



- COSTA, J. Romualdo:** Novas vistas sobre os saes de bismutho. S. Paulo, Typ. Garraux, 1925. 51p. 23x16cm.
- COTRIM, Eduardo:** Estudo radiológico das retites estenosantes do tipo Nicolás-Favhe. S. Paulo, s.e., 1939. 46p. radiogr. 27x18cm.
- COUTO, Miguel:** No Brasil só ha um problema nacional: a educação do povo. R. de Janeiro, Rodrigues & cia., 1933. 268p. 23,5x16cm.
- CUSHNY Arthur R.:** A text-book of pharmacology and therapeutics or the action of drugs in health and disease. 11.^a ed. Philadelphia, Lea & Febigeer, [1936]. 808p. illus. diagn. 23,5x15cm.
- DEIGENDESCH, Karl:** Ueber die Osteomyelitis der Kiefer. München, W. Reithmeier, 1938. 27p. 20,5x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- DELLER, Max:** Beiträge zur Frage der Strahlenbehandlung von inoperablen Magen-Carcinomen... München, [Max Schmidt & Söhne], 1938. 31p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- DESCHIENS, Robert:** Entérites à giardia (Lamblia). Paris, Impr. Jehlen, 1921. ii, 83p. illus. 24x15cm.
- DICHTL, Lorenz:** Beiträge zur Klinik und Pathologie der Retothelsarcome. Düsseldorf, G. H. Nolte, 1938. 18p. 22x14,5cm [Tese inaug. Fac. med. Univ. München].
- DIMITRI, Vicente & BALADO, Manuel:** Contribucion anatomico-clinica y quirurgica a las vias y receptores centrales del dolor. B. Aires, Aniceto Lopez, 1933. 31pã illus. 23x15cm.
- DINKEL, Karl:** Ueber Perforation der Magen- und Zwölffingerderm-Geschwüre, deren Behandlung und Heilerfolge. Augsburg-Pfersee, Anton Hieber, 1938. 22p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- DORNBLÜTH, Otto:** Kompendium der inneren Medizin. 3.^a ed. Leipzig, Veit & Comp., 1897. xii, 424p. illus. diagn. esch. 19x13cm.
- DRESSLER, Rudolf:** Leukoplakia oris und Carcinom. München, Rudolph Müller & Steinicke, 1938. 19. 22x14,5cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- DSCHON, Djing-Bo:** Über Volvulus, unter Anführung eines Volvulus bei einem 12 Tage alten Säugling. München, [Gebrüder Giehl Buchdruckerei], 1938. 30p. tab. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- DUPONT, Hans Ernst:** Ueber die Taubstummheit unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. München, L. Mössl, 1938. 43p. 23,5x15,5cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- DURHAM, Paul E.:** Radiación del carcinoma cervical por la vía intraperitoneal. New York, Inter American Medical Publishing Co. Inc., 1926. 8p. illus. 25,5x17cm.
- EBERT, Fritz:** Erfahrungen mit Solvarsin: Ein Beitrag zur Therapie der Neurolyues mit 5-wertigen Arsenpräparaten. Nürnberg, Hans Zeder, s.d. 19p. tab. 22x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- EGGER, Arthur:** Die Vererbung von Hasenscharten und Gaumenspalten. Waldsee-Württemberg, P. Seitz, 1938. 15p. tab. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- EGGERT, Hans:** Zur Frage der Recidivhäufigkeit bei Uteruscarcinomen nach Probeexcision. München, s.e., 1938. 26p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- EINHORN, Max:** The duodenal tube and its possibilites. Philadelphia and London, W. B. Saunders Comp., 1920. 122p. illus. radiogrs. diagn. 2x14,5cm.
- ELSDON-DEW, Ronald:** The distribution if the three primitive serological races in the Bantu. Cape Town, Townshend, Taylor & Snashall, 1934. 8p. tab. diagn. 22x14cm [Sep. da: South African M. J. 8:712-714, out. '34].

(continua)

Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO CIENTIFICO
DO CENTRO ACADEMICO «OSWALDO CRUZ»
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO

Director: CARLOS DA SILVA LACAZ
Redator-Chefe: ATILIO Z. FLOSI
Redator: DOMINGOS QUIRINO FERREIRA NETO

VOLUME XXIV

MAIO DE 1940

NUM. 77

SUMÁRIO

Hospital "Santa Cecilia"	4
Medicina e medicós na literatura de hoje — Prof. A. de Almeida Prado	7
Hernia e acidente do trabalho — Prof. Flami- nio Favero	22
O medico e o cliente — Dr. Arnaldo Amado Ferreira	30
Fisiopatologia do fremito toraco-vocal — José Barros Magaldi	35
Rutura da vagina — Ddo. Ephraim de Campos	59
Atualidades	67
Noticiário do Departamento Cientifico	71
Publicações recebidas pela Biblioteca da Facul- dade de Medicina, de Outubro a Dezembro de 1939 (Continuação)	73

MEDICINA E MEDICOS NA LITERATURA DE HOJE (*)

PROF. A. DE ALMEIDA PRADO

Cathedratico na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A exploração de temas medico-sociaes ou de enredos desenvolvidos em ambientes estrictamente profissionaes está em voga universal no presente momento literario.

Sem se saber bem por que, de uns annos para cá, os livros do genero se succedem, com exito até hoje não desmentido. Em quasi todas as linguas — em sueco, em inglez, em francez, em italiano, em espanhol, em portuguez — os volumes vão surgindo, como se obedecessem a uma solitação imperiosa do meio ou a leis sociologicas ineluctaveis.

Os medicos sempre foram, em toda parte, dados á letras. Assim, foi medico Clemenceau, como o são Duhamel, Jules Romains, o famoso creador de Knock, expressão caricatural maxima do charlatismo medico victorioso, e Leon Daudet, na França de hoje; e no passado Laennec, o fundador do methodo auscultatorio, cultivou as musas, tendo mesmo escripto um poema, na mocidade; Claude Bernard, o celebre physiologista, teve o seu lugar garantido na Academia Francesa, não só como representante das sciencias medicas, mas como escriptor de raça. A sua "*Introdução ao estudo da medicina experimental*" é considerada, pela pureza da lingua e beleza do estylo, uma das joias da literatura franceza. Richet, o mais notavel dos physiologistas modernos, escreveu, sobre Pasteur, em disputa com os melhores poetas do tempo, um poema que foi premiado pela Academia Francesa.

Escreveram obras literarias, ou literariamente, Trousseau e Dieulafoy; em epoca mais recente, Jean Louis Faure, o autor de "*L'ame du chirurgien*", trazia organicamente, pela sua eloquencia e gosto no escrever, uma predestinação ás letras.

Na Italia, Stechetti foi um transfuga da profissão; na Inglaterra, Conan Doyle, o famoso autor de Serlock-Holmes, era medico; escreveram versos Weir Mitchell, conhecido neurologo de Philadelphia, e Thayer, clinico e professor de medicina de grande conceito na America do Norte; Maranon, o grande clinico espanhol, tem escripto

(*) Conferencia proferida na secção de Cultura Geral da Associação Paulista de Medicina — 27-II-40.

egualmente obras de ficção; em Portugal, Fialho de Almeida, Julio Diniz, Ricardo Jorge, foram ao mesmo tempo grandes vultos medicos e literarios e, em nossos dias, Julio Dantas mantém a tradição dos medicos roubados á profissão pelo culto das letras.

No Brasil os exemplos abundam. Desde Joaquim Manoel de Macedo, o celebre autor de "A Moreninha", os medicos sempre figuraram na nossa literatura. Escreveram contos, poesias, discursos ou outras obras de labor literario, Francisco de Castro, Nuno de Andrade, Fernandes Figueira, Prado Valladares, Egas Moniz, Oscar Freire, Miguel Pereira e Miguel Couto, entre os mortos; Aloysio de Castro, Austregesilo, Clementino Fraga, Fernando Magalhães e tantos outros, entre os vivos. Afranio Peixoto, professor, higienista e medico-legista que todo o Brasil admira, é, sem favor, o nosso maior romancista vivo. Gastão Cruls, medico de valor, é tambem romancista de larga nomeada nacional.

No meio paulista, seria injustiça esquecer os nomes de Luiz Pereira Barretto, escriptor nato, semeador de idéas e polemista vibrante; de Arnaldo Veira de Carvalho, artista do bisturi e da palavra, que deixou espalhada, em collaboração pelos jornaes, uma valiosa bagagem literaria; de Alberto Seabra, homem de idéas e de combate, que fez do seu credo therapeutico o lemma de sua carreira de medico; de Olympio Portugal, cuja phrase castigada e escorreita, do melhor polimento vernaculo, traía o trato constante com os classicos da lingua; de Franco da Rocha, persuasivo e sempre pittoresco na expressão, philosophico e conceituoso no fundo e, finalmente, de Martins Fontes, o grande poeta santista, o mago da palavra, manejador magnetico das rimas e dos rythmos, e em cujo estro resplandeciam a violencia chromatica e o esplendor tropical das nossas tardes de verão.

Toda essa producção artistica, porem, se ajeitava dentro de canones já consagrados. Eram medicos que escreviam, exactamente como advogados, engenheiros, ou outros intellectuaes que amassem as letras. Fazia-se uma literatura, por assim dizer, normal. Era impossivel reconhecer nella o timbre profissional, nem havia a preocupação, de agora, de extrahir da pratica do officio os motivos e a substancia para a creação literaria. Não se conhecia a narração fantasiada de factos medicos raes, nem o romance cuja trama põe a nú os bastidores da vida profissional, nem as autobiographias mais ou menos verdadeiras. Será interessante analysar essa singular floração literaria e procurar esclarecer quaes as razões que lhe propiciaram o desenvolvimento simultaneo em toda parte.

Antes, porem, convém fazer ligeira apresentação critica de algumas dessas obras, para ver se é possivel depois, em visão global, justificar o phenomeno.

Comecemos pela mais conhecida de todas, aquella que, traduzida em todos os idiomas, deu a volta ao mundo, abrindo, de certo modo, a via às outras.

“O LIVRO DE SAN MICHELE”

Livro desconcertante, attrahente e perturbador como um filtro de-leterio, em suas paginas perpassam os perfis de grandes vultos medicos, ainda hontem cheios de vitalidade, quaes Charcot, Tillaux, Potain, Bacelli, de par com fantasmas, duendes e gnomos imaginarios, vistos em uma athmosphera indecisa entre a ficção e a realidade e em episodios nos quaes a vida alterna invariavelmente com a morte.

Mysterioso e suggestivo, lembra, até pelo titulo, os livros de bruxaria, o “*O verdadeiro Livro de São Cypriano*”, “*O Livro de Alta Magia*” e outros manuaes de sciencias occultas tão do sabor popular.

Mas os verdadeiros caracteristicos do estylo e a seducção da arte de Axel Munthe residem no seu poder evocativo, nos seus dotes de narrador inexcedivell, na riqueza de sua imaginação, na sua maneira pessoal de contar as cousas e de retratar os homens e, sobretudo, na sua sympathia pelo humildes e pelos animaes, o que humaniza um pouco a crueza macabra em que tanto se parece comprazer o autor em não poucas de suas paginas.

Alguns criticos francezes, magoados com a severidade com que elle tratou Charcot, insinuam que o amor aos animaes lhe apagara todo sentimento de solidariedade humana. Mas não é bem assim. Vêde a ternura e a admiração que elle consagra a Tillaux e a Potain. O retrato psychologico de Potain é, na sua brevidade, na sua suavidade de tintas e de composição, uma verdadeira obra prima que não resisto á tentação de transcrever aqui: “um rosto triste, poucas palavras, dicção difficil. Mas era adorado como um Deus por todos os seus doentes: pobres e ricos valiam para elle o mesmo. Sabia o nome de todos os enfermos do seu immenso hospital, acariciava a face de cada um delles, novo ou velho; escutava com uma paciencia infinita a historia dos seus padecimentos e muitas vezes pagava do seu bolso algumas guloseimas para os que não tinham appetite. Examinava os doentes mais pobres no hospital, com a mesma attenção minuciosa com que observava as cabeças coroadas e os m'illionarios, que não lhe falltavam. Nenhum symptoma de lesão de pulmões ou do coração parecia escapar ao seu ouvido prodigiosamente fino. Creio que nunca houve quem, melhor que elle, soubesse o que se passava no peito d'outrem”

A diversidade de julgamento de “*O Livro de San Michele*” provém do antagonismo das situações ahi exploradas, ora alegres, ora lugubres, ora reaes, ora inteiramente ficticias, o que lhe dá uma estranha e inconfundivel physionomia, de impossivel catalogação bibliographica. Não é um romance, nem uma autobiographia, nem um livro de memorias ou de contos, sendo tudo isso ao mesmo tempo. E' uma colcha de retalhos, mas que guarda no fundo uma unidade e um sentido univoco: o autor. Nenhum livro retrata mais o proprio autor do que este.

Estive em Capri, visitei a villa de San Michele e, embora não me tivesse sido possível avistar-me com Axel Munthe, trouxe impressões vivas de sua forte personalidade, conseguidas á custa de informações que me foram possíveis obter.

Axel Munthe é o mais original e o mais contraditorio dos homens. Ha nelle um desnorteante mixto de misanthropo e de homem que ama a vida, de mesquinhez e de liberalidade, de amor aos humildes e ás cousas do mais requintado luxo, de gosto pelo conforto e pela vida dura e accidentada. Diante delle só se pode comprehender a admiração ou a repulsa — jamais a indiferença.

Ora o seu livro revela tudo isso e no mais alto gráu. Cada pagina, varie embora o assumpto, é sempre Axel Munthe que a enche literalmente.

Porisso penso que "*O Livro de San Michele*" não deve ser julgado senão como uma obra de arte. Dentro deste estalão, cada um o poderá ter no apreço que entender: mas nunca poderá ser tido na conta de uma obra de critica ou de applauso aos medicos e á medicina.

O autor só, aqui e alli, se serviu do recheio medico, apenas para dar largas á sua fantasia e ao seu pendor pelo grotesco, pelo horrivel, da mesma maneira que Póe, por exemplo, cultivava o pavor como fonte de inspiração artistica.

Passemos á obra que pelo successo mundial que suscitou, mais de perto seguiu a carreira de "*O Livro de San Michele*".

"A CIDAELLA"

Aqui já estamos em face de um verdadeiro romance, bem architadado, admiravelmente urdido, e de situações que empolgam o leitor da primeira á ultima pagina.

Justamente na habilidade do autor em suster vivo, até o fim, o entrecho, está o segredo do livro, porque, não fôra isso, o romantismo de que está impregnado, a pieguice, mesmo, de algumas de suas scenas, quasi o collocaria entre os antigos romances sentimentaes.

Não foi atôa que o traductor, na edição brasileira, no prefacio em que o apresentou ao nosso publico, lembrou-se do "*Moço Loiro*" de Macedo.

E' ainda um romance, á velha moda, com heroe e heroína á vista. A scena em que apparece Christina é typica. Logo ás primeiras linhas, antes mesmo que ella fale, o diagnostico está feito: é a heroína e o leitor fareja immediatamente o casamento final.

Mas isso representa apenas os processos utilizados na composição do enredo, e o que mais nos deve interessar são principalmente os pontos de vista expostos. A ideia central do livro, o que o autor procurou pôr em fóco atraves de toda a fabulação engenhada, é a critica ao exercicio da medicina e, sobretudo, á rotina dos serviços publicos, na Inglaterra. O ferrenho conservantismo do paiz, o anachronismo

de seus methodos administrativos, a sua excessiva hierarchização profissional, o pezo asphyxiante da sua machina burocratica — tudo isso é acremente ferreteado no correr do romance. Não discuto se existe ou não verdade no julgamento do autor; mas que o objectivo fundamental do livro é este parece-me indubitavel. O resto serve apenas de enchimento para a esplanção da these fundamental.

O livro está repleto de lances que corroboram a affirmativa.

Aos primeiros contactos do protagonista, medico recém-formado, com o doente, começa o autor a frisar o conflicto entre a pratica e as noções theoricas que recebera dos seus professores na Faculdade. Teriam os medicamentos a acção que lhe ensinaram? “Bobagem! Sim, bobagem absoluta, sabia disso agora”. Teria o Prof. Elliot experimentado alguma vez o unguento de eleni, que preconisava para casos com os quaes elle, Manson, se achava agora em aperturas? “Estava convencido de que não. Todas as informações eruditas foram passando de um livro para outro, sempre assim, provavelmente desde a Idade Media. A palavra “herpes”, tão archaica e fóra de uso, confirmava este ponto de vista”.

Os episodios da explosão dos exgottos para acabar com a epidemia de febre typhoide; a decepção que o joven medico teve quando viu que para internar um doente seu, que lhe interessava muito scientificamente, só o poderia fazer passando-o ás mãos de outro medico mais graduado; as insuperaveis difficuldades que encontrou para estudar a silicose dos mineiros, na tentativa de introduzir alguma cousa de novo no marasmo da organização medica operaria; a inacção absoluta que lhe foi imposta quando foi contemplado, já em Londres, com um lugar na vasta engrenagem administrativa do trabalho metalurgico, não fazem senão reafirmar, a cada pagina, a intenção do autor em resaltar o antagonismo entre as imposições da vida de hoje e o atrazo dos methodos inglezes.

Se “*O Livro de San Michele*” é uma obra de arte, “*A Cidadella*” é sobretudo um romance de these.

Onde, porem, esse contraste mais se evidencia é no paralelo entre a acção dos medicos inglezes e a dos americanos, no caso da cura da pequena Mary. De um lado, tisiologos de grande nomeada, cheios de empafia e de melindres de ethica, mas incapazes, profisionalmente; de outro, o americano Stillman, simples, decisivo, que applica o aparelho que salva a doente. Para realçar mais a fundamental differença de mentalidades, o autor escolhe um medico americano, quem nem formado era, para vencer os super-graduados esculapios seus compatriotas.

O fim de autor não é, pois, como muitos acreditam, desmoralizar os medicos e a medicina mesma. Ha typos de medicos de alta dignidade e a propria rehabilitação final do heroe, quasi tragado pela voragem do charlatanismo triumphante, é a prova de que se o autor mostrou a face impura da profissão foi para profligal-a, dando, ao cabo, a palma á virtude.

Ao lado disso, ha provavelmente algumas caricaturas de grandes figuras medicas inglezas, que passam despercebidas ao nosso meio. Uma, pelo menos, penso que pude identificar: a do celebre cirurgião Lane. Vejamos o typo real e o que se entrevê rapidamente no livro, para o respectivo confronto.

Lane, o descobridor da *prega de Lane*, cotovello ou dobra sita á altura do ileo, foi um obsecado de genio e um louco. Para elle, todos os males da humanidade provêem da estase intestinal, isto é, da constipação de ventre chronica, e constipado, no seu entênder, é todo individuo que não defeca 3 vezes por dia, no minimo, e abundantemente. “Julga a gravidez um dos melhores remedios para a prisão de ventre, a tal ponto — escreve Carlos Werneck (1), que não hesita em aconselhal-a mesmo ás donzellas, embora saíba que preconceitos obsoletos ainda na epoca actual prohibem esse recurso ás moças solteiras”. A causa primordial da prisão de ventre é a vida social do homem — cito ainda de Carlos Werneck — que o impede de defecar a todo instante como fazem os animaes; seus habitos de defecar sentado, suas vestes, sua alimentação e até mesmo a posição erecta que assumiu na evolução philogenetica. O verdadeiro remedio para a prisão de ventre é a colectomia total, com anastomose do ileo ao recto.

Este o original; agora a copia. O nome todo de Lane é *Sir Arbuthnot Lane*; o do pesonagem do romance é *Sir Rumbold Blane*. De Arbuthnot para Rumbold, a differença é pequena; de Lane para Blane vae apenas a consoante inicial ajuntada. Vejamos o passo em que Cronin o descreve no romance: “foi *Sir Rumbold* que, havia cousa de um quarto de seculo, assombrara a humanidade com a declaração de que uma certa parte do intestino era não só inutil, mas tambem positivamente prejudicial. Centenas de pessoas correram logo a cortar a parte perigosa. E embora *Sir Rumbold* não estivesse nesse numero, a fama da operação, que os cirurgiões denominaram de incisão de Rumbold-Blane, firmou para sempre o seu renome de autoridade em assumptos de dieta. Desde então, estava sempre no cartaz, obtendo pleno successo em recommendar ao paiz varios alimento exóticos e fermentos laticos”.

A alusão parece evidente.

* * *

Vistos os dois livros que deram renome ao genero, entremos a analysar, mais succintamente, as memorias e as narrações autobiographicas.

(1) - Carlos Werneck - Dobra ideal de Lane (Lane's kink). *Jornal dos Clinicos*, nº- 23, 15 de dezembro - 1924.

AUTOBIOGRAPHIAS

A autobiographia é uma forma literaria que define o temperamento do autor. É, em geral, a literatura dos victoriosos e dos individuos contentes consigo proprios. Quem fala de si, na maioria das vezes, conta façanhas e ostenta jactancias.

Não fazem grande excepção ás normas os tres livros aos quaes pretendo me referir agora: "*Memorias de um Cirurgião*", de Majocchi, "*A Odyssea dum medico americano*", de Heiser, e "*Doutor, aqui está o seu chapéo*", de Jerger.

No capitulo — *As Rosas*, das "*Memorias de um Cirurgião*", por exemplo, em que o autor relata os casos brilhantes que pôde observar em sua carreira, todos os doentes foram operados por elle e já no immediato, *Os Espinhos*, reservado aos casos infelizes, todos, ou quasi todos, por curiosa coincidencia, pertenciam a outros medicos...

Sentem-se em todo o livro a curva ascendente de uma trajetoria venturosa e a vocação de um espirito votado visceralmente á medicina. Escripto muito agradavelmente, prende o leitor. Ha nas suas paginas um optimismo constructivo, uma sadia comprehensão da vida professional e a tranquillã convicção dos que conseguiram vencer sem derrotas e sem macula.

Dos dois americanos, o de Heiser constitue um verdadeiro compendio pratico de hygiene, exposto da maneira mais interessante e pessoal possivel. O autor, grande sanitarista, percorreu, a serviço da "Fundação Rockefeller, 45 paizes, espalhando por todo o mundo os methodos e os processo americanos na luta contra as doenças. Cheio de incidentes incriveis, de situações imprevistas e do humor peculiar á raça, são paginas que se lêem com grande proveito e aprazimento.

Pena é que a sympathia e o sentimento de justiça de que elle dá mostra relativamente a todos os povos que visitou se quebrem tão evidentemente em tudo quanto diga respeito á França e aos francezes. Não ha uma só passagem, em todo o livro, em que se faça referencia á França, que não seja para deminuil-a. Cada um tem o direito de alimentar preferencias ou aversão, por este ou aquelle paiz; mas não ha licença para negar factos definitivamente assentados. Num livro de um homem de sciencia, como o de Heiser, não fica bem, por exemplo, a seguinte asserção: "em 1884 Roberto Koch, considerado o fundador da bacteriologia e que já tinha isolado os bacillos do antraz e da tuberculose, descobriu o vibrião da colera" Como, *fundador da bacteriologia*, se elle veio muito depois de Pasteur? Se ainda tivesse escripto: *fundador da moderna bacteriologia*, passaria; mas sem nenhuma restricção como está, a phrase não corresponde á verdade historica.

O outro livro, o "*Doutor, aqui está seu chapéo*", de Jerger, faz a apologia do medico de familia, tendente a desaparecer em todo o mundo. Pela profusão de casos estranhos que reune, poderia ter

igualmente o titulo de "*Coisas espantosas*", que Camillo Castello Branco deu a um dos seus romances.

Pouças vezes se terão visto, realmente, condensados em um unico volume, tantos factos extraordinarios e tanta cura miraculosa. O episodio do menino, cuja perna, com encurtamento, por fractura antiga, foi augmentada artificialmente de duas pollegadas, mediante o enxerto de ossos de carneiro, enquanto a junta ficou em posição correcta, fixada por laminas de prata, com as iniciaes do autor, aparafuzadas nos segmentos —, basta para dar idéa da sua imaginação e dos seus recursos de medico que faz tudo, e bem.

E não ficou só no exito operatorio a curiosidade da occorrença: vinte e cinco annos depois, um dia Jerger tem um chamado de urgencia. Um homem fôra atropelado por um caminhão guiado por um individuo embriagado e tivera a perna direita esfacelada. Opera-se de urgencia e no meio do femur esmigalhado — que encontra elle? que haveria de ser? — duas pollegadas de osso protegidas por uma placa metallica com as suas iniciaes!

E' fantastico, mas é absolutamente real. O *Times Magazine*" e "*Associated Press*", em virtude de uma demanda surgida entre o cirurgião e a victima do desastre, o noticiaram largamente, informa o autor, "não só pelo seu entrecho raro, como pela sua singular conclusão"

Os dois livros americanos, não obstante a diversidade de feição — o de Heiser, de um higienista, o de Jerger de um medico, na accepção integral da palavra, isto é de um clinico á maneira antiga, que attendia a tudo com igual dedicação e proficiencia — apresentam muitos pontos de contacto, que lhes dão certo "ar de familia". Assim o dynamismo, a acção prompta, a capacidade inventiva, a preferencia pelos methodos mechanicos, simples e rapidos, a narrativa muitas vezes dialogada, entremeiada de ditos picarescos e humoristicos, a originalidade na exposição — observam-se em ambos os autores, como marca das tendencias e do espirito americanos.

* * *

O unico livro frances inserto no ról, o de Albert Gervais, narra as aventuras e as peripecias succedidas a um medico que foi obrigado a pôr em pratica a arte clinica e os methodos de ensino europeos no Celeste Imperio.

"ESCULAPIO NA CHINA"

A alma chinesa é impenetravel á comprehensão e aos sentimentos dos povos occidentaes. Feita de violentos antagonismos, de subtilezas espirituas e de rasteiro materialismo, de mansidão e de inauditas crueldades, de uma cultura multiseccular e de uma ignorancia crassa, ao mesmo tempo — permanece indecifravel ás reacções emotivas e mentaes das outras raças.

Dedicando um verdadeiro culto aos mortos, os chinzees têm, no entanto, profundo desprezo pela doença e pelos doentes; amando as tradições aristocraticas, os cerimoniaes complicados, a cortezia requintada, são, na realidade, profundamente interesseiros e de uma mentalidade prosaica e vulgar; lentos e desperdiçados no trabalho, mostram-se, todavia, essencialmente praticos e objectivos na solução dos problemas que os affectam particularmente.

Albert Gervais realça com espirito e observação esse dualismo psychologico, no que toca ás cousas medicas, em terras da China.

“Para os chinezes — escreve Gervais — são necessarias razões precisas, que toquem a um interesse immediato, visivel e pessoal, porque elles ainda não resolveram, como nós, o problema de saber onde assenta o verdadeiro dever, tanto em relação aos outros, como em relação a si mesmos”.

Isso dá-lhes uma concepção inteiramente simplista e commercial do exercicio da medicina. É interessante que um povo que acredita que o acometimento morbido seja produzido por espiritos máos e que tem uma noção religiosa e supersticiosa da doença, possa ligar, por outro lado, a idéa da cura a intervenções materiaes grosseirissimas.

Gervais foi chamado certa vez, por exemplo, para ver uma paciente, cuja bexiga, excessivamente distendida, devido a retenção urinaria extrema, lhe causava intensa dôr e desassoccego. Esvasiava no momento, por uma sonda urethral, com immediato alivio da doente. Não tardou que lhe apparecessem mais dois casos — um de fibroma uterino e outro de ascite cirrhotica — que queriam, á viva força, ser tratados pelo systema que tão bons resultados dera no primeiro..

Outra vez, um tuberculoso cavitario consumptivo consultou-o, na intenção de obter remedio que o curasse promptamente: “esse remedio, para o seu mal, não existe” — respondeu-lhe o medico. “Mas curastes *Yu-lin-tso* em 15 dias, retrucou o doente”, e como pensasse que a recusa do tratamento encobria, no fundo, uma questão de dinheiro, foi subindo as propostas de pagamento, de 50 até 200 dollares...

A obstinação do medico em não consentir no negocio, provocou ao interprete chinês as seguintes reflexões: “o doente é rico; seu pae fez fortuna vendendo caixões de defunto e se esforça em enganar os compradores, tentando fazer passar taboas de pinho vulgares por faia. Ao cliente é que cabe não se deixar roubar. A confiança se negocia, como o resto, e é uma bella cousa, desde que se saiba aproveitá-la. Se uma promessa representa aos olhos do doente valor de duzentas piastras, nós não temos o direito de recusar a avaliação livremente feita”

Psychologicamente, elle tinha razão: o peor medico é o que tira ao doente toda a esperanza de cura.

O facto, porém, mais curioso referido no livro é a descripção de uma aula pratica de disseccção anatomica.

Na China, como já assignalei, o morto é tudo, o vivo nada. Albert Gervais, a instancias de alguns alumnos já influenciados pelas

ideias estrangeiras, resolveu abrir um curso de anatomia, no qual os eschemas e as illustrações muraes fossem substituidos pela disseccção no cadaver, tentativa ousadissima para o meio. No primeiro dia de lição, já lá estava o cadaver, convenientemente atado, á espera do professor, o qual, ao approximar-se da meza de necropsia, recuou espavorido: um individuo joven, de physionomia tumida e esverdeada embebida em um suor pegajoso, o esparava, vivo, para o supplicio...

Diante de horror tal, retira-se o medico, indignado, do recinto. Mas os chinezes, que não podem comprehender em absoluto a relutancia em se dissecar um vivo e que, pelo contrario, a acham perfeitamente justificavell em relação a um morto, cedem, em homenagem ao estrangeiro. Ouve-se um tiro de revolver e de um pequeno orificio oval da nuca da victima o sangue escorre abundante, emquanto o vivo já se transformara na peça requerida para o proseguimento da lição.

* * *

O typo do medico de roça offereceu sempre margem para descrições literarias, mais ou menos pittorescas e reaes.

Quem não se lembra de João Semana, de "As Pupillas do Snr. Reitor" de Julio Diniz, personificação viva da especie, levando, num rude mourejar, de casa em casa, pelas aldeiolas de Portugal, os recursos de sua sciencia modesta e os beneficios de sua grande bondade e que da carreira só conseguiu guardar as benções de poucos clientes agradecidos e a alegria intima do dever cumprido?

O cinema, não faz muito tempo, a propósito das irmãs Dyone, salvas graças á dedicacção e competencia de um medico de um longinquo rincão do Canadá, o Dr. Alan Roy Dafoe, glorificou a classe, em uma producção que correu mundo.

Justamente o estudo desse obscuro typo de profissional é que o intellectual espanhol Felipe Trigo enfrenta no volume cujo exame detará a nossa attenção por alguns instantes.

"O MEDICO RURAL"

Felipe Trigo foi medico, professor de medicina e escriptor de folego. Seus livros, alguns de pura ficção, outros de cunho philosophico e social, tiveram sempre na Espanha o melhor acolhimento. Em "*El médico rural*", porém, apesar de tratar-se de uma novela, fala sobretudo o medico.

O heroe do livro, como o de "*A Ciudadella*", percorre a carreira, das pequenas povoações aldeans para os centros mais populosos e do escrupulo profissional maximo para o charlatanismo desabalado das grandes cidades, galgando tambem a escala do exito e da notoriedade á custa de cabotinismos e de processos menos dignos. E outros pontos de contacto existem entre os protagonistas: ambos, nos primeiros annos de vida pratica, soffrem as mesmas desillusões, ao

verificar a inanidade das noções aprendidas nos livros, em face dos terríveis problemas que a clinica impõe aos principiantes; e se Manson, o heróe de Cronin, teve de ouvir de inicio as palavras sybilinas, mas sinceras, de Denny, Estevam, o personagem central da narração de Trigo, foi logo experimentado pela sciencia burlesca do barbeiro da terra, até então com funcções de clinico local.

Vale a pena recordar a passagem.

Apenas chegado á aldeia, o medico novato é solicitado com urgencia para acudir a um pobre velho com colicas e symptomas intestinaes agudos. Como resolver a questão? Na Faculdade aprendera tudo menos medicar colicas por embaraço gastrico. Conhecia a colite, a peritonite, mas a respeito de colica, nada. Vacilla no receitar, tendo já incidido as suas preferencias sobre o laudano, quando uma comadre lhe dá a senha salvadora: não seria bom um vomitivo? Evidentemente, era o que se impunha, e a ipecacuanha em pó surge na prescripção medicamentosa. E' ahi que a figura do boticario entra em scena.

“Diga-me, senhor doutor: trata-se de um remedio energico, dos que Hyppocrates chamava heroicos. Reparou o doutor, ao receital-o, se o doente padece de alguma hernia, o que contra-indicaria o seu emprego? Terá pensado se a colica do enfermo é simples ou obstructiva, talvez mesmo a *colica miserere*? Terá empregado o medicamento em dose emetica forte, em dose fraca, em dose alterante, ou expectorante, laxante ou quem sabe antidysenterica?”

Já era perguntar demais. Ao que o medico reagiu: “Não te incomodes tanto, amigo... não ha nem hernia, nem obstrucção. Sei perfeitamente o que faço”.

E' o drama dos recém-formados, que se repete todos os dias e que assignala, na evolução profissional, o momento preciso da transição da theoria para a pratica, da aprendizagem para o exercicio effectivo do officio.

* * *

Disse, inicialmente, que as publicações medico-literarias estão constituindo uma crise pandemica mundial. O Brasil não escapou a essa contaminação. Aqui tambem encontrou éco a suggestão collectiva.

DOIS LIVROS NACIONAES

Passemos uma vista d'olhos aos dois livros nacionaes representativos do genero: “*O medico nas grandezas e miserias humanas*”, de Sebastião Barroso e “*Memorias de cinco*”, de Cecilio Carneiro.

O primeiro retrata, de accordo com o titulo, os triumphos e as vicissitudes da vida medica, através de narrações vividas, de scenas em que o autor tomou parte como protagonista ou como simples espectador. Clinico de roça no começo da carreira, higienista de primeira plana ao tempo de Oswaldo Cruz, e depois publicista medico

de valor, o Dr. Sebastião Barroso foi accumulando na memoria preciosas observações, que explana no seu volume. A maneira de Jerger, foi medico policlinico e a collecção de casos que viu é extensa e variada. A vida de medico do interior, com suas intrigas de porta de pharmacia, as desconfianças e os perigos que o cercam no exercicio da profissão, a concorrência desleal na caça ao cliente, as tentações da politica partidaria, de tudo isso ha amostras em transees que, respeitando a verdade dos factos, se o autor lhes quizesse dar maior colorido descriptivo, poderiam constituir verdadeiros contos literarios.

Citemos apenas um passo do livro, para corroborar a affirmativa.

Um medico moço chega a certa localidade do interior e installa-se no hotel, á espera de clientes e de oportunidade de revelar as suas habilidades. Os dias passam vãos e longos, na modorra vegetativa dos lugarejos, quando se abre inesperadamente magnifica occasião para isso. Uma joven, filha de pessoa rica e graduada, cliente de outro medico, ausente no momento, necessita com urgencia de socorros medicos. Chamado o novo doutor, encontra a doente, presa de intensa dyspnea, recostada em altas almofadas. Examina-a cuidadosamente e verifica que se trata de enorme derrame pleural direito, comprimindo o coração, e não de affecção primitivamente cardiaca, segundo pensava o collega responsavel pelo tratamento. Indica, então, como medida premente, o prompto esvaziamento da cavidade em questão. De volta, e informado de tudo, o medico assistente repelle a idéa, reafirmando o seu diagnostico de lesão cardiaca descompensada e dias depois morre a moça. Á vista do desfecho, o joven esculapio voltou á carga, propondo que se fizesse no cadaver pequena punção, sob as vestes mesmo, com o unico fim de esclarecer as obscuridades que envolveram o caso. Aceito o alvitre, o resultado foi a punção positiva: encheu-se o aspirador de um liquido amarellado, que fluia facilmente da pleura. Era a confirmação diagnostica; era a victoria, pensou o medico moço, ao retirar-se para a casa triumphante. Pura illusão!

No dia seguinte, ao abrir o jornal da terra, "O Batalhador" leiu, desconcertado, os seguintes titulos em letras gordas: "*Mascateação da Medicina — Aventureiros á cata de victimas — Ignorancia e ousadia*", abrindo um artigo em que se dizia simplesmente isto: "procurando embahir a boa fé de quem não entende de medicina, não trepidou em profanar o cadaver de uma donzella e cravar-lhe um immenso trocater para dahi extrahir algum liquido. Elle bem deve saber que todo organismo vivo é constituido por 80% de agua e apenas 20% de elementos solidos. Todo cadaver punccionado em qualquer parte do corpo, mais nuns pontos que em outros, dará, por força, qualquer quantidade de liquido"

Dahi a dias levantava o vôo o forasteiro, para mais convidativos pousos...

"*As memorias de cinco*" contam tambem as difficuldades e decepções dos primordios da vida clinica, mas já na epoca actual. A lucta é a mesma, apenas deslocada para o plano de hoje.

O autor é ainda muito moço, porisso não ha reminiscencias no romance, senão as da vida academica. O estylo é fluente e, embora descreva melhor o que viu do que o que imaginou, parece preferir a ficção á realidade. Os seus estudantes são românticos. Idealistas ou falsamente materialistas são sempre, no fundo, incorrigiveis sentimentaes, que fazem lembrar os heroes das "*Noites na Taverna*" de Alvares Azevedo.

A pagina de maior attracção do livro é a referente á morte do professor Guilherme Bastos Milward, da nossa Faculdade de Medicina.

Milward foi um typo á parte no nosso meio medico. O mysterio que cercava a sua vida intima, o seu desalinho, o seu profundo desprezo pelas convenções sociaes, a fama de sua cultura, aguçaram sempre a curiosidade estudantil, formando-se á volta do seu nome, a pouco e pouco, uma aureola de lendas e de anedoctas, transmittidas de geração a geração, entre os academicos de medicina.

O autor aproveita-se disso, com felicidade, para apresental-o ao grande publico, no seguinte topico.

Eugenio, um dos cinco do livro, vae ao quarto de Milward, a convite deste, que a certa altura pede ao estudante que o submetta a um exame medico. Titubeia o rapaz em cumprir a extranha ordem; mas Milward intima-o;

"Ande cá, venha apalpar o meu figado.

E ficou deitado serenamente, o ventre descoberto, os olhos fixos no tétó, em expectativa; enquanto isso, Eugenio timidamente se approximava com passos lentos e indecisos, sem saber como se incumbir da honrosa tarefa de examinar um homem daquella envergadura. Junto do canapé, debruçou-se, apalpou o ventre. Nem bem tinha começado a fazer isso, e suas mãos se puzeram a tremer, ao mesmo tempo que o seu rosto empallidecia bruscamente: sentia sob os dedos um figado enorme e duro, tres vezes augmentado de tamanho, todo coberto de nodulos. Compreendeu tudo.

Por alguns instantes ficou abatido e sem se mexer, não sabendo como esconder o espanto e a dôr, diante da possivel verdade. Depois, vagarosamente, a medo, ergueu os olhos para Milward, com o fito de ler-lhe a expressão... Elle saberia? Mas deparou com outros olhos ironicos, que já estavam fixos nelle havia muito tempo... Sim, Milward já o estava olhando, quasi penalizado com o espanto do rapaz, a sorrir! Diante do rosto desfigurado do rapaz, prolongou o sorriso, transformando-o numa risada abafada e dolorosa. E disse, com desconcertante serenidade:

— É o cancer. É o fim.

Um mez depois de proferidas estas palavras implacaveis, o mestre succumbia no Rio de Janeiro".

* * *

Agora, que já fizemos a ronda em torno de algumas das produções incluídas no actual movimento bibliographico de que estamos

tratando, reaparece a interrogativa inicial: quaes as causas determinantes desse florescimento literario e onde se assenta a preferencia do publico por esses livros?

Saliento, antes de mais, que, como já tive occasião de externar, não se deve considerar, consoante a opinião commum, esta corrente de idéas de ataque ou de louvor á medicina. São livros que fazem da medicina e do exercicio da profissão themes centraes de romances e nada mais.

Em "*Cesar Birotteau*" descreveu Balzac, em tom grandiloquo, a opulencia, a queda e a reabilitação de um commerciante, da mesma maneira que poderia contar a vida de um fraudulento, sem que porisso estivesse exhaltando ou denegrindo a classe. Em "*Germinal*", evoca Zola as condições de existencia dos mineiros, em lances em que ha boas e más acções, sem pretender outro fim senão a procura da verdade. Aluisio Azevedo, no "*Cortiço*", faz viver toda uma população á volta de uma pedreira, em episodios em que a vida tumultúa, como espelho fiel da realidade.

São estudos de ambiente, em que perpassam homens, com todas as suas qualidades e defeitos humanos.

O charlatanismo, a ignorancia, a má fé que apparecem nestes romances medicos, existem e existirão sempre em todas as profissões e em toda parte. Mas só os deshonestos, os relapsos e os criminosos são envolvidos na trama desses estudos medico-sociaes, o que faz resaltar o valor dos profissionaes conscienciosos e competentes. Falar mal dos medicos sem escrupulos não é falar da medicina, como o ataque aos máo padres não attinge a religião.

Tentemos, em seguida, apontar alguns dos motivos que possam ter contribuido para o phenomeno. Em primeiro lugar, temos de levar em consideração que tudo hoje no mundo assume feição generalizada. Devido ás enormes facilidades de locomoção e de communição do pensamento, a uniformização e a universalização das cousas, modas, costumes, tendencias de espirito, constitue um estygma da nossa epoca. Não são somente os automoveis que se fazem em serie; a repetição e a estandartização se estendem a tudo, e se o mundo, como dizia Eça de Queiroz, perderá todo o encanto e originalidade no dia em que o viajante que, em busca de novidade, descer em Tombuctu, encontrar todos os pretos de cartola e lendo "*Le Journal des Debats*", não estamos muito distantes destes tempos calamitosos.

Assim houve a mania das biographias romanceadas; dos romances de acção multipla e entrecruzada; agora começa a do romance interminavel, *le roman fleuve*, dos francezes. No Brasil, o romance do Nordeste foi uma verdadeira epidemia, da qual só agora começamos a convalescer.

Depreciar Pedro II e enaltecer D. João VI é outra característica dos tempos actuaes.

No theatro, verifica-se o mesmo fato. Basta que uma peça faça successo, para que appareçam outras concebidas dentro de

orientação identica. O cinema, então, já nos habituou a suas series de producções do mesmo teor — historicas, musicadas, biographicas, etc. — para que seja necessario insistir. Agora estão em moda os assumptos de chuva e de vento, que passarão, como já passaram as de *cow-boys*, as de *gangsters*, etc. Aliás, o cinema, pela sua acção divulgadora e suggestiva sobre as turbas, tem sido um dos factores que mais influiram para esta universalização de todas as formas de actividade artistica.

Tudo quanto tem exito provoca, hoje, a repetição, a copia, a paraphrase.

O caso dos romances medicos é, pois, perfeitamente comprehensivel. Veio o primeiro :agradou; surgiram outros e surgirão mais, até que o desinteresse dos leitores marque o fim da serie. Daqui a algum tempo ninguem se lembrará delles. Talvez, porem, a moda tenha excedido um pouco á bitola commum, pela natureza dos problemas que os temas medicos permitem focalizar. Pelas condições imperiosas em que é chamado a praticar a sua arte, pelo respeito e consideração que o cercam no seu ambiente de acção, dominando em absoluto nas situações mais melindrosas, naquelas em que o risco de vida põe a sua pessoa e a sua actuação profissional acima de tudo, o medico apparece no scenario social como uma figura cheia de seducção e de mysterio, capaz de crear em volta de si uma atmospheria de admiração e de curiosidade malsã, a malicia de se querer saber de casos intimos e escabrosos, porque ha cousas que só se dizem ao medico e ao confessor.

Demais, a medicina, como arte de curar, conta com a larga e egoistica solidariedade humana que a todos nivela diante da doença e da morte: todos acompanham a sua evolução, os seus progressos e os seus novos methodos de cura, pensando na morte e nos males proprios.

Veja-se, por exemplo, o interesse que despertam os artigos medicos publicados nas grandes folhas diarias e as esperanças com que são acolhidas pelo publico leigo as noticias da cura do cancer, da tuberculose e de outras doenças chronicas de character social predominante.

É que, conforme já escrevi algures — “miseros mortaes que somos, eternamente acorrentados á pequenez de nossa contingencia humana, incapazes de grandes abstracções fóra do circulo estreito em que que nos debatemos — não conhecemos nada que possa absorver mais o homem do que o proprio homem”

E assim será sempre pelo tempo fóra.

HERNIA E ACCIDENTE DO TRABALHO (*)

PROF. FLAMÍNIO FAVERO

(Cathedratico de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

A questão da hernia em infortunistica é velho thema. Surgiu quando appareceram as primeiras leis especiaes de accidentes do trabalho. E' velho thema e largamente debatido. E os problemas que elle envolve ainda não tiveram solução definitiva, se é que um dia chegarão a tel-a.

Não penseis, deante dessa duvida que deixo expressa, tenha eu a pretensão de concorrer para tal proposito, ou deseje, por acaso, apresentar ponto de vista original. Longe de mim subir da modesta chinella que aprendi a coser. Quero, apenas, pôr em fóco o assumpto, condicionado á nossa nova lei de accidentes e dizer a minha orientação como perito, nas innumeras vezes que fui chamado a auxiliar a distribuição da Justiça.

* * *

Os debates em torno do assumpto se travaram entre duas correntes antagonicas: uma constituida por medicos, outra por juristas.

E verdadeiramente difficil, na pratica, deante da applicação das leis em que a medicina deve intervir, conciliar essas duas classes. Veja-se a complexa questão da responsabilidade dos criminosos, como de interminavel discordia entre ambas, nos seus constantes malentendidos e preconceitos.

A hernia é assim. Para os juristas, na maioria das vezes, constitue ella accidente do trabalho, devendo, destarte, seu portador ser indemnizado do damno, cabendo o onus ao patrão. O raciocinio dos que seguem essa corrente é baseado na apparencia dos factos: o exercicio do trabalho demanda esforço; o esforço póde produzir hernias; apparecendo estas no tempo do trabalho, a indemnisação se impõe de direito.

Aos medicos repugna esse raciocinio demasiadamente simples. Para elles, a hernia accidente occorrida em virtude do trabalho, consequencia directa deste, é a excepção. Em casos rarissimos se apresenta. O que ha, em verdade, é uma doença antiga, preexistente, de evolução vagarosa. Não cabe ao empregado qualquer responsabilidade por um mal que não se liga necessaria, fatalmente ao trabalho.

(*) Conferencia realizada no Departamento Scientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz, em 6-IV-1940.

Pesada bem a argumentação de lado a lado, força é concluir que nenhum dos aversarios tem razão. Oscar Freire, meu saudoso mestre, em questões litigiosas assim, costumava dizer: nem tanto ao mar, nem tanto á terra. E bem se applica a expressão ao caso em apreço. A verdade está no meio termo. E é ao medico-legista que cabe dizel-a, porque este, ponto de união entre a medicina e o direito, iniciado nos segredos de ambas as sciencias, sabe o que quer a lei e conhece o que póde concluir a medicina. Mas, eu disse, o medico-legista, isto é, o especialista em medicina legal, que tenha feito já o seu tirocinio pratico, á sombra da mentalidade por que deve conduzir-se o tecnico. Porque ha peritos que são mestres em medicina clinica, mas desconhecem medicina legal e, pois, as verdadeiras necessidades da lei. São pessimos peritos, sabendo apenas fazer medicina legal em pilulas, na expressão jocosa de Filippi. Hoje, a era é das especializações. Foi-se a do encyclopedismo. E a medicina legal é uma especialidade como outra qualquer, differindo apenas num pormenor talvez de minima valia: nisso que obriga os seus cultores a se esquecerem de que tambem de pão vive o homem.

O medico-legista, pois, deve, para auxiliar a Justiça, saber o que são hernias e ter um seguro conceito de accidente do trabalho. De posse desses conhecimentos, reconhecerá as verdadeiras hernias acci-dentes do trabalho.

* * *

Permitti, assim, que eu toque na conceituação das hernias e na dos accidentes do trabalho. Depois, chegarei ao ponto nevrálgico do assumpto.

HERNIAS

As hernias são o estado dos orgams que sahem das cavidades onde se acham contidos. Existem, pois, de todas as especies, considerando-se não só as grandes cavidades, mas, as demais, continentes dos orgams passíveis de exteriorisação. Assim, ha hernias do encephalo, dos pulmões, dos intestinos. Muitas dessas se identificam por denominações especificas. A expressão simples *hernia*, no consenso geral dos medicos e dos juristas, se reserva para a sahida do intestino da cavidade abdominal e, mais propriamente, para a sahida do intestino delgado. Trata-se, em verdade, da hernia mais frequente de modo que a quantidade impõe a denominação. E' sempre o direito do mais forte.

Os typos fundamentaes de hernia do intestino são: na parede posterior do abdome, a hernia lombar (pelo triangulo de Petit) e a hernia ischiatica (acima do musculo pyramidal); e na parede anterior do abdome, as hernias da linha branca (na llinha epigastrica), a hernia umbilical, a hernia crural, a hernia obturadora e a hernia inguinal, esta a mais frequente e a mais importante para a infortunistica, podendo ser tomada como typo entre todas.

Segundo Forgue, que tem paginas magistraes a respeito (Path. Ext., Vol. II, pag. 408), “na etiologia das hernias interveem dois factores: um, preponderante, representado por todas as causas que diminuem a resistencia da parede. O outro, accidental, que corresponde ao augmento da pressão abdominal”. No primeiro grupo etiológico, estão as malformações congenitas, o enfraquecimento senil da musculatura parietal e a influencia da herança. Entre as causas responsaveis pelo augmento da pressão abdominal, assignalam-se: as profissões, a gravidez e os partos e certas doenças (Forgue).

CONCEITO DE ACCIDENTE DO TRABALHO

Que são accidentes do trabalho? A lei anterior, de 1919, os definia da seguinte fórma: “consideram-se accidentes no trabalho, para os fins da presente lei: a) o produzido por uma causa subita, violenta, extrema e involuntaria no exercicio do trabalho, determinando lesões corporaes ou perturbações funcçionaes que constitúam a causa unica da morte, ou perda total ou parcial, permanente ou temporaria da capacidade para o trabalho; b) a molestia contrahida exclusivamente pelo exercicio do trabalho, quando este fôr de natureza a só por si causal-a, e desde que determine a morte do operario ou perda total ou parcial, permanente ou temporaria, da capacidade para o trabalho (art. 1.º da lei 3.724 de 1919).

Para a caracterização do chamado accidente-typo, o da alinea *a*, era indispensavel a existencia de uma causa unica na producção do damno. A alinea *b* se referia ás doenças profissionaes contrahidas exclusivamente pelo exercicio do trabalho, que devia ser idoneo para, só por si, causal-as.

Esse rigor deixava fóra do ambito de protecção legal innumerous males typicamente, genuinamente ligados ao trabalho. E dentre esses estariam, nem ha duvida, a maioria das hernias.

A lei vigente, que baixou com o decreto 24.637 de 10 de julho de 1934, é mais justa, permittindo solução consentanea com o verdadeiro espirito do direito novo de protecção operaria. De facto, diz o art. 1.º: “considera-se accidente do trabalho, para os fins da presente lei, toda lesão corporal, perturbação funcional ou doença produzida pelo exercicio do trabalho, ou em consequencia d'elle, que determine a morte ou a suspensão ou limitação permanente ou temporaria, total ou parcial, da capacidade para o trabalho.

§ 1.º — São doenças profissionaes, para os effeitos da presente lei, além das inherentes ou peculiares a determinados ramos de actividade, as resultantes exclusivamente do exercicio, ou das condições especiaes ou excepçionaes em que o mesmo fôr realizado, não sendo assim consideradas as endemicas, quando por ellas forem attingidos empregados habitantes da região”.

Nesses preceitos, está claro: 1.º — que o accidente indemnizavel é aquelle que surge pelo exercicio do trabalho ou em consequencia

delle, exteriorisando-se o damno: a) numa lesão corporal, b) numa perturbação funcional ou, c) numa doença; 2.º — que o accidente pôde ser produzido: a) instantaneamente ou não, pela actuação de uma causalidade concentrada, cuja epoca de incidencia é possível precisar com rigor, constituindo o chamado accidente agudo ou typo; ou, b) mediatamente, a pouo e pouco, pela acção progressiva de uma causalidade diluida, cuja epoca de incidencia é impossível precisar, sabendo-se apenas que foi pelo exercicio do trabalho ou pelas condições especiaes ou excepçionaes em que elle se effectuou, que surgiu o damno, constituindo na chamada doença-profissional.

GRUPOS FUNDAMENTAES DE HERNIAS

Com essas bases, tenho elementos para estudar o modo por que devem ser consideradas as hernias em nossa legislação.

Na pratica, no consenso geral dos tratadistas, é incontestavel haver três grupos fundamentaes de hernias quanto á genese de sua producção real ou apparente: 1.º — a hernia enfermidade; 2.º — a hernia doença profissional; 3.º — a hernia accidente typo.

1.º — *Hernia enfermidade* — Neste grupo estão as hernias em cuja producção o trabalho não concorre, proxima ou remotamente. Preexistem á actividade profissional do operario, e são devidas a uma disposição constitucional do seu portador. Apresentando-se ao trabalho, o operario já tem a sua hernia mais ou menos volumosa, de um lado ou de ambos, facilmente verificavel pelo exame objectivo. Póde succeder, entretanto, que o exame previo não se realise, e a hernia se mostre após um esforço minimo no trabalho, como o faria fôra do trabalho. E duas contingencias devem ser attentidas na solução do problema que a applicação da lei então envolve: primeira o operario não notára, anteriormente, a natureza do seu mal e, como se exteriorisou este no trabalho, attribue-o, de boa fé, ao exercicio de sua actividade; a segunda contingencia é a do operario que se sabia doente, mas, procura, agindo de má fé, levar á conta do trabalho a origem do seu mal, para tirar proveito.

Quando falo de hernia enfermidade, eu me refiro ás hernias reaes, typicas, de diagnostico incontestavel, accessivel este ao exame posterior do perito. A exclusão do accidente do trabalho, em regra, se impõe. Não inclúo nesse grupo as chamadas predisposições herniarias, e isto por algumas razões que apresentarei mais adeante.

2.º — *Hernia doença profissional* — Chama-se assim, aquella hernia que surge no decorrer do trabalho mais ou menos longo, mais ou menos pesado. Não apparece de chofre, abruptamente, num esforço unico, violento, excessivo, mas, sim, pela reiteração de esforços, demandando semanas, mezes, annos de trabalho — doença profissional que é, equiparada a uma intoxicação chronica pelo chumbo, pelo arsenico, pelo phosphoro ou a uma tuberculose pulmonar.

Mas, dir-se-á, tal hernia não surgirá se não houver um terreno preparado para ella, ao contrario do que succede com o saturnismo, o arsenicismo, o phosphorismo.

De accôrdo. Mas, com a tuberculose pulmonar é a mesma circumstancia. Apenas o ambiente hostile, o trabalho exagerado, a alimentação inadequada, a hygiene imperfeita não crearão a tuberculose. Essas causas adversas vão actuar sobre um fóco latente do mal, silencioso, inocuo, oriundo de uma primo-infecção infantil ou não, e só depois a somma dessas parcellas — a preexistencia e a superveniencia de anormalidades — deflagrará o estado morbido, doença professional indemnissavel, desde que o trabalho foi o factor que produziu taes causas adversas.

Devessemos excluir no operario qualquer preexistencia anormal ou morbida, e quasi não haveria damno indemnissavel, ficando burlada, assim, a acção social da lei de accidentes do trabalho.

No caso da tuberculose pulmonar, é razoavel a procedencia dessa conclusão. Nas grandes cidades, sobretudo, as estatisticas demonstram que a maioria dos individuos tem lesões tuberculosas mais ou menos latentes, mais ou menos cicatrisadas. Imaginae se a prova de absoluta hygiene previa fôsse exigida para os operarios. Seria inoperante e anodyma a lei de sua protecção.

O operario vale pelo trabalho que realisa na occasião em que se entrega ás suas actividades. Se esse é efficiente, mas, no decorrer delle um mal que não estava imminente irrompe pelas condições do serviço, isto perfeitamente admittido e demonstrado, então, um estado anterior não pesará, ainda que o accidente seja simples aggravação da preexistencia anormal ou morbida.

Isto é pacifico hoje, na jurisprudencia. E' do espirito da lei. E' mesmo de sua lettra.

Ora, em thema de hernia, a questão é identica. Não importa que haja predisposição herniaria. Si hernia não existia, a predisposição era compativel com a plena efficiencia do trabalho. Este, pelas suas condições de reinteração traumatisante, agiu através de esforços na predisposição e deu, como resultado, a hernia. Será a hernia doença professional indemnissavel.

E' a these que defendo em minha actuação pericial, e me parece certa. De facto. Que é predisposição herniaria? Transcrevo de Oller ("La Práctica Médica en los accidentes del Trabajo", Madrid, Javier Morata, 1929 pag. 78), o seguinte trecho: "Para uns autores é sómente a dilatação do conducto inguinal; para outros, a ponta de hernia, a debilidade das paredes, etc. Para Zollinger são necessarias algumas condições seguintes: 1.^a, anel inguinal exterior dilatado, com bordos delgados; 2.^a, canal inguinal curto e recto; 3.^a, musculos e fascias debeis; choque intestinal contra os dedos introduzidos no canal; 4.^a, canal inguinal fraco; 5.^a ponta de hernia; 6.^a, descida muito pronunciada dos testiculos; 7.^a, varicocelle"

Ora, sendo assim, notae o que ainda observa o mesmo autor: "de 4.836 operarios examinados por Zollinger naquella data, 3.104

tinham predisposição. Cifra tão exageradamente alta, nós a assignavamos, e von Hassel affirmava que em 75 % dos operarios ha predisposição”.

Commentando esse facto, o mesmo autor (Oller) assim conclúe: “quer dizer que um exame medico escrupuloso, muito pormenorizado póde fazer que a imensa maioria dos operarios examinados tenha predisposição herniaria. Semelhante attitude, ainda que muito legal e muito scientifica, parece-nos francamente exagerada”.

Consideráe se sómente 25% dos operarios pudessem ser acceptos para o trabalho, ou ter um accidente indemnizavel quando herniados em serviço. Que reduzido campo de applicação da lei de infortunios! E para que esse direito novo, esplendida conquista destas ultimas decadas dos povos civilizados? Ficassemos então na lei commum.

Deante disso, a minha conclusão não é sentimental, mas, logica.

Assim, são hernias-doenças profissionaes, no meu entender, aquellas que surgem em individuos predispostos ou não, após reiterado esforço que o trabalho habitualmente exige, sendo impossivel dizer a occasião exata do seu apparecimento.

3 — *Hernia accidente typo* — Este ultimo grupo é de mais facil diagnostico, todavia, mais raramente se apresenta.

O operario é ou não um predisposto. O trabalho habitual não iria produzir qualquer damno. Entretanto, um esforço agudo, violento, anormal, imprevisto, ou um traumatismo local, intenso, determina a hernia. São mais ou menos as condições exigidas nas tabellas officiaes de accidentes. Accrescento, apenas, o que me parece de justiça, a possibilidade de uma predisposição herniana não invalidar a conceituação do nexu de causa e effeito.

Existem taes hernias? Sim, nem ha duvida. Produzidas na occasião de um esforço anormal, imprevisto e violento no exercicio do trabalho, em individuos predispostos, já tive o ensejo de observalas em minha pratica de perito. E pela prova testemunhal a ellas se seguiu, de facto, aquella dramaticidade de signaes exigida pelos mestres no assumpto e pela jurisprudencia franceza, belga, allemã, suissa, etc.: apparecimento prompto da hernia com dôres intensas, e necessidade de interromper immediatamente o trabalho.

E' claro que o elemento dôr é muito pessoal, cada um de nós reagindo differentemente aos estimulos dolorosos. Entretanto, a argucia pericial encontrará elementos para uma conclusão affirmativa ou negativa.

Quanto ás hernias originadas de um trauma local, violento, são rarissimas, mas, existem egualmente. Veja-se, a proposito, o testemunho de David Giordano, conhecido cirurgião de Veneza, em suas “Lezioni di Clinica Chirurgica” E' elle insuspeito porque rigoroso em extremo, ao exagero até, na admissão das hernias accidentes. São suas as seguintes palavras: “querendo agora resumir em breve e pratico conceito as questões de que viemos discorrendo, desejaria que retivesseis ser a hernia um infortunio anatomico que um infortunio

no trabalho póde, com extrema raridade, reproduzir, quer depois de um trauma directo que viola a integridade anatomica da região, ou immediatamente, depois de um esforço insolito. Este, porém, segundo penso, poderá mais tornar manifesta do que crear uma hernia”.

E o mesmo autor se refere a quatro hernias, apenas quatro, que teve a oportunidade de vêr, do typo daquellas consequentes a um trauma local, sendo uma desejada e três accidentaes. A primeira referia-se a um velho com volumosa hernia escrotal, produzida 50 annos antes: não desejando fazer o serviço militar, estando em Paris, procurou um *especialista* nessas cousas, que lhe collocou no canal inguinal “um instrumento semelhante áquelles que se usam para dilatar os dedos das luvas” e depois fel-o acamar-se, applicando ainda, no local, emplastos irritantes; um mez depois, surgiu a hernia.

Outro caso, é de individuo irmão e avô de herniados, com 60 annos, que cahiu sobre o espaldar de uma cadeira e feriu-se na região inguinal, onde se formou volumoso hematoma; 2 mezes após, surgiu a hernia.

O terceiro caso se refere a um guarda que recebeu um ponta pé na região inguinal. No segundo mez, surgiu uma hernia.

O ultimo, por fim, diz respeito a um medico que, cahindo, se feriu com um cabo de guarda-chuva na região inguinal. Após 2 mezes, surgiu uma hernia na região.

* * *

Ahi estão as bases fundamentaes para a solução do problema das hernias em infortunistica.

Eu poderia, agora, desenvolver suavemente minha dissertação, illustrando-a com observações proprias ou alheias. Seria criminosa, entretanto, a minha attitude se eu prolongasse por mais tempo, numa occasião festiva como esta, a minha palestra.

Quero apenas, como fecho do trabalho, apresentar-vos as seguintes conclusões:

1.^a — As pericias em infortunistica devem ser feitas por medicos conhecedores do aspecto medico e do aspecto juridico da questão, sendo preferiveis os medicos legistas.

2.^a — Não ha, para solução de cada caso de allegação de hernia accidente, normas seguras, irremoviveis, de character exclusivamente objectivo. Mas, como succede em outras pericias, dentre as quaes é typica a da deformidade, a interpretação do perito e, pois, o factor subjectivo, é de grande relevancia. Por isso, a experiencia, o treino, a pratica pericial se impõem.

3.^a — Hoje, não se deve mais falar em hernia de força e hernia de fraqueza. Ambas pódem ser ou deixar de ser accidentes indemnizaveis. O que ha é hernia accidente do trabalho e hernia não accidente do trabalho.

4.^a — A lei não exige, hoje, a causalidade unica na produção do accidente typo. Assim, não se deve buscar uma etiologia unica na formação da hernia. Para a diagnose, deante disso, diversos informes convem reunir: a) o operario, embora predisposto, trabalhava efficientemente e não estava em imminencia de ter uma hernia; b) o trabalho exigiu esforço ou motivou trauma idoneo para a produção proxima ou remota da hernia; c) a hernia póde ter, de facto, o seu nexu de ligação com o esforço ou trauma do trabalho, não sendo uma simples coincidencia de local e tempo, o seu apparecimento.

5.^a — A intervenção cirurgica é o remedio radical para as hernias. Restabelecido o operario, em cerca de um mez retomará ás suas actividades. Nessas condições, a solução de escolha para o problema das hernias accidentes ou allegadas taes, é esse, de interesse para o operario, para o empregador e para a sociedade. Entretanto, tal solução deve ser aceita voluntariamente pelo operario. Uma imposição repugna ao direito constituido e á ethica geral. Se o operario se recusar à essa solução ideal, então indemnise-se a sua incapacidade parcial e permanente, conforme a justiça.

6.^a — Feita a intervenção cirurgica, surgindo complicações ou havendo rescidiva durante o trabalho, é claro que o onus deve pesar sobre o empregador.

* * *

Ahi está, em synthese, como entendo o problema das hernias em infortunistica.

E é nos subsidios dessa minha comprehensão, que soluciono os casos que me são submittidos a exame.

Estarei certo? Estarei errado?

Se a medicina e o direito me oppuserem restricções a essa conducta, as leis de humanidade me applaudem. E convireis que, entre as leis da razão e as do coração, sabem melhor as ultimas. Dellas é que o mundo mais necessita.

O MÉDICO E O CLIENTE

DR. ARNALDO AMADO FERREIRA

(Livre-docente e 1.º assistente de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

Dentre os deveres que norteiam a atuação do médico no seio da coletividade, salienta-se o das relações com os clientes. Não há dúvida, o profissional da medicina tem deveres a cumprir, regras de moral a observar, porém, os que se utilizam de seus serviços, que reclamam a sua assistência, contraem obrigações para com êle. Há, por assim dizer, reciprocidade de deveres entre o cliente e o médico. Tendo que se avir com indivíduos de todos os matizes sociais, desde os mais humildes aos mais abastados, encontrando na sua vida profissional toda uma gama de educação, deve o médico possuir qualidades de espírito e de caráter, critério necessário para avaliar deficiências, que o dinheiro nem sempre remedeia e que a gratidão tão poucas vezes recompensa. Em todas as camadas se lhe depáram bons e máus, entusiastas e depreciadores do seu trabalho, reconhecimentos e ingratidões, moeda muito humana, com que lhe pagam a dedicação, o esforço, o desvêlo de noites inteiras de vigília, dias seguidos de cuidado com uma vida prestes a extinguir-se. Afronta perigo de contágio com o seu doente, expõe a vida, a cada instante, nas ocasiões de epidemias, na clínica privada, no laboratório, no campo de batalha, por toda a parte onde se faz necessário o seu trabalho e a sua presença seja requisitada. Mas, que importa. A vida do médico é isso mesmo. É dever seu e precípua aliviar as dores dos que sofrem, o divino trabalho cotidiano, finalidade e méta de toda uma vida cheia “de decepções, de muitas dores morais, de repetidos tormentos, de alegrias, mais das vezes, passageiras” e de todas as profissões liberais é a Medicina a que mais sofre os embates do meio social, porque, considerando-a, em seu exercício, uma espécie de sacerdócio, os seus componentes não podem e nem devem lançar mãos de certos meios de auferir proventos, como soi acontecer com as demais profissões.

Ademais, encarregado de velar pela vida de seu semelhante, o maior e precioso bem que recebe a cuidar, zeloso no cumprimento moral de seus deveres profissionais, o médico honesto, probo, escrupuloso, não deseja que a sua profissão se abastarde, nem se torne mercadoria de baixo preço. Ao contrário, preocupa-se com enobrecê-la, prestigia-la, exercê-la com retidão, afim de que o cliente se lhe entregue confiante, certo de que os seus males serão aliviados,

os fatos de sua vida secreta guardados religiosamente, os conselhos que lhe der, ditados pela sinceridade e interêsse de vê-lo curado de seus males e feliz. É preciso que se diga, a-pesar do materialismo imperante, da depreciação moral por que passam as profissões liberais, a Medicina não é, nunca foi e nem será comércio. É bem verdade, o médico, homem como qualquer outro, tem encargos de família, de representação, necessita viver e por isso trabalha. É dever seu cuidar dos que lhes são caros, acobertá-los das necessidades materiais e, assim faz jús a seus honorários. Entanto, não abusará, não deve obrigar o seu cliente a despesas inúteis, não cobrará demasiado pelo serviço que lhe prestar. Fará um justo preço, consoante o trabalho realizado, condições de posse de cada um, sem se aproveitar e nem fazer roça ao cliente.

É evidente, posto não seja a regra, o cliente saiba corresponder; compreender e aquilatar o esforço, o desvêlo do médico e lhe pagar com pontualidade os serviços que recebera em hora aflitiva de sua vida.

O materialismo de hoje, a facilidade de se ganhar dinheiro, de qualquer modo, proporciona falta de escrúpulo a certos profissionais, cuja formação moral mutio fica a desejar. Mas, em todas as profissões há de tudo. Por certo, não será pela conduta dos que assim procedem, que o público julgará o médico. São excepções. A falta de solidariedade humana, o excesso de individualismo é o que provoca o desagregamento dos sentimentos altruístas, trazendo consigo a ganância e o embotamento das nobres qualidades do indivíduo. A maioria dos médicos, todavia, vêm na sua nobre profissão uma espécie de sacerdócio, que se assenta em rigorosos preceitos de moral e, por isso, traça para si, regras de rígido procedimento, para com os clientes, diretrizes que se inscrevem nos deveres da paciência, da dedicação, da caridade, da discreção e da prudência, de uma sã consciência no exercício de sua profissão.

Bem sabe o cliente que não deve exigir do médico mais que a sua profissão lhe pôde dar. A Medicina não é ciência ainda, completamente, propriamente, positiva. "A-pesar-de suas conquistas e de suas descobertas, não se libertou do maravilhoso. E é por isso que a sua sombra medram ainda charlatães e curandeiros. Há muitos males que se curam e outros tantos que se não curam. Daí, o médico, digno dêste nome, nunca se comprometer a curar o seu cliente em prazo fixo, predeterminado, mas, sim, tratá-lo com desvêlo, carinho, abnegação. E isso, porque, as doenças variam em suas manifestações, consoante o organismo em que evoluem; depois, também, o que o médico tem diante de si é o doente, o indivíduo, onde os fatores cosstitucionaes, hereditários e adquiridos, mesológicos, fazem variar as condições da resistência orgânica e a ação dos medicamentos empregados, reservando grandes e às vezes surpresas bem desagradaveis para os pouco prudentes. O médico deve ter algo de psicólogo, impôr-se pelo seu saber, pelas suas maneiras de homem educado, porquê captará a simpatia e a confiança do doente, da fa-

mília do seu cliente e impedirá que pessoas das relações do doente aconselhem certos medicamentos de que se serviram em caso parecido, isto aliás feito na melhor das intenções, mas que não se relacionam com o caso em apreço. Mau é esse proceder de certas pessoas, porque pode prejudicar ao doente e as pessoas da família ficam a pensar numa atuação descuidosa do médico. Nêstes casos, o médico deve revestir-se de dobrada paciência para com o doente, para com as pessoas da família e, sobretudo, para com a própria doença. Deve considerar que de "médico e de louco todo o mundo tem um pouco", conforme o brocado. Há enfermos que desejam conhecer a ação do medicamento prescrito, a sua composição, vivem a lêr bulas de quantos preparados lhes caem às mãos, opinam sôbre o tratamento, pedem pormenores de seus males, etc. E' comum, pessoas da família, interessadas pelo doente, apresentarem sugestões ao tratamento estabelecido, aconselhando o uso de determinado remédio, muito apropriado ao caso, fazem ao médico perguntas reiteradas, indiscretas, procurando inconscientemente que êle revele fatos de natureza secreta e que deve guardar. Mesmo, em meio culto, sofre o profissional da medicina da bisbilhotice de certos indivíduos havidos como experientes, entendidos e mais, dizemos, imprudentes. O médico não se agastará com isso. E' da profissão. Com delicadeza dirá o que convem, sem melindrar ao doente e ao meio. O médico, por sem dúvida, é tão interessado pella saúde, pella vida do doente, quanto as pessoas de sua família. Estas devem acatar e ouvir as suas determinações, respeitá-las, não dar ouvido as visitas, aos visinhos cujo parente se curou com o emprêgo de certo medicamento, prescrito por excelente doutor de suas relações. Há doente e não doenças e essas, às vezes, de evolução demorada, caprichosa, daí, naturalmente, o cliente ser paciente e confiar na atuação de seu médico assistente. Um verdadeiro médico nunca abusará das posses de seu cliente e nem de sua confiança. Chamando-o, o cliente firma com êle um contrato tácito, de ordem moral, sem fórmulas escritas. Não pode o cliente despachá-lo, escusar o seu serviço sem uma satisfação e explicação prévias. Se o doente vir que o médico, no seu pensar, não correspondeu ao que desejava, será leal, franco, irá a êle e lhe esporá as dúvidas e êste usará de franqueza para com o cliente. E' reprovavel, o que comumente acontece, mesme entre gente que se diz educada e culta, apelar para novo médico sem ciência do médico assistente. Nenhum médico deve atender a chamados nestas condições, a menos que se trate de casos de urgência, ou por não se encontrar o médico assistente no momento. Em caso contrário, o facultativo que assim proceder infringirá os preceitos da boa ética.

O profissional da medicina será ponderado, cuidadoso em anunciar a sua especialidade e na maneira de oferecer os seus serviços profissionais, para evitar que o confundam com os falsos médicos, que tudo curam, mesmo as doenças incuráveis, que possuem os maiores e melhores aparelhos para todas as especies de diagnósticos e tratamentos. Não se emparelhe com os curandeiros e charlatães, com

esses mercadores do templo da Medicina, com os que, em chegando à casa do cliente, depreciam o colega que lá estivera, deitam pela janela os medicamentos prescritos. Cuidado com os anuncios espalhafatosos, deprimentes, luminosos, de esculápios de longa experiencia e sempre recém-chegados do estrangeiro; tome tento com os agenciadores e comercialisantes da profissão.

Há clientes que se queixam de que os médicos não lhes atendem os chamados com presteza. O médico é livre de atender a quem quizer, porém essa liberdade não é absoluta, é condicionada à certas regras. Se anuncia nos jornais, tem consultório, placa à porta, exerce à clínica e, sobretudo, se único na localidade, não pode deixar de atender ao chamado do cliente. "Mais do que moral, a lei coage o médico atender o doente, a cumprir pois o seu dever, realizando, aliás, as prerogativas de um monopólio, de verdadeiro privilégio". Muitas pessoas têm o mau costume de fazer consultas pelo telefone, no bonde, por cartas, pelos jornais. Examinando-se atenta e cuidadosamente o doente, empregando-se todos os recursos que a ciência recomenda para o esclarecimento do caso em apreço, muita vez não se chega ao diagnóstico! Como, em ausência, à distância, com informações incompletas, nem sempre verídicas, porque fornecidas por inexperientes, pôder-se-à fazê-lo? A Medicina não é ciência de adivinhação. Excusado é dizer-se que o médico deve ser dedicado ao doente, seja rico ou pobre, tenha ou não certeza de remuneração. "Será abnegado, irá mesmo ao sacrifício". Quantos não tomaram no cumprimento do dever e esquecidos permanecem da memória dos homens.

No trato com o seu doente, rico ou pobre, na clínica civil ou hospitalar, sempre vê nele o semelhante que sofre, que necessita dos seus conhecimentos, afim de se curar, de alieiar-se de seus males, das dores físicas e morais de que padece. Especial cuidado merecerão do médico os doentes hospitalizados, os indigentes, os desfavorecidos de recursos. Tornam-se dignos do seu carinho, desvêlo e gratidão. "Nunca sejam a doença e a posição social uma inferioridade de quem quer que seja aos olhos do médico", mas antes o atrativo seguro às manifestações dos sentimentos de humanidade, de um coração bem formado. Tenha o médico, nas suas palavras, nos seus atos, "a doçura necessária par consolar, aliviar e curar. Quem sofre conta com a piedade dos que exercem a ciência e a arte de curar"

O médico abster-se-à de discutir política, religião com o cliente e mesmo evitará incutir no seu espirito sua crença religiosa e as suas convicções políticas. Respeitará, nêste particular as convicções do seu doente, lembrando-se sempre o que o leva a sua cabeceira é outra finalidade. Quem procura o médico, num caso de necessidade, alheia-se a tais questões. E' o profissional da medicina um trabalhador intelectual que se sacrifica diariamente pelo bem de outrem, auferindo do seu trabalho o necessário para o seu sustento e dos seus. A medicina não é profissão que permita com facilidade fazer fortuna. Raros são os que conseguem acumulá-la. São tão poucos os aquinhoados da

sorte e poderião apontar-se a dêdo. E' justo, pois, vivendo do seu trabalho honesto, receba a remuneração do serviço prestado ao cliente. Como se vê, é profissão espinhosa a Medicina, difícil de exercida, que há milênios, Hipocrates, havido como o seu fundador, numa máxima que resume todo o trabalho do médico, todas as dificuldades que encontra, todas as ingratidões e benemerências que recebe, numa vida dedicada ao bem de outrem, cheia de estudos, abrolhos, disse: que à sua "brevidade se contrapunha" a vastidão de conhecimento exigidos dêle, a passagem fugace da ocasião, a autoridade tão enganosa da experiencia e a forçosa vacilação do espírito humano"

FISIOPATOLOGIA DO FRÊMITO TÓRACO-VOCAL

JOSÉ BARROS MAGALDI

“Si la médecine n'est pas une science exacte, cela est dû en grande partie aux médecins eux-mêmes, qui ont substitué à la méthode analytique expérimentale, strictement appuyée sur les données des sciences exactes, une sorte de méthode déductive qui prend souvent comme base des hypothèses tirées de l'observation empirique. A mon avis, la cause de cette erreur doit être recherchée dans l'éducation professionnelle qui fait du médecin un paralogiste pour lequel les symptômes cliniques, au lieu d'être l'expression objective et raisonnée d'un phénomène physique ne traduisent que des suppositions d'ordre biologique”

PARODI

GÊNESE. PROPAGAÇÃO. PERCEPÇÃO.

1 — O ar expulso do pulmão atravessa bruscamente uma fenda balisada pelas cordas vocais e colocada como passagem entre duas cavidades amplas: a traquéia, distal, e o rinofaringe, proximalmente.

Ora, toda vez que um fluido passa, sob pressão, de uma cavidade para outra de maior secção, produzem-se movimentos turbilhonados que geram vibrações. Quando a frequência dessas vibrações é suficiente ouve-se um som musical se elas forem isócronas; se forem anisócronas escuta-se um rumor, que nada mais é que um conjunto de sons musicais discordantes.

O que se produz na laringe como um rumor ou como um som, conforme é ciciado ou falado, chama-se voz. A voz com timbre musical nítido é o canto.

Rumor, som, canto passam por cavidades que funcionam como ressoadores — boca e fossas nasais — e aí vão ser modificados pelos lábios, língua, dentes, paladar mole, bochechas afim de darem prolação vogal ou consonantal.

2 — Ao mesmo tempo, na laringe, formam-se ondas acústicas que progridem em sentido oposto ao da voz. Essas ondas são longitudinais, pois em um sistema tubular, em que ha fluidos, a formação e propagação do som só se podem dar por contrações e dilatações desse fluido no sentido longitudinal (fig. 1).

As vibrações longitudinais produzidas caminham para a porção distal do sistema tráqueo-brônquico. Nascidas na traquéia e no principio dos grandes brônquios elas se propagariam em todas as tres

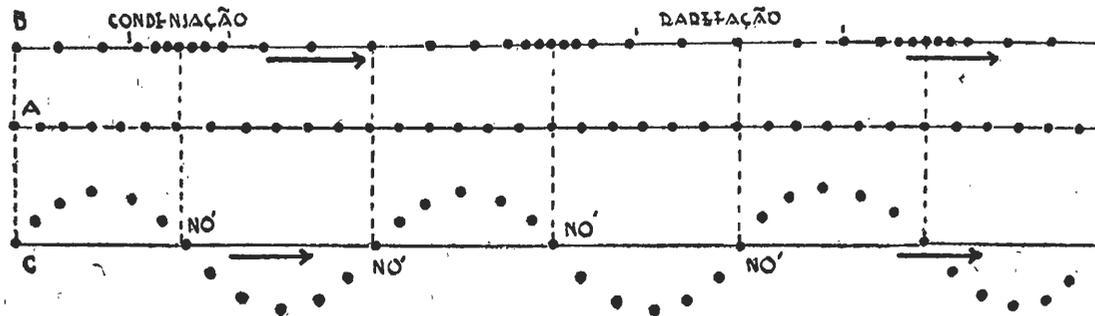


FIG. 1

- A — Moléculas de um determinado meio, em repouso.
 B — Ondas longitudinais: condensações e rarefações longitudinais.
 C — Ondas transversais: deslocamentos latitudinais.

direções espaciais se as estruturas físicas o permitissem. Mas apenas no interior dos canais aéreos ha meio adequado para seu andamento: então apenas por aí elas transitam. Seguirão um trajeto determinado pelos brônquios primeiro, depois pelos brinquíolos, até atingirem a massa alveolar. Daqui passam para a parede torácica transmitindo-lhe o movimento vibratório que a mão recolhe como um frêmito.

3 — Entretanto, a frequência com que vibra a parede não é igual à do som emitido: é menor. Logo, não são as vibrações vocais em si as produtoras da oscilação parietal, mas alguma outra coisa que só dela se pode derivar, que não ha frêmito sem voz. Marcando mais dir-se-á que o frêmito não é um fenômeno da voz mas um seu epifenômeno.

4 — O tom emitido nunca é puro: ao fundamental juntam-se outros de frequências maiores e menores, chamados tons parciais.

Ora, quando em um mesmo ponto do espaço se produzem vibrações, acontecem interferências entre elas, com reforços e enfraquecimentos periódicos. Aos reforços dá-se o nome de *batimentos*. Seu número, por segundo, é igual à diferença de frequência entre os sons. Assim, entre um som de 256 vibrações por segundo e um de 265 haverá, nesse mesmo tempo, 9 batimentos (Fig. 2).

A frequência dos batimentos é, como se vê, menor que a do som fundamental e que a dos parciais.

Pois bem, *esses batimentos determinam a vibração da parede torácica e são a causa do frêmito*.

O fato é semelhante ao que ocorre quando, em um violino ou violão, se tange uma corda: a caixa de ressonância convibra, mas não coincidem os seus períodos com os da corda.

Para que a parede torácica produzisse tantas oscilações quantas as que tem o tom vocal era necessário que tivesse uma constituição

física homogênea, um índice de elasticidade alto e uma inércia muito pequena para poder ocupar rapidamente, na mesma frequência do tom vocal, duas posições diferentes no espaço. Estes atributos permitiriam uma perfeita travessão harmônica entre voz e vibração torácica. Mas tal não ocorre.

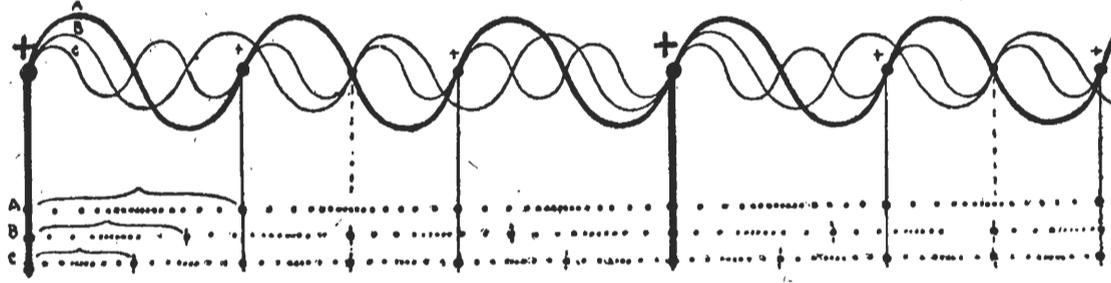


FIG. 2

Em cima — Batimentos de intensidades várias, em ondas transversais. Em
baixo — Idem, em ondas longitudinais.
As letras indicam ondas de mesma frequência. Repare-se que em ambos os
sistemas ondulatórios ha coincidência perfeita dos batimentos.
As sinusoides resultam do conjunto das posições das várias moléculas nos
vários momentos, tal como na figura 1.
Em baixo os pontos representam moléculas.

Por outro lado, a parede é capaz de se deformar somente a um estímulo mais forte, que não o das vibrações vocais em si. Portanto para ela vibrar é necessário um estímulo de intensidade alta e de pouca frequência.

Os batimentos, gerados das interferências do som fundamental com extranhos, revestem-se destas duas condições essenciais: têm energia suficiente e são pouco frequentes. Ao seu compasso segue a parede: tantos sejam os batimentos, tantas serão as oscilações parietais.

O frêmito é uma consequência dos batimentos e variará com a mesma lei que o faz variar.

5 — Às vibrações vocais se soma, sem dúvida, o tom próprio que o pulmão é capaz de dar. Esse órgão, por consonância, reproduz um som para o qual está afinado, isto é, reforça um som de frequência igual ao que é capaz de emitir quando é solicitado por um esforço que o deforma.

Como a frequência pulmonar é pequena, a consonância sobrevem apenas quando é pequena a frequência vocal, isto é, na voz grave masculina. É lógico que assim seja, pois o registro masculino varia entre 120 e 150 vibrações por segundo e o da mulher entre 240 e 300. Sendo a frequência específica do pulmão de 90 a 140 por segundo a consonância só se dará com a voz que estiver nesses limites, a do homem.

Assim, além das vibrações brônquicas longitudinais progressivas, reforçadas por interferência de harmônicos e supertons, no homem, pela voz grave, ha reforço também pelas vibrações próprias do pul-

mão, cujo comprimento de onda se aproxima de muito do das ondas vocais: ha um reforço pela convibração pulmonar.

6 — No mecanismo de formação do frêmito deve ser mencionado o fator nasal. Quando o frêmito é produzido por sons nasais o fechamento das narinas, impedindo a prolação normal, atenua-o. Assim, mandando o doente dizer *tum* e depois fechando-lhe as narinas e fazendo-o repetir o mesmo som, obtêm-se frêmitos de intensidades diferentes.

7 — A vibração longitudinal imprime á parede uma convibração. Mas as ondas que percorrem um bronquíolo atingem-na apenas na porção que corresponde à projeção do pequeno distrito alveolar que é tributário desse bronquíolo, isto é, vibra na parede apenas a porção que está em contiguidade com os alvéolos que se abrem naquele canalículo bronquial. Isto mostra que *o frêmito é um fenômeno estritamente localizado*, o que dá alto valor propedêutico a este método de indagação das condições físicas do sistema bronco-pleuro-pulmonar.

a) O torax não tem elasticidade que lhe faculte vibrar como um todo. Não ha constituição física que lhe permita responder a uma vibração como uma peça única, mas ao contrário, funciona, do ponto de vista da mecânica vibratória, como um conjunto muito grande de partes que necessitam, para vibrar, cada qual de uma solitação própria, especial.

Um sino vibra "in totum" quando se lhe percute, não importa em que parte. Uma só percussão na base, em um ponto estritamente localizado determina a convibração de todas as partes; não só vibram todas elas, mas vibram em uníssonio umas com as outras.

Tal não acontece com o torax: o choque em uma porção faz vibrar somente essa porção. Não ha, além disso, necessariamente, concordância de frequências entre as vibrações das várias partes.

b) Por isso, quando os movimentos vibratórios longitudinais, conduzidos por um bronquíolo, determinam a oscilação parietal, essa oscilação é localizada somente em um pequenino distrito. As vibrações desse distrito independem completamente das que ocorrem no que lhe é visinho e que são determinadas pelos fenômenos ocorrentes em outro bronquíolo. É justamente isso que permite o silêncio de uma porção da parede do peito quando o sistema tubular que aí vai ter está obstruído: a vibração das porções visinhas não se vem fazer sentir nesse ponto; não ha intromissão de qualquer outro estímulo que porventura podesse surgir em campo. Somente o trazido pelo brônquio fechado seria idôneo para deflagar o frêmito. (fig. 3).

c) Como normalmente todos os bronquíolos são permeáveis e conduzem ar, e pois, vibrações longitudinais, o torax vibra como um conjunto, não porque tenha condições físicas para tal, mas porque os pequeninos segmentos que o compõem vibram com a mesma frequên-

cia e em fases sincrônicas, em virtude de serem êles todos, de per si, percutidos ao mesmo tempo por aquelas vibrações. Estas vibrações nascem na trípole tráqueo-bronquial (Cova) e se propagam a todos os recantos do sistema canalicular indo atingir, através das mais pequeninas ramificações, o parênquima e daqui a parede, determinan-

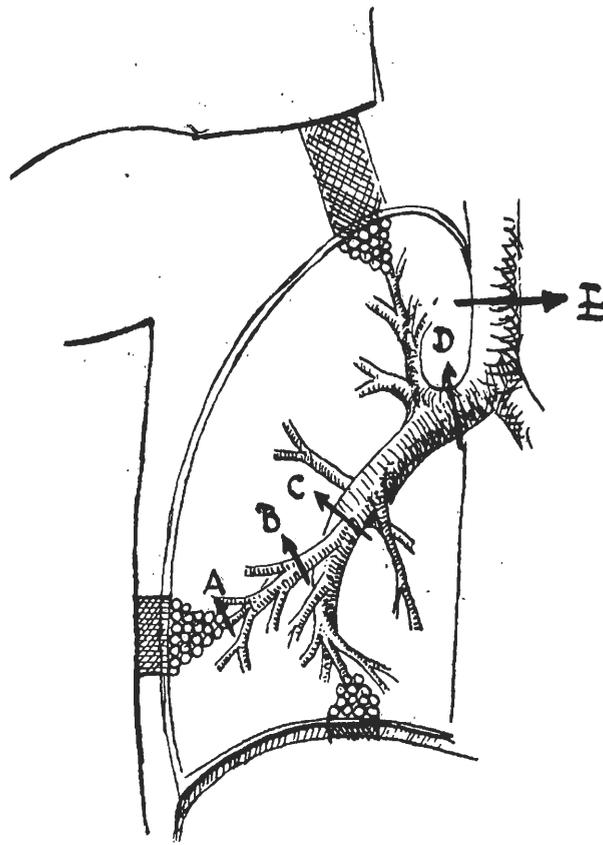


FIG. 3

do-lhe a vibração de cada segmento. Como em cada bronquíolo caminham pequenas porções de uma mesma frente de onda (fig. 4) compreende-se que em todos eles as vibrações sejam de mesmo período e pois de mesma frequência; que por consonância a parede só possa acompanhar essas vibrações no mesmo ritmo. Por outro lado, como o centro formador (fig. 4) das ondas não está no centro geométrico do conjunto, e como as ondas acústicas, num meio homogêneo como o que enche os tubos pulmonares — ar atmosférico — se propagam em ondas esféricas, apreende-se desde logo que uma mesma onda não vai atingir os vários segmentos da parede do peito simultaneamente, mas uns após outros. Então a onda O (fig. 4) atinge primeiro o ponto A, depois B, depois C e assim por diante. Mas quando a onda O atinge A, uma onda anterior O', que já passou por A, também chega a B; uma mais anterior ainda, O'', que já passou por A e por B, está tangendo C; outra, O''', que esteve em A, B, e C, atravessa D, etc.. Como todas elas estão na mesma fase,

pois que entre uma e outra vai um tempo constante, os pontos A, B, C, D,... oscilam também na mesma fase (1).

Com isto se explica que apesar de uma mesma onda não atingir simultaneamente toda a superfície do torax, nem por isso deixam os segmentos integradores deste de vibrar em uníssono.

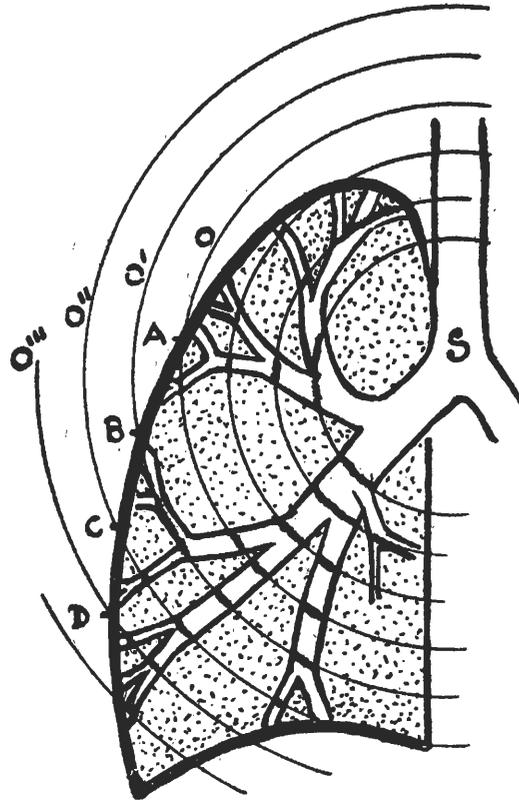


FIG. 4

Em resumo: 1.º) as vibrações das várias partes têm a *mesma frequência* porque o centro sonoro que as produz é único e suscita em todas essas partes o mesmo ritmo ondulatório; 2.º) têm a *mesma fase*, isto é, oscilam no mesmo sentido porque nos momentos em que são atingidas pelas ondulações, estas são isofásicas.

(1) Imagine-se um meio indefinido, o ar, por exemplo, em que se propaga um movimento vibratório nascido em S, (fig. 4-a) e seja Σ uma superfície de onda em um momento qualquer que tomamos para origem do tempo. Os diversos pontos A, B, C, D, E, desta superfície podem ser considerados como centros de vibrações. Posto isto, depois de um tempo t do momento considerado, a fase do movimento vibratório do ponto A se deveria encontrar sobre a superfície de uma esfera de centro A e de raio Vt . O mesmo se dá com os movimentos vibratórios dos pontos BCD... Portanto o estado vibratório que estava em Σ no tempo zero encontra-se unicamente, no tempo t, sobre a superfície esférica Σ' , distante de Σ de um comprimento Vt . Esta superfície Σ' é o envoltório das superfícies esféricas, descritas dos diversos pontos ABCD de Σ com raio Vt . Deve-se concluir que os movimentos nascidos dos pontos ABCD... se superpõem nos diversos pontos do espaço, ou como se costuma dizer, interferem de maneira tal que somente os pontos de Σ' possuem, no tempo t, a fase de movimento vibratório que tinha no tempo zero. (Ganot-Maneuvrier).

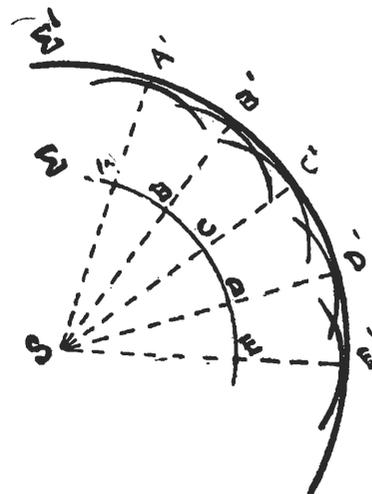


FIG. 4-A

d) Assim, como um corolário elegante, pode-se acentuar que a igualdade de frequências e de fases nas oscilações daqueles segmentos integradores não dependem da elasticidade do torax, no sentido da que possui um sino, mas decorrem meramente de serem todos esses segmentos alcançados por ondulações de igual fase e frequência.

8 — a) A propagação das ondas sonoras, em meio gazoso em repouso, se faz igualmente em todos os sentidos. Resulta disso que todos os momentos isofásicos, em todas as direções, se dão em posições tais que determinam uma esfera que é justamente o que se chama uma frente de onda. O centro dessa esfera é o próprio centro de emissão sonora. Como o ritmo ondulatorio é constante, para uma emissora constante, deflue daqui que em qualquer ponto do espaço, na unidade de tempo, um observador recebe sempre o mesmo número de ondas e em todos esses pontos ouvirá sempre o mesmo som.

b) Mas, se em vez de se dar a propagação em um meio em repouso, se der onde ha deslocamentos de partes desse meio, as frentes de onda não mais serão esféricas. Uma corrente aérea accelera a progressão das ondas no sentido em que ela mesma progride e retarda as que caminham em sentido oposto (2). O resultado é que os pontos isofásicos se dão em distâncias diferentes do centro sonoro (fig. 5).

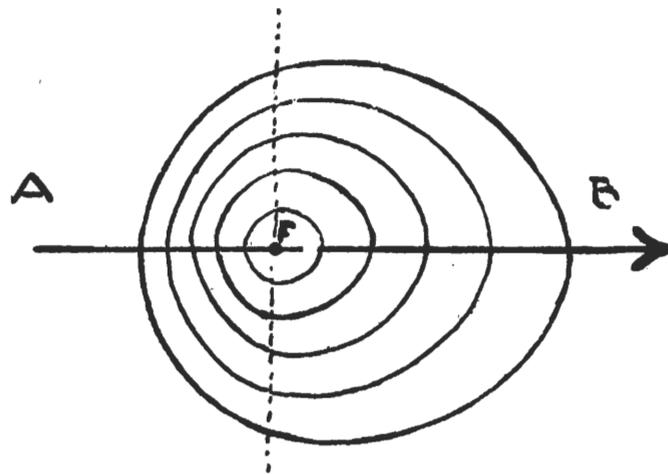


FIG. 5

A propagação para o hemisfério A se faz com mais dificuldade e a atenuação do som sobremem em ponto mais próximo da fonte. Por isso o som que se propaga na direção do vento é ouvido mais longe que o que se propaga em direção oposta.

c) O frêmito sendo um epifenômeno da voz, que é fenômeno expiratório, só se produz na expiração. Nesse momento respiratório as ondulações que o determinam percorrem os brônquios em sentido completamente oposto ao do ar compelido para fóra pela elasti-

(2) A velocidade da onda não varia em relação ao meio. Mas como este se move, aquela velocidade se acresce ou decresce da velocidade deste.

cidade e contração muscular do parênquima. Ha então uma resistência oferecida à propagação ondulatória que dá como resultado uma minoração na intensidade dessas ondulações. Elas chegam à periferia do órgão muito mais surdas do que o seriam se progredissem na mesma direção do ar, se se produzissem na inspiração.

É este, sem dúvida, um fator de importância no amortecimento dos elementos desencadeantes do frêmito e oriundo da sua natureza expiratória (3).

Vai-se vêr mais longe que a ausência deste impecilho, permitindo facil propagação é uma das causas de se exaltar esse fenômeno nas condensações pulmonares. Em verdade, a função respiratória nestas eventualidades está diminuída e a corrente expiratória é fraca.

9 — Normalmente o conjunto de alvéolos funciona como amortecedor e impede que as ondas se propaguem de um modo mais intenso. São como uma série muito grande de cortinas, cada uma delas absorvendo uma parte do som e deixando passar outra. Com a reflexão e refração das ondas chega-se a um silêncio quasi completo. Note-se ainda que a grande diferença de densidade entre ar e tecido alveolar é fator, por si só, suficiente para atenuar de muito o movimento vibratório, que exige, para seu bom andamento, meios homogêneos.

10 — No parênquima as condições ótimas para que vibre com intensidade e frequência altas se encontram no máximo da inspiração porque, nesta fase do ciclo respiratório, os alvéolos estão distendidos e tensos. Na expiração diminuem de volume e as paredes se tornam flácidas, pouco aptas para vibrarem.

Se se pesquisar o frêmito no início e no fim de uma expiração que se faça imediatamente depois de uma inspiração forçada, ver-se-á que no primeiro caso ha maior intensidade de vibração parietal que no segundo.

11 — Normalmente estão as folhas pleurais conchegadas de tal maneira que é virtual o espaço que confinam. Decorre disto que ambas funcionam como uma, do ponto de vista acústico, recebendo em conjunção e em conjunção transmitindo as vibrações que lhes chegam.

Se causas estranhas quebrarem esta harmonia de ação, quer pelo espessamento das pleuras, quer pela intromissão de líquidos e gases por entre elas, então serão outras as condições acústicas locais: sob outras leis se dará a transmissão vibratória.

12 — Frizámos bastante a insuficiência de condições da parede para responder com presteza e intensidade às sollicitação trazidas por miríades de pequeninos brônquios.

(3) Na fórmula $I = \frac{1}{2} mv^2$ a intensidade varia com o quadrado da velocidade. Se houver impecilho na propagação, v diminue e I diminue também.

Entretanto, dentro dos limites desta insuficiência, podem-se lograr condições que permitam o ótimo de percepção. Em verdade, um torax descarnado, sem músculos e sem desenvolvimento excessivo do tecido adiposo, transmitirá melhor e vibrará com maior intensidade que outro com muito músculo e muita adiposidade.

13 — É um fato de observação frequente que as excitações contínuas agem muito mais nos momentos iniciais e finais que no tempo que medeia entre esses dois momentos. Assim, um músculo submetido a uma corrente elétrica só se excita no fechamento e na abertura dessa corrente. Entre êsses dois eventos êle permanece em repouso.

Dubois-Raymond definiu o excitante como toda a mudança brusca de energia. Em verdade, se essa mesma corrente crescer lentamente na sua intensidade ela ultrapassa de muito o limiar de excitabilidade sem determinar resposta. Não houve mudança brusca, e pois, não houve excitação.

Todo o tecido tem capacidade de se adaptar aos excitantes que o atingem. No caso de o excitante ir crescendo lentamente vai o tecido se adaptando continuamente, de tal modo que como não ha variação brusca não ha tambem resposta.

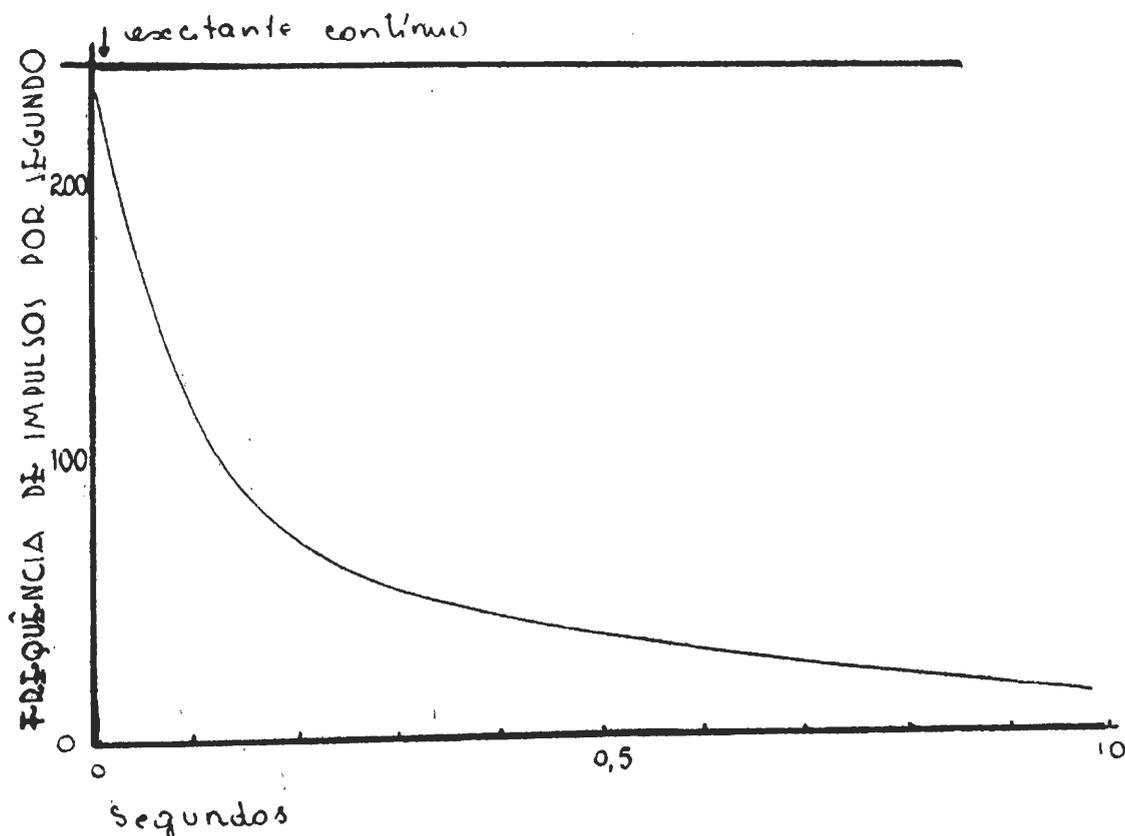
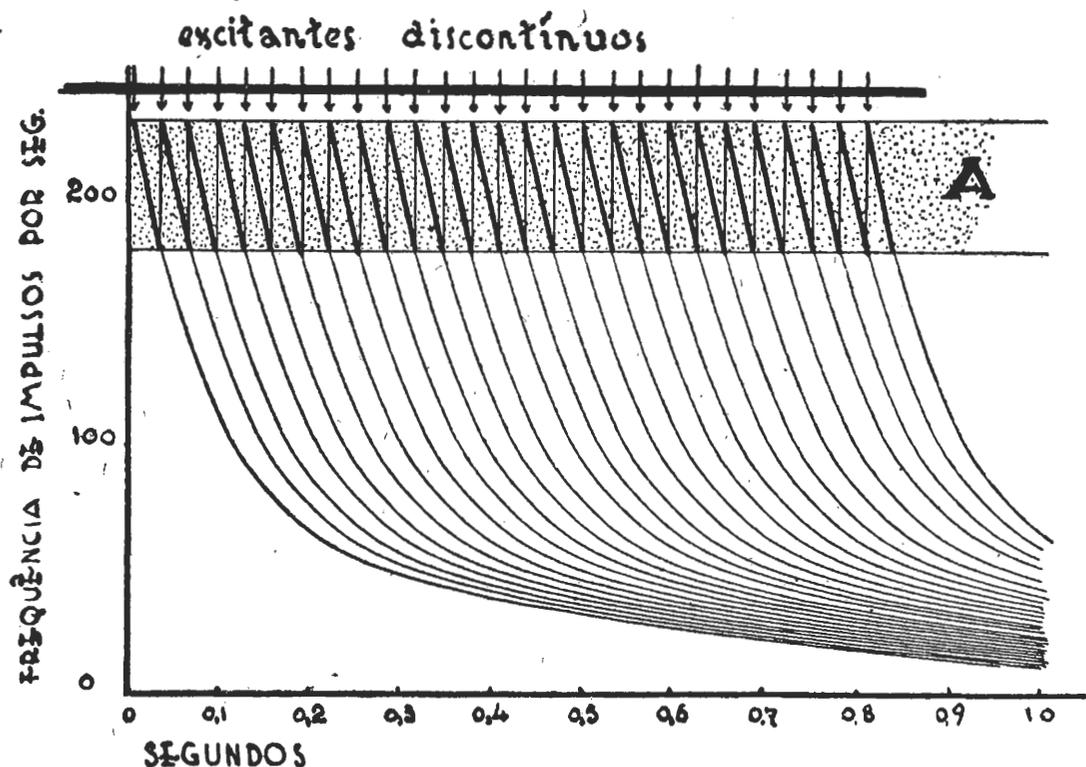


FIG. 6

14 — Os órgãos dos sentidos, encarregados de recolher os estímulos que provêm do meio exterior ou do próprio organismo obedecem também a essa lei de adaptação.

Se se registrarem as correntes de ação de um nervo sensitivo que provenha de um setor da pele, durante a ação de um excitante contínuo, um pêso, por exemplo, vê-se que o número de influxos nervosos que o percorrem vai decrescendo à medida que o tempo passa. Quando se apoia sobre a polpa do dedo do gato um pequenino disco de vidro, pelo nervo sensitivo correspondente passam, no primeiro décimo de segundo uma quantidade de estímulos que é muito maior que a que passa no quinto seguinte. Depois de um segundo deixam de transitar correntes, por adaptação completa do órgão estimulado ao estimulante. Num gráfico representar-se-iam esses dados do seguinte modo (fig. 6).

15 — Mas se em vez de um estímulo contínuo usarmos uma série de estímulos da mesma intensidade, que se sucedam um ao outro, teremos como efeito, em cada excitação isolada aquilo que obtemos no



A — Faixa de percepção mantida em nível alto por excitações descontínuas.

início das excitações contínuas. A resposta a êsse conjunto de excitações corresponde à somação de uma série de respostas iguais às dos inícios das excitações contínuas, isto é, de uma série de respostas iguais às máximas que, com aquela intensidade de excitante, o órgão pode dar (fig. 7).

Compreende-se assim muito claramente que um conjunto de excitações agindo sobre um tecido durante um certo tempo impressiona mais êsse tecido que um excitante de igual intensidade e duração, mas contínuo.

16 — Quando a frequência dessas excitações é muito grande o conjunto funciona quasi como um excitante único. Além da discontinuidade é necessário que haja entre cada excitante um espaço de tempo não pequeno demais.

Por isso mostra a psicologia experimental que, dentro de certos limites, *as excitações chegam tanto mais nitidamente à percepção quanto mais são descontínuas.*

Os apitos com bôlha dão som muito mais audível que os que não a têm porque dão som descontínuo. Os vórtices aéreos movimentam essa bôlha e determinam oclusões passageiras do orifício de entrada de ar.

Quando se apalpam os diapasons que vibram, o tato percebe muito mais as vibrações dos que dão som grave, e portanto de pouca frequência, e portanto de maior descontinuidade que as dos que dão som agudo.

17 — O frêmito, sendo um conjunto de vibrações da parede, deverá ser percebido segundo as leis progressas. *Será tanto mais perceptível quanto mais forem descontínuas essas vibrações.*

18 — Na figura 8 estão traçadas várias curvas. Em cima o limiar de sensibilidade tátil, em baixo o limiar de audibilidade. No meio a frequência e intensidade da voz humana.

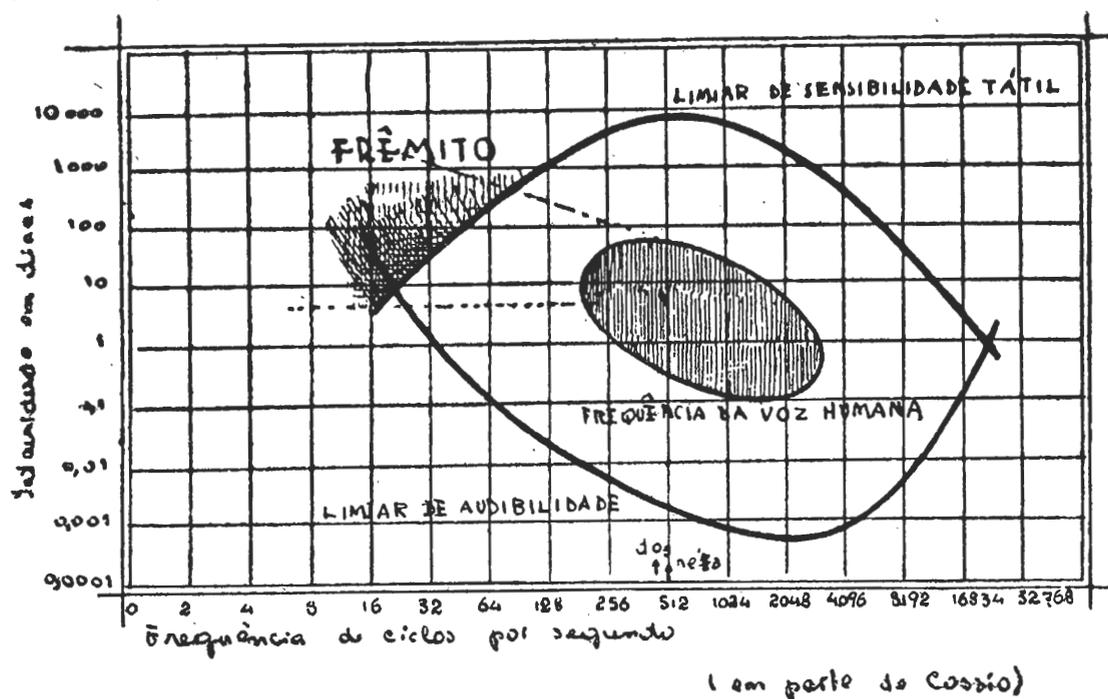


FIG. 8

Por esse esquema vê-se que a frequência da voz humana está sempre dentro das possibilidades de apreensão tátil. Mas sua intensidade nunca é suficiente para impressionar os corpusculos nervosos encarregados dessa percepção. Mesmo quando a frequência é de 512 vibrações por segundo (mais ou menos ré 3 susenido), quando

a intensidade é de 100 dinas (máxima) não ha percepção pelo tato. Os batimentos elevam a intensidade e diminuem a frequência. Mesmo sem acréscimo de intensidade, só o fato de deslocarem a frequência para a porção esquerda da curva torna perceptíveis os fenômenos vocais pelo tato.

19 — Podemos agora expor as condições ótimas normais para a percepção do frêmito tóraco-vocal.

1.º) Eficiência funcional do aparelho fonador.

O frêmito é determinado pelos batimentos; os batimentos se originam de vibrações vocais; as vibrações vocais se produzem na laringe: logo, sem sua eficiência funcional não haverá voz, nem batimentos, e pois, nem frêmito. De ver está que esta integridade é condição primeira, essencial.

2.º) Permeabilidade bronquial.

Se a progressão das ondas se faz dentro do sistema tubular do pulmão a permeabilidade é imprescindível e o frêmito será tanto mais intenso quanto mais amplo for o calibre do brônquio. É esta a razão maior de o frêmito ser mais intenso à direita: o brônquio desse lado é de secção maior e permite que maior porção de uma frente de onda (figs. 5 e 15) atinja a periferia. Com o consequente aumento de energia aí chegada ha aumento de intensidade do frêmito determinado. É obvio que a quantidade de energia transmitida é proporcional ao calibre. Como o frêmito é proporcional à energia que chega à parede, segue-se que tudo que aumente ou diminua a luz bronquial o exalta ou minora (4).

3.º) Parede com capacidade ótima para vibrar.

Quanto menos homogêneo é um meio, mais dificuldade êle oferece à passagem de um movimento vibratório, porque a reflexão e refração das ondas, o que produz amortecimento, se dão somente quando elas passam de um a outro meio.

O tecido adiposo é, fisicamente, pouco homogêneo, pois é um conjunto de células grandes, cheias de gordura, recolhidas em lojas limitadas por folhas conjuntivas: é um abafador dos melhores para a propagação do som.

(4) Mais precisamente pode-se analisar o que se disse.

A intensidade de um som é medida pela *quantidade de movimento* imprimida ao meio no instante de excitação, para os sons instantâneos e pela *energia cinética*, isto é, a integral do primeiro, para os sons continuos:

$$\text{para um som instantâneo, } I = mv = E'$$

$$\text{para um som contínuo } I = \frac{1}{2} mv^2 = E.$$

sendo m a massa oscilante e v sua velocidade.

Nos casos intermediários $I = kmv \frac{1}{2} + \epsilon$, estando k entre $\frac{1}{2}$ e 1 e ϵ entre 2 e 1.

O estudo da fórmula mostra que I aumenta quando m aumenta. Um brônquio conduz, na unidade de tempo, uma massa que é diretamente proporcional ao seu calibre. É claro, pois, que quanto maior o brônquio maior massa m passa por êle, e portanto, maior intensidade, isto é, energia.

O tecido muscular funciona como abafador também.

Ora, se cada um destes principais componentes da parede do peito já é de si pouco homogêneo, a soma deles, com mais forte razão, dará um meio de homogeneidade ainda menor. Compreende-se que quanto menos músculo e tecido adiposo houver maiores serão as possibilidades de ser a parede homogênea e pois, de transmitir as vibrações.

No torax a distribuição de músculos e gordura subcutânea não é igual em todos os pontos. Fazendo-se abstração de outros fatores, por si só essa desigualdade condiciona diferenças nas intensidades do frêmito. Força é que deva de haver atenuação do fenômeno em apreço nas porções superiores e posteriores do peito, ricas em músculos; nas regiões mamárias das mulheres adultas, em que os seios, ricos em tecido glandular, acusticamente não homogêneo, funcionam como abafadores. Ao contrário, nas bases pulmonares o frêmito é nitidamente percebido porque aí é escasso, o contingente músculo-adiposo.

4.º) Discontinuidade de vibrações.

Essa exigência é dada pelos batimentos. Onde houver mais sons espúrios, estranhos ao fundamental — supertons e harmônicos — aí haverá condições favoráveis para a produção de batimentos intensos. Isso se dá na voz grave do homem.

Os harmônicos são sons de frequência múltipla da do fundamental. Dentro do limites da audibilidade um som grave tem mais harmônicos que um som agudo. É claro.

Por outro lado, os tons de frequência próxima da do fundamental são também mais numerosos nos sons graves que nos agudos. É justamente por isto que o timbre áspero acompanha aqueles muito mais que estes, em virtude de se darem dissonâncias entre tom fundamental e tons estranhos.

Como os sons graves são os ricos em harmônicos e supertons segue-se que serão os mais ricos em interferências e portanto em batimentos. Então o *frêmito será mais perceptível nos homens que nas mulheres.*

Entre os homens, mais no “baixo”, depois no “baritono”, depois no “tenor”. Nas mulheres, mais no “contralto”, depois no “mezzo soprano”, depois no “soprano”

A voz aguda feminina, quando emite, por exemplo, um mi₅, quasi pode ser considerada som puro, som simples. Por isso, praticamente, não gera frêmito perceptível.

5.º) Voz forte.

É preciso juntar ainda que a intensidade de vibração, para determinar resposta do torax, precisa de ser grande, de 10 a 100 dinas. A voz forte produz batimentos com essa força. E o *frêmito será tanto mais intenso quanto mais intensa for a voz*, pois naturalmente que se a emissão vocal se fizer de modo a não atingir o mínimo necessário, não haverá resposta parietal.

6.º) Proximidade do centro sonoro.

A intensidade do som e da luz são inversamente proporcionais ao quadrado das distâncias que existem entre a fonte sonora ou luminosa e o ponto de audição ou aclaramento observados.

Por essa lei é natural que o frêmito, que resulta de um movimento vibratório nascido na porção tráqueo-brônquica, varie também com a distância deste ponto às diversas regiões da parede onde é pesquisado.

Será mais intenso na laringe, em cujas porções ântero-laterais se percebe e depois na região posterior que se lhe opõe: as últimas vértebras cervicais e as primeiras dorsais.

Seguem-se as regiões próximas dos dois grandes brônquios e de sua bifurcação: na frente, a região infraclavicular e atrás, os espaços interescapulo-vertebrais.

Sobre a clavícula é menos intenso que na zona supraclavicular. No osso, mais perceptível onde é mais próximo da traquéia: no terço interno.

A medida que se afasta do centro sonoro vai decrescendo a intensidade do fenómeno. Teoricamente o frêmito de intensidade menor é oferecido pelas bases, enquanto os ápices o exibem menos intensamente que o espaço interescapulo-vertebral.

E' preciso reparar, no entanto, que não somente com a distância elle varia: a espessura da parede e a consonância pulmonar interferem. Se, na base, o afastamento da trípode tráqueo-brônquica condiciona minoração, a riqueza em tecido pulmonar, que ressoa com mais volume sonoro, e a pobreza relativa da parede em tecidos que lhe conferem heterogeneidade permitem a sua recepção sem a atenuação que sofre no ápice, em que as condições são exatamente as inversas.

Mas nas regiões axilares, todas ellas revestidas de mesma quantidade de músculos e tecido adiposo, o frêmito varia exclusivamente com o inverso do quadrado das distâncias entre parede e origem sonora, o que quer dizer que vai decrescendo, de acordo com a lei exarada, de cima para baixo.

Se o aumento do calibre do brônquio direito é o elemento de maior realce na exaltação do frêmito desse mesmo lado, nem por isso se deve deixar de mencionar que, para o incremento do fato no ápice direito, é razoavel levar em conta a sua proximidade imediata com a traquéia, o que se não dá no lado oposto, cujo ápice dela se afasta de cerca de trez centímetros, por interposição da aorta, esôfago, linfáticos e tecido areolar. A distância concorre aqui também para a produção dessa exaltação fisiológica.

20 — Neste quadro que se acabou de bosquejar divisam-se razões sobremaneira propícias para que o frêmito seja um elemento denunciante e localizador de alterações em um brônquio, nos bronquíolos em que este se divide, no parênquima pulmonar que lhe é conjugado, na porção pleural que lhe corresponde.

De feito, todos estes elementos anatómicos tomam parte na sua transmissão: as anormalidades que surgirem em qualquer destes pontos, com atenuar ou incrementar êsse fenômeno, afloram ao conceito diagnóstico com apreciável precisão.

DIMINUIÇÃO OU ABOLIÇÃO DO FRÊMITO

A) COMPONENTE TUBULAR: OS BRÔNQUIOS

Para que haja progressão das ondas deve estar livre o caminho: a permeabilidade bronquial é imprescindível.

1 — Raciocínio idêntico ao que vamos fazer para os aumentos da luz brônquial poderíamos fazer aqui afim de demonstrar como o estreitamento brônquico age na diminuição da intensidade do frêmito. Assim como a amplitude dos tubos permite que maior porção de uma frente de onda (fig. 15) atinja a parede, assim também a restrição da luz bronquial impede que a ela chegue a porção normal. Como consequência, chegando menor energia, são mais atenuados os efeitos

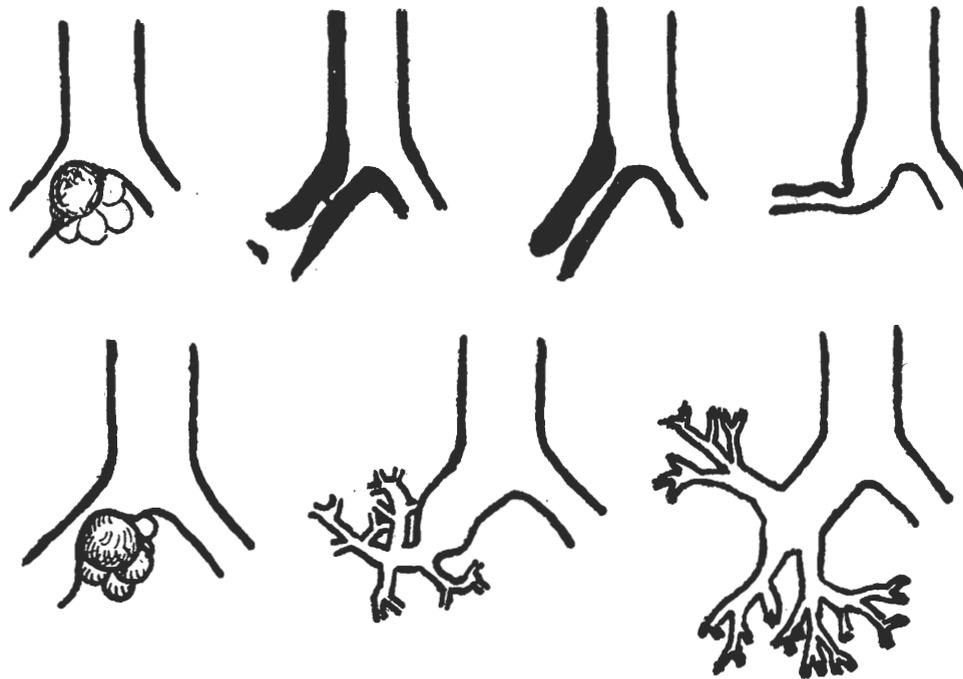


FIG. 9

Esquema de vários tipos etiológicos de estenose bronquial, segundo Eloesser (apud Palacio-Mazzei).

- 1 — Estenose intramural. 2 — Estenose mural: a) por bronquite caseosa; b) por hiperplasia da mucosa; c) por esclerose bronquial. 3 — Estenose extra-mural: a) por compressão ganglionar; b) por esclerose peribrônquica. 4 — Estenose difusa por bronquiolite obliterante.

mecânicos produzidos, isto é, a oscilação parietal. Sendo a quantidade dessa energia proporcional ao calibre bronquial claro é que o frêmito estará minorado ou abolido segundo haja impedimento total ou parcial dentro da luz.

2 — A luz do brônquio se fecha ou se restringe:

- a) quando nela penetram corpos estranhos, líquidos ou sólidos;
- b) quando da parede crescem elementos anormais, por inflamações ou por tumores;
- c) quando ha compressão da parede por tumorações externas ou escleroses peribrônquicas.

A figura 9 representa, segundo um esquema de Eloesser, vários tipos etiológicos de estenose bronquial.

Evidentemente essas causas podem agir em grau variado e determinar desde leve obstrução até impedimento completo no trânsito bronquial.

De acordo com a localização do elemento obstruente varia a extensão da parede torácica em que não ha vibração: quanto mais proximal maior essa extensão.

Se atentarmos para a figura 3 veremos que, à medida que a obstrução passa de A a B, a C, a D, a E, essa área vai sendo cada vez mais ampla.

B) COMPONENTE PARENQUIMAL: OS ALVÉOLOS

A capacidade condutora de um corpo, para o som, varia, dentro de certos limites, com sua densidade: quanto menos densos tanto piores condutores acústicos.

Ora, quanto maior for a quantidade de ar no conjunto, tanto menor será a densidade desse conjunto.

Então o pulmão, corpo rico em gaz, será um máu condutor.

P

1 — Na fórmula $D = \frac{P}{V}$, em que D, P e V representam,

V

respectivamente, densidade, peso e volume, para que D diminua e condicione um parênquima máu condutor, é preciso:

- 1.º — que P diminua, V ficando constante;
- 2.º — que V aumente, P ficando constante.

Então a densidade do pulmão pode diminuir de dois modos:

- 1.º — por desaparecimento dos septos interalveolares;
- 2.º — por aumento do ar em relação ao parênquima.

2 — Essas duas hipótese encontram-se no efisema, em que ha diminuição do número de septos alveolares, confluência de vários alvéolos em uma só cavidade e consequente aumento relativo do conteúdo aéreo. Então a densidade diminue. Então o parênquima enfisematose conduz mal o frêmito: o brônquio lhe traz as ondulações mas êle não as transmite á parede.

Por outro lado a massa pulmonar sendo menor o reforço sonoro que dá por consonância é também menor.

3 — Na atelectasia ha justamente o contrário: diminuição do conteúdo aéreo com consequente aumento da densidade. O parênquima atelectásico tem densidade maior que a do pulmão normal. Entretanto o frêmito está abolido na porção parietal que lhe corresponde.

Para a compreensão deste fato é preciso lembrar não só da patogenia da atelectasia como da mecânica funcional deste parênquima.

Para que se constitua a atelectasia é necessário que seja expulso todo o ar alveolar. Isso se pode dar bruscamente, num reflexo (teoria nervosa) ou aos poucos, com lenta expulsão do ar. Neste último caso é necessária uma causa que impeça a entrada para o alvéolo e só permita a saída, isto é, uma causa que funcione como válvula. Esta causa é sempre uma obstrução bronquial.

As figuras 10-13 mostram, mais que palavras, como isso se dá.

Entende-se que o parênquima atelectasiado deve estar imovel e que é nula a sua função.

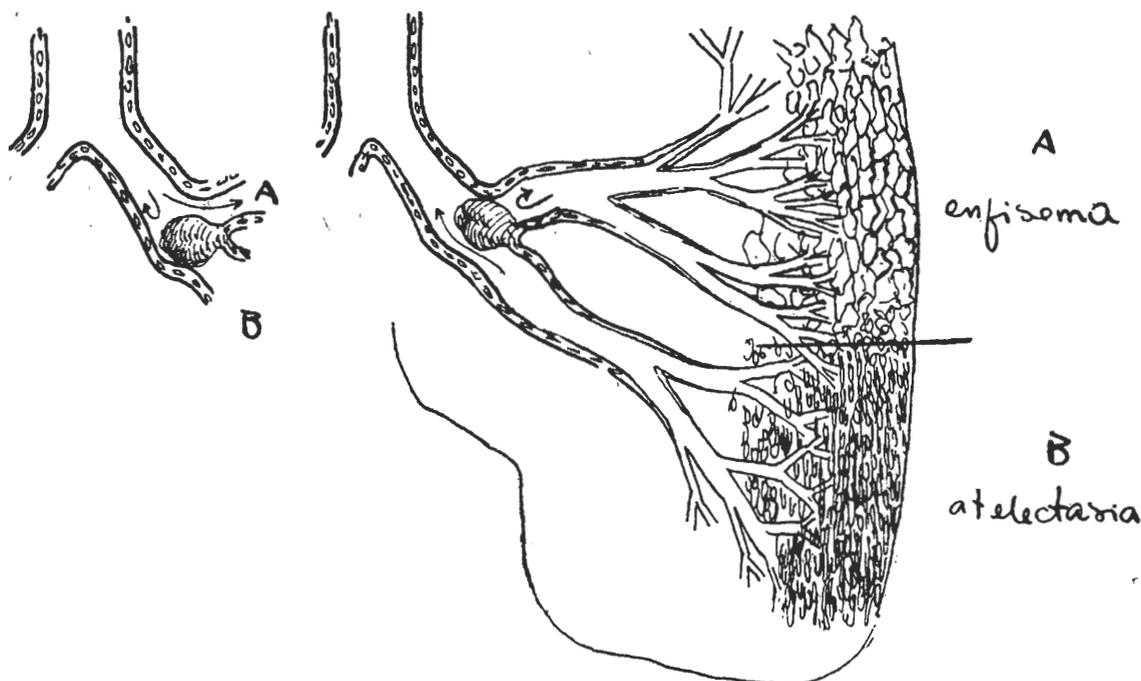


FIG. 10

Esquema de obstrução valvular por teratoma (em parte de Ch. Jackson). Em inspiração passa o ar para o brônquio A. Em expiração sai o ar do brônquio B. No território de A, enfisema, no de B atelectasia.

Aquela condição bronquial imprescindível, a permeabilidade, aqui está ausente. Por isso, na atelectasia, o frêmito está diminuído: o parênquima tem condições ótimas para conduzir as ondulações, mas estas não lhe chegam por incapacidade bronquial. Pode-se dar, entretanto, o fato de se acostar ao tecido assim densificado um dos grandes brônquios ou mesmo a traquéia. Como resultado ha um reforço do frêmito que transpassa destes tubos e progride através de um parênquima que apresenta condições de primacial qualidade para seu seguimento. Explica isto o se encontrar um reforço paradoxal do frêmito

quando o estado brônquico, por estenose total ou parcial, deveria diminuí-lo ou apaga-lo.

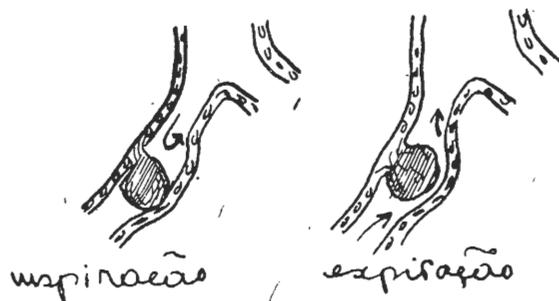


FIG. 11

Esquema de obstrução valvular inspiratória, com atelectasia consecutiva, por tumor bronquial pediculado (Ch. Jackson).

★ No colapso, que é também uma apneumatose, a obstrução bronquial não se dá e a função respiratória, em geral, não está comprometida. Então o frêmito deveria estar aumentado. Mas o colapso



FIG. 12

Esquema de atelectasia bilateral por membrana diftérica. Em inspiração a membrana fecha o brônquio. (Ch. Jackson).

se dá por uma compressão que, quasi sempre, se exerce de fora para dentro: os derrames pleurais, o pneumotorax, etc., compressões essas que determinam a coaptação passiva das paredes alveolares. Essas



FIG. 13

Esquema de Ch. Jackson sobre os três tipos valvulares de obstrução bronquial por tumor (apud Palacio-Mazzei).
A — comunicação livre nos dois tempos; B e C — comunicação livre em expiração, obstrução em inspiração. D — obstrução nos dois tempos, com atelectasia.

causas compressivas, por sua vez, abafam o frêmito que deveria estar aumentado.

Aqui o brônquio conduz as vibrações, o parênquima colapsado as recebe e as transmite sem o abafamento que se dá normalmente, mas a parede não convibra por estar tensa demais, como veremos ao deante, em outro lanço deste trabalho.

4 — Finalmente pode-se ter a diminuição do frêmito em uma zona, sendo, parte por atelectasia, parte por enfisema. É bastante imaginar-se uma válvula colocada de modo tal que, na inspiração, permita a entrada de ar em um brônquio A e a não entrada em outro B; e na expiração saída neste B e não saída em A. Estabelece-se um enfisema no território de A e a atelectasia no de B. Na zona A + B ocorre diminuição na intensidade das vibrações parietais (fig. 10).

C) COMPONENTE PLEURAL

Parece paradoxal que os derrames pleurais amortecem o andamento do frêmito, uma vez que os líquidos são bons condutores acústicos.

Parece apenas, porque o exame dos fatos físicos dá o entendimento satisfatório daquilo que a exame menos porfiado passava como não sujeito às leis do movimento vibratório.

A capacidade de conduzir o som, esta os derrames a exibem. A prova está na percussão auscultada: percute-se em uma determinado ponto da parede torácica e o som, através do líquido recolhido na cavidade pleural, aflora à tona do peito, em outro lado. O transvasamento da pleura não só não amorteceu, mas antes, incrementou a transmissão.

Porque, então, ao frêmito, falece a evidenciação uma vez que ele também é consequência de movimento vibratório?

1 — O derrame distende a parede do peito. É esta, talvez, a razão maior de silêncio dessa parede, de incapacidade física para responder às solicitações vibratórias que lhe vêm do pulmão.

a) Normalmente os comprimentos de onda das vibrações que vêm do pulmão estão compreendidas entre aquelas que a parede pode dar. Por essa razão, sempre é possível que, por consonância, parede e pulmão convibrem.

b) A parede estando distendida pelo derrame, líquido ou gazo, os segmentos que a compõem ficam sob tensão muito grande. Ora, a variação de tensão faz variar o comprimento de onda que a parede pode emitir: deixa de haver igualdade de frequência entre parede e pulmão. Daí impossibilidade de consonância, com a consequente mudez da parede, apesar de o movimento vibratório oriundo do pulmão atravessar o derrame.

Tanto isto é verdade que nos derrames líquidos, em lâminas extensas e de pequena espessura, sem distensão parietal, o frêmito não diminue de intensidade. Antes, até, se exalta, porque a pequena compressão do pulmão, por colapso, crea condições parênquimais ótimas para seu andamento.

2 — O contacto do líquido com a parede amortece, sem dúvida, alguma vibração que esta possa exhibir. É mesmo, para Norris e Landis, "the paramount cause" da diminuição na intensidade do frêmito.

3 — Os espessamentos pleurais, quando puros, não diminuem a transmissão do frêmito. O paquipleuriz só dá abolição, como afirma o grande Cova, quando não existe elisão da cavidade pleural, fato que se pode comprovar no tratamento pelo pneumotorax artificial.

AUMENTO DO FRÊMITO

A) COMPONTE TUBULAR: OS BRÔNQUIOS

Se a diminuição da luz bronquial determina atenuação na intensidade do frêmito é lógico raciocinar que o aumento dessa luz produza sua exaltação. Isso se dá.

1 — Havendo caminho mais amplo para a propagação das ondas, atinge o parênquima maior porção de uma mesma onda.

Imagine-se uma fonte sonora F e uma frente de onda A, com uma certa energia e que caminha no pulmão. Progridem apenas as porções que percorrem os brônquios. Vê-se na figura 15 que quanto maior a secção do bronquio maior porção da frente de onda atinge a parede e também maior energia.

Como essa maior energia vai-se distribuir ao mesmo território, pois que o aumento do calibre bronquial não condiciona maior quantidade de parênquima tributário, nem de parede correspondente, segue-se que vai ser utilizada para produzir deslocamentos mecânicos mais intensos: o frêmito é então reforçado. A maior intensidade do frêmito no pulmão direito se dá somente porque é mais calibroso o brônquio direito que o esquerdo (5).

2 — Nas bronquiectasias, em que ha aumento da luz do sistema tubular, o aumento na intensidade se faz por esse mecanismo.

3 — As cavernas que se abrem em um brônquio funcionam como elemento que permite maior transmissão das ondas, do mesmo modo que um brônquio dilatado. Por isso aumentam o frêmito. Veremos que o parênquima condensado que as circunda é outro fator coadjuvante desse aumento.

(5) Veja a nota n.º 4, à pag. 48.

B) COMPONENTE PARENQUIMAL: OS ALVÉOLOS

Vimos que a capacidade condutora de um corpo varia com sua densidade. O pulmão denso é propício à propagação do frêmito (6).

$$\text{Retomemos a formula } D = \frac{P}{V}.$$

Para que D aumente é preciso:

- 1.º) que P aumente, V ficando constante;
- 2.º) que V diminua, P ficando constante.

1 — Para que o peso aumente é preciso que haja afluxo de substâncias ou para dentro do alvéolo ou para a sua parede. Essas substâncias serão sólidas ou líquidas.

No alvéolo entra sangue nas hemorragias, exsudato nas inflamações, transsudato nas congestões ativas ou passivas, massas fibrinosas nas pneumonias e broncopneumonias células neoplásicas nas neoplasias, massas caseosas na tuberculose.

Nas paredes interaveolares penetra líquido por imbebição, substâncias sólidas nas fibróses, elastoses, neoplasias.

2 — Para que o volume diminua é necessária uma retração fibrosa secundária ou uma compressão, com conseqüente colapso, por derrame pleural, pneumotorax, derrames pericárdicos, tumores mediastinais, hipertensão abdominal, aneurisma.

No caso das fibroses ao mesmo tempo que o peso aumenta diminua o volume, por retração do tecido conjuntivo. Desse modo nos dois sentidos aumenta a densidade.

No colapso, apesar da permeabilidade bronquial, o frêmito nem sempre está aumentado. O parênquima densificado transmite-o, mas os derrames, o pneumotorax, etc., distendem a parede, que não vibra com o pulmão, como já se viu.

3 — Vimos atrás que o frêmito é um fenómeno expiratório e que as condições ótimas para que o parênquima vibre com intensidade não se encontram nessa fase do ciclo respiratório.

Vimos também que a propagação das ondas é impedida, em parte, pelo ar expulso do alvéolo.

(6) No fórmula $I = \frac{1}{2} m v^2$ se considerarmos m como unidade de volume, êle pode ser substituído por D, densidade do meio:

$$I' = \frac{D}{2} v^2.$$

Vê-se que, em iguais condições de amplitude e período, a intensidade das ondas sonoras é tanto maior quanto mais elevada é a densidade do meio em que se produz um som ou um rumor (Valle).

No parênquima infiltrado, porem, a função respiratória está diminuída de muito. O ar que penetra nos recessos parenquimais e que deles se escoia é pouco. Então nos brônquios solidários com essas regiões circula pouco ar também. Não ha assim aquela resistência oferecida pelas fortes correntes expiratórias à propagação das ondas, propagação que se processa agora, com relativa facilidade, nos meios gazozos que se estagnam nos brônquios e bronquíolos, tributários de alvéolos funcionalmente impotentes.

4 — Nessas infiltrações as paredes alveolares não estão distendidas mais intensamente, mas como os alvéolos estão cheios, ha maior homogeneidade do conjunto, o que facilita a propagação de vibrações.

Sabe-se que os movimentos oscilatórios se transmitem tanto melhor quanto mais homogêneo é o meio. Por isso, a luz, que é um movimento oscilatório, atravessa com muito maior facilidade uma toalha molhada do que uma sêca: a agua que embebe, por capillaridade, as malhas da toalha e os intersticios dos fios faz o conjunto muito mais homogêneo com a consequente passagem da luz (7).

Por essas mesmas razões as condensações pulmonares propiciam a propagação do frêmito.

5 — Entretanto essas condensações para funcionarem como elemento bom condutor devem atingir a periferia do orgão. É claro que um condutor para levar alguma coisa de A a B tem necessariamente de chegar até B.

Ora as condensações centrais, e por isso centrais, não vão até a superfície do pulmão. Não podem assim transmitir-lhe um frêmito aumentado. Se a condução se faz bem dentro dos seus limites, assim que atinge parênquima são, sofre o abafamento que é determinado pelos tecidos ricos em gaz. As figuras 16 e 17, copiadas do livro de Berconsky-Martinez elucidam o que dissemos.

6 — A frequência específica do pulmão vai, como vimos, de 90 a 140 vibrações por segundo, tanto no homem como na mulher. Havendo entretanto um aumento na sua densidade essa frequência específica aumenta, pois frequência é função de densidade. Assim o pulmão densificado patológico se "afina" para a mulher e participa por consonância, da intensificação do frêmito.

No homem, no entanto, é a condutibilidade o elemento que primeiramente deve ser considerado. Em verdade, adensando-se o parênquima a consonância tende a diminuir. Mas ao mesmo tempo melhoram as condições desse meio para a propagação ondulatória.

Tanto em um como em outro caso o resultado final é o aumento da intensidade do frêmito.

(7) Havendo homogeneidade do conjunto a refração e a reflexão se fazem de modo aproximado para todos os elementos constituintes. Haverá então somente um desvio em paralaxe do raio luminoso com diminuição de intensidade pela absorção e por reflexão.

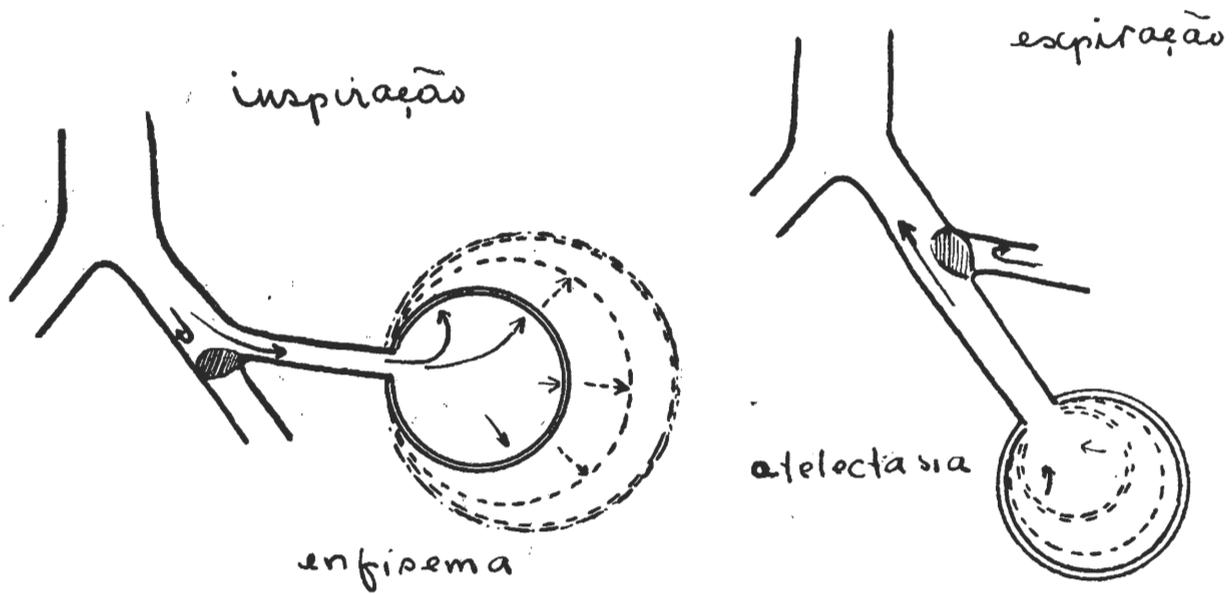


FIG. 14

Esquema que mostra o mecanismo de ação de uma válvula na formação do enfisema e da atelectasia.

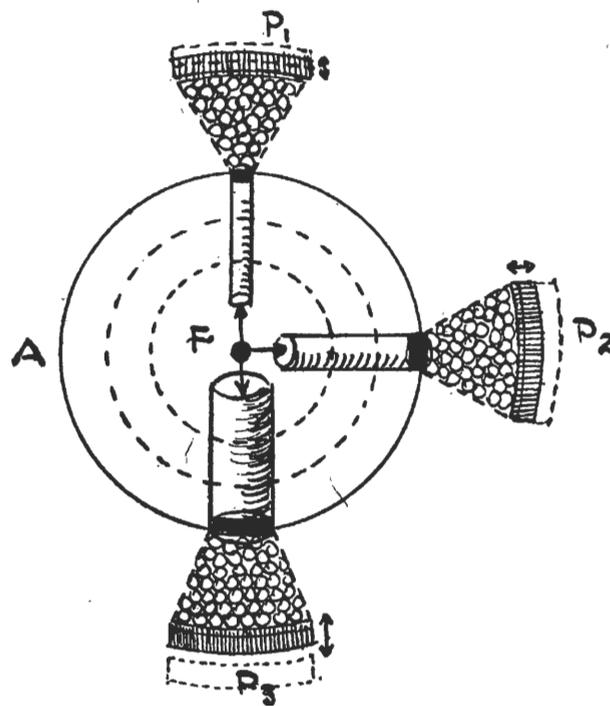


FIG. 15

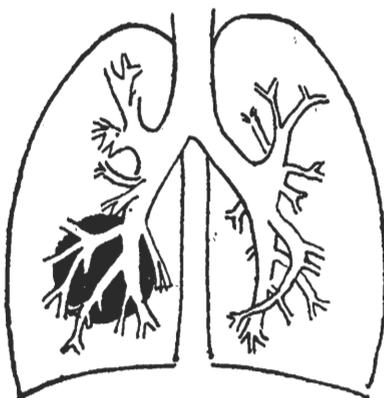


FIG. 16

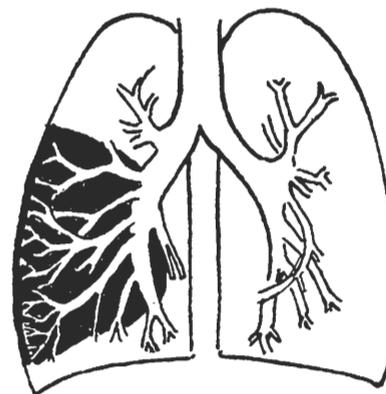


FIG. 17

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BEST e TAYLOR — The Physiological basis of medical practice. — Baltimore, 1937.
- 2 — BOTTAZZI, Filippo — Trattato di Fisiologia, Vol. II, Milano, 1938.
- 3 — CARPI, Umberto — Manuale di Semeiotica medica. Milano, 1938.
- 4 — COSSIO, Pedro — Aparato circulatorio. Buenos Aires, 1940.
- 5 — COVA, Felice — Semeiotica polmonare ragionata. Bologna, 1934.
- 6 — DESSAU, Bernardo — Manuale di Fisica. 3 vol., Milano, 1938.
- 7 — GANOT-MANEUVRIER — Traité élémentaire de Physique, Paris, 1938.
- 8 — MARAGE — Petit manuel de physiologie de la voix à l'usage des chanteurs et des orateurs. Paris, 1911.
- 9 — MARTINEZ-BERCONSKI — Aparato respiratorio, B. Aires, 1939.
- 10 — MONTEIRO, Eduardo — Propedeutica respiratoria. S. Paulo, 1925.
- 11 — NORRIS e LANDIS — Diseases of the chest and the principles of Physical diagnosis. 5.^a ed., 1936.
- 12 — PALACIO-MAZZEI — La Atelectasia pulmonar. B. Aires, 1937.
- 13 — PARODI — La mécanique pulmonaire, Paris.
- 14 — POLICARD, A. — Le poumon. Paris, 1938.
- 15 — SAHLI, H. — Manuale dei metodi clinici d'esame. Trad. italiana de Castellino Jor., 1935.
- 16 — TRENCH, N. F. e TELLES, F. S. — Considerações sobre o papel da atelectasia pulmonar na evolução pre e posoperatoria dos empiemas pleurais. Revista de Medicina, Set. de 1939, N.º 69.
- 17 — VALLE, Giorgio — Acustica (in Trattato di Fisica Sperimentale), Milano, 1928, 1 vol.
- 18 — VIEIRA ROMÊIRO — Semiologia medica, Rio, 1937.

RUTURA DA VAGINA

Ddo. EPHRAIM DE CAMPOS

(Monitôr de Anatomia na Faculdade de Medicina de São Paulo e Interno-Acadêmico da Sta. Casa de Misericórdia).

O traumatismo sobre a genitalia da mulher toma aspectos polimorfos apresentando muitas vezes quadros de importancia extraordinaria pelo grau das lesões e das complicações que acarreta.

Sua ação pôde se desdobrar sobre a vulva, himen, vagina, e perineo; conforme sua localização Sejournet os dividiu em:

- 1 — himeno-perineo-vulvares
- 2 -- vaginais

Vou me ocupar sómente dos ultimos não me interessando por aqueles de origem obstetrica ou operatoria e exclusivamente pelos de occorrença fóra das vistas do medico, em particular dos sub-coito.

INCIDENCIA

Quasi todos os casos de rutura de vagina ocorreram na menacme ou na menopausa, sendo que aqueles da idade pre-puberal pertencem mais ao legista. Segundo Egoroff (citado por Cotte) 50% se dão no primeiro coito ou então em tempo imed'ato.

A preponderancia dos casos na menacme se deve atribuir a continuidade e a frequencia maior do traumatismo nessa epoca (coito).

CLASSIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO

Considerando a estrutura da vagina podemos dividir as ruturas em completa, incompleta e complicadas, segundo interessem ou não todas as camadas do orgão e se acompanhem de ferimentos dos elementos visinhos ou de infecção. Á vista disso haverá ruturas mucosa, mucosa e sub-mucosa e completa. É raro que a rutura atinja tambem o reto mas isto já foi verificado (Sejournet), sendo ainda mais raro o comprometimento do peritonio (Fischer, Falk, Glockner), não chegando a uma duzia os casos publicados.

O ferimento pode se localizar em qualquer ponto da parede vaginal, porem com maior frequencia se verifica para o lado do fundo

de saco posterior, ás vezes produzindo uma verdadeira desinserção do cólo.

A localização mais frequente nesse ponto tem sua justificativa no facto de que aí a parede vaginal não tem qualquer órgão ou tecido em que possa se apoiar, estando em contato direto com o peritonio e além do mais sua direção é obliqua em relação ao penis introduzido.

Em gráu de frequencia se coloca em 2.º lugar a parede posterior, depois a parede anterior e fundo de saco anterior (Lucas Machado publicou um caso), com ou sem comprometimento da bexiga ou uretra, lesões essas bem raras; eram casos aparecidos principalmente no coito post-operatorio (operações por via baixa). O ferimento das paredes e dos fundos de saco laterais quando se limitam só á vagina são de escassa gravidade, porem quando atingem os parametrios, com lesões dos plexos venosos, arterias e coletores linfáticos o quadro já merece maior atenção. Isto conduz a fortes hemorragias ou infecção que será o fóco inicial de disseminações muitas vezes mortais.

ETIOLOGIA

Em órgãos com o desenvolvimento normal, tanto masculino como feminino, ha a considerar em primeiro lugar a desproporção entre o órgão masculino e feminino, assim como o desenvolvimento incompleto da vagina, vagina muito curta ou muito estreita. Os traumatismos anteriores (operatorios ou de parto) que condicionaram cicatrizes diminuem a capacidade de distensão do órgão, facilitando deste módo a rutura. Não é preciso frizar a importancia de um coito mal dirigido, especialmente a introdução do penis em direção obliqua ao eixo da vagina, bem demonstrado por Rohm e Rossi. Isto é um fator de grande monta quando se considera as posições anormais de copula (More quadrupedum, ou da mulher assentada, cavalgando sobre o seu conjugue). Ha tambem quem admita que as ruturas possam ocorrer por impetuosidade muito intensa da mulher que contraíndo os musculos da vagina de modo anormal condicionaria ruturas, o que serve para explicar principallmente as ruturas baixas (Bohmsted) e as dos fundos de saco. Além desses fátores assinalados ha ainda elementos predisponentes, como as distopias uterinas, o estado de repressão das visceras pelvicas, e além do mais o momento psiquico (embriaguez) motivando movimentos de cohabitação muito ativos e veementes. As infecções, tuberculose, sífilis, o estado puerperal e os tumores, principalmente o carcinoma, que torna a vagina rija, são causas eficientes na determinação das ruturas, porém escapam á minha cogitação, pois todos os casos que agora demonstro se deram em mulheres sadias.

Isto é o que se refere as mulheres na menacme, na plenitude de suas funcções, no estado higido dos seus elementos texturais.

Mas, na mulher idosa, cujos órgãos genitais já sofreram a involução senil. retrações parciais ou circunferenciais da vagina, ha

ainda que se considerar em tais casos, além dos fatores mencionados, a rutura por falta de distensibilidade.

Esta diminuição da elasticidade corre por conta da esclerose vaginal, resultante da claudicação da função ovariana, elemento trofíco do qual depende toda a constelação genital.

Aqui também quero lembrar aquelas ruturas vaginais em mulheres castradas, por processos morbidos anteriores e que se explicam pelo mesmo mecanismo.

Essa atrofia geral da vagina, tanto da mulher meno pausada como da castrada, foi bem estudada por Labhardt, Glaevecke, Speiser, que consideram como elemento primordial a degeneração das fibras elásticas e sua substituição por elementos conjuntivos.

As idéas de Veit e outros que atribuem os ferimentos e ruturas da vagina a manobras digitais ou instrumentais (o caso de Breda é ilustrativo a esse respeito) carecem de significação, e só serviriam para explicar alguns casos excepcionais.

Finalizando esta questão terá a palavra Iribarne para com sua engenhosa teoria explicar os casos de rutura da vagina por queda accidental. A mulher, diz ele, caindo, abre as pernas, entra ar na vagina e num instinto de defesa, ao bater contra o sólo, contráe os musculos da parede abdominal e do perineo, rompe-se a vagina.

Engenhosa, porém, deixa muito a desejar para a explicação dos fatos observados.

Ha um grande numero de casos de mulheres que atribuem seus ferimentos vaginais a uma queda, porém, como sempre, a afirmação de uma mulher encobre fatos que por pudor ou por medo, deixam de ser revelados.

SINTOMATOLOGIA

Expressa-se, via de regra, pela dôr maior ou menor, conforme o gráu de reatividade da paciente e a extensão das lesões. Esta dôr geralmente é sentida sómente após o orgasmo, pois, durante ele, pela intensa plenitude da libido, ha um embotamento relativo da sensibilidade dolorosa.

A hemorragia é um sintoma muito característico, e varia também conforme a zona atingida, a dilaceração e a profundidade da ferida. Às vezes é mínima, outras intensa, havendo na literatura casos de morte por anemia aguda. A hemorragia na mulher idosa é muito menos intensa e de caracter menos alarmante, tudo devido a menor vascularização e á maior riqueza de elementos conjuntivais, isto é, um gráu maior ou menor de esclerose vaginal.

Quando tais rupturas são acompanhadas de abertura do fundo de saco de Douglas, pôde haver procidencia de alças intestinais, verificado em diversos casos da literatura.

A presença de fezes e urina na vagina vem sempre acompanhando os casos em que houve comprometimento do reto, da uretra ou bexiga, embóra esta ultima eventualidade seja rarissima.

COMPLICAÇÕES

Anemia aguda — A perda de sangue é dependente dos vasos lesados, via de regra pequena, porém constante e quando não se pratica a hemostase será a anemia aguda, sua consequencia imediata.

Infecção — Pelvi-celulites e mesmo septicemias podem ser as complicações da evolução dessas rupturas. As fistulas ou peritonite são as vezes consequencia de feridas vaginais complicadas.

PROGNOSTICO

Nem sempre as lesões ocorridas por traumatismo são de pequena significação. Assim Weichman em 170 casos teve 21 mortais, e Neugebauer em 157, teve 22.

As complicações agravam-no sobremodo, não sendo pequena (de maneira relativa ao numero absoluto), os casos que elas levaram á morte.

TRATAMENTO

Antes de mais nada é preciso um exame cuidadoso, para não se olvidar uma complicação. Si existe, deve ser tratada (prociencia de alça, fazer limpeza, redução e tratamento das lesões; abertura de bexiga, sutura e sonda de demora, etc.).

A seguir deve-se proceder á sutura, bem entendido se houver um bom espaço livre, caso contrario, o tamponamento é a indicação mais precisa, mas ás vezes este é insufficiente para obter a hemostase e além do mais favorece a infecção.

OBSERVAÇÕES

Tendo feito um estudo da literatura sobre o assunto e apresentado em esquema as principais ideias existentes, quero resumir aqui 7 casos que tive oportunidade de encontrar no Fichario do Serviço Ayres Netto, da Santa Casa de Misericordia de São Paulo. Corri 12.172 fichas aí existentes, compreendendo os anos de 1927 até janeiro de 1940.

Obs. 1 — M. J., 47 anos, entrada 19-2-31 (Reg. 185, Ficha 3223).

Refere a paciente que sofreu um acidente, tendo caído de bruços com tal infelicidade que lhe entrou pela vagina um corpo extranho. Sentiu fortes dores, sendo acompanhadas de perdas sanguineas.

Pelo exame ginecologico verificou-se uma pequena rutura na face anterior da vagina, ao nível da coluna anterior, comprometendo a mucosa e submucosa. Foi feita sutura com cat-gut. Alta em 25-2-31.

Obs. 2 — A. A., 30 anos, entrada 26-4-31 (Reg. 411, ficha 3.670).

Conta a paciente que na noite passada ao acordar notou intensa hemorragia vulvar. Relata que não era época de menstruação, e que nem tão pouco estava em amenorréia. É viuva e nega relações sexuais há meses, do mesmo modo qualquer traumatismo. Os antecedentes não apresentam interesse para o caso.

Pelo exame físico vemos que a paciente é bem constituída e que apresenta as mucosas visíveis muito descoradas e a pele coberta de suor frio. O pulso é fino e frequente. Pressão arterial Mx.: 7,5 — Mn.: 5,0 cm. Os genitais externos apresentam-se sujos de sangue. A vagina é ampla. O útero pequeno e em anteverso-flexão. Cóló fendido transversalmente e duro. Anexos não palpáveis. Pelo exame especular nota-se um descolamento da mucosa vaginal ao nível de sua junção com a cervix, dando impressão de que houve grande recalçamento do cólo uterino para traz e para cima. Toda a região descolada, numa extensão de 5 cms. sangrava abundantemente. Foi feito tamponamento vaginal e colocou-se a doente em repouso com a cabeça baixa. Fez-se tratamento no sentido de combater o choque. A evolução se fez sem acidentes e no dia seguinte o estado geral apresentava-se notavelmente melhorado. Reação de Wassermann negativa. Exame de fezes negativo. Na urina não se encontrou nada de anormal; Masturbação?

Obs. 3 — A. L., 26 anos, casada, portuguesa, branca, entrada 5-4-38. (Registro 472, ficha 3.269).

A paciente se queixa de hemorragias vaginais que se iniciaram após ter sido examinada por uma parteira, á qual se tinha dirigido por mera curiosidade. Antes disso nada apresentava, começando a sentir dores e a perder sangue após o exame.

Estado geral bom, mucosas de coloração normal, nada se encontrando de importante nos diversos aparelhos. Ao exame ginecológico observou-se a vagina entreaberta dando saída a regular quantidade de sangue. Cóló fendido transversalmente e entreaberto. Pelo exame especular observou-se uma laceração que compreendia a mucosa e a submucosa na extensão de 2 cm. localizada do lado direito ao nível da junção da vagina com o cólo. Anexos livres e útero normal ao toque. Procedeu-se ao tamponamento. A evolução se deu sem acidentes e foi dada alta a 13-4-38.

Obs. 4 — A. S., 25 anos, casada, brasileira, entrada 28-8-38 (Reg. 1.040, ficha 10.631).

A paciente relata que se casou há 20 dias e que, ao primeiro contáto sexual com seu marido apresentou abundante hemorragia logo após o coito. Tomou alguns remédios receitados pelos seus parentes melhorando. Nove dias após, em seguida a novo contáto sexual, reapareceram novamente os sintomas, sendo, porém, acompanhados de dores intensas, vertigens, hemorragia mais acentuada, sendo obrigada a chamar a Assistência, que a conduziu a êste Hospital. Antecedentes sem interesse.

Ao exame geral sómente se observou que as mucosas estavam descoradas. O exame ginecológico mostrou a vulva suja de sangue, himem rôto só do lado esquerdo e pequenos entalhes do lado direito. A doente não permitiu o toque pelo que foi necessário anestesiá-la. O toque revelou hypoplasia genital; anexos e paramétrios livres. Ao exame especular observam-se coágulos na cavidade vaginal e um ferimento na parede lateral direita, de 3 cms. de comprimento. Foi feito tamponamento e a paciente teve alta a 3-9-38.

Obs. 5 — A. S., 31 anos, casada, brasileira, branca, entrada a 23-10-38 (Reg. 1.276, ficha 10.827).

Conta a paciente que há dois dias sentiu forte dôr por ocasião do contáto sexual e começou a perder sangue pela vagina. Teve um parto normal há 3 mezes. No exame físico geral só há assinalar mucosas

descoloradas. Nada de anormal para o lado dos diversos aparelhos. Ao exame ginecológico nada de anormal para o lado dos genitais externos; vagina permeável a dois dedos, útero retrover. móvel, anexos livres. Pelo exame especular nota-se no fundo de saco vaginal posterior um ferimento horizontal de 4 cms. de comprimento e 2 cms. de largura, com fundo avermelhado e sangrante. Alta curada em 30-10-38.

Obs. 6 — I. M., 28 anos, casada, brasileira, parda, entrada a 19-4-39 (Reg. 324, ficha 11.178).

A paciente entrou pela primeira vez neste serviço em 22-3-39, sendo operada a 31-3-39 de salpingectomia bilateral por via vaginal e reconstrução de rutura do perineo do 2.º grau.

Em 19-4-39 a paciente reentrou no serviço apresentando acentuada anemia e perdendo sangue pela vagina. O pulso era pequeno e frequente, o ventre tenso. Ao exame ginecológico, ruptura traumática (por coito) do fundo de saco anterior, sem comprometimento da bexiga. Procedeu-se ao tamponamento com gaze iodoformada. Fez-se tratamento geral e aplicação de sulfamida. Alta indicada em 10-5-39.

Obs. 7 — D. A., 19 anos, preta, casada, brasileira, entrada a 6-2-40 (Reg. 197, ficha 12.141).

Relata a paciente que na segunda feira de carnaval após muito exercício tomou um bonde em movimento e ao descer caiu de bruços tendo batido de encontro ao estribo do bonde. Ao se levantar notou que perdia sangue pela vulva, sendo socorrida pela Assistência, onde lhe foi feito o tamponamento, sendo em seguida removida para esta enfermaria. Nega relações sexuais nessa noite. Ao exame geral nada de anormal. Ao exame local observava-se abundante escoamento sanguíneo pela vulva. Cólo uterino fendido transversalmente. Pela inspecção da vagina rutura longitudinal da parede vaginal posterior ao nível da coluna posterior, iniciando-se a 2 cms. acima da fúrcula e tendo uma extensão de 6 cms. No ferimento havia uma arteriola que sangrava abundantemente. Útero de volume, consistência, superfície e mobilidade normais, ao toque. Anexos livres. O estudante de plantão (Ephraim) efetuou uma sutura hemostática com cat-gut. Alta indicada em 8-2-40.

COMENTARIOS

As observações I e III encontram sua etiologia em traumatismos externos de origem extra coito.

Os ferimentos dos casos IV, V e VI sub-coito; coito post-operatório (VI), coito puerperal (V) e finalmente em VI havia hipoplasia.

Nas observações de numeros II e VII não posso dar uma etiologia exáta. Possivelmente a primeira foi resultante de masturbação e a setima fica em explicação apesar de ter feito eu um interrogatorio minucioso. Seria uma ruptura por queda? Caberia então aqui a explicação dada por Iribarne.

BIBLIOGRAFIA BRASILEIRA

- 1 — HORTA MACHADO, H. — Ruptura de vagina sub-coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Janeiro, 1939.
- 2 — MOTTA OLIVEIRA, R. — Ruptura da vagina sub-coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Março, 1939.

- 3 — MEDINA, JOSÉ — Ferimentos pelo coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — 1929.
- 4 — MACHADO, L. M. — Em torno de 2 casos de ruptura sub-coito da vagina. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Junho, 1924.
- 5 — MACHADO DOMINGOS, F. — Ruptura de vagina sub-coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Maio, 1939.

BIBLIOGRAFIA EXTRANGEIRA

- 1 — MAYOR Y MOLINERO — Herida vaginal. An. Casa de Salud Valdecillo — 4:289-1933.
- 2 — BILENKO — Zur Frage über die Scheidenverletzungen sub-coito. Zbl. f. Gynak. 56:2551 — 1932.
- 3 — FISCHER — Eine schwere kohabitationsverletzung. Perforation des hinteren Scheidengewolbes mit Vorfall einer Dünndarmschlinge. Zbl. f. Gynak. 52:2754 — 1928.
- 4 — BREDA — Zur Ätiologie der Koitusverletzungen. Zbl. f. Gynak. 54:1297 — 1930.
- 5 — NICHOLSON — Ruptura traumatica de la vagina. Bulet. Soc. de Obst. y Gynecol. de Buenos Aires, 1937 — pg. 491.
- 6 — GAMBLE — Colporrhexis, rupture of the vault of the vagina, with the report of a case. Am. J. Obst. and Gynec. 14:766 — 1927.
- 7 — FEDRIANI — Um caso de traumatismo por coito. Siglo Med. 74:91 — 1924.
- 8 — GAYNOR — Severe Haemorrhage following vaginal tear. Brit. M. Journ. 2:1080 — 1927.
- 9 — GUILLEMIN — Dechirures vaginales dues au coit. Bull. Soc. d'obst. et de Gynec. 22:640 — 1933.
- 10 — ACS — Ein Fall von Schwerer Koitusverletzungen. Zbl. f. Gynak. 77:382 — 1933.
- 11 — SARRAN et GODLEWSKI — Rupture de la paroi posterieure du vagin au cours du coit. Arch. Soc. d. sc. méd. et biol. de Montpellier. 19:12,14 — 1938.
- 12 — SÁ, H. — Le colporrhexis au cours du travail. Gynec. et obst. 33:183 — 1936.
- 13 — THALHEIMER et CONTIADES — Rupture de la cicatrice vaginale chez une hysterectomisée. Gyn. et obst. 35:299 — 1937.
- 14 — SPEISER — Über das elastische Gewebe der vagina. Zbl. f. Gynak. 1926 — n.º 29.
- 15 — SEJOURNET — Rapports sexuels et traumatismes de voies genitales chez la femme. Gyn. et Obst. 1920 — pg. 318.
- 16 — KAMNIKER — In die Scheide perfuriertes Dermoid. Zbl. f. Gynak. 62:686 — 1938.
- 17 — HINRICHS — Über die Scheidenverletzungen. Monatschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 94:240 — 1933.
- 18 — GONNET, BANSILLON, MENEULT et BUCHER — Dystocie grave par reins polykistiques avec eclatement du dome vaginal. Boll. Soc. d'Obst. et de Gynec. 26:774 — 1937.

- 19 — CAILLOT, ROCHET et CONTAMIN — Un cas de perforation après curage du col de sac vaginal postérieur avec issue du colon sigmoïde, traité par l'hystérectomie totale. Bull. Soc. d'obst. et de Gynecol. 24:478 — 1935.
- 20 — BRINDEAU — Traumatisme grave du vagin pendant le coit. Bull. Soc. Gyn. et Obst. 1926 — pg. 611.
- 21 — COTTE et RIVOLLIÉ — Hemorragies répétées après le coit chez une femme âgée de 65 ans. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. 23:292 — 1934.
- 22 — FALK — Kohabitationsverletzungen. Zbl. f. Gynäk. 1929 — pg. 298.
- 23 — SZTEHLO — Über eine Schwere Kohabitationsverletzungen. Zbl. f. Gynäk. 56:2121 — 1932.
- 24 — REEB — Traumatisme occasionné par le coit. Bull. Soc. d'Obst. et Gynec. 21:306 — 1932.
- 25 — KLÉNITZKY — Isolierte Scheidengewölbeverletzungen sub coitu. Monatschrift f. Geburt. und Gynäk. 84:401 — 1930.

ATUALIDADES

R. THUREL — Diagnostico dos tumores cerebrais — (Revue Medicale de Franche-Conté. Sept. Out. 1938). Conf. feita na Escola de Medicina de Besançon.

O A. inicia o artigo com um resumo historico, salientando principalmente a obra de de Martel e comparando seus resultados com o dos americanos. Põe em relevo a necessidade do diagnostico precoce e dos recursos complementares. Antes de passar ao estudo clinico termina o seu introito, dizendo: "Os medicos, aí compreendidos os neurologistas, devem estar advertidos das imperfeições da clinica e do polimorfismo da sintomatologia dos tumores cerebrais".

Divide a sintomatologia clinica em 4 grupos:

- 1) Derivada da hipertensão intracraniana.
- 2) Síndromes mentais.
- 3) Síndromes neurologicos.
- 4) Perturbações morfológicas.

1) **HIPERTENSÃO INTRACRANIANA:** — comum a todos os processos que a determina.

a) *Cefaléa* — variavel em tipo. Resistindo a toda terapeutica usual. Sinais associados atitude *antalgica* da cabeça e sinal de Kernig.

b) *Vômitos* — Epifenomeno. Às vezes isolados como principal sintoma. Classicamente faceis e *en fusée*. Na pratica em realidade se acompanham de náuseas e esforços penosos. Nos tumores cerebelares os vômitos são ao levantar-se, por alteração da posição.

c) *Fundo de olho* — Deve sempre ser feito. O oftalmoscopio de visão direta permite ao medico pratico verificar se normal ou não uma papila. O quadro visto é de um *edema de papila*.

d) *Punção Lombar* — Deve ser evitada pois é perigosa nos tumores com hipertensão. Pode ser seguida de penetração das amidalas cerebelares no buraco occipital ou do lobo temporal no foramen de Pacchioni. Com consequencias fatais. Além do mais a P. L. nada mais indica que o fundo de olho.

2) **SÍNDROMES MENTAIS:** — Muito variavel. Unico caracteristico é a sua instalação rapida em individuos cuja constituição mental não fazia prever sua aparição. O que domina é a diminuição da atividade psiquica e psicomotora. Ao lado dela não ha enfraquecimento intelectual tão profundo, nota-se somente uma apatia.

A perda da memoria de fixação é devida a uma falta de atenção do doente. A forma demencial é rara. As perturbações mentais dos tumores estão em parte pelo menos na dependencia da hipertensão craniana, sendo esta obscurecida pelos sintomas psiquicos.

3) **SÍNDROMES NEUROLOGICOS:** — São mais ou menos caracteristicos, pois atingem região mais ou menos extensa, não correspondendo a territorio vascular, e sendo de evolução progressiva.

Síndromes mais frequentes:

- a) Epilepsia Bravais-Jacksoniana.
- b) Paralisias progressivas e extensivas.
- c) Afasia progressiva.
- d) Perturbações do equilíbrio.
- e) Lesões dos varios nervos cranianos.

A epilepsia generalizada e a hemianopsia homonimas podem fazer pensar em tumor mas não são características.

4) SINDROMES MORFOLOGICOS:

- a) Aumento do volume do cranio na criança.
- b) Sinais radiologicos de hipertensão.
- c) Estatura, peso, e genitais.
- d) Síndromes mais característicos: acromegalia e gigantismo — Adenoma eosinófilo da hipófise; síndrome de Cushing — (Obesidade e hirsutismo) adenoma basófilo da hipófise; síndrome adiposo genital tumor da bolsa de Rathke. Macrogenitosomia precoce — Pinealoma.

* * *

CORRELAÇÕES ENTRE NEOPLASIAS E PROCESSOS VASCULARES E INFECCIOSOS DO CEREBRO

1.º) *Amolecimento e hemorragia* — Início brutal, evolução regressiva limitada a território vascular. Muitas vezes o tumor pode se manifestar por perturbações circulatórias e vice-versa um processo vascular assemelhar-se a um tumor. Tumores metastáticos podem determinar embolias dando sintomas de amolecimento. Sintomas cerebrais transitórios por perturbações vaso-motoras podem ser determinados por neoplasias.

O síndrome de hipertensão intracraniana com estase papilar nos hipertensos arteriais tem-se multiplicado. Por isso antes de diagnosticar um tumor deve ser feito o exame cuidadoso do aparelho circulatório.

O hematoma sub-dural quando o traumatismo passou despercebido é passível de confusão. Todos estes erros são contudo favoráveis pois determinam uma intervenção cirúrgica que pode ser útil nos edemas antigos e nos hematomas intra-cerebrais, sendo formalmente indicada nos hematomas sub-durais.

2.º) *Contato entre processos neoplásicos e infecciosos* — O processo infeccioso aumenta rapidamente ao máximo depois regride, enquanto agudo, para novamente progredir quando crônico. Além disso tem tendência á dissiminação tornando possível a confusão com tumores múltiplos.

Síndromes post-encefalíticas. — Confusão possível com tumores que determinam certa rigidez tipo Parkinsoniano (cerebelo e 3.º ventrículo).

O abscesso do cérebro pouco importante por ser de terapêutica idêntica.

Sífilis — Fora a paralisia geral e tabes é raro a sífilis nervosa. O Wassermann não traz certeza diagnóstica pois pode estar negativo na sífilis e positivo em certos tumores com liquor hiperalbuminoso.

Processos infecciosos muitas vezes simulam tumores, assim é a esclerose em placas, leucoencefalite aguda e sub-aguda, quando se iniciam por síndromes de hipertensão intracraniana com estase papilar.

Em resumo — em qualquer síndrome pouco característico pensar em tumor cerebral. "É preferível pensar erradamente em tumor cerebral do que desconhecer a sua existência".

A localização do tumor não pode ser feita só com a clínica. A radiografia é indispensável principalmente a pneumo-encefalografia, por

punção lombar ou trepanação occipital. O exame histopatológico determinará a natureza do tumor.

M. T. L. F.

J. BASIL HUME — Strangulated hernia (Hernia estrangulada) —
Lancet 2 (26):1308-1310; Dez. 23, 1939.

Embóra o diagnóstico não encontre dificuldades em muitos casos, a demóra no diagnóstico e consequentemente no tratamento, causa uma mortalidade de 20% na hernia estrangulada externa e de 37% na interna.

Patologia — Resulta de um engorgitamento vascular que ocorre pela oclusão venósa no mesenterio do intestino, havendo ao mesmo tempo, violenta excitação simpática. Em pequeno numero de casos ha oclusão venósa e arterial simultaneas. Em consecuencia do engurgitamento vascular, o intestino torna-se vermelho e depois, devido á estáse, a coloração torna-se vermelho-escura. Finalmente, a alça torna-se negra e gangrenósa, dando-se a perfuração. Ao mesmo tempo uma exsudação de fluidos da alça se coléta no saco herniario ou (h. interna) na cavidade peritoneal. O fluido contem uma substancia depressôra do tipo da histamina que Knight e Slome mostraram ser produzida no musculo da parede intestinal em consecuencia da anoxemia. Esta substancia depressôra entra na circulação através dos linfaticos do peritoneo ou do saco herniario. Naturalmente, a quantidade produzida é proporcional ao tamanho da alça afetada e maior absorção se verifica no peritoneo do que no saco herniario. No ponto de constrição do estrangulamento, ha oclusão venósa e arterial simultaneas. Isto tem duas applicações praticas importantes: (1) a perfuração póde ter lugar nesse ponto, depois de desfeito o estrangulamento, devido á necrose dos tecidos; e (2) a perfuração póde ter lugar em um ponto imediatamente proximal á constrição, devido á pressão exercida pela porção proximal distendida do intestino. A parte as perturbações locais, dois processos tem lugar simultaneamente, afetando o organismo: (1) perturbações devidas á simples obstrução e (2) perturbações devidas á absorção da substancia depressôra altamente toxica. Ha perdas salinas e de fluidos pela alça intestinal dilatada acima da obstrução e pelos vomitos. A perda de fluidos provoca elevação da concentração sanguinea e a perda de sais provoca disturbios do equilibrio ionico, produzindo alcalémia. Ha tambem elevação do N não proteico, da uréia sanguinea e oliguria. A absorção da substancia depressôra produz efeitos toxicos sobre o figado, rins e organismo em geral; ha quéda da pressão sanguinea e taquicardia. A absorção dessa substancia se processa em maior quantidade quando é desfeito o estrangulamento, fáto que explica o aparecimento de uma falencia circulatoria algumas horas depois de uma operação aparentemente bem sucedida.

Sintomatologia — Ha seis sinais e sintomas cardinaes, divididos em dois grupos, maiores e menores. O maiores são: dôr, vomito e incapacidade de eliminar gases. Os menores são: distensão, peristaltismo visivel e tumoração palpavel. A sequencia comum dos acontecimentos é a seguinte. O paciente póde ser uma criança ou adolescente no qual o aparecimento da hernia e seu estrangulamento são quasi coincidentes ou um adulto com hernia antiga que se tornou maior em resultado de um esforço repentino ou insolito. Em ambos os casos, ha repentino inicio dolorôso, referido á região umbelical e algumas vezes á hernia e isto associado ao chóque. Ha intensa nausea ou vomito. Seguem-se colicas, paroxisticas de inicio, depois com intervalos cada vez mais curtos, até que apenas se distinguem exacerbações de uma dôr continua. O vomito é a principio reflexo e depois mecanico, sendo mais precóce, quanto mais alto o nivel do estrangulamento. O vomito persistente é talvez o caracteristico mais importante da obstrução intestinal aguda. E' constituído de inicio pelo conteúdo do

estomago, depois por bile e finalmente, fluido intestinal. Verdadeiros vomitos fecaloides ocorrem sómente nas fistulas gastro-colicas. A impossibilidade de eliminação de gazes póde não ser absoluta a principio: um enema produzirá pequena eliminação de gazes, mas sem melhora para o paciente. Um segundo enema, uma hora mais tarde, tem praticamente, resultado negativo. A distensão, embora presente em todos os casos, não é sempre visível devido ao estado do tonus muscular da parede abdominal. Com uma parede frouxa e desde que muitos casos de hernia estrangulada externa envolvem o intestino delgado, a distensão tende a ser central. O grau de distensão é inverso á intensidade do vomito; na obstrução alta o vomito é intenso e a distensão pequena; na obstrução baixa, verifica-se o inverso. Quando presente, a distensão abdominal progressiva é sinal importante, sendo ela que sempre reclama a intervenção. O peristaltismo visível praticamente nunca se encontra em casos de hernia estrangulada ao menos que a parede abdominal seja extremamente delgada. A tumoração palpável quasi sempre é encontrada; o perigo reside na hernia de Richter (enterocéle parcial) estrangulada no canal femural, em que a massa póde ser tão pequena que passa despercebida. O exame dessa região deverá ser conduzido com o quadril fletido e abduzido, manobra que permite palpar prontamente alguma pequena tumoração.

Diagnostico — Si o diagnostico seria tão facil quanto tem sido indicado, haveria pequena razão para uma mortalidade de 20-37%, mesmo considerando o carater altamente toxico do exsudato intestinal. Os dados mais importantes são os três sintomas maiores, dôr, vomito e impossibilidade de eliminação de gazes, em conjunção com ausencia de sensibilidade abdominal ou de rigidez ou de ambos. Sua ausencia é um ponto muito importante no diagnostico diferencial, porque em outros quadros abdominaes agudos, ambas estão presentes. No diagnostico diferencial deve-se inicialmente verificar a possibilidade de não se tratar de hernia estrangulada, mas de simples hernia irreductivel. A hernia irreductivel não causa nenhuma dôr abdominal alem de uma sensação de repuxamento; é móle e não dolorosa á pressão, enquanto a hernia estrangulada é tensa e sensível. Si a hernia está associada a uma obstrução intestinal aguda por outra causa, ela sofre uma impulsão na tosse e provavelmente, será parcialmente redutivel. Ainda no diagnostico diferencial deverão ser lembradas as seguintes possibilidades: torsão de testiculo, hidrocéle aguda na criança e apendicite aguda em saco herniario, das quais o autor dá exemplos.

Em todos os casos de hernia estrangulada o prognostico póde ser desfavoravel, ao menos que o diagnostico tenha sido feito em estadio precoce. Caso contrario, o doente sucumbirá em virtude da toxemia de estrangulamento ou da peritonite resultante da perfuração. O uso da morfina é tão perigoso e inutil no estrangulamento como em outros casos de abdomen agudo. A atropina é muito mais eficaz do que qualquer outra droga para sustar a intensidade da colica.

OSWALDO MELLONE.

NOTICIARIO
DO
DEPARTAMENTO CIENTÍFICO

REUNIÃO DE 6 DE ABRIL DE 1940

Presidida pelo prof. Dr. Benedicto Montenegro e secretariada pelo acad. Domingos Qurino Ferreira Neto.

Aberta a sessão, o Dr. Emilio Mattar apresenta o relatório de sua gestão.

O sr. presidente faz, em seguida, entrega dos prêmios Nicolau Baruel e Paulo Montenegro.

E' dada a palavra ao acad. Orlando Campos que, em nome dos alunos da Faculdade, saúda os professores Raul Briquet, Carmo Lordy, João Thomaz de Aquino, José Oria e Arnaldo Amado Ferreira pela publicação recente de seus livros científicos. Agradece a homenagem o prof. Dr. Carmo Lordy.

Toma posse a nova diretoria, cedendo o Dr. Emilio Mattar o seu lugar ao novo presidente Ddo. Carlos da Silva Lacaz. Este expõe o seu plano de ação e apresenta o prof. Dr. Flaminio Favero, que falou sobre o tema "Hernia e acidente do trabalho".

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão.

REUNIÃO DE 16 DE ABRIL DE 1940

Presidida pelo Ddo. Carlos da Silva Lacaz e secretariada pelo acad. Domingos Qurino Ferreira Neto.

Aberta a sessão, o sr. presidente agradece a presença do prof. Dr. Alipio Correia Neto, que foi o orientador científico da sessão.

ORDEM DO DIA

Contribuição ao estudo da prova da santonina no exame funcional do fígado — Acad. PAULO DIAS DA SILVEIRA.

O A. faz um estudo geral do método, desprezando dados de ordem técnica e fazendo considerações interessantíssimas em torno dos resultados que obteve.

Comentários — Comentaram o trabalho os acadêmicos Fuad Chammas, Hassib Ashcar, Ephraim de Campos, Attilio Z. Flosi e Michel Abud-Jamra.

Considerações sobre um caso de pé de madura e grãos vermelhos — Acad. ITALO MARTIRANI.

O A. lê a anamnese e o exame físico do paciente e, em seguida, tece considerações em torno do caso, que é, conforme diz o A., bastante raro.

Comentarios — Comentaram o trabalho os academicos Mauricio Levy Junior e Carlos da Silva Lacaz.

Ruturas da vagina — Ddo. EPHRAIM DE CAMPOS.

O A., em linhas gerais, discorre sobre a incidencia, a etiologia, o prognostico e a terapeutica das ruturas da vagina. Suas considerações foram claras e resumidas, citando trabalhos de diversos AA., mostrando perfeito conhecimento do assunto.

O trabalho não foi comentado.

Após cada trabalho o prof. Dr. Alipio Correia Neto comenta-o, salienta os pontos fracos de cada um e concita o A. a envidar todos os esforços para que seus trabalhos sejam para o futuro, tanto quanto possível, perfeitos.

O sr. presidente mais uma vez agradece a presença do prof. Dr. Alipio Correia Neto e, nada mais havendo a tratar, dá por encerrada a sessão.

REUNIÃO DE 26 DE ABRIL DE 1940

Presidida pelo prof. Dr. Celestino Bourroul e secretariada pelo acad. Domingos Quirino Ferreira Neto.

Abrindo a sessão, o sr. presidente saúda o Exmo. e Revdmo. Snr. Arcebispo de São Paulo, e congratula-se com os universitarios pela oportunidade que se lhes oferece de homenagear tão insigne representante da Igreja Catolica.

O acad. Orlando Campos, em nome do corpo discente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, diz que os moços do seculo XX não se esqueceram ainda dos principios da Igreja e sentem-se imensamente felizes por poderem prestar humilde, porém sincera homenagem, ao Exmo. Sr. D. José de Affonseca.

O Ddo. Carlos da Silva Lacaz em breves palavras, friza novamente o quanto orgulhosos se sentem os academicos de medicina em poder gosar, si bem que só por alguns momentos, da companhia do grande amigo dos universitarios, D. José Gaspar de Affonseca. Apresenta, a seguir, o Pe. Antonio de Moraes Junior, com termos bastante elogiosos.

O Pe. Antonio de Moraes Junior, agradece sua escolha para conferencista dessa noite e, com grande clareza, mostrando enorme cabedal de conhecimentos, disserta sobre o tema "Medicina e Religião". Ao terminar é muitissimo aplaudido.

Visivelmente sensibilizado, o Sr. Arcebispo agradece a homenagem que lhe foi prestada, concita os moços a trilhar sempre o caminho da fé e da verdade. Termina dando sua bençãam aos presentes.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO DURANTE OS
MÊSES DE OUTUBRO A DEZEMBRO DE 1939.

(Continuação)

- ELSDON-DEW, Ronald:** Medico-legal application of blood-grouping with reference to paternity. Cape Town, Cape Times Limited, [1936]. 8p. tab. 22x14cm [Sep. da: South African M. J. 10:715-718, out. '36].
- EMMERSON, N.:** A biochemical and biological investigation of strains of *Corynebacterium diphtheriae* occurring in Port Elizabeth and environs. Cape Town, Cape Times Limited, [1937]. 16p. tab. 21,5x13,5cm [Sep. da: South African M. J. 11:652-658, set. '37].
- ERHARD, Otto:** Der Paranephritische Abszess in der Unfallbegutachtung. Speyer a. Rh., Pilger-Druckerei G. m. b. H., 1938. 31p. 21x14,5cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- FALCÃO, Edgard de Cerqueira:** Notas epidemio-prophylacticas sobre a febre typhoide. Bahia, Impr. Official do Est., 1925. 38p. illus. 23x16cm.
- FEIN, Johann:** Rhino- und Laryngologische Winke für praktische Ärzte. 2.^a ed. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1911. viii, 200p. illus. esch. 18,5x13cm.
- FERRARI, Antonino:** Tetano: o tratamento clinico ao alcance de todos os medicos em todas as localidades. R. de Janeiro, Alcides Vargas & cia., 1933. 15p. 23x15cm.
- FICKER, Martin:** Methoden der aktiven Immunisierung einschliesslich Herstellung von Antigenen. Berlin, Gustav Fischer, 1912. 192p. illus. 24,5x16,5cm.
- FIGUEIRA, Fernandes:** Contribuição ao estudo da doença de Möller-Barlow. R. de Janeiro, Typ. Besnard Frères, 1910. [65]p. illus. radiogr. tab. diagn. 23x15cm [Sep. da: Rev. med.-cir. Brasil, abr. '10].
- FINDHAMMER, Robert:** Die Häufigkeit des primären und sekundären Leberkrebses an der II. Medizinischen Universitätsklinik zu München in den Jahren 1926-1935. Düsseldorf, G. H. Nolte, 1938. 17p. tab. diagn. 22x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- FIORE, Mariano S. H. di:** Antecedentes, títulos y trabajos. Buenos Aires, s.e., 1935. [14]p. 23x16cm.
- FISCHER, Marianne:** Über das Vorkommen von Nebenmandeln. Passau, Stöckerdruck, s.d. 28p. illus. 23,5x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- FITTE, Marcelo J.:** Antecedentes, títulos y trabajos. B. Aires, A. Guidi Buffarini, 1935. 16p. 23x15,5cm.
- FLORIANI, Luis:** Nómima de títulos, antecedentes y trabajos. B. Aires, s.e., 1935. [16]p. 23x15cm.
- FOGES, Arthur:** Atlas der Rectalen Endoskopie nebst einer einföhrung in die Technik der Rectalen Endoskopie. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1910. vi, 102p. illus. esch. 24x16,5cm.
- FORT, J.- A.:** Anatomie descriptive et dissection contenant l'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus tvec des aperçus physiologiques et pathologiques et une histoire de l'anatomie. 6.^a ed. Paris, Vigot Frères, 1902. ? vols. illus. 21,5x13,5cm [Temos vols. 2-3].

- FOX, F. William:** Diet in relation to health in South Africa. Cape Town, Townshend, Taylor & Snashall, 1934. 33p. tab. 21,5x13,5cm [Sep. da: South African M. J. 8:3-15, jan. '34].
- FRAGA, Clementino:** Medicina clinica: diagnostico e therapeutica. R. de Janeiro, Waissman Koogan Ltda., 1938. 404p. illus. radiogr. tab. 23x16cm.
- FRAGA, Clementino:** Ciencia e arte em medicina: vultos e imagens, doutrinas medicas e medicina clinica. R. de Janeiro, Vecchi editor, [1938]. 209p. 21x14cm (Col. Divulg. e cult.). [Discurso].
- FRAGA, Clementino; SERGENT, Emile [et al.]:** Tuberculose pulmonar, etiopathogenia, estudo clinico, therapeutica e prophylaxia. [R. de Janeiro, Calvino Filho, 1931]. xvi, 420p. illus. radiogr. tab. diagr. 22,5x15,5cm [Col. de conf.].
- FRANCO, Enrico E. & BORGES, I.:** Sur la sarcosporidiose bovine. Lisboa, s.e., 1915. [21]p. [Sep. do: Arq. Inst. bacter. Camara Pestana 4(3):269-289, '15].
- FRANZEN, Josef:** Über einen sehr bemerkenswerten Raubmordversuch durch Hammerschläge mit spät erfolgter Klarstellung des Tatbestandes... München, Welbers, 1936. vii, 34p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- FRIDERICH, Karl:** Die angeborene Beugekontraktur der Finger. Würzburg-Aumühle, Konrad Triltsch, 1938. 24p. illus. radiogr. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- FRISCH, Almuth-Thekla:** Über die Wirkungsweise des Tannin bei tiefgehenden thermischen Hautschädigungen. Dresden, M. Dittert & co., 1938. 29p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- FUCHS, Ernst:** Lehrbuch der Augenheilkunde. 6.^a ed. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1897. xvi, 857p. illus. esch. 24x16,5cm.
- FUHRMANN, Grete:** Endausgänge Pethes'scher Krankheit. Speyer a. Rh., Pilger-Druckerei G. m. b. H., 1938. 23p. illus. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GABLER, Anton:** Ein Beitrag zu den gutartigen Geschwülsten des Magens und Zwölffingerdarms. [Kallmünz u. Regensburg, Michael Lasleben], s. d. 22p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GALÁN, Julio César:** Títulos y trabajos... B. Aires, Frascoli y Bindi, 1931. 14p. 23x16cm.
- GALEA, Manuel B.:** Antecedentes, títulos y trabajos... B. Aires, Ferrari Hnos., 1934. 2p. 23x15,5cm.
- GALVÃO, Oscar:** A lepra no Maranhão... Bebedouro, Typ. Guarany, 1916. 16p. 22x15cm.
- GANSER, Heinz:** Über die Chemotherapie bei puerperaler Sepsis mit besonderer Berücksichtigung von Frontosil und den gallensauren Alkalien. München, s.e., 1938. 13p. 21x15cm. [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GEAR, J. H.:** A case of typhus fever contracted in the laboratory from a virus isolated from rats. Cape Town, Cape Times Limited, [1938]. 10p. tab. diagr. 21,5x13,5cm [Sep. da] South African M. J. 12:57-60, jan. '38].
- GEAR, J. H. S. & BEVAN, C.:** An outbreak of tick-bite fever. Cape Town, Cape Times Limited, [1936]. 10p. tab. diagr. 21,5x14cm [Sep. da: South African M. J. 10:485-488, jul. '36].
- GEAR, J. H. S. & DOUTHWAITE, M.:** The dog tick Haemaphysalis leachi as a vector of tick typhus. Cape Tow, Cape Times Limited, [1938]. 6p. illus. diagr. 21,5x15cm [Sep. da: South African M. J. 12:53-55, jan. '38].

- GLEY, E.:** Tratado de physiologia. 8.^a ed. revista e actualizada por P. Gley. Trad. por José Leão Borges. R. de Janeiro, Waissman, Koogan, Ltda., 1938. xxiii, 1113p. illus. tab. diagr. esch. 23x16cm.
- GÖPFERT, Hans:** Die Beeinflussung des ärztlichen Handelns durch die Entwicklung der Naturwissenschaften seit Entdeckung der Elektrizität mit besonderer Berücksichtigung der physikalischen Therapie. München, Gustav Lindner, 1938. 36p. 21x14,5cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GOETZ, Irmgard:** Über die Entstehung der Gesichtsskoliose beim Schiefhals. Speyer a. Rh., Pilger-Druck. G. m. b. H., 1938. 16p. illus. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GOMES, Alberto Coelho de Magalhães:** Apontamentos historicos da Escola de pharmacia de Ouro Preto commemorando seu 1.^o centenario. Ouro Preto, s.e., 1939. 105p. 23x16cm.
- GONÇALVES, J. Moura:** Agentes lipidotropicos e lipidopexia hepatica. B. Horizonte, Queiroz Breyner Ltda., s.d. [145]p. illus. tab. diagr. 23x16cm [These l. doc. Fac. med. Univ. M. Geraes].
- GONZÁLEZ, Hernán D.:** Antecedentes, títulos y trabajos... B. Aires, A. Guidi Buffarini, 1931. 16p. 23x16cm.
- GOTTFRIED, Philipp:** Über die zweckmässigste Technik der Darstellung resp. Auffindung von Kavernen mittels röntgenologischer Methoden. Speyer a. Rh., Pilger-Druckerei G. m. b. H., 1939. 24p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GOUVÊA, Jorge de:** Arthroplastia nas ankyloses do cotovello. R. de Janeiro, Leite Ribeiro & Maurillo, 1918. 86p. illus. radiogr. 23,5x16cm.
- GOUVÊA, Jorge de:** Auto-osteoplastia: contribuição ao estudo da vitalidade do enxerto. R. de Janeiro, Leite Ribeiro & Maurillo, 1918. 50p. illus. radiogr. 23,5x16cm.
- GOUVEIA, Vicente Henriques de:** A banana: fruto de todo o ano, alimento — medicamento. 2.^a ed. Madeira, Tip. Funchal, 1939. 187p. illus. tab. 24,5x19cm.
- GRABER, Karl:** Beitrag zur Histopathologie des primären Lungenkrebses. Speyer a. Rh., Pilger-Druck. G. m. b. H., 1938. 32p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GRANER, E. A.:** Contribuição para o estudo cytologico da mandioca. [Piracicaba, Typ. Giraldes], 1935. [53]p. illus. 24x18cm.
- GRASSET, E.:** Bacterial endotoxoids (endo-anatoxines): a new type of antigen for the preparation of vaccines and therapeutic sera. Cape Town, Townshend, Taylor & Snashall, 1935. 8p. 21,5x14cm [Sep. da: South African M. J. 9:208-210, mar. '35].
- GRASSET, E. & LEWIN, W.:** A note on the use of typhoid endotoxoid vaccine in the treatment of typhoid fever. Cape Town, Cape Times Limited, [1937]. 4p. 21,5x13,5cm [Sep. da: South African M. J. 11:568-569, ag. '37].
- GRASSET, E.; LEWIN, W. & MERWE, T. van der:** Immunization against typhoid fever by means of a single injection of typhoid endotoxoid vaccine. Cape Town, Cape Times Limited, [1937]. 6p. tab. 21,5x14cm [Sep. da: South African M. J. 11:660-662, set. '37].
- GRASSET, E.; PERRET-GENTIL, A. [et al.]:** Studies on the nature of antidiaphtheritic immunity among South African Bantu by means of the Schick test and antitoxin titrations. Cape Town, Townshend, Taylor & Snashall, 1933. 16p. tab. diagr. 21,5x14cm [Sep. da: South African M. J. 7:779-785, dez. '33].
- GSTOENTNER, Joseph:** Das Problem der Reizwirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen mit besonderer Berücksichtigung der Strahlenbehandlung der bösartigen Geschwülste. Speyer a. Rh., Pilger-Druckerei G. m. b. H., 1938. 31p. diagr. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- GUIBAL, P.:** Traitement chirurgical de la dilatation bronchique. Paris, Masson et cia., 1924. 173p. illus. radiogr. esch. 19x13cm.

- GUIBÉ, M.:** Chirurgie de l'abdomen... 2.^a ed. Paris, Masson et cia., 1908. xiii, 255p. illus. esch. 19,5x12,5cm.
- GUIMARÃES, Aristides; CALAZANS & PIZA:** Sobre dois casos de septicemia... S. Paulo, Secção de obras do "O Est. de S. Paulo", 1919. 9p. diagn. 23x15cm.
- GUIMARÃES, José Ricardo Alves:** Hormônio sexual masculino. S. Paulo, etc., Comp. Melhoramentos de S. Paulo, [1939]. 173p. illus. diagn. esch. 23,5x16cm.
- GUIROY, Alfredo J.:** Antecedentes, títulos y trabajos... B. Aires, A. Guidi Buffarini, 1934. 19p. 23x16cm.
- HABERFELD, Walther:** Granuloma ganglionar maligno de origem blastomycetica: Zymonema histosporocellularis. S. Paulo, Secção de obras do "O Est. de S. Paulo", 1939. 105p. illus. retr. 23x16cm.
- HAJEK, M.:** Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhölen der Nase. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1899. xv, 328p. illus. esch. 24,5x16,5cm.
- HAMMANN, Hermann de V.:** Eigenblut als unspezifische Reiztherapie. Dusseldorf, G. H. Nolte, 1938. 41p. 22x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HANISCH, Elisabeth:** Beitrag zum Problem der Gangrän. Speyer a. Rh., Pilger-Druckerei G. m. b. H., 1938. 40p. tab. 22,5x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HARRINGTON, Charles & RICHARDSON, Mark Wyman:** A manual of practical hygiene. 5.^a ed. Philadelphia and New York, Lea & Febiger, [1914]. 933p. illus. tab. diagn. 23,5x15cm.
- HASELMAYR, Irmgard:** Die geringere Sterblichkeit gestillter Säuglinge im Spiegel einer Untersuchung von 450 Säuglingstodesfällen. München, L. Mössl, 1937. 22p. tab. 23,5x15,5cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HEINZEL, Heinrich:** Über das Krankheitsbild der Arthritis Gonorrhoeica. Günzburg a. D., Karl Mayer, 1938. 19p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HELFERICH, H.:** Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen. 5.^a ed. München, J. F. Lehmann, 1901. xxi, 316p. illus. radiogr. esch. 18,5x12cm (Lehmanns medizinische Hand-Atlanten — v. 8).
- HELLER, Joh. Florian:** Die Harnconcretionen ihre Entstehung, Erkennung und Analyse... Wien, Tendler & comp., 1860. x, 197p. illus. xii pranchs. tab. 22x15cm.
- HELM, Günther:** Die operationslose Bruchbehandlung. Bleicherode am Harz, Carl Nieft, 1938. 32p. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HERFELD, Alfred:** Experimentelle Untersuchungen über Kühleffekt und Feuchtigkeitsabgabe von Kühlsalben. Görlitz, Hoffmann & Reiber, 1938. 43p. illus. tab. diagn. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HEROLD, Arthur:** Betrachtungen zur Aktinomykose und ihrer Generalisation. [München, Kastner & Callwey], s.d. 25p. 21x14,5cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HERRMANN-TROSS, Achim:** Erfahrungen mit der Sakralanästhesie. München, s.e., 1938. 19p. tab. 22,5x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HERTNECK, Wolfgang:** Klinische Untersuchungen zur Wismutbehandlung und Wismutprophylaxe der Angina. München, Franz X. Seitz, 1938. 19p. tab. 21x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].
- HESS, Ludwig:** Selbstmord und Selbstmordverletzungen. München, Otto Boeck, 1938. 42p. tab. 22x15cm [These inaug. Fac. med. Univ. München].

(Continúa)

Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO CIENTIFICO
DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO

Diretor: CARLOS DA SILVA LACAZ
Redator-Chefe: ATILIO Z. FLOSI
Redator: DOMINGOS QUIRINO FERREIRA NETO

VOLUME XXIV

JUNHO DE 1940

NUM. 78

S U M Á R I O

Estado atual da questão das cromaticoses — Dr. Floriano de Almeida	5
Contribuição ao estudo da ulcera peptica post-operatoria — Dr. Edgard Pinto de Souza e Ddo. Roldão Consoni ..	13
Vias de acesso para a gangliectomia lombar — Contribuição ao seu estudo — Dr. J. M. de Camargo e Ac. J. Gonzaga de Carvalho ..	38
Sobre um caso de síndrome histerica com paraplegia flacida e astasia-abasia tipo paretico — Dr J. Lamartine de Assis	42
Retite estenosante de natureza linfogranulomatosa — Dr. Arouche de Toledo e Ddo. Carlos da Silva Lacaz	54
Publicações recebidas pela bibliotheca	78

Faculdade de Medicina — S. Paulo
BIBLIOTECA

610.5
Re 327

Revista de medicina

TÍTULO

1940

24(73-78)

ANO

VOL.

Retirada	ASSINATURA	Devolução
25-8-47	José de S. Silva	2-9-47
5-9-47	Osvaldo Augusto Frattini	6-9-47
16/1-48	Walter de Paula Vicente	6-2-48
18-8-48	S. Cortina	30.8.48
	6-11-48	



ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).