 6 — II — 1917 sendo a sua menstruação mais abundante e corada. A menstruação durou quatro dias.

A bradicardia desapareceu, bem como as palpitações. A doente saiu no dia 2 — III — 1917 bastante melhorada sem a côr esverdeada e com alguma coloração na face. A sua astenia é quasi nula e sentia-se bem disposta quando deixou a enfermaria.

IX

A. G. de 22 anos, casada, doméstica, residente em Vila da Feira entrou no dia 12 — iv — 917 para a sala Espírito Santo da Enfermaria 7.

Esta doente apresenta uma côr amarelo-esverdeada e as mucosas bastante descoradas, tendo uma ligeira coloração nas maçãs do rosto. A astenia é acentuada bem como a inaptência para o trabalho. O apetite é caprichoso e o estômago está um pouco dilatado. Há dispneia de esforço e percepção dos ruidos cardíacos sem dores, após as subidas. Tem ainda uma pontada ao nível da axila esquerda com irradiações para o dorso.

Acusa dores de cabeça frontais com zumbidos e vertigens.

O seu aspecto é triste e irrita-se com muita facilidade, respondendo contrariada ao nosso interrogatório.

O fluxo menstrual além de diminuído e descorado é precedido, um dia, de dores que diminuem com o descanso no leito. A urina em quantidade normal não revelou nem glucose nem albumina.

A auscultação cardíaca forneceu-nos sopros anémicos generalizados a todos os focos. Era muito nítido o ruído do diabo. O pulso pequeno, hipotenso e instável é normal na sua freqüência.

Do lado do aparelho respiratório a auscultação mostrou-nos a respiração diminuída nos vértices, sendo esta diminuição mais acentuada à direita.

Diz que há três anos, começou a sentir-se muito fraca a saber-lhe mal a comida, tendo pouca vontade de trabalhar

só estando bem na cama. A côr ia-lhe desaparecendo lentamente. O fluxo começou a descorar-se e a reduzir a sua quantidade. Esteve nessa ocasião neste hospital a tratar-se até que há mês e meio a astenia acentuou-se e as dores torácicas fizeram a sua aparição em todo o hemitórax esquerdo, mas principalmente ao nível da axila.

Quanto aos seus antecedentes diz ter tido a variola em criança e *constipar-se* com facilidade, acusando dores ósseas nos membros inferiores quando o tempo está húmido.

Foi menstruada pela primeira vez aos 13 anos, mas só depois dos 15 é que a menstruação ficou regularizada.

Os pais são vivos. De dez irmãos, cinco morreram um com sarampo, outro com variola e os restantes de doença ignorada da doente. Os outros restantes são vivos e saudáveis excepto uma irmã que é também fraca.

Eis o resultado do exame do sangue feito em 7 — v — 917:

Hemoglobina	30 %
Glóbulos rubros por mm ³	3.840:000
" brancos por mm ³	8:300
Polinucleares neutrófilos	63,5 %
Mononucleares	5,5)
De transição	3,2) 8,7 %
Eosinófilos	1,4 %
Linfocitos:	26,4 %

Foi menstruada no dia 27 — iv — 917, durante a menstruação três dias, sendo pouco abundante e descorada. A doente, nem antes, nem no decorrer de fluxo acusou dores, atribuindo isto ao descanso no leito. Saiu do hospital no dia 20 — v — 917 bastante melhorada, desaparecendo a dor da axila e todos os sintomas cardíacos. A respiração continuava diminuída nos vértices.

X

A. R. de 20 anos, solteira, doméstica, residente no Pôrto, entrou em 11 de Setembro de 1917 para a Sala Senhor Jesus da Enfermaria 7.

Apresenta uma côr amarelo-esverdeada, a sua palidez é grande, mais acentuada na face e mãos, e as mucosas estão muito descoradas. O seu aspecto é triste e responde irritada às nossas perguntas. Acusa uma grande fraqueza geral, com fadiga fácil, não podendo entregar-se a trabalho algum e tendo mesmo pouca vontade de trabalhar. A marcha, além de a fatigar imenso, causa-lhe vertígens e provoca-lhe dispneia e intensas palpitações. Sente cefalalgias violentas que de manhã sempre a apoquentam e de tarde são inconstantes.

Tem apetite, mas êste é caprichoso, efectuando-se com alguma irregularidade as suas dejecções, pois está um dia e às vezes dois sem defecar.

Não tem tosse, nem expectoração.

A urina é em quantidade normal e não contém nem albumina, nem glucose.

Auscultando a doente notamos que no vértice esquerdo a respiração era rude. Á auscultação do coração notamos sopros anorgânicos em todos os focos, sendo mais notável o do foco mitral que era suave. O pulso pequeno, instável e hipotenso variava entre 70 e 88 pulsações por minuto.

Está doente há cinco anos. No princípio da doença tinha uma sintomatologia idêntica, tendo apenas a maior

umas dores torácicas que agora não sente. Entrou para êste hospital, saindo ao fim de um mês melhorada.

Há dois anos voltou novamente com os mesmos sintomas, saindo igualmente melhorada após três meses de tratamento. Agora há dois meses adoeceu novamente, perdendo, como das outras vezes, as forças, não podendo andar e menos ainda subir, e tendo inaptência para o trabalho que lhe provoca zumbidos, vertigens e palpitações. Diz que desta vez teve algumas epistaxis que duraram cinco dias.

Acêrca das doenças que teve anteriores a esta, acusa uma meningite em criança de que se tratou neste hospital.

Foi menstruada uma só vez aos 15 anos, datando daí, segundo refere, o seu sofrimento. Essa menstruação não se acompanhou de dores e durou dois dias, sendo mínima a quantidade do sangue menstrual, de côr muito escura.

A mãe morreu há um ano tuberculosa, o pai é vivo sofre de bronquite, queixando-se últimamente do estômago.

Tem mais três irmãos que diz serem saudáveis.

A doente saiu no dia 1 — XI — 917 tendo desaparecido todos os sintomas, apenas a menstruação continua ausente.

Esta doente entrou novamente para o hospital no dia 11 — XII — 918, passando para a Sala Espírito Santo da Enfermaria 7 no dia 13 — I — 918, onde a viemos encontrar com a mesma sintomatologia descrita, tendo agora a maior um ligeiro edema palpebral, criestesia, algumas dores lombares, dores no tórax semelhantes a picadas de alfinete.

Tem agora palpitações sem terem por causa o esforço ou a marcha. A irregularidade das defecações tornou-se numa obstipação passando três e quatro dias sem defecar.

Esta obstipação cede com o óleo de rícino e enteroclises.

À auscultação nota-se além da respiração rude no vértice do pulmão esquerdo, a respiração ligeiramente diminuída no vértice do pulmão direito. A sonoridade está diminuída na parte anterior do hemitórax direito.

Ouvem-se na mesma sopros anémicos em todos os focos e, na região mesocárdica, acima do foco tricúspido nota-se o desdobramento do primeiro ruído.

A doença iniciou-se da mesma forma, sucedendo-se a falta de forças, o cansaço, a inaptência para o trabalho e a restante sintomatologia a seguir a uma gripe que teve, há quatro meses. Tem tido ultimamente epistáxis abundantes com intervalos que variam entre 20 e 25 dias.

Eis os resultados das análises do sangue :

	3 — II — 919	22 — II — 919
Hemoglobina	30 %	60 %
Glóbulos rubros por mm ³	3.000:000	4.000:000
" brancos por mm ³	6:900	6:900
Polinucleares neutrófilos	69,5 %	55 %
Mononucleares { grandes	6,5 %	9,4 %
{ médios	3,6 %	13 %
Formas de transição	2,4 %	3,1 %
Eosinófilos	4,2 %	
Basófilos	0,6 %	
Mielocitos basófilos.	1,2 %	
Linfocitos	12 %	19,2

A cuti-reacção feita no dia 29 — I — 919 foi negativa.

A doente lucrou imenso com o tratamento pelo ferro, e já antes de entrar na Enfermaria 7 tinha feito uso das injeções de cacodilato de ferro. Saiu no dia 25 — II — 919 muito melhorada desaparecendo toda a sintomatologia, continuando porém amenorreica. Durante o tempo que esteve na enfermaria não teve epistáxis.

XI

C. de J. de 18 anos, solteira, jornaleira, entrou para a Sala Espírito Santo da Enfermaria 7 no dia 5—1—918.

Tendo a pele da face e mãos bastante pálidas e os lábios, gengivas e conjuntivas bastante descorados, queixa-se de dores musculares nos membros que se acentuam mais com o trabalho. Êste fatiga-a em extremo e a fadiga é tal que mesmo no leito se sente cansada. Não pode caminhar porque a marcha causa-lhe palpitações, dispneia e vertigens.

Tem por vezes zumbidos nos ouvidos. Ao seu aspecto triste junta uma irritabilidade grande e não quer que lhe falem. Não tem emagrecido, conserva apetite e sente-se enfiada após as refeições.

A urina um pouco esbranquiçada é em quantidade normal e não contém nem albumina nem glicose.

Está amenorreica há cinco meses, sendo até êste tempo assistida com regularidade.

A auscultação mostra-nos a respiração rude e por vezes intercisa no vértice do pulmão esquerdo, estando no vértice do pulmão direito a respiração um pouco soprada.

Pela auscultação cardíaca nota-se um sôpro anêmico sistólico na região mesocárdica, prolongando-se ao longo do bôrdo esquerdo do esterno. O pulso é rítmico, de frequência normal, pequeno e hipotenso.

Está doente há cinco meses, queria trabalhar mas o abatimento era grande e não lho consentia, depois sobreveio a inaptidão para o trabalho por lhe faltarem as forças.

As dores musculares incomodavam-na em extremo e

eram mais acentuadas nos gémeos. Mesmo em repouso sentia palpitações. Com o trabalho e a marcha tinha dispneia, cefalalgias, zumbidos nos ouvidos, enfraquecimento momentâneo da visão. Tinha também dores torácicas vagas e algumas dores no estômago, que irradiavam para o peito e passavam com as refeições, vendo-se obrigada a comer repetidas vezes para as atenuar.

Foi menstruada pela primeira vez aos 16 anos. A função menstrual normalizou-se ao fim de seis meses, sendo sempre regularmente assistida até julho de 1917. Desde então está amenorreica. As três últimas menstruações duraram apenas dois dias e foi grande o intervalo da penúltima para a última. A sua menstruação durava cinco dias. O sangue menstrual era sempre bastante descorado. Há um ano teve a febre tifoide estando cinco meses na cama.

A mãe morreu há sete anos, ignorando a causa da morte.

O pai é saudável. Tem uma irmã e dois irmãos que são saudáveis.

A doente saiu no dia 15 — II — 918 bastante melhorada com alguma côr, tendo desaparecido a maior parte dos sintomas que ocasionaram a sua entrada no hospital.

Continuava amenorreica. As dores musculares, as palpitações e o sôpro anémico tinham desaparecido.

XII

S. de S. L. de 29 anos, solteira, costureira, residente no Pôrto entrou no dia 2 — VI — 918 para a Sala Senhor Jesus da Enfermaria 7.

Impressiona-nos o seu aspecto triste, e a palidez da face é, de quando em quando, substituída por um rubor fugaz.

A palidez é geral, embora mais acentuada na face e mãos.

As mucosas estão descoradas principalmente as gengivais. Há inaptência para o trabalho que lhe produz dispneia, palpitações, vertigens e zumbidos. A marcha provoca-lhe dispneia e palpitações. É grande a sua astenia. De noite tem suores abundantes mais acentuados na cabeça.

Não tem tosse, nem expectoração. Conserva apetite, tendo a língua ligeiramente saburrosa. É desde criança uma constipada passando três e quatro dias sem defecar. Acusa dores no estômago independentemente das refeições, dores muito intensas que diminuíam com o bicarbonato de soda.

Estas dores desapareciam com o decúbito dorsal e nunca lhe apãreçiam de noite. O fígado está um pouco reduzido de volume.

A urina em quantidade normal não continha nem albumina nem glucose.

A menstruação aparece com regularidade, mas o fluxo é descorado e diminuído.

Nos vértices pulmonares a respiração é rude.

Auscultando o coração percebem-se sopros anorgânicos em todos os focos. O pulso é pequeno, instável, emotivo e hipotenso, variando o número de pulsações entre 80 e 98 pulsações por minuto.

Está doente há 15 dias. Começou a sentir-se muito fraca, não podendo trabalhar, nem andar, e menos ainda subir.

Se teimava em trabalhar, as palpitações, as vertigens e a dispneia não lho consentiam e tinha de ir para a cama.

