

# ANNAIS

ACADEMIA DE MEDICINA  
DA BAHIA



VOLUME 3  
JUNHO 1981

---

SALVADOR-BAHIA

**Capa:**  
*Irmão Paulo*  
*Lachenmeyer*  
O. S. B.

# ANNAIS

ACADEMIA DE MEDICINA  
DA BAHIA



VOLUME 3  
JUNHO 1981

---

SALVADOR-BAHIA



*Quis a fortuna tivesse início esta publicação na brilhante e benemérita presidência de José Silveira.*

*Agora, com redobrado esforço e ânimo forte, vencendo obstáculos à primeira vista intransponíveis, é dado a lume o Volume 3 dos Anais da Academia de Medicina da Bahia, instituição já consagrada nos meios médicos baiano e nacional.*

*Um dia — 10 de julho de 1958 — apenas um sonho, transformou-se numa realidade em prol da cultura médica.*

*Que prossiga, anos sem conta, sempre útil, atuante e respeitada, servindo e honrando a Bahia, é o desejo que nos toma o espírito.*

*Salvador, junho de 1981*

**Jayme de Sá Menezes**  
Presidente



## DIRETORIA – 1979-1981

### PRESIDENTE

Jayme de Sá Menezes

### 1º VICE-PRESIDENTE

Aristides Novis Filho

### 2º VICE-PRESIDENTE

Manuel da Silva Lima Pereira

### SECRETÁRIO-GERAL

Geraldo Leite

### 1º SECRETÁRIO

Rodolfo Teixeira

### 2º SECRETÁRIO

Eliezer Audíface

### BIBLIOTECÁRIO

Heonir Rocha

### TESOUREIRO

Luiz Carlos Calmon Teixeira

## COMISSÕES

### 1. MEDICINA GERAL

Renato Lobo, Antônio Simões, Jorge Leocádio de Oliveira.

### 2. CIRURGIA GERAL

Eduardo Cerqueira, Aristides Novis Filho, Valter Afonso de Carvalho, José Queiroz.

### 3. MEDICINA ESPECIALIZADA

Hosannah Simões de Oliveira, Eliezer Audíface, Alexandre Leal Costa, Plínio Garcez de Sena.

### 4. CIRURGIA ESPECIALIZADA

José Adeodato Filho, Rui Maltez, Orlando de Castro Lima.

### 5. MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA

José Santiago da Mota, Adroaldo Soares Albergaria, Fábio Nunes.

### 6. MEDICINA SOCIAL

Estácio de Lima, Menandro Novais, Clarival do Prado Valadares, Alberto Serravale.

**PRESIDENTES DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA,  
DESDE A SUA FUNDAÇÃO:**

- 1º – João Américo Garcez Fróes
- 2º – Otávio Torres
- 3º – Fernando São Paulo
- 4º – Jorge Valente
- 5º – Urcício Santiago
- 6º – Estácio de Lima
- 7º – José Silveira
- 8º – Luiz Fernando de Macedo Costa
- 9º – Jayme de Sá Menezes



## QUADRO ATUAL DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

| <b>Cadeira</b> | <b>Patrono</b>                 | <b>Ocupante Atual</b>           |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 01             | Alberto Alves da Silva         | Urcício Santiago                |
| 02             | Alfredo Tomé de Brito          | Clarival do Prado Valadares     |
| 03             | Alfredo Magalhães              | Eliezer Audíface                |
| 04             | Almir de Oliveira              | Antonio Jesúfno dos Santos Neto |
| 05             | Alvaro de Carvalho             | Itazil Benício dos Santos       |
| 06             | Anísio Circundes de Carvalho   | Geraldo Leite                   |
| 07             | Antonio Borja                  | Eduardo Dantas Cerqueira        |
| 08             | Antonio Ferreira França        | Rodolfo Teixeira                |
| 09             | Antonio Luiz de Barros Barreto | Fábio de Carvalho Nunes         |
| 10             | Antonio Pacifico Pereira       | Antonio Simões da Silva Freitas |
| 11             | Antônio do Prado Valadares     | José Silveira                   |
| 12             | Aristides Maltez               | Ruy Maltez                      |
| 13             | Aristides Novis                | Aristides Novis Filho           |
| 14             | Armando Sampaio Tavares        | Heonir Rocha                    |
| 15             | Caio Moura                     | Geraldo Milton da Silveira      |
| 16             | Cipriano Barbosa Betâmio       | Menandro Novais                 |
| 17             | Climério de Oliveira           | VAGA                            |
| 18             | Eduardo Rodrigues de Morais    | Orlando de Castro Lima          |
| 19             | Fernando Luz                   | José Ramos de Queiroz           |
| 20             | Flaviano Inocêncio da Silva    | Newton Guimarães                |
| 21             | Francisco de Castro            | Jayme de Sá Menezes             |
| 22             | Francisco Santos Pereira       | Jorge Augusto Novis             |
| 23             | Frederico de Castro Rabelo     | Renato Tourinho Dantas          |
| 24             | Gonçalo Muniz de Aragão        | Adriano Pondé                   |
| 25             | Joaquim Martagão Gesteira      | Hosannah de Oliveira            |
| 26             | José Adeodato de Souza         | José Adeodato Filho             |
| 27             | José Correia Picanço           | Humberto de Castro Lima         |
| 28             | José da Silva Lima             | Jorge Leocadio de Oliveira      |
| 29             | Julio Afranio Peixoto          | José Santiago da Mota           |
| 30             | Juliano Moreira                | Plinio Garcez de Sena           |
| 31             | Leôncio Pinto                  | Zilton Andrade                  |
| 32             | Luiz Anselmo da Fonseca        | Luiz Carlos Calmon Teixeira     |
| 33             | Manoel José Estrela            | Valter Afonso de Carvalho       |
| 34             | Manuel Vitorino Pereira        | Manoel da Silva Lima Pereira    |
| 35             | Mário de Macedo Costa          | Luiz Fernando Macedo Costa      |
| 36             | Menandro dos Reis Meireles F.  | Raymundo Nonato de A. Gouveia   |
| 37             | Oscar Freire                   | Estacio Valente de Lima         |
| 38             | Otto Wucherer                  | Alberto Luiz Serravale          |
| 39             | Raymundo Nina Rodrigues        | Thales de Azevedo               |
| 40             | Sabino Silva                   | Renato Marques Lôbo             |

## **MEMBROS HONORÁRIOS**

Aloysio de Paula  
Carlos Chagas Filho  
Manoel Augusto Pirajá da Silva  
Mário Machado de Lemos  
Nova Monteiro  
Orlando Parahim  
Valdemar de Oliveira

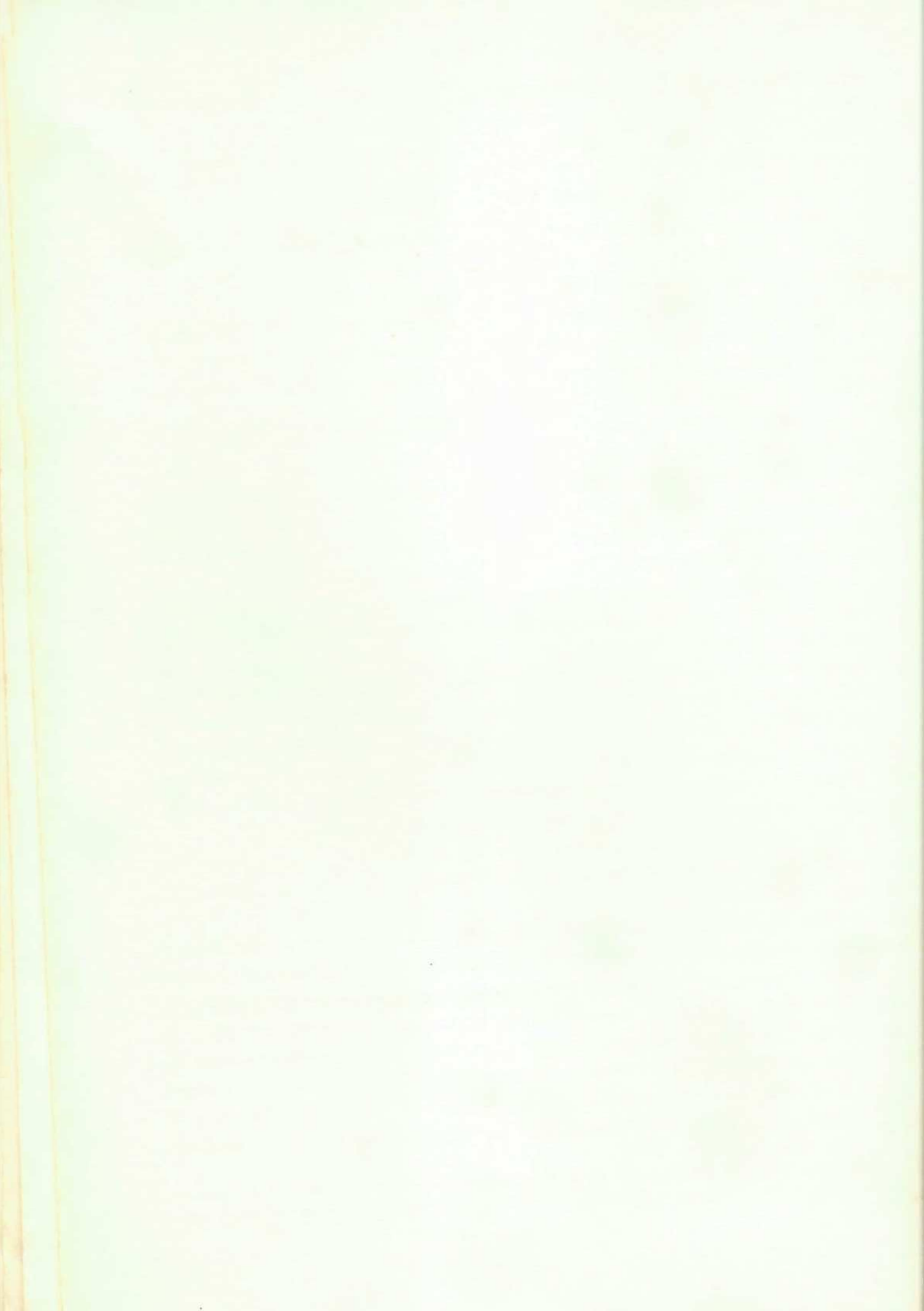
## **MEMBROS CORRESPONDENTES**

Heitor Práguer Fróes  
Ivolino de Vasconcelos  
Moacir Santos Silva

## **TITULARES FALECIDOS**

Cadeira nº 3 – Antônio Souza Lima Machado  
Cadeira nº 6 – Clínio de Jesus  
Cadeira nº 8 – Alexandre Leal Costa  
Cadeira nº 15 – Jorge Valente  
Cadeira nº 17 – Adroaldo Soares Albergaria  
Cadeira nº 22 – Colombo Moreira Spínola  
Cadeira nº 24 – Otávio Torres  
Cadeira nº 27 – Fernando José de São Paulo  
Cadeira nº 30 – Luiz Pinto de Carvalho  
Cadeira nº 32 – Francisco Peixoto de Magalhães Neto  
Cadeira nº 39 – João Américo Garcez Fróes

**CONFERÊNCIAS E DISCURSOS**



## DISCURSO DE POSSE NA PRESIDÊNCIA

Luiz Fernando de Macedo Costa (\*)

Acolho, desvanecido e honrado, a eleição para presidir os destinos da Academia de Medicina da Bahia. Agradeço, em nome dos integrantes da nova diretoria, a generosidade da confiança demonstrada pelo voto.

A biografia das instituições apresenta, por vezes, etapas vivenciais significativas. A atuação desassomburada e construtiva do Acad. José Silveira, na qualidade de seu presidente, representa uma dessas fases decisivas para a história existencial de nossa Academia.

Nascida há 20 anos, esta instituição percorreu, tímida e hesitante, os primeiros anos de vida. Por isso, o impulso que lhe foi impresso, com vigor e determinação, nos últimos tempos, definiu e assegurou o seu futuro. Preenchendo as vagas existentes com as figuras mais expressivas da classe e assegurando uma atividade cultural regular e contínua, a Diretoria precedente consubstanciou o prestígio da instituição.

Agora, resta-nos, apenas, dar prosseguimento ao trabalho encetado. É bem verdade que todas as instituições médicas têm, no momento, importante papel a desempenhar, o qual se modifica em função das exigências emergentes. Cada entidade precisa estar convencida da missão que lhe cabe no multiconflitado panorama de hoje. Em nenhuma oportunidade no passado a medicina enfrentou contradições e desafios tão graves como os atuais. Por isso mesmo, jamais, como agora, as associações de classe precisaram definir tão bem as suas metas, levando em conta não somente os próprios compromissos específicos, como também a sua coparticipação para resolver as magnas questões da profissão.

Com esse entendimento devemos debater e identificar o que a nossa Academia deve realizar nos anos provindouros, reformulando os seus tradicionais objetivos do passado.

Antes, as Academias de Medicina eram os cenáculos onde se preservavam os aspectos culturais da ciência médica. — O ensino era ministrado nas escolas e faculdades; a pesquisa, incipiente e espasmódica, realizava-se nos institutos e nas universidades de inspiração humboldtiana; as palestras, as comunicações e os debates desenvolviam-se nas agremiações culturais; e a ciência era cultuada no ambiente quase mítico das Academias, tênue lembrança nostálgica da legendária escola de Platão. Devido a esta origem o conceito de *acadêmico* chegou a ser confundido com a acepção de anacrônico ou mesmo de retrógado, vislumbran-

(\*) Nomeado reitor da Universidade Federal da Bahia, o Acadêmico Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa ocupou a presidência durante três meses, quando renunciou o cargo

do-se, na instituição, a patina encrustada dos arcaísmos.

Com o passar dos tempos, porém, todas as instituições mudaram: as escolas, as universidades, as associações, as academias. Obsoletas e ultrapassadas serão aquelas instituições que pretenderem conservar, imutáveis, através dos tempos, seus objetivos e suas funções. Produtivas e prestantes serão as organizações dinâmicas e inquietas que se atualizarem, ajustando-se às solicitações contemporâneas e ecológicas.

À nossa Academia cabe, no presente, uma função cultural e política, no amplo painel da medicina bahiana. Naturalmente as expressões política e cultura têm, aqui, uma conotação exclusivamente médica.

As grandes questões que atingem o exercício da medicina são precisamente de caráter cultural e político, porque resultam, em última análise, do desencontro entre o sub-sistema formador de recursos humanos (escolas, universidades) e o sub-sistema utilizador (serviços de assistência e de prestação dos cuidados de saúde). Todas as agremiações podem e devem participar da solução deste problema basilar, inclusive aquelas instituições que não estão diretamente vinculadas ou subordinadas a qualquer das duas estruturas envolvidas. Aliás, precisamente aquelas instituições — como as associações, os conselhos, as academias — têm a vantagem e a autoridade que derivam da isenção descompromissada e, por isso, podem atuar, com tranquila neutralidade, na interface de atrito dos sistemas imantados.

De uma certa forma tiveram esse tipo de atuação a AMB e a ABEM, há alguns anos atrás, quando lograram, em esforço conjugado, sustar a multiplicação inflacionária de escolas médicas no país.

Atualmente, hoje, agora, a principal preocupação consiste em ajustar o compasso do sistema produtor de recursos humanos — ensino — e o dos órgãos prestadores de cuidados de saúde — previdência — para que sigam, ambos, em ritmos sincrônicos e na mesma direção. A rigor, a necessidade desta integração é de tal modo vital para o exercício atual da medicina, que foi salientada pelo já clássico Documento nº 2 da Comissão de Ensino Médico MEC (1974), depois ressaltada pelo Conselho de Desenvolvimento Social (1975) e, por fim, incorporada à Lei nº 6.229 de julho de 1975, que define e rege o Sistema Nacional de Saúde, estatuto superior das diretrizes médico-sanitárias vigentes.

No entanto, apesar da promulgação da Lei, as medidas implementadas revelaram-se insuficientes na prática, e a articulação entre formação e utilização de recursos humanos de saúde voltou a ser reclamada pelo Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Dez./1978) e reiterada pelo Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a saúde (Março/1979).

Os estudos e conclusões são todos convergentes: impõe-se o entendimento entre o ensino e o mercado de trabalho do médico. A rigor, deve-se primeiro definir o perfil do profissional requerido pelo sistema utilizador de serviços, para,

a seguir, moldar a sua formação, porquanto — já o acentuou Mário Chaves — “a escola forma os médicos, mas é o mercado de trabalho que os conforma, deforma ou reforma”. Frequentemente fala-se da crise no ensino médico, mas essa é apenas a parte sobrenadante do iceberg, que flutua acima da linha d’água, pois os 2/3 do seu grande bojo estão imersos no torvelinho desencontrado do mercado profissional.

Na realidade, o sub-sistema prestador de serviços aponta a direção das mudanças no setor saúde e o profissional ajusta sua formação aos novos rumos indicados. Por isso, talvez caiba uma apreciação, em separado, do que está ocorrendo no ensino e daquilo que se processa no exercício da medicina, para que melhor se possam localizar as arestas que se ericam nas superfícies de contato.

1º — Sub sistema formador de recursos humanos — escolas e faculdades.

Em 1965 o Brasil possuía 37 Escolas Médicas e em 1973 já existiam 75. — A proliferação eruptiva desenvolveu-se de forma desordenada em menos de 8 anos, com inevitável declínio da qualidade do ensino. Os inconvenientes desse crescimento indiscriminado foram denunciados pela ABEM desde 1966. Mais tarde, em 1970, a AMB emitiu pronunciamento oficial, sob o título “Problemática do Ensino Médico no Brasil” e, em 1971, a Comissão do MEC, no Documento nº 1, revestiu de autoridade governamental as graves advertências, proibindo, desde então, a criação de novas escolas e a ampliação das matrículas nos estabelecimentos existentes.

Em decorrência, 14 escolas reduziram suas vagas e duas outras suspenderam temporariamente o vestibular. A Faculdade de Medicina da UFRJ diminuiu seu limite por série de 360 para 270 e a Faculdade de Medicina da USP pretende restringir de 175 para 80 as vagas do próximo vestibular.

No momento, o processo de expansão das escolas está contido e a relação aluno/docente, que se tinha deteriorado desde 1965 até 1973, já revela nítida tendência a recuperação, iniciada a partir de 1976.

Não obstante essas medidas o número de médicos registrados cresceu de 65.721 em 1973 para 117.401 em 1978; mas a distribuição pelas áreas geo-econômicas não melhorou, pois quase metade dos profissionais está concentrada no Rio e em S. Paulo.

A formação do médico é feita, sobretudo, em hospitais de alta complexidade, onde o estudante entra em contato com a nosologia não prevalente da população e, por isso, ele é induzido à sub-especialização. Esta formação afasta-o das zonas rurais, para as quais não está preparado, e confina-o aos centros avançados. A pleora de profissionais nas metrópoles leva ao sub-emprego ou mesmo ao desemprego.

No entanto, a situação econômica do país não comporta desperdícios, mas exige investimentos altamente reprodutivos, porque os recursos são escassos. Segundo dados oficiais o ensino universitário brasileiro está com um deficit de

4,7 bilhões de cruzeiros e estima-se que 30% dos 200 mil profissionais diplomados em 1980 terão dificuldade de encontrar emprego. Ocorre que a formação acadêmica do médico é muito onerosa, pois corresponde à diplomação de 4 engenheiros ou de 5 advogados. Por isso, não deve existir superavit de médicos. Ora, com a atual capacidade do sistema universitário, até o fim da presente década o país terá 8,5 médicos por 10.000 habitantes, proporção que é superior à taxa prescrita pelo Plano Decenal de Saúde para as Américas.

Assim sendo, a rede de escolas não deve ser expandida. Recomenda-se, isto sim, — conforme, aliás, concluiu a ABEM na última reunião de Londria (Nov. 78) — a formação de profissionais **generalistas**, capacitados a dispensar cuidados primários, que precisam estar ao alcance de toda a população. Esta exigência, porém, fica subordinada à capacidade de absorção e à remuneração condigna do profissional por parte do sub-sistema consumidor de serviços, notadamente a previdência social.

2º — Sub sistema consumidor de serviços na área da saúde.

O exercício não liberal da profissão está centralizado pela previdência, que abrange mais de 90% do mercado médico. Essa posição decorre dos custos ascensionais dos serviços médico-hospitalares, em contraste com o míngua acesso da população à clínica privada, impondo, em conseqüência, a presença crescente do Estado. Neste tipo de assistência a qualidade de atendimento é avaliada pelo grau de instrumentalidade semiótica, que, por seu turno, é estimulada pela remuneração que valoriza os procedimentos propedêuticos equipados. Pois bem, desde 1974 foi celebrado convênio para a previdência pagar a assistência prestada, dos hospitais universitários aos seus beneficiários. No entanto, esses subsídios são calculados em percentuais inferiores àqueles concedidos aos hospitais particulares, ou seja, a rigor, a Educação é que está financiando o tratamento dos previdenciários, que, entretanto, pagam ao INAMPS e, ademais, os médicos dos nosocômios de ensino cuidam desses segurados em caráter gratuito. Justifica-se, pois, que as internações em hospitais próprios do INAMPS se tenham tornado inexpressivas, reduzindo-se a 3,1% do total verificado em 1977.

Esse conjunto de peculiaridades leva a uma assistência inadequada em seu conjunto, proporcionalmente escassa em cuidados primários, excessiva em procedimentos semióticos instrumentalizados que oneram, e financiada indebitamente pelo sobrecarregado setor educacional. Tal estado de coisas mantém as características do mercado de trabalho e repercute nocivamente sobre a formação do médico, que se diploma despreparado para atuar fora dos grandes centros urbanos ou em termos de medicina comunitária.

Parece-nos útil essa revisão do panorama atual, a fim de situarmos a Academia num contexto realista. De fato, não mais se concebe, no presente, uma instituição dissociada da medicina prática. Pelo contrário, impõe-se uma atuação objetiva e pragmática, vinculada ao exercício cotidiano da profissão.



Nesse conjunto, que missão deve ser atribuída à nossa Academia? Qual o papel que lhe cabe na medicina bahiana? Coerente com sua origem e seu objetivo tradicional compete-lhe, primariamente, a preservação e o cultivo do saber médico. Sem dúvida, a medicina é uma das profissões que mais requer disciplina continuada de estudo, pois o seu desempenho apresenta duas exigências marcantes: o conteúdo humano e o conhecimento atualizado. A propósito, já se disse, mesmo, que pode haver bons sentimentos sem boa medicina, mas não haverá boa medicina sem bons sentimentos. Em paráfrase simétrica, seria verdadeira a assertiva de que pode haver estudo e aplicação sem boa medicina, mas seguramente não haverá bom médico sem muito estudo. Daí resulta que a Academia, atuando como repositório e centro de irradiação de cultura técnica, será poderoso auxiliar para o exercício da profissão e o prestígio da classe.

Neste sentido parece exequível e profícua a instituição de prêmios destinados a estimular a investigação, pois o que confere respeitabilidade e elevado conceito à ciência médica de uma nação é a categoria acadêmica da pesquisa que realiza.

Ademais, em termos de formação do profissional, acredito que a Academia poderia contribuir para a chamada educação continuada, ministrando cursos sobre nossa patologia regional (esquistossomose, doença de Chagas, endemias rurais, etc.), sobre temas aplicados (antibióticos, corticóides, medicina de urgência), sobre o exercício da profissão, o perfil do médico generalista e do especialista.

As conferências e reuniões devem destinar-se a médicos e estudantes, pois dessa maneira se estabelece fecundo interfluxo de vasos comunicantes entre a Academia e a comunidade médica, com benefícios recíprocos. Também podemos pensar em desenvolver painéis, simpósios ou mesas redondas para debater assuntos de interesse geral como o ensino médico, a reforma universitária, a pesquisa e a pós-graduação. Ainda recentemente, na comemoração do sesquicentenário, a Academia Nacional de Medicina realizou um simpósio de acurado padrão sobre o ensino médico no Brasil.

Por outro lado, em relação ao sistema prestador de serviço, nossa Academia deveria convidar autoridades previdenciárias e das associações de classe, para apreciar as questões referentes a esses setores. Talvez coubessem, igualmente, discussões relacionadas a problemas médico-sociais, como ética e diceologia ou ainda, poderia a Academia colaborar com o poder público em pronunciamentos de interesse comunitário, respondendo a consultas formais, como já o fez a Academia Nacional, que foi, em certa fase, a consultora oficial do Paço Imperial. Nossa agremiação poderia atuar, também, na intermediação dos problemas que envolvem a formação do médico, o exercício da profissão e os órgãos de prestação de serviço.

Enfim, graças as múltiplas atividades, a instituição serviria à comunidade, quando por ela solicitada ou, mesmo, se anteciparia, tomando a iniciativa de ir ao encontro dos seus magnos problemas médico-sociais.

Esta, a Academia que eu sonho e que pode ser realidade um dia, pois ela possui os necessários e valiosos elementos, representados pelos componentes altamente qualificados que a integram. Imagino uma agremiação atualizada e atuante, participando dos debates e questões que interessam a comunidade médica bahiana.

Creio firmemente nesse futuro da Academia, porque a glória do seu destino está confiada à elite intelectual de nossa classe. Sem dúvida, o esforço isolado de cada acadêmico será insuficiente ou improdutivo, mas a solidária conjugação de esforços assegura o resultado construtivo. Pois estou esperançoso e persuadido de que nos manteremos, todos, unidos em redor do ideal comum que sustenta a Academia, e a serviço do compromisso, assumido no ato da posse, de contribuir para o engrandecimento da cultura médica bahiana e para a elevação do conceito da nossa honrada profissão.

## ALOCUÇÃO DE POSSE NA PRESIDÊNCIA

Jayme de Sá Menezes (\*)

Senhores Acadêmicos, queridos Confrades e Amigos,

Só o poder de nímia gentileza nos conduziria à presidência da Academia de Medicina da Bahia.

No já distante 1958 — lá se vão passados 21 anos — quando ainda nos sorria a mocidade, fixou-se em nossa cabeça a idéia de fundar esta instituição médico-cultural, agora já de maioridade completada. Àquela época, espicçou-nos o espírito o fato de a Bahia, onde se plantaram as raízes da Medicina brasileira, não contar ainda com a sua Academia, rolados então 150 anos sobre a fundação do ensino médico nacional, ocorrida, em 1808, nesta antiga capital do Brasil-Colônia.

Conforta-nos registrar, 21 anos contados da sua criação, o vigor com que tem atuado no meio médico baiano. Sem que jamais pleiteássemos a sua presidência, apesar da reiterada e amável lembrança do nosso nome para tão elevada função, partida de tão eminentes confrades, o que sempre cuidamos certo, o que sempre com convicção defendemos, foi o princípio de que esse posto fosse exercitado, no só propósito de prestigiar a novel instituição, pelas personalidades maiores da Medicina baiana, como aliás ocorreu desde o seu primeiro e inolvidável presidente, o preclaro e saudoso Acadêmico João Américo Garcez Fróes, inexcédível e rigoroso no cumprimento de seus deveres, e que tanto fez honra a esta Casa, e à sua presidência.

Hoje, vencida a nossa antiga e justificada relutância, varado o flanco da nossa resistência pela insistente gentileza de vários confrades, sobretudo, ultimamente, de José Silveira e Macedo Costa, rendemo-nos aos excessos da vossa benevolência, dando por merecida esta eleição, quando, na realidade, não mais representa do que a confirmação da nobreza dos vossos sentimentos:

Ciente e consciente das nossas limitações, sabemos do preço das responsabilidades que nos aguardam, acrescidas pelo vulto da obra dos nossos antecessores, dentre os quais, com a vossa permissão, nomeamos José Silveira e Luiz Fernando de Macedo Costa, dois expoentes da Medicina.

(\*) *Tendo o Acadêmico Macedo Costa, nomeado reitor da UFBA, renunciado à presidência, com apenas três meses de exercício, foi, como manda o Regimento, realizada nova eleição, tendo sido eleito presidente, por unanimidade, para o biênio 1979-1981, o Acadêmico Sá Menezes, idealizador e fundador da Academia, que, por esse motivo, não quis tomar posse em sessão solene, pronunciando, em ato simples, esta alocução.*

Lembrados da advertência de São João Crisóstomo — “o varão sábio, quando no rosto o louvam, no coração o magoam” — ainda assim nos não furtamos ao dever da justiça.

De José Silveira, basta recordado o brilho, o empenho, a clarividência, o idealismo com que exerceu esta presidência, engrandecendo-a com o seu renome, vitalizando-a com a sua ação, vigorosa, nobre, elegante, voltada para o prestígio e a elevação deste cenáculo, a cujo quadro de titulares procurou atrair novos e respeitáveis valores, que vieram enriquecer as nossas fileiras com os primores do seu saber. Além disso — o que já seria suficiente para consagrar a sua obra nesta Casa — o presidente José Silveira marcou ainda as suas duas gestões à frente dos destinos desta Academia com a publicação dos números 1 e 2 dos nossos Anais, retrato fiel da vida desta instituição, e um testemunho a mais do extraordinário poder de organização do egrégio ex-presidente, tantas vezes posto à prova na sua longa e luminosa vida profissional, abençoado animador de idéias que obedecem à força criadora do seu talento, à firmeza e retidão do seu caráter.

De Luiz Fernando de Macedo Costa, se de um lado lamentamos tenha sido curto o período em que exercitou a presidência, por outro lado nos envaidecemos, todos nós desta Casa, pelo móvel que o levou a renunciar o cargo, em pleno esplendor do seu exercício: a sua nomeação para reitor da Universidade Federal da Bahia, atingindo, assim, o pináculo da sua carreira magisterial, ele que é dos mais insígnies titulares da mesma universidade.

Fracassados foram todos os nossos esforços, todos os nossos argumentos, todos os nossos apelos para que conciliasse os deveres do reitorado com os da direção desta Academia. Extremamente escrupuloso, temeu não contar com o tempo disponível para dar continuidade ao desempenho alto e luzente que vinha imprimindo à esta presidência. Formulou a sua renúncia, que a todos nós tanto pesou, sobretudo porque antevíamos, pela segurança e descortino com que exercia o cargo, o que seria a sua gestão, cujo perfil delineado em curto tempo entremostrou os parâmetros dos seus objetivos e da sua orientação, as vigas mestras em que se assentavam os seus propósitos.

Esta Academia, por tudo isso, deplora o afastamento da sua presidência, mal começávamos a sentir o acerto e a pujança do timoneiro, de uma figura tão eminente da Medicina, de um confrade tão distinto, de um amigo tão correto, de um homem de talento e cultura, cuja ação, neste posto, seria fatalmente das mais operosas e brilhantes.

E todos vós, imprudentes ou desavisados, e fazendo uso de desmedida cortesia, elevaram-nos a esta presidência, onde sucedemos mas não substituímos o nosso ilustre antecessor.

Mas, “como é de honrados honrar os outros”, como queria o Pe. Manuel Bernardes, eis-nos aqui para pelear convosco, certos de que, nesta presidência,

seremos menos nós mesmos do que todos vós, que ireis passo a passo contribuir para a crescente respeitabilidade desta Academia.

Neste cargo, a que nos conduziu a vossa bondade, não prescindiremos da colaboração altamente valiosa, não só da luzida Diretoria, mas de todos e de cada um dos preclaros confrades.

Cumprе às Academias o reconhecimento e a proclamação dos valores, daqueles que se distinguiram no trato da cultura, na elaboração do pensamento, na profundidade e filosofia do saber, dissemos nesta Casa, sem que isso, todavia, conduza os seus membros à inércia do conservadorismo ou, pior ainda, do reacionarismo.

Conceituação esta que se ajusta àquela aqui mesmo definida por Macedo Costa, ao proferir o seu discurso de posse nesta presidência: "Obsoletas e ultrapassadas serão aquelas instituições que pretenderem conservar, imutáveis, através dos tempos, seus objetivos e suas funções. Produtivas e prestantes serão as organizações dinâmicas e irrequietas que se atualizarem, ajustando-se às solicitações contemporâneas e ecológicas".

Nesta categoria se insere esta Academia, que sabe onde acaba a ciência e começa a fantasia; e que tem primado por ser uma instituição objetiva, operosa, dinâmica, aberta ao diálogo, atenta às lucubrações dos espíritos cultos, empenhada em conduzir a Medicina à sua mais alta e nobre destinação.

Na hora que passa, sob o ciclópico evoluer da ciência e o vertiginoso progresso tecnológico, com toda a gama de seus reflexos na Medicina dos nossos dias, sujeita ao corrosivo processo da massificação, às academias de medicina, como organismos preocupados com o melhor exercício e a quanto possível perfeita aplicação da ciência médica, há de tocar uma imensa responsabilidade, da maior importância no equacionamento e solução de múltiplos problemas médico-sociais. Haja vista ser o homem, na sua desejável integridade somato-psíquica, no perfeito equilíbrio de sua personalidade, o agente básico, o condutor de todos os processos e reformas, políticas, econômicas, sociais, filosóficas, religiosas, que abalam e transformam, neste século, a sociedade, os povos, as nações, cujas antigas estruturas, firmadas em sólidos princípios éticos, se ressentem e sofrem a ameaça de imprevisíveis comprometimentos.

À frente das responsabilidades desta Casa, cabe-nos porfiar, conscientes do papel desta Academia, pelo seu constante engrandecimento, condicionado este à vossa inestimável ajuda, sem a qual fracassariam quaisquer dos nossos planos, que poderiam, para vos acender uma esperança, ser resumidos na realização de cursos, promoção de simpósios, elaboração de trabalhos, discussão de temas, enunciação e troca de idéias, de cujos profícuos debates muita luz poderá ser feita nos mais desafiantes problemas da atualidade médica e científica.

Possuidos daquela fé imensa e viventíssima, capaz de fazer fortes os fracos,

apenas três coisas vos prometemos, de ânimo inteiro e seguro, porque ao alcance das nossas possibilidades: trabalhar, trabalhar, e trabalhar!

Ungido o nosso espírito do mais comovido reconhecimento — e lembrados de quanto, ao longo destes anos, fomos alvo da vossa dadivosa atenção, dos vossos benévolos sufrágios — pesamos o vosso gesto de agora, e meditamos na vossa constante fidalguia.

Vencidos pelas efusões da amizade e da estima, ainda mais ficamos penhorados à largueza do vosso espírito, nós que já cuidávamos conhecer os transbordamentos da vossa afeição.

Entre amigos de tão apurado quilate e primorosa convivência, não podemos senão bendizer tão aliciante companhia.

Sabeis vós que as alturas costumam turvar a vista, e precipitar o homem. Mas, dá-nos a humildade a confiança de que nesta presidência conservaremos límpida a visão; e de que concluiremos o nosso mandato — Deus louvado — sem cairmos nos abismos da vaidade.

## GUMERCINDO SAYAGO

### UM MÉDICO ARGENTINO QUE VIVEU A MEDICINA BRASILEIRA (\*)

José Silveira (\*\*)

*“... yo confieso mi amor por Brasil. Se me nota a la distancia. Y no es desinteresado y siento un placer muy grande al saber que soy correspondido”.*

*Gumercindo Sayago – La Medicina Brasileña que vivió um médico argentino.*

Era o primeiro Congresso de Tuberculose que frequentava. Conhecidos, só os colegas brasileiros embarcados no Rio de Janeiro: Genesio Pitanga, Ary Miranda e Valois Souto. Perdido no anonimato, mirava tudo com surpresa e desconfiança. Grupos se formavam, à saída das salas de conferência, comentando trabalhos, opinando sobre a matéria apresentada; empolgados com suas idéias, seus projetos de luta anti-tuberculose. Laços invisíveis e sutis, principalmente entre os hispano-americanos, uniam a todos na mais pura e encantadora das místicas.

De todos esses aglomerados chamava-me particularmente atenção aquele que tinha como figura central um homem de média estatura, vivo e desembaraçado, cabelos negros e corredios, emoldurando a fisionomia cobreada, de um típico descendente indígena. Mui atentamente o escutavam. Sem postura doutoral, mas exercendo forte influência sobre os que lhe estavam ao redor, parecia estar sempre doutrinando. Todos emitiam suas opiniões, aguardando porém, a palavra decisiva, o julgamento final do **Maestro**, que, senhor da sua própria competência, dava seus pareceres em frases candentes e oraculares, não raro cheias de malícia e picardia. Seu nome: Gumercindo Sayago.

Viera da sua pequena Santiago del Estero, onde nascera e se implantara em Córdoba. Sua capacidade de trabalho, seus excepcionais dotes de espírito e de cultura, foram logo suficientes para conduzi-lo à cátedra da Escola de Medicina da Universidade de Córdoba e para lhe abrirem as portas do famoso hospital **Transito Caceres de Allende**, onde, criando um Instituto de Tisiologia, organizara a cátedra, dentro dos moldes europeus. Nela, como seu chefe verdadeiro, mandava e desmandava. A seu lado, trabalhando intensamente, uma côrte de homens — nem sempre jovens — da melhor qualidade, todos fascinados por ele.

(\*) Conferência pronunciada nesta Academia, em 06-03-80.

(\*\*) Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia, ex-presidente desta Academia.

Não foi difícil abordá-lo. Totalmente desconhecido — mero e simples jovem médico brasileiro — que queria apenas cumprimentá-lo, dele cautelosamente me acerquei. Deu-me, a princípio, muito pouca atenção. Limitou-se a me dizer: “Nel Brasil hay três hombres que admiro: Fontes, Assis y Abreu”. Sua fisionomia só se iluminou quando externei o desejo de visitar seus serviços em Córdoba. Professor ilustre, mas de Província, sentia-se de qualquer modo lisongead, quando um estrangeiro desejava conhecê-lo melhor. Sua ambição maior — como era natural — ensinar em Buenos Aires; mas a transferência lhe fora dificultada pela presença de um candidato ao mesmo posto, com a estatura e com o valor excepcional de Raul Vaccarezza. Combinamos, então, dia e hora de chegar à encantadora cidade serrana. E porque, ao meu lado, estivesse Valois Souto, empenhado na construção do seu rico Sanatório de Correas, no Estado do Rio, logo se associou a mim, na grande visita.

Vencida a longa distância entre Buenos Aires e Córdoba, num trem bem à moda sul-americana, chegamos à estação da linda Cidade. Ao desembarcar, demos com um senhor mais velho que nós, de rosto avermelhado, cabelos negros, arredio e cerimonioso, que gentilmente nos dava as boas vindas. Longe estávamos de pensar que aquela criatura, serena e discreta, era o professor Villafañe y Lastra, figura das mais representativas da Medicina Argentina, grande médico, professor titular de Epidemiologia, não se acanhando em ser colaborador e se dizer discípulo de Sayago. Vinha em seu lugar. Ele próprio — dentro do seu bem elaborado ritual — pessoalmente, só comparecia à recepção dos visitantes, quando se tratava de uma figura excepcional. Como esse não era o caso, para não sacrificar sua requintada fidalguia, enviava seu colega, que, apesar de igual posto universitário, ao grupo humildemente se filiava.

Transportados para a cidade, no carro do próprio Villafañe, que se desdobrava em atenções para conosco, chegamos ao Hotel, de nome Bristol — se me não engano — onde reservadas já estavam as nossas acomodações; com a informação de que todas as despesas ficavam a cargo da Universidade. Sensibilizados e agradecidos, despedimo-nos do atencioso colega e fomos repousar. Pelo fim da tarde, chamava-nos a recepção, avisando que Don Gumercindo estava, no saguão, à nossa espera, para nos cumprimentar. O homem distante, indiferente e frio de Montevideo, era aqui uma outra pessoa. De braços abertos, à maneira brasileira, dava-nos o cordial **saludo de bien venidos**, pondo-se à nossa disposição. Disciplinado e acostumado a liderar, trazia, devidamente escrito, o programa do que poderíamos ver, no tempo por nós estipulado de três dias. Deixando seus endereços, da residência e do Instituto, com respectivos telefones, só nos iríamos ver, no dia imediato, na sua tenda de trabalho. Lá mostraria seu serviço e nos diria como atuava e em que domínios da especialidade. Não saia, porém, sem nos dar mostras do seu prestígio pessoal, na classe e na sociedade local: se tiverem



alguma dificuldade, acrescentou, "basta decir: soy amigo de Sayago". Não mentia; todos o respeitavam e o queriam muito.

Pontualmente, às oito horas da manhã seguinte, um dos seus discípulos nos veio apanhar. Rumamos para o velho **Caceres de Allende**, antigo hospital, sem o menor luxo, mas onde se podia trabalhar com limpeza, ordem e eficiência. No seu gabinete já se encontrava el **Maestro**. Apresentou-nos a cada um dos seus colaboradores. Eram, se não me trai a memória, Ferrer, Moratel, Wolaj, Perez, Becerra, Degoy, Chatás, Quinteros, sem esquecer seu querido Villafañe, já nosso conhecido. Outros tantos, cujos nomes não guardei, compunham o grande grupo dos que o ouviam e seguiam. Passamos imediatamente à visita das enfermarias. Uma grande alegria logo se estampava na fisionomia dos pacientes, quando chegava a equipe salvadora. Com a majestade de um verdadeiro chefe de Escola, ao jeito tedesco, sempre acompanhado por todos os seus auxiliares, percorreu conosco várias salas, vendo caso por caso, discutindo seu diagnóstico e preconizando seu correto tratamento. Nenhum documento, nenhum resultado de laboratório ou de exame radiológico, constantes da rotina, poderia faltar. Todos teriam que estar à disposição do chefe, na hora da visita, dentro do mais rígido e sério protocolo.

Terminada a análise dos casos, quando inquisidoramente queria saber sempre a opinião dos seus assistentes e dava a palavra final, reunimo-nos numa sala maior, onde, naquele dia, iríamos assistir uma demonstração anatomo-clínica, a cargo do eminente fisiólogo Antonio Cetrangolo, experimentado clínico de quem se dizia fiel discípulo.

Ao velho simpático, de cabelos grisalhos, sorriso bom e fisionomia tranqüila, nos apresentou, informando-lhe que todos estávamos ansiosos pelo que ele iria mostrar naquela manhã. Sabíamos que cuidaria de um processo terapêutico, então em voga, o da **chumbagem pulmonar**, que consistia em criar um colchão de parafina entre o pulmão e a grelha costal, com o propósito de colapsar o órgão, quando não fosse possível fazê-lo por métodos mais simples e mais seguros. Atentos escutamos a exposição do grande médico que, fora mesmo dos seus hábitos discrentes, mostrava uma preparação anatômica, maravilhosamente montada, onde se podia ver o fechamento total de uma caverna pela massa compressiva. Ninguém ousava comentar. Todos aguardávamos o **verdictum** de Sayago. Depois das considerações atenciosas feitas ao grande mestre, com ele concordando em muitos pontos, acabou, porém, por concluir: "pero no hay que olvidarse que se trata de una pieza de necropsia". Mostrava-se ele em toda sua plenitude. Atualizado, disposto a seguir em frente, não se deixava facilmente dominar pelos primeiros resultados. Com extraordinário espírito crítico, analisava os fatos e as doutrinas, resumindo, em frases incisivas e definidoras, sua opinião verdadeira, desabusada, irreverente e quase sempre revolucionária. Dominava ali, naquelas

regiões, a linha clássica dos mestres alemães, por ele frequentemente visitados.

Um dos seus discípulos me contou, logo depois, outro exemplo singular. Vinha não sei de onde, creio até que do Brasil, um ousado colega, que, procurando curar as cavidades tuberculosas, nelas injetava o morruato cúprico coloidal, o então famoso **Gadusan**. Entusiasmado com seus primeiros êxitos, a convite do próprio Sayago, fez deslizar sob as vistas curiosas dos presentes, um sem número de radiografias comprovadoras dos seus sucessos. . . O assunto foi posto em discussão; perguntas e opiniões surgiam de todos os lados: otimistas umas, pessimistas outras. Chegou o instante de opinar o Chefe. Sem maiores rodeios, concluiu apenas: "nuestro colega acaba de demonstrar que se puede puncionar una caverna tuberculosa sin determinar matematicamente la muerte del enfermo".

Não falava por falar. Tinha suas próprias convicções, porque longamente trabalhara com os métodos cirúrgicos de tratamento da tuberculose. Continuava fiel à sua **toracoplastia**, que, como um dos primeiros em todo o mundo, defende-ra, ao lado de Brauer, Friedirich, Saugmann e Sauerbruch. Seus trabalhos publicados desde 1923, condensados e traduzidos por John Alexander — um dos mais notáveis cirurgiões americanos, no seu artigo **The surgical treatment of pulmonary tuberculosis** no nº 15 da **American Revie of Tuberculosis** de 1927, a tanto o autorizavam.

Nas horas restantes do dia e nos dias seguintes, fomos envolvidos com renovados encontros científicos, visitas a vários centros médicos, restaurantes e clubes sociais da maior categoria. De tudo nos ficou — e para sempre — a imagem sobre a qual tenho tanto insistido em outras oportunidades; a de uma escola médica, organizada dentro dos mais elevados padrões técnicos europeus, composta de homens capazes e responsáveis, jovens na maioria, devotados e dispostos todos a obedecer, com disciplina, convicção e respeito, a um chefe da mais elevada categoria científica, com o mais desenganado amor aos ideais da sua profissão. Sayago dispunha, nos domínios do ensino e da indagação científica, dos seus colaboradores sem limites de tempo ou barreiras horárias. Sem a menor demonstração de fadiga ou desagrado, todos atendiam aos seus caprichos e à sua vontade. Respeitavam-no porque o admiravam e o amavam. E o amavam porque não falhava nunca: dele sempre recebiam a palavra consoladora do chefe, o amparo do colega, o auxílio do amigo, nas diversas circunstâncias da vida: nas alegrias como nas tristezas.

Dominados por tão fecundo exemplo de eficiência e de labor construtivo, numa cidade provinciana da Argentina — nessa latino-América tão ignorada e esquecida — deixei Córdoba com a certeza de que daquele admirável núcleo de inquietação e de estudo, muitíssimo teria que vir. Não me enganava. Durante anos a fio, uma atividade sem confronto em todo o continente ali se desenvolvia com intensidade e fervor. Publicações do valor dos **Temas de Tisiologia**, iniciados

em 1934, eram seguidos pelos volumes de **Tisiologia**, onde se condensavam trabalhos e pesquisas, anunciados nos seus famosos **Cursos de Perfeccionamento**, com a participação das maiores expressões do mundo tisiológico da época.

Isso, sem dúvida, pelo valor extraordinário, científico, cultural e humano, daquele homem que se fez no trabalho e se exaltou pela sua inteligência e pelo seu talento, e que, logo depois ou por isso mesmo, passou a sofrer a mais cruel das perseguições, obrigando-o ao exílio e ao afastamento da sua pátria, quando as hordas arrasadoras de Peron, tomaram-lhe a cátedra e o arrancaram do seu Hospital.

Felizmente que, antes dessa catástrofe, tive a honra e alegria de revê-lo ainda, com a força do seu prestígio e a majestade da sua liderança, como professor, discreto e modesto, imitador do seu grande exemplo, a merecer carinhosa e pessoal, principesca e fidalga, quando me foi dado participar de algumas das suas grandes jornadas de trabalho e de estudo.



Meus encontros com Sayago, dentro e fora do Brasil, foram muitos e reiterados. Deles guardo a mais viva recordação, conservando, não raro, uma palavra, uma frase, um pensamento, um conceito, uma sentença e, mais do que tudo, uma atitude de vida e de ação.

Sem preocupação de datas e lugares, arrumados em fixo cronograma, tentarei evocar aqueles admiráveis instantes de inteligência e de espírito com que o grande amigo para sempre me marcou. Contarei, abreviadamente, já se vê, nosso encontro na Alemanha e em Havana; suas passagens pela Bahia e o milagre de Senhor do Bomfim; sua viagem pela Amazônia; seu suave exílio no Brasil; sua presença nos meus cursos; sua volta à Cátedra de Córdoba; seu desejo de edificar o IDIT, inspirando-se no IBIT; minhas visitas, depois da retomada do Cáceres de Allende; por fim, a notícia trágica do seu desaparecimento, que encheu de luto e pesar a todos nós. . .



Encontrava-me na Europa em 1936, quando recebi uma carta de Heitor Marback, informando-me que Sayago passara pela Bahia e tivera a delicadeza de perguntar por mim. Senti, então que devia retribuir a generosa atenção do Mestre para com um jovem provinciano ensaiando ainda seus primeiros vôos. Lendo as notícias, que corriam nos informes universitários, dei com a indicação de que ele, a 7 de outubro daquele ano, 1936, iria pronunciar, na Sociedade Médica de Frankfurt, uma conferência sobre "Enfisema e Tuberculose". Não tive dúvida.

Tomei um avião em Berlin e, na hora certa, bem em frente ao pólio do conferencista, ao austero auditório, me sentei.

Cercado das maiores atenções, ladeado pelas expressões máximas da Clínica e da Cirurgia alemães, passou o convidado a ler o seu bem cuidado trabalho, esplêndida *Vorlesung* na essência, lida com forte acento castelhano — donde a grande dificuldade dos alemães em entendê-la — mas que, pela beleza da documentação anatomo-patológica, conquistou os mais calorosos aplausos. Sua atilada visão já havia dado com minha presença. Cuidava, porém, que se tratava de uma mera coincidência, um encontro casual, entre latino-americanos, que excursionavam pela Alemanha. Espantou-se e chegou mesmo a comover-se, quando lhe disse que voara da Capital do Reich, exclusivamente para ouvi-lo. . . Nunca se esqueceu desse episódio. Escrevendo mais tarde sobre a **Medicina Brasileira vista por um médico argentino**, não deixou de recordar: "Estaba solo, con una soledad escalofriante ante un auditorio de ilustres sabios alemanes, Volhard, Schmieden y otros. Y en el mismo instante en que iniciaba mi conferencia llegó el caballero andante bahiano. Era José Silveira que ocupó una butaca del severo anfiteatro y con su presencia me sentí tan reconfortado como si un hermano llegase junto a mi".

Nosso novo encontro se deu, anos depois, na beleza primaveril de Havana, por ocasião do 5º Congresso Panamericano de Tuberculose. Hospedados todos no grandioso Hotel Nacional, tanto quanto possível integrava a sua mesa, no seu grupo alegre e jovial, para ouvir sua palavra cada vez mais sábia e contundente. Foi aí que, numa boa noite, já pelas onze horas, vendo-o sair de uma das salas de conferência onde falava um cirurgião, que irritantemente insistia em exhibir pinças que houvera modificado para melhor execução das toracoplastias, respondendo à minha pergunta sobre o que ali se estava passando, com a ironia costumeira, foi dizendo: "Es el Dr. X . . . con sus ferrocarriles. . .". Aniquilava o método e definia o homem. . .

Chegaria o dia de recebê-lo na Bahia. Foi pelo 3º Congresso Nacional de Tuberculose. Reunidos nos encontravamos com as maiores expressões da Tisiologia Latino-Americana: Garcia Rossel, do Perú, Fernando Gomez, do Uruguay, Miguel Jimenez, do México. Todos hoje, desgraçadamente, desaparecidos. Era Sayago, no entanto, a figura dominante. A segurança dos seus conhecimentos, a franqueza com que falava e sobretudo sua visão ampla e profunda das atitudes médicas e das suas conseqüências sociais e humanas davam, como a ninguém, o privilégio de entender e penetrar no espírito místico, contraditório e romântico da Bahia. Sua extraordinária sensibilidade, sua paixão pelas coisas exóticas, seu amor pela liberdade e tolerância, inimigo que era dos formalismos e dos preconceitos de qualquer espécie, fizeram-no desde logo um bahiano verdadeiro. Tanto o encantavam as belezas naturais como sobretudo as graças femininas. No Hotel

ou nos restaurantes, provocava, sob os mais variados pretextos, o deslocamento das jovens que o serviam porque não se cansava de repetir: "las bahianas no caminan, bailan siempre".

Sobre essa passagem por Salvador, sobre o Congresso em que tomou parte, emocionado, escreveria depois: "fueran dias inolvidables los de este torneo científico. La ciudad abrió sus puertas a los congressistas, los hogares tendian sus mejores manteles para gustar de los "quitutes" regionales, del clasico "vatapá" apimentado, de las gallinas a la bahiana. Pero, sobre todo para gozar de esos momentos en los que la gracia de las mujeres se disputaba con el interés de las platicas cordiales de sus hombres, dichas en lenguaje profundo y frondoso". Esse impacto feminino, a um tempo exótico e carinhoso, tanto o perseguia que, dois anos depois, a 3 de julho de 1948, quando, em Córdoba, no Instituto Argentino-Brasileiro de Cultura, tive a honra de falar sobre "**Alguns aspectos de la investigación científica en Brasil**", ao comentar minha palestra, não se satisfez enquanto não atendi o seu pedido de explicar aos presentes os encantos do tipo de mulher que apreciava, informando-os sobre "que es que la bahiana tiene", como dizia em franca alusão à ginga, aos requebros e rebolados das brasileiras".



Tudo andava no melhor dos mundos, quando sobre a Argentina, desabam as forças arrasadoras de Peron. O ditador, amedrontado e inseguro, via inimigos por todos os lados. Firmando-se num manifesto em que os responsáveis pelo Ensino Superior pugnavam pela volta ao regime da Lei e pela reconstitucionalização do país, em golpe desleal, e rasteiro, demite mais que um milhão de eminentes e doutíssimos Mestres. Entre estes, Gumercindo Sayago. Se muitos, dignamente se portando, não foram à luta aberta e franca, não assim o titular de Córdoba. Senhor dos seus conhecimentos, ciente e consciente dos seus direitos, como responsável da grande obra científica e humana que vinha executando, não cruzou os braços. Foi para a rua, formulou o seu protesto nobre e corajoso, gritou contra o arbitrio, a ignomínia e o absurdo.

Expulso da cátedra, que tanto amava, desfeito o convívio com seus discípulos e colaboradores, e, por fim, agredido diretamente pelas forças reacionárias e pelo Governo, viu-se obrigado a exilar-se. Deixar a pátria e se refugiar no estrangeiro. Foi aí que se viu a extensão do seu prestígio. De todos os lados surgiam os convites para que ocupasse cátedras especializadas nas Universidades latino-americanas e mesmo européias. Preferiu o Brasil, localizando no Rio Grande do Sul, onde, meses a fio, graças ao apoio de alguns discípulos seus, principalmente de Eleyson Cardoso e Nascimento, baiano este, que, como afamado fisiólogo, em Porto Alegre, há muitos anos se implantara. Aí instalou Sayago sua própria clínica; aí passou a colaborar inteiramente na Saúde Pública da região.

Longo seria enumerar a sua ampla e fecunda participação no desenvolvimento da Tisiologia brasileira. Todos nós o recebíamos com alegria e proveito. Trabalhando com médicos e enfermeiras naquele Estado, ensinando nos mais diversos centros médicos nacionais, convivendo com a fina flor da Medicina, a nós conhecia como se fossemos seus verdadeiros discípulos. Sobre cada um tinha uma impressão formada, um juízo exato. Sabia das nossas qualidades; conhecia nossos defeitos. Estes sempre explicados e atenuados pela sua bondosa complacência, como se pode apurar no folheto que escreveu intitulado "**La medicina Brasileña que vivió un médico argentino**". (\*) do qual tirei para aqui o maior número dos seus pronunciamentos. Demonstrações de apreço, homenagens e honrarias sempre lhe foram prestadas por todo o Brasil. No Rio Grande do Sul, era seu nome fixado numa sala de aulas do Grupo Escolar de São Gabriel. Em Manaus, inaugurou-se o **Preventório Gumercindo Sayago**, inspiração de Djalma Batista, um dos mais dedicados apóstolos da luta contra a Tuberculose nas terras amazônicas. Grandes e fortes emoções sentiu na inauguração dessa Instituição de combate à terrível doença. Também em nenhuma outra ocasião se revelou mais claro seu apreço, seu afeto por todos nós do que naquela 3ª Conferência Nortista de Tisiologia, a última das que se realizaram no Norte e que nascera na Bahia. Suas são estas palavras:

*"El verde amazónico era tan penetrante como el ambito cálido y humedo y ai, en esse ambiente, aprendi a admirar al pueblo amazonico, que adora a su selva imensa, que admira cada dia más y más a sus rios de caudal incomensurable, que lucha alegre y confiado a la par de su elite medica, por una superación de esta bella Manaus, la metropole amazonica de otra, que sin duda está llamada a destinos difíciles de prever, para la grandeza de la Patria Brasil"*.



Passam-se os anos. Continua no exílio o titular amigo; sem esperanças e melhores perspectivas. Trago-o mais uma vez à Bahia; dessa feita para participar de um dos meus Cursos de Aperfeiçoamento em Tuberculose e Doenças do Aparelho Respiratório. Com a Clínica Tisiológica em pleno funcionamento, vivemos momentos de grande entusiasmo. Sem paletó, mangas arregaçadas, trabalhamos intensamente com os alunos; fazendo conferências, discutindo doutrinas e casos clínicos de observação corrente. Entusiasmado com os trabalhos então

(\*) Conferência auspiciada por el Instituto Argentino Brasileño de Cultura y los Cursos Libres de Portugués y Estudios Brasileños, en adhesion a la efemeride de Mayo, realizada en el salon de actos de la Biblioteca y Escuela de Asociación de Mujeres de Rosario, el dia 23 de Mayo de 1955.

desenvolvidos, não se contém. "Bravo, Silveira" escreveria depois, "usted tendrá eso y mucho más, pues su inteligencia, laboriosidad y simpatia lo hacen acreedor a ello! Alla en el IBIT y en la catedra de Silveira, mucho aprendi, pero en especial aprendi a admirar su obra de Maestro". Concluindo: "He profesado hace poco tiempo en uno de sus magnificos cursos de perfeccionamiento y asi estuve, mas que nunca, codo con codo, cada dia, enseñando a ese grupo de medicos que rodean el Maestro Silveira".

Nessa passagem pela nossa Bahia, dois episódios definem ainda mais o feitio espiritual do grande amigo: o primeiro diz respeito à irreverência com as autoridades constituídas, sem respaldo de valor pessoal; o segundo revela as coincidências estranhas, capazes de abalar o ânimo dos descrentes.

No término do curso, levado a efeito sem a menor ajuda econômica da Universidade, mas num hospital à ela, de qualquer forma, subordinado, senhor da política de desinteresse e despreço oficiais à minha cátedra, convenci-o a fazermos juntos uma visita de cortesia, à autoridade máxima. Resistindo, a princípio, no fim concordou. Inexplicavelmente, porém, a Reitoria não marcava hora para nos receber, embora lhe fosse cientificado que iria levando um eminente professor estrangeiro. Resolvi, um dia, avançar o sinal e nos dirigimos, assim mesmo, sem hora marcada, para visitar, senão o Reitor, pelo menos, a Reitoria. Chegando ao palácio recém-construído, carregado de tapetes e cortinas, pavimentado de mármore custosos e embelezado com antigos azulejos, espantado pelo contraste entre a riqueza que via e a pobreza e as dificuldades do ensino e da pesquisa médica, sem querer galgar o andar superior, foi logo me perguntando: "pero Silveira, para que sirve todo eso? "

Sem lhe dar resposta, por não me ocorrer explicação razoável subo à procura do Magnífico Reitor. Portas fechadas: o Reitor, como de costume, viajara para o Rio. Desencantado, descendo, informo ao visitante havermos perdido o nosso tempo. Incontinentemente respondeu-me que não. Havia aproveitado o seu para descobrir a serventia das luxuosas instalações que visitava: "Nada más, nada menos que para las chicas poner baton".

Daf saímos, com destino à igreja do Bomfim. Já tinha vindo duas vezes à Bahia e nunca chegara à Colina Sagrada. Depois de mirar e remirar a velha basílica, aproximando-se do altar-mór na sua contundente e incorrigível irreverência, logo me perguntou: "pero que hace este Señor? " referindo-se ao crucificado, patrono da Cidade. . . Milagres, respondeu Ivone, que nos acompanhava. Para isso basta que lhe faça um pedido com muita fé e grande confiança. Sem dizer palavra, ficou um certo tempo em silencio, acompanhando-nos no restante da visita. Ao sair, não resistimos e lhe perguntamos: que pediu afinal ao Senhor do Bomfim? Sem hesitar concluiu "que salga Peron". Sem esperança, embora, deixava a Bahia, "sintiendo la inquietud profunda de sus viejos maestros y

aquella tan viva de sus médicos juvenes". . . "levando en mi retina, con el colorido de su paisaje, con sus casas en cuyas frentes comienza a aparecer el verde amazônico alternado con el amarillo profundo del aceite dendê, el recuerdo de días acogedores compartidos fraternalmente".

Desse acontecimento não se esqueceria jamais, como ele próprio conta:

"En mi ultima visita, año 1953, se celebraba la fiesta de Santo Antonio, el santo de las novias, cuyo templo era todo una floracion de nardos y narcizos blancos que embalsaban el ambiente con un "cheiro" (perfume) penetrante. Y esta vez si que visite al santo patrono de la Bahia, al Señor del Bomfim, conduzi-do amablemente por una dama de ojos negros y vivaces, de belleza casi estatua-ria, de belleza griega. Y al llegar al templo me dijo: "El señor puede pedir um milagro al Señor del Bomfim, que siempre se cumple". Y pedi el milagro de todo corazon pero guardando mi secreto y lo sigo guardando sobre el pedido que dice al Santo". . . Segredo que não difundiu na Argentina, mas que a nós havia revelado.

Parece incrível, mas foi a verdade. Passou-se mais algum tempo e surgiu a queda do terrível caudilho. . . Milagre? Coincidência terá dito o beneficiado, de acordo com sua incontida rebeldia. . .



Por terra a ditadura, consegue Sayago voltar à sua Pátria, retomar a sua cátedra. Sem perder o ímpeto renovador, reúne seus antigos discípulos, atrai novos valores e reinicia sua faina. . . Mas. . . com que dificuldades! Como se fora devastado por um tufão, destrozado encontra-se seu Hospital. Rebaixado o seu aspecto físico, desarticulados os seus serviços. Mas mesmo assim nesses escom-bros, apesar de abalada a sua saúde, por várias intercorrências mórbidas e inesperados traumas emocionais, não se deixa vencer. Repetiam-se os encontros; multi-plicam-se os cursos; debate-se pela volta ao seu antigo ritmo.

Mais uma vez visito Córdoba. Encontro-o a desfrutar da mesma estima, do mesmo prestígio social, do mesmo apreço, particularmente dos jovens estudan-tes. As consequências da catástrofe entretanto não haviam se esgotado. Verbas escassas, dinheiro curto, dificuldades de toda espécie impediam a própria Univer-sidade de lhe dar a ajuda indispensável.

Firmado no êxito do nosso IBIT, fundação de iniciativa privada em pleno vigor, tentou reunir seus amigos, apelar para as classes conservadoras da Cidade no sentido de construir o Instituto, o seu IDIT, honrando-nos com tal semelhan-ça. Apesar de tudo, conseguiu alguma coisa. Pude ver a obra na fase inicial, de concreto armado. . . Não sei porque não o concluiu com brevidade. A morte o arrebatou em plena luta. . . como aliás o desejava. Na vigência de um dos seus tão



afamados cursos, em plena euforia, depois de receber incontestes demonstrações de estima e de apreço, cai fulminado em plena noite. Morreu como um herói. Sua morte instantânea esteve à altura da sua vida gloriosa.

Suas horas finais, como nos contou Aloysio de Paula, convidado estrangeiro para o curso daquele ano, foram envolvidas por uma cerimônia onde se exaltaram os laços de amizade entre o Brasil e a Argentina.

“No dia seguinte, escreveu Aloysio, 20 de março, após minha primeira aula do curso, fomos visitar a escola Estados Unidos do Brasil, em Córdoba. Ali chegamos à tarde e fomos recebidos pela garotada em uniforme, professoras e auxiliares. As crianças entoaram os hinos do Brasil e da Argentina, o que nos comoveu profundamente”. Sayago estava feliz por proporcionar a um brasileiro aquela recepção, em uma escola argentina, onde se ensina as crianças a nos admirarem e nos quererem bem”.

À noite desse mesmo dia, sentiu-se mal. Tão violenta foi a sua crise que, urgentemente acudido, nem assim pode sobreviver. . . Sua morte, entretanto, não conseguiria nunca, apagar da memória dos que com ele conviveram, queriam, respeitavam, admiravam e amavam, sua figura de excepcional talento, vontade férrea, amor à beleza, dedicação ao trabalho e consagração sem limites aos supremos ideais da humanidade.

“A vida de Sayago, insiste seu amigo do Rio de Janeiro, foi algo de fabuloso. Naquela hora sentimos que iria começar a grande lenda de Sayago, o mais extraordinário vulto da Tisiologia no seu tempo”.

Essa lenda a pouco e pouco se vem constituindo às custas do “Diós Tiempo”, como ele costumava dizer. As linhas que acabo de escrever — na modéstia e na humildade de um dos seus menores discípulos e amigos — pretendem trazer uma pequenina pedra para o monumento espiritual que se erguerá um dia, em majestosas e amplas proporções, a um dos maiores da nossa grei, que, sobre todas as suas qualidades de exceção, tinha o privilégio de querer bem, de adorar a duas pátrias: a Argentina, por nela ter nascido e o Brasil, por tê-lo acolhido, no mais puro aconchego, na hora da tristeza, de desventura, como o maior e mais querido dos seus filhos. Às duas soube honrar com sua inteligência, sua vontade e sua gratidão.



**CONFERÊNCIA SOBRE MIGUEL COUTO,  
NO CENTENÁRIO DO SEU NASCIMENTO**

**Jayme de Sá Menezes**

**ROTEIRO:**

A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA  
OS SONHOS DO ESTUDANTE  
O INÍCIO DA CARREIRA  
OS PRIMEIROS TRIUNFOS  
O CONCURSO PARA CATEDRÁTICO  
A TRINDADE INEXCEDÍVEL  
O CLÍNICO E O PROFESSOR  
O HOMEM DE LETRAS  
O MESTRE DO CIVISMO E DA BONDADE  
OS DIAS DERRADEIROS



## MESTRE DO CIVISMO E DA BONDADÉ: – MIGUEL COUTO

Jayme de Sá Menezes (\*)

Senhores confrades,

Recordar os mortos exemplares é missão que nobilita e impõe deveres de justiça. As nações e os povos de consciência plena velam a memória de seus pró-homens, reconhecidos pelos bens que de suas vidas recolheram. Só nações desfibradas, povos entorpecidos, faltam à pontualidade desse dever irrecorrível.

Graças a Deus, já possui o nosso amado Brasil uma consciência que lhe não permite olvidar — nas horas em que soam os mais nobres sentimentos — de Civismo, de Cultura e de Beleza — aqueles nomes insígnies que formam a sua constelação de altíssimos valores.

Nela de direito se encontra, engastado pelo merecimento próprio, esse vulto estelar cujos raios ainda nos aquecem, e que ora nos reúne nesta póstuma homenagem.

Cumprimos, de ânimo humilde e em recolhimento, o honroso mandato que nos deferiu o nosso ilustre Presidente, que, destarte, quis manter esse Instituto na fidelidade à sua própria destinação, que outra não é senão a do culto dos que souberam, na Medicina, recomendar-se à estima dos coevos e dos pósteros.

Generoso e equívoco na sua indicação, o Sr. Presidente nos colocou em situação embaraçosa, porque, para falar de Miguel Couto, como por igual de outros de seu porte, é de exigir-se, para o bom desempenho da tarefa, quem lhe ombreie nos méritos e lhe corresponda no nível, em que pairam os grandes nomes da Medicina Nacional.

Com o favor da vossa clemência, todavia, senhores confrades, tentaremos, com tintas esmaecidas e mão canhestra, pintar por certo um retrato comprometedor dos traços inconfundíveis do extinto homenageado, cuja fisionomia moral e intelectual exige virtuosidade de mestre.

No transcurso do centenário do nascimento de MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO, não têm sido senão condígnas as homenagens tributadas à sua memória, que é daquelas que se tornam imorredouras, tais e tantas as virtudes que lhe asseguram a perpetuidade do nome venerável.

Faz ainda poucos dias, a classe médica guanabarina, envolta nas simpatias populares ao morto ilustre, rendia a MIGUEL COUTO homenagens excepcionais, que, iniciadas ao pé de sua estátua, na praia de Botafogo, culminadas na missa rezada na Catedral metropolitana, se prolongaram pelo hospital "Miguel Couto", pelo Pavilhão e Enfermaria do seu nome, na Santa Casa da Misericórdia, pela Faculdade e pela Academia Nacional de Medicina, pela Academia Brasileira, indo

(\*) *Professor da Universidade Católica do Salvador*

atá à beira do seu túmulo, no cemitério de São João Batista.

Fizeram-se então ouvidas as mais distintas vozes da cultura médica, entre elas as de Carlos Chagas Filho, Cruz Lima, Olímpio da Fonseca Filho, Deolindo Couto, Ivolino de Vasconcellos, Clementino Fraga Filho, Peregrino Júnior, Miguel Couto Filho, todas uníssonas num só hino de exaltação à personalidade multifária desse homem singular.

A estas evocações indeclináveis, não faltariamos nós desta Casa, sempre pontual no cumprimento desse dever, que tanto enobrece quanto é necessário.

Nos dias que vivemos — de torpe imediatismo e desmedidas ambições, de egoísmo, insegurança, vacilações, dúvidas — é de mister trazer à lembrança das novas gerações aqueles que, pela majestade de sua obra e de suas vidas, se tornaram modelos por imitar e seguir.

## A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA

Miguel Couto, nascido das segundas núpcias de Francisco de Oliveira Couto, natural de Portugal, com Rosa do Espírito Santo, viu a luz, em berço pobre, a 1<sup>o</sup> de maio de 1865, na Baixada Fluminense. Teve princípio humilde. Não conheceu as folgas, as despreocupações, os privilégios dos afortunados.

Órfão de pai aos cinco anos de idade, o que lhe coube, no quinhão dos afetos insubstituíveis, foi o desvelo de uma mãe solitária e dedicada, anjo tutelar que lhe guiou os primeiros dias, e que se sacrificou, nas vigílias em que consumia as suas energias, para prover aquele lar, já então sem chefe.

Assistindo, desde cedo, na casinha humílima de S. Domingos, os esforços inauditos que fazia, à máquina de costura e nos encargos domésticos, aquela nobre mãe, — cresceu menino tímido, sem folgedos, cujo destino seria o de por si mesmo abrir os caminhos da vida.

Nessa pobreza honrada, e tendo que obter recursos para estudar, madrugou no trabalho. Arrumava e varria, todas as manhãs, a farmácia de seu irmão, e fazia em domicílio a entrega dos remédios, o que lhe não poupou a irreverente veia indígna, na sua manifestação maliciosa: — ficou então conhecido, naquele pacato subúrbio, por "Miguelzinho da Botica".

A sua adolescência, já em Niterói, no Colégio Briggs, onde fez humanidades, pressentindo por certo as asperezas por vencer, empregou-a, além do trabalho, no estudo constante, de todas as horas, num esforço orientado na aquisição de conhecimentos, que lhe possibilitariam, na maturidade festejada, as glórias a que soube fazer jus.

Criança sem infância, adolescente responsável, viu surgir-lhe a mocidade envolta de prematura madureza, o seu espírito já carregado de sombrias preo-

cupações que o fizeram um moço discreto, sóbrio, compenetrado dos mais altos deveres da vida.

Com Azevedo Sodré e Alberto Torres, seus amigos mais do peito, num convívio o mais fraternal, em animadas e ardentes conversações, esgotava as poucas horas vazias da sua severa mocidade a voltar nos jardins públicos do Rio de Janeiro. Nesses encontros pré-acadêmicos, tal então já era o títbme de suas cogitações, um dentre eles, cada qual por certo de sua vez, deixava escapar — com o pudor de que o não presentissem os demais, para não ferir a rigidez dos princípios, como assinalou o próprio MIGUEL COUTO — um furtivo olhar às moçoilas por ali sentadas.

Talvez, — quem sabe? — já houve quem o suspeitasse — num desses bancos, naqueles dias de passeio, conheceu Miguel Couto aquela com a qual casou mais tarde, o seu único amor por toda a vida, — D. Cotinha — a companheira modelar que lhe cobriu os dias de afeto, ternura, compreensão, e para a qual ele foi sempre o mais desvelado dos maridos.

## OS SONHOS DO ESTUDANTE

Chega o ano de 1879. Está Miguel Couto de preparatórios concluídos. Ingressa, então, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que o deslumbra — confessaria depois — com os seus lentes investidos nas suas becas professorais, com os concursos sob a vista do Imperador, com as lições de seus mais ilustres mestres, e até o trepidante alvoroço da estudantada lhe move a aguçada sensibilidade; e diz, textualmente:

“O carcomido edifício da velha Faculdade, donde há pouco fugimos acosados pelo medo, afigurava-se à minha imaginação adolescente, um encantado Palácio de Fadas. . . E, uma vez dentro, não sei como descreva em linguagem a fascinação e o deslumbramento que me causaram os seus maiores mestres. Em menos de um mês, os conhecia a todos; perseguido pelas chufas dos veteranos, esgueirava-me pelos corredores e entrava nas aulas dos mais velhos”, e cita, adiante, traçando de cada um o justo perfil, os mais conspícuos mestres de seu tempo, entre os quais aponta os nomes de Moraes e Vale, Domingos Freire, Ramiz Galvão, Pizarro, Nuno de Andrade, Praxedes Pertence, Cipriano de Freitas, Torres Homem, Francisco de Castro. . . a quem então não sonhava que viria a suceder na cátedra.

Esse deslumbramento, de que fez tão bela confissão, lhe há de ter ocorrido, não só do natural entusiasmo de seu jovem espírito, senão também de suas modestas origens, das quais a súbita emergia para o ingresso naquele augusto templo.

Ao cursar a quarta série, em 1883, dá início às suas atividades clínicas, ao

lado do professor Cipriano de Freitas, na 7ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia.

No ano seguinte, ganha por concurso, entre cinco concorrentes, o internato junto a Torres Homem, prélio estudantil que repercute na Santa Casa e em toda a Faculdade.

## INÍCIO DA CARREIRA

Escutando os estertores pré-agônicos do Império, que se extinguiu em 89, já ouvindo soarem ao longe os clarins republicanos, anunciadores de profundas transformações, antes ditadas pela Abolição, diploma-se médico Miguel Couto, em 1885, cujo curso, realizado sob a vigília de permanentes estudos e atenta freqüência às enfermarias, conclui aos vinte anos de idade.

Deparava agora as incertezas da profissão. Como é difícil iniciar uma carreira! Entre permanecer na cidade ou tomar o rumo do interior, sempre mais aconselhado nas suas condições, pobre e sem padrinhos, decidiu clinicar em Jaú, então modesta cidade paulista.

Não tardou, porém, por optar pela cidade, e breve retorna ao Rio, quando elege para o início de seus dias de profissão, na ante-manhã da sua carreira, o mais pobre dos bairros cariocas, a sua Prainha, entre os trapiches e o mar, rodeada de favelas, exalando maresia, por ele eugida em templo, onde passa a praticar os ofícios de seu apostolado médico, cobrando, quando o fazia, 500 reis por consulta e 10 tostões por visita.

Nessas paragens, clínico ainda obscuro e sem cartaz de reclamo, mal egresso da Faculdade, firma os passos iniciais da profissão, e pela segurança com que o fazia, já deixava antever, nos rastros de sua pisada, a marcha triunfante que lhe tocava realizar.

Sem pretender empregos públicos, redobrando a cada hora os estudos, dedica-se por inteiro a seus clientes, e dentro em pouco lhe sorri a clínica, na constante multiplicação de seus clientes, como ele, pobres, numa população paupérrima.

No sobrado da Prainha, naquele subúrbio da Saúde, noite a dentro, sob a luz do lampião, não se deixava dominar pelo sono, senão depois de concluídas as leituras médicas que lhe foram formando o cabedal, sempre ao lado das outras, as que empregava na formação da cultura literária, desde cedo paralela à sua ilustração científica.

Do clínico que seria, e que realmente o foi, dá-nos ele próprio conta, trinta anos depois: "Um homem que praticou a sua arte como uma religião por mais de três decênios, e veio da própria pobreza e passou pela pobreza alheia, de morro



em morro, de casebre em casebre, e nunca esqueceu, nem esquecerá, que foi aí que viu primeiro o coração humano como um livro aberto, com as suas fibras à mostra, puras e singelas, e onde aprendeu a ser bom e piedoso ao lado de todos os que sofrem”.

Bom e piedoso ele foi, a quem Clementino Fraga, sempre pontual na admiração a Miguel Couto, com justiça chamou de “Mestre da Bondade”, pois em verdade jamais um clínico o sobreexcedeu em benignidade, doçura, compreensão e interesse para com os seus clientes.

Assim, por 12 anos não foi ele senão o modesto médico da Prainha, dedicado exclusivamente à profissão, profundo no estudo, assíduo na Santa Casa, e o seu saber já transpirava, talvez apenas nos círculos de seus amigos e dos seus clientes agradecidos.

## PRIMEIROS TRIUNFOS

Era então o Rio de Janeiro uma cidade sem higiene pública, quando ainda rareavam os sanitaristas, por isso mesmo exposta a constante ameaça de contaminação, que afugentava possíveis imigrantes e turistas.

Campeava já a febre amarela, muito antes de aparecer o seu exterminador, o herói desta e de outras campanhas sanitárias, o fundador da ciência experimental brasileira, o nacionalizador da nossa Medicina, o higienista incomparável: — Oswaldo Cruz.

Naqueles remotos dias, presenciando a cena apavorante em que se exibia a febre amarela, Miguel Couto não podia, por piedade e dever médico, senão dedicar-se, como o fez, à peste rubra, esgotando-lhe os estudos e pesquisas, traçando-lhe o quadro clínico e social, lutando por salvar as pobres vítimas do terrível morbo, que tanto comprometia os nossos créditos de civilização.

Nesse período negro de nossa história sanitária, se houve clínicos a quem o Brasil ficou a dever, nenhum terá merecido maior reconhecimento de seus compatriotas, nenhum terá excedido na diligência, dedicação e espírito público a Miguel Couto, que se tomou das armas de que dispunha e pôs mãos à tarefa, e não mediu canseiras nem conheceu desfalecimentos.

Então tripartindo as suas atividades entre a Santa Casa, ao lado de Silva Rabêlo, o hospital de “São Sebastião” e a gente humilde do Rio de Janeiro, pôde, ainda assim, redobrar os estudos e armazenar tesouros de experiência, que suas observações e pesquisas propiciavam, dando-lhe ensejo a escrever, de parceria com Azevedo Sodré, um dos capítulos mais famosos da patologia brasileira, páginas tão eruditas que depois enriqueceram a grande enciclopédia vienense dirigida pelo Professor Hermann Nothnagel: — “Spezielle Pathologie und

Therapie". Nesta obra, a parte mais original, referente à patologia e patogenia da Febre Amarela, coube a Miguel Couto a honra de ser o seu exclusivo estudioso e redator, nela não entrando, como no mais entrou, a colaboração de Azevedo Sodré.

Isso lhe preparou, ao lado de sua cultura que começava a reluzir, e dos seus trabalhos, de reconhecido mérito, o ingresso, em 1896, aos 31 anos de idade, na Academia Nacional de Medicina, órgão máximo da classe médica, cujos umbrais transpôs à custa de excelente memória, "O pneumogástrico — influenza", trabalho que sobrepassa as idéias até então reinantes e encerra, como tantos outros de sua lavra, as suas hoje reconhecidas antevistas médicas. Dentre estas, quem sabe? talvez ainda seja confirmada a etiologia infecciosa do câncer, doutrina por ele admitida.

### O CONCURSO PARA CATEDRÁTICO

Continuava, porém, o jovem médico, já vitorioso, tímido, como sempre, como sempre modesto.

Espírito mais de transações, que de litígios, ao modelo de São Francisco de Sales, não nascera ele para a luta. Temperamento delicado, alma sensívelíssima, teve todavia vida rude e trabalhosa, sempre dificuldades por vencer. Mas os percalços lhe não quebrantavam o ânimo, senão temporariamente, retemperando-lhe, por fim, a natureza mansa e emotiva.

Em 1898, dois anos dobrados sobre a sua posse na Academia de Medicina, o destino oferecia-lhe a jogada decisiva de sua profissão, aquela que lhe asseguraria a notoriedade e a fama: — o concurso para professor.

Recatado e tímido, sempre duvidando das próprias forças, hesita na inscrição, afinal realizada por um ardil de amigo, Azevedo Sodré, que antes lhe ouvira a declaração pessimista: "Não me inscrevo mais, não tenho coragem".

À esposa, D. Cotinha, confessava que não se submeteria a um fracasso — "Com que cara ficarei depois?", ao que a companheira, consciente dos méritos invulgares do marido, consolando-o e estimulando-o, dizia: "nós mudaremos para São Paulo, mas tenho certeza de que você será nomeado".

Mas, senhores, — *amicus certus in ré incerta cernitur*, Azevedo Sodré operara o quase milagre, conseguira vencer a timidez do amigo diletíssimo. Restava então a Miguel Couto — que, já inscrito, se tomara de entusiasmo — fazer as provas do concurso, e fê-las por modo tal, que Phocion Serpa, seu ilustre biógrafo, escreve: "Essa peleja científica, das mais notáveis de que há memória nos anais da história médica do país, decidida entre duas individualidades de escol, conta-se como autêntica vitória e florão de orgulho do progresso cultural do Brasil".

Defronta Miguel Couto, nesse memorável concurso, a figura brilhante de Pedro de Almeida Magalhães, discípulo dileto de Francisco de Castro, vívido espírito da escola do "divino mestre", talentoso e culto, já de nome festejado. recém-chegado da Europa, onde fora a aperfeiçoar-se, favorito, ademais, como corria, e era certo, da maioria da congregação docente.

Arguiam-se, nesse tempo, reciprocamente os candidatos; e então o que se viu foi o debate do ímpeto com a timidez, da eloquência com a lógica, da empáfia com a modéstia, como tão bem nô-lo descreve Mário de Alencar: "Enfrentando o nosso competidor não recorrestes a nenhum estratagemas; usastes, como num diálogo à sós, do vosso saber e da vossa polidez; ao ímpeto nervoso opunheis a calma, à cilada a defesa prudente, ao golpe atrevido a segurança; à facúndia sonora a expressão substancial, ao excessivo a sobriedade, à ciência a ciência. E ficastes vencedor".

Foi o de que necessitava o seu já sólido saber: — a consagração dos mestres, com todo o cortejo da grande repercussão pública.

Como outrora os romanos, marcou Miguel Couto com alvitante pedra a sua carreira, e a súbitas foi lançado da quase obscuridade aos páramos da fama, juntando aos seus troféus a coroa que já lhe tardava, não pela idade, que ainda era pouca, senão pelos méritos, que já eram muitos.

## A TRINDADE INEXCEDÍVEL

Como, porém, senhores, falar de Miguel Couto sem que de improviso compareçam à nossa lembrança, numa associação inevitável, as figuras solares de Torres Homem e Francisco de Castro, que, com ele, formam a tríade inexcédível de mestres da medicina interna?

João Vicente Torres Homem, depois barão de Torres Homem, catedrático de Clínica Médica, na culminância do saber, luminar da medicina interna, fundador de escola, prendendo ao magnetismo do seu saber os alunos admiradores, que lhe fruíam a cultura e eloquência, foi por Francisco de Castro, seu discípulo mais do afeto, chamado de "O Patriarca da Medicina Brasileira".

Com a morte de Torres Homem, tocou a Francisco de Castro a honra de substituí-lo na cadeira. Concluindo as inacabadas "Lições de Clínica" se seu amado mestre, exercitando a cátedra sob as fulgurações de seu talento, soube e pôde Castro manter o brilho tradicional da famosa escola, e logo os seus discípulos acertaram de o crismar: — "divino mestre".

Pois, senhores, nessa seqüência de valores de exceção, uns sobre os outros exercendo o fascínio do exemplo, vamos dar em Miguel Couto, ao qual caberia, nos arranjos do destino, completar essa cadeia de três elos, sem que se possa ao

certo saber qual deles o mais reluzente, pois se em algum passo um aos demais exceda, logo os reencontramos nivelados na multiplicidade dos equipotentes talentos.

Interno de Torres Homem, dele discípulo e de Francisco de Castro, deste assim pinta Miguel Couto o retrato: "Imerso na Eterna Luz, cognominado "divino mestre", pela sublimidade de seu pensamento, as magnificências de seu verbo, a doçura de sua voz, o proselitismo do seu ensino e até pelas linhas nazarenas da sua figura e a adoração de seus discípulos"; e dá este depoimento: "Foi o espetáculo desta grandeza moral, cujos pertos caíam assim sobre os meus olhos surpresos e atônitos, que me perdeu. Por que não seria eu também, um dia, professor? e a ambição, sempre a ambição, me veio, obsidente, de o ser. . . e o fui".

De seguida, aludindo ao passamento de Francisco de Castro, escreve Miguel Couto:

"O mesmo infortúnio que a Aloysio de Castro lançou na orfandade, deu-me uma cadeira na Faculdade de Medicina. Recebemos ambos de improviso e sobressalto uma herança para cada qual mais pesada e onerosa, ele a de um grande nome, eu a de uma grande tradição".

E prossegue. . . já então traçando o elogio de Aloysio de Castro:

"Aloysio de Castro, aluno da quinta série médica, era interno de seu pai e neste posto, por minha insistência, se manteve; no dia da sua investidura médica, assumiu, a meu convite, as funções de assistente de clínica, e este lugar só abandonou no fim de cinco anos, para vestir o capêlo de professor. Ininterruptamente, pois, e durante sete anos, fomos companheiros de trabalho, lado a lado, na mesma porfia pela ciência e pela verdade, à cabeceira dos mesmos infelizes, sofrendo os mesmos desenganos e gozando as mesmas alegrias.

Através desta longa e intensa convivência só conheci em Aloysio um objetivo, isto é, uma obsessão, a de não macular aquele nome e resistir ao peso de tão precioso legado".

## O CLÍNICO E O PROFESSOR

O trecho acima é bem um flagrante do caráter de Miguel Couto, sempre propenso a distribuir justiça, e se quiserdes outro período, de que emana grandiosa a sua bondade e traduz a sua humildade e sabedoria clínico-filosófica, escutai o final desta lição do grande mestre aos estudantes:

"A vossa missão é correr pelos outros e a todos os momentos, pois tão sutil, frágil e delicada é a organização humana que mais admira que resista do que pereça. Não vos esqueçais então que se toda a medicina não está na bondade,

menos vaie separada dela. A ciência poderosa vence, domina, aniquila o sofrimento, e recolhe entre bençãos para a vida o condenado ao último dia; mas a bondade mitiga, consola, acaricia e, sobretudo, mente, resignada perante o mal irremediável, aponta a Canaan de um bem que nunca virá”.

Pois já se não disse que ao médico cabe “curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”? !

E não é senão Miguel Couto, na nobreza de seu espírito, quem também assim fala da medicina: “O seu amor é talvez mais agro do que doce; não há, nem pode haver, maior gozo do que o daquele a quem foi dado uma vez reproduzir a passagem do “Suave Milagre” e aparecer ao moribundo como se fosse o próprio Cristo, dizendo com a mesma unção e o mesmo poder: — Aqui estou. Não há também maior angústia do que a daquele que vai sentindo escapar-se dos seus braços retesados, numa atração inexorável para a voragem, a criatura que, mais com os olhos do que com a boca, clama pela vida que lhe confiou e cujas últimas células agonizantes ainda pedem vida, vida, vida!”.

Palavras do grande médico que ele foi, do grande coração que teve, que soube e pôde exercitar a profissão com extremos de bondade, que, como ele próprio referiu, às vezes pode ser toda a medicina. . . ; no seu caso, sempre acompanhada da ciência que integralmente dominava.

A vida de Miguel Couto, após o seu concurso invulgar, passa a girar em torno da cátedra, e as dignidades, os títulos, as honrarias se sucedem, dentre estas a presidência da Academia Nacional de Medicina, que exerce ininterruptamente por mais de vinte anos, de 1913 a 1934, no topo de cuja eminência o colheria a morte.

Voltado, pois, sobretudo para a cátedra, experimenta o ensino médico sob sua orientação uma era nova, em que as digressões abstratas, os velhos métodos acadêmicos são substituídos pela observação completa do doente, pelos dados objetivos, auxiliado do laboratório, nunca jamais esquecido da soberania da clínica. Volta-se de preferência para os doentes, que se sobrepunham às doenças. Reedita Hipócrates: faz neo-hipocratismo.

O primeiro no Brasil a reconhecer o alcance e os préstimos do laboratório, do qual sempre se valeu nos momentos oportunos, Miguel Couto foi também neste país o pioneiro do ambulatório anexo à clínica, do auditório paralelo à enfermaria, em cujos bancos, ouviam os alunos as suas lições, não mais de pé, como até então, amontoados em torno dos doentes; e foi ele ainda quem, tão ameno no trato com os infelizes, instituiu os carros-leitos para a condução mais confortável dos enfermos.

“Saber examinar e saber interpretar, eis as bases da clínica”, disse Miguel Couto, de quem transcrevemos este trecho de seu discurso de posse na cátedra:

“Os múltiplos processos de exploração, o clínico necessita conhecer e

saber menear. Não possuem todos o mesmo valor, mas cada um tem a sua vez na procura dos sinais clínicos. De posse do sinal, ainda é preciso estudá-lo nos seus caracteres, na sua causa, no seu mecanismo, nas suas subordinações orgânicas, nas suas ligações mórbidas, no seu determinismo enfim, e discriminá-lo em relação às espécies nosológicas”, e de seguida cita uma sua lição do ano anterior:

“O clínico, meus senhores, não pode esperar que os doentes lhe venham confessar o seu mal ou que este lhe entre pela vista; precisa descortinar ao longe, enxergar nas trevas, ter raios X nos dedos, nos ouvidos, nos olhos, no cérebro, para distinguir a doença através da opacidade frequente dos sintomas. Notai que eu não seria capaz de vos aconselhar os juízos de relance, os diagnósticos de palpite. Poucas são as doenças que se retratam na face do corpo, nem todas se entremostam, a maioria precisa ser procurada. O clínico repentista, que se habitua a adivinhar em vez de examinar, observar e ponderar, se maravilha os leigos e consegue **épater les bourgeois**, muito deve e há de cair em erro. Não desprezeis as primeiras impressões, a emoção clínica, mas que elas não passem disso e só sirvam para orientar-vos, pois são tão falíveis quanto falazes”.

Diametralmente oposta é a lição que vos tenho dado todos os dias, pela palavra e pelo exemplo, à cabeceira dos doentes, e repito agora e repetirei sempre: examinai o vosso doente todo, da cabeça aos pés, ou abstende-vos. Se seguides este preceito, cometereis os erros contingentes, subordinados à impossibilidade manifesta ou dificuldade insuperável, ao atraso da ciência, à ignorância relativa. . . mas, não caireis nos da inadvertência, da preguiça ou do otimismo, que são os mais frequentes e estrondosos”.

Espírito percuciente, de grande penetração psicológica, possuía Miguel Couto a indução do gênio clínico. Mergulhando profundo nos turbos mares da medicina, deles sempre emergia para a luz do esclarecimento sábio, da lição luminosa, da terapêutica própria, do prognóstico seguro, de que tanto se beneficiaram enfermos e discípulos.

Advertindo os alunos de que em medicina jamais deveriam empregar as expressões “**nunca** e **sempre**”, o seu silogismo clínico seguia as regras da prudência, tão do gosto e aviso, aliás, do espírito socrático, sob cuja influência sempre subordinou sua ação clínica aos ditames da ciência.

Empolga-o, pois, a cátedra, cujo exercício realiza sob o mais puro idealismo: “À minha cadeira dediquei todo o parco engenho que Deus me deu, todos os meus momentos, a tudo desprezando por amor dela, e com ela servindo à Pátria, segundo a fórmula — patriotismo é cada um cumprir o seu ofício com a maior fé. Ainda agora o meu maior prazer é preparar uma lição em noite espertina — como são curtas as noites! — e a minha maior alegria é a certeza de que a fiz boa”.

Com tal empenho dedicado ao ensino, dormindo duas a três horas por

noite, manteve-se Miguel Couto atualizado, renovando sempre os conhecimentos médicos, aprofundando a vastíssima cultura, pensando e meditando sobre tudo que lhe movia a curiosidade, voltado para o que tinha como o seu primo dever: — tornar vigorosas e úteis as suas lições.

Está Miguel Couto no apogeu da fama. Transferira-se, em 1911, da de Propedêutica para a cadeira de Clínica Médica, consegue, num prodígio de energia e vigor físico, atender com igual pontualidade aos deveres do ensino e às imposições da clínica, que já não conhece fronteiras no país. Recebendo clientes de toda parte, do Amazonas, de Pernambuco, da Bahia, de São Paulo, do Rio Grande do Sul, de tal modo se alarga a sua clientela, que, vezes não raras, só à meia-noite fechava a porta do seu consultório. Era o seu renome, a sua fama que corria. . . Consagra-se o maior clínico do Brasil!

E sabe-se que na clínica privada, no seu consultório da rua do Hospício, era dos humildes a primazia no atendimento, jamais preteridos pelos ricos de Copacabana e outros bairros elegantes do Rio de Janeiro.

Doce espírito de homem, todo coração e ternura, exercitou Miguel Couto o ofício clínico sob o arminho de sua apurada sensibilidade, que o levava a converter nas próprias lágrimas o sofrimento de seus clientes e a dor dos a eles mais chegados.

Vem aqui a ponto citar ainda uma vez a sua esposa, D. Cotinha, quando, com evidente acento de humor, disse a Humberto de Campos: — “O meu trabalho quando morre um cliente do Miguel, é tirar-lhe do bolso os lenços ensopados de lágrimas. E o pior é que ele traz os dele e ainda os dos filhos e da viúva do defunto!”.

Em meio a tantas comoções e canseiras, sempre entre mãos os livros, frequenta Miguel Couto os lares pobres e as mansões dos ricos, as enfermarias e as instituições doutas, multiplica-se em atividades, docentes e de pesquisa, e ocupa-se o seu espírito — nas suas antevisões médicas, traídas muitas vezes ao sopro de suas idéias originais — na publicação de valiosos trabalhos, cumprindo não esquecer, dentre os de maior originalidade, os relativos à febre amarela, ao sopro sistólico da insuficiência aórtica pura, ao sopro circular nas afecções cardíacas (sopro circular de Miguel Couto), à febre intermitente da colite mucosa, à meralgia parestésica (parestesia coli) dos aerófagos (sinal de Miguel Couto), à patogenia do sinal de Grocco, à língua negra na gripe, à poliesteatose vinceral crônica (síndrome de Miguel Couto), às icterícias, ao beriberi, à hematologia e, até, a neurologia. . .

Mas, senhores, como resistir ao desejo de vós pôr na lembrança algumas páginas de suas famosas “Lições de Clínica Médica”, em três alentados volumes, onde se encontram, à mão de mestre, ensinamentos tão eruditos e tão sábios?

Consciente de sua responsabilidade científica, adverte de início Miguel

Couto: “Os que produzem letras, em prosa ou verso, para o deleite alheio não têm outro limite que o da tinta de seu tinteiro, nem outro castigo, quando o merecem, senão o abandono dos seus leitores; mas, quem pretende escrever ciência, há de ter alguma coisa nova para dizer — o semear o seu trigo, *semem suum*, do Evangelho — porque, se disser o que já foi dito, comete um duplo furto, das idéias de uns e do tempo de outros, com a agravante da premeditação e do abuso da confiança, e deve ir para a cadeia”; e, seguro de si mesmo, frisa, enfático: — “Certamente alguém irá desta vez, meus caros amigos; mas, se há justiça na terra, não serei eu. . .”.

Tinha segurança do que produzia em ciência; como esta sua lição sobre aneurismas o comprova:

“A este ano poderíamos denominar o dos aneurismas, tal a sua abundância no nosso serviço; com eles iniciamos o curso, estudando-os sobre todos os aspectos, e creio que vos deixei formados em ectasias.

Hoje volta à nossa presença este doente do ambulatório, que vos trouxe numa das primeiras lições e que apresentava como vos haveis ainda de lembrar, uma ectasia da porção ascendente da croça, exteriorizahdo-se à direita do externo sob a forma de uma meia laranja, na qual se sentiam bem as expansões características. Ei-lo agora no fim de três meses, e como vêdes não só desapareceu a elevação abobadada, como também a mais atenta apalpação não verifica mais os batimentos de outrora; apenas se o percutides de leve, como eu o faço agora, encontrareis na região do antigo tumor uma zona de macicez correspondente à sombra ainda encontrada no exame radiológico; por outro lado, ao mesmo passo que ia minguando a exuberância externa, as nevralgias que tanto atormentavam o doente no começo foram se amainando até completo desaparecimento.

Não há em linguagem expressões que traduzam a nossa alegria (e eu emprego o plural por conhecer os vossos sentimentos), ao registrar este fato.

Certamente ainda não posso garantir a cura do nosso doente, mas, tanto quanto é lícito concluir dos sintomas para as lesões, tenho o direito de anunciar que ela está em caminho.

No vosso tirocínio de anfiteatros anatômicos talvez já tenhais deparado aneurismas curados pela natureza, que para este fim os vai fechando por extratos sucessivos de fibrina e os deixa ali inativos, mortos, como planetas resfriados.

Ora, o médico não é senão o ministro da natureza — *medicus naturae minister est*, — conceito tão verdadeiro hoje como no tempo de Galeno, que o tomou como uma espécie de estribilho na sua extensa obra, bordando-a de várias formas.

É a natureza que se defende e nós não fazemos senão acompanhá-la e quanto mais parece que a enfrentamos mais a obedecemos.



Que fizemos para obter deste doente tão grande êxito? Seguir a natureza”.

Quem, senão tão avisado clínico, desprezencioso porque sábio, teria palavras tão simples e tão profundas? Ainda aí, reproduzindo Galeno, reproduziu Hipócrates, encontrando no respeito à natureza os fundamentos da boa terapêutica, ele que, a propósito de medicamentos, escreve esta outra página, verdadeiramente magistral:

“Este homem que veio ao nosso ambulatório por causa de uma bronquite, esqueceu em nossas mãos esta receita, que vos passo sem o nome que a firma; vêde que na garrafa entrou toda a botica só faltando o boticário, e imaginai como ficou tonta a natureza para atender a tantas ordens ao mesmo tempo”; e prosseguindo no profligar a polifarmácia, diz, adiante: “há um, talvez dois (refere-se a medicamentos), quando muito três para cada doença, utilizados cada um a seu turno, na hora e na dose convinável”.

E continua o mestre: “Quem costuma tremer pela vida que lhe é entregue em confiança, vai devagar para ir seguro; começa pelas doses leves como quem tateia susceptibilidades e só aos poucos se aventura às doses mais intensas e para isto a ninguém precisa ouvir; basta não esquecer que é mais fácil matar o doente do que extinguir certas raças de treponemas que se enclausuram no organismo em zonas inexpugnáveis. Aliás, ou porque ainda não tenham confiança própria em nenhum medicamento ou de leitura a tenham em todos, os médicos novos são muito medicadores. . . Se os remédios clássicos e seculares, que conseguiram contrastar a ação do tempo e alcançaram os nossos dias se oferecem assim à crítica, — imaginai agora esse aluvião de substâncias novas que chegam de toda a parte aos países consumidores como nuvens de gafanhotos e obrigam as drogarias a se fazerem de borracha para os conter. Naqueles há ainda a os amparar a tradição que se compõe de meia verdade e meia mentira e é a facilidade da noção em voga ou imitação que os revigora; nestes nem isso, nove décimos, que digo!, noventa e nove centésimos não representam a menor utilidade e nenhum progresso. Mas todos têm boa acolhida e se alastram porque a humanidade Clásée precisa ser acudida em tudo pela novidade e assim como há remédios que se empregam porque se empregam, outros há que precisamente são empregados porque ainda não são empregados. . .”.

Mas não é de Miguel Couto a setença aforística? : — “Em medicina, abundância é sinal de penúria”.

A respeito de formulários terapêuticos, adverte o sábio mestre: “Ainda lhes não compreendi a utilidade e calculo a perniciosidade. Tais trabalhos não escapam a este dilema: ou o médico tem noção completa, em farmacodinâmica e terapêutica dos ingredientes servidos nas fórmulas, ou não; no primeiro caso o formulário é inútil, no segundo pernicioso; inútil porque ensina o que ele já sabe;

pernicioso porque não ensina o que ele ignora e o induz a receitar o que não conhece. No primeiro caso do que precisa o médico, se não tem, é de doentes para aplicar os seus conhecimentos; no segundo é de adquirir esses conhecimentos”, e conclue: “evitai as polifarmácias nas vossas prescrições. . . sendo a terapêutica a ciência das indicações, e não havendo em clínica doenças mas doentes, estes e não aquelas fornecem os elementos das indicações”.

Verdade meridiana, na singeleza de simples e lúcidas palavras.

Mas ouçamo-lo, agora, ao referir-se, numa de suas memoráveis lições, ao alcoolismo na criança:

A beberronia dos pais prolonga-se nos filhos através do óvulo; pais bêbados, filhos bêbados, netos degenerados. É a triste herança dos alcoólicos a perpetuar gerações sucessivas de vítimas inconscientes e irresponsáveis de culpas avitas.

Uma das cenas mais empolgantes dos **Espéctros** é aquela de desespero, em que Oswaldo vem a saber, por indiscrição do médico e de sua própria mãe, que a dipsomania invencível que o humilha não é senão a herança implacável do alcoolismo paterno. Quando esta criança (refere-se Miguel Couto à de 15 anos que apresentava aos estudantes) acusou há pouco seus pais de se embriagarem como ela, parecia conhecer o célebre drama de Ibsen”, e prossegue em múltiplas considerações, tais como estas:

“Por estas causas, reunidas a outras que são delas o corolário, como a pobreza, a fome, os maus tratos, o devaneio, a indiferença, cresce de ponto nas famílias alcoólicas a mortalidade infantil, que é, como se sabe, um dos índices da vitalidade ou da decadência de um povo.

O alcoolismo crônico se observa, mais vezes, como já foi dito, na família alcoólica, onde se combinam contra a criança inerme duas forças terríveis: — a hereditariedade e o exemplo.

Junte-se a isto, de ordinário, o analfabetismo, que é a fonte primeira de todos os males, e teremos explicado como proliferam populações inúteis ou perniciosas, onerando como peso morto as populações válidas”.

Todo o quadro mórbido do alcoolismo crônico, na infância como no adulto, se baseia na ação esteatósica, que tem como seu último termo anatômico — a poliesteatose visceral, e como corolário clínico e insuficiência funcional progressiva dos diversos órgãos compreendidos no processo mórbido”.

Prossegue, o mestre, nas suas considerações, combatendo o que chamou o “veneno da raça”, isto é, o álcool, cujo consumo anual, àquela época, pelas nossas populações rurais, segundo os cálculos de Belisário Pena, atingia a 400 milhões de litros de aguardente.

“Por outro lado — é Miguel Couto que fala — como medicamento o álcool é inferior a todass as substâncias colocadas no mesmo grupo dos excitantes gerais, onde não se atesta com a cafeína e o éter, a estricnina, a digitalina, a

cânfora, etc. Assim, pois, quando medidas repressivas se tornam cada vez mais severas e perseguidoras em relação a outros tóxicos de consumo imensamente menor, como a cocaina, o ópio, etc., nada justifica a tolerância geral para com o álcool. Este, nem o zootéron, isto é o “vinho mais puro” que Homero faz Aquiles oferecer a Patroclo”.

A respeito do beriberi — observado de primeira mão, em 1863, entre nós, por Silva Lima, que já em 66, pelas colunas da “Gazeta Médica da Bahia”, falava na sua forma epidêmica, “caracterizada por paralisia, edema e fraqueza geral”, e sobre cuja enfermidade carencial também se ocuparam, nesta cidade, Pacífico Pereira, Paterson, Francisco da Castro, Januário de Faria, Ramiro Monteiro, Almeida Couto, Demétrio Tourinho, Alfredo Brito, João Américo Garcez Fróes — Miguel Couto, atento estudioso da matéria, assinala: “há um característico clínico do beriberi e este consiste no predomínio do sistema vegetativo no quadro geral da polinevrite”, ressaltando, de seguida “o ascendente que na cena clínica disputam desde o princípio as desordens das funções digestivas — anorexia, flatulência, gastralgia, vômitos, ansiedade epigástrica, pneumatose gastro-intestinal, constipação, etc.”, e descreve ainda as perturbações vesicais: — “os doentes urinam laboriosamente e lentamente — esperam com paciência o começo do ato, fazem força e, não obstante, o jato é projetado sem vigor; outros perdem a consciência da repleção ou só a percebem vendo; alguns referem uma cistalgia obtusa, outros, sensação de peso, de urência, de plenitude ilusória”.

É assim toda a sua obra, erudita, clara, didática, prestando-se por isso mesmo a pronto entendimento do texto, cuja limpidez vernacular facilita.

Cardiologista emérito, tomando de escuta os corações de seus clientes, surpreendia-lhes — e com que segurança! — os mais mínimos desvios funcionais.

Naqueles casos de certas cardiopatias congênitos, como também na estenose aórtica, na insuficiência mitral, o sopro sistólico — como tão bem sabeis — mesmo de mediana intensidade e altura, ultrapassa, vezes algumas, os limites normais de sua propagação, sendo então audível em volta de todo o tórax, com postos de ouvida que vão, transpondo a coluna, de uma a outra axila, do espaço interescapular esquerdo ao oposto, e à face anterior do hemitórax direito. A esses sopros, que volteiam assim o tórax, chamou Miguel Couto — “sopros circulares”, não esquecendo o grande mestre de despertar a atenção para sopros outros capazes, quando muito intensos, de propagar-se em sentidos vários, e, nas autópsias que a propósito realizou, deu com sinéquias dos dois folhetos da pleura ao nível do diafragma e das costelas, sínfise pleuro-pulmonar costo-diafragmática bilateral, e então concluiu: — “aí está, senão a causa única, pelo menos uma das causas dessa propagação anormal dos sopros: estes são transmitidos das paredes ventriculares ao arcabouço toxácico, e daí, encontrando excelente meio de condução propagam-se em torno do bloco pleuro-pulmonar constituído pelos pul-

mões colados à pleura perietal e diafragmática”.

Era assim o grande clínico, porque também bom patologista, fiel aos ensinamentos de Morgagni: — buscava sempre nas necrópsias a concordância ou discordância de seus diagnósticos, o acerto ou dasacerto de sua terapêutica, mais do que isso, perseguia a verdade, que poderia mostrar-lhe possíveis falhas e surpreendentes enganos.

Na sua percuciência, já sentenciara Miguel Couto: — “Quem em clínica contar com as facilidades há de estar sempre às voltas com as decepções”. . .

De referência aos sopros da insuficiência aórtica, assim estampa o seu pensamento:

“Há no começo da síntole ventricular um primeiro período durante o qual as válvulas sigmóides devem estaar hermeticamente fechadas porque, sem esta perfeita oclusão, o sangue, tendo na aorta e artéria pulmonar durante esta fase, uma pressão mais elevada do que nos ventrículos, refluiria fatalmente para o interior destes últimos. Ora, na insuficiência aórtica é, com efeito, o que se realiza: a lesão da válvula deixa aberta uma fenda, mais ou menos estreita, através da qual o sangue, no começo da sístole, penetra do interior da aorta no interior do ventrículo; esta passagem de uma onda sob uma pressão mais elevada, através de uma parte estreitada, para dentro de uma cavidade, engendra uma veia fluida, um turbilhão, vibrações moleculares que se traduzem, ao exame estetoscópico, por um ruído de sopro”.

Assim as descrições do excelso clínico, que também era professor e cientista.

Clínico, professor e cientista da estatura de um Dieulafoy ou de um Laennec, de um Mackenzie, de um Pierre-Marie, de um Chauffard. . .

Toda a sua imensa obra médica — nascida ao romper do século XX, quando ainda se seguia à risca os figurinos europeus, traçados, principalmente, por Montpellier, Paris, Edinburgo, Coimbra, — toda a sua imensa obra médica, caracterizada por seu toque pessoal, iluminada por seu gênio clínico, balsamisada por sua bondade, impregnada de patriotismo, de alta visão humana, psicológica e social, oferece farta matéria para apreciações e estudos, que mão destra e competente encontraria ocasião de produzir uma série de conferências sobre o que legou esse espírito de eleição à cultura médica, ao ensino, à mocidade e à Pátria.

## O HOMEM DE LETRAS

Mas nunca se descuidou Miguel Couto, de mão com a cultura científica, que dia a dia ampliava, de aprimorar a outra, a literária, no gosto sempre apurado das boas letras — “Não fazem dano as Musas aos doutores”. . .

Familiar dos clássicos, gregos, romanos, portugueses, brasileiros, frequentando com intimidade as suas páginas mais belas, cultivando com mão diurna e noturna a nossa e outras línguas, inclusive o latim, em cujo idioma chegou a falar e escrever, não era senão de esperar que o seu espírito, assim imerso nas raízes originais do pensamento, se tornasse diáfano, cristalino, filosófico, como soem ser o dos que desde cedo abeberam dos mais puros mananciais do bom falar e dizer.

Machado de Assis, tomando conhecimento dos discursos de Miguel Couto e de Afrânio Peixoto na Academia Nacional de Medicina, lamentava que os mesmos não fossem proferidos na Academia Brasileira de Letras, em cujo sodalício ambos mais tarde ingressaram, já quando a morte impedira os aplausos inevitáveis do chefe supremo das Letras Brasileiras.

A Miguel Couto — como a seus inolvidáveis mestres, Torres Homem e Francisco de Castro, profundos, como ele, no saber médico — não faltaram o garbo e as louçanias das Letras, o ornamento complementar da cultura humanística, que amplia horizontes e da visão superior ao homem, à farta contribuindo para que essa trindade prelúcida de mestres da medicina pudesss tornar suas lições inteligíveis e claras, atraentes e límpidas.

Forrado de tal cultura literária, tendo madrugado do amanho das letras, quando lhe sorriram as glorificações da profissão, também se lhe abriram as portas da imortalidade literária, para que colhesse o seu espírito as rosas de uma espinhosa e brilhante carreira médica.

Eleito para a Academia Brasileira de Letras, a 2 de junho de 1919 assume Miguel Couto a sua poltrona na Casa de Machado de Assis, recebido por Mário de Alencar.

Naquela noite de honra e júbilo para a cultura nacional, ali representada por seus mais primos expoentes, Miguel Couto, sereno e modesto como sempre, profere o seu discurso, logo de princípio invocando o verso de Eurípedes.

“Carpinteiro, porque não serras a medeira? ”

Não estava ele, porém, neste caso, porque lhe sobravam no acervo imenso do saber os primores de um estilo sóbrio e terso, as menses de invejável cultura literária, feita no vagar e silêncio das horas mortas, no romper de sua carreira médica, de cujas fadigas e sofrimentos encontrava repouso e balsamo nas obras clássicas dos autores da melhor cepa.

Sem podermos gozar agora do privilégio de vos transmitir o seu famoso discurso de posse na Academia de Letras, dele entretanto não escapamos à sedução de vos ofertar ao deleite trechos tais como este:

“Há um ramo de etinologia que se ocupa dos costumes e tradições dos povos; é uma ciência com os seus processos, os seus métodos, as suas leis, pelos quais se recompõem as migrações das raças, os seus caminhos ao longo da super-

fície do globo, as suas estâncias e as recíprocas influências regionais. Como toda a ciência, ela exige de um lado a observação nua dos fatos e do outro a sua exposição crua, como das operações do espírito que lhe fixam o cunho. O assunto, porém, por vários aspectos e sobretudo pelo aspecto sentimental, era um veio inexaurível para todas as fantasias literárias e que, como obras mais da imaginação, não era lícito exigir a verdade absoluta e muito menos leis nem métodos. Em Portugal, depois de dar o "Romanceiro", onde se encerra a Adozinda, primorosa jóia de Garrett, forneceu as "Lendas e Narrativas" e no Brasil, que madrugou nesta estrada, produziu o indianismo de Basílio da Gama, Santa Rita Durão, Gonçalves Dias, José de Alencar, e iniciou com o último a corrente do nacionalismo. A pura etnologia melhor serve quem menos a dilue em letras; ela se compõe de lendas maravilhosas, tradições imemoriais, dramas misteriosos, encantamentos, mitos, autos, cantos e danças populares e de todas as espécies: xácaras, baladas, melopéas, seguidilhas, diálogos, serenatas, reivados, e cheganças, feiraas e noivados, em versos de vários metros, mas em geral curtos — a endeixa, a redondilha e o heróico, em fim de tudo isso que se denomina hoje "folk-lore", com menosprezo de expressões vernáculas, como romanceiro ou cancionero e mesmo etopéa, cujos étimos grepos traduzem literalmente os do vernáculo inglês.

E prossegue: "Estas meigas flores campesinas resumem na sua naturalidade toda a sua beleza, e perdem o encanto e o perfume ao menor toque; é como si se avivassem ou esbatessem os tons de uma rosa. Coisas há que não se imitam; o civilizado tem o espírito tão diverso do dessa gente simplória, encistada na candura de suas terras, que já não é pouco compreender-lhe a poesia, porém emendá-la ou antes remendá-la é que não conseguiria nunca sem deixar à mostra a ponta do retalho; semelhante poesia pode ser lírica ou melancólica, picante, chistosa, patética, trágica ou épica, alteando-se até às rapsódias de Homero, mas tudo isso a seu jeito, e nenhum dos grandes líricos ou épicos ou trágicos lhe poria o dedo sem deformá-la nos seus traços, sem expô-la no seu recato, sem poluí-la na sua singeleza ou escurecê-la na sua limpidez".

Que quadro mais erudito e mais belo outra mão já pintou em honra dos costumes e da alma do rurícola?

Quis Miguel Couto fazer, e fê-lo a primor, com essa interpretação de mestre do pensamento e das letras, o intróito das considerações que de seguida teceu em torno de Affonso Arinos de Melo Franco, esse outrro grande brasileiro da singela e mansa Paracatú das Minas Gerais, sobre quem lhe cumpria traçar o perfil na Academia Brasileira.

Foi Arinos daqueles raros espíritos, que conseguem reunir na mesma personalidade, estaríamos a dizer paradoxamente, os traços do fidalgo, do cavalheiro de sociedade, ao gosto, ao entusiasmo das coisas do sertão; do qual viveu impregnado, mesmo quando em Paris e em outros centros de aprimorada civilização.

Pois, senhores, tomando de mão de escritor de lei, seguro nos lanços psicológicos, traça Miguel Couto o perfil mais lúcido e acabado do ínclito mineiro, dizendo, inclusive, depois de assinalar-lhe os atributos:

“Como estas qualidades culminavam em Afonso Arinos, o seu livro das “Lendas e Tradições” não tem superior em nenhuma literatura. Quando o tempo lhe não permitia campear ou mesmo campeando esquecia-se horas perdidas em colóquios com a gente do sertão, deliciando-se na singeleza da sua alma estimulando desafios para apanhar a agilidade natural de sua inteligência arisca ou fingindo-se distraído para surpreendê-la e reouvindo as mesmas cantilenas e as mesmas histórias com que o embalam as velhas mucamas de sua casa.

O sertão não era para ele um prazer, um passatempo, um hábito; era a bem-aventurança elísea ou antes uma religião, a que de tempos a tempos, movido por ímpeto irresistível, havia de render culto; não ía de pés nus ou de alparcas, empunhando a auriflama ou abordando-se no cajado de peregrino, nem entoava em coro a litania, porque não era Jerusalém o seu destino; porém, jamais cometeu a heresia de comparecer no grande templo com as mesmas roupas impregnadas do pó indigno das cidades, senão com a sua andaina de ganga, os seus coturnos amarelos, o seu chapéu de couro de grandes abas e um bastão tosco”.

Com tintas assim tão bem postas, foi ele pintando a tela magnífica com que recordou na Academia Brasileira o vulto de Afonso Arinos, da qual ainda vos mostro estes relevos:

“Uma vez, numa das suas romarias de longas jornadas, acompanhado de rapsôdos e tocadores deparou já ao cair da noite um enorme jequitibá — a que chamava a catedral das florestas, — em cujo tronco se abria uma grande cova; então o barbo Catulo, nela penetrando, declamou plangentemente uma ode heróica à natureza mater, enquanto o violeiro Pernambuco, entre todos os da fama famosíssimo, dedilhando as primas e o bordão, compunha um hino à lua, que vinha tímida, esquiva, vagarosa se esgueirando por traz das frondes do arvoredor. Era demais; descobrindo-se e pedindo silêncio, Arinos caiu numa espécie de êxtase, que durou enquanto não se perdeu além das serranias o último eco do improvisado cerimonial”.

Pois não é, senhores, senão de escritor exímio, de homem de letras consagrado, de mestre da linguagem esta página belíssima que acabais de ouvir de Miguel Couto?

Com o vosso favor, todavia, e certo para o vosso gozo estético, mais este trecho, ainda sobre Afonso Arinos:

“Na sua prodigalidade, porém, dissipava somente o que era seu, o tempo, o talento e a saúde, e nunca tirava do alheio; da sua roda podiam sair todos sem olhar para traz, porque lhe repugnava à delicadeza austera o espírito fácil da mordacidade, a alfinetada venenosa, a insinuação traiçoeira, e, se por ventura lhe

escapara alguma ou outra pilheria, que aliás não estava nas contas do seu rosário, essa, podiam ficar certos, vinha sempre polida e assejada. O que encantava e prendia na sua conversação não era tão pouco, como em outros, o paradoxo, o trocadilho, nem o inédito, o tumulto ou a volubilidade do pensamento, era a fábula, a novela, a aventura, o romance, o apólogo, que ele dizia gostosamente, esmiuçando os pormenores, e, se estava entre íntimos, expandindo a gesticulação abundante e meridional, e falando as mesmas falas das suas personagens e na mesma toada, graças aos resíduos da pronúncia sertaneja que lhe tinham ficado ao longo convívio”.

Não é senão de biógrafo excelente o que acabais de escutar.

Referindo-se, ainda nesse discurso, à linguagem, põe de manifesto Miguel Couto o seu amor do vernáculo, e traça a evolução das línguas e a verdadeira concepção do que deve ser o bom escritor e o que é o seu estilo.

Senão vejamos:

“As línguas, à semelhança das correntes d’água, vão se conspurcando no seu curso com os detritos que das margens se desagregam para o álveo, e quanto mais os povos que as falam caminham no progresso material em que porfiam, tanto, mais, e mais depressa, elas se mascavam; a vida intensa não consente lazeres para as cousas mínimas e pouco a pouco cada idioma vai se tornando um esperanto. São os bons escritores, oh! os raros bons escritores! que lhes guardam a incorruptibilidade e a nobreza; no metal em que fundem as suas palavras derramam eles a substância mesma de que são feitos, — os sonhadores a sua fantasia, os arrebatados a sua violência, os cépticos o seu desengano, os maus a sua maldade, os bons o seu coração e desta sorte a transparência ou a obscuridade da frase, a harmonia, a ênfase, a rudeza, o artifício, a pompa asiática não passam de sintomas. O estilo é o espelho da alma e o de Arinos refletia à toda luz uma alma tranquila e boa”.

A intelectual deste tomo, da sua cerebração, escritor de tão alto nível, de tão vasta cultura literária, nunca jamais se ajustaria o verso de Eurípedes, por sua modéstia invocado.

Na Academia de Letras estava Miguel Couto no seu lugar, tanto quanto sempre no seu lugar esteve na de Medicina ou na Faculdade, em cujos ambos arraiais foi dos pontífices maiores.

Nestas alturas de sua vida, a tantos respeitos gloriosa, luzia Miguel Couto nas cimas alcantiladas da fama. Tornou-se, por seu valor de exceção, um símbolo nacional. Integro, revestido da couraça dos fortes, de atitudes francas e viris, respeitado e admirado e querido por todos, passou a ser, na ajustada expressão de Alceu de Amoroso Lima, com que o “Árbitro Moral do Brasil”.



## O MESTRE DO CIVISMO E DA BONDADE

Por isso mesmo, de há muito lhe vinha rondando a política, nos reiterados apelos de seus procéres à sua sensibilidade patriótica, ao seu descortino, à sua cultura. Resistindo a insistentes convites, recusa uma cadeira no Senado e o cargo de Prefeito do Rio de Janeiro.

Vitoriosa a Revolução de 1930, redobram-se-lhe os apelos, multiplica-se a insistência dos que mais de íntimo lhe conheciam os méritos e as idéias. Rendido, afinal, num sacrifício supremo pela Pátria estremecida, pôs a seu serviço as suas últimas energias, e foi eleito para a Assembléia Nacional Constituinte.

Confessa, porém, o mestre, em carta a Felix Pacheco: "Jamais serei político. Não vou ser deputado. Serei apenas constituinte, para procurar defender as minhas **emendazinhas**. Há três deveres máximos que o Brasil precisa cumprir: a educação do povo, a proteção e organização do trabalho nacional e, principalmente, a segurança nacional ameaçada pela invasão em massa da imigração japonesa".

Assim como na medicina, muitas foram na política as antevisões de Miguel Couto, que já em 1924 escrevia uma série de artigos alertando o país para os perigos da colonização japonesa, de cuja batalha cívica se colheu a síntese do seu protesto nesta frase irônica e sentenciosa: "Os japoneses querem fundar na Amazônia o império do Sol Poente".

Transpostas, porém, do papel para a arena política, encontrariam a sua palavra e as suas idéias ambiência menos propícia à integral receptividade dos intuitos que as animavam, não raro conhecendo o seu espírito o travo de justificadas e, aliás, por ele previstas decepções.

Não lhe tardou, dessarte, o peso da imolação; e Alceu de Amoroso Lima, que lhe fez o necrológio na Academia Brasileira, assim se refere a essa quadra final da vida de Miguel Couto, sem dúvida corolário lapidar da sua benemérita trajetória:

"Ele, o Mestre, o Árbitro, o Indiscutido, foi logo descido do pedestal pela fúria iconoclasta das paixões e da miséria humana. Era o cálice final que devia beber, para a sua consagração definitiva. Cumpriu à risca, com uma honestidade cívica inexcedível, exemplar para todos nós, o seu dever de deputado. Foi coerente com as idéias anteriores.

Poucos dias antes da trágica manhã de 6 de junho, subiu à tribuna da Câmara, na sua palidez tresnoitada, cercado de uma auréola de carinho. Sentia-se que era um homem diferente que ali estava, vindo de outras regiões do pensamento e da ação, de outro ambiente mais alto. Era a ciência. Era a Bondade. Era a própria imagem do Desinteresse que ali víamos. E todos acudiam presurosos a ouvir de perto aquela voz velada, que mal rompia aquele ambiente

tão saturado da retórica e da polêmica. Seus grandes braços finos e alongados, ansiosos e reticentes, como que dando asas ao que dizia, para que levassem a todo o Brasil um comovente apelo ao saber, à cultura do povo. Não era o Orador que se ouvia, pois não podia ser para aquele ambiente. Era o Homem de Bem, o Incorrupção que falava e fazia, sem que o suspeitássemos, o seu testamento cívico”.

Foi nesse trecho último da vida exemplar, rica das mais nobres virtudes humanas, uma voz que se ouviu respeitada na cena política nacional; voz serena, quando preciso enérgica, mas sempre consciente e patriótica. “Mestre da Bondade”, ele foi também e com igual merecimento, Mestre do Civismo.

Levou para o Parlamento a sua experiência adquirida na multiplicidade de seu labor no trato diário e intenso com o homem e a sociedade, sempre preocupado com os problemas brasileiros, estarrecido com o espetáculo confuso do Brasil prerrevolucionário, no seu aspecto humano e cultural, naqueles dias que precederam o movimento armado que, vitorioso em 30, o alçou àquelas alturas, de onde lançou o seu grito de rebeldia e protesto, de esclarecimento e persuasão contra o que então considerava duas chagas infamantes para o país, — a Ignorância e a Doença, para elas indicando a sua terapêutica social: “Educação e Seleção”.

Em um de seus famosos discursos anuais na Academia de Medicina, disse o mestre portentoso:

“Compreende-se, pois, que se façam todas as valorizações de todos os produtos da terra, contanto que nenhum depois da do primeiro entre eles: — o homem. . . Se o homem é o primeiro patrimônio de uma nação, a sua saúde, isto é, a sua capacidade de trabalhar e a sua cultura, isto é, a sua capacidade de trabalhar bem, hão de constituir os primeiros cuidados dos governos; robustez e força, ao lado de inteligência e educação, preparando o homem para a vida e para a vida de sua Pátria”.

Mais restritivo, chegou a afirmar que no Brasil só havia um problema nacional: — a educação do povo.

Vê-se, dessarte, que antes de chegar à tribuna da Câmara já lhe soava o clarim do mais alto civismo, sempre ressoante nos que verdadeiramente possuem o amor da Pátria, nele tão acentuado.

## OS DIAS DERRADEIROS

Na altitude em que sempre respirou a sua vida, vibrou o seu espírito e expandio a sua mentalidade, pôde o Brasil colher, do seu estrénuo civismo, as menses finais de uma existência modelar, em que de par com o da ciência sempre

viveu o homem patriota, o democrata sincero, capaz da renúncia e do sacrifício em prol da Pátria, que tanto amou. Poucos brasileiros foram como ele, poucos como ele honraram o gênero humano, paradigma em tudo que exercitou.

Na mansuetude de seu espírito, abrigado na sua majestosa postura e composta humana, cristão convicto, seguindo do Cristo as lições e o exemplo, de que toda a sua vida faz prova, sábio e filósofo, a morte — que presentiu e esperou com a serenidade do justo — o acolheu nessa quadra final de sua vida exemplar, naquela sombria manhã de 6 de junho de 1934, o encontrando no apogeu, sem conhecer o declínio, coberto de dignidades e de títulos, na frente a coroa das mais nobres virtudes humanas, mas, até o fim, simples modesto e bom, insensível às seduções do poder, indiferente às posições e à riqueza.

Próspero pelo próprio esforço e trabalho, então residindo no seu palacete de Botafogo, meio século depois falecia aquele Miguelzinho da Botica, já há muito, e para sempre — MIGUEL COUTO, um nome imperecível!, cujo desaparecimento consternou a sua Pátria e repercutiu nos centros culturais do mundo científico.

Aloysio de Castro, meses antes do passamento do mestre, presentindo talvez o seu fim, traçou-lhe o perfil nestes versos fiéis e admiráveis:

*Corre o tempo, alado,  
Foge, voa!  
Presente? É o passado. . .  
Cedo a proa  
Da nau que, vida em fora, lá nos leva  
Abica do outro lado, em plena treva.  
Mas tu vais seguro  
Mão no leme.  
Que te importa o escuro?  
Não retreme  
O peito onde reluz raio divino,  
E assim cursas bendito o teu destino:  
Porque, Eleito,  
Já pertences ao céu, ainda na terra,  
E o perfeito  
Coração de Jesus em ti se encerra!*

E não foi um santo — São Gregório Magno, — quem disse “a fama edifica-se sobre a virtude” e que “o que esta pinta, aquela ilumina”?

De vida iluminada de preclaras virtudes, morto, Miguel Couto resplandece no sol da glória, cumprindo de Balzac a sentença peregrina: — “la gloire est le soleil des morts”. . .

## FONTES CONSULTADAS

- ALENCAR, Mário de — Discurso de recepção a Miguel Couto na Academia Brasileira de Letras — Rio de Janeiro, 1919.
- BARBOSA, Francisco de Assis — Retratos de Família — Rio, 1954.
- CASTRO, Aloysio de — Poesias Completas — Rio de Janeiro, 1951.
- COUTO, Miguel — Discurso de posse na cátedra — Fac. Nac. Med. — Rio, 1899.
- COUTO, Miguel — Lições de Clínica Médica — Rio, 1923.
- COUTO, Miguel — Discurso de posse na Academia Brasileira de Letras — Rio de Janeiro, 1919.
- FRAGA, Clementino — Medicina Clínica — Rio de Janeiro, 1938.
- FRAGA, Clementino — Médicos Educadores — Rio de Janeiro, 1941.
- LIMA, Alceu Amoroso — Discurso a Miguel Couto — Academia Brasileira de Letras.
- SÁ MENEZES, Jayme de — Francisco de Castro — Oráculo da Medicina Brasileira — Bahia, 1954.
- SÁ MENEZES, Jayme de — Oswaldo Cruz — O Nacionalizador da Medicina Brasileira — Bahia, 1960.

## PALAVRAS DO PROF. FERNANDO SÃO PAULO (\*)

“Não ouvi a conferência do nosso confrade Sá Menezes; escutei-a! Acaba de ser proferida uma magnífica conferência. Não foi surpresa para nenhum de nós; foi o que já esperávamos desse espírito, de toda essa intelectualidade, que há tanto admiramos, desse nobre, nobilíssimo colega!

Conheci Miguel Couto no Rio de Janeiro; tive a honra de ver um nosso trabalho por ele citado; conheço os trabalhos publicados sobre esse grande vulto, na Bahia, no Rio de Janeiro, agora, na oportunidade do seu centenário, como em outros tempos, e posso assegurar que este do nosso ilustre confrade figura entre os melhores, senão em primeiro lugar, inclusive entre as publicações oficiais realizadas sobre Miguel Couto.

Soube o nosso distinto confrade destacar os relevos mais notáveis de grande Médico, do Clínico, do Professor, do Homem de Letras, do Homem Público, nos oferecendo um excelente trabalho.

Está de parabéns este Instituto. A memória de Miguel Couto foi devidamente exaltada.

Esta conferência deve ser publicada, precisa ser publicada, isto é, não é uma imposição. . . é um desejo, um voto!”



Cumpra-se, agora esse voto do nosso ex-presidente, com a publicação, desta conferência do atual presidente desta Academia.

(\*) *Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, ex-presidente da Academia de Medicina e titular da Cadeira nº 1 do Instituto Bahiano de História da Medicina, o Dr. Fernando São Paulo, que presidiu ao ato comemorativo do centenário do nascimento de Miguel Couto, proferiu, ao encerrar a sessão, no Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, as palavras acima.*



## CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO A PURIFICAÇÃO DE UM APÓSTOLO, MÁRTIR E HERÓI

Menandro Novaes

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DR. JAYME DE SÁ MENEZES  
D.D. PRESIDENTE DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA  
SENHORES MEMBROS DA ACADEMIA, DILETOS COMPANHEIROS  
MINHAS SENHORAS, MEUS SENHORES:

A título de preâmbulo à alocução, que me cabe proferir, nesta Reunião da Academia de Medicina da Bahia, desejaria inicialmente agradecer a honrosa e acolhedora presença dos colegas que integram a Academia, de outros colegas, amigos e familiares presentes a este ato, em que pela primeira vez, no período de mais de duas décadas, compareço à Academia para expressar a minha alegria de rever amigos cuja afeição cultivei com desvelo nos velhos tempos em que me dediquei à atividade profissional em Salvador.

Seja-me, em seguida, facultado o ensejo de saudar, em termos efusivos e fraternais, a recente ascensão de JAYME DE SÁ MENEZES à Presidência da Academia de Medicina, como meritório prêmio pelo seu devotamento, sua qualificação científica, suas excepcionais virtudes, seu ardoroso interesse em servir a entidades associativas na área da medicina, como ocorreu com o Instituto Bahiano de História da Medicina que fundei em Salvador e bem me recordo do seu precioso e decisivo apoio nos primórdios da sua implantação.

Em terceiro plano, desejo esclarecer que o documento elaborado em memória do Patrono da minha cadeira na Academia, foi esboçado — com o objetivo de realizarmos em Santo Amaro da Purificação uma homenagem, liderada por JOSÉ SILVEIRA, consagrando CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO, esta extraordinária figura humana, fiel ao sacerdócio médico.

Por motivos aleatórios, foi adiado o ato comemorativo programado para Santo Amaro, sendo convocada esta sessão para que, em nossa Capital, fosse recordado o patrono da cadeira que honrosamente ocupo na Academia.



Quando da criação da ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, nos idos de 1958, incorporei-me ao trio pioneiro — JAYME DE SÁ MENEZES, URCÍCIO SANTIAGO e QUEIROZ e, no vetusto e acolhedor salão de aulas do Hospital Santa Isabel, desenvolvemos um diálogo tenaz e fraterno, objetivando fundar uma entidade que congregasse professores e médicos, devotados à tradição médi-

ca da Bahia e cultores da ciência que haveria de assegurar à nossa terra a posição pioneira conquistada nos primórdios do Império.

Distinguido com o Título de fundador, dediquei-me às atividades da Academia na sua fase de implantação, atendendo ao compromisso de participar do primeiro Curso da CEPAL, realizado no Brasil sobre Treinamento em problemas de desenvolvimento Econômico, atraído por posteriores encargos na Chefia do Grupo de Saúde da Comissão de Desenvolvimento Econômico da Bahia e por honrosas tarefas como Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Chefe do Grupo de Planejamento do Ministério da Saúde, transferi-me para o Rio de Janeiro, de onde retorno em ciclos irregulares, que facultam manter os vínculos familiares, rever a Bahia que se moderniza e progride, fortalecendo os vínculos afetivos com os velhos amigos que conheci na juventude longínqua.

Contemplando as três décadas de exílio voluntário, perdura a frustração de jamais haver participado das cerimônias e programas da Academia de Medicina, cujas realizações acompanho e cultuo com admiração e interesse, tendo sido designado como integrante da Comissão de Medicina Social, área a que dediquei o meu labor científico nos anos recentes e enquadrado como Titular da Cadeira 16, que tem como Patrono a figura insígne de CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO. Esta é a justificativa essencial da minha presença nesta homenagem prestada ao "HERÓI INFATIGÁVEL", como o chamaram os que acompanharam a sua vida apostólica, o seu destemor insuperável, sua vocação de mártir, seu humanismo sacerdotal de médico, sua coragem, sua renúncia à vida e a beatífica aceitação da morte.

A vida de CIPRIANO BETÂMIO se identifica com aspectos do hagiologio cristão dos grandes santos, mas nos cabe nesta solenidade realçar os grandes lances da sua biografia, sobrepondo os aspectos da catástrofe bacteriológica da cólera morbus, que acometeu o recôncavo bahiano em meados do século passado, transformando Santo Amaro num recanto de indescritível tragédia.

Seria longo e fastidioso enfeixar o perfil biográfico de CIPRIANO BETÂMIO, com referências de natureza médico-científica à epidemia da cólera morbus, que transbordaria o painel estritamente brasileiro desta terrível enfermidade, para caracterizar as suas raízes históricas em termos mundiais. As recentes recomendações do Conselho Federal de Educação, acerca do ensino da história, indicam o interesse fundamental da aglutinação da História do Brasil com a História Universal, com base no argumento de que a "AMPLIAÇÃO DA ÁREA" confere maior grandeza e objetividade "pela proximidade dos fatos, pelo conhecimento do cenário, pela identificação com os personagens e pela sensibilidade maior entre causa e efeitos". Eis a razão precípua da imprescindibilidade de uma análise da evolução histórica da cólera morbus no mundo desde as suas origens orientais e a sua disseminação pelos diversos continentes, atingindo o



Brasil no século passado e aqui chegando para desencadear um flagelo irreversível para população de Santo Amaro.

A origem oriental do gênero humano, de todas as religiões, incluindo o judaísmo, o cristianismo e o islamismo, bem como das grandes epidemias que anuviaram o mundo, englobando a peste, a varíola, o sarampo, a lepra e a cólera, o trajeto percorrido ao longo dos séculos, as repercussões sociais de alta significação histórica, deverão constituir a essência do estudo que nos propomos desenvolver na Academia de Medicina, quando do transcurso dos 125 anos da morte de CIPRIANO BETÂMIO, em setembro de 1980.

Ao limitarmo-nos nesta homenagem aqui prestada à memória deste inolvidável bahiano, a traçar um perfil da sua vida profissional, da sua luta insuperável para socorrer a população desamparada de Santo Amaro, sua bravura ao assumir responsabilidades sobrehumanas, que não lhe pouparam a vida, temos o superior propósito e a angustiante preocupação de "devolver personagens ao invés de criar surpresas", condição peculiar aos que envelhecem, tal como conceituou o australiano MORRIS WEST no seu recente romance sobre Proteu, o Semi-Deus da Mitologia grega que, além de pastor, era um profeta antecipando a destruição do mundo por uma "catástrofe bacteriológica" que completou o ciclo de previsões em que o autor tanto se esmerou no curso de sua vida literária.

#### **"UMA VIDA EM HOLOCAUSTO DA HUMANIDADE"**

Esta foi a expressão consagratória com que ANTONIO CARLOS BROCHADO PRINCIPE prefaciou um estudo metucioso, quando da comemoração do primeiro centenário da morte de CIPRIANO BETÂMIO, em setembro de 1955, no Instituto Geográfico e Histórico da Bahia. Na mesma época, JAYME DE SÁ MENEZES, em solenidade patrocinada pelo Instituto Histórico e pelo Instituto Bahiano de História da Medicina, celebrou a memória do "HERÓI EXCELENTE", assinalando os horrores da epidemia da cólera morbus na Bahia naquele fatídico ano. Estas duas excelentes conferências reúnem o essencial acerca da vida heróica de CIPRIANO, através de pesquisas e levantamentos processados em arquivos históricos de comprovada validade para a identificação do perfil biográfico desta insuperável figura humana, que aqui rememoramos. WANDERLEY PINHO em 1920, na Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, ofereceu preciosos subsídios sobre o papel de CIPRIANO BETÂMIO quando da cólera morbus de 1855 e ADRIANO PONDÉ, em palestra realizada no Rotary Club em 1945, consagrou como "expressão de humanidade", a imagem de CIPRIANO BETÂMIO. Perante a Assembléia Legislativa da Bahia, em 14 de maio de 1856, o Presidente da Província da Bahia, ALVARO TIBERIO DE

MAONCORVO E LIMA, registra, com detalhes preciosos, os episódios candentes daquela fase angustiante, em que ele tanto se esmerou por atenuar e vencer, mediante providências emergenciais de indiscutível validade, sempre atento aos apelos e solicitações de CIPRIANO BETÂMIO, a quem conferiu dupla função como Delegado de Polícia e Delegado de Saúde naquela fase de tormentos e incertezas, visto que a origem da cólera morbus, seu significado patológico, os meios de preveni-la e tratá-la, eram desconhecidos àquela época, que precedeu a etapa – da identificação do poder patogênico dos micróbios, que assinala, a partir da década de 1870, a miraculosa e provecta participação de PASTEUR, OBERT KOCH e LISTERR na evolução da medicina.

Estas cinco referências bibliográficas, com destaque para a contribuição de SÁ MENEZES e BROCHADO PRINCIPE, abrem perspectivas inovadoras para o traçado da biografia de Cipriano, que procuraremos condensar, recolhendo os tópicos e referências que nos parecem mais adequados e sucintos para reviver a memória do médico inexcelável.

CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO nasceu em Salvador a 3 de março de 1818, na Freguesia de S. Pedro, onde foi batizado a 21 de junho, tendo o registro de batismo assinalado como “filho natural” de JINUINO BARBOSA BETAME e CUSTÓDIA MARIA, havendo discordâncias acerca do verdadeiro nome do Pai, omitido pela maioria dos seus biógrafos. O registro de seu casamento com FELISMINA AUGUSTA PEREIRA, a 17 de maio de 1851, assinala a condição de “filho legítimo” de GENUINO BARBOSA BETÂMIO e CUSTÓDIA BETÂMIO. Todavia, o livro de matrículas da Faculdade de Medicina, onde CIPRIANO se registrou aos 23 anos, indica o nome de JERONIMO BARBOSA BETÂMIO como seu Pai, hipótese corroborada por SÁ MENEZES, ao analisar a Tese de Doutorado do seu sobrinho – JOAQUIM DE CARVALHO BETÂMIO, que dedicou ao tio querido o seu trabalho de doutorado, registrando os nomes de GENUINO e JOAQUINA BETÂMIO como os Pais do autor da Tese.

Quando jovem, Cipriano dedicou-se ao Comércio, assumindo funções de guarda-livros, função que abandonou para se matricular na Faculdade de Medicina, em 1842, aos 23 anos, aonde se diplomou a 30 de novembro de 1847, figurando no registro de seu Diploma o nome de Genuino como seu Pai, contrastando com o registro da matrícula.

Sua tese de doutoramento versou sobre “Circulação nos vegetais e animais”, não tendo sido identificada nos arquivos da Faculdade, por haver sido destruída pelo incêndio que atingiu a Biblioteca no começo deste Século.

CIPRIANO dedicou-se ao ensino, instalando na Avenida Sete de Setembro o “Colégio Dr. BETÂMIO”, aberto apenas a jovens do sexo masculino, que aprendiam francês, inglês, latim, geometria, geografia, aritmética, desenho, música e dança.

A 17 de maio de 1851, casou-se com D. FELISMINA AUGUSTA PEREIRA, de cujo matrimônio nasceram dois filhos Cipriano e Horacio, nascidos respectivamente a 5/10/852 e 8/12/854. Seu filho e harmonioso Cipriano formou-se no Rio de Janeiro em 1874, defendendo tese sobre "Diagnóstico das Moléstias do Laringe e seu tratamento", sendo o criador da POLICLINICA GERAL DO RIO DE JANEIRO a 10 de dezembro de 1881, vindo a falecer em 1883.

A atuação de Horácio, seu segundo filho, figura nos registros biográficos como Bacharel em Direito, sem informações complementares — mais pormenorizadas.

### A CÓLERA MORBUS NA BAHIA

A trajetória percorrida pela epidemia de cólera no mundo está perfeitamente identificada através de registros epidemiológicos de incontestável fidedignidade. A objetividade e singeleza desta homenagem, evocativa da vítima inexcedível, impõem a restrição ao percurso que esta terrível enfermidade desenvolveu no nosso território, iniciando-se em 1855 no Pará e acometendo, em seguida, a Bahia, o Rio de Janeiro, o Amazonas, o Maranhão, Alagoas, Sergipe, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande e, só mais tarde, em 1862, Ceará e Piauí foram contaminados, de acordo com os dados do BARÃO DE LAVRADIO.

A retirada da Laguna registra "páginas pungentes" entre soldados do Exército acometidos pela cólera, como assinala AFRANIO PEIXOTO ao estudar "Um Século de Cultura Sanitátia", assinalando o declínio da virulência a partir da década de 90, quando, em Lisboa e Paris, já se mencionava a "domesticação do cólera". No decurso de quatro décadas, foram apuradas no Brasil duzentas mil vítimas deste tormentoso mal, cujo controle só pôde ser efetivado depois das descobertas no âmbito da microbiologia.

Em junho de 1855, a cólera chegou ao Pará, acometendo a população mais pobre, sendo atribuído o seu surgimento às mudanças de estação. A notícia foi transmitida à Província Bahiana, onde as incertezas quanto à origem da doença, a especulação em torno da chegada de colonos, a deterioração dos alimentos consumidos, geraram expectativas otimistas em relação à possível transmissão do mal, advindo de local tão distante.

Em documento reservado, ALVARO TIBÉRIO, Presidente da Província da Bahia, transmitida ao Presidente da Província do Pará as suas preocupações e desvelos no sentido de evitar a invasão da Bahia pela enfermidade, solicitando informações e vigilância em torno dos passageiros — que chegavam em navios costeiros. A 20 de julho, aportou à Bahia o navio Imperatriz, que teria trazido

um colérico, refugiado num subúrbio do Rio Vermelho, a despeito de averiguações da Polícia haverem negado esta versão, através da exigência, da quarentena em que permaneceram os passageiros. Pouco depois se comprovou a "triste verdade de haver a Bahia sido a segunda no Império a sofrer a desoladora visita de tão implacável inimigo da humanidade", "transpondo centenas de léguas, deixando ilesas outras Províncias por que passava para vir demorar-se onde mais saudável clima, melhores condições higiênicas o deverriam desagradar". Assim se manifestou o Presidente ALVARO TIBÉRIO, ao falar perante a Assembléia Legislativa, a 14 de maio de 1856, caracterizando os misteriosos fatores de transmissão, a irregularidade na marcha, a desvinculação com a topografia e a possível veiculação pelos ventos. Da Capital, com maior incidência na povoação do Rio Vermelho, a cólera invadiu Cachoeira, Maragogipe, Santo Amaro, Itaparica, Valença, Nazaré e Feira de Santana, propagando-se a Geremoabo e Barra do Rio de Contas. Em Cachoeira faleceram dois médicos, PEDRO DA FONSECA e JUSTINO JOSÉ SOARES, 3 alunos de medicina, 2 irmãos de caridade, um frade carmelita e um vigário de Cotegipe.

Santo Amaro tornou-se então "o cenário dos mais trágicos sucessos" como afirmou WANDERLEY DE PINHO, oferecendo um panorama de desolação e paavor com a fuga da população que, "num reboante clamor de angústia, despeinhava-se em catadupa pelas estradas", abandonando os doentes e os mortos. Até os médicos e as autoridades debandavam de suas funções, trezentos cadáveres insepultos, desânimo, terror, consternação, pânico, "formavam o lúgubre painel da Cidade".

Nesta hora trágica, CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO "um homem de coração angélico", como o chamou FRANCISCO DE PAULA CANDIDO, se oferece espontânea e decididamente, na companhia de mais dois colegas e alguns alunos da Faculdade de Medicina para enfrentarem a anarquia, as atribulações, os horrores vividos pela população de Santo Amaro. Ao despedir-se da esposa e deixar dois filhos na primeira infância, CIPRIANO usou uma expressão jocosa: "FELISMINA até a volta, se não for torta", expressando o temor de retornar morto, transportado em rede, como se processava àquela época. Nomeado Delegado de Saúde Pública em Santo Amaro, CIPRIANO chegou a esta Cidade a 29 de agosto e uma hora após iniciava relatórios endereçados ao Presidente da Província, anunciando haver assumido também a Delegacia de Polícia por haver encontrado "tudo na anarquia" e faltar autoridade ao estudante JOÃO RASTELLI, investido naquelas funções, enquanto solicitava tropa militar para incinerar os cadáveres, indo buscar escravos, enxadas, carros e lenha nos engenhos próximos. CIPRIANO, em Relatórios posteriores, aponta deserção de militares e de Padres, louvando a dedicação dos Irmãos de Caridade, afirmando haver cremado 150 corpos, restando 50 ou 60. Logo após o Presidente ALVARO TIBÉRIO

enviava o Chefe de polícia, com ambulâncias, padiolas, enfermeiros e na permuta incessante de relatórios e informações. CIPRIANO revelou-se otimista e confiante com a lenta regressão da calamidade que comprometia a população Santamarense.

Retornando de incinerações, na tarde de 1<sup>o</sup> de setembro, CIPRIANO sentiu-se acometido pela cólera, ao tentar desinfetar-se com água de labarraque, contida em garrafa, onde constatou ser de água pura o conteúdo. Retornando à sua casa padeceu os sintomas pungentes da cólera e veio a falecer às 16,30 de 05 de setembro de 1855. Ao saber da contaminação de CIPRIANO, o Presidente da Província proibiu as inumações nos cemitérios, atribuindo a esta perigosa tarefa o risco de contaminação que acometera CIPRIANO.

Em carta ao Barão de Cotegipe, o Presidente da Província solicitou pensão anual para a viúva, no que foi atendido pelo Imperador Pedro II, correspondendo ao apelo que ouvira de CIPRIANO, ao partir para Santo Amaro; — “Fique certo de que vou trabalhar sem descanso, vou tomar a dianteira dos trabalhos mais arriscados; não me lembrarei de minha vida, nada exijo em recompensa de meus sacrifícios se puder vencer, mas se sucumbir, V. Exa. e o Governo olhem para os meus filhos”.

Sepultado em Santo Amaro, foi erigida em sua memória uma grande cruz de madeira, tendo a base de cantaria, num pequeno largo da Praça do Rosário, onde teria falecido CIPRIANO. Denominado Largo da Cruz, foi ali mantido o monumento até 24 de fevereiro de 1940, quando se despregou um braço da cruz, tendo o Prefeito OLIVIO MARTINS ordenado a sua demolição, — substituída mais tarde por uma lápide de baixo relevo, implantada no solo do Largo da Cruz, tendo a Câmara de Vereadores dado o nome de CIPRIANO BETÂMIO a uma rua próxima à Praça do Rosário, à qual o ROTARY CLUB conferiu uma placa em bronze, inaugurada no centenário de sua morte.

Em 04 de maio de 1860, o governo da Bahia autorizava a aquisição de um terreno para o túmulo de CIPRIANO, sendo as despesas custeadas por subscrição particular. A transferência dos restos mortais de CIPRIANO, de Santo Amaro para o Campo Santo, onde estava reservado o túmulo, deveu-se à iniciativa do seu filho Cipriano, cursando o 5<sup>o</sup> ano médico no Rio, que aqui veio localizar o túmulo do seu Pai e transportá-lo para Salvador, em cujo mausoléu repousam a sua esposa e seus dois filhos, figurando uma longa inscrição contendo os dados históricos da vida apostolar de CIPRIANO.

Em 25 de novembro de 1943, em conferência pronunciada no ROTARY CLUB da Bahia, ADRIANO PONDÉ, reivindicou que fosse conferido o nome de CIPRIANO a uma Escola Pública em Santo Amaro, no que foi atendido pela Secretaria de Educação, ARISTIDES NOVIS, sendo atendida sua solicitação com uma Escola do Distrito da Purificação, na qual o Rotary Club da Bahia colocou

em maio de 1947 uma lápide de invocação do inclito Patriota, verdadeira expressão de humanidade, no lance de heroísmo e de martírio que viveu, tal como figura na referida inscrição.

## EVOCAÇÃO FINAL

Ao esboçar o panorama histórico que envolve a hecatombe que assolou a Bahia, dizimando 36000 vítimas pela cólera morbus, seria imperioso realçar o caráter apocalíptico do acometimento da população de Santo Amaro, onde a mortalidade pela trágica epidemia atingiu a cinco mil habitantes para uma população de oito mil naquela década fatídica.

A cólera já houvera no passado vitimado milhares de criaturas humanas no furor da sua trajetória por diversos continentes e regiões. Os levantamentos historiográficos apontam figuras de inconfundível projeção mundial, que são mencionados sumariamente para caracterizar a indiscriminada agressão desta praga até o fim do século passado.

DIOGENES, o cínico, filósofo grego do século IV A.C. que procurava o homem com lanterna e pediu a Alexandre, o Grande, que não lhe tirasse o sol, foi vítima da cólera que atingira Corinto. Thomas Sydenham, o "Hipócrates inglês", descobridor da quina e do laudano, morreu de cólera em 1672 depois de atingido pela gota.

Em 1842, a cólera atravessa o Reno, atinge a Inglaterra, a Bélgica e a França e, em Paris, 30 médicos são atingidos pela doença, vindo a falecer 18 dos que se dedicavam aos pacientes portadores do mal.

Depois do ciclo percorrido no Brasil, na década de 1850, a Europa é surpreendida pelo alastramento da cólera no Egito em 1833, gerando temores e induzindo o governo francês a enviar três colaboradores de PASTEUR (Nocard — Roux e Thuillier) para realizarem uma investigação epidemiológica, ao tempo em que Robert Koch partia da Alemanha acompanhado de dois militares (FICHER e GAFFKY) com o mesmo destino e objetivo.

Pouco depois, Thuillier sucumbia no Egito e seus dois companheiros retornavam a Paris, enquanto Koch prosseguia sua jornada, indo a Cacutá, na Índia, onde completou as pesquisas de que resultou a descoberta do "BACILO VÍRGULA", como era chamado o vibrão colérico, microorganismo causador da cólera morbus.

A 6 de novembro de 1893, em San Petersburgo, falecia vitimado pela cólera, o genial compositor TCHAIKOVSKI, cujas obras pianísticas, sinfonias e balés conquistaram transcendência e consagração no mundo. O Quebra-Nozes e a Patética, ele os concluiu pouco antes de ser atingido pela doença fatal, na fase considerada como "apogeu do seu sentimentalismo melancólico".

O legendário martirológico destas excelsas figuras configura verdadeiros mitos que a história consagra com vigor e humildade com que cultuamos a memória de CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO.

Ao referir estes dados historiográficos, cumpre-nos realçar aspectos metodológicos que consideramos essencial na elaboração do fato histórico — a localização e amplitude do tempo de ocorrência, o meio ambiente e suas conexões com a realidade sócio-econômica, a cultura — vigente e suas determinantes, a sincronização e conexões com fatos que precederam ou sucederam os acontecimentos analisados e, finalmente, o estudo da causalidade dentro de uma visão retrospectiva e prospectiva que elimine fantasias, distorções e devaneios literários. O atendimento de todas estas variáveis requereria uma profunda investigação que transborda os nossos anseios e a viabilidade de sua consecução nesta solenidade.

Idêntica limitação, na armadura do arcabouço histórico da vida de Cipriano, encontramos na escassez de dados sobre a essência da sua personalidade, dos lances e peripécias da sua vida profissional, nas contingências que o teriam induzido a se oferecer humilde e corajosamente para enfrentar os riscos da catástrofe que ceifou a sua vida.

Diante destas reconhecidas deficiências na elaboração do painel histórico que envolve a vida e a obra de CIPRIANO, somos impelidos a induzir do seu exemplo, do seu sacrifício, da sua vocação sacerdotal, a visão filosófica de sua imagem, em consonância com os ensinamentos clássicos de que a História e a Filosofia são indissociáveis.

VOLTAIRE criou a Filosofia da história, SPENGLER dizia que a história é “o último tema grave da filosofia”, enquanto o recente Guia metodológico do MEC proclama que a “Filosofia ilumina a história traduzindo a “experiência histórica da humanidade condensada em sabedoria”. Eis a razão precípua de enfeixarmos na reflexão histórica da vida de CIPRIANO a tríplice figuração como Mártir, Herói e Apóstolo, sob o manto da purificação, que engrandece e ilumina o nome de Santo Amaro, vinculado ao de Nossa Senhora da Purificação.

A teoria da tragédia, condensada na Poética de Aristóteles, facultaria identificar a cadeia lógica das causas e conseqüências, princípios e fins que assinalam o mundo visível dos homens e a tentativa escatológica de identificar a ordem cósmica e a consumação das etapas históricas da vida de CIPRIANO.

Fiel às suas crenças, devotado ao sacerdócio médico de salvar vidas humanas, indiferente ao terror e às paixões, destemido ante aos perigos legendários de uma doença implacável, CIPRIANO configura a imagem de um Mártir. Sua coragem diante dos perigos que soube enfrentar, sua abnegação e renúncia, oferecendo sua própria vida em holocausto pela saúde de uma população desvalida, o humanismo e relevância imanentes nos seus serviços, tornam CIPRIANO um

verdadeiro mito, objeto de um culto que o deifica como verdadeiro Herói. o cumprimento firme e decidido das responsabilidades que lhe foram delegadas, configuram o cumprimento firme e decidido das responsabilidades que lhe foram delegadas, configuram o perfil do apóstolo evangélico.

A análise da evolução histórica da vida de CIPRIANO, gerando uma identificação emocional com o seu destino, o seu martirologio, heroicidade e apostolado, despertam, dentro da interpretação aristotélica da catarse ou purificação, um equilíbrio, uma coerência de ação, um grau de sabedoria, uma intuição sobre a essência da tragédia que envolveu a figura excelsa de CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO que, em Santo Amaro, conquistou a "PURIFICAÇÃO", através da libertação da sua alma, da elevação do seu espírito à sabedoria iluminista da sua vocação, ao cumprimento da missão divina de dedicar-se à salvação da humanidade.

## BIBLIOGRAFIA

1. AFRANIO PEIXOTO — Um século de Cultura Sanitária — 1923 — Biblioteca O Estado de São Paulo — pág. 67/69;
2. ANTONIO CARLOS BROCHADO PRINCIPE — Cipriano Betâmio — Herói infatível Estudos Bahianos — 1955;
3. JAYME DE SÁ MENEZES — Cipriano Betâmio e o 1º Centenário da Epidemia de cólera morbus — 1855 na Bahia — Revista do Instituto Geográfico e histórico da Bahia — ano 1955 — nº 79 — pág. 7;
4. GUIA METODOLÓGICO PARA CADERNOS MEC — História — 1ª Edição — 1971;
5. G.A. OZAMAN — Historie Medicale des Maladies Epidemiques — 1835 Tome second — pág. 237/271;
6. WILHEN VON DIGALSKI — O homem contra os micróbios. As doenças contagiosas na história e na vida dos povos — Editora Italiana — 1959;
7. WANDERLEY PINHO — Revista do Instituto Histórico da Bahia — 1920;
8. JOSÉ PEREIRA REGO — Esboço histórico das epidemias que têm grassado na Cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870 — Tipografia Nacional.



*“A benevolência devida aos vivos pode levar-nos a respeitar nos atos de cada homem um produto indiscutível da sua liberdade; a verdade porém devida aos mortos, a incorruptível verdade, tem diante dos túmulos o dever de considerar, em nome da sociedade, todas as condições que encaminham ou desencaminham uma existência nessa linha ideal para onde convergem as mais altas aspirações da humanidade”.*

*Ramalho Ortigão — As Farpas — Vol.3, pág. 14.*

Meu caro Fontes — assim falou Beaurepaire, por ocasião do seu afastamento na Direção deste Instituto — “você dispõe de duas famílias: aquela que o acompanhou no seu lar feliz e o cerca, a todo momento, de desvelados carinhos e esta de Manguinhos que hoje, mais uma vez, tem a grande satisfação de lhe poder testemunhar todo o acatamento que lhe dedica”.

A estas duas famílias haveria que acrescentar uma terceira: a dos que, sem laços de parentesco nem passado de trabalho comum, longe da visão direta do Mestre, beneficiava-se apenas com os reflexos luminosos da sua obra e da sua vida; família dispersa por esse Brasil afora no estrangeiro que, por viver discretamente escondida, nem por isso admirava menos o seu grande chefe.

Em nome da família consagüínea, nas mais diversas circunstâncias, já têm se expressado seus filhos, entre os quais o querido Murilo, como acaba de fazer, com seu último livro: um hino de amor e louvação paterna, realmente encantador. Pelos companheiros desta Casa, pelos que o seguiram na Sociedade Brasileira de Tuberculose, na Escola de Ciências Médicas e por todos os outros caminhos — muitos já se fizeram ouvir. Restava apenas a palavra dos seus filhos espirituais, dos seus discípulos anônimos, que, não privando da sua intimidade, sempre o quiseram muito. . .

É particularmente em nome destes, que ousou falar agora, por me haver

(\*) Conferência na Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro.

permitido a gentileza ímpar do atual Diretor desta Fundação, meu ex-aluno, hoje grande Mestre, Prof. Guilardo Martins, no momento, em que se comemora o centenário de nascimento do grande sábio.



Tomei conhecimento de Cardoso Fontes, quando ainda estudante. Acostumado a ler nomes arrevesados como Giemsa, Prowaczek, Metalnikow, Cantakuzene, Metchnikoff, e tantos outros, nos compêndios estrangeiros que consultava, dei, um dia, com um Fontes, em esdrúxula acentuação francesa. Era um autor brasileiro, que idealizara um método especial de coloração do bacilo tuberculoso, onde melhor se evidenciavam as granulações de Much, chamadas pelos italianos, no seu arraigado vezo de resguardar as prioridades, granulações de Schron-Mircoli. Desinteressado ainda pela Tuberculose e longe de Manguinhos, só muito depois, tive notícias dos extraordinários trabalhos levados a bom termo por esse mesmo pesquisador.

Meu natural empenho em conhecê-lo pessoalmente, por circunstâncias várias, não se realizava. Só em Paris isso veio acontecer. Visitava eu o Instituto Pasteur, quando fui surpreendido com a notícia de que ali se encontrava Cardoso Fontes, tomando posse do laboratório, que Calmette lhe oferecera, para continuar suas pesquisas iniciadas no Brasil. Fácil é calcular o meu contentamento e mesmo orgulho, ao ver como o grande patricio estava sendo alvo do respeito e da admiração por parte das figuras mais expressivas da Medicina francesa. Impressionante foi a maneira paternal e afetuosa com que me recebeu e me abraçou, em meio ao mundo de tanta gente ilustre, vinda de toda parte, para vê-lo e apertar a sua mão. Acolhida gentil, carinhosa e fidalga — a mim, jovem desconhecido do nordeste brasileiro — que jamais pude esquecer; tanta singeleza e tamanha a bondade, que lhe compunham a imagem de homem correto e educado.

Reintegrados à vida brasileira, ele nass justas alturas dos seus méritos reais; eu, desaparecido da humildade dos meus trabalhos provincianos, nem por isso nos separamos. Logo que lancei a primeira série de estudos sob o título de **Questões de Tuberculose**, a ele recorri, em busca de uma opinião valiosa. Seu julgamento estimulante serviu de prefácio ao modesto livro.

Daf por diante, foi a estima recíproca, que jamais se extinguiu. Como um dos seus, passei a acompanhar, com entusiasmo e orgulho, seus instantes de glorificação e prestígio. Sentindo, também, nas horas amargas, as mágoas que lhe causaram as setas envenenadas da meledicência, da inveja. . . e mesmo da calúnia. De um lado, dezenas de estudiosos, confirmando os resultados das suas pesquisas; do outro, experimentalistas, não menos respeitáveis, a dizer não e a contestar as afirmações do querido Mestre.

Em meio a esse torvelinho e contrachocos de idéias, quando ainda não se tinha dado a última palavra, desaparece ele. Felizmente, as gralhas agoureas não conseguiram empanar o fulgor da sua grandeza e, de todos os lados, por todas as formas, ainda em vida, tributadas lhe foram imensas demonstrações de apreço, condecorações as mais diversas, títulos os mais honrosos; sem faltar bênção da Igreja, no régio título de Membro da Academia Pontifícia de Ciências.



Por mais notáveis e grandiosos, entretanto, que tenham sido os feitos de Cardoso Fontes no campo da Saúde Pública, nas lides universitárias, nos conclave brasileiros ou nas conferências internacionais, na criação da Escola de Ciência Médica ou na direção deste Instituto, o que marcou realmente sua vida, dando-lhe repercussão universal, foi a sua grande obra científica. Suas experiências, religiosamente executadas, no silêncio dos laboratórios, impressionaram o mundo inteiro; suas doutrinas e interpretações causaram tremendo impacto nos alicerces da própria bacteriologia.

Passada, porém, a hora do entusiasmo e do aplauso, serenados os comentários, veio um profundo e melancólico silêncio. Que teria havido? Por que o esquecimento de tão fascinante descoberta? Falsos os achados? Defeituosa a maneira de alcançá-los? Errada a técnica? Sem significação atual o que dantes parecia valer tanto? Ou, então, tudo aquilo que ele viu e cuidadosamente anotou continua a ser a expressão da verdade, apenas devendo ser analisada à luz de uma ótica diferente e a exigir novos estudos para que dela se possa tirar todo proveito?

Sou, desenganadamente, por esta última hipótese. Por isso, quando um Instituto de Ciência, da ordem de Manguinhos, rico em gloriosas tradições respeitável por notáveis feitos, volta suas vistas para um dos seus maiores pesquisadores, responsável até pela sua criação, tem-se que, insistente e claramente, indagar: que foi feito, afinal, da obra do seu antigo e notável diretor? Qual o sentido real, a essência mesma, o valor intrínseco do seu legado?

Infelizmente a resposta não poderá ser dada numa oração como esta: sobretudo por um simples clínico, distanciado dos meandros e requintes laboratoriais. Ela deverá vir por quem de direito e à altura de revisar aquelas experiências levadas a efeito portas adentro dessa Instituição.

Nada impede, entretanto, desculpada a superficialidade dos conceitos, relembrem-se fatos e circunstâncias que, talvez, possam despertar o interesse e estimular a busca das razões que nos sucedam.

Para um julgamento exato, frio, sereno e imparcial de qualquer obra, necessita-se antes de tudo, conhecer o homem: seu caráter, seu espírito, seu feito

pessoal. . . “No podemos entender una frase” nos ensina Ortega y Gasset — “si no reconstruimos la estructura de la vida del hombre que la dijô o escribó”.

Nascido de família bem formada, cedo forjou sua têmpera no regime de um grande preceptor: Padre José Benedito Moreira, respeitável figura de mestre, famoso pelo espírito de retidão e justiça imperante em seu colégio. Temperamento sereno, maneiras discretas, cumpridor dos seus deveres, o estudante fora assim definido:

*“Aplicado, assistindo às aulas com maior freqüência que podia ter, era o primeiranista Fontes o tipo de pé de boi, no meio estudantil. Sem dúvida alguma, a assistência que o jovem estudante oferecia às disciplinas que se apresentavam, dava-lhe forros de personalidade estudiosa, e assim ganhando simpatia dos seus professores e colegas. Apaixonado da leitura, corria à biblioteca da Faculdade onde após assistir às aulas teóricas e práticas do curso, permanecia pela tarde afora, na vontade firme de aprender”.*

Homem feito, integrado na mais respeitável escola de Medicina experimental do país, trabalhava com dedicação e amor.

“Nunca o vimos” — revela Henrique Aragão, um dos seus companheiros de trabalho — “lançar uma teoria ou aventar uma hipótese científica, sem que antes se apoiasse no resultado de experiências logicamente conduzidas”.

Qualidade outras de caráter e coração, entre as quais seu profundo desinteresse pelas coisas materiais, faziam dele um verdadeiro sábio: um ente da categoria especial de homens que, no dizer de um deles — o extraordinário Charles Richet — “são animados por um pensamento comum: o amor da verdade escondida nas coisas”. Acrescentando: “não é para ter rendas, condecorações, ou uma cadeira na Universidade que um cientista trabalha dias, meses, anos; é, porque ele vê, diante de si, problemas a resolver cuja solução talvez seja sublime. Imagina que, por seu trabalho e com seu talento, vai descobrir o que ninguém ainda houvera descoberto: um feito novo, uma lei inesperada, uma relação imprevista, um fenômeno até então incompreendido. E esta esperança (tantas vezes enganadora) o sustenta e o protege”.

Foi a um homem assim, que Oswaldo Cruz, na distribuição das tarefas do seu trabalho comum, entregou a responsabilidade do estudo da Tuberculose. Área difícil e arriscada, onde não deixaram de claudicar as mais altas expressões da Medicina, como Virchow, no seu emperrado dualismo, Koch com os fracassos terapêuticos da tuberculina e o próprio Richet, com a sua inoperante zomoterapia.

Tivesse palmilhado Fontes — quem sabe? ! . . . — os caminhos da nossa patologia tropical — não porque fossem menos complexos os seus problemas,

mas porque ainda virgens de investigações rigorosas — e mais fácil por certo lhe seriam os sucessos, como se deu com tantos pesquisadores brasileiros do seu tempo.



Dessa forma, com bom senso, incumbido de estudar a soroterapia da doença, começou pela análise do agente causador: pela química dos seus componentes. Impressionou-se, desde logo, com as formações granulares do bacilo. Criou um método para visualizá-las bem. Estudou os fatores da sua dissociação. Descobriu uma enzima lipolítica. . . e seguiu por aí, tentando, cada vez mais, penetrar na essência e no significado desses curiosos elementos.

Para estudá-los melhor foi preciso isolá-los: Socorrer-se dos clássicos filtros. Investiga a natureza dos seus filtrados. Vê que estão isentos da forma clássica, ácido-resistente, descrita por Koch; percebe, porém, que inoculadas nos animais de experiência, revelam fatos até então nunca vistos. Consegue, por fim, com esses filtrados, recompor formas típicas e definidas do bacilo.

Que jovem, a essas alturas, com dados tão claros e convincentes, não ousaria arquitetar a hipótese, e por ela se apaixonar, de possuir o germe tuberculoso, uma fase granular na sua evolução, gerando formas não ácido-resistentes, capazes de explicar segredos do contágio, da herança, da profilaxia e mesmo da cura da doença? ! . . . tanto mais quanto seus achados estavam de acordo com as velhas idéias de pesquisadores da categoria de Strauss, Schøron, Mircoli e do próprio Much!! : .

Experimentalista cauteloso e disciplinado, habituado às armadilhas do método experimental, guardou, no entanto, por muito tempo, em silêncio, suas idéias, só vindo a publicá-las pelo ano de 1910. E, com tanta timidez que, ante a contradita de Philibert, dois anos depois, quando grosseiramente atribuiu os achados brasileiros à má qualidade do material usado, recolheu-se à sua tenda de trabalho, para rever seus estudos e se pronunciar depois com maiores e decisivos documentos.

Um acontecimento inesperado veio arrancá-lo do silêncio a que se tinha voltado: pesquisadores franceses, Vaudremer, Hauduroy, Valtis e Nègre, com o respaldo científico de Calmette, deram com resultados iguais aos seus, criando a rubrica, a meu verr infeliz de **ultravírus tuberculoso**, aceita por Fontes, mas lançada à sua revelia. Com tanta convicção e com tanto entusiasmo divulgaram a nova doutrina, que o mundo inteiro passou a se interessar por essas pesquisas de tão transcendentes conseqüências.

Enquanto assim pensavam, alguns outros, com isso não concordavam. Muitos até, por terem conseguido identificar corpos bacilares íntegros nos

filtrados, submetidos a certas condições elétricas das velas. O grande golpe, porém, contra a já famosa doutrina do vírus filtrável se deu, no próprio Instituto Pasteur, quando se demonstraram falhas inexplicáveis no curso do trabalho dos seus experimentalistas. . . Mas. . . os enganos de lá, dos civilizados, embora fortemente criticados, eram explicados como contingências naturais. No Brasil, nas mãos de Fontes, onde nenhum desses erros se verificaria, ao contrário, tudo deveria correr por conta de técnica defeituosa, de material ruim, de vela rachada.

Novos impactos nos domínios da Bacteriologia da Tuberculose, criados sobretudo pela descoberta de eficazes drogas terapêuticas; problemas relacionados com a vacinação BCG e questões pragmáticas mais urgentes fizeram com que esquecessem os problemas da filtrabilidade do bacilo de Koch. Contentavam-se todos em aceitar o parecer dominante, segundo o qual não havia vantagem em cuidar de resultados alcançados, provavelmente, com métodos defeituosos; ou mesmo, que tudo poderia ser explicado sem se apelar para a existência de uma forma filtrável do bacilo. Só Arnold Rich, sem se filiar ao grupo dos defensores do ultravírus, recomendava não perder de vista os fatos positivos apontados, pois novos trabalhos, livres de contestação, dignos de toda fé, começavam a surgir. . . Referia-se, principalmente aos estudos de Nègre e Bretey, na França, sobre as formas filtráveis do bacilo em culturas recentes e aos de Brieger e Glauert, nos Estado Unidos, identificando, à luz do microscópio eletrônico, inclusões intracelulares, de natureza bacteriana, em impressionante trabalho, executado na **Rockefeller Foundation**, em 1954, doze anos depois da morte de Fontes.

Ultravírus, germes em fase inicial de desenvolvimento, bacilos incompletamente desenvolvidos, inclusões intracelulares, micrococos ou formas filtráveis, a verdade é que ninguém mais pôde negar a existência daquelas microestruturas, identificadas, pela primeira vez, por Fontes nos laboratórios deste Instituto. Daí, me parecer correta, a titude de Weiszfeiller, quando após 35 anos de pesquisa nesses domínios, num dos capítulos do seu primoroso livro — editado em 1969 pela Academia Húngara — **Die Biologie der Variabilitat des Tuberkelbacterium** — concluiu que o problema só se resolverá quando pudermos responder com segurança às três seguintes indagações: 1) que devemos entender por formas filtráveis e como definí-las; 2) existe um ou vários métodos para sua comprovação; 3) que significação biológica têm essas formas para o bacilo e para a Tuberculose? Posta, nestes termos, a questão, o que importa é realizar um amplo e sistemático programa de pesquisa, contando já agora, com moderna e mais sensível aparelhagem, para rever, sem preconceitos ou atitudes facciosas, todo esse acervo de trabalho e indagação.



Restaria apenas perguntar: estão os Institutos de Microbiologia do mundo interessados na solução de tal problema? Creio que não. Partindo do pressuposto — falso aliás — de que a tuberculose não é mais assunto inquietante, dentro de um pragmatismo nocivo e de um imediatismo canhestro, que importância terá saber, se, na vida do bacilo tuberculoso, passa ele ou não por uma fase granular, quando facilmente podemos destruí-lo, anular todos os seus efeitos maléficos?

Enganam-se, entretanto, os que vêem tão curto. Descoberta, há quase um século, a estrutura, o metabolismo, a biologia dessa curiosa bactéria não têm metade sequer das suas incógnitas decifradas. Sabemos muito, mas não o bastante. Temos uma vacina, eficiente, mas que realmente não nos satisfaz integralmente. Um punhado do limitado de drogas, que só depois de longos meses, rigorosamente aplicadas, conduzem à cura. Metade da população dos países subdesenvolvidos, na idade adulta, já está impregnada pelo germe, potencialmente ativo. Milhares adoecendo e milhões morrendo de uma doença, que já deveria estar completamente extinta. . . Tudo a mostrar que a tuberculose não é, dessa forma, um **limão espremido**, como pensam os levianos. Muito suco há que extrair-se dela e só a pesquisa científica poderá dar as grandes respostas por que tanto espera a humanidade.



Terminando essas palavras — que estímaria tivessem sido mais breves — com as quais, de modo singelo e desprezencioso, tentei definir, em largos traços, o que em verdade nos legou Cardoso Fontes, independentemente do seu maravilhoso exemplo de homem de bem e sábio dos maiores, diria apenas: foi o primeiro a empregar, com êxito, o método experimental no estudo da Tuberculose em terras brasileiras. Pela sua capacidade técnica, segurança de conhecimentos, largueza de pensamento, no afã ininterrupto da busca da verdade, deu com um fato novo de tanta transcendência que chegou a impressionar os mais respeitáveis centros científicos do mundo. As críticas e as oposições, que lhe foram feitas, nem sempre com superioridade e isenção, terão mudado o entendimento e a interpretação dos fatos; nunca em condições de negá-los, porque válidos e verdadeiros sempre se apresentaram, nas mãos dos sábios, que criteriosamente com eles trabalharam. Pelo seu labor sem tréguas, honesto, discreto e profíquo, integra-se, com justiça e definitivamente, na galeria extraordinária dos grandes nomes, que compõem a constelação maravilhosa da Escola de Oswaldo Cruz.

A este Instituto cabe, portanto, não somente festejar — como está fazendo agora — a efeméride essencial da sua existência, como também e principalmente, retomar os caminhos por ele palmilhados, na tentativa de responder definitivamente a indagações e a incógnitas, que foram as razões maiores da sua própria vida.

Só assim, efetivamente, homenagearemos o nome ímpoluto de Antonio Cardoso Fontes, enaltecendo, ao mesmo tempo, esta Fundação e dignificando a Ciência Brasileira.



## DISCURSO DE POSSE (\*)

Jorge Novis

A vida reservou-me, entre graças concedidas, o acolhimento à vossa companhia, senhores acadêmicos, — por certo, fruto da convergência entre a generosidade e a bemquerença, que articuladas com engenho e arte, configuraram o candidato às exigências do modelo institucional. Louve-se o ingente trabalho por conseguir tal intento, numa vida marcada pela simplicidade, que no ensino e na clínica fez juras de fidelidade à vocação. Agora, — “quando vem baixando o crepúsculo”, — assento cativo entre vós outros, nasce a segurança de que jamais faltará cenário à ansiedade de um diálogo, tanto ao gosto dos que, tendo vivido longa experiência, têm algo para contar, como sempre mais para escutar.

A Academia mantém-se, assim, na sua prestante destinação, abrigando idéias que o tempo amadureceu, vivas de inteligência, é verdade, mas escoimada das asperezas que suscitam os ambientes de embate. Serena, sem ser emoliente; sensata, sem ser indiferente; senhorial, sem ser elitizante, — é clima propício à meditação dos acontecimentos médicos contemporâneos sob a ótica ajustada da verdade, apurando ciência e arte como convém, — se jamais permite dissociados os ingredientes principais, da moral de que se investe e da tranqüilidade de que se reveste. É, pois, uma casa do pensamento, onde os fatos encontram a decantação que a aliança com o tempo proporciona, na busca de uma pureza que lhe sendo apanágio, ajuda a construir sua história final sob um compromisso ético, — o de manter a medicina fiel ao juramento hipocrático que nossos maiores perfilharam, geração a geração.

É claro que os tempos mudam; os costumes, também. Mas, deve permanecer intangível a essência dos valores fundamentais que formam a estrutura dos agrupamentos humanos, tenham que posicionamento tiverem. É que as circunstâncias, assim como as aparências, são efêmeras, entregues à impiedade do tempo, que as devora, inexoravelmente, na sucessão das horas ou dos dias. O hoje, para ser amanhã, precisa estar na plenitude da verdade, e não apenas no uso, tantas vezes falaz, de suas roupagens, enganosas, ou ilusórias.

*(\*) Em sessão solene de 21.05.81, realizada no salão nobre da antiga faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, onde tem sua sede a Academia de Medicina da Bahia.*

Por isso, não importa a ação demolidora que tantos pretendem fazendo tabula rasa de valores pretéritos pelo simples fato de serem passado, numa forma de ufanismo exclusivista do presente, como se acaso não se interliguem ambos, indissolúvelmente, na construção quotidiana da tradição, que adquire, assim, sua expressão dinâmica de contínua vitalidade.

A reflexão ressoa adequadamente nesta casa de tão vigorosas lembranças, — nossa querida Faculdade de Medicina, — a ressurgir de uma fase de amarga penitência, castigada a beleza de seu prestígio, — e a acalantar a esperança de novos dias, jamais condenados à execração dos salões fechados, povoados de sombras sagradas, mas vivificados pela atividade em que coexistam homens de pensamento, docentes e discentes, no borbulhar de idéias e ideais, prosseguindo, no culto da inteligência e no amanhã da cultura, o seu papel de eminência no cenário da educação nacional.

É a reforma que urge fazer, — reforma da reforma, — avaliados, à justa, sucessos e insucessos, para a construção de esperado modelo educacional, eficiente, digno, sensato.

Desse espírito e dessa esperança nasceu a aquiescência à emoção de um retorno, — assim abreviada longa e inquietante ausência, — para falar de Clementino Fraga, ontem, e para receber, hoje, a unção acadêmica, que tanto me desvanece como filho desta casa, — cujas paredes, impregnadas de beleza histórica, construíram-se de merecimento e sabedoria, e estão a aguardar o reconhecimento nacional como monumento da medicina brasileira.



A cadeira 22 da Academia de Medicina da Bahia consagra-se à evocação de **Francisco dos Santos Pereira**. Sua vida desdobrou-se a serviço da clínica, da cátedra, e da representação política, entre 1844-1912.

Aos caminhos que percorreu emprestou elevado sentido ético, apurando as ações ao metro preceitual de uma consciência reta, inflexível às contingências da vida, e permitindo, assim, manter-se igual para o juízo da posteridade. Adestrado na Inglaterra, fez-se o primeiro oculista no Estado, a monopolizar grande clínica e não menor fama, que o levou a ocupar, como fundador, a cátedra, oftalmológica da Faculdade de Medicina, habilitado em concurso, com a tese intitulada "Afeções oculares sympathicas", da qual promanam sentenças marcadas pelo espírito de observação, — apanágio de uma época em que, por si só, bastava, à busca e à conquista da verdade científica.

Esse mesmo espírito serviu-lhe de lastro às ações de que revestiu sua formação humanista, suficiente até para vislumbrar um necessitado, ainda que bem composto, a merecer a recusa sutil a qualquer forma de pagamento. Conta-nos

uma descendente, que certa vez, tirou do bolso o último dinheiro, passando-o a quem sabia em dificuldade. Admoestado da imprudência, respondeu: "eu tenho crédito, e ele nem isso tem". E passou a ir a pé à Faculdade, durante vários dias, até o próximo ordenado. A grandeza do gesto confere à verdadeira caridade, se é mais difícil a privação do essencial de que a do supérfluo, — aquela, de que transbordava o dedal de uma pobre viúva, em confronto com o meio tonel do rico, limitadamente generoso, de que nos fala o Evangelho. Além disso, entre dar de si e dar do seu; entre dar do essencial, que faz falta, e dar do supérfluo, que sobra, há uma grande distância que se interpõe, dos gestos humanos ao paradigma do Cristo, nos caminhos que a humanidade percorre em peregrinação evolutiva para Deus.

O envolvimento nas procelas políticas haveria, igualmente, de ser marcado, — e, motivado até, — pela inspiração de uma causa redentora. Abolicionista, — libertando os próprios escravos que herdara, — enriqueceu a corrente Seabrista, na representação da Bahia à Constituinte em 1894, eleito e reeleito por aqueles a quem levava o alívio e a cura com a sua presença suave e mansa, marcada da força moral que resulta da competência e da bondade como elementos eficazes da terapêutica.

Aliás, não era singular o recrutamento de valores para a integração das cortes legislativas na famosa escola médica, — concentração exuberante de pensamento, a dividir com a Faculdade de Direito, as primícias da inteligência, do descortínio e da oratória.

Francisco dos Santos Pereira terá sido exemplo fulgurante de uma constelação de valores baianos, coonestando a clínica, o ensino e a política para os alargados serviços disponíveis à sua comunidade, e lembrado por esta Academia na continuidade da evocação eponímica.



A análise de valores do patrono confere lógica à presença de **Colombo Moreira Spínola** como primeiro ocupante da cadeira 22. Identificavam-nos, — exercício da clínica e do magistério oftalmológicos, aos quais se somavam — as atividades do escritor, as labutas da saúde pública, e aquel'outros, — que registrando a sensibilidade de espírito às carências comunitárias o transformaram, ao lado de tantos, em bandeirante na luta contra a cegueira e no alargamento dos horizontes ao ensino médico. De qualquer sorte, ao que fazia, emprestava o vigor de uma decidida vibração, doando-se por inteiro, para ser fiel à fé propulsora de seus ideais. Dir-se-ia movido pela força interior de que nos fala Garric, advertindo ser preciso "crer no que se faz, e fazê-lo com entusiasmo".

Evoque-se o clínico, dedicando-se, por igual, aos ricos, — de cuja intimi-

dade era partícipe, e aos pobres, — alvos prioritários de sua Fundação Santa Luzia, para cada qual guardando uma mensagem personalizada de otimismo, individualizando a massa compacta dos que o procuravam, na esperança de uma medicina humanizada e engrandecida pelas virtudes de quem a professa, sem o que se condena ao “mais fatal dos malogros porque exercida sem o freio do caráter, que se requer inflexível em sua têmpera, para resistir à profanação de um sacerdócio, tentada a cada passo, pelos agentes do utilitarismo, na mais degradante das mercâncias, que é o tráfico da vida humana”, — como na apóstrofe de Aristides Novis.

Nesse sentido, apesar de seu espírito irrequieto, sabia manter a calma na tempestade, mãos ao leme na condução do caso delicado, a prevalecer a consciência de que em certas ocasiões, — sobretudo as ocasiões incertas, — só aos fatuos molesta escutar a opinião de um colega, descompromissado ainda com as emoções envolventes, e porisso mesmo, credenciado a ver melhor no adjutório conducente ao êxito desejado, respeitando, na confiança com que o doente se entrega a um cuidado, o superior interesse da cura.

Daí, o desvelo de sua presença constante, oferecendo mais do que assistência, verdadeira insistência médica, da qual resultava a firme observação das variações com que a doença cambia sua estratégia de ataque, sempre disposta a burlar desavisada vigilância e a converter uma manhã de esperanças no crepúsculo lúgubre da vida.

“Ver, ver bem, para reconhecer”, era o preceito de Augusto Murri, — somando qualidades de atenção para o exercício do tino clínico, — dom de extrema valia, apenas não bastante, se ao desamparo dos fundamentos que modelam o embasamento médico. Formam-no, — a inteligência arisca, o estudo sedimentado, o bom senso para reconhecer e decidir, e por acréscimo, com o tempo, a experiência, — responsável por troféus e cicatrizes de que se estrutura a alma do médico, — sofrida, generosa, solidária. Nesse contexto, ajusta-se lugar para os métodos propedêuticos complementares, chamados a tempo e à hora para a ajuda diagnóstica, sem o exagero da generalização perdulária e sem a subestima negligente, mas exercendo a função de clarear caminhos, dissipando as brumas em que às vezes se enreda o raciocínio clínico.

Colombo foi o médico no sentido clássico, fazendo da especialidade a extensão de uma massa crítica de conhecimentos gerais, sob cujo prisma se anteolhava, no generalista, o médico de família. O médico de família. . . acompanhando o nascimento, velando pela infância, aconselhando nas refregas da adolescência, orientando vocações, dirimindo dúvidas, dissolvendo quesilias, consolando e alegrando, zelando pela saúde, enfim, — figura indispensável de todas as horas, porque inserido numa comunidade pelo afeto, pelo saber e pelo respeito, — representava a síntese equilibrada de uma medicina universal adaptada às

circunstâncias de sua aplicação. O fiel da balança não oscilava ao sopesar bem urdidas teorias e conveniências individuais; nem estas dissociavam as contingências psíquicas ou emocionais sempre presentes, como causa, ou concausa, das manifestações somáticas que muitas vezes se exibiam, na aparência, solitárias, ostentando uma suposta autonomia clínica. É que à justa análise não era a doença, o fato dominante, mas o doente, — a doença não passando de configurado flagrante na continuidade de uma vida, — tropeço na caminhada. . .

O avanço da tecnologia na seara médica; o desdobramento da medicina na profusão de especialidades e sub-especialidades, a parafernália de que se armou em conseqüência a propedêutica; o espírito consumista com que inclina a sociedade aos modismos de toda a espécie; o prestígio desavisadamente emprestado pelas universidades e órgãos previdenciários atendendo a demanda do mercado em vez de comandá-lo e educá-lo, — ameaçaram a estabilidade da instituição do médico de família de que restavam esparsos exemplares, como se não devesse preservar o seu papel de generalista, pelo menos como especialistas de uma medicina de síntese, de que tanto carecem hoje as populações que buscam o médico, mas nem sempre encontram a medicina,

Ainda bem que em tempo acordaram os pensadores da atenção médica e já agora abrem caminho para os profissionais de formação polivalente que atendendo um pouco de tudo, formam a vanguarda dos serviços simplificados, administrando as possibilidades de resolver em primeira instância a maioria dos casos e exercendo a triagem daqueles que carecem o aprofundamento na investigação especializada. Também este significava, em sua versão pretérita, o papel do médico de família tradicional, reeditado na visão que atualiza seu lugar na estratégia de uma ação devida e eficiente.

A Colombo Spínola coube igualmente papel relevante na ampliação do ensino médico na Bahia. Incontido nas limitações de uma docência livre na Faculdade de Medicina incorporou-se aos que formalizaram na Fundação Baiana para o Desenvolvimento da Medicina o ideal de uma atuação direta e prestante graças à Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, de que foi professor titular.

Não é para estranhar esse transbordamento de sua atividade clínica. É que aos olhos do espírito não valem os conhecimentos e a experiência adquiridos senão se colocados a serviço do próximo, quer direta, quer indiretamente, pelo discípulos formados, — páginas desdobradas de um livro oculto que a cada um compete ilustrar com a própria vida. Por isso não é demais repetir Loudet, que o ensino entrevia como a "mais pura forma de amar os homens", — ato de amor que gera no espírito de cada aluno o despertar da imagem adormecida no seu próprio ser e que permite gestada para sempre no incessante fomento de sua ânsia vocacional. Então, por mais que respeite o mestre a personalidade do discípulo para desejá-la pura e autêntica, sempre permanece neste a fidelidade

ingênita às origens traduzidas num gesto remanescente, quando não, nas próprias reminiscências do estilo. . . Cria-se, com isto, a genealogia do espírito, — nos vivos, outros, redivivos, — como de Colombo se sustenta a herança em Edmundo Spínola e Fernando Príncipe de Oliveira, — prosseguidores de sua vida e de sua obra.

No entanto, sua vida e sua obra, não se resumiram à clínica e ao ensino; antes, assumiram dimensão enfática no campo da assistência social, em que se condensaram a formação de um homem de saúde pública e a ânsia incontida de um nobre coração, traduzida tantas vezes na hesitação shakespeareana entre o ser e o não ser, para desaguar, definitivamente, sua afirmação, no estuário de um sonho maior que é a Fundação Santa Luzia.

Foi a conseqüência natural a quem vivia a labuta quotidiana dos centros e postos de saúde do Estado, na luta contra a cegueira, muitas vezes evitável pela orientação consentânea e pelo atendimento temporâneo e adequado. Certamente sentia que a saúde, inerente ao desempenho da vida, é um direito humano tão líquido quanto a própria vida; que ao Estado cabe o dever de promovê-la, preservá-la e prevení-la das amargas circunstâncias; mas, que antes do que ao Estado, é dever de fraternidade cristã sentir-se cada cidadão responsável pelo bem estar do próximo, criando meios para o sinergismo de uma política assistencial eficaz e fecunda. Por isso, aqui e ali os corações florescem, nas chamadas obras assistenciais, interagindo com o Estado na ação comunitária reclamada como essencial, e a representarem o sentimento de uma cidade, no que pode ter de mais puro e espiritualmente mais fraterno.

A Fundação Santa Luzia é uma escola de ciência e de amor. Lá Colombo continua servindo, — se servir foi seu fanal, iluminando vitoriosamente o curso da vida e cultivado, semanalmente, nas reuniões de Rotary, ao estímulo de companhias afins, a dividir aspirações e ansiedades na decisão de entreter a própria vida em disponibilidade solidária, depurada de outro qualquer empenho que não o de proporcionar uma forma de bem estar ao homem, ou seja, servir, — expressão cristalina de amor cristão.



Uma instituição como a Academia vive da semente que planta, do barro que amassa, do ouro que bateia, — formas simples e artesanais de representação, na atividade quotidiana, das labutas do espírito pela conquista da tradição, pela estabilidade da estrutura e pela riqueza do ideal. Contudo, há que ser dirigida, com senso político, — e é da estratégia das recepções, escolher para a saudação oficial, alguém afinado espiritualmente, ao recipiendário. No meu caso, não bas-

taria a necessidade do amparo protetor de dois oftalmologistas ilustres, responsáveis pela correção de foco, a exaltar na visão central, as virtudes e a filtrar na visão periférica, os defeitos. . . do candidato. Fostes além, senhores acadêmicos, escolhendo no fisiologista, — entendido por ofício nos meandros da emetropia, — o portador da mensagem amável e cortês de quem está por direito, — para quem chega, por generosidade. De Luis Fernando Macedo Costa, — príncipe da nossa intelectualidade, — ouviremos, certamente, coisas amenas, ditas com elegância e grafadas pelo sentimento, sólido e crescente, cultivado numa convivência de três décadas. Não lhe saberei ser mais grato depois, do que antes de escutar-lhe a palavra, porque o agradecimento compõe o amálgama da afeição sem hesitações, que nos acorrenta, — a mesma que nos põe, em sintonia, o espírito devocional à figura de Aristides Novis, — mestre de saber e de sabedoria. A este, que não preciso buscar para encontrar, ainda mais em ambiente impregnado de suas lições, devo o que fui e o que sou, — fruto da obsessão por seguir-lhe, amorosamente, o conselho e o exemplo. Por isto, e para não fugir ao hábito da reverência, permiti, senhores acadêmicos, a transferência devota das honras desta noite, a meu pai — meu Pai, meu mestre, meu amigo. . .





## DISCURSO DE SAUDAÇÃO A JORGE AUGUSTO NOVIS

Luiz Fernando de Macedo Costa

“Na cultura do espírito, a honra de viver”. . . Sob a inspiração deste pensamento alto de Aristides Novis, devemos fruir as alegrias desta noite de prêmios. A invocação, neste momento, da figura do mestre e amigo comum — ilustre acadêmico — constitui uma imposição da justiça, do afeto e da gratidão.

Reconhecemos ambos — e com orgulho igualmente proclamamos — que aqui chegamos, o recipiendário e o orador, apoiados no exemplo daquele nosso paradigma moral e intelectual. Integrantes, pois, dessa nobre estirpe cultural, devemos iluminar esta cerimônia, meu caro amigo Jorge Novis, acendendo a lâmpada votiva da recordação, na ermida da nossa hagiologia leiga. E porque sempre fomos guiados pelos seus conselhos durante a vida do mestre, agora, à distância, abrigamo-nos sob a proteção de suas bênçãos.

A Academia de Medicina, a classe médica, a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria de Saúde do Estado festejam, hoje, a posse de Jorge Augusto Novis. No entanto, a mais envaidecida de todas as instituições dignificadas pela sua passagem, eminente confrade, talvez seja o núcleo de nossa origem: a cátedra de fisiologia da faculdade de medicina. Ali começa, realmente, a sua caminhada de triunfos. A reconstrução do ambiente científico da época valoriza a atuação bandeirante.

No início da década de 50, a pesquisa médica era incipiente na Bahia. Manifestava-se, apenas, em surtos espasmódicos — que visavam aos concursos para o magistério — ou resultava do esforço de uns poucos idealistas intrépidos. Os vocacionados para a carreira universitária incluíam-se no primeiro grupo; e cientistas como José Silveira e outros tantos espíritos indomáveis formavam a grei dos pesquisadores pioneiros.

Mesmo dentro da universidade, a investigação era esgarçada, descontínua e um tanto improvisada ou empírica. Àquela época, os professores ainda estavam divididos entre os que defendiam a realização da pesquisa na instituição e aqueles outros que a condenavam com veemência. Para alguns, ao docente cabia, apenas, o dever de ensinar; e, por seu turno, as lições deviam consistir na simples transmissão dos conhecimentos consagrados. A habilidade didática, predominantemente expositiva, representava a virtude primária e quase exclusiva do lente.

Nesse tempo, porém, já começavam a surgir, aqui e acolá uns raros e atrevidos vanguardeiros, que exigiam as atividades de pesquisa para compor a figura completa do chefe escola. A propósito, convém ressaltar, em relação ao panorama brasileiro, que o Conselho Nacional de Pesquisa — O CNPq — só foi criado em 1951, enquanto o Fundo de Desenvolvimento Científico do BNDE e a

Finep, dois outros organismos poderosos para o estímulo à pesquisa, foram instituídos, respectivamente, em 1964 e 1971.

É verdade que entre nós, na Bahia, aquele pequeno grupo teimoso de investigadores sensibilizou o governador Otávio Mangabeira e, com o apoio oficial, conseguiu criar a Fundação Baiana para o Desenvolvimento da Ciência, sustentada pela taxa de 0,5% sobre a renda do Estado (Constituição de 1947 – Art. 28).

O órgão prestou inestimáveis serviços à pesquisa adolescente. E fico a cogitar, agora, se não seria possível, sob o clarividente descortínio do Gov. Antonio Carlos Magalhães, reativar aquela instituição nos moldes do passado, com inequívocos benefícios para a ciência baiana.

Afora o modesto impulso da fundação, a pesquisa desenvolvia-se à base do idealismo amadorista e guiada, apenas, pelo penacho daqueles jovens visionários.

Assim, nascente e amparada em débil incentivo do poder público, a pesquisa dependia do esforço isolado de grupos, que se constituíam em torno de líderes emergentes. No decênio de 50, Jorge Novis surgiu como o mais destacado entre esses ousados sonhadores.

Ao retornar do curso de especialização com Miguel Ozório de Almeida em Manguinhos, o recém-formado Professor Assistente credenciou-se, altivamente, perante a comunidade científica baiana, ao realizar concurso de docência-livre para fisiologia, defendendo tese sobre criopilepsia.

Talentoso, eloqüente, persuasivo, culto, o jovem mestre atraiu os estudantes mais ativos e cristalizou, em torno de si, o principal núcleo de investigação básica da Faculdade de Medicina.

Aliciando moços inteligentes, despertando vocações latentes, e iniciando o processo de entendimento com as agências estrangeiras de financiamento (sobretudo a Rockefeller e Kellog), o professor conceituado obteve equipamento moderno para o laboratório e bolsas de estudo para os integrantes da equipe. Conseguiu, a um tempo, recursos materiais e humanos altamente qualificados. Enfim, formou escola.

Assinalo esses aspectos todos porque estou persuadido de que, por maiores que sejam os méritos do ilustre acadêmico, quaisquer que tenham sido as glórias colhidas em diferentes áreas do ensino e da medicina, ainda assim, a sua mais fecunda atuação foi o trabalho desenvolvido como chefe daquela escola de pesquisa. A relevância de sua atividade pode ser estimada pelos resultados obtidos, e expressos nos profissionais ali modelados. À luz desse critério, a cátedra de fisiologia foi altamente produtiva, porquanto algumas das mais expressivas figuras da medicina contemporânea começaram a sua formação acadêmica naquele pólo atuante e promissor. Cito, apenas, os mais destacados: José Simões e Silva Jr., Heonir Rocha, Elsimar Coutinho, Rodolfo Teixeira, Carlos Marcílio, Waldir

Medrado, Armênio Guimarães, Virgílio Pereira, Antonio Biscaia, Carlos Widmer, Almira Dantas, Cesar Orrico, Sabino Augusto da Silva.

Todos esses, todos nós aliás, contagiados pelo entusiasmo do professor, nos dedicávamos ao trabalho, com vigor juvenil. A dedicação manifestava-se no interesse, às vezes até excessivo, para executar as tarefas. Recordo — e confesso que recordo com saudade — as inúmeras vezes em que nós próprios laçávamos gatos e cachorros vadios, ali, no Terreiro de Jesus, para realizarmos os experimentos. Relembro ainda — e aqui relembro com um meio-sorriso disfarçado no canto da boca — que deixamos de trabalhar com gato, após um grotesco e imprevisível incidente: o animal traqueostomizado por nós era bicho de estimação de uma senhora da vizinhança. Desde então, cautelosamente, transferimos aquelas técnicas para outro animal; e, por esse caminho não convencional, aperfeiçoamo-nos em coelhos. Naturalmente o professor não participava, nem estimulava esses procedimentos pouco ortodoxos. Tinha notícia dos exageros e mantinha um silêncio complacente, por vezes acompanhado de sorriso compreensivo e cúmplice.

Rememoro, também, que os sapos e rãs para os experimentos eram apanhados pelo servente — o inefável e saudoso Renato — nos brejos e nas margens do dique. Obviamente, com tal fornecimento irregular, a produtividade científica estava sujeita a flutuações sazonais.

Apresento esses depoimentos porque eles descrevem o ambiente da época e assinalam a atuação dos investigadores pioneiros. Àquela altura, as carências materiais eram supridas pelo esforço e pela determinação pessoais, confirmando o belo pensamento de Houssay — que o professor respeita com freqüência — segundo o qual “não é gaiola de ouro que faz passarinho cantar”.

Esse esboço de evolução da pesquisa médica entre nós é uma miniatura da formação da comunidade científica no Brasil. O estudo profundo a respeito, recentemente publicado por Simon Schwartzman, relata vivências e episódios superponíveis aos nossos. Por isso, o elogio, ora dirigido ao trabalho do ilustre acadêmico, a rigor alcança todos os investigadores vanguardistas daquela época. Afinal, foram vultos como Jorge Novis, que, espalhados por esse país, formaram a comunidade científica brasileira, construíram sua grandeza e lhe conferiram a dignidade que a credencia, agora, ao respeito internacional.

Ademais, esses mesmos homens predestinados também consolidaram as bases da universidade brasileira, quando introduziram os princípios fundamentais da investigação, atribuindo-lhe caráter regional e autônomo. Pois se é verdade que o ensino representa, sob o ponto de vista histórico e social, a função primária das instituições do magistério superior, por outro lado é inquestionável, também, que a pesquisa constitui a essencialidade da universidade moderna.

O ensino pode ser ministrado em estabelecimentos isolados ou em federa-

ções de escolas, mas a investigação científica, pelo menos no Brasil, requer a ambiência complexa da universidade. Por todas essas convicções é que visualizo e homenageio, naqueles corajosos professores das últimas décadas, os autênticos construtores da moderna universidade brasileira.

No entanto, o entusiasmo, inspirado pelo trabalho do estimulador de pesquisa, não deve obscurecer o ângulo iluminado do professor convencional. E Jorge Novis é, sem dúvida, um dos mais perfeitos didatas da nossa geração. Orador e comunicador, por vocação, por gosto e herança, ministrava aulas que entusiasmavam os jovens recém-ingressos na faculdade. Inevitavelmente influenciado pelo pai — assim como eu fui pelos dois — o jovem catedrático absorveu as virtudes do antecessor e acrescentou artifícios pedagógicos eficazes, que modernizaram o ensino da Fisiologia.

Consagrado pelo concurso para Cátedra, o professor moço bem cedo alcançou elevado prestígio entre seus pares de congregação. Atuando com independência e superioridade, o novo catedrático teve pronunciamentos decisivos em várias crises daquele egrégio colegiado e, movido por paixão incoercível e perene à sua faculdade, foi eleito para dirigí-la, atingindo, dessa maneira, a glória suprema que podia ser ambicionada pelo titular. Ao longo da sua gestão, empenhou-se em assegurar um clima de paz, naquele colegiado polêmico. Procurava merecer, também a si, a definição que Aristides Novis pedia para a própria existência, quando declarava que “sua vida foi um supremo esforço de conciliação, por vezes malogrado”.

Esse esboço da atuação demonstra que, como docente e na qualidade de diretor, Jorge Novis esteve sempre à altura da sua faculdade.

Em suma, assim eu folheei as páginas do capítulo referente ao professor, no livro biográfico do eminente acadêmico hoje empossado.

Devemos manusear, em seguida, as folhas redigidas pela atuação do médico. Elas comportam algumas notas preliminares, que resumem nossas idéias comuns a respeito da profissão, pois ao longo de 30 anos de convívio cotidiano houve tempo bastante para confrontá-las e concordar quanto aos seus princípios básicos.

A medicina é uma profissão com características muito especiais. Talvez não seja melhor do que as outras carreiras, mas seu exercício correto requer atributos muito peculiares, nem sempre exigidos alhures. Naturalmente não se pretende que o médico seja mais perfeito ou mais santo do que os outros profissionais, mas também não se espera que seja menos bondoso ou menos humano do que os demais. A esse respeito, aliás, Jackson salientou, com algum humor, que “Deus pode fazer o homem melhor do que o médico, mas não fez”.

Não obstante essas características, ainda assim, o médico tornou-se um dos profissionais mais controversos nos últimos tempos. A medicina moderna e

aparelhada, mas álgida ou hipoestésica, vem merecendo restrições devido ao declínio progressivo de palavras e gestos solidários. Por seu turno, confiante na técnica, mas súdito da máquina, o paciente atual experimenta a nostalgia do passado, a falta da mão no ombro, do conselho amigo, do afago compassivo, confirmando o sábio pensamento, segundo o qual “se bons sentimentos não chegam para fazer boa medicina, por outro lado, também, não há boa medicina sem bons sentimentos”.

A Matéria central dos debates e embates da prática médica nos últimos anos derivou de duas causas correlacionadas: o primado da tecnologia e a fragmentação, a partir do conhecimento propedêutico, em numerosas especialidades. A aparelhagem distanciou o médico do paciente e a especialização o distribuiu por múltiplos profissionais. Por tudo isso é que Dameshek advertiu, certa vez, que “cansada de análises, a medicina agora busca as sínteses; tem saudades dos plátanos de cóis”.

Esses aspetos foram sentidos mais recentemente, tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais. Em decorrência, cuida-se, agora, de sustar a plurifragmentação em subespecialidades, para retornar aos tempos do clínico geral. Parece que “a oscilação do pêndulo chegou ao seu ponto extremo” — comenta Mário Chaves — e o balanço agora se faz no sentido oposto. Assim, o sub-sistema consumidor atual exige o generalista, as associações de classe empenham-se na formação desse novo profissional e, com esse propósito, as faculdades modificam seus currículos. Portanto, existe o anseio universal daquele médico, habilitado tecnicamente — é claro — mas que possua, igualmente, a formação humanística do clínico geral. Então, o ressurgimento do médico de família não é uma volta ao passado, mas um passo à frente; e que começa a ser dado.

Essas considerações vêm a propósito do desempenho e postura profissionais do Dr. Jorge Novis. Clínico geral, médico de família, generalista ou qualquer outro epíteto semelhante ajusta-se à sua atuação. Ao longo de 3 décadas de tirocínio profissional ele se manteve fiel à formação e às convicções. Formado para internista e convicto do princípio cristão de respeito à dignidade do sofrimento alheio, o médico Jorge Novis impregnou seu sacerdócio leigo de bondade, atitude compreensiva e abnegação.

Integramos nós — ele, eu e muitos outros colegas da época aquela sacrificada geração intermediária, de transição, que clinicou numa fase em que ainda não se tinham organizado os atuais serviços de atendimento de urgência. Àquela altura, mesmo os hospitais de melhor padrão não dispunham de médicos plantonistas. Cabia-nos, a nós próprios, a iniciativa de todos os cuidados de atendimentos primários. Levávamos, conosco, os medicamentos de emergência, inclusive soros, aminas pressoras, cardiotônicos e até mini-torpedos de oxigênio. Muitas vezes, inúmeras vezes, tínhamos pacientes graves internados, simultaneamente,

nos hospitais Espanhol e Português. Então, pedíamos o auxílio dos companheiros de especialidade — attem bem, **companheiros, parceiros** e nunca, jamais, **competidores** ou **antagonistas** — que nos ajudavam, retribuindo o apoio igualmente recebido antes, ou assegurado para depois. Outras vezes, quantas, nossas famílias foram preteridas em seus propósitos, a fim de atendermos às urgências clínicas. As esposas bem poderiam referir a quota de participação que tiveram no êxito profissional dos clínicos. Solange ainda se lembra, por certo, das renúncias inúmeras dos primeiros tempos, e os próprios filhos — hoje multiplicados na exemplar família — acostumaram-se também, solidariamente, às características de vida do pai, médico principiante e probo. Mas, por outro lado, quantas manifestações comoventes de reconhecimento ele recebeu, no curso dos dias, e que estão guardadas, ainda hoje, na memória, sentida e confidencial, de suas recordações profissionais.

A clínica foi assim exercida, pelo Dr. Jorge Novis, com essa sensibilidade de amigo e humanista, que caracterizava o chamado médico de família. Mas, ao mesmo tempo, ao longo dos anos, gradualmente, ele adquiriu o adestramento técnico que se requer do facultativo moderno. Em verdade, Jorge se antecipou ao generalista atualmente reclamado, ou melhor, conservou as virtudes do profissional de outrora, acrescentando-lhes as exigências contemporâneas. Com esse procedimento, já revelava então, sem imaginar o futuro, a larga visão que o credencia, hoje, às altas funções de secretário de saúde do estado. E dessa maneira, quase imperceptivelmente, o leitor da biografia, eminente acadêmico, começa a passar as páginas de um novo capítulo da sua vida.

Realmente, no centro daquela competição, figurada como generalista versus especialista, visualiza-se o dilema entre a prática individual da clínica e o conteúdo social da profissão, ou seja, aí se encontra a demarcação da medicina curativa e preventiva. Apesar de não colidirem os elementos desses binômios, ainda assim, a sua conciliação é difícil e rara. O acadêmico Jorge Novis, médico e estadista da profissão, clínico e homem público, técnico e cidadão político, logrou harmonizar as virtudes díspares dessas atividades distintas e assim realizou a máxima de Demócrito, que está em Sêneca: "Para mim, o indivíduo vale o mesmo que o povo inteiro; o povo, o mesmo que o indivíduo".

A secular sentença política resume, com invulgar beleza, o ideal eterno da medicina tradicional, reformulado e ampliado após a guerra mundial. Essa redefinição foi consagrada nos dois mais altos documentos da nossa era: A constituição da Organização Mundial de Saúde e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. A constituição da O.M.S. incorporou o componente social à definição de saúde e a declaração da Assembléia Geral da O.N.U. Assegurou ao homem o inalienável direito à saúde e aos cuidados médicos (Art. XXV).

Os diplomas éticos referidos foram promulgados para o mundo novo do

após-guerra, no qual, o cidadão não deve mais pensar em termos regionais para obter conquistas permanentes, porque "aquilo que está ocorrendo, agora, com certos povos, poderá ocorrer com todos os povos, algum dia". Reedito idéias, antes enunciadas, em circunstâncias idênticas: "se persistem injustiças em alguns países, isso quer dizer que todos podem ser injustiçados em algum lugar, alguma vez. Independente de governo, crença ou raça, todas as nações aspiram à felicidade e à liberdade, como atributos indistintivos do homem; mas só alcançaremos esses bens, se os conseguirmos para todos, em medidas iguais. A satisfação de vermos as pessoas felizes e livres empresta realidade à nossa felicidade, segurança à nossa liberdade".

Essas convicções vêm sendo reafirmadas, no campo médico, durante os últimos anos. Em 1977, a 30ª Assembléia Mundial de Saúde declarou que o objetivo principal dos governos, nos próximos decênios, deveria consistir em alcançar, até o ano 2.000, um grau de saúde, para todos os habitantes do mundo, que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. E, em 1978, a conferência internacional de alma-ata definiu a consecução do mais alto nível possível de saúde como a meta social mais importante do mundo.

Tais idéias compõem, pois, a ambição básica do mundo atual. Nele, a responsabilidade do estudioso, do homem de ciência, do médico, tornou-se consideravelmente maior. Cabe-lhe o atendimento aos primários deveres profissionais, mas, pelas suas potencialidades como líder de uma sociedade, ele tem, ademais, as obrigações do cidadão, que, em nosso tempo, estão relacionadas não apenas com a família, a comunidade ou a pátria, mas com a própria humanidade.

Por tudo isso é que figuras privilegiadas, com espírito público e visão larga, como Jorge Novis, não podem recusar os seus serviços, quando reclamados pelos poderes constituídos. Então, cabe-lhes a renúncia às conveniências pessoais, em benefício do desempenho de missões maiores. Justifica-se e aplaude-se, nesses casos, a subordinação altruísta dos interesses próprios aos superiores interesses da coletividade. E foi assim que o médico Jorge Novis, com o respeito dos seus concidadãos, ascendeu à condição de secretário de estado.

Nesse cargo, e sob a liderança propulsora do Gov. Antônio Carlos Magalhães, o desempenho do eminente mestre está ao nível do seu elevado conceito. A atuação do administrador tem sido consagrada pelo elogio unânime da imprensa, assim como pelo êxito de suas campanhas e pelo testemunho incontestável de suas obras. A simples enumeração de alguns tópicos permite avaliar a relevância do trabalho em curso. Implantação da rede básica de saúde, com a construção de 312 postos e centros, além da edificação, em anexo, de 28 maternidades; recuperação física e reequipamento de unidades hospitalares na capital e interior; implantação da BAHIAFARMA — Empresa de Produtos Farmacêuticos da Bahia; reformulação do programa da saúde mental do estado;

múltiplas e eficientes campanhas de vacinação, além da intensificação do programa de vacinação continuada. Reforma administrativa da secretaria; Ativação da Vigilância Epidemiológica no Estado; Incremento da Fiscalização Sanitária.

A esta altura, com a leitura da atuação do homem público, volvemos as páginas de mais um capítulo da vida do ilustre acadêmico e encerra-se o ciclo atual de suas realizações existenciais.

Reverenciado na tríplice condição de professor, de médico e de homem público, Jorge Novis, chega, hoje, a esta academia, para engrandecê-la.

Coube-me o privilégio de saudá-lo, por sua própria indicação. Visualizo uma certa coerência nesse gesto, por que sobre mim recaiu também a preferência, quando ele escolheu, há 30 anos volvidos, o assistente de fisiologia.

Meu caro amigo Jorge Novis: Agradeço-lhe a dupla e honrosa distinção. Com a emoção ampliada pelo tempo, confidencio-lhe que o abraço de agora é igual ao de antes, mas a admiração é muito, muito maior.

Nossos cumprimentos, ilustre acadêmico.



## PARA ONDE VAI A MEDICINA?

Alberto Serravalle

Não seríamos nós, já em boa altura geriátrica, que assumiríamos a tribuna desta douta academia para, arrogados a pitoniso, delinear rumos para a medicina.

Anima-nos uma olhadela no passado, a esperança no futuro, além — e isto é fundamental — da benevolência dos queridos confrades, a ponto de nos deixar à vontade para tentar desenvolver pequenas facetas de tema tão transcendental, como é a ciência médica, agora, no esmaecer do século XX.

A indagação para onde vai a medicina nasceu em virtude da mutação de obsoletos conceitos vistos por um horizonte mais aberto, quando se vislumbra mais luz sobre os meandros da etiopatogenia e da terapêutