

ANTONIO MARTINS GONÇALVES D'AZEVEDO

Licenciado pela Faculdade de Medicina do Porto

Contribuição para o estudo
da velocidade
de sedimentação do sangue
em obstetrícia e ginecologia

22612 FM



PORTO—1929

Contribuição para o estudo
da velocidade
de sedimentação do sangue
em obstetrícia e ginecologia

Tip. da Enciclopédia Portuguesa, L.^a
Rua Cândido dos Reis, 47 — Porto

ANTONIO MARTINS GONÇALVES D'AZEVEDO

Licenciado pela Faculdade de Medicina do Porto

Contribuição para o estudo
da velocidade
de sedimentação do sangue
em obstetrícia e ginecologia

PORTO—1929

Corpo Docente da Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar

SECRETÁRIO.

Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima

Professores catedráticos

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene
Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar .	Patologia Geral
Dr. Carlos Alberto de Lima	Patologia Cirúrgica
Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães	Terapêutica Geral
Dr. Tiago Augusto de Almeida . . .	Clínica Médica
Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima. .	Anatomia Descritiva
Dr. Alvaro Teixeira Bastos	Clinica Cirúrgica
Dr. Manuel Lourenço Gomes	Medicina Legal
Dr. Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia
Dr. António de Almeida Garrett. . .	Pediatria
Dr. Alfredo da Rocha Pereira. . . .	Patologia Médica
Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão. .	Bacteriologia e Doenças infecciosas
Dr. Hernâni Bastos Monteiro. . . .	Anatomia Topográfica
Dr. Manuel António de Moraes Frias .	Ginecologia
Dr. José Maria de Oliveira.	Farmacologia
Vaga.	Fisiologia Geral e Especial
Vaga.	Obstetria
Vaga.	Dermatologia e Sifilografia

Professores catedráticos aguardando a aposentação

Dr. António Joaquim de Sousa Júnior .	Anatomia Patológica
Dr. António de Sousa Magalhães Lemos	Psiquiatria

Professores jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias
Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

Professor com licença ilimitada

Dr. José de Oliveira Lima

Professor honorário

Dr. Oskar Vogt

Professor livre

Dr. Indalêncio Froilano de Melo

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

(Art. 29.º § 3.º do Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto,
de 23 de Janeiro de 1928 — Decreto n.º 14:948).

Dissertação de candidatura ao grau
de doutor, apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade do Pôrto

A meu Pai

AO MEU ILUSTRE MESTRE

Professor Manuel António de Morais Frias

*modesto preito de homenagem pela muita gratidão,
consideração e respeito que lhe consagro.*

ESBOÇO HISTÓRICO

A sedimentação dos glóbulos rubros do sangue que, nestes últimos dez anos, tão vasto campo tem oferecido a explorações de ordem biológica, patológica e clínica, não constitui, no entanto, um facto de tam recente observação.

Não teria passado despercebido aos médicos da mais remota antiguidade o aspecto bicolor do coágulo que se obtinha com o sangue de certos indivíduos; sem que se compreendesse ou se interpretasse êste fenómeno, êle teria sido contudo observado.

Sabemos hoje que êste facto não era mais do que o resultado duma total ou parcial sedimentação dos eritrocitos cuja realização era permitida ou porque o sangue em questão, embora com uma velocidade de sedimentação normal, apresentava um tempo de coagulação longo, como na hemofilia, ou porque pertencia a indivíduos cuja velocidade de sedimentação globular se encontrava manifestamente aumentada em relação à normal, como sucede em certos estados fisiológicos (gravidez) ou patológicos (infecções agudas, supurações, etc.).

Em qualquer destes casos a coagulação do sangue surgindo numa altura em que os glóbulos rubros se encontravam já, total ou parcialmente sedimentados, dava ao coágulo êsse aspecto singular: vermelho na parte inferior, esbranquiçado na parte superior.

O facto não passa no entanto da simples observação.

É só no decorrer do séc. XVIII que o fenómeno começa a entrar já um pouco no domínio da clínica.

Na verdade, os medicos de então, familiarizados como estavam com o aspecto dos coágulos sanguíneos, em virtude do meio terapêutico tão largamente usado nessa época, a sangria, começaram a relacionar já o aparecimento dêsse coágulo especial, bicolor, com determinados estados mórbidos.

Nesta mesma época se começa a designar com o nome de "*crusta phlogistica*," ou "*crusta sanguinis*," a zôna superior e clara do coágulo.

No fim do séc. XVIII a questão começa a ser estudada um pouco mais de perto.

Assim, Hunter, em 1797, destaca já a influência que teria o fibrinogénico na produção do fenómeno, facto êste mais tarde verificado por vários autores, entre os quais Marcano e Biernacki.

Nos princípios do séc. XIX, Müller e Davy seguem os estudos iniciados por Hunter.

Nasse, em 1836, descreve a *crusta phlogistica* num caso de tuberculose, num caso de sífilis e num doente portador duma afecção cerebral crónica.

Após esta primeira série de trabalhos, o estudo da sedimentação sanguínea é por completo abandonado.

Só mais tarde, a propósito dum caso de purpura hemorrágica num tuberculoso, Gilbert e Weill chamam de novo a atenção para a sedimentação espontânea do sangue, tendo dado ao fenómeno o nome de "*coagulação plasmática*,".

Marcano, em 1901, a propósito da hemostereometria, estuda a sedimentação sanguínea.

A coagulação plasmática é ainda estudada por Claude na sua tese e por Cesari em 1913.

Quatro anos mais tarde, Fahraeus faz a sua comunicação sobre a sedimentação dos eritrocitos ao Congresso de Cirurgia e Ginecologia de Stockolmo e em 1918 publica no n.º 7 da "Hygiea", o seu trabalho inicial.

Depois dos seus trabalhos, a avaliação da velocidade de sedimentação sanguínea, a que alguns autores dão o nome de reacção de Fahraeus, é feita e estudada em todos os ramos das sciências médicas.

Assim, Minoresco, em 1923, apresenta à Sociedade Médica dos Hospitais de Paris o resultado dos seus estudos em casos de febre tifoide, tifo exantemático e sarampo, afecções em que sempre verifica uma sedimentação acelerada.

Ainda nas infecções agudas a prova da sedimentação globular é estudada por Hans Rhodin na escarlatina (1925) e muito recentemente (1927) por Sabrazés, Pauzat e Jaffry nas infecções do grupo tifoide.

Paulian, Demetre e Tomovici procuram os valores da velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros nas afecções do sistema nervoso.

No impaludismo, Arias e Guemes encontram uma velocidade aumentada numa proporção que varia com as formas clínicas, facto este verificado ainda por Cossio e Albarracin.

Gilbert, Tzanck e Cabanis procuram as curvas de sedimentação na lepra e nesta mesma infecção verifica Labernadie e André uma constante aceleração na velocidade de formação do depósito globular, constatando o paralelismo entre esta velocidade e a gravidade dos sintomas tegumentares.

Nas afecções do fôro médico, a prova da sedimentação dos eritrocitos tem sido estudada sobretudo

na tuberculose pulmonar, onde, a avaliar pelos trabalhos ultimamente realizados, ela pode fornecer preciosas informações.

A estes estudos em especial se têm dedicado numerosos autores tais como: Westergren, Torday, Muralt e Weiller, Papanicolau, Verdina, Wonsowickz e outros.

A velocidade de sedimentação globular é estudada durante a crise hemoclásica por Landsberg, Popper e Kreindler.

Freuchen dela se serve como meio de investigar a incompatibilidade sanguínea; para êste autor seria êste o único modo de garantir uma segurança absoluta para transfusões.

Na cirurgia, apesar da prova apresentar da mesma forma um extraordinário interêsse, os trabalhos realizados são ainda pouco numerosos.

Halberg em 1923 mostra que os processos infecciosos fazem aumentar a velocidade de sedimentação globular e verifica ainda uma sedimentação rápida nos doentes intervencionados sob anestesia geral.

Fuerst, estudando a prova em 240 casos, encontra-a acelerada nos cancerosos.

Fridrich verifica que o tempo de sedimentação assim como o volume do sedimento se encontram reduzidos em animais, tendo sofrido queimaduras experimentais, qualquer que seja a sua séde.

Mas, o estudo das variações da velocidade de sedimentação globular pelo interêsse clínico que oferece em obstetrícia e ginecologia, fêz com que a prova da sedimentação dos eritrocitos viesse a ter, nestas especialidades uma particular aplicação.

Assim, depois dos trabalhos de Fahraeus, o fenómeno da sedimentação tem sido estudado em obstetrícia por Sakae e Tsutumi, que procuram investigar as causas da reacção, Levy-Solal, Vignes e Hermet, Kurten, etc.

Em ginecologia, a reacção de sedimentação tem sido objecto de numerosas investigações.

Casal, em 1922, apresenta à Sociedade de Ginecologia Espanhola as suas conclusões sobre o auxilio que pode prestar esta prova no diagnóstico das afecções dos órgãos genitais da mulher.

Nêsse mesmo ano Linzenmeyer igualmente põe em evidência o valor clínico da reacção de sedimentação em clínica ginecológica.

Roussy, Laborde, Leroux e Peyre, estudam as variações da velocidade de sedimentação juntamente com outras modificações sanguíneas (resistência globular, coagulação e índice hemolítico) durante o tratamento do cancro do colo do útero pelos raios X.

Gragert verifica o aumento da velocidade de sedimentação nos casos de cancro ginecológico, aceleração esta que seria proporcional ao grau de toxicidade produzido pelo tumor.

A prova da sedimentação em ginecologia tem sido estudada ainda por outros autores como Molnar, Friedlander, Becher, Klaus, Troubitzine, Noyes e Cowrse, Haro Garcia, etc.

Além destes trabalhos, meramente clínicos, outros existem que focam o fenomeno da sedimentação apenas no seu aspecto biológico.

Á resolução do problêma, ainda hoje tão confuso, das causas e mecanismo da reacção de Fahraeus, ao estudo dos principais factores que sobre ela têm influência, têm-se dedicado em especial Abderhalden, Flandin e Tzanck, Pagniez, Peyre, Ley, Efisio Puxeddu, de Potter e Valtis, Balackowsky, Haro Garcia, Cordier, Chaix e Paufigue, etc.

Como trabalhos portugueses sobre a sedimentação sanguínea conheço apenas os realizados pelo Prof. Lopo de Carvalho em colaboração com o Dr. Ferreira de Mira e dizem respeito à sedimentação normal da

cobaia e à influência que sôbre ela têm as injeções de sanocrisina ⁽¹⁾).

Todas estas investigações, quer as de ordem clínica, quer as de ordem biológica, têm contribuído para que, actualmente, a prova da sedimentação globular possa fornecer já ao clínico informes dum indubitável valor.

E tão preciosos êles são que Gueissaz (citado por Wonsowickz) afirma que a reacção de sedimentação dos eritrocitos deve ser para o prático um método de exame tão comum como o exame das urinas ou como o uso do termómetro.

⁽¹⁾ Já depois de redigido êste trabalho, o Snr. Dr. Celestino Maia realizou uma conferência na Faculdade de Medicina do Pôrto sôbre a sedimentação sanguínea.

A sedimentação globular. Seu mecanismo

Se abandonarmos em repouso e ao abrigo de toda a agitação exterior uma certa quantidade de sangue tornado incoagulável pela adjunção prévia de qualquer substância anticoagulante, vêr-se-há surgir, a breve trecho uma nítida separação entre o plasma e os glóbulos rubros: estes, graças a uma precipitação mais ou menos rápida, depositam-se no fundo do vaso, formando uma zona compacta e nítida, cujo nível superior, bem marcado, desce progressivamente.

A formação d'êste depósito de eritrócitos se dá o nome de "*sedimentação globular*".

Procedendo-se, no entanto, a várias experiências d'êste género com sangue proveniente de diferentes casos, cêdo se chegará à conclusão de que muito variável é o tempo que êste depósito exige para a sua formação: umas vezes, o nível de separação entre os glóbulos e o plasma desce lentamente, outras vezes, muito mais rapidamente se produz esta descida e, portanto, muito mais cêdo se verifica a sedimentação total dos glóbulos.

Daqui o chamar-se "*velocidade de sedimentação globular*", ao tempo, maior ou menor, que os eritrócitos necessitam para se depositarem por completo no fundo do vaso.

Esta seria a *velocidade de sedimentação completa*, incomparavelmente menos importante, a meu vêr, que a *velocidade de sedimentação horária* determinada pela apreciação, a tempos determinados, da altura do depósito, permitindo assim uma melhor interpretação da experiência durante o tempo da sua realização, facto êste que terá, como veremos, uma primordial importância no resultado da prova.

A determinação dos diferentes valôres que a velocidade de sedimentação apresenta com os diversos estados fisiológicos ou patológicos tem o nome de *prova da sedimentação sanguínea*, ainda chamada por alguns autores *reacção de Fahraeus* e por outros, nomeadamente pelos autores polacos, *reacção de Biernacki*.

Como bem se compreende, quando se pretende fazer esta prova *in vitro* com um sangue de coagulabilidade normal, necessária se torna a adjunção de qualquer substância anticoagulante; de contrário, a coagulação do sangue surgindo rapidamente, surpreenderia a sedimentação logo no seu início não permitindo portanto a sua realização.

O fenómeno da sedimentação pode ainda ser verificado *in vivo*: Linzenmeyer colocando um laço por cima da prega do cotovêlo duma mulher grávida e fazendo permanecer o braço verticalmente, nota a diferença de coloração entre a parte superior e inferior das veias do antebraço; fazendo punções a diferentes alturas, o autor verifica ter-se dado uma nítida sedimentação.

Um outro método de apreciação *in vivo* da sedimentação globular consiste na compressão do glôbo ocular com concomitante exame oftalmoscópico.

Ploman, assim procedendo, consegue verificar nos vasos do fundo do olho, não propriamente a sedimentação mas a maior ou menor tendência à agluti-

nação globular que, como veremos, intimamente se relaciona com ela.

Quando, *in vitro*, se tem procedido a uma prova de sedimentação e esta se encontra por completo realizada, é característico o aspecto do tubo de experiência: por cima do depósito dos glóbulos rubros fica uma zona leitosa, maior ou menor conforme os casos, à qual se sobrepõe uma terceira, incomparavelmente mais estreita, límpida e amarelada.

Imediatamente por cima dos glóbulos rubros e separando estes da zona leitosa que se lhes segue, existe uma tenuíssima camada formando como que uma película esbranquiçada que oferece mesmo uma certa resistência à desintegração.

Tal é o aspecto que se obtém procedendo à prova de sedimentação pelo método de Linzenmeyer-Peyre, que adiante será descrito.

Tendo feito a colheita a diferentes alturas dos elementos que entram na constituição destas diferentes camadas, pude verificar o seguinte:

Tôda a zona leitosa e a zona límpida (zona superior) contem como elementos figurados exclusivamente hematoblastos, perfeitamente separados uns dos outros, apresentando as suas dimensões normais e conservando os seus movimentos brownianos; muito abundantes já na camada superficial, êles são extraordinariamente abundantes nas zonas mais baixas.

A película que separa os glóbulos rubros da zona leitosa é constituída ainda por hematoblastos aos quais se adicionam os leucocitos.

No depósito de glóbulos rubros encontram-se, além dêstes elementos, glóbulos brancos e hematoblastos.

Qualquer que fôsse a velocidade de sedimentação, a identificação dos elementos que entram na constituição das diferentes zonas, conduziu-me sempre a êste resultado.

É curioso notar a extraordinária abundância de hematoblastos que se encontra em qualquer prova de sedimentação.

Este fenómeno, bem singular, não traduz de forma alguma, julgo eu, uma concentração espontânea de hematoblastos *in vitro*; se assim fôsse, êles deveriam rarear em qualquer ponto da preparação.

Ora, pelo contrário, a qualquer altura que seja feita a colheita, esta revela um número de hematoblastos muito maior que o habitual.

A explicação dêste facto estará, talvez, na propriedade que têm aqueles elementos sanguíneos de afluírem rapidamente tôdas as vezes que um corpo estranho é introduzido num vaso, formando uma densa camada à volta dêsse corpo.

Para alguns autores mesmo, a própria aplicação do laço para tornar turgescente uma veia provoca, nessa veia, uma concentração de hematoblastos.

Sendo assim, a introdução da agulha na veia, talvez mesmo a aplicação do laço, faz com que se realize uma tal afluência; o sangue colhido por êste processo levará então consigo para o tubo de sedimentação êsse tão elevado número de hematoblastos.

A acumulação dêstes elementos à volta dos corpos estranhos parece ainda verificar-se *in vitro*; por outras palavras: se numa suspensão de hemotablastos mesmo que seja fóra dum vaso sanguíneo, fôr introduzido um corpo estranho, êles imediatamente se acumulam à sua volta.

Se de facto isto succede, ao factor acima citado há a acrescentar ainda êste outro, de resto perfeitamente idêntico e que contribui também para se encontrar numa prova de sedimentação um número excessivo de hematoblastos: a sua concentração à volta da pipeta que serve para a colheita.

MECANISMO DA SEDIMENTAÇÃO. — Numerosas são já as pesquisas feitas no intuito de investigar quais os factores que existem no sangue de certos indivíduos e que contribuem para alterar a velocidade de sedimentação dos seus glóbulos

Para explicar tão interessante fenómeno, muitas teorias têm sido propostas, desde a mais simples teoria física, à mais complexa teoria biológica.

A-pesar-de alguma luz se ter feito já sôbre a questão, os estudos sôbre o mecanismo íntimo da reacção de Fahraeus são ainda bastante incompletos.

É que, na verdade, êsse mecanismo é duma extrema complexidade e, se alguns elementos são já conhecidos como influenciando indubitavelmente no resultado da prova da sedimentação globular, muitos mais haverá que, até hoje, não puderam ser determinados.

No entanto, a-pesar da complexidade do fenómeno, algumas aquisições existem sôbre as quais tôdas as modernas opiniões são concordantes.

Assim, está perfeitamente demonstrado que, consoante a sedimentação é rápida ou lenta, a disposição dos glóbulos rubros é diferente.

De facto, se forem observadas ao microscópio duas sedimentações, uma rápida e outra lenta, ver-se há que na primeira os glóbulos rubros se agrupam em amontoados maiores ou menores que descem rapidamente; pelo contrário, na sedimentação lenta êles mantêm entre si as suas relações habituais, formando as clássicas pilhas de moédas, sem a menor tendência à aglomeração, como no primeiro caso.

O resultado da prova parece, portanto, fundamentalmente depender da formação ou não formação dos referidos aglomerados globulares: se êles se formam, a sedimentação é rápida; se não se formam e o sangue mantem, no que diz respeito aos glóbulos, o seu as-

pecto habitual, a sedimentação não se encontra acelerada.

Para alguns autores, o fenómeno da sedimentação globular, meramente físico, seria absolutamente idêntico à queda dos corpos esféricos no seio dum líquido, e como tal êle seria regido por uma fórmula bem definida, a fórmula de Stokes

$$v = \frac{1}{2} g \frac{D - \delta}{n} r^2$$

em que g é a aceleração devida ao pêso, D a densidade das esferas, δ a densidade do meio, n uma constante (atrito interior) e r o raio das esferas.

Como bem afirma Cabanis, esta fórmula até certo ponto útil pelo facto de pôr em evidência diferentes elementos que sem dúvida exercem a sua influência no resultado da prova da sedimentação sanguínea, de modo algum interpreta o mecanismo íntimo do fenómeno, visto não entrar em linha de conta com a formação dos aglomerados globulares que, como vimos, tem uma capital importância.

De resto, tendo sido determinados com toda a precisão e em várias sedimentações os diferentes valores que entram na constituição da fórmula de Stokes, cedo se chegou à conclusão de que ela é insuficiente para traduzir os diferentes resultados da reacção.

Balachowsky, estudando a sedimentação globular ao microscópio, chama a atenção para um factor importante a que deu o nome de "hemotonia".

Servindo-se dum microscópio inclinado a 90° , êste autor verifica que os glóbulos sanguíneos, em parte aglomerados, em parte conservando o seu aspecto em pilhas, tocam-se uns nos outros, formando como que uma rede de malhas irregulares, um verdadeiro sistema architectural (esqueleto sanguíneo), dotado dum certo grau de resistência e solidez que até certo ponto se opõe ao próprio pêso dos glóbulos.

Esta resistência dependerá duma propriedade inerente aos glóbulos rubros: a hemotonia.

O pêso dos elementos que entram na constituição dêste esqueleto sanguíneo progressivamente exercendo a sua acção sôbre os elementos das camadas mais inferiores, faz com que a hemotonia dêstes últimos seja pouco a pouco vencida; daqui resulta que nas zonas mais baixas desta rede sanguínea as trabéculas que as constituem cedem, desorganizam-se e o aspecto da massa globular modifica-se: em vez dum sistema reticulado, como na parte superior, os glóbulos juntam-se uns aos outros, formando uma camada compacta.

Desta desorganização do esqueleto sanguíneo na sua base resulta a descida progressiva das zonas supra-jacentes, conseqüentemente, da superfície do depósito globular.

À luz dêste critério, compreende-se, portanto, que as variações da hemotonia deverão influenciar a velocidade de sedimentação que será tanto maior quanto menor fôr a hemotonia e vice-versa.

Mas não é esta a única propriedade globular que entra em jôgo na reacção de Fahraeus; outras há, com efeito, que parecem desempenhar no fenómeno um importante papel.

No entanto, nem todos os trabalhos realizados neste sentido têm conduzido aos mesmos resultados.

Assim por exemplo, enquanto que certos autores insistem na influência que terá o pêso específico dos glóbulos, outros há, como Popper e Kreindler, que negam tal influência.

O número das hematias, influe na sedimentação inibindo-a segundo Cabanis; pelo contrário Willems, Vignes, Cordier, Chaix e Paufigue não encontram relação alguma entre o número de glóbulos rubros e a velocidade de sedimentação.

Para Francisco Haro Garcia, a reacção de Fahraeus não estaria dependente do número de hematias exis-

tentes *in vivo*; no entanto, fazendo variar o número de glóbulos rubros em vários tubos de sedimentação por subtração de glóbulos ou de plasma citratado, este autor verifica que, *in vitro*, a velocidade de sedimentação é proporcional ao quadrado do número das hematias.

A influência da percentagem de hemoglobina, negada por alguns investigadores (Cordier, Chaix e Paufigue), teria para outros certa importância.

Como se vê, as opiniões não são ainda concordes sobre o valor respectivo que terá cada um dos factores globulares indicados na velocidade de sedimentação sanguínea.

Outro tanto não sucede no que diz respeito à influência que exercerá no resultado da reacção a carga eléctrica dos glóbulos rubros; a maior parte dos modernos trabalhos focam a questão em especial sob este ponto de vista.

O maior ou menor grau de aglomeração dos glóbulos rubros parece com efeito depender, até certo ponto, das modificações da sua carga eléctrica.

Como se sabe, os glóbulos rubros em suspensão num campo eléctrico dirigem-se todos para o polo positivo, o que equivale a dizer que eles se encontram carregados de electricidade negativa.

Fahraeus, estudando esta propriedade globular com sangue pertencendo a indivíduos que apresentavam sedimentações sanguíneas opostas (grávidas e homens normais), verificou que no sangue das grávidas, em que a velocidade de sedimentação é grande, a carga eléctrica dos glóbulos é muito inferior à carga eléctrica dos glóbulos rubros do homem normal.

Em face disto, a grande maioria dos autores modernos, concordam em relacionar estas alterações do potencial eléctrico globular, com os diferentes resultados da prova da sedimentação.

A aglomeração dos eritrocitos nos casos de sedi-

mentação rápida será devida ao facto de se encontrar diminuída a força de repulsão globular (carga eléctrica do mesmo nome), os glóbulos rubros encontrando-se influenciados sobretudo pelas forças de coesão.

Sendo assim, a velocidade de sedimentação será tanto mais rápida quanto menor fôr a carga eléctrica globular.

Os trabalhos de Francisco Haro Garcia depõem fortemente a favor desta teoria eléctrica.

Assim, êste autor verifica que a exposição demorada dos glóbulos rubros aos raios ultra-violetas, que têm a propriedade de deselectrizar os corpos carregados de electricidade negativa, faz com que eles passem a sedimentar muito mais rapidamente.

Haro Garcia supõe ainda que, à luz desta mesma teoria, se poderia explicar a bradisedimentação que apresentam as doentes submetidas ao tratamento pelo rádio, porquanto as radiações β secundárias, de carga eléctrica negativa, aumentariam a carga eléctrica dos glóbulos, dificultando portanto a sua aproximação.

Convém notar que, segundo o seu modo de vêr, nas sedimentações rápidas não haverá propriamente uma aglomeração globular irregular, mas antes um mais íntimo empilhamento dos elementos vermelhos do sangue.

De qualquer modo que seja há sempre, nestes casos, uma maior tendência à aproximação dos glóbulos rubros.

Segundo a opinião dum grande número de investigadores, esta tendência à aglomeração globular, quer ela seja de natureza eléctrica, quer não, parece estar dependente, até certo ponto, de factores essencialmente plasmáticos.

No entanto, as opiniões divergem sobre o valor respectivo de cada um destes factores.

Assim Kurten, Cooper e outros, atribuem ao

aumento da colestérina no sangue a maior velocidade da sedimentação que oferece o sangue das grávidas.

Pelo contrário, Salomon, de Potter e Valtis, fazendo pesquisas em indivíduos sãos, em tuberculosos pulmonares e em mulheres grávidas tuberculosas, chegaram à conclusão de que a velocidade de sedimentação é absolutamente independente da taxa da colestérina; haja em vista o que se verifica com os casos de tuberculose pulmonar evolutiva e grave em que, apesar de haver uma hipo-colesterinemia, a sedimentação sanguínea se encontra acelerada.

A lecitina teria, para Kurten, uma acção inibitória.

O aumento do fibrinogénico ou da globulina plasmática na opinião de Westergren, faz aumentar a velocidade de sedimentação.

Sakae e Tsutumi atribuem a estes mesmos factores e a um certo grau de diluição do plasma, a maior velocidade de sedimentação que existe durante a gravidez.

Popper e Kreindler vêm nas alterações da percentagem das albuminas plasmáticas (fibrinogénico, globulina e albumina), as causas primordiais das modificações da velocidade de sedimentação sanguínea.

Para estes autores, a estabilidade fisiológica do plasma sanguíneo é garantida pela justa proporção entre estes diferentes elementos.

O aumento da taxa do fibrinogénico em primeiro lugar, das globulinas em seguida, provocaria uma tendência à floculação, traduzida por uma aceleração na velocidade de sedimentação sanguínea.

Pelo contrário, o predomínio das albuminas daria uma bradis sedimentação por uma estabilização exagerada do plasma sanguíneo.

Para Gahelinger as globulinas seriam o principal agente acelerador da velocidade de sedimentação.

Na opinião de Turriés, a influência que exerce o fibrinogénico e as globulinas sobre a sedimentação dos

glóbulos rubros, será devida a que aqueles elementos, possuindo uma carga electropositiva, subtrairiam parte da carga eléctrica dos eritrocitos facilitando assim a sua aproximação, donde resultaria uma sedimentação rápida.

Tem-se procurado relacionar ainda outras propriedades sanguíneas (viscosidade, tensão superficial, percentagem de anidrido carbónico, etc.), com os resultados da prova de sedimentação.

Bloch e Oelsner, por exemplo, afirmam que para fortes viscosidades a velocidade de sedimentação se encontra aumentada e vice-versa.

A influência da viscosidade sanguínea é admitida ainda por Ley; pelo contrário Popper e Kreindler negam tal influência.

Do mesmo modo, a tensão superficial que, para alguns autores desempenharia um papel importante na aglomeração dos glóbulos rubros alterando assim a sua velocidade de sedimentação, não teria, na opinião de Pagniez, a mínima influência.

A maior parte dos investigadores afirmam ainda não existir diferença alguma entre a sedimentação do sangue arterial e a do sangue venoso.

No entanto Roger e Leon Binet, fazendo estudos no cão, verificam notáveis diferenças.

Para estes autores o sangue venoso, obtido por punção do ventrículo direito, sedimenta mais lentamente e duma maneira menos completa que o sangue arterial.

Na asfixia mecânica obtida pela obliteração da traqueia, o sangue arterial sedimenta menos depressa e menos completamente que o sangue venoso colhido no princípio da experiência.

Uma hiperpneia mantida pelo aparelho de Camus durante 10 a 15 minutos activa a sedimentação do sangue e torna-a mais completa.

Segundo o seu modo de ver estas variações da

velocidade de sedimentação são o resultado das modificações do volume das hemáticas, volume este que depende da taxa de anidrido carbónico no sangue.

Pelo que fica exposto se conclui que longe se está ainda de conhecer claramente o mecanismo da sedimentação globular.

Atendendo no entanto aos resultados obtidos nas mais modernas investigações, a reacção de Fahraeus aparece-nos ligada a um fenómeno de aglomeração globular: quanto maior fôr a tendência a essa aglomeração, manifestada pela precocidade na formação dos aglomerados e pelo mais íntimo contacto das hemáticas que os constituem, tanto mais rápida será a velocidade de sedimentação.

Quais os factores que determinam a formação dos aglomerados globulares? Serão na verdade de natureza eléctrica?

Haverá factores doutra ordem que, sem modificarem a carga eléctrica dos glóbulos tenham influência na sedimentação?

Só estudos ulteriores poderão vir esclarecer estes pontos.

Métodos de avaliação da velocidade de sedimentação sanguínea

Muitos são os métodos usados para a apreciação da velocidade de sedimentação dos eritrócitos.

No entanto, todos êles se baseiam na observação do fenómeno *in vitro* e todos obedecem a um mesmo princípio: tornar o sangue incoagulável e verificar, de qualquer modo, a descida mais ou menos rápida do depósito globular.

Consoante os métodos, a apreciação desta descida é feita quer pela medição a tempos determinados da altura do depósito, quer pela anotação do tempo que leva a sua superfície a percorrer espaços previamente marcados no tubo de experiência. Variam ainda, conforme os autores, a forma e dimensões do tubo empregado, a substância anticoagulante usada, o método da leitura da reacção, etc.

MÉTODO DE FAHRAEUS. — Num tubo de 1 cm. de diâmetro interno é lançada a mistura de 8 cc. de sangue, colhido por punção venosa, com 2 cc. do soluto de citrato de sódio a 2 %.

Ao fim de 1 hora é lida a altura do depósito globular.

MÉTODO DE WERTERGREN. — Nêste método, o tubo de experiência, cuja parte inferior é afilada, mede 2,5 mm. de diâmetro interno e 30 cm. de altura; 1 cc. de sangue citratado (soluto de citrato de sódio a 3,8 %) é lançado no tubo; dêste modo, a superfície livre do líquido encontra-se a 200 mm. do fundo.

A leitura é feita medindo a altura do plasma com uma régua graduada em milímetros, medição esta que terá lugar no fim da primeira hora, no fim da segunda hora e, finalmente, decorridas 24 horas.

MÉTODO DE LINZENMEYER. — O tubo usado por êste autor mede aproximadamente 8 cm. de altura e apresenta um diâmetro interno de 5 mm.; nêle existem quatro pontos de referência: um superior, que corresponde ao nível atingido por 1 cc. de sangue; abaixo dêste, três outros respectivamente a 6 mm., 12 mm. e 18 mm. do primeiro.

Com uma seringa prèviamente carregada de 0,2 cc. do soluto de citrato de sódio a 5 %, punciona-se uma das veias do cotovelo e aspira-se o sangue até que se tenha completado 1 cc. Feito isto, e depois de se ter garantido uma boa mistura do sangue com o soluto de citrato de sódio, lança-se o conjunto no tubo de sedimentação e regista-se o tempo que leva a superfície do depósito a atingir sucessivamente as quatro graduações do tubo.

MÉTODO DE BLACHOWSKY. — Blachowsky, para medir a velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros serve-se duma pipeta capilar medindo 1 mm. de diâmetro interno; a incoagulabilidade do sangue é obtida humedecendo a superfície interior da pipeta com o soluto de sulfarsenol a 10 %, ou com o soluto de oxalato de potassa a 5 %.

Depois desta prèvia operação, aspira-se o sangue obtido por picada no dedo, até que se tenha

conseguido uma coluna sanguínea de 4 a 5 cm. de altura.

A avaliação da prova é feita pela medição em milímetros da altura do plasma; esta medição é facilitada pela existência dum suporte graduado em milímetros, ao qual se adapta o tubo de sedimentação.

OUTROS MÉTODOS. — Estes quatro métodos que acabo de descrever são, por assim dizer, os métodos essenciais, e todos os outros dêles diferem por ligeiras modificações.

Assim, Gardère e Lainée, alterando levemente o método de Fahraeus, servem-se de tubos de 6 a 8 mm. de diâmetro interno por 7 a 8 cm. de altura.

As primeiras leituras são feitas tôdas as horas; uma última leitura tem lugar 24 horas depois do início da prova.

Popper e Kreindler usam uma técnica semelhante à de Westergren: em tubos medindo 3 mm. de diâmetro interno e graduados de 1 a 30 mm., são lançados 0,9 cc. de sangue colhido por punção venosa e 0,1 cc. de soluto de citrato de sódio a 5 %.

A sedimentação é avaliada pela medição da altura do plasma feita ao fim de 1 hora.

Com êste método os autores acham para valores normais, 3-6 mm. para os homens e 4-8 mm. para as mulheres.

Gilbert e Tzanck adoptam um método que difere dos anteriores em vários detalhes, nomeadamente no processo seguido para a inscrição da reacção.

Neste método, a prova da sedimentação é feita em tubos de 5 cc. divididos em dez partes iguais, cada uma das quais é, por sua vez, subdividida em décimos.

O sangue é colhido numa das veias da prega do cotovelo por meio duma seringa vulgar, prèviamente humedecida com o soluto de sulfarsenol na percentagem de 10 centigr. por cc.; 5 cc. dêste sangue são lan-

çados no tubo de sedimentação, que igualmente se encontra humedecido com o soluto de sulfarsenol. Dêste modo, o nível superior do sangue coincide com a mais alta graduação do tubo.

Feito isto, resta apenas registrar gráficamente a prova no decorrer da primeira hora.

Para isso, verifica-se, de 5 em 5 minutos, qual a altura do depósito; é construído então um gráfico em que em ordenadas são inscritos os valores sucessivos da altura globular e em abscissas os diferentes tempos da sedimentação.

Procedendo desta forma e estudando apenas a primeira hora de sedimentação, Gilbert e Tzanck, verificam que na linha que a representa se podem distinguir, na maior parte das vezes, três fases: uma fase de início e uma fase terminal em que a linha segue uma direcção levemente descendente e que corresponde respectivamente ao começo e ao fim da prova.

Entre estas duas fases a linha sofre uma descida, mais ou menos brusca conforme os casos, e que corresponde à *linha de sedimentação verdadeira*.

A fig. 1, copiada de Cabanis, representa o gráfico de uma sedimentação feito por êste método.

Para facilitar a comparação dos diferentes resultados obtidos por êste processo, os autores propõem mesmo estabelecer um índice de sedimentação.

Êste índice seria achado do seguinte modo (fig. 1): do ponto inicial da curva de sedimentação é tirada uma paralela à linha de sedimentação verdadeira, paralela esta que irá cortar a linha da primeira hora num determinado ponto que será o *índice de sedimentação*.

Como esta linha da primeira hora se encontra dividida em 10 partes (correspondentes às 10 divisões da proveta), o valor do índice de sedimentação será determinado pelo número da divisão em que êle se encontra.

A numeração destas divisões da linha da primeira hora é feita num sentido inverso da que se encontra

na linha que representa a graduação do tubo, isto é, ela vai crescendo de cima para baixo.

Se a paralela tirada nas condições referidas vier cair abaixo do ponto 10, necessário se torna prolongar a linha da primeira hora e continuar a divisão desta parte suplementar para que se possa encontrar o índice de sedimentação.

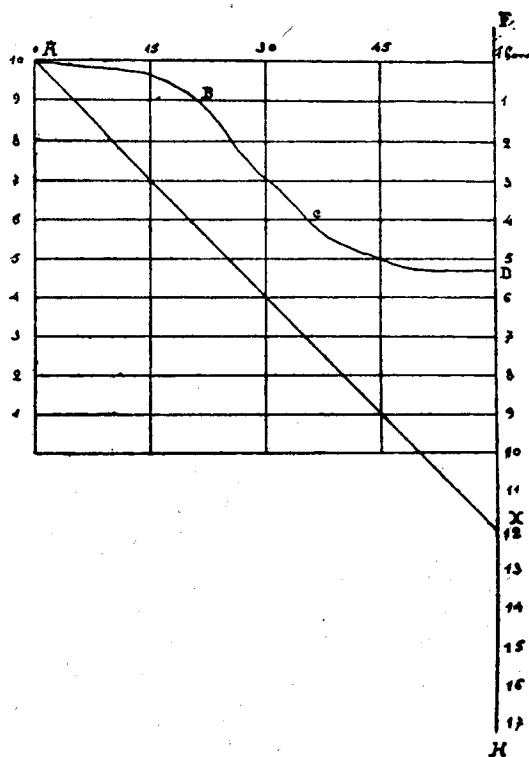


Fig. 1

Este processo teria a vantagem de exigir muito pouco tempo para a apreciação da prova, porquanto bastaria a determinação de dois pontos da linha de sedimentação verdadeira para que imediatamente se achasse o índice de sedimentação.

Determinações feitas por este processo dão como valores normais do índice de sedimentação, 3,9 no homem e 4,8 na mulher.

O método seguido por Peyre resulta de algumas modificações por este autor introduzidas na técnica de Linzenmeyer.

Numa proveta de 8 a 10 mm. de diâmetro interno e cuja parte útil apresenta 5 cc. de capacidade, é lançada a mistura de 4 cc. de sangue colhido por punção venosa com 1 cc. de soluto de citrato de sódio a 5 %.

A proveta é graduada em décimos de cc.; o nível atingido pelos 5 cc. da mistura sangue-citrato será portanto definido pela graduação 50.

Uma vez lançado o sangue citratado na proveta, resta apenas verificar, a tempos determinados (5, 10, 15 minutos), qual a divisão em que se encontra a superfície do depósito globular.

Para melhor se apreciar o decorrer do fenómeno e mais evidente se tornar o resultado da prova, é construído um gráfico tendo em abcissas os tempos em que são feitas as leituras e em ordenadas os valores respectivos da altura da coluna globular.

Dêste modo se obtém uma curva que tem o nome de *curva de sedimentação*.

Com o seu processo Peyre propõe ainda estabelecer um coeficiente a que deu o nome de *relação de sedimentação* e que é determinado pela seguinte fórmula:

$$Rs = \frac{V}{N}$$

em que V é o volume do depósito globular depois de obtida a sedimentação completa, expresso em centésimos de cc.; N o número de glóbulos rubros expressos por 100.000.

O valor normal desta relação fica compreendido entre 1 e 2.

Tais são, em resumo, os meios mais usados para a determinação da velocidade de sedimentação globular.

Várias e justificadas objecções lhes têm sido feitas, o que prova, evidentemente, que nenhum d'elles se encontra livre de imperfeições.

Uma das desvantagens mais apontadas a alguns dos métodos descritos vem a ser o tempo, em regra longo, que a prova exige para se realizar.

Constitui êste facto, na verdade, um serio inconveniente que, se não se conseguisse remover, muito faria descer o valor clínico da reacção de Fahraeus, porquanto dificultaria em extremo a sua prática utilização.

Assim, pelo método de Linzenmeyer, a prova poderia necessitar por vezes de ser observada durante um prazo de 10 horas e mais.

Por esta razão numerosos autores têm preferido a êste método o de Westergren que, a-pesar-de exigir uma leitura no fim de 24 horas, necessitaria apenas duas horas de observação no princípio da prova.

Há mesmo quem reduza a 1 hora a observação desta primeira parte, tornando assim muito mais prático o processo.

Até certo ponto, a técnica seguida por Gilbert e Tzanck propõe-se resolver o inconveniente que resulta do tempo exigido para a leitura da reacção.

Como foi dito, por êste método bastará a determinação de dois ou três pontos do segmento de sedimentação verdadeira, o que nunca exige mais de 25 a 30 minutos, para se poder achar o índice de sedimentação.

Se, decorrido êste tempo, a curva não mostra tendência a apresentar a fase de sedimentação verdadeira, basta nêste caso prolongá-la para se obter êsse índice.

Tem-se procurado ainda determinar quais as influências que poderão ter na prova de sedimentação as substâncias anti-coagulantes empregadas.

Como se viu, destas substâncias as mais usadas são os solutos de citrato de sódio, de oxalato de potassa e de sulfarsenol.

Este último teria sobre os outros a vantagem de ser empregado numa quantidade praticamente insignificante, porquanto bastaria humedecer com ele o tubo de sedimentação, o que evitaria a diluição do sangue em experiência.

Muitos autores, porém, afirmam que essa diluição não tem inconveniente algum, desde que para todos os casos ela seja feita nas mesmas condições.

Para Cabanis, nos métodos em que o sulfarsenol é a substância anticoagulante, seria mais nítida a linha de separação entre os glóbulos e o plasma.

Veremos mais adiante que este inconveniente raras vezes existe quando se usa o soluto de citrato de sódio na percentagem de 5 %.

A propósito da técnica seguida por Balachowsky, necessário é dizer-se que, sendo a prova feita em pipetas capilares, ela poderá levar a conclusões erradas, porquanto, na opinião de Gardère e Lainée e ainda de Cabanis, a capilaridade exerce influência sobre a velocidade de sedimentação.

Por esta razão os primeiros preferem o emprego de tubos medindo 1 cm. de diâmetro interno.

O método seguido por Peyre e que, como foi dito, não é mais que o método de Linzemeyer modificado, apresenta a meu vêr, numerosas vantagens.

Assim, o uso de provetas largas exclui toda a influência que a capilaridade dos tubos possa exercer sobre a velocidade de sedimentação.

A existência da graduação na própria proveta, evitando assim o uso da régua ou compasso para medir a altura do depósito globular, o processo seguido para a apreciação da reacção, constituem outras tantas vantagens deste método.

Na verdade, o inconveniente que existe no método

de Linzenmeyer e que resulta da necessidade duma observação atenta e por vezes demorada, para se apreciar o tempo que exige o depósito globular para que o seu nível passe nas diferentes graduações do tubo, não existe no método de Peyre.

Além disso, se o momento preciso em que, no primeiro método, a superfície do depósito vai atingindo as diferentes divisões, passar despercebido, a prova terá de ser inutilizada.

Outro tanto não sucede com a técnica de Peyre; em qualquer altura que se encontre a reacção é sempre fácil medir o depósito globular e traçar, finalmente, a curva de sedimentação.

Uma objecção que pode ser posta a esta técnica é a de ser necessário utilizar 1 c. c. do soluto de citrato de sódio que irá diluir um pouco o sangue em experiência.

Como já foi dito, nem todos os autores concordam em vêr nisto uma causa de êrro.

Na verdade, se essa quantidade de soluto é capaz de influir na velocidade de sedimentação, não virá inconveniente algum do seu uso, desde que se utilize sempre a mesma quantidade.

Todas as razões apontadas, acrescentadas ainda da simplicidade na execução da prova, levaram-me à escolha do método de Peyre para avaliar a velocidade de sedimentação nas minhas observações.

A percentagem do soluto de citrato de sódio empregada neste método é, como se disse, de 5%; é esta, na verdade, a percentagem que mais convem.

Peyre, fazendo experiências com solutos a 3,5% e a 5% não encontra modificações sensíveis na velocidade de sedimentação; como, no entanto, esta última percentagem melhor garante a incoagulabilidade do sangue, Peyre propõe e adopta o seu uso.

Esta percentagem seria ainda, para Cabanis, a que proporcionaria uma mais nítida separação entre o plasma e o depósito globular.

Posto isto, vejamos mais minuciosamente como proceder a uma prova de sedimentação pelo método de Peyre.

É pouco o material exigido: êmpolas esterilizadas contendo 1 c. c. de soluto de citrato de sódio a 5 ‰, uma seringa vulgar de 5 c. c., uma agulha para punção venosa.

As provêtas que uso, de forma cilíndrica, medem 10 mm. de diâmetro interno e apresentam a sua parte útil (5 c. c.) divididas em décimos de c. c.

Esta escala, que cresce de baixo para cima, terá portanto a divisão 0 no fundo do tubo e a divisão 50 na sua parte mais elevada, isto é, no ponto correspondente à superfície livre de 5 c. c. de líquido.

Para fazer a mistura do sangue com o soluto de citrato de sódio, Peyre aconselha lançar 1 c. c. dêste soluto no tubo de sedimentação e em seguida juntar o sangue que cái directamente da agulha até que se obtenham 5 c. c.

Nas minhas observações preferi alterar ligeiramente esta técnica: depois de aspirar para a seringa 1 c. c. de soluto de citrato de sódio, completo os 5 c. c. na própria seringa com sangue obtido por punção duma das veias da prega do cotovêlo.

Dêste modo, o sangue aspirado entra imediatamente em contacto com o soluto anticoagulante, o que evita o aparecimento de qualquer esbôço de coagulação que por acaso possa ter lugar.

Isto não basta, no entanto, para que se obtenha uma boa miscibilidade dos dois líquidos; necessário se torna por isso, depois de terminada a colheita do sangue, inclinar lentamente duas ou três vezes a seringa, para que a mistura se dê mais íntimamente.

Feito isto, o sangue citratado é lançado na provêta de sedimentação, operação esta que exige um certo número de pequenas precauções.

De facto, a introdução brusca do sangue na pro-

vêta pode ter como consequência a formação de bolhas de ar que se acumulam à superfície do líquido dificultando um pouco a leitura nos primeiros tempos de reacção.

Para evitar a formação dessas bôlhas, uso uma agulha suficientemente longa para que, montada na seringa, ela consiga ultrapassar a divisão 50 quando introduzida na proveta.

Sendo assim, a agulha montada na seringa que contém o sangue a examinar, é introduzida verticalmente na proveta até que a sua extremidade se encontra abaixo dessa divisão; inclinando-se um pouco lateralmente a seringa deixa-se cair o sangue que, desta forma, será projectado na parede da proveta e não directamente no fundo do vaso.

Num dado momento, a superfície do líquido atingirá a extremidade da agulha que, então, poderá ser verticalizada até que o restante do sangue seja introduzido.

Procedendo assim, raríssimas vezes se nota a formação de bôlhas de ar e se existem são em tão pequeno número e de dimensões tão exíguas que nada perturbam a leitura da prova.

Uma vêz lançado o sangue citratado na proveta, resta observar de 15 em 15 minutos qual a altura do depósito globular medida, evidentemente, em décimos de c. c.

Seria de toda a utilidade subdividir cada um dos espaços compreendidos entre duas divisões sucessivas em dez partes, o que daria uma maior precisão à leitura todas as vezes que o nível do depósito dos glóbulos rubros se encontrasse entre duas divisões.

Não me foi possível, no entanto, encontrar provetas graduadas dêste modo.

Sem grande prejuízo para o resultado da prova, porquanto as diferenças correspondentes a estas subdivisões quási não influem na curva de sedimentação,

remediei êste pequeno inconveniente calculando aproximadamente e por simples inspecção as referidas subdivisões.

Como disse, as leituras são feitas de 15 em 15 minutos, não havendo necessidade alguma de reduzir os tempos de observação.

Por outro lado, não convem, principalmente durante o decorrer da primeira hora, exceder êste tempo; passada ela poder-se-há proceder a leituras mais espaçadas ($\frac{1}{2}$ hora, 1 hora), caso haja interêsse nisso.

A leitura da reacção é, com muito raras excepções, sempre duma grande facilidade, porquanto sempre se apresenta bem nítida a linha de separação entre os glóbulos rubros e o plasma.

No entanto, algumas excepções existem a esta regra.

De facto, em certas observações eu pude verificar que, durante os primeiros 15 ou mesmo 30 minutos de reacção, essa linha se apresentava esbatida gradualmente, dificultando ou mesmo impossibilitando a leitura.

É curioso notar que, todas as vezes que tal fenómeno se verificasse sempre se tratava dum sangue cuja velocidade de sedimentação globular se encontrava acelerada, como nas observações n.^{os} 78, 84, 96, 111 e 122.

Longe de constituir, portanto, um inconveniente, reputo, pelo contrário, êste facto duma grande utilidade prática, porquanto constitui um sinal precoce duma rápida sedimentação; nunca numa sedimentação normal ou levemente acelerada encontrei tal aspecto.

É de regra mesmo nas sedimentações rápidas o limite de separação entre os glóbulos e o plasma se encontrar esbatido nos primeiros minutos da prova; raras vezes, contudo, êle permanece em tais condições no fim do primeiro quarto de hora, o que a maior parte das vezes torna possível esta primeira leitura.

Procedendo da forma como foi exposta, isto é, fazendo de 15 em 15 minutos a apreciação da altura do sedimento globular, resta traçar com estes valores a curva de sedimentação.

Para a confecção destas curvas, o uso de fôlhas de papel milimétrico muito facilita a tarefa, inscrevendo-se em ordenadas as sucessivas graduações da proveta, de tal forma que cada divisão (0,1 c.c.) corresponda a 5 mm. no gráfico, e na linha das abcissas os diferentes tempos da reacção de tal forma que uma hora ocupa 2 cm. do gráfico, isto é, a cada 15 minutos de reacção correspondem 5 mm. no gráfico.

A sedimentação sanguínea em mulheres não grávidas

Antes de entrarmos propriamente no estudo das diferentes velocidades de sedimentação nos casos de obstetrícia e ginecologia, vejamos quais os tipos habituais da curva de sedimentação nas mulheres hígdas, não grávidas.

Para a determinação dessa curva escolhi exemplares que, tanto quanto possível, se apresentassem ao exame físico geral destituídos de quaisquer perturbações que pudessem ser interpretadas como patológicas.

Como bem se pode calcular, difícil é encontrar mulheres em tais condições e das poucas que se encontram raras são aquelas em que não há a registrar qualquer tara patológica nos seus antecedentes.

Por esta razão, vi-me forçado a considerar como casos normais tôdos aquêles em que não foi possível encontrar, pelo exame dos diferentes aparelhos, lesões de qualquer ordem, embora nalgumas observações houvesse a registrar, nos antecedentes familiares, certas afecções como a sífilis ou tuberculose.

Pôsto isto, analisêmos os resultados obtidos sôbre um total de 14 observações (n.ºs 3, 10, 11, 20, 21, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 47, 50 e 66).

Os valores que encontrei acham-se patentes no quadro da figura 2 e no gráfico da fig. 3.

O primeiro representa os limites da sedimentação normal durante o decorrer das primeiras 3 horas; por

êle se vê que, na 1.^a hora, a superfície do depósito globular se encontrava entre a divisão 48,5 e a divisão 42,2; na 2.^a hora entre a divisão 47,8 e a divisão 36; na 3.^a hora entre as divisões 46,4 e 28,5.

	Altura máxima do depósito	Altura mínima do depósito
15'	49,5	48,1
30'	49	46,5
45'	48,8	44
1 hora	48,5	42,2
+ 15'	48,5	40,2
+ 30'	48,4	38,9
+ 45'	48,1	37,8
2 horas	47,8	36
+ 15'	47,5	35,3
+ 30'	47,2	31
+ 45'	46,8	29,5
3 horas	46,4	28,5

Fig. 2

Os resultados registados neste quadro representam pois os valores máximo e mínimo da curva de sedimentação normal; são, portanto, valores limites que, diga-se de passagem, raras vezes são atingidos.

Habitualmente as curvas desenhavam-se numa área bem mais limitada que, no gráfico da fig. 3, ocupam a zona mais sombreada; é dentro desta zona que se en-

contram os valores obtidos na maior parte das minhas observações.

Ao contrário do que afirma Peyre, apenas uma vez pude encontrar uma sedimentação completa da 5.^a para a 6.^a hora (Obs. n.º 3); em tôdas as outras observações a sedimentação completa só tem lugar muito mais tardiamente.

Assim, na obs. n.º 10, cujo depósito globular foi medido durante um período de 9 horas se vê que, ainda nesta altura da reacção, a superfície do depósito continua a descer.

Não importa, no entanto, a meu vêr e segundo a opinião de muitos investigadores, a determinação desta sedimentação completa; confrontando uma curva de

sedimentação normal com uma outra que represente uma velocidade de sedimentação aumentada, vê-se-ha que a principal diferença existe na primeira hora de sedimentação.

Vejamos, por exemplo, duas curvas típicas, que

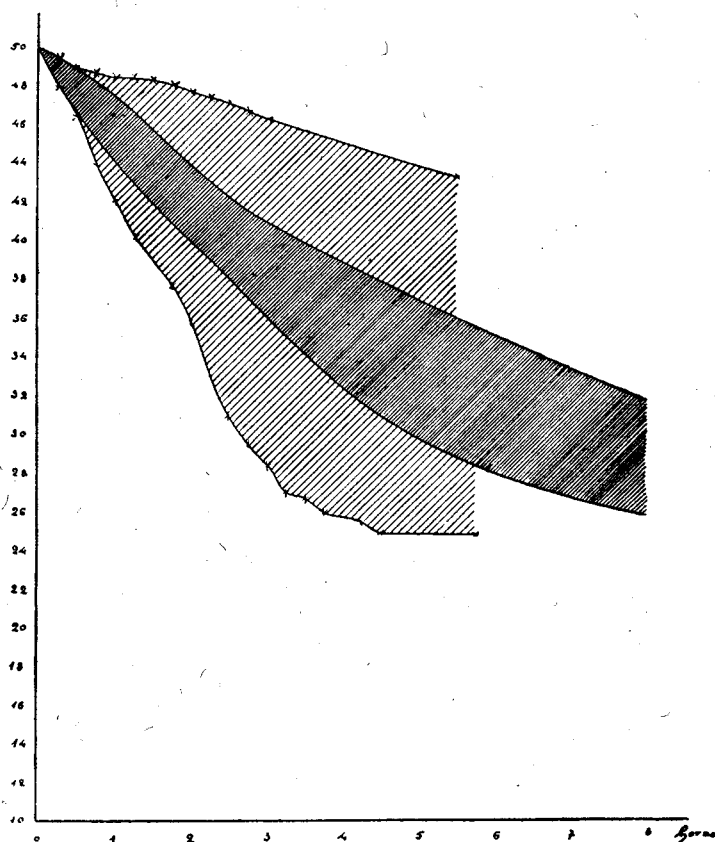


Fig. 3

representem sedimentações opostas: uma lenta (mulher hígida não grávida, obs. n.º 37, gráfico da fig. 4) outra rápida (gravidez de 9 meses, obs. n.º 126, gráfico da fig. 5); ao fim de uma hora, a superfície do depósito

globular encontrava-se na divisão 46 no primeiro caso e na divisão 21,3 no segundo.

Como estes, muitos outros exemplos poderiam ser apresentados; de sorte que, analisando-se uma

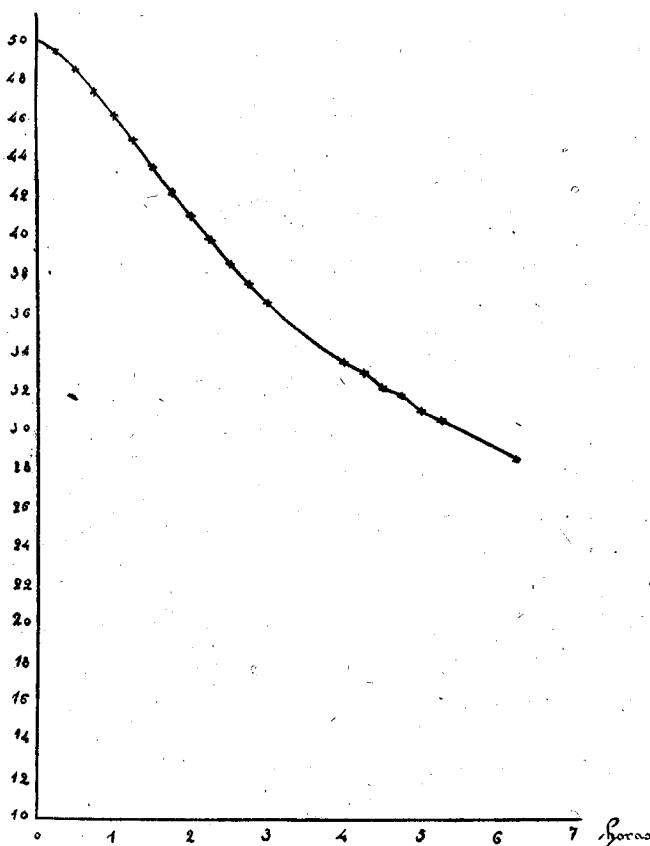


Fig. 4 — Mulher hígida, não grávida

curva que represente uma sedimentação rápida, ver-se há que ela se encontra influenciada sobretudo durante a 1.º hora de reacção.

Desnecessário se torna portanto registar os valores da sedimentação depois das primeiras horas; êsses

valores, contudo, acham-se registados para os casos normais, no gráfico da fig. 3.

Pelo que fica exposto e analisando os diferentes valores obtidos em mulheres hígdas não grávidas, poderemos afirmar que devem ser consideradas como

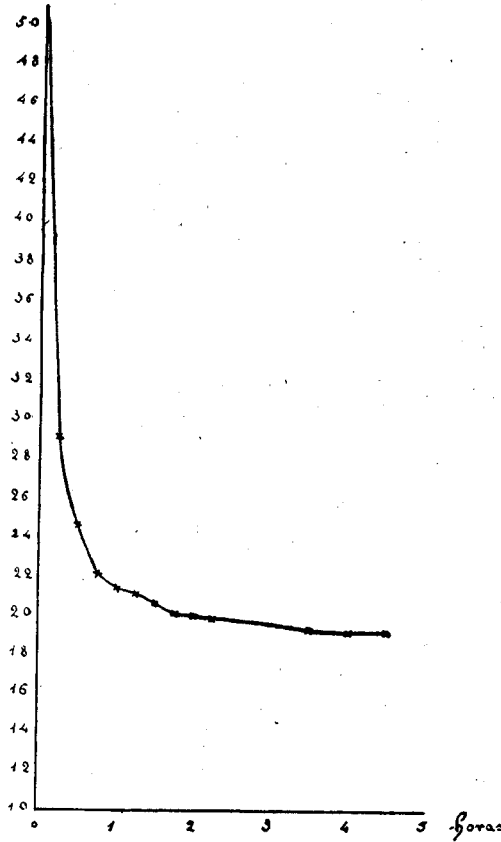


Fig. 5 — Gravidez de 9 meses

normais todas as curvas de sedimentação que se encontram compreendidas nos valores designados no quadro da fig. 2.

Pelo contrário, todas as vezes que a superfície do

depósito globular se encontre, ao fim da 1.^a hora, abaixo da divisão 42.2, deveremos concluir que a velocidade de sedimentação se encontra aumentada.

Como em toda e qualquer prova biológica, nem sempre a prova de sedimentação terá um valor perfeitamente definido; compreende-se que fácil é hesitar em classificar uma velocidade de sedimentação quando esta se apresente muito aproximada da normal.

Podemos, à semelhança do que acontece com outras provas, considerar tais resultados como levemente positivos, como, por exemplo, o da obs. n.º 113.

Pelo contrário, a prova será francamente positiva quando a curva nitidamente se distancie da normal (obs. n.º 126, gráfico da fig. 5).

INFLUÊNCIA DA MENSTRUACÃO SÔBRE A VELOCIDADE DA SEDIMENTAÇÃO GLOBULAR. — Discordam os diferentes investigadores sôbre a influência que exerce o período catamenial na velocidade da sedimentação sanguínea.

Enquanto que para uns como Fahraeus, Westergren, Popper e Kreindler, Turriés, a menstruação apressaria a sedimentação, para outros, como Cabanis, ela não teria influência sensível.

Tendo eu feito a prova durante e fóra do período catamenial em dois casos (mulher normal, obs. n.º 66 e fibromioma uterino, obs. n.º 103) obtive resultados sensivelmente idênticos, durante a menstruação e no período intermenstrual.

Alguns autores, entre os quais Turriés, encontram uma aceleração da velocidade de sedimentação durante o período digestivo.

Balachowsky, usando o seu método, encontra variações post-prandiais bruscas que, na sua opinião, seriam de ordem reflexa e se traduziriam quer por um aumento quer por uma diminuição da velocidade de sedimentação.

Para Popper e Kreindler, pelo contrário, a digestão não teria sôbre o resultado da prova qualquer influência, a não ser em doentes portadores de afecções hepáticas.

Para evitar, todavia, qualquer influência que o período digestivo podesse ter sôbre o resultado da prova, procurei sempre fazer a colheita de sangue fóra dêste período.

A prova da sedimentação sanguínea em obstetrícia

De todos os estados fisiológicos, aquele que mais profundamente influencia a velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros é, indubitavelmente, o estado grávidico.

Depois de Fahraeus ter chamado a atenção para este fenómeno, pela comunicação apresentada ao Congresso de Cirurgia de Stockolmo, tôdas as investigações feitas sobre este assunto são plenamente concordantes: a gravidez acelera a velocidade de sedimentação globular.

Ao contrário do que primitivamente pensou Fahraeus, esta sedimentação rápida não constitui, na verdade, um sinal precoce de gravidez; a esta mesma conclusão, de resto, chegou este autor depois de ter procedido a novas investigações.

Se assim fôsse, forneceria a prova de sedimentação um cómodo meio de diagnóstico de gravidez e, conseqüentemente, o seu uso em obstetrícia seria da mais alta utilidade. Infelizmente, é hoje um facto perfeitamente estabelecido que só a partir do 4.º-5.º mês de gestação se encontram modificações sensíveis na curva de sedimentação; até aí ela não difere da curva normal.

Ora, como se sabe, nessa altura colhem-se já sintomas clínicos suficientes para o diagnóstico de gravidez, facto êste que, evidentemente, muito faz diminuir o valor prático da prova.

De resto, em excepcionais casos de dúvida, há sempre o recurso do exame radiográfico que a maior parte das vezes resolverá o problema.

A-pesar-de tudo, sendo regra, como se verá, a existência duma aceleração na velocidade de sedimentação globular nos últimos cinco meses de gravidez, a reacção de Fahraeus poderá ter uma relativa utilidade em obstetrícia; assim, poderá contribuir para estabelecer o diagnóstico diferencial entre fibromioma e gravidez em caso de dúvida e quando, por qualquer razão, a mulher não possa ser transportada a um serviço de radiografia.

	1 hora	2 horas
5 meses (2 obs.)	36,1	29,2
6 meses (2 obs.)	22,4	20,3
7 meses (5 obs.)	30	24,7
8 meses (1 obs.)	28,3	19,9

Fig. 6

Desnecessário seria frizar que, em obstetrícia como em qualquer outro ramo da cirurgia ou medicina, o resultado da prova da sedimentação globular deverá

ser conjugado com o exame clínico da mulher; como se sabe, nem só a gravidez acelera a velocidade de sedimentação; a tuberculose pulmonar, as supurações, as infecções agudas, têm sôbre ela um mesmo efeito.

Não sendo, portanto, a prova dotada de especificidade, para se poder concluir que a existência duma rápida sedimentação numa mulher que se supõe grávida, depende do seu estado gravídico, absolutamente necessário se torna verificar a ausência de qualquer dessas afecções.

Não pude, por falta de exemplares, determinar a velocidade de sedimentação em gestações normais de idade inferior a 5 meses.

A partir do 5.º mês e num total de 97 observações apenas em dois casos a curva se desenhou adentro dos limites normais (Obs. n.º 46 e 92, respectivamente gestações de 8 e 9 meses); nos restantes 95 casos, sempre verifiquei uma sedimentação acelerada.

O quadro da fig. 6 resume os valores médios obtidos nas primeiras duas horas de sedimentação, referentes a casos de 5 a 8 meses de gestação (Obs. n.º 63, 52, 131, 19, 84, 4, 85, 101, 44, 136).

Analizando-se as velocidades de sedimentação de cada um destes casos, ver-se há que os seus valores não poderão ser tomados em absoluto para a determinação da idade da gravidez.

Assim, por exemplo, na Obs. n.º 19 (gestação de seis meses), a superfície do depósito globular encontrava-se, no fim da primeira hora, na divisão 20,6, enquanto que na Obs. n.º 136, a-pesar-de se tratar duma gestação mais avançada (8 meses), o nível superior do depósito, após um mesmo tempo de prova, uma hora, ainda se encontrava na divisão 28,3.

Todos os investigadores afirmam que a velocidade de sedimentação aumenta proporcionalmente à idade da gravidez; êste facto, deve, na verdade, ser tomado como verdadeiro mas apenas em relação a um mesmo caso, isto é, comparando durante uma mesma gestação, os resultados obtidos em diferentes épocas.

É o que se verifica, por exemplo, na obs. n.º 84: ao 7.º mês de gestação a velocidade de sedimentação apresentava-se menor que no fim do 8.º mês (fig. n.º 7).

O aumento progressivo da velocidade de sedimentação numa mulher normal será, para Fehraeus, característico de gravidez.

Sendo assim, para cada caso essa velocidade seria máxima no fim do nono mês.

Tendo determinado a velocidade de sedimentação em 81 grávidas a têrmo, só uma vez observei uma sedimentação lenta (obs. n.º 92, já anteriormente referida);

em todos os outros casos sempre encontrei a velocidade de sedimentação aumentada.

Num caso de gravidez gemelar de 8 meses de gestação (obs. n.º 118), encontrei uma sedimentação rápida, no entanto idêntica às que observei em muitos casos de gestação simples a termo.

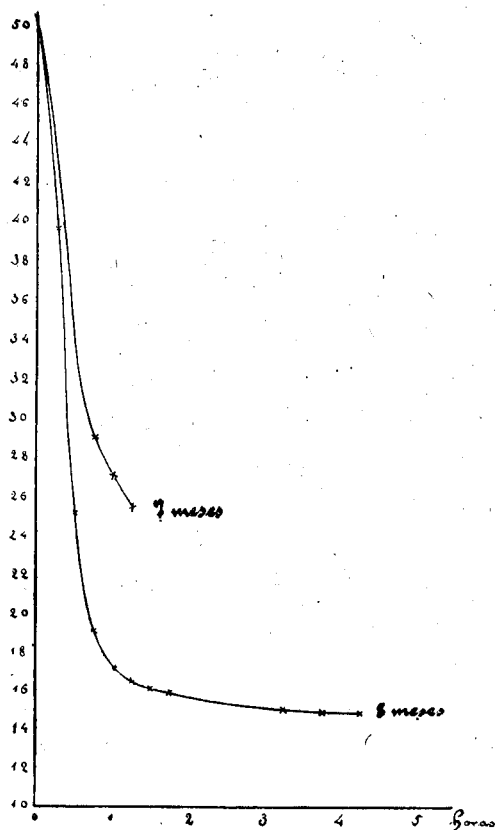


Fig. 7 — Gravidez normal (7 e 8 meses)

A gravidez com feto morto não imprime característica alguma à sedimentação globular que se apresenta umas vezes mais acelerada do que outras (obs. n.ºs 33; 109; 126 e 135).

Esta acentuada aceleração de velocidade de sedimentação sanguínea que se encontra duma maneira quási constante, senão constante, no fim da gravidez regressa, na opinião de Vignes e Hemet, progressivamente ao normal durante o puerpério.

Ao 8.^o dia de puerpério normal eu encontrei curvas sensivelmente idênticas às que tinha obtido no fim da gravidez (obs. n.^{os} 5 e 8).

Pelo que fica exposto se vê que a aceleração gravídica da velocidade de sedimentação globular, apenas pode ser tomada, em obstetrícia normal, como um sintoma de gravidez.

Dentro dessa aceleração, os diferentes valores que tomam as curvas de sedimentação em cada caso, não se encontram relacionadas com quaisquer características dessa gravidez.

A SEDIMENTAÇÃO GLOBULAR EM PATOLOGIA OBSTÉTRICA. — No estudo clínico das diferentes complicações que podem anormalizar uma gravidez ou um puerpério, não encontra a reacção de Fahareus, a meu vêr, as suas principais indicações.

Os resultados obtidos com a prova de sedimentação em afecções desta ordem, não fornecem, na verdade, informações que possam ter qualquer utilidade.

Tendo procedido à prova da sedimentação em certos casos de patologia obstétrica, obtive os resultados que passo a expor:

Em dois casos de albuminúria existindo ao 9.^o mês de gravidez (obs. n.^{os} 71 e 125) os valores achados fôram respectivamente na 1.^a hora 25,1 e 36,1; na 2.^a hora 21,5 e 28,2).

Numa mulher grávida de 9 meses apresentando acessos eclâmpticos (obs. n.^o 97), a curva de sedimentação encontrava-se ao fim de uma hora na divisão 27, e ao fim da segunda hora na divisão 23.

Em qualquer destas observações nós vemos que

a prova da sedimentação mostra um resultado característico; mesmo que não se registassem as complicações obstétricas referidas, a existência da gestação poderia por si só conduzir a tais sedimentações.

Num caso de ameaça de aborto numa primigesta grávida de 3 meses (obs. n.º 94) a velocidade de sedimentação encontrava-se francamente acelerada (superfície do depósito globular na divisão 25 ao fim da primeira hora e na divisão 22,6 no fim da segunda hora).

Neste caso, não é fácil saber quais os factores que contribuíram para este resultado; como se disse, até aos 4-5 meses de gravidez a velocidade de sedimentação encontra-se dentro dos limites normais; a aceleração notável encontrada neste caso, poderia ser devida quer à própria perturbação obstétrica (ameaça de aborto), quer a existência de sífilis, visto esta doente ter apresentado 4 meses antes uma reacção de Wassermann levemente positiva, quer ainda à associação destas duas causas.

Parece no entanto mais provável que esta velocidade anormal tivesse antes como causa a sífilis, porquanto, na observação n.º 68, referente a um caso de aborto incompleto de 3 meses de gestação, a prova de Fahraeus revelou uma sedimentação normal.

Num caso de gravidez de 6 meses em início de trabalho de aborto (obs. n.º 31), a curva de sedimentação nada apresenta de particular (na primeira hora a superfície do depósito globular atinge a divisão 29,2, na segunda hora encontra-se na divisão 23).

Aqui, da mesma forma que nos casos de albuminúria e eclâmpsia referidos acima, nós não podemos afirmar até que ponto o trabalho de aborto influenciou a curva de sedimentação.

Num caso de aborto incompleto de 5 meses de gestação iniciado havia 3 dias (obs. n.º 59), a sedimentação sanguínea realizou-se rapidamente (altura do depósito globular 17,8 no fim da 1.ª hora e 16,1 na segunda hora de reacção).

Finalmente, a prova realizada num caso de abôrto completo apirético de 5 meses de gestação, demonstrou, do mesmo modo, uma sedimentação rápida (obs. n.º 27).

A mola hidatiforme, a avaliar pela obs. n.º 12, parece não influenciar a velocidade de sedimentação globular; de facto, a curva que representa a sedimentação neste caso, apresenta-se dentro dos limites normais.

É para lamentar não ter podido, por falta de exemplares, examinar mais casos de mola hidatiforme; seria interessante confirmar o resultado obtido na referida obs. n.º 12.

De facto, se nestes casos a prova da sedimentação se apresenta normal, desta forma ela constituiria um precioso elemento de diagnóstico.

Muito interesse tem despertado também a sedimentação sanguínea como meio de diagnóstico entre a gestação ectópica e outras afecções, nomeadamente anexiais, que com ela possam ser confundidas.

No entanto, as conclusões a que chegam os diferentes investigadores não são de todo concordantes.

Para Guinessaz, a gestação ectópica daria uma sedimentação normal, a não ser que houvesse concomitante infecção (Cabanis).

Na opinião de Casal, os processos inflamatórios do aparelho genital da mulher dariam uma sedimentação globular mais acelerada que nos casos de gestação ectópica.

Na opinião deste mesmo autor, o aparecimento de acidentes cataclísmicos numa gestação extra-uterina faria acelerar a reacção, aceleração essa que estaria em proporção com a intensidade dos acidentes.

Da mesma forma Linzenmeyer afirma que uma sedimentação lenta numa mulher portadora de lesões anexiais, faz pensar antes em gravidez ectópica que em anexite.

Para Klaus, a prova da sedimentação não poderá contribuir para o diagnóstico diferencial entre as gestações extra-uterinas crônicas e os processos anexiais.

Nas minhas observações encontra-se registado apenas um caso de gravidez ectópica (obs. n.º 15);

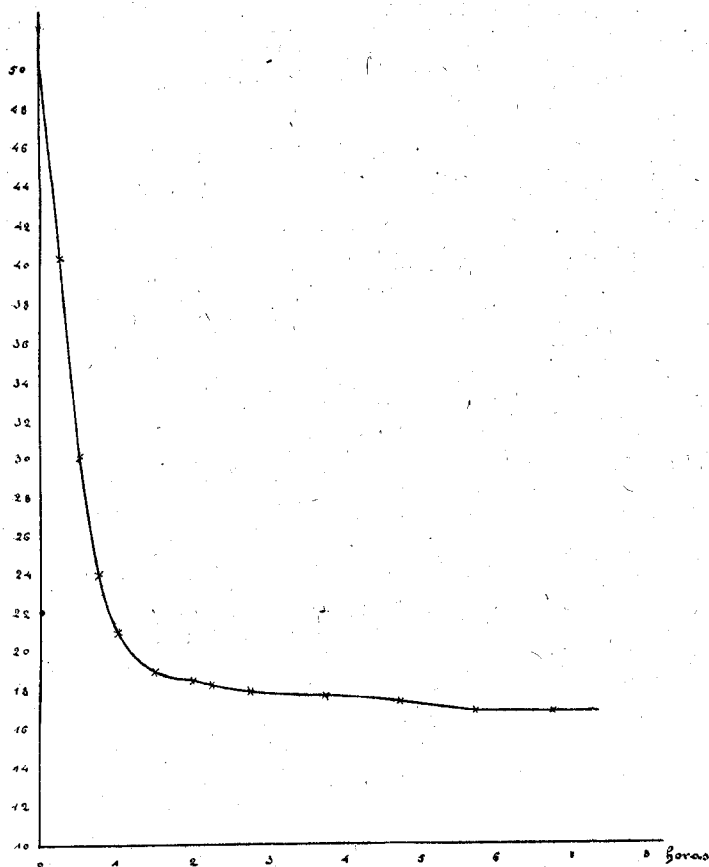


Fig. 8 — Gravidez ectópica

trata-se duma mulher portadora duma gravidez localizada, muito provavelmente, no corno uterino, em franca supuração.

Como bem mostra o gráfico da fig. 8, a sedimen-

tação globular fez-se rapidamente: na primeira hora a superfície livre do depósito encontrava-se na divisão 29, na segunda hora atingia a divisão 18,5.

Neste caso em especial, impossível se torna saber até que ponto a localização anormal da gravidez influenciou a velocidade de sedimentação, visto existirem concomitantemente outros factores que sempre contribuem para acelerar a prova: a supuração e a temperatura que, no momento da colheita do sangue era de 38°.

Resta-nos, finalmente, apreciar as curvas de sedimentação obtidas em casos de infecção puerperal.

De todas as complicações que se relacionam com o estado grávidico ou puerperal é esta afecção aquela que mais profundamente altera a sedimentação dos glóbulos rubros; sempre se verificam, em tais casos, velocidades de sedimentação extremamente rápidas.

De facto, em qualquer das observações de infecção puerperal registadas neste trabalho (obs. n.º 61, 62 e 114) a sedimentação completa é atingida duma maneira notavelmente precoce (2 horas e 15 minutos); os valores da prova no decorrer da primeira hora mostram bem esta rápida sedimentação.

Surpreende ainda, em qualquer destas observações, o pequeno volume a que ficou reduzido o depósito globular depois de atingida a sedimentação completa; na obs. 61, êsse depósito media apenas 0,72 cc.

É necessário notar que as doentes das observações n.º 61 e 114, apresentavam uma notável hipoglobulia, especialmente acentuada na primeira (1.476.000 glóbulos rubros por mm.³ na obs. n.º 61 e 3.368.000 na obs. n.º 114).

Êste números tão baixos de glóbulos rubros teriam contribuído, muito provavelmente, para a redução verificada nos depósitos globulares.

Na opinião da maior parte dos autores, a exces-

siva velocidade de sedimentação que se nota nos casos de infecção puerperal, não estaria em relação com a sua gravidade.

De facto, a obs. n.º 114 parece confirmar este modo de vêr; a última prova, feita na altura em que a

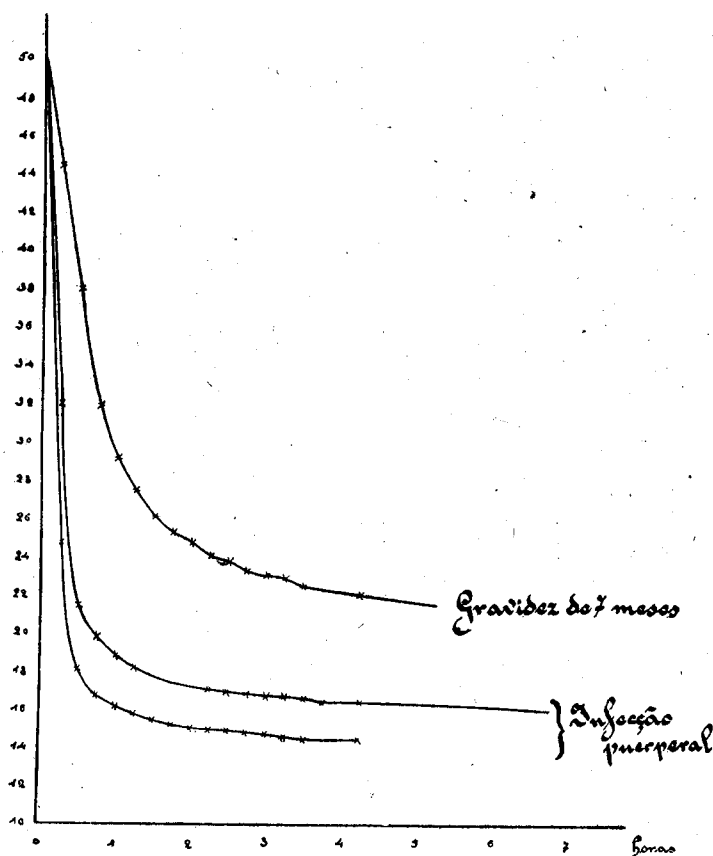


Fig. 9

doente começava a experimentar as primeiras melhoras revela uma velocidade de sedimentação maior que a que tinha sido obtida três dias antes, em que a sintomatologia infecciosa se apresentava com uma maior intensidade.

É curioso ainda, nesta observação n.º 114, comparar a curva obtida ao 8.º mês de gestação com as que fôram obtidas ao 8.º e 11.º dia de puerpério.

Essas curvas, representadas no gráfico da fig. 9, mostram bem a influência aceleradora que tiveram, na sedimentação, o último mês da gravidez e a infecção consecutiva.

A prova da sedimentação sanguínea em ginecologia

Percorrendo todos os trabalhos realizados sobre a aplicação da prova de Fahraeus às afecções do fôro cirúrgico, logo resalta a importância primacial que esta adquire no estudo das doenças do aparelho genital da mulher.

Tão importante se nos depara o estudo da velocidade de sedimentação sanguínea em ginecologia que, podemos afirmar, todo o exame ginecológico ficará incompleto se não tiver sido feita a prova da sedimentação.

Como bem conclui Guinessaz (citado por Turriés) ela é ainda imprescindível em antes de qualquer intervenção ginecológica.

Turriés, no seu trabalho sobre a sedimentação das hematias transcreve uma interessante observação de Guinessaz que põe bem em evidência a importância que resulta do conhecimento prévio da velocidade de sedimentação globular nas afecções ginecológicas; tratava-se duma mulher portadora dum fibromioma uterino, de diagnóstico clínico fácil; no entanto e contra o que é de regra em casos tais, o tempo de sedimentação encontrava-se reduzido; no acto operatório verifica-se

que êste fibromioma escondia uma piosalpingite que o exame clínico não tinha podido despistar.

De facto, as supurações anexiais agudas ou incompletamente arrefecidas, traduzem-se na reacção de Fahraeus, por uma sedimentação acelerada.

Operar uma mulher portadora duma piosalpingite sem esperar que se normalize a sua curva de sedimentação é, como refere Gahelinger, expôr a doente a uma peritonite post-operatória.

Por idênticas razões Linzenmeyer afirma haver todo o interêsse, nos casos de anexite, em adiar a intervenção cirúrgica enquanto fôr rápida a sedimentação sanguínea.

Da mesma forma Balochowsky vê na positividade da reacção de Fahraeus uma contra-indicação operatória.

Como se verá dentro em breve, os resultados por mim obtidos em casos de supurações anexiais confirmam em absoluto estas opiniões.

Mas a prova da sedimentação do sangue na sua aplicação à ginecologia não se limita apenas a oferecer-nos um meio de diagnóstico para os processos anexiais supurados; ela permite ainda, quando atinge determinados valores, fazer suspeitar dum início de degenerescência maligna de certos tumores, como, por exemplo, nos fibromiomas uterinos.

Este facto, verificado por Klaus, Cabanis, Troubitsine e outros, encontra-se patente na minha observação n.º 123.

A ablação dum útero carcinomatoso, na opinião de Linzenmeyer e Guinessaz faria retardar a velocidade de sedimentação que só viria a acelerar-se de novo no caso de recidiva.

Para Peyre, duma maneira geral em qualquer tumor maligno, a prova da sedimentação praticada repetidas vezes, daria informações de valor sobre a evolução clínica do caso e mostraria a influência que sobre êle teria a terapêutica instituída.

Muitos outros investigadores, entre os quais Balochowsky, Cooper, Gragert, Gahelinger, Gram, Zimmermann, Grimbert, encontram nos casos de cancro uma reacção acelerada; esta característica poderia mesmo, até certo ponto, ser utilizada para o diagnóstico diferencial com os tumores benignos que sempre dão uma sedimentação normal.

Fuerst, estudando a reacção de Fahraeus como elemento de diagnóstico das afecções cirúrgicas, chega a esta mesma conclusão: no entanto, segundo o seu modo de vêr, um resultado negativo não exclui a existência dum tumor maligno.

Finalmente Cabanis conclui que os resultados obtidos com a prova da sedimentação autorizam as maiores esperanças em certas afecções, em especial na tuberculose e nas afecções do fôro ginecológico.

Tudo o que acaba de ser dito demonstra nitidamente o interesse que a prova tem despertado no que diz respeito à sua aplicação à clínica ginecológica.

Antes de apresentarmos as nossas conclusões sobre a utilidade prática da reacção de Fahraeus nas doenças dos órgãos genitais femininos, vejamos quais os valores da curva de sedimentação nas afecções ginecológicas mais frequentes.

FIBROMIOMAS UTERINOS. — (Obs. n.^{os} 14, 18, 64, 82, 103 e 123). O primeiro caso (obs. n.^o 14) diz respeito a uma mulher que apresenta os sinais clínicos dum fibromioma uterino que ascende um dedo acima do bordo superior da sínfise púbica.

O diagnóstico, porém, não pôde ser confirmado cirurgicamente pelo facto da doente não se sujeitar à operação.

A curva de sedimentação neste caso desenha-se dentro dos limites normais.

O segundo caso (obs. n.^o 18), refere-se a um interessante caso de fibromioma quístico do corpo do

útero, extraordinariamente volumoso, pois ascende até à região epigástrica. Tem de curioso êste caso o facto de a doente, que ingressa no Serviço da Clínica Ginecológica do Professor Moraes Frias a 19 de Setembro de 1928, se encontrar amenorreica desde Dezembro de 1927, isto é, havia aproximadamente nove meses.

A sintomatologia que apresentava conduzia, com tôdas as probabilidades, ao diagnóstico de fibromioma uterino.

De facto, tratava-se duma mulher que, havia 4 para 5 anos, verificou a existência duma tumefacção no hipogastro que, em determinadas épocas apresentava um volume nítido para noutras épocas quási se tornar imperceptível.

Nos últimos anos, porém, esta tumefacção instala-se definitivamente e entra a crescer duma maneira progressiva até que, actualmente, ela toma as proporções já referidas.

A sua superfície à palpação, apresentava-se irregular.

No entanto, a supressão, havia 9 meses, dos períodos catameniais, aliada ao facto que a doente nos refere, de notar, sobretudo nos últimos cinco meses, um considerável e rápido abaúlamento do abdomen, fazia pensar, sem que se puzesse de parte o primeiro diagnóstico, na concomitante existência duma gravidez.

O colo uterino apresentava-se duro ao toque, a auscultação obstétrica era negativa e faltavam sinais gerais de gravidez.

A-pesar-de tudo isto a hipótese de gravidez não podia ser por completo abandonada; poderia tratar-se duma gravidez com feto morto desenvolvido num útero fibromiomatoso.

A prova de Fahraeus parece no entanto resolver a questão; ela mostra uma sedimentação lenta, em absoluta discordância com um estado grávidico (gráfico da fig. 10),

Sob anestesia pelo éter, o Professor Moraes Frias pratica a intervenção cirúrgica; aberta a cavidade abdominal depara-se-nos um volumoso fibromioma quístico do corpo do útero; os ovários apresentavam-se inva-

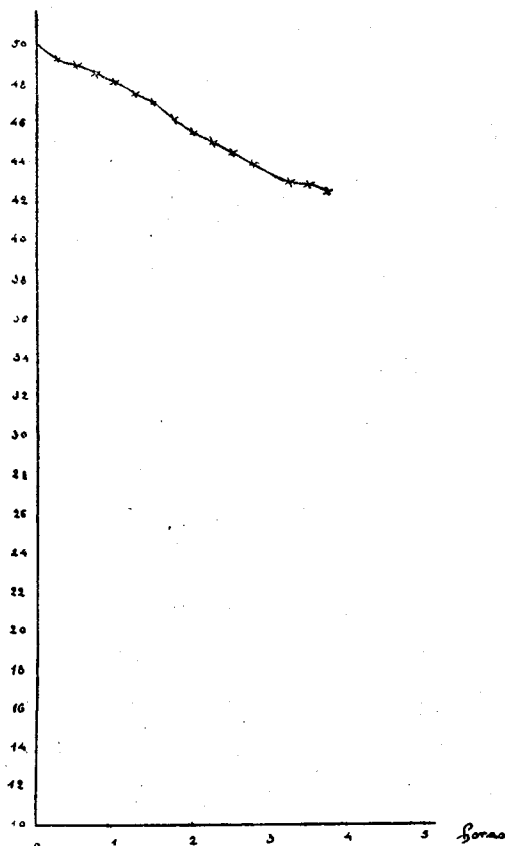


Fig. 10 — Fibromioma quístico do corpo do útero

didos por um processo escleroquístico e verifica-se a ausência de gravidez.

A peça cirúrgica extraída conserva-se no Museu de Anatomia Patológica da Faculdade.

A observação que se segue a esta (n.º 64) realiza

o tipo banal do fibromioma uterino cujo ponto culminante atinge quasi a cicatriz umbilical; a intervenção cirúrgica, praticada pelo Professor Moraes Frias, confirmou o diagnóstico e mostrou ainda a existência duma anexite bilateral.

Os valores da curva de sedimentação neste caso podem ser considerados como normais visto a superfície globular se encontrar na divisão 42 no fim da primeira hora (limite mínimo normal 42,2) e ao fim da segunda hora na divisão 36, limite mínimo do normal.

A observação n.º 82 diz respeito a um outro caso de fibromioma uterino com anexite microquística bilateral, diagnóstico confirmado pela intervenção cirúrgica.

Neste caso, da mesma forma se verificou uma velocidade normal de sedimentação globular, assim como no que se lhe segue (obs. n.º 103) e que se refere a um caso de fibromioma uterino com ovarite escleroquística bilateral (diagnóstico confirmado cirúrgicamente).

Finalmente resta-nos fazer referência à observação n.º 123.

Trata-se duma doente, M. J. M. C., de 28 anos, solteira, lavadeira, que entra para o Serviço de Clínica Ginecológica do Professor Moraes Frias em 12 de Fevereiro de 1929, apresentando a sintomatologia clínica dum fibromioma uterino.

Há seis anos notou a existência duma tumefacção na fossa ilíaca esquerda, do tamanho dum ovo que progressivamente foi crescendo.

Irregularmente menstruada, apresenta habitualmente fluxos catameniais de 6 a 8 dias.

Explorando por palpação o abdómen desta doente verifica-se, de facto, a existência duma tumefacção dura, levemente dolorosa à pressão, ocupando todo o hipogastro e ultrapassando de dois dedos a cicatriz umbilical.

Com o auxílio do toque vaginal verifica-se que esta tumefacção parece fazer corpo com o útero.

Ligeiro movimento febril ($37^{\circ},2$ à tarde, raras vezes $37^{\circ},4$).

Não se destaca, ao exame clínico, qualquer sintomatologia anxial.

O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

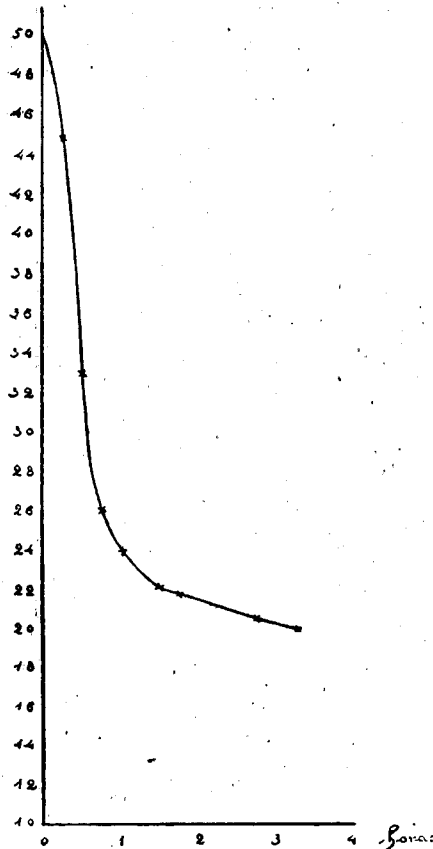


Fig. 11 — Fibrosarcôma uterino

Feita a prova da sedimentação globular verifica-se, ao contrário do que tinha sucedido com os casos de fibromioma até agora citados, uma notável aceleração da velocidade de sedimentação sanguínea: no fim da

primeira hora a superfície do depósito globular encontrava-se na divisão 24 (gráfico da fig. 11).

Este resultado da prova fez pensar na possibilidade de degenerescência maligna do tumor.

A intervenção cirúrgica, praticada pelo Professor Moraes Frias revela, de facto, a existência dum fibromioma uterino cujo aspecto macroscópico lembra essa degenerescência.

A peça cirúrgica extraída é enviada para o Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade onde é feito o seu estudo histológico.

Na verdade, confirma-se a existência duma franca degenerescência sarcomatosa.

Passando pois em revista os resultados obtidos com a prova de Fahraeus nestes seis casos de fibromiomas uterinos, verifica-se que a sedimentação se apresenta do tipo normal nos casos não complicados de degenerescência maligna.

AFECÇÕES ANEXIAIS NÃO SUPURADAS. — Entram nesta categoria de afecções ginecológicas observações de processos anexiais não supurados que nuns casos constituam as únicas lesões existentes e noutros casos se encontravam associadas a desvios posteriores do útero.

Constituem ainda lesões desta ordem as que existiam nos casos de fibromioma do útero, anteriormente descritos.

Desta forma, ficam representando as afecções não supuradas dos anexos as observações n.ºs 16, 22, 32, 48, 80, 95, 107, 133, 140 e ainda as observações n.ºs 18, 64, 82 e 103.

Todos estes casos, operados no Serviço de Clínica Ginecológica do Professor Moraes Frias, tiveram portanto a confirmação do diagnóstico no acto operatório.

Posto isto, vejamos os resultados da prova da sedimentação sanguínea em cada um dêles.

Obs. n.º 16: ovarite escleroquística bilateral; velocidade de sedimentação normal.

Obs. n.º 22: anexite bilateral de predomínio direito; velocidade de sedimentação normal.

Obs. n.º 32: salpingite direita com salpingoovarite esquerda; velocidade da sedimentação muito levemente acelerada (1^h — 40; 2^h — 33).

Obs. n.º 48: anexite bilateral, retroversão uterina; velocidade de sedimentação normal.

Obs. n.º 80: anexite esquerda, retroversão uterina; velocidade da sedimentação normal.

Obs. n.º 95: ovarite microquística direita; velocidade de sedimentação normal.

Obs. n.º 107: metro-anexite bilateral aderente; retroversão uterina; velocidade de sedimentação normal.

Obs. n.º 133: fibromioma do ovário direito; ovarite microquística esquerda; velocidade de sedimentação normal.

Obs. n.º 140: salpingite microquística bilateral; velocidade de sedimentação normal.

Os casos que constituem as observações n.ºs 18, 64, 82 e 103, descritos já a propósito dos fibromiomas uterinos, revelam, como foi dito, sedimentações normais.

Como se vê em todos estes casos de afecções anexiais não supuradas apenas na obs. n.º 32 (salpingite direita com salpingovarite esquerda) foi encontrada uma muito leve aceleração da velocidade de sedimentação globular; em todos os outros casos a curva obtida demonstrava uma sedimentação normal.

AFECÇÕES ANEXIAIS SUPURADAS. — Como se disse ao iniciar este capítulo, a prova de sedimentação adquire um extraordinário interêsse no estudo clínico dos processos anexiais supurados.

De facto, todos os trabalhos realizados sobre a sedimentação sanguínea na sua aplicação à clínica ginecológica destacam o seu valor como meio de diagnóstico dos referidos processos.

Em certos casos mesmo êsse diagnóstico seria posto exclusivamente pelo resultado da prova, dada a ausência dos sintomas clínicos que habitualmente acompanham as supurações anxiais.

Encontram-se registadas nas minhas observações três casos de piosalpingite (obs. n.º 7, 65 e 67).

Como se verá, pelo menos em duas destas observações, difícil seria fazer o seu verdadeiro diagnóstico e, por certo, constituiriam verdadeiras surpresas operatórias se previamente não tivesse sido feita a reacção de Fahraeus.

Analisemos essas observações.

A primeira doente, M. J. D., de 27 anos, solteira, costureira, natural de Braga, entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 2 de Fevereiro de 1928 (obs. n.º 7).

Menstruada pela primeira vez aos 16 anos, apresenta habitualmente os seus fluxos catameniais de 6 a 8 dias e em grande quantidade.

Adoeceu cinco meses em antes do seu internamento na enfermaria com dôres fortes na fossa ilíaca direita, com irradiação para a articulação sacro-ilíaca direita e côxa correspondente.

Com a aplicação local de gelo tôda a sintomatologia se acalmou.

De então para cá, nunca mais deixou de padecer: sente quási permanentemente dôres surdas na fossa ilíaca direita e as perdas catameniais têm-se tornado mais abundantes.

O toque vaginal revela a existência duma tumefacção um pouco dolorosa, ocupando o fundo de saco vaginal anterior, e ainda o fundo de saco vaginal direito, que ascende até um pouco acima do bôrdô superior da sínfise púbica.

Esta tumefacção parece não fazer corpo com o útero; êste encontra-se levemente aumentado de volume e muito pouco móvel.

A doente acusa uma temperatura normal.

A velocidade de sedimentação globular mostra-se francamente acelerada (superfície do depósito na divisão ~~34~~ no fim da primeira hora e na divisão 27 no fim da segunda hora; gráfico da fig. 12).

Como se tratava duma mulher portadora dum sin-

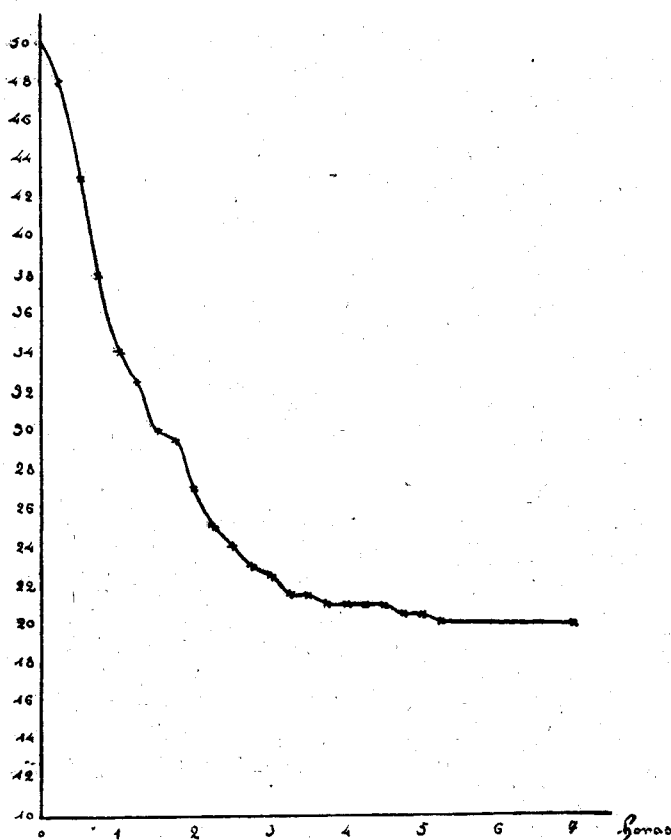


Fig. 12 — Piosalpingite

droma anxial, êste resultado da prova de sedimentação fez pensar na possibilidade duma anexite supurada, a-pesar da apirexia.

A 15 de Fevereiro o Professor Moraes Frias pratica a intervenção cirúrgica.

Após a laparotomia verifica-se que o bloco útero-anexial se encontra fortemente aderente ao epiplon e a numerosas ansas intestinais; as manipulações necessárias para o seu isolamento fazem romper uma bolsa purulenta.

De facto, tratava-se duma piosalpingite bilateral.

Praticada a histerectomia sub-total com anexectomia bilateral, o ventre é fechado; a cavidade abdominal fica drenada.

Depois de ter cessado o efeito do anestésico a doente é colocada em posição de Fowler, com gelo em permanência sobre o ventre.

A-pesar disto, cedo surgem sinais de pelvi-peritonite, com temperaturas oscilando entre 38° e 39°, tendo atingido 39°,4 ao quinto dia de operada; pulso à volta de 130; pelo drêno sai diàriamente uma grande quantidade de pús.

Após uma longa convalescença, a paciente sai curada a 21 de Março de 1928.

O segundo caso de piosalpingite (obs. n.º 65), refere-se à doente E. S. R., de 34 anos, casada, doméstica, natural de Espozende.

Esta mulher ingressa no Serviço de Clínica Ginecológica a 30 de Setembro de 1928; informa que há muitos anos já que sofre de dôres na fossa ilíaca direita com irradiação para a articulação sacro-ilíaca.

A princípio pouco intensas e raras, estas dôres têm, ultimamente, aparecido com frequência e a sua intensidade têm aumentado.

Apresenta além disso uma dismenorreia do tipo ovárico de que sempre se queixou.

Excluindo os seus padecimentos genitais, nada mais há digno de nota; antecedentes pessoais destituídos de interesse.

Praticado o toque vaginal verifica-se uma certa dolência à palpação anexial; à direita os anexos, um pouco mais sensíveis, encontram-se levemente aumentados de volume.

Útero em retroflexão.

Apirexia.

A prova da sedimentação globular acusa uma franca aceleração da velocidade de sedimentação (superfície do depósito na divisão 29,9 ao fim da primeira

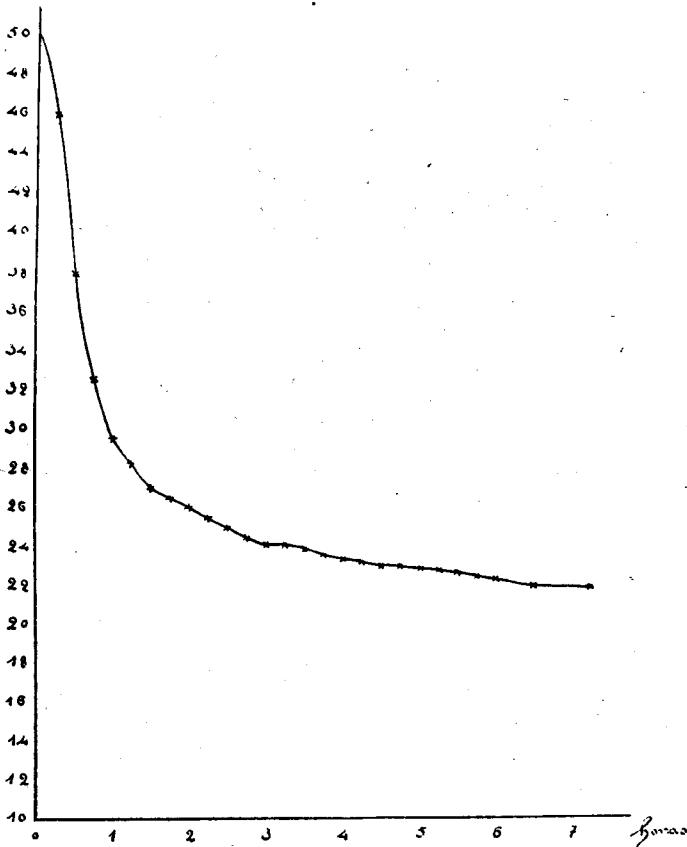


Fig. 13 — Piosalpingite

hora e na divisão 26 ao fim da segunda hora; gráfico da fig. 13).

Da mesma forma que no caso anterior, dificilmente se poderia prevêr, quer pelo passado da doente, quer

pelo seu estado actual, a existência dum processo supurado anexial.

O resultado da prova da sedimentação impunha, no entanto, essa hipótese.

Operada a doente no Serviço de Clínica Ginecológica pelo Professor Moraes Frias verifica-se que o útero se encontrava de facto em retroflexão, fortemente aderente; depois de desfeitas essas aderências nota-se a existência, na trompa direita, duma bolsa do tamanho duma tangerina, de conteúdo líquido.

Em virtude de lesões anexiais bilaterais existentes, o Professor Moraes Frias pratica a histerectomia sub-total com anexectomia bilateral.

A extracção da peça cirúrgica é feita sem que se derrame o conteúdo da referida bolsa tubar; a sua identificação só é feita após a intervenção quando se procedia ao exame da peça extraída: tratava-se duma colecção purulenta.

As sequelas operatórias decorrem sem incidentes. apenas se regista uma temperatura de 38°,5 ao terceiro dia da operação, temperatura esta que, de resto, baixa imediatamente, entrando a doente em apirexia ao 5.º dia de operada, para sair do Serviço, curada, ao 15.º dia.

Vejamos, finalmente, o caso da observação n.º 67 que nos apresenta ainda particularidades interessantes.

Trata-se duma mulher, F. O. C., de 31 anos, casada, doméstica, natural de Penedôno, nuligesta, que entra para o Serviço do Clínica Ginecológica no dia 1 de Dezembro de 1928.

Nos seus antecedentes pessoais há apenas a registar a gripe pneumónica em 1918.

Menstruada pela primeira vez aos 14 anos, sofre duma dismenorreia do tipo uterino.

Há 9 anos as dôres menstruais teem-se tornado cada vez mais intensas; segundo informa, estas dôres irradiam para as regiões lombares; sensação de pêso no baixo ventre.

Períodos intermenstruais reduzidos a 3 semanas.
 O toque vaginal revela: retroflexão uterina, anexos dolorosos, particularmente à direita.
 Conserva o apetite. Apirexia.

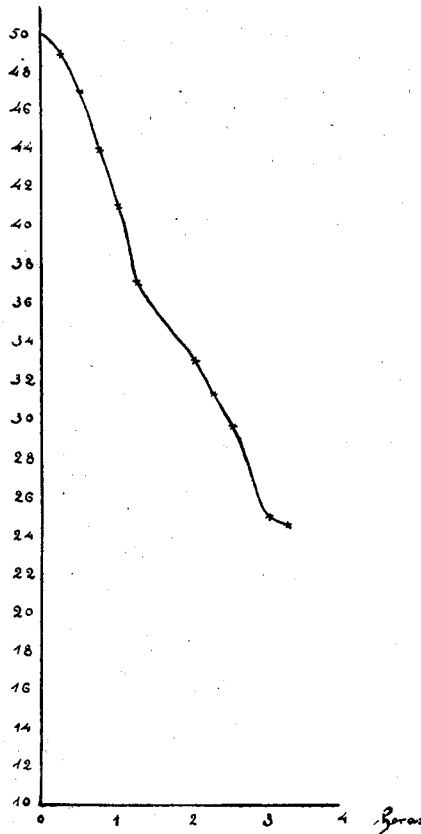


Fig. 14 — Piosalpingite

Neste caso, ao contrário do que se verificou nos casos precedentes, a velocidade de sedimentação mostrou-se apenas levemente acelerada (superfície do depósito globular na divisão 41 no fim da primeira hora e na divisão 33 no fim da segunda hora (gráfico da fig. 14).

A-pesar disso, a intervenção cirúrgica, praticada pelo Professor Moraes Frias, mostra a existência duma piosalpingite bilateral, além da retroflexão uterina e duma ovarite bilateral.

A certa altura da intervenção o puz derrama-se na cavidade abdominal; atendendo a isto, esta fica drenada.

A doente é colocada em posição de Fowler com gêlo em permanência sôbre o ventre, isto é, em condições idênticas às da doente da observação n.º 7.

A-pesar-de se ter feito o derrame da colecção purulenta na cavidade abdominal, neste caso não se registam fenómenos peritoneais durante o período post-operatório; pelo dreno nunca saiu pus.

Conjugando os resultados obtidos com a prova de sedimentação com o estudo clínico dêstes casos de piosalpingite vêmos que, em primeiro lugar, a aceleração notável da sedimentação sanguínea dos dois primeiros levou ao diagnóstico muito provável de piosalpingite, a-pesar-de não existirem outros sintomas que fizessem pensar num tal diagnóstico.

No terceiro caso, obs. n.º 67 apesar da existência duma supuração anexial, a velocidade de sedimentação encontrava-se apenas ligeiramente acelerada; notêmos no entanto que, tendo-se derramado o pus desta piosalpingite na cavidade abdominal durante o acto operatório, não se verifica o aparecimento duma peritonite post-operatória.

Pelo contrário na observação n.º 7, em que havia, como se disse, uma franca aceleração da velocidade de sedimentação globular, a abertura da bolsa purulenta têve como consequência o aparecimento duma pelvi-peritonite.

Estas observações confirmam portanto a opinião de Gaehlinger: operar uma doente portadôra duma piosalpingite sem esperar a normalização da velocidade de sedimentação sanguínea é expô-la a uma peritonite post-operatória.

Se, na observação n.º 65, a peça cirúrgica não tivesse sido extraída em bloco, isto é, sem que se abrisse a bolsa purulenta, não seria para estranhar o aparecimento de fenómenos peritoneais nas sequelas operatórias, visto existir uma velocidade de sedimentação rápida.

OUTRAS AFECÇÕES.—Num caso de quisto hemático do ovário direito (obs. n.º 17) eu encontrei uma velocidade de sedimentação consideravelmente aumentada: ao fim da primeira hora a superfície do depósito globular encontrava-se na divisão 19 e ao fim da segunda hora a sedimentação tinha-se realizado por completo (divisão 17).

Evidentemente que não é possível, com este caso isolado tirar qualquer conclusão, tanto mais que este resultado da prova de sedimentação não é o verificado pelos autôres que a este assunto se teem dedicado que, pelo contrário, encontram nos quistos do ovário uma sedimentação normal.

Há a acrescentar que esta mulher, tendo tido um abôrto febril de cinco meses de gestação havia um mês, poderia ainda apresentar a sua curva de sedimentação influenciada por este incidente.

Ao que parece, de facto, depois dum abôrto, a velocidade de sedimentação pode manter-se acelerada durante um período bastante largo.

Cabanis relata um caso em que, três meses após um abôrto ainda a sedimentação sanguínea se fazia rapidamente.

A observação n.º 49 regista um caso de laceração perineal antiga, consecutiva a um parto distócico; a velocidade de sedimentação apresentava-se normal.

Finalmente num caso de endometrite crónica de tendência quística (obs. n.º 132) da mesma forma foi obtida uma curva de sedimentação normal.

CONCLUSÕES

- 1.^a — Pelo método de Linzenmeyer-Peyre o resultado da prova da sedimentação define-se no decorrer da primeira hora.
- 2.^a — Os estados gravídicos aceleram a velocidade de sedimentação.
- 3.^a — Os fibromiomas uterinos não alteram a velocidade de sedimentação ; o aparecimento duma sedimentação rápida indica a transformação maligna do tumor.
- 4.^a — Nos processos anexiais não supurados a velocidade de sedimentação do sangue é normal.
- 5.^a — Os processos anexiais supurados, enquanto incompletamente arrefecidos, traduzem-se, na prova de Fahraeus, por uma sedimentação rápida.
- 6.^a — A prova da sedimentação deve ser feita em todos os casos do fôro ginecológico.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N.º 1

Gravidez de 9 meses

M. G., 38 anos, casada, doméstica. Gravidez normal, feto vivo.

Antecedentes familiares destituídos de interesse.

1.^a menstruação aos 15 anos. Dismenorreia do tipo ovárico.

Sedimentação

5 minut....	48	50 minut....	30	1,40 minut....	23
15 » ...	45	1 hora	27,5	1,50 » ...	22,5
20 » ...	43,5	1,10 minut....	26	2 horas	22
30 » ...	38,5	1,20 » ...	25	2,10 minut....	21
40 » ...	34,5	1,30 » ...	24		

OBS. N.º 2

Gravidez de 9 meses

U. F., 26 anos, solteira, serviçal, natural de Fafe.

Pais e uma irmã saudáveis. Uma irmã falecida de tuberculose pulmonar.

1.^a menstruação aos 17 anos. Dismenorreia do tipo uterino.
Períodos intermenstruais em regra curtos (15 dias). Primípara.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	42,5	1,45 minut....	21	3,15 minut....	20
30 » ...	29	2 horas	20,9	3,30 » ...	20
45 » ...	24	2,15 minut....	20,5	3,45 » ...	20
1 hora	22,5	2,30 » ...	20,2	4 horas	20
1,15 minut....	22	2,45 » ...	20,1		
1,30 » ...	21	3 horas	20		

OBS. N.º 3**Mulher hígida, não grávida**

A. R., 25 anos, solteira, natural de Espozende.

Pai falecido de uremia. Mãe e irmãos saudáveis.

Leve dismenorreia do tipo ovárico.

Sedimentação

15 minut....	49,5	2,15 minut....	35,3	4,15 minut....	25,5
30 » ...	49	2,30 » ...	31	4,30 » ...	25
45 » ...	48	2,45 » ...	29,5	4,45 » ...	25
1 hora	46,5	3 horas	28,5	5 horas	25
1,15 minut....	—	3,15 minut....	27,1	5,15 minut....	25
1,30 » ...	42	3,30 » ...	26,7	5,30 » ...	25
1,45 » ...	39,5	3,45 » ...	26	5,45 » ...	25
2 horas	36	4 horas	—	6 horas	25

OBS. N.º 4**Gravidez de 7 meses**

R. S., 23 anos, casada, peixeira, natural do Pôrto.

Pai e um irmão falecidos com o tifo exantemático. Marido saudável.

1.ª menstruação aos 15 anos. Múltipara (4 partos espontâneos e a termo).

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 48	2,15 minut.... 25	4,15 minut.... 20
30 » ... 42,5	2,30 » ... 24,1	4,30 » ... 19,5
45 » ... 38,5	2,45 » ... 23,5	4,45 » ... 19
1 hora 34,5	3 horas 22,9	5 horas 19
1,15 minut.... 31	3,15 minut.... 22	5,15 minut.... 19
1,30 » ... 29	3,30 » ... 21,5	5,30 » ... 19
1,45 » ... 27,5	3,45 » ... 21	5,45 » ... —
2 horas 26	4 horas 20	6 horas —

OBS. N.º 5

Gravidez de 9 meses

J. M., 24 anos, casada, doméstica. Natural de Famalicão.
 Pai falecido de (?). Mãe saudável. Um irmão falecido em criança.
 Dismenorreia do tipo ovárico.
 Gravidez de 9 meses. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 46	1,45 minut.... 22,5	3,15 minut.... 21,2
30 » ... 32	2 horas 22,1	3,30 » ... 21
45 » ... —	2,15 minut.... 22	3,45 » ... 21
1 hora 24,5	2,30 » ... —	4 horas 21
1,15 minut.... 23,1	2,45 » ... 21,5	
1,30 » ... —	3 horas 21,2	

Sedimentação ao 8.º dia de puerpério normal

15 minut.... 46	1,45 minut.... 21,4	3,15 minut.... 20
30 » ... 32	2 horas 21	3,30 » ... 19,9
45 » ... 26	2,15 minut.... 20,5	3,45 » ... 19,9
1 hora 24	2,30 » ... 20,3	4 horas 19,9
1,15 minut.... 22,7	2,45 » ... 20,1	
1,30 » .. 22	3 horas 20	

OBS. N.º 6

Gravidez de 9 meses

M. M. C. M., 29 anos, solteira, fiandeira. Natural do Pôrto.
Pai falecido com uma neoplasia maligna (?). Mãe falecida de (?). 4 irmãos saudáveis. Marido saudável.

Dismenorreia do tipo ovárico. Sarampo em criança. Tifo exantemático em 1918.

Múltipara (um parto espontâneo e a termo). Gravidez normal.
Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48	1,45 minut....	25	3,15 minut....	20
30 » ...	42	2 horas	23,5	3,30 » ...	19,5
45 » ...	35,5	2,15 minut....	—	3,45 » ...	—
1 hora	30	2,30 » ...	22,5	4 horas	19
1,15 minut....	27,5	2,45 » ...	22		
1,30 » ...	26	3 horas	22		

OBS. N.º 7

Piosalpingite bilateral, largamente aderente

M. J. D., 27 anos, solteira, costureira. Natural de Braga.

Entra para o Serviço da Clínica Ginecológica a 2 de Fevereiro de 1928.

Antecedentes familiares sem interesse.

Antecedentes pessoais: Sarampo e varíola em criança.

Primeira menstruação aos 16 anos; fluxos catameniais de 6-8 dias, abundantes; leucorreia pouco abundante.

Adoeceu súbitamente há cinco meses com dores muito violentas na fossa ilíaca direita, dores estas que irradiavam para a articulação sacro-ilíaca direita e coxa do mesmo lado, que só desapareceram com a aplicação de gelo no ventre.

De então para cá apresenta menorragias, por vezes abundantes e sente, duma maneira quasi constante, uma dôr surda na fossa ilíaca direita.

Aparelhos respiratório e circulatório, nada apresentando de anormal.

TM=13,5; Tm=8,5 (humeral esquerda; Pachon).

Pulso rítmico, batendo 88 pulsações por minuto. Apirexia.

Palpação abdominal profunda, um pouco dolorosa por cima da sínfise púbica.

O toque vaginal revela a existência duma tumefacção um pouco dolorosa ocupando os fundos de saco anterior e direito e ultrapassando um pouco, na linha mediana, a sínfise púbica. Útero volumoso e pouco móvel.

Essa tumefacção parece não fazer parte do útero.

Sedimentação

15 minut.... 48	2,15 minut.... 25	4,15 minut.... 21
30 » ... 43	2,30 » ... 24	4,30 » ... 21
45 » ... 38	2,45 » ... 23	4,45 » ... 20,5
1 hora 34	3 horas 22,5	5 horas 20,5
1,15 minut.... 32,5	3,15 minut.... 21,5	— — —
1,30 » ... 30	3,30 » ... 21,5	5,45 minut.... 20,1
1,45 » ... 29,5	3,45 » ... 21	— — —
2 horas 27	4 horas 21	7 horas 20

No acto operatório verifica-se a existência duma piosalpingite bilateral, largamente aderente.

A intervenção cirúrgica é praticada pelo Prof. Moraes Frias a 15 de Fevereiro de 1928 (histerectomia sub-total com anexectomia bilateral; apendicectomia; drenagem abdominal).

No período post-operatório surgem sinais de pelviperitonite: ventre abaúlado, temperatura oscilando entre 38° e 39°, tendo atingido 39,4 no quinto dia após a intervenção; pulso freqüente, apresentando por vezes uma freqüência superior a 130 pulsações por minuto.

Pelo drêno abdominal sai pus em abundância.

Passados estes fenómenos peritoneais a paciente entra numa arrastada convalescença para sair, curada, a 21 de Março de 1928.

OBS. N.º 8

Gravidez de 9 meses

J. da S., 25 anos, solteira, doméstica. Natural de Gaia.

Desconhece antecedentes paternos. Mãe falecida de desastre.

Marido saudável.

1.^a menstruação aos 16 anos. Dismenorreia do tipo ovárico.

Gravidez normal. Feto vivo. Início de trabalho de parto.

Sedimentação

15 minut....	45,5	2,15 minut....	24	4,15 minut....	—
30 » ...	37	2,33 » ...	23,5	4,30 » ...	21,5
45 » ...	33,2	2,45 » ...	23	4,45 » ...	—
1 hora	31,1	3 horas	22,5	5 horas	21,1
1,15 minut....	28,8	3,15 minut....	—	5,15 minut....	—
1,30 » ...	27	3,30 » ...	22	5,30 » ...	21
1,45 » ...	26	3,45 » ...	—	5,45 » ...	—
2 horas	25	4 horas	22	6 horas	20,9

Sedimentação globular ao 8.º dia de puerpério normal

15 minut....	45,8	2,15 minut....	23,9	4,15 minut.:	22,5
30 » ...	36,6	2,30 » ...	23,5	4,30 » ...	22,5
45 » ...	30,1	2,45 » ...	23,1	4,45 » ...	22,5
1 hora	28	3 horas	23,1	5 horas	—
1,15 minut....	26,1	3,15 minut....	23	5,15 minut....	22,1
1,30 » ...	25	3,30 » ...	23	5,30 » ...	—
1,45 » ...	24,5	3,45 » ...	22,9	6 horas	—
2 horas	24	4 horas	22,8	7 horas	22

OBS. N.º 9

Gravidez de 9 meses

A. D. G., 39 anos, casada, tecedeira. Natural de Nevogilde (Pôrto).

Mãe falecida de ? Pai e irmãos saudáveis. O marido padece do estômago.

Multipara (8 partos espontâneos a termo; um aborto).
Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 47,5	3 horas 27	5,45 minut. .. —
30 » ... 44,5	3,15 minut.... 26,5	6 horas —
45 » ... —	3,30 » ... 25,5	6,15 minut.... 20
1 hora 38,8	3,45 » ... 24,9	6,30 » ... —
1,15 minut.... 36	4 horas 24	6,45 » ... 20
1,30 » ... 34	4,15 minut.... 23,5	7 horas —
1,45 » ... 32	4,30 » ... 22,9	7,15 minut.... 19,5
2 horas 31	4,45 » ... —	7,30 » ... —
2,15 minut.... 30	5 horas 21,9	7,45 » ... 19,5
2,30 » ... 29	5,15 minut.... 21,2	8,15 » ... 19
2,45 » ... 28	5,30 » ... 21	

OBS. N.º 10

Mulher hígida ; não grávida

M. B., 22 anos, solteira, criada do Hospital.

Mãe falecida de (?). Pai e 4 irmãos saudáveis.

Sarampo em criança. O exame físico de diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut.... 49	3 horas 39,5	5,45 » ... 35,5
30 » ... 48	3,15 minut.... 39	6 horas —
45 » ... 47	3,30 » ... —	6,15 minut.... 35
1 hora 46	3,45 » ... 38,2	6,30 » ... 34,7
1,15 minut.... 45	4 horas 38	6,45 » ... —
1,30 » ... 44	4,15 minut.... 37,6	7 horas 34
1,45 » ... 43	4,30 » ... —	7,30 minut.... 33,5
2 horas 42,4	4,45 » ... 36,9	8 horas 33,5
2,15 minut.... 41,5	5 horas —	8,30 minut.... 33
2,30 » ... 41	5,15 minut.... 36	9 horas 32,5
2,45 » ... 40	5,30 » ... —	

OBS. N.º 11

Mulher hígida, não grávida

O. S. B., 23 anos, solteira, empregada do Hospital.

Desconhece os antecedentes familiares.

Sarampo em criança; escarlatina aos 19 anos; varíola aos 16 anos.

O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut.... 49	2,45 minut.... 39	5,15 minut.... —
30 » ... 48,9	3 horas —	5,30 » ... 33,9
45 » ... 47,9	3,45 minut.... —	5,45 » ... —
1.hora 46,5	3,30 » ... 36,6	6 horas 32,5
1,15 minut.... 45,2	3,45 » ... 36,2	6,15 minut.... 32,5
1,30 » ... 43,9	4 horas 35,5	6,45 » ... 31,1
1,45 » ... 42,9	4,15 minut.... —	7,15 » ... 31
2 horas 41,5	4,30 » ... 34,5	7,45 » ... 31
2,15 minut.... 41	4,45 » ... —	8,15 » ... 30,5
2,30 » ... 40	5 horas 34	8,45 » ... 30

OBS. N.º 12

Mola hidatiforme

M. J., 48 anos, casada, lavradeira, natural de Rezende.

Múltipara (17 partos espontâneos e a termo).

Entra para o Serviço de Clínica Obstétrica em 23 de Fevereiro de 1928.

Há cinco meses que nota um abaúlamento progressivo do ventre; perdas sanguíneas não muito abundantes, coincidindo aproximadamente com os períodos catameniais, nos primeiros dois meses.

Nos três últimos meses a doente apresenta metrorragias, pouco abundantes mas permanentes; recolhendo ao Hospital, é

internada numa enfermaria de Cirurgia, onde fica em observação alguns dias.

Subitamente, porém, a paciente é acometida de dores intensas no baixo ventre, acompanhadas de fortes metrorragias.

Transferida para o Serviço de Clínica Obstétrica, ali se verifica a seguinte sintomatologia:

Intensa palidez da pele e das mucosas; pulso pequeno, incontável; polipneia; tendência sinopal.

Seios secos, pigmentados.

O ventre, semeado de numerosos vergões de gravidez, apresenta-se abaulado.

À palpação abdominal nota-se o útero aumentado de volume, ascendendo a 25 cm. do pubis, em latero-versão esquerda.

Contrações uterinas facilmente verificadas à inspecção e palpação.

A exploração feita no intervalo das contrações uterinas não revela a existência de qualquer região fetal. Auscultação obstétrica negativa.

Ao toque vaginal nota-se o colo amolecido, premeável a dois dedos; a exploração endo-cervical revela a existência dum corpo de consistência mole, difícil de atingir; a abundância de coágulos perturba o exame. Não se toca qualquer tópo fetal. A intensidade da hemorragia impõe a intervenção.

No acto operatório, praticado pelo Prof. Moraes Frias, verifica-se a existência duma mola hidatiforme.

A sedimentação sanguínea, feita momentos antes da intervenção, deu o seguinte resultado:

15 minut....	49	2,15 minut....	36	4,15 minut....	32,5
30 » ...	47,3	2,30 » ...	35	4,30 » ...	32
45 » ...	45,1	2,45 » ...	34,5	4,45 » ...	—
1 hora	42,9	3 horas	34,5	5 horas	—
1,15 minut....	40,7	3,15 minut....	33,6	5,15 minut....	—
1,30 » ...	—	3,30 » ...	33,1	5,30 » ...	—
1,45 » ...	37,4	3,45 » ...	32,9	5,45 » ...	—
2 horas	—	4 horas	32,5	6 horas	29,5

OBS. N.º 13

Gravidez de 9 meses

R. C. C., 26 anos, solteira, serviçal, natural de Paredes.

Entra para o Serviço de Clínica Obstétrica a 7 de Março de 1928.

Pais e dez irmãos saudáveis. Marido sífilítico.

Menstruada pela primeira vez aos 12 anos; períodos intermenstruais em regra curtos (15 dias — 3 semanas). Fluxos catameniais de 5-6 dias abundantes e indolores.

Primigesta.

Nos antecedentes pessoais há apenas a registar: varíola e gripe pneumónica em 1918.

Gravidez actual sem incidentes. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48,9	2,15 minut....	31,6	4,15 minut....	23,9
30 » ...	46	2,30 » ...	30	4,30 » ...	23,2
45 » ...	43,5	2,45 » ...	28,5	4,45 » ...	23
1 hora	41	3 horas	27	5 horas	23
1,15 minut....	39	3,15 minut....	26	5,15 minut....	22,8
1,30 » ...	37	3,30 » ...	25	5,30 » ...	22,7
1,45 » ...	35	3,45 » ...	24,5	5,45 » ...	22,5
2 horas	33,1	4 horas	—	6 horas	22,4

OBS. N.º 14

Fibromioma uterino

M. S., 38 anos, casada, doméstica, natural do Marco de Canaveses.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 1 de Março de 1928.

Há cinco meses que apresenta metrorragias, por vezes abundantes. Obstipação. Sensação de peso no baixo-ventre.

Até então, os períodos intermenstruais encontravam-se reduzidos; fluxos menstruais de seis dias, em grande quantidade.

Palpação abdominal levemente dolorosa na fossa ilíaca esquerda. O toque vaginal revela a existência duma tumefacção dura, fazendo corpo com o útero e ocupando os fundos do saco vaginais anterior e esquerdo. Na linha média essa tumefacção ascende um pouco acima da sínfise púbica.

Estado geral bom (ligeiro grau de anemia). Apirexia.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Passado obstétrico: quatro partos espontâneos e a termo. Dois abortos.

Em face da sintomatologia apresentada pela doente é pôsto o diagnóstico de fibromioma uterino, diagnóstico êste que não pôde ter a confirmação cirúrgica pelo facto da paciente se ter opôsto à intervenção.

Sedimentação

15 minut.... 49,1	2,45 » ... 41	5,15 minut.... 35
30 » ... 48,6	3 horas 40	5,30 » ... 34,5
45 » ... 48	3,15 minut.... 39,5	5,45 » ... —
1 hora 47	3,30 » ... 39	7 horas 32
1,15 minut.... 46	3,45 » ... —	7,30 minut.... 30,9
1,30 » .. 45	4 horas 37,5	8 horas 30,5
1,45 » ... 44	4,15 minut.... 37	8,30 minut.... 30
2 horas 43	4,30 » ... 36,4	24 horas..... 25,5
2,15 minut.... 42,2	4,45 » ... 36	
2,30 » ... 41,5	5 horas 35,1	

OBS. N.º 15

Gravidez ectópica

M. J., 35 anos, solteira, serviçal, natural de Macieira de Cambra. Entra para o Serviço de Clínica Obstétrica a 5 de Julho de 1928. Pais e 4 irmãos saudáveis; marido saudável.

1.^a menstruação aos 12 anos; dismenorreia do tipo ovárico.

Antecedentes obstétricos: um parto espontâneo a termo há 8 anos.

Antecedentes pessoais destituídos de interesse.

Gravidez actual. Última menstruação de 12 a 14 de Setembro.

Ventre abaulado, linha branca pigmentada.

A palpação abdominal, um pouco dolorosa, revela um útero aumentado de volume cujo fundo, difícil de limitar, se encontra aproximadamente a 23 cm. da sínfise púbica.

Auscultação obstétrica negativa. Seios bem desenvolvidos, flácidos, aréola pigmentada; a sua expressão faz surgir colôstro em abundância.

Toque vaginal: colo uterino amolecido, orifício externo permeável a dois dedos.

Orifício interno do colo fechado. Quer pela palpação abdominal, quer ainda pelo toque, não se encontra qualquer região fetal.

A paciente informa que a sua actual gravidez tem sido acidentada pela presença de hemorragias não muito abundantes durante os sete primeiros meses.

Há porém uma semana que estas hemorragias aumentaram consideravelmente, o que a obrigou a procurar o Hospital.

Urinas sem elementos anormais. Temperatura 38.º.

Em virtude da ausência de sinais certos de gravidez, é feito um exame radiográfico abdominal que mostra a existência dum feto anormalmente localizado, porquanto parece têr-se desenvolvido no corno uterino esquerdo. A sedimentação sanguínea neste caso, realizou-se do seguinte modo:

15 minut....	40,5	2 horas	18,5	3,45 minut....	17,7
30 » ...	30	2,15 minut....	18,3	4 horas	—
45 » ...	24	2,30 » ...	—	4,45 minut....	17,5
1 hora	21	2,45 » ...	18	5,45 » ...	17
1,15 minut....	20	3 horas	—	6,45 » ...	17
1,30 » ...	19	3,15 minut....	—	7,45 » ...	17
1,45 » ...	—	3,30 » ...	—	8,45 » ...	16,9

Decidida a intervenção cirúrgica, o Professor Moraes Frias pratica a laparotomia mediana, infra-umbilical.

No momento porém em que o canivete fere a aponevrose, uma onda de pús inunda o campo operatório; aumentada a incisão verifica-se que ela conduz a uma cavidade fechada, íntima-

mente aderente à parede abdominal anterior, contendo o feto e seus anexos em avançado estado de supuração.

A-pesar da intervenção ter sido rápida, o estado geral da paciente começou a ressentir-se, não permitindo a exploração demorada da referida cavidade.

Conjugando as observações colhidas no acto operatório com o resultado do exame clínico e radiológico da paciente, fica-se no entanto na convicção de que se deveria tratar na verdade uma gestação desenvolvida no corno uterino.

Após um largo período post-operatório a doente sai em convalescença franca a 28 de Setembro de 1928.

OBS. N.º 16

Ovarite escleroquística bilateral

B. R. M., 37 anos, viúva, peixeira; natural da Póvoa de Varzim.

Entrada para o Serviço de Clínica Ginecológica a 29 de Setembro de 1928.

Pais e dois irmãos falecidos de tuberculose pulmonar.

De constituição fraca, esta doente apresentou já em tempos escarros hemoptoicos.

A auscultação pulmonar revela a existência duma leve broncofonia na região infraclavicular direita; nesta mesma zona se encontra a expiração um pouco prolongada e vibrações vocais aumentadas.

Não tosse nem expectora.

Os seus padecimentos genitais datam de há dois anos: dôres nas fossas ilíacas, mais acentuadas à esquerda, impedindo-lhe por vezes a marcha. Estas dôres irradiam-se para as regiões lombares e côxa esquerda.

O aparelho circulatório nada revela de anormal. $TM=14$; $Tm=7,5$ (humeral esquerda; Pachon). Apirexia.

Ao toque notam-se os anexos dolorosos, especialmente à esquerda.

Sedimentação

15 minut....	48,6	1,45 minut....	39,9	3,15 minut....	—
30 » ...	47	2 horas	38,5	3,30 » ...	34
45 » ...	45,5	2,15 minut....	37,6	3,45 » ...	—
1 hora	44,1	2,30 » ...	—	4 horas	—
1,15 minut....	42,9	2,45 » ...	35,7		
1,30 » ...	41	3 horas	—		

A intervenção cirúrgica, praticada pelo professor Moraes Frias demonstra a existência duma ovarite escleroquistica bilateral.

Sequelas operatórias sem incidentes.

OBS. N.º 17

Quisto hemático do ovário direito

M. A., 30 anos, casada, doméstica; natural da Póvoa de Varzim.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 15 de Setembro de 1928.

Mãe cardíaca, falecida súbitamente. Pai falecido de tuberculose laríngea (?).

1.ª menstruação aos 11 anos; fluxos catameniais de 8 dias, abundantes.

Nos antecedentes pessoais há apenas a registar um abôrto febril de 5 1/2 meses de gestação, a 19 de Setembro (um mês antes da sua entrada).

Tôdas as outras gestações evoluíram normalmente (5 partos espontâneos e a termo).

Durante a sua última gravidez a doente notou a evidente desproporção do volume do ventre para a idade da gestação, tendo chegado mesmo a pensar na existência duma gravidez gemelar. Ao 5.º mês e meio o ôvo foi expulso, e o ventre quasi não diminuiu; de então para cá tem sentido por vezes fortes dôres na fossa ilíaca direita.

De facto, a paciente apresenta-se com o ventre fortemente abaulado por uma tumefacção, parecendo de conteúdo líquido, que ascende até um pouco acima do umbigo.

Pelo toque vaginal nota-se uma tumefacção no fundo de saco direito, não fazendo corpo com o útero.

É pôsto o diagnóstico de quisto ovário.

O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Temperaturas oscilando entre 37 e 38°.

Sedimentação

15 minut....	43,5	1 hora	19	2,15 minut....	17
30 » ...	27,1	1,15 minut....	18	3 horas	17
45 » ...	21	2 horas	17		

O acto operatório, praticado pelo Professor Moraes Frias, confirmou o diagnóstico pôsto; tratava-se efectivamente dum quisto hemático do ovário direito. A análise bacteriológica do líquido quístico não revelou germes microbianos.

Sequelas operatórias sem incidentes.

OBS. N.º 18

Fibromioma quístico do corpo do útero; ovarite escleroquística bilateral

M. N., 40 anos, casada, doméstica. Natural de Louzada.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 19 de Setembro de 1928.

Pai falecido de congestão cerebral. Mãe e 5 irmãos saudáveis. Marido saudável.

Nos antecedentes pessoais há a registar apenas uma doença febril aos 20 anos, que durou 15 dias.

1.ª menstruação aos 16 anos. Períodos intermenstruais muito irregulares, ora curtos, ora longos; fluxos catameniais de 6 a 7 dias, abundantes e acompanhados de dôres. A história da sua actual doença resume-se no seguinte: há 4 para 5 anos que a paciente notou a existência duma tumefacção abdominal que, em determinadas épocas nitidamente excedia a sínfise pública, para, noutras ocasiões, quasi desaparecer.

No entanto, aproximadamente há 3 anos, esta tumefacção começou a aumentar lenta e progressivamente.

Finalmente, nos últimos cinco mezes o tumor apresenta um crescimento rápido.

As hemorragias passaram por completo desde Dezembro último.

A' palpação abdominal nota-se a existência duma tumefacção dura, irregular, que ascende até à região epigástrica.

O toque vaginal mostra o colo uterino pequeno e duro; fundos de saco vaginais livres.

Auscultação obstétrica negativa; pigmentações gravidicas ausentes.

O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Apirexia. Urinas sem elementos normais. TM=18; Tm=12; Pulso=76.

Sedimentação

15 minut....	49,2	1,45 minut....	46,2	3,15 minut....	43
30 » ...	48,9	2 horas	45,5	3,30 » ...	42,9
45 » ...	48,5	2,15 minut....	45	3,45 » ...	42,5
1 hora	48,1	2,30 » ...	44,5	4 horas	—
1,15 minut....	47,5	2,45 » ...	44		
1,30 » ...	47	3 horas	43,9		

Em face da sintomatologia apresentada pela doente, é pôsto o diagnóstico de fibromioma uterino.

A intervenção cirúrgica, praticada pelo Prof. Moraes Frias confirma o diagnóstico; tratava-se, de facto, dum volumoso fibromioma quístico do corpo do útero.

Concomitantemente foi verificada a existência duma ovarite escleroquística bilateral.

A paciente sai, curada, a 19 de Setembro de 1928.

OBS. N.º 19

Gravidez de 6 meses

A. P. C., 26 anos, solteira, empregada do Hospital.

Pai falecido duma afecção gástrica. Mãe falecida dum cancro de estômago.

Cinco irmãos saudáveis. Marido saudável.
Antecedentes pessoais destituídos de interesse.
Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	37,4	1,15 minut....	19,7	2,15 minut....	18
30 » ...	27,1	1,30 » ...	19,1	2,30 » ...	18
45 » ...	22,5	1,45 » ...	18,5	2,45 » ...	18
1 hora	20,6	2 horas	18,1	3 horas	18

OBS. N.º 20

Mulher hígida; não grávida

F. S. L., 18 anos, solteira, creada do Hospital.

Não se apura qualquer tara patológica quer nos antecedentes pessoais quer nos familiares.

Nuligesta (virgem). O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut....	49,2	2 horas	40,5	3,45 minut....	35,1
30 » ...	48,5	2,15 minut....	39,8	4 horas	34,5
45 » ...	47,2	2,30 » ...	38,5	4,15 minut....	34,1
1 hora	46	2,45 » ...	37,9	4,30 » ...	33,9
1,15 minut....	44,5	3 horas	37	4,45 » ...	33,5
1,30 » ...	43,1	3,15 minut....	36,5	8 horas	29
1,45 » ...	40,9	3,30 » ...	36		

OBS. N.º 21

Mulher hígida; não grávida

A. A., 17 anos, solteira, empregada do Hospital.

Pais e irmãos saudáveis. Nenhum passado patológico.

O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut....	48,1	2,15 minut....	35,5	4,15 minut....	31
30 » ...	46,5	2,30 » ...	34,9	4,30 » ...	30,6
45 » ...	44,9	2,45 » ...	34	4,45 » ...	30
1 hora	43	3 horas	33,8	—	—
1,15 minut....	41,1	3,15 minut....	33	6,15 minut....	28
1,30 » ...	39,2	3,30 » ...	32,1	—	—
1,45 » ...	37,9	3,45 » ...	31,9	8,15 » ...	26
2 horas	36,8	4 horas	31,2		

OBS. N.º 22**Anexite bilateral; retroversão uterina**

L. A. M., 28 anos, solteira. doméstica. Natural do Pôrto.

Pai falecido duma úlcera gástrica. Marido sífilítico.

Infecção puerperal há 7 anos. Um abôrto de mês e meio de gestação há 4 anos, seguido de infecção.

Os seus padecimentos genitais iniciam-se após a infecção puerperal; queixa-se de dores nas fossas ilíacas, sobretudo à direita, com irradiações para a região lombar; fluxos catameniais precedidos e acompanhados de dores. Obstipação.

Toque vaginal: útero em retro-versão; anexos sensíveis.

Urina sem elementos anormais. TM=12,5; Tm=7,5; pulso 68.

Apirexia.

Sedimentação

15 minut....	49	1,15 minut....	46,2	2,15 minut....	43,5
30 » ...	48,5	1,30 » ...	45,5	2,30 » ...	43
45 » ...	47,7	1,45 » ...	44,8	2,45 » ...	42,5
1 hora	47,1	2 horas	44	5 horas	38,5

Intervenção cirúrgica praticada pelo Professor Moraes Frias a 1 de Novembro de 1928. Sequelas operatórias normais.

Diagnóstico: anexite bilateral de predomínio direito. Retro-versão uterina.

OBS. N.º 23

Gravidez de 9 meses

A. J., 29 anos, casada, doméstica. Natural do Pôrto.

Pai falecido de congestão cerebral. A mãe padece do estômago.
Irmãos saudáveis. Marido saudável.

3 filhos falecidos em criança de meningite.

Esta mulher sofreu há anos uma intervenção cirúrgica por motivo duma afecção da vesícula biliar.

Gravidez normal (início de trabalho de parto). Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	46,8	1,30 minut....	—	2,45 minut....	23
30 » ...	41,5	1,45 » ...	26,4	3 horas	23
45 » ...	39,9	2 horas	26	4,15 minut....	22
1 hora	35,2	2,15 minut....	25,5		
1,15 minut....	31,5	2,30 » ...	24		

OBS. N.º 24

Gravidez de 9 meses

C. A., 20 anos, solteira, costureira. Natural do Pôrto.

Primigesta.

Sarampo e varíola em criança. Leve dismenorrea do tipo ovárico.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,9	2,15 minut....	22,5	4,15 minut....	20,7
30 » ...	39,5	2,30 » ...	22	4,30 » ...	20,5
45 » ...	33,7	2,45 » ...	21,9	4,45 » ...	20,3
1 hora	30,2	3 horas	21,4	5 horas	—
1,15 minut....	27,9	3,15 minut....	21	5,30 minut....	20,2
1,30 » ...	25,5	3,30 » ...	—	6 horas	20
1,45 » ...	24	3,45 » ...	21	—	—
2 horas	—	4 horas	20,9	7,15 minut....	20

OBS. N.º 25

Gravidez de 9 meses

A. R. F., 24 anos, solteira, serviçal, natural do Marco de Canavezes. Secundípara.

Pai e mãe falecidos subitamente. Marido sífilítico.

Gravidêz normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48,5	45 » ...	28,1	15 minut....	—
30 » ...	46,6	3 horas	27	30 » ...	22,5
45 » ...	44	3,15 minut....	26	45 » ...	22,2
1 hora	41,3	30 » ...	25,2	6 horas	22
1,15 minut....	38,8	45 » ...	24,5	6,15 minut....	22
30 » ...	36,1	4 horas	24,1	30 » ...	—
45 » ...	34	4,15 minut....	23,8	45 » ...	21,9
2 horas	—	30 » ...	23,2	7 horas	—
2,15 minut....	31	45 » ...	22,9		
30 » ...	29,5	5 horas	—		

OBS. N.º 26

Gravidez de 9 meses

M. M. A., 16 anos, solteira, serviçal, natural de Braga. Primigesta.

Pai falecido da tuberculose pulmonar.

Leve dismenorreia do tipo ovárico. Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	47	2 horas	28	45 minut....	23,6
30 » ...	44	2,15 minut....	—	4 horas	—
45 » ...	—	30 » ...	26,5	4,15 minut....	23
1 hora	36,7	45 » ...	26	30 » ...	22,5
1,15 minut....	33,5	3 horas	25,2	45 » ...	22,2
30 » ...	31,5	3,15 minut....	24,5	5,30 » ...	21,9
45 » ...	30	30 » ...	—		

OBS. N.º 27

Abôrto completo ; 5 meses de gestação

J. C. V., 27 anos, solteira, serviçal. Natural de Paredes.

Sinais clínicos de gestação de 5 meses ; trabalho de abôrto.

Apirexia. Anexos indolores ao toque. Colheita de sangue para a sedimentação, 5 dias após a expulsão do ôvo.

Sedimentação

15 minut....	34	1,15 minut....	23,8	2,15 minut....	22,5
30 » ...	27	1,30 » ...	23,4	2,30 » ...	—
45 » ...	25	1,45 » ...	23	2,45 » ...	22,1
1 hora	24,3	2 horas	—	3 horas	22

OBS. N.º 28

Gravidez de 9 meses

A. N., 30 anos, solteira, serviçal. Natural de Gondomar.

Nenhum passado patológico.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	42,5	1,15 minut....	24,4	2,15 minut....	20,5
30 » ...	36	1,30 » ...	22,4	2,30 » ...	—
45 » ...	31	1,45 » ...	21,5	2,45 » ...	19,9
1 hora	27,4	2 horas	—	3 horas	19,5.

OBS. N.º 29

Gravidez de 9 messs

M. S. M., 19 anos, solteira, doméstica. Natural de Braga.

Nengum passado patológico. Primigesta.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	38	1,15 minut....	21,1	2,15 minut....	—
30 » ...	29,7	1,30 » ...	20,5	2,30 » ...	19,5
45 » ...	24,9	1,45 » ...	20	2,45 » ...	—
1 hora	22,3	2 horas	20	3 horas	19

OBS. N.º 30

Gravidez de 9 meses

D. P. C., 24 anos, casada, empregada do Hospital. Natural do Pôrto.

4 irmãos falecidos de tuberculose pulmonar.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,5	1,15 minut....	29	2,15 minut....	—
30 » ...	40	1,30 » ...	27,8	2,30 » ...	24
45 » ...	35	1,43 » ...	26,5	2,45 » ...	—
1 hora	31	2 horas	25,9	3 horas	22,5

OBS. N.º 31

Gravidez de 6 meses

E. S., 26 anos, casada, doméstica. Natural de Felgueiras. Secundipara.

Marido sífilítico.

Feto vivo. Início de trabalho de aborto.

Sedimentação

15 minut....	45	1,15 minut....	27	2,13 minut....	—
30 » ...	38	1,30 » ...	25,4	2,30 » ...	21
45 » ...	32,5	1,45 » ...	24	2,45 » ...	—
1 hora	29,2	2 horas	23	3 horas	20

OBS. N.º 32

Salpingite direita ; salpingo-ovarite esquerda

M. D. F., 32 anos, solteira, serviçal. Natural de Caminha. Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 4 de Outubro de 1928.

A mãe padecer de bronquite e o pai de reumatismo. 8 irmãos falecidos já adultos de (?).

Um aborto febril de 2 meses de gestação há 4 anos.

Depois deste aborto começou a sofrer de dores no baixo ventre, em especial na fossa ilíaca esquerda, com irradiações para a articulação sacro-ilíaca esquerda e coxa do mesmo lado.

Estes fenómenos dolorosos sentidos pela paciente duma maneira quasi permanente, aumentam consideravelmente dias antes do período catamenial.

Pelo toque vaginal nota-se o útero na sua situação normal; anexos dolorosos.

Aparelhos circulatório e respiratório normais. $TM = 14$; $Tm = 7,5$.

Urina sem elementos anormais. Apirexia.

Sedimentação

15 minut....	47,6	1,30 minut....	35,9	2,45 minut....	—
30 » ...	45,2	1,45 » ...	34,2	3 horas	—
45 » ...	42,5	2 horas	33	4,30 minut....	29,5
1 hora	40	2,15 minut....	—	5,30 » ...	28
1,15 minut....	38	2,30 » ...	31,5		

A intervenção cirúrgica, praticada no Serviço de Clínica Ginecológica pelo Professor Moraes Frias, mostra a existência duma salpingite direita e uma salpingo-ovarite esquerda.

A doente sai, curada, a 22 de Novembro de 1928.

OBS. N.º 33

Gravidez de 9 meses

C. S. A., 25 anos, solteira, doméstica. Natural de Chaves. Primigesta.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Não existem sinais de vitalidade fetal (ausência de movimentos fetais; auscultação obstétrica negativa). De facto a parturiente, que se encontrava no início do trabalho de parto quando ingressou no Serviço de Obstetria, passadas algumas horas deu à luz um feto morto.

Sedimentação

15 minut....	28,5	1,30 minut....	16,1	4 horas	14,5
30 » ...	21	1,45 » ...	16	4,15 minut....	14,5
45 » ...	18,6	2 horas	15,9	4,45 » ...	14,5
1 hora	17,3	2,15 minut....	15,6	5 horas	14,3
1,15 minut....	16,7	3,45 » ...	14,9	6 »	14,3

OBS. N.º 34

Gravidez de 9 meses

C. V., 22 anos, solteira, serviçal. Natural de Sobrado de Paiva. Secundípara.

Nos antecedentes pessoais há a registar uma febre tifoide aos 16 anos.

Trabalho de parto normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	47	1,45 minut....	31,1	4,30 minut....	23,4
30 » ...	43	2 horas	30	4,45 » ...	23,1
45 » ...	39	2,15 minut....	29	5 horas	23
1 hora	36	3,45 » ...	24,5	5,15 minut....	22,5
1,15 minut....	34	4 horas	24		
1,30 » ...	32,5	4,15 minut....	23,6		

OBS. N.º 35

Gravidez de 9 meses

M. J., 18 anos, solteira, guarda-soleira. Natural de Castelo de Paiva. Primigesta.

Mãe e uma irmã saudáveis. Pai falecido de (?). Marido sífilítico. Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	43,5	1,15 minut....	27	2,30 minut....	21
30 » ...	37,5	1,30 » ...	25	3 horas	20
45 » ...	32,5	1,45 » ...	23,6	3,30 minut....	19,5
1 hora	29	2 horas	22,5	4,30 » ...	19

OBS. N.º 36

Mulher hígida; não grávida

A. P. S., 22 anos, casada, criada do Hospital.

Mãe cardíaca. O pai, sífilítico, padece do fígado. Marido sífilítico.

Nos seus antecedentes pessoais nada se apura digno de registo.

Nuligesta. O exame físico dos diferente aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut....	48,8	2 horas	42,6	4,30 minut....	35,4
30 » ...	48,2	2,15 minut....	41,6	4,45 » ...	35
45 » ...	47,8	2,30 » ...	40,9	5 horas	34,5
1 hora	46,5	2,45 » ...	40	5,15 minut....	34
1,15 minut....	45,6	3 horas	39,1	5,30 » ...	33,5
1,30 » ...	44,6	3,15 minut....	38,4	6,30 » ...	31,9
1,45 » ...	43,5	4,15 » ...	36		

OBS. N.º 37

Mulher hígida; não grávida

A. T., 19 anos, solteira, empregada do Hospital.

Pais e oito irmãos saudáveis. Nuligesta (virgem).

Tem sido saudável. O exame dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut.... 49,5	2 horas 41	4,30 minut.... 32,2
30 » ... 48,5	2,15 minut.... 39,8	4,45 » ... 31,8
45 » ... 47,4	2,30 » ... 38,6	5 horas 31
1 hora 46,1	2,45 » ... 37,5	5,15 minut.... 30,5
1,15 minut.... 44,9	3 horas 36,5	6,15 » ... 28,5
1,30 » ... 43,5	4 » 33,5	
1,45 » ... 42,2	4,15 minut.... 33	

OBS. N.º 38

Mulher hígida ; não grávida

M. R. G., 27 anos, solteira, serviçal. Natural de Barcelos.

Pais e irmãos saudáveis. Um abôrto de um mês de gestação há 2 anos e meio.

Tem sido sempre saudável.

Sedimentação

15 minut.... 49	2 horas 40,5	4,15 minut.... 34,2
30 » ... 47,6	2,15 minut.... 39,6	30 minut.... 34
45 » ... 46,5	30 » ... 38,5	4,45 » ... 33,2
1 hora 45,2	45 » ... 38	5 horas 32,7
1,15 minut.... 44	3 horas —	6 » 31
30 » ... 42,8	3,45 minut.... 35,5	
45 » ... 41,3	4 horas 35	

OBS. N.º 39

Gravidez de 9 meses

R. S., 23 anos, solteira, serviçal. Natural de Vila do Conde.

Leve dismenorreia do tipo ovárico. Antecedentes familiares sem interêsse.

Primigesta. Gravidez normal (Trabalho de parto). Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 46,6	2 horas 28,2	30 minut.... 24,2
30 » ... 40,6	2,15 minut.... 27,4	45 » ... 24
45 » ... 37,8	30 » ... 26,8	5 horas 24
1 hora 34,9	45 » ... 26,2	5,15 minut.... 23,9
1,15 minut.... 32,6	3 horas 25,6	30 » ... 23,5
30 » ... 30,9	3,15 minut.... 25,3	6,30 » ... 23,2
45 » ... 29,4	4,15 » ... 24,5	

OBS. N.º 40

Gravidez de 9 meses

A. A., 35 anos, casada, doméstica. Natural de Braga.

Pai cardíaco, já falecido. A mãe sofreu já uma intervenção cirúrgica, por motivo de qualquer afecção uterina. Irmãos e marido saudáveis.

Múltipara (4 partos espontâneos a termo; um abôrto).

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 48,2	30 minut.... —	45 minut.... 23,2
30 » ... 42,9	45 » ... 24,3	3 horas 23,1
45 » ... 34	2 horas 24	4,15 minut.... 22,5
1 hora 28,1	2,15 minut.... 23,8	
1,15 minut.... 26	30 » ... 23,4	

OBS. N.º 41

Mulher hígida, não grávida

M. D. V., 26 anos, solteira, empregada do Hospital.

Pais falecidos de doenças que desconhece. Marido saudável.

Quatro partos e dois abôrto (último parto há dez meses).

Sedimentação

15 minut.... 49,4	1,30 » ... 48,4	2,45 » ... 46,8
30 » ... 49	1,45 » ... 48,1	3 horas 46,4
45 » ... 48,8	2 horas 47,8	5,30 minut.... 43,5
1 hora 48,5	2,15 minut.... 47,5	
1,15 minut.... 48,5	2,30 » ... 47,2	

OBS. N.º 42

Mulher hígida, não grávida

R. M., 19 anos, solteira, empregada do Hospital.

Pais e irmãos saudáveis. Antecedentes pessoais sem interesse. Nuligesta (virgem).

Sedimentação

15 minut....	49	1,30 » ...	43	2,45 » ...	38,1
30 » ...	48	1,45 » ...	42	3 horas	37,5
45 » ...	47	2 horas	40,9	4,30 minut....	34,8
1 hora	45,5	2,15 minut....	40		
1,15 minut....	44,3	2,30 » ...	39		

OBS. N.º 43

Mulher hígida; não grávida

M. B. C., 25 anos, solteira, empregada do Hospital.

A mãe padece de reumatismo. Desconhece antecedentes paternos.

Nuligesta (virgem). Antecedentes pessoais destituídos de interesse.

Sedimentação

15 minut....	49,4	1,30 » ...	46,5	2,45 » ...	43,6
30 » ...	48,6	1,45 » ...	45,8	3 horas	43,3
45 » ...	48,2	2 horas	45,4	4,30 minut....	40,5
1 hora	47,5	2,15 minut....	44,7		
1,15 minut....	47	2,30 » ...	44,3		

OBS. N.º 44

Gravidez de 7 meses

F. C., 26 anos, solteira, creada do Hospital. Natural de Vila Nova de Gaia.

Pai falecido após uma intervenção cirúrgica na bexiga.

Sífilis averiguada (R. W. fortemente positiva 7 meses antes da actual observação). Tem feito o tratamento específico.

Marido sífilítico.

A sua gravidez tem decorrido sem incidentes. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	44,5	1,45 minut....	25,3	3,15 minut....	22,9
30 » ...	38	2 horas	24,8	3,30 » ...	22,5
45 » ...	31,9	2,15 minut....	24	4,15 » ...	22
1 hora	29,2	2,30 » ...	23,8	5,15 » ...	21,5
1,15 minut....	27,5	2,45 » ...	23,3		
1,30 » ...	26,1	3 horas	23		

OBS. N.º 45

Gravidez de 9 meses

A. C., 23 anos, casada, doméstica. Natural do Pôrto.

A mãe padece de reumatismo; o pai é sífilítico; marido saudável.

Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	46,9	1,30 minut....	29,2	2,45 minut....	24,5
30 » ...	41	1,45 » ...	28,2	3 horas	24
45 » ...	35,5	2 horas	27	3,15 minut....	23,5
1 hora	32	2,15 minut....	26,2	4 horas	22,5
1,15 minut....	30,5	2,30 » ...	25,3	5 »	21,8

OBS. N.º 46

Gravidez de 8 meses

T. J., 18 anos, solteira. vendadeira ambulante. Natural do Pôrto.

Mãe cardíaca. Pai falecido de tuberculose pulmonar. Irmãos e marido saudáveis.

Multipara. Gravidez actual decorrendo sem incidentes. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	49	1,30 minut....	39,4	2,45 minut....	34,5
30 » ...	47	1,45 » ...	38	3 horas	34
45 » ...	45	2 horas	37	3,15 minut....	33,1
1 hora	43	2,15 minut....	36	4 horas	31
1,15 minut....	41	2,30 » ...	35,2		

OBS. N.º 47

Mulher hígida; não grávida

M. F. S., 17 anos, solteira, empregada do Hospital.

Mãe falecida de tuberculose pulmonar. Pai cardíaco. Dois irmãos falecidos em criança; um irmão saudável.

Nuligesta (virgem). O exame físico dos diferentes aparelhos nada revela de anormal.

Sedimentação

15 minut....	48,5	1,45 minut....	37,8	3,15 minut....	33,6
30 » ...	46,5	2 horas	36,9	3,30 » ...	33
45 » ...	44	2,15 minut....	36	4,15 » ...	31,9
1 hora	42,2	2,30 » ...	35,4	5,15 » ...	29,9
1,15 minut....	40,2	2,45 » ...	34,9		
1,30 » ...	38,9	3 horas	34,1		

OBS. N.º 48

Anexite bilateral; retro-versão uterina

H. A., 54 anos, viúva, doméstica. Natural do Pôrto.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 17 de Setembro de 1928.

Pais falecidos de avançada idade. Dois filhos falecidos de meningite.

1.^a menstruação aos 11 anos; fluxos catameniais de 5 a 10 dias, abundantes e precedidos de dôres. Períodos intermenstruais reduzidos (15 dias, três semanas). Menopausa aos 50 anos. Multipara (9 partos espontâneos e a termo).

Antecedentes pessoais sem interesse.

A partir da menopausa a paciente começou a sentir dôres nas fossas ilíacas com irradiação para as articulações sacro-ilíacas e membros inferiores que aumentavam com a marcha.

Toque vaginal: útero em retro-versão; anexos dolorosos, particularmente à direita.

Aparelho respiratório e aparelho circulatório, normais. TM=15; Tm=8,5 (humeral esquerda; Pachon). Urinas sem elementos anormais. Apirexia.

Sedimentação

15 minut....	48,7	2,45 minut....	32,5	5,15 minut....	25,4
30 » ...	46,3	3 horas	31,5	5,30 » ...	—
45 » ...	44,1	3,15 minut....	30,5	5,45 » ...	25
1 hora	42,3	3,30 » ...	29,9	6 horas	24,5
1,15 minut....	40	3,45 » ...	29	6,15 minut....	24,4
1,30 » ...	38,5	4 horas	28,1	6,30 » ...	24,2
1,45 » ...	37,1	4,15 minut....	27,4	6,45 » ...	—
2 horas	36	4,30 » ...	26,9	7 horas	—
2,15 minut....	34,9	4,45 » ...	26,2		
2,30 » ...	33,5	5 horas	26		

Diagnóstico cirúrgico: anexite bilateral; retro-versão uterina (intervenção praticada pelo Professor Moraes Frias).

OBS. N.º 49**Laceração perineal do 2.º grau. Prolapso genital**

F. V. M., 32 anos, viúva, criada do Hospital.

Pai falecido de tuberculose pulmonar. Mãe falecida de um tumor (?) no fígado. Marido falecido de tuberculose pulmonar. Três filhos saudáveis; um filho falecido de meningite.

Funções catameniais muito irregulares: períodos inter-mens-truais, ora curtos ora longos.

As suas lesões perineais produziram-se quando do seu primeiro parto.

Sedimentação

15 minut....	49,1	2,15 minut....	36,9	4,15 minut....	28,5
30 » ...	48	30 » ...	35	30 » ...	27,9
45 » ...	47	45 » ...	33,9	4,45 » ...	27,2
1 hora	45,5	3 horas	32,8	5 horas	—
1,15 minut....	44	3,15 minut....	31,5	5,15 minut....	26,2
30 » ...	42,5	30 » ...	30,7	30 » ...	25,8
1,45 minut....	40,5	45 » ...	30	45 » ...	25,2
2 horas	38,5	4 horas	29,1	6 horas	24,9

OBS. N.º 50

Mulher hígida ; não grávida

M. L. A. S., 23 anos, viúva, empregada do Hospital.

Pais saudáveis. Sete irmãos saudáveis. Marido falecido de tuberculose. Nuligesta.

Há três anos esta mulher sofreu uma amputação do seio em virtude dum nódulo que lhe surgiu após um traumatismo (neoplasia?).

Ao exame físico dos diferentes aparelhos nada se encontra digno de nota.

Sedimentação

15 minut.... 49	2,15 minut.... 42,3	4,15 minut.... 37,6
30 » ... 48,3	30 » ... 41,5	30 » ... 37,1
45 » ... 47,6	45 » ... 41	4,45 » ... 36,6
1 hora 46,9	3 horas 40,5	5 horas —
1,15 minut.... 46	3,15 minut.... 39,4	5,15 minut.... 35,6
30 » ... 45	30 » ... 39,1	30 » ... 34,8
1,55 minut.... 44	45 » ... 38,6	45 » ... 34,5
2 horas 43	4 horas 38	6 horas 34,1

OBS. N.º 51

Gravidez de 9 mezes

J. R. A., 25 anos, casada, tecedeira. Natural do Pôrto.

Gravidez normal. Colheita de sangue feita em pleno trabalho de parto (período expulsivo). Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 46,5	45 » ... 30,6	3,15 minut.... 23,9
30 » ... 42,2	2 horas 29	30 » ... 23,4
45 » ... 38,5	2,15 minut.... 27,9	45 » ... 23
1 hora 36	30 » ... 27	4 horas 22,8
1,15 minut.... 34	45 » ... 25,5	
30 » .. 32	3 horas 24,5	

OBS. N.º 52

Gravidez de 5 meses

M. E. S., 24 anos, solteira, serviçal.

Nos antecedentes pessoais há a registar a gripe pneumónica em 1918.

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	47	1,15 minut....	35,5
30 » ...	42,5	30 » ...	31,6
45 » ...	38,2	45 » ...	30,2
1 hora	35,8	2 horas	28,5

OBS. N.º 53

Gravidez de 9 meses

M. S. M., 24 anos, solteira, doméstica. Natural da Póvoa de Varzim.

Períodos intermenstruais irregulares; fluxos catameniais indolores, em quantidade regular. Gripe pneumónica em 1918.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	44,9	45 » ...	26,3	3,15 minut....	20,5
30 » ...	39,4	2 horas	25,9	30 » ...	20
45 » ...	35,5	2,15 minut....	—	45 » ...	19,5
1 hora	32,7	30 » ...	22	5 horas	19
1.15 minut....	37,2	45 » ...	21,2		
30 » ...	28,3	3 horas	20,7		

OBS. N.º 54

Gravidez de 9 meses

A. O., 22 anos, solteira, costureira. Natural do Pôrto.

Mãe falecida de tuberculose pulmonar. Marido sífilítico.

Dismenorreia do tipo ovárico. Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45	1,45 minut....	23,5	3,15 minut....	20
30 » ...	38,5	2 horas	22,5	3,30 » ...	19,8
45 » ...	34,2	2,15 minut....	—	3,45 » ...	19,5
1 hora	30,9	2,30 » ...	21	5 horas	19,2
1,15 minut....	28	2,45 » ...	20,5		
1,30 » ...	25,5	3 horas	20,1		

OBS. N.º 55

Gravidez de 9 meses

I. A. E., 20 anos, solteira, serviçal. Natural de Bragança.
 Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.
 Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45	2 horas	22	3,45 minut....	18,5
30 » ...	38,9	2,15 minut....	21,1	4 horas	18,2
45 » ...	34	2,30 » ...	20,2	4,15 minut....	18,1
1 hora	29,9	2,45 » ...	19,6	4,30 » ...	—
1,15 minut....	27	3 horas	19,2	4,45 » ...	18
1,30 » ...	25,2	3,15 minut....	19	5 horas	18
1,45 » ...	23,9	3,30 » ...	18,8		

OBS. N.º 56

Gravidez de 9 meses

A. M., 30 anos, casada, costureira. Natural do Porto.
 O pai padece duma afecção gástrica. Marido sífilítico (?).
 Antecedentes pessoais: varíola e sarampo.
 Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	39,2	1,45 minut....	23,4	3,15 minut....	22,3
30 » ...	32	2 horas	23,1	3,30 » ...	22,2
45 » ...	27,3	2,15 minut....	23	4 horas	22,1
1 hora	25,4	2,30 » ...	22,8	5 horas	22
1,15 minut....	24,1	2,45 » ...	22,7		
1,30 » ...	23,9	3 horas	22,5		

OBS. N.º 57**Gravidez de 9 meses**

O. R., 19 anos, solteira, gaspeadeira. Natural do Pôrto.

Pai falecido de tuberculose pulmonar; três irmãos falecidos em criança. Marido saudável.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	43	2 horas	25	3,45 minut....	21,9
30 » ...	37,8	2,15 minut....	24	4 horas	21,7
45 » ...	34,2	2,30 » ...	23,2	4,15 minut....	21,5
1 hora	31,5	2,45 » ...	22,8	4,30 » ...	—
1,15 minut....	28,6	3 horas	22,4	4,45 » ...	—
1,30 » ...	27,3	3,15 minut....	22,2	5 horas	21,2
1,45 » ...	26	3,30 » ...	22		

OBS. N.º 58**Gravidez de 9 meses**

G. H., 32 anos, solteira, doméstica. Natural do Pôrto.

Nove irmãos falecidos em criança. Um irmão falecido já adulto de tuberculose pulmonar.

Gravidez normal. Feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	39	1,15 minut....	21
30 » ...	27,5	1,30 » ...	20,8
45 » ...	22,7	1,45 » ...	20,2
1 hora	21,6	3 horas	20

OBS. N.º 59**Abôrto incompleto**

C. F. S., 34 anos, casada, vendadeira. Natural de Gaia.

Pai falecido de tuberculose pulmonar.

Abôrto incompleto de 5 meses de gestação. Expulsão do feto há 3 dias; retenção de restos ovulares. Não existem sinais clínicos de infecção.

Sedimentação

15 minut....	46	1,15 minut....	17
30 » ...	38	1,30 » ...	16,6
45 » ...	21	1,45 » ...	16,3
1 hora	17,8	2 horas	16,1

OBS. N.º 60

Gravidez de 9 meses

E. C., 33 anos, viúva, fiandeira. Natural do Pôrto.

Marido falecido de tuberculose pulmonar.

Gravidez normal. Feto vivo. Multípara.

Sedimentação

15 minut....	41,2	1,30 minut....	22,2	2,45 minut....	20,6
30 » ...	33	1,45 » ...	21,5	3 horas	20,5
45 » ...	28,5	2 horas	21	3,15 minut....	20,3
1 hora	25	2,15 minut....	21	3,30 » ...	—
1,15 minut....	23,1	2,30 » ...	—	3,45 » ...	20

OBS. N.º 61

Infecção puerperal

M. M. C., 25 anos, casada, doméstica.

Primípara. Parto há 4 dias (fóra do Hospital).

Ventre fortemente abaúlado e timpanizado; involução uterina imperfeita; lóquios fétidos; arrepios; temperatura de 39° à tarde, com remissões matutinas de aproximadamente dois graus; pulso freqüente (120).

Número de glóbulos rubros por mm.³: 1.476.000 (Lab. Nobre).**Sedimentação**

15 minut....	18	1,30 minut....	7,6
30 » ...	9,6	1,45 » ...	7,5
45 » ...	8,1	2 horas	7,4
1 hora	8	2,15 minut....	7,2
1,15 minut....	7,6	2,30 » ...	7,2

OBS. N.º 62

Infecção puerperal

M. A. C., 22 anos, solteira, serviçal. Natural de Amarante. Pai falecido com uma úlcera (?) gástrica. Mãe e irmãos saudáveis. Marido sífilítico. Primeira menstruação aos 15 anos; dismenorreia do tipo uterino. Multípara (dois partos espontâneos e a termo antes da recente gestação).

A actual gravidez terminou pela expulsão prematura de um feto de 7 meses, com sinais de maceração.

Logo após o parto a doente sentiu-se com febre.

À data desta observação (6 dias após o parto) colhem-se os seguintes sintomas: Temperatura 39º,4, pulso 120, intensos arrepios; involução uterina imperfeita, fetidez dos loquios.

Sedimentação

15 minut....	19	1,30 minut....	14,8
30 » ...	16,1	1,45 » ...	—
45 » ...	15,5	2 horas	14,5
1 hora	15,1	2,15 minut....	14,2
1.15 minut....	15	2,30 » ...	14,2

OBS. N.º 63

Gravidez de 5 meses

T. P., 28 anos, solteira, fiandeira. Natural do Pôrto.

Secundípara. Antecedentes familiares sem interêsse.

Infecção intestinal aos 8 anos.

Sinais clínicos de gravidez de 5 meses. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	47	2,15 minut....	28,8	4,15 minut....	23
30 » ...	44	2,30 » ...	27,9	4,30 » ...	22,5
45 » ...	40,1	2,45 » ...	27	4,34 » ...	22
1 hora	36,5	3 horas	26	5 horas	—
1,15 minut....	34,2	3,15 minut....	25,5	5,15 minut....	21,5
1,30 » ...	32	3,30 » ...	24,9	5,30 » ...	—
1,45 » ...	31	3,45 » ...	24	5,45 » ...	—
2 horas	30	4 horas	23,5	6 horas	21

OBS. N.º 64

Fibromioma uterino; anexite bilateral

R. S. O., 43 anos, casada, doméstica. Natural do Pôrto.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 22 de Outubro de 1928. Menstruada pela primeira vez aos 14 anos; menstruações em regra abundantes e durando 6-7 dias.

Pai falecido de úlcera gástrica.

Nos antecedentes pessoais nada há digno de registo; 6 partos espontâneos.

Os seus padecimentos genitais datam de há 6 meses; assustada com uma leucorreia abundante e persistente, consultou um médico que, tendo encontrado um tumor uterino, lhe aconselhou uma intervenção cirúrgica.

De facto, a doente é portadora duma tumefacção abdominal, mediana e infra-umbilical, móvel, dura e indolor que, no seu ponto culminante quasi atinge a cicatriz umbilical.

Pelo toque verifica-se que a referida tumefacção ocupa o fundo de saco vaginal anterior e faz corpo com o útero.

Os aparelhos respiratório e circulatório nada apresentam de anormal. TM=14; Tm=8 (humeral esquerda; Pachon). Urinas sem elementos anormais. Apirexia.

Sedimentação

15 minut....	48	2,15 minut....	35	4,15 minut....	28,9
30 » ...	46	2,30 » ...	34,2	4,30 » ...	28
45 » ...	43,9	2,45 » ...	33	4,45 » ...	27,5
1 hora	42	3 horas	32,3	5,15 » ...	26,5
1,15 minut....	40	3,15 minut....	31,5	5,30 » ...	26
1,30 » ...	38,7	3,30 » ...	30,8	6 horas	25,5
1,45 » ...	37,1	3,45 » ...	30	6,30 minut. ...	25
2 horas	36,1	4 horas	29,2	7,15 » ...	24,5

Pôsto o diagnóstico de fibromioma uterino a doente é operada no Serviço de Ginecologia pelo Prof. Moraes Frias; no acto operatório verifica-se que de facto se tratava dum fibromioma uterino, associado ainda a uma anexite bilateral. A doente sai, curada, 15 dias após a intervenção.

OBS. N.º 65

Piosalpingite direita; retroflexão uterina; ovarite bilateral

E. S. R., 34 anos, casada, doméstica. Natural de Espozende.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 30 Outubro de 1928, queixando-se de que há muitos anos já sofre frequentes vezes de dôres na fossa ilíaca direita que irradiam para a região lombar e aumentam dias antes dos períodos catemeniais. Corrimento abundante, amarelado. Obstipação acentuada.

Nos antecedentes pessoais e familiares nada se apura digno de nota.

Pelo toque vaginal nota-se que o útero se encontra em retroflexão; anexos dolorosos, especialmente à direita; verifica-se, além disso que os anexos direitos se mostram levemente aumentados de volume.

A paciente apresenta-se com um bom estado geral e em apirexia. TM=13; Tm=7,5 (humeral esquerda; Pachon). Urinas sem elementos anormais.

Sedimentação

15 minut....	46	2,45 minut....	24,5	5,15 minut....	22,8
30 » ...	38	3 horas	24,1	5,30 » ...	22,7
45 » ...	32,6	3,15 minut....	24,1	5,45 » ...	22,5
1 hora	29,6	3,30 » ...	23,9	6 horas	22,4
1,15 minut....	28,2	3,45 » ...	23,6	6,15 minut....	—
1,30 » ...	27	4 horas	23,4	6,30 » ...	22
1,45 » ...	26,5	4,15 minut....	23,2	6,45 » ...	—
2 horas	26	4,30 » ...	23	7 horas	—
2,15 minut....	25,5	4,45 » ...	23	7,15 minut....	22
2,30 » ...	25	5 horas	22,9		

No acto operatório, realizado no Serviço de Clínica Ginecológica pelo Prof. Moraes Frias, verifica-se: bloco útero-anexial fortemente aderente aos órgãos vizinhos; útero em retroflexão; ane-xite bilateral com piosalpingite à direita.

A peça cirúrgica é extraída sem que haja derrame de pus na cavidade abdominal.

Sequelas operatórias sem incidentes. A paciente sai curada, 20 dias após a intervenção.

OBS. N.º 66

Mulher hígida; não grávida

A. A. B., 21 anos, solteira, empregada do Hospital. Natural de Alijó.

Pai falecido de congestão cerebral. Mãe falecida com uma neoplasia maligna no seio.

Nos antecedentes pessoais nada se apura de anormal.

Fluxos catameniais um pouco longos (8 dias), indolores e em pequena quantidade. Nuligesta (virgem).

Nesta mulher foram feitas duas provas de sedimentação: uma em pleno período menstrual, outra fóra dêle. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Sedimentação no período intermenstrual

15 minut....	49	1,45 minut....	44,3	3,15 minut....	—
30 » ...	48,5	2 horas	43,2	3,30 » ...	38,6
45 » ...	47,6	2,15 minut....	42,7	3,45 » ...	—
1 hora	46,7	2,30 » ...	42	4,15 » ...	37,3
1,15 minut....	45,8	2,45 » ...	41,1		
1,30 » ...	45	3 horas	40,5		

Sedimentação em pleno período menstrual

15 minut....	48,9	2,15 minut....	39,6	4,15 minut....	34
30 » ...	47,8	2,30 » ...	38,2	4,30 » ...	33,1
45 » ...	46,6	2,45 » ...	37,9	4,45 » ...	32,9
1 hora	45,2	3 horas	37	5 horas	32
1,15 minut....	44	3,15 » ...	36,1	5,15 minut....	31,9
1,30 » ...	43	3,30 » ...	35,3	5,30 » ...	31,5
1,45 » ...	42	3,45 » ...	35	5,45 » ...	31
2 horas	40,5	4 horas	34,2	6,15 » ...	30

OBS. N.º 67

Piosalpingite bilateral; retro-versão uterina

F. O. C., 31 anos, casada, doméstica. Natural de Penedono. Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 1 de Dezembro de 1928.

Pai falecido de (?). Mãe e três irmãos saudáveis. Três irmãos falecidos em criança.

Gripe pneumónica em 1918. Nuligesta.

Primeira menstruação aos 14 anos; dismenorrea do tipo uterino. Há 9 anos que se queixa de dores nas vésperas da erupção catamenial, dores estas que aumentam consideravelmente e persistem durante todo o período menstrual. Sensação de pêso no baixo ventre.

Períodos intermenstruais em regra curtos (3 semanas). Leucorreia. Ao toque vaginal nota-se: útero em retroflexão, anexos dolorosos, em especial à direita.

Estado geral da doente, bom. Apirexia.

Sedimentação

15 minut.... 49	1,45 minut.... —	3,15 minut.... 25
30 » ... 47	2 horas 33	3,30 » ... 24,6
45 » ... 44	2,15 minut.... 31,3	3,45 » ... —
1 hora 41	2,30 » ... 29,7	4 horas —
1,15 minut.... 37	2,45 » ... —	
1,30 » ... —	3 horas —	

A 8 de Dezembro de 1928, o Prof. Moraes Frias pratica a intervenção cirúrgica. Aberta a cavidade abdominal por laparotomia mediana, infra-umbilical, verifica-se a existência duma piosalpingite bilateral, aderente aos órgãos vizinhos; útero em retroflexão; ovarite bilateral.

As numerosas aderências fazem com que se torne inevitável o derrame de pus na cavidade abdominal, motivo porque a doente fica drenada.

No decorrer do período post-operatório a paciente apresenta temperaturas, oscilando entre 37 e 38 graus nos primeiros oito

dias; ao 11.º dia de operada a paciente acusa mesmo uma temperatura de 39º.

Não se registam, no entanto, sintômas de peritonite; pelo drêno nunca saíu pus.

A paciente sai curada a 5 de Janeiro de 1929.

OBS. N.º 68

Abôrto incompleto (3 meses de gestação)

S. J. S., 24 anos, casada, doméstica. Natural de Moimenta da Beira.

Antecedentes familiares e pessoais destituídos de interesse.

Abôrto de aproximadamente 3 meses de gestação, fóra do Hospital e no próprio dia da sua entrada para o Serviço de Clínica Obstétrica.

Retenção de restos ovulares. Não há sinais de infecção.

Sedimentação

15 minut.... 49	1,15 minut.... 44,9	2,15 minut.... 39,9
30 » ... 48	1,30 » ... 43,2	3 horas 38,5
45 » .. 47	1,45 » ... 41,7	4 » 34
1 hora 46	2 horas 41	

OBS. N.º 69

Gravidez de 9 meses

M. C., 20 anos, solteira, doméstica. Natural do Pôrto.

Pais saudáveis; marido sífilítico.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut.... 46	1,15 minut.... 31,5	2,15 minut.... 26,5
30 » ... 31	1,30 » ... 29,4	2,30 » ... 26
45 » ... 36	1,45 » ... 27,8	3 horas 25,4
1 hora 33,5	2 horas 27,1	4 » 24

OBS. N.º 70

Gravidez de 9 meses

R. B., 20 anos, solteira, serviçal. Natural de Barcelos.
 Gripe pneumônica em 1918. Sarampo e varioloide em creança.
 Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,5	1,15 minut....	32,6	2,15 minut....	24,6
30 » ...	41,1	1,30 » ...	30	2,30 » ...	24
45 » ...	37,5	1,45 » ...	27	3 horas	23,2
1 hora	35	2 horas	26	4 »	21

OBS. N.º 71

Gravidez de 9 meses

E. S., 30 anos, solteira, serviçal. Natural da Régua.
 Dismenorreia do tipo ovárico; gripe pneumônica em 1918;
 pneumonia há dois anos.
 Secundípara. Início de trabalho de parto; feto vivo.
 Oedêmas maleolares; albuminúria (4 gr. de albumina).

Sedimentação

15 minut....	37,8	1,30 minut....	22,5	2,45 minut....	20,2
30 » ...	31,9	1,45 » ...	22	3 horas	—
45 » ...	27,6	2 horas	21,5	3,30 minut....	20
1 hora	25,1	2,15 minut....	21,2	4 horas	19,9
1,15 minut....	23,3	2,30 » ...	20,8	5,45 minut....	19,1

OBS. N.º 72

Gravidez de 9 meses

F. S., 22 anos, solteira, costnreira. Natural do Pôrto.
 Pai falecido de (?); mãe e 3 irmãos saudáveis; duas irmãs
 falecidas em creança; marido sífilítico. Variola em creança.

Passado obstétrico: um aborto de 3 meses de gestação apirético. Gravidez actual sem incidentes; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 44,5	1,45 minut.... 29,8	3,15 minut.... 23,9
30 » ... 40,9	2 horas 28,2	3,30 » ... 23,1
45 » ... 37	2,15 minut.... 27	3,45 » ... 23
1 hora 34,7	2,30 » ... 26,1	4 horas 22,9
1,15 minut.... 32,7	2,45 » ... 25,5	
1,30 » ... 31,2	3 horas 24,6	

OBS. N.º 73

Gravidez de 9 meses

L. J., 29 anos, solteira, doméstica. Natural de Vila Nova de Foscôa. Antecedentes familiares sem interêsse.

Antecedentes pessoais: gripe pneumónica em 1918.

Primigesta. Gravidez normal, feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 48,2	1,45 minut.... 32,5	4,15 minut.... 24,3
30 » ... 45,3	2 horas 30,7	5 horas 23,6
45 » ... 41,9	2,15 minut.... 29	5,15 minut.... —
1 hora 39	2,30 » ... 28	5,30 » ... 23,5
1,15 minut.... 37,1	2,45 » ... 27	
1,30 » ... 32,9	3 horas —	

OBS. N.º 74

Gravidez de 9 meses

A. P. C., 24 anos, casada, doméstica. Natural de Braga.

Pai falecido de tuberculose pulmonar; mãe falecida de neoplasia maligna uterina.

Antecedentes pessoais: reumatismo articular agudo em creança.

A auscultação cardíaca revela a existência duma insuficiência aórtica e mitral.

Passado obstétrico: três abortos de 3 meses de gestação, um parto prematuro (8 meses de gestação) e um parto a termo.
Gravidez actual decorrendo sem incidentes; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	43,2	2,15 minut....	25	4,15 minut....	23
30 » ...	35	2,30 » ...	24,7	4,30 » ...	22,9
45 » ...	31,5	2,45 » ...	24,3	4,45 » ...	22,9
1 hora	30	3 horas	24	5 horas	22,9
1,15 minut....	28	3,15 minut....	—	5,15 minut....	22,5
1,30 » ...	27,1	3,30 » ...	23,5	5,30 » ...	22,5
1,45 » ...	26,5	3,45 » ...	23,2	5,45 » ...	22
2 horas	26	4 horas	23	6 horas	—

OBS. N.º 75

Gravidez de 9 meses

M. C. F., 24 anos, casada, tecedeira.

Antecedentes familiares e pessoais sem interêsse.

Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,8	1,45 minut....	22,7	3,15 minut....	20
30 » ...	38	2 horas	22	3,45 » ...	19,9
45 » ...	30,5	2,15 minut....	21,6	4 horas	19,9
1 hora	27	2,30 » ...	21	5 »	19,9
1,15 minut....	25	2,45 » ...	20,8		
1,30 » ...	23,5	3 horas	20,5		

OBS. N.º 76

Gravidez de 9 meses

L. S., 41 anos, casada, serviçal. Natural de Amarante.

Antecedentes pessoais e familiares, sem interêsse.

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 44	2,15 minut.... 26,2	4,15 minut.... 21
30 » ... 39,2	2,30 » ... 25	4,30 » ... 20,8
45 » ... 35	2,45 » ... 24,2	4,45 » ... 20,4
1 hora 33	3 horas 23,5	5 horas 20,4
1,15 minut.... 31,5	3,15 minut.... 22,5	5,15 minut.... 20
1,30 » ... 30	3,30 » ... —	5,30 » ... 20
1,45 » ... 28,6	3,45 » ... 21,7	5,45 » ... 19,9
2 horas 27,3	4 horas 21,3	6 horas 19,5

OBS. N.º 77**Gravidez de 9 meses**

N. M., 21 anos, casada, serviçal. Natural de Ponte do Lima.

Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 48,5	2,15 minut.... 23,4	4,15 minut.... 20
30 » ... 39	2,30 » ... 22,5	4,30 » ... 19,5
45 » ... 34	2,45 » ... 22	4,45 » ... 19,5
1 hora 31,5	3 horas 21,5	5 horas 19,5
1,15 minut.... 29	3,15 minut.... —	5,15 minut.... 19,5
1,30 » ... 27,1	3,30 » ... 20,5	5,30 » ... 19,2
1,45 » ... 25,6	3,45 » ... 20,2	5,45 » ... 19,1
2 horas 24,5	4 horas 20	6 horas —

OBS. N.º 78**Gravidez de 9 meses**

J. R., 25 anos, solteira, tecedeira. Natural do Pôrto.

Pai falecido de doença que desconhece. Antecedentes pessoais sem interesse.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... ?	2 horas 18,3	3,30 minut.... 17,7
30 » ... ?	2,15 minut.... 18,1	3,45 » ... 17,5
45 » ... 22,6	2,30 » ... 18	4 horas 17,2
1 hora 20,5	2,45 » ... 18	4,15 minut.... 17,2
1,15 minut.... 19,5	3 horas 17,7	
1,30 » ... 19	3,15 minut.... 17,7	

As duas primeiras leituras não puderam ser feitas em virtude da pouca nitidez da superfície do depósito globular.

OBS. N.º 79**Gravidez de 9 meses**

L. J. S., 19 anos, solteira, doméstica. Natural da Régua.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut.... 39	1,15 minut.... 24,3	2,45 minut.... 22
30 » ... —	1,45 » ... 23,2	3 horas 21,9
45 » ... 27	2,15 » ... 22,5	3,15 minut.... 21,6
1 hora 25,8	2,30 » ... 22,2	5 horas 21

OBS. N.º 80**Retroversão uterina; anexite esquerda**

M. P. C., 34 anos, viúva, doméstica.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 8 de Outubro de 1928.

Mãe falecida com uma neoplasia maligna do útero. O marido, que era sífilítico faleceu duma tuberculose laríngea.

Nos antecedentes pessoais registam-se duas pneumonias.

1.^a menstruação aos 13 anos; espaços intermenstruais longos (6 semanas); dismenorria do tipo ovárico; leucorreia.

7 partos espontâneos e a termo; 1 aborto de 5 meses de gestação. Última gestação há quatro anos.

Há onze anos, depois do seu segundo parto, começou a apresentar leves dôres na fossa ilíaca esquerda, que aumentavam com a aproximação dos períodos catameniais.

Últimamente (há 1 ano), os seus padecimentos têm aumentado: as dôres são agora mais violentas; sensação de pêso no baixo ventre.

Corrimento amarelado e abundante. Ligeira obstipação.

Ao toque vaginal notava-se: Útero em retroversão; anexos esquerdos dolorosos.

Aparelhos respiratório e circulatório normais. TM=13; Tm=7 (humeral esquerda; Pachon).

Apirexia. Urinas sem elementos anormais.

Reacção de Wassermann no sangue, negativa.

Em face duma tal sintomatologia é pôsto o diagnóstico de retroversão uterina com anexite esquerda.

Sedimentação

15 minut....	49	1,30 minut....	40	2,45 minut....	32,2
30 » ...	48	1,45 » ...	38,1	3 horas	31,5
45 » ...	46,5	2 horas	36,1	3,15 minut....	31
1 hora	44,5	2,15 minut....	34,9	4,15 » ...	—
1,15 minut....	42,1	2,30 » ...	33,2	5,15 » ...	28

A intervenção cirúrgica praticada pelo Professor Moraes Frias, confirma o diagnóstico pôsto.

A doente saiu curada a 28 de Janeiro de 1929.

OBS. N.º 81

Gravidez de 9 messs

M. G., 35 anos, casada, doméstica. Natural de Amarante.

Antecedentes familiares sem interêsse.

Antecedentes pessoais: Variola, sarampo e febre tifoide.

Multigesta; 3 partos espontâneos e a têrmo; um abôrto.

Gravidez actual normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	46,4	1,45 minut....	29	3,45 minut....	22,5
30 » ...	42,1	2 horas	27,3	4 horas	22
45 » ...	38,9	2,15 minut....	25,8	4,15 minut....	22
1 hora	—	2,30 » ...	24,5	4,30 » ...	22
1,15 minut....	33,9	2,45 » ...	24		
1,30 » ...	31	3,15 » ...	23		

OBS. N.º 82

Fibromioma uterino; anexite quística bilateral

J. R. O., 28 anos, solteira, doméstica. Natural de Gaia.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 15 de Dezembro de 1928.

O pai padece duma bronquite crónica; uma irmã falecida de tuberculose pulmonar; tem uma irmã que sofre do estômago.

Antecedentes pessoais: sarampo em criança; há 11 anos sofreu muito do estômago (gastralgias, pirosis, vômitos), chegando a estar internada no Hospital, donde saiu muito melhorada; actualmente os seus padecimentos gástricos desapareceram.

1.^a menstruação aos 13 anos; dismenorrea do tipo ovárico.

Dois partos espontâneos e a termo (o último há 5 anos).

Os seus padecimentos genitais iniciaram-se após o primeiro parto (há 8 anos), e consistiam em menorrugas abundantes, que duravam em regra 8 dias.

Há um ano porém, as menorrugas redobram de intensidade ao mesmo tempo que surgem metrorragias.

A paciente queixa-se ainda de polaquúria, com sensação de peso no baixo ventre.

Abdómen abaulado à custa duma tumefacção dura, indolôr, mediana e infraumbilical, cujo ponto culminante atinge o umbigo.

Pelo toque vaginal verifica-se que esta tumefacção faz corpo com o útero.

Nos outros aparelhos nada há digno de registo especial.

É pôsto o diagnóstico de fibromioma uterino.

Sedimentação

15 minut....	49	1,45 minut....	40,8	3,15 minut....	35,6
30 » ...	48	2 horas	39,7	3,30 » ...	35
45 » ...	46	2,15 minut....	39	4 horas	33
1 hora	44,9	2,30 » ...	38	4,45 » ...	31,5
1,15 minut....	43,4	2,45 » ...	37		
1,30 » ..	42	3 horas	36,3		

Na intervenção cirúrgica praticada pelo Professor Moraes Frias, confirma-se o diagnóstico de fibromioma uterino e verifica-se ainda a existência duma anexite microquística bilateral. Sequelas operatórias normais.

OBS. N.º 83**Gravidez de 9 meses**

R. J. M., 21 anos, casada, doméstica. Natural de Sinfães.
Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.
Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	45	1,45 minut....	23,2	2,45 » ...	19,5
30 » ...	37,5	2 horas	22	3 horas	19
45 » ...	32	2,15 minut....	21	3,15 » ...	18,9
1 hora	29,5	2,30 » ...	20	3,30 » ...	18,5

OBS. N.º 84**Gravidez de 7 e 8 meses**

J. S. M., 19 anos, solteira, doméstica. Natural de Vila Pouca de Aguiar.

Pai falecido de tuberculose pulmonar; mãe e 3 irmãs saudáveis; um irmão falecido de ?; marido saudável.

1.^a menstruação aos 12 anos, seguida de 1 ano de amenorreia; de então para cá as menstruações apresentam-se normais.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação ao 7.º mês

15 minut.... ?	1 hora	27
30 » ... ?	1,15 minut....	25,5
45 » .. 29		

Nesta observação não foi possível fazer as duas primeiras leituras em virtude de não se apresentar nítida a superfície do depósito globular.

Sedimentação ao 8.º mês

15 minut.... 39,7	1,15 minut.... 16,5	3,30 minut.... —
30 » ... 25,2	1,30 » ... 16,1	3,45 » ... 14,9
45 » ... 19,1	1,45 » ... 15,9	4 horas —
1 hora 17,2	3,15 » ... 15	4,15 minut.... 14,8

OBS. N.º 85**Gravidez de 7 meses**

O. C., 23 anos, solteira, jornaleira. Natural de Cabeceiras de Basto.

Antecedentes familiares e pessoais sem interêsse.

Gravidez normal ; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut.... 42	1,45 minut.... 21,9	3,15 minut.... 19,6
30 » ... 35	2 horas 21,1	3,30 » ... 19,5
45 » ... 30	2,15 minut.... —	3,45 » ... 19,5
1 hora 26,9	2,30 » ... 20	4 horas —
1,15 minut.... —	2,45 » ... 19,9	
1,30 » ... 22,5	3 horas 19,7	

OBS. N.º 86**Gravidez de 9 meses**

M. D., 27 anos, solteira, serviçal. Natural de Baião.

Antecedentes familiares sem interêsse.

Antecedentes pessoais: tifo exantemático em 1918.

Primigesta. Gravidez normal ; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,4	1,15 minut....	29	2,30 minut....	21,3
30 » ...	39,5	1,30 minut....	26,7	3,15 » ...	19,5
45 » ...	34,9	1,45 minut....	24,6		
1 hora	31,3	2 horas	—		

OBS. N.º 87

Gravidez de 9 meses

M. C. M., 18 anos, solteira, dobadeira. Natural de Famalicão.
 Pais e irmãos saudáveis. Marido sífilítico.
 Antecedentes pessoais sem interêsse.
 Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	31,5	1,15 minut....	23	2,45 minut....	21,6
30 » ...	26,3	1,30 » ...	22,8	4 horas	21,4
45 » ...	24,5	2,15 minut....	22		
1 hora	23,8	2,30 » ...	21,9		

OBS. N.º 88

Gravidez de 9 meses

M. A., 27 anos, solteira, serviçal. Natural de Sinfães.
 Pais falecidos de (?). Dois irmãos e marido saudáveis.
 Antecedentes pessoais sem interêsse. Primigesta.
 Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	38,4	1,30 minut....	20,2	2,45 minut....	19
30 » ...	30,9	1,45 » ...	19,9	3 horas	18,9
45 » ...	26,8	2 horas	19,5	3,30 minut....	18,3
1 hora	23,2	2,15 minut....	19,2	4 horas	18,2
1,15 minut....	21,2	2,30 » ...	19	4,15 minut....	18,2

OBS. N.º 89

Gravidez de 9 meses

J. A. S. M., 23 anos, casada, doméstica. Natura de Matosinhos.

Mãe falecida de carbúnculo; o pai padece de bronquite crônica; 4 irmãos saudáveis; uma irmã falecida de tuberculose pulmonar.

Antecedentes pessoais: Variola.

Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48,5	1,45 minut....	28,9	3,30 minut....	24
30 » ...	40,8	2 horas	28	3,45 » ...	—
45 » ...	36,2	2,15 minut....	27	4 horas	23,1
1 hora	33	2,30 » ...	26,2	4,15 » ...	23
1,15 minut....	31	2,45 » ...	25,9		
1,30 » ...	29,9	3 horas	25,2		

OBS. N.º 90

Gravidez de 9 meses

A. P., 20 anos, solteira, serviçal. Natural do Pôrto.

Antecedentes pessoais e familiares sem interesse.

Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,8	1,45 minut....	29,5	3,15 minut....	—
30 » ...	41,1	2 horas	27,5	3,30 » ...	22
45 » ...	38,4	2,15 minut....	26	4 horas	21,1
1 hora	35,9	2,30 » ...	24,8	4,15 » ...	21,2
1,15 minut....	33,4	2,45 » ...	23,9		
1,30 » ...	31,2	3 horas	22		

OBS. N.º 91

Gravidez de 9 meses

J. P. P., 26 anos, solteira, costureira. Natural do Pôrto.

Pais falecidos do tuberculose pulmonar. 1 irmão falecido igualmente de tuberculose pulmonar. 4 irmãos falecidos em criança.

Antecedentes pessoais sem interêsse.

Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48	1,15 minut....	38,9	3 horas	27,5
30 » ...	45,7	1,30 » ...	37,1	3,45 minut....	25,5
45 » ...	43,2	1,45 » ...	35,2	4,15 » ...	24,5
1 hora	41	2 horas	33,2		

OBS. N.º 92

Gravidez de 9 meses

U. C., 32 anos, solteira, serviçal. Natural de Cabeceiras de Basto.

Mãe falecida de febre tifoide; pai e dois irmãos saúdáveis; dois irmãos falecidos de (?).

Antecedentes pessoais: febre tifoide.

Secundigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	47,6	1,45 minut....	38,2	3,15 minut....	—
30 » ...	46,5	2 horas	36,5	3,30 » ...	—
45 » ...	44,6	2,15 minut....	35,8	3,45 » ...	30
1 hora	43,2	2,30 » ...	34	5 horas	28
1,15 minut....	41,5	2,45 » ...	32,8		
1,30 » ...	39,9	3 horas	—		

OBS. N.º 93

Gravidez de 9 meses

G. A., 23 anos, solteira, vendadeira. Natural do Pôrto.

Pai falecido de tuberculose pulmonar; mãe saúdável.

Antecedentes pessoais: sarampo, varíola e febre tifoide.

Sedimentação

15 minut....	48,2	1,45 minut....	29,5	3,15 minut....	—
30 » ...	45	2 horas	28,6	3,30 » ...	—
45 » ...	38,9	2,15 minut....	27,8	3,45 » ...	26,9
1 hora	35,9	2,30 » ...	27,2	5 horas	25
1,15 minut....	33,1	2,45 » ...	26,9		
1,30 » ...	31,1	3 horas	—		

OBS. N.º 94**Gravidez de 3 meses**

A. C., 19 anos, solteira, serviçal. Natural do Pôrto. Primigesta. Mãe falecida subitamente; pai e 4 irmãos saudáveis; um irmão falecido em criança; marido saudável.

Antecedentes pessoais: pneumonia e infecção intestinal; uma reacção de Wassermann praticada há 4 meses apresentou-se levemente positiva.

Gravidez de 3 meses (ameaça de aborto). Não há sinais de infecção; apirexia.

Sedimentação

15 minut....	34	1,15 minut....	24,1	2,15 minut....	22,5
30 » ...	28,2	1,30 » ...	23,7	2,30 » ...	22
45 » ...	26	1,45 » ...	23	2,45 » ...	22
1 hora	25	2 horas	22,7	3 horas	21,5

OBS. N.º 95**Ovarite microquística direita**

A. C., 26 anos, florista. Natural do Pôrto.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 8 de Dezembro de 1928.

Pai falecido de (?). A mãe é de constituição fraca. Um filho falecido de meningite. Marido sífilítico.

Antecedentes pessoais: febre tifoide aos 20 anos.

Sofre do aparelho genital há bastantes anos o que motivou já

uma intervenção cirúrgica: ressecção parcial do ovário direito, salpingoectomia direita, anexectomia esquerda e apendicectomia (31/III/928).

Após esta intervenção a paciente sentiu notáveis melhoras.

Em breve, porém, começou a queixar-se de dores na fossa ilíaca direita, dores estas que se intensificavam consideravelmente com a aproximação das épocas menstruais.

Pelo toque vaginal verifica-se que o fundo de saco direito se encontra particularmente sensível.

Apirexia. $TM = 14,5$; $Tm = 9$.

É posto o diagnóstico de ovarite direita.

Sedimentação

15 minut.... 49	1,45 minut.... 44,5	3,15 minut.... 40,1
30 » ... 48,4	2 horas —	4,15 » ... 39,4
45 » ... 47,8	2,15 minut.... 43	4,45 » ... 37,1
1 hora 47	2,30 » ... 42,1	5,15 » ... 36,3
1,15 minut.... 46	2,45 » ... —	
1,30 » ... 45,5	3 horas —	

A intervenção cirúrgica praticada pelo Professor Morais Frias, confirma o diagnóstico (ovarite microquística direita).

OBS. N.º 96

Gravidez de 9 meses

M. R., 29 anos, solteira, serviçal. Natural de Lamego.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Múltipara (dois partos espontâneos e a têrmo).

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... ?	1,45 minut.... 23,8	3,15 minut.... 21,3
30 » ... 36	2 horas 22,9	3,30 » ... 21,3
45 » ... 31,1	2,15 minut.... 22,5	3,45 » ... 21
1 hora 27,9	2,30 » ... 22,1	4 horas 21
1,15 minut.... 25,5	2,45 » ... 21,9	
1,30 » ... 24,2	3 horas 21,5	

OBS. N.º 97

Gravidez de 9 meses ; eclampsia

A. V. F., 24 anos, casada, doméstica. Natural de Lisboa.

Pais e marido saúdáveis.

Antecedentes pessoais: febre tifoide. Primigesta.

Gravidez de 9 meses; feto vivo; trabalho de parto avançado (período expulsivo).

Oedêmas nos membros inferiores; albuminúria (7 gr. de albumina). Acessos eclampticos intensos e freqüentes. Temperatura, 37º,6.

A colheita do sangue para a prova da sedimentação foi feita momentos antes do parto.

Sedimentação

15 minut....	44,9	1,15 minut....	25	3 horas	22
30 » ...	36,9	1,30 » ...	24	4 »	21,8
45 » ...	30,8	2 horas	23	4,30 minut....	21,5
1 hora	27	2,15 minut....	22,9	5 horas	21,3

A paciente sai curada ao 8.º dia de puerperio.

OBS. N.º 98

Gravidez de 9 meses

L. R., 21 anos, solteira, operária. Natural do Pôrto.

Pai falecido de congestão cerebral. Mãe e 5 irmãos saúdáveis.

Um irmão falecido com uma doença de rins (?). Marido saúdável.

Antecedentes pessoais sem interesse. Primigesta.

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48,1	1,45 minut....	35	3,15 minut....	27
30 » ...	45,2	2 horas	34	3,30 » ...	26
45 » ...	42,2	2,15 minut....	32,2	—	—
1 hora	40,5	2,30 » ...	30,9	6,15 minut....	21,8
1,15 minut....	38,9	2,45 » ...	29,5		
1,30 » ...	37	3 horas	—		

OBS. N.º 99

Gravidez de 9 meses

R. C. M., 33 anos, solteira, doméstica. Natural de Lamego.

Pai falecido de (?). Mãe falecida de tuberculose pulmonar.

3 irmãos falecidos em criança. Marido saudável.

Antecedentes pessoais: sarampo e varíola em criança.

Passado obstétrico: 4 partos espontâneos, a termo. Um aborto de 5 meses de gestação.

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

30 minut.... 35	2 horas 22,2	3,30 minut.... 20,5
45 » ... 30,2	2,15 minut.... 22	3,45 » ... 20,5
1 hora 28	2,30 » ... 21,5	4,15 » ... 20,1
1,15 minut.... 25,5	2,45 » ... 21,1	4,30 minut.... 20
1,30 » ... 24,5	3 horas 21	
1,45 » ... 23	3,15 minut.... 20,9	

OBS. N.º 100

Gravidez de 9 meses

J. L. D., 25 anos, solteira, serviçal. Natural de Barcelos.

Pais falecidos de (?). Um irmão falecido de febre tifoide.

Antecedentes pessoais: sarampo e varíola em criança. Primigesta.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... —	1,45 minut.... 36,9	3,30 minut.... 28
30 » ... 45,4	2 horas 35,2	3,45 » ... 27
45 » ... 43	2,15 minut.... 33,2	4,15 » ... 25,2
1 hora 41,3	2,45 » ... 31,5	4,30 » ... 25
1,15 minut.... 39,7	3 horas 30	
1,30 » ... 38,5	3,15 minut.... 29,1	

OBS. N.º 101

Gravidez de 7 meses

R. F., 21 anos, casada, serviçal. Natural de Vila da Feira. O pai padece de bronquite; mãe e 7 irmãos saúdáveis. Marido saúdável.

Antecedentes pessoais: sarampo em criança. Primigesta.

Gravidez de 7 meses, em início de trabalho de parto. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 48	1,45 minut.... 37,5	3,15 minut.... 30,8
30 » ... 46	2 horas 36	3,30 » ... 29,8
45 » ... 44	2,15 minut.... 35	3,45 » ... —
1 hora 42	2,30 » ... —	5 horas 26
1,15 minut.... 40,5	2,45 » ... 32,5	
1,30 » ... 38,9	3 horas 31,9	

OBS. N.º 102

Gravidez de 9 meses

A. F., 25 anos, solteira, serviçal. Natural de Penafiel.

Pais falecidos de (?). Uma irmã falecida de tuberculose pulmonar; 4 irmãos saúdáveis. O marido é de constituição fraca.

Antecedentes pessoais sem interêsse. Múltipara (1 parto espontâneo e a termo).

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 47	1,45 minut.... 26,5	3,15 minut.... 21,8
30 » ... 43,1	2 horas 24	3,30 » ... 21,4
45 » ... 39,2	2,15 minut.... 23	3,45 » ... —
1 hora 35,6	2,30 » ... 22,5	5 horas 21
1,15 minut.... 32	2,45 » ... 22	
1,30 » ... 28,5	3 horas 22	

OBS. N.º 103

Fibromioma uterino; ovarite escleroquistica bilateral

M. F. 43 anos, solteira, serviçal. Natural de S.to Tirso.

Entra para o Serviço de Clínica Médica Ginecológica a 11 de Janeiro de 1929.

Os pais faleceram de doenças que desconhece.

Nos antecedentes pessoais há a registar apenas uma cloro-anemia aos 22 anos.

1.^a menstruação aos 17 anos; menstruações abundantes, de 6 a 10 dias, seguidas em regra duma leucorreia abundante que durava aproximadamente 15 dias.

Há 8 anos que notou a existência duma pequena tumefacção abdominal que excedia um pouco a sínfise púbica; essa tumefacção foi crescendo progressivamente; nestes últimos cinco meses surgem sinais de compressão (disuria com polaquiúria).

O ventre apresenta-se levemente abanlado; a palpação revela na verdade a existência duma tumefacção dura, indolor, situada na região hipogástrica e que ultrapassa 8 cm. o bôrdo superior da sínfise púbica.

Pelo toque vaginal verifica-se que esta tumefacção ocupa sobretudo os fundos de saco anterior e direito da vagina e parece fazer corpo com o útero.

O exame físico dos restantes aparelhos nada revela de anormal.

TM = 15; Tm = 8,5 (humeral esquerda; Pachon). Urinas sem elementos anormais. Apirexia.

Em face duma tal sintomatologia é posto o diagnóstico de fibrioma uterino.

Sedimentação fora do período menstrual

15 minut.... 49	2 horas 39	3,45 minut.... 33,5
30 » ... 48	2,15 minut.... 38	4 horas 33
45 » ... 46,4	2,30 » ... 36,8	4,30 minut.... 32,1
1 hora 45	2,45 » ... 36	4,45 » ... 32
1,15 minut.... 43,2	3 horas 35,2	5 horas 32
1,30 » ... 42	3,15 minut.... 34,5	5,15 minut.... 31,2
1,45 » ... 40,2	3,30 » ... 34	

Sedimentação durante a menstruação

15 minut.... 49	2 horas 40,5	3,45 minut.... 35
30 » ... 48	2,15 minut.... 39,5	4 horas 34
45 » ... 47	2 30 » ... 38,9	4,15 minut.... 33
1 hora 45,4	2 45 » ... —	4,30 » ... 33
1,15 minut.... 43,9	3 horas 37	5,15 » ... 30,7
1,30 » ... 42,6	3,15 minut.... 36,1	5,45 » ... 30
1,45 » ... 41,5	3,30 » ... 35,6	

A intervenção cirúrgica praticada pelo Prof. Moraes Prias confirma o diagnóstico de fibromioma uterino e demonstra ainda a existência duma ovarite escleroquística bilateral.

Período post-operatório sem incidentes. A paciente tem alta curada ao 16.º dia após a intervenção.

OBS. N.º 104**Gravidez de 9 meses**

R. M. F., 18 anos, casada, doméstica. Natural de Guimarães. Pai falecido de desastre; mãe e 6 irmãos saudáveis; marido saudável.

Antecedentes pessoais: varíola em criança.

Gravidez normal. Feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut.... —	1,15 minut.... 25	3,45 minut.... 23
30 » ... 31,3	1,30 » ... 24,3	4,15 » ... 23
45 » ... 28,1	1,45 » ... 24,1	4,30 » ... 23
1 hora 25,9	3,30 » ... 23,2	6 horas 23

OBS. N.º 105**Gravidez de 9 meses**

C. J., 25 anos, casada, costureira. Natural do Pôrto.

Pais e 7 irmãos saudáveis; 5 irmãos falecidos em criança.

Dismenorreia do tipo ovárico.

Secundigesta (um aborto de 3 meses de gestação).

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	48	1,15 minut....	—
30 » ...	—	1,30 » ...	25,5
45 » ...	27,2	2,45 » ...	25
1 hora	26	3,45 » ...	25

OBS. N.º 106**Gravidez de 9 meses**

E. M., 33 anos, casada, doméstica. Natural de Santa Marta de Penaguião.

Pai falecido de (?); mãe e 5 irmãos saudáveis; marido saudável.

Primigesta; gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	49,5	1,15 minut....	21	2,30 minut....	20
30 » ...	24	1,30 » ...	20,9	2,45 » ...	20
45 » ...	22	1,45 » ...	20,5	3 horas	20
1 hora	21,5	2,15 minut....	20,3	3,15 minut....	20

OBS. N.º 107**Retro-versão uterina; metro-anexite bilateral.****Laceração perineal do 2.º grau**

R. M. T., 46 anos, casada, doméstica. Natural da Póvoa do Varzim.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 24 de Dezembro de 1928.

Mãe falecida duma afecção intestinal; pai falecido de congestão cerebral; dois irmãos falecidos em criança. Nos antecedentes pessoais nada há digno de registo.

Primeira menstruação aos 15 anos; dismenorria do tipo ovárico. Um parto espontâneo e a termo.

Os seus padecimentos genitais datam de há 14 anos e constam de dores, por vezes intensas, na fossa ilíaca esquerda com

irradiação para a côxa do mesmo lado; estas dôres aumentam consideravelmente nas vésperas dos períodos menstruais.

O toque vaginal revela: laceração perineal do 2.º grau, útero em retro-versão, anexos dolorosos, especialmente à esquerda.

O exame físico dos restantes aparelhos nada revela de anormal. TM=14; Tm=7,5 (humeral esquerda; Pachon). Urinas sem elementos anormais. Apirexia.

Sedimentação

15 minut.... 49,3	2 horas 42	3,45 minut.... 37
30 » ... 48,5	2,15 minut.... 41	4 horas 36,9
45 » ... 47,3	2,30 » ... 40	4,15 minut.... 36
1 hora 46,3	2,45 » ... 39,5	4,30 » ... 35,9
1,15 minut.... 45	3 horas 39	4,45 » ... —
1,30 » ... 44	3,15 minut.... 38,1	6 horas 34
1,45 » ... 43	3,30 » ... 37,9	

Na intervenção cirúrgica, praticada pelo Prof. Moraes Frias, verifica-se a existência duma retroversão uterina com ovarite microquística bilateral; fortes aderências.

A paciente saíu curada a 28 de Fevereiro de 1928.

OBS. N.º 108

Gravidez de 9 meses

M. A. F., 28 anos, casada, carrejona. Natural do Pôrto.

Pai falecido duma doença de rins; mãe e 7 irmãos saudáveis; 2 irmãos falecidos em criança e 2 falecidos já adultos de tuberculose.

Marido saudável. Antecedentes pessoais sem interesse.

Múltipara (4 partos espontâneos e a têtmo; 1 abôrto).

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 48,9	1,15 minut.... 23,3	2,15 minut.... 22
30 » ... 45,2	1,30 » ... 22,9	3,15 » ... 22
45 » ... 29	1,45 » ... 22,5	4,15 » ... 22
1 hora 24,8	2 horas 22,1	5,15 » ... 22

OBS. N.º 109

Gravidez de 9 meses

F. S. F., 30 anos, casada, doméstica. Natural do Pôrto.

Pai falecido de congestão cerebral; mãe e 5 irmãos saudáveis; marido saudável.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Multipara (5 partos espontâneos e a termo; 3 abortos).

Gravidez de 9 meses; feto hidrocefálico, em maceração.

Sedimentação

15 minut....	44	1,45 minut....	31	3,15 minut....	24,9
30 » ...	43	2 horas	—	4,15 » ...	23
45 » ...	39	2,15 minut....	28,2	5,15 » ...	—
1 hora	35,9	2,30 » ...	27	8 horas	20,6
1,15 minut....	34	2,45 » ...	26		
1,30 » ...	32,5	3 horas	25		

OBS. N.º 110

Gravidez de 9 meses

C. S., 30 anos, casada, doméstica. Natural do Pôrto.

Pais e 3 irmãos saudáveis; um irmão falecido de tuberculose pulmonar, dois irmãos falecidos em creança. Marido saudável.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Multipara (3 partos espontâneos e a termo).

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	47,5	1,15 minut....	31,6	3,30 minut....	23
30 » ...	42	1,30 » ...	28,5	4 horas	22,5
45 » ...	37,4	2,30 » ...	25	4,45 minut....	22
1 hora	34,2	3 horas	24	7,30 » ...	21

OBS. N.º 111

Gravidez de 9 meses

M. F., 29 anos, casada, doméstica. Natural de Penafiel.

Pai falecido de infecção intestinal. Marido saudável.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Multipara (5 partos espontâneos e a termo, um dos quais gemelar). Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... ?	1,15 minut.... 20,2	2,15 minut.... 19,4
30 » ... 21,7	1,30 » ... 20	2,45 » ... 19
45 » ... 21	1,45 » ... 19,9	3,45 » ... 19
1 hora 20,4	2 horas 19,5	4,15 » ... 18,9

A primeira leitura não pôde sêr feita por se encontrar pouco nítida a superfície do depósito globular.

OBS. N.º 112

Gravidez de 9 meses

A. A., 33 anos, solteira, costureira. Natural do Pôrto.

O pai, que era portador duma afecção gástrica, submeteu-se por êsse motivo a uma intervenção cirúrgica, tendo falecido em pleno acto operatório. Mãe e duas irmãs saudáveis; 8 irmãos falecidos em creança. O marido padece do fígado.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut.... —	1,45 minut.... 27	3,15 minut.... 25,5
30 » ... 42	2 horas 26,6	3,30 » ... —
45 » ... 35,1	2,15 minut.... 26,2	3,45 » ... 25
1 horas 30,4	2,30 » ... 26	5,15 » ... 25
1,15 minut.... 28,2	2,45 » ... 25,8	
1,30 » ... 27,8	3 horas 25,5	

OBS. N.º 113

Gravidez de 9 meses

M. C., 28 anos, casada serviçal. Natural de Braga.

Pai falecido de (?). Mãe e 6 irmãos saudáveis; uma irmã falecida em creança de meningite. Marido saudável.

Antecedentes pessoais: tifo exantemático.

Gravidez normal; feto vivo, Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	48,1	1,15 minut....	40,1	3,30 minut....	31,5
30 » ...	45,2	2,15 » ...	36	3,45 » ...	30,5
45 » ...	43,6	2,45 » ...	33,7	4,15 » ...	29
1 hora	41,4	3,15 » ...	32	6,45 » ...	25,1

OBS. N.º 114

Infecção puerperal

F. C., 26 anos, solteira, creada do Hospital. Natural de Vila Nova de Gaia. (Cfr. Obs. n.º 44).

A 11 de Janeiro de 1929, parto espontâneo e a termo dum feto vivo.

Ao 2.º dia de puerpério, ascensão brusca da temperatura que atinge 40º,3; intensos arrepios; pulso a 140.

A sintomatologia da infecção puerperal completa-se com a evolução da doença: involução uterina estacionária; lóquios abundantes e fétidos; a temperatura, sempre elevada, atinge 40º ao 7.º dia de puerpério.

A partir do 8.º dia inicia-se uma lise, com regressão lenta de todos os sintômas.

Apezar das progressivas melhoras que vai experimentando, a paciente exige alta, incompletamente curada, ao 19.º dia de puerpério.

Sedimentação ao 7.º dia do puerperio

15 minut....	32	1,45 minut....	—	3,30 minut....	16,7
30 » ...	21,5	2,15 minut....	17,1	3,45 » ...	16,5
45 » ...	19,8	2,30 » ...	17	4,15 » ...	16,5
1 hora	18,8	2,45 » ...	16,9	6,45 » ...	16
1,15 » ...	18,2	3 horas	16,8		
1,30 » ...	—	3,15 minut....	16,8		

Sedimentação ao 11.º dia do puerperio

15 minut....	24,7	1,45 minut....	15,2	3,15 minut....	14,6
30 » ...	18,1	2 horas	15,1	3,30 » ...	14,5
45 » ...	16,8	2,15 minut....	15	4 horas	14,5
1 hora	16,2	2,30 » ...	15	4,15 minut....	14,5
1,15 minut....	15,9	2,45 » ...	14,9		
30 » ...	15,5	3 horas	14,8		

Um exame hematológico praticado no Instituto de Histologia pela Ex.^{ma} Snr.^a D. Adelaide Estrada revelou :

Hemoglobina: 44 %/o

Globulos rubros: 3.368.000

» brancos: 12.200

OBS. N.º 115

Gravidez de 9 meses

F. M., 33 anos, casada, doméstica. Natural de Felgueiras.

Pais e 8 irmãos saudáveis; um irmão falecido de tuberculose pulmonar e três falecidos em creança. Marido saudável.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Multigesta (8 partos espontâneos e a termo; 1 aborto de 4 meses de gestação).

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	45,2	1,45 minut....	27	3,15 minut....	21,3
30 » ...	39,9	2 horas	25,6	3,45 » ...	20,9
45 » ...	36	2,15 minut....	24,3	4 horas	20,5
1 hora	32,3	2,30 » ...	23,5	4,15 minut....	20,2
1,15 minut....	30,3	2,45 » ...	22,8		
1,30 » ...	28,5	3 horas	22		

OBS. N.º 116

Gravidez de 9 meses

G. C. M., 18 anos, solteira, doméstica. Natural da Foz do Douro.

Pai falecido de (?). Mãe e três irmãos saudáveis. Marido saudável. Antecedentes pessoais sem interesse.

Gravidez normal. Feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	—	1,15 minut....	21,5	3,45 minut....	19,5
30 » ...	26,7	1,30 » ...	20,9	4 horas	19,3
45 » ...	24	1,45 » ...	20,7	4,15 minut....	19,2
1 hora	22	3,30 » ...	19,7	5,45 » ...	19,1

OBS. N.º 117

Gravidez de 9 meses

E. M., 28 anos, divorciada, serviçal. Natural de Ponte da Barca.

Mãe falecida de tuberculose pulmonar. Marido saudável.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Gravidez normal. Feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	48,2	1,45 minut....	—	3,15 minut....	23,8
30 » ...	46	2 horas	30,9	3,45 » ...	22,4
45 » ...	43	2,15 minut....	28,4	4,15 » ...	21,5
1 hora	40,1	2,30 » ...	27,2	5,45 » ...	20,5
1,15 minut....	37,3	2,45 » ...	26		
1,30 » ...	34,8	3 horas	24,8		

OBS. N.º 118

Gravidez de 9 meses

E. R., 32 anos, solteira, tecedeira. Natural do Pôrto.

Antecedentes familiares sem interêsse.

Antecedentes pessoais: tifo exantemático em 1918.

Gravidez gemelar de 8 meses. Fetos vitos. **Múltipara**

Sedimentação

15 minut....	42,5	1,45 minut....	17,9	3,15 minut....	16,5
30 » ...	24	2 horas	17,6	3,30 » ...	16,3
45 » ...	21,4	2,15 minut....	17,3	3,45 » ...	16,2
1 hora	19,9	2,30 » ...	17	4,15 » ...	15,9
1,15 minut....	—	2,45 » ...	16,9		
1,30 » ...	18,5	3 horas	16,5		

OBS. N.º 119

Gravidez de 9 meses

M. J., solteira, serviçal. Natural da Póvoa do Varzim.

A mãe faleceu após um parto. O pai padece de reumatismo.

Marido sífilítico.

Antecedentes pessoais: sarampo em criança.

Gravidez normal. Feto vivo. **Primigesta.**

Sedimentação

15 minut....	44	1,15 minut....	25	2,15 minut....	21,2
30 » ...	34,5	1,30 » ...	23,5	3,45 » ...	19,8
45 » ...	29,8	1,45 » ...	22,7		
1 hora	27,2	2 horas	21,9		

OBS. N.º 120

Gravidez de 9 meses

C. R. M., 27 anos, casada, doméstica. Natural de Vila Verde.

Antecedentes familiares e pessoais sem interêsse. **Múltipara.**

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 47	1,45 minut.... 34	3,30 minut.... 26
30 » ... 44,2	2 horas 32,6	3,45 » ... 25,2
45 » ... 40,6	2,15 minut.... 31,1	4 horas 24,6
1 hora 38,6	2,30 » ... —	5 » 23,2
1,15 minut.... 37,1	3 horas 27,6	
1,30 » ... 35,2	3,15 minut.... 26,9	

OBS. N.º 121**Gravidez de 9 meses**

A. S., 20 anos, solteira, costureira. Natural de Vila Nova de Gaia.

Pai e um irmão falecidos de tuberculose pulmonar. Mãe e dois irmãos saudáveis. Marido saudável.

Antecedentes pessoais: Varíola em criança.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 45	1,45 minut.... 23,9	3,30 minut.... 20
30 » ... 39,3	2 horas 22,9	3,45 » ... 20
45 » ... 33,2	2,15 minut.... 21,9	4 horas 19,6
1 hora 30	2,30 » ... —	5 » 19,1
1,15 minut.... 28	3 horas 20,5	
1,30 » ... 25,5	3,15 minut.... 20,2	

OBS. N.º 122**Gravidez de 9 meses**

A. S. T., 33 anos, solteira, serviçal. Natural do Pôrto.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Gravidez normal. Feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... ?	1,45 minut.... 25,8	3,45 minut.... 19,5
30 » ... 36,5	2 horas 24,5	4 horas 19
45 » ... 32,8	2,15 minut.... 23,2	4,15 minut.... 19
1 hora 30,9	3 horas 20,6	5 horas 18,1
1,15 minut.... 29,2	3,15 minut.... 20,1	
1,30 » ... 27,1	3,30 » ... 19,8	

Nesta observação não foi feita a primeira leitura por se apresentar pouco nítida a superfície do depósito globular.

OBS. N.º 123

Fibrosarcôma uterino

M. J. M. C., 38 anos anos, solteira, lavadeira. Natural de Viana do Castelo.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 12 de Fevereiro de 1929.

Antecedentes familiares: pais e seis irmãos saúdáveis; uma irmã falecida de desastre.

Antecedentes pessoais: gripe pneumónica em 1918.

1.^a menstruação aos 16 anos; amenorreia de 5 meses após a segunda menstruação.

Períodos intermenstruais em regra curtos (15 dias, 3 semanas); fluxos catameniais de 6 a 8 dias. Nuligesta (virgem).

Há 6 anos notou a existência duma tumefacção na fossa ilíaca esquerda, do tamanho dum ovo, indolor.

Esta tumefacção de então para cá tem aumentado progressivamente.

De facto, a palpação abdominal revela a existência duma tumefacção dura, situada na região hipogástrica, cujo ponto culminante se encontra dois dedos acima do umbigo.

Pelo toque vaginal nota-se que o tumor faz corpo com o útero.

O exame dos restantes aparelhos nada revela de anormal.

A paciente apresenta-se com um bom estado geral.

Ligeiro movimento febril (37°,2 por vezes 37°,4, à tarde).

Reacção de Wassermann negativa (Laboratório Nobre).

Sedimentação

15 minut....	45	1,30 minut....	22,1
30 » ...	33	1,45 » ...	21,8
45 » ...	26	2,54 » ...	20,5
1 hora	24	3,15 » ...	20

Na intervenção cirúrgica, praticada pelo Professor Moraes Frias, verifica-se a existência dum fibromioma uterino, cujo aspecto macroscópico faz aventar a hipótese duma possível degenerescência maligna.

O exame histopatológico da peça extraída, realizado pelo Prof. Amândio Tavares no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade, mostra, de facto, que o tumor se encontrava em franca degenerescência sarcomatosa.

A doente sai curada a 23 de Abril de 1929.

OBS. N.º 124**Gravidez de 9 meses**

M. E. S. F., 24 anos, solteira, serviçal. Natural do Porto.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	44	1,45 minut....	25,1	4 horas	20,5
30 » ...	43	2 horas	24	4,30 » ...	20,1
45 » ...	33,9	2,15 minut....	23	5 horas.....	20
1 hora	31,8	2,30 » ...	22,2	24 »	18
1,15 minut....	28,4	2,45 » ...	21,9		
1,30 » ...	27	3 horas	—		

OBS. N.º 125**Gravidez gemelar de 9 meses**

M. A., 26 anos, solteira, serviçal. Natural de Rezende.

Mãe falecida de pneumonia; pai falecido de (?). 4 irmãos saudáveis. Marido saudável.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Gravidez gemelar; fetos vivos. Albuminúria.

Sedimentação

15 minut....	46,5	1,45 minut....	30	3,45 minut....	20,9
30 » ...	43,1	2 horas	28,2	4,15 » ...	20
45 » ...	40,8	2,15 minut....	26,7	4,45 » ...	19,5
1 hora	36,1	2,30 » ...	25,4	24 horas.....	17
1,15 minut....	34,1	2,45 » ...	—		
1,30 » ...	31,9	3 horas	—		

OBS. N.º 126**Gravidez de 9 meses**

A. R. R., 23 anos, casada, serviçal. Natural de Valpassos.

A mãe padece do estômago.

Antecedentes pessoais: sarampo em criança.

Primigesta. Gravidez de 9 meses; feto morto.

Sedimentação

15 minut....	29	1,15 minut....	21	2,15 minut....	19,8
30 » ...	24,5	1,30 » ...	20,5	3,30 » ...	19,2
45 » ...	22,1	1,45 » ...	20	4 horas	19
1 hora	21,3	2 horas	19,9	4.30 » ...	19

OBS. N.º 127**Gravidez de 9 meses**

M. G., 21 anos, solteira, doméstica. Natural de Baião.

A mãe sofreu há 3 anos uma intervenção cirúrgica por motivo de qualquer afecção abdominal; o pai é sífilítico. Marido, saudável.

Antecedentes pessoais sem interêsse.

Passado obstétrico: um aborto de 5 meses de gestação.

Sedimentação

15 minut.... 43	1,45 minut.... 22	3,15 minut.... 19,4
30 » ... 35	2 horas 21	3,30 » ... —
45 » ... 31,1	2,15 minut.... 20,5	4,45 » ... 18,8
1 hora 27,9	2,30 » ... 20	24 horas..... 17,1
1,15 minut.... 24,9	2,45 » ... 19,9	
1,30 » ... 33,1	3 horas 19,5	

OBS. N.º 128**Gravidez de 9 meses**

R. M., 30 anos, casada, doméstica. Natural de Guimarães.

Pai falecido de tuberculose pulmonar. Marido saudável.

Antecedentes pessoais: Vulvo-vaginite blenorragica (?) há dois anos. Multípara (dois partos espontâneos e a termo).

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... —	1,15 minut.... 20	4,30 minut.... 18
30 » ... 29	2,30 » ... 19,8	5 horas —
45 » ... 21,5	2,45 » ... 19,5	5,45 minut.... 18
1 hora 20,2	3,15 » ... 19,2	7,30 » ... 18

OBS. N.º 129**Gravidez de 9 meses**

M. H., 22 anos, solteira, esmaltadeira. Natural de Celorico de Basto.

Antecedentes familiares sem interêsse.

Passado obstétrico: um aborto de 6 meses de gestação.

Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut.... 39	1,45 minut.... 20,9	3,30 minut.... 19
30 » ... 33,3	2 horas 20,2	3,45 » ... 18,8
45 » ... 28,6	2,15 minut.... 20	4 horas 18,5
1 hora 24,7	2,30 » ... 19,8	5,15 minut.... 18,1
1,15 minut.... 23	2,45 » ... 19,3	
1,30 » ... 21,8	3 horas 19,1	

OBS. N.º 130

Gravidez de 9 meses

A. C., 19 anos, solteira, tecedeira. Natural do Pôrto.

Antecedentes familiares e pessoais sem interesse.

Primigesta. Gravidez normal; feto vivo.

Sedimentação

15 minut....	43,5	1,45 minut....	24,2	3,30 minut....	21,8
30 » ...	36,9	2 horas	23,7	3,45 » ...	21,4
45 » ...	32,2	2,15 » ...	23	4 horas	21,2
1 hora	28,5	2,30 » ...	22,9	5,15 minut....	20,9
1,15 minut....	26,5	2,45 » ...	22,2		
1,30 » ...	25,2	3 horas	22		

OBS. N.º 131

Gravidez de 6 meses

M. L., 25 anos, solteira, costureira. Natural de Guimarães.

Antecedentes pessoais sem interesse.

Pai e 2 irmãos saudáveis; mãe falecida de (?). Marido saudável.

Gravidez de 6 meses (início de trabalho de aborto). Feto macerado).

Sedimentação

15 minut....	30	2 horas	22,5	3 horas	21,9
30 » ...	26,2	2,15 minut....	22,2	4 horas	21,7
45 » ...	25,1	2,30 » ...	22	4,45 minut....	21,3
1,15 » ...	23,5	2,45 » ...	22	6,30 » ...	21,1

OBS. N.º 132

Endometrite crónica

M. A. M., 43 anos, viúva, doméstica. Natural do Pôrto.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 5 de Dezembro de 1928.

Pai falecido de congestão cerebral; mãe falecida de (?). Marido falecido de congestão cerebral.

Teve quatro filhos; um faleceu em criança; outro já adulto com o tifo exantemático; os dois restantes são saudáveis.

Primeira menstruação aos 14 anos; funções catameniais normais. Antecedentes pessoais sem interesse.

Actualmente a paciente queixa-se de dores vagas no baixo ventre que se acentuam nas vésperas dos períodos menstruais; polaquiúria e disuria.

A exploração abdominal nada informa: ventre flácido, facilmente depressível, sem qualquer ponto doloroso.

Pelo toque vaginal nota-se que o colo uterino se encontra hipertrofiado e rugoso, sobretudo ao nível do seu lábio anterior.

O estado geral da doente é satisfatório. Urinas sem elementos anormais. Apirexia.

A análise histopatológica dum fragmento do colo uterino extraído por biopsia revelou a existência duma endometrite crónica com tendência quística, sem sinais de degenerescência maligna.

Sedimentação

15 minut....	49,5	1,15 minut....	45,1	3,15 minut....	37,5
30 » ...	48,5	2,30 » ...	40	4,30 » ...	34,5
45 » ...	47,6	2,45 » ...	39	6,30 » ...	32,8
1 hora	46	3 horas	—	7,30 » ...	29

OBS. N.º 133

Fibromioma do ovário direito; ovarite microquística esquerda

L. R. M., 51 anos, solteira, jornalista. Natural de Barcelos.

Entrou para o Serviço de Clínica Ginecológica a 1 de Fevereiro de 1929.

Pai falecido de pneumonia; dois filhos falecidos em criança. Antecedentes pessoais sem interesse.

Primeira menstruação aos 14-15 anos; períodos intermenstruais sempre muito irregulares (ora curtos ora longos); fluxos catameniais de 6 a 8 dias, abundantes. Múltipara (5 partos espontâneos e a termo).

A paciente informa que ultimamente (há 3 meses), as menstruações tem sido mais abundantes que de costume e com coágulos. Há um mês notou a existência duma tumefacção abdominal, mediana e infraumbilical, do tamanho duma laranja.

De então para cá essa tumefacção tem aumentado consideravelmente. A exploração abdominal mostra, de facto, a existência dum tumor duro, indolor e imóvel, que ocupa todo o hipogastro e quasi atinge a cicatriz umbilical.

Pelo toque vaginal verifica-se que essa tumefacção é acessível, sobretudo através dos fundos de saco vaginais anterior e direito. Nos restantes aparelhos nada há digno de nota especial.

Apirexia.

Sedimentação

15 minut....	49,2	1,45 minut....	43,1	3,15 minut....	36,7
30 » ...	48,4	2 horas	42,2	3,30 » ...	35,3
45 » ...	47,3	2,15 » ...	41	3,45 » ...	34,8
1 hora	46,5	2,30 » ...	39,8	5 horas	30,5
1,15 minut....	45,3	2,45 » ...	38,6		
1,30 » ...	44,1	3 horas	—		

A intervenção cirúrgica, praticada pelo Prof. Moraes Frias, mostra a existência dum volumoso fibromioma do ovário direito e duma ovarite microquística esquerda.

A paciente sai curada a 4 de Março de 1929.

OBS. N.º 134

Gravidez de 9 meses

R. C., 18 anos, solteira, operária. Natural do Pôrto.

Pais e duas irmãs saudáveis; quatro irmãos falecidos em criança. Marido saudável.

Antecedentes pessoais: sarampo e varíola em criança.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	48,6	1,15 minut....	26,8	2,30 minut....	21,2
30 » ...	45	1,30 » ...	24	3 horas	20,9
45 » ...	—	1,45 » ...	—	3,30 minut....	20,5
1 hora	30	2 horas	22	4 horas	20

OBS. N.º 135

Gravidez de 9 meses

F. C., 32 anos, solteira, doméstica. Natural de Arcos de Val-de-Vez.

Antecedentes familiares sem interêsse. Antecedentes pessoais: varíola e sarampo em criança.

Gravidez normal; feto morto. Múltipara (2 partos espontâneos e a termo).

Sedimentação

15 minut....	46,3	2 horas	29,1	3,45 minut....	22
30 » ...	41,9	2,15 minut....	28	4 horas	22
45 » ...	38,3	2,30 » ...	26,9	4,15 » ...	22
1 hora	35,7	2,45 » ...	25,9	4,30 » ...	21,5
1,15 minut....	33,6	3 horas	24,9	5 horas	
1,30 » ...	32	3,15 minut....	24	5,30 minut....	21,5
1,45 » ...	30,6	3,30 » ...	23		

OBS. N.º 136

Gravidez de 8 meses

M. S., 23 anos, solteira, operaria. Natural do Pôrto.

Antecedentes familiares sem interêsse. Antecedentes pessoais: varíola em criança.

Gravidez normal; feto vivo. Múltipara (dois partos espontâneos a termo),

Sedimentação

15 minut....	45	1,45 minut....	20,5	3,15 minut....	18
30 » ...	37,2	2 horas	19,9	3,30 » ...	17,7
45 » ...	32,2	2,15 minut....	19	3,45 » ...	17,7
1 hora	28,3	2,30 » ...	18,8	4 horas	17,7
1,15 minut....	24,9	2,45 » ...	18,1		
1,30 » ...	22,5	3 horas	18		

OBS. N.º 137

Gravidez de 9 meses

C. P. C., 22 anos, solteira, doméstica. Natural do Pôrto.

Pai falecido com o tifo exantemático; mãe e dois irmãos saudáveis. Marido saudável.

Antecedentes pessoais: tifo exantemático.

Gravidez normal; feto vivo. Secundípara.

Sedimentação

15 minut.... 46,4	2 horas 25	3,45 » ... 21,9
30 » ... 40	2,15 » ... 24	4 horas 21,3
45 » ... 35,4	2,30 » ... 23,2	4,15 minut.... 21
1 hora 32,9	2,45 » ... 22,2	4,30 » ... 20,9
1,15 minut.... 30	3 horas 22,2	5,30 » ... 20,5
1,30 » ... 28	3,15 » ... 22	6,30 » ... 20
1,45 » ... 26,1	3,30 » ... —	

OBS. N.º 138

Gravidez de 9 meses

L. F. M., 37 anos, solteira, serviçal. Natural de Valongo.

Mãe falecida de congestão cerebral. Pai falecido de (?). Marido saudável.

Antecedentes pessoais: tifo exantemático.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut.... 45,5	1,15 minut.... 21	2,15 minut.... 19
30 » ... 31	1,30 » ... 20,5	2,30 » ... 18,2
45 » ... 27,4	1,45 » ... 19,5	2,45 » ... 18,2
1 hora 22,9	2 horas 19,2	3 horas —

OBS. N.º 139

Gravidez de 9 meses

M. P., 21 anos, solteira, costureira. Natural de Braga.

Pais e quatro irmãos saúdáveis; dois irmãos falecidos em criança. Marido saúdável.

Antecedentes pessoais destituídos de interesse.

Gravidez normal; feto vivo. Primigesta.

Sedimentação

15 minut....	—	1,15 minut....	22,5	3,45 minut....	21,3
30 » ...	44,5	1,30 » ...	22	4 horas	20,1
45 » ...	—	1,45 » ...	21,6	4,15 minut....	20,1
1 hora	23,9	3,30 » ...	21,4	5,45 » ...	20

OBS. N.º 140

Salpingite microquística bilateral

M. C., 27 anos, solteira, servçal. Natural do Marco de Canavezes.

Entra para o Serviço de Clínica Ginecológica a 23 de Fevereiro de 1929.

Pais e três irmãos saúdáveis. Antecedentes pessoais sem interesse.

Primeira menstruação aos 15 anos; dismenorreia do tipo misto. Um parto espontâneo e a têrmo há 7 anos.

Os seus padecimentos genitais, que datam de há um ano, consistem em dôres premenstruais, por vezes intensas e acompanhadas dum estado nauseoso e de vômitos; sensação de pêso no perineo. Os fluxos catameniais, em pequena quantidade, duram apenas dois dias.

A par disto, a doente apresenta uma obstipação acentuada, anorexia e cefalalgias freqüentes.

O toque vaginal mostra a existência duma laceração perineal do 2.º grau; útero em retro-versão; anexos levemente dolorosos.

Reacção de Wassermann negativa. Urina sem elementos anormais. Aparelhos respiratório e circulatório normais. Apirexia.

Sedimentação

15 minut....	48,5	1,15 minut....	44,6	2,45 minut....	32
30 » ...	48	1,30 » ...	42,2	3 horas	30
45 » ...	47	1,45 » ...	—	3,30 minut....	27
1 hora	46	2,30 » ...	34	5 horas	23,5

Na intervenção cirúrgica, praticada pelo Prof. Moraes Frias, verifica-se uma retro-versão uterina com salpingite microquística bilateral.

A paciente sai curada a 20 de Maio de 1929.

BIBLIOGRAFIA

ABDERHALDEN — «Vitesse de sedimentation des erythrocytes». Mûch. mediz. Wochens, 5 de Agôsto de 1921; analise in «Arch. des Malad. du coeur, des vaiss. et du sang.», Dezembro de 1922, n.º 12, pág. 869.

ARIAS e GÜEMES — «Eritrosedimentation en el paludismo». C. R. 3.º Reun. Soc. Argent. Patolog. region. del Norte; analise in «Bull. de l'Institut Pasteur, 15 de Fevereiro de 1928, pág. 105.

BALACHOWSKY — «Mecanisme de la reaction dite de sedimentation des erythrocytes. Un facteur nouveau: l'hémotonie», Bull. et Mem. de la Soc. Medical des Hopit. de Paris, 17 de Julho de 1925, n.º 26, pág. 1141.

— «Variations post-prandiales immediates de la vitesse de sedimentation des erythrocytes», Presse Med. 13 de Maio de 1925.

— «Que peut demander la clinique à la reaction de seditassement (sedimentation) des erythrocytes?» Paris Medica, 30 de Outubro de 1926, pág. 332.

BECHER — «Sedimentation globulaire et diagnostic gynecologique». Wiener Klin. Woch, 1924; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang., Setembro de 1925, pág. 619.

BLOCH e OELZNER — «Recherches sur les globules rouges de l'homme.» Zeitscher f. d. ges. exper. Mediz., 4 de Agôsto de 1923; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang., Julho de 1925, pág. 476.

CABANIS — «Contribution a l'étude de la sédimentation sanguine». Tese; Paris, 1926.

CASAL — «Reaccion de Fahraeus en Ginecologia» Soc. de Ginecologia Española, ses. de 19 de Abril de 1922, in «La Medicina Ibero», 29 de Abril de 1922, pág. 423.

— «Diagnostico diferencial del embarazo extrauterino median e la reaccion de la velocidad de sedimentacion de los globulos rojos» Rev. Españ. de Obst. e Ginec., n.º 74 de 1922.

COOPER — «Sedimentation des erythrocytes». Journal of. Laborat. and clinic. Medicine, Abril de 1926; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang, Julho de 1927 pag. 469.

CORDIER, CHAIX e PAUFIQUE — «Nouvelles recherches sur la sedimentacion sanguine». Soc. Med. des Hopit. de Lyon, 3 de Março de 1925; analise in Presse Medicale, 18 de Março de 1925, n.º 22.

COSSIO e ALBARRACIN — «Observaciones sobre la velocidad de la sangre de los enfermos de paludismo» C. R. 3.ª Reun. Soc. Argent. Patol. regional del Norte, 1927; analise in Bulletin de l'Institut Pasteur, 15 de Fevereiro de 1928, pág. 104.

EFÍSIO PUXEDDU — «Le plasma dans la rapidité de la sedimentation des globules rouges» Riforma medica, 28 de agosto de 1922; analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang., Julho de 1923, pag. 538.

FAHRAEUS — «Du temps de sedimentation du sang» Acta Medica Scandinavica, 17 de maio de 1921. Analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang., Dezembro de 1922, pág. 868.

FLANDIN E TZANCK — «Mechanisme de l'incoagulabilité du sang par les arsenobenzènes. Action sur les globulins», C. R. Soc. de Biol., 12 de Novembro de 1921, pág. 852.

FRANCISCO HARO GARCIA — «Contribucion al estudio de las causas y mecanismos de la reaccion de Fahraeus», Rev. Española de Obstetricia y Ginecología, Agosto de 1927, n.º 140, pág. 346.

FREUCHEN — «L'épreuve de compatibilité se déduisant de la vitesse de precipitation des globules sanguins», XII.º Congrès de Medic. des Pays du Nord, Stockolmo, Agosto de 1925, Acta Med. Scandin., 1926; Analise in Arch. des mal du cœur, des vaiss. et du sang., Novembro do 1928, pág. 764.

- FRIDRICH — «De l'influence sur le sang d'un foyer inflammatoire», Zeitschr. f. die Ges. experim. Mediy., 5 de Julho de 1921; Analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang., Dezembro de 1922, pag. 869.
- FRIEDLANDER — «Recherches du test de sedimentation dans le diagnostic des infections chirurgicales», Amer. Jour. of. Obst. and Gynecol., Fevereiro de 1924; Analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang., Julho de 1925, pag. 478.
- FRITSH — «De la sedimentation des erythrocytos; Valeur pratique de la reaction», Wien. Klin. Wochench., 27 de Janeiro de 1927; Analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang., Outubro de 1927, pag. 684.
- FUERST — «La reaction de Fahraeus dans la diagnostic chirurgical», Cas. lik. cask., 1925; Analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang., Outubro de 1927, pag. 681.
- GAEHLINGER — «La vitesse de sedimentation des globules sanguins; sa valeur diagnostique et pronostique», Paris Medical, 22 de Março de 1924, pag. 281.
- GARDÈRE e LAINÉ — «Recherches sur la sedimentation du sang dans la tuberculose infantile», Paris Medical, 3 de Janeiro de 1925, pag. 24.
- GILBERT e TZANCK — «Mesure de la sedimentation sanguine», C. R. Soc. Biol., 14 de Abril de 1923.
- GILBERT, TZANCK e CABANIS — «De l'aceleration de la sedimentation sanguine au cours de la lepre», C. R. Soc. Biol., 27 de Março de 1926, pag. 837.
- GILBERT e WEILL — «Étude hematologique d'un cas de purpura hemorragica chez un tuberculeux». C. R. Soc. Biol., 29 de Novembro de 1898. pag. 995.
- GRAGERT — «Sedimentation des globules rouges dans le cancer». Archiv. für Gynäk., 16 de Abril de 1923; analise in Arch. des mal., du cœur, des vaiss. et du sang, Julho de 1925, pag. 476.
- GRAM — «La vitesse de sedimentation des globules du sang», Reun. Din. de Biol., 10 de Maio de 1921; analise in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang. Dezembro de 1922, pag. 868.

- GRIMBERT — «L'épreuve de la sedimentation des globules rouges», *Gazette des Hopitaux*, 16 e 18 de Dezembro de 1924.
- HALBERG — «Du test de sedimentation dans les cas chirurgicaux», *Hygiea*, 31 de Agosto de 1923; analise in *Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, Julho de 1925, pag. 476.
- HANS RHODIN — «La reaction de sedimentation du sang dans la fièvre scarlatine, XII^e Congres de Med. des Pays du Nord. Acta Med. Scandinav., 1926; analise in *Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, Novembro de 1928, pag. 763.
- HASELHORST — «Signification clinique de la reaction de sedimentation» *Deutsche medizin. Woch.*, 1926, n.^o 37; analise in *Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, Outubro de 1927, pag. 682.
- KLAUS — «La valeur diagnostique de la vitesse de sedimentation des globules rouges dans les affection gynecologiques». *Cas. lek. cask*, LXV, 1925; analise in *Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, Outubro de 1927, pag. 682.
- KURTEN — «Teneur en cholesterine et stabilité de suspension du sang pendant la grossesse et les suites de couches». *Klin. Woch.*, 1 de Julho de 1924; analise in *Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, Setembro de 1925, pag. 619.
- LABERNADIE e ANDRÉ — «Recherches sur la sedimentation globulaire chez les lepreux». *Bull. de soc. de Path. exotique*, T. XX, 1927; analise in *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 15 de Fevereiro de 1928, pag. 105.
- LANDSBERG — «Sedimentation des erythrocytes et crise hemoclasique». *C. R. Soc. Biol.* 1923, pag. 1341.
- LEVY-SOLAL — «Diference de sedimentation entre le sang maternel et le sang foetal». *C. R. S. Biol.*, 14 de Abril de 1922, pag. 875.
- LEY — «De la vitene de sedimentation des globules rouges». *Zeitschr. f. d. gas. expirim. Mediz.*, 20 de Janeiro de 1922; Analise in *Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang*, Julho de 1923, pag. 537.
- LINZENMEYER — «De la sedimentation des globules sanguins», *Zentralblatt für Gynäkologie*, Leipzig, 8 de Abril de 1922; Analise in *Arch. des mal du cœur, des vaiss. et du sang*, Julho de 1923, pag. 537.

- LOPO DE CARVALHO e FERREIRA DE MIRA** — «L'épreuve de la vitesse de sedimentation des globules rouges chez le cobaye normal», C. R. Soc. Biol., 23 de Fevereiro de 1926, pág. 908.
— «Influence des injections souscutanées de sanocrisine sur la sedimentation globulaire du cobaye», id.
- MARCANO** — «La sédimentation spontanée du sang par le formol», C. Soc. Biol., 31 de Março de 1900, pág. 317.
— «La sedimentation sanguine et l'hémostereometric» Journal de Physiologie et de Path. General, Março de 1901, pág. 167.
- MINORESCO** — «Les variations de la sedimentation des globules rouges au cours des infections aiguës», Bull. et Mem. de la Société Med. des Hôp. de Paris, Junho de 1923, n.º 23 pág. 1022.
- MOLNAR** — «De la sedimentation des erythrocytes en gynécologie» Zentralb. f. Gynäk., Leipzig, 26 de Maio de 1923; analyse in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang, Julho de 1925, pág. 476.
- MURALT e WEILLER** — «Sensibilité comparée de la diazo-reaction et de la vitesse de sedimentation du sang dans la tuberculose pulmonaire», Presse Med., 26 de Dezembro de 1925, pág. 1705.
- NOYES e COWRSE** — «Signification du test de sedimentation». Boston med. and surg. Journ., CXCIV, 4 de Novembro de 1926. Analyse in Arch. des mal. du cœur, des vaiss. et du sang, Outubro de 1927, pág. 684.
- PAGNIEZ** — «De la sedimentation des globules rouges du sang et de la valeur biologique de ce phénomène» Presse Med., 21 de Maio de 1921, pag. 405.
- PAPANICOLAU e WEILLER** — «La vitesse de sedimentation des globules rouges dans la collapsotherapie», Paris Med., 14 de Novembro de 1925, pág. 400.
- PAULIAN, DEMETRE e TOMOVICI** — «Le phénomène de la sedimentation dans les affections du système nerveux», Paris Med., 29 de Setembro de 1923, pág. 234.
- PEYRE** — «Rapport de sedimentation globulaire», C. R. Soc. Biol., 8 de Julho de 1922, pág. 406.

- «Études sur la sédimentation globulaire. Du rôle des différents concentrations des liquides anti-coagulants sur les phénomènes observés». C. R. Soc. Biol., 3 de Maio de 1924, pág. 1152.
- «Étude sur la sedimentation globulaire. Rapport entre de volume du tanement globulaire et de poids d'hémoglobine que renferment les globules». C. R. Soc. Biol., 18 de Outubro de 1924.
- PLOMAN — «Demonstration ophtalmoscopique des variations de stabilité dan la suspension des globules rouges», Annales de oculistique, Setembro de 1920, tomo CLVII, pág. 569.
- POPPER e KREINDLER — «La vitesse de sedimentation des hematies pendant l'hémoclasie digestive: Étude de la formule plasmatique». Presse Med., 17 de Dezembro de 1924, n.º 101, pág. 1005.
- ROGER e LEON BINET — «Influence de la respiration sur la sedimentation des globules sanguines». C. R. Soc. Biol., 24 de Outubro de 1925, pág. 1002.
- ROUSSY, LABORDE, LEROUX e PEYRE — «Sur les modifications sanguines au cours du traitement du cancer du col de l'uterus par les rayons X et γ », C. R. Soc. Biol., 24 de Junho de 1922, pág. 213.
- SABRAZÉS, PAUZAT e JAFFRY — «Vitesse de sedimentation des hematies chez les typhiques et les paratyphiques», C. R. Soc. Biol., 9 de Março de 1927, pág. 790.
- SAKAE e TSUTUMI — «Cause de la sedimentation des globules rouges du sang de la femme enceinte». Japan Medical World, 15 de Novembro de 1921; analise in Arch. des mal. du coeur des vaiss. et du sang., Dezembro de 1922, pág. 869.
- SALOMON, DE POTTER e VALTIS — «La Vitesse de sedimentation globulair est indépendante de la cholesterinémie». C. R. Soc. Biol., 23 de Maio de 1925, pág. 1410.
- TORDAY — La sedimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire». Wiener Klin. Woch, 1924, n.º 29, pág. 724; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang., Setembro de 1925, pág. 618.

- TROUBITSINE — «La reaction de precipitation en gynecologie, d'après 1.158 observations». Revue franco-russe de Med. et de Biol. Março de 1926; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang., julho de 1927, pag. 469.
- TURRIÉS — «La sedimentation des hematies. Etat actuel de la question». Gazette des Hopitaux, Janeiro de 1926, n.º 7 e 9.
- VERDINA — «Recherches sur la valeur clinique de la reaction sur la rapidité de precipitation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire»; Il Policlinico, 1 de Fevereiro de 1924; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang., Julho de 1925, pag. 478.
- VIGNES — «Physiologie obstetricale», pag. 204.
- VIGNES e HERMET — «Sedimentation des globules rouges et gestation». C. R. Soc. Biol. 21 de Outubro de 1922.
- WESTERGREN — «Sur l'importance clinique de la reaction de sedimentation dans les affections articulaires», Acta Med. Scandin., 1926; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang. Novembro de 1928, pag. 764.
- «Vitesse de sedimentation des hematies dans la tuberculose pulmonaire». Acta Med. Scandin., 26 de Janeiro de 1921; analise in Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang. Dezembro de 1922, pag. 868.
- WILLEMS — «Sur la vitesse de sedimentation des globules rouges». Arch. Med. Belg. Novembro de 1925; analise in Arch. des mal. du coeur des vaiss. et du sang, Julho de 1927, pag. 467.
- WONSOWICZ — «La vitesse de sedimentation des globules rouges et l'indice refractometrique du serum sanguin dans la tuberculose pulmonaire». Revue de la tuberculose, Junho de 1928, n.º 3, pag. 395.
- ZIMMERMANN — «La valeur de l'épreuve de sedimentation pour le patricien». Wiener, Klin, Woch., 1924, n.º 52; analise in Arch. des mal. du coeur. des vaiss. et du sang. Setembro de 1925, pag. 618.