

~~BLOX~~ + 070
21st 72
W
~~W~~

ANAIS

do

Hospital

Central

do

Exército

20 de Junho de 1941

U. 6

N.º 6

ANAI S
DO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

20 DE JUNHO DE 1941

Rua Lícinio Cardoso
RIO DE JANEIRO — BRASIL

H O M E N A G E M

Presidente da República

Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dorneles Vargas

Ministro de Estado e Negócios da Guerra

Exmo. Sr. General de Divisão Eurico Gaspar Dutra

Chefe do Estado Maior do Exército

Exmo. Sr. General de Divisão Pedro Aurélio de Goes Monteiro

Secretário Geral do Ministério da Guerra

Exmo. Sr. General de Brigada Valentim Benício da Silva

Diretor de Saúde do Exército

(Interino)

Sr. Coronel Médico Dr. João Afonso de Souza Ferreira

General Dr. José Acylino de Lima

Em via de conclusão já se encontrava o presente número dos Anais, quando tivemos a satisfação de ver promovido ao posto máximo da hierarquia do quadro de Saúde do Exército o Exmo. Sr. General Dr. José Acylino de Lima.

Animador perseverante desta publicação, há cinco anos vinha o nosso presado ex-Diretor, com sua esclarecida orientação, norteados-nos neste afanoso "desideratum", razão por que, se por um lado o faustoso evento nos enche de justo júbilo, por outro experimentamos, já, a falta do guia amigo e assaz sincero.

Ainda lográmos, felizmente, de sua pena ponderada o magnífico editorial com que, à guisa de antelóquio, cada ano, moldurava o registo de nossos esforços profícuos no âmbito d'este nosocômio, durante a fecunda administração que ora finda.

O Governo da República, conferindo-lhe as insignias do generalato, nem só galardão méritos reais de um profissional ilustre e dedicado, encanecido na árdua missão de dores aliviar, mas encerra, de maneira eloquente, uma vida pública farta de sadios exemplos e magníficas realizações.

Interpretando, pois, o sentimento unânime de quantos tiveram a ventura de servir sob sua competente direção, aqui consignamos, nesta homenagem tão singela e merecida quão pura e efusiva, as reverências cordíssimas do nosso respeitoso afeto ao Exmo. Snr. General Dr. José Acylino de Lima.

A COMISSÃO



Exmo. Snr. General Dr. José Acylino de Lima

Diretores do H. C. E. desde 1898

- Ten. Cel. Dr. FLAVIO AUGUSTO FALCÃO — de
19-IX-1898 a 20-V-1903;
- Ten. Cel. Dr. RAIMUNDO DE CASTRO — de 27-V-1903
a 1-IV-1904;
- Ten. Cel. Dr. JOSÉ DE MIRANDA CÚRIO — de 9-IV-1904
a 26-XII-1904;
- Ten. Cel. Dr. ISMAEL DA ROCHA — de 26-XII-1904 a
1-IV-1908;
- Ten. Cel. Dr. ANTÔNIO FERREIRA DO AMARAL — de
4-II-1909 a 31-XII-1914;
- Ten. Cel. Dr. MANUEL PEDRO VIEIRA — 2-I-1915 a
14-XII-1918;
- Cel. Dr. VIRGÍLIO TOURINHO BITENCOURT — de
14-XII-1918 a 15-VII-1920;
- Cel. Dr. JOSÉ DE ARAÚJO ARAGÃO BULCÃO —
de 15-VII-1920 a 16-XI-1922;
- Cel. Dr. ANTÔNIO NUNES BUENO DO PRADO —
de 16-XII-1922 a 2-V-1923;
- Cel. Dr. SEBASTIAO IVO SOARES — de 16-VII-1923
a 15-X-1924;
- Cel. Dr. ALVARO CARLOS TOURINHO — de
15-X-1924 a 11-IV-1929;
- Cel. Dr. MANUEL PETRARCA DE MESQUITA —
de 11-IV-1929 a 24-I-1935;
- Cel. Dr. ANTÔNIO ALVES CERQUEIRA — de
11-II-1935 a 24-VI-1936;
- Cel. Dr. JOSÉ ACILYNO DE LIMA — de 29-VI-1936
a 12-VI-1941.



Hospital Central do Exército

DIREÇÃO

Diretor: — Coronel Dr. José Acylino de Lima;

Sub-Diretor: — Ten. Cel. Dr. Paulo Afonso Soares Pereira;

Ajudante: — Cap. Dr. Moacyr Ribeiro da Luz.

PESSOAL TÉCNICO

CLÍNICA MÉDICA E PESQUISAS CLÍNICAS

Chefe — Ten. Cel. Dr. Oscar de Sampaio Viana.

Clinica Médica

Chefes e auxiliares de enfermarias:

- 1^a Enfermaria (praças) Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce;
- 2^a " " (") " " Hugo Leal Dias;
- 3^a " (Sgts.) " " Meneleu de Paiva Alves da Cunha;
- 4^a " (praças) " " Augusto Ferreira de Paula;
- " " Aux. 1º Ten. " Álvaro Menezes Pais;
- 5^a " Cap. " Edgard Alvarenga;
- 6^a " (a organizar)

Gabinete de Pesquisas Clínicas, Metabologia e Bioquímica

Chefe: — Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão;

Auxiliares

1º Ten. Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar;
 " " Médico Dr. Abelardo Raul de Lemos Lobo;
 " " Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos, encarregado da Secção de Bio-química.

CLÍNICAS CIRÚRGICA E URO-PROTOLÓGICA

Chefe: — Ten. Cel. Dr. Humberto Martins de Mello.

Cirúrgia

Chefes e auxiliares de enfermarias:

10ª enfermaria (praças) Cap. Dr. Otavio Salema Garção Ribeiro;
 " " Aux. 1º Ten. " João Cesar de Oliveira;
 12ª " (Sgts.) — Cirúrgia Geral — Cap. Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro;
 15ª " (ortopedia) Cap. Dr. Guilherme Machado Hautz;
 " " Aux. 1º Ten. Dr. Atenolindo Borges dos Santos;
 19ª " (Cirurgia Geral e de Urgência) — Cap. Dr. Osvaldo Monteiro.

Uro-Protologia

Chefes:

11ª Enfermaria Cap. Dr. Abelardo Calmon de Oliveira;
 Gab. Uro-Protológico " " João Ellent.

CLÍNICA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

PAVILHÃO DE ISOLAMENTO

Chefe: — Ten. Cel. Dr. Euclides Goulart Bueno.

Auxiliares

20ª Enfermaria Cap. Dr. Milton Alvarenga.
 21ª " " " " Diocleciano Pegado Júnior.
 22ª " " " " Diocleciano Pegado Júnior.

SECÇÃO DE RADIOLOGIA, ELETROLOGIA E FISIOTERAPIA

Chefe: — Major Dr. Alcibiades Schneider;

Auxiliares

Cap. Dr. Juarez Pereira Gomes;
 1º Ten. " Paulo de Segadas Vianna.

PAVILHÃO DE OFICIAIS (14ª ENFERMARIA)

Chefe interino: Cap. Dr. Francisco Corrêa Leitão.

..... Cap. Dr. Américo Pereira

Auxiliares (..... Cap. Dr. Augusto Ferreira de Paula.

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Chefe: — Major Dr. José de Azevedo Câmara

Chefes de Enfermarias:

Chefe enfermaria "A" Cap. Dr. Francisco de Paulo Rodrigues Leivas;
 " " " " " " " " Américo Pereira;
 " " " " " " " " Jurandyr Manfredini;
 " " " " " " " " Nelson Bandeira de Mello;
 " " " " " " " " H" 1º Ten. " Nelson Soares Pires.

CLÍNICAS OTO-RINO-LARINGOLÓGICA E OLHOS

Chefe: — Major Dr. Honório Hermeto Bezerra Cavalcanti.

16ª Enfermaria — Chefe: Cap. Dr. Carlos de Paiva Gonçalves;
 17ª " — " " " " Otávio José do Amaral;
 Auxiliar " " Meneleu de Paiva Alves da Cunha.

SECÇÃO DE MEDICINA LEGAL E DEMOGRAFIA SANITÁRIA

Chefe: — Major Dr. Arídio Fernandes Martins.

Pavilhão de presos (13ª enfermaria):

Chefe Cap. Dr. Firmino Gomes Ribeiro;

Demografia Sanitária:

Chefe Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

**CLÍNICA DERMO-SIFILIGRAFO-VENEREOLÓGICA E
CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFILIS**

Chefe: — Major Dr. Luiz Cesar de Andrade.

7^a Enfermaria — Chefe: Cap. Dr. Luiz Filipe Santayana de Castro;
8^a " " " " Carlos Celestino Teixeira;
9^a " " " " Raul Barata;
18^a " " " " José de Araújo Fabrício.

SERVIÇO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE

Chefe..... Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.

SERVIÇO QUÍMICO FARMACÊUTICO

Chefe..... Ten. Cel. Far. Dr. Manuel Vieira da Fonseca Junior;
Chefe dos Laboratórios.. Maj. " " Agenor Torres de Magalhães;
Chefe da Sec. de Manip... Cap. " Corynho Castanho.

Auxiliares

1.^o Ten. Farmacêutico.. Dr. Olyntho Luna Freire do Pilar;
" " " " .. Henrique Barbosa da Cruz Filho;
" " " " .. Leobaldo R. de Carvalho;
" " " " .. Dr. Gerardo Majella Bijos;
" " Farmc. Convoc... Dr. Arthur de Sousa Figueiredo.

Hipodermia

1^o Ten. Farmacêutico Roberto Corrêa de Souza.

Produtos Oficinais

2^o Ten. Farmacêutico Rubens Antunes Leitão.

Serviço Odontológico

Chefe: — Maj. Dentista Luiz Bastos Guimarães Filho.

Auxiliares

Cap. Dentista Ennio Villela;
2^o Ten. da Reserva convoc... Carlos Americano Dávila;
Civil contratado Bartolomeu Lopes.

PESSOAL ADMINISTRATIVO

Secretaria

Secretário: — Of. Adm. Ten. Cel. Gr. Aristarcho Lopes de Oliveira Ramos.

Auxiliares

Major Graduado Euclides Teixeira;
Cap " Mário Francisco Prudente;
" " Lourival Ribeiro do Rosário.

Tesouraria

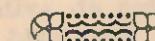
Tesoureiro: — Cap. I. E. João Vicente Ferreira;
" Int.^o 1^o Ten. I. E. . Othelo de Azevedo.

Almoxarifado

Almoxarife: — 1^o Ten. I. E. . . Othelo de Azevedo.

Aprovisionamento

Aprovisionador: — 2^o Ten. I. E. convc.^o Francisco Pessoa Guedes.



ANAIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Ano VI | 20 de Junho de 1941 | N.º 6

SUMÁRIO

DIREÇÃO

Hospital Central do Exército — General Dr. José Acy-
lino de Lima 1

CLÍNICA MÉDICA E PESQUISAS CLÍNICAS

Polí-serosite e disseminação poli-visceral tuberculo- sas — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pegado Junior	3
Atelectasia pulmonar — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Juarez Pereira Gomes	10
Carcinoma primitivo da cabeça do pâncreas — Capi- tães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocle- ciano Pegado Junior	24
Contribuição ao estudo da eliminação e concentração da sulfanilamida em meios biológicos — Primei- ros Tenentes Farmacêuticos Drs. Olyntho Luna Freire do Pillar e Gerardo Majella Bijos	29
A avaliação quantitativa do ácido nicotínico e sua amida nos meios biológicos — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos	34

CLÍNICAS CIRÚRGICA E URO-PROTOLÓGICA

Vacinoterapia segmentária intra-arterial — Capitão Dr. Otávio Salema	39
Contribuição ao estudo das litíase renais — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro	48
Peritonites tuberculosas — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro	96
Considerações sobre o estreitamento da uretra — Capitão Dr. João Ellent	114

SEÇÃO DE RADIOLOGIA, ELECTROLOGIA E FISIOTERAPIA

A incidência de Mayer no estudo radiológico da mastóide — Capitão Dr. Juarez Pereira Gomes	129
--	-----

CLÍNICA DE OFICIAIS

Lepra — Major Dr. Euclides Goulart Bueno	134
Aspectos atuais da patologia esplênica — Capitão Dr. Francisco Corrêa Leitão	150

CLÍNICAS DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Considerações teórico-práticas acerca das gagueiras — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas	158
Análise funcional psicopatológica — Capitão Dr. Júrandir Manfredini	176
Confusão mental por infecção focal dentária — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello	194
Um ano de funcionamento das enfermarias de Psiquiatria de Oficiais e Sargentos — Primeiro Tenente Dr. Nelson Soares Pires	200

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

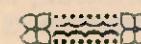
Caso de ambulatório — Capitão Dr. Otávio Amaral	210
Síntese biotipológica — Capitão Dr. Carlos Paiva Gonçalves	212

MEDICINA LEGAL

Presidiários — Presídios — Conselho Penitenciário e membros médicos — Major Dr. Arídio Fernandes Martins	239
--	-----

NOTAS E ESTATÍSTICAS

O Serviço Químico-Farmacêutico do H. C. E.	248
Serviço Odontológico	251
Estatística do Hospital Central do Exército, referente ao ano de 1940 — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello	255
Centro de Estudos	273



HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

20 - VI - 1940 a 20 - VI - 1941

83

Surge o sexto número dêstes ANAIS a 20 de Junho de 1941, data comemorativa do 39º aniversário da instalação do Hospital Central do Exército.

O trabalho intensivo que se realiza neste estabelecimento teve prosseguimento normal e deu apreciável rendimento nos seus múltiplos sectores de atividade, no decurso desse último período anual. Foram, efetivamente, de real valor e grande proficuidade os resultados dêsses esforços, tanto sob o ponto de vista administrativo como em relação à execução do serviço técnico.

Não pararam as obras que, há cinco anos, veem atendendo às imperiosas necessidades do Hospital, no tocante ao aperfeiçoamento de sua organização material e funcional.

Foi concluída a construção do edifício destinado à residência das Irmãs Zeladoras, cuja entrega ao Hospital, pela Diretoria de Engenharia, teve lugar em 20 de Maio de 1941.

Assim, ampliou-se a capacidade de acomodação dêste grande estabelecimento, proporcionando-se ao seu pessoal e aos seus serviços administrativos instalações adequadas.

Esta nova obra levantou-se em substituição a uma das primitivas dêste conjunto hospitalar que, depois de servir a diferentes fins, como o de primeira residência das Irmãs, Enfermaria de Sargentos, Enfermaria de Ortopedia, Almoxarifado, etc., chegou, pela ação do tempo, a condições de integridade tão precárias que se impunha, inadiavelmente, a sua reconstrução. Este importante melhoramento satisfaz não só ao justo anseio das prestatórias Religiosas, por terem sua residência privativa, anexa à Capela, como ao Almoxarifado e a outros elementos da Administração, pelo interesse da recuperação das dependências deixadas pelas Irmãs no Pavilhão Central e originariamente reservadas à instalação conveniente e definitiva dêsses serviços.

Os antigos pavilhões do Hospital — 1º, 2º, 3º e 4º, bem como os edifícios da Lavandaria e do serviço de necropsias, construídos há dezenas de anos e já muito estragados, sofreram pinturas e outras reparações indispensáveis a torná-los em condições de esperarem, mais ou menos satisfatoriamente, o renovamento e a ampliação por que devem passar, no objetivo de melhor corresponderem a sua finalidade.

O Pavilhão Central recebeu um novo elevador elétrico em substituição ao antigo que nêle existia e que se achava inutilizado.

A instalação de telefone automático foi ampliada, tendo sido a capacidade do respectivo Centro aumentada de 50 para 100 aparelhos e o número de telefones então existente acrescido de 44 para 63.

Já foi iniciada e progride regularmente a construção de um 3º pavimento no pavilhão de oficiais, o qual comportará vinte apartamentos providos de todos os requisitos modernos relativos a higiene e conforto.

A cultura técnica pela pesquisa experimental, pela observação e pelo estudo foi cuidada com bastante zélo, produzindo excelentes resultados na assistência aos doentes e feridos a aplicação oportuna dos mais modernos processos de diagnóstico e de terapêutica.

Subsiste a necessidade de aumento da dotação do pessoal técnico e auxiliar consignada a este estabelecimento, o que ainda não permite uma distribuição equitativa de trabalho e, em certos casos, dificulta a obtenção do êxito desejável.

A seleção e a estabilidade, ao menos relativa, desses técnicos, procedidas com o rigor e o critério convenientes, seriam, por certo, a garantia mais segura ao aprimoramento do cabedal de cada um e à produção científica mais vantajosa.

Impõe-se uma providência que atenda suficientemente a esse mister, colocando este Hospital na altura de sua importante missão de principal Centro de Instrução do Serviço de Saúde do Exército e de instância superior de suas Formações Sanitárias, tal como a constituição de um núcleo fixo de profissionais experimentados e capazes, o que pode ser alcançado pela organização do quadro técnico de especialistas de saúde, já nas cogitações da Alta Administração da Guerra.

J. ACYLINO DE LIMA

Poli-serosite e disseminação poli-visceral tuberculosas

.....

Observação e breves considerações de ordem epidemiológica

DR. GENEROSO DE OLIVEIRA PONCE,

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 1.ª ENFERMARIA DO H. C. E. E INSTRUTOR DE CLÍNICA MÉDICA DA ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO.

DR. DIOCLECIANO PEGADO JR.

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 22.ª ENFERMARIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

OBSERVAÇÃO: — J. A., operário da Fábrica de Pólvora de Piquete, 35 anos, preto, casado, natural de Minas Gerais. Baixou à 1.ª Enfermaria do Hospital Central do Exército no dia 3 de dezembro de 1940.

História da doença: — Sentia-se doente, havia dois meses, com febre, pontada nas costas, tosse com expectoração esbranquiçada e inapetência. Posteriormente passou a sentir dores difusas no abdome. Nada informou sobre antecedentes de tuberculose, nem sobre contágio.

Exame do doente: — Indivíduo normolíneo, melanodermô, desnutrido. Temperatura axilar, 38º,5.

Aparelho respiratório: abaulamento da porção inferior do diafragma torácico direito, que apresenta movimentos respiratórios de menor amplitude que o esquerdo; frêmito toracovocal diminuído; obscuridade percussória e silêncio respiratório nas porções mais inferiores; atrito, roncos e estertores bênhosos finos nas porções mais superiores. A teleradiografia dos campos pleuro-pulmonares, em 4 de dezembro de 1940, revelou o seguinte: "Derrame pleural direito, grande (ass.) Dr. Vieira Peixoto". A pesquisa de bacilos de Koch no escarro, realizada no dia 4 de dezembro de 1940, pelo Dr. Abelardo Lobo, foi negativa. A punção do H. D. mostrou presença de

líquido amarelo-citrino, e seu exame citológico e bacterioscópico revelou o seguinte: "Abundantes hemárias com microcitose, raros polimorfonucleares neutrófilos e cocos comuns. (ass.) Dr. Lobo, 4 de dezembro de 1940. Nova teleradiografia dos campos pleuro-pulmonares, tirada no dia 1 de janeiro de 1941, mostrou o que se segue: "Opacificação homogênea de todo o hemitorax direito e recalcamento do coração para o lado esquerdo. Campos pulmonares restantes de transparência anatômica. Derrame da grande cavidade pleural esquerda. (ass.) Dr. Juarez Gomes".

Aparelho circulatório: Pulso 100. Tensão arterial 10 e 7. Ictus cordis no quinto espaço intercostal a dois centímetros, aproximadamente, para fora da linha mamilar. A percussão nos mostrou um pequeno aumento da área cardíaca. Pela ausculta: bulhas um pouco abafadas, taquicardia.

Aparelho digestivo e abdome: dentes mal conservados, língua saburrall. Disnorexia. Fígado discretamente aumentado de volume, doloroso. Baço impalpável. Abdome doloroso em quase todos os pontos. Sua percussão, fazendo-se o paciente mudar de posição, revelou presença de líquido.

Aparelho gênito-urinário e sistema nervoso: nada de anormal.

O estado do paciente nunca apresentou melhora, tendo-se verificado o óbito no dia 3 de janeiro de 1941, isto é, depois de 30 dias de internação.

Autopsia: H. D. — Cerca de 1.800 c. c. de líquido amarelo-esverdeado. No terço inferior grandes blocos de fibrina coagulada. Pulmão colabado, muito reduzido de volume, achando-se longitudinalmente sobre o mediastino, ao qual se achava aderente. Pleura espessada (cerca de cinco milímetros), tanto a visceral como a parietal. Retirado o pulmão, verificámos a presença de pequenos nódulos de disseminação acino-nodular. H. E. — Presença de cerca de 500 c. c. de líquido semelhante ao encontrado no H. D. Pulmão aderente ao mediastino, ao diafragma e em grande parte às paredes torácicas, por aderências frouxas. Deposição de fibrina na pleura. Pulmão um pouco recalcado pelo líquido. No bordo anterior, em sua parte média, encontrámos uma confluência de nódulos cretáceos, do tamanho aproximado de grãos de hervilha. Ao corte, presença de nódulos de disseminação acino-nodular. Mediastino — Ligeiramente desviado para a esquerda. Gânglios peritraqueobrônquicos aumentados de volume, em sua maioria. Ao corte, notámos, macroscopicamen-

te, apenas antracose. Pericárdio com, aproximadamente, 200 c. c. de líquido amarelo-esverdeado, havendo deposição de fibrina em sua superfície. Placas leitosas no pericárdio visceral. Coração discretamente aumentado de volume. Miocárdio de espessura normal. Ausência de lesões macroscópicas. Placas de ateroma próximo às sigmoïdes aórticas. Abdome: Grande quantidade de líquido amarelo-esverdeado. Epiploon aderente às alças intestinais. Todas as alças acham-se aderentes entre si e algumas ao peritônio parietal. Deposição de fibrina na superfície das vísceras. Destacadas as aderências, verificámos que o mesentério se apresentava rugoso, cheio de nódulos. Gânglios do abdome quase todos aumentados de volume. Fígado discretamente aumentado, notando-se, em sua superfície e ao corte, a presença de nódulos brancos do tamanho aproximado de grãos de sagú. Baço um pouco aumentado de volume, cápsula espessada, superfície rugosa. Ao corte, nódulos caseificados, variando do tamanho de uma azeitona ao de grãos de milho. Pâncreas de aspecto macroscópico normal. Rim esquerdo, presença de um pequeno cisto urinário. Ausência de lesões macroscópicas ao corte. Rim direito, nada de anormal. Supra-renais e demais órgãos de aspecto macroscópico normal.

Histo-patologia: — O exame histo-patológico das peças, feito pelo Dr. Nilton Costa, do Laboratório do Serviço de Tisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, nos mostrou a natureza tuberculosa das lesões dos órgãos examinados e, o que é muito interessante para o comentário do caso, a presença de caseose em um dos gânglios peritraqueobrônquicos aumentados de volume, ao lado de um processo esclero-antracótico.

A observação acima nos mostra um indivíduo de 35 anos de idade, apresentando, no bordo anterior do pulmão esquerdo, um aglomerado de nódulos cretáceos (polo visceral cretáceo) e um gânglio peritraqueobrônquico (escapou-nos a identificação exata do grupo a que pertencia o gânglio examinado) ainda com caseose, o que nos conduz a admitir que o paciente fosse portador de um complexo primário não extinto, por quanto o polo ganglionar continuava ainda em atividade (caseose).

Nesta situação fez uma disseminação para os pulmões, serosas (poli-serusite), fígado e baço.

Não nos foi possível apurar a época da primo-infecção. A consistência cretácea da lesão parenquimatosa nos faz su-

por que não tenha sido muito recente. A da disseminação deveria datar de três meses, ocasião em que adoeceu.

Estamos por conseguinte ante um caso de disseminação tuberculosa poli-visceral, realizada na vigência de uma primo-infecção ainda ativa em um adulto de 35 anos.

Sob o ponto de vista da patogenia, poderia ser enquadrado no segundo período de Ranke ou no período sub-primário de Widowitz e Hamburger. No entanto, de acordo com o conceito adotado por R. F. Vaccarezza e José B. Gomez, sobre o período primário da tuberculose, poderia ser incluído neste período.

Esses autores acham que a concepção de Ranke é aplicável ao estudo geral da evolução da infecção tuberculosa, porém, frequentemente, não o é para os casos clínicos.

As críticas que fazem à classificação de Ranke são as seguintes: existência de ciclos incompletos; má delimitação e intrincamento de períodos; reversibilidade das fases; exclusão das super-infecções exógenas; generalização na vigência da primo-infecção ou da tuberculose pulmonar no adulto (granulíria final de Pagel); lesão primária com tendência caseosa progressiva (tísica primária).

Enquadram por isso no período primário todas as manifestações que sobrevêm durante a evolução do complexo primário, inclusive a etapa precoce do período secundário ou período sub-primário de Widowitz e Hamburger, e admitem que a duração do período primário deve ser igual ao tempo em que o complexo primário conserve a sua atividade.

A primo-infecção no adulto tem sido estudada ultimamente por diversos autores, tais como Troisier e Bariety, S. Monaldi e Nico, O. Scheel, B. de Bourdelles, Courcoux e Aubert, Unverricht, Sayago, J. Lopez Bonilla e outros.

A realização sistemática e periódica do test tuberculínico em diversas coletividades, tanto em adultos como em lactentes, pre-escolares, escolares e adultos jovens, tem permitido a vários pesquisadores tirar conclusões interessantes sobre a primo-infecção em adultos.

Assim é que tem deixado de prevalecer o antigo conceito de Behring de que a tuberculose do adulto nada mais é do que a reativação de uma infecção adquirida na infância.

Na realidade outra conclusão se tira dos resultados obtidos por autores que pesquisaram o índice de tuberculização periodicamente nos mesmos grupos humanos.

Heimbeck, num Hospital de Oslo, observou, durante quatro anos, um grupo de 457 alunas enfermeiras; quando ingressaram, 216 deram Pirquet positivo (47 %) e 241 negativo (53 %). Depois de três anos todas tinham reação posi-

tiva. Das 216 com Pirquet positivo, apenas duas (0,9 %) ficaram tuberculosas, enquanto que das 241 com Pirquet negativo, 55, ou seja, 23 %, foram atacadas por infecções bacilares. Posteriormente, o mesmo autor, observou em outras 272 enfermeiras anérgicas, 94 casos de tuberculose, ou seja uma morbilidade de 34,3 %.

Huun e Heiweg-Larsen observaram, durante mais de três anos, 1.608 estudantes da Faculdade de Medicina de Copenhague. No primeiro exame deram reação positiva 1.192 e negativa 416. A percentagem média de positividade foi de 74 %, porém, variando com a época de observação do seguinte modo: no inicio 69 %, no fim 55 %.

Dos 1.161 alérgicos restantes, nenhum se tornou tuberculoso pulmonar e 19 consideravam-se saudáveis, porém a radiografia mostrou lesões evolutivas, sendo que 7 tinham expectoração bacilifera.

Dos 1.161 alérgicos restantes, nenhum se tornou tuberculoso durante o tempo em que durou a observação.

Entre os 416 com provas tuberculínicas negativas, 109 mostraram, mais tarde, reação positiva (viragem), sendo 27 após o B. C. G. e 82 infectados espontaneamente. Destes 82, dezenove apresentaram alterações pulmonares consequentes a tuberculose ativa; em 3 foram encontrados bacilos na expectoração; em outros 3 infiltração pulmonar com bacilos no conteúdo gástrico; tiveram pleuris 5, sendo 3 exsudativos; 2 apresentaram eritema nodoso e infiltração pulmonar; um faleceu de tísica de evolução aguda. Na maioria dos casos restantes houve sintomas subjetivos, tais como sensação de fadiga, "gripes" e, em alguns, modificações pulmonares radiológicas, sem que pudessem ser qualificadas como tuberculosas.

Courcoux e Alibert observaram durante vários anos 299 indivíduos (estudantes e enfermeiras), desde o momento em que ingressaram para o Hospital. Vinte e sete não reagiram à tuberculina e 272 eram alérgicos. Em 13, dos 27, anérgicos, observaram manifestações clínicas ou radiológicas acompanhando a viragem. Nos 272 alérgicos observaram, em quatro casos apenas, um caso de pleurisia e um de tuberculose pulmonar.

As observações dos autores acima citados nos mostram como é relativamente grande a percentagem de indivíduos anérgicos, adultos e jovens adultos, que, vivendo em meio só pela viragem como ainda, não raramente, por um quadro contagioso, fazem a sua primo-infecção, exteriorizada não clínico ou radiológico.

O estudo comparativo dos índices de tuberculização obtidos pelos autores nacionais, em indivíduos de todas as ida-

des, nos mostra que, pelo menos no Rio de Janeiro e em São Paulo, onde as pesquisas foram realizadas em escala apreciável, não obstante as diferenças encontradas pelos diversos pesquisadores, a maior percentagem de alérgicos corresponde aos adultos, porém o índice aumenta muito nos escolares e jovens adultos.

Alvimar de Carvalho chegou às seguintes conclusões: "O índice de infecção tuberculosa é de 9,47 % na média dos lactentes, de 31,54 % na média dos pre-escolares, de 66,74 % na média dos de idade escolar e, enfim, de 79,60 % na média dos adolescentes. Este foi o resultado da observação de 6.312 indivíduos de 0 a 15 anos, durante quatro anos, no Ambulatório Calmette da Fundação Ataúfo de Paiva.

Fleury Oliveira obteve, piquetizando 2.373 indivíduos de todas as idades do bairro de Jaçanã, na cidade de São Paulo, o seguinte resultado: Crianças até três anos de idade, 11,1 %; pre-escolares 21,0 %; escolares 30,0 %; jovens adultos (16 a 25 anos) 66,4 %; adultos (26 a 65 anos) 80,1 %; velhos (65 a mais de 86 anos) 76,2 %.

Verifica-se, pelos resultados acima, que não deve ser pequeno o número de indivíduos que fazem sua primo-infecção acima da idade escolar, vivendo em cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo.

Esse número deve ser aproximadamente de 50,1 %, pelo que se pode deduzir dos resultados de Fleury Oliveira (50,1 % é a diferença entre o índice de tuberculização dos adultos (80,1 %) e o dos escolares (30,0 %)).

Alfredo de Oliveira Viana, Francisco Corrêa Leitão e Mário Moller Meirelles, realizando o test tuberculínico em 3.700 praças da Primeira Região Militar, de 17 a 30 anos de idade, verificaram que as procedentes de zonas urbanas apresentavam 83,7 % de positividade, enquanto que as provenientes de zonas rurais apenas 61,5 % (22,2 % de diferença).

A pesquisa sistemática e periódica da alergia no Exército nos mostrará, dentro de breve tempo, qual será a velocidade de contágio na coletividade militar, isto é, qual o número de anérgicos que, no decorrer de determinado tempo, se torna alérgico. Esta verificação poderá ser feita pela viragem ou pela verificação de algum quadro clínico ou radiológico em indivíduo anteriormente anérgico.

Deste modo poderemos saber, com precisão, quando se trata de uma tuberculose primária, pois sem estes dados seu diagnóstico será sempre difícil.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — RAUL F. VACCAREZZA e JOSÉ B. GOMEZ — *Quadros pulmonares en las fórmas extratorácicas de la tuberculosis* — *V Congrésso Pan-Americano de la Tuberculosis* — *Tomo I* — 1940.
- 2) — J. LOPEZ BONILLA — *La primoinfección tuberculosa del adulto* — *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis* — *Tomo VII* — 1939.
- 3) — W. UNVERRICHT — *Sobre primoinfección del adulto joven* — *IV Congrésso Pan-Americano de la Tuberculosis* — *Tomo II*.
- 4) — AIVIMAR DE CARVALHO — *Primeiro Congresso Pan-Americano de la Tuberculização no Brasil* — *V Congresso Pan-Americano de la Tuberculização* — *V Congrésso Pan-Americano de la Tuberculosis* — *Tomo I* — 1940.
- 5) — B. J. FLEURY OLIVEIRA — *Índice de Tuberculização*.
- 6) — ALFREDO DE OLIVEIRA VIANA, FRANCISCO CORRÊA LEITÃO e MARIO MOLLER MEIRELLES — *Relatório apresentado à Diretoria de Saúde do Exército*.

Atelectasia Pulmonar

DR. GENEROSO DE OLIVEIRA PONCE

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA PRIMEIRA ENFERMAGRIA, INSTRUTOR DE CLÍNICA MÉDICA DA E. S. E.

DR. JUAREZ PEREIRA GOMES

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DO SERVIÇO DE RADILOGIA DO H. C. E.

HISTÓRIA CLÍNICA

G. F. S., preto, com 24 anos de idade, operário da Fábrica de Piquete, contou-nos que, 10 dias antes de baixar a este hospital, após o almoço, penetrou numa sala onde há depósito de cloro, tendo nela permanecido por um espaço de 10 minutos, mais ou menos. Enquanto esteve na sala nada sentiu, porém, alguns minutos após ter dela saído, começou a sentir arrepios, pontada no peito e vômitos. Em face dessa ocorrência foi dispensado do trabalho, retirando-se para sua residência sem ter entretanto procurado o médico da Fábrica, havendo assim procedido porque julgara ser um incômodo passageiro. No começo da noite teve tosse e eliminou escarros sanguíneos; do meio da noite em diante a tosse tornou-se mais frequente, sentiu falta de ar e notou que estava com febre. No dia seguinte procurou o médico da Fábrica que o atendeu e, após, sentiu-se melhor, porém no outro que se seguiu (3º dia a contar do acidente) sentiu-se mal e por isso recolheu-se ao hospital da Fábrica, onde dormiu cerca de 4 dias, sendo então transferido para este hospital.

EXAME DO DOENTE

Faiodérmico, brevilíneo astênico, regular estado de nutrição, e 37°,6 de temperatura axilar.

Aparelho respiratório:

No dimídio torácico esquerdo verifica-se uma diminuição da mobilidade, discreto abaulamento da porção média; obs-

curidade percussória que se estende do ângulo do omoplata para baixo; uma quase abolição de frêmito tóraco-vocal nesse território; respiração soprosa, broncofônica, ao nível do ângulo do omoplata.

Tosse espasmodicamente e regeita escarros esbranquiçados, às vezes amarelados, cuja bacterioscopia, em relação ao bacilo de Koch, foi negativa.

Aparelho circulatório:

88 batimentos cardíaco-arteriais; hiperfonesia do segundo tom pulmonar; tensão arterial Mx. 12 Mn. 9.

Aparelho digestivo e anexos:

Dentes mal conservados; língua saburrall; anorexia; constipação; fígado com seus diâmetros normais. Ausência de bacilo de Koch no líquido de lavagem do estômago.

Nada mais a assinalar digno de registo em relação aos demais aparelhos e sistemas.

DIAGNÓSTICO

Os elementos semiotécnicos de ordem respiratória levaram-nos (Ponce) ao diagnóstico de síndrome pleural, razão por que fizemos uma punção exploradora que, tendo sido branca, fez com que admitissemos a possibilidade da existência da chamada *esplenopneumonia de Grancher*.

Como se faz mister nesses casos recorremos a contribuição radiológica, tendo Juarez opinado pela existência de uma radiológica, tendo Juarez opinado pela existência de uma **ATELECTASIA PULMONAR**.

Radiologicamente as atelectasias se caracterizam pela opacidade do segmento bronco-pulmonar atingido, elevação da cúpula do hemi-diafragma e atração dos órgãos mediastinais. Estes dois últimos sinais, embora de grande importância, podem deixar de existir. A densidade da sombra é variável, está em relação com a maior ou menor quantidade de ar alveolar existente e o grau de sua extensão, podendo ser menor na periferia do que na parte central. No caso de ser atingido todo um lóbulo a opacidade é homogênea e de densidade elevada. O diagnóstico diferencial com as outras entidades bronco-pulmonares só é possível mediante o emprego de incidências diversas e, muitas vezes, de técnicas especiais, tais como broncografia, radiografia penetrante, tomografia, etc.

A causa da atelectasia podendo ser de ordem mecânica ou reflexa, e variável a importância do segmento brônquico

atingido, comprehende-se quão diversas possam ser as alterações produzidas. No caso em apreço o paciente apresentava, por ocasião do primeiro exame, realizado em incidência frontal, o seguinte quadro radiológico:

Diminuição de transparência do ápice e opacificação homogênea de todo o campo freno-clavicular esquerdo. Ausência de qualquer modificação da topografia dos órgãos mediastinais e diafragma (cliché n.º 1).

Como não existisse opacidade nos fundos de saco pleurais, embora tivéssemos deixado de completar o exame medi-

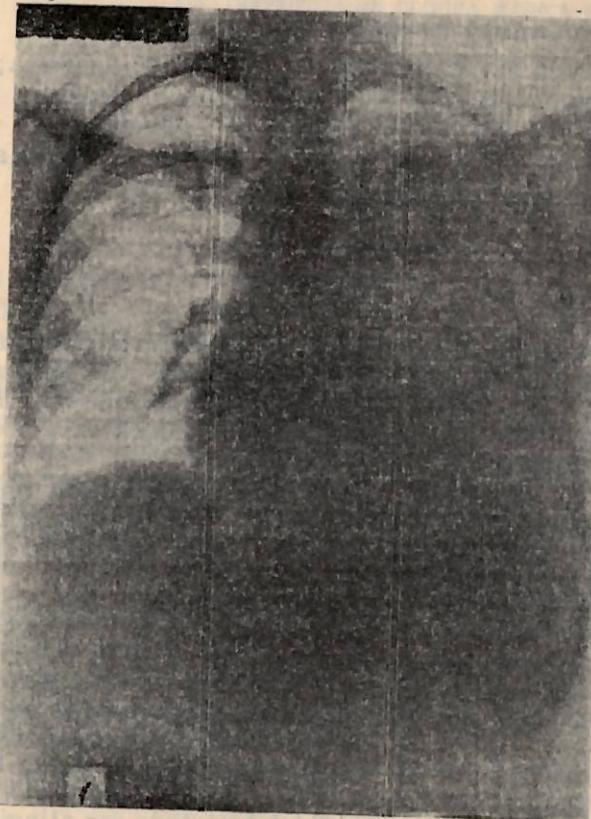


Fig. 1

ante o emprego de outras incidências, pensamos (Juarez) logo estar em face de um caso de atelectasia.

Semilogicamente a atelectasia pulmonar se traduz, às vezes, tal como se fôra um processo pleural, levando o clínico à confusão.

O contingente radiológico já havia fornecido ao clínico uma grande ajuda. Restava, entretanto, que se esclarecesse a patogenia dessa atelectasia, porque no caso em apreço havia, além do mais, um interesse médico legal, visto que o paciente houvera sido dado como acidentado pelo cloro.

M. Tapia baseado, sobretudo, nas contribuições da escola americana (Corillos, Lee, Turker, Warner, Cardis, Ehrenburg, Twyngbedaw, etc.) construiu a seguinte classificação clínica:

ATELECTASIAS	adquirida	exaustiva	congênita neonatorum
			compressiva { por pneumotorax, exsudato pleural etc.
			passiva ou obstrutiva { sempre com intervenção de um fator espástico bronquial.
			ativa ou reflexa { Por espasmo parenquimatoso ou bronquial.
			com inflamação { com encharcamento (Fleichner) impuras (Roessle)

Admitindo-se uma filiação de causa e efeito, a atelectasia assinalada seria classificada como adquirida, exaustiva, obstrutiva (bronquite tóxica) e impura (mercê dos fenômenos de natureza infeciosa: febre, calafrios, etc. Entretanto, decorridos 3 a 4 dias, um de nós (Ponce) solicitou novo exame radiológico que, realizado em incidência sagital esquerda, apresentava o seguinte quadro:

Uma larga faixa opaca, curvilínea e de contornos regulares, projetava-se sobre todo o plano da cisura inter-lobar, estendendo-se da cúpula hemi-diafragmática esquerda à região do 4º espaço inter-costal posterior, superpondo-se sobre a silhueta cardio-vascular. Pela referida sombra acham-se divididos, em dois, os campos pulmonares: um ântero-superior, transparente, ocupado pelo lóbulo superior; outro, pôstero-inferior, opacificado, ocupado pelo lóbulo inferior. Os fundos de saco pleurais são transparentes e a cúpula do hemi-diafragma não

apresenta nenhuma modificação de sua situação (cliché n. 2). A regularidade do contorno da faixa opaca e a sua projeção sobre todo o plano cisural constituam elementos convincentes para diagnóstico de grande derrame em todo o espaço interlobar e motivava, por compressão, o fenômeno atelectásico observado no primeiro exame. Dest'arte dispensamos a pesquisa do sinal de Jacobeus.



Fig. 2

Na perquirição patogenética da atelectasia usa-se ora a broncoscopia (método de Chvalier-Jackson), ora a introdução de lipiodol na árvore brônquica (método de Sicard-Forrestier).

Combinámos para o caso uma broncografia, que realizámos por via translótica, tendo empregado como substância de contraste uma solução de iodipina Merck a 20 %. Acompanhado em fluoroscopia o deslimento da substância injetada,

verificámos que havia refluxo para o sistema bronquial direito e a existência de um impedimento no brônquio esquerdo. Neste último eram evidentes os sinais de compressão na região da emissão do tronco bronquial do lóbulo inferior, impedindo a livre passagem da substância de contraste e justificando a atelectasia do respectivo segmento bronco-pulmonar (cliché n. 3). Estavamos pois com a confirmação da suspeita radiológica verificada no primeiro exame. A despeito disso



Fig. 3

executamos novo exame em Tomografia, fizemos cortes de 8 a 12 cms. em incidência frontal e 15 cms. em incidência sagital, que nos proporcionaram a dissociação da sombra assinalada em radiografia simples e mais uma vez confirmaram o nosso diagnóstico.

Cautelosamente (Juarez) usamos a expressão *derrame* em vez de pleurisia inter-lobar. E' preferível aludir-se à opacidade

da região interlobar em vez de opacidade interlobar, porque tal imagem revela mais frequentemente um abcesso pulmonar que uma pleurisia e é muito difícil, pelos raios X, dizer se a coleção é parenquimatosa ou pleural.

Foi pelo argumento de frequência (Sargent) que ficamos com o diagnóstico de abcesso pulmonar. Sob o ponto de vista terapêutico a discriminação entre inter-lobite e abcesso é, segundo Sargent, sem grande interesse, porém neste caso clínico a finalidade era outra: relação de causa e efeito.

Nessa ocasião o estado geral do paciente era relativamente bom, a febre que vinha apresentando era do tipo irregular (fig. n. 4), e seu hemograma revelava uma leucocitose, mononucleose e aumento de bastonetes, como rubrica de um estado infeccioso.

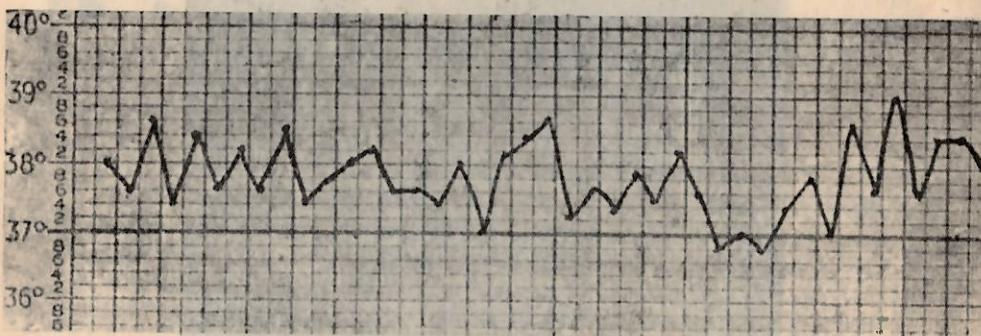


Fig. 4

Feita a punção (Oswaldo Monteiro) foi colhido um pus grosso, pardacento, contendo coccus GRAM POSITIVOS, de cuja cultura não obtivemos resultado.

Em 17-XII-1940 foi transferido o paciente para a 10ª enfermaria, onde foi operado pela Dr. Salema. Em 10-1-41 voltou à enfermaria de origem, apresentando-se ainda sub-febril, porém com estado geral satisfatório.

Fizemos novo controlo radiológico e assinalámos verdadeira transformação do primitivo quadro radiológico, estando o campo freno-clavicular esquerdo apenas diminuído de transparência em vez de densamente opaco, como a princípio. Com o restabelecimento da aeração pulmonar, e, por conseguinte, da superfície de contraste, encontrámos uma imagem circular de rarefação, invisível até então. Projetando-se em região con-

tígua ao plano da cisura, a referida imagem tinha aspecto de cavidade superficial, vasia, como sóe acontecer nos processos supurativos largamente drenados. A cisura apresentava-se espessada e representada, apenas, por densa estria (clichés 5 e 6).

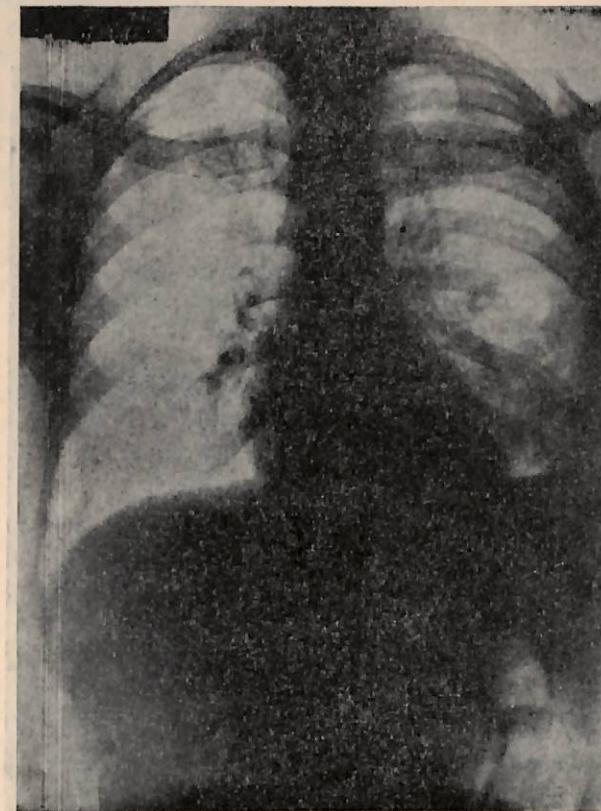


Fig. 5

Pelas informações do paciente, por ocasião da sua baixa ao hospital, parecia que sua doença havia iniciado no dia do acidente, porém, em interrogatório especial a que o submetemos posteriormente, informou-nos que antes do acidente já vinha apresentando tosse, pontada no peito, escarros, moleza no corpo, mas se esforçava por não abandonar o seu trabalho "porque não queria perder dinheiro".

Os sinais funcionais e gerais do abcesso pulmonar são no início de ordem banal, tal como se deu em relação ao nosso doente, e que é a aparição da vômita que permite a suspeita

do diagnóstico, cuja confirmação é dada muito mais pela radiologia que mesmo pelos sinais físicos.

Em plena saúde aparente ou, mais raramente, após uma intervenção ou afecção qualquer, se desenham os sinais habituais de uma pneumopatia banal no início, cuja intensidade é variável.



Fig. 6

Dramática ou quase silenciosa, a vômica geralmente aparece entre o sexto ou décimo dia, acompanhada ou precedida, porém nem sempre, de hálito fétido e, às vezes, de hemoptises. Nossa doente não teve vômica, no entanto diz ter sentido hálito fétido que nos pareceu (Ponce) ligado ao péssimo estado de sua boca.

A temperatura e o estado geral variam com a gravidade da infecção.

Os sinais físicos são variáveis: os cavitários são excepcionais, mas frequentemente são surpreendidos sinais ora de bronquite banal, ora de atritos pleurais, ora pseudo-pleuréticos, ora condensativos, etc. Neste caso clínico verificámos sinais pseudo-pleuréticos, porém em função do fenômeno atelectásico, como ficou demonstrado.

A contribuição radiológica nos casos mais típicos revela uma imagem hidroáfrica de grande eixo vertical, que, assim mesmo, não tem fóros de patognomônico. Neste caso clínico, as primeiras explorações radiológicas não mostraram a imagem cavitária por estar a mesma encoberta pela sombra do derrame interlobar (o abcesso ao invés de esvaziar para o exterior, sob a forma de vômica, derramou-se na pleura interlobar). Diz-se que, pela contracontactografia (método de Berne), conseguíramos evidenciar essa imagem, mesmo nessa circunstância. Para fins de diagnóstico pode fazer-se punção exploradora, tal como fizemos.

Acompanhando-se a exposição que vimos fazendo, assemelha-se logo que nosso primeiro diagnóstico foi de síndrome atelectásico: procurando esclarecer a patogenia da atelectasia é que chegámos ao diagnóstico de probabilidade de síndrome abecedária.

O diagnóstico da síndrome abecedária do pulmão pode ser, conforme os casos, extremamente fácil ou muito difícil. É fácil, nos casos típicos e declarados, em que é suficiente a característica fetidez que o paciente exala ou então, o aspecto do escarro para estabelecer o diagnóstico, ao menos sob o ponto de vista genérico de infecção pútrida do pulmão (Bianchi).

É difícil, quando a fetidez não é surpreendida, ou quando o escarro é escasso, o estado geral é bom e os dados objetivos são apoucados e incertos. No caso em apreço a temperatura nunca foi muito alta, o estado geral do paciente foi sempre bom, seus escarros nada apresentaram de característico e, só mesmo com o concurso da semiologia armada, poderíamos chegar ao perfeito diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nem sempre se pode fazer o diagnóstico direto, havendo então necessidade de fazer-se o diagnóstico diferencial. Nessas circunstâncias podem vir à baila o câncer pulmonar, brônquico ou mediastinal; o quisto hidático supurado; a tuberculose pulmonar ulcerosa; a bronquectasia; pleurisia interlobar, etc., mas, louva-se nas fisionomias clínicas de cada uma e no que pode fornecer o subsídio de laboratório.

Menos frequente é a necessidade de um diagnóstico diferencial com a sífilis do pulmão que não tem, ordinariamente, tendência a coliquação e que, portanto, bem raramente poderá apresentar caráter supurativo. Neste caso clínico as reações de Wassermann e Kahn foram positivas, porém ficaram dependentes de valorização. O paciente nunca contraiu afecção venérea (sic); surpreendemos um estado de hiperhemolise do sangue e o tratamento anti-sífilítico nenhuma influência exerceu sobre a evolução do abcesso pulmonar.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Quando o abcesso pulmonar se desenvolve primitivamente no tecido pulmonar é denominado primitivo, e quando se estabelece em consequência de processos supurativos de localização extra-pulmonar é chamado secundário.

Em sua forma primitiva pode acompanhar ou suceder a uma flogose infecciosa aguda já instalada ou em evolução no parênquima pulmonar.

Certos autores modernos procuram demonstrar que o abcesso pulmonar não sucede propriamente dito a uma pneumonia e sim que esta já é a primeira fase do abcesso. Na realidade o abcesso tem, na sua evolução, 3 fases:

- 1º) inicial ou de condensação;
- 2º) período de estado ou de coliquação;
- 3º) período terminal ou de evacuação.

Na categoria dos primitivos são enfileirados ainda os que se desenvolvem lentamente de per si, sem precedentes mórbidos pulmonares apreciáveis, porém esses, no modo de vêr de um de nós (Ponce), devem entrar na categoria dos secundários.

Os secundários se processam ora por via aerógena: corpos estranhos nas vias aéreas, ou então aspiração de material proveniente do orofaringe (cárie dentária, amídalites, estomatites ulcerosas, etc.); traumatismos torácicos; ora em consequência de manifestações embólicas, causadas por êmbolos sépticos provenientes de fócos supurativos situados à distância e vindos até o pulmão (otites, apendicites, colecistites, etc.) sendo, portanto, uma manifestação de ordem septicêmica: infecções focais. Muitos dos casos de abcessos pulmonares classificados como estritamente primitivos são devidos a infecções odontógenas e assim vêmos que, nessas circunstâncias, deixam de ser primitivos para entrarem na categoria de secundários. Neste caso assinalámos fócos sépticos dentários, que devem ter sido a causa do abcesso pulmonar.

GASES TÓXICOS

Alguns autores, querendo explicar a maior frequência da síndrome abcedária em relação ao pleuris inter-lobar, indicam, como uma das causas, a ação dos gases tóxicos, o que não é endossado por outra corrente de autores, que diz que os gases tóxicos, nesse particular, não estão em causa.

Ainda que se quisesse insistir na possibilidade da ação do cloro nesse caso de abcesso pulmonar, a observação clínica acurada tal não permitiria porque a anamnese surpreendeu o estado inicial da afecção em fase anterior ao "acidente" pelo cloro.

Não se nega que tenha havido intoxicação pelo cloro, o que se regeita é a filiação, em relação ao abcesso pulmonar (fator do fenômeno atelectásico), de causa e efeito. Admitindo-se que o paciente também tivesse sido um "gasado", vejamos de que forma clínica poderia ter sido presa:

- a) A forma fulminante, como o nome indica, é rapidamente mortal.
- b) A forma grave tem uma fase inicial de irritação, com angústia respiratória, prostração, tosse espasmódica, seguida de uma fase de remissão, onde todos os sintomas se atenuam, fase essa que tem a duração de horas e, às vezes, de 2 dias (fase enganadora), à qual sucede uma crise de edema agudo do pulmão, que pode ser mortal, que pode ser acrescido de perturbação assistólica ou de complicações infecciosas broncopneumônicas ou pneumônicas. Conforme se depreende da observação clínica, não foi o que se passou em relação ao nosso doente.
- c) Nas formas leves tudo se limita à tosse quintosa, astenia, disfagia, alguns estertores de bronquite e aletantamento do pulso. Isso é possível que tenha ocorrido com o nosso doente, como fenômeno coincidente, sem que possa entrar na categoria de concausa do abcesso pulmonar já instalado.

EVOLUÇÃO E EXITO

A evolução da atelectasia está ligada ao processo que lhe deu origem; vejamos então como se efetua a evolução do abcesso pulmonar, que, nesse caso, foi o agente responsável.

A evolução do processo mórbido, exclusão feita para as formas, de andamento agudo ou sub-agudo, é quase sempre

prolongada e descontínua, com remissões expontâneas ou provocadas, de duração mesmo considerável, que se alternam com recaídas mais ou menos violentas.

A prática nos ensina que é mister desconfiar das curas "brilhantes", obtidas pelas terapêuticas as mais variadas. Essas curas, geralmente, nada mais são que suspensões provisórias, daí ser necessária a maior prudência ao falar-se de cura definitiva, que só pode ser confirmada após muitos meses de completo bem estar, reforçadas por uma persistente negatividade, tanto dos dados clínicos como radiológicos (Bianchi).

Todavia, certos autores (Savy e outros) falam de formas espontaneamente curaveis e relativamente frequentes.

A mortalidade global é relativamente elevada, máxime nas formas complicadas. A morte surge com maior ou menor rapidez: nas formas septicêmicas; nas formas extensas; por via de hemoptises fulminantes; de pio-pnemotorax pútrido; abcessos à distância; tuberculose associada. No caso em apreço a evolução não foi longa mercê da intervenção terapêutica.

PROGNÓSTICO

É variável de caso para caso, contudo é sempre reservado e na maioria dos casos é severo.

De modo sumário podemos dizer que o prognóstico é tanto mais grave quanto mais insidioso o início do processo mórbido e na ausência, portanto, de precedentes locais ou gerais; tanto mais grave quanto mais lenta e irregular a evolução, quanto mais rica e variada a flora microbiana e quanto mais tardio o diagnóstico.

Em nosso caso clínico pudemos fazer uma declaração de bom prognóstico.

TRATAMENTO

A atelectasia é uma síndrome que aparece no curso de múltiplos processos mórbidos de sorte que a terapêutica consistirá na supressão da causa que a determinou, todavia em certas ocasiões a apresentação de uma atelectasia pode agir tão favoravelmente na evolução de uma afecção pulmonar que devemos respeitá-la (Tapia).

No caso vertente o problema terapêutico era em relação ao abcesso pulmonar presumidamente esvaziado no interlobo.

O. Salema praticou a pleurotomia para dar escoamento de "grande quantidade de pus, amarelo-esverdeado e de cheiro sui-generis".

Antes do tratamento cirúrgico utilizámos o arsenox, vitamina C, etc.

O tratamento do abcesso pulmonar divide-se em médico e cirúrgico.

O médico: emetina (mesmo nos não amebianos); arsenobenzenos; serums; vacinas; medicações antissépticas (Benzóato de sódio, álcool-endovenoso); antissépticos gerais e respiratórios (Triplaflavina, hipossulfito de sódio óleo de eucalipto, sulfanilamidas); broncoscopia; pneumotorax artificial.

O cirúrgico: frenicectomia, toracoplastia, pneumotomia, e pleurotomia.

EPILOGO

Em 14-II-1941 o paciente teve alta curado, documentado não só pela regressão dos sintomas gerais, funcionais e locais, mas também pelo último controlo radiológico: Completo apagamento da imagem de rarefação assinalada no exame anterior, maior aeração pulmonar e apenas sinais de espessamento pleural. E' de crer que não haja recidiva, máxime porque foram removidos os fócos sépticos dentários que, possivelmente, deram causa ao abcesso pulmonar condicionante do fenômeno atelectásico.

Carcinoma primitivo da cabeça do pâncreas

DR. GENEROSO DE OLIVEIRA PONCE,

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 1.ª ENFERMARIA DO H. C. E. E INSTRUTOR DE CLÍNICA MÉDICA DA ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO.

DR. DIOCLECIANO PEGADO JR.

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 22.ª ENFERMARIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Julgamos interessante a publicação da presente observação por se tratar de um caso de carcinoma primitivo da cabeça do pâncreas, pauci-sintomático, em que houve metástases miliares para os pulmões e pleuras (carcinose miliar) as quais, surpreendidas radiologicamente, mascararam o diagnóstico da afecção pancreática, dando-nos a impressão de tratar-se de uma disseminação tuberculosa, miliar.

A intercorrência de uma oclusão intestinal aguda determinou o óbito e, deste modo, nos foi possível chegar às conclusões constantes da observação que se segue:

A. G., cabo do 3º R. I., 20 anos, branco, solteiro, natural de Minas Gerais. Baixou ao H. C. E. no dia 23 de novembro de 1940, procedente do Hospital de Convalecentes de Campo Belo.

História da doença — Antes de ir para o H. C. C. B., esteve baixado à 1.ª Enfermaria com icterícia extra-hepática, que cedeu com a remoção de focos dentários de que era portador. Nessa ocasião, tendo desaparecido a icterícia, foi transferido para o H. C. C. B. por se sentir enfraquecido. De nenhuma se queixava, a não ser sensação de fadiga. O exame radiológico dos campos pleuro-pulmonares e a pesquisa de bacilos de Koch no escarro, realizados na ocasião de sua transferência para Campo Belo, nada revelaram de anormal.

No dia 23 de Novembro do ano próximo passado, o paciente tornou a dar entrada na 1.ª Enfermaria, procedente do

H. C. C. B., por estar emagrecendo muito e ter tido escarros sanguíneos. Seu exame revelou o seguinte:

Individuo micro-longilíneo astênico, leucodermo, máu estado de nutrição. Temperatura axilar 37º,1. Pele pálida, cérea; micropoliadenia. Mucosas descoradas.

Aparelho respiratório: taquipneia, com dispneia, sobre-tudo inspiratória. H. E. — Abaulamento com abolição do frémito toraco-vocal e obscuridade percussória nos dois terços inferiores. Respiração soprosa na porção superior. H. D. — Estertores bolhosos rinos, disseminados.

O exame radiológico dos campos pleuro-pulmonares (radiografia), feito no dia 26 de Novembro de 1940, pelo Dr. Juarez Gomes, mostrou o seguinte:

H. D. — Estenso processo infiltrativo, superficial e de leve tom, interessando todo o campo pulmonar. Opacificação do seio costo-diafragmático e empastamento do polo inferior do hilo.

H. E. — Opacificação homogênea da base, empastamento do hilo com acentuada reação do parênquima pulmonar juxta-hilar e estenso processo infiltrativo interessando os restantes campos pulmonares.

A pesquisa de bacilos de Koch no escarro, em 25 de Novembro de 1940, foi negativa.

A punção do H. E., no dia 26 de Novembro de 1940, mostrou a presença de um derrame amarelo-citrino, cujos exames citológico e bacteriológico revelaram o seguinte: Granulocitos neutrófilos 4%; linfocitos 90%, células endoteliais 6%, raras hemárias; ausências de germes ao exame direto e na cultura.

Aparelho circulatório: Bulhas ligeiramente abafadas, taquicardia, extrasistoles. Pulso 100, tensão arterial 11 e 7.

Aparelho digestivo e abdome: dentes mal conservados, língua saburral; disnorexia, crises reversivas gástricas, diarréias frequentes. Fígado discretamente aumentado de volume, doloroso. Baço impalpável. Zona colédoco-pancreática dolorosa.

Aparelho gênito-urinário — Nada de anormal. O exame de urina revelou, apenas, presença de pigmentos e ácidos biliares.

Sistema nervoso: consciência lúcida. Ligeira excitação.

Durante o tempo em que esteve baixado tinha diariamente temperatura sub-febril, sobretudo à tarde, oscilando entre 37º e 37,7.

Posteriormente foram realizados os seguintes exames:

Escarro — pesq. b. Koch — negativa, em 29 de Novembro de 1940.

Líquido pleural — inoculação — prejudicada por morte precoce do animal, em 3 de Dezembro de 1940.

Escarro — pesq. b. Koch — negativa, em 6 de Dezembro de 1940.

Sangue — reações de Kahn e Wassermann — Negativas, em 11 de Dezembro de 1940.

Escarro — pesq. b. Koch — negativa, em 12 de Dezembro de 1940.

Material colhido por lavagem do estomago — pesq. b. Koch — negativa, em 14 de Dezembro de 1940.

Escarro — pesq. bac. Koch — negativa, em 16 de Dezembro de 1940.

Radiografia dos campos pleuro-pulmonares, em 19 de Dezembro de 1940: — "Infiltração miliar do pulmão direito, sendo ulcerosa na região hilar. O pulmão esquerdo é totalmente obscuro por derrame pleural". (ass.) Dr. Vieira Peixoto.

Escarro — pesq. de b. Koch — negativas, nos dias 23 e 27 de Dezembro e 2 de Janeiro de 1941.

Escarro — pesq. de b. Koch e cogumelos — negativa, em 13 de Janeiro de 1941.

No dia 2 de Janeiro do corrente ano o paciente acusou dor na base do H. D., tendo o exame deste hemitorax revelado o seguinte: diminuição do frémito tóraco-vocal, obscuridade percussória e abolição do murmúrio vesicular no terço inferior.

No dia 2 de Janeiro do corrente ano, o paciente acusou tado do paciente, que apresentou um quadro de obstrução intestinal aguda. Não foi operado por ser péssimo seu estado geral, sendo que o óbito se verificou às 24 horas do mesmo dia.

Autopsia: H. D. — Presença de 500 c. c. de líquido amarelô-citrino. O pulmão apresentava toda sua superfície, inclusive fissuras, semeada de nódulos claros, duros, do tamanho aproximado de grãos de hervilha. Toda a pleura parietal, inclusive a diafragmática, apresentava o mesmo aspecto. Retirado o pulmão, verificámos, ao corte, que os nódulos existentes em sua superfície estavam também presentes em todo o interior do órgão. H. E. — Grande quantidade de líquido ocupando quase todo o hemitorax. Pulmão colabado, muito reduzido de volume, aderente ao mediastino, apresentando em sua superfície os mesmos nódulos encontrados no pulmão direito. A pleura parietal só apresentava os nódulos já mencionados no seu quarto superior. Gânglios do mediastino ligeiramente aumentados de volume. Coração: pericárdio com cerca de 100 c. c. de líquido citrino; liso e brilhante. Coração hipoplásico, notando-se, em sua superfície, algumas placas leitosas. Ao corte, miocárdio de aspecto macroscópico normal.

espessura diminuída; endocárdio, válvulas aurículo-ventriculares, aorta e sigmoides normais. Abdome: Colon ascendente e parte terminal do ileon necrosados, em consequência de um volvo determinado por uma brida que, pinçando o colon no ângulo hepático, o obrigou a torcer-se, formando um volvo irredutível, tais sua tensão e rotação. Presença de pequena quantidade de líquido no peritônio. Fígado discretamente aumentado de volume, apresentando em sua superfície depressões esbranquiçadas. Essas depressões são de diversos tamanhos e notadas em todas as faces. Ao corte, verificámos que a cada depressão correspondia um nódulo branco, lardáceo, de contorno regular, variando do volume de uma noz ao de um limão, aproximadamente. Pâncreas: cabeça do pâncreas ligeiramente aumentada de volume, endurecida, esbranquiçada. Ao corte, notámos que apresentava aspecto semelhante aos nódulos grandes encontrados no fígado. Demais órgãos do abdome de aspecto macroscópico normal.

Exame histo-patológico das peças, feito pelo Dr. Nilton Costa, do Laboratório do Serviço de Tisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro:

Pâncreas: — Nódulos perfeitamente delimitados e envolvidos por tecido conjuntivo, constituidos por um arcabouço de tecido fibroso, cujas malhas são ocupadas por proliferação epitelial. Esta proliferação, irregular e desordenada, é constituída por células com tendência cilíndrica, dispostas irregularmente ou com esboço de formação glandular. Algumas delas se assemelham bastante às células pancreáticas. Grande número de monstruosidades e atipias; em algumas zonas hemorragia e edema. Observámos entre os elementos celulares malignos alguns corpúsculos de estratificação concêntrica, pasmomatosa. Tecido pancreático restante de aspecto conservado, inclusive as ilhotas de Langherans.

Fígado: — O tecido hepático é representado por traves de células atrofiadas, grande número com degeneração turva e gordurosa, separadas por nódulos tumorais, cujas células conjuntiva é menor e a proliferação epitelial mais desordenada. Em alguns pontos, entre o tecido blastomatoso, reconhecemos elementos dos espaços porta.

Pulmão: — Tecido pulmonar peri-nodular em grande parte atelectasiado e irregularmente invadido; em alguns pontos substituído pelo tecido epitelial maligno, que mantém os caracteres descritos no fígado e pâncreas. Assinalamos mais, aqui, grande número de calcosforitos pasmomatossos e, em alguns pontos, a persistência do arcabouço alveolar, cujo revestimento foi substituído por tecido blastomatoso.

Pleura: — Espessada, em alguns pontos invadida por tecido tumoral e, em outros, por infiltração parvi-celular.

Gânglio do mediastino: — A estrutura ganglionar totalmente desaparecida, substituído o tecido linfoide pela massa carcinomatosa com o aspecto já descrito. De particular aqui assinalamos a persistência da antracose. Demais órgãos de aspecto histo-patológico normal, salvo o baço que apresenta sinais de congestão. Diagnóstico histo-patológico dos órgãos examinados (pulmões, coração, gânglio do mediastino, fígado, baço, pâncreas, rins, cápsulas supra-renais): Carcinoma primitivo da cabeça do pâncreas com metástases para o fígado, pulmões e pleura (carcinose miliar) e gânglios do mediastino.

* * *

Ante um doente com temperatura sub-febril, um quadro radiológico de disseminação miliar no H. D. e grande derrame no H. E., máu estado de nutrição e que baixou por ter emagrecido muito e tido escarro sanguíneos, na ausência de outra sintomatologia, a hipótese diagnóstica mais provável, a que, quase, se impunha, era a de uma disseminação miliar tuberculosa. Por isso foram pedidos insistentemente exames para que se surpreendesse o bacilo de Koch no escarro, no material retirado por lavagem do estômago e no líquido pleural. Esses exames foram todos negativos.

A instalação de uma oclusão intestinal aguda agravou o estado, já muito precário, do paciente, que veio a falecer.

Se não tivesse havido esta intercorrência, talvez o diagnóstico viesse a ser feito pelo aparecimento de sintomas ligados ao tumor primitivo ou às suas metástases.

A carcinose miliar, carcinomatose nodular parenquimática de Lenk, sob o ponto de vista radiológico, nem sempre é diagnosticada sem o auxílio da clínica, pois diversas são as afecções que podem produzir imagens nodulares nos campos pleuro-pulmonares. Assim é que deverá ser feito o diagnóstico radiológico diferencial com a amiloidose miliar, a tuberculose miliar, a bronquiolite, as diversas pneumoconioses (silicose, calicose, siderose, etc.) Conquanto estas afecções produzam quadros radiológicos, na maioria das vezes característicos, poderá haver casos de interpretação difícil, como o nosso.

A autopsia e a histo-patologia nos mostraram que o volume do tumor da cabeça do pâncreas e a relativa integridade do restante do parênquima pancreático não poderiam produzir ainda uma sintomatologia suficiente para o diagnóstico.

Contribuição ao estudo da eliminação e concentração da sulfanilamida em meios biológicos

OLYNTHO LUNA FREIRE DO PILLAR

e

GERARDO MAJELLA BIJOS

PRIMEIROS TENENTES FARMACÉUTICOS, MEMBROS TITULARES E DIRETORES DA ACADEMIA NACIONAL DE FARMÁCIA, DO SERVIÇO DE PESQUISAS QUÍMICO-CLÍNICAS DO H. C. E., ETC.

O Serviço Farmacêutico do Exército, no nosso Hospital, muito bem compreendeu a necessidade de sua industrialização e aperfeiçoamento.

Este último lustro marca um período de trabalhos constantes de ordem econômico-financeira e desenvolvimento técnico.

Não só no "Centro de Estudos", órgão de coordenação do trabalho do corpo técnico geral, mas, também, na reunião bimensal instituída pelo seu chefe, o Ten. Cel. Fco. Dr. *Manuel Vieira da Fonseca Junior*, os farmacêuticos comparecem, apresentam comunicações e tomam parte ativa nas discussões.

O resultado é obra do conjunto, cujo espírito de cooperação é franco e decisivo.

Não apenas na farmácia ou nos laboratórios, também, no *Gabinete de Pesquisas Clínicas*, a ajuda é de alta valia. As magníficas realizações da secção de hipodermia, o desenvolvimento farmaco-técnico da secção de produtos oficinais, as dificuldades da sala de manipulações, enfim, todo o grande serviço de farmácia e química do Hospital é uma só força, é uma só ação, é um só pensamento — trabalhar pela profissão bem servindo à Pátria.

O presente trabalho não pertence ao âmbito seccional do Gabinete de Pesquisas; é, antes de tudo, uma manifestação do esforço perseverante dos oficiais farmacêuticos, de que somos, no momento, reflexo.

De há muito o Hospital Central do Exército vinha sentindo suas verbas se evadirem na aquisição de especialidades farmacêuticas, daí procurar atingir e superar o objetivo atual.

No desenvolvimento de suas produções, no lançamento de fórmulas especiais, o Serviço Farmacêutico, em algumas aquisições mais representativas, obteve economias superiores a 3.000 por cento dos preços estipulados pela praça, deixando, portanto, no cômputo financeiro do ano de 1940, de pesar no orçamento, na rubrica despesas, cifra superior a trezentos contos de réis, resultante da diferença entre o produzido e o preço aquisitivo no comércio.

Além desta economia espantosa, o Serviço produziu uma média mensal de 5.645 prescrições ou sejam 189 receitas diárias e fabricou, por mês, em média, 9.261 empôlas.

Sem contar as numerosas fórmulas lançadas, citamos, dentre outras, as empôlas de tiamina, de vitamina C e extrato hepático, as quais, por si só, representam ótimos resultados técnicos e econômicos.

Pela particularidade dêste trabalho, deixamos, para final, a divulgação dos produtos de sulfanilamida manufaturados nos nossos laboratórios.

Os comprimidos desta substância, confeccionados com matéria prima selecionada, de procedência garantida e ação terapêutica controlada, mereceram nossa especial atenção. Este interesse particular resultou das requisições químico-analíticas procedidas para meios biológicos, pelo distinto e ilustre cirurgião Dr. Otávio Salema.

Este oficial e tantos outros médicos do Hospital são os atestantes eloquentes do acerto das preparações feitas no Serviço Farmacêutico, notadamente, a base de sulfanilamida: comprimidos, geléia e pomada.

Não se registrou, felizmente, até agora, nenhum acidente, o que testemunha a fabricação cuidadosa e o acerto de suas indicações terapêuticas, já que se pode consignar, nesta publicação, o elevado nível cultural a que atingiu a medicina militar brasileira.

Estando, diariamente, confirmada a excelência das preparações, divulgamos, em parte, o bem exposto trabalho de *Otávio Salema*, feito ao "Centro de Estudos", apresentando os resultados obtidos nos doseamentos efetuados na urina e no sangue de doentes sob sulfanilamidoterapia, a sua requisição.

É sabido, como fato inconteste, que o efeito bactericida da sulfanilamida depende de sua concentração no sangue.

Nos tratamentos das estreptococias, nas aplicações cirúrgicas, profiláticas e curativas, na medicina geral, os sulfanilamidos têm indicações numerosas, daí o muito que sobre

elos tem sido escrito em nossos meios, sob os aspectos: clínico e químico.

Nêste setor, desejamos, numa sincera admiração, focalizar as contribuições pessoais e os relatos semestrais de *Quintino Mingoja*, em cujas bibliografias muito nos apoiamos.

Já em o N.º 4 dêstes "Anais", *Calmon e Ellent*, citando anteriores observações de um de nós (*Bijos*), escreveram sobre o uso específico de sulfanilamida, e muito interessantes foram suas conclusões, para os meios médicos, principalmente militares.

Nos quadros consignados nêste trabalho se observará antes de tudo, que nossa preocupação é de ordem químico-analítica.

Aproveitámos o mesmo material de *Salema* e, às vezes, utilizámos o abundantíssimo material que nos é remetido pelo P. N. P.

Nos doseamentos que procedêmos, servimo-nos da técnica de *Ratish e Bullowa*, publicada em *The Journal of Lab. and Clin. Med.*, vol. 25-654-657, III — 940, que adaptámos da rotina ao de controlo. Por ela conhecemos a eliminação na urina e as concentrações no sangue e no líquido céfalo-riiano de doentes sob tratamento de sulfanilamida, por via oral.

Deixamos o assunto, dentro dêste nosocômio, em aberto para a verificação da eliminação e concentração nos mais variados síndromes.

MÉTODO DE RATISH E BULLOWA, MODIFICADO

REATIVOS NECESSÁRIOS

- 1 — Sólido ao terço de ácido tricloroacético
- 2 — Sólido a 0,1 % de nitrito de sódio
- 3 — Sólido a 1 % de uréia
- 4 — Sólido de alfa dimetilnaftilamina, a 1 c.c. para 250 c.c. de álcool etílico a 95 %
- 5 — Sólido de paraaminofenil sulfonamida a 20 miligramas por cem
- 6 — Sólido de vermelho de fenol a 0,00 75 %
- 7 — Sólido N/10 de KH_2PO_4
- 8 — Sólido N/10 de 6 Na_2HPO_4
- 9 — Sólido N/1 de Na OH
- 10 — Éter
- 11 — Padrões 4, 7, 10, 12,5 e 15.

PREPARO DOS PADRÕES

Tomar 5 tubos de ensaio de 100 x 10 mm., previamente lavados em sulfocrômico, água bidistilada e secos, em estufa;

marcá-los com os números 4, 7, 10, 12,5 e 15, correspondentes a miligramas por cem de sulfanilamida.

Ajuntar aos tubos: 3,9 c.c. de soluto decinormal de KH_2PO_4 e 6,1 c.c. de soluto decinormal de Na_2HPO_4 e 0,2 c.c. de soluto normal de hidróxido de sódio; adicionar, respetivamente, a cada tubo: 0,22 — 0,30 — 0,46 — 0,62 e 0,86 c.c. de soluto aquoso de vermelho de fenol a 0,0075 %; fechar ao mafarico. Estes padrões conservam-se por 90 dias, em lugar escuro.

DOSAGEM NO SANGUE

Tomar num provete de 20 c.c., esmerilhado, 1 c.c. de sangue total, que se faz recolher sob camada de 5 c.c. de éter; agitar por 2 minutos; decantar 0,5 c.c. da camada etérea para um tubo centrifugador graduado, contendo, préviamente, 5 c.c. do soluto ao terço de ácido tricloroacético; centrifugar; deixar em repouso por cinco minutos; adicionar 0,5 c.c. do soluto de nitrito de sódio a 0,1 %; centrifugar por 30 segundos; adicionar 0,5 c.c. do soluto de uréia; adicionar, então, até completar 8,5 c.c. o soluto de alfa dimetilnaftilamina; centrifugar, levemente, por 2 segundos, completar o volume de 10 c.c. em tubos de 100 x 10 mm. e comparar com os padrões 4, 7, 10, 12,5 e 15, ou então, comparar ao colorímetro com um padrão de paraaminofenilsulfonamida que sofreu a mesma reação. Em quaisquer das comparações efetuar leituras após 10 e 20 minutos e estabelecer a média das duas leituras.

DOSAGEM NA URINA

Proceder à diluição da urina nas proporções 1:50 — 1:100 — 1:200 e 1:500.

Operar nas mesmas condições que para o sangue, tendo-se em conta o volume da amostra e a diluição.

DOSAGEM NO LIQUOR

Operar nas mesmas condições que para o sangue.

Desejávamos neste trabalho apresentar qual a média de concentração sulfanilamídica no sangue suficiente para manter os efeitos bacteriostático e bactericida, e, consequentemente, a cura, mas não nos foi possível. Dentro em breve apresentaremos, então, outras conclusões sobre este ponto, esclarecendo que, por via oral, a sulfanilamida é mais eficiente que por outra via e que a maioria dos casos de insucesso advém de concentração insuficiente do sangue.

ALGUNS RESULTADOS ANALÍTICOS

Nome do doente	Enfermaria	Sulfanilamida % em mgrs.			Observações
		Sangue	Urina	Líquor	
B. P. F.	8 ^a	7	65	—	Casos Dr. Salema
S. P.	8 ^a	4	48	—	Idem
J. V. E. S.	8 ^a	7	37	—	Idem
C. S.	8 ^a	9	75	—	Idem
E. A.	8 ^a	4	95	—	Idem
O. D. M.	8 ^a	7	49	—	Idem
A. M. L.	8 ^a	10	125	—	Idem
L. B.	8 ^a	10	115	—	Idem
O. R. S.	8 ^a	7	75	—	Idem
W. A. A.	8 ^a	4	130	—	Idem
J. B.	8 ^a	4	90	—	Idem
H. T.	8 ^a	4	76	—	Idem
A. A. G.	8 ^a	6	45	—	Idem
1	14 ^a	12	80	4	Septicémia
2 R	11 ^a	14	60	—	1º dia
3 A	11 ^a	10	95	—	1º dia
4 R	11 ^a	12	185	—	2º dia
5 A	11 ^a	9	115	—	2º dia
6 R	11 ^a	14	190	—	3º dia
7 A	11 ^a	7	140	—	3º dia
8 R	11 ^a	12	145	—	4º dia (curado bien.)
9 A	11 ^a	7	150	—	4º dia (não curado)

A avaliação quantitativa do ácido nicotínico e sua amida nos meios biológicos

GERARDO MAJELLA BIJOS

1.º TENENTE FARMACÉUTICO, CHEFE DA SECÇÃO DE BIOQUÍMICA DO GABINETE DE PESQUISAS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. ETC.

Sempre foi nossa preocupação trazer para o serviço de rotina do nosso Gabinete os trabalhos científicos recentes, afim de facilitar os reclamos das clínicas médico-cirúrgicas do maior estabelecimento hospitalar do Exército, o Hospital Central.

Graças à gentileza da Casa "Roche", desde 1937, estamos trabalhando com ácido nicotínico. Injetável por nós manipulado, naquela época, teve seu emprego no Pavilhão de Isolamento, na clínica de F. Leitão.

As determinações quantitativas procedidas derivam da reação de Konig, empregando-se cronometria. O método usado é o de K. Ritsert, no qual substituimos o fotômetro gradual de Pulfrich pelo colorímetro comum, introduzimos pequenas outras modificações e o adaptámos ao doseamento nas fezes e líquor.

Reativos necessários:

Soluto de ácido nicotínico

Dissolver 2 miligramas da substância em 1000 cc de água bidistilada recente.

Soluto de brometo de cianogênio

Dissolver, agitando, 10 gramas da substância em 100 c.c. de água bidistilada.

Soluto de anilina

Dissolver 1 milígrama de anilina em 100 c.c. de água recentemente bidistilada.

Mistura extrativa

Aregar a 300 c.c. de clorofórmio p. a. 100 c.c. de álcool isopropílico.

Soluto de ácido clorídrico a 25 %

Sóluto de hidróxido de sódio a 15 %

Sulfato de sódio seco

Areia

Papel indicador Universal Merch

Álcool butílico

Benzol

DETERMINAÇÃO DO COMPLEXO (ÁCIDO NICOTÍNICO E SUA AMIDA) NA URINA

PREPARO DA AMOSTRA

Tomar em capsula de porcelana, que se cobre com vidro de relógio, 20 c.c. de urina, 10 c.c. de soluto de ácido clorídrico a 25 %; levar a mistura a B. M. por duas horas, entre 80-90°; esfriar; juntar, em seguida, 5 e mais 5 c.c. de soluto de soda a 15 % e depois, gota a gota, o mesmo soluto, até que a mistura possua reação fracamente ácida em face ao papel indicador Universal de Merch. Evaporar até quase secura. Tomar este resíduo e triturá-lo com 10,0 gramas de sulfato de sódio seco e 10,0 gramas de areia. Secar em estufa regularizada a 100-110° e pulverizar. Deitar o resíduo pulverizado em um provete esmerilhado e juntar 100 c.c. da mistura extrativa; deixar em contato, pelo menos, 12 horas (um prazo maior não trás inconveniente); agitar, de quando em vez. Adicionar, então, 30 c.c. de água bidistilada; agitar; distilar a mistura extrativa; agitar o soluto aquoso com 10 c.c. de álcool amílico; distilar até que o volume aquoso se reduza ao mínimo (1 c.c.). Ao volume aquoso assim obtido (=20 c.c. de urina) juntar 5 c.c. do soluto de brometo de cianogênio e, 5 minutos depois, 5 c.c. do soluto de anilina; deixar em contato por 10 minutos; adicionar 20 c.c. de álcool butílico; decantar a camada butílica; colocá-la na cuba e operar, comparando com o padrão.

PREPARO DO PADRÃO

Tomar 1 c.c. do soluto de ácido nicotínico e juntar ao mesmo 5 c.c. do soluto de brometo de cianogênio, e, 5 minutos após, 5 c.c. de soluto de anilina; deixar em contato por 10 minutos;

adicionar 20 c.c. de álcool butílico; decantar a camada butílica; colocá-la na cuba e fixar em 10 mm e operar.

Calcular e expressar o resultado em gamas por cem, tendo-se em conta o volume inicial tomado.

DETERMINAÇÃO DO COMPLEXO NO SANGUE

Tomar em capsula de porcelana, que se cobre com vidro de relógio, 5 c.c. de sangue oxalatado e 30 c.c. de água distilada; deixar, em contato, por 5 minutos; aqueentar, por duas horas, em B. M., entre 80-90°, com 10 c.c. do soluto de ácido clorídrico a 25 %; esfriar; juntar, em seguida, 8 c.c. e mais 8 c.c. do soluto de soda a 15 % e depois, gota a gota, o mesmo soluto, até que a mistura possua reação fracamente ácida, face ao papel indicador Universal de Merch. Evaporar até quase secura. Operar, em seguida, como se fôra para a avaliação na urina. Calcular e expressar o resultado em gamas por cem, tendo-se em conta o volume inicial tomado.

DETERMINAÇÃO DO COMPLEXO NO LÍQUOR

Tomar em capsula de porcelana, que se cobre com vidro de relógio, 2 c.c. de líquido cefálo-raquiano, 10 c.c. de soluto de ácido clorídrico a 25 %; levar a mistura a B. B. por duas horas, entre 80-90°; esfriar; juntar, em seguida, 2 e mais 2 c.c. do soluto de soda a 15 % e depois, gota a gota, o mesmo soluto, até que a mistura possua reação fracamente ácida, face ao papel indicador Universal de Merch. Evaporar até quase secura. Operar, em seguida, como se fôra para a avaliação no sangue. Calcular e expressar o resultado em gamas por cem, tendo-se em conta o volume inicial.

DETERMINAÇÃO DO COMPLEXO NAS FEZES HUMANAS

Tomar num gral 5,0 grs. de fezes e desfazê-las bem com 5,0 grs. de areia fina e 15,0 de sulfato de sódio seco (esta quantidade é variável). Tomar o pó bem seco e num refrigerador de refluxo o mesmo é extraído por meio de porções de benzol. Os extractos são concentrados no vácuo até secura. Acrescentar juntar 10 c.c. do soluto de ácido clorídrico a 25 % e aquecer a B. M., por duas horas, entre 80-90°; esfriar; juntar, em seguida, 10 c.c. e mais 5 c.c. do soluto de soda a 15 % e depois, gota a gota, o mesmo soluto até que a mistura possua reação fracamente ácida em face ao papel indicador Universal de Merch. Evaporar até quase secura. Operar, em seguida,

como se fôra para a avaliação no sangue. Calcular e expressar o resultado em gamas por cem, tendo-se em conta o volume inicial.

Algumas das nossas determinações no colorímetro comparadas no fotômetro gradual de Pulfrich, segundo método de Ritsert, estabelecida a curva padrão de ácido nicotínico ofereceram diferenças não excedentes de 10 %, para menos.

As observações feitas são pouco numerosas, mas estamos publicando-as com o fito de concorrer ao esclarecimento do metabolismo do ácido nicotínico, na clínica hospitalar já referida.

Complexo (ácido nicotínico e sua amida)

Em gamas por cem

Doente	Enfermaria	Urina	Sangue	Fezes	Líquor	Observ.
1	P. N. P.	45	160	70	—	
2	P. N. P.	90	340	200	—	
3	8. ^a	210	420	130	—	
4	8. ^a	140	380	80	—	
5	11. ^a	60	190	210	—	
6	11. ^a	120	260	190	—	
7	P. N. P.	180	320	280	40	
8	P. N. P.	90	240	230	110	
9	P. N. P.	170	310	220	65	
10	P. N. P.	210	280	130	80	

Indivíduos clinicamente saudáveis doadores de sangue

Em gamas por cem

Ficha	Urina	Sangue	Fezes	Líquor	Observ.
1	85	390	170	—	
2	190	410	160	—	
3	240	370	180	—	
4	120	380	210	—	

Em conclusão, pode-se afirmar que o colorímetro presta os mesmos serviços e oferece a mesma eficiência que o fotômetro, tendo a vantagem, em o nosso meio, de estar incluso na dotação, facilitando, dessaarte, a normalização de aparelhagem e de tecnicas. Oferecemos resultados analíticos sem expressão clínica, apenas, de controle técnico, contudo, servem de indicações à investigação médica.

Efectuamos, ainda, a confirmação da maior percentagem do complexo nos glóbulos que no sôro, completando, por experiências que mais tarde serão divulgadas, a relação proposta de real valia em certos síndromes.

BIBLIOGRAFIA

- F. LEITÃO — Rev. Med. Bras., 1940
 KONIG — J. Prakt Chem. 1904, vol. 69, pag. 105
 K. RITSERT — Klin Wschr 1939, 27, Anais Merch
 SWAMINATHAN — Nature 1938, 3575, 830
 COVELLO — Boll. Soc. Ital. Sper. 1938, 13, 1021
 SPIES E COLABORADORES — J. Amer. Med. Ass. 1938, 110, 622
 VILELA — Hospital 3,431, 1940
 JUSTIN BESANÇON — Presse Medicale 1939, 47, 341.

CLÍNICAS CIRÚRGICA E URO-PROTOLÓGICA

Vacinoterapia segmentária intra-arterial

DR. OTÁVIO SALEMA

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 10ª ENFERMARIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Já é bem conhecido o método de Armenio Borelli, na cura das infecções supurativas dos membros.

Seu emprêgo, entretanto, não se tem vulgarizado como era de esperar em recurso terapêutico de tão grande valia.

E' que a via intra-arterial nem sempre é de facil acesso e, para os que dela não têm suficiente experiência, permanece sempre o receio das tentativas infrutíferas.

Casos há, porém, que exigem terapêutica anti-infecciosa enérgica e ao cirurgião ocorre o método de Borelli, como dos mais eficazes e, de acordo com as idéias expendidas pelo seu idealizador, o que maiores vantagens oferece como estimulador das defesas locais.

Possuimos, em verdade, recursos de resultados às vezes satisfatórios. Assim as vacinas e os sôros nos casos de infecções purulentas. Acontece, porém, que noutros casos são falhos êsses recursos apontados, o que explica a necessidade de outras soluções terapêuticas, entre as quais surgiu, e cada vez mais se tem firmado, o método de Borelli, método que se vem impondo, sobretudo pelo seu modo especial de agir.

Ao contrário das demais medicações empregadas contra as infecções piogênicas, a vacinação intra-arterial tem a vantagem de agir diretamente sobre o foco infeccioso.

Em face da ação estimulante mais direta do antígeno microbiano, veiculado pelas arterias, os elementos locais reagem, isto é, o sistema retículo-endotelial.

Os tecidos adquirem maior resistência, tornam-se refratários aos germes infecciosos, cuja virulência, assim, se atenua e mesmo se anula. Prepara-se, por outro lado, a ação leucocitária, que, encontrando germes de virulência atenuada, os destrói facilmente, e por esse modo liberta anti-corpos. Estes, levados pela torrente circulatória de retorno, aceleram a defesa geral do organismo.

Difere o exposto do que se verifica na vacinoterapia por via sub-cutânea ou intravenosa. O antígeno assim administrado começa por despertar as defesas gerais do organismo, em detrimento do foco infeccioso, que só secundariamente é dominado.

Em suma, no processo de Borelli, a ação do antígeno determina a reação inicial do foco; há, de pronto, diminuição de toxinas, atenuação da infecção, destruição local dos germes patogênicos e, a seguir, a reação geral conclui o processo de defesa.

Para certos casos de especial gravidade, esse é, portanto, o melhor meio de agir, pelas vantagens que proporciona como recurso terapêutico de ação rápida e energica.

Atendendo a tais princípios, resolvemos empregar a vacinação intra-arterial em um caso de infecção piódérmica de especial gravidade, colhendo resultados que perfeitamente justificam a eficiência do método e autorizam as seguintes observações:

Primeira observação: — S. S. G. soldado do Cont. da E. das Armas — 30 anos — Preto — solteiro — natural do Estado da Paraíba.

Baixou à 10ª enfermaria com transferência da 7ª por ser portador de um antraz no cotovelo esquerdo.

Tipo de compleição robusta; normolíneo; sistema muscular bem desenvolvido; temperatura axilar 39°; pulso 100; facies de sofrimento e de febricitante; inquieto e sem posição no leito.

O exame clínico dos seus órgãos e aparelhos nada revelou de anormal.

Exame local: — Membro toráxico esquerdo grandemente aumentado de volume; pele tensa e luzidia; temperatura local aumentada; a inflamação extende-se do terço médio do braço ao punho esquerdo.

Na face posterior do cotovelo nota-se lesão ulcerosa, com tons arroxeados, tendo no fundo focos purulentos grumosos e aderentes, com a disposição peculiar aos antrazes.

Dessa lesão central partem cordões sub-cutâneos inflamatórios, que parecem estabelecer comunicação entre o antraz e outros pequenos focos de supuração, esparsos no antebraço e braço.

Alguns desses focos estavam mulcerados e deixavam escapar secreção sero-purulenta.

Não havia fetidez no pus nem os tecidos lesados apresentavam deslocamentos por coleção gasosa.

Como tratamento local, após limpeza dos focos purulentos, usamos a pomada de sulfanilamida.

Injeções de vacina anti-piogênica (pecepi) de três em três dias, sulfanilamida na dose de 4 gramas diariamente e injeções de extrato hepático em dias alternados.

A despeito da terapêutica instituída, o estado geral, e mesmo o local, do paciente, em pouco se alteraram.

Resolvemos intervir e, apesar das insições largas com drenagem e comunicação dos focos superficiais (profundamente, nos interstícios musculares, não havia nenhuma coleção purulenta), o estado do paciente não se alterou.

Pedimos hemocultura, que foi negativa.

No dia 21 de Abril de 1941, o doente, sem apresentar melhorias no local da infecção, queixou-se de tosse e sensação de secura na garganta.

Além da medicação já prescrita, aconselhamos instilações nasais com óleo gomenolado e poção expectorante.

Terminada a série de sulfanilamida, continuámos o uso das vacinas anti-piogênicas, com injeções diárias endovenosas de hemoseptina e injeções de extrato hepático com vitaminas (hepaneurin injetável).

O estado do paciente, apesar da terapêutica, não melhorou, apresentando, ainda, tosse quintosa com escarros hemoptícos.

O membro toráxico esquerdo continuava grandemente edemaciado e as feridas davam escoamento a apreciável quantidade de pus.

Resolvemos então usar a via intra-arterial para a administração das vacinas anti-piogênicas.

A vacina empregada foi a anti-piogênica Herb, na sub-clávia esquerda — 1/2 empôla na primeira injeção, em 24 de Janeiro de 1941.

Podemos dizer que o resultado foi surpreendente, pois, o estado inflamatório local, que parecia não ceder a qualquer terapêutica, começou a apresentar franca regressão.

As dores se atenuaram, dando relativo repouso ao doente.

A supuração diminuiu muito.

O estado geral do paciente, entretanto, não correspondia ao estado local.

Enquanto a inflamação do membro toráxico esquerdo regredia, a ferida tornava-se rósea e a supuração diminuia, a temperatura mantinha-se alta, o doente tinha a respiração mais frequente, seus olhos continuavam brilhantes e a tosse não o deixava, forte e quintosa.

Com dificuldade procedemos ao exame do seu aparelho respiratório, onde encontrámos raros estertores crepitantes em ambos os pulmões, respiração soprosa no ápice direito, também sub-macizo à percussão.

Queixava-se o paciente que não podia deitar-se, pois, quando ficava em decúbito dorsal, os acessos de tosse não lhe davam sossego.

Dificilmente conciliava o sono.

Passou em claro a noite de 27 para 28 e, neste dia, teve uma hemoptise, eliminando, aproximadamente, duas chicaras de sangue, segundo informe do Cap. Dr. Santayana de Castro, médico de dia, que o assistiu naquela ocasião.

No dia seguinte o paciente estava mais calmo; sua tosse, após a hemoptise, se atenuou muito.

No dia 29, pela manhã, vimos o doente com o Sr. Tenente-Coronel Dr. Humberto Melo, Chefe de Clínica Cirúrgica, o qual foi de parecer continuássemos o tratamento da infecção purulenta pela vacina intra-arterial, a despeito da pneumopatia que concomitantemente apresentava o paciente; nesse mesmo dia, fizemo-lhe a segunda injeção intra-arterial.

O estado geral do paciente não se alterou; localmente, a lesão supurativa regredia a olhos vistos.

Injeções de gluconato de cálcio, cardiotônicas, de vitamina B¹, mantiveram bem o estado geral.

Os acessos de tosse já não eram tão frequentes, em certos dias, porém, o paciente sentia necessidade imperiosa de tossir e, após ligeiras hemoptises, o sintoma se atenuava, proporcionando-lhe relativa calma.

No dia 3 de Fevereiro de 1941, nova injeção intra-arterial, e assim nos dias 8 e 13 de Fevereiro de 1941.

No dia 18 de Fevereiro de 1941, pedimos transferência do doente para uma enfermaria de clínica médica, com a sua lesão supurativa completamente curada.

Revimos em 10 de Abril de 1941 o doente em questão, ainda bastante combalido, mas em franca convalescença da pneumopatia aguda.

Segunda observação: — Empregámos ainda o processo de Borelli em um caso de osteite da segunda falange do terceiro quirodátilo esquerdo.

Caderneta n.º 2.167 — C. B. — soldado da 3^a B. I. A. C. — branco — solteiro, com 23 anos, natural do E. do Rio.

Baixou ao H. C. E. por ter se ferido com um osso, quando trabalhava no rancho da sua unidade.

Longilíneo estênico, bom estado de nutrição; pele e mucosas visíveis de coloração normal; gânglios inguinais e retro-cervicais-palpaveis.

Temperatura axilar 36°, 8-pulso cheio e regular, batendo 80 vezes por minuto — cicatriz de celiotomia mediana infra-umbilical.

O exame clínico dos seus órgãos e aparelhos nada revelou de anormal.

Apresenta o paciente sobre a face dorsal da segunda falange do terceiro quirodátilo da mão esquerda dois trajetos fistulosos de onde emana, à expressão, secreção purulenta de odor desagradável.

A citada falange está aumentada de volume, é dolorosa à palpação e apresenta o esqueleto espessado.

O paciente não pode flexionar o dedo lesado.

Pedimos exame radiográfico, que revelou: "Processo de osteólise da segunda falange do terceiro quirodátilo, com escessamento reativo do periosteio e formação de sequestro. Osteo-mielite".

No dia 22 de Março de 1941 fizemos a primeira injeção intra-arterial, na radial.

A supuração diminuiu, assim como a inflamação, podendo o enfermeiro retirar durante o curativo, três dias após, um pequeno sequestro ósseo.

A segunda injeção intra-arterial foi feita a 26 de Março de 1941.

Uma das fistulas cicatrizou e a falange foi tomando a sua conformação normal.

A supuração se reduziu ao mínimo e os movimentos de flexão, principalmente entre a primeira e a segunda falange, tornaram-se quase normais.

A terceira injeção foi feita a 31 de Março de 1941, então na humeral, na parte média do braço.

Quatro dias após, eliminação de um segundo sequestro, de dimensões, porém, menores que as do primeiro.

Nova injeção intra-arterial em 10 de Abril de 1941 — a falange tem aspecto normal e o doente não acusa dor à palpação; não há mais supuração; o segundo trajeto fistuloso está quase cicatrizado.

O doente, porém, ainda não pode refletir completamente a terceira falange sobre a segunda.

Em 18 de Abril de 1941 o doente tomou, pode-se dizer, a última injeção intra-arterial, pois o trajeto fistuloso, que apresentava, já havia cicatrizado por completo; teve alta, curado, em 22 de Abril de 1941, com todos os movimentos do seu terceiro quirodátilo, que apresentava aspecto normal.

Terceira observação: — A terapêutica, infelizmente, ainda não registrou medicamentos ou processos de cura com ação infalível.

Eis porque, nas observações relativas a determinados medicamentos ou processos terapêuticos, entre os muitos suces-

sos, sempre alguns tristemente se destacam, dando fracassos absolutos ou resultados que deixam muito a desejar.

E' o que se verifica na observação que passamos a transcrever.

Caderneta n.º 1.379 — E. V. M. soldado — 1º R. A. M. — 19 anos, pardo — solteiro — natural do E. de Sergipe.

História da moléstia atual: — Conta o paciente que, há 15 dias, vem sentindo dores no joelho esquerdo, as quais se agravaram com os exercícios de equitação.

Tipo longilíneo estênico — panículo adiposo deficiente; sistema muscular bem desenvolvido; pele e mucosas visíveis bastante anemizadas — Temperatura axilar 37,5 — pulso 108 — Gângrios inguinais, epitrocleanos e retro-cervicais — palpaveis.

O exame clínico dos seus órgãos e aparelhos nada revela de anormal.

Na face interna do joelho esquerdo do paciente, nota-se um tumor de pequenas dimensões, circunscrito, mole e fluíduante.

Esse tumor é muito doloroso.

Os movimentos da perna sobre a coxa despertam dor intensa.

A articulação, entretanto, apesar da dificuldade do exame, não apresenta a serosa distendida por derrame apreciável.

A rótula está livre e do lado externo da articulação nota-se o cóndilo femural e a extremidade superior do perônio, assim como o fundo de saco da serosa, perfeitamente deprimível, dando a impressão de não haver grande derrame intra-articular, senão ligeira exsudação irritativa por foco inflamatório de vizinhança.

Atendendo ao relato do paciente (atraito sobre a sela por ocasião da equitação) pensamos em uma tenosinovite serosa aguda da aponevrose "pata de ganso". Repouso, calor húmido e injeções anti-piogênicas — a terapêutica que inicialmente adotámos, no presente caso.

O doente, entretanto, não apresentou melhoras.

A inflamação, a princípio limitada, invadiu o terço inferior e interno da coxa esquerda.

A temperatura elevou-se a 39°.

Pedimos aplicação de ondas curtas e encetámos o tratamento pela sulfanilamida.

O doente pareceu melhorar, apresentando ligeira elevação de temperatura quando o vimos pela manhã (37,5).

A tarde, novo surto febril a 39°, acompanhado de epistaxe.

Pela manhã, durante a visita, o doente não apresentava grande elevação de temperatura; seu estado geral, porém, era mau.

Acusava o paciente grande astenia e mantinha-se no leito sonolento e indiferente.

O exame dos seus órgãos e aparelhos nada revelou de anormal.

O estado inflamatório, local, progredia, porém, invadindo então a região poplitéa.

A punção peri-articular deu apreciável quantidade de líquido sero-hemático, da articulação retiramos pequena quantidade de líquido seroso.

Pedimos exame bacteriológico desse material e obtivemos o seguinte resultado: "Exame bacteriológico negativo; sementeira feita no caldo-sôro, no caldo glicosado e no agar-sôro também negativa".

Kahn e Wassermann — negativos, assim como a gonofixação.

Não pedimos hemo-cultura ou sôro aglutinação de Widal, por não encontrarmos no doente sintomatologia que justificasse tais exames.

Aliás, o tipo renitente da febre e a leucocitose (20,900) com 95 por cento de neutrófilos, chamava nossa atenção para qualquer lesão supurativa cujo foco não havia sido alcançado pela nossa agulha exploradora.

Pedimos exame radiográfico da articulação e a resposta foi a seguinte: "Acentuada desintegração das trabéculas ósseas da metáfise distal do femur, com acentuada reação do periôsteo marginal". "Ósteo-periostite".

O exame radiológico veio perfeitamente esclarecer o diagnóstico: estávamos em presença de um caso de osteomielite aguda, na sua fase inicial, em que os sintomas gerais graves, fazem pensar em uma moléstia essencialmente médica.

Verdade é que o paciente apresentava uma localização inflamatória; justificada, porém, pelo traumatismo que acusava.

Aliás, no tifo, a teno-serosa da aponevrose "pata de ganso" pode ser sede de uma teno-sinovite aguda supurada, como complicação da moléstia.

A sífilis, na fase secundária, pode produzir, também, tal lesão.

O diagnóstico, porém, estava feito e só nos restava a orientação terapêutica.

A despeito do que há aceito em ciência, em relação ao tratamento da osteomielite nela vacinoterapia, quisemos tentar, neste caso, o processo de Borelli, para vêr sua real eficácia.

Não tivemos de que nos arrepender.

Após a primeira injeção de meia emulsão de vacina anti-piogênica Herb na femoral esquerda, o doente deu-nos a impressão de ter voltado à vida.

Encontramo-lo sentado no leito, tendo dormido esplêndida noite, aliviado das dores que tanto o deprimiam; estava apirético e a reação inflamatória local parecia regredir.

Essa aparência de cura, foi, porém, ilusória.

Após quatro dias de completa apirexia, voltou o doente a ter febre, a qual diariamente oscilava entre 36,8 pela manhã e 38° a tarde. Esteve assim durante 35 dias, depois do que deixou de ter febre.

A inflamação local foi cedendo até desaparecer por completo, o doente já pode caminhar, amparado em muletas; não sente mais dor e o jogo da articulação é quase normal.

Um fato, porém, nos desgosta.

Na extremidade inferior do fêmur, nota-se, ainda, acentuado espessamento, duro e indolor.

Pedimos novo exame radiográfico e o resultado foi o seguinte: "Há maior desintegração de trabéculas ósseas e mais acentuada reação do periosteio marginal, o que atesta estar em evolução o processo anteriormente constatado".

A vacinoterapia, portanto, mesmo usada pelo processo de Borelli (via intra-arterial) não é capaz de curar a osteomielite; continua a ser um ótimo recurso terapêutico adjuvante, mas a cura da citada inflexão continua a ser da alcada exclusiva da cirurgia.

Um consôlo, porém, ainda nos resta, e esse bem compensador.

E' que a vacinação por via intra-arterial constitui o método de escolha, quando exequível, de qualquer lesão supurativa dos membros, quando tais lesões não afetam os ossos.

No caso das osteites e osteomielites, é o processo adjuvante de escolha para completo e rápido sucesso da intervenção cirúrgica.

Com uma observação não podemos formular conclusões definitivas, mas pelo presente caso temos a impressão de que a vacinoterapia intra-arterial, na osteomielite aguda, age da forma descrita pelo idealizador do método; combate localmen-

te a infecção, atenua a virulência microbiana, diminui a absorção de toxinas e, pela reação geral, limita e restringe o foco purulento. O nosso doente, sempre em melhorias, continua o tratamento pela vacinoterapia intra-arterial.

Os casos clínicos, infelizmente, não aparecem quando desejamos e, assim, somos forçados a não emitir parecer definitivo em relação à cura vacinoterápica da osteomielite aguda, senão quando o acaso nos proporcione maior número de observações.

De qualquer forma, entretanto, sentimo-nos autorizados a adiantar que a intervenção cirúrgica, no doente em aprêço, reduzir-se-á ao mínimo, proporcionando-nos um caso ideal de cura cirúrgica, graças à ação inegavelmente eficaz da vacinoterapia intra-arterial, processo terapêutico de valor inestimável, com que Armenio Borelli tão brilhantemente soube dotar a ciência médica.

Contribuição ao estudo das litíases renais

DR. PINHEIRO MONTEIRO

CAPITÃO MÉDICO. CIRURGIAO DO H. C. E., EX-ASSISTENTE MILITAR DO H. P. S. DO RIO DE JANEIRO, DO CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DO EXÉRCITO.

Por melhores que sejam os estudos sobre as litíases renais, e por maiores que sejam os progressos clínicos realizados no último decênio, o tema dêste trabalho motiva, ainda, entre os estudosos, sérias polêmicas e discussões intermináveis.

Foi justamente por se nos deparar não esgotado, nos por menores, o assunto, que sobre él resolvemos escrever, menos por presunçosa vaidade, senão pelo desejo de dar uma pequena e modesta contribuição a este importante e, quiçá, obscuro capítulo da patologia urinária. Convencido, embora, da nossa penúria, trabalhámos quanto nos permitiram os esforços, achando ser fraqueza ou covardia um recuo injustificável diante dos calháus desconhecidos da matéria, que tantos e variados são. E como assim procedêssemos, tornámo-nos, neste particular, senhor de uma opinião mais sólida e melhor fundamentada. Também colhemos, felizmente, vantagens de outra natureza, que o ventilar de uma questão palpitante, através dos séculos, aos olhos do mundo, cheio de ansiedades, sempre ofereceu, e, ainda, hoje, oferece. Isto posto, entremos no assunto, sem mais preâmbulos, aliás, desnecessários.

DEFINIÇÃO

Renolitíase, nefrolitíase ou nefropielolitíase, como preferimos dizer, é a expressão de um mesmo fato clínico — o aparecimento de concreções ou cálculos no interior do rim, dentro dos cálices e dos bacinetes.

HISTÓRICO

Conhecida, primeiramente, por Oldfled, Melchor Torres, Chalot, Simon, Neumann, Béraud, Wells, e muitos outros patologistas de quem teremos oportunidade de falar no curso

desta descrição, foi, apesar disto, somente estudada, com mais rigor e interesse, no fim do século passado e no raiar do atual.

Confiante em dados positivos e inofismaveis afirmaremos, sem receio de contestação leal e criteriosa, que antes do util e extraordinário recurso com que conta a urologia dos nossos dias, como sejam o fonendoscópio de Bianchi, a cistoscopia, o cateterismo ureteral, a radiografia, o pneumoperinefre, as provas de fenolsulfanaphtaleína, do índigo carmim, da fluoridizina, e, até mesmo, a exploração operatória do rim, a litíase, posto que pelos antigos não fosse, totalmente, desconhecida, era, todavia, esboçada, apenas, nos vagos contornos de noções suíntas, dúbias, imprecisas e obscurecidas...

No ardor intenso de projetarem luzes na forma nebulosa ou caos embrionário da sua etiologia, ligando-a ora a este, ora a estoutro mecanismo, os estudiosos tateavam outrora nas trevas da suposição, pertinazes, num como desejo ardente de encontrar na essencialidade das causas as armas lógicas contra os efeitos.

Este enunciado já de si é suficiente para podermos algo aquilatar a respeito do conceito antigo sobre a etiopatogenia da afecção a que nos vimos referindo.

De Berselius a Meckel, de Scherer a Bouchard, só falando dos infatigáveis pioneiros das teorias explicativas dêste processo mórbido, no tempo em que era tido como verdadeiro proteu, gastou a litíase, na sucessão dos anos e das experiências, a ciência e o latim dos patologistas.

CLASSIFICAÇÃO

Para a afecção, que é o objeto deste desalinhado trabalho, surge-nos, inicialmente, dois grupos que, de acordo com a escola francesa, são bem nítidos e bem diferenciados na prática. Não só pelo flagrante interesse clínico, como também pela dualidade patogênica lograram ambos, sem hesitação, o consenso unânime de todos os urologistas. São as litíases primitivas e as litíases secundárias.

Na primeira modalidade os urolitos se formam e se desenvolvem sem o consenso de moléstias preexistentes. Não há explicação convincente e satisfatória para o aparecimento súbito e inopinado. Normal a estrutura da glândula, é, verdadeiramente, de nos causar espanto a presença de concreções no rim. Enquanto nêste primeiro grupo as coisas se passam desta maneira, no desencadeiar do segundo, uma desordem inflamatória aparece, comprometendo o parênquima da viscera nobre da secreção urinária. Sim, um dos fatos mais bem assentados e a que mais e mais revigoram e con-

firmaram os estudos anatomo-patológicos, nesta matéria, e nos mostrarem os cortes histológicos, ora grandes e graves, ora pequenas alterações estruturais. Pouco importa sejam específicas, pouco importa o tamanho, a intensidade, o gráu, pouco importa sejam localizadas ou difusas, sejam mais ou menos estensas, mais ou menos comprometedoras. Ao lado destes dois tipos — primitivos e secundários — existe outra classificação moldada, não nos fundamentos de ordem clínica, mas sim em a natureza da composição química dos cálculos urinários.

As substâncias normais e anormais dissolvidas na urina podem, ocasionalmente, precipitar-se. Teremos, então, sais de consistência variável, com cores próprias, de diferentes caracteres morfológicos. Aos químicos são familiares nas suas reações, nas propriedades organolépticas, no peso específico, densidade, gráu de saturação e solubridade. Pois bem! Estes precipitados, ao invés de serem expulsos pela urina, podem ficar, e ficam o mais das vezes, retidos numa das dependências superiores do aparelho urinário. Tomando-se por base sua composição, distinguiremos várias espécies de litíases: úrica (ácido úrico e uratos), oxálica (oxalato de cálcio), fosfática (fosfato de cálcio, carbonato de cálcio, fosfato amônio-magnesiano). Estas perturbações decorrem de mudanças profundas e persistentes, desconcertadoras do metabolismo e da fisiologia celular. Se a reação da urina é muito ácida, ocasiona as duas primeiras, se alcalina, gera a litíase fosfática.

De passagem assinalemos a possibilidade de, num mesmo doente, encontrarmos duas ou mais espécies de litíases. São os portadores de cálculos mixtos. Fala-se, também, excepcionalmente embora, em cálculos originários de xantina, cistina, índigo. Pela sua raridade, limitamo-nos, aqui, apenas, a mencioná-los.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Pensou-se, a princípio, com algum fundamento, que a distribuição geográfica da moléstia estivesse compreendida nos trópicos.

Entretanto, estatísticas de autores alemães, franceses, belgas, dinamarqueses, escandinavos e suíços, de que nos falam os trabalhos por nós consultados sobre o assunto, assinalam sua presença em zonas frias e em países de clima temperado! Assim na França, na Inglaterra, na Rússia, na Península Balkânica encontramos, em grande proporção, os cálculosos. Cremos, por conseguinte, estar em nossas forças po-

dermos afirmar, não o fazendo, aliás, com foros de novidade, que a litíase não pode ser imputada somente à influência do clima.

Não pode, por outro lado, ser atribuída, unicamente, a uma grande evaporação dos tegumentos que acarrete, em última análise, acentuada redução de urina.

Isto posto, pese embora a opinião de alguns tratadistas, não a enquadraremos, como outrora se dizia, no rol das afecções de natureza tropical. Foi descrita, pela primeira vez, na Áustria, depois, à medida que as observações se tornaram mais concludentes, na Holanda, Grécia, Turquia, Rússia, Egito, Madagascar, Austrália, Argentina, Norte América e Brasil.

Entre nós tem sido vista quer em estrangeiros, quer em nacionais, principalmente do norte.

E' bem possível estar esta afecção bem disseminada no nosso "Hinterland". A ausência dos raios X e de outros meios propedêuticos de grande alcance diagnóstico faz com que não seja, nos registos clínicos, frequentemente, averiguado.

CAUSAS PREDISPONENTES

A raça — Constitui, quase, um fato adquirido a observação de que o maior número de indivíduos vítimas de cálculos pertence à raça branca.

Entre nós, pelo menos, esta afirmativa é verdadeira e é positiva, inconteste e real.

Se bem que Vermooten de Johannesburg não deparasse um caso, siquer, dentre 1.091.000 examinados, no Sul da África, nem por isto estamos autorizado a excluir os negros da lista dos doentes que possam contrair a afecção.

Pelo contrário, um sério e vivo confronto feito por Cary, nas estatísticas de alguns hospitais norte-americanos, Johns Hopkins Hospital, University Hospital Medical College, Duke Hospital, entre outros, nos assevera, posto que em pequena percentagem, casos de litíase urinária nos negros.

Nacionalidade — A nacionalidade do paciente também oferece menos importância do que as condições de vida, a alimentação, o fator individual, a profissão que exija grande esforço intelectual e o máximo dispêndio das energias cerebrais.

Idade — Parece que a litíase urinária ataca, preferentemente, o homem adulto. Mas, pelos estudos de Sabenbock, vemos a saber que pode ocorrer em qualquer fase da vida. Vemos-a desde a primeira infância até aos que atingem a maior longevidade. Civiale nos relata algumas observações de cálculos em tenras criancinhas nos primeiros dias do nascimen-

to, muito longe, ainda, dos primeiros lampejos da reflexão. Salienta a possibilidade de se haverem formado durante o período fetal.

Sexo — Nem todos os autores opinam ser a mulher mais sujeita que o homem a contraír a moléstia. Entre nós, por exemplo, tem sido observado um equilíbrio no número de casos entre os dois sexos. As estatísticas de Coulson, Durand, Bokai, citados por Legueu, dizem ser o sexo masculino muito mais acometido do que o feminino. Buscam explicativa para esta preferência na estase urinária, preferentemente, de quando em quando, mais encontrada no homem, por excesso de litrites ou cowperites, frequentes, como sabemos, nas afecções do aparelho genital masculino.

Sede — Os cálculos se localizam, de ordinário, no rim direito, havendo em certa maioria a bilateralidade.

ESTATÍSTICA

Comprovando tudo acima dito em referência às causas predisponentes, publicamos a estatística do Serviço de Urologia do Dr. Jorge de Gouvêa, no Hospital São Francisco de Assis, que constitui o maior centro de convergência, nesta capital, dos doentes portadores de neuvropatias cirúrgicas. No período de 1923 a 1940 houve 104 casos de litíase renal entre 416 internações por afecções renais. Dos 104 casos, 64 homens e 40 mulheres.

(Aqui vemos que o homem é mais sujeito que a mulher, de acordo com as estatísticas de Coulson, Durand e Bokai.).

Brancos	96	} na maioria judeus)
Mestiços	5	
Pretos	3	
Lado direito	65	
Lado esquerdo	35	
Bilateral	4	
Abaixo de 10 anos	0	
Entre 10 e 20 anos	9	
Entre 20 e 30 anos	28	
Entre 30 e 40 anos	28	
Entre 40 e 50 anos	27	
Entre 50 e 60 anos	7	
Acima de 60	5	

ETIOPATOGENIA

Ao mecanismo da formação calculosa do rim nega-se, ainda, uma lei positiva. As observações puramente clínicas, cujo diagnóstico científico se baseia na análise progressiva que vai da anamnese ao exame objetivo, da subjetividade do doente à objetividade físico-química do seu organismo, as provas funcionais do rim, a pielografia, a cromocistoscopia, o cateterismo uretral, a propedéutica moderna, com seus inúmeros progressos, com seu arsenal vasto e grandioso, sistemática e metodicamente, introduzido com brilho e êxito inexcusáveis, na prática urológica, tudo isto, dentro em pouco, esclarecerá, de vez, a etiopatogenia desta afecção, ainda, não de todo elucidada. A composição dos cálculos descrevem-na, sobejamente, as célebres experiências de Albarran e Tufier e os pacientes estudos de Chantemesse e de Widal.

A tão luminoso quão eficiente concurso do laboratório adicionam-se os raios X que, ultimando pesquisas, nos dizem não só da certeza diagnóstica, senão também da forma, volume, número e localização. De resto, existem na litogênese duas condições que, classicamente, se impõem e se irmanam constituindo, por assim dizer, o ponto saliens ou nevrálgico da questão. Dar-se-á uma quando fatores físico-químicos impossibilitam, no estado normal, a eliminação dos sáis.

A outra se relaciona com os aglomerados dos elementos que se precipitaram, para os quais é razão a presença de uma substância orgânica, à guisa de receptáculo, melhor diria, centro embrionário ou ponto de partida do cálculo.

Fourcoy e Wauquelin deram-lhe, com muita propriedade, o solene batismo de núcleo de cristalização. Assim compreendida a calcose do rim é, em última análise, tributária de um ato orgânico, de uma função vital. Inicialmente dois grandes e poderosos elementos são requisitados desde os pródomos ou fase preparatória da sua formação: de um lado o organismo que comparece, fazendo representar-se pelo citado núcleo, matéria orgânica, em cujo derredor se opera, pouco a pouco, a aludida cristalização, de outro a substância inorgânica, os sáis ou produtos da urina precipitados.

TEORIAS PATOGENICAS

Além destas noções incontraditáveis, temos seis teorias, qual e qual, mais engenhosa, lançadas, sucessivamente, como fecho vigoroso ao estudo etiopatogênico das litíases. Embora divergentes na forma, apresentam, todavia, um liame, um traço comum — a influência do fator individual. Referimo-nos

às teorias de Berselius, Meckel, Scherer, Bouchard, Ebstein e Gallipe, que tiveram grande fama no mercado científico, nas letras médicas mundiais.

Para a teoria físico-química, exatamente, a primeira na ordem cronológica, a litíase é um fenômeno de supersaturação. Meckel, autor da segunda, evoca a presença de um catarro litogênico, impregnando a mucosa inflamada. Na sua estimativa, este catarro é, infalivelmente, o elemento básico e preponderante na formação do cálculo.

Imagina Scherer uma fermentação como poderoso fator patogênico, fermentação que tanto se opera em meio ácido, como em meio alcalino.

Baseado na velha e decantada teoria dos humores Bouchard nos fala dos íntimos laços de parentesco entre a calculose e um retardamento das trocas metabólicas, particularmente acentuada para os raios de anabolismo. Nesta conjectura o estado mórbido, em aprêço, é bem a tradução clínica de uma anomalia nutritiva. E', digâmo-lo assim, uma diátese braditrófica. Para ela é mister entrarem em jogo as condições sociais do indivíduo, o excesso de trabalho intelectual, a ergastenia, a vida sedentária, o regimem alimentar impróprio e abusivo...

Necessários se tornam os fatores do desregramento funcional, e, que são também os elementos contumazes da discrasia, geradores não só das litíases, senão da gota, do diabete, da obesidade, da asma, do reumatismo, enxaqueca, urticária, eczema, etc., síndromes alérgicos ligados à espinha irritativa, uns, ao retardamento da nutrição, outros.

Ebstein, vendo que se descamavam e se destruiam células epiteliais da mucosa devido aos sáis irritantes eliminados em excesso, houve por bem lançar, no acervo patogênico, a teoria histo-necrótica.

Finalmente, quando identificados os germes que Sedilote deu o batismo de micróbios, quando, então, quase se não deixou, na patologia, um lugar devoluto para causa morbifica, que não êstes mesmos infinitamente pequenos seres, Gallipe ligou a litíase à causa microbiológica, atribuindo-a a estafilococos e a outros elementos microbianos.

Esta dependência bacteriológica, posto que contestada, na sucessão dos anos e das experiências, tende a reviver nos dias que, agora, correm, à força dos luminosos experimentos de Livermore, Berke, Rosenow, Meisser e de alguns outros que opinam de máximo relevo a ação infecciosa na litogênese. Vimos acima ser mister na formação calculosa um centro embrionário. Em torno dêle se grupam os elementos constitutivos do cálculo. A multiplicidade dos germes patogêni-

cos ou susceptíveis de patogênicos, no organismo, se tornarem, (estafilococos, bacterium coli, os proteus, os estreptococos), se acantonados no rim, agem por suas toxinas ou precipitanas, com repercussão mórbida quando não por todo organismo ao menos, electivamente, no mesmo rim. Isto posto, temos em consequência um sensível aumento do PH urinário. E o PH alto sobre favorecer a precipitação dos fosfatos determina rutura no equilíbrio coloide-cristaloide da secreção urinária. Pois bem! Se é preciso um núcleo para a litogênese, têmo-lo, indiscutivelmente, no cristaloide que é o ponto de partida do cálculo. Tornando-se, por assim dizer, o eixo aglutinante, sobre ele se apinhoam, superpondo-se os elementos coloides. Retorquir-nos-ão, de certo, não possuir o PH valor cabal, integrante, direto na etiologia da calculose. Há outros sáis como os oxalatos e uratos, aqueles só se precipitando em meio ácido e êstes, indiferentemente, ora nos ácidos, ora nos neutros, ora mesmo nos fortes ou fracamente alcalinos. Mas, seja como fôr, o certo é que não poderemos desprezá-lo como fator de monta, máxime se intercorrem fatores coadjuvantes, como o hiperparatiroidismo e a avitaminose.

PAPEL DAS GLANDULAS PARATIROIDES

Eis, resumidamente, esboçadas as principais teorias, em cujo seio emaranhado e enganador se pretendeu solucionar o complexo e, ainda, hoje obscuro capítulo da calculose renal. Como, porém, a despeito mesmo dos fundamentos científicos de que se revestem, lhes negam o maravilhoso tosão de ouro da verdade, apontando-lhes, em alguns pontos, controvérsias, noutros a fauce escancarada da incerteza e da descrença, sejamos concedido, por bem de maior esclarecimento e afirmação do que pensamos, demorarmos o passo em doutrinas outras que, parcialmente, revolucionaram o conceito étio-patogênico da afecção que estudamos. A influência das paratiroides, nos arraiais da clínica e da anatomia e histologia patológicas, foi, inegavelmente, consubstanciada por Leriche, London, Gerlock, Jung, Opel, Brechol, Perjola, Paulucci e outros, que plantaram a convicção no terreno movediço onde vicejaram dúvidas de outrem que, no mesmo rumo, à cata da mesma verdade clínica, se batia no campo promissor do experimentalismo e da observação.

Com a fé das ilações da endocrinologia, aprofundando-se na bioquímica do sangue, concluiram os supra citados autores ser o hiperparatiroidismo elemento preponderante na origem da calculose. Isto, porém, não admira, porquanto outros

pesquisadores já haviam dantes mostrado os íntimos laços de parentesco entre a disfunção das paratiroides e várias moléstias gerais. A tromboangeite obliterante (doença de Buerger), a simpaticose vaso-motora (síndrome de Raynaud), a gangrena diabética, a espondilose, as osteopatias, o reumatismo deformante e a esclerodermia, tudo isto ligado, à luz da ciência moderna, ao hiperparatiroidismo merece vista, se quisermos mostrar a relação entre paratiroides e alguns estados mórbidos, cuja gênese é a atribuída, fundamentalmente, aos seus distúrbios, às suas perturbações. Como e por que mecanismo age esta hiperfunção das paratiroides? Ao que está assentado, e concordes os urologistas, modificando pela ação do paratormônio o metabolismo do cálcio. Notável influência na existência humana desempenha este metal. Indispensável às trocas metabólicas, ao jogo das funções, à coagulação do sangue, à contrabilidade e relaxamento do tonus muscular, regulador do sistema nervoso, anti-tóxico e anti-anafilático, é, por tudo isto, um dos elementos mais conhecidos e estudados na bioquímica. A sua assimilação e desassimilação se operam diferentemente dos demais metais do corpo humano. Reserva cálcica não há nos vários distritos da nossa economia. Assim sendo é de prever um deficit de cálcio no esqueleto, quando dos alimentos o diminuem, ou quando o organismo, por motivo visível ou ignorado, o não absorver convenientemente. Há, por conseguinte, perturbação acentuada na ininterrupta e constante função da calcemias. E como uma baixa do aludido metal, na torrente circulatória, trará, por certo, o espasmo e a tetania paratireopriva, o organismo, sábio como é, procura, inteligentemente, defender-se contra tão grave dano que lhe ocasiona este disbolismo. São mobilizados em seu favor dois fatores que culminam e preponderam: os íons fosfatados, em concentração, e certa dose de paratormônio circulante. Afóra estes, há também os glucídios e o cloreto de sódio. Sendo ambos favoráveis à ionização e à formação dos maltosados de cálcio, constituem, por seu turno, elementos simpáticos à absorção do metal. Os fosfatos variam, na economia, ao sabor das mudanças do equilíbrio ácido-básico. Por isto mesmo na acidose é o fosforo, grandemente, eliminado. Destarte o seu teor no plasma, que banha todos os departamentos orgânicos, é muito diminuído, chegando, até, ao quase desaparecimento, numa ruidosa e sensível baixa.

Nesta emergência reclama o organismo a indispensável presença do fosfato de cálcio, componente dos ossos, sem o qual não há equilíbrio entre os íons do sôro sanguíneo.

Daí resulta um aumento que vem acarretar profunda modificação no metabolismo do mesmo cálcio. Corby, consa-

grado bioquímista, chama, em primeiro lugar, a atenção dos práticos para o desequilíbrio entre os coloides e os cristaloïdes da secreção urinária. Na sua estimativa o hiperparatiroidismo determina uma proliferação sensível do "pars", cristaloïde e, concomitantemente, depósitos dos elementos químicos da urina, precipitados sob a forma de cristais. E esta cristalúria é, indiscutivelmente, uma condição prestimosa na litogênese.

TRAUMATISMO E PARATIROIDES

Querem urologistas de renome, Albright e Bloomberg, entre outros, que haja nos doentes traumatizados, depois de alguns dias no leito, certo exagero funcional das paratiroides.

Nisto está a razão primordial da existência da litíase renoureteral, que não raro se encontra nos grandes Centros de Traumatologia.

Rodolfo de Freitas, de São Paulo, mostra-se entusiasta e francamente adepto de quantos aconselham irradiar as paratiroides, no sentido de conseguir, mediante as ôndulas resolutivas de Roentgen, profilaxia eficaz contra a calculose possível de instalar-se durante o longo tratamento destes doentes especializados.

Conhecedor deste passo do capítulo eitológico das litíases, passo que, dia a dia, recebe novas contribuições, mormente depois de publicado o monumental Tratado de Hinham, puemo-nos a observar se os grandes fraturados são, de fato, suscetíveis de apresentar litíase renal.

De feito, interessados por observações desta natureza e que venham, documentadamente, sancionar o exposto, desde quando assumimos, na interinidade, o Serviço de Ortopedia do H. C. E., começamos a examinar o aparelho renal dos doentes, há dias hospitalizados.

Assim, é-nos dado apresentar, sob o ponto de vista que nos orientam os dizeres, alguns casos que, conquanto em número reduzidíssimo, são, por si sós, bem suficientes para uma conclusão de valor.

Inutil é por certo descrevermos, pormenorizadamente, toda a história mórbida dos doentes, o extenso sofrimento que lhes prende ao leito, sua terapêutica, de todo em todo, inadaptaveis ao fim colimado.

Sinais clínicos bem evidentes de calculose denotam os nossos observados. Dor, piúria, grande sedimentação urinária, hematúrias nós encontramos, não falando das pequenas concreções eliminadas por alguns deles no ato da micção. Como, porém, tais sintomas nos não autorizassem, só é só, por

si mesmos, um juzo exato, limitados não ficámos à anamnese e ao simples exame clínico. Fomos além. Buscámos, como fôra mister, melhores esclarecimentos na análise da urina e na radiografia simples, aguardando, se houver revelação de sombras de cálculo, outros informes da urografia excretora e da pielografia retrógrada. No que toca ao cálcio e ao fósforo apreciámos também as alterações químicas no sangue.

Uma hipercalcemia e uma hipofosfatemia revelam as doagens procedidas pelo tenente farmacêutico Olyntho Pillar, a quem, de passagem, nos não furtamos ao dever de manifestar-lhe a expressão do nosso reconhecimento, por tão luminosa quão imprescindível colaboração.

Desordens outras celulares do sangue que sempre existiram, é claro, embora, nem sempre tenham sido observadas, por não condizerem com o nosso objetivo, foram de indústria, aqui, despresadas. Assim não nos preocupamos com a numerosação dos glóbulos vermelhos e brancos, com o tempo de coagulação e sangria, com a contagem das diversas variedades de leucocitos. No entanto, os portadores de grandes fraturas, principalmente as expostas, são acometidos de infecção, quando mais não seja, no fôco. E lógico que, diante disto, a fisiopatologia sanguínea é, naturalmente, alterada em suas linhas gerais (ligeira hipo-globulina, leucocitose, "deficit" de hemoglobina) acrescidas, é bem de vêr, com sintomas de maior gravidade, se existir qualquer distúrbio anterior do indivíduo.

Nada disto, porém, nos interessou. Foi nosso objetivo mostrarmos acréscimo de cálcio sanguíneo e urinário e diminuição do ion fósforo no sangue. E isto é revelado, dogmaticamente, pelas nossas observações. Vejâmo-las:

Observação I — D. L. L., com 26 anos, branco, solteiro, natural de Pernambuco, 2º Sargento. Internou-se na 12ª Enfermaria em 15 de Abril de 1940. Fê-lo pelo fato de ser traumatizado e com fratura na apófise estiloide do cúbitus e epífise inferior do rádio direitos. Nos antecedentes pessoais, apenas, sarampo, varicela e parotidite. Não há passado venéreo. Colocado um aparelho gessado no decurso do tratamento, várias radiografias revelam acentuada descalcificação dos ossos do carpo e extremidades epifisárias do rádio e cúbito.

Warsermann e Khan — no sangue — negativos.

Mesmo exame depois de reativado — negativo.

Após quarenta dias de internamento, ainda não consolida a fratura, apresenta o doente dores lombares que se irradiavam para o períneo. Intensa piúria. Certo dia, depois de forte cólica renal típica, que cede sob a ação de um sedativo, elimina pequeno urolito, seguindo-se-lhe grande hematuria.

O exame de urina revela, além de cristais de oxalatos, numerosos piocitos e células epiteliais pavimentosas.

Cálcio no sangue, por mil. 0,139 miligs.
Fósforo no sangue, por mil. 25 miligs.

Radiografia dos rins: — "forma, volume, topografia, radiologicamente normais (ass. Juarez)."

Posto que a radiografia, aqui, nos não revelasse sombras de cálculo, (aliás, invisíveis aos Raios de Roentgen na litíase oxídica) pelos sinais clínicos, pela irradiação da dor, pela forte cólica uretral precedendo a hematúria, não há negar que o observado foi acometido de litíase. Encontrados, assim, sintomas subjetivos e objetivos de calculose que êste caso revelou a que, então, atribuí-los ?

Resultado do trauma motivando choque sobre todo o organismo ao ponto de uma hiperfunção paratiroidiana ou simples efeito de outros fatores litogenéticos ? Em face da perturbação da calcemia e da redução do fósforo no sangue há relação entre o traumatismo assinalado e os fenômenos de litíase, sendo aquele responsável direto, no caso, pelos sinais instalados no aparelho renal, em toda sua plenitude.

*
* *

Observação II — M. P. M., 40 anos, branco, casado, brasileiro, funcionário do M. G., baixa a 15.ª Enfermaria em 14 de Junho de 1940. Diagnóstico: fratura da extremidade inferior de ambos os rádios; fratura cominutiva da extremidade inferior do cúbitus direito, fratura dos dois ossos da perna direita na extremidade inferior, também, cominutiva; fratura da primeira vértebra lombar.

Apresenta, em pleno tratamento, francos sinais clínicos de litíase. Além da grande sedimentação urinária, nota-se-lhe, ao ser emitida, que é alcalina a urina. O exame microscópico revela cristais de uratos de amônio. Células epiteliais e leucocitos. Nega passado venéreo.

Cálcio no sangue, por mil. 0,145 miligs.
Fósforo, por mil. 0,030 miligs.

*
* *

Observação III — C. A. M., soldado do 2º R. I., 23 anos, moreno, solteiro.

Diagnóstico — Ósteo-artrite coxo-femural direita.

Exame radiológico — acentuada descalcificação da cabeça do fêmur. Baixa em 15 de Maio de 1940.

Chama a atenção para sua urina pelo fato de ser uniformemente turva, alcalina, ter tido dores lombares, ter tido exponencial hematúria com eliminação de pequeninas concreções litiasicas.

Cálcio, por mil 0,138 miligrs.

Fósforo, inorgânico, por mil 0,025 miligrs.

Elementos anormais encontrados na urina: Albumina e mucina — vestígios. Uratos de amônia e oxalatos de cálcio — cristais; células epiteliais polimorfas e leucocitos.

*
* *

Observação IV — J. R. O., sargento, 24 anos, branco, casado, natural do Rio Grande do Norte. Internou-se na 12ª Enfermaria em Março de 1941. Fratura do terço superior dos ossos do ante-braço esquerdo. Exame radiográfico: desvio do fragmento proximal do rádio para dentro e para diante, desvio parcial do fragmento proximal do cúbito para dentro e para diante, desvio posterior dos fragmentos distais do rádio e cúbito. A. mórbidos pessoais: sarampo e varicela na infância. Nega sífilis e passado venéreo. Foi-lhe feita uma óstesíntese e aplicado aparelho gessado. No decurso do tratamento sente dores na região lombar, intensa piúria, urina ora muito turva, ora francamente hemática. Elimina, à micção, sais fosfatados precipitados sob a forma de consistência arenosa.

Urina: Uratos e oxalatos — células epiteliais pavimentosas.

Radiografia — As sombras renais se projétam com forma volume e sede normais. Ausência de cálculos radiológicos opacos. (Ass. Juarez).

Cálcio, no sangue, por mil. 0,140 miligrs.

Fósforo no sangue, por mil. 0,030 miligrs.

*
* *

Observação V — R. R. S., 28 anos, Minas, solteiro, branco. Sargento, do Batalhão de Guarda. Aos 6 de Fevereiro de 1941 entra para a 15ª Enfermaria.

Diagnóstico — fratura exposta dos dois ossos de ambas as pernas e dos dois ossos do ante-braço esquerdo. Foi socorrido pelo Tenente-Coronel Chefe de Clínica, Dr. Humberto de

Mello. No decurso do tratamento apresenta sinais de litíase, dores lombares, piúria, eliminação de fosfato precipitado sob a forma de pequenas concreções friáveis.

Urina — grande depósito, pus, cristais de fosfato, amoníaco-magnesiano. Células epiteliais pavimentosas.

Cálcio sanguíneo, por mil. 0,140 miligrs.

Fósforo, inorgânico, por mil. 0,035 miligrs.

* *

Observação VI — S. J. R., 22 anos, soldado, solteiro, branco. 1º R. C. D. Deu entrada na 10ª Enfermaria em 24 de Fevereiro de 1941. Examinado em seguida pelo Chefe da Enfermaria, Capitão Dr. Octavio Salema, foi feito o diagnóstico, pouco depois confirmado pela radiologia, de fratura com esmagamento do corpo da primeira vértebra lombar. Colocado um aparelho de Bohler pelo próprio Dr. Salema auxiliado por nós. Vinte dias depois do tratamento é acometido de grande hematúria. De par com a medicação indicada foi pedida uma dosagem de cálcio e fósforo no sangue.

Cálcio, por mil. 0,145 miligrs.

Fósforo, por mil. 0,030 miligrs.

A urina examinada depois da hematúria assinala numerosos cristais de fosfato amoníaco-magnesiano.

Células epiteliais polimorfas.

* *

Observação VII — A. P. A., branco, solteiro, soldado, 20 anos, natural de Minas. Dá entrada no H. C. E. em 5 de Março de 1941.

Diagnóstico — Fratura da união do terço médio com o terço superior do fêmur, com desprendimento de pequena esquírola, confirmada pela radiografia. Nega passado venéreo. No decurso do tratamento surgem-lhe dores nos rins, pus, hematúrias. Grande depósito na urina. Exame do sedimento — Pus, células epiteliais polimorfas. Numerosos cristais de oxalato de cálcio.

Cálcio, por mil. 0,130 miligrs.

Fósforo, inorgânico, por mil. 0,032 miligrs.

Observação VIII — S. P. O., branco, soldado, solteiro, Estado do Rio, 22 anos. Dá entrada em 10 de Outubro de 1940.

Diagnóstico — Fratura do terço médio dos ossos da perna esquerda. Durante o tratamento a urina lhe aparece turva, com grande depósito. Teve hematúria e elimina pequenos cálculos de concreções. Os sedimentos revelam piocitos e numerosos cristais de oxalato e fosfato amoníaco-magnesiano.

Dosagem do cálcio, no sangue, por mil 0,125 miligrs.

Fósforo, inorgânico, por mil. 0,028 miligrs.

Sendo, ao que se sabe, de 0,085 a 0,100 miligrs. a taxa normal de cálcio, no sôro sanguíneo, na estimativa de Leriche e Jung, ou 0,95 a 0,105 no dizer de Guillaume, ou ainda 0,93 a 0,98 no cômputo de Hirlt, chegando, até mesmo, a 0,110, como querem Clark e Collip (Vide J. Braine e R. Rivoire "Cirurgie des Glandes Parathyroïdes"), em sério e vivo confronto com a percentagem encontrada em nossos observados, resulta, para logo, que em todos êles, independente de medicação empregada, há um aumento dêste metal no meio interior. Este disbulismo cálcico, acarretando por seu turno o do fósforo, é o movel irresistível e poderoso da cristalúria que constitui, como vimos, o substrato, a célula gertriz ou embrião das formações litíásicas. Serão, porventura, portadores de litíase reno-ureteral todos os grandes fraturados?

Parece-nos, a nós, que em face desta hiper-calcemia todos êles sofrem, depois de alguns dias no leito, precipitações de cristais de uratos, oxalatos, fosfato amoníaco-magnesiano.

Mas, para aglomeração dos mesmos nas partes superiores da árvore urinária, ao ponto de constituir um grande cálculo, mister é a existência de uma infecção concomitante, não só, como também uma modificação profunda e radical no que se convencionou chamar "dinamismo", em urologia. Em uma palavra: é necessário a estase. E o excesso de paratormônio circulante terá ação sobre esta estase?

O funcionamento dos condutos veiculadores da urina, secretada pelo rim, não se faz, como outrora se dizia, pela gravidade ou pela simples ação da "vis a tergo".

Os moderníssimos trabalhos de Hovelaque, Dambrin e Letarge sobre a anatomia e fisiologia do bacinete e do ureter vêm demonstrar que êstes condutos coletores, bem como os secretores, têm dispositivo estrutural próprio; têm inervação também própria que lhes garantem movimentos peculiares,

diversos, por conseguinte, da maneira com que eram tidos na vetusta e clássica concepção. Pois bem, este mecanismo ativo que assegura o escoamento da urina das vias excretoras altas até a bexiga, sendo, como é, dependente da contextura mio-nervosa pielo-ureteral, experimenta modificações trazidas pelo volume dos cristais de cálcio, cuja quantidade varia na razão direta do grau de traumatismo, ou melhor, corre paralela com o exagero funcional das paratiroides, ou seja a dose de paratormônio circulante.

HIPOVITAMINOSES

Outra causa de real importância, que jámais deixaremos de arrolar, é a avitaminose. As vitaminas desde que tiveram a influência evidenciada por Casemiro Funck começaram, na Biologia, a despertar experimentos consideráveis em torno do seu desconhecido poder metabólico. E destarte, com serem elementos indispensáveis à energética ou ao ritmo da nutrição, são, quando ausentes ou em fraca dose no organismo, fatores também de grande monta na litogênese.

Martins Costa, docente de Urologia, na Faculdade Médica de São Paulo, aqui citado, afim de que não nos incriminem, no particular, de ingratidão manifesta e destacada à medicina indígena, em bem elaborado artigo — **Tratamento da litíase urinária** — após alguns consideranda, conclui, brilhantemente, que "a avitaminose a tem um papel de importância como entidade nosológica da litíase urinária em 10 % dos casos". Como apoio de suas idéias evoca estatísticas de vários autores, sobretudo, americanos, Negrini, Grossman, Jaki, Higgin, Mendel e Osborne, entre outros. Todos êles reforçam suas asseverações, quando acordes em que a avitaminose a determina descamação epitelial nas mucosas do organismo profundamente desnutrido. Pois bem, as células epiteliais assim destacadas servem, com a aquiescência de outros fatores, de base e de núcleo preparatório ou eixo aglutinante dos elementos que compõem o cálculo. Além do citado autor, Richard Bliss e seus cooperadores também vêm na avitaminose a um fator vulnerantemente propício à litíase urinária, principalmente a renal.

Mac-Carrison, na Índia, refere-se em suas experiências a existência da hipovitaminose a assombrando a etiologia de calcúlo e o aumento de portadores de litíase entre os habitantes pobres do país, alimentados deficientemente, tal como alguns autores alhures já haviam dantes observado.

Reproduzindo, entre nós, as célebres experiências de Randall, da América do Norte, Moura Campos nos dá resultados

práticos muito elucidantes em referência à falta nos alimentos da vitamina A.

Submetendo ratos, longos dias, a regime totalmente desprovisto desta vitamina consegue reproduzir as experiências de Mignon, isto é, o aparecimento de cálculos vesicais, bem assim a cura completa dos mesmos, só e só, com a administração em alta dose da mesma vitamina. Em que pesem os eruditos e inegualáveis trabalhos de ambos e as observações com que Testat, na Itália, iluminou o terreno movediço da experimentação, obtendo mudanças radicais no epitélio, desde o achatamento das células até a queratinização, inclinar-nos-emos a pensar que, ao lado da vitamina A, outros fatores têm, por igual, influência na formação das litíases. Sim, parece-nos a nós que semelhante ação patogênica se observa estendidas e generalizadas a outras qualidades de vitaminas, mormente a B, C e D.

MICRINAS

E não terá marcada influência a ausência cabal de elementos necessários, em dose mínima, embora, ao organismo, e para os quais se propõe a designação de micrinas, criada por Hugauneug? Dizem uns que tais micrinas têm alto poder catalítico na assimilação. No conceito de outros, porém, são neutralizantes dos tóxicos, externos e internos, constituintes das ações tóxicas de que nos fala Tessier. Estas ocasionam exo e endointoxicação que se traduzem por uma série ilimitada de distúrbios ligados já ao catabolismo, como também ao parasitismo e à interferência perimicelar nas suas patológicas induções. Decorrentes as últimas do próprio organismo, do desregramento e da insuficiência funcional, em relação na mais íntima e estreita intimidade com a atividade fisiológica, dir-se-ia exclusivamente para sua neutralização que a economia humana reclama, com insistência, a presença de tais substâncias, caso fosse dada a distinção entre tóxicos externos e internos; ou melhor, se se pudesse negar serem as endointoxicações uma função das exointoxicações próximas e remotas.

O organismo que ingere álcool, na maldita dose quotidiana de um ou mais cálices, que ingere o arsênico, o mercurio, o chumbo, os sais destes corpos químicos, que lenta e cronicamente é prejudicado ante suas funestas propriedades, jamais, em tempo algum, despresará o concurso eficiente das micrinas. Da mesma forma, também, não as dispensam aqueles que, mercê da carga tóxica conduzida, qualitativa e quantitativamente pelo alimento são batidos de agressinas, devorados de micróbios, componentes da rica flora que no seu intestino guardam.

AMINO-ACIDOS

Por que, entretanto, esta referência somente a micrinas, e o silêncio quanto à relação digna de apreciar e se estabelecer entre calculose e amino-ácidos, notadamente o triptofânico?

Urge, pois, lembrá-la. Há, indiscutivelmente, comunhão etiopatogênica entre a carência de tais substâncias que tem também relevante papel no equilíbrio físico-químico, nas trocas metabólicas e na manutenção do trofismo.

Faltas de vitaminas, de micrinas, de amino-ácidos não constituem, por si mesmas, sem fatores outros intercorrentes, a causa primordial, irresponsável, básica e explicativa da litígenese.

Do contrário, nos pacientes beribéricos, nas polinevrites, nas outras moléstias de carência, onde ao lado da infecção existe, verdadeiramente, a avitaminose, fácil ser-nos-ia, ao simples exame radiológico, verificar-nos em associação mórbida inúmeros portadores daquela afecção. Em face disto, estamos, pois, autorizado a afirmar que nem o hiperparatiroidismo, nem a avitaminose poderão ocasionar litíases se não houver estase, e fator constitucional, as duas colunas mestras, por assim dizer, das concreções.

A estase e a infecção que motivam desordens no dinamismo do bacinete e do ureter, tornando estas vias excretoras dificilmente permeáveis, são, indiscutivelmente, as causas mais eficientes e os fatores que mais preponderam na etiologia da calculose.

Não é, pois, sem alguma razão afirmarmos que só excepcionalmente se formam urolitos quando normais as referidas vias, quando nenhum obstáculo impede o livre curso da secreção urinária.

Higgins e Randall são, entretanto, infensos ao absolucionismo desta regra.

Sem que intercorra estase por obstrução ou espasmo ureter-piélico, vemos, consoante seus dizeres, os cristais nos tubos se formarem e se superporem, pouco a pouco, até certo tamanho. Impedidos de sair para o exterior, dado o seu volume e, permanecem encastoados por sob o epitélio renal, ou, então, no bacinete, irritando, ora o rim, ora a mucosa do ureter, a ponto de acarretarem profunda modificação no equilíbrio coloidal da urina.

Quando ao referido obstáculo se adiciona uma pielonefrite, deparar-nos-emos com a obstrução, com a estase e com o processo infeccioso, ou seja a triade promissora da gênese da calculose.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Posto que os estudiosos muito tenham descrito até hoje, faltam à anatomia patológica da litíase os últimos retoques; faltam-lhe as derradeiras linhas, ainda não traçadas definitivamente.

Jardet e Albarran, só falando nos precursores dêste estudo, enumeraram ao exame microscópico, nos cortes das decas de doentes nefrectomizados, lesões histológicas de duas naturezas. Umas difusas, inflamatórias, que atingem não só os glomérulos, senão os pequenos vasos arteriais; outras de igual relevo patológico, de não menos interesse clínico consequentes à presença do cálculo no bacinete ou no rim. Evolui a concreção litíásica, por vezes, assepticamente. No normal, porém, o faz no orgão infectado por estafilococos ou outros elementos microbianos.

Assim um renolitiásico infestado dêstes micro-organismos, apresenta-se ora com pielonefrite, ora sob a forma de uma entidade mórbida, esteriotipada na distensão do bacinete ou do rim.

E' a hidronefrose ou uronefrose, empregada, aqui, outra expressão que melhor a define. Motiva-a, segundo alguns autores, um mecanismo de impermeabilização, completa ou incompleta, do conduto nefro-ureteral. As flegmasias e as compressões, trazidas pela irritação do cálculo, dominam-lhe, por assim dizer, o vasto e intrincado capítulo da sua etiologia discutida e variada. Mas as pielites secundárias, consequentes à passagem do cálculo, têm, para Albarran, mais valor do que a ação obliterante da permanência do mesmo cálculo no ureter. Se este fôr obstruído não há eliminação. Consequentemente, aumenta de volume o rim, podendo atingir proporções variadas, até mesmo a de uma cabeça de adulto.

De tamanho assim regular, o tumor situado em plena região lombar apresenta-se, macroscopicamente, com superfície lisa, rósea ou esbranquiçada. No seu interior há septos que circunscrevem dependências — expressão anatômica da dilatação dos cálices. Ao corte deixa escorrer líquido cuja quantidade é incerta, assim no asneto como na natureza. Se em função o elemento nobre do rim, tem o líquido um matiz que se aproxima do amarelo e das tonalidades variantes desta coloração. Advêm, porém, nas uronefroses antigas, outras variantes cromáticas que permitem uma graduação minuciosa do vermelho ao escuro. Por esta anormalidade na cor do líquido retido respondem substâncias pigmentares, de natureza e origem diversas, e, em quota mais ou menos considerável, sobre todas avultando os elementos hemáticos. Havendo re-

absorção dos componentes urinários, graças aos fenômenos osmóticos, como explica Tuffier, temos, concomitantemente, distúrbios graves no rim, que podem chegar, até, à desintegração estrutural. O orgão ora se apresenta ectásico, ora completamente reduzido de volume. Na ectasia, primeira modalidade, assinalam-se achatamento do epitélio, esquemias, infiltração dos glomérulos, tudo originário de uma dilatação forçada dos canaliculos secretores. Na atrofia, segunda fase, sobressaem a diapedese nos glomérulos e a esclerose na trama conjuntiva. Ectasia e atrofia são, por conseguinte, duas etapas que se mencionam no aquilamento estrutural do rim. Na contingência de darmos, aqui, detalhes mais precisos sobre o assunto que estamos a ventilar, e como não nos é possível fazê-lo tão bem quanto as palavras dos doutos luminares da escola francesa, Marion e Papin, é-nos preferível trasladar o que lêmos, respectivamente, às páginas 416 do "Traté d'Urologie" e 357 da "Chirurgie du rim". "Anatomicamente o cálculo do rim tende à destruição progressiva do orgão, seja por esclerose, seja por dilatação ou por supuração. Esta destruição pode fazer-se extremamente lenta ou rapidamente, segundo a natureza do cálculo, sua sede, o modo por que ele age sobre o trânsito da urina e o estado da infecção".

"No ponto de vista funcional — continua Marion — há cálculos tolerados, os sintomas que provocam sendo suportáveis, não pondo em perigo a vida do doente, e permitindo uma vida indefinida, a litíase sendo unilateral; há outros que, sem pôr a vida em perigo, a fazem impossível, em razão da intensidade das dores que provocam a todo instante, outros, finalmente, põem a vida em perigo, seja pelos acidentes de supuração, seja pela alteração dos dois rins, conduzindo progressivamente à uremia e à anúria."

"As modificações que o cálculo provoca ao nível do rim — escreve Papin — interessam, primeiro, as cavidades do rim, isto é, os cálices e os bacinetes. Os cálculos podem agir de dois modos: seja diretamente dilatando as cavidades por seu volume, cada dia maior, seja criando um obstáculo ao nível do colo do ureter ou ao nível do orifício de um grande ou de um pequeno cálice. Disso resulta, quando a obliteração é incompleta, uma hidronefrose acima. Se o obstáculo tem por sede o colo do bacinete, a hidronefrose é total; nos outros casos, há hidronefroses parciais que podem compreender seja o território todo, de um dos dois grandes cálices, seja um território menor, correspondente a um pequeno grupo de cálices ou a um cálice único. Por outro lado, pode-se ver produzir a retração e a esclerose do parênquima renal, este parênquima diminui de espessura de modo considerável, atingindo muitas

vezes 1 centímetro, ou mesmo menos, de sorte que, no estado terminal, o rim não é mais do que uma casca esclerosa envolvendo o cálculo. No mesmo rim observam-se todas as disposições possíveis, isto é, a conservação do parênquima renal normal em uma certa zona correspondente a cálices não obstruídos, em outros pontos, uma hidronefrose parcial e, em outros, ainda, a retração e a atrofia em torno do cálculo; estas diversas disposições anatômicas fazem com que os rins calculosos não se pareçam e possam, ao contrário, apresentar disposições as mais variadas. Ao lado dessas lesões dos cálices e do parênquima existem outras lesões inflamatórias crônicas extremamente importantes, ao nível dos tecidos que envolvem o rim. Em todas as operações por litíase renal nota-se uma perinefrite abundante; na maior parte dos casos a gordura que envolve o rim está aumentada em quantidade e em consistência, e é o que se chama esclero-lipomatose. Esta reação do tecido celular perirenal continua-se em torno do bacinete; existe aí uma peri-pielite extremamente importante, tanto na face anterior, como na posterior do pedículo, e que se continua, segundo este, até os grossos vasos. É esta uma das razões principais da perda de elasticidade do pedículo. Finalmente, a última complicação da litíase é a infecção. Quero me referir à infecção aguda, pois, todas as lesões precedentes são de origem infecciosas, não havendo, praticamente, litíase renal asséptica. Mas, é possível encontrar no próprio rim uma pionefrose total, ou, localmente, abcessos renais, ou, ainda, em torno do rim focos de perinefrite supurada."

Seja-nos, ainda, permitida outra transcrição, a deste tópico, encontrado à página 278 do "Diagnóstico quirúrgico de las enfermedades del riñón", de W. Baetzner:

"El cálculo, como cuerpo extraño, produce irritaciones y trastornos de todas clases. El parénquima renal sufre alteraciones inflamatórias crónicas, y la cápsula presenta proliferaciones hyperplásicas. Pero lo que sobre todo puede hacer sentir su influencia nociva sobre todas las partes del riñon, sus envolturas y el uréter, es el obstáculo al libre curso de la orina, la retención, con la infección que a ella se anade. Según sean los procesos, mecánicos o inflamatórios, o ambos asociados, los que afecten al riñon calculoso, se producirán en éste modificaciones análogas a las que han sido já descritas en parte al estudiar la hidronefrosis y las supuraciones renales."

Depois destas palavras elucidantes de tão exímios e festejados urologistas, seja-nos permitido, finalmente, como remate destes estudos anátomo-patológicos, indagar as alterações

do rim oposto ao portador de calculose em sua modalidade unilateral.

Se pusermos à margem a teoria reflexa de Guyon (reflexo reno-renal) e a nefrite simpática de Klippel e Pouson, aceitaremos por verdadeira a nefrite diatésica de Albaran.

A razão de ser da sua patogenia está na passagem das substâncias tóxicas secretadas pelo rim doente, através do filtro do congénere. Legueu não se conformando com a lesão unilateral inclinada esteve sempre a pensar em comprometimento do rim oposto. Não comprehende êle um rim calculoso, sem apresentar o outro nefrite, ou porque também seja portador de cálculo ou porque esteja no estado que se chama "em potencial de cálculo".

DIAGNÓSTICO E PROGNOSTICO

Ressaltam no diagnóstico e prognóstico, com excepcional e transcendente importância, os sinais objetivos, mercê dos quais se capacita o profissional do quanto vai de desordem na intimidade celular, dentro dos tecidos e dos órgãos que, à mingua de vibrações sensíveis, esquecidos nos desvãos da inferioridade, no bojo entravado da vida vegetativa, não podem, diretamente, valvular queixumes, vazar maguas e padecimentos, a meiografia e quiçá a apragia, que os levam à tortura, à estafa, à descompensação da luta, ao caminho da bancarrota, do desfecho perene, da pousada definitiva...

Por outro lado, os dados subjetivos, esteios da evocação e do presente mórbidos, base da história da doença e pedestal duma anamnese entrecortada de vicissitudes e episódios inerentes aos fatores climáticos e individuais, respondendo pela fisionomia do sofrimento, mostrando-nos a dúbia grandeza reacional da hipertrofia e da atrofia, extraem do âmago do invisível a chave de um diagnóstico, vantajosamente certo e fundamentado.

A dor e a hematuria, traduzindo, no caso, respectivamente, o subjetivismo e o objetivismo, constituem os dois sintomas mestres com os quais, na prática quotidiana, vê, sente, apalpa, percute, indaga, interroga o organismo, o clínico, quando analisa, sintetiza e afirma suposições de calculose urinária feitas, criteriosamente, nas probabilidades da certeza... A êles Legueu adiciona as cistalgias, as cólicas no intestino, as crises gástricas, as náuseas, os vômitos, o tenesmo, as poluções dolorosas dentre outros que, a cada passo, surgem de envolta com fenômenos puramente reflexos.

DOR

Dor, vezes surda, vezes cruciante, que desenha, tipicamente, o quadro tétrico e angustioso da forte cólica renal. Dor que, pelas suas atípicas irradiações, nos faz lembrar afecções hepáticas e biliares, úlcera gástrica, hipertensão do estômago, síndrome vagal, colopatias, apendicites, sigmoidites, retites, cistites, pielites e oclusão intestinal. Se bem que no conceito de Pousson sua irradiação "vers les régions hépatique, splénique e gastrice, vers la poitrine e les épaules, se font exceptionnellement". Dor que, nas nuances de vagas nevralgias lombares, exterioriza os abafados gritos do rim que padece; que esconde e dissimula o ponto de partida, tendo uma como nova espessa a envolver-lhe a exteriorização; que despeja o peso brutal de montanhas de dúvida sobre montanhas de incerteza... Dor que sediada, embora, na massa sacro-lombar, no triângulo de Petit e quadrilátero de Grinfeld, transpõe os estreitos limites destas formações anatômicas, para revelar sua existência ao longe, repercutindo ora fraca, ora tenebrante, ora fugaz ou persistente, num órgão distante, numa víscera que se supõe funcionalmente alterada... Dor que, alfin, desfarte, perde a individualidade patogênica; perde, digamos assim, sua caracterização...

Seguindo o exemplo de Behan na classificação da cólica apendicular, poderemos também nós dividir a dor renal em dor localizada e dor a distância.

De feito, a cólica nefrética pôde refletir-se em pontos distantes da parede abdominal, fora do rim comprometido. É este o motivo capital da confusão diagnóstica com os órgãos que acima enumeramos. E como explicar as dores reflexas da cólica renal? O princípio de Head que afirma existir foco de irritação medular, no setor correspondente à chegada dos filotes nervosos advindos do bacinete e do ureter, e que este foco, por seu turno, mantém afinidades com a rede de inervação de todo segmento do tronco localizado abaixo do diafragma, sendo, como é, de evidente comprovação, está autorizado a nos explicar a possibilidade da reflexão da dor a qualquer ponto situado neste segmento da parede abdominal.

HEMATÚRIAS

Quase sempre ao lado deste sintoma subjetivo manifesta-se outro, a hematúria — emissão simultânea de urina e sangue —, que posto seja inconstante, é, todavia, de grande realce e de máximo interesse clínico no diagnóstico da afecção que estudamos. Indubitavelmente, na hematúria total não

há por que se negue uma ótima advertência de que o rim fôra acometido de litíase. Com rara e singular eloquência traduz irritabilidade da árvore urinária, mercê do choque do cálculo que se pode atritar, quer em pleno tecido nobre, quer, com menor consequência funesta, no bacinete.

Seja surpreendida nas lentes possantes do microscópio, seja observada, simplesmente, pelos olhos e tato do clínico, o certo é que tem o mecanismo acima descrito como explicação patogênica. Nem sempre se faz mister marchas prolongadas, saltos, quedas, natação, violentos esforços físicos para efetuar-se o aparecimento. Pôde, é fato notório, surgir espontaneamente. A dor e a hematúria com possuirem o mesmo ponto de partida, isto é, o rim afetado, pelo fato de terem o mesmo berço comum, não estão obrigados a se desencadearem, a andarem juntas, desde o nascêdo, num desenvolvimento simultâneo e paralelo. Frequentemente vemos surgirem hematúrias muito tempo depois de explodirem as primeiras dores. Dieulafoy no seu magnífico, e, ainda, hoje, célebre Tratado de "Patologia Interna", judiciosamente, observa que às algias nem sempre sucedem hematúrias. Entretanto, o inverso jamais se realiza, estribando-se na sua criteriosa opinião. Sim; nunca, em tempo algum, houve derrames sanguíneos de natureza calculosa que não tivessem, como satélite, um grito de alarme, por mais tênue ou abafado que seja, isto é, uma dor. A hematúria do litíaco, que vemos tanto aparecer pela ação dos esforços como espontaneamente, tem um caráter próprio, todo particular: cessa de ordinário sómente com o repouso, sem auxílio de medicação alguma. E' de duração variável, na razão direta da intensidade do traumatismo, provocado pelo cálculo, que se esbate e se entrechoca de encontro ao epitélio da mucosa do tubo urinário. Em hematúrias não há por que se negue influência poderosa e especial a uma das suas modalidades, modalidades que o repouso no leito não modifica, nem diminui e que é encontrada, de onde em onde, na afecção em estudo. Apontam-lhe, como causa predisponente, dois grandes fatores: um de ordem tóxica que entre os tóxicos se destaca, por sua universal importância patogênica, pelo influir etiológico degradantemente poderoso — o álcool; o outro, é o excesso venéreo, a prática abusiva dos atos sexuais.

OUTRAS CAUSAS DE HEMATÚRIAS

Cumpre-nos, porém, notar que a hematúria, com ser sintoma dominante na patologia urinária, com ser o primeiro que desperta no doente, mentalmente equilibrado, a imperiosa necessidade da consulta médica e o notável instinto de conservação, não constitui, todavia, um sinal exclusivo ou patogno-

mônico da litíase renal. Evidentemente, hematúrias temo-las de causa e origem diversas que ao líquido urinário emprestam o mesmo tom vermelho sanguíneo, o mesmo aspetto de coloração. Numa urina o sangue que a colora provém de qualquer dependência do aparelho urinário: canal, próstata, bexiga, ureter e rins. De resto há emissões sanguíneas que surgem no decurso das febres eruptivas, das leucemias, do escorbuto, da hemofilia e da doença de Werlhoff. São as chamadas hematúrias dicrásicas. Essas formas são de fácil reconhecimento, até, porque não constituem propriamente enfermidades, mas sim acidentes a ensombrarem o prognóstico daquelas molestias gerais. Por outras palavras: não traduzem independentemente um sintoma mórbido especial. Pelo contrário, aparecem como satélites, asseclas, cauda de romagem do baguear do rim, ante a eliminação forçada dos tóxicos endógenos, em plena degradação orgânica geral preexistente.

No vasto domínio da traumatologia há tantas hematúrias, cujo diagnóstico uma vez que, pela própria causa etiológica, ressalta e se impõe, não precisa ser procurado pelos meios técnicos de laboratório. E as nefrites crônicas médico-cirúrgicas, as cistites, as pielites, a estase renal, (colorário esta em outra fase da deterioração do aparelho cardíovascular), que, sobre derrocarem a importância extraordinária do tubo urinífero, o aproximam do "ultimeum morieus" prematuro; todos estes estados mórbidos, não trazem, por seu turno, congestões e inflamação hematúricas? E não é verdade que, além destas circunstâncias, uma hematúria total, pôde, tirante a litíase, lembrar a hipótese de adenoma ou tuberculose do rim?

CARACTERES DIFERENCIAIS

Tem, por conseguinte, aqui, inteiro cabimento o estudo dos caracteres diferenciais das hematúrias ligadas à tríplice entidade patológica-litíase; câncer e tuberculose. Façâmo-lo de acordo com Eichorst, que os divide, esquematicamente, da seguinte maneira:

a) as hematúrias calculosas, sobre serem motivadas por um esporte ou um esforço muscular qualquer, se nos manifestam aos olhos com pouca intensidade;

b) o contrário disso passa nos cancerosos. São, ao que se sabe, expontâneas, abundantes, persistentes, reiteradas, graves e tenazes. Desaparecem somente depois de um período mais ou menos longo, deixando o doente abatido, descrásico, macilento, lipotímico, profundamente descorado, num como que estado melindroso de anemia aguda;

c) nas fórmas tributárias da tuberculose os aparecimentos se dão com a mesma bitola, isto é, expontâneos. Assaltam, preferentemente, os indivíduos do meio dia para o entardecer da vida, ou antes dos 25 aos 45 anos. De quando em quando, sem motivo apreciável, se reproduzem, acompanhados de piúria, na sua quase totalidade.

SÍNTESSE DE CATHELIN

Em magnífico esboço cirúrgico, houve por bem a Cathelin, mediante a cór do sangue, o tamanho dos coágulos, a hora em que a hematúria aparece, e, a idade do paciente, oferecer-nos sublimada síntese do assunto, em questão. Vejâmo-la: Consoante a própria etimologia do vocábulo, na hematúria a urina se apresenta tinta em rubro e em tonalidades variantes desta coloração. Pois bem! as alterações nos tons vermelhos urinários diferenciam a hematúria dos calculosos daquela que em outros estados doentes possam, eventualmente, aparecer. Assim as copiosas, abundantes, renitentes e escuras, bem como as róseas ostentam, em geral, respectivamente, um processo de câncer ou de tuberculose, ao tempo em que as escassas, de vermelho vivo, falam a favor de uma litíase renal. Baseando-se nos coágulos: se longos, a hematúria tem origem no parénquima renal; se curtos, fragmentados ou aglomerados, o sangue provém dos vasos vesicais. No tocante à hora: pela manhã câncer, à noite cálculos, de natureza tuberculosa quando advém inopinadamente, sem horário certo, indeterminado. Nos jovens é de se suspeitar no rim o virulento e terrível bacilo de Kock. As hematúrias próprias da litíase aparecem, quase sempre, na idade madura, enquanto as de causa neoplásica atacam, de preferência, na longevidade.

EXAME DA URINA DO CALCULOSO

A um simples olhar, a urina do calculoso se mostra uniformemente mudada de aspecto, graças ao pus, em proporção variável. Ao ser emitida, notar-se-lhe-á, ao invés do amarelo citrino normal, a cór amarela turva. No fundo do vaso, pelo repouso, vemos maior ou menor sedimentação característica. Forma o depósito um pó avermelhado ou esbranquiçado que, ao microscópio, se apresenta sob a forma de cristais poliédricos de ácido úrico, uratos, xantina, oxalato, fosfatos, sais estes componentes das concreções calculosas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Acham-se as litíases, sob o ponto de vista clínico, vinculadas a uma dupla modalidade: litíase declarada, com ruidosa

e viva manifestação, litíase silenciosa, latente, incrustada no bojo do rim, evoluindo sem dor característica, sem que o doente elimine pequenos cálculos ou concreções. E' evidenciada a primeira pela dor e pela hematuria, os dois sintomas mestres culminantes, no caso, em matéria diagnóstica. Vezes há que se acompanha de albumina, piúria, sedimentação urinária característica. Castaigne, no seu livro "Les Maladies des Reins", a propósito desta forma silenciosa de litíase, escreve:

"Toutes les observations médico-chirurgicales ont montré que la tolérance du rein pour les calculs est remarquable et cela nous explique que, dans un grand nombre de cas, la douleur, l'hématurie spontanée e quelque autre symptôme que ce soit, peuvent absolument manquer; et dans ce cas, en dehors de l'examen radiologique, deux autres symptômes néanmoins peuvent faire soupçonner l'existence d'une lithiase sans symptôme avérés; ce sont l'hématurie provoqués et le signe de la percussion lombaire."

A segunda, porém, precisa ser procurada, não só pelos processos gerais de exame clínico, aplicado ao aparelho urinário, buscando nos comemorativos do doente a cronologia dos sintomas, as dores nos pontos reno-ureterais e o sinal de Loydd, senão ainda, e principalmente, pela pielografia. Esta, de par com informes colhidos na microscopia urinária, é que vai respigar, com a consequente amplitude de averiguações complementares, a luminosidade sintomatológica, atendendo o disfarce das litíases, quer em suas revelações, quer em suas poussadas e termos definitivos. Com tudo isto, e não obstante o valor real de um exame completo e meticoloso, é facil ao médico confundir a calculose do rim com outras afecções que enriquecem a complexa e intrincada patologia abdominal.

Na impossibilidade de repassar, uma a uma, todas as afecções que possam estabelecer dúvidas, vejamos a colecistite, a apendicite aguda, e o ileos, para só falarmos da trindade mórbida que mais se presta à confusão diagnóstica.

LITÍASE BILIAR

Ninguém contesta a faculdade que tem a nefrolitíase de se exteriorizar, às vezes, simplesmente por forte e cruciante algia, refletindo-se com maior intensidade neste ou naquele ponto da cavidade abdominal. Annes Dias, consagrando algumas das memoráveis lições à calculose do rim, relata-nos duas importantes observações em que portadores deste estado mórbido simulam, subjetiva e objetivamente, distúrbios nos anexos da glândula jecoral. Tal fato, em clínica, é comum, e não admira atendendo a localização dolorosa no ponto cístico

preponderante na litíase vesicular. O confusionismo tem justificativa nas relações do rim direito com o fígado, com o duodeno, com o ângulo direito do colon, com outros órgãos da encruzilhada sub-nepática não obstante a sede do mesmo rim estar por traz da fossa posterior do peritônio, em plena cavidade retro-peritoneal, portanto. Também Quervain, no seu "Tratado de Diagnóstico Cirúrgico", escreve:

"La irradiacion del dolor pracia la region lumbar puede simular, a veces, una apendicitis, y da sensibilidad al dolor por debajo del higado, una crisis hepática. El dolor lumbar sordo inclina especialmente encontra de la colelitiasis."

O caráter de irradiação dolorosa que quando hepática se faz, qual despedaçamento profundo, para a espádua, para o dorso, para todo o lado direito do torax, os sinais de Murphy e Guineau de Mussy, a diminuição do murmurio vesicular, na base do pulmão direito, a que Ramond empresta grande significação diagnóstica, os vômitos, o estado nauseoso, a dispepsia biliar tão mencionada nos trabalhos americanos (Moyman, Cotte, Loepert), sempre tenaz e persistente, incorrigível e imodificável ante o tratamento quimioterápico e dietético comum aos distúrbios gastro-intestinais, tudo isto que é, ainda, uma enumeração incompleta, serve de base ao diagnóstico diferencial entre as duas litíases hepática e renal. Por outro lado temos observações completas, e, sobejamente instrutivas, no que concerne à maneira singular das colecistites se exterioparem por algas no lombo, a direita da espinha dorsal, com ou sem irradiação, ao contrário, por consequente, do que costuma, em clínica, habitualmente, acontecer.

Vem de molde referirmos a um caso rico de ensinamentos, comunicado à Sociedade Médica dos Hospitais de Paris, vai para 16 anos, por Mozer e Parturier, do qual temos melhor notícia às páginas 266 da II Série das "Lições de Clínica Médica", do Professor Annes Dias. Certa donzela de 24 anos, prestes a consumar o laço matrimonial, é, subitamente, presa de forte dor lombar. Novas crises sobrevêm, agravando-lhe, então, os padecimentos, com predominância sintomática de rigidez da coluna, a despeito mesmo do uso de medicamentos que, parecendo adequados, trouxeram, como resultado, ao invés da cura, a vitória amarga de decepções imprevistas, destas que transmudam a salutar alegria do médico em grande e amarga tristeza profissional...

E' que a infeliz doente, não obstante a argúcia atilada de quem a examinou, fôra vítima da contingência do erro em Medicina, tomada como uma simples portadora do Mal de Pott. Daí o emprego de injeções tónicas, helioterapia, colete gessado, e mais alguma medicação que sem tardar se fazia

mister, no firme e deliberado propósito de extinguir, radicalmente, a suposta afecção. Como porém as melhorias lhe não viessem, novo exame médico esclarece o diagnóstico em apreço. Era um caso de litíase biliar. Se não bastasse a eloquência desta observação escolhida dentre varias outras congêneres, mostrando-nos quão difícil é o diagnóstico diferencial entre as duas litíases, teríamos ainda a nosso favor outros casos concretos do arquivo de Mac-Elroy. Fala-nos este de alguns doentes que, ao invés da lombotomia, foram laparotomizados.

APENDICITE AGUDA

Não há negar ser a inflamação do vérnimo, aguda ou crônica, marcadamente a que evolui com dores mal diferenciadas, com insignificante pirexia passageira, com pequenas hematurias, ocorrentes nos casos do orgão implantado na pelvis, de ordinário congestionador do ureter, mercê dos fenômenos periappendiculares; não há negar, dizíamos nós, que é a apendicite, dentre as afecções abdominais, a que mais se confunde com a dor renal dos calculosos. Poder-se-ia invocar, num diagnóstico diferencial, os reflexos reno-vesicais, o que se opera do rim para o rim oposto, a hematuria, a piúria, a presença de areia na urina, ou, então, de pequenos cálculos ou de concreções. Acontece, porém, serem tais sintomas tardios, seródicos e inconstantes. Assim, é claro, nos não podemos nêles estribar para afugentarmos da idéia a dificuldade de diagnóstico.

Por isto é facil, à semelhança da colecistite e diante de uma atípica irradiação dolorosa da litíase renal, tomarmo-la como sendo a dor de origem apendicular.

Isto ocorre constantemente, tanto mais quando há relação entre o ureter e o cecum, quando passa aquele exatamente no ponto de implantação do apêndice.

Segundo Baetzner "La distincion entre la apendicitis y la afecion calculosa renal y ureteral puede ser extraordinariamente difícil, sobre todo cuando la primera evoluciona sin fiebre y no determina la formacion de um exudado local; la dificultad es debida principalmente a que el apendice, a causa de su distinta posición, ya alta en el abdomen, por debajo del hígado, ya baja, en la pelvis menor puéde dar lugar a síntomas que por lo regular, suelen atribuirse exclusivamente al cólico renal, tales como el dolor testicular y vesical, con temblores y molestias en la emisión de la orina, en los casos en que el proceso flogistico periappendicular ha envadido el revestimiento peritoneal de la vejiga y además existe sensibilidad a la presión de la región ureteral, cuyo punto de compresión pude confundir-se com el de Mac-Burney. La alteración

de la orina, que aboga por el cólico renal y contra el apendicular, o sea la aparición de glóbulos rojos en el sedimento o



Fotografia dos cálculos extraídos por nefrostomia direita, a que se refere a 2ª observação

de una hematuria macroscópica, nos permite, en ciertos casos una decisión segura."

ILEUS

Foi Guyon quem primeiro chamou a atenção dos práticos para uma possível confusão entre certa forma de calculose e a oclusão intestinal, qualquer que seja a modalidade. Assim a calculose cria síndromes disfarçantes da origem renal, e os sintomas diversos de suas manifestações costumeiras fazem antes pensar numa busca parada no trânsito dos gases e das matérias fecais, do que mesmo numa forma atípica, irregular daquela afecção.

Outros urologistas de valor, tanto da América, como do Velho Mundo, seguindo-lhe o encalço, afirmam, documentadamente, que o êrro diagnóstico é frequente, de vez que não há para cada variedade de ileus um cortejo sintomático inconfundível, característico e próprio. Início brusco, dor forte e cruciante, sediada no ventre, abaulamento abdominal, sensibilidade à pressão, náuseas, soluços, vômitos, até fecaloides, fácies abatida peritonial, extremidades frias, suores, pulso fraco e incontável, lipotimia, tendência à síncope, ao colapso, todo este cortejo alarmante, toda esta síntese clínica angustiosa, que aturde e alarma, como que para desafiar a sagacidade e a argúcia do médico, induzindo-o ao êrro, já tem sido observadas em portadores de calculose; exclusivamente calculose, sem sofrerem o menor grau de uma perturbação oclusiva no trânsito intestinal. Atendendo à dificuldade diagnóstica nestes casos que se prestam a confusão, Ortner e Loeper, citados por Annes Dias, mandam-nos que façamos o necessário descreme não só pela marcha da moléstia, senão também pelos caracteres e intensidade da dor.

É fato conhecido em patologia: a dor intestinal, a gástrica, a duodenal, a vesical, a de víscera óca, por conseguinte, tem rápidos momentos de durabilidade, enquanto que a algia do rim, semelhantemente a do fígado, a do baco e a do pâncreas, no cômputo de Ortner, vezes há que dura horas, vezes outras, porém, tão depressa se extingue, como os meteoros que luzem, apenas, no curto espaço das conflagrações siderais. Demais disto, há outros caracteres colimados pelos professores acima citados, verdadeiras expressões lapidares que constituem uma sublimada síntese de como deve ser feito o diagnóstico diferencial. Transcrevemos, lembrados e certos que, por entre a aridez da mais pura verdade que encerram, florescem os meios conducentes do diagnóstico da litíase renal.

- a) comêço, geralmente, brusco, por calafrio e dor localizada (lombo, flanco, epigástrico, hipogástrico);
- b) irradiação para a perna, para os órgãos genitais;

- c) dor à succussão renal (pela percussão renal com o bordo cubital da mão);
- d) dor à pressão dos pontos uretarais e no ângulo costolombar;
- e) hiperestesia cutânea lombar e na área inervada pelos 11º e 12º nervos dorsais e 1º lombar;
- f) sensibilidade do testículo do lado doente;
- g) distúrbios urinários (disúria, polaquiúria, albuminúria, hematúria);
- h) unilateralidade da dor e da reação abdominal;
- i) ausência de antecedentes intestinais;
- j) intermitências no quadro clínico, com alternativas de melhorias e agravação;
- k) estado geral relativamente bom;
- l) prova radiográfica.

TRATAMENTO

Histórico — Rebelde a todo e qualquer tratamento médico, inúmeros são, por isto mesmo, os medicamentos recomendados na cura da litíase renal. Vários métodos terapêuticos aconselhados para esta ou aquela espécie (urina oxálica, fosfática) foram de par com o regime dietético, postos em prática no intuito de se libertar o doente de tão incômoda e pertinaz afecção. Desde os meios que excitam as trocas nutritivas, ativantes e reguladoras do metabolismo dos elementos azotados, visando diminuir o ácido úrico endógeno, até a destruição dos vegetais, no repasto quotidiano, e o emprêgo dos ácidos (clorídrico, acético, cítrico, fosfórico, etc., de eficácia discutível), desde o regime cetogênico, como pelo uso de cloridrato ou benzoato de amônio, do mandelato de sódio, até o mandelato de cálcio e o ácido mandílico, diligenciando-se combater a alcalinidade dos humores, tudo isto foi, com probabilidade de êxito e largas perspectivas, introduzido no arsenal da terapêutica urinária. Ponhamos, contudo, à margem o acervo de medicamentos com que se pretendeu solubilizar o ácido úrico (medida para evitar a precipitação do mesmo e dissolver os depósitos e concreções), tais como a enosina, a piperasina, a lecidina, o licetol, o sidonal, a urotropina, a catarina, o solurol; ponhamos, também, de parte a medicação balsâmica, antissética, tônica e reconstituinte; anteposta à litíase dos neurastênicos, com grande e impressionante desfosfatização; ponhamos, finalmente, ao lado, tudo o mais que enriquece o rol das conquistas feitas no domínio do mercado farmacológico, a que emprestam não só propriedades

diuréticas, senão, litontríticas; e nos ocupemos, apenas, do tratamento cirúrgico, que muito tem preocupado os cirurgiões do dia. Não temhamos ilusões em matéria de terapêutica do caso. Afirmemos: uma medicação fazendo frente a um cálculo volumoso do rim rara e dificilmente consegue, com galhardia, desbaratá-lo, eliminá-lo ou destruí-lo. Verdade é que o tratamento urológico da litíase, máxime da ureteral, consistindo na dilatação progressiva do bacinete, ao ponto de permitir dentro de sua luz, acima do urolito, uma série de instilações não só com substâncias oleosas completamente asséticas (óleo de oliva, por exemplo), senão, também, anestésicos (novacaína a 5 % neutocaína a 2 %, percaína a 2 % ou de papaverina e seus derivados) no objetivo de destruir o espasmo, tem conseguido nas mãos de Braasch, de Hinman da Mayo Foundation, de Geraldo de Azevedo e de Rodolpho de Freitas, em S. Paulo, os mais estrondosos e louváveis sucessos, respeitando-se, já se vê, suas restritas indicações. Por isto, levados pelo ardente desejo de dar amplitude à esfera da cura, no caso, alguns cirurgiões, dos mais festejados e dos de mais aplaudida reputação, para honra e lustre da ciência, tomaram aos ombros a difícil, e, sobretudo, árdua missão de solucionar o problema. E ao cabo desta gloriosa tarefa, pôde-se afirmar, sem receio de contestação, que é principalmente, senão exclusivamente, por intermédio do bisturi, que um rim se liberta dos volumosos cálculos. Daí o motivo de ser aconselhada a retirada precoce dos urolitos, atendendo grandes desordens locais que, na medida do tempo, se multiplicam e se agravam progressivamente. Caso contrário, como poderemos evitar funestas consequências comprometedoras do rim, já no tocante à estrutura anatômica, já em referência ao funcionamento? Cirurgião nenhum há, por conseguinte, que, numa criminosa passividade, cruce os braços, abandonando a si mesmo uma litíase reno-uretral, mesmo porque sabe seguramente que conduz à morte do rim, obstruindo-o ou implantando-lhe rebelde infecção, incidente fatal da litíase. Desde o século passado em que, com os minguados recursos da assepsia e da antisepcia, longe estamos de atingir o apogeu da perfeição a que, hoje, felizmente, nos encontramos, quatro modalidades de intervenções: pielotomia, refrotomia, nefrostomia e nefrectomia surgem não só para a extração dos urolitos, como também para o tratamento das alterações renais dêles decorrentes. A ablação completa do rim posto merecesse, outrora, a preferência dos cirurgiões, justificada, aliás, pelos preconceitos do empirismo mais ou menos caduco, mais ou menos doentio, então dominante, não pôde, em absoluto, em face dos exames de laboratórios, as provas funcionais e o contraste radiográfico, ser, hoje em dia,

mais usada, salvo, excepcionalmente, quando o rim se achar praticamente destruído, quando houver perdido, numa nefrectomia, o poder de secreção, por completo.

Preliminarmente, como recusa formal ao uso sistemático desta prática, que acarreta o sacrifício de um órgão de importância vital para o organismo humano, antepõe-se a possibilidade de serem encontradas em ambos os rins uma ou mais concreções. E que de consequências secundárias não adviriam se retirássemos um órgão afetado, deixando o outro exposto à litíase, de vez que os fatores litogênicos não removidos, ainda, no organismo, militam e permanecem? Não vêmos nenhuma vantagem na nefrectomia que, até mesmo se torna condenável, ante esta particularidade, ainda argumentando com Carmello Cocuzzi, que timbra em acreditar existir divergência entre litíases uno e bilateral. Estamos a vêr, por conseguinte, que os horizontes intangíveis de sua ação se foram, pouco a pouco, delineando, de modo a ficarem, hoje, reduzidos a mais modestos e verdadeiros limites. Se nos exames prévios do rim ficar, definitivamente, averiguado que o órgão não tem uma só parcela funcionando, se há pionefrose calculosa, e se o estado geral do doente, profundamente intoxicado e combalido, não admite uma técnica conservadora, mais demorada, e como tal, mais traumatisante, é prudente e razoável recorrer-se, então, à nefrectomia que encontra nesta ocorrência o círculo estreito das suas formais indicações. Isto posto, já não é sem tempo falarmos, agora, das duas outras operações restantes — pielotomia e lito-nefrectomia — que, dêsde quando empregadas, simultaneamente, vai para sessenta anos, disputam entre si a posição primacial que lhes empresta a terapêutica; disputam a palma da vitória que a cirurgia lhes oferece. Acolhidas na face do orbe, em todos os centros cirúrgicos, com zêlo especial e denodado carinho materno, tornaram-se, por assim dizer, um como prenúncio ou esperança exagerada, mais justificável de que viessem, definitivamente, resolver, no campo fértil da cirurgia, uma inapelável situação. Com o aperfeiçoamento técnico, com os progressos radiológicos que tanto vulto adquiriram na primeira década do século atual, e mediante pesquisas clínicas e histológicas suscetíveis de serem realizadas nos operados, puderam ambas, marchando a grandes passos para frente, gritar a helénica palavra de Archimedes, de tão conhecida expressão. Na história destas duas técnicas que nasceram no ano de 1880, respectivamente, das mãos de Czerny e Morris, se verifica diversidade. Sim, há debates, em campos opostos, de duas correntes de extremadas opiniões. Um punhado de sábios — Bruce, Clark, Lloyd, Artis, Van Berga-

mann e Hans — de um lado, declaram-se ardorosos partidários da pielotomia, defendendo-a com toda a força da sua convicção científica, e acreditando levar grande vantagem sobre congêneres, a de não ocasionar hemorragia, salvo, excepcionalmente, não tardaram em proclamá-la o novo plus ultra das operações conservadoras. Outra sapiente corte — Le Dantu, Guyon, Tuffier, Albaran, Ismael, Kumel e Kuster — ardilosos adeptos da lito-nefrotomia, ainda e sempre sob o critério da mais rigorosa convicção, procuram reivindicá-la para o primeiro plano, no que, aliás, são festivamente acompanhados por vários outros cirurgiões de reconhecida probidade. Respeitosos reconhecem-lhes verdadeiros e racionais, já pela abundância dos elementos, já pela riqueza das particularidades, e pela solidez das bases em que se assentam. Quanto a nós, sem pretenção de ajuizarmos onde o ganho de causa, nem combinarmos idéias opostas, parece-nos que tanto a nefrotomia como a pielotomia têm, incontestavelmente, suas vantagens e suas indicações.

A pielotomia, embora exponha, às vezes, o doente a copiosas hemorragias, devido à rutura da veia piélica ou de um ramo retro-piélico da artéria renal, não lesa o tecido secretor, não destrói os cálices, o que vale dizer, não desintegra, nem mutila o tecido nobre em sua íntima disposição. Indicada, tanto nos casos onde o acesso ao bacinete é fácil como ainda nas litíases com perinefrite e esclero-lipomatose, justamente, onde há dificuldade, senão impossibilidade de exteriorizar o rim, devido à aderência e falta de elasticidade pedicular, constitui, por isto mesmo, a operação de escolha. É a operação ideal, benigna, não traumatizando para o rim, e, o que é mais, de grande alívio para o médico e para o doente, menos pelo egoísmo do descanso do que pela precisão e elegância do processo. A estase, acidente sério, gravíssimo, por vezes mesmo até fatal, cujo perigo iminente Albaran nos aponta, na nefrotomia, falha sempre, pelo menos em poucas ocasiões tem sido observada, na simples abertura do bacinete. Depois de extraídos os cálculos, o cateterismo do ureter, que segue como complemento do ato operatório, assegura-nos o afastamento deste inconveniente mecânico observado na litíase. Acompanhamo-lo no trajeto, de cima para baixo, até à cavidade vesical. Destarte, já não seremos surpreendidos por uma obstrução, seja por coágulos, seja por fragmentos de cálculos partidos na extração. Legueu, segundo as pegadas de Albaran, da velha escola francesa, que, então, dava estreitos e mais reduzidos limites a pielotomia, restringe-lhe aos portadores de pequenos cálculos encravados, só e só, no bacinete, e, isto mesmo, se não houver in-

fecção, e se a situação anatômica permitir, sem violência, expor-lhe a face posterior. Assim compreendida, para alardear a excelência da nefrolitomia aponta na pielotomia, fistulas secundárias, hemorragias, impossibilidade de retirar certos cálculos em virtude do volume, enfim, outros defeitos de menor vulto decorrentes da própria operação. A estes argumentos outros sucederam com Delbert, cuja trombeta repercutiu por todo Universo, mostrando que a supra dita exploração se faz, indiferentemente, com êxito, qualquer que seja a técnica. Verdade é que em bacinete ramificado, sem ser todavia, impraticável, ela é sobremodo difícil. Em relação às fistulas, motivadas por um pequeno cálculo ou por uma dobra no ureter, as estatísticas de Zuckerkandl, de Henrique Bastos, de Otsmann mostram, sobejamente, não possuirem a contribuição clínica, na altura a que pretendem elevá-las. A hemorragia é rara. É excepcional. Dir-se-ia irrespondível a última objeção, isto é, a retirada dos volumosos cálculos, se não pudessem seccioná-los, em dois ou mais pedaços, deslocando-os, destarte, com relativa facilidade, por meio do gancho de Lichtenberg. Diante do exposto, crêmos ter ressaltado a importância real da pielotomia. Reforçemos, contudo, a significação de nossas palavras com uma documentação mais frisante e mais oportuna. Transcrevemos, aqui, a convincente estatística de Israel, dentre todas a mais importante, e cuja publicação fôra levada a efeito pelo seu antigo assistente Hugo Nenhosor. Em trinta pielotomias houve uma morte, ou seja 3,3 por cento; ao passo que, em 162 nefrotomias, se registraram 23 casos fatais; ou seja 14 por cento. Vê-se, portanto, na eloquência desses dados infotismaveis, que a pielotomia conquistou, a esforços espártanos, o lugar que de direito lhe cabe entre as técnicas modernas. Tendo assim voltado, qual filho pródigo, a pielotomia, com mais fulgor e mais brilho que o sol dos trópicos em dias claros de verão, terá, porventura, se retirado, confusa e humilhada, a nefrolitotomia depois de deslumbrar alguns cirurgiões, seus adeptos, na aurora que, inegavelmente, dourada foi? Afigura-se-nos, aqui, indispensáveis algumas generalizadas considerações. Em tempos que já vão longe, a idéia da desvantagem da simples abertura do bacinete, sobretudo, em referência ao número de cálculos ou a ramificação dos mesmos, fazia com que sorrisse a preferência vitoriosa para o lado da nefrotomia, que se torna, destarte, de uso corrente e de prática sistemática na calculose do rim. Este fato muito bem satisfazia a curiosidade dos médicos, não só nos fundamentos de uma aplicação terapêutica, mas ainda como transcendente auxiliar na objetivação de um

diagnóstico verdadeiro. Para a aceitação e a prática diária da nefrotomia muito contribuiram, indiscutivelmente, não só os trabalhos anatômicos de Gerdy, mostrando ser possível incisar o rim, no bordo convexo — zona exangue de Hirtl —, como também numerosas observações clínicas, pacientes e laboriosas, evidenciando cicatrização per prima na sutura das feridas operatórias, sem dado apreciável à integridade e funcionamento glandular. Nem mesmo o antigo pavor ou receio das hemorragias arrefeceu o ardor belicoso com que, no tempo, se apegaram a esta operação. Foi logo conhecido o território muito irrigado pelos círculos arteriais, anterior e posterior, postos à luz em elucidantes e memoráveis preparações de Tuffier. Por isto Brodel, Zondeck, Robinson, Legueu, Pousson, Kustel e Israel propõem, em face desta particularidade anatômica, seja feita a incisão de cinco centímetros para dentro do bordo convexo do rim. Claro que dêste modo trabalharemos, desassombradamente, numa zona menos perigosa e de menos intensa vascularização.

Ademais, processos profiláticos existem para tais derrames sanguíneos, não de raro observados, secundariamente, nas nefrotomias.

Os enxertos musculares ou de pequenos blocos de gordura colocados de permeio aos lábios da incisão renal, antes de serem suturados, têm dado os mais felizes resultados. Em face desse artifício, muitos cirurgiões já não se preocupam com a tal zona exangue de Hirtl, ou seja, a parte do órgão menos vascularizada.

Consoante Rodolfo de Freitas, os italianos atingiram, no particular e nestes últimos anos, melhor perfeição de técnica, aconselhando como meio hemostático, nos lábios da ferida renal, uma substância sintética obtida de gorduras animais.

Isto não obstante, exceptuando-se a contra-dita do relatório que Kummel apresenta ao primeiro Congresso de Urologia, reunido em Berlim, onde opina pela incisão no meio da convexidade, a preferência geral é a da uniformidade pelo clássico processo de nefrotomia intentado por Brodel e Zondeck. Kummel, em ardente defesa de suas idéias expostas brilhantemente, arrola experimentos com substâncias corantes, que, injetadas antes do exame radiológico, vão, justamente, mostrar anastomoses de vasos arteriais que se entrecruzam, tanto no ápice da convexidade, como na válvula posterior. Duma ou doutra forma, assista razão a qualquer dos autores, na discrepancia das incisões alegadas, é incontrastável que a larga incisão transrenal permitindo exploração completa do bacinete e do cálice e pegada no urolito, a um

tempo, ocupou, longos anos, o apogeu, por força de circunstâncias que a verdade dos fatos impunha. Eis, porém, que surgem, a mancheias, aqui e alhures, objeções às apregoadas vantagens técnicas na nefrotomia.

Condenaram-na, em primeiro lugar, pela mortalidade consecutiva a hemorragias secundárias; depois pelos resultados na abertura de todos os cálices, e, por último, pela lesão destrutiva ou atrófica que traz ao tecido renal cicatrizado. A estas três primeiras objeções outras se foram, pouco a pouco, multiplicando, com a agravante de serem mais desabonadoras. Dominados sempre por um receio do déficit funcional para um rim, que o próprio ato operatório, por menos chocante, ocasiona; dominados pelas próprias consequências da sutura, da hemostase e da exploração, ergue-se uma pléiade de doutos batalhadores no afan de soerguer a pielotomia que é, então, tirada do lamentável esquecimento em que se achava. Neste sentido, luminosos trabalhos de experimentação anátomo-clínica como os de Delbert, Bazy, Cristiano, Marion, Papin, Blun, Oltzmann, Cabot, Mayo, Fedorof, de muitos outros cirurgiões, surgem, concomitantemente, motivando discussões tumultuosas nas várias sociedades médicas do mundo. O mais sólido argumento que os intransigentes adversários apresentam, isto é, o de não permitir exploração sistemática em todos os cálices, se anula e se destrói de encontro a uma muralha intransponível que, no caso, vem ser a opinião de Albaran. Abramos o seu monumental "Traité d'Urologie" e nas palavras muito sábias do mestre vemos as linhas que se seguem, altamente significativas pelo otimismo ou sucesso da supra-dita operação:

"C'est à travers le rein qu'on penetre dans le bassinet, lorsqu'on voudra faire une exploration complète, mais il est nécessaire de se rendre bien compte de ce que l'on fait et de choisir l'incision la plus favorable: pour arriver dans le bassinet il faudra nécessairement couper la paroi même de l'essieu pour y penetre à travers le parenchyme du rein l'ideal sera propice de l'ouverture d'un grand calice etc de compléter la section, au niveau de l'angle que forme ce calice en se détordant du bassinet."

No tocante à escolha da incisão, o próprio Albaran aconselha que a façamos não na parte média do bordo convexo, mas ao nível do cálice inferior, já por ser amplo ou mais largo, como também pela facilidade maior de drenagem. Ora, diante do que acabamos de escrever, difícil nos não será um juizo bem fundamentado sobre o verdadeiro valor e a importância real, em certos casos, da nefrotomia. Nem mesmo se faz mister um estudo acurado e profundo das sábias pala-

vras que para aqui transladamos. Delas ressalta, ao primeiro olhar, que o insucesso exploratório de todos os cálices, apesar da incisão transrenal, provém, justamente, do defeito de técnica em mãos de quantos não sabem executá-la com perícia, maestria, desembaraço e perfeição. Além disso, com os progressos radiológicos hodiernos, existentes, a capricho, nos grandes e movimentados centros cirúrgicos, permitindo todos os dias trabalhos sob o controlo radioscópico, nos não amedronta a catástrofe das operações incompletas, isto é, o dissabor de excutarmos as nefro-litotomias "brancas".

Se as primeiras objeções foram, pouco a pouco, de modo lógico, experimentalmente, anuladas e destruidas, permanece, entretanto, de pé, desafiando sagacidades, o terrível fantasma que só ergue e se levanta, arrogantemente, em torno da lesão destrutiva do rim.

De efeito, por maiores que sejam os progressos técnicos conseguidos, à luz de pacientes observações, a atrofia e a esclerose do rim, após as nefrotomias, constituem ainda hoje, uma das passagens mais obscurecidas da urologia. A Ekehorn, Langemak, Herman, Barth, Frankel e a outros, igualmente notaveis, que têm com ardor se ocupado de tais lesões, nós nos temos dirigido, e longe de um acôrdo definitivo através dos seus meticulosos estudos que ilustram páginas e páginas de respeitaveis livros e monografias, notamos a mesma tibieza no pensar, a mesma desconfiança na interpretação. No que tange a este particular, pouco, muito pouco mesmo, seus estudos adiantam no campo da urologia. Há, entretanto, no mesmo sentido e a respeito da mesma verdade clínica, os recentes trabalhos de Rodolfo Gonzalez em colaboração com o professor Allende, de Córdoba, elaborados em torno de sete observações que elucidam a sequência operatória no tratamento cirúrgico da litíase reno-uretral. Ao invés de recuar diante das mil dificuldades do assunto este autor, na monografia versante sobre o "étude de la fonction rénale après les opérations conservatrices de la lithiase reno-uretrale" — vai cada vez mais se aprofundando, como que procurando a primazia na resolução definitiva do grande problema. Fugindo, com todo empenho, das confusões lamentaveis, não se limita o ilustre pesquisador a exames incompletos, porventura, colhidos de afogadilho, em uma só prova eliminatória ou radiográfica do rim. Não. Executa, caprichosamente, experimentos diversos, em épocas diferentes, com rigor prefixadas, relativas à função aquosa, à dosagem da uréia, da glicose, dos cloretos, à eliminação da fenolsulfonaftaleina, do índigo carmim e, ao cabo de tudo isto, o exame microscópico da urina centrifugada, de modo a ter, neste belo plano de es-

tudos, idéia precisa e exata apoiada em melhores e mais louvaveis conclusões. E somente, exclusivamente, assim procedendo foi que pude, com presteza e probidade científicas, garantir, com êxito, a base e o fundamento de suas irrefutaveis asserções. Orientado sempre no rigorismo das provas, sempre com o devido cuidado que requer casos desta natureza, fugindo do êrro, muito perigoso e muito comum, de tirar resultados imperdoavelmente falsos e contraditórios no seu objetivo, Rodofo Gonzalez, assevera, de cátedra, no término de memoraveis pesquisas, três modalidades de coisas que lhe foram dadas observar no rim dos doentes submetidos a nefrotomias. A primeira é a hipertrofia, a um tempo, das unidades secretoras e coletoras, que, em última análise, conseguem restaurar, por completo, a função, dantes combalida do rim comprometido pelas concreções litiásicas. A segunda é que necessário se torna ausência completa de infecção para que se opere restabelecimento anatômico acompanhado, já se vê, de consequente valor funcional. A terceira, por último, diz respeito a um aumento progressivo das lesões, que nos rins operados se agravam assustadoramente. Além dos trabalhos acima expostos há outro do nosso conhecimento, publicado no "Journal d'Urologie" de setembro de 1936. Queremos referir-nos a uma excelente monografia intitulada "l'evolution des reins après l'ablation des calculs du rein, du bassinet ou l'uretère". Subscreve-a o sábio Prof. Marion, fervoroso cultor e conhecido como o expoente máximo da urologia francesa. Lançando as vistas para possíveis lesões a que ficam sujeitos os rins nefrotomizados, Marion intenta pesquisas neste sentido e enumera também três ordens de tardios acidentes. De feito, em suas observações, que tiveram por campo o Hospital Neker, em Paris, assinala a permanência da infecção preexistente, a atrofia glandular, por esclerose, e obstrução do ureter, a despeito mesmo da exérese do urolito nêle encravado ou removido espontaneamente. "On peut conclure", afirma Marion — "que la suppression des calculs reno-uréteraux comporte un prognostic éloigné parfois à réservoir, car sans que le calcul se reforme, on voit des lesions s'établir, résultant généralement d'une sclérose rénale pyélique, peri-uréterale, que peuvent amener des accidents graves et la destruction complète d'un organe qu'on avait cru pouvoir sauver enlevant la cause des accidents primitifs".

Aferindo, pois, os próprios dizeres de Marion, vemos nem sempre ser exequível a consecução de um prognóstico verdadeiro na litonefrotomia, que tanto pode deixar cicatrizes indeleveis dos seus rastos, como lesões renais do ureter e tecidos adjacentes.

No número destas desordens anatômicas e funcionais, que, independentemente de nova formação urolítica, trazem graves distúrbios, se contam acidentes seríssimos, desde a atrofia dos glomérulos e cálices, até a perda completa do poder funcional do órgão. Tivemos, nestes últimos tempos, ensejo de observar alguns casos de renolitíase. Um, em que foi executada a pielotomia afim de ser extraído um pequenino urolito encravado no bacinete e que não cedeu à medicação endoscópica prescrita, teve, infelizmente, desfecho fatal. Trata-se de V. L. G., com 50 anos, casado, brasileiro, cujo diagnóstico se fizera logo à primeira crise renal, confirmado pela radiografia e por outras provas de valor funcional do rim. Recusando o doente a operação, foram feitas diversas manobras endoscópicas, todas, porém, infrutíferas.

Dante disto, como lhe surgisse intensa uronefrose, teve de submeter-se à aludida intervenção indicada.

No outro caso em que foi praticada pelo eminentíssimo cirurgião Dr. Jorge de Gouvêa, na Casa de Saúde S. José, a nefrotomia, o doente está clinicamente curado. Dizemos, clinicamente, porque atendendo ao pequeno espaço de tempo decorrido (faz apenas cinco meses), após a intervenção a que se submeteu, só nos permite nutrir a esperança na realidade da cura, adeptos que somos da incontestável autoridade de Fergue quando nos diz: "esperança, probabilidade, quase certeza, são as fases sucessivas de nosso prognóstico post-operatório do primeiro ao terceiro ano". Por enquanto nos parece ter se revestido de grande êxito, de vez que restituíu o enfermo ao labor quotidiano. X..., médico, casado, brasileiro, embora antigo litiasico, só, agora, em outubro de 1940, se certifica pelo exame radiológico da existência de volumoso cálculo no rim direito, encravado no polo superior, como se vê na radiografia junta. Há vários anos, quando foi do início dos seus padecimentos, expelia, diariamente, grande quantidade de concreções ou pequenos urolitos. Era, por conseguinte, um destes doentes a quem Guyon, com muito acerto e propriedade, designa poedores de cálculos. Durante a longa existência de renolitíase sofre, por duas vezes, abundantes hematúrias, advindas em consequência de um esforço muscular. A separação da urina do rim calcoso, o direito, a cromocistoscopia, a pielografia retrógrada deram, antes do ato operatório, discreta infecção piúrica, e um poder filtrador, ainda, em condições de julgar prudente e razoável uma das operações conservadoras. Em face do exposto, isto é, não se achando o rim funcionalmente nulo, e como na pielografia retrógrada se verificasse bifurcação do ureter, e, o que é mais, atendendo ao tamanho dos cálculos, a operação de escolha foi, justamente,

a nefrostomia. Feita a lombotomia pela clássica incisão de Israel, exteriorizado o órgão afetado, é aberto, parcialmente, no polo superior. Através da brécha assim feita extrai o cirurgião três cálculos (um coraliforme de 12 gramas e dois outros muito menores, pesando um grama cada um).

O post-operatório declina-se sem o registo de anormalidades. Entra o doente em convalescença depois de vinte dias de cicatrização *per prima*.

Vem a calhar a referência de um terceiro caso que constitui, no gênero, uma das mais curiosas observações: curiosa pela idade avançada do enfermo (74 anos); curiosa pela bilateralidade da lesão em um paciente com a taxa de uréia, no sangue, elevada (4,5 %) e portador de adantada nefrosclerose.

A radiografia revela no ureter direito sete pequenos cálculos, que se superpõem ao longo do canal, como contas de um rosário. No rim esquerdo há outros irregulares, coraliformes, de maior volume.

Resolvida a intervenção, é-lhe, então, executada uma nefrostomia esquerda, precisamente o rim que menos eliminava e, como tal, em peores condições.

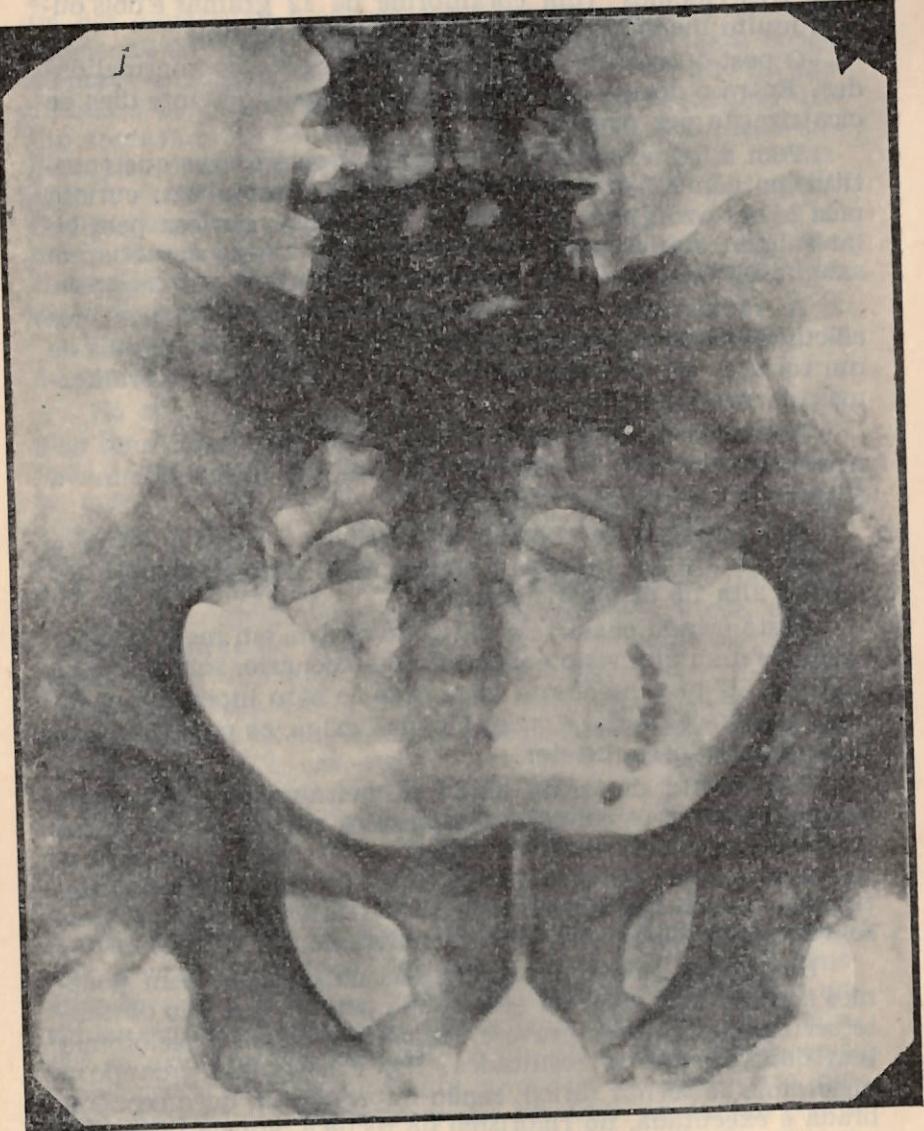
Mal passados os choques anestésico e cirúrgico, entra o doente em franca uremia e consequente entorpecimento da função alta do sistema nervoso.

Neste estado passa sete dias. No oitavo, em meio emocionante de um imprevisto e inacostumado cenário, voltam-lhe os sentidos. E' que, mediante forte dose de sôro hipertônico, começa a secreção renal e caem-lhe, na bexiga, os pequenos urolitos entravados no ureter.

Pela manhã dêste dia, logo à primeira micção de uns 200 gramas, elimina os cálculos. Durante as vinte e quatro horas seguintes o volume da urina atinge a 800 gramas. As melhorias se acentuam, dia a dia, até à alta, sem anormalidade. Retira-se o dreno. Sutura *per prima*. Destarte tem A. P. A., nosso venerando observado, alta completamente curado.

Nos dados destas reduzidíssimas observações bem podemos aquilatar do valor da nefrotomia parcial, que não obstante ser operação mais grave e chocante é o que a pielotomia tem dado excelentes resultados. Por conseguinte, quando a pielotomia se tornar difícil, senão impraticável, deve ser lembrada e executada, no rigorismo da técnica, aquela operação. Um processo de peri-pielite intenso, por exemplo, uma hidronefrose adiantada ou mesmo o volume do cálculo, sua localização no polo superior do rim com ureter bifurcado, tal no segundo doente que vimos de observar, são causas que obrigam

o seu emprego sistemático, tornando-a de mais prudente e fácil executabilidade. A pielotomia em casos tais é de formal contra-indicação.



Radiografia em que se vêem os sete cálculos no ureter, a que se refere a última observação

Na exiguidade do tempo em que fôra elaborado êste trabalho, possível nos não foi saber, ao exato, quantas nefrecto-

mias, nefrostomias e pielotomias nos 104 casos de litíase, já aludidos, do serviço a cargo do Dr. Jorge de Gouvêa.

Afirmemos, todavia, que, em relação à terapêutica sanguenta do rim, após prévios exames das funções secretora e excretora, é o mestre francamente partidário de uma cirurgia conservadora do órgão.

Julga-a a mais racional, verdadeira, humana e científica, ou, para empregar, aqui, a frase incisiva e certa de um dos seus antigos discípulos "uma imposição indeclinável do cirurgião moderno, um dever ditado pela experiência e pelo bom senso a todo aquele que realmente desejar beneficiar seus doentes".

NEFROSTOMIA EM DOIS OU MAIS TEMPOS

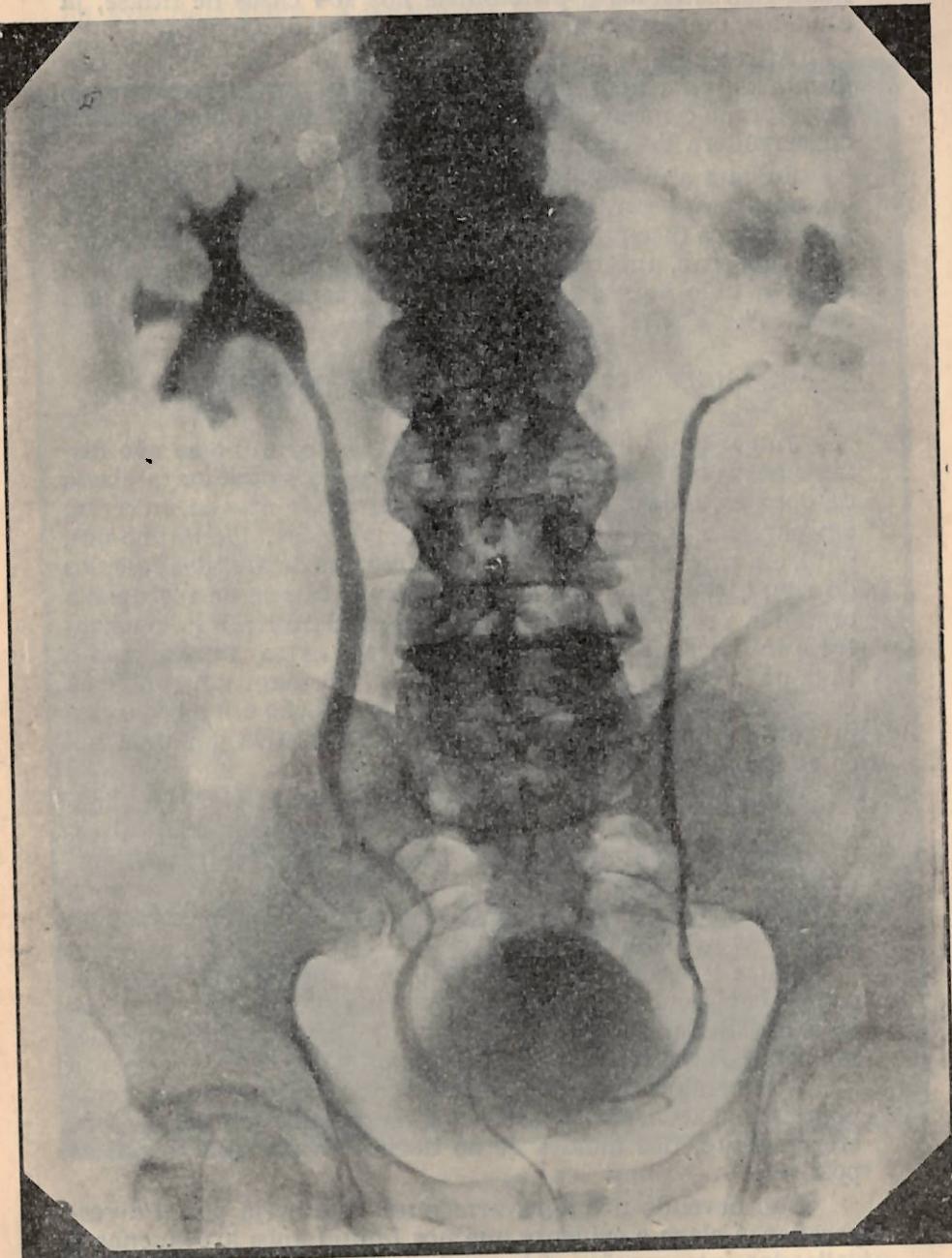
Julgariamos insuficiente e falho êste capítulo se não dissessemos sóbre a melhor conduta cirúrgica numa certa classe de doentes, cuja cura não conseguiremos de assalto, mas sim em parcelas, com duas ou mais intervenções. Referimo-nos, aqui, em traços largos, a antigos sofredores de grandes cálculos do rim, dispneicos, febricitantes, taquicárdicos, de resistência orgânica precaríssima, profundamente desnutridos, macilentes e intoxicados por supurações intra e extra renais, com a taxa de uréia sanguínea elevada, e que firmam um problema complexo para cuja difícil e demorada solução é forçoso o emprego de uma terapêutica adequada constituída por uma nefrostomia, em dois ou mais tempos.

Esses casos em que, ao lado das desordens renais, se instalaram, via de regra, grandes insuficiências hepáticas e deteriorização do aparelho cardíaco vascular, com síndrome hipertensivo, foram objeto de estudos interessantes por parte de Gayet, de Lyon e Papayanon, da escola do Cairo, mormente no que tange à terapêutica sanguenta.

Entre nós, em março de 1940, o Professor Baena, cuja competência em Urologia constitui uma das glórias da medicina Brasileira, publica na Revista de Cirurgia duas completas e ilustrativas observações de doentes desta categoria.

Atendendo ao grande risco cirúrgico, a orientação terapêutica que aconselha o mestre é a mesma que tem sido, e será eternamente, nos moldes de ao doente traumatisar o menos possível.

Não devendo nós agravarmos um estado, já por si desesperador, é claro e evidente que nos limitaremos a pequenas e delicadas intervenções, sob anestesia local, em bloqueio, despresando, se possível, o uso do éter e do balsofórmio, evitando



Picografia do mesmo doente

manobras bruscas e dispensáveis, afim de que reduzidíssimos sejam os choques anestésico e cirúrgico.

E'-nos razoável e humano procedermos, desta, e não de outra maneira, porquanto são doentes sumamente, incomparavelmente, graves. Com os rins quase que funcionalmente nulos, agravados de complicações em outros órgãos indispensáveis à economia humana, lá vão êles palmilhando, entre tímidos e desesperados, a íngreme estrada do sofrimento, a pedir e a improrar da arte médica o ressurgir difícil, para não dizer impossível, de um órgão em bancarrota, grandemente danificado e comprometido.

CONCLUSÕES

Neste longo e exaustivo escrito que, pomposamente, intitulamos "Contribuição ao estudo das litíases renais", é-nos, em suma, dado tirar as seguintes conclusões:

- a) a renopielolitíase acomete o indivíduo em qualquer idade, qualquer que seja o sexo, a côr, a profissão;
- b) tem etiologia diversa e intimamente subordinada ao fator individual;
- c) a sua terapêutica, tirante os casos raros removidos pelo tratamento clínico ou medicamentoso que compreende o sintomato e anti-infectuoso ou mesmo expulsivo, é da alçada do cirurgião, não despresando, contudo, antissépticos renais, dissolventes úricos, vitaminas, regime dietético, controlo no equilíbrio ácido-básico, sob pena de formação de novos cálculos;
- d) a nefrectomia, com ser muito chocante e grandemente mutiladora, jámais ocupará primeiro plano na cura sangrenta da renolitíase. Não pode e não deve, todavia, ser completamente excluída da terapêutica urinária. Tem antes motivo de apelo toda vez que, mercê de grandes infecções, o rim tiver perdido o poder secretor por completo;
- e) a nefrostomia, não obstante motivar maior mortalidade do que a pielotomia, e o que é mais, não obstante a tardia fibrose cicatricial, comprometedora do tecido nobre, contudo, não é um processo de desprezo, de formal contra-indicação. Casos há, e tantos, de grandes cálculos coraliformes, repercutindo muito pouco sobre a função do rim, com pequena infecção glandular, com o ureter bifurcado, ao ponto de impraticável a retirada, só e só, pela incisão na face poste-

rior do bacinete. Em casos dêstes, de frequência numerosa, a nefrostomia tem sido executada por mão de mestres, sem o perigo de graves derrames sanguíneos, sem a formação de fistulas, sem que se agravem pequenas lesões existentes que esta terapêutica sanguenta tentou e conseguiu reparar;

- f) indiscutivelmente a operação preferível, quase de escolha compulsória, dentre as técnicas conservadoras, é a pielolitonotomia, idealizada por Czerny, que, com larga incisão, assegura fácil acesso dos cálculos, máxime dos do bacinete. Crêmos, por conseguinte, não haver exagero em afirmarmos, com rigoroso escrúpulo, que ela induz, de modo fácil, ao operador a retirada de qualquer concreção. Se não houver bifurcação do ureter, permitirá a exérese fácil dos cálculos, mesmo os gigantes, os coraliformes, bastando somente que o cirurgião os fragmente, retirando-os, assim em pedaços, com o auxílio do gancho ou cureta flexível de Lichtenberg.

Reconheçamo-lhe, pois, as soberbas vantagens e reais indicações. A falta de gravidade na técnica, a ausência de trauma na execução, o não comparecimento de sequelas perniciosas e de uronefroses e estase secundárias, tudo isto confirma a grandeza e o expoente de veracidade que os operados, através dos anos, experimental e clinicamente propalam afim de lhe conceder a palma da vitória nos domínios da cirurgia urológica.

B I B L I O G R A F I A

- 1 TRAITÉ D'UROLOGIE — MARION
- 2 CIRURGIE DU RIN — ED. PAPIN
- 3 A litro-nefrotomia iterativa — Revista Brasileira de Cirurgia. Março de 1940. Prof. Figueiredo Baena
- 4 De L'evolution des reins, après l'ablation des calculs. Marion — Journal de Urologie — Setembro de 1936.
- 5 Nefropatias Cirúrgicas. — Pedro de Moura.
- 6 Les Maladies des Reins. J. Castaigne.
- 7 PATOLOGIA Interna. Dieulafoy.
- 8 Les Calculs de l'uretaire. — Pierre Macquet.
- 9 Tratamento das litíases Urinarias. Martins Costa. Rev. Bras. Medicina.

- 10 Diagnóstico cirúrgico de las enfermedades del riñón. — W. Baltzner.
- 11 Tratado práctico de las enfermedades del riñón. — L. Litzwitz.
- 12 Calculs du rein et de l'uretaire. Rafin et Argelin.
- 13 Etiology and treatment of Renal lithiasis. G. R. Livermore. — The J. Of. Ur. Março de 1939.
- 14 Modernos métodos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del riñón.
- 15 Tratado de diagnóstico quirúrgico. F. de Quervain.
- 16 Precis des Maladies des Voies Urinaires. — A. Pousson.
- 17 Patología Cirúrgica. A. Paulino. — I Tomo.
- 18 Lições de Clínica Médica. Annes Dias.
- 19 Etude de la fonction rénale après les operations conservatrices de la lithiasis réno-ureterale. R. Gonzales. Journal du Urologie, Fevereiro de 1939.
- 20 The racial incidence of orolithionis. M. K. Cary. The J. of. Ur. Março 1937.
- 21 The relationship of renal calculi to hyperparathyroidism. O. W. Davidson. The J. Of. Ur. Janeiro de 1937.
- 22 Sur le poupon lithogénie de certains microbis.
- 23 Cirurgia conservadora das nefropatias. Rodolfo de Freitas. Arquivos de cirurgia clínica experimental. S. Paulo.
- 24 La lithonephrotomie en deux ou plusieurs temps. The Papayoanno. J. d'urologie. Setembro de 1937.
- 25 Modificazioni istologiche e funzionali del rene susseguite dopo nefrectomia unilaterali. C. Colef.
- 26 La nefrectomia chez les potliques. — R. Uteam. R. Levay. J. d'urologie. Fevereiro de 1937.
- 27 Principles and Practice Of Urology. Hinman.
- 28 Traité Chirurgical d'Urologie. F. Legueu.
- 29 Chirurgie des Glandes Parathyroides — J. Braine e R. Rivoire.



Peritonites tuberculosas 1 (*)

DR. OSWALDO MONTEIRO

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 19.ª ENFERMARIA (CLÍNICA CIRÚRGICA) E DO SERVIÇO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Desde o êrro clássico de Spencer Wells em 1862 (2*) que a tuberculose peritonial entrou para o domínio da patologia cirúrgica, tendo a consagrar-lhe a comunicação de Konig, em 1890, ao Congresso de Berlim, a respeito do seu tratamento pela simples abertura do ventre.

Inúmeros cirurgiões tem contribuído para melhor conhecimento desta afecção, sendo justo destacar, entre outros, Pic, Temoin, Lejars e Mayo; e entre os clínicos: Marfan, Levi-Sirugue, Courtois-Suffit e Dupré.

Pois bem, o êrro de Spencer Wells se tem repetido, e a tuberculose peritonial tem sido tomada pelas mais diversas afecções da cavidade abdominal, não obstante a enorme soma de conhecimentos que dela já temos, porque se é verdade que a tuberculose do peritônio é uma das razões para que encahá sintomas que permitam estabelecer facilmente o diagnóstico de *peritonite*, poucos são os que autorizam afirmar a natureza tuberculosa do processo.

"O diagnóstico das afecções abdominais, diz Tapret, com suas causas de êrro sempre novas, permanece, apesar dos esforços de todos os tempos, uma das maiores dificuldades clínicas.

Torna-se necessária uma investigação minuciosa sobre os antecedentes hereditários e pessoais do doente, e insistentes pesquisas de laboratório, para chegar-se a um diagnóstico exato.

Não fôra isto, por certo não se teriam reproduzido os êrros, e êles são mais frequentes nas formas agudas da moléstia, quando dominam apenas os sintomas peritoniais.

1 (*) — Comunicação ao Centro de Estudos do H. C. E. em 5 de dezembro de 1940.

2 (*) — Spencer, julgando tratar-se de um quisto do ovário, laparotomizou uma jovem e deu com uma peritonite tuberculosa conquistada, que curou espontaneamente após a intervenção.

Mondor é de opinião que a tuberculose do peritônio pode surgir de uma forma tão repentina como as demais afecções peritoniais agudas.

Quenu cita um caso em que os primeiros sintomas da peritonite simularam uma crise de apendicite, para a qual o professor Hutinel aconselhou, e êle praticou, a apendicectomia. A abertura da cavidade verificaram lesões tuberculosas do peritônio.

O doente faleceu, poucos dias após, de meningite tuberculosa.

Lejars vê um doente com abdome agudo e conclui pelo diagnóstico de apendicite aguda. Opera e constata granulações miliares sobre o ceco-apêndice.

Courcoux e Biderman são testemunhas, também, de alguns casos de tuberculose peritonial diagnósticadas e operadas como apendicite aguda.

A frequência com que se manifestam as formas atípicas da tuberculose do peritônio é uma das razões para que encaremos com mais atenção êsse problema, que a cada momento se nos depara na clínica.

Se é possível, como já vimos, crêar para o cirurgião situações as mais delicadas, não o é menos para o internista, que mesmo após o exame mais bem conduzido não tem elementos para afirmar ou negar a natureza tuberculosa de um processo peritonial.

Daí se infere ser a tuberculose peritonial confundida com as mais diversas e variadas afecções abdominais, como sóe acontecer nas formas localizadas, que simulam o comprometimento dos órgãos sub-jacentes.

Estas considerações veem a propósito de 3 casos de tuberculose peritonial que tivemos na nossa enfermaria, de aspectos clínicos diferentes, nos quais a afecção se manifestou: no primeiro, de forma exsudativa aguda peritônio-pleural, tipo Ferret-Bouland; no segundo, de forma abcedada úlcero-caseosa; no terceiro, de forma predominantemente localizada céco-apendicular.

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

PRIMEIRO CASO

D. L. Servente da classe B do L. Q. F. M., com 29 anos, casado, brasileiro, natural do D. Federal.

Deu entrada no H. C. E., às 20 horas e 30 minutos do dia 27-X-39, onde foi internado na quarta enfermaria (clínica médica).

Motivo da baixa — Informa que está doente desde 1936 com dôres nos rins e no estômago (sic).

Há 2 meses sentiu dor aguda acima do umbigo tendo tomado arsênico-iodado composto, sentindo francas melhoras. Dois dias após urinou sangue desbotado (sic). Começou daí a perder o apetite, até que, na madrugada de 24-X-39, vomitou sangue escuro (sic). Consultou então um médico que lhe aplicou uma injeção de ergotina e mandou permanecer com um saco de gelo no abdome. Como desde aquele dia não tenha obtido grandes melhoras, resolveu internar-se neste Hospital.

Antecedentes mórbidos hereditários — Pais falecidos: a mãe de tuberculose pulmonar e o pai de doença nervosa (sic). Nos colaterais nada há digno de nota.

Antecedentes mórbidos pessoais — Diz que é chegado a bronquite (sic). Fez, há pouco tempo, uma reação de Wassermann, que deu resultado positivo.

Exame do doente no dia da baixa — Indivíduo em bom estado de nutrição, com pele e mucosas pouco coradas e extremidades frias. Pulso radial — 106. Temperatura — 38°.

Aparelho cardio-vascular — Abafamento completo da 2ª bulha e reforço da 1ª, audível em todo o tórax.

Aparelho respiratório — Murmúrio normal. Ausência de sopros.

Aparelho digestivo — Hematemese recente. Ventre normal.

Exames complementares:

Raios X — Nada de anormal nos campos pleuro-pulmonares.

— Estômago: — pequeno nicho ulceroso com localização sobre a pequena curvatura da porção juxta-pilórica do antro. Bulbo duodenal irregular, franjado e em retro-posição.

— Indução: — úlcera da pequena curvatura do antro e peri-bulbite duodenal.

Sangue: — Kahn positivo (+++).

Estava o paciente há sete dias naquela enfermaria, quando, no dia 4-XI-39, fomos chamados a examiná-lo por ter apresentado subitamente, de manhã, um quadro abdominal agudo, devido, possivelmente, à perfuração do ulcus gástrico.

Deparamos com um indivíduo profundamente abatido, pálido, cujo ventre enorme e uniformemente distendido, contrastava com a magreza do corpo.

O quadro se nos pareceu de um ileus paralítico mais do que de perfuração, suspeita essa aumentada em virtude da ausência de pneumo-peritônio.

Como, apesar da medicação instituída, o estado se agravasse, interviemos nesse mesmo dia, deparando um derrame de médio volume, de líquido citrino em peritônio liso e brilhante, fígado cirrótico atrófico e alças dilatadas.

O líquido recolhido deu Rivalta positivo e a sua inoculação em cobaio foi positiva para tuberculose.

O paciente no seu post-operatório teve um pleurís com derrame da cavidade direita, e o derrame peritoneal exigiu por várias vezes a paracentese com retirada sempre de grande quantidade de líquido, de uma feita chegando a 14 litros.

Este doente, radiologicamente, revelou, apena, para os campos pleuro-pulmonares, sinais do derrame pleural e elevação dos hemidiafrágmas por pressão abdominal.

<i>Hemograma</i> :	Leucócitos	8.800
	Basófilos	0 %
	Eosinófilos	6 %
	Neutrófilos:	1 %
	Mielócitos..	1 %
	F. jovens ..	4 %
	Bastonetes..	12 %
	Segmentados	58 %
	Linfócitos ..	23 %
	Monócitos ..	1 %

SEGUNDO CASO

J. F., 2º cabo do 2º R. I., solteiro, pardo, com 22 anos.

Deu entrada neste Hospital às 18 horas de 17-XI-39 onde foi internado na 2º enfermaria (clínica médica).

Motivo da baixa — Baixou acusando dor ao nível do hipocondrio esquerdo, dor esta que se exacerbava logo após às refeições e também no fim das inspirações profundas, ou quando comia. Queixava-se de prisão de ventre. Apetite conservado.

Exame do doente — Indivíduo de compleição robusta. Temperatura axilar- 38°. Mucosas visíveis coradas.

Aparelho respiratório — Estertores roncantes disseminados. Raros estertores sibilantes.

Abdome — Abaulamento acentuado do quadrante súpero-esquerdo com imobilidade e sinais nítidos de flutuação. A' punhal revelou um pus amarelo esverdejado, sem cheiro.

Exames complementares:

<i>Hemograma</i> :	Leucócitos	13.500
	Basófilos ..	0 %
	Eosinófilos ..	2 %
	Neutrófilos: Mielócitos..	0 %

F. jovens..	1 %
Bastonetes.	12 %
Segmentados	60 %
Linfócitos	24 %
Monócitos	1 %

Pesquisa de hematozoário de Laveran: — Positivo para *Plasmodium Vivax*.

Exame bacteriológico e bacterioscópico de pus: — Flora microbiana ausente.

Inoculação em cobáio para bacilos de Koch: — Positivo, no fim de 35 dias.

Pesquisa de bacilos de Koch no escarro: — Negativo.

Índice de Vellez:

(I)	31 %
(II)	35 %
(III)	28 %
(IV)	6 %
(V)	0 %

TERCEIRO CASO

J. A. D., branco, solteiro, cabo do 2º R. I., natural da Baía.

Antecedentes mórbido-hereditários — Pais vivos; o pai sofrendo de tremores e a mãe de reumatismo (sic).

Motivo da baixa — (em 6-VII-40). Suspeito de apendicite.

Exame do doente — Revelou discreta reação na fossa ilíaca direita com sinais de pequeno derrame. O paciente mostrava-se abatido, com pele e mucosas levemente coradas. O exame clínico nada revelou digno de importância para os demais órgãos.

Apendicectomia praticada três dias após a sua internação neste Hospital revelou um derrame de médio volume de líquido citrino com o peritônio parietal, epíploon e ceco-apêndice recobertos de granulações com o aspecto de grãos de sagú. Apêndice congesto e livre na cavidade. Alças congestas e brilhantes. O exame histo-patológico dum fragmento de epíploon revelou folículos tuberculosos e o do apêndice apenas lesões de inflamação crônica. A porção de epiploon mandada a exame foi retirada do segmento que bloqueara o ceco-apêndice e com o mesmo contraía aderências.

Este doente permaneceu algum tempo com uma fistula da parede, rebelde a todos os tratamentos, e teve também, como no primeiro caso, um pleuris direito com derrame.

Os exames complementares nada revelaram digno de importância.

A observação dêstes três casos confirmados, histológica e bacteriologicamente, juntam-se mais dois outros: um da nossa clínica particular, de uma jovem que apresentava uma peritonite tuberculosa crônica, tipo Crivelhier, rotulado pelos anti-gos autores — ascite idiopática; e outro, de um rapaz com peritonite tuberculosa crônica anascitica, tipo apendicular, que exigiu a apendicectomia de urgência numa das crises peseudoadenpliculares.

Ao que acabamos de expôr prende-se a importância do assunto, cujo interesse decorre das seguintes razões:

- 1º) — Frequência da doença.
- 2º) — Étio-patogenia.
- 3º) — Multiplicidade das formas clínicas.
- 4º) — Incerteza do prognóstico.
- 5º) — Particularidades do tratamento.

Analisemos cada uma delas à luz dos modernos conhecimentos.

1º) — FREQUÊNCIA DA DOENÇA

É variável, segundo as estatísticas, a frequência da tuberculose do peritônio.

Vaccarezza e Gomez, em 546 casos de localizações tuberculosas extra-pulmonares, isolaram 16 formas puras e 14 com outras localizações.

Alonso Vial, do Chile, encontrou 2,9 % de formas puras.

Garcia e Werner, do Perú, em 258 casos, também de tuberculose extra-pulmonar, encontraram 22 formas de peritonite.

Nos Estados Unidos, numa estatística de mortalidade sobre tuberculose, num total de 69.324 casos, registaram-se 1.299 óbitos de formas intestinais e peritonais, o que dá uma taxa de 1 caso para cada 100.000 habitantes daquele país.

Entre nós não foi possível obter dados seguros a respeito; sabemos contudo que a tuberculose peritonial constitui uma entidade frequente na clínica. Talvez se possam estudar como tuberculose a maioria das ascites de origem cirrótica, no dia em que as pesquisas nesse sentido forem mais bem orientadas. Outro tanto podemos dizer das chamadas peritonites plásticas, fibro-adesivas, sinfisárias, consequentes a uma intervenção fora de qualquer processo supurativo, nas quais há

tendência manifesta à oclusão intestinal atribuída, segundo Lejars:

- 1º) — ao estrangulamento por bridas peritoniais;
- 2º) — ao acotovelamento do intestino por suspensão de brida;
- 3º) — à aglutinação de alças;
- 4º) — à paralisia intestinal, aos quais ainda se pode acrescentar: vôlvulos do delgado; torsão do mesentério e invaginação.

Enfim, podemos dizer que as peritonites crônicas são todas tuberculosas, como já dizia Louiz, em 1843, da mesma forma que o são todas as pleurisias sero-fibrinosas de causa desconhecida, como afirmava Landouzy.

A concepção da tuberculose não folicular de Landouzy e Leon Bernard reivindica para si numerosos casos de peritonites crônicas atribuídas principalmente ao alcoolismo, pela não existência das granulações tuberculosas, quando se sabe, atualmente, a faculdade que tem o bacilo de produzir lesões não foliculares.

O mesmo podemos dizer das chamadas peritonites albuminúricas, mencionadas por Bright e confirmadas por numerosos autores, na maioria das vezes localizadas no fígado e no baço, associadas algumas vezes a lesões pleurais ou pericárdicas, realizando o complexo das periviscerites estudadas por Huchard, Labadie-Lagrange e Depuy.

2º) — ÉTIO-PATOGENIA

O estudo étio-patogênico das peritonites tuberculosas prende-se ao da própria infecção. Cometeria um erro crasso quem procurasse encarar o problema unilateralmente. A infecção tuberculosa é uma só: as manifestações clínicas pulmonares, peritonais, gênito-urinárias, ósseas, articulares, etc., representam simplesmente a predominância da infecção sobre determinado órgão.

Não é possível estabelecer entre essas diversas formas de tuberculose étio-patogênias diversas e considerá-las como entidade clínicas distintas: a tuberculose orgânica isolada não deve ser interpretada como uma doença local, mas sim como uma doença geral capaz de afetar diferentes órgãos.

Este conceito atualmente admitido nos leva a estabelecer a seguinte doutrina: "As tuberculoses extrapulmonares devem ser tratadas unicamente em serviços especializados, com a colaboração estreita entre o tisiólogo e o cirurgião ou ortopedista".

Sem querer entrar nas discussões a respeito do germe, diremos, entretanto, que de maior importância para a patologia humana são os bacilos do tipo humano e bovino. 90 % dos distúrbios por tuberculose são produzidos por bacilos do tipo humano; os restantes 10 % encontram no tipo bovino o principal responsável, em geral por intermédio do leite. É interessante o que nos revela Moliers a respeito da infecção tuberculosa por essas diversas raças de bacilos. Aquele autor verificou a traca percentagem de tuberculose no adulto (3,04%) pelo tipo bovino, enquanto na infância ele se mostra bastante frequente (22,2%). É interessante revelar também a predominância das infecções pelo bacilo de Koch do tipo bovino nas tuberculoses extrapulmonares (48%) e nas formas cervicais e abdominais da infância (40%).

A contaminação na infância é frequente em certos países, como Dinamarca, em que 38 a 48 % das vacas são tuberculosas; na Inglaterra e Escócia mais ou menos com a mesma percentagem; na Alemanha com 30 % e na França com 24 a 40 por cento. Na Inglaterra o bacilo do tipo bovino foi encontrado em 17 % dos casos de tuberculose infantil, na Alemanha em 10 % e na Dinamarca em 11 %. Na Inglaterra, Escócia e Suécia onde há o hábito de se dar leite cru às crianças, foram reveladas as cifras de 70 a 90 %.

Outro ponto para o qual desejamos chamar a atenção é a questão do polimorfismo do bacilo de Koch. Após a descoberta do bacilo de Koch, inúmeros investigadores se entregaram a minuciosos estudos sobre a morfologia e biologia do bacilo da tuberculose. Much descobriu as formas granulares ou corpúsculos cromófilos. Cardoso Fontes, em 1910, verificou a forma ultra-filtrável ou ultra-microscópica. Estabeleceram-se, como verdadeiras, estas formas; a concepção da herança tuberculosa ressurgiu.

Entretanto, Blumenberg assim focaliza o seu modo de pensar: "Deve admitir-se que não se dispõe todavia de uma prova irrefutável da existência das formas ultra-microscópicas do bacilo de Koch... até o presente se trata de uma mera hipótese, cuja confirmação precisa que se descubram fatos evidentes de observação". Em 1935 surgiram os primeiros trabalhos negando a existência dessas formas. Harry Plotz, por meio da eletroforese, verificou que, em todos os casos, nos quais a inoculação dos filtrados era positiva, existiam bacilos no líquido filtrado.

Segundo aquele pesquisador, trata-se de inoculações paucibacilares, ao invés de ultra-vírus; e que quando pela eletroforese não se evidenciam bacilos nos filtrados, tão pouco se revelam bacilos nos gânglios dos cobáios inoculados. Qualquer que seja o aspecto pelo qual se considere a infecção tubercu-

sa, a sua localização peritonial, isto é, a infecção do peritônio ou a infecção peritonial humana se processa, quer por via linfática, quer por via hemática, excepcionalmente por efração do peritônio. Não podemos aqui fugir de algumas considerações de ordem doutrinária relativas à tuberculose infecção, motivo por que abriremos um parêntese a fim de focalizar alguns pontos de interesse geral.

É doutrina hoje aceita e estabelecida que a via pulmonar é a mais frequente, na maioria dos casos, das vias de penetração do bacilo de Koch no organismo, de tal sorte que Mac-Dowell e Aresky Amorim puderam dizer, com certa precisão, que o primeiro ato do drama da infecção tuberculosa se passa no torax. Pôde-se afirmar que a tuberculose é primitivamente pulmo-ganglionar, sendo as formas extrapulmonares (peritonais, gênito-urinárias, ósseas, etc.) a consequência de metástases hematôgenas, cuja origem é o pulmão ou seus gânglios satélites, daí concluir-se que a toda lesão tuberculosa extrapulmonar "corresponde um quadro torácico evolutivo quiescente ou extinto" (Mac-Dowell e A. Amorim).

Quando, entretanto, a via de penetração do germe é por outro ponto, a primo infecção se passa fóra do tórax e as disseminações linfógenas ou hemáticas se podem processar na vizinhança ou a distância sem quadro pulmonar, ou, então, observar-se secundariamente metástases nos pulmões. Tais fatos podemos verificar na tuberculose ganglionar cervical primitiva, na tuberculose abdominal primitiva e nas formas genitais primárias, como na inoculação direta pela succção ritual realizada no ato da circuncisão.

Um outro ponto, para o qual chamamos bastante a atenção porque dêle depende tudo o que se fizer em matéria de legislação social, é o que diz respeito às doutrinas da herança e do contágio na tuberculose.

Seria matéria para um tratado o que se tem escrito sobre o assunto.

Procuraremos contudo resumir o que ficou estabelecido no último Congresso Pan-Americano de Tuberculose de Córdoba, mostrando o que em tese se acha estabelecido.

Foram estas as conclusões a que chegaram os relatores do tema "Contágio e Herança" Drs. Rubens Garcia, Teodoro Danicare, Raul Ortega e Jorge Diaz, do Chile:

I — A tuberculose congênita é um fato extremamente raro. Os poucos casos descritos na literatura mundial provêm de mães com lesões muito adeantadas. O único caso por êles observado provinha, sem dúvida, de uma mulher com uma lesão discreta e estabilizada.

- II — O achado do bacilo de Koch no sangue do cordão e no líquido aniótico não autoriza, por si só, a afirmar a infecção obrigatória do produto da concepção, como se demonstra pela evolução das crianças observadas após a imediata separação da mãe a seguir o parto.
- III — Não é possível aceitar a teoria da latência do germe, quer seja nos órgãos ou no sangue circulante, prova de que a reação tuberculinica destas crianças separadas é constantemente negativa.
- IV — Não existe uma heredo-predisposição específica. A heredo-imunidade é um conceito teórico que até agora não foi demonstrado cientificamente.
- V — A tuberculose se transmite quase exclusivamente por contágio, sendo a principal fonte de contaminação o meio familiar. Este primeiro contágio dá-se, geralmente, na infância, nos países de tuberculização maciça. Nos países nórdicos é frequente a primoinfecção no adulto, aparente ou inaparente, segundo uma série de circunstâncias.
- VI — As reinfecções do adulto são endógenas, na maioria dos casos, porém a reinfecção exógena é também possível nos meios muito infectados, como são os serviços hospitalares e sanatórios para tuberculosos.
- VII — O contágio bovino tem uma importância muito variável segundo os países. No nosso meio esta fonte de contágio tem uma importância mínima.
- VIII — A porta de entrada do bacilo no organismo humano é um fato sempre em discussão.

—

Admitida assim a infecção tuberculosa, reatemos o nosso estudo sobre a manifestação peritonial da doença e vejamos como se processa a infecção daquela serosa.

A infecção do peritônio por via linfática pressupõe uma lesão tuberculosa de um órgão vizinho: intestino, gânglios mesentéricos, órgãos genitais e pleura. A invasão do peritônio posteriormente a uma enterite tuberculosa é admitida por Grancher, Koenig, Legendre, Baumgartner e Orth, em virtude de fatos de ordem clínica e experimental. Segundo Koenig, em 107 observações ter-se-iam encontrado 80 lesões intestinais, algumas vezes já cicatrizadas. Contudo, Spillmann e Marfan negam esta hipótese, o primeiro, considerando as lesões intestinais como posteriores; o segundo, demonstrando que a tu-

berculose intestinal frequente no adulto não se acompanha forçosamente de peritonite e que a peritonite tuberculosa da criança não se acompanha de enterite.

Calmette e seus colaboradores são de opinião que as lesões da mucosa intestinal, quando existem, são secundárias à peritonite, consequência apenas da extensão do processo tuberculoso peritonial aos folículos e gânglios linfáticos. Ainda mais, verifica-se, em todas as experiências de tuberculização por ingestão, a ausência de lesão peritonial tuberculosa.

A via ganglionar mesentérica tem analogia com o que se observa na pleurisia tuberculosa. Entretanto a linfo-adenite mesentérica tem sido observada sem nenhuma alteração do peritônio, se bem que Lannelongue e Lejars tenham observado casos patentes de infecção peritonial, em virtude de degenerescência caseosa dos gânglios ilíacos, consecutivos à coxalgia.

A via genital na mulher representa para certos autores a fonte de infecção peritonial mais frequente. Em virtude das estreitas relações anatômicas entre êsses órgãos, relações essas que se estabelecem, já por continuidade ao nível do hilo do ovário com o epitélio ovariano e ao nível do pavilhão da trompa com a mucosa tubária, já por intermédio da rica cadeia linfática, comprehende-se a facilidade com que as lesões desses órgãos se possam propagar ao peritônio. Já dizia Brouardel: "o peritônio é o verdadeiro reativo do estado patológico dos órgãos genitais". Se bem que admitida nas formas localizadas, o mesmo não se tem conseguido provar nas formas generalizadas da tuberculose peritonial.

Quando estas existem, pode-se considerar a infecção gênito-peritonial mais na dependência de uma infecção sanguínea do que, na verdade, de uma propagação tuberculosa genital.

No homem a via genital é considerada como excluída. As observações de peritonites tuberculosas, consequentes a lesões da próstata e vesículas seminais, abertas na cavidade da serosa, são fatos excepcionais.

A via pleural fez surgir a lei de Godelier: "quando há tuberculose do peritônio, há também tuberculose de uma das pleuras". Na realidade existe uma estreita dependência linfática entre estas duas serosas através o diafragma e faz pressupor uma simpatia mórbida entre elas, com as mesmas modificações patológicas, como sóe acontecer com a peritonite tuberculosa de Loeper.

Isto faz crer que haja uma fácil propagação da tuberculose de uma para outra e, como é a pleura que mais comumente se infecta, daí a probabilidade de ser a tuberculose peritonial uma consequência daquela. Entretanto, Fernet e Bouland verificaram em alguns casos ser o peritônio o primeiro a ser

atingido e só secundariamente a pleura, como nos dois casos que tivemos oportunidade de relatar há pouco.

Se estas vias não são despresíveis, contudo são elas consideradas excepcionais na transmissão da doença.

O que se admite hoje é que a infecção tuberculosa do peritônio é, na maioria dos casos, de origem hemática.

Analizando o que se passa na peritonite miliar aguda, que representa um epifenômeno da granulígia generalizada, pode concluir-se da propagação sanguínea nas formas sub-agudas e crônicas. No modo de pensar de Paul Lande, "qualquer que seja a porta de entrada do bacilo no organismo (intestinal ou respiratória), quer tenha ou não deixado sinal da sua penetração, é nos gânglios linfáticos (mediastino, mesentério, etc.) que ele se detém e que primeiro infecta; dêste ganglio o bacilo é lançado no canal torácico ou na grande veia linfática; chega à circulação sanguínea, atravessa os capilares do pulmão, lesando-o ou não, e pela circulação geral se espalha em todo o organismo".

Já vimos, entretanto, que a importância desta etapa ganglionar sofreu certa modificação na lei da localização de Cornet, segundo a qual a infecção dos gânglios regionais sucede regularmente ao foco orgânico primitivo, isto é, do foco pulmonar primitivo segue-se a infecção dos gânglios linfáticos do hilo; do foco intestinal os gânglios mesentéricos, etc. Em resumo, postas de lado as vias diretas e por propagação linfática, a tuberculose peritonial é, na maioria dos casos, a consequência de uma infecção por via hemática, cuja localização no peritônio se faz quer diretamente pelos seus vasos, quer secundariamente por intermédio de um órgão sub-jacente.

Para terminar este tão importante capítulo, vejamos como encarar a tuberculose peritonial dentro do ciclo evolutivo da infecção, segundo a genial concepção de Ranke.

Se bem que observada em todos os três períodos de Ranke, a tuberculose peritonial, como todas as formas extra-torácicas tuberculosas, se mostra com mais frequência no período secundário, cuja característica principal é a generalização, a hipersensibilidade tissular e a labilidade clínica.

"As formas metastáticas extra-torácicas da tuberculose, ainda mesmo quando surgidas em pleno terciarismo pulmonar, podem representar lesões disseminadas do período secundário, que permaneceram latentes por largo tempo, durante o qual a negatividade de sinais ou de sintomas, particularmente quando localizados em órgãos profundos, permitiu que permanecessem inaperceptos Mac Dowell). De outro lado, é frequente que indivíduos se perceptas Mac Dowell). Por outro lado, é frequente que indivíduos se nos apresentem, a um primeiro exame do tórax, com le-

sões terciárias pulmonares coexistindo com lesões extra-tóricas antigas, que certamente datariam do período secundário".

A determinação de um período chamado por Widowitz de sub-primário, gozando de grande importância na evolução das formas metastáticas extra-pulmonares da tuberculose, não exclui nem modifica aquele esquema, em cujo período secundário se encontram os mesmos caracteres clínicos e imunobiológicos do período sub-primário de Wedowitz.

3º) — MULTIPLICIDADE DAS FORMAS CLÍNICAS

A multiplicidade das formas clínicas condiciona o título desta comunicação, *Peritonites Tuberculosas*, e não de Peritonite Tuberculosa, tais as diversas e variadas formas da infecção.

Comumente se distinguem três formas clínicas de tuberculose peritonial: a forma ascítica; a forma caseosa e a forma fibrosa; cada uma representando o substrato anatômico do processo tuberculoso: a granulação, a caseificação e a esclerose.

Contudo, para facilidade clínica, melhor será considerar a evolução do processo e distinguir: formas agudas; formas sub-agudas e formas crônicas.

Nas formas agudas colocamos não só a granúlia generalizada clássica, mas também os quadros clínicos agudos das formas crônicas localizadas.

Na forma aguda generalizada a todos os órgãos, a infecção do peritônio pôde não ser predominante e, então, teremos manifestações infecciosas de caráter tífico, é a forma tifoide do adulto; ou de caráter meningítico, é a forma meningítica da criança.

Há a considerar ainda a polisserite tuberculosa de Hubbard, cujo aspecto clínico é mais ou menos idêntico ao da granúlia generalizada, na qual predominam os sintomas inflamatórios das serosas.

Do ponto de vista cirúrgico, entretanto, tem maior interesse as formas exclusivamente peritonais. Início habitualmente brusco faz pensar numa peritonite aguda comum, cuja natureza, só na intervenção pode ser estabelecida.

Quando limitadas ao território de um órgão, simulam afecção peritonial desse órgão e são operadas ora com o diagnóstico de apendicite, ora de anexite, ora de perfuração intestinal, etc. Outras vezes são interpretadas como oclusões, torsões ou invaginações. Nestas últimas formas sobressai o tipo de tuberculose peritonial anascítico de Armand Delille, obser-

vado na criança e no adolescente do sexo feminino, cujo início pode ser brusco e ruidoso, mas que também pode revestir o aspecto de uma tifo-bacilose terminando, a mais das vezes, pela cura.

Nas formas sub-agudas incluem os clássicos os tipos peritonio-pleural de Fernet e Boulard e o pleuro-peritonial de Huttinel. Estes tipos traduzem o ataque simultâneo das duas serosas, cuja precedência é muitas vezes difícil de estabelecer, podendo acompanhar-se do comprometimento de outras serosas ou de outros órgãos, constituindo outros tipos de peritonite, como os de Lasserre-Girode, com pleurisia unilateral; o de Verordt, com edema generalizado; o de Lasserre, com meningite e o quadro da cirrose cardio-tuberculose de Huttinel, no qual se encontra, ao lado de um fígado grande, uma ascite ao mesmo tempo inflamatória e mecânica, em virtude de lesões fibrosas que dificultam a circulação porta.

Nas formas crônicas podemos distinguir as formas generalizadas e localizadas, ambas compreendendo formas anascíticas, ascíticas, úlcero-caseosas e fibrosas. A multiplicidade das formas de transição e das formas combinadas ou predominantes torna por demais extensa e complicada a exposição do assunto.

A forma anascítica se encontra compreendida, para certos autores, na forma de Armand-Delille, há pouco referida, cuja manifestação aguda não é senão um episódio da marcha crônica da doença.

Mais importantes são as formas ascíticas livres, difíceis de distinguir da ascite por cirrose hepática ou por pileflebite, nas quais os comemorativos, a existência de outras lesões e os ensinamentos fornecidos pelo exame do líquido e a sua inoculação em cobáio são as únicas provas da natureza tuberculosa do processo.

Há ainda as formas ascíticas septadas ou enquistadas em uma bolsa peri-umbelical ou epigástrica e na pequena bacia podendo simular na criança a peritonite pneumocócica ou o sarcoma do rim e no adulto mais comumente o quisto do ovário ou uma gestação com hidrâniões.

As formas caseosas ora se acompanham de um processo ulceroso e temos as formas úlcero-caseosas, ora de um processo fibroso e temos as formas fibrocaseosas.

As formas úlcero-caseosas, na maior parte das vezes primitivas, constituem a tuberculose peritonial clássica, magistralmente descrita por Guéneau de Mussy, evoluindo por surtos sucessivos e terminando na maioria dos casos pela morte, ora por caquexia ou por uma complicação séptica, ora por generalização da tuberculose. As formas fibro-caseosas representam

uma evolução favorável da forma precedente, acarretando, entretanto, complicações mecânicas.

Nas formas fibrosas puras ou fibro-adesivas podemos distinguir as formas difusas e localizadas.

Estas formas fibrosas raramente são primitivas; contudo pode individualizar-se um síndrome caracterizado anatomicamente por uma cápsula membranosa revestindo em parte ou em totalidade o intestino, conhecida por "peritonite crônica encapsulante", descrita pela primeira vez na Alemanha por Esau, em 1913, e divulgada na França, em 1931, por Wilmuth e Patel.

É na maioria das vezes pelas suas complicações que conhecemos estas formas fibrosas, complicações de natureza quase exclusivamente oclusivas e cujos caracteres estudados por Lejars já tivemos ocasião de frizar no começo desta comunicação.

Nas formas localizadas distinguem-se, como mais frequentes, os síndromos: apendicular, peritifítico, sigmoidítico, enterítico, pelviperitonítico, perigástrico, colicístico, peri-hepático e frênico (perifrênite de Loeper) e epiploico constituindo a epiploite tuberculosa de Rilliet e Barthez.

Se considerarmos anátomo-patologicamente ao lado das formas típicas as chamadas formas atípicas, caracterizadas pela ausência de folículos nos quais a toxina bacilar mais ou menos atenuada produz tão somente reações banais inflamatórias, que Poncet designou de tuberculose inflamatória e que Leon Bernard denominou tuberculose não folicular, poderíamos enveredar por uma estrada perigosa, na qual acabaríamos alargando de uma maneira excessiva o quadro das peritonites tuberculosas.

4º — INCERTEZA DO PROGNÓSTICO

A questão do prognóstico da tuberculose, diz Sergent, está intimamente ligada ao da curabilidade da própria moléstia, sobre a qual tanto se tem discutido. O que nós sabemos de um modo geral, é que a cada tipo anátomo-patológico corresponde uma forma particular de evolução. Daí podermos estabelecer o seguinte: as formas agudas da granúlia peritonial temem uma evolução fatal rápida; as formas sub-agudas, ora terminam desfavoravelmente em 2 ou 3 meses, ora marcham para a cronicidade ou curam após várias semanas. Quanto às formas crônicas e seu prognóstico depende de múltiplos fatores que alteram a evolução da marcha da doença:

- 1º a extensão do processo;
- 2º a forma anatômica.

Enquanto as formas fibrosas são curáveis, as formas caescosas se mostram sempre graves.

Contudo, este esquema pode sofrer frequentes variações que dependem, na maioria das vezes, da agravação do quadro pulmonar quiescente ou extinto, ou de uma generalização da infecção.

De que elementos dispomos para a avaliação do prognóstico? De um modo geral podemos contar: com os dados fornecidos pelo terreno e com as condições atuais da doença.

No 1º caso, isto é, do terreno, temos que levar em conta os estados: social, psíquico, fisiológico e patológico do indivíduo, e, neste último, a herança e os antecedentes mórbidos.

No 2º caso, procuramos conhecer a evolução clínica da doença com seus caracteres sintomáticos (início brusco ou insidioso, sinais físicos, funcionais, etc.), finalmente podemos lançar mão das pesquisas de laboratório e das reações humorais (sôro-prognóstico de Arloing e Courmont, reação de fixação de Widal modificada por Besredka, sô-precipitação, avaliação do índice opsônico e as tuberculino-reações). Dentro as pesquisas de laboratório lembremos as dosagens dos cloretos, fosfátos e do cálcio na urina e a reação urinária de Moritz-Weiss, consideradas todas elas como elementos frágeis de avaliação prognóstica.

Com todos estes elementos podemos, até certo ponto, estabelecer um prognóstico próximo de probabilidade, mas nunca um prognóstico remoto.

"Fazer o diagnóstico da tuberculose é já uma empresa bem difícil; porém é, em suma, visar um fim que pode ser atingido; estabelecer o prognóstico de um caso dado de tuberculose é aspirar a uma ambição que ultrapassa, na maioria das vezes, os nossos recursos.

5º — PARTICULARIDADES DO TRATAMENTO

Desde o memorável êrro de Spencer Welles que o tratamento da tuberculose peritonial passou para o domínio da cirurgia. Isto não quer dizer que todos os casos se resolvam satisfatoriamente pela intervenção. Em muitos casos reputados cirúrgicos tem-se conseguido curas surpreendentes, apenas com tratamento helioterápico. Mas o que não resta dúvida é que há peritonites tuberculosas, cujo único tratamento é a intervenção.

Queremos referir-nos às peritonites tuberculosas agudas puras, ascíticas ou anascíticas, generalizadas ou localizadas e, também, às formas sub-agudas e às formas crônicas complicadas de abcessos ou de oclusão. Ela é formalmente contraindicada na granúlia generalizada e nas formas úlcero-caseo-

sas com grandes aderências e caseificação adeantada, onde uma fistula estercoral poderá estabelecer-se. Ela é ainda de resultados duvidosos nas formas crônicas fibrosas generalizadas pela impossibilidade de impedir a formação de novas aderências. Na tuberculose peritonial encapsulante, tipo conhecido como "intestino glacé", a retirada da cápsula fibrosa, quando possível, estabelece uma cura definitiva, o que nem sempre se consegue, pelas fortes aderências que se realizam entre diversas alças e a referida cápsula envolvente. Entretanto, onde, na maioria das vezes, o cirurgião é chamado a intervir é nas complicações oclusivas das peritonites tuberculosas.

Estas oclusões podem incluir-se em três grupos fundamentais: oclusão por paralisia intestinal; oclusão por bridas; e, oclusão por aglutinação das alças. No primeiro caso, o doente é operado na incerteza do diagnóstico e quando esgotados os recursos médicos se lança mão da enterostomia. Nos dois outros casos só a intervenção é capaz de salvar a vida do doente. De um modo geral o tratamento cirúrgico compreende:

- a) as punções evacuadoras simples ou seguidas de injeção de substâncias modificadoras;
- b) as laparotomias simples ou segundo o método de Temoin. Este cirurgião faz acompanhar todas as suas laparotomias com exposição direta do peritônio aos raios solares durante um quarto de hora, pelo menos, (helioterapia de ventre aberto), seguida de fechamento da parada, sem drenagem, e, mais tarde, helioterapia limitada ao abdome.

As substâncias modificadoras empregadas para evitar novo derrame ou aderências, quer por meio de punções ou injeções, quer na laparotomia, são constituídas pelo naftol canforado, o iodofórmio, a água boricada, o éter boricado, o óleo canforado e as soluções isotônicas de cloreto de sódio. Alguns como Nolen, Duran e Folet preferem as injeções de ar; Tissier emprega o azoto e Guillaumont o oxigênio ou os vapores de éter.

Em todos os demais casos encontra a fisioterapia a mais alta indicação.

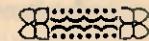
Podemos lançar mão da helioterapia marinha ou de montanha, com ótimos resultados, segundo o método de Rollier, em curtas sessões, aumentadas progressivamente, começando pelas extremidades inferiores. Esta prática encontra contudo contraindicação na granúlia, nas formas hiperpiréticas e nos

portadores de lesões evolutivas pulmonares. A mesma coisa podemos dizer da aplicação dos raios ultra-violetas.

A radioterapia recomendada por Berard tem conseguido surpreendentes resultados em cinco a seis meses de tratamento, segundo Albert-Weil.

O ar quente e a diatermia são, também, empregados com bons resultados.

Convém contudo assinalar, como diz Paul Lande, que, havendo uma tendência espontânea à melhora ou mesmo à cura de algumas formas de tuberculose peritonial, não se deve concluir apressadamente sobre a ação curativa de nenhum destes

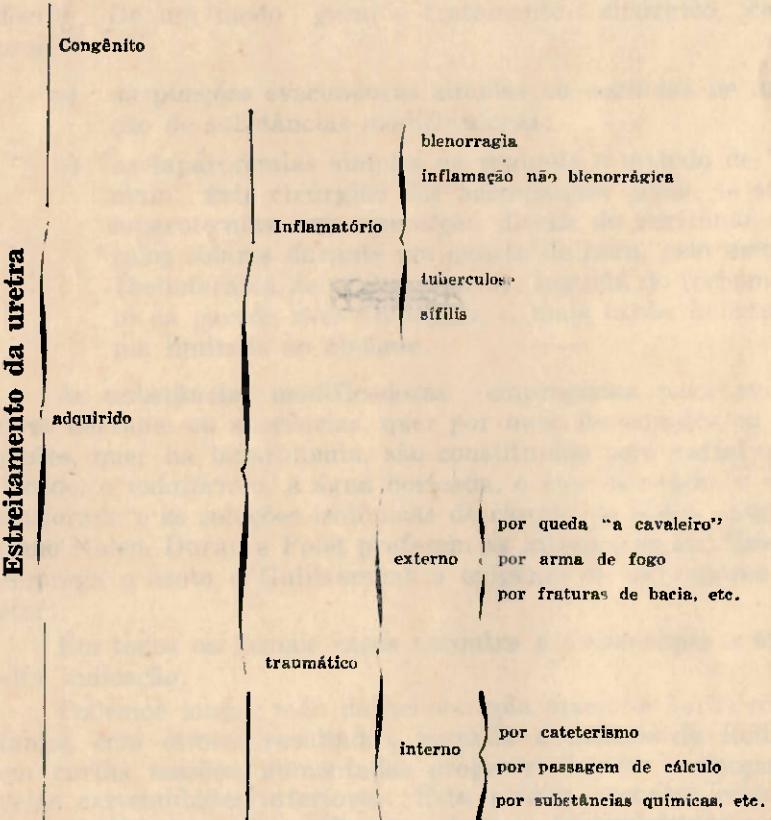


Considerações sobre o estreitamento da uretra

DR. JOÃO ELLENTI

CAPITAO MÉDICO, DO GABINETE DE URO-PROTOLOGIA
DO H. C. E., EX-INSTRUTOR DA ESCOLA DE SAUDE DO
EXÉRCITO, EX-ASSISTENTE MILITAR DO H. P. S.

Os estreitamentos da uretra, etiologicamente, são: congênitos e adquiridos:



Os congênitos são observados, embora mui raramente; nestes casos não se apresentam com a sintomatologia que leve o observador a explorar a uretra, podendo assim passar desapercebidos.

Os adquiridos, mais comumente observados, podem ser inflamatórios e têm por causa: a blenorragia, inflamações não blenorragicas, a tuberculose e a sífilis.

A blenorragia ocupa o primeiro plano como causa dos estreitamentos (90 a 95 %), tornando-se, em consequência dessa alta porcentagem, a causa mais comum, e aliando-se, via de regra, à inflamação pequenos traumatismos que o próprio doente não nota, tais como: ereção violenta, ruptura de "chorda", pequenas rupturas no momento do coito, etc., associações estas que produzem os estreitamento esclero-cicatriciais.

Os estreitamentos de causa blenorragica são encontrados nos indivíduos que tiveram uretrites prolongadas ou repetidas, ou ainda quando, no tratamento efetuado, foram empregadas soluções cáusticas. Nas uretrites agudas tratadas rapidamente e bem curadas é mais raro verificar-se a instalação de um estreitamento.

Outras causas inflamatórias são devidas a ulcerações uretrais, não blenorragicas, primitivas ou por propagação, a ulcerações sifilíticas (cancro intra-uretral, goma, etc.) e, finalmente, à tuberculose, sendo estas duas últimas muito raras.

Os traumatismos seguem a blenorragia, em ordem de frequência, como causa do estreitamento, e podem ser externos e internos. Estes, devidos à falsa via no cateterismo, dilatações violentas de uma uretra muito lesada e sem elasticidade, passagem de cálculo, ou uso de substâncias químicas. Os externos são representados pelas quedas "a cavaleiro", interessando o períneo, pelos ferimentos por arma de fogo, pelas fraturas da bacia, etc.

A evolução dos estreitamentos é rápida nos casos de origem traumática; nos de origem inflamatória varia entre meses a vários anos.

Os estreitamentos de origem inflamatória são, regra geral, múltiplos e ocupam a uretra esponjosa, pois é nessa porção da uretra que se encontra o tecido esponjoso, que tem grande participação na formação dos estreitamentos.

A forma do estreitamento também varia; ora é uma simples brida, que se implanta numa das paredes, ora toma a forma de anel com orifício central ou excêntrico ou, ainda, a forma cilíndrica.

Quanto ao calibre, o estreitamento pode ser: largo, quando permite a passagem de uma sonda 22 a 24 Charrière; médio, quando oscila entre 15 e 20 Charrière; estreito, entre 7 e 15

Charrière; e, **filiforme**, quando o calibre é inferior a 7 Charrière. Às vezes se observa a obstrução completa do canal, são os estreitamentos intransponíveis.

A consistência pode ser dura ou elástica, com variações entre esses dois extremos. Encontram-se no estreitamento uretral modificação da mucosa, lesões histológicas semelhantes às da uretrite crônica, com proliferação de tecido conjuntivo no tecido esponjoso, esclerose das fibras elásticas, etc. Notam-se ainda perturbações para o lado da bexiga, que se hipertrofia, pela dificuldade de esvaziamento e ainda pode ocorrer uma infecção vesical.

Os uréteres também se podem dilatar, e produzir-se uma pielonefrite, causada por infecção ascendente.

Os estreitamentos traumáticos, em geral, são únicos e localizados no ponto atingido pelo traumatismo.

Os sinais iniciais do estreitamento uretral surgem dentro de um prazo relativamente curto, em relação à causa, nos casos de origem traumática; ao passo que, nos demais casos, o seu aparecimento varia desde meses até anos, depois da infecção inicial.

Nos casos de origem traumática verificamos também a evolução rápida, aparecendo os sintomas mui precocemente.

Nos casos de origem blenorragica encontramos sintomas que traduzem fases diferentes da sua evolução.

Numa primeira fase os pacientes nada apresentam de notável, apenas se queixam de gota matinal, rebelde aos tratamentos, outros se queixam de ardor ou de prurido na uretra; gota, ardor ou prurido podem ser a representação de estreitamentos largos que a exploração vai revelar, e o exame da urina mostrará a presença de filamentos pesados, em quantidade variável.

A essa primeira fase, de duração variável, segue-se outra em que aparecem sinais evidentes do estreitamento, — os distúrbios da micção, da ejaculação, da ereção, da sensibilidade.

Os distúrbios da micção se traduzem pela disúria, polaquiúria e, mais tarde, pela incontinência urinária; o paciente urina, a princípio, com dificuldade, necessitando empregar esforços, e com isso o ato da micção se retarda e se prolonga em duração. Esta dificuldade é observada com muita nitidez na primeira micção da manhã, quando a bexiga está repleta e há congestão consequente ao decúbito; também se observa quando há abusos sexuais ou de mesa.

O jato urinário também sofre perturbações, vai-se tornando, pouco a pouco, mais fino e mais lento, deformando-se ou interrompendo-se ou, ainda, bifurcando-se. E' comum a

falsa incontinência, que consiste na saída de algumas gotas de urina, após terminada a micção, e este fato é devido à retenção de pequena quantidade de urina na porção retro-estrictral da uretra.

Polaquiúria e incontinência são encontrados em épocas mais avançadas da moléstia.

Resumindo os sintomas do estreitamento uretral, temos:

- a) — Gota matinal, ardor ou prurido.
- b) — Dificuldade à micção (disúria, polaquiúria, incontinência).
- c) — Alterações do jato.
- d) — Retenção de urina.
- e) — Hematúria. (Sintoma único, por vezes).
- f) — Perturbações sexuais, (ejaculação difícil e dolorosa, não há o jato do esperma, que pode apresentar raias sanguíneas).

O estreitamento da uretra pode apresentar complicações, e estas são:

- a) — Crises de uretrite, vesiculite, epididimite e prostatite podem surgir no decurso de um estreitamento.
- b) — Retenção completa da urina, complicação que aparece inesperadamente, tendo como causa uma congestão ou espasmo, a retenção é, por vezes, a última etapa das perturbações miccionais.
- c) — Infecção vesical — Cistites.
- d) — Infecção renal.
- e) — Peri-uretrites — Abcesso ou fleimão urinoso (infiltração de urina) — Cowperites.
- f) — Intoxicação geral.
- g) — Falsos caminhos na uretra — Complicação devida à passagem de instrumentos na uretra, e se observam quando houve violência ou falta de técnica na intervenção.

O diagnóstico do estreitamento se faz por vários exames clínicos; a anamnese também contribue valiosamente.

Assim, num paciente que se queixa de gota matinal, ou que apresenta um corrimento uretral pouco abundante, ou se queixa de ardor ou dificuldade à micção, êsses sinais já dão uma indicação da provável sede dos seus males.

O exame da urina revelará a presença de filamentos e, isto, juntamente com os outros sinais, indicará tratar-se de um estreitamento.

O exame local da uretra será feito com sonda exploradora, de bola, iniciando-se com um número relativamente alto,

24 a 26 Ch., passando-se números inferiores, quando aqueles não transpuzerem o estreitamento, continuando a exploração até que num determinado número, a sonda consiga transpôr a zona estreitada; à sonda do maior calibre passado corresponde em número o calibre do estreitamento.

O estreitamento existe quando a sonda encontra um obstáculo, e, ou não o atravessa, ou, então, o faz com dificuldade, ou ainda a bola encontra um ressalto na saída. Compreende-se que esse obstáculo não seja um corpo estranho, um tumor, etc., o que será verificado pela uretroscopia.

Em alguns casos não é possível passar nenhuma sonda exploradora; far-se-á necessário recorrer às sondas filiformes; isto mesmo muitas vezes não é fácil, sendo preciso o emprego da exploração em feixe, várias sondas filiformes, de formas diversas (simples, em baioneta, em espiral, etc.), são introduzidas na uretra e, uma a uma, são experimentadas, até que uma consiga transpôr o estreitamento. A exploração em feixe é útil, porque nesses casos o orifício é excêntrico ou os orifícios não coincidem.

O diagnóstico etiológico é facilitado pelos antecedentes do paciente, blenorragia, traumatismo, etc.

A dúvida entre estreitamento e espasmo da uretra será decidida da seguinte forma: passa-se uma sonda metálica, que vence o espasmo, ao passo que a sonda mole não o vencerá, ou, se conseguir vencê-lo, ficará presa, enquanto que o espasmo não prende a sonda metálica. De um modo geral, o estreitamento prende qualquer sonda, metálica ou mole.

O prognóstico é, via de regra, benigno, embora exista a possibilidade de recidivas. Assim sendo, é de boa prática avisar o paciente desse fato e adverti-lo da necessidade de tratamentos periódicos. Nos casos complicados o prognóstico ficará dependendo do caso.

Instalado e diagnosticado o estreitamento, passar-se-á ao tratamento. Vejamos, pois, quais os tratamentos indicados:

- 1.º) — Dilatação simples
- 2.º) — Dilatação electrolítica
- 3.º) — Uretrotomia interna
- 4.º) — Uretrotomia externa
- 5.º) — Ressecção da uretra

1.º) — A dilatação simples tem por fim aumentar o calibre da uretra de um modo lento e progressivo, tendo, em consequência, uma dupla ação: mecânica e dinâmica. Mecânica pelo próprio ato dilatador e dinâmico porque atua sobre os tecidos, provocando fenômenos que possibilitam o amolecimento do tecido patológico, que forma o estreitamento.

Essa dilatação é feita de vários modos, podendo ser utilizados os seguintes instrumentos: velas de goma (graduadas em 1/3 de milímetro — escala de Charrière), sondas metálicas retas ou curvas (beniqués graduados em 1/6 de milímetro — escala Beniqué), dilatador de Kollmann reto ou curvo.

A diferença entre as duas escalas resulta no seguinte: a uma sonda mole (vela gomada) número 12 corresponde um benique número 24, isto é, ambas têm o mesmo calibre que é de quatro milímetros; assim o número do Benique é sempre o duplo da vela gomada.

A técnica da dilatação é simples; em primeiro lugar tomar as medidas de assepsia comuns, não só quanto ao instrumental empregado, mas também quanto ao operador e ao paciente.

Inicia-se a dilatação com uma vela cujo calibre corresponda ao do estreitamento, continua-se com números superiores, podendo saltar dois números, quando a elasticidade da uretra o permitir. Em cada sessão passar-se-ão duas ou, no máximo, três velas. Depois de atingido o número 20, passa-se a fazer a dilatação com a sonda metálica (Benique), até atingir o número 60, (30 da escala Charrière). Muitas vezes é necessário fazer, previamente, a meatotomia, para facilidade de passagem dos dilatadores.

As sessões serão realizadas 3 vezes na semana, regra esta que seguimos de um modo geral; alguns autores aconselham seja efetuada, apenas, uma sessão semanal, (aplicamos esta regra em casos especiais, tais como reação geral ou local, dor intensa, etc., quando então espaçamos 4 ou 5 dias entre cada sessão).

Após passarmos algumas vezes o número 60, da escala Benique, faz-se mister a exploração da uretra para confirmação da cura, e isto se verifica quando passarmos, ao menos uma exploradora de bola n.º 28, Ch., sem que haja uretrorragia.

Será de boa prática a revisão periódica dos estreitados, afim de verificar uma possível recidiva ou, então, que o paciente faça também periodicamente sessões dilatadoras para prevenir as recidivas.

Ainda neste capítulo das dilatações progressivas merece citação, pelos bons resultados obtidos, o tratamento pela sonda de permanência.

Temos empregado este processo com os mais entusiásticos resultados. É um processo aplicável aos estreitamentos filiformes e consiste em deixar em permanência a sonda filiforme que conseguir transpôr o estreitamento, esta sonda é trocada por outra de maior calibre, 24 horas após a introdução da pri-

meira, e assim se continua a fazer até ser possível passar sondas de maior calibre (12 ou mais, Ch.). A ação da sonda de permanência é provocar pelo contato íntimo e demorado, uma transformação do tecido patológico.

Autores existem que aplicam a sonda de permanência mesmo com sondas calibrosas e até o fim do tratamento. Nós só o temos empregado no início do tratamento, pois observamos que, quando a passagem de uma sonda 12 ou 14 Ch., é possível, não há mais necessidade de se deixar em permanência, continuando-se então como na dilatação comum. Naturalmente isto será possível quando não houver mais retração do tecido estreitado no intervalo das sessões.

Cauteloso deve ser o emprego do dilatador de Kollmann. Possuindo-o, em o nosso serviço, não tivemos, ainda, ensejo de empregá-lo, por isso que já está um tanto abandonado seu uso.

2.º — A dilatação electrolítica é feita nos casos de estreitamentos duros, ou quando a dilatação simples não produz os resultados desejados, isto é, quando a dilatação não progride; é empregada ainda como tratamento mixto, associada à dilatação simples.

3.º — Na uretrotomia interna são utilizados vários instrumentos cortantes denominados uretrótomos, cujos modelos comuns são os de Maisonneuve, este o mais usado, os de Jeanbrau, Legueu, Maraini, Nin Posadas, Otis, etc.

Não nos deteremos na descrição desses instrumentos, nem na técnica operatória, já por demais conhecidos. As indicações principais da uretrotomia interna são: a) estreitamentos em que a dilatação simples não progride (estreitamentos duros); b) estreitamentos cuja dilatação provoca reações febris.

Sucintamente diremos que a uretrotomia interna consiste em seccionar, com a lâmina do uretrótomo, o tecido patológico, seguido da colocação de uma sonda permanente, durante 48 horas, no mínimo, e, alguns dias após, se inicia a dilatação simples.

4.º e 5.º — A uretrotomia externa consiste em incisar a uretra, na região afetada, operação essa que é feita de fora para dentro. Esta intervenção vai sendo substituída pela ressecção uretral, que tem por fim ressecar a uretra, ressecção essa que atinge toda a zona comprometida, seguida da sutura das extremidades (uretrorrafia).

Passados em rápida revista os principais tratamentos indicados seja permitido que façamos alguns comentários baseados na nossa pequena estatística.

Apresentamos, pois, o seguinte resumo com os números porcentuais:

Números de casos observados: 105 —

ETIOLOGIA:	Blenorragia	102	97,14 %
	Traumatismos	2	1,91 %
	Congênitos	1	0,95 %

ESTREITAMENTO:	Intransponível	1	0,95 % (traumático)
	Filiforme	42	40,00 %
	Estreito	45	42,86 %

ESTREITAMENTO:	Médio	16	15,24 %
	Largo	1	0,95 %

COMPLICAÇÕES:	Abcesso urinoso	2	1,91 %
	Prostatite	9	8,56 %
	Cowperite	2	1,91 %

COMPLICAÇÕES:	Fistula uretro-perineal	5	4,76 %
	Fistula uretro-peniana	2	1,91 %
	Fistula uretro-escrotal	3	2,85 %

COMPLICAÇÕES:	Não complicados	82	78,11 %

Em sua grande maioria foi a uretra esponjosa a atingida, sendo as demais porções da uretra atingidas em mui pequeno número.

Quanto à blenorragia, como causa inicial, ocupa o primeiro plano, com 97,14 %, e tivemos oportunidade de observar dois casos de origem traumática e um caso de origem congênita. Neste caso foram cuidadosamente verificadas a não existência de blenorragia ou traumatismo, não tendo apurado nenhuma outra causa provável e assim firmamos o diagnóstico de estreitamento congênito.

Quanto ao tratamento, como já fizemos menção, ocupa o primeiro plano a dilatação lenta e progressiva e a sonda de permanência nos casos indicados. Com êsses meios resolvido satisfatoriamente, e com o êxito desejado, todo os nossos casos. Os de origem traumática, um foi tratado pela ure-

trorraria, com talha perineal, de resultado bom, e o outro foi recebido no nosso serviço já operado por um colega civil.

Diante dos bons resultados com o tratamento acima citado não nos foi dada oportunidade de aplicar os outros tratamentos indicados.

Resumimos adiante, como complemento a este despretencioso artigo, algumas de nossas observações, deixando de publicá-las todas por angústia de espaço.

O B S E R V A Ç Õ E S

ESTREITAMENTO URETRAL

- 1 — Ficha 44 — J. C. S., 38 anos, 3º sgt. — Blenorragia há 16 anos e urina fino atualmente. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda de demora e dilatações progressivas. — Abandonou o tratamento já melhorado.
- 2 — Ficha 97 — J. J. M., 38 anos, soldado — Blenorragia há 7 anos, baixou com retenção de urina. — Uretra esponjosa permeável à exploração n.º 8, Ch. — Sonda 8 de demora e dilatação progressiva até o beniqué 34. — Alta melhorado e a pedido.
- 3 — Ficha 90 — J. F. D., 33 anos, soldado — Blenorragia há 5 anos, atualmente urina fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda de demora e beniqué até o n.º 30. — Alta melhorado.
- 4 — Ficha 132 — J. C. C., 30 anos, cabo — Buenorragia há 8 anos, sente dificuldade para urinar. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda de demora e dilatação com beniqués até 44. — Alta melhorado.
- 5 — Ficha 165 — T. A. C., 44 anos, 3º sgt. — Blenorragia há 19 anos, sente dificuldade para urinar — Uretra esponjosa, com nodosidades disseminadas e permeável à exploradora n.º 5. — Sonda de demora e dilatações.
- 6 — Ficha 308 — M. F. P., 29 anos, soldado — Blenorragia há um ano, tem micção difícil.

— Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda de demora e dilatações com beniqué.

7 — Ficha 326 — N. B. S., 33 anos, 3º sgt. — Blenorragia há 12 anos, sente dificuldade para urinar. — Uretra permeável à exploradora filiforme. — Sonda de demora e dilatação progressiva com beniqués até o n.º 60. — Alta curado.

8 — Ficha 382 — H. T. C., 22 anos, soldado — Blenorragia há 8 meses e dificuldade para urinar. — Corrimento uretral escasso e uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 10. — Uretrite crônica e estreitamento uretral. — Tratamento da uretrite com lavagens de permanganato de potássio e injeções endovenosas de triplafavina. — Dilatação progressiva com beniqués até o n.º 60. — Alta curado.

9 — Ficha 528 — F. B. S., 22 anos, soldado — Nega antecedentes venéreos, tem dificuldade para urinar após ter sofrido um traumatismo na região perineal. — Hipospadia balânica e uretra membranosa permeável à sonda filiforme, com dificuldade (cateterismos em feixe). — Diag. — Hipospadia e estreitamento uretral. — Tratamento cirúrgico da hipospadia com bom resultado e dilatação progressiva até o beniqué n.º 50. — Alta curado.

10 — Ficha 501 — J. P. S. P., 75 anos, 1º ten. ref. — Blenorragia em época remota, sente dores na bexiga e dificuldade para urinar. — Uretra permeável à exploradora 12, próstata aumentada de volume. — Dilatações progressivas até beniqué 42. — Alta pedida.

11 — Ficha 599 — M. P. F., 31 anos, cabo — Blenorragia quatro vezes, urina fino e gotejando. — Uretra esponjosa com duas nodosidades e permeável à exploradora n.º 14. — Dilatações com beniqués até o n.º 52. — Alta curado.

- 12 — Ficha 646** — P. T., 25 anos, soldado — Blenorragia varias vezes, sente dores na bexiga e dificuldade para urinar. — Uretra com nodosidades esparsas (esponjosa) e permeavel à exploradora n.º 12. — Dilatações progressivas com beniqués até o n.º 56. — Alta curado.
- 13 — Ficha 667** — J. B. F. P., 29 anos, soldado — Blenorragia há 4 anos, baixou "por sentir endurecido um ponto da uretra" (sic.). — Uretra esponjosa permeavel à exploradora n.º 16, com nodosidades esparsas. — Dilatação progressiva até o benique n.º 58. — Alta curado.
- 14 — Ficha 671** — C. M., 25 anos, 2º sgt. — Blenorragia há 7 anos, julga ter estreitamento de uretra. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora n.º 20 e apresentando nodosidades. — Dilatação progressiva com benique até o n.º 45. — Alta pedida.
- 15 — Ficha 686** — J. A., 62 anos, servente — Blenorragia em época que não se recorda, urina com dificuldade. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora filiforme. — Sonda de demora e dilatação com sonda mole até o n.º 15. — Alta por abandono.
- 16 — Ficha 706** — A. L. S., 23 anos, cabo — Blenorragia há 8 anos e agora urina fino. — Uretra esponjosa com nodosidades e permeavel à exploradora n.º 7. — Uretra membranosa com nodosidades permeavel à filiforme. — Sonda de demora e dilatação com benique até n.º 50. — Alta curado.
- 17 — Ficha 745** — J. G. S. S., 30 anos, soldado — Blenorragia há cerca de 8 anos, urina com dificuldade. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora n.º 6. — Sonda de demora e dilatação com benique até n.º 58. — Alta curado.
- 18 — Ficha 823** — J. C. S., 38 anos, cabo — Blenorragia várias vezes, urina com dificuldade. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora n.º 12, com dificuldade. — Sonda

- de permanência e dilatação progressiva com benique até n.º 60. — Alta curado.
- 19 — Ficha 843** — P. A., 18 anos, soldado — Blenorragia há 1 ano, tem dificuldade para urinar. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora filiforme. — Sonda de permanência e dilatação. — Alta por abandono.
- 20 — Ficha 934** — A. S., 22 anos, soldado — Blenorragia há 3 anos, tem "micção difícil" (sic.). — Uretra esponjosa permeavel à exploradora n.º 10. — Dilatação progressiva com benique até n.º 60. — Alta curado.
- 21 — Ficha 1.270** — P. S., 40 anos, 2º sgt. — Blenorragia aos 13 anos, urina com dificuldade e gootejando. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora n.º 10. — Dilatação progressiva com benique até n.º 60. — Alta curado.
- 22 — Ficha 1.489** — J. J. T., 41 anos, soldado — Blenorragia há 18 anos, queixa-se de estreitamento da uretra. — Uretra esponjosa permeavel à filiforme. — Sonda filiforme de permanência e dilatação progressiva com benique até n.º 55. — Alta curado.
- 23 — Ficha 1.501** — A. P. S., 46 anos, soldado — Blenorragia há dez anos, urina com dificuldade. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora filiforme. — Sonda de permanência e dilatação progressiva.
- 24 — Ficha 1.505** — A. N. S., 54 anos, operário — Blenorragia há dez anos, sente dificuldade para urinar. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora filiforme. — Sonda de permanência e dilatação com benique até o n.º 48. — Alta melhorado e a pedido.
- 25 — Ficha 1.484** — A. M. V., 46 anos, 2º ten. ref. — Blenorragia em época que não se recorda, alega urinar com dificuldade. — Uretra esponjosa permeavel à exploradora filiforme. — Sonda de permanência e dilatação progressiva. — Alta melhorado.
- 26 — Ficha 2.126** — A. S., 31 aons, 1º sgt. — Blenorragia várias vezes, sendo a primeira há dez

anos, acusa dificuldade de micção. — Uretra esponjosa com nodosidades esparsas e permeável à exploradora n.º 11, com dificuldade. — Dilatação progressiva com beniqués até n.º 54. — Alta curado.

27 — Ficha 249 — R. A. C., 42 anos, cap. — Blenorragia várias vezes, baixou com dificuldade para urinar e por apresentar um tumor no períneo. — Tumor no períneo, à direita, orifício de fistula uretro-perineal, uretra permeável à exploradora filiforme. — Diag.: — Estreitamento de uretra, complicado com fistula uretro-perineal e acesso urinoso. — Debridamento do acesso, sonda de permanência evacuadora, seguida de dilatação com sonda mole e beniqués até n.º 40.

28 — Ficha 503 — F. S. P., 23 anos, soldado — Blenorragia, baixou por ter tido retenção de urina e desde então urina fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora número 12. — Dilatação progressiva com beniqués até n.º 52. — Alta curado.

29 — Ficha 519 — B. M. O., 21 anos, soldado — Blenorragia, baixou por julgar-se um estreitado. — Uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 9. — Sonda de permanência e dilatação progressiva. — Alta melhorado.

30 — Ficha 522 — R. N. S., 34 anos, soldado — Blenorragia, baixou por sentir dificuldade para urinar. — Meato estreitado e uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 12. — Meatotomia e dilatação progressiva. — Alta curado.

31 — Ficha 561 — J. G. O., 28 anos, soldado — Blenorragia, diz urinar fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda filiforme de permanência e dilatação progressiva com beniqués. — Alta curado.

32 — Ficha 574 — A. P. B., 24 anos, cabo — Blenorragia, baixou por sentir dificuldade de micção. — Uretra esponjosa com duas nodosida-

des e permeável à exploradora n.º 16. — Dilatação progressiva.

33 — Ficha 655 — P. R. M., 38 anos, sgt. aj. — Blenorragia, baixou por sentir dificuldade de micção. — Uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 8. — Dilatação progressiva com vela gomada e beniqués até n.º 60. — Alta curado.

34 — Ficha 689 — E. R. B., 25 anos, soldado — Blenorragia. — Diz urinar fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Meatotomia, dilatação progressiva com vela gomada e beniqué. — Alta curado.

35 — Ficha 695 — A. F. S., 23 anos, soldado — Blenorragia. — Urina fino e com dificuldade. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda de permanência e dilatação progressiva.

36 — Ficha 743 — P. M. D., 40 anos, soldado — Blenorragia. — Está urinando com dificuldade e jato fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 9. — Dilatação progressiva. — Alta curado.

37 — Ficha 772 — L. S. B., 20 anos, soldado — Blenorragia. — Sente ardência à micção e urina fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 16. — Dilatações progressivas com beniqués até n.º 58. — Alta curado.

38 — Ficha 1.222 — T. J. B., 54 anos, 2º ten. ref. — Blenorragia em época remota. Há algum tempo urina fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 9. — Sonda de permanência e dilatação com beniqués até n.º 60. — Alta curado.

39 — Ficha 1.396 — M. S. M. F., 33 anos, civil — Blenorragia. — Sente dores na bexiga. — Uretra esponjosa permeável à exploradora n.º 10. — Dilatações progressivas. — Alta curado.

40 — Ficha 1.464 — A. R., 57 anos, operario — Blenorragia em época remota. — Baixou por sentir dores na bexiga. — Uretra esponjosa

permeável à exploradora n.º 6. — Dilatações progressivas, após sonda de permanência. — Alta curado.

41 — Ficha 2.032 — M. O., 27 anos, soldado — Blenorragia. — Diz urinar fino. — Uretra esponjosa permeável à exploradora filiforme. — Sonda de permanência e dilatação progressiva com beniqués até n.º 60. — Alta curado.

42 — Ficha 2.163 — J. C. B., 64 anos, 2º Ten. ref. — Ble-
norragia na mocidade. — Urina fino e
com dificuldade. — Uretra esponjosa
permeável à exploradora filiforme. —
Sonda filiforme de permanência e dilata-
ção progressiva.

43 — Ficha 1.961 — J. G. T., 33 anos, soldado — Desde criança tem crises de retenção urinária e o jato urinário é muito fino, nega antecedentes venéreos ou traumatismo anterior. — Uretra permeável à exploradora n.º 8. — Sonda de permanência e dilatação progressiva. — Alta melhorado.

Deixamos de transcrever 62 outras observações, por absoluta falta de espaço.



A incidência de Mayer no estudo radio-lógico da mastóide

DR. JUAREZ PEREIRA GOMES

CAPITÃO MÉDICO. RADIOLOGISTA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Dois anos após a descoberta de Roentgen, ou seja, em 1897, Gloves e Reynier fizeram, em França, as primeiras tentativas para a representação radiográfica da mastóide, publicando os seus trabalhos ilustrados com algumas imagens.

Embora se houvessem limitado a simples estudo anâtomo-radiológico e nenhuma referência fizessem às aplicações clínicas, a êles devemos a prioridade em tão importante departamento da Craneologia-Roentgen.

Aos trabalhos de Gloves e Reynier seguiram-se muitos outros, tais como o de Henle, em 1904; Schueller, em 1905; Woss e Winkler, em 1907; Plagemann e Kuehne, em 1908; Busch e Oertel, em 1910; Busi, em 1913; Stenvers, em 1917; e, finalmente, Mayer, em 1923, cuja incidência constitui objeto do presente estudo.

A incidência de Mayer é também denominada *fronto-timpânica*, por Cottenton e Fidon, e *bregmático-temporal*, por Steurer.

De técnica delicada, mas extremamente fácil, oferece-nos ela verdadeiro panorama de todo o sistema celular mastoidéo, caixa de tímpano e sulco do seio lateral. E' a que habitualmente emprego no serviço d'este Hospital e a que maiores esclarecimentos me tem proporcionado.

Entretanto, não quer isso dizer que eu possa considerar estudada de maneira completa a mastóide examinada radiologicamente apenas em uma incidência, ainda que seja a de Mayer. Muito ao revés, em quase todos os casos por mim examinados, a parte da incidência de Mayer, costumo empregar a de Schueller, Stenvers, Ceresolo-Malcangi, Staunig e Gatscher, etc., fazendo a escolha da técnica, conforme a região que viso esclarecer.

Para executar a incidência de Mayer, utilizo-me de um

dispositivo de madeira, em plano inclinado de 45 graus (figs. numeros 1 e 1a), afim de obter a rigorosa obliquidade da cabeça em relação ao plano da mesa; procuro observar cuidadosamente a perpendicularidade dos planos e linhas de reparo que

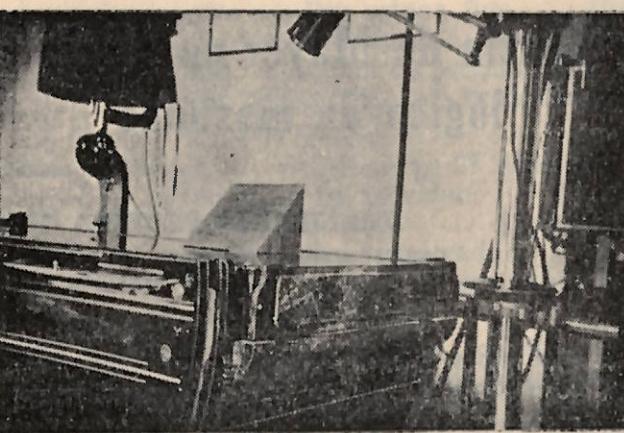


Fig. 1

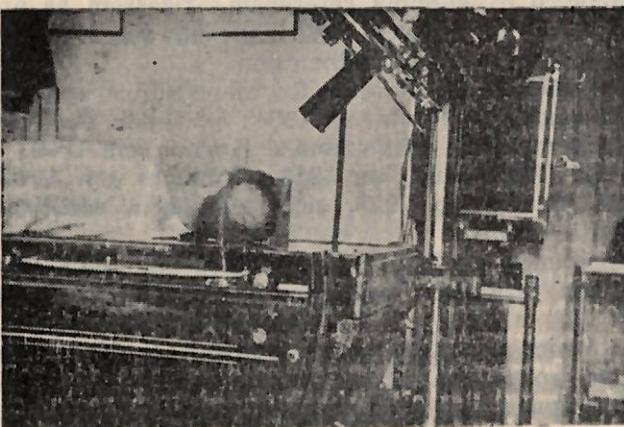


Fig. 1-A

representam a projeção exterior dos principais eixos anatómicos do ouvido, segundo preconiza Bignami, em trabalho magistral publicado na "Radiologia Médica", de junho de 1938, e que são:

a) plano sagital mediano ântero-posterior, representado por uma linha que se estende da espinha nasal do frontal ao buraco occipital, passando pela glabella, bregma e protuberância occipital externa;

b) plano horizontal tedesco, representado por uma linha horizontal que se estende do rebordo superior do buraco auditivo externo ao rebordo inferior da cavidade orbitária;

c) plano vertical do ouvido, representado por uma linha perpendicular à precedente, contornando a cabeça e estendendo-se de um buraco auditivo externo ao outro.

A técnica da sua execução é a seguinte:

1º) — O paciente, em decúbito dorsal, apoia a cabeça, do lado a examinar, sobre o dispositivo de madeira colocado no centro da mesa, estando o pavilhão da orelha rebatido para deante.

2º) — Rigorosa observância da perpendicularidade dos planos vertical do ouvido e horizontal tedesco. Para isto é necessário que o paciente mantenha a cabeça fletida, de modo a obter-se a horizontalidade da linha que passa pelo rebordo superior do buraco auditivo externo e rebordo inferior da cavidade orbitária.

3º) — Incidir o raio central, inclinado de 45 graus, para o sentido caudal, sobre a região frontoparietal do lado oposto ao que vai ser examinado, precisamente sobre uma linha paralela à crista nasal, passando pelo ângulo externo da órbita, a 7 centímetros da arcada orbitária.

4º) — Chassis em posição horizontal. Potter-Bucky.

Ao invés de colocar o chassis em posição inclinada, apoiado em sacos de areia, coloco-o em posição horizontal, segundo aconselha Fuchs.

Dou preferência a este método por oferecer vantagens incontestáveis: fácil colocação do paciente; exata obliquidade da cabeça, graças ao dispositivo de madeira que emprego; inexistência, na imagem, de deformação apreciável; ótimo contraste obtido com o Potter-Bucky.

Para efeito comparativo, radiografo sistematicamente as duas mastóides, com o mesmo cuidado e idêntico regime elétrico.

O quadro radiológico que se apresenta é este:

Tomando-se como ponto de reparo a articulação temporomaxilar, vê-se, em sua parte posterior, uma imagem ovalar — a caixa do tímpano; para trás e para cima desta, o antró, representado por uma larga célula, notando-se, em seguida, as células peri-antrais. Entre a caixa do tímpano e o antró distingue-se um pequeno canal, o *aditus ad antrum*. Atrás das células da

base está o sulco do seio lateral e na espessura da porção pétreia a cavidade do ouvido interno, com os canais semi-circulares e o caracol (fig. n. 2).

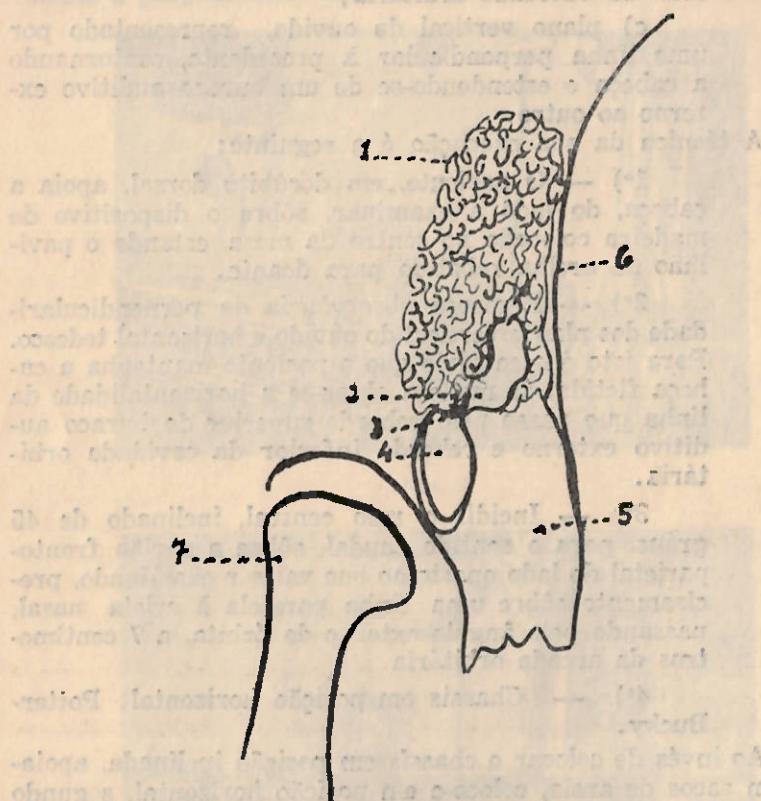


Fig. 2

- 1 — Células mastoidéia da base
- 2 — Antro
- 3 — Aditus ad antrum
- 4 — Caixa do tímpano
- 5 — Porção pétreia
- 6 — Seio lateral
- 7 — Condilo do maxilar

Obtendo-se, com esta incidência, a imagem radiográfica da mastóide com todo o seu sistema celular completamente desdoblado, fácil concluir do seu estado, dès que se faça o estudo comparativo com o cliché do lado oposto.

A pneumatização pura é o estado normal ideal que as células devem apresentar. Estas são de forma empolar, separadas

por pequenas e delgadas trabéculas, tanto mais numerosas e de maior tamanho quanto mais na periferia se encontrarem (Ulrich).

O estado patológico da mastóide depende do grau de pneumatização, integridade das células e das suas trabéculas.

A diminuição de transparência do sistema celular indica apenas a existência de simples reação mastoidéia, por alterações de mucosa, ao passo que, uma verdadeira opacidade, aliada à pouca nitidez das suas células e trabéculas, indica processo avançado de mastoidite, em que se impõe a intervenção cirúrgica.

Nas otites crônicas, é habitual a ausência de pneumatização, verdadeiro estado de esclerose do sistema celular. Em casos tais, o diagnóstico radiológico de processo agudo torna-se extremamente difícil, sinão impossível, máxime não existindo sinais de destruição óssea ou de coleções purulentas.

Os colesteatomas são de fácil diagnóstico, caracterizando-se radiologicamente por uma imagem cística, de contornos quase sempre muito nítidos e regulares.

Para avaliar a importância do exame radiológico da mastóide, observa Pedro Maciel, estribado em trabalhos de Reverchon e Worms, basta citar uma série de afecções que podem simular a mastoidite: o *furiúnculo do ouvido*, acompanhado de linfangite; os *adeno-fleimões* da região carotídeana superior de origem faringéia, que aparecem no decorso de febres eruptivas; os *ósteo-fleimões*, que se desenvolvem no maxilar inferior, em consequência de supurações alveolares, ou então a outra variedade, estudada por Mauret, sob o nome de *mastoidite jugo-gástrica*, podendo ter, às vezes, a marcha de fleimão cervical (Revista de Radiologia Clínica, de Porto Alegre, vol. 2, pag. 132).

Em todos os casos de mastoidite verificados neste Hospital e examinados radiologicamente na incidência de Mayer, as lesões assinaladas tiveram plena confirmação no ato operatório, demonstrando, assim, o alto valor da mesma incidência.

Estes, em linhas gerais, os resultados obtidos com o emprego da incidência de Mayer, que é, sem dúvida, a melhor orientadora, na solução dos vários processos patológicos da mastóide.



L e p r a

DR. EUCLYDES GOULART BUENO

MAJOR MÉDICO, CHEFE DA 14.ª ENFERMARIA DO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

— I —

Na 14.ª Enfermaria do Hospital Central do Exército, deparou-se-nos *um caso de difícil diagnóstico*. O paciente baixara por motivo óbvio, trazendo empôlas de soluto reconstituente de que dizia já estar fazendo uso e desejar continuá-lo, o que lhe foi permitido. Ao lhe ser feita a injeção intra-muscular, disse, ingenuamente, que nunca sentira se lhe tinham aplicado ou não as injeções anteriores. Isso despertou, promptamente, a curiosidade do clínico, que descobriu várias zonas de anestesia nos membros superiores e inferiores, bem como outras zonas em que, apesar da sensibilidade táctil conservada, o paciente não distinguia a temperatura de um provete contendo água gelada da temperatura de outro provete com água quente. Isso motivou exames e pesquisas para esclarecimento de diagnóstico e, por isso, o paciente não continuou sob nossa alçada clínica.

Casos como esse despertaram nossa atenção no sentido de *procurar a lepra*, porque, via de regra, o doente a oculta, máxime quando ele já sabe, ou desconfia, que dela sofre. *O diagnóstico precoce* representa importante papel na profilaxia da lepra.

Esse diagnóstico é, às vezes, difícil, principalmente quando se nos deparam *formas atípicas* da hansenose.

A legislação brasileira, até que descobertas novas esclareçam melhor a epidemiologia da lepra, constitui o mais eficiente plano de combate ao mal, plano esse que repousa, sobretudo, na construção de leprosários e que vai sendo realizado com rapidez, representando mais uma obra notável do Governo do Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, que, com decisão, marcha para a solução do problema.

— II —

OBSCURO CONTÁGIO DA HANSENOSE

Eis a pergunta: o contágio da hansenose é direto ou é indireto? Quai a resposta? Compete a indagação científica prescrever os turvos horizontes da ciência, representados pelo modo de transmissão da lepra. Intelectualidades de escola, já projetaram a luz de sua cultura médica na direção desses nublados horizontes epidemiológicos, prescrevendo-os. Mas, ainda não foi possível um acordo entre as conclusões desses cientistas. Merece estudo a divergência dessas conclusões. 1º — Eis uma delas — a de Carlos Chagas. A brilhante revista VIDA MÉDICA julga que o prefácio de Carlos Chagas, publicado no livro do Dr. J. J. Vieira Filho, sobre "A lepra no Brasil e a sua profilaxia terapêutica", edição de 1936, seja o último na ordem cronológica dos escritos de Carlos Chagas. Transcreveremos desse prefácio de Carlos Chagas o seguinte, publicado por VIDA MÉDICA, em agosto de 1936:

"Apreciando, algumas vezes, as possibilidades do método preventivo no combate à pior das doenças humanas, temos insistido em que a lepra é, antes de tudo, um problema de estudo e de indagação científica, tantas as incógnitas étiopatogênicas, tantos os aspectos epidemiológicos obscuros, que restringem ou impossibilitam o êxito da providência sanitária. Admite-se, em conceito quasi unanime, que a infecção leprosa é mais vezes adquirida na infância, por transmissão de indivíduo a indivíduo, favorecido o contágio, quasi sempre direto, por demorada oportunidade infectante, pelo convívio prolongado com o leproso. Não é muito bem aceitável, embora sustentada pela autoridade de um experimenter de fama, a doutrina da transmissão específica, pela interferência de um hematófago, porque faltam para ampará-la, além da verificação experimental, razões biológicas necessárias. Em verdade, o contágio específico, pela ação de insectos sugadores, acha-se subordinado a uma circunstância essencial do processo infectuoso, qual seja a ausência de exteriorização do agente infectante. O hematófago só interfere na difusão do contágio animado quando o respectivo agente — bactéria, parasito ou vírus filtrável — permanece na intimidade do organismo infectado, sem chegar ao mundo exterior e impedido, assim, de passar a outro hospedador. A morte, portanto, do organismo parasitado importaria no desaparecimento do parasito, não fosse a interferência do hematófago, que atende desse modo à finalidade biológica, de conservar uma espécie viva. É assim no contágio da malária, das tripanozomíases humanas e animais, da peste bubônica, da febre amarela, etc. e assim não

poderia ser na infecção leprosa, cujos germes, abundantes nas excreções e secreções, nas lesões cutâneas, podem ser transmitidos a outros organismos. Nem valeria aí a objeção de que tais bacilos não seriam agentes do contagio, por estarem mortos ou pela ausência nêles de virulência, afirmativa destituída de qualquer prova convincente. Mas, admitindo o contagio, direto ou indireto, de organismo parasitado a organismo receptível, tudo ignoramos das condições que o regulam, porque nada sabemos da virulência do micro-organismo, da receptividade do organismo humano, de quaisquer outros fenômenos de imunidade relacionados com a infecção do bacilo de Hansen. E se uns aspectos biológicos do problema da lepra perduram misteriosos, outros referentes à epidemiologia dessa doença também se indicam a investigação científica, dependendo de seu esclarecimento a eficácia da medida preventiva. Entretanto, de maior vulto e mais exigentes de solução imediata são as incógnitas relativas ao diagnóstico e à terapêutica da lepra. O reconhecimento dessa infecção, nas suas fases iniciais, quando raram ainda os sinais clínicos que a denunciam, oferecem não raro grandes dificuldades ou é mesmo impossível, pela ausência de um método biológico de diagnóstico precoce, fundamentado em reações de imunidade. Tanto vale assinalar que numerosos leprosos, muitos deles eliminando bacilos em abundância, e, portanto, dirimindo o contagio, escapam por tempo prolongado ao método preventivo. E não será por isso que o isolamento, mesmo compulsório, oferece resultados apenas parciais, nunca completos e definitivos, nos países de lepra? Atente-se na experiência das Filipinas, onde a segregação dos leprosos, apesar de compulsória, não conseguiu erradicar a lepra, senão apenas restringir a difusão do contágio. Porque assim é? De certo pelo aproveitamento tardio dessa provisão, que nem sempre atinge em momento oportuno o fator epidemiológico fundamental, ou seja o portador do bacilo de Hansen, fator que permanece ignorado, e por isso mesmo mais nocivo, não raro por tempo dilatado. A terapêutica da lepra, de tanto aperfeiçoada pelo aproveitamento dos esteroides de chaulmoogra, nem de longe atende às exigências do grande problema. Curam-se, às vezes, alguns leprosos, nas fases iniciais da doença, e em muitos se retarda a evolução do processo infecioso; mas, quanto distam os resultados atuais da segurança de uma intervenção curativa específica, que venha redimir numerosas existências malfadadas! E, entretanto, aí residem todas as perspectivas de vitória na luta contra o grande flagelo, e só do *invento novo*, nos domínios da químio-terapia ou da imunologia, poderemos aguardar os resultados definitivos, que ainda escapam aos métodos atuais da ciência. Além das indicadas, outras falhas poderiam ser referidas para assinalar as

dificuldades da medicina preventiva no combate à lepra — insistimos: é esse um problema a que se deve aplicar o gênio médico universal, inspirado pela compaixão e iluminado pelos mais puros ideais de aperfeiçoamento humano. O livro do Dr. J. J. Vieira Filho foi escrito com sabedoria, experiência, bondade e entusiasmo. O dever é ser útil, não como se deseja, mas como se pode. Mas, quando se pode ser útil assim, amparando o desespero, estimulando o altruismo, defendendo relevantes interesses nacionais e humanos, não se deverá querer ser útil de outro modo".

2º — Acabamos de transcrever as palavras do sábio Carlos Chagas. Transcreveremos a seguir as conclusões do Professor Dr. Adolpho Lutz, nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, fascículo 2, tomo 31, de 1936, conclusões essas publicadas no artigo sob a epígrafe "A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas", cujos conceitos resumiremos a seguir: — "A transmissão da lepra por hereditariedade já foi doutrina aceita, dada à influência dos autores noruegueses; essa doutrina caiu por terem sido verificadas infecções em indivíduos solitários sem ligações com famílias leprosas; Dehio demonstrou que os casos encontrados nas mesmas moradias não dependiam de parentesco; Armauer Hensen examinou descendentes de numerosos morféticos noruegueses, imigrados para Minnesota, nos Estados Unidos, sem encontrar um só leproso; em Hawaii e Filipinas, foi demonstrada a possibilidade de evitar a contaminação dos filhos de leprosos pela sua separação imediata dos pais; está hoje definitivamente afastada a doutrina da hereditariedade da lepra; está afastada também a teoria que quis atribuir a morfínia à alimentação com peixe fresco ou mal conservado; a descoberta na maioria das manifestações leprosas, de um germe muito vizinho do da tuberculose, e corado pelos mesmos processos, conduziu a julgar-se a lepra doença contagiosa; indubitavelmente é infecciosa, podendo ser transmitida de doentes a pessoas sãs, mas não por um processo de simples contágio; em Londres, Paris e Viena têm sido tratados por dermatologistas conhecidos centenas de leprosos, sem contaminar ninguém; esse fato é importante e não deve ser esquecido ao falar-se na contagiosidade da lepra; bem sei, diz Lutz, que tal contágio (direto) é defendido por numerosas publicações, ao correr das quais são citados numerosos casos, que parecem militar em seu favor; na realidade, esses casos provam apenas o fato, inconteste, de que a morfínia pode ser transmitida a pessoas vizinhas do morfético, nos países em que a lepra é indígena; em outros países não há contaminação, embora em séculos passados essas regiões fossem focos conhecidos de lepra, conforme o demonstram os antigos leprosários nêles existentes e hoje abandonados; devemos, pois, distinguir

duas sortes de países — aqueles onde a lepra existe e aqueles onde não existe; é outro fato também muito importante, que só pode ser explicado pela falta de um elemento transmissor nos países não leprosos; desse argumento não se pode escapar; em 1886, Lutz propôs para o germe causador da lepra, que ele afirma não ser um bacilo verdadeiro, e para o germe da tuberculose, a denominação genérica de "Coccothrix", o qual diz ter prioridade sobre o nome *Mycobacterium*, cujo uso é geral; — todos os bacilos ácido-resistentes possuem a mesma estrutura, sendo também filtráveis através de velas de porcelana, conforme Fontes demonstrou pela primeira vez em 1910; depois da descoberta do germe da lepra, tentou-se cultivá-lo, tendo havido dificuldades tais, que a maioria dos autores não admite existência de culturas genuinas; não obstante, podem ser consideradas como tais algumas dessas culturas, embora não sigam rigorosamente as normas das da tuberculose; foi tentado inocular os germes, encontrados nessas culturas e nos tecidos leprosos, em animais; os primeiros resultados foram duvidosos — as reações produzidas em macacos e roedores não se mostraram permanentes e não puderam ser reinoculadas em série, excetuando os obtidos em ratos brancos, por Marchoux, Cantacuzéne e Longhin; as culturas de Marchoux foram obtidas por inoculação proveniente de um caso um tanto atípico de lepra e as dos outros autores por inoculação de material leproso, em ratos cujo omento fora bloqueado pelo método de Van Deinse; esses resultados ainda são relativamente recentes e aguardam confirmação mais extensa; já, anteriormente à descoberta do germe, foram muitas experiências de transmissão da lepra em seres humanos, geralmente, por inoculação cutânea, ou subcutânea, de sangue, linfa ou fragmentos de nódulos leprosos em pessoas sãs; todas elas falharam, salvo um ou outro caso, um tanto duvidoso; tais resultados contradizem por completo a idéia de que a emissão de germens pelos doentes, por descamação, secreção ou excreção possa infectar outros indivíduos; concordam, porém, com a observação de que os morféticos não são infectiosos nas grandes capitais europeias (Paris, Viena e Londres); os advogados do contágio direto ignoram constantemente fatos importantes como esses que acabamos de referir; agora pergunta Lutz: — Qual será o elemento que é encontrado nos países leprosos e que desapareceu, atualmente das regiões europeias, onde a lepra reinava outrora, conforme demonstram os antigos leprosários ali existentes? — Uma única resposta se impõe: — deve ser um agente vivo (continua Lutz), que depois de sugar o sangue ou a linfa de doentes leprosos, em condições apropriadas, pode infectar pessoas sãs; a infecção não se produzirá necessariamente desde logo, mas após um período de transformação e de mul-

tiplicação do germe; já são conhecidas mais de trinta doenças parasitárias do homem e dos animais domésticos, que são propagadas unicamente por artrópodes sugadores de sangue ou de linfa, isto é, por insectos ou aracnídeos; em muitas delas, o sangue do doente contém o germe da doença podendo reproduzi-la quando injetado em outros indivíduos; em condições naturais, o transmissor não se torna imediatamente infectioso, mas só após um período de incubação, que pode durar perto de duas semanas, como na febre amarela e no dengue, por exemplo; embora muitos leprologos não reconheçam a importância decisiva desses argumentos, desprezando, pois, os ensinamentos da nosologia moderna, muitos outros pesquisadores realizaram experiências sobre o papel dos artrópodes transmissores; a maioria deles não tomou em consideração o fato de que os sugadores de sangue ubíquitos, tais como as pulgas, piolhos, percevejos, o *Acaris Scabiei* e o *Demodex folliculorum* devem ser afastados das cogitações, porque são encontrados tanto nos países livres da lepra como nos países infestados pela morfia; os únicos sugadores de sangue que podem ser tomados em consideração são os dipteros, principalmente os mosquitos; são abundantíssimos na maioria dos países infectados, e não existem nas grandes capitais europeias citadas como livres de casos indígenas; os mosquitos devem ter sido mais comuns nos países europeus nos tempos passados, quando a malária e a miliaria epidêmica neles reinavam extensamente; ninguém mais contesta a transmissão da malária pelos mosquitos; quando à miliaria, Lutz observou uma pequena epidemia que o levou à conclusão de que possue todos os caracteres essenciais às doenças do sangue, veiculadas pelo mosquito; cada noção nova de patologia, que surge, encontra resistência tenaz por parte dos que se satisfaziam com as explicações falhas anteriores; no caso da malária, febre amarela e dengue, esta oposição cessou diante da evidência experimental; também a transmissão da lepra pelo mosquito não é mais extranhável; a prova experimental pode ser dispensada em face das provas circunstanciais; falharam umas cincocentas tentativas de inoculação de tecidos leprosos enquanto que centenas de casos em tratamento nas capitais europeias também não conduziram a novas infecções; mesmo assim, muitos autores acreditam que a vida em comum, em família, entre mães e filhos, bem como o uso da mesma roupa e cama que os leprosos, pode conduzir à infecção, embora não aleguem razões convincentes; mas, mesmo supondo que isso seja possível, como explicar o fato de que mocinhas de boas famílias europeias, vindas de países não leprosos, não tendo o menor contacto com morféticos, tenham sido infectadas? Estas mocinhas, diz Lutz, não frequentavam sique escolas públicas, nem andavam des-

duas sortes de países — aqueles onde a lepra existe e aqueles onde não existe; é outro fato também muito importante, que só pode ser explicado pela falta de um elemento transmissor nos países não leprosos; desse argumento não se pode escapar; em 1886, Lutz propôs para o germe causador da lepra, que ele afirma não ser um bacilo verdadeiro, e para o germe da tuberculose, a denominação genérica de "Coccotrix", o qual diz ter prioridade sobre o nome *Mycobacterium*, cujo uso é geral; — todos os bacilos ácido-resistentes possuem a mesma estrutura, sendo também filtráveis através de velas de porcelana, conforme Fontes demonstrou pela primeira vez em 1910; depois da descoberta do germe da lepra, tentou-se cultivá-lo, tendo havido dificuldades tais, que a maioria dos autores não admite existência de culturas genuinas; não obstante, podem ser consideradas como tais algumas dessas culturas, embora não sigam rigorosamente as normas das da tuberculose; foi tentado inocular os germes, encontrados nessas culturas e nos tecidos leprosos, em animais; os primeiros resultados foram duvidosos — as reações produzidas em macacos e roedores não se mostraram permanentes e não puderam ser reinoculadas em série, excetuando os obtidos em ratos brancos, por Marchoux, Cantacuzéne e Longhin; as culturas de Marchoux foram obtidas por inoculação proveniente de um caso um tanto atípico de lepra e as dos outros autores por inoculação de material leproso, em ratos cujo omento fora bloqueado pelo método de Van Deinse; esses resultados ainda são relativamente recentes e aguardam confirmação mais extensa; já, anteriormente à descoberta do germe, foram feitas muitas experiências de transmissão da lepra em seres humanos, geralmente, por inoculação cutânea, ou subcutânea, de sangue, linfa ou fragmentos de nódulos leprosos em pessoas sãs; todas elas falharam, salvo um ou outro caso, um tanto duvidoso; tais resultados contradizem por completo a idéia de que a emissão de germens pelos doentes, por descamação, secreção ou excreção possa infectar outros indivíduos; concordam, porém, com a observação de que os morféticos não são infectivos nas grandes capitais europeias (Paris, Viena e Londres); os advogados do contágio direto ignoram constantemente fatos importantes como esses que acabamos de referir; agora pergunta Lutz: — Qual será o elemento que é encontrado nos países leprosos e que desapareceu, atualmente das regiões europeias, onde a lepra reinava outrora, conforme demonstram os antigos leprosários ali existentes? — Uma única resposta se impõe: — deve ser um agente vivo (continúa Lutz), que depois de sugar o sangue ou a linfa de doentes leprosos, em condições apropriadas, pode infectar pessoas sãs; a infecção não se produzirá necessariamente desde logo, mas após um período de transformação e de mul-

tiplicação do germe; já são conhecidas mais de trinta doenças parasitárias do homem e dos animais domésticos, que são propagadas unicamente por artrópodes sugadores de sangue ou de linfa, isto é, por insectos ou aracnídeos; em muitas delas, o sangue do doente contém o germe da doença podendo reproduzi-la quando injetado em outros indivíduos; em condições naturais, o transmissor não se torna imediatamente infeccioso, mas só após um período de incubação, que pode durar perto de duas semanas, como na febre amarela e no dengue, por exemplo; embora muitos leprologos não reconheçam a importância decisiva desses argumentos, desprezando, pois, os ensinamentos da nosologia moderna, muitos outros pesquisadores realizaram experiências sobre o papel dos artrópodes transmissores; a maioria deles não tomou em consideração o fato de que os sugadores de sangue ubiquitários, tais como as pulgas, piolhos, percevejos, o *Acaris Scabiei* e o *Demodex Folliculorum* devem ser afastados das cogitações, porque são encontrados tanto nos países livres da lepra como nos países infestados pela morteia; os únicos sugadores de sangue que podem ser tomados em consideração são os dipteros, principalmente os mosquitos; são abundantíssimos na maioria dos países infectados, e não existem nas grandes capitais europeias citadas como livres de casos indígenas; os mosquitos devem ter sido mais comuns nos países europeus nos tempos passados, quando a malária e a miliaria epidêmica neles reinavam extensamente; ninguém mais contesta a transmissão da malária pelos mosquitos; quando à miliaria, Lutz observou uma pequena epidemia que o levou à conclusão de que possue todos os caracteres essenciais às doenças do sangue, veiculadas pelo mosquito; cada noção nova de patologia, que surge, encontra resistência tenaz por parte dos que se satisfaziam com as explicações falhas anteriores; no caso da malária, febre amarela e dengue, esta oposição cessou diante da evidência experimental; também a transmissão da lepra pelo mosquito não é mais extranhável; a prova experimental pode ser dispensada em face das provas circunstanciais; falharam umas cincocentas tentativas de inoculação de tecidos leprosos enquanto que centenas de casos em tratamento nas capitais europeias também não conduziram a novas infecções; mesmo assim, muitos autores acreditam que a vida em comum, em família, entre mães e filhos, bem como o uso da mesma roupa e cama que os leprosos, pode conduzir à infecção, embora não aleguem razões convincentes; mas, mesmo supondo que isso seja possível, como explicar o fato de que mocinhas de boas famílias europeias, vindas de países não leprosos, não tendo o menor contacto com morféticos, tenham sido infectadas? Estas mocinhas, diz Lutz, não frequentavam sique escolas públicas, nem andavam des-

calças, fora de suas casas; apresentavam as primeiras localizações no rosto e nas mãos; tais casos foram vistos por Lutz no Rio e em S. Paulo, onde a lepra não estava em via de expansão rápida, mas onde existiam doentes imperfeitamente isolados em leprosários e casas particulares; devem ser muito mais frequentes nos países mais intensamente infecionados pela morteia; entre as pessoas mais idosas, que adquirem a doença nos países leprosos, sem terem conhecido morféticos, também se verificaram, repetidamente, as mesmas localizações iniciais; esses casos são fáceis de explicar pela transmissão dos mosquitos (Lutz não vê outra explicação plausível); em Hawaii, onde Lutz esteve em 1889 e 1890, tanto os mosquitos como a lepra, diz Lutz, foram introduzidos muitos anos após à descoberta do arquipélago e eram tão estranhos ao meio, que a língua indígena nem sequer dispunha de termos próprios para designá-los, embora toda a planta autóctona possua seu nome vulgar; uma vez introduzidos, os mosquitos se multiplicaram com rapidez, devido às culturas aquáticas que predominam na lavoura de Hawaii; daí resultou tornarem-se as ilhas Hawaii um dos mais importantes focos de morfínia, apesar de se reduzirem os dipteros sugadores de sangue ali encontrados, a duas espécies — a *Stegomyia fasciata* e o *Culex fatigans*, que ultimamente passaram a se chamar *Aedes Aegypti* e *Culex quinquefasciatus*; foram feitas numerosas experiências com ambos, mas não foram conduzidas com acerto; não importa encontrar ou não bastonetes ácido-resistentes no tubo digestivo do mosquito após sucção de morféticos, já que não podemos esperar que a infecção se propague imediatamente; nem será veiculada tão pouco pelos excrementos do mosquito, que contém o germe apenas sob a forma não infeciosa, empregada nas tentativas infrutíferas de transmissão de um ser humano a outro; ao que Lutz saiba, ainda não foi pesquisado o desenvolvimento ulterior do germe da lepra no mosquito; é preciso não olvidar que o vírus também existe sob uma forma granular, talvez nem sempre ácido-resistente, que pode ser mais infeciosa; não é aconselhável fazer experiências com o germe da lepra, mas existem outras espécies do gênero *Coccothrix* que podem substituí-lo; algumas são saprofítas, enquanto que outras parasitam animais diversos; certas possuem afinidades com o bacilo da tuberculose humana e produzem a tuberculose bovina e aviária, ou outra forma ainda nos animais de sangue frio; outras espécies de *Coccothrix* se assemelham à da lepra humana e aparecem em grande abundância, sem produzir as lesões características da tuberculose; uma dessas formas produz uma infecção intestinal do gado denominada doença de Johnes; outra é encontrada em passarinhos e uma terceira foi descoberta por Sticker nos peixes vendidos em Ber-

gen; a mais importante delas foi observada em primeiro lugar por Stefansky nos ratos de Odessa e depois disso em outros lugares, alguns deles livres da lepra humana, como sejam Paris e Berlim; esse germe é conhecido pelo nome de bacilo de Stefansky, ou bacilo da lepra dos ratos; existem algumas culturas consideradas como sendo do bacilo de Stefansky mas não são geralmente aceitas como genuinas; é inegável que algumas destas culturas contém bastonetes ácidos-resistentes típicos, que não podem ser facilmente atribuídos a contaminações banais; Marchoux infectou ratos brancos com a lepra dos ratos, por fricção da pele abdominal raspada ou por inoculações no saco conjuntival; declara que produziu igualmente uma doença semelhante em ratos brancos pela inoculação de material proveniente de um caso atípico de lepra humana; Marchoux pende a considerar o bacilo de Stefansky como uma forma do bacilo de Hansen; até agora não existe outra indicação de que o bacilo de Stefansky possa produzir no homem a lepra humana; é muito antiga a idéia de transmissão da lepra por contágio direto, embora tenha sido abandonada, de vez em quando, durante períodos longos; conduz à tentativa de isolamento dos leprosos e também é muito antiga; na China consta que se pratica o isolamento sob forma muito severa, há mais de quatro mil anos; evidentemente não produziu o resultado almejado, porque a China continua a ser um dos focos mais intensos da morfínia; com a descoberta do germe, voltou a serposta em prática na Europa e outras regiões do globo o isolamento dos morféticos, que já existia na idade média; o isolamento obrigatório de todos os pacientes é uma medida aspera e por isso não só desagrada, mas também dá ensejo à oposição e ao occultamento dos casos; assim sendo, é provável que nunca foi realizado o isolamento completo, acrescendo ainda que os casos leves ou incipientes são difíceis de diagnosticar; o único meio de descobrir a totalidade dos doentes seria sujeitar a população inteira a exames periódicos completos, por todos os meios disponíveis, o que seria difícil de obter; em todo caso, deve ser proporcionado aos doentes isolados um ambiente tão agradável quanto possível, afim de que eles e suas famílias se submetam voluntariamente; na realidade, permite-se frequentemente ao doente de boa posição tratar-se em casa, às vezes sob condição de observar preceitos de higiene, que não raro deixa de seguir; a não observância dessas regras não traz riscos para o público, quando os doentes se acham localizados em países livres da lepra; quanto aos países infectados, também são insuficientes estas medidas porque se baseiam apenas na idéia errônea do contágio direto; atualmente não temos indicações bastante precisas para distinguir quais são os casos infeciosos; é lícito, contudo, supor que aqueles que se acham em fran-

co progresso com febre e erupções recentes devem oferecer mais perigo, porque sob uma forma ou outra o germe deve circular na corrente sanguínea, embora em número reduzido; os casos estacionários podem ser inofensivos mas também não é podemos afirmar com certeza; qualquer observador imparcial se convenceria de que o isolamento, nas condições em que tem sido praticado até agora, não dá resultado satisfatório; a lepra desapareceu de numerosos países, mas foi por um processo muito lento e certamente não devido ao isolamento imperfeito empregado; já verificamos que esses países não só se libertaram da lepra como também que os doentes neles introduzidos não dão origem a novas infecções; embora a lepra não seja limitada às classes pobres, estas fornecem maior número de vítimas; daí resulta que grande número de morféticos se tornam mendigos e levam uma vida nómada, nos países desprovidos de legislação restritiva, ou execução prática da lei; é desejar impedir que os leprosos exibam suas lesões, muitas vezes repugnantes, para despertar compaixão; não basta impedir que circulem entre habitantes sadios — torna-se necessário protegê-los contra as picadas de mosquitos, por todos os meios ao nosso alcance, como se faz nos casos de febre amarela; em alguns países existe a tendência de localizar leprosários em ilhas desertas; dessa praxe decorre maior garantia para o público, mas verifica-se não raro que as pessoas sadias que convivem nos leprosários com os morféticos contraem a lepra; essa contaminação provém da presença de mosquitos, que costumam pulular nesses lugares, como aliás outros parasitas animais; a regra primeira de todo leprosário deve ser o de mantê-lo livre de qualquer veiculador de doenças; bastaria isso para tornar o isolamento eficaz, mas mesmo assim não o tornará em medida de agrado popular; aliás, o isolamento em lugares distantes sória desnecessário se a profilaxia fosse perfeita, mas, infelizmente, é esta uma aspiração difícil de realizar; é desnecessário descrever todas as medidas que devem ser empregadas contra os mosquitos, porque a profilaxia da malária e da febre amarela se encarregaram da sua divulgação; em resumo, consiste no extermínio dos mosquitos adultos, nas casas, nos dormitórios e no impedimento de nova penetração, bem como da extinção dos criadouros com a destruição das larvas neles existentes; é uma tarefa exequível desde que se disponha de turmas numerosas de trabalhadores treinados para esse fim; todas as janelas devem ser revestidas de tela de arame, sendo também aconselhável o uso do mosquiteiro nas camas; é verdade que nas noites quentes dos países tropicais tornam-se eles quase insuportáveis, mas o uso dos ventiladores, que também afastam os mosquitos, permite melhorar esta condição; os hospitais e colônias de leprosos devem ser coloca-

dos sempre em lugares bastante distantes de outras habitações humanas para que os mosquitos não possam estabelecer comunicações; devem ser conservados limpos e secos, sem criadouros de larvas, não só os predios como também os terrenos; as caixas de depósitos d'água devem ser protegidos contra os mosquitos; os leitos dos doentes febris devem ser seguramente isolados e esses pacientes cuidados com muita atenção; também os leprosários devem ser revestidos de tela em todas as aberturas para com o exterior; é deveras absurdo *cerrar as portas do leprosário sobre os doentes enquanto as janelas permanecem abertas, para que os mosquitos possam entrar e sair*; considerando que o número de leprosos é avaliado em perto de 2 milhões, o que corresponde a cerca de 100 mil casos novos por ano não é permissível descuidar das medidas canazas de impedirem o aparecimento de uma grande proporção desses novos casos; estão respondidas as objeções teóricas; a extinção dos mosquitos representa um benefício em si; a natureza da lepra torna quasi impraticáveis as experiências de transmissão, mas a analogia com outras doenças é clara e evidente; todas as medidas de profilaxia que vêm sendo empregadas há longos anos têm se mostrado insuficientes; urge empregar métodos novos".

3º — Acabamos de transcrever os conceitos do professor Dr. Adolpho Lutz. Acima estão os conceitos em primeiro lugar de Carlos Chagas e em segundo lugar de Adolpho Lutz. O primeiro, espôs a doutrina do contágio direto. O segundo defende a doutrina do contágio indireto. Qual das duas doutrinas deverá ser aceita? Diante da autoridade científica de ambos os defensores das duas controversas doutrinas, será acertada a aceitação de ambas? ou melhor será acertar somente uma delas? Respondam os ilustrados colegas que nos lerem.

— III —

DIAGNÓSTICO DA LEPROSA (BACTERIOLOGICO)

Das lesões cutâneas:

- I — Mediante raspagem, ou escarificação, colhe-se serosidade e fazem-se esfregaços, que se secam e se fixam em álcool.
- II — Ou, mediante bisturi, se retira fragmento dessas lesões, colocando-o em frasco cheio de álcool que se remete ao laboratório, para serem feitos cortes mediante inclusão em parafina. Cortes e esfregaços coram-se pelo método de Zichl (os bacilos de Hansen

destacam-se vermelhos em grupos intra ou extracelulares sobre o fundo azul da preparação).

III — Falhando tais pesquisas, examina-se fragmento fresco de tecido depois de solubilizá-lo pela antiforminaligroina, que permite recolher todos os bacilos do fragmento.

IV — Pesquisa no muco nasal colhido mediante cureta; se negativa, dão-se 2,0 de iodeto de potassio por dia, vários dias, fazendo-se depois nova colheita de muco nasal mediante cureta, estende-se em lâmina, fixa-se e cora-se pelo Ziehl: só são leprosos os bacilos ácido-álcool resistentes (porque as fossas nasais podem conter bacilos ácidos resistentes somente, não patógenos)).

V — Pesquisa no esperma colhido por punção ou ejaculação.

VI — Punção ganglionar e pesquisa no suco ganglionar.

— IV —

DIAGNÓSTICO DA LEPRA

(Se falharem pesquisas bacterioscópicas)

I — Retira-se sangue do doente suspeito, remete-se serum desse sangue para mandar fazer uma reação de fixação (Eitner, Gaucher e Abrami) ou a reação de Rubino ou, melhor, a reação de Marchoux e Caro.

II — Tentar ainda com a leprolina de Rost, ou com as vacinas leprosas de Gougerot, o leprolino-diagnóstico, homólogo do diagnóstico da tuberculose pela tuberculina.

III — O primeiro exame de sôro de leprosos foi feito por Ernesto Eitner (Wiener Klin. Woch., 19 jaharg., n. 51, pag. 1.555, 1906), na clínica dermatológica da Universidade de Innsbruck. Usando como antígeno um extrato aquoso de leproma, obteve Eitner a fixação do complemento. Na publicação acima citada (21 jaharg. n. 20, pag. 720, 1908), Eitner examinou sôro de um outro leproso na clínica dermatológica da Universidade de Viena e obteve reação também positiva com o seu antígeno leproso.

IV — Aconselhado por Landsteiner, Eitner obteve reação positiva com extrato alcoólico de coração normal de cobáio.

V — Esses resultados sugeriram interessantes trabalhos sobre sorologia da lepra e, em 1917, Sordelli e Fischer (Trop. Dis. Bull., Vol. 70, 1918), fizeram R. W. em soros de 81 leprosos (forma tuberculosa), no Instituto Bacteriológico de Buenos Aires e obtiveram 55 resultados positivos ou sejam 68 %: fizeram também a tuberculino-reação e a de Klinger-Hirsch e concluíram que: "um Wassermann positivo, uma Klinger-Hirsch negativa e uma tuberculino-reação positiva indicam lepra; e que as duas primeiras positivas e a última negativa indicam sífilis".

VI — Em resumo, a maioria dos trabalhos publicados dá o Wassermann positivo na lepra variando entre 30 a 90 % dos casos. Nos climas frios e temperados, a percentagem de positividade é quase o dobro da que se obtém nos trópicos. Isso foi verificado por Souza Araujo, Leal Ferreira (no Paraná) e Aben-Athar, no Pará.

VII — No período de exacerbão da lepra, com reação febril, o Wassermann é, de regra, positivo, tornando-se negativo após tratamento intensivo pelo óleo de Chaulmoogra.

VIII — Eis as vacinas bacilares de Gougerot: — do doente ou de outros leprosos tiram-se com cureta os lepromas (é, aliás, o melhor tratamento local); separam-se com o bisturi as partes inuteis (epiderme e tecido adiposo), depois esmagam-se esses lepromas ricos em bacilos; emulsionam-se os lepromas (já esmagados) em água salgada, ou no serum de Ringer; tiram-se os fragmentos adiposos que sobrenadam; dosa-se no hematímetro de Malassez, contando os grupos bacilares; dilui-se de maneira a ter 10 grupos, aproximadamente, em 10 retângulos desse hematímetro; reparte-se em ampolas e esterilisa-se, seja por aquecimento de 5 minutos a 100 graus, seja por 7 tindalizações a 70 g's. Injeta-se, na nádega um a cinco centímetros cúbicos dessa vacina bacilar de Gougerot.

IX — A leprolina de Rost injeta-se na nádega na dose de cinco a vinte centímetros cúbicos. Ela é preparada com culturas bacilares difíceis de obter. Não se deve temer de provocar na lepra uma reação geral febril e local. Para tratamento, repete-se a injeção (de leprolina ou de vacina) de quatro em quatro ou de sete em sete dias, conforme tenha durado a

reação à injeção precedente. Esse tratamento, que tem produzido curas, isto é, a parada da infecção, é contra-indicado nos leprosos caquéticos, albuminúricos ou tuberculosos, em virtude das reações, muitas vezes, muito vivas. Hasson, acreditando que essa reação febril é capital, associa aos bacilos de Hansen (que ele recolhe da fletena das aplicações de neve carbônica) caldos-vacinas de Pierre Delbet afim de aumentar a ação piretógena a 39° e 40°.

X — A leprolina de Mitsuda, injetada no doente suspeito, dará reação muito aguda, seguida de demorada reação crônica, si o doente sofrer de lepra tuberculóide; si ele sofrer de lepra cutânea, a reação será aguda somente, isto é, não seguida de demorada reação crônica.

XI — Reação de Whitelsky, Klingenstein e Kuhn.

XII — Para as pesquisas bacterioscópicas, o muco nasal deve ser colhido mediante cureta. A pesquisa bacterioscópica no suco ganglionar é conveniente, quando a pesquisa no muco nasal for negativa.

— V —

EXPERIMENTAÇÕES

As experimentações numerosas, realizadas por notáveis pesquisadores, não permitem uma conclusão sobre o modo de contágio da lepra.

Seu relato seria longo e estas páginas não o comportariam. Por isso, concluiremos resumindo o nosso pensamento sobre o modo de contágio da lepra.

— VI —

HIPÓTESE SOBRE O MODO DE TRANSMISSÃO DA LEPRA

O GERME

Todo sêr vivo, dinamizado pela hereditariedade, tende a repetir o ser que o gerou. Nós consideramos como "gerador": "seja o ovo fecundado, seja a célula que se reproduz sem fecundação, seja a "substância vital" da concepção de Cardoso Fontes. O gerador contém todo o patrimônio hereditário do novo ser que se forma, ao qual denominamos "gerado". To-

dos os caracteres somáticos e dinâmicos do gerado estão em potencialidade no gerador, representados por uma causa que denominais "gen", que para reproduzir o caráter a seu cargo, só tem que agir: é o fator genético, que age de maneira certa e que, no gerador, corresponde a um caráter individual a manifestar-se no gerado. O gerado é, portanto, o resultado da interação dos "gens" reunidos no gerador de que proveio.

O fator hereditário é preponderante. Mas, o meio ambiente precisa ser favorável ao crescimento do gerado, afim de que ele possa repetir somática e dinamicamente o gerador. É provável que o bacilo de Hansen seja apenas o termo da evolução biológica do agente etiológico da lepra, agente esse que se protege com uma camada ádipo-cérea envoltora, por ocasião de sua reprodução no termo da evolução biológica. Dêsse modo, o agente etiológico da lepra protege o gerado contra a hostilidade do meio até que o novo ser possa atingir uma fase evolutiva compatível com a luta pela vida. A literatura sobre a lepra regista que o bacilo de Hansen conservou-se vivo durante 14 anos em um leproma seco, envolto em um papel. Si ele não fosse "gerador", sua vitalidade não seria tão longa. A semente de trigo é um "gerador": de um ataúde de mumia de um faraó, sepultado havia milhares de anos, retiraram-se sementes de trigo que germinaram nas margens do Nilo. O gerador se reveste de proteção para conservar sua vitalidade até que possa reproduzir-se. As leis da natureza são unas e simples. Seja na Biologia, seja na Astronomia, qualquer, lei natural é una e simples para reger os mais complexos fenômenos, quer biológicos, quer da dinâmica universal. Assim como a dinâmica universal deriva da energia atômica, a biologia deriva do "gen" potencializado no gerador. O "gen" leprótico, potencializado no gerador produzido pelo bacilo de Hansen, reproduz o mesmo bacilo. O gerador deve ser uma substância vital que contém "gen". A esse conjunto, ou gerador, que deve ser ultramicroscópico, denominados *ultra virus leprótico*, que pode propagar a lepra.

O bacilo de Hansen deve ser uma espécie de esporo que contém o ULTRA-VIRUS LEPRÓTICO, assim como o esporo tetânico contém o bacilo de Nicolaier. A conservação experimental da vitalidade do bacilo de Hansen durante 14 anos, em um leproma seco, milita em favor dessa hipótese. Para a evolução biológica do ULTRA-VIRUS LEPRÓTICO, há mister de meio ambiente favorável e de condições de seu êxito, como ocorre com o esporo tetânico. Si o ULTRA-VIRUS LEPRÓTICO encontra meio ambiente favorável e condições de seu êxito propagará a lepra.

Para isso há mister:

- a) De humidade ambiente. Habitação humida e escura favorece a evolução do ULTRA VIRUS LEPRÓTICO humano, que evolue até à fase final de bacilo de Hansen.

O esgoto úmido e escuro favorece a evolução do ULTRA-VIRUS LEPRÓTICO *murino* até a fase final do bacilo de Stefansky.

- b) Avitaminose. Principalmente carência de vitamina "C". A cortex suprarrenal é rica nessa vitamina. Se houver carência, haverá disfunção endócrina da cortex e sonolência por deficit do hormônio cortical. O leproso é sonolento, o que motivou o nome de "morféia" para sua moléstia porque Morfeu (da lenda) adormecia serpentes com sua flauta.

A carência de vitamina "C" facilita a evolução do ULTRA-VIRUS LEPRÓTICO na pele, ao passo, que a carência de vitamina "B" favorece a evolução do ULTRA VIRUS LEPRÓTICO nos nervos.

- c) A falta de higiene. Individual, domiciliar, coletiva. Promiscuidade, hematófagos, baratas, moscas. Vermes intestinais (Aben Athar). Ratos, animais domésticos na habitação. Andar descalço.
- d) Diminuição de resistência orgânica, por miseria, enfermidade, traumas, estafa, etc.
- e) Gráu de virulência HEREDITARIA OU ADQUIRIDA do ultra-VIRUS leprótico.
- f) Cargas repetidas de ULTRA-VIRUS leprótico que penetram sucessivamente no organismo do homem ou do animal (rato e, talvez, gato, porque o gato nós já o vimos, em Belém (Pará), com grandes lepromas). Essas reinfecções sucessivas vencem a resistência orgânica e permitem o contágio da lepra. Embora as experimentações nada permitam concluir, supomos que as cargas sucessivas de vírus de Stefansky no homem permitem que esses se adaptem a vida no organismo humano como parece que se adaptaram à vida, no gato que vimos em Belém do Pará.

Aliás, simpatisamos com a hipótese de que o vírus de Stefansky nada mais seja do que o vírus de Hansen adaptado ao organismo humano e vice-versa.

Modo de contágio

O ultra-vírus leprótico pode penetrar no organismo humano, murino e de qualquer animal, por qualquer via: cutânea, mucosa, parenteral. Para que ele vença, há necessidade das condições de meio ambiente e de êxito retro descritas. De geração em geração, ele se adapta ao homem, como se adapta ao rato.

Há tanta diferença entre um bacilo de Stefansky e um bacilo de Hansen, como há diferença entre um piroplasma bovis e um hematozoário de Laveran; entre o germe de tuberculose humana e um germe de tuberculose bovina; entre um homem esquimau, das Estepes, e um negro do Congo.

Entretanto, o esquimau e o negro do Congo são homens; o piroplasma e o hematozoário são agentes etiológicos do paludismo; o germe da tuberculose humana e o germe de tuberculose bovina são agentes etiológicos da PESTE BRANCA.

O meio ambiente fixou-lhes caracteres individuais, de geração em geração, através dos séculos, até que tais caracteres se incorporaram ao "gen". O bacilo de Hansen não será um "esquimau" e o bacilo de Stefansky não será um "negro do Congo" do gênero leprótico?

O meio é tudo que cerca o ser e que nele penetra afim de que esse ser possa viver, crescer e reproduzir-se.

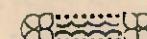
No estudo da genética procurou-se conhecer a origem primária dos caracteres que distinguem as diferentes raças.

"A origem primitiva mais provável das pequeninas diferenças interraciais é atribuída pela ciência às mutações. Por mutação se entende transformação brusca, imprevista, sem causa conhecida, de um "gen em outro" (Professor Toledo Piza Junior). Isso com referência ao homem.

Embora seja imutável o fator hereditário, o meio lhe facilita mutações para formação de caracteres que distinguem as diferentes raças. Esses últimos conceitos, que se referem ao homem, podem ser aplicados a outros seres vivos.

De acordo com as leis de genética, uma raça sexuada pode mediante regras conhecidas, produzir novos tipos, mercê do modo de reprodução que disporá os "gens", no ovo, de tal maneira que esses novos tipos podem constituir nova raça, economicamente mais forte.

Do exposto, conclui-se que o fator hereditário é imutável, mas, de acordo com as mesmas leis da genética, podem haver mutações e formações de novas raças, que por sua vez, podem retornar depois aos primitivos tipos recessivos.



Aspectos atuais da patologia esplênica

(A propósito de um caso clínico)

DR. FRANCISCO LEITAO

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DO G. P. C.

Com este título queremos significar que não vamos revêr todos os problemas atuais de patologia esplênica, mas somente aqueles que possam ter relação com o caso clínico em estudo. Caso clínico, insistimos nós, pois, embora tenhamos para ele um diagnóstico definido, não asseguramos seja um diagnóstico exato: colegas sugeriram outros diagnósticos e "en Medicine, comme en amour, on ne dit jamais, ni toujours".

Há duas maneiras de fazer diagnósticos em clínica. Uma, é pela lógica; outra, pela intuição. Ambas são boas e... ambas levam ao erro.

O grande e inovável Miguel Couto dizia: infeliz do médico que não é capaz de advinhar o diagnóstico do seu doente! E o nosso Dr. Tourinho, talvez o mais arguto clínico que haja passado por este hospital, resolvia muitas incógnitas clínicas com o seu célebre "bacoreja-me".

Mas a grande desvantagem da intuição é que ela não está sempre ao nosso alcance e, às vezes, até nos foge completamente, ao passo que reunir dados clínicos e dar-lhes o valor justo e a justa interpretação, que são os registados pelos mestres, é o que é mais simples e mais exequível.

Demais, a intuição, mesmo quando leva a resultados certos, pode ser uma maneira de pensar autista, ao passo que a lógica, "a matemática das coisas que não se pesam, nem se medem", é sempre uma maneira de pensar com disciplina.

E a medicina, mostrou-o Bleuler, num livro precioso, sempre tem sido muito sobre-carregada de pensamento indisciplinado, para que não a aliviemos dêste pesado fardo de séculos.

No caso clínico em apreço, nosso diagnóstico só tem a pretensão de ser um diagnóstico de lógica; se estiver errado, o erro deve estar nos dados clínicos recolhidos.

O que nos interessa, no caso clínico, entre tantos problemas atuais de patologia esplênica, são as relações do baço com o sistema porta e os seus processos inflamatórios.

Flebites são afecções dependentes de inflamações de tecidos vizinhos, casos em que a marcha da afecção se faz de fora para dentro, da adventícia para o endotélio, ou de causas outras, em que o endotélio do vaso é primitivamente lesado.

As flebites agudas se localizam, de preferência, nos membros inferiores, muitas vezes consecutivas a processos pélvicos. O exemplo mais típico desses casos é a conhecida flegmásia alba dolens das puérperas. Mas qualquer veia pode ser sede de processos inflamatórios; não são raros, por exemplo, as flebites dos seios cranianos, de prognóstico tão sombrio.

Quanto às flebites agudas da porta, com o seu consecutivo abcesso hepático, ela pode ocorrer, sobretudo, nas apendicites agudas. Os cirurgiões, dizem autores americanos, mencionaram, raramente, nos seus atestados de óbito, as pileflebites como causa mortis nas apendicites, mas, para Fitz e Armstrong, as pileflebites seriam responsáveis por 5 % dos êxitos letais. Por sua vez, Hawkes informa que em 1.463 casos de apendicite do Newark City Hospital, houve 12 casos de pileflebite com 4 mortes.

Interessante, contudo, seria averiguar-se o papel das apendicites sub-agudas ou crônicas nos processos inflamatórios da porta, de marcha sub-aguda ou crônica, sem a usual complicação de abcesso hepático. Talvez nos viesse elucidar pontos, ao nosso vêr, ainda obscuros, na patogenia das pileflebites.

Quanto às flebites específicas vale a pena lembrar as tuberculosas e as sifilíticas. As primeiras são geralmente consecutivas à propagação de processos de vizinhança e estão longe de ter uma predileção pela porta, como parece acontecer na sifilis.

As afecções sifilíticas das veias têm sido observadas, principalmente, em fetos e em recém-nascidos. Consiste em uma inflamação gomosa estenosamente da luz vascular. Leva à morte por estase na porta e também por lesões hepáticas. Quando não são a veia porta e os seus ramos os interessados, podem ser as veias do cordão umbilical. São estas afecções, para alguns autores, as maiores responsáveis pela morte intra-uterina dos fetos sifilíticos.

É lógico, entretanto, que nem sempre as lesões são tão extensas que levem à morte. Muitos fetos se salvam e chegam à vida adulta, apenas com o seu sistema porta estigmatisado, como "locus minoris resistentiae", à espera de uma eventualidade mórbida qualquer.

Banti, todo o mundo o sabe, descreveu uma esplenomegalia primitiva, com anemia hipocrônica secundária, com posterior repercussão no fígado, terminando na cirrose e ascite.

Para Banti a doença seria do baço, onde o germe desconhecido se localizaria, sendo o seu quadro anátomo-patológico a atrofia dos folículos, a fibrose da pulpa com dilatação dos seios venosos e as hemorragias perifoliculares.

Parece ter sido Cauchois quem primeiro chamou a atenção para casos em que a "doença de Banti", era uma simples síndrome.

Sua tese de doutoramento, de 1908, "Splénomagie chronique d'origine pilethrombosique" — dá uma patogenia para quadros clínicos semelhantes aos de Banti, que só dependiam de trombo-flebites. Depois Warthin achou que a doença estava ligada à trombose porta. Eppinger, por sua vez, mostrou as relações entre as congestões portas e as esplenomegalias. Klempener descreveu um caso de degeneração cavernomatosa da porta com um quadro clínico e anátomo-patológico em tudo idêntico ao de Banti. Larrabee, Johnston e outros também disseram da importância fundamental das afecções porta na esplenomegalia de Banti.

Mas aos médicos do Hospital Presbiteriano de New-York, Boussetot, Thompson, Caughey e Whipple, deve-se, talvez, a mais satisfatória patogenia atual para a Síndrome de Banti.

137 casos foram observados durante longos anos. Em 100 destes casos foi possível uma investigação clínica, por assim dizer, ideal. Foram feitas, nêles, 68 esplenectomias, tommando-se a pressão venosa na veia esplênica, por aparelhamento especialmente feito, em 15 dos casos.

E, eis como se pode resumir o estado atual das relações da patologia esplênica com a veia porta.

A síndrome de Banti é, em essência, uma esplenomegalia congestiva, que era aliás o nome que já lhe propusera Larrabee. Essa congestão crônica do baço, que alguns autores já chamaram de coração abdominal, que leva à desorganização histológica e à fibroadenia.

Não são desordens circulatórias gerais, mesmo graves, que vão produzir essa esplenomegalia congestiva, mas sim, e unicamente, um aumento crônico na pressão da veia esplênica.

É um embaraço mecânico na circulação da veia porta a causa comum dessa hipertensão na veia esplênica.

Estatisticamente, 50 % desse embaraço mecânico são produzidos por uma cirrose, e comprehende-se como a cirrose fazia parte da síndrome de Banti. Os outros restantes 50 %, para outras causas.

A schistosomose é a doença em que maior é o embaraço mecânico crônico do sistema porta: O habitat do Schistosoma

Mausoni é o sistema porta: grande mesaraica, pequena mesaraica e esplênica, sendo a pequena mesaraica a preferida pelo trematódeo. O parasito produz nelas uma endoflebite vegetante.

Campbell, grande estudioso da Schistosomose no Oriente, diz que os casos de síndrome de Banti, que teve ocasião de verificar, eram casos de Schistosomoses, casos com cirroses e com enormes baços. Campbell chama a atenção para a possibilidade dos próprios casos de Banti também serem casos de Schistosomose, pois, parece, alguns deles eram originários do Egito, onde a Schistosomose é frequente.

No caso clínico em estudo essa etiologia foi muito investigada, sobretudo porque o doente tinha uma notável eosinofilia.

Várias pesquisas foram feitas, aproveitando-se os dias de queda da pressão barométrica, mas todos os exames foram negativos.

Quanto ao caso clínico, cuja observação registada na cadernetta se deve a outros colegas, é, em resumo, o seguinte:

Subitamente, em casa, teve o doente um vômito de sangue, intenso e prolongado. Os médicos, que então o examinaram, acharam que era uma hematemese ligada a um processo gástrico ou duodenal. Fez exame radiográfico e baixou ao H. C. E. com um diagnóstico provável de úlcera ou câncer.

Aqui foi logo radiografado pelo Dr. Juarez Gomes, cujo parecer, muito detalhado e preciso, afastava completamente esses diagnósticos.

Quando o examinamos pela 1ª vez, alguns dias depois de hospitalizado, estava ele em anasarca: ascite volumosa, com protusão da cicatriz umbilical, derrame nas duas pleuras e edema nos membros inferiores. No dizer de vários colegas que o haviam examinado, o seu estado era mesmo desesperador. Informaram-nos, também, que a anasarca havia sido de formação súbita, embora o colega que o examinara no dia anterior e que formulara o diagnóstico, aliás mui bem pensado, de polirromenite, achasse que a ascite devia ter sido de formação lenta.

No mais, o que percebemos, no momento, além da anasarca, foi a anemia extrema do paciente. A temperatura era de 38°, o pulso apenas um pouco mais frequente, as bulhas cardíacas normais e a pressão arterial com a mx. de 12 e a mn. de 8. Não havia mais tido vômitos de sangue, mas as evacuações ainda eram sanguíneas.

ACEITAMOS, pois, para estabelecermos o nosso diagnóstico:

1º — Que o doente havia tido uma hematemese e não uma hemoptise. Não somente os colegas assim ha-

viam pensado, como as melenas ainda presentes e abundantes, também o indicavam. E as informações do doente também. O exame radiográfico dos campos pleuro-pulmonares, feito depois, também foi mais um elemento a afastar a hipótese de hemoptise.

- 2º — Que a hematemese devia ter sido muito intensa, pois a anemia era grande. A contagem de hemárias, feita nessa ocasião, revelou pouco mais de 1.000.000 de hemárias e 30 % de hemoglobina.
- 3º — Que, dado o preciso laudo radiológico e a própria evolução do quadro clínico, essa hematemese era de origem esplênica e ligada a um embaraço porta.
- 4º — Que a ascite era, praticamente, de formação súbita e que excluia a probabilidade do embaraço estar localizado na veia esplênica e também falava pouco a favor de polirromenite.
- 5º — Que se podia excluir o diagnóstico de Síndrome de Banti. No caso, seria antes um prognóstico, pois a hematemese não é dos primeiros sintomas, não é tão intensa e, por sua vez, a ascite só aparece na última fase da síndrome.

O diagnóstico pois de trombo-pileflebite, como afecção, explicava toda a sintomatologia do doente, restando, é óbvio, esclarecer-lhe a etiologia.

Como tratamento prescrevemos vitamina C (0,50 ctgs. de Redoxon), diariamente, e transfusão de sangue. Além disso, aplicações de ultra-violeta e ondas curtas no abdome. Fez-se uma empôla de Salirgan, que provocou cólicas intensas. O doente melhorou.

Eis aí o resultado de alguns exames subsidiários, de laboratório:

1) *Radiografia e Radioscopia do estômago e duodeno.*
"Rádio-diagnóstico:

Estômago hipertônico, altamente situado e em forma de chifre de novilho. Absolutamente isento de líquido de estase em quantidade perceptível ao exame fluoroscópico, esvazia-se rapidamente, sendo a sua câmara de forma achatada, em semi-esfera, desenhando uma mancha triangular de larga base e pouca altura logo após a ingestão das primeiras porções de solução baritada. As suas paredes, cuidadosamente examinadas em fluoroscopia com o paciente em obliquidade adequadas, são elásticas e regulares. A pequena curvatura, lisa em toda a sua extensão, é indolor à palpação e não tem deformação per-

manente. O piloro é somente visível estando o paciente em grande obliquidade, em virtude da acentuada retro-posição do bulbo duodenal. Este é indolor à palpação, tem forma triangular e contornos absolutamente lisos. O restante arco duodenal desdobra-se normalmente e não oferece nenhum embaraço ao trânsito da substância contraste. A despeito da forma do estômago não ser propícia ao estudo das pregas da mucosa, o seu exame, mediante pequeno enchimento, segundo a técnica de Gutmann, fornece os seguintes elementos: as pregas longitudinais não apresentam espessamento, convergência ou interrupção; as pregas circulares e anastomóticas estão normalmente desenhadas, embora ao nível da grande curvatura, por vezes, apresentam ligeiras denticulações. O exame procedido com duplo contraste, segundo o método de Valebona, não proporcionou maiores esclarecimentos em virtude do desprendimento gasoso ter se localizado na região do fornix, dando à víscera a forma de caracol. *Em conclusão: ausência de sinais radiológicos de lesão orgânica do estômago e duodeno.*

30-10-940. (ass.) Juarez P. Gomes".

3) *Tele-radiografia dos pulmões:*
"Radio-diagnóstico:

H. D. — Campos pleuro-pulmonares de transparência e aspecto radiologicamente normais. Seio costo-diafragmático agudo e permeável. H. E. — Gânglio calcificado no hilo e nódulo de calcificação ao nível da base, tradução radiológica de complexo primário extinto. Opacificação do seio costo-diafragmático e elevação da cúpula do hemi-diafragma, que se apresenta revestida parcialmente de tratus fibrosos consequentes a antigos depósitos organizados de fibrina. Paquipleurite, estado sequela. 30-11-940. (ass.) Juarez P. Gomes".

3) *"Radiografia dos dentes:*

Há um abscesso envolvendo as raízes do primeiro grosso molar inferior esquerdo. (ass.) Dr. Vieira Peixoto".

4) *"Pesquisa de parasitas e seus ovos nas fezes:* não foram encontrados.

Particularmente para Schistosomas — negativo o exame.

(ass.) Dr. A. Lobo".

5) *"Exame hematológico:*

Eritrocitos	1.780.000	Mielocitos	0 %
Hemoglobina	80 %	F. Jovens	0 %
Valor globular ...	0,85	Bastonetes	5 %

Reticulocitos	20 0/00	Segmentados	37 %
Leucocitos	3.900	Linfocitos	31 %
Basófilos	2 %	Monocitos	5 %
Eosinófilos	20 %		

Acentuada peilocitose. Moderada oligocromasia e policromasia, leves pontilhados basófilos e anisocitose macrocítica. (ass.) João Mendonça. 23-10-40".

Em 26-11-40:

Eritrocitos	1.720.000
Leucocitos	4.000

Em 4-11-40:

Eritrocitos	3.200.000
Hemoglobina	40 %

6) "Exame de urina: Traços de pigmentos biliares, indol e escatol. (ass.) Ten. Pillar".

7) "Exame do líquido ascítico:

Não foram encontrados germes ao exame direto. Cultura negativa. Foi feita a inoculação solicitada. (ass.) Dr. Vieira Fróes. (Em 6-11-940)".

"Resultado da inoculação:

Negativo para bacilo de Koch. Animal inoculado em 4-11-40 e sacrificado em 15-12-40. (ass.) Dr. Flávio Messquita".

"Dosagem de proteína em transudato:

Protídeos totais por mil 36.60 0/00. (ass.) Ten. Bijos".

8) "Pesquisa do hematozoário Laveran — não foi encontrado. 11-12-40. (ass.) A. Lobo".

9) "Prova de esplenomegalia, em jejum:

Antes da aplicação da adrenalina: 4.360.000 hemárias por m^3 . Após injeção de 0,001 de clor. de adrenalina, intramuscular:

5' depois	—	3.860.000
10' "	—	3.210.000
15' "	—	3.430.000
20' "	—	5.410.000

Em 16-12-940. (ass.) A. Lobo".

A notar que houve, à apalpação, porque não foi possível fazer radiografias no momento da prova, uma nítida redução no volume do baço, nessa ocasião, bem grande.

Vejam o que diz Benhamou sobre as esplenomegalias trombo-flebíticas — "Três espécies de acidentes ocupam a cena: hematemeses, ascite e tromboses.

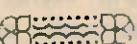
Após cada hematemese há uma redução notável do baço. A ascite faz depressa a sua aparição e pode acompanhar-se de febre. A cifra de hemárias orça em 3.000.000 e se reconstitui rapidamente após cada hemorragia. Há leucopenia. Fato importante, e talvez capital, a esplenomegalia à adrenalina provoca não somente uma forte redução do baço, mas também um aumento de hemárias, maior do que nas pessoas normais, o que não acontece nem no mal de Banti, nem na esplenomegalia hemolítica". "A morte, acrescenta Benhamou, sobrevém após uma hematemese fulminante ou após tromboso da mesentérica. A esplenectomia apressaria o desfecho porque precipitaria acidente trombótico em outras veias".

Com os dados colhidos, portanto, o diagnóstico mais plausível e mais lógico para o caso é o de piletromboflebite, sem dúvida.

E a etiologia? Não obstante as reações de Wasserman e Kahn haverem sido negativas é a que acho mais provável. Depois de haver obtido alta do Hospital em condições satisfatórias, começou a fazer um tratamento específico pelo Bi e os resultados parecem bons: a última vez que o vimos estava sentindo-se muito bem disposto, querendo desistir do resto da licença que a Junta Militar de Saúde do Hospital arbitrara para o seu tratamento, junta essa aliás que aceitou o diagnóstico de esplenomegalia trombopileflebítica.

O Prof. Moreira da Fonseca, em seu volume "Estudos sobre Doenças Tropicais e Infectuosas", apresenta "Um caso de pileflebite luética curado", cuja sintomatologia lembra muito o caso clínico em estudo.

Entretanto, o que nos faz inclinar para a etiologia sifilítica desse caso são aqueles dados de patologia das flebites da porta que atraçam lembrâmos: são casos cujas lesões luéticas da veia e do fígado não foram suficientes para levar à morte fetal, mas que nascram com o seu sistema porta estigmatizado, à espera que circunstâncias fortuitas desencadeiem crises graves e talvez fatais.



Considerações teórico-práticas acerca das gagueiras

DR. FRANCISCO DE PAULA RODRIGUES LEIVAS

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DE ENF. DO P. N. P.,
INSTRUTOR DE NEURO-PSIQUIATRIA DA E. S. E.

O elevado número de doentes chegados ao Serviço de Neurologia do nosso Hospital, portadores de distúrbios da palavra, leva-nos a procurar sintetizar, quanto possível, o que há de mais interessante sobre o assunto nos diversos trabalhos por nós consultados. Respeitando a ética, começaremos por uma digressão histórica sobre a matéria. Fletcher, no seu livro "The Problem of Stuttering", discute os diversos embaraços da palavra que se denominam "stuttering" e "stammering". Dá-nos também uma versão da história da presente terminologia inglesa, juntamente com propostas de vários autores para a mudança da mesma. As palavras inglesas tiveram origem, segundo Fletcher, do emprego das duas palavras alemãs "Stammeln" e "Stottern". Schulthess usou das mesmas, aproximadamente, em 1830. Meumann divulgou-as a seguir, tendo posteriormente lançado o termo blesidade, ciciar (?), (lispings) a vários tipos de defeitos da palavra comumente classificados de gagueira. Na França, Combat, em 1840, publicou uma brochura sobre o assunto. Na Alemanha, em 1860, e posteriormente Coen, Chervin, Rosenthal, etc., igualmente trataram das gagueiras. Em 1934, Pierre Legry, em sua tese, descreve sob o nome de "balbisme" uma síndrome em que o "bégayage" é acompanhado de frequentes distúrbios respiratórios e também de perturbações vaso-motoras.

Henry Meige, em seu magnífico trabalho, inclui as gagueiras entre as disfasias, e assim as define: — "distúrbios da palavra, acompanhados de perturbações respiratórias, de desordens motoras gerais, de reações vaso-motoras e secretórias, e, às vezes, de anomalias mentais". Tal é o "bégaiement" ou distúrbio da elocução.

Adotando a opinião de Meige, classificamos as gagueiras entre as disfasias, não tratando aqui das disartrias, que fazem parte de doenças nosográficamente conhecidas, bem assim dos distúrbios da pronúncia por Meige denominados distomias e por outros dislalias. Pichon, com o seu ponto de vista, como veremos adiante, que nas gagueiras há uma perturbação linguo-especulativa, as denomina de disfemias dislógicas.

Para facilidade de estudo, dividem-se as disfasias em três tipos principais, a saber:

- a) disfasias convulsivas clônicas (palissilábicas) —, que correspondem ao "Stuttering" dos ingleses;
- b) disfasias convulsivas tônicas (tetaniformes) —, que correspondem ao "Stammering" dos ingleses;
- c) disfasias atônicas (inibitórias).

As primeiras são caracterizadas pela repetição irregular das silabas iniciais dos vocábulos ou pela explosão impulsiva da voz.

As disfasias tônicas se caracterizam pela incapacidade de produzir qualquer som, embora haja neste sentido um esforço definido da vontade.

Nas atônicas há inércia do aparelho verbal, isto é, ausência de contrações inoportunas ou excessivas do dito aparelho.

Há vários fatores que parecem ter relação com a gagueira, a saber: sexo, idade, inteligência, uso de uma das mãos, preferência ocular e raça. Isto forneceu material útil à formação de várias teorias explicativas e à abertura de novos campos de investigação. Antes de discutirmos as diferentes teorias, que serão estudadas em um capítulo especial, tratemos agora da relação entre a inteligência e os defeitos da palavra. Fletcher calculou, baseando-se nos dados fornecidos por Wallin da sua estatística das escolas públicas de S. Luiz, que há aproximadamente 1.210.000 pessoas nos Estados Unidos que tem ou tiveram este distúrbio da palavra. Isto significa aproximadamente 1 % da população total. Um cálculo estimativo feito, tomando por base os números fornecidos pela White House Conference on Child Health and Protection, é um pouco maior; o número de gagos estaria próximo a 2 %.

Nas escolas públicas grande número de gagos aí se encontram, sendo em sua maioria, alunos mentalmente retardados. Um exame superficial das curvas de distribuição parece ao mesmo tempo negar e afirmar a relação (figs. 1 e 2). A figura 1 representa os dados colhidos por Wallin em S. Luiz. A figura 2 mostra a distribuição real do Q. I. de 73 crianças gagos, em relação ao Q. I. de um grande número de crianças normais. Devemos no entanto lembrar que a linguagem é um elemento essencial na maioria dos testes de inteligência. Desde que os gagos são deficientes neste particular, devemos contar com a sua inferioridade quando comparados a crianças normais. Não obstante haver um grande número de gagos que são retardados, há bastantes que são evoluidos, ou mesmo acima da média normal. Galton foi um dos primeiros a mostrar que os homens de gênio foram afligidos por este distúrbio, em proporção maior do que comumente se encontra na população média. Jacobson, mais tarde, formulou uma teoria de gê-

TEORIAS

As teorias que pretendem explicar a gagueira estão intimamente ligadas aos vários sintomas adstritos a este defeito. Estas teorias são as seguintes:

- a) teoria do vocabulário proibido de Dunlop
- b) teoria do receio condicionado pela situação social, de Fletcher
- c) teoria da redução do predomínio cortical de Travis
- d) teoria da imagem verbal de Bleumel
- e) teoria da astenia central visual de Swift
- f) teoria da inferioridade de Adler
- g) teoria psicanalítica
- h) teoria da imitação
- i) teorias anatômicas várias
- j) teorias fisiológicas várias
- k) teoria da insuficiência linguo-especulativa de Pichon e Mme. Borel-Maisonny.

TEORIA DE DUNLOP: é baseada na diferença de sexo. Esta teoria se fundamenta no conflito do vocabulário adquirido que é tabu na vida comum do lar e outras atividades sociais da criança. Dunlap declara que os meninos aprendem um certo número de palavras obscenas e profanas, quando em contacto com outros meninos em tenra idade. As meninas de ordinário não adquirem tal vocabulário. Desde que tais palavras são proibidas em casa e na escola, a criança tem que estar constantemente em guarda, afim de evitar que tais palavras escapem de seus lábios. Alguns meninos não encontram dificuldade em manter separadas as duas variedades linguísticas, graças a uma constituição forte, inata. Outros não são tão felizes, não possuindo uma constituição adequada a suportar a constante tensão, necessária para manter separados estes dois sistemas de linguagem. O menino a quem é dada uma boa educação nesta época provavelmente hesitará; esta hesitação ocorrerá especialmente com palavras que soem similarmente ou cujas sílabas iniciais sejam semelhantes a palavras obscenas ou proibidas. Esta hesitação se estende depois a todos os tipos de palavras.

Ainda mais, as mulheres têm o tipo respiratório predominantemente torácico, em contraste com o tipo abdominal do homem. Esta troca de tipo respiratório seria supostamente provocada por cintos e coletes. Desde que o tipo respiratório torácico é mais favorável, teoricamente, para a boa elocução, as mulheres manifestam menores distúrbios. Fletcher criticá a validade desta teoria, baseando-se no fato que a maioria dos gagos se tornam tais, antes da época em que estas condições

nios, baseada na instabilidade nervosa e estados patológicos. É questão ainda aberta a relação entre a inteligência e a gagueira.

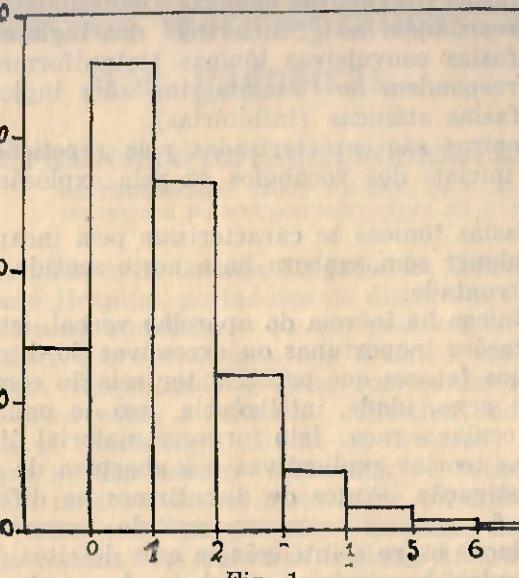


Fig. 1

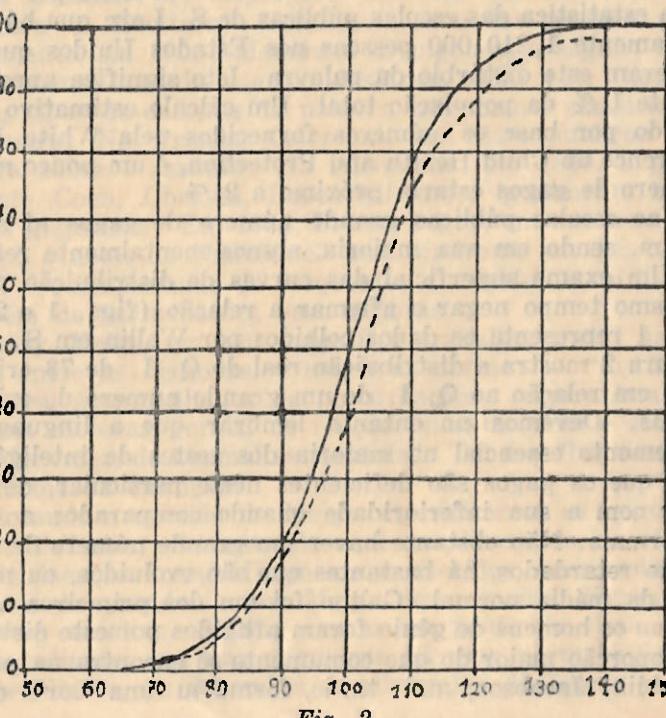


Fig. 2

influenciadoras produzam efeito. Este autor fez uma comparação com os japoneses entre os quais a vestimenta dos dois sexos é bastante parecida, e os dados estatísticos mostraram que a importância do vestuário é insignificante no que respeita à modificação da respiração e consequente influência sobre a disfasia.

TEORIA DE FLETCHER: Fletcher acentuou a importância das situações sociais na etiologia da gagueira. As seguintes citações de Fletcher auxiliarão a compreender seu ponto de vista: "Toda forma de expressão do pensamento demanda um ajuste social, intelectual ou emocional, ou ambos de uma só vez. O ajuste do gago, contudo, não é diferente sob o ponto de vista social; é diferente somente porque está ligado a um exagero ou morbilidade de certos fatores do ajuste social, especialmente os das atitudes emocionais. Ele não se limita, em seu conceito, ao receio apenas de usar palavras proibidas, como propôs Dunlap; o autor inclui qualquer estado emocional resultante das relações sociais entre o gago que fala e os ouvintes, nas quais qualquer antecipação de possíveis consequências desagradáveis de fracasso ao enfrentar tais ajustes sociais é o elemento predominante.

Em defesa desta teoria Fletcher apontou exemplos de desaparecimento permanente e temporário da gagueira quando da modificação da situação social. Distração e afastamento das consequências sociais de um fracasso nas relações sociais serão suficientes para este fim. Alguns indivíduos podem praguejar ou cantar, embora não possam falar sem gaguejar. Nestas formas de expressão há uma mudança na relação social entre o orador e o ouvinte, ou então outros fatores emocionais, tal como ocorre ao praguejar, dominam os fatores sociais, impedindo a perturbação do mecanismo da articulação da palavra. A capacidade de ler e falar, quando sozinhos ou quando acreditam estar sozinhos, é mais uma prova em favor do conceito da interação social. Por exemplo, certos gagos falam normalmente ao telefone quando do outro lado o receptor se encontra no gancho; desde que este seja levantado por qualquer pessoa o distúrbio da palavra reaparece.

Fletcher chama a atenção para o professor que fala normalmente ensinando, mas que gagueja quando desempenha o papel de estudante. Há neste caso uma mudança completa no ajuste social. O autor deseja chamar a atenção também para um caso que tornou a vêr, após um período de quatro anos: um universitário gaguejava horrivelmente na época em que deixou a Universidade. Neste ínterim esteve na América do Sul, onde aprendeu a falar o espanhol. Ao falar este idioma o defeito desapareceu, mas, após sua volta a este país, o distúrbio

da palavra reapareceu, somente quando tentava falar com alguém que o conhecia antes de sua ida à América do Sul. Conhecimento próprio e embaraço provenientes de antigas condições sociais eram suficientes para restabelecer o antigo hábito.

Blanton tentou analisar antes o fator receio que o fracasso do ajuste social. Entre um grupo de soldados estudados, seis começaram a gaguejar ao servir no *front*; seis que dantes gaguejavam, recairam no antigo hábito, quando tiveram que enfrentar uma situação perigosa, como uma luta, um cavalo em disparada e uma salvação milagrosa de uma explosão.

Ainda em relação com a situação social e o sexo, a Sociedade Alemã de Enfermidades da Voz e da Linguagem, examinando 274 gagos, 199 do sexo masculino e 75 do sexo feminino, chegou à conclusão que a tartamudez é uma enfermidade da pobreza.

TEORIA DE TRAVIS: A relação entre o uso de uma das mãos (*handedness*) e a gaguez tem ocupado tal lugar de destaque em tantos trabalhos, que se pode chegar a acreditar que todo o problema da gagueira repousa na preferência pelo uso de uma das mãos. Os trabalhos sobre o assunto não podem ser ignorados, mas a importância assinalada ao uso preferencial de uma das mãos, fica bastante diminuída. Antes de empreendermos uma análise dos gagos que são canhotos ou que passaram a ser dextrômanos, examinaremos as sugestões oferecidas para explicar a preferência pela mão esquerda. A maioria dos indivíduos manifesta preferência pela mão direita. O número de pessoas que num determinado período da vida exibiram preferência pela mão esquerda é de 20 por cento; há considerável discordância sobre este número, visto que os diversos cálculos variam de 2 a 20 por cento. Há outros indivíduos que não demonstram preferência e são denominados ambi-dextros. Deve-se ter em mente que a preferência pelo uso de uma das mãos é questão de grau; os que têm preferência por uma das mãos fazem muitos trabalhos com a mão não preferida.

Travis formulou a teoria de que a preferência é determinada pelo desenvolvimento de um grau maior de excitação no hemisfério esquerdo ou direito. Supõe o autor que nos indivíduos dextrômanos ocorre o predomínio do hemisfério esquerdo, ao passo que o hemisfério direito predomina nos canhotos. Há ausência de predomínio nos ambi-dextros. O autor citou várias experiências para explicar este predomínio do hemisfério esquerdo, baseadas na irrigação desigual, quantitativamente, do sangue nos hemisférios cerebrais, e na posição fetal. Relativamente à esta primeira causa, Travis expõe a teoria de Jordan: este sustenta que no feto os ramos da aorta são dispos-

tos de tal forma, na maioria das vezes, que o hemisfério esquerdo e o braço direito recebem uma quantidade de sangue maior que o hemisfério e braço opostos; isto concorre para um melhor desenvolvimento estrutural anatômico e neurológico. Qualquer desarranjo desta circulação pode resultar num desenvolvimento inverso e, consequentemente, na preferência pela mão esquerda. Peterson põe em dúvida a validade da teoria de Jordan; ligou as artérias carótidas esquerda e direita em ratos, antes que se processasse a vascularização da cortex. Dezoito ratos foram submetidos a esta operação, na determinação posterior da mão preferida: de nove animais com a carótida esquerda ligada, três eram dextros, quatro canhestros e dois levemente ambidextros; dos nove com a carótida direita ligada, dois eram dextros, seis canhestros e um ambidestro. Pode-se chegar à conclusão que o predomínio de um dos hemisférios cerebrais não é devido a uma irrigação desigual do sangue levado pelas carótidas. Travis cita ainda o trabalho de Tsai e Maurer para provar sua teoria. Estes pesquisadores relatam que uma deficiência de vitamina B produziu um número de ratos canhestros maior que o encontrado normalmente. O autor não pode compreender neste caso, porque não produz a deficiência os mesmos efeitos em ambos os hemisférios cerebrais. Há um trabalho mais recente de Peterson, que abala ainda mais a teoria de Travis. Peterson empregou sete ratos em suas experiências, sendo seu critério na determinação da mão preferida o número de vezes em cincuenta em que o rato apreendia o alimento com uma das patas dianteiras. Nos animais dextros foi destruída a zona cortical do lado esquerdo, nos canhestros a zona cortical do lado direito e no ambidestro uma porção da cortex do lado esquerdo. Depois de restabelecidos da operação, cinco animais mostraram preferência definida pela mão contrária à de antes da operação, um não experimentou tal mudança e o animal ambidestro trocou a mão levemente preferida pela contrária.

O papel desempenhado pela posição fetal no desenvolvimento do predomínio cerebral não está também perfeitamente estabelecido. Travis sustenta que o estímulo proveniente do aparelho vestibular é essencial ao controle da posição fetal normal. Esta asserção pode ser ou não verdadeira. Expõe o trabalho de Seaman e Precechitel, que tentaram mostrar a relação entre a posição fetal e os defeitos da palavra. Travis não ligou diretamente este fato à preferência por uma das mãos, embora conclua que vários distúrbios motores, incluindo a preferência por uma das mãos e a palavra, sejam controlados por essas posições anormais. Como podem tais posições influenciar predominantemente um dos hemisférios, Travis não esclarece. Têm sugerido relativamente à posição fetal, que

o braço esquerdo é menos capaz de se mover no útero; de tal fato resultaria uma organização nervosa geral favorecedora do hemisfério esquerdo, visto que o braço e mão direitos são capazes de pequenos movimentos, que dão origem a impulsos quinestéticos eferentes. Pode ser deduzido teoricamente então, que a causa da gagueira está perfeitamente ligada à causa da preferência pela mão esquerda. O centro cortical da palavra para os dextrômanos está localizado normalmente no hemisfério esquerdo e para os canhotos no hemisfério direito. Quando uma mudança forçada no uso de uma das mãos é imposta ao indivíduo, ocorre uma incoordenação da função dos dois hemisférios. Diz Travis:

"Meu ponto de vista é que na maioria dos casos a gagueira é um desarranjo neuro-muscular consequente a uma redução geral do controlo cérebro-cortical. Este último parece ser devido a atividades inibitórias mútuas e transitórias dos hemisférios cerebrais direito e esquerdo. No gago, ao invés da energia nervosa ser mobilizada por um centro de maior potencial, é ela mobilizada por dois centros de potenciais semelhantes, visto que, ambos os centros ao operarem, só funcionam com tipos reacionais de orientação e configuração motoras opostas, produzindo-se nos órgãos periféricos da palavra movimentos musculares involuntários.

A prova de que a troca no uso de uma das mãos influencia a gagueira se baseia em casos nos quais este distúrbio da palavra se desenvolve concomitantemente com a troca. Segundo Travis, Bryngelson estudou 200 casos de gagueira e achou que 62 por cento tinham sido forçados a mudar o uso da mão esquerda pelo uso da direita. Estudos clínicos procedidos por outros investigadores em alguns casos mostram que a mudança no uso de uma das mãos provoca a gagueira, que desaparece se o indivíduo retoma o uso da mão esquerda preferida. Relatam-se casos de veteranos da guerra, que tiveram os braços amputados por ferimentos, apresentarem tal distúrbio da palavra, quando forçados a adquirir novos hábitos motores com o braço e mão restantes.

Há um ponto que Travis não citou em seu trabalho: a crença geral que a mudança no uso de uma das mãos provoca a gagueira. É possível que a sugestão ou crença nesta idéia seja o elemento predominante na questão.

Desde que se pode fazer desaparecer a gagueira pela sugestão, em muitos casos, a auto-sugestão não é uma causa improvável. Diversos pacientes vistos pelo autor eram capazes de falar corretamente durante a hipnose. Antes do término do tratamento sugestivo, os antigos hábitos se manifestam imediatamente, quando despertos os pacientes. Morsh e diversos outros mudaram o ato de escrever da mão esquerda para a direita sem obterem quaisquer resultados. Fletcher criticou a

importância da mudança do uso da mão preferida no que refere à influência sobre a palavra. Empregando os dados colhidos por Wallin nas escolas de S. Luiz, conclui que a noção é errônea. Achou-se que apenas 4,9 por cento dos alunos que apresentavam defeitos da palavra eram colhidos e se se incluisse os que sofreram mudança no uso de uma das mãos a percentagem se elevaria a 9,9. Entre os que sofreram mudança apenas 9,4 por cento apresentavam defeitos da palavra. Fletcher declara: "O fato de 90,6 por cento das crianças, que foram assim forçadas a usar a mão direita, não manifestarem tais efeitos, parece discordar completamente com a teoria".

Mais adiante acrescenta: "Uma regra que não se verifica em 90,6 por cento dos casos, leva-nos, ipso facto, à conclusão de que outros fatores causais foram despresados". Parsons declara que não foi encontrado um só caso de gagueira na escola pública de Elizabeth, em New Jersey, que pudesse ser atribuído à mudança no uso das mãos. Tal estado de coisas persistia a despeito do esforço de quatro anos empregados para tornar dextrômanos todos os alunos canhotos. O autor deseja expressar o fato de que a mudança referida, por si mesma, pode não causar a gagueira, mas o método empregado na mudança dos hábitos manuais é de capital importância.

A preferência pelo emprêgo de uma das mãos tem sido atribuída à preferência por um dos olhos por Parsons. Em contraste com este ponto de vista, devemos recordar que Travis sustenta ser a preferência pelo uso de uma das mãos e um dos olhos produzida pelo predomínio cerebral. O olho preferido pode ser determinado facilmente pelo Teste do A B C de Mile, que nada mais é do que um cartão em forma de cone, suficientemente largo num extremo para colocar em ambos os olhos e diminuindo até uma polegada e meia no outro extremo. Fazer o paciente olhar para o examinador e notar qual o olho visível: este será o olho preferido. Parsons achou que trinta por cento de colegiais tinham preferência pelo olho esquerdo, e destes, doze por cento eram canhotos. A discrepancia é explicada pelo fato de que os hábitos motores da mão direita devem ser desenvolvidos por aqueles cuja tendência natural é o mancínismo (1), de forma a atender às situações da vida quotidiana, geralmente construídas para o indivíduo man-dextro. Embora sejam interessantes as idéias de Parsons, elas não estão absolutamente provadas. Sua idéia pressupõe o funcionamento do mecanismo ocular, antes do mecanismo muscular da mão e do braço. No tocante a esta idéia, seria interessante estabelecer-se uma comparação entre os cegos de nascença e os indivíduos normais na preferência pelo uso de uma das mãos.

(1) Cog. canhotismo ou sinist्रismo.

FENÔMENOS FISIOLÓGICOS CONCOMITANTES: A sintomatologia da gagueira é numerosa e variada. O primeiro destes sintomas é a manifestação da repetição de sons orais e embaraço na tentativa de pronunciar sílabas, palavras ou orações. Outras manifestações, que, até certo ponto, são observadas, podem ser descobertas por métodos de laboratório. Os distúrbios primários do mecanismo da palavra giram em torno de distúrbios da respiração, controle dos movimentos torácicos e abdominais, controle da laringe, controle dos movimentos da língua e dos músculos do maxilar. Associação de distúrbios dos mecanismos citados foi feita por diversos pesquisadores. Os métodos empregados para este fim não precisam ser discutidos aqui, embora se observe que foram utilizados com maior frequência o galvanômetro e a pneumografia. Os resultados de tais investigações mostram, bem claramente, a falta de sincronismo entre as várias partes do mecanismo da palavra. Diferentes casos apresentam diferentes tipos de falta de sincronismo. A falta de perfeita compreensão da causa do assincronismo, conduz a diferentes teorias e terapêuticas. Essas medidas terapêuticas visam exercitar a parte do mecanismo assincronizado. O assincronismo na gagueira não corre por conta de um estado patológico do sistema nervoso central, mas deve ser explicado por algum distúrbio funcional, visto que estes vários grupos de músculos são inervados de modo diverso; os músculos da palavra trabalham então de forma incoordenada e sem ritmo.

Os gagos apresentam muitos distúrbios fisiológicos e incoordenações de outras partes do corpo. Desde que as mãos e os braços são usados como meio de expressão do pensamento, poder-se-ia dizer que ocorressem distúrbios na função destes membros. Travis e seus colaboradores acharam que o tremor das mãos é diferentes no normal e no gago. Estes movimentos involuntários estão geralmente sob o controle cortical; desde que eles estão modificados, o controle cortical deve estar também comprometido. Achou-se que a inervação dos dois braços nos indivíduos dextros durante a contração voluntária se processa primeiro no braço direito, seguindo-se a inervação do braço esquerdo. Nos gagos a ordem de inervação é variada, ocorrendo frequentemente no braço não preferido ou simultaneamente nos dois braços. Achou-se, num estudo de escrita refletida (em espelho), que os gagos dextros fazem melhor com a mão esquerda que com a direita, ao contrário dos resultados encontrados no indivíduo normal. Todos estes fatos, segundo Travis, indicam uma falta de controle cerebral nos indivíduos canhotos. Ele apresenta tais experiências em defesa da teoria mencionada anteriormente. Estes fenômenos existem concomitantemente com o distúrbio da palavra e não são ne-

cessariamente fatores etiológicos. A mesma explicação serve tanto para as perturbações da palavra como para os distúrbios musculares funcionais.

Fenômenos vaso-motores diferentes e trocas na resposta psicogalvânica acompanham a gagueira; que êstes diferentes fatos precedem a instalação do distúrbio da palavra é duvidoso. Eles são mais provavelmente sintomas de um distúrbio emocional geral. De fato, ambos os tipos de respostas ocorrem em situações emocionais normais e não se encontra nenhuma dificuldade da palavra; não sendo claro, porque devam êlas ser importantes em determinadas circunstâncias e em outras não, a menos que outros estados fisiológicos ou psicológicos sejam as causas condicionadoras. Robbins relata que há uma congestão de sangue no cérebro durante a gagueira. Tal fato foi observado num doente cujo cérebro tinha sido trepanado. O volume voltava ao normal quando o paciente não gaguejava.

As teorias de Bleumel e Swift podem ser reunidas, desde que os fundamentos das mesmas são perfeitamente semelhantes. Bleumel presume que a dificuldade do gago é devida à amnésia auditiva transitória. O indivíduo não pode reproduzir um som ou palavra porque não possui a imagem auditiva do som a ser reproduzido. A teoria de Swift é essencialmente a mesma, com a exceção de que êle atribue a incapacidade de falar corretamente à falta de imaginação visual. Estas teorias negam o papel primário do embaraço e do medo, declarando que êles são apenas secundários. Presumem ainda, especialmente Bleumel, que a amnésia auditiva temporária é resultante de modificações circulatórias no cérebro, produzindo congestão ou anemia. Swift dá maior importância a um deficit global da imaginação visual do que a um distúrbio passageiro. A base de suas presunções repousa num estudo da imaginação em casos de gagueira. Ambos declaram ter achado, por meio de questionários, uma deficiência na imaginação visual ou auditiva de portadores de gagueira. Ambas as teorias estão abertas à crítica, devido aos métodos empregados para determinar a imaginação. Ambas estão expostas a uma crítica mais séria visto que elas têm que admitir que as respostas motoras são dependentes e similares às idéias que as iniciam. A teoria total da atividade ídeo-motora tem sido posta em dúvida e fazê-la o único agente dos extremos ajustes necessários à palavra, parece ir além de seus limites.

A teoria da inferioridade de Adler e as teorias psicanalíticas podem também ser estudadas juntas. Estas teorias presumem que a dificuldade da palavra é consequência de uma angústia acentuada devida a complexos emocionais inconscientes. A natureza destes complexos depende da escola a que pertence o analista. Alguns pontos das teorias psicanalíticas não

diferem muito dos expendidos por Dunlap. Conquanto êste sustente que a aquisição de palavras obscenas e proibidas conduz à hesitação no falar, também afirma serem elas fatores conscientes. Os analistas, por outro lado, afirmam que tais palavras ou desejos proibidos pela sociedade, são recalados. As palavras recaladas versam sobre sexo e atos sexuais em grande escala no conceito dos analistas. Coriat chega ao ponto de sustentar que o erotismo oral infantil com seus correspondentes movimentos de sucção e sensação de prazer são a base de tais defeitos da palavra. Em outros termos, o autor tem que admitir um grau reprimido de erotismo oral infantil para os gagos. Toda vez que um indivíduo portador de um recalque deste tipo começa a falar, certos movimentos da boca são comparáveis aos movimentos eróticos que resultam no restabelecimento da situação emocional que acompanhava o ato erótico. Certamente se pode perguntar como toda a propriedade, se todos os gagos passaram por um estado de erotismo oral e, no caso afirmativo, se qualquer situação emocional foi despertada, capaz de produzir todos os sintomas secundários que acompanham a gagueira.

A teoria da inferioridade de Adler não acentua tanto o elemento sexual. Ela presume que a gagueira é a compensação de uma deficiência. É o método pelo qual uma determinada personalidade satisfaz o seu "ego". A satisfação é assegurada; o indivíduo obtém superioridade ou se afasta do grupo, punindo-se a si mesmo. O distúrbio permite ao gago dizer que seria um grande homem ou capaz de maiores realizações se não fosse o defeito. O ponto fraco nesta teoria é que não se pode apresentar gagos que possuam um sentimento de inferioridade, exceto no que concerne à palavra. Este sentimento relativo à fala pode ser antes resultante de sua incapacidade de falar corretamente do que causa da mesma.

Alguns atribuem as disfasias à imitação. É verdade que alguns indivíduos começam a gaguejar após ouvirem gagos. A imitação contudo não explica porque imitam êles de preferência a fala incorreta, quando há mais indivíduos normais que gagos, estando portanto mais expostos a adquirirem hábitos corretos que incorretos de linguagem.

As teorias anatômicas se limitam somente aos vários mecanismos encarregados da palavra. A língua, os dentes, as fossas nasais e outras partes do mecanismo da palavra têm sido modificados de diversos modos, afim de provar tais teorias. Infelizmente, tais modificações pouca relação têm com a gagueira, embora a distração produzida por elas seja suficiente em certos casos para curar o enfermo. As teorias fisiológicas abrangendo a respiração, modificações vaso-motoras e diferenças endocrinológicas, não oferecem melhores resulta-

dos. O gago apresenta numerosas alterações destas funções durante a linguagem anormal, mas não manifesta quaisquer diferenças definidas quando não gagueja. Estas são sintomas da disfasia e não fatores etiológicos.

TEORIA DA INSUFICIÊNCIA LINGUO-ESPECULATIVA DE M. PICHON E MME. BOREL-MAISONNY. Assim se exprimem os dois autores acima citados: "Le trouble de la fonction de réalisation linguistique, le bégayage, qui est à la base du bégaiement et ne s'accompagne que secundairement de mouvements associés et de troubles respiratoires, a pour origine une insuffisance lingui-spéculative, c'est-à-dire que, quelle que soit par ailleurs la qualité de leur intelligence, ils ont de la lente à se formuler à eux mêmes leur pensée dans le moule du langage".

E finalizando: "le bégaiement c'est la coalescence dyspragique entre l'insuffisance lingui-spéculative et le bégayage. Mais, dans cette coalescence, les deux éléments ne sont pas sur le même pied; l'un est causal par rapport à l'autre: le bégayage procède de l'insuffisance lingui-spéculative". Fig. 3.

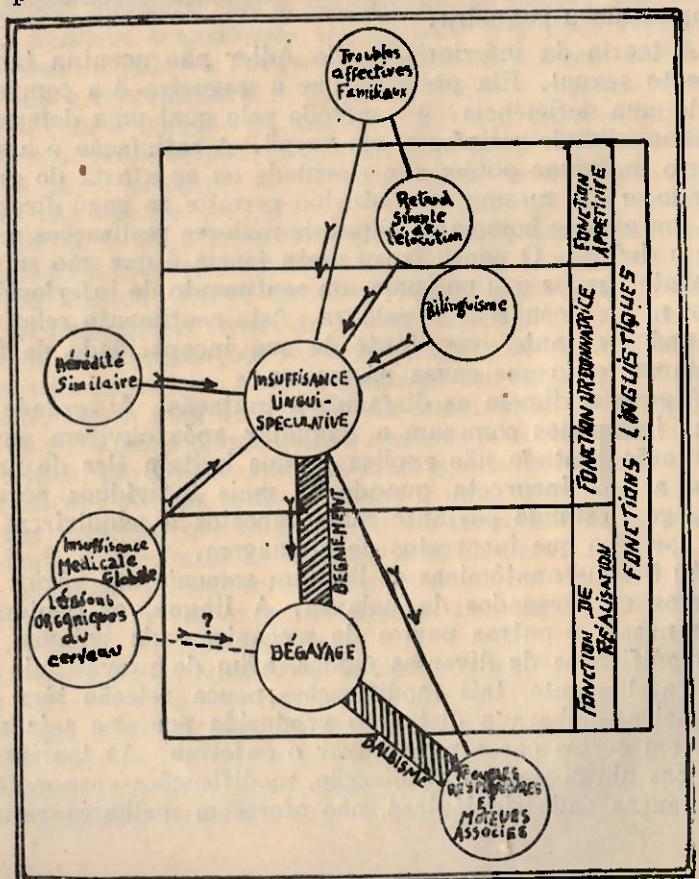


Fig. 3 (Pichon)

Não há, como diz Froschels, maturação linguística.

A teoria de Pichon apresenta alguns pontos de contacto com as opiniões de Bleumeu e Swift.

PATOGENIA

A maioria dos autores, que têm procurado explicar a natureza das gagueiras, pretendem resolver o problema filiando-as a lesões centrais ou a processos afetivos.

Froschels acredita que a gagueira tem um fundamento mental ou afetivo. Chama de embolofrasia, (*) em vez de embolalia de Merkel, a necessidade que tem o gago de empregar uma palavra desnecessária, quase sempre monossilábica e nasalada, para evitar a ataxia, o "tropeção". Diz ainda que as sincinesias, que ele denomina de movimentos concomitantes, são importantes no reconhecimento da simulação. Falam outros no papel desempenhado pelas vegetações adenoides. Hopfner crê que a tartamudez é uma afasia associativa. Kussmaul e Gutzmann assim definem as disfasias: reação nervosa de fundo constitucional que se manifesta na coordenação da linguagem.

Nadoleczny fala também em transtornos funcionais.

Meige assim diz: seria temerário, atualmente, tratarmos das localizações anátomo-patológicas das síndromes diafáscicas, podendo, entretanto, aproximar-las de acidentes análogos cuja natureza e causa são bem conhecidas. De um modo esquemático, pode-se considerar, ser a palavra regulada por um aparelho nervoso de três andares: o andar superior, cortical e sub-cortical; o médio, nuclear e peduncular, e o inferior bulbar e periférico.

Quando a lesão atinge a porção superior, temos as afasias. Atingido o andar inferior, núcleos e nervos em seus trajetos, temos os distúrbios da palavra de natureza paralítica ou espástica. O médio, núcleo-peduncular e suas conexões superiores e inferiores, lesado, dá as perturbações da palavra que ocorrem nas síndromes parkinsonianas, de Wilson, Vogt e também nas afecções espasmódicas infantis (doença de Little, atetose, etc.). É ao acometimento deste andar médio, que parece pertencer a maioria dos distúrbios da palavra que estamos tratando. Estes distúrbios, entretanto, se distinguem daqueles das síndromes acima citadas, por não dependerem de lesões acidentais, mas propriamente de *deficits* evolutivos que sobrevêm no referido aparelho nervoso e suas respectivas comunicações. Não se

(*) Nome proposto por Kussmaul.

trata de doenças adquiridas e sim de enfermidades constitucionais.

Isto posto, verificamos que em face das analogias clínicas, argumento etiológicos e afinidades patogênicas, existem laços de parentesco entre as disfasias e um certo número de afecções de substratum anatômico conhecido; mas há uma diferença capital que caracteriza as diafasias: é a irregularidade, a intermitência, o contrário do que ocorre nas afasias, doença de Little, paralisia pseudo-bulbar, onde as perturbações da palavra são constantes e inevitáveis.

Ainda mais, as diafasias só aparecem por ocasião de um ato determinado, a palavra, o que as identifica com os acidentes conhecidos pelo nome de discinesias funcionais, como por exemplo, as caiembras dos escrivães, que não aparecem, senão durante a ato de escrever. Estas caiembras surgem mais tarde, por isto que o ato de falar precede, como sabemos, o de escrever.

Os tics têm sido também aproximados das gagueiras. Há mesmo quem considere a gagueira como um tic da linguagem; o fundo mental constitucional, os acidentes psicopáticos, completam a semelhança. A especialização dos acidentes somente para a função da palavra é um fato distintivo de grande importância, para que se possa identificar completamente os tics com as gagueiras (Meige).

Têm sido outrossim assinaladas crises convulsivas na infância dos indivíduos gagos.

Valiosa contribuição nos é ainda dada por Meige: a gagueira aparece geralmente na primeira infância, época em que se fazem as conexões da cortex com os centros subjacentes. Nesta idade a criança torna-se capaz de regularizar seus movimentos, suas contrações musculares excessivas ou desordenadas dos primeiros anos, graças à ação inibidora da cortex cerebral. Todo o atrazo desta evolução se traduz pela persistência de incorreções funcionais, que, localizando-se no domínio da palavra, dão origem às disfasias.

A criança tem normalmente tendência a repetir sílabas: pá — pá, mā — mā, etc. Sua respiração vocal é hesitante, as propagações motoras se fazem com grande facilidade; o riso e chôro são naturalmente espasmódicos e as reações emocionais são rápidas e fortes. Este infantilismo motor, por vezes acompanhado de infantilismo mental, se encontra muitas vezes nas disfasias.

Concluindo, temos a declarar que, na falta de verificação anatômica, se pode no entanto admitir que as síndromes disfáscicas são devidas a uma perturbação do aparelho nuclear ou de suas conexões, ligadas a um *deficit* evolutivo.

TRATAMENTO

Este capítulo merece uma revisão histórica, visto que, a grande parte dos autores, que trataram deste assunto, eram gagos.

Começaremos por Demóstenes, o gago ilustre que, segundo Plutarco, tinha em casa um grande espelho em frente do qual se exercitava antes de pronunciar as suas orações.

Em 1817, aparece Ytard aconselhando o uso de uma forquilha metálica em baixo da língua, na cura da gagueira.

Mme. Leigh, em New York, em 1827, recomendava aos gagos falarem elevando a ponta da língua e aplicando-a de encontro ao véu do paladar.

Mac Cormac, médico inglês, parece ter sido o primeiro a notar o defeito característico da gagueira; a insuficiente inspiração, aconselhando por isto uma ginástica respiratória.

Serris, que era gago, acreditava na origem nervosa da gagueira, e aconselhava também manobras respiratórias.

Colombat tornou-se célebre pelos seus trabalhos sobre o "bégaiement". Admitia, como Serris, duas variedades de gagueira: a lábio-coreica e a gúturo-tetânica. Fazia a correção lançando mão de um aparelho chamado mutônomo e recomendava uma espécie de ginástica lingual e gutural.

Dupuytren usava um processo análogo.

Vem depois a era cirúrgica, com Dieffenbach, de Berlim, à frente, que fazia ablação de um pedaço da língua em forma de cunha; e, na França, Valpeau, Roux e outros.

Em 1845 aparece Becquerel, também gago, preconizando novas manobras respiratórias.

Seguem-se outros métodos de autores franceses, ingleses e, ultimamente, os americanos e alemães estão se dedicando com grande carinho ao tratamento das disfasias.

Os meios racionais de correção devem-se, entretanto, a Guillaume.

Meige, de cujo trabalho tiramos esta resenha histórica, usa um processo visando corrigir:

- a) as perturbações respiratórias — ampliando as inspirações na respiração vocal, principalmente no começo da frase;
- b) as perturbações da fonação — abaixando a tonalidade da voz;
- c) as perturbações da articulação — retardando o ritmo da silabação; exagerando todos os movimento da articulação verbal.

Flatau, professor de Berlim, acredita na importância da psicoterapia, achando mesmo que, sem ela, nada se consegue

no tratamento das gagueiras. Ele recomenda um tratamento de ordem geral, a saber: para uns pacientes convém repouso, tranquilidade, isolamento, e, para outros, ginástica e hidroterapia; uns necessitam de alimentação abundante e estimulantes do apetite; outros requerem privação de carne e consumo de frutas e legumes. Como medicamentos convém prescrever os brometos, ferro, arsênico e preparados de valeriana. É de grande importância, em certos casos, um estudo do ambiente em que vive o paciente e o seu gênero de vida. É assim que uns enfermos melhoram consideravelmente no consultório e ao chegar em casa, em face do elemento provocador (a madrasta, o medo dos pais, etc.), voltam a gaguejar.

TRATAMENTO ESPECIAL: é a terapêutica foniátrica que consiste em substituir a coordenação perturbada por uma harmônica e normal, abandonando a antiga, defeituosa. Flatau lança mão do seguinte método: faz falar ao compasso de um metrônomo, em tom normal de voz, obrigando o enfermo a distribuir as sílabas coincidindo com os golpes do instrumento; logo depois variamos a velocidade, e se o resultado é bom na leitura e na conversação livre, desprezamos o acompanhamento acústico e substituimos o metrônomo por um pêndulo silencioso, variando igualmente o ritmo. Mais tarde, o próprio paciente pode fazer sozinho estas variações em seus exercícios. Outro processo consiste em fazer falar da mesma maneira sem sinais acústicos ou óticos, dirigindo-se o exercício com os dedos; o médico faz estes movimentos como se tocasse piano sobre os ombros do enfermo, e, a seguir, o doente mesmo os executa em seu próprio corpo, ou sobre o braço da cadeira em que se acha sentado; o modo é indiferente, o importante é que os movimentos não despertem muita atenção (*).

Quando predominam os transtornos da respiração fonética emprega Flatau a máscara respiratória de Kuhn, modificada, chamada pneumófono, que torna a respiração mais profunda, a expiração se prolonga ao falar e o sincronismo se restabelece.

Na Alemanha já existem escolas ortofonéticas e pedagogos terapeutas.

Um método digno de consideração é aplicável aos casos em que um forte choque emocional produziu a gagueira. Este tipo geral aparece imediatamente após o choque traumático. A psicanálise e a hipnose podem ser métodos satisfatórios para descobrir-se a origem do defeito. Taylor e MacDougall citam casos nos quais o elemento emocional foi descoberto por meio do hipnotismo. O caso citado por MacDougall indica

(*) O aspíto condicionador deste método é análogo ao reflexo condicionado de Pavlov.

claramente os fatores que operaram no aparecimento desta variedade de gagueira. Um jovem soldado, de forte crença religiosa, ao explodir uma granada, blasfemou violentamente antes de perder os sentidos. Começou a gaguejar depois de recobrar os sentidos. Durante a hipnose foi levado ao acidente original e lembrou-se então de todos os fatos esquecidos; a gagueira também desapareceu.

Dunlap recentemente sugeriu um método de tratamento completamente diferente dos demais. Consiste ele em obrigar os enfermos a gaguejar, de modo a livrá-los desta dificuldade. Este tratamento, no entanto, não deve ser empreendido por quem não estiver perfeitamente familiarizado com o mesmo.

PROCESSO DE E. PICHON — Consiste em reduzir a insuficiência linguo-especulativa pela reeducação do pensamento linguístico. O autor frisa a facilidade relativa do tratamento antes dos 6 ou 7 anos, e a dificuldade nas pessoas de 10 a 17 anos, devido, na maioria dos casos, ao meio familiar defeituoso.

Para finalizar convém ainda tratarmos de um tema de grande interesse: O transtorno da linguagem à luz dos biotipos de Jaensch — o tetanoide e o basedovoide. Feito o diagnóstico capilaroscópico, que é o mais simples, o tratamento empregado é o lipoide e hormonal, bem assim o cálcio, ferro, brometos, luminal e vitaminas, não nos esquecendo contudo da terapêutica ortofonética associada. Com este método Flatau conseguiu a cura de vários eidéticos tartamudos.

BIBLIOGRAFIA

DORCUS e SHAFFER — *Text-book of Abnormal Psychology*.

ROGER — *Pathologie du Système Nerveux* (Fascículo XVIII).

KLEMPERER — *Clinica Moderna*.

E. PICHON e BOREL-MAISONNY — *Le Bégaiement*.

SCHWARTZ — *Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales*.

BARRAQUER — *Tratado de enfermedades nerviosas*.

M. KROLL — *Los síndromes neuropatológicos*.

GILBERT ROBIN — *Neuro-Psychiatrie Infantil*.

RIMBAUD — *Compêndio de Neurologia*.

CURSCHMANN-KRAMER — *Enfermedades del sistema nervioso*.

H. EY et J. ROUART — *Principes de Jackson*.

ROSENTHAL — *Maladies du Système Nerveux*.

FERRAND — *La Langage, la parole et les aphasiés*.

AUSTREGESILO — *Clinica Neurológica*.

A. CASTRO — *Semiótica Nervosa*.

Análise funcional psicopatológica

DR. JURANDIR MANFREDINI

CAPITÃO MÉDICO, DOCENTE LIVRE DA UNIVERSIDADE DO BRASIL, PROFESSOR DE PSICOPATOLOGIA DO CURSO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, CHEFE DAS ENFERMARIAS E. E C. DO P. N. P.

O nosso trabalho, nos "Anais" de 1940, versou o problema da semiologia psiquiátrica, que sempre nos preocupou e que estava então muito presente em nosso espírito por força dos deveres de instrutor de estagiários da Escola de Saúde do Exército. Oferecemos ali um plano de exame de doente mental, que traçamos e, desde essa época, puzemos em prática em nossa enfermaria E, como regra normativa e uniformizadora. Procuramos justificar a idéia do plano e dos seus vários parágrafos, como imposição da necessidade fundamental, em propedéutica psiquiátrica, de se ser uniforme e analítico. A par do plano de exame, organizamos uma série de questionários, regras e esquemas, destinados a orientar e facilitar as várias pesquisas parciais, anamnéticas, tipológicas e clínicas. Em vista da extensão do trabalho total, limitamo-nos a uma notícia do plano e de seus tópicos, com trechos de alguns questionários. Tivemos o cuidado de acentuar o caráter puramente metodológico da semiologia proposta, fugindo, de toda forma, a emprestar-lhe qualquer sentido rígido ou definitivo. Bem ao contrário, consideramo-la apenas um mero ponto de partida, para se submeter à crítica e às revisões da experimentação no serviço diurno da enfermaria, até poder alcançar o seu ótimo. Nesse sentido, pedimos a colaboração crítica dos nossos estagiários e colegas, mediante observações e sugestões capazes de apurar o plano de exame, cortar os excessos e inutilidades, introduzir melhorias e alterações necessárias, de molde a resultar, no final, um trabalho antes coletivo que individual.

No meio dos trinta parágrafos do plano, a pesquisa mais importante é, sem dúvida, a relativa às *funções psíquicas*, precisamente a parte específica do exame mental, aquela que constitue o objetivo máximo da tarefa clínica. Todas as

outras peças são subsidiárias ou conclusivas. É bem compreensível que não se podria reduzir a observação do doente mental à análise exclusiva do estado funcional do psiquismo. Essa análise, embora o ponto principal do inquérito, precisa da colaboração de todos os elementos possíveis, hereditários, tipológicos e outros. Em nosso plano, ela é precedida de vinte e três pesquisas preliminares, destinadas a fornecer ao observador uma cópia suficiente e minuciosa de dados, que lhe antecipem e facilitem o juízo sobre o funcionamento psíquico do examinado. O estudo direto do psiquismo, portanto, dentro do espírito do plano, só deve ser feito depois de um conhecimento completo das condições de início da enfermidade e de entrado no serviço, da narrativa filial do paciente a respeito do seu caso, das condições familiares ascendentes, colaterais e descendentes, da história pessoal mórbida e normal, dos fatos relativos à instrução, profissões civis e militares, família e sociedade, enfim, do tipo corpóreo, sexual, vegetativo, endócrino e psicológico. Por outro lado, realizando tais inquéritos prenaratórios, o observador está, forçosamente, obtendo, desde logo, um conhecimento do estado funcional dos planos psíquicos. Principalmente os três registos iniciais fornecem uma antevisão, quasi sempre decisiva e já diagnóstica, dos distúrbios sobrevindos nas funções mentais. De fato, a apreciação atenta *das condições de entrada*, o interrogatório repetido e minucioso e a história verídica do *início* da enfermidade, descobrem um panorama amplo e seguro do quadro psicopatológico, que o exame funcional direto apenas corrobora ou esclarece. Os dados colhidos nessas fascs preliminares são acrescidos dos que derivam da história familiar e pessoal e, sobretudo, dos acontecimentos da curva vital e da tipologia. Ao chegar o momento do exame psíquico direto, a tarefa do observador se reduz, em regra, a fazer uma distribuição semiológica dos sintomas já surpreendidos, referindo cada um à função a que diz respeito. Todavia, por mais esclarecido que possa estar o médico com as investigações iniciais, é absolutamente indispensável a realização do exame psíquico direto. Uma causa é ter a visão panorâmica do quadro mórbido e o conhecimento descriptivo de vários sintomas, outra, muito diversa, é o exame aprofundado e especial de função a função. A prática nos tem mostrado que esse exame se impõe por algumas razões. Primeiro, por uma necessidade de metodologia semiológica, afim de que não se fique apenas com uma noção tumultuária e desordenada dos sintomas. Procurar relacioná-los, sistematicamente, às funções atingidas, constitue uma disciplina propedêutica fecunda, que mantém o espírito científico organizado e claro. Em segundo lugar, a análise específica de

cada função, com os questionários e testes próprios, fornece, em geral, muitos elementos novos, que não puderam ser surpreendidos nas pesquisas iniciais e que permitem a compreensão mais completa do quadro mental. De fato, em nossa experiência, verificamos, frequentemente, que a noção do caso clínico, embora nos pareça muito evidente e minuciosa após interrogatórios sucessivos, adquire novos aspectos, e muitas vezes se modifica em parte, ou no conjunto, após a análise semiológica funcional. Assim, a análise funcional não só aprofunda como corrige e até altera as impressões meramente descritivas do comércio. Em terceiro lugar, a observação das várias enfermidades mentais através da análise funcional minuciosa dos respectivos pacientes, permite uma visão segura da patologia, particularmente das formas clínicas e das diferenças patofisiológicas individuais. Seja para levar o exame mais a fundo, seja para preservar a ordenação metodológica, base de toda arquitetura científica, seja para melhorar na profundidade da patologia. — a análise funcional é indispensável.

O nosso trabalho anterior fez apenas ligeira referência ao exame psíquico (nag. 178), acentuando sua importância e a orientação geral que deve seguir. Não dímos, e não havia espaço bastante naquele artigo, o esquema que organizamos, para o exame direto das funções psíquicas (esquema 6). Prorrogando o trabalho do número de 1940, desejamos oferecer, hoje, esse esquema. Em conjunto, nada tem de original, obedecendo mais ou menos à sistematização cronoplana de todos os autores, com algumas alterações de disposição e de detalhe.

Como é natural, precisa ser estabelecido dentro de algumas condições inevitáveis à toda semiologia:

- 1º) O esquema semiológico mantém-se inteiramente fiel à estrutura doutrinária da psicologia, sobre a qual está fundamentado e de que não é outra causa, senão um instrumento de verificação fenomenica no terreno mórbido.
- 2º) Sendo a semiologia, em essência, uma arte de surpreender e colher fatos, necessita agir com os meios que tornem esse trabalho mais fácil, rápido e eficiente. Por isso, o esquema semiológico não pode obedecer, estritamente, à hierarquia psicológica, sendo obrigado a se nortear por uma hierarquia prática, que consiste em ir dos fatos e funções mais acessíveis para os menos acessíveis, isto é, dos mais imediatos e próximos do observador para os mais distantes e mediados.
- 3º) Para melhor realizar a sua tarefa, (descoberta, coleta e ordenação dos aspectos e acontecimentos pa-

tológicos), a semiologia, dentro da sua herarquia própria, é também obrigada, algumas vezes, a dispor e conceituar de modo próprio certos fatos da psicologia, sem lhes alterar a substância doutrinária. Assim, vemos a semiologia estabelecer divisões espaciais, aproveitar detalhes aparentemente secundários, valorizar e dar autonomia a fatos não individualizados nos esquemas psicológicos clássicos.

A psicologia e a semiologia identificam-se pelo seu mesmo método, que é o descritivo, mas se afastam quanto à atitude; a primeira é *especulativa*, procurando escrever para explicar; a segunda é *normativa*, descrevendo para ordenar.

Doutra parte, supérfluo é acentuar que a análise psicopatológica funcional completa não se faz singelamente. É preciso a concorrência de vários elementos:

- 1º) de um recurso geral e elementar: a apreciação direta e imediata;
- 2º) do emprêgo de estímulos, questionários, provas e testes;
- 3º) da observação de reações funcionais repetidas, espontâneas ou provocadas;
- 4º) de recursos ocasionais, sugeridos pela oportunidade do exame e pela perspicácia do observador.

Em princípio, devem ser usados todos esses recursos, em cada caso e a propósito de cada função. Contudo, na prática, o seu uso varia com a função a estudar, com as possibilidades de aplicação no momento e com o caso clínico. Além de que há uma certa eletividade dos meios de exame para as diversas funções, havendo os que são melhores, mais eficientes e adequados.

Passemos, agora, ao esquema que organizamos para servir de norma ao exame psíquico dos doentes de nossa enfermaria.

- 1) *Apresentação* (às várias sessões de exame). Dentro da regra de iniciar a tarefa pela apreciação dos fatos mais externos e acessíveis ao observador, parece-nos de primeiro importância o registo da maneira pela qual o doente se apresenta ao exame ou às várias sessões de exame. É um registo descritivo, que não só orienta como, inúmeras vezes, decide o diagnóstico. Com frequência, em certas formas clínicas, em que é impossível a realização da análise psicofisiológica funcional (mudos, negativistas, catatônicos), o exame psíquico fica restrito a este tópico, pois o trabalho do psiquiatra não pode ir além da descrição das atitudes, gestos, mimica, vestes, etc. Nesses ca-

sos, dará o maior desenvolvimento a tal registo, transformando em peça única da observação.

Os detalhes principais a serem colhidos no decorrer das apresentações são os seguintes:

- a) *aspecto exterior* (vestes, cuidados e asseio corporais, etc.);
- b) *aspecto motor* (modo de caminhar, gestos, mimica, atitudes do corpo e de suas partes, etc.);
- c) *conduta frente ao médico* (respeito ou desrespeito; atenção ou desatenção; interesse ou indiferença; afabilidade ou insolência; calma ou agressividade, etc.);
- d) *reação às ordens* (compreensão, obediência, sugibilidade ou negativismo, etc.);
- e) *reação à perguntas* (respostas rápidas, demoradas ou ausentes; completas ou incompletas; certas ou erradas; aceitáveis ou absurdas; sérias ou cômicas, etc.);
- f) *reação às tentativas de anamnese* (presta-se bem, pouco ou nada; informes corretos, precisos, orientados, lógicos, etc.);
- g) *conduta durante o exame ou exames* (se permanece sentado, atento, obediente, calmo, afável, etc., ou ao contrário; registar e descrever todas as ocorrências e anomalias).

Esses detalhes serão objeto de um registo descritivo sumário (salvo no caso do exame ficar limitado, todo ou quasi todo, ao tópico da apresentação), pois muitos deles vão ser logo mais revistos, especificamente, a propósito de cada função ou fato psicológico isolado.

2) *Atenção*. — Imediatamente depois dos detalhes da apresentação do paciente, o fato semiológico mais exterior e imediato é o que diz respeito à faculdade atenciva. Para o semiologista, a atenção apresenta três aspectos:

- a) *espontânea* — aquela que se dá aos estímulos externos *continuos não intencionais*; é a atenção constante e espontânea aos fatos e acontecimentos ininterruptos do meio ambiente;
- b) *solicitada* — aquela que se dá aos estímulos externos *próprios e intencionais*; é a atenção aos estímulos especialmente dirigidas a solicitá-la, despertá-la ou fortalecê-la (perguntas, ordens, apelos, ruidos, etc.);
- c) *voluntária* — aquela que se dá a estímulos mais ou menos demorados e voluntariamente procurados ou

aceitos; é a atenção aos estímulos intelectuais e pragmáticos, é a atenção que se mede por meio dos testes e provas de psicometria.

Deve o bom semiologista observar os três aspectos separadamente. A espontânea e a solicitada apresentam dois tipos fundamentais de distúrbio:

- a) ou estão *concentradas* (isto é, diminuídas ou abolidas para os estímulos externos, não intencionais ou intencionais);
- b) ou estão *dispersas* (aumentadas e instáveis em face dos estímulos externos, não intencionais ou intencionais).

A *concentração* das atenções espontânea e solicitada pode ser:

- a) no mundo *exterior* (localização exclusiva do interesse num ou nalguns estímulos externos obsidentes);
- b) no mundo *interior*, o que é o caso mais comum da clínica (em estímulos interiores patológicos, sensoriais ou ideativos, principalmente alucinações e pensamentos parasitas).

A atenção voluntária é a mais complexa, dependendo da soma de fatores vários: interesse, fixação, rapidez, energia, duração, etc. Medida e estudada mediante o emprêgo de inúmeros testes e provas, ela pode estar aumentada, diminuída ou abolida (*hiperprosexia, hipoprosexia, aprosexia*).

3) *Orientação* — Verificado o estado da atenção, sobretudo em seus dois aspectos mais elementares e acessíveis à apreciação imediata (espontânea e solicitada), passa-se a averiguar outro dado psicológico importante: a noção que o indivíduo possui do tempo e do espaço (orientação temporal e espacial).

4) *Consciência* — Deixando de lado todo debate doutrinário em torno da constituição desse complexo fato psíquico, ao semiologista cabe averiguar, simplesmente, se o indivíduo tem:

- a) noção, exata ou satisfatória, da própria existência (existência do *eu*);
- b) idem da existência do mundo exterior;
- c) idem das relações entre o *eu* e o mundo exterior;
- d) noção, exata ou satisfatória, do estado mórbido.

Um interrogatório singelo (não sendo preciso recorrer a questionários especiais), permite, rapidamente, ao observador apreciar o estado da orientação e da consciência.

O estudo da apresentação, da atenção, da orientação e da consciência constituem a fase inicial e preparatória do *exame psíquico* propriamente dito. Ele mostra, desde logo, o grau maior ou menor do distúrbio mental, do mais leve ao mais grave, e oferece ao pesquisador, em conjunto, o panorama do terreno móbido em que vai trabalhar, ou tentar fazê-lo, além de que pronuncia as possibilidades de êxito ou fracasso da análise a empreender.

Passa-se, agora, ao exame dos planos psíquicos, conservada a divisão clássica em planos da inteligência, da afetividade e da vontade. Quaisquer que sejam as modificações impostas à estrutura psicológica pelas várias escolas modernas, o esquema tradicional não foi abandonado. Ao contrário, ele continua sendo o esqueleto do corpo da psicologia, ainda nas correntes mais ousadas e revolucionárias.

Embora o fundamento da vida mental seja o plano instintivo-afetivo, a semiologia inicia o exame pela inteligência, por ser o fato que aparece mais exterior e acessível à apreciação.

A. — Plano da inteligência

O plano da inteligência é o incumbido de organizar a vida representativa, isto é, a ideação. Para tal, ele desenvolve um trabalho hierarquizado, através de várias fases, que se superpõem: é preciso *colher* o material psíquico, depois *gravar* esse material, em seguida estabelecer um *nexo* permanente entre os clíos da sua corrente indefinida, *elaborá-lo* em seus conteúdos e formas finais, atribuir-lhe *ícones* compreensíveis e transmissíveis, manipulá-lo ao serviço de nossos *desejos e fantasias*; toda essa elaboração vai resultar numa síntese última, que nos permite resolver os problemas de cada instante da luta biológica. Assim há uma fase de colheita (percepção), uma de retenção (memória), uma de ligação (associação), uma de elaboração (ideação ou pensamento), uma de simbolização (linguagem), uma de livre organização (imaginação), enfim, a síntese final, *inteligência* propriamente dita.

1) Percepção (faculdade receptiva)

Em resumo, a patologia da percepção comporta duas hipóteses iniciais:

- 1) o indivíduo não percebe;
- 2) o indivíduo percebe erradamente.

No primeiro caso, está-se em face do complexo fenômeno das *agnosias*, que envolvem, indistintamente, mecanismos neurológicos e psicológicos. No segundo, são os erros perceptivos,

que assumem três aspectos principais: o indivíduo *modifica, troca ou cria* o percebido. Daí as três modalidades patológicas: *percepção modificada, trocada (ilusão) ou criada (alucinação)*. As *modificações perceptivas* dizem respeito ao *espaço* (aumento, diminuição ou deformação) e ao *tempo* (sensação de nunca visto, sensação do já visto, estranheza do mundo percebido). As ilusões e alucinações são classicamente divididas segundo os aparelhos sensitivos e sensoriais em causa (auditivas, visuais, olfactivas, gustativas, tópicas, cunestesicas, etc.).

2) Memória (faculdade retentiva)

A semiologia da memória deve apurar, inicialmente, se o distúrbio atinge a função total ou apenas um ou alguns dos seus quatro mecanismos parciais (fixação, conservação, evocação e reconhecimento). Verificar, a seguir, em que momento da memória incidiu o distúrbio, se em toda ela, se na fase anterior à moléstia, se na fase posterior, se apenas em rápidos instantes (distúrbios difuso, retrógrado, anterogrado ou lacunar). Por fim, identificar qual o tipo da lesão mnêmica (*quantitativa*: hipermnesia, hipomnesia, amnesia; *qualitativa* (dismnesias): ilusões e alucinações mnêmicas, criptomnesia, etc.).

3) Associação de idéias (faculdade conectiva)

Em nosso esquema, atribuímos à *associação* dois aspectos semiológicos fundamentais: um relativo à *velocidade* com que ela se desenvolve, outro relativo ao seu *curso*. Quanto à velocidade, pode haver, simplesmente, *aceleração* ou *retardamento* do trabalho associativo. Quanto ao curso, podem haver distúrbios vários, a que demos o nome global de *dissociações*. As *dissociações* de idéias (anomalias do curso da associação de idéias) são, sobretudo, quatro: *interceptação (bloqueio), perseveração, fragmentação e condensação*.

4) Ideação ou pensamento (faculdade discursiva)

Enquanto a associação é um simples trabalho de conexão do material psíquico, em transito constante, a *ideação* ou *pensamento* é uma fase mais alta e mais complexa da hierarquia representativa. É a fase chamada, em linguagem psicológica, do *juízo e raciocínio*, em que o material psíquico é, finalmente, elaborado em *ídeias*. A semiologia psiquiátrica tem-lhe dado, tradicionalmente, o nome de *ideação* ou *pensamento*. É, em suma, a cúpula do trabalho intelectivo, em que todo o material recolhido pela percepção, retido pela memória, unido pela associação, é submetido à atividade *discursiva* da inteligência, daí resultando as *ídeias e conceitos*, que constituem o material

psíquico em sua forma mais elaborada e categorizada. Trata-se, portanto, de um rato psicologico muito amplo e de fronteiras imprecisas, daí porque a sua semiologia é também imprecisa, precária, incompleta e, na verdade, altamente confusa.

Limitamo-nos, prudentemente, a reduzir a semiologia da ideação ou pensamento a dois aspectos exclusivos e simples: quanto à estrutura, quanto ao aspecto clínico. Quanto à estrutura, a ideação pode ser: *lógica ou lógica; coerente ou incoerente*. No tocante ao aspecto clínico, procuramos estabelecer as principais qualidades do pensamento: se *claro ou confuso, rico ou pobre, conciso ou prolixo, sensato ou extravagante, sério ou cômico, real ou irreal, atual ou primitivo*, etc.

5) Juízo (ou julgamento) (faculdade crítica)

Quem diz ideação ou pensamento diz juízo e raciocínio, pois são um só e mesmo fenômeno com nomes diversos em psicologia e em semiologia psiquiátrica. Dizendo melhor: o juízo e o raciocínio são as duas operações psicológicas fundamentais, que asseguram a elaboração ideativa ou do pensamento. Assim, não se pode separar, psicologicamente, o juízo do pensamento, pois que a sua relação é íntima e indestrutível.

Contudo, como já dissemos atrás, a hierarquia semiológica nem sempre obedece à psicológica. E temos aqui um exemplo típico. Estudando a ideação ou pensamento, ela estuda, implicitamente, o juízo e raciocínio. A seguir, porém, estuda separadamente o juízo ou julgamento, como o faz a maioria dos semiologistas, o que parece redundante. Tal maneira de ser tem perfeita justificação. O trabalho do juízo e raciocínio dá duas consequências psicológicas:

- 1) uma que diz respeito às *idéias e conceitos* em si, destinados às necessidades intelectuais do espírito;
- 2) outro que diz respeito à *atitude crítica* que tais idéias e conceitos impõem ao homem em relação à realidade externa e interna e aos valores éticos, sociais e outros. Convencionou-se estudar o primeiro desses dois aspectos (elaboração de idéias e conceitos em si, para as necessidades intelectuais) no pensamento ou ideação. Em vista da sua extraordinária importância semiológica e clínica, deu-se autonomia, sob o nome de *juízo ou julgamento*, ao segundo aspecto do juízo e raciocínio, isto é, à atitude crítica a que conduzem o homem diante do eu e do mundo exterior.

A nosso ver, a semiologia pode dividir o juízo em: juízo da realidade externa (hetero-crítico), juízo da realidade interna (auto-crítico) e juízo de valores (éticos, sociais, religiosos,

estéticos, etc.). A primeira tarefa do clínico será ver que modalidade do juízo está lesado no processo mórbido, ou se todas.

Como foi bem estabelecido pela maioria dos autores, os distúrbios do juízo decorrem, em suma, de um dos três mecanismos: de uma anomalia primitiva do próprio *juízo e raciocínio*, que *falseia* as suas conclusões e impõe uma atitude crítica errada ou deformada ao indivíduo; de uma anomalia ocasional do juízo e raciocínio produzida por distúrbios da percepção (ilusões ou alucinações); idem produzida por distúrbios da imaginação.

Quanto aos distúrbios em si, são *erros ou delírios*. Erros, as falhas críticas passíveis de correção mais ou menos pronta e completa. *Delírios*, as falhas amplas e extensas, inacessíveis à correção. Quanto ao conteúdo dos distúrbios, são os mais variados: perseguição, grandeza, enorridade, reivindicação, ciúme, ruína, auto-acusação, cético, místico, negação, reforma, invenção, influência, transformação do *eu*, transformação cosmica, etc., etc.

6) Imaginação (faculdade inventiva)

Destinada a mobilizar o material ideativo no sentido dos desejos, tendências e aspirações mais profundas do ser, a sua semiologia reduz-se, quasi exclusivamente, aos casos de aumento patológico da fantasia. Esse aumento reveste quatro feitiços: *mentira, fabulação, mitomania e delírio*. *Mentira*: deturpação intencional e maliciosa da verdade. *Fabulação*: entremeiar fatos e acontecimentos reais com fatos e acontecimentos irreais, seja por *déficit* da memória, seja por excesso imaginativo. *Mitomania*: criação integral, em todas as suas peças, de fatos e acontecimentos irreais, o que é feito de modo mais ou menos inconsciente, irresistível e despido de intenção maliciosa ou fraudulenta. *Delírio de imaginação*: um sistema bem estruturado e sistematizado de idéias falsas, em choque com a realidade externa, interna ou com os valores, e de origem imaginativa.

7) Linguagem (faculdade simbolizante)

Em nosso esquema, dividimos a patologia da linguagem em *distúrbios neurógenos e distúrbios psicogênicos*. Os neurógenos ou neurológicos são dois fundamentais: as *disfasias* (perturbação dos mecanismos e operações centrais de elaboração) e as *dislalias* (perturbação dos mecanismos e operações de emissão). As *disfasias* (ou *afasias*, como tem sido classicamente chamadas, parecendo-nos, contudo, mais adequado aquele nome) compreendem variedades, sobre que divergem muito as escolas (sensoriais e motoras, de recepção e de

transmissão, etc.), não nos cabendo debatê-las aqui. As *distalías* abrangem, a nosso ver, todas as anomalias da emissão, isto é, todos os fatos mórbidos que comprometam a palavra normal e correta. São três: as *gagueiras*, as *disartrias* e as *distomias*.

O psicopatologista não pode ser indiferente aos distúrbios neurógenos da linguagem, ainda porque são imprecisos e vaga os limites entre eles e os psicógenos. Assim, em sua análise, deve registar as anomalias neurológicas que encontrar. Verificando que nada existe de anormal no terreno da neurologia da linguagem (nem disfasias nem dislalias), cabe-lhe fazer a semiologia dos distúrbios psicógenos.

Como é natural, encara-se, separadamente, a linguagem *falada* e a *escrita*. Na linguagem *falada*, é preciso considerar: a voz, a emissão e o vocabulário.

A voz: quando à adequação, quanto às qualidades próprias e quanto às anomalias.

Adequação: se está adequada ou não ao sexo e à idade do paciente.

Qualidades: 1) se ha alterações da intensidade ou altura (aumentada: muito alta, gritada, estridente; diminuída: muito baixa, balbuciada, mucitada). 2) se ha alterações do tom (voz monótona). 3) se ha alterações do timbre (aguda ou grave em excesso).

Anomalias: 1) se ha maneirismo vocal (voz enfática, afe-tada, teatral, etc.); se ha disfarce vocal (imitando outro sexo; outra idade; outros seres (animais); outro timbre).

A emissão deve ser considerada: quanto à velocidade e quanto ao aspecto. Velocidade: pode haver aceleração (taquilalia) ou retardamento (bradilalia). Quanto ao aspecto: adequado ou inadequado (falar cantando, declamando, rezando discursando, etc.).

O vocabulário será também adequado ou inadequado. No último caso, quanto às palavras (estrangeirismos, neologismos, arcaismos, preciosismos, jargonaflasia, expressões obscenas, etc.) e quanto à sintaxe (erros de concordância e re-gência).

O mesmo esquema se aplica, com as devidas adaptações, ao caso da linguagem escrita. Considerar: a letra, a emissão e o vocabulário. Na letra, se é adequada (propria à idade, ao sexo e ao gráu de instrução), se ha alterações das qualidades próprias (tamanho, regularidade, firmeza, uniformidade e legibilidade), se ha anomalias tipo maneirismo (maneirismo gráfico: letra afe-tada, com disposições enfáticas; desenhada, rabiscada, enfeitada, simbolizada, etc.) ou tipo disfarce (imitando letra de outro alfabeto, de outra pessoa, ou letras impressas, etc.). A emissão: quanto à velocidade (taquigrafia

e bradigrafia) e quanto ao aspecto (adequado e inadequado). Inadequado quanto às palavras (arcaismos, neologismos, etc.) e quanto à sintaxe (concordância e regência).

8) Inteligência global

Todos os fatos psicológicos anteriores, desde a percepção até a linguagem, são operações parciais da inteligência, cuja finalidade é, em resumo: organizar as *idéias* para-a) a solução dos problemas vitais; b) as necessidades dialécticas do espírito. A soma desses fatos psicológicos resulta numa síntese complexa, a chamada *inteligência global*. É ela quem elabora e emprega as idéias para vencer, com rapidez, eficiencia e utilidade, as dificuldades de adaptação às novas situações biológicas, a todo momento. É ela, também, que desenvolve e assegura o jogo dialéctico puro, imposto ao psiquismo como condição imanente à sua estrutura.

Depois da semiologia das fases parciais, faz-se a semiologia da própria inteligência, afim de apreciar os recursos de que ela dispõe para o desempenho das suas tarefas (capacidade de solver os problemas vitais e os problemas dialécticos). Ou ela tem recursos iguais à média, ou os tem superiores ou inferiores à média (isto é, do homem médio normal). No primeiro caso, inteligência *normal*. No segundo, *supra-normal*. No terceiro, *infra-normal*. Esta última pode sê-lo por deficiencia congenita ou adquirida. A pobreza congénita comprehende os três gráus clássicos: debilidade, imbecilidade, idiotia, cuja avaliação varia com a escala empregada. A deficiencia adquirida o é por moléstias orgânicas cerebrais (sifilis, esclerose, traumas, alcool, etc.) e comprehende um gráu leve (*bradipsiquia*) e um grave (*demencia*).

B. — PLANO INSTINTIVO-AFETIVO.

O plano instintivo-afetivo é o plano fundamental e mais importante, sob todos os aspectos, da estrutura psicológica. Toda a base e, ainda mais, todo o esqueleto do edifício psicológico, é feito de material instintivo-afetivo. A inteligência e a vontade não possuem, a rigor, existência própria: existem em função da atividade do instinto-afeto. Todos os atos intelectuais e volitivos são condicionados pela afetividade, estímulo primário e indispensável que os anima, os dirige e os organiza. Sem inteligência e vontade, o psiquismo subsistiria, embora reduzido a um trabalho muito rudimentar. Jamais subsistiria sem a afetividade, pois perderia seu motor, sua força propulsora, nascida das profundidades do ser biológico.

A afetividade é a expressão psicológica do instinto. É o mecanismo psicológico pelo qual o instinto dá veículo às suas

preferências, desejos e imposições. Es planos de elaboração das idéias (inteligência) e de realização de atos (vontade) estão absolutamente ao serviço dessas preferências e imposições.

Semilogicamente, a afetividade oferece-nos quatro aspectos. O primeiro é o estado de satisfação ou insatisfação biológica em que o indivíduo se encontra, seja num momento dado, seja em geral. Esse constitue o fato afetivo mais elementar, também dito tono afetivo fundamental. É o *humor*. Vemos, a seguir, um importante mecanismo de defesa biológica, incumbido de repelir todos os excitantes violentos, agradáveis ou desagradáveis, mediante reações igualmente violentas. É a *emotividade*. Numa terceira fase, notamos que as preferências e desejos do instinto tomam o feitio de ligações mais ou menos permanentes e estaveis em relação com a família, com a sociedade e com o ambiente de trabalho. São as ligações afetivas ou *sentimentos*. Por último, como uma espécie de síntese das atividades intititivo-afetivas parciais, existe um fato psicológico de extrema importância em semiologia mental e que merece, sempre, uma observação autônoma: é o *interesse vital*.

1) *Humor* (estado de animo num momento dado).

A primeira tarefa do observador é verificar o humor do paciente, tanto nos momentos de exame, como no decorrer de sua vida hospitalar. Sendo o humor a expressão do mecanismo *prazer-desprazer*, duas hipóteses ocorrem de início: 1) o mecanismo *prazer-desprazer* está reagindo aos estímulos que lhe chegam; 2) não está reagindo, pelo menos em aparência, aos estímulos. No primeiro caso, o *humor* está *ativo*, no segundo *indiferente*. Se está ativo, outras hipóteses ocorrem: há um estado de satisfação média e equilibrada (*euforia*); há um estado de satisfação excessiva (*hiperforia*); há um estado de insatisfação relativa (*hipoforia*); há um estado de insatisfação acentuada, com reações intensas (*irritabilidade, impaciência, ansiedade, angustia, rancor, etc.* (*cacoforia*)).

O humor hiperfórico é o humor *excitado* ou *alegre*. O hipofórico, o humor *deprimido* ou *triste*. O cacofórico, a depressão irritável, ansiosa, angustiosa, impaciente, rancorosa, etc.

Outro aspecto semiológico do humor, que importa considerar, é o de sua fixidez ou oscilação. Tanto o humor normal (eufórico) como os humores patológicos (hiper, hipo e cacofórico, bem assim o indiferente), podem manter-se mais ou menos estabilizados ou, ao contrário, mostrar-se muito instáveis, assumindo, rapidamente, um feitio diverso ou oposto. Os vários tipos de humor podem ser, por isso, *estaveis ou labéis*. A verificação desses fatos é sempre de grande importância clínica.

2) *Emotividade* (reação aos excitantes-traumas).

A emotividade, como dissemos, é um aparelho de defesa bio-psíquica contra as violências que a todo o momento ameaçam o equilíbrio instintivo-afetivo. Nos indivíduos de caracterologia bem distribuída e uniforme, ela se mostra igualmente sensível a todos os estímulos. Naqueles, porém, em que a coesão caracterológica é deficiente (por ex., quando há um núcleo muito saliente de egofilia), o aparelho emotivo é profundamente afetado, mostrando uma sensibilidade específica, e quase sempre extensa e duradoura, em face de certos estímulos aparentemente mínimos, mas que traumatizam o citado núcleo. Constitue, neste caso, o que Krestchmer chamou a *estesia*. Torna-se, então, uma emotividade inadequada e concentrada, esgotando-se em face de alguns excitante e permanecendo indiferente, ou quasi, em face de outros mais significativos.

A semiologia da emotividade é relativamente simples. Quando o aparelho emotivo está normal, ele dá reações adequadas aos estímulos, tanto mais fortes e violentas quanto mais violentos e fortes estes últimos. Tornando-se patológica, ela pode dar respostas quantitativas: *nulas, diminutas ou exageradas*. Daí a *anemotividade*, a *hipo-emotividade* e a *hiper-emotividade*, sintomas muito característicos em muitas doenças mentais.

Além desses distúrbios quantitativos, a emotividade pode oferecer anomalias *qualitativas*: reações diversas ou opostas das que deveriam provocar os estímulos em causa (cólera a uma notícia agradável, riso a uma notícia contristadora, etc.).

3) *Sentimentos* (ligações afetivas).

Num plano mais elevado, estão os *sentimentos* ou ligações afetivas, ou, ainda, *afetividade* propriamente dita. São os nexos mais ou menos estaveis que prendem o indivíduo às pessoas, causas e fatos selecionados ou impostos pelas preferências instintivo-afetivas. Em primeiro lugar, os sentimentos relacionados com o meio imediato: família, ambiência profissional e social. Em segundo, pessoas, causas e fatos relacionados com atividades religiosa, cívica, política, culturais, humanitárias, etc. A nossa sentimentalidade é, portanto, um conjunto de inúmeros nexos afetivos, que nos ligam aos meios imediatos e aos meios próximos.

Os distúrbios são, também, de caráter *quantitativo* e *qualitativo*. Quantitativos: afetividade excessiva, diminuta ou nula. Essas anomalias de quantidade podem ser *parciais* ou *totais*. Parciais: há excesso, diminuição ou abolição apenas para um ou alguns objetivos afetivos. Totais: todos os nexos anteriormente existentes são atingidos. Assim: *hiper-afetivi-*

dade, hipo-afetividade e inafetividade (parcial ou total). Distúrbios qualitativos: reações e atividades afetivas de má qualidade (inadequadas, inoportunas, extemporâneas, absurdas, anti-biológicas, anti-éticas, etc.).

4) Interesse vital

É um fato psicológico sem autonomia nos livros e tratados de psicologia, mas ao qual resolvemos dar autonomia semiológica, pelo valor que nos apresenta em clínica. Definimô-lo como *a tensão instintivo afetiva em face dos objetivos biológicos*. Ele está no ácume do plano instintivo-afetivo e é como uma espécie de síntese das fases parciais já vistas, como a inteligência o é das operações parciais do plano representativo.

Quando normal, ele é essa tensão forte, orientada, oportunista e útil, que impõe o indivíduo a realizar os objetivos biológicos (lutar para subsistir e prolongar-se). É o que se vê em todos os indivíduos do mundo exterior situados dentro dos limites da normalidade psíquica. No tratamento dos doentes mentais, assistimos nitidamente, o ressurgir do interesse vital, à medida que vão melhorando e emergindo das psicoses.

As hipóteses semiológicas são simples: como nas outras fases da vida afetiva, podem haver distúrbios quantitativos e qualitativos. Mediante um interrogatório habil, verifica-se, sem dificuldade, se há interesse vital normal ou patológico; neste caso, se nulo, diminuto ou exagerado; ou se inadequado por qualquer motivo.

C. — PLANO DA VONTADE.

O plano da vida ativa ou da vontade é aquele em que se realizam todas as operações destinadas a promover a ação. A maior parte dessas operações se processa e chega à ação por incitações e comandos vindos diretamente dos desejos, tendências e impulsos da esfera instintivo-afetiva, sem transito pela elaboração intelectual consciente. Outra parte, a menor sem dúvida, chega à ação depois de transitar pela elaboração intelectual consciente. Dão a impressão de atos voluntários, frutos de pleno e livre arbítrio, quando a verdade é que a inteligência só faz dar justificacão dialéctica às impulsões e comandos irreverencáveis do instinto.

Do ponto de vista semiológico, o aspecto que primeiro nos chama a atenção na vida volitivo-ativa do indivíduo é a realização dos atos e gestos mímicos e motores. É a primeira impressão de atividade que o indivíduo nos dá. Contudo, essa atividade motora (marcha, gestos, mímica, etc.) só interessa ao psiquiatra no seu aspecto psicoséno. Pode-se dizer que a motilidade em geral tem um centro (ou centros) de direção e comando, e elementos ou centros de execução. Aquele é o hipo-

tético *centro psico-motor*, estes as vias piramidal e extra-piramidal. Os distúrbios exclusivos dos elementos ou centros de execução interessam à neurologia (síndromes piramidais e extra-piramidais). Ao psiquiatra importam os distúrbios do *centro psico-motor*, que se traduzem nas anomalias psicomotoras tão comuns em muitas enfermidades mentais. Assim, cabe-nos estudar, de início, a *psicomotilidade*. Em seguida, vemos o indivíduo deslocando-se no meio ambiente e tomando várias iniciativas imediatas e pessoais, de caráter fisiológico. Depois da marcha e dos gestos, são as suas primeiras operações ativas (procura e ato de alimentar-se, exonerar-se, dormir, repousar, assejar-se, asseiar o ambiente, etc.). São as *iniciativas fisiológicas*. Cumpridas todas essas iniciativas elementares, vem-lhe procurar desenvolver uma série de outras, que vão desde atos e tarefas simples até atuações complexas e transcendentes no plano familiar, profissional, social, político e outros. São *iniciativas superiores*, de fim utilitário, visando obter facilidades profissionais e sociais para o bem pessoal e da família. Ao conjunto dessas iniciativas cabe o nome de *pragmatismo*. Enfim, depois dessa visão detalhada da vida ativa, fica-se em condições de apreciar, conclusivamente, o grau de quantidade volitiva de que o indivíduo dispõe. Mas não só da quantidade como da qualidade da força ou *tono volitivo*. É o quarto e último aspecto semiológico do plano da vontade.

1) Psicomotilidade

É a soma das operações, atos e gestos, mímicos e motores, realizados para: a) auxiliar a expressão dos sentimentos, idéias e desejos (linquacem mímica); b) locomover e integrar o indivíduo no meio ambiente.

Dividimos os seus distúrbios: 1) quanto à *atitude psicomotora*; 2) quanto à *quantidade*; 3) quanto à *qualidade*. Quanto à *atitude*: *negativismo* (nodendo ser ativo e passivo; motor ou verbal) ou *sustentabilidade*. Quanto à *quantidade*: 1) pode haver *aumento*, seja em geral (viveza, excitacão, agitação, seja aumentos *narciais* (estereotipias, ticos, risos, caretas, etc.). 2) pode haver *diminuição*, seja em geral (pobreza, depressão, estupor simples, estupor catalentico) seja *narcial* (amimia, mutismo). Quanto à *qualidade*: *impossibilidade*, parcial ou total, de realizar atos e operações motoras em vista dos seus fins (*anoria*); realização de atos e gestos de modo inusual, afetados, enfáticos, extravagantes, cômicos, etc. (*maneirismos*).

2) Iniciativas fisiológicas

São as que primeiro e mais elementarmente aparecem no homem e nos animais. É de grande valor a sua verificação se-

miológica (se o doente é capaz de procurar a alimentação e de alimentar-se por si, de modo correto; se procura lugares próprios para excretar-se, se o faz de modo adequado e higiênico; se o mesmo faz em relação ao sono, ao asseio corporal e do ambiente, etc.).

Os distúrbios consistem: diminuição, abolição ou má utilização das iniciativas fisiológicas. Às vezes de todas, às vezes apenas de algumas entre elas, o que cumpre bem estabelecer.

3) Pragmatismo

É a capacidade de usar, de modo util, orientado e adequado, as *iniciativas superiores*, que visam, em essência, o progresso e o bem-estar do indivíduo e da família. Elas conduzem o indivíduo a procurar determinadas habilidades técnicas ou conhecimentos especializados; a procurar empenhar-se e progredir com uma profissão, aperfeiçoando o seu exercício; a melhorar as condições da família; a atuar no meio social em benefício próprio e dos seus; a desenvolver iniciativas relacionadas com suas tendências e inclinações (ciência, literatura, artes, cultura, esportes, teatro, cinema, religião, etc.).

Os distúrbios são os mesmos: *diminuição, abolição ou má utilização* das iniciativas pragmáticas. Daí o pragmatismo diminuído, abolido ou perturbado.

4) Tono volitivo

É a apreciação final e sintética da quantidade volitiva, da tensão, força e energia volitivo-ativas de que é capaz o indivíduo. A análise das fases anteriores dá perfeita indicação quanto a este aspecto.

Os distúrbios são, sobretudo, de *quantidade*: *hiperbulia, hipobulia, abulia* e *disbulias*. Muito interessantes e de alta importância clínica os últimos (disbulias): *impulsos, obsessões e fobias*. Nestes três sintomas há uma falência, permanente ou momentânea, do tono volitivo, vencido por um desejo que se transforma em ato (impulso), por uma idéia que se torna fixa (obsessão) ou por um medo injustificado que não se modifica (fobia).

Conduta hospitalar. — Costumamos finalizar a parte do exame psíquico dos nossos inquéritos psicopatológicos com um tópico dedicado à conduta hospitalar. Registamos aí a impressão que tivemos, direta ou indiretamente, do comportamento do paciente, durante o tempo de permanência no serviço. Nesse sentido, interrogamos diariamente os guardas e enfermei-

ros, para estar ao par de todos os fatos e acontecimentos concernentes a todos os doentes sob nossa assistência. A conduta hospitalar fornece dados preciosos, que ora corroboram as impressões dos exames funcionais diretos, ora (e isso acontece com frequência) as retificam e as colocam sob reserva. É muito comum acontecer que um doente pareça em boa situação funcional quanto aos planos psíquicos e apresenta, quando deixado a só na enfermaria, desordens graves de conduta, que contradizem as conclusões dos exames diretos. Cumpre confrontar, sempre, os dados das duas proveniências, para evitar erros e ilusões clínicas perigosas e desagradáveis.

Confusão mental por infecção focal dentária

DR. NELSON BANDEIRA DE MELLO

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DE ENFERMARIA DE CLÍNICA PSQUIATRICA DO H. C. E.
ASSISTENTE MILITAR DO INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA

O conceito de confusão mental ainda não está bem delimitado: há variações, pequenas embora, na estensão que lhe dão as diversas escolas psiquiátricas. Perlustremos sua evolução. Já Hipócrates e Galeno davam o nome de *phrenitis* ao delírio que aparecia nas febres agudas. Celso mostrou ter entrevisto a confusão mental, quando declarou: "antes de tudo é bom saber que, em certos acessos de febre, os doentes extravagam e fazem discursos desprovidos de sentido". Areteu dedicava todo um capítulo ao delírio que aparecia em todas as doenças agudas que descrevia. No século XVII, Willis assim definia o delírio: "é uma perturbação que se observa nos paroxismos das febres, na embriaguez e, às vezes, nas afecções chamadas histéricas, que levam aqueles, que são por ela atingidos, a pensar, dizer e fazer, durante um tempo muito curto, coisas muito absurdas". Pinel a incluiu no idiotismo; Esquirol, na demência aguda; Delasiauve descreveu-a sob o nome de estupidez e Baillarger considerou-a um estupor secundário a sentimentos melancólicos.

É a Chaslin, em 1895, que se deve o primeiro estudo mais importante sobre a confusão mental. Ao lado dos estados confusionais sintomáticos das pirexias e das intoxicações, esse alienista francês isolou a chamada "confusão mental primitiva idiopática", a que se chamou, posteriormente, de confusão mental propriamente dita. Mignard, adepto dessa concepção, assim a define: "é um estado mórbido caracterizado essencialmente pela obnubilação da lucidez (conciéncia clara e distinta), com suspensão mais ou menos pronunciada ou desordem geral da inteligência, da atividade psíquica e da sensibilidade, associada a sinais de auto-entoxicação orgânica.

Admite na etiologia da doença a ação de todos os tóxicos, dês o álcool à cocaína, de todas as infecções, desde a gripe à dotinenteria, mas chama a atenção para um ponto capital: para que se trate de confusão mental propriamente dita, é preciso que a afecção mental suceda no tempo à intoxicação exógena ou à infecção específica, e não lhe seja contemporânea. Sem o que não se trata de confusão mental primitiva idiopática, que pode ser consecutiva a essas diversas causas, e sim de um estado confusional sintomático da ação direta do veneno alcoólico, cocaínico, dotinentérico ou gripal.

Pouco depois de Chaslin, Regis pôs em relêvo o caráter de síndrome dessa entidade mórbida, insistindo em que ela não deve ser considerada como doença, pois esta estaria subacente e "representada, segundo os casos, por uma toxo-infecção causal ou uma doença do organismo, principalmente do sistema nervoso e do encéfalo". Esta é a concepção mais em voga atualmente em França e que pode ser sintetizada, com Porot, na seguinte definição: "é uma síndrome de insuficiência mental aguda, global, quantitativa e difusa, mas ordinariamente transitória e regressiva. Nisto ela difere dos estados deficitários congênitos, tais como a idiotia e os estados de atraso mental, ou dos estados demenciais que são também estados de insuficiência mental quantitativa, mas definitivos e permanentes; entre êles, existe a diferença radical que separa a doença das enfermidades. Síndrome quantitativa, a confusão mental se diferencia também da maior parte das outras síndromes mentais de ordem puramente qualitativa, que só atingem certas funções particulares do psiquismo (delírios sistematizados, desequilíbrio, mania, melancolia)".

Kraepelin estuda a confusão mental, parte entre os distúrbios mentais tóxicos, parte entre as psicoses infecciosas, cujas formas clínicas são: delírios febris, delírios infecciosos, confusão aguda (*amentia*) e estados de enfraquecimento infeccioso. Por essa classificação se norteiam de modo geral, os tratadistas alemães. Na Espanha, Mira, no capítulo das psicoses endotóxicas e psicoses infecciosas, estuda os distúrbios diabéticos e urêmicos, os disendocrinismos e as psicoses infecciosas e post-infecciosas; nas psicoses infecciosas distingue as síndromes "confusão mental", "delírio infeccioso", "amênia", "estupor", e "agitação motora paroxística".

Entre nós, a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em sua classificação, não contempla a confusão mental, mas inicia sua lista com as psicoses infecciosas e as psicoses autotóxicas. O professor Roxo, porém, engloba estas duas rubricas sob o título de "confusão mental", seguindo assim as pegadas dos professores Márcio Néri e Tei-

xeira Brandão, por achar que os quadros clínicos são sensivelmente idênticos.

Neste particular, o professor Roxo abandona por momentos o professor Kraepelin que, como sabemos, é o principal inspirador da sua, aliás nossa, escola, para aderir francamente a Regis.

Realmente achamos que a separação de quadros clínicos idêntico somente para atender ao fator etiológico — agente químico num, agente microbiano noutro — será lançar a confusão neste problema já tão pouco simples que é a confusão mental.

Não nos deteremos muito na sintomatologia. Dois elementos a definem: primeiro, a obnubilação confusional; segundo, o automatismo delirante. A obnubilação confusional, diz Porot, é uma dificuldade cada vez maior das percepções, um retardamento progressivo de todas as operações intelectuais, um quebrantamento que se acusa dia a dia em todos os modos de atividade psíquica, um véu cada vez mais espesso que desce sobre a consciência. O automatismo delirante é caracterizado, principalmente, pelo delírio onírico, assim chamado, porque nele o paciente vê formas incoerentes, ilógicas, de cores e dimensões as mais diversas, desfilarem diante de seus olhos, como num cinematógrafo. O elemento fundamental e constante é, porém, a obnubilação confusional.

O problema etiológico interessa-nos mais de perto. Como já vimos, as causas da síndrome confusão mental são tóxicas ou infecciosas. Não faremos uma enumeração total. As síndromes têm sido verificadas no decurso das infecções agudas e, principalmente, nas febres tifoide e paratifoide, nas infecções do aparelho digestivo, nas disenterias, no cólera, na pneumonia, na gripe, na erisipela, nas febres eruptivas, na febre recorrente, nas septicemias diversas, etc.

No parágrafo referente a "infecções de ponto de partida otorrino-faríngeo" do livro "Les syndromes mentaux", diz Porot: "independentemente desta sintomatologia confusional imediata, pensamos que um certo número de psicoses agudas ou subagudas, do tipo infeccioso, cuja origem não aparece à primeira vista, pode ser devido a infecções latentes de origem naso-faríngea, a sinusites desconhecidas, e temos observado vários fatos desta natureza". E descreve a seguir um caso de psicose confusional consecutiva a uma rinite purulenta. Em outra parte, refere também um caso de confusão devido à piorréia alveolo-dentária. O seguinte trecho é muito importante para nossa comunicação: "é sobretudo o fundo de obtusão confusional ou a presença de alucinações visuais que devem induzir o psiquiatra a pesquisar algum foco profundo ou alguma fonte infecciosa ignorada".

Roxo, na última edição de seu manual, refere-se a casos de confusão mental determinados por infecção focal em dentes e em outros órgãos.

Como vemos, não deve ser rara a confusão mental por infecção focal dentária. A raridade reside, provavelmente, no desconhecimento da relação causal.

No nosso caso, ouve infecção focal de acordo com o conceito de Billings, enquadrado na seguinte definição de Otto Meyer, citada por Ponce: "Por infecção focal entende-se uma infecção localizada em qualquer parte do corpo, que dissemina bactérias ou toxinas bacterianas na torrente circulatória e, por este meio, causa sintomas mórbidos em qualquer região do organismo".

As três condições de Assmann para o estabelecimento da relação causal entre o foco e a afecção à distância, isto é, 1º) que deve haver sucessão cronológica entre o foco infeccioso e a reação que se manifestou; 2º) que, após a atividade do foco inflamatório, provocada por irritação mecânica, deve haver um agravamento da infecção à distância e 3º) que, após a cura da infecção, deve haver uma regressão rápida dos sintomas mórbidos da afecção à distância, foram plenamente preenchidas, conforme veremos na observação, cujo resumo vamos expôr.

F. C. M., branco, natural do Espírito Santo, com 22 anos de idade, solteiro, comerciário. Preso por crime de deserção.

Antecedentes hereditários: Pai com 52 anos de idade. Mãe com 39 anos, sofrendo de anemia. Tem dois irmãos falecidos de causa que ignora e cinco sadios. Não há doenças mentais na família.

Antecedentes pessoais: Nascido a termo e de parto normal. O desenvolvimento físico efetuou-se sem particularidades dignas de menção. Frequentou escola dos 5 aos 14 anos, conseguindo chegar ao 4º ano primário. Aos 12 iniciou suas atividades no comércio, tendo ocupado apenas dois empregos. Aos 22 anos sentiu praga como sorteado, no 3º B. C. Durante três meses de vida militar não sofreu nenhuma punição. Vida sexual normal. Não tem hábito alcoólico. No passado mórbido refere sarampo, varicela, coqueluche, cachumba, blenorragia.

História da doença atual: Baixou em estado de agitação confusional. Completamente desorientado auto e alopsiquicamente, não figura na enfermaria um tanto angustiado, parecendo ser vítima de alucinações. Em sua fisionomia era visível o cansaço. A gesticulação e a míca eram inadequadas; passeava em volta do leito e por toda mica eram inadequadas; suas respostas eram incoerentes. Um exame sumário feito por ocasião da baixa revelou taquicardia, ausência de pontos dolorosos abdominais, nada de importante nos outros aparelhos. Temperatura sub-febril.

História criminal: Após a cura, conta-nos o paciente: no infecção sentiu apenas grande excitação nervosa e insônia. Compareceu à visita médica, sendo então socorrido. Logo depois ficou desorientado e perdeu-se nos terrenos próximos ao quartel, passando a ausente. Encontrado e levado à presença do Comandante, por um companheiro, foi punido com detenção por oito dias. Entretanto, seu estado agravou-se e o médico da unidade baixou-o a este Hospital, para onde viajou so-

zinho. Em meio da viagem, ao passar por C. I., desembarcou. Tinha então uma vaga idéia de que dali poderia ir à casa dos pais; a cidade já lhe era conhecida, pois por aí passaria, meses antes, a caminho de Vitoria, onde ia incorporar-se ao Batalhão. Após três dias de permanência em C. I., sem o menor aviso ao hotel em que se hospedara, afastou-se na direção de Alegre, onde residem os progenitores. Na viagem gastou cerca de 15 dias, alimentando-se principalmente de frutas. Foi encontrado por um conhecido vagando no cafezal de um cunhado e daí levado à casa dos pais. Conduzido ao quartel onde já passara a deserto, veiu o paciente imediatamente para este hospital. Dormia quasi sempre ao ruento; os pesadelos de natureza terrorista não lhe permitiam conciliar um sono duradouro.

A relação das alterações fornecidas por sua unidade, coincide, mais ou menos, com as declarações prestadas.

Inspeção geral: Leptossômico, muito descorado, em máu estado de nutrição. Dentadura mal conservada. Sistema piloso escasso; quase imberbe, com escassos pelos nas axilas e pube; peito e dorso glabros. Órgãos genitais pouco desenvolvidos. Não apresenta dismorfias esqueléticas.

Aparelho digestivo: Dentadura com falhas e numerosos dentes cariados. Ausência de pontos dolorosos abdominais.

Aparelho circulatório: Além da taquicardia, nada há digno de menção.

Aparelho respiratório: Assinala-se uma dispneia pouco acentuada, mas o exame clínico nada de anormal revela para o lado dos pulmões.

Aparelho gênito-urinário: Nada de anormal foi encontrado.

Exame neurológico: Estática normal. Ausência de Romberg. Nada de importante quanto a motilidade, sensibilidade e reflexos. Órgãos dos sentidos normais.

Exame psíquico: Paciente muito agitado, com gesticulação exagerada e mimica inadequada, muito desorientado no tempo e no meio, dando respostas muito incoerentes ou mesmo não respondendo nossas perguntas. A atenção era demasiado móvel, reagindo desordenadamente a qualquer estímulo, mas sem nenhuma capacidade de fixação: era uma distração de tipo confusional, por excesso de dispersão; a percepção estava muito diminuída quantitativamente; não conseguimos apurar a existência de alucinações, mas os pesadelos terroristas que reitere são indícios de que as tivesse. A memória também estava muito deficiente: não podia fixar material novo e tinha grande dificuldade em evocar o adquirido. A associação de idéias era lenta, difícil e muitas vezes incoerente. A afetividade estava embotada, a atividade psicomotora era exagerada, mas sem objetivo útil; o pragmatismo estava muito diminuído mesmo para os atos biológicos mais elementares: exonerava-se, frequentemente, no leito e sua alimentação era problema difícil, não porque se recusasse, mas porque, agitado e desorientado, não prestava suficiente atenção ao áto, exigindo a assistência permanente do pessoal do serviço durante a refeição.

Exames complementares: Escarro — Homogeneizado, pesquisa de B. Koch. Não foram encontrados (9.IV.940). Sangue — Uréia no soro — 0,50 0/00. R. Wassermann — negativa. R. Kahn — negativa (15.5.940). Homocultura para germes piogênicos — negativa (19.6.940). Pesquisa de hematozoário, prova de Frey — negativa (24.5.940). Eritrócitos 3.850.000, hemoglobina 52 por cento (18.5.940); eritrócitos 2.490.000 e hemoglobina 35 por cento (12.6.940); eritrócitos 3.760.000 e hemoglobina 45 por cento (4.7.940); eritrócitos 6.040.000 e hemoglobina 82 por cento (2.10.940). Fezes: Exames repetidos acusaram numerosos ovos de áscaris e raros de necator e tricocéfalo. Urina: Os caracteres gerais e elementos normais não apresentavam alteração importante. Entre os elementos anormais, encontravam

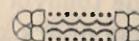
ram-se pigmentos e ácidos biliares, urobilina, vestígios de albumina e mucina, traços de indol e escatol. No sedimento, uratos, células epiteliais pavimentosas e leucócitos. *Exame oto-rino-laringológico* — nada de anormal nos ouvidos, nariz e garganta (24.10.940). *Exame uro-protológico* — Anus e réto com aspecto normal, sem pontos hemorrágicos (25.10.940).

EVOLUÇÃO

Poucos dias após sua baixa, recebeu o paciente os primeiros curativos no gabinete odontológico (12.4.940). O estado geral peiorou então consideravelmente. A temperatura, que se mantinha em torno de 37°, ascendeu a 38° e 39° e o paciente não pôde continuar o tratamento dentário. Foi feita intensa medicação visando a melhora das condições somáticas, que nesse período eram extremamente graves e, a 25.5.940, tivemos novamente nossa atenção chamada para o estado dentário. O doente fazia, então, repetidamente o gesto de quem queria extrair alguns dentes com os dedos. Ainda desta vez, a simples intervenção do odontólogo determinou uma exacerbação dos sintomas. Como já estávamos convencidos de que nos focos dentários residia a causa da moléstia, insistimos no tratamento. Foram feitas numerosas extrações, tendo a dentadura do paciente ficado reduzida a 10 dentes. As melhorias não se fizeram esperar. O psiquismo voltou rapidamente à normalidade. Mais lenta, contudo, foi a melhora das condições orgânicas, em vista da acentuada anemia que, por fim, cedeu a reiterado tratamento.

DIAGNÓSTICO

Confusão mental por infecção focal dentária. A anemia hipocrônica apresentada pelo paciente foi minuciosamente estudada pelo brilhante colega Dr. João Mendonça, que, futuramente, publicará os resultados de suas observações.



Um ano de funcionamento das enfermarias de Psiquiatria de Oficiais e Sargentos

(Resumo estatístico, comentários e sugestões)

DR. NELSON SOARES PIRES
1.º TENENTE MÉDICO

Vai aqui a síntese da atividade do P. N. P. (enfermarias de psiquiatria de oficiais e sargentos) do H. C. E.

Depois dos números e das reflexões que êles inspiram, a maneira de epílogo, aditamos as sugestões que nos parecem imperativas e exequíveis.

Dizem respeito exclusivamente à enfermaria em que trabalhamos, visto que só pretendemos falar das nossas necessidades.

Não sabemos se as dificuldades que registamos no fim são subscritas por nossos brilhantes companheiros; como as experimentamos, demos-lhe voz.

Sempre que fôr o caso lançaremos os dados estatísticos em apoio de nossas sugestões (apezar da exiguidade numérica). E foi sempre possível apoiá-las com as nossas intenções.

Talvez algo do que lembramos não tenha viabilidade administrativa; a inviabilidade todavia não a presumimos.

Estatística pequena, que apura o movimento duma enfermaria militar rigidamente regulamentada, não demanda aquele sexto sentido necessário para homogeneizar e interpretar os dados, como ocorre em certas outras estatísticas. As conclusões que a estatística impõe são conhecidas de todos os que trabalham no P. N. P. e, portanto, nada têm de "épatantes"; só a sinceridade...

De abril de 1940 a abril de 1941 à Enfermaria de Oficiais e Sargentos (Psiquiatria) baixaram:

81 militares e 13 funcionários civis do M. G. (afôra civis, parentes de militares, que não foram computados nêste trabalho).

Dos 81 militares:

53 da ativa e 28 da reserva.

Dos funcionários:

11 da ativa e 2 aposentados.

Dos 81 militares:

27 são oficiais.

Dêste grupo (oficiais):

12 eram da ativa

15 eram reformados.

A) — Os 12 militares da ativa baixaram por motivos vários, mas nunca espontaneamente.

Dêstes 12:

4 foram julgados incapazes definitivamente, sendo:

2 por esquizofrenia

2 por psicose maníaco-depressiva.

3 foram licenciados e aguardam nova inspeção; são:

Neurolues — 2

Personalidade psicopática — 1.

2 Acham-se em observação

1 foi observado com resultados negativos

1 faleceu (paralisia geral)

1 reverteu curado (confusão mental).

Entre os 4 julgados incapazes definitivamente, 2 estavam curados, apesar disso, devido aos dispositivos em vigor, foram incapacitados.

Para estabelecer a proporção de curas:

Destes 12 excluiremos:

2 que se acham em observação;

1 com observação negativa.

Restam 9:

2 esquizofrênicos — 1 melhorado

2 psicoses maníaco-depressivas - remissão total obtida por terapêutica

2 neuroluéticos — 1 melhorado
1 personalidade psicopática
1 faleceu (paralisia geral)
1 confuso — curado.

3 curas (33 %), 2 melhoras (22%), 1 falecido (11 %), 3 inalterados, (33 %).

Quanto aos postos:

4 julgados incapazes definitivamente: 1 major, 1 capitão e 2 primeiros tenentes
3 licenciados: dois capitães e um primeiro tenente
1 reverteu
2 em observação: um capitão e 1 segundo tenente
1 observação negativa: um tenente-coronel
1 faleceu: um primeiro tenente.

B) — 15 oficiais da reserva:

Baixaram por motivos vários: entretanto predominaram os motivos: distúrbios de conduta, razões econômicas e delitos. Outros doentes vieram da antiga S. M. O. no Hospital de Psicopatas da Praia Vermelha.

Discriminação pelo diagnóstico e pelo resultado terapêutico:

3 esquizofrênicos: 1 curado, uma boa remissão, 1 crônico
4 alcoolistas crônicos
1 psicose maníaco-depressiva
1 artério-esclerose cerebral — faleceu
1 psicose de involução — crônico
1 paralisia geral — crônico
1 tóxico-mania — melhorado
1 episódio delirante dos degenerados — melhorado
1 psicose paranoide de reação — crônico
1 demência senil.

Deste grupo, todos — exceto dois — são psicopatas crônicos já reformados por moléstia mental. Trata-se, portanto, de doentes crônicos e, o que é mais: alguns, logo que melhorados, procuram (e têm direito) alta. Daí o baixo teor das curas (um só curado). Releva notar que este curado é um esquizofrênico com 9 anos de psicose. Houve outra cura, esta parcial, em doente com 7 anos de esquizofrenia. Em ambos, a terapêutica empregada foi o método de Meduna.

Dos 81 militares, os restantes 54 são sub-tenentes e sargentos; deles:

41 eram da ativa, e 13 da reserva.

C) — Dos 41 da ativa:

21 foram julgados incapazes definitivamente.

Discriminação por diagnóstico e resultado terapêutico:

6 paralíticos gerais — 5 cronificaram-se e 1 melhorou
4 neurolues — 2 melhoraram, 2 cronificaram-se
4 esquizofrênicos — 3 melhoraram e 1 faleceu (T. P.)
.. 1 paranoia (de ciumes) — crônico
1 alcoolismo — crônico
1 personalidade psicopática — inalterado.
1 paraфрênia — crônico
1 epilepsia — inalterado
1 neurose de angústia — persistente
1 neurose traumática — persistente.

21

Dos 20 restantes:

4 foram licenciados e aguardam nova inspeção. Todos 4 com neurolues
3 tiveram alta logo que concluída a observação requisitada por autoridade de fóra do Hospital:

1 — Neurolues
1 — Esquizofrenia
1 — Neurastenia.

2 acham-se em observação
2 faleceram:

1 paralítico geral
1 tabido-paralítico.

1 — Observação negativa
8 — Acham-se curados:

1 psicose gripal
1 psicose infecciosa
1 confusão mental autotóxica
1 neurolues
1 sífilis secundária c7manifestações meningéias
1 depressão reacional com tentativa de suicídio
1 histeria
1 esquizofrenia reativa.

Evidentemente, dêstes últimos 20 não é possível traçar estatística de cura em vista dos destinos extra-hospitalares que tomou a maioria dos sub-grupos (licenciados, altas por conclusão de observação, etc.).

D) — Os 13 sargentos da reserva têm os seguintes diagnósticos e resultados terapêuticos:

Esquizofrenias — 3, 1 melhorado.

Alcoolismo — 2. Inalterados.

Artério-esclerose cerebral — 2. Crônicos.

Paralisia geral — 1. Melhorado.

Psicastenia — 1. Melhorado.

Parafrenia — 1. Crônico.

Psicose maníaco-depressiva — 1. Em tratamento.

Psicose febril — 1. Curado.

Dilírio de surdez — 1.

E) — Dos 11 funcionários (do M. G.) da ativa:

2 foram julgados incapazes:

1 — Neurastenia

1 — Encefalopatia.

2 faleceram:

1 no decurso da insulinoterapia

1 confusão mental.

3 foram licenciados:

Psicastenia

Neurolues

Esquizofrenia.

3 acham-se curados:

Neurolues

Neurastenia

Psicose alcoólica aguda.

1 observação negativa.

F) — Os dois funcionários civis do M. G., que já eram aposentados, ao baixar tiveram os diagnósticos:

1 — epilepsia

1 — psicose maníaco-depressiva.

CONSIDERAÇÕES

A) — No grupo de oficiais da ativa a distribuição por diagnóstico nada apresenta digno de especiais reparos; não há acumulação percentual singular. Há mais oficiais doentes dos primeiros postos, o que é natural, porque é maior o número absoluto dos mesmos; numericamente predominam as 4 psicoses endógenas nessa quantidade escassíssima de 9 doentes.

B) — No grupo de oficiais da reserva há, digno de menção, os seguintes reparos, aliás heterogêneos:

1.º O mau prognóstico, pelos motivos já assinalados.

2.º Predominância do alcoolismo (26,7 %). Os 4 representantes são todos reformados administrativamente em postos iniciais e têm pequenos vencimentos.

3.º Quase todos os reformados procuraram o hospital por uma das 3 razões: ou exhaustos economicamente, após peregrinação pelos sanatórios civis, ou sem necessidade de hospitalização, abrigaram-se no P. N. P. por não poderem manter-se no meio civil, à vista do crescente custo da vida (mais comum entre solteiros) ou por delito. Alguns já têm muitos anos de hospitalização (vieram do Hospital Nacional).

4.º Exceto um, todos são de postos iniciais. Predominam ainda os tenentes sem curso. Este item explica parte do antecedente.

5.º Fica assim patenteado que os oficiais reformados em melhores condições econômicas não chegam ao P. N. P. Encontram-se certamente nos estabelecimentos particulares civis; isto ocorre igualmente entre os de postos baixos, mas êstes exaurem rapidamente as finanças.

Há um reparo talvez justo:

Todos os oficiais da ativa baixaram compelidos ou pouco menos. Os motivos parecem claros: repugnância pelo estigma de doença mental, pleno conhecimento dos riscos de incapacitação, situação financeira mais desafogada permitindo consultar o médico de particular confiança.

C) — Sobre os sargentos da ativa acreditamos em relêvo:

1.º A brutal proporção das moléstias sifilozéticas:

entre os incapacitados — 47,6% (10 em 21)
 entre os licenciados — 100% (4 em 4)
 entre os falecidos — 100% (2 em 2)
 entre os curados — 0% (0 em 8)
 entre os melhorados — 37,5% (3 em 8).
 entre todos os sargentos da ativa baixados — 35,6% (19 em 41).

2.º São raros, mas existem os sargentos que procuram espontaneamente baixar à enfermaria fechada de psiquiatria. Talvez a premência da moléstia (era sempre grave), a exiguidade de recursos financeiros, aliadas ao menor conhecimento dos riscos de incapacitação expliquem a espontânea procura do hospital.

3.º A nítida predominância numérica de sargentos da ativa baixados sobre oficiais da ativa baixados explica-se (pelo menos em parte) com a grande predominância numérica de sargentos da ativa sobre oficiais da ativa.

4.º As psicoses de situação, que com tanto alarde figuram como tendo afinidade com os meios militares, não aparecem nas proporções proclamadas, apesar de termos a atenção desperta para elas (uma paranoíia). Surgiram entretanto 3 neuroses entre os sargentos e 0 entre oficiais. Explica-se: via de regra os oficiais vão à consulta externa e não baixam ao Hospital por esse motivo (vêr considerações sobre o grupo A e a 2.ª do presente grupo).

5.º A elevada percentagem de incapacidade definitivas de sargentos (50,4%) comparativamente à dos oficiais (33%) deve reconhecer como causa importante o subido acréscimo das afecções sifilíticas. Mas com os dados que conseguimos é impossível adeantar qualquer outra conclusão ou diferenciação entre as neuroses e psicoses verificadas nos oficiais e as verificadas nos sargentos. Isto que interessaria à Psiquiatria social, e que daria informações interessantes sob outros pontos de vista psicológico-militares, não pôde ser feito conclusivamente pelos seguintes motivos:

Parece-nos que é excessivamente pequeno e irreal o número de oficiais e sargentos da ativa baixados. Mas, isto ocorrendo em proporções desiguais, adultera os resultados, que seriam ilegítimos e até antipáticos.

D) — Sobre o grupo de sargentos da reserva baixados ocorre-nos acentuar:

a) Que o número ainda é menor que o de oficiais reformados, muito embora o número absoluto seja maior. Suspeitamos perceber as razões: Provavelmente sucede com êles o que acontece nos meios menos cultos e mais pobres: são por motivos econômicos "tratados" em casa, vagueiam pelos vários centros da charlatanice, espiritismo, etc., públicos esporadicamente a hospitais públicos, refugiam-se com a família em povoados afastados dos centros onde suas anomalias despertam menores consequências e onde praticam uma atividade de qualquer reduzida, elementar e pouco variada.
 b) Repete-se com êles o que sucede com os oficiais reformados: os solteiros são abandonados à hospitalização indefinida e os que têm família são logo exigidos de volta. Há, naturalmente, exceções a esta regra, mais frequente na sua primeira parte.

E) — Sobre o grupo dos funcionários civis em atividade há de importar:

1.º O pequeno número de incapacitados (2 em 11) dada a maior margem de tolerância inerente à qualidade de civis (operários, escreventes, inspetores, etc.).

Fato que merece registo é que, devido à acessibilidade econômica da hospitalização, parece acentuar-se o número de civis (parentes de militares) que baixam ao P. N. P.

SUGESTÃO

Da estatística apresentada (embora pequeníssima) resulta que:

1.º É reduzido o número dos que procuram espontaneamente os serviços fechados de psiquiatria.

2.º São, ao contrário, elevadas as percentagens de incapacitação, justamente porque, quando estes casos chegaram ao P. N. P., já eram incuráveis devido ao tempo decorrido (atente-se, por exemplo, que de 6 paralíticos gerais, 5 cronificaram-se; de 4 neuroluéticos, 2 cronificaram-se; esta proporção ultrapassa, no mau sentido, os limites habituais. E, no entanto, houve o maior rigor terapêutico: é que os índices mais altos de cura são obtidos com os casos recentes e os nosos eram já muito antigos, não mais suscetíveis de regressão total. Faltam-nos os meios de, *em época útil*, despistar e recolher os doentes ao hospital).

3.º Elevada percentagem de afecções neuro-sifilíticas.

Fóra da estatística, há que considerar:

1.º É elevado o número de consultentes que espontaneamente buscam assistência externa. A assistência prestada é naturalmente precária, espaçada e deficiente. Além disso elas consomem tempo do médico, com prejuízo do serviço interno.

2.º Não existe serviço de psiquiatria para os egressos do hospital (para os curados parcialmente, para os doentes que não necessitam de tratamento em hospital fechado, para aqueles que devem continuar o tratamento ambulatório, etc.).

3.º Não existe serviço apropriado para tratar dos chamados "pequenos mentais", que evitam os hospitais fechados (com razão quase sempre).

4.º Doentes há que têm alta "por terem obtido licença para tratamento fóra". Isto pediram para iludir a reclusão hospitalar. Tratam-se fóra (ou não se tratam absolutamente) e, ao fim da licença, devem ser reinspecionados; portanto, torna-se necessária nova baixa, novos exames de toda ordem e renovam-se todos os inconvenientes da assistência em hospital fechado (fica a estigmatização mesmo quando o doente é puro neurótico; o clima nesocomial é-lhe nocivo, a baixa é *improdutiva*, se não *deletéria*, e *cara*).

Assinalámos apenas aquilo que podemos resolver. E resolver com providências relativamente singelas, a saber: Organização de uma "Secção Aberta", à qual estaria afeto o ambulatório de psiquiátria. A secção aberta, à semelhança de todas as secções abertas que existem:

1.º Hospitalizaria os chamados pequenos mentais que veriam ladeados alguns dos inconvenientes do hospital fechado — o ambiente constituido pelos "grandes mentais", a estigmatização —, e conservariam o contato constante com o meio externo (saídas facilitadas).

2.º Teria, graças ao ambulatório, a missão de despistar, logo no início, os doentes mentais curáveis: esquizofrénicos, neuroluéticos, paralíticos gerais incipientes, etc. Após o diagnóstico ocorreria ou a baixa ao serviço adequado (secção aberta ou fechada) ou o tratamento ambulatório. Evidentemente o serviço aberto deverá dispor do laboratório.

3.º Daria assistência a todos os egressos do hospital fechado que ainda não podem dispensar assistência médica.

4.º Acompanharia compulsoriamente a evolução dos que obtiveram licença para tratar-se fóra.

5.º Estaria articulado com qualquer organização militar que se venha a constituir para o combate à família, de modo a efetuar, periodicamente, a punção dos sifilíticos "averés". Enquanto não se organiza a campanha, o serviço só poderá limitar-se ao exame especializado dos luéticos que descobrir ou que lhe forem enviados.

A criação do serviço aberto evidentemente:

1.º Aumenta poderosamente a eficiência da assistência psiquiátrica do Exército, porque:

a) Pelo ambulatório vai recolher doentes em período útil de tratamento e, com isso, reduzir, de muito, o índice de incapacitados e crônicos. Isto é, diminuir este peso morto para o Estado, além de beneficiar os servidores dêle.

b) Prolonga a assistência psiquiátrica até fóra do hospital.

c) Promove a afluência de muitos doentes militares que até então evitavam a assistência psiquiátrica sob a forma de hospitalização.

2.º Alivia o serviço hospitalar das consultas externas que lhe são prejudiciais.

3.º Consulta também os interesses econômicos dos doentes externos.

Caso de ambulatório

DR. OTAVIO AMARAL

CAPITÃO MÉDICO, CHEFE DA 17.ª ENFERMARIA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

A. C., 32 anos, sexo feminino, vem à consulta porque tem, há dois anos, tosse pertinaz, seca, espaimódica, cujos paroxismos se agravam e amiudam à noite. Fez três radiografias do torax; todas concordam na ausência de sináis patológicos no coração e pulmões. Já se submeteu, com paciência beneditina, aos mais diversos tratamentos: inhalações, vaporizações, instilações, ondoterápia, vitaminoterapia, homonoterapia, etc., etc. Há seis meses foi operada do septo (ressecção sub-mucosa) e das amígdalas (amigdalectomia). E a tosse aí está obsidente, quintosa, acompanhada, às vezes, de fenômenos asfíxicos.

Tão descoroçada se sente em obter a cura, que já se resignou com o que julga ser mais uma de suas misérias (sic). Católica praticamente, cita-me o pensamento de S. Francisco de Sales: "O conhecimento das nossas misérias não nos deve inquietar, mas antes alegrar o espírito que, assim, ganha armas contra o amor próprio e a bôa opinião que cada um de si tem".

O marido, porém, é que se não conforma com as esperadas obrigatorias.

Exame local:

Fossas nasais — Ausência de secreção, boa coloração da mucosa, septo direito; boa ventilação.

Garganta — Pequenos folículos linfáticos isolados na parede posterior do faringe, lojas amigdalianas limpas e bem cicatrizadas.

Laringe — Nitidamente normal.

Ouvidos — Examinei-os, finalmente, mas por dever de ofício. Tímpanos de aspecto normal; boa audição; bom equi-

librio. No conduto auditivo direito, uma rôlha de cerume firmemente aderente à parede inferior. Removi-a, sem dar-lhe outra importância, senão a de fazer alguma cousa.

Uma semana depois, volta a doente para agradecer-me. Com o tampão, foi-se a tosse.

Solicitei um rápido exame.

Dois sinais encontrei que explicavam o milagre:

- 1º) hiperexcitabilidade do conduto auditivo;
- 2º) exagêro do reflexo óculo-cardíaco.



Síntese biotipológica

.....
 (Doutrina — Classificações — Conceitos)

Cap. Dr. PAIVA GONÇALVES

DOCENTE DA UNIVERSIDADE DO BRASIL E DA ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA DO RIO, CHEFE DO SERVIÇO DE OLHOS DO H. C. E.

“Une rose diffère toujours d'une autre rose; un oeuf, une aiguille, un lion, un aigle, un homme ne ressemblent jamais parfaitement à une autre créature de leur espèce”, disse-o LAVATER em “L'art de connaitre les hommes par la physiognomie” quando lançou as bases da fisiognomia. Tal assertiva não é difícil de ser provada pois “todo lo que vive es incansantemente desigual” (INGENIEROS). Difere o indivíduo por suas características morfológicas, temperamentais e caracterológicas de um outro da mesma espécie, como difere de si mesmo em cada momento da existência, em função de suas reações endócrino-humorais, de contingências climáticas, alimentares, posturais, etc., para não falar das modificações que a cada unidade de uma espécie ou classe imprime o plasma germinativo. Mas esta variação, essas diferenças individuais embora sejam, por assim dizer, tão numerosas quanto os indivíduos, não são caóticas. É sempre possível ao espírito científico descobrir entre elas relações (BERARDINELI) pois até “o vento que sopra tem condições precisas e leis fixas” (TAINE). Essas variações obedecem à lei estabelecida por QUETELET, segundo a qual há uma série de variação contínua cujo valor médio é ladeado homologamente pelos valores em excesso e pelos deficitários, numa distribuição semelhante à que se obtém desenvolvendo o binômio de Newton ($a + b$)ⁿ.

Na verdade, a aplicação desta lei em biotipologia permite reunir de algum modo os indivíduos, estabelecendo grupos ou tipos com caracteres morfológicos e humorais muito parecidos entre si.

Apesar de à biotipologia só interessarem fatos particulares, por ser a “ciência do individual” (VIOLA), a “biologia da pessoa” (BRUGSCH), todavia necessário se torna para disciplina do estudo e caracterização dos indivíduos, definí-los, classificá-los e padronizá-los, muito embora saibamos, de antemão, que jamais chegaremos a descobrir indivíduos que se ajustem integralmente aos tipos padrões criados pelos constitucionalistas. Aliás, em todas as classificações biotipológicas até hoje propostas e aceitas, há uma certa plasticidade, e isso porque não tem sido possível aos autores estabelecer classificação a coberto de grandes reparos. Cada indivíduo é algo diferente de um seu semelhante “como o são dois grãos de areia”. Todavia essa variação, desordenada na aparência, obedece, como dissemos, à lei de QUETELET e GAUSS.

Antes, porém, de descrevermos os vários tipos, digamos qual o conceito que devemos ter de CONSTITUIÇÃO, qual a concepção de temperamento, qual a orientação morfológica mais razoável, sem com isso tentarmos fazer, de maneira alguma, recapitulação histórica das idéias constitucionalistas.

Para TANDLER e BAUER constituição significa sómente o conjunto dos caracteres que JOHANSSEN denominava *genotípicos*, isto é, caracteres hereditários; os adquiridos ou condicionais, dependentes da ambientação e chamados também por JOHANSSEN de *paratípicos* constituiriam apenas “condição”. Para aqueles dois autores, ao falarmos de *fenótipo* (o indivíduo da escola italiana, em que estão somados caracteres adquiridos e hereditários) devemos subentender “constituição corpórea” (Körperverfassung).

PENDE, todavia, considera a constituição como a “resultante morfológica, fisiológica e psicológica, variável de indivíduo a indivíduo, das propriedades de todos os elementos celulares e humorais do corpo e também de sua combinação em um tipo especial de composição corpórea, em um estado celular especial, possuindo um equilíbrio e um rendimento funcional próprios, uma determinada capacidade de adaptação e uma dada maneira de reagir aos estímulos do ambiente. Tal resultante é determinada pelas leis de hereditariedade e, acessoriamente, pelas ações perturbadoras exercidas pelo ambiente sobre a atuação do plano hereditário de organização”.

Nessa definição estão compreendidos *temperamento* e *carácter*, aquele formando a parte fisiológica do indivíduo e esse a psicológica.

Outros autores, como LAIGNEL-LAVASTINE e LEVY, fazem distinção entre os três elementos, dando à constituição um valor puramente morfológico, ao temperamento um sentido dinâmico e ao caráter o significado de expressão psicológica.

Nós entendemos constituição como quer a escola italiana e, por esta razão, fazemos nossa a definição de GIOVANNI:

"Constituição é todo conjunto de atributos morfológicos, psicológicos e fisiológicos do organismo em mútua e imediata correlação entre si, formando um carácter necessário do indivíduo e estabelecendo-se através a ontogênese, por fatores hereditários e condicionais, os quais, em uma interferência harmônica, determinam os próprios êrros evolutivos dos seres".

Tal modo de conceber a biotipologia contrapõe-se ao conceito localístico ou organístico, e fundamenta o critério unitário, o qual decorre, como bem o diz CASTELLINO, da fisiologia das correlações, segundo a qual íntimas relações de sínnergia e de dependências mútuas, morfológicas, embriológicas e funcionais unem entre si os vários órgãos e aparelhos do organismo em todas as fases da ontogênese, da maturidade e da involução fisiológica.

Não devemos, portanto, querer distinguir nos caracteres, os que são dependentes de fatores hereditários dos que surgem por influência do ambiente. Os fatores condicionais agem sobre cada individualidade de um modo selecionado, de conformidade com os caracteres hereditários, compreendendo sob esta denominação tanto os resultantes das ações blastofóticas como os que se produzem por causas etiológicas intrínsecas ao germe e ao seu idiossoma germinativo, isto é, a embriofília, desprezando-se deste modo a distinção pretendida por TOENNIESSEN no dos caracteres hereditários.

Com isso reafirmamos que o conceito de constituição deverá englobar os caracteres hereditários e condicionais, tanto mais quanto a variabilidade individual, da qual derivam as diversas formas de desvio do tipo médio normal, está subordinada como afirmam PENDE e BAUER, ao mesmo tempo às leis de herança e a ação ambiente, as quais cooperam em uma harmonia tão íntima que não podemos distinguir umas de outras.

Não será bastante, por conseguinte, praticarmos medidas de órgãos e vasos, como o fez BENEKE, em Marburgo (1878 a 1881), manipulando um sem número de cadáveres com o intuito de formular as leis de correlação, segundo as quais haveria duas combinações anatômicas fundamentais: uma com tendência hipoplástica, caracterizada por desenvolvimento deficiente de coração, artérias, fígado, intestinos, mas com pulmões relativamente grandes, e outra com tendência oposta; cada um deles possuindo peculiaridades mórbidas próprias.

Não é suficiente, tampouco, ficarmos limitados ao método funcional de KRAUS que deduz o valor fisiológico global de todo o organismo estudando uma só função ou o de MARTIUS, em que os tipos são criados de conformidade com as funções, pelo que existem indivíduos-típos com enfraquecimento do estômago, dos rins, com determinada combustão do açúcar, etc., etc., como não é satisfatório ficarmos adstritos à classificação dos biotipos que só leva em consideração a maneira como se comporta o sistema nervoso sob ação de substâncias ditas vagotrópicas (atropina, pilocarpina) ou simpaticotrópicas (adrenalina), fazendo com que EPPINGER e HESS chamassem uns indivíduos de vagotônicos e outros de simpaticotônicos.

Temos que estabelecer relações entre a antropometria externa e a interna, pesquisando em um grupo numeroso e homogêneo de indivíduos, tal como DI GIOVANNI. Esse autor aproveitando-se dos trabalhos iniciais de BENEKE, lançou os fundamentos do método constitucionalístico, com uma parte morfológica e uma outra funcional, concluindo pelo princípio de que a cada tipo morfológico corresponde determinado tipo funcional.

O simples enunciado desses fatos mostra a grande importância clínica do estudo da doutrina constitucionalística. Este conceito extende-se mesmo ao da predisposição (1) que, no definir de CASTELLINO, é "uma intrínseca eletividade para determinadas doenças dos órgãos e aparelhos, variável qualitativa e quantitativamente de um indivíduo para outro e devido a caracteres constitucionais mórbidos expressos por insuficiências ou verdadeiras anomalias morfológicas e funcionais dos órgãos e sistemas orgânicos".

Do estudo da antropometria anatômica e do da funcional combinada ao do sistema nervoso vegetativo segundo EPPINGER e HESS e ao do sistema endócrino como o fazem CASTELLINO, VIOLA e PENDE, e bem assim da relação dos tipos psiquiátricos e constitucionais estabelecidos por KRETSCHMER, chegamos às combinações mórfico-fisiopsicológicas cujo conhecimento é de grande importância em medicina curativa e preventiva. E isso sem olvidar que "tutto ciò, che nell'individuo segna una desarmonia, o un'anomalia nel processo d'el'evoluzione ontogenetica é fonte ou pui essere fonte di morbosità" e que a morbilidade é tanto mais acentuada quanto

(1) — Devemos entender por constituição anômala ou temperamento anômalo o que contém múltiplos caracteres anômalos, e por anomalia constitucional o carácter que varia, afastando-se do tipo médio de modo a não poder entrar nos limites dentro dos quais oscila a forma normal desse tipo, calculada a amplitude das oscilações da média normal de cada carácter pelo método das curvas seriadas de frequência, aplicado por VIOLA à morfologia clínica, a maneira de QUETELET em biologia.

mais os caracteres individuais estão desviados do tipo considerado como médio ou normal, seja em excesso, seja por deficiência.

Contudo, a variação de um só caracter, como acentua CASTELLINO, além dos limites da média normal, não raro é desvirtuada de significado clínico, pois existem muitas variantes que são compatíveis com a conservação não só da vida como também de boa saúde. Maior importância, continua o mesmo Autor, possue a concomitância de muitas anomalias, por ser expressão de perturbações evolutivas e funcionais muito complexas.

São as individualidades com várias anomalias que constituem o temperamento anômalo de Pende, isto é, o estado premórbido, de gravidade menor que a diátese — constituição anômala em que simples estímulos exógenos fisiológicos bastam para causar a doença.

Pelo exposto, vemos que muito importa conhecer a individualidade humana estabelecendo os tipos normais e suas variantes.

Determinar a "constituição individual, diz ROCHA VAZ, é imprescindível no momento atual dos conhecimentos médicos, não só para conhecer a sua influência sobre as predisposições às doenças e sobre os múltiplos aspectos que elas revestem, intruindo assim o prático para melhor conhecê-las e curá-las".

Os conceitos doutrinários variam, como vimos, com as escolas constitucionalísticas. Ficaremos, porém, fieis à italiana com a concepção de que a biotipologia "é ciência da variabilidade correlata individual dos caracteres anatômicos e funcionais, físicos e psíquicos, evidentes e latentes (VIOLA), ciência, em suma, da variabilidade de todos os caracteres, mesmo os patológicos. É esta variabilidade provada que nos permite falar em constituições individuais, em problemas do individual, em unidade na multiplicidade".

Devemos portanto atentar no fato de que "tudo que pertence ao universal da biologia ou do reino animal, ou da espécie humana, ou da raça humana, não toca o problema da variabilidade individual, não pertence à ciência das constituições" (VIOLA).

No polígono de variação do grupo étnico, disse-o, ainda, o grande VIOLA, podemos distinguir tantos indivíduos e todos diferentes entre si; mas a experiência ensina que é possível reuní-los em grupos determinados, ou tipos constitucionais, os quais, por sua vez, são ainda divisíveis em sub-típos. Estes

tipos são certamente, ainda e sempre, universais, mas apesar disso, mais circunscritos e sempre mais próximos do individual. Vejamos, pois, de acordo com essa orientação, que PENDE, melhor do que ninguém fixou representando a individualidade humana por uma pirâmide triangular em cuja base estariam os caracteres hereditários e em cada uma das três faces a parte morfológica, a temperamental e a psíquica, qual o tipo humano médio, de existência em tempos contestada por MARTIUS. A descrição dos tipos e sub-típos servirá para demonstrar, de maneira eloquente, que o tipo médio não é "uma concepção imaginária, anti-matemática e anti-biológica ou anti-estética (VIOLA).

CLASSIFICAÇÃO BIOTIPOLOGICA

De um modo geral podemos dizer que, em qualquer método de estudo da *patologia constitucional*, se verifica, que as individualidades humanas aberram, em referência a um tipo médio normal, em dois sentidos opostos, um com deficiência e outro com hiperplasia, de modo a permitir a criação de dois tipos fundamentais colocados nos extremos de uma série progressiva, em cujo ponto médio está o tipo ideal da normalidade.

Em todas as classificações biotipológicas sucede o mesmo.

Há fundamentalmente um tipo considerado médio e dois outros extremos.

Para ACHILLES DE GIOVANNI três seriam as combinações morfológicas. A *segunda combinação*, integrada por indivíduos mais ou menos harmonicamente desenvolvidos, e mesmo entre eles os que apresentam leve excesso de desenvolvimento do toráx sobre o abdome, mas com boa musculatura, regular funcionamento das atividades da vida vegetativa e de relação. Essa combinação caracteriza-se pela:

- estatura igual à grande abertura
- circunferência torácica igual ou maior do que a metade da altura total
- altura do externo igual ou maior do que 1/5 da circunferência torácica normal
- altura abdominal igual ao dobro da esternal
- pulmões grandes em relação ao coração.

A *primeira combinação* ou hiperevoluída é caracterizada por uma deficiência do tronco em relação aos membros e, também, pela

- predominância do toráx sobre o abdome
- escassa musculatura do esqueleto

- coração hipoplástico, especialmente na metade esquerda
- sistema arterial deficiente, com predominância do venoso e linfático
- altura maior que a grande abertura
- circunferência torácica menor que a metade da estatura
- altura esternal igual ou menor que o quinto da circunferência torácica normal
- altura abdominal menor ou também menor que o dôbro da altura esternal.

A terceira combinação engloba os indivíduos com:

- estatura menor que a grande abertura
- circunferência torácica maior que a metade da altura total
- altura esternal igual ou maior que um quinto da circunferência torácica normal
- altura abdominal maior do que o dôbro da altura esternal normal
- coração proporcionado, ou mais desenvolvido no segmento direito.

Estimando os dois valôres — membros e tronco — vemos que na segunda combinação êles se equivalem, na primeira o valôr membros predomina sobre o valor tronco e na terceira ocorre o inverso.

Aprofundando o estudo desses três tipos morfológicos, e agora com interesse especulativo maior, vejamos quais os caracteres fisiológicos normais e patológicos de cada uma das combinações distanciadas da considerada normal.

Os indivíduos da primeira combinação revelam deficiente energia dos átos respiratórios; e, em virtude da escassa e débil musculatura, nêles haverá movimento retardado do sangue através o pulmão, donde hiperemía da árvore respiratória, catarro dos ápices, frequentes lesões tuberculosas, baixa da pressão arterial, relativa elevação da pressão venosa; deficiente trofismo geral em virtude do insuficiente poder de absorção; insuficiência das funções do fígado e do aparêlho digestivo nervoso, etc.

Os classificados entre os da terceira combinação têm geralmente aspecto flórido, tendência à repleção dos tecidos e à corpulência. Segundo o desenvolvimento de sistema circulatório oferecem predisposições mórbidas diversas. Quando predomina o coração direito, a árvore venosa é rica e o panículo adiposo abundante; haverá predisposições mórbidas linfáticas, localizando-se na pele ou em seus órgãos linfáticos, ou nos do tórax e do abdome.

VIOLA, refundindo os estudos de GIOVANNI, criou o método antropométrico, no qual se praticavam 11 medidas fundamentais — 6 verticais (estatura em posição ressupina, altura esternal, distância xifo-epigástrica, distância epigástrico-pública, comprimento dos membros inferiores e comprimento dos membros superiores) e 5 horizontais (diâmetro transverso torácico, diâmetro antero-posterior torácico, diâmetro transverso do hipocôndrio, diâmetro antero-posterior hipocôndrio e transverso da bacia).

Sete tipos são admitidos por VIOLA:

- normotípico normoesplânico
- braquítípico megaloesplânico
- longítípico microesplânico
- paracentral superior normotípico
- paracentral normotípico inferior
- atlético
- astênico stileriano.

A classificação final em sete tipos resultou, em primeiro lugar, do estudo das relações entre o valor dos membros e entre o valor do tórax e o valor do abdome:

normotípico	(valor dos membros	=	valor do tronco
	(valor do tórax	=	valor do abdome
bráquítípico	(valor dos membros	<	valor do tronco
	(valor do tórax	<	valor do abdome
longítípico	(valor dos membros	>	valor do tronco
	(valor do tórax	>	valor do abdome

Os tipos paracentrais compreendem os indivíduos que, embora conservando proporções normais, apresentam desenvolvimento total superior ou inferior ao normal.

Os dois tipos antitéticos podem assim ser descritos:

O atlético, tendendo aos gráus máximos de megaloesplâncnia em sentido absoluto, com formas normais ou braquítípicas, ou mixtas e talvez nunca longítípicas.

O estênico estileriano, tendendo aos gráus mínimos de microsomia em sentido absoluto, com formas normais ou longítípicas, mixtas e talvez nunca braquítípicas.

Portanto, dois são os ectípos fundamentais de VIOLA: o megaloesplânico, também chamado por PENDE, hipove-

getativo, no qual há um excesso de massa corporal, no confronto das suas proporções e um excesso do sistema de relação e o *microesplâncnico*, hipovegetativo de PENDE, no qual predomina a diferenciação morfológica e o sistema animal prepondera sobre o vegetativo.

No normoesplâncnico intervêm harmonicamente sistema vegetativo e relação.

VIOLA assinala que 50 % dos indivíduos não são passíveis de exata classificação, razão por que BARBARA, mantendo-se em princípio fiel ao método de VIOLA, estabelece critério que permite classificar a totalidade dos indivíduos.

Partindo do tipo médio de VIOLA representado pela fórmula

$$\text{tronco O} = \text{membros O}$$

nos quais estão bem proporcionados, entre si, tronco e membros, todos com massa somática média, BARBARA estabelece, além desse tipo ideal, mais oito, chamando a quatro delas de *combinações* e à outra metade de *variedades*. Juntando a êsses tipos as chamadas "formas de passagem" poderemos classificar todos os indivíduos, motivo por que BERARDINELLI considera a classificação de BARBARA um grande progresso na sistemática biotipológica.

Reduzindo a fórmulas

As combinações são designadas por números: 1, 2, 3 e 4 e as variedades pelas quatro primeiras letras do alfabeto.

1^a. *combinação*: é o longitípico com antagonismo. Caracteriza-se pela fórmula

$$\text{tronco} - < \text{membros} +$$

O tronco é deficiente e os membros excedem de modo a criar uma desproporção morfológica bem evidente — há grande antagonismo entre o desenvolvimento da vida de relação e a vegetativa, essa muito deficiente em relação àquela.

Pela descrição vê-se que a 1^a combinação de BARBARA corresponde ao longitípico de VIOLA.

2^a. *combinação*: é o braquitípico com antagonismo correspondente ao braquitípico, macroesplâncnico hipervegetativo de VIOLA. Eis sua fórmula:

$$\text{tronco} + > \text{membros} -$$

O tronco prevalece e a vida vegetativa sobrepuja a de relação que é deficiente de modo absoluto.

2^a. *combinação*: é a chamada macrossômica harmônica e correspondente ao "paracentral superior" de VIOLA. Sua fórmula é:

$$\text{tronco} + = \text{membros} +$$

significando que o tronco e membros estão bem proporcionados, embora sejam *igualmente excedentes* ao normal. Nêles há um desenvolvimento harmônico da vida vegetativa e da de relação, sendo maior porém que nas condições normais.

4^a. *combinação*: é o microssômico harmônico correspondente ao paracentral inferior de VIOLA e representada pela fórmula:

$$\text{tronco} - = \text{membros} -$$

que quer dizer serem membros e tronco bem proporcionados, não obstante serem *igualmente deficientes*. Os dois sistemas de relação e vegetativo são também harmônicos, mas seu funcionamento é um pouco menor que nas condições normais.

Variedade A: longitípico excedente denominado por BERARDINELLI de "paracentral superior longitípico".

$$\text{tronco} + < \text{membros} +$$

exprimem que *ambos excedem à média* e que há uma desproporção entre êles, predominando em muito os membros e na mesma proporção a vida de relação sobre a vegetativa.

Variedade D: é um longitípico deficiente. Chama-a BERARDINELLI de "paracentral inferior longitípico".

$$\text{tronco} - < \text{membros} -$$

Há portanto desproporção entre êles, mas ambos são deficientes com a média. Nêles há predominância relativa da vida de relação.

Variedade B: é braquitípico excedente, paracentral superior braquitípico da nomenclatura de BERARDINELLI. Tronco e membro excedem sobre os valores normais, mas apresentam uma desproporção em virtude de prevalecimento do tronco

$$\text{tronco} + > \text{membros} +$$

A desproporção entre os dois sistemas também se observa, predominando todavia a parte vegetativa, a qual, além disso, tem um desenvolvimento ainda maior que nas condições normais.

Variedade C: é o braquitípico deficiente, paracentral inferior braquitípico de BERARDINELLI, com a fórmula:

$$\text{tronco} + > \text{membros} -$$

Deficiência de ambos em comparação com a média, mas com prevalência relativa do tronco assim como da vida vege-

tativa, sendo de notar que há desenvolvimento deficiente e desarmônico dos dois grandes sistemas orgânicos.

Formas de passagem: Pertencem às variedades A, B, C e D e permitem classificar os indivíduos cujos biotípos não se ajustam às combinações e variedades de BARBARA. Caracterizam essas formas de passagem as seguintes fórmulas:

- 1) tronco O < membros +
- 2) tronco + > membros O
- 3) tronco O > membros —
- 4) tronco — < membros O

Mais tarde BARBARA refundiu sua classificação biotípica, tornando-a mais completa e mais condizente com as realidades biológicas. Era de estranhar, com efeito, "que a extremidade cefálica tão cheia de características interessantes para os etnólogos, desinteressasse tanto os constitucionalistas" (BERARDINELLI) e que o próprio VIOLA desprezasse inteiramente a extremidade cefálica, o que só se pode compreender acreditando que os biotipologistas imaginavam haver "pouca esperança de reduzir as medidas externas da cabeça e do pescoço a conclusões uteis à clínica" (PENDE).

No entanto a distinção estabelecida atualmente por BARBARA entre crânio facial e crânio cerebral, um traduzindo a vida vegetativa e outro valendo como expressão da vida de relação, não lhe pertence integralmente, pois SIGAUD aprecia em sua classificação o maior ou menor desenvolvimento de uma das partes em que subdivide a face. Os seus quatro tipos possuem características diversas na extremidade cefálica. O tipo respiratório apresenta predominância do tórax e do andar médio da face, o digestivo predominância do andar inferior e do abdome, no tipo muscular equivalem-se os três andares da face tal como o tórax e o abdome e no tipo cerebral, por fim, na cabeça há maior desenvolvimento do crânio.

A separação entre crânio facial e crânio cerebral é constituída por um plano imaginário passando entre a raiz do nariz e o forâme auditivo. Crânio facial e tronco de um lado, crânio cerebral e membros de outro, são, no dizer de BARBARA, equivalentes somáticos da vida vegetativa e da vida de relação. Essa distinção impõe-se a todo aquele que se detiver no estudo analítico dos seres vivos. A desproporção entre os dois segmentos evidencia-se de maneira notável logo que se desce na escala zoológica, aumentando as medidas do segmento inferior enquanto decrescem as do segmento cerebral.

As medidas necessárias para caracterização dos dois tipos são as seguintes:

— altura do crânio: distância entre o forâme auditivo e o vértice.

- largura do crânio: distância entre os pontos mais salientes dos dois parietais.
- comprimento do crânio: distância entre a glábela e o ponto mais saliente do occipital.
- altura da porção nasal — distância entre a raiz do nariz e a espinha nasal anterior.
- largura da porção nasal — distância entre os pontos mais salientes das arcadas zigomáticas.
- profundidade média da porção nasal — é a média das duas medidas: distância forâme auditivo — raiz nasal e distância daquele ponto à espinha nasal anterior.
- altura da porção bucal — distância entre a espinha nasal anterior e a borda inferior da sínfise do mento ou ponto mentoniano.
- largura da porção bucal — distância entre os dois ângulos da mandíbula, isto é, entre os dois gonios.
- profundidade média da porção bucal — média das duas medidas: distância forâme auditivo — espinha nasal anterior e distância forâme auditivo — borda inferior da sínfise do mento.

Uma vez tomadas esses nove medidas, efetuam-se várias operações para obter os valores índices, em número de quatro:

— valor índice do crânio cerebral (altura x largura x comprimento)

- valor índice da porção nasal (altura x largura x profundidade média da porção nasal)
- valor índice da porção bucal (altura x largura x profundidade média da porção bucal)
- valor índice do crânio facial soma dos dois valores precedentes: porção nasal + porção bucal.

São considerados como fundamentais os valores índices do crânio cerebral e o do crânio facial e os outros dois como secundários e a tabéla dos gráus é obtida procurando o valor médio normal dêsses índices.

A classificação dos crânios é conseguida de maneira análoga à que efetúa BARBÁRA jogando com os dois valores — valor membros e valor tronco. Vamos transcrever o quadro divulgado por BERARDINELLI na 3^a. edição de sua Biotipologia:

FÓRMULA	CLASSIFICAÇÃO
Crânio facial O = Crânio cerebral O	Típico médio
" " — < "	1 ^a comb. Longitípico com antagonismo.
" " + = "	2 ^a idem Macrossômico harmônico
" " + > "	3 ^a idem Braquitípico c/antagonismo
" " — = "	4 ^a Idem Microssômico harmônico
" " O < "	Fórmula de passagem à variedade A
" " + < "	Variedade A, longitípico excedente
" " + > "	O Forma de passagem à variedade "
" " + > "	Variedade B, braquitípico excedente
" " O > "	Forma de passagem à variedade C
" " — > "	Variedade C, braquitípico deficiente
" " — < "	O Forma de passagem à variedade D.
" " — < "	Variedade D, longitípico deficiente.

Essa classificação comporta ainda uma subdivisão em sub-grupos, desde que se leve em consideração a relação entre

a porção nasal e a porção bucal. Se elas se equivalem, diz-se haver proporção entre o nariz e boca (nariz-boca em proporção) e, predominando uma delas, fala-se em tipo com predominância nasal ou bucal.

WALTER MILLS, em 1917, tendo observado radiologicamente uma estreita relação entre o hábito corporal e a forma, posição, tonus e motilidade das visceras, instituiu uma classificação em que dominam dois tipos, denominados por ele de principais: de um lado o hiperestênico e o estênico e do outro lado o hipoestênico e o astênico.

A classificação admite ainda sub-típos, conforme a predominância dos caracteres estênicos ou astênicos. Assim é que, no primeiro grupo, se enquadram o hiperestênico com tendência para estênico, o estênico tendendo para hiperestênico e o que tende para hipoestênico assim como o hipoestênico tendente para estênico; no grupo com caracteres astênicos dominando, há o hipoestênico tendendo para astênico e o astênico com tendência para hipoestênico.

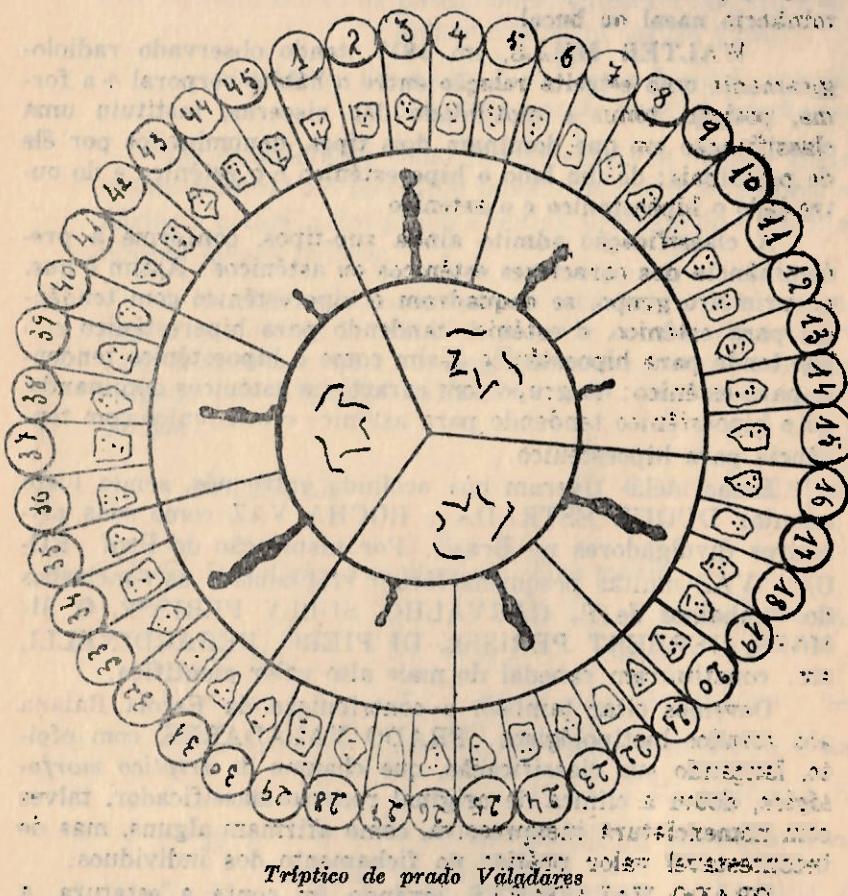
Essas idéias tiveram boa acolhida entre nós, sendo justo apontar DUQUE ESTRADA e ROCHA VAZ como seus primeiros divulgadores no Brasil. Por inspiração do Prof. ROCHA VAZ muitas pesquisas foram efetuadas e as conclusões dos trabalhos de P. CARVALHO, SULLY PERISSÉ, O SÍMÓES, GERBERT PERISSÉ, DI PIERO, BERARDINELLI, etc. constituiram cabedal do mais alto valor científico.

Devemos citar também a contribuição da Escola Baiana aos estudos biotipológicos. PRADO VALADARES, com efeito, lançando sua classificação, que chamou de *tríptico morfológico*, dotou a clínica de original recurso classificador, talvez com nomenclatura inexpressiva, como afirmam alguns, mas de incontestável valor prático no fichamento dos indivíduos.

PRADO VALADARES, levando em conta a estatura, a forma da cabeça e o angulo de CHARPY, considera, ao todo, quarenta e cinco tipos distribuídos em três grupos de quinze cada um. Inicialmente estabelece esse Mestre baiano 3 grupos, conforme o resultado achado no ângulo de Charpy: 45°, 90° e 135°. Dentro de cada um dêsses grupos distingue os indivíduos de estatura alta, média e baixa; cada sub-grupo, por sua vez, divide-se em cinco sub-típos em conformidade com o feitio da face: face triangular, quadrangular, losângica, trapezóide e pentagonal. Por conseguinte, nesta classificação, todos os indivíduos possuem um número: há o tipo 32, como há o 1 ou 45 na dependência das medidas encontradas.

Para facilitar a tarefa do constitucionalista, PRADO VA-

LADARES imaginou um gráfico, por meio do qual, num lance, se classifica o examinado. Eis-lo:



Não se pôde negar o caráter prático ao triptico de PRADO VALADARES. É susceptível de críticas, como quase todas as classificações, mas tem ao lado de sua grande simplicidade a virtude de combinar na avaliação da biotipia a parte somática com a cefálica, deficiência não vencida por VIOLA em sua classificação.

BANDEIRA DE MELO, que é um kretschmeriano convicto, estudando em trabalho recente as curvas de frequência de alguns índices, concluiu ser o índice de Pignet quase sempre inferior a 22 nos pínicos e nos leptossônicos superior a sete, enquanto que o índice tóraco-acromial entre 37 e 40 é próprio dos pínicos e o de 40 e 46 dos leptossônicos, sendo o entre-

cruzamento das curvas pouco importante a partir desses valores. Essas conclusões tornam igualmente simples e rápida a classificação biotipológica dos indivíduos. Esse mesmo Autor é de parecer que bastam seis medidas para fichamento dos examinados: altura, comprimento júgulo pubiano (comprimento anterior do tronco), comprimento das pernas, diâmetro biacrominal, diâmetro transverso torácico e diâmetro sagital torácico.

PENDE propõe classificação fisiológica dos biotípos de acordo com o comportamento dominante em seu metabolismo:

biotípo anabólico, correspondendo ao brevilíneo, ao megaloesplânenco, ao hipervegetativo, ao parasimpáticoestênico;

biotípo catabólico, que corresponde ao longilíneo, ao microesplânenco, ao hipovegetativo, ao simpaticoestênico.

Antes de enunciarmos a classificação que iremos adotar nêste trabalho, transcreveremos algumas das denominações que se aplicam aos dois tipos morfológicos fundamentais:

BREVILÍNEO

Braquitípico (VIOLA)

Macrossômico (VIOLA)

Magaloesplânenco (VIOLA)

Hiperestênico (W. MILLS)

Pícnico (KRETSCHMER)

Típico largo (BRUGSCH)

3^a combinação de BARBARA

2^a combinação de BENEKE

3^a combinação de GIOVANNI

Típico digestivo muscular de SIGAUD

Típico digestivo de ROSTAN

Hipervegetativo de VIOLA

Hipoevolutivo de VIOLA

Vagoestênico de VIOLA, PENDE

Biotípo anabólico de PENDE

LONGILÍNEO

Longitípico (VIOLA)

Microssômico (VIOLA)

Microesplânenco (VIOLA)

Astênico (W. MILLS)

Leptossômico (KRETSCHMER)

Típico longo (BRUGSCH)

1^a combinação de BARBARA

1^a combinação de BENEKE

1^a combinação de GIOVANNI

Típico respiratório e cerebral de SIGAUD

Típico respiratório de ROSTAN

Hipovegetativo de VIOLA

Hiperevolutivo de VIOLA

Simpaticoestênico de VIOLA PENDE

Biotípo catabólico de PENDE

Vejamos agora, em síntese, as *tendências mórbidas* dos dois éctípos:

BREVILINEO

LONGILINEO

Tendências fisiológicas (FICCI)

São dotados de muita força e grande resistência.

Funções e instinto sexuais, iniciando-se tardiamente, mas de intensidade notável.

Grandes comedores.

Dormem relativamente pouco.

Fenômenos vaso motores com tendência à vaso-dilatação; sudação geral abundante e extremidades habitualmente quentes.

Pele seborreica.

Respiração geralmente acelerada.

Pulso ligeiramente lento e tendência a hipertensão.

Urina com densidade alta, abundância de uratos e ácido úrico e com pequena quantidade de uréia.

Tonus do colo acentuado, com motilidade rápida: indivíduos que defecam 2 a 3 vezes no nictémero.

Quanto ao endocrinismo (PENDE)

Hipersuprarenalismo

Hipergenitalismo

Hipotiroideo

Hipopituitário

LONGILINEO

Tendências fisiológicas (FICCI)

Fraca dinâmica muscular e rápida fadiga.

Precocidades no aparecimento do instinto e das funções, mas de intensidade mediocre.

Não são grandes comedores.

Necessitam sono noturno mais demorado.

Fenômenos vaso-motores com alternativas de constrição e dilatação; facil sudação regional e extremidades relativamente frias.

Pele seca.

Frequência respiratória normal.

Pulso ligeiramente acelerado.

Verificações opostas.

Tonus intestinal fraco e motilidade vagarosa.

Tendências mentais e afetivas

Otimista

Pessimista

Confiante, homem de boa fé

Desconfiado

Sincero

Dissimulado

Persistente

Volível

Lento. Apologista do lema "de vagar se vae ao longe"

Apressado no andar, no vestir-se, em suma, cheio de sofreruidão em realizar qualquer tarefa — homem que não sabe esperar

Bradipsíquico

Taquipsíquico

Ciclotímico

Esquisotímico

Do estudo de todas essas tendências constitucionais podemos deduzir os desvios, que uma vez manifestos passam a constituir estados patológicos. As tendências fisiológicas, afetivas, mentais, etc. comandam as alterações mórbidas.

Claro está que o normotípico, equidistante de um e outro, deve, em princípio, possuir equilibradas suas funções, bem distribuída a influência do sistema de relação e a do de vida vegetativa. Esse tipo ideal não merecerá de nossa parte maiores delongas descriptivas.

Enumeremos, em síntese, as mais comuns *predisposições mórbidas* atribuídas às principais ectípias constitucionais. Para tanto vamos nos servir do trabalho de CASTELLINO sobre "A doutrina das constituições".

A harmonia morfogenética, neuro vegetativa e endócrina é própria das individualidades que se orientam para o tipo que mais de perto reproduz a normalidade.

Na ontogênese dos indivíduos que se orientam para a primeira combinação, seja para a longitípia, a harmonia se desfaz pela preponderância da componente tiro-hipofisária na complexa constelação individual. A resultante morfológica em tal caso é um maior desenvolvimento do sistema animal com relação ao visceral e a resultante funcional é um predomínio das atividades desassimiladoras, libertadoras de energias, um maior valor dinâmico dos alimentos, pela predominante atividade da hipófise, um menor acúmulo de matéria, uma menor tolerância para os hidratos de carbono, um aumento de metabolismo basal, por maior atividade da tireoide, e finalmente, uma preponderância dos processos vaso-motores constrictores sobre os dilatadores. É um complexo de condições que explica

como o temperamento de semelhantes individualidades revela maior excitabilidade do simpático. Nas suas manifestações neuro-psíquicas, o indivíduo possuirá um temperamento fácil à hipercinésia, ao exagero dos reflexos tendinosos e vasculadores, à taquicardia, aos bátmotropismos e inotropismos positivos, às hipertensões emotivas, às neuroses vaso-motoras, às de inibição secretória e motora do estômago e do cólon, às mais fáceis elevações térmicas, à fosfatúria, hiperazotúria, hiperclorémia, ao aumento da diurese, à glicosúria, à midriase, ao exoftálmico, enfim aos sintomas de MULLER, STELWAG, DALRYMPLE, GRAEFE, ROLLET.

Neste tipo morfológico da primeira combinação, no qual se incluem todas as individualidades em que predomina o desenvolvimento em altura sobre o ponderal e dos aparelhos de relação, ectodérmicos, sobre os esplâncnicos, endodérmicos, diferenciam-se ainda alguns sub-típos:

a) — Um tipo morfológico longilíneo, hiperevoluído, mas no qual o equilíbrio interhormônico e a harmonia morfológica entre os sistemas de relação e sistema vegetativo são suficientemente conservados. Também nestes indivíduos prevalece o valor membros, mas o desenvolvimento do tronco corresponde fisiologicamente às necessidades das funções nutritivas.

b) — Um segundo tipo, no qual a combinação morfológica hiperevoluída é determinada por mais viva atividade dos aparelhos órtossimpáticos, como a tiroide, hipófise, os órgãos cromafinos mais precocemente desenvolvidos, conferindo ao organismo as características humorais e dinâmicas de uma excitabilidade do simpático. Este sub-típo compreende, principalmente, os predispostos às manifestações mórbidas do hiper-tiroidismo e à tuberculose pulmonar.

c) — Um terceiro tipo, no qual o desenvolvimento exuberante em altura encontra suas determinantes em uma insuficiente evolução do aparelho genital e, principalmente, do tecido germinativo. Os insuficientes harmônicos e, principalmente, do tecido germinativo. Os insuficientes harmônicos blásticos deste último não freiam o crescimento em comprimento dos aparelhos ectodérmicos, mesmo que não verifique maior excitabilidade do sistema órtossimpático.

d) — Um quarto tipo de aparente hiperevolução, é o que se determina sempre que o aparelho autônomo seja constitucionalmente atingido por um retardamento ou insuficiente desenvolvimento por um estado de avagia, cujas causas repousam numa hipoplasia tímico linfática do sistema retículo endotelial e uma anepatia constitucional. O maior crescimento, em comprimento, neste sub-típo é determinado por menor evolução dos aparelhos endodérmicos e por uma insuficiência constitucional do párassimpático e dos elementos endócrinos,

ligados preferentemente a este parassimpático. Por essa razão CASTELLINO é de parecer que não podemos falar de hiperevolução, com o significado que deram a esta palavra GIOVANNI e VIOLA.

Na segunda combinação morfológica normotípica, normosómica, normoesplâncnica, mais proporcionada é, como sabemos, a relação entre tronco e membros. Estes dois valores se confundem na sua íntima conexão, em uma unidade vital pura, harmônica, coerente e sinérgica, por uma justa coordenação dos estímulos neurovegetativos e endócrinos. O organismo evolui e amadurece, diferenciando-se morfológica e funcionalmente dentro de um eurítmico desenvolvimento dos aparelhos endócrino e simpático, sem predominância de um ou outro.

Já no terceiro, ectípico a preponderância do desenvolvimento ponderal sobre a diferenciação morfológica determina o tipo megalosplâncnico ou braquitípico.

O brevilíneo revela uma hipoevolução morfológica, uma imaturidade funcional apresentando atitudes funcionais próprias de uma época anterior. Predomina nêles uma insuficiência constitucional da tiroide e da hipófise, o que justifica a predisposição para a adipose gênito distrófica, para a poliúria insípida, para a obesidade geral, para os edemas mixedematosos, para os trafoedemas, para as hidrartoses, para as dermoptias.

Há neste biotípico predominância dos tecidos intersticiais e linfáticos, tendência para a adiposidade, exaltada excitabilidade do sistema autônomo, maiores e mais fáceis secreções lacrimal, salivar, gástrica e intestinal, hiperistaltismo, vômitos, espasmos do cólon, nevrose celiaca por vagoestesia, constipação espástica, reflexo pilo motor, o óculo cardíaco de Aschner, o demografismo, etc. mais exaltados, assim como deficiência das atividades fermentativas e da capacidade de utilização da matéria.

Neste tipo, são frequentes as congestões viscerais por desordens vaso dilatadoras causadas por distúrbio do equilíbrio esplâncnico periférico; diáteses exsudativas; hipotensões arteriais, bradicardias, bátmotropismos, os drômotropismos, os inotropismos, tonotropismos negativos; fenômenos de alergia e anafilaxia, processos asmáticos, etc., ainda, CASTELLINO.

A terceira combinação morfológica seria para o mesmo autor o equivalente da diátese tímico linfática, também chamada herpética, escrofulosa congestiva, pastosa, eosinofílica, e que, na ulterior evolução, se continuam as preponderâncias dos aparelhos autônomos, aparece a diátese artrítica, que predispõe os indivíduos que dela são portadores às escleroses, às especiais irritabilidades e tendências mórbidas do tecido conjuntivo e do tecido linfóide, e bem assim dos fenômenos de coloidoclasia.

Estas são as caracterizações, no sentido da anormalidade, apresentadas pelos dois principais biotípos, tal como as descreve CASTELLINO. As tendências fisiológicas de cada ectípo fazem-nos compreender porque esse ou aquele distúrbio acomete com mais frequência uma determinada individualidade, porquanto a doença nada mais é que a resultante funcional global de toda atividade dos órgãos simples, perturbada, em mais ou menos, pelos agentes mórbidos; nela intervém o mecanismo de compensação funcional pela solidariedade existente e a sua gravidade depende da presteza e da energia com que atuam os mecanismos providenciais e protetores (ROCHA VAZ).

Uma restrição devemos fazer às conclusões que acabámos de reproduzir. Referimo-nos ao fato de que, se há longilíneos astênicos, pouco resistentes, mais fáceis presas dos agentes morbigêneos, também os há fortes e resistentes, e que, se os brevilíneos são habitualmente robustos e hiperestênicos, outros existem que são moles, astênicos. Por isso mesmo TOORIS classificava os atlétas em brevilíneos e longilíneos e também por isso consideramos de nossa parte, à maneira de outros autores, em cada ectípo fundamental um estênico e um astênico — brevilíneo estênico, brevilíneo astênico, longilíneo estênico, longilíneo astênico.

Cada um deles merece de ROCHA VAZ, para quem essa é a classificação que mais corresponde à realidade, descrição minudenciosa que vale a pena reproduzirmos.

Biotipo longilíneo estênico: — No ponto de vista antropométrico ele apresenta uma estatura um tanto superior à mediana e o peso do corpo relativamente um pouco inferior; o indivíduo é antes magro, mas o peso é suficiente, porque o desenvolvimento do esqueleto e dos músculos é bastante bom, a relação entre os membros e o tronco (tórax abdome) demonstra, segundo a classificação de VIOLA, uma pequenez relativa ao tronco (microesplâncnia relativa), de leve grau — não mais de 4 a 5 gráus, segundo VIOLA — e não uma microesplâncnia absoluta.

A forma geral do tórax e do ventre não é achatada e pendente, como aparece no tipo astênico, e a proporção entre os diâmetros de largura e os diâmetros de profundidade do tórax e do ventre é suficientemente conservada, mesmo se o tronco tem a forma longitípica. Os membros são delgados, com as mãos e os pés longos e fortes.

Sob a pele se desenham bem as massas musculares, sobretudo nos indivíduos treinados, mas essas massas musculares não são muito largas e maciças, mas antes longas e elásticas, capazes de desenvolver uma força notável nos movimentos, mas sobretudo rapidez e agilidade.

O próprio esqueleto é suficientemente robusto e rico em cálcio (como se pode verificar pelas radiografias), e de forma um tanto delgada. O crânio normalmente desenvolvido em todos os seus diâmetros, de forma mesatícefala, mais raramente dolicocéfala. A fronte é alta e a altura craniana domina sobre os outros diâmetros. A face é bem modelada, com proeminências ósseas evidentes, mas não grosseiras e exageradas, e o mento é também normalmente proeminente, os olhos grandes e o nariz bem desenvolvido em comprimento.

Os caracteres sexuais secundários são bem desenvolvidos. Os dentes robustos, o coração e as artérias não apresentam sinais de hipoplasia; a tensão arterial é normal.

Do lado do aparelho respiratório, estes indivíduos apresentam amplas excursões diafragmáticas, com o tipo respiratório nitidamente abdominal: a espirometria dá valores normais e muitas vezes exagerados. As funções digestivas são normais; muitas vezes há grande voracidade.

Do lado vegetativo prevalece a polineurotonia, com preponderância relativa ao simpático.

Do lado endocrínico, há hipertiroidismo e hiperpituitarismo associados a uma boa função suprarenal e genital. A hematopoiese é excelente.

Este biotípo — longilíneo estênico — é muito frequente na raça atlanto mediterrânea, de Deniker, e na raça adriática, sendo o tipo humano mais vizinho do normolíneo.

Biotipo longilíneo astênico: — Enquanto o longilíneo estênico pode ser considerado como uma variação estética do tipo humano normal, diz ainda ROCHA VAZ, este biotípo longilíneo astênico é, ao contrário, um tipo verdadeiramente submórbido, que se reconhece facilmente pela gracilidade geral de todos os sistemas orgânicos (pele, músculos, tecido celular sub-cutâneo, esqueleto, órgãos internos).

O rosto é achatado, as formas abatidas, sobretudo a forma do tronco, que é estreito e achatado, tanto o peito como o abdome, o crânio tem um perímetro curto, às vezes nitidamente dolicocéfalo, com achatamento exagerado das regiões temporais; às vezes, ao contrário, ele é nitidamente braquicéfalo, com expansão das regiões têmporo-parietais.

A face é hipoplástica e angulosa, tanto observada de frente como de perfil, com o mento estreito e curto; os dentes, mal implantados, são antes frágeis, com tendência à cárie.

No ponto de vista antropométrico, a estatura é ora muito maior que a mediana, ora inferior (o peso é fraco), o desenvolvimento do tronco insuficiente comparativamente com o desenvolvimento dos membros, sobretudo dos membros inferiores (microesplâncnia absoluta e relativa de VIOLA).

Nos homens, nota-se que a linha bi-acromial é estreita comparativamente com a linha bi-ilíaca e bitrocanteriana. O pescoço é longo, com as linhas dos músculos finas; o pomo de Adão é, às vezes, mui proeminente, ora delgado e infantil; o ângulo epigástrico é muito estreito, os músculos e o esqueleto são hipoplásticos e moles, assim como os ligamentos articulares e viscerais. O coração, e sobretudo o coração esquerdo, como a aorta e as artérias, em geral, são pouco desenvolvidos; a tensão arterial é baixa, o estômago longo, estreito, atônico, com hiposecreção, mas muitas vezes com peristaltismo exagerado.

Preponderância relativa do vago sobre o simpático, porém labilidade neuro vegetativa total. Temperamento hipertídeo, hiposuprarenálico hipogenital; às vezes, hipocalcemia, espasmodilia por hipoparatiroidismo.

Fraqueza irritável do sistema nervoso de relação e do psiquismo. A atividade hematopoética insuficiente, com linfocitose relativa e oligocromia.

Este tipo humano longilíneo astênico é frequente na raça nórdica pura (escandinavos, povos das praias do Báltico) e nos indivíduos louros e vermelhos da raça mediterrânea e céltica.

Estes indivíduos, depois dos 30 ou 40 anos, parecem apresentar formas, afinal, maduras, ao passo que até então elas pareciam conservar as formas prepúberes ou de uma puberdade incompleta.

Biotipo brevilíneo estênico: — Acompanhando ainda ROCHA VAZ vemos que ele é caracterizado por uma estatura muitas vezes um pouco inferior à mediana, enquanto que o peso é relativamente excessivo.

Os membros inferiores são curtos, relativamente ao busto, e o tronco é antes largo, maciço, como também aliás, os membros, com notável robustez dos músculos e do esqueleto.

A relação tronco membros, segundo VIOLA, marca uma megaloesplâncnia absoluta e relativa, de grau leve.

O tipo correspondente aos atlétas antes baixos e atarracados de TOORIS quando o desenvolvimento dos músculos é exagerado. O crânio é bem desenvolvido em todos os diâmetros, mas a altura prevalece sobre a largura e a forma mesaticefala ou braquicéfala.

A face não é redonda, de lua cheia, mas hexagonal e angular e robusta, com fronte alta, o nariz proporcionado, o maxilar inferior largo. Os dentes são fortes e resistentes à cárie. O tórax é largo e longo, o ventre largo e suas linhas laterais se continuam para cima com as costelas sem a curva do flanco. Coração esquerdo e aorta bem desenvolvidos.

Todo o sistema vegetativo é hiperestênico, com predominância relativa do parassimpático. Do lado endócrino o temperamento dominante é o hipersuprarenálico, hipogenital, hiperpancreático, com insuficiência relativa da glândula tireoide. Os valores da glicemía, da colesterina e do ácido úrico do sangue são elevados, assim como o valor dos glóbulos vermelhos e da hemoglobina (habitus pletórico e apoplético dos antigos).

Voracidade e poder digestivo notáveis; sexualidade bôa, muitas vezes exagerada; força muscular e sobretudo resistência do esforço muito desenvolvidos, mas lentidão característica dos movimentos.

Este biotípico é frequente na raça céltica e mediterrânea.

Biotipo brevilíneo astênico: — Uma estatura por vezes insuficiente, com peso excessivo, membros inferiores ora curtos, ora exageradamente longos relativamente ao busto (temperamento brevilíneo hipogenital). O tórax é sempre curto e de forma infantil, e o ventre volumoso.

O aspecto do corpo é retaco, arredondado, atônico, pendente, com o pescoço curto e largo, cabeça um pouco inclinada para frente, o ventre proeminente e ptósico; as pálpebras superiores são caídas, tendendo a estreitar a abertura dos olhos, a gordura é abundante por toda a parte, sobretudo na região sub-mentoniana, nos seios, nos flancos, na bacia e no hipogástrico. O tecido adiposo se apresenta flácido e atônico, rico em água, em linfa e pobre em sangue.

A expressão da face mostra uma certa puerilidade e uma falta aparente de maturidade, os pelos da face e do crânio são finos e raros; o esqueleto é delicado, com proeminências ósseas pouco desenvolvidas. O crânio tem um perímetro de tamanho médio, com a fronte de preferência estreita, a forma é, geralmente, braquicéfala.

Os caracteres sexuais secundários nos indivíduos masculinos, são antes reduzidos, enquanto que nas mulheres elas podem ser normais, mas, às vezes, há também nas mulheres, uma hipoplasia genital, sobretudo uterina.

Os músculos são finos e flácidos, o esqueleto é excessivamente desenvolvido, enquanto que há hipoplasia do sistema arterial do sangue; donde a acroianose e microesfigmía habitual, linfatismo e oligocromoemfia.

Do lado endocrínico, este biotípico brevilíneo astênico é caracterizado por hipotiroidismo, ou hipopituitarismo constitucional, com hipogenitalismo relativo e muitas vezes, hiperinsulínismo.

Do lado neuro vegetativo prevalece a labilidade e a excitabilidade exagerada do parassimpático com insuficiência do simpático.

Este biotípico encontramos muitas vezes em certos povos da raça mediterrânea, que levam uma vida muito sedentária, comem muitos hidratos de carbono e bebem muita água.

Agora que conhecemos as principais características morfo-fisiológicas nos nossos quatro biotípos, as tendências fisiopsicológicas e mórbidas de cada um deles, compreendemos que as peculiaridades mórbidas páginas atrás descritas mais se ajustam aos tipos astênicos, seja él brevilíneo, seja longilíneo. Cada indivíduo sofre as consequências de suas predisposições ou diáteses mórbidas, as quais se tornam manifestas ou se agravam por influência de causas diversas.

CASTELLINO distingue seis diáteses principais, a *artrítica*, na qual inclui também a catarral e a exsudativa, a *neuroendocrinopática*, da qual o vaso neurótico de MULLER é uma simples sub-divisão, a *heredotuberculosa*, a *heredoluética* e a *heredoneoplásica*.

É possível existir o terreno heredo tuberculoso, o hábito artrítico, ou outra qualquer diátese nesse ou naquele biotípico. Não é a ectipia por si só que dá as marcas biotipológicas do indivíduo, temos que ter presente sempre que: constituição é todo o conjunto de atributos morfológicos e fisiológicos do organismo em mútua e imediata correlação entre si, formando um caráter necessário do indivíduo e estabelecendo-se através a ontogênese, por fatores hereditários e condicionais, os quais, em uma interferência harmônica, determinam os próprios êrros evolutivos dos seres.

O terreno heredo tuberculoso, por exemplo, é mais encontrado no longilíneo astênico, mas nem por isso a biotipia breve constitui certeza de sua inexistência, mórmemente se é astênico. A constituição herpética ou artrítica, para citar um exemplo, é de observação frequente no braquítipo, mas não faltam casos de indivíduos artríticos, com crises asmáticas, reumatismos, gota, uricemia, etc. que por suas proporções corporais se classificam entre os longilíneos.

As quatro faces da individualidade têm que ser pesadas morfológica, temperamental, humoral e patromônio hereditário — Proceder de maneira diversa é voltar a Marburgo para agir de conformidade com BENEKE, é reproduzir os êrros a que foram induzidos KRAUS, MARTIUS, EPPINGER e HESS e outros mais, tirando conclusões de fatos particulares e julgando o indivíduo, suas atitudes fisiológicas e seu comportamento patológico, tão só por uma de suas faces.

Acreditamos ter bem esclarecido nesta primeira parte de nosso trabalho o conceito que fazemos da biotipologia.

Estamos com PENDE, CASTELLINO, GIOVANNI, BARBARA, BERARDINELLI, ROCHA VAZ, etc., etc., com a Escola que, a nosso ver, melhor comprehende a doutrina. Suas idéias são as que mais se ajustam à clínica.

Antes de findarmos esta parte vamos, em poucas linhas, analisar o que se tem escrito sobre os tipos constitucionais da Infância.

TIPOS CONSTITUCIONAIS DA INFANCIA

Em todas essas páginas temos nos ocupado do estudo biotipológico do indivíduo adulto, do homem na fase em que já está fixado o seu perfil psíquico somático e no qual já se fez sentir, em toda a plenitude, a bagagem de caracteres comunicados ao plasma germinativo. Vamos nos ocupar agora do que há tempos foi classificado por KRETSCHMER de "eins der zentralsten und schwierigsten Lebensprobleme", vale dizer, da determinação dos tipos constitucionais da infância.

Realmente muita dificuldade encontrará o estudioso deste assunto porque terá que analisar seres que, na sua caminhada para a idade adulta, experimentam uma série enorme de mutações e que, portanto, apresentarão em cada estádio de seu ciclo evolutivo variações numerosas, mórmemente de proporções entre os diversos segmentos do corpo.

Pelo que sabemos, quem primeiro cuidou deste tema foi KRASUSKY, em 1927, e a LUIZ MAGALHÃES devemos ter tido nossa atenção chamada para esse trabalho. Aquele autor, pesquisando durante cinco anos, verificou, em primeiro lugar, ser a classificação de KRETESCHMER aplicável às crianças que, até certo ponto, poderemos agrupá-las em duas grandes rubricas — de normais e anormais — conforme o biotípico a que pertencem.

Segundo KRETESCHMER quatro são as classes em que podem ser enquadrados os indivíduos:

1º *astênicos*, nos quais há predominância da linha vertical, e cujo caráter é esquizotípico e a tendência é para esquizofrenia;

2º, *picnics* com diâmetro transversal predominando e com caráter ciclotípico e tendência à psicose maníaco depressiva;

3º *atléticos*, caracterizados por um forte desenvolvimento do esqueleto, de estatura mediana, busto possante, tórax com musculatura bem destacada e ventre musculoso e estreitado;

4º *displásicos*, tipos os mais dessemelhantes estão reunidos neste grupo, todos, porém, caracterizam-se por se afasta-

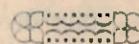
rem sensivelmente da média. São os obesos pluri-glandulares, os indivíduos com desharmonias morfológicas bem pronunciadas, os eunucoides, etc.

Esta foi a classificação adotada por KRASUSKY. Com a sua aplicação às crianças concluiu KRASUSKY que existe, de fato, paralelismo entre a morfologia e o caráter em setenta por cento dos casos e que, no início da vida, o tipo constitucional é o de brevilíneo e que, em seguida, passa a ser longilíneo, e isso porque surgem modificações no ritmo funcional das glândulas de secreção interna. Bem vemos que BOLNSKY está com a verdade quando afirma que cada idade possui seu tipo psico-físico, o que aliás concorda com a noção popular de que o indivíduo se transforma em cada sete anos de vida. Que há modificações, não há dúvida alguma.

Mas KRASUSKY foi mais longe e verificou que as crianças anormais — nesta rubrica inclui os menores delinquentes, as crianças sem teto e as psiquicamente doentes — possuem constituição algo peculiar, a ponto dos displásicos, que quase faltam entre os normais, figurarem no outro grupo com elevada porcentagem. O tipo pícnico-ciclotímnico, que predomina na infância normal, inverte-se entre os anormais.

Foi meditando sobre todos êsses fatos que MONTESSORI, após sublinhar a importância do assunto na "Pedagogische Anthropometrie", reclamava uma classificação sistemática das crianças entregues aos educadores afim de, pelo estabelecimento da personalidade de cada uma deles, serem atendidas as tendências manifestas e aplicadas normas especiais de educação e instrução.

No que tange à oculística a importância do estabelecimento do que PENDE chama de "status praexistens" — o estado de indivíduo antes da manifestação mórbida atual — é evidente, maximamente em se tratando de pacientes nos primeiros anos de vida, nos quais muito importa interpretar as peculiaridades sintomáticas para bem nortear a terapêutica e, quiçá, o prognóstico. O adulto, via de regra, traz história mórbida pessoal que muito orienta o especialista; na infância, mais silenciosa é a folha de antecedentes e, portanto, mais valiosa será a identificação biotipológica para que possamos ser bem sucedidos na prática do que KRAUS chamava "patologia da pessoa".



Presidiários—Presídios—Conselho penitenciário e membros médicos

DR. ARÍDIO MARTINS

MAJOR MÉDICO, CHEFE DO SERVIÇO MÉDICO LEGAL DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, DA FACULDADE FLUMINENSE DE MEDICINA, DO CONSELHO PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO RIO, BACHAREL EM DIREITO, ETC., ETC.

As Penitenciárias, de um modo geral, são, em nosso país, constituídas nos mesmos moldes arquitetônicos primitivos, porque, em sua maioria, foram erguidas na época da Monarquia.

Poucas são de construção moderna e essas, em número limitado.

Prédios antigos, de paredes largas, têm os presídios quase que o mesmo dispositivo, isolando-se um pavilhão central com as galerias, onde se abrem os cubículos, acanhados, faltos de luz, com um leito, mesa e tamborete.

Complementarmente, erguem-se alguns outros prédios, onde se alojam oficinas, cozinha, rouparia e administração. Vezes há que êsses departamentos se comprimem em um único prédio.

Exceção feita de dois ou três Estados, que possuem Penitenciárias modelares, em regra as existentes nos demais se afinam no mesmo diapasão.

Prédios velhos, aproveitados, adaptados outros, vão abrigando os egressos da sociedade, dando-lhes obrigações e impondo-lhes métodos de readaptação e trabalhos que amenisem os seus dias.

Hoje as Penitenciárias, embora arcaicas em construção, não são mais *túmulos de viros*. O delinquente encontra sempre um meio de passar os seus dias de pena pelo trabalho intra e extra muros, pensando poder volver à sociedade que o relegou, moldando a sua fisionomia moral à readaptação social. O presídio transformou-se em verdadeiro laboratório humano.

O preso é estudado convenientemente, menos pelo delito cometido do que pela sua conduta psíquica no cárcere.

Com paciência, firmeza de vontade e fé na humanidade, o caráter principal das tendências novas do delinquente em sua pessoa, em seu estado moral, condições clínicas, podem conduzir a uma terapêutica sadia e salutar de readaptação social.

O criminoso deve ser sujeito a um exame científico rigoroso, porque os psicopatas encontram na prisão o mais sensível reativo.

Eram as chamadas *psicoses de prisão*, atualmente derrogadas, porque os delinquentes, em inteligente estatística de Pactê, em 1907, já eram anormais antes do delito, conforme o inquérito internacional para saber da alienação mental nas prisões.

Com uma tiragem bem feita, seriam os delinquentes anormais e alienados internados em manicômios, onde ficariam sob controle e tratamento e a sociedade mais garantida contra os anormais, que, saldado o delito penal, pudessem voltar ao seu convívio como ameaça ao seu socégo.

O levantamento do nível moral do delinquente e o preparo para o seu regresso ao convívio social se fazem pelo trabalho, possibilidade de distrações educativas, instrução necessária, cuidados clínicos e assistência mais direta e amparo ao egresso do cárcere, logo após a sua liberdade, quer pelo livramento condicional, quer pelo saldo de prisão.

A tendência da legislação penal atual é fazer esquecer uma condenação, porque o maior obstáculo que o liberando sente é encontrar repulsa por parte de patrões, logo saibam de sua condição de egresso do cárcere, desconfiando de sua conduta.

O sentenciado, em regra, é bom preso, pelas condições disciplinares e, dificilmente, é um regenerado no completo sentido da expressão, porque nos presídios lhe faltam elementos primordiais de atividades morais, pelo isolamento da família, por condições fisiológicas de destumecência e, sobretudo, pela vontade contrariada e vigiada.

Esperançando sempre de uma liberdade, o presidiário tem na lei do livramento condicional o sonho constante do seu futuro, e daí o seu esforço por bom comportamento, vontade de trabalhar e economia para formar o pecúlio.

O livramento condicional foi a conquista humana mais confortadora do Direito Penal.

O livramento condicional impõe obrigações ao sentenciado, muito severas e necessárias e aceitando ele, todos os seus imperativos, para a concessão da liberdade vigiada é permitir colocar em suas mãos a chave da prisão.

O Decreto 16.665 de 6 de novembro de 1924 estabelece condições regulamentares, adotando um sistema de diminuir o tempo da privação da liberdade aos delinquentes.

O livramento condicional melhorou muito a fisionomia moral dos delinquentes nos Presídios.

Toda vez que há solenidade de livramento, a assistência é de presos e algumas pessoas estranhas, assumindo a presidência do ato o presidente do Conselho Penitenciário ou um seu representante, também, Conselheiro. O Secretário do Instituto, que é o Diretor do Presídio, toma parte na mesa e, em gesto delicado de solidariedade, o Juiz Criminal assiste o ato na presidência de honra, por convite do membro do Conselho Penitenciário.

É lida a sentença do magistrado, que decretou a liberdade vigiada, fixando as obrigações impostas ao liberado. Em seguida, o Conselheiro, o magistrado ou outra pessoa, que queira usar da palavra, dirige ao liberado expressões conselheirais, explicando as obrigações a cumprir e concitando os demais presos assistentes a seguirem os exemplos do favorecido, pela docura de conduta, harmoniosa afetividade, trabalho, paciência e resignação. É, então, entregue a caderneta, depois de haver o preso se comprometido a cumprir todas as imposições, assinando a ata com os presentes.

Cada solenidade de liberdade vigiada é um dia de festa para os encarcerados.

Incontestavelmente, o Decreto que regula o livramento condicional estabelece uma profilaxia de delinquência, pois insignificante tem sido o número dos que, transgredindo as condições impostas pelo Decreto em apreço, vêm revogadas as suas liberdades.

O livramento condicional está regulado pelo Decreto Federal n. 16.665 de 6 de novembro de 1924 e, nos Estados, pelo referido decreto e os que regulam a matéria sem lesão daquele.

Os Conselhos Penitenciários se compõem de sete membros, como estatuem as condições do artigo 2º do Dec. 16.665 de 6 de novembro de 1924, sendo um representante do Ministério Público local, o Procurador da República e cinco pessoas gradadas, de livre nomeação do Presidente da República, no Distrito Federal e Território do Acre e, pelos Presidentes ou Governadores nos Estados, onde não houver Penitenciária Federal, escolhidos pela preferência, sendo três membros dentre professores de direito ou juristas em atividade forense e dois dentre professores de medicina ou clínicos profissionais.

O Decreto em apreço incluiu nos Conselhos Penitenciários dois médicos, incumbidos de esclarecerem aos juristas das condições psicométricas dos sentenciados que pedem livramento condicional.

Esses membros médicos dos Conselhos acumulam suas funções clínicas informativas com os jurídicos na elaboração e estudo de processos e vida presidiária dos liberandos.

Parafraseando Lucchini, os médicos nos Conselhos se assemelham a lentes antepostas aos juristas, esclarecendo os fatos de sua competência pericial com verdade, para melhor investigar a estrutura psico-mental do liberando.

Sua função, mesmo quando relate pedidos, é pericial, porque estuda o processo e se inteira do delito, observa o carcerário e lhe esverruma a vida, perquire a sua conduta pelo prontuário, penetra no seu psiquismo, sonda os seus sentimentos, aprecia o seu estado mental para ajuizar o seu equilíbrio na sociedade e o grau de temebilidade apresentado, formula afinal o seu relatório com todos os dados colhidos e apreciados, deferindo ou denegando os pedidos.

O médico procede, sempre, no preso, a um exame clínico e social. Realiza um estudo em *corpus et anima*, observa as condições clínicas de seus aparelhos, modalidades endócrinas apresentadas, recorre à psiquiatria, que é condição primordial de seus exames, conclusões, diagnóstico e prognóstico social.

Uma ficha psiquiátrica de delinquente, que pede livramento condicional, pode se resumir no seguinte:

FICHA DE PSIQUIATRIA CRIMINAL

N.º 23

Nome do acusado — P. S. O.

Nacionalidade — Brasileiro

Raça — Negra

Profissão — Embarcadiço

Naturalidade — Estado do Rio

Idade — 39 anos

Estado civil — solteiro

InSTRUÇÃO — Analfabeto

Recolhido à Penitenciária em 19-1-1934

Motivo da prisão — Homicídio agravado.

Acusado? *Incuso nas sanções do artigo 294 § 1º e 266 § 2º da C. L. P.*

Situação Legal

Condenado? *A 30 anos de prisão celular.*

Data da prisão — 29-3-933

Data da terminação da pena — 29-3-966.

Comarca em que foi processado e julgado — Cabo-Frio

Matrícula no Serviço — 0960

Data da matrícula — 3-11-1937.

Caracteres somáticos, gerais.

(Tipo Morfológico)

Indivíduo de estatura mediana e de regular compleição física.

Do ponto de vista da estrutura corporal é um tipo mixto, predominantemente leptossômico, com alguns componentes atléticos e displásicos, possivelmente exógenos.

Fotografia

impressão digital
(Polegar direito)

DADOS GERAIS DE ANAMNÉSE

(Antecedentes mórbidos familiares e pessoais)

Ant. Familiares — Nada informa que mereça referências especiais, alegando estar, há muitos anos, separado da família e nada saber de suas condições atuais.

Ant. Pessoais — Nascido a termo, de parto natural. Teve algumas infecções próprias da infância. Fazia uso imoderado de bebidas alcoólicas. Nunca apresentou sintomas da série comicial. Teve gripe em 1918. Nega antecedentes venéreos e é fecundante.

PERSONALIDADE PRÉ-CRIMINAL

(Antecedentes policiais e judiciais — Comportamento social — Adaptação aos diferentes meios. — Tendências e inclinações anti-sociais. Impulsões e perversões instintivas).

Nascido na Aldeia de S. Pedro, em Campo Redondo, Estado do Rio, onde viveu até a idade de 10 anos em companhia da família sem ter frequentado escolas. Mudou-se depois para Cabo Frio, onde permaneceu até a data do crime por que responde presentemente. Começou a trabalhar aos 15 anos, como embarcadiço, a exemplo do seu pai e de seus irmãos mais velhos. Foi processado, duas vezes consecutivas, pela fisionomia do art. 303 da Cons. das L. Penais. Acha-se atualmente condenado a 30 anos de prisão celular por haver assassinado uma filha menor de 12 anos, depois de praticar contra ela atos de libidinagem (vide denúncia, exame de corpo de delito, pronúncia e sentença).

Tipo de delinquência — Classificação criminal.

Personalidade psicopática: embotamento ético com viscosidade afetiva, irritabilidade explosiva e impulsividade.

Nível intelectual baixo. Delinquente de tipo atávico regressivo (B. di Túlio).

PROGNÓSTICO CORRECIONAL

Duvidoso, em face das condições expostas.

VIDA NA PRISÃO

(Instrução. Trabalho. Disciplina. Relações afetivas e psico-éticas. Noção de justiça e de equidade. Capacidade de adaptação).

Até a presente data, não sofreu penalidade, nem castigos. Comportamento sofrível. Esteve internado algum tempo no Hospital Colônia de Vargem Alegre (Hospital de psicopatas) afim de ser submetido a exame de sanidade mental, por solicitação do Diretor do Estabelecimento. Nunca recebeu cartas, nem visitas dos parentes. Não tem iniciativa para o trabalho, mas cumpre, com relativa eficiência, as ordens que lhe são conferidas.

ÍNDICE PSICO-BIOLÓGICO DA REGENERAÇÃO

(Influência da terapêutica penal. Atenuação, modificação ou desaparecimento das tendências e inclinações nocivas).

As condições psicológicas do examinado, sua história pregressa e as circunstâncias que revestiram o ato delituoso não autorizam a prevêr uma atenuação sensível de suas tendências e inclinações nocivas.

ÍNDICE DE TEMEBILIDADE

Oferece temebilidade máxima.

PROGNÓSTICO SOCIAL

Mau.

Niterói, 6 de novembro de 1937.

Dr. X. Y.

(Assistente do Serviço).

Visto

Dr. Z.

(Chefe de Serviço).

Esta ficha, que é o resumo do estudo do penitenciário, acompanha o relatório do Diretor do Presídio.

O relatório versa sobre as circunstâncias peculiares à infração da lei penal, que possam concorrer para a apreciação da índole do preso; caráter do liberando, revelado tanto nos antecedentes, como na prática delituosa, que orienta sobre a natureza psíquica e antropológica do preso, quanto à tendência para o crime, instintos brutais, influência do meio, costumes, grau de emotividade, etc.; procedimento do sentenciado na prisão, sua docilidade ou rebeldia em face do regime, aptidão para o trabalho e relações com os companheiros e funcionários do Estabelecimento; relações afetivas do sentenciado com a família, amigos, etc., situação econômica, profissional e intelectual do preso; seus projetos para depois do livramento, especialmente o futuro meio de vida.

Esse relatório torna-se necessário e obrigatório em face do que estatuiu o art. 4º numeros 1, 2, 3, 4, 5, e 6 do Decreto numero 16.665.

A ficha de psiquiatria criminal é a adotada nos serviços do Laboratório de Antropologia Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro, dando o essencial para conhecimento dos membros do Conselho Penitenciário, onde os médicos que o integram podem prestar melhores esclarecimentos toda vez que os juristas queiram e entendam de os socilitar.

Os médicos conselheiros têm obrigação de atender, com solicitude e presteza, aos pedidos de esclarecimentos no terreno da clínica, em geral, como no da psiquiatria, porque, a cada instante, se socorrem dos juristas para as razões do Direito e estes se prontificam a atender áqueles.

Há o intercâmbio da Medicina e do Direito, porque ambos se compreendem, se irmanam e se misturam aos fatos sociais, em benefício da própria sociedade.

Faz-se, por isso, a aplicação da Medicina Legal, tão útil e tão necessária, porque é uma “aplicação de conhecimentos científicos a misteres da justiça” no sábio conceito do insigne mestre Afrânio Peixoto.

O penitenciário é sempre um indivíduo a observar, pela transição de vida, de livre que era em preso sob vigilância, onde seus hábitos, desejos e vontade são, a todo o instante, contrariados e sujeitos permanentemente à fiscalização.

A disciplina carcerária é rude, e o preso não se submete, em rigor, a ela; procura conformar-se, porque um pouco de conforto moral está na razão direta de um comportamento bom.

Anteriormente ao delito cometido, o penitenciário poderia ser um psicopata larvado, de aparência boa, sem se deixar suspeitar de ser um doente, entretanto, a vida presidiária, pela transição brusca, fez despertar a sua *psiquê*. Ao menor embate psíquico, a constituição psicopática desabrocha, dependendo do terreno somático ou mental.

Estudando os tipos de personalidade anormal, Grhule considerou os *tórpidos* pela inteligência pouco desenvolvida para os comuns e ligada à falta de iniciativa, onde os processos intelectuais ficam sujeitos a uma inércia; os *eréticos* são rixentos, temerários, grosseiros, ambiciosos e crueis; o *vagabundo nato* não tem capacidade para a vida metódica, não é perseverante; o *uranista* sofre de tropeços mentais, pela aberração sexual, é volúvel, frívolo e tem ademanes femininos, constituindo o *opprobio da natureza*; o *epileptoide* está, no geral, em indivíduos aparentemente pacíficos, aplicados e bondosos, mas que se transformam nos seus “dias críticos”, ao se levantarem, pela manhã, mal humorados, sem uma causa justa e sem um motivo explicável, nêle há a distimia nostálgica, acompanhada de fuga irreflexiva; os *sentimentais*, mergulham seus sentimentos no sofrimento, o que bem se aprecia nos histéricos.

Não há escândalo em ser condenado um psicopata, porque, em geral, as psicoses dos penitenciários desabrocham, tardivamente, no cárcere, e, por mais meticoloso que tenha sido feito um exame prévio, ainda no curso do processo, não pôde o perito concluir suas observações pelos elementos precários que fornece o estado mental do observando, em fase de sumário, pela ausência de um fato siqueir.

Dentre os condenados, são observadas anormalidades mentais decorrentes da hipomania, psicastenia, síndromas, psicoses maníaco-depressivas, parkinsonianos frustos, epilepsia, esquizoidias, oligofrenias, e tantas outras associadas, dando fisionomia mórbida variada e de aspectos bizarros, ou indivíduos instáveis, que não são propriamente alienados.

Cabe ao médico do Conselho Penitenciário estudar o condenado que pede o livramento, verificando a sua morfologia mental, se é um readaptável à sociedade, se suas condições psico-mentais não fazem suspeitar periculosidade.

Com a realidade do senso clínico, o médico em Conselho Penitenciário é um auxiliar precioso do jurista, porque as suas observações e exames visam esclarecer o estado mental do delinquente e presumir o diagnóstico de sua provável vida em liberdade vigiada, sem oferecer perigo à sociedade que o vai receber.

O delito constitui um episódio da vida psíquica do indivíduo como o encara o médico. Para o jurista é um ato de caráter voluntário, positivo ou negativo, que se afasta das normas estabelecidas pela legislação penal. Para o filósofo é todo ato que não se ajusta aos princípios da época e, para o psicólogo, é a sua ligação à cadeia de ações pessoais, como um episódio incidental.

O crime é síntese e o criminoso análise, resultando disso um estudo do carcerário, porque a natureza sempre pode mais que a civilização, na feliz expressão de Waldemar E. Coutts, no “O desejo de matar e o Instinto sexual”.

São estas as pequenas considerações que cabem no terreno médico, para uma finalidade de Conselho Penitenciário, onde o presidiário, quer civil, quer militar, deve ser estudado à luz da ciência, com especialização psiquiátrica.



O Serviço Químico Farmacêutico do Hospital Central do Exército

.....
Ano de 1940

O Serviço Químico Farmacêutico do H. C. E., sob a chefia do Ten. Cel. Farmacêutico Dr. Manoel Vieira da Fonseca Junior, foi, no ano de 1940, como nos anteriores, produtivo e eficiente.

Estabelecida a Reunião de Estudos, os oficiais farmacêuticos apresentaram as seguintes comunicações, de grande alcance prático: "Medicamentos barbitúricos — suas fórmulas estruturais", pelo Dr. M. V. Fonseca Junior; "Modificação da fórmula do Xarope de tiocol composto", pelo Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar; "Novo processo de reativação das velas de Chamberland", pelo Ten. Henrique Barbosa da Cruz Filho; "Análises química e bacteriológica das águas do vale do Paraíba"; "Demonstrações práticas sobre determinações químicas da reserva alcalina, uréia e creatinina no sangue", pelo Dr. Gerardo Majella Bijos.

A sua biblioteca foi acrescida com a aquisição de livros técnicos de valia inconteste, como o "Tratado de Química Orgânica" de Grignard e "Tratado de Hipodermia" de Hugo Gazzani, bem como de assinaturas de revistas técnico-farmacêuticas.

O Serviço Farmacêutico compareceu ao "Centro de Estudos", apresentando trabalhos, e colaborou, por alguns de seus oficiais, no número 5 dos Anais.

A Secção de Hipodermia foi modificada materialmente, e melhorada, portanto, em suas condições técnicas.

A Secção de Produtos Oficinais, como a de Hipodermia, também, sofreu ligeira reforma, apresentando, ambas, fórmulas novas de especialidades, dentre as quais: comprimidos, pomada e geléia de sulfanilamida, empólas de vitamina B1 e C, extrato hepático e pentazol.

As economias do Serviço atingiram cifras elevadas. Entre produtos manufaturados e de aquisição, na praça, semelhantes, a diferença atingiu, às vezes, 3.000 por cento. A economia bruta foi de mais de 300:000\$000, sendo de 150:000\$000 na Secção de Produtos Oficinais, 100:000\$000 na de Hipodermia, e o restante. na de Manipulação.

Secção de Manipulação

Número de prescrições	67.739
Média mensal	5.645
Média diária	189
Número de pedidos	68
Número de receitas avulsas	1.038
Número de receitas com entorpecentes	497
Número de receitas indenizadas	512
Total do receituário indenizado	10:178\$300

Secção de Produtos Oficinais

Dentre os artigos produzidos nesta Secção destacam-se:

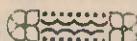
Alcoolatos ..	15.000,0
Comprimidos ..	76.600
Extratos flúidos ..	50.500,0
Líquido de Dakin, vidros ..	240
Magnésia flúida, vidros ..	1.600
Pomadas ..	237.000,0
Sabonetes ..	15.600
Tinturas ..	179.000,0
Xaropes ..	7.440 vidros
Ataduras ..	30.350
Gaze hidrófila, metros ..	14.280

Secção de Hipodermia

Esta Secção realizou a preparação de 111.139 empôlas, de fórmulas diversas.

Eis, em rápidas palavras, o que foi conseguido no ano de 1940 pelo Serviço Farmacêutico do Hospital Central do Exército.

Embora pequeno seu efetivo, os oficiais farmacêuticos que o compõem, devotados ao labor, sem mostras de fadiga, se empenham na tarefa de atender, solícitos, aos reclamos de toda sorte do Hospital, em prol da saúde dos hospitalizados e do renome dêste tradicional nosocômio.



Serviço Odontológico do H. C. E.

O Serviço Odontológico dêste nosocômio encerrou mais um ano de fecundas atividades.

Apesar de não numeroso, seu corpo clínico não poupa esforços nem mede sacrifícios, no afã quotidiano de aperfeiçoar os conhecimentos para apresentar maior e melhor produção.

Funciona êste serviço numa ala do Pavilhão de Clínicas especializadas, possuindo 3 consultórios, (um para oficiais e famílias e dois para as praças), uma oficina de prótese dentária, duas salas de espera, um gabinete de chefia do serviço, vestiário e instalação sanitária, tudo construído de acordo com as exigências relativas ao espaço, iluminação, arejamento, conforto e higiene; existe, ainda, no P. I., um modesto gabinete, afim de atender aos enfermos ali baixados.

O Serviço Odontológico do H. C. E. está dividido em 3 secções, a saber: uma de clínica protética, sob a responsabilidade pessoal do major Luiz Bastos Guimarães Filho, chefe, de uma clínica dentária geral, sob a orientação do Capitão Ennio Villela e outra de cirurgia dentária dirigida pelo cirurgião, condecorado, Bartholomeu Lopes.

A oficina de prótese dentária está a cargo do esforçado protético Snr. Manoel Rogério.

Devidamente autorizados pelas autoridades competentes, frequentam os gabinetes estudantes de odontologia com o objetivo de aperfeiçoarem seus conhecimentos práticos.

O movimento das diversas secções, no ano findo, foi o seguinte:

- | | |
|---------|---|
| Clínica | (Consultas: 8087 — Curativos 10228.
(Obturações: 1370 — Extrações 2941.
(Limpezas de boca: 1654 — Matrículas 1302. |
|---------|---|

Prótese	Dentaduras de paladon....	4	(Nota: a oficina de prótese começou a funcionar em Outubro de 1940.)
	Dentaduras de vulcanite..	4	
	Pontes fixas	3	
	Blocos de acolite.....	17	
	Blocos de ouro.....	6	
Cirurgia	Ablação de cisto dentígero com conservação dos dentes	1	
	Extração de dentes inclusos	3	
	Apicectomias	15	
	Curetagens alveolares	22	

Os algarismos acima falam eloquentemente do esforço do Serviço Odontológico dêste H. C. E., o qual, com tão reduzido número de profissionais, evidenciou, mais uma vez, a sua grande capacidade de trabalho.

ESTATÍSTICA

Hospital Central do Exército, referente ao ano de 1940

Estatística do Hospital Central do Exército, referente ao ano de 1940

DR. NELSON BANDEIRA DE MELLO

CAPITÃO MÉDICO, ENCARREGADO DO SERVIÇO DE
ESTATÍSTICA E DEMOGRAFIA SANITÁRIA

O Serviço de Estatística apresenta, como de costume, sua série de mapas e gráficos demonstrativos do movimento hospitalar.

Poucas foram as modificações introduzidas no conjunto publicado no ano anterior: alterou-se a ordem de apresentação, acrescentou-se quadro novo e desenvolveram-se outros que requeriam elucidação mais completa.

Pareceu-nos mais natural começar a seriação com o quadro representativo do movimento geral, por mês, em números absolutos, com discriminação dos destinos dados aos doentes transferidos, quadro que, no ano anterior, apareceu em terceiro lugar.

O quadro n.º 4, que aparece pela primeira vez, é o gráfico do movimento de doentes, com a percentagem sobre o total de hospitalizados durante o ano. Foi criado tendo em vista tornar mais fácil ao observador avaliar, com presteza, os diversos destinos que os doentes tiveram. Por élé vemos que no total de 12.126 hospitalizados, 10.280 tiveram alta curados, ou seja 84.77 por cento, o que deixa bem claro o esforço dispensado por este nosocomio. A diferença para menos existente em relação à percentagem encontrada no ano passado (87.43) é apenas aparente, pois, nas estatísticas de 1940, só figuram sob a rubrica de curados, os casos em que houve completa "restitutio ad integrum"; os curados clinicamente alinharam-se na coluna "por outras causas", fato que se não verificava nos anos

anteriores. Somando-se os números proporcionais relativos às duas colunas em apreço, para uma comparação mais coerente, verifica-se que houve, em 1940, 90,38 por cento de saídos curados e por outras causas, contra 88,07 por cento no ano de 1939.

Também no gráfico referente à morbidade e letalidade se verifica um pequeno acréscimo de óbitos, que se pode considerar dentro dos limites normais de oscilação: para 12.174 hospitalizados em 1939, houve 106 mortos; em 1940, para 12.126 doentes, houve 118 óbitos.

Os outros quadros dispensam quaisquer esclarecimentos.

Ainda desta vez, cumprimos o dever de salientar o cuidado, a bôa vontade e a presteza com que o nosso digno auxiliar, escriturário Aluizio Castro de Freitas Costa, organizou, calculou e desenhou os mapas e gráficos que se seguem.



SERVIÇO DE ESTATÍSTICA

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Movimento geral de entradas e saídas de doentes durante o ano de 1940

MESSES	EXISTIARM	ENTRARARM	CURRADOS	TRANSFERIDOS	INCAPAZES	LICENCIADOS	ALTAS POR EVASÃO	ALTAS POR ORDEM SUPERIOR	MOTOS	FICARARM EXISTINDO	CADAVRES	S. M. DE TERRITÓRIA	H. C. DE BELO	HOSPITAL DE PSICOPATAS	COLONIA DE JACAREPAGUÁ	MANICOMIO JUDICITARIO	SOMA	
Janeiro	805	1.377	1.268	26	33	1	3	1	14	12	1	6	13	7	—	—	26	18
Fevereiro	—	1.197	986	18	29	1	5	1	8	1	6	16	1	1	—	—	7	7
Março	—	1.193	1.155	7	43	1	1	1	2	—	6	1	6	1	—	—	46	46
AbriL	—	1.183	1.368	46	20	2	—	—	—	—	10	3	3	3	—	—	—	8
Maio	—	—	990	954	8	18	4	—	—	8	—	—	1	10	13	1	1	24
Junho	—	—	815	772	24	21	3	—	—	8	—	—	8	4	—	—	12	12
Julho	—	—	889	770	12	18	4	—	—	14	—	—	6	2	—	—	8	8
Agosto	—	837	817	8	34	5	—	—	6	—	—	7	—	10	11	1	—	23
Setembro	—	648	705	23	16	3	—	—	7	—	—	13	—	14	4	—	—	18
Outubro	—	951	760	18	21	2	—	—	6	1	—	10	5	1	—	—	16	16
Novembro	—	601	693	16	23	6	—	—	11	—	—	9	530	9	7	—	—	1
Dezembro	—	640	664	17	17	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17
SOMA	805	11.321	10.912	223	293	34	16	0	118	530	16	111	97	13	1	1	223	

Q U A D R O N.º 3
Movimento geral de doentes em 1940, por grupos da N. N. G. E.
Números proporcionais

Mapa geral do movimento de drenantes para águas rasas

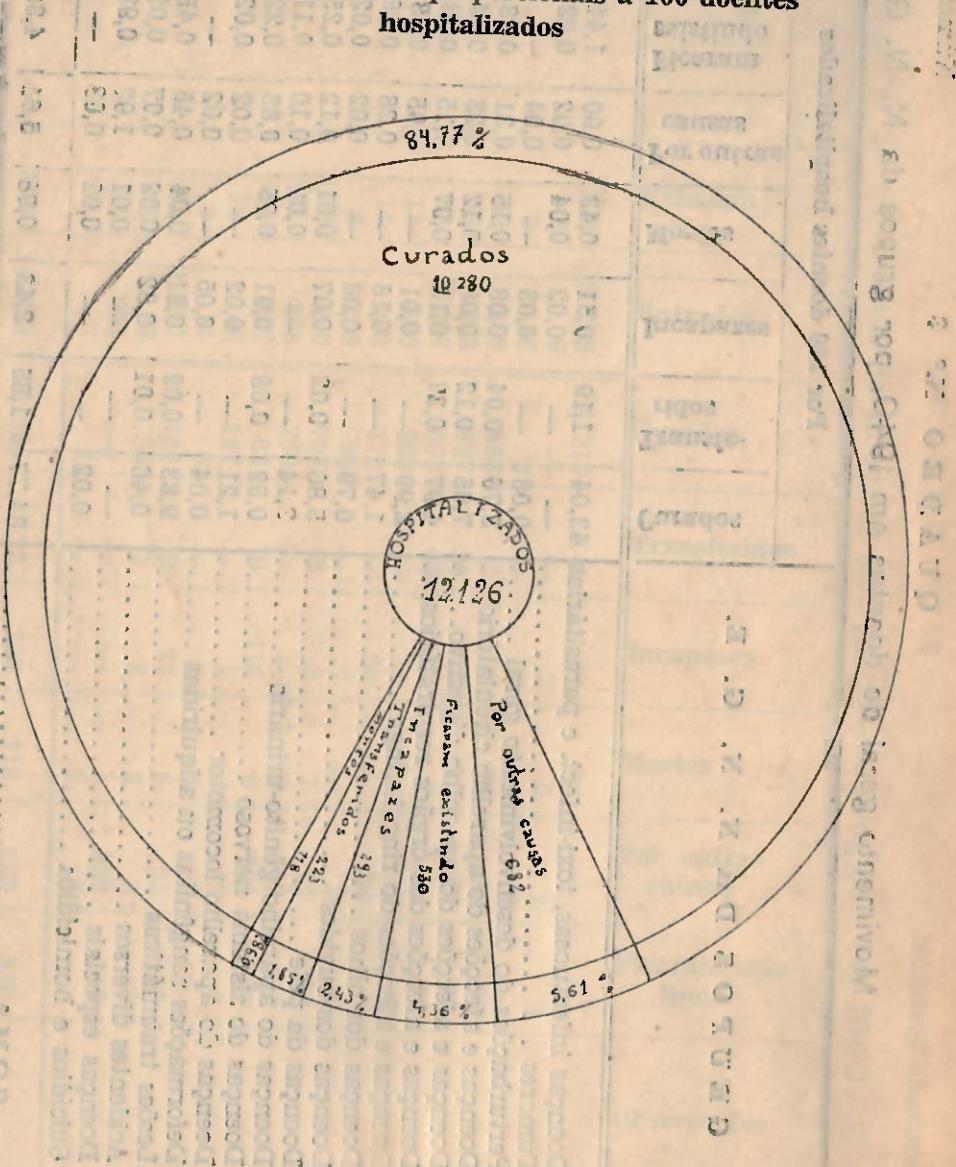
QUADRO N.º 22

Números absolutos

Número do Grupo	Existiam	Entrados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas	Ficaram existindo	Observações
Grupo I	366	5.395	5.219	145	62	52	109	175	
Grupo II	3	9	—	—	2	5	2	3	
Grupo III	2	16	9	—	4	—	5	—	
Grupo IV	49	506	456	—	9	—	—	—	
Grupo V	49	978	927	14	10	19	38	28	
Grupo VI	23	686	603	45	12	15	28	33	
Grupo VII	13	366	363	—	1	8	19	22	
Grupo VIII	11	228	178	—	—	—	—	—	
Grupo IX	2	106	96	2	7	20	7	9	
Grupo X	50	710	704	8	—	—	34	7	
Grupo XI	21	266	260	—	—	—	3	2	
Grupo XII	49	267	63	9	—	—	15	30	
Grupo XIII	10	146	147	—	1	1	—	12	
Grupo XIV	2	11	5	—	—	—	6	13	
Grupo XV	65	1.281	1.192	2	—	—	101	27	
Grupo XVI	5	68	56	1	2	2	2	4	
Grupo XVII	84	275	—	—	1	—	2	—	
Grupo XVIII	1	7	2	—	—	—	4	—	
S O M A	805	11.321	10.280	223	293	118	682	530	

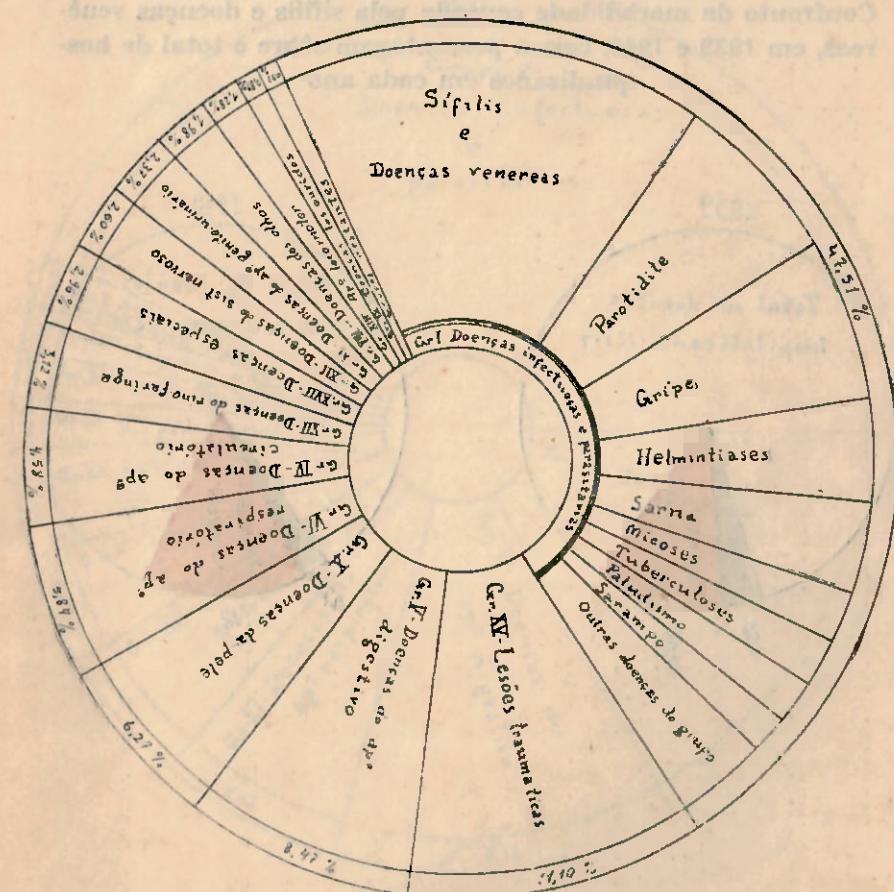
QUADRO N.º 4

GRÁFICO do movimento geral do H. C. E., em 1940, com números absolutos e proporcionais a 100 doentes hospitalizados



QUADRO N.º 5

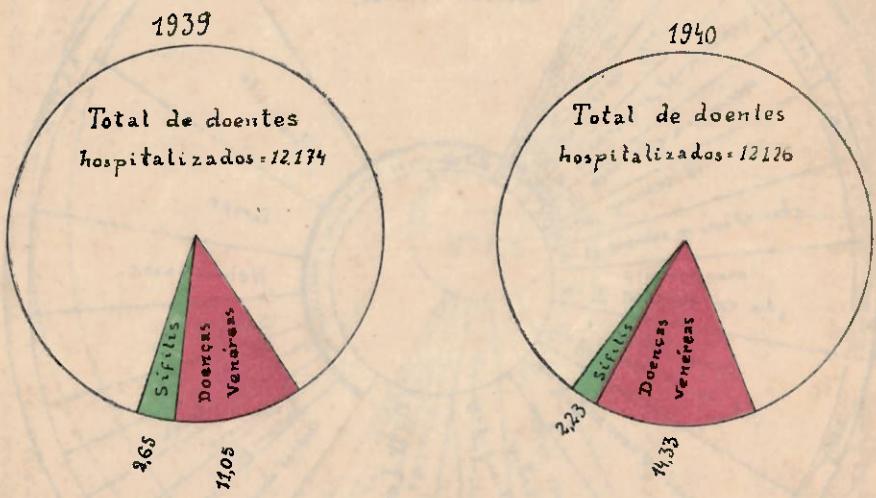
GRÁFICO da mortalidade, por grupos nosológicos, classificado por ordem decrescente das baixas ocorridas em 1940, detalhando algumas doenças infectuosas e parasitárias, pertencentes ao grupo I



classificação dos morbos, que se dividem em 16 grupos, que se classificam, de 1 a 16, em ordem de morte, ou seja, os que causam maior mortalidade e menor mortalidade, segundo os

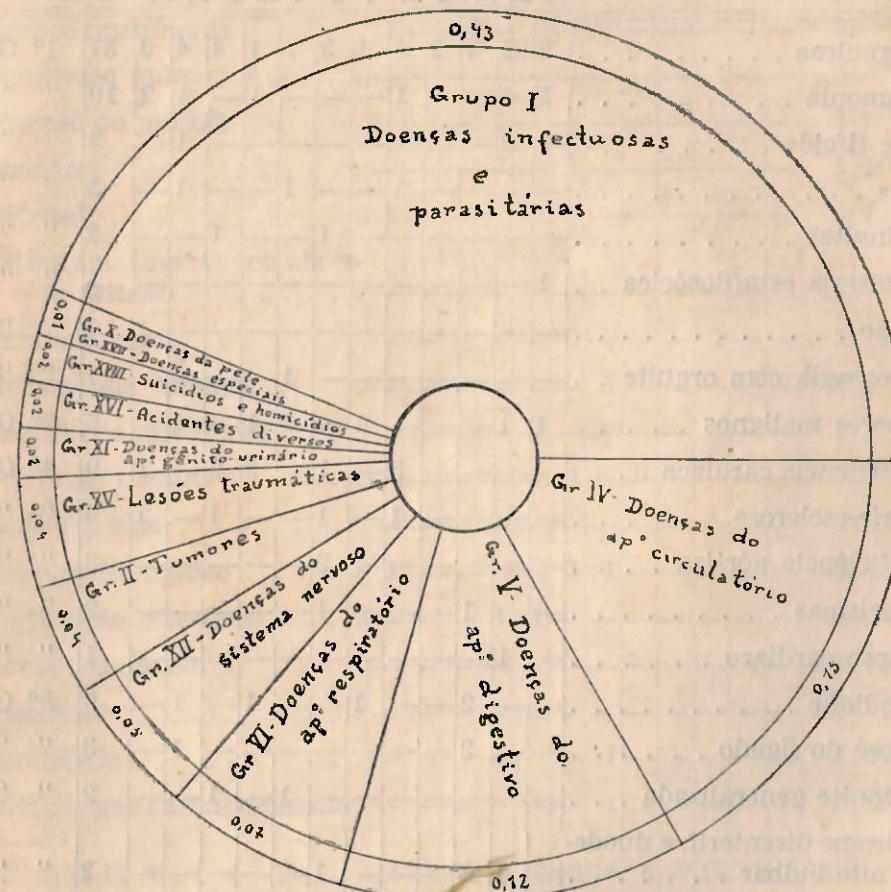
Q U A D R O N.º 6

Confronto da morbilidade causada pela sífilis e doenças venéreas, em 1939 e 1940, com a percentagem sobre o total de hospitalizados em cada ano



Q U A D R O N.º 7

Mortalidade por grupos nosológicos, sendo a percentagem por doentes hospitalizados = 0,98 %



Mapa da mortalidade, por mês e por moléstia, durante
o ano de 1940

NOME DA MOLESTIA	Número de mortos por mês												Obs.	
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro		
Tuberculose	8	2	1	2	1	1	3	1	1	4	4	3	31	1º Gr.
Pneumonia	1	4	—	—	1	—	—	1	—	1	2	—	10	” ”
Febre tifoide	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	” ”	
Sífilis	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	3	” ”	
Meningites	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2	” ”	
Septicemia estafilocócica .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	” ”	
Tétano	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	” ”	
Blenorragia com orquite .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	” ”	
Tumores malignos	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	5	2º Gr.	
Insuficiência cardíaca .	—	—	3	—	1	—	2	2	—	1	—	9	4º Gr.	
Artério-esclerose	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	4	” ”	
Insuficiência aórtica . .	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	3	” ”	
Aneurismas	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	” ”	
Colapso cardíaco	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	” ”	
Apendicite	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—	5	5º Gr.	
Cirrose do fígado	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	” ”	
Peritonite generalizada .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	” ”	
Síndrome disenterif. e duode- nito bulbar	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	” ”	
Diarréia	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	” ”	
Oclusão intestinal	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	” ”	
Hérnia	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	” ”	

(Continuação)

NOME DA MOLESTIA	Número de mortos por mês												Obs.
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Edema agudo do pulmão . .	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	4	6º Gr.
Bronco-pneumonia	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	” ”
Congestão pulmonar	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	” ”
Abcesso do pulmão	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	” ”
Flemão	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	10º Gr.
Nefrite	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	11º Gr.
Estreitam. uretral por abces- so urinoso	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	” ”
Paralisia geral	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2	12º Gr.
Hemorragia cerebral	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	” ”
Polinevrite infectuosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	” ”
Confusão mental	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	” ”
Esquizofrenia	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	” ”
Fratura do crâneo	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	3	15º Gr.
Perfuração intestinal	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	2	” ”
Coma insulínica	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	16º Gr.
Alcoolismo	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	” ”
Senilidade	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	17º Gr.
Suicídio por envenenamento.	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	2	18º Gr.
SOMA	14	12	8	6	10	8	14	6	7	13	11	9	118

G R U P O I	S A I D O S				
	Hospitalizados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos
Grupo I	— Doenças infectuosas e parasitárias ..	215,26	187,46	7,06	4,06
Grupo II	— Tumores ..	0,20	0,06	—	3,46
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento geral ..	—	—	—	0,20
Grupo IV	— Doenças do aparelho circulatório ..	2,20	1,40	0,13	0,13
Grupo V	— Doenças do aparelho digestivo ..	34,40	27,66	0,33	0,26
Grupo VI	— Doenças do aparelho respiratório ..	57,00	51,53	0,26	1,20
Grupo VII	— Doenças do rino-faringe ..	21,72	17,26	1,20	0,26
Grupo VIII	— Doenças dos olhos ..	21,13	19,86	—	0,33
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos ..	33,60	27,73	—	1,46
Grupo X	— Doenças da pele ..	7,46	6,20	—	0,40
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário ..	81,73	77,60	0,06	0,73
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso ..	32,20	30,73	0,06	—
Grupo XIII	— Doenças do aparelho locomotor ..	32,00	17,66	0,86	8,20
Grupo XIV	— Deformações congênitas ou adquiridas ..	8,73	7,40	—	0,33
Grupo XV	— Lesões traumáticas ..	0,46	—	—	0,46
Grupo XVI	— Acidentes diversos ..	132,93	125,66	0,26	2,13
Grupo XVII	— Doenças especiais ..	5,53	4,93	—	0,06
Grupo XVIII	— Suicídos e homicídios ..	10,73	5,40	—	0,06
		0,13	—	—	3,40

Por 1.000 homens do efetivo médio

Números proporcionais

Q U A D R O N.º 9

Movimento de homens hospitalizados em 1938, por grupos da N. N. G. E., proporcionalmente ao efetivo médio da 1.ª Região Militar

Por 1.000 homens do efetivo médio

G R U P O I	S A I D O S				
	Hospitalizados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos
Grupo I	— Doenças infectuosas e parasitárias ..	215,26	187,46	7,06	4,06
Grupo II	— Tumores ..	0,20	0,06	—	3,46
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento geral ..	—	—	—	0,20
Grupo IV	— Doenças do aparelho circulatório ..	2,20	1,40	0,13	0,13
Grupo V	— Doenças do aparelho digestivo ..	34,40	27,66	0,33	0,26
Grupo VI	— Doenças do aparelho respiratório ..	57,00	51,53	0,26	1,20
Grupo VII	— Doenças do rino-faringe ..	21,72	17,26	1,20	0,26
Grupo VIII	— Doenças dos olhos ..	21,13	19,86	—	0,33
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos ..	33,60	27,73	—	1,46
Grupo X	— Doenças da pele ..	7,46	6,20	—	0,40
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário ..	81,73	77,60	0,06	0,73
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso ..	32,20	30,73	0,06	—
Grupo XIII	— Doenças do aparelho locomotor ..	32,00	17,66	0,86	8,20
Grupo XIV	— Deformações congênitas ou adquiridas ..	8,73	7,40	—	0,33
Grupo XV	— Lesões traumáticas ..	0,46	—	—	0,46
Grupo XVI	— Acidentes diversos ..	132,93	125,66	0,26	2,13
Grupo XVII	— Doenças especiais ..	5,53	4,93	—	0,06
Grupo XVIII	— Suicídos e homicídios ..	10,73	5,40	—	0,06
		0,13	—	—	3,40

Por 1.000 homens do efetivo médio

Números proporcionais

Q U A D R O N.º 10

Movimento de homens hospitalizados em 1938, por grupos da N. N. G. E., proporcionalmente ao efetivo médio da 1.ª Região Militar

Por 1.000 homens do efetivo médio

G R U P O I	S A I D O S				
	Hospitalizados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos
Grupo I	— Doenças infectuosas e parasitárias ..	0,60	0,46	0,46	—
Grupo II	— Tumores ..	0,13	0,13	0,13	—
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento geral ..	—	—	—	—
Grupo IV	— Doenças do aparelho circulatório ..	0,26	0,20	0,20	—
Grupo V	— Doenças do aparelho digestivo ..	0,46	0,40	0,40	—
Grupo VI	— Doenças do aparelho respiratório ..	0,20	0,16	0,16	—
Grupo VII	— Doenças do rino-faringe ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo VIII	— Doenças dos olhos ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo X	— Doenças da pele ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XIII	— Doenças do aparelho locomotor ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XIV	— Deformações congênitas ou adquiridas ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XV	— Lesões traumáticas ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XVI	— Acidentes diversos ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XVII	— Doenças especiais ..	0,06	0,06	0,06	—
Grupo XVIII	— Suicídos e homicídios ..	0,06	0,06	0,06	—

Por 1.000 homens do efetivo médio

Números proporcionais

A N O	Número de hospitalizados	Número de mortos	Coeficientes de mortalidade e letalidade, por mil homens hospitalizados	
			Por 1.000 homens do efetivo	Indice letal por 100 homens hospitalizados
1938	10.726	715,06	0,00	0,87%
1939	10.714	811,60	0,00	0,87%
1940	12.126	808,40	0,00	0,87%
1941	11.174	7,96	0,00	0,87%
1942	118	1,11	0,00	0,87%

Q U A D R O N.º 13

A N O	Número de hospitalizados	Número de mortos	Coeficientes de mortalidade e letalidade, por mil homens do efetivo da 1.ª R. M., em 1938, 1939 e 1940	
			Por 1.000 homens do efetivo	Indice letal por 100 homens hospitalizados
1938	10.726	715,06	0,00	0,87%
1939	10.714	811,60	0,00	0,87%
1940	12.126	808,40	0,00	0,87%

A N O	Número de hospitalizados	Número de mortos	Mapa comparativo dos deentes entre os em 1938, 1939 e 1940	
			Por 1.000 homens do efetivo	Indice letal por 100 homens hospitalizados
1938	10.726	715,06	0,00	0,87%
1939	10.714	811,60	0,00	0,87%
1940	12.126	808,40	0,00	0,87%

Q U A D R O N.º 11

Números proporcionais

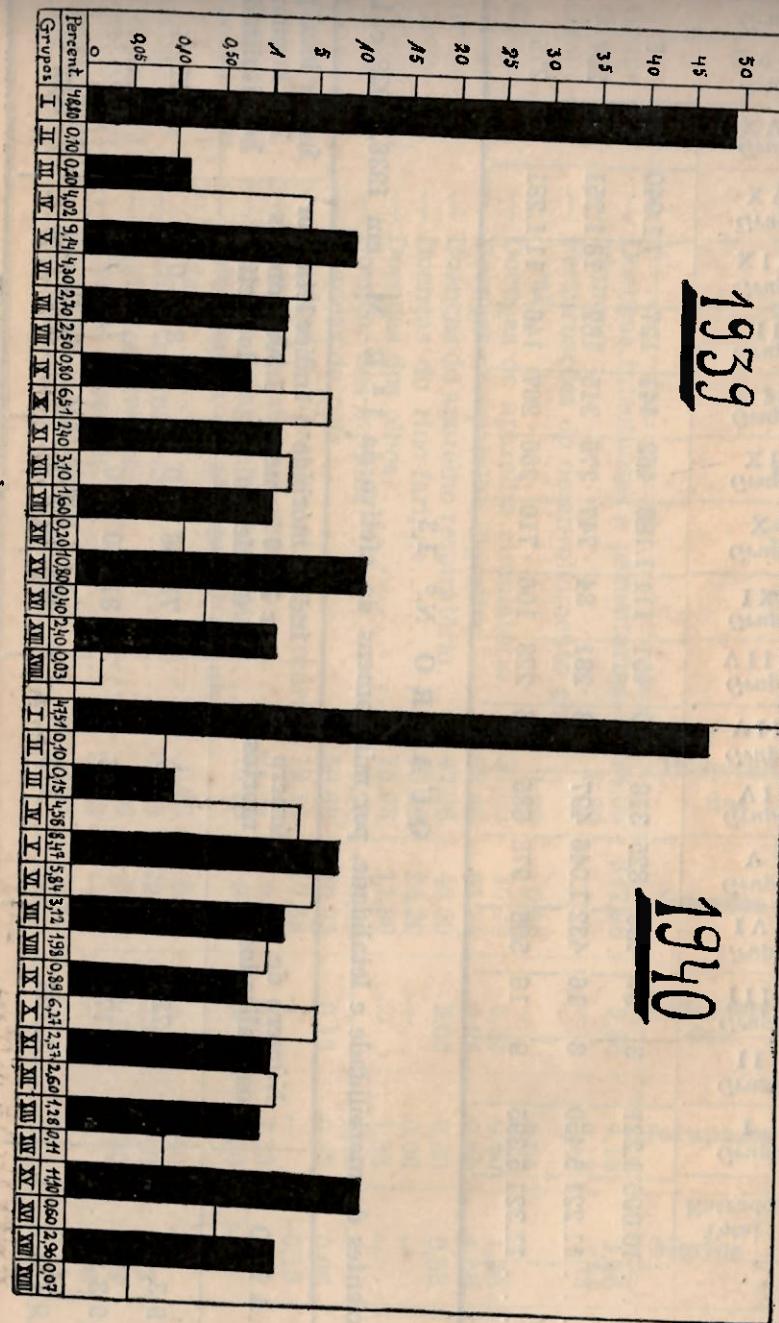
Movimento de doentes hospitalizados em 1940, por grupos da N. N. G. E., proporcionalmente ao efetivo médio da 1.ª R. M.

Por 1.000 homens do efetivo médio

G R U P O S	D A N. N. G. E.	S A I D O S				
		Hospitalizados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos
Grupo I	— Doenças infectuosas e parasitárias..	384,06	347,96	—	9,66	4,13
Grupo II	— Tumores	0,80	—	—	0,13	0,33
Grupo III	— Perturbações do desenvolvimento geral	1,20	0,60	—	0,26	—
Grupo IV	— Doenças do aparelho circulatório...	37,00	30,40	—	0,33	0,60
Grupo V	— Doenças do aparelho digestivo...	68,46	61,81	—	0,93	1,26
Grupo VI	— Doenças do aparelho respiratório...	47,26	40,20	—	3,00	0,66
Grupo VII	— Doenças do rino-faringe	25,26	24,20	—	0,06	0,53
Grupo VIII	— Doenças dos olhos	15,93	11,86	—	—	0,40
Grupo IX	— Doenças dos ouvidos	7,20	6,40	—	1,33	0,46
Grupo X	— Doenças da pele	50,66	46,93	—	0,13	0,53
Grupo XI	— Doenças do aparelho gênito-urinário	19,13	17,33	—	—	0,06
Grupo XII	— Doenças do sistema nervoso	21,06	4,20	—	0,60	0,13
Grupo XIII	— Doenças do sistema nervoso	10,40	9,80	—	—	0,40
Grupo XIV	— Doenças do aparelho locomotor	0,86	0,33	—	—	0,13
Grupo XV	— Lesões traumáticas	89,73	79,46	—	0,13	0,13
Grupo XVI	— Acidentes diversos	4,86	3,73	—	0,06	0,33
Grupo XVII	— Doenças especiais	23,93	—	—	—	0,53
Grupo XVIII	— Suicídios e homicídios	0,53	0,13	—	—	0,26

Q U A D R O N.º 12

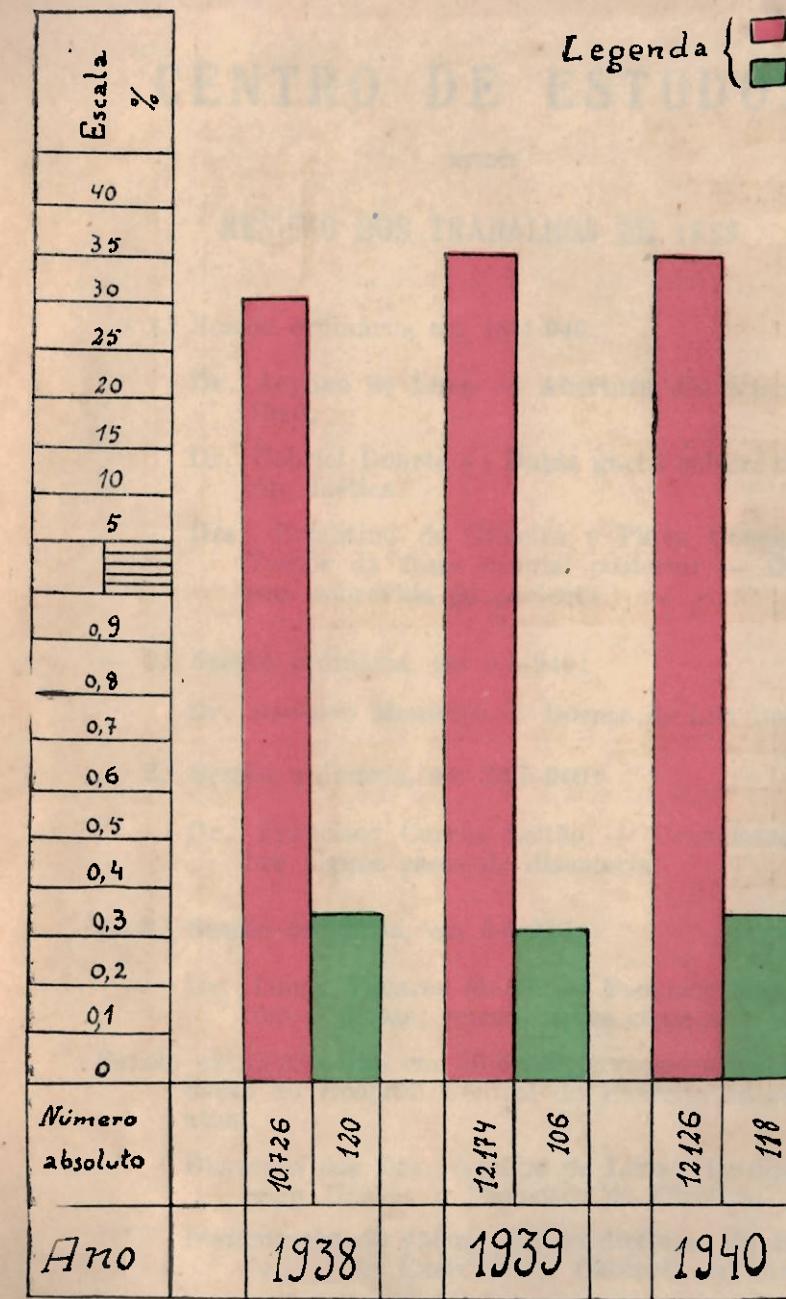
Mapa comparativo dos deentes entre os em 1938, 1939 e 1940



QUADRONE 14

QUADRO N.º 15

GRÁFICO da morbidade e lealidade, por 100 doentes do total de hospitalizados em 1938, 1939 e 1940



CENTRO DE ESTUDOS

RESUMO DOS TRABALHOS DE 1939

— 1.ª Sessão ordinária, em 18-4-940:

Dr. Acylino de Lima — Abertura dos trabalhos de 1940.

Dr. Gabriel Duarte — Dupla garra cubital por neurite luética.

Drs. Ernestino de Oliveira e Paiva Gonçalves — Tumor da fossa cranial posterior — Operação com sobrevida do paciente.

— 2.ª Sessão ordinária, em 9-5-940:

Dr. Oswaldo Monteiro — Doença de Léo Burger.

— 3.ª Sessão ordinária, em 23-5-940:

Dr. Francisco Corrêa Leitão — Considerações sobre alguns casos de disenteria.

— 4.ª Sessão ordinária, em 6-6-940:

Dr. Ismar Tavares Mutel — Pneumograma, glutatión e glicose; considerações clínicas.

Sessão extraordinária, em 20-6-940, comemorativa da fundação do Hospital Central do Exército na sua sede atual.

Discursos dos Drs. Acylino de Lima, Henrique Ferreira Chaves e Francisco de Oliveira.

Inauguração da galeria dos ex-diretores do Hospital Central do Exército, no Gabinete da Diretoria.

— 5.^a Sessão ordinária, em 4-7-940 :

Professor Quintino Mingoja — Quimioterapia antibacteriana.

Dr. Godofredo de Freitas — Abcesso do pulmão com pneumotórax espontâneo.

— 6.^a Sessão ordinária, em 18-7-940:

Drs. Francisco Corrêa Leitão e Diocleciano Pegado Junior — Pulmonarite.

Dr. Generoso Ponce — Formas atípicas de plasmadiose.

— 7.^a Sessão ordinária, em 8-8-940 :

1º Ten. farm. Gerardo Majella Bijos — Solutos concentrados em campanha.

Dr. Jurandir Manfredini — Síndrome cerebelar.

— 8.^a Sessão ordinária, em 22-8-940:

Dr. Arauld Bretas — A psicotécnica no Exército.

— 9.^a Sessão ordinária, em 5-9-940:

Dr. Diocleciano Pegado Junior — Breves considerações sobre um caso de abcesso pulmonar.

— 10.^a Sessão ordinária, em 19-9-940:

Dr. Generoso Ponce — Infecções focais odontogénas.

— 11.^a Sessão ordinária, em 26-9-940:

Prof. Peregrino Junior — A alimentação nas classes armadas do Brasil.

— 12.^a Sessão ordinária, em 10-10-940:

Dr. Francisco Corrêa Leitão — Seio carotídeo, fisiologia e clínica.

— 13.^a Sessão ordinária, em 24-10-940:

Dr. Generoso Ponce — Apresentação de um caso clínico.

Dr. Euclides Goulart Bueno — Síndromes de origem peçonhenta.

— 14.^a Sessão ordinária, em 7-11-940 :

Dr. Otávio Salema — Quimioterapia das doenças venéreas.

— 15.^a Sessão ordinária, em 21-11-940:

Prof. Heitor Carrilho — Os delitos passionais e de impeto e suas relações com as epilepsias emotivas.

— 16.^a Sessão ordinária, em 5-12-940:

Dr. Oswaldo Monteiro — Peritonites tuberculosas.

— 17.^a Sessão ordinária, em 19-12-940:

Dr. Nelson Bandeira de Mello — Confusão mental por infecção focal dentária.

Dr. Carlos Paiva Gonçalves — Alterações oculares sintomáticas de manifestações vasculares hipertensivas.

Leitura do relatório de 1940.

Dr. Acyclino de Lima — Encerramento dos trabalhos anuais.