A sua fadiga que veio progressivamente, era tal que mesmo no leito se sentia fatigada. Depois apareceram dores musculares nos membros e a seguir as dores no estômago. A côr do rosto foi desaparecendo a pouco e pouco.

Em criança teve o sarampo. Há 18 meses esteve com uma sintomatologia idêntica à que apresenta hoje, melhorando com o descanso e a medicação ferruginosa.

Foi menstruada pela primeira vez aos 17 anos, só se regularizando a função menstrual aos 18 anos. Depois desta data foi sempre regularmente assistida. As menstruações duram quatro a cinco dias, mas quando está fraca só duram dois dias.

Os pais são saudáveis. Tem 12 irmãos saudáveis.

Eis o resultado da análise do sangue efectuada no dia 6 — VI — 918:

Hemoglobina	* 45 %
Glóbulos rubros por mm ³ . . .	2.500.000
" brancos por mm ³ . . .	7.500
Polinucleares neutrófilos . . .	58,3 %
Mononucleares { grandes . . . 7,6 } { médios . . . 3,5 }	11,1 %
Eosinófilos	2,5 %
Mielocitos basófilos	0,6 %
Formas de transição	1,5 %
Linfocitos	26,0 %

A cuti-reacção foi negativa.

A doente saiu no dia 27 — VI — 918 bastante melhorada, tendo desaparecido todos os sintomas que deram lugar à sua entrada na enfermaria.

Foi menstruada no dia 1 — VI — 918 durando a menstruação três dias. A quantidade do sangue menstrual foi pequena, sendo êste bastante descorado.

XIII

A. P. de 28 anos, casada, jornalista, residente em Gondomar, entrou no dia 24 — XII — 1918 para a Sala Espírito Santo da Enfermaria 7.

Nota-se primeiro a palidez do seu rosto com um tom esverdeado, onde por vezes aparece um rubor fugaz. As mucosas estão igualmente descoradas, apercebendo-se mais essa falta de cor nos lábios, gengivas e conjuntivas.

O seu aspecto é triste e emociona-se facilmente. Sente muito a ausência de forças que se acentua mais nos membros. Quere trabalhar e não pode, o que a irrita bastante. O trabalho produz-lhe palpitações, sucedendo-lhe o mesmo com a marcha que lhe causa também vertigens. Tem apetite e as suas dejecções fazem-se com regularidade.

As urinas são pálidas em quantidade normal e não contêm nem glucose, nem albumina.

Está amenorreica há um ano e não apresenta leucorreia.

A sonoridade no vértice do pulmão direito está diminuída, e na parte posterior as vibrações vocais estão aumentadas. Pela auscultação vê-se que a respiração é ligeiramente rude no mesmo vértice (face anterior) e diminuída na face posterior.

O pulso, pequeno, hipotenso ($TM = 10,5$; $Tm = 5$) muito instável, tem frequência normal.

A auscultação cardíaca revela-nos um sopro mesossistólico no foco mitral, sem propagação, que se nota apenas

quando a doente está deitada. É bastante apreciável o ruído do diabo.

Relaciona a sua fraqueza com a primeira menstruação que se efectuou aos 17 anos. De então para cá começou a sentir-se muito fraca, a ir perdendo a côr, chegando a sua fraqueza a não lhe permitir andar.

A sensação de fadiga era enorme, mesmo na cama se sentia cansada e o menor esforço produzia-lhe palpitações, dispneia, zumbidos nos ouvidos, chegando algumas vezes a fugir-lhe a vista. Veio à consulta externa dêste hospital e melhorou com o repouso e os medicamentos prescritos.

A menstruação fez-se sempre com regularidade até que há dêca de dezoito meses o fluxo foi diminuindo; o intervalo das menstruações aumentava progressivamente; a duração dos mênstruos era cada vez menor até que há um ano desapareceu, não voltando mais a ser menstruada.

Começou nesta época a sentir-se muito fraca e a astenia foi progredindo, aparecendo os outros sintomas que já ficaram descritos.

Acêrca dos seus padecimentos anteriores refere que teve o sarampo em criança. Foi menstruada aos 17 anos. O fluxo de côr normal durava 4 dias.

Os pais são falecidos, mas não sabe a doença que os vitimou. Teve 11 irmãos, dos quais só vivem três que são saudáveis.

Eis os resultados das análises do sangue:

	28 — XII — 918	16 — II — 919
Hemoglobina.	35 %	65 %
Glóbulos rubros por mm ³	2.800:000	3.500:000
" brancos por mm ³	3:500	5:500
Polinucleares neutrófilos	67 %	58 %
Mononucleares { grandes 2 } 3,5 %		7,3 } 19,6 %
{ médios 1,5 }		12,3 }
Mielocitos basófilos.	1,5 %	
Formas de transição	0,8 %	2,4 %
Linfocitos.	23 %	19,5 %

A cuti-reacção feita no dia 29 — I — 919 foi negativa.

A doente saiu no dia 3 — III — 919 sensivelmente melhorada, dizendo que se sentia perfeitamente bem e desaparecendo toda a sintomatologia. Porém a menstruação continua ausente e das perturbações respiratórias só se nota a respiração ligeiramente rude no vértice direito.

CAPÍTULO V

Perturbações menstruais nas cloróticas

Depois de rapidamente termos estudado a menstruação, salientando a sua fisiologia e as suas perturbações, depois de fazermos um estudo rápido da clorose, vamos estudar as alterações das regras nas doentes das nossas observações.

Todas as alterações da menstruação foram por nós encontradas, excepto a forma menorragica.

Já vimos que na clorose a menstruação só se regulariza depois do organismo estar quasi curado, sendo as perturbações catameniais as últimas que desaparecem.

Vimos também que, quando na clorose com amenorreia, as regras reaparecem, é a prova de que a doente caminha para um completo restabelecimento.

Por isso, combinando a análise do sangue com o modo como a menstruação se efectua, podemos dizer se a doente tem lucrado com o tratamento.

Mas estudemos uma a uma as nossas observações.

A clorose da nossa observação 1 deve considerar-se como uma recidiva da clorose que a doente teve aos 20 anos.

Como vimos pelo seu exame, a menstruação está reduzida a um dia, o sangue é descorado e no intervalo dos mênstruos há leucorreia. Esta leucorreia liga-a a doente a um parto que teve cêrca dos 16 anos, porém procedendo ao exame do útero não o encontramos nem doloroso, nem aumentado de volume, não apresentando o focinho de tenca ulceração alguma, o que nos leva a ligar esta leucorreia ao estado de enfraquecimento da doente, mais tarde agravado ainda por uma *anemia* que ela acusa nos seus antecedentes patológicos. A seguir a essa *anemia* as menstruações só tardiamente voltaram a aparecer, a ponto de só ser regularmente assistida depois dos vinte e três anos.

Ela saiu muito melhorada, e tanto que ao fim de dois meses foi assistida, e se a menstruação ainda não foi em grande quantidade, e se o sangue era ainda descorado, durou porém três dias. Ora realmente o aspecto da doente era consideravelmente melhor, e a segunda análise do sangue mostra que se ainda havia alguns elementos anormais, a anemia clorótica tendia a diminuir.

Na observação II está igualmente diminuída a quantidade dos mênstruos, sendo êstes descorados.

A doente, quando a interrogamos, disse-nos que era regular a época do aparecimento das regras, mas durante o tempo que esteve na enfermaria nunca foi menstruada.

Estando a doente a melhorar como o provam os resultados da análise do sangue (embora na segunda ainda apareçam glóbulos rubros nucleados) era natural que a menstruação tivesse aparecido, mas não é raro ver as doentes nunca serem assistidas durante a sua permanência num hospital, observando-se casos idênticos com as prisioneiras. Por isso, só uma observação posterior, permitindo que a doente voltasse ao seu primitivo meio, nos poderia dizer se

a menstruação tendia a regularizar-se ou se, pelo contrário se mantinha ausente.

A doente da nossa observação iii esteve tão pouco tempo na enfermaria que pouco podemos dizer, acêrca das suas melhoras, embora com o repouso e o ferro experimentasse algumas.

Estava amenorreica há três meses e gostaríamos de ver se realmente a menstruação se restabelecia com o tratamento prescrito, mas, por sua exigência, saiu sem podermos verificar o que pretendíamos.

Foi menstruada tardiamente. A leucorreia que tinha desde criança aumentou depois que a menstruação está ausente, e na época em que devia ser menstruada tornava-se mais abundante.

A criestesia observada por esta doente deve relacionar-se com a sua anemia que era acentuada, como o prova a análise do sangue.

Esta clorose deve ser uma recidiva da que a doente acusou dois anos antes, melhorando durante a gravidez como sucede na maior parte das cloróticas. A seguir a um excesso de trabalho reapareceu com mais intensidade, tornando-se a doente desde então amenorreica.

Acêrca da nossa observação iv temos a dizer que as suas regras são alteradas sempre que se sente fraca, e tem-se tratado várias vezes da sua clorose. Se persistisse no tratamento e não carecesse de ir grangear o sustento logo que experimenta melhoras, a cura por certo se faria.

Antes de entrar na enfermaria era assistida de três em três semanas correndo o fluxo, bastante descorado, durante dois ou três dias, sendo a sua quantidade diminuída, mas durante o tempo que esteve na enfermaria nunca foi menstruada.

Porém, fazendo o confronto entre as duas análises do sangue vê-se que há sensíveis melhoras, visto o número de glóbulos rubros passar de 1.960:000 a 5.312:000, desaparecendo a desigualdade de volume dos glóbulos rubros que se notava na primeira análise.

Qual o motivo porque a menstruação não surgiu durante os 46 dias que esteve na enfermaria, quando ela era menstruada de três em três semanas? Talvez para isso influísse a sua estada no hospital, se bem que ela não estava ainda completamente curada, e portanto poderiam ver-se aparecer as regras, se a hospitalização continuasse até à cura definitiva.

E a nossa doente v fornece-nos um caso que parece ser uma dismenorrea membranosa, o que não podemos garantir, porque apenas temos os factos relatados pela doente, não tendo ela sido menstruada durante o tempo que esteve na enfermaria. Foi sempre pouco assistida, sendo os mênstruos diminuídos e descorados, mas é certo que desde os 15 anos sofre, sendo esta a quarta vez que entra no hospital para tratamento da sua clorose, e como esta doença altera profundamente a função menstrual, não é de estranhar esta deficiência na menstruação.

Foi menstruada pela primeira vez aos 16 anos, sendo a menstruação dolorosa desde êsse tempo. As dores começam dois dias antes, mas recrudescem com o correr do fluxo, e só quando expulsa pequenas membranas sente algum alívio.

Quando na clorose estudamos as alterações nervosas vimos que as cloróticas apresentam dores nevrálgicas em diferentes órgãos, e entre êstes no útero.

E, se a nossa doente apresenta bastantes sintomas nervosos, é de crer que a clorose seja a verdadeira causa

desta dismenorrea, não sendo esta mais que uma nevralgia uterina.

Na nossa doente vi a menstruação era descorada e tam diminuida que chegava a durar apenas um dia. A quantidade do sangue expulso era mais que exígua.

Estas alterações apareceram gradualmente notando-as mais a doente nas três últimas menstruações, antes da sua entrada na enfermaria. As últimas menstruações foram seguidas de leucorreia que a doente até aí não tinha tido e que parecia suprir a menstruação diminuida, pois cessava ao fim de dois dias.

A doente saiu muito melhorada como o prova o confronto das duas análises de sangue. Os mênstruos tendiam a regularizar-se, pois sendo assistida viu correr a sua menstruação durante três dias, sendo esta mais corada. A leucorreia, em menor quantidade, durou apenas um dia.

Na observação vi temos um caso de amenorrea que a doente liga a um banho tomado no rio quando andava menstruada. Devemos lembrar-nos que nas mulheres impressionáveis basta um resfriamento, uma emoção, etc., para perturbar a sua função menstrual, mas o que é facto é que a doente nos disse ter notado as suas últimas menstruações mais diminuidas, mais descoradas, e que o intervalo intermenstrual ia também aumentando. Não seriam estas alterações os primeiros sintomas da sua clorose que dois meses antes da sua entrada no hospital mais se acentuava? É de crer que assim succedesse.

A cuti-reacção foi levemente positiva, mas não encontramos nos antecedentes da doente nada que nos levasse a modificar o nosso diagnóstico, e vimos os benéficos resultados que a doente tirou com o uso do ferro.

É certo que durante a estada na enfermaria não foi

menstruada, mas ela permaneceu aí pouco tempo e estava amenorreica já há três meses. Cremos, porém, que em breve ela veria surgir de novo as suas regras, se as melhoras continuassem a acentuar-se.

Na doente a que se refere a observação VIII a menstruação era descorada e diminuída, acompanhando-se de algumas dores vagas que importunavam a doente, sem a obrigarem a ir para a cama. Estas dores tinham a duração dos mênstruos e cessavam com eles.

A doente é clorótica desde os 16 anos e foi menstruada só aos 19, sendo talvez esta menstruação tardia uma consequência da clorose que desde a puberdade a incomoda.

Só uma vez foi menstruada durante o tempo que permaneceu na enfermaria, e notou que o sangue menstrual era mais corado que anteriormente, sendo assistida durante quatro dias, o que há seis meses se não dava.

E a doente que nos deu a nossa observação IX vê a sua menstruação diminuída e descorada. Já há três anos esteve internada neste hospital com a mesma sintomatologia, e viu igualmente as suas regras diminuídas e descoradas.

Acusa dores um dia antes do aparecimento do fluxo, mas sendo uma vez assistida na enfermaria, durando essa menstruação três dias e sendo ainda em pequena quantidade, não teve essas dores, atribuindo a doente êste facto ao cansaço no leito. Não é para admirar que essa menstruação fôsse ainda anormal, porque estava apenas há 15 dias em tratamento, e a análise feita posteriormente mostra que a doente não estava ainda restabelecida.

A doente foi pela primeira vez menstruada aos 13 anos, mas só ao fim de dois anos essa função ficou normalizada.

A nossa observação X mostra-nos um caso nítido de

clorose surgindo na puberdade. Vimos pela primeira vez a doente aos 20 anos com os sintomas de uma clorose, sem edemas, sem tosse, sem expectoração, emfim sem sintoma algum que fizesse desviar o nosso espírito para outro diagnóstico.

A doente tinha sido assistida uma vez única aos 15 anos e nunca mais foi menstruada, entrando no hospital passado pouco tempo, com uma sintomatologia que nos descreveu e que quadra perfeitamente na clorose.

Saiu melhorada para entrar de novo passados três anos com a mesma sintomatologia. Sai novamente melhorada ao fim de três meses, para voltar quando fizemos a nossa observação.

Depois dos 15 anos não mais voltou a ser menstruada.

Nunca teve leucorreia. A doente saiu muito melhorada ao fim de cerca de dois meses de tratamento sem contudo ter sido assistida.

E passado um ano, a seguir a uma gripe voltou novamente para a enfermaria, onde voltamos a encontra-la novamente prêsa da clorose.

Poderia algum dos sintomas apresentados pela doente na ultima observação levar-nos a pensar num cloro-brightismo, porém ela colheu apreciáveis melhoras com o ferro e desapareceram todos os sintomas ao fim de dois meses de tratamento, sem que fôsse necessário submetê-la a um regimen próprio dos brighticos.

As epistaxis manifestadas pela doente, aparecendo com relativa periodicidade, levam-nos antes a pensar que se tratasse de regras desviadas.

A doente saiu muito melhorada como se vê pela análise do sangue e pelo desaparecimento de todos os sintomas, mas sem que as regras voltassem a aparecer.

Temos igualmente um caso de clorose com amenorria na observação XI. A doente foi menstruada aos 16 anos e ao fim de cinco meses, em que o fluxo apareceu apenas duas vezes, normalizaram-se as regras, sendo assistida durante cerca de um ano com regularidade. Teve a febre tifoide e durante o tempo que permaneceu no leito nunca foi assistida.

Voltando novamente a ser menstruada passado algum tempo, notou que os mênstruos se iam espaçando e que estes duravam apenas dois dias. Por este tempo apareceram os sintomas que a forçaram a internar-se no hospital.

Nesta doente temos a função menstrual alterada por uma doença inficiosa febril e mais tarde pela clorose. A doente nunca teve leucorria.

Saiu muito melhorada, tendo colhido bons resultados com o uso do ferro, porém, não se havia restabelecido a função menstrual.

A doente a que se refere a observação XII vê pela segunda vez as suas regras diminuídas e descoradas pela clorose, tendo tido esta afecção aos 27 anos.

Foi menstruada pela primeira vez aos 17 anos e só ao fim de um ano se regularizam as menstruações.

Refere, como dizemos, uma clorose aos 27 anos que, entre outros sintomas, se manifestou pela descoloração e diminuição dos mênstruos, dizendo também ter sido sempre fraca e anémica.

Novamente se encontra agora (aos 29 anos) com a mesma afecção, sendo bastante acentuados os sintomas digestivos. A doente quiz deixar a enfermaria logo que se sentiu melhor, não permitindo que vissemos se a função menstrual se restabelecia ao mesmo tempo que o seu estado geral se ia tornando melhor, melhoras que de dia a dia se observavam.

E tratemos por fim da amenorreia da nossa última observação.

Esta doente liga a sua doença à primeira menstruação que se effectuou aos 17 anos, pois que a seguir às primeiras regras ficou muito enfraquecida e se viu obrigada a vir à consulta externa dêste hospital, tendo melhorado com o tratamento, vindo as suas menstruações decorrer em seguida regularmente, até há cerca de 18 meses.

Nesta ocasião as regras diminuíram gradualmente até que desapareceram, estando amenorreica há um ano, surgindo novamente os sintomas que tivera na puberdade e que desta vez, a obrigaram a internar-se no hospital.

Nunca teve leucorreia.

Depois de alguns meses de tratamento pelos ferruginos e arsenicais saiu a doente muito melhorada, pois tinha quasi desaparecido a totalidade dos sintomas, mas sem que a função menstrual tivesse voltado a estabelecer-se.

E agora eis as conclusões que podemos tirar do nosso estudo:

1.^a — A função menstrual é sempre alterada pela clorose.

2.^a — Todas as alterações catameniais se podem encontrar na clorose, sendo porêm as mais frequentes as irregularidades dos mênstruos e a amenorreia.

3.^a — Só depois de restabelecido por completo o organismo é que desaparecem as perturbações menstruais, sendo portanto a normalização das regras um dos melhores indícios de cura.

BIBLIOGRAFIA

CHURCHILL — *Traité pratique des maladies des femmes* — 1866.

DUVAL — *Physiologie* — 1879.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE — 1882 — 1883 — 1909.

POZZI — *Traité de gynécologie* — 1890.

HARTMANN — *Gynécologie opératoire* — 1911.

BROUARDEL ET GILBERT — *Maladies des organes génito-urinaires* — 1912.

FAURE ET SIDEREY — *Traité de gynécologie* — 1914.

TROUSSEAU — *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Paris* — 1868.

BERGÉ — *Traité de médecine* — 1909.

HAYEM — *Leçons sur les maladies du sang* — 1900.

DIEULAFOY — *Manuel de pathologie interne* — 1911.

PROF. TIAGO DE ALMEIDA — *Lições clínicas* — 1915 — 1916.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Os deslocamentos do ovário teem a sua explicação na anatomia.

Histo-fisiologia. — O exame histológico permite distinguir a dismenorrea uterina da membranosa.

A tiroide parece ser a glândula de secreção interna que tem maior influência sôbre o ovário.

Farmacologia. — Os preparados ferruginosos longe de curar, agravam certos estados anêmicos.

Anatomia patológica e medicina legal. — Em tumores da região anterior e lateral do pescoço, devemos sempre pensar na falta de obliteração dos sulcos branquiais.

As impressões digitais não servem apenas como meio de identificação.

Higiene, Bacteriologia e Parasitologia. — Se as mulheres soubessem ser boas mães, a mortalidade infantil diminuiria consideravelmente.

A presença de glóbulos descorados num exame do sangue revela grande vulnerabilidade dos glóbulos rubros.

Uma boa profilaxia só poderá estabelecer-se com um conhecimento profundo da parasitologia.

Obstetrícia e Ginecologia. — A salpingo-ovarite pode ser um acidente tardio da infecção puerperal.

O repouso é vantajoso em todas as afecções ginecológicas.

Cirurgia. — Em face de uma hérnia infantil devemos ter sempre em mente a embriogenia.

Nas crianças é de regra a cirurgia conservadora.

Medicina. — Na gripe, os processos bronquíticos e pneumónicos persistem durante muito tempo.

Na paralisia facial será conveniente indagar a existência de otites supuradas.

Visto

Thiago d'Almeida,
Presidente.

Pode imprimir-se

Maximiano Lemos,
Director.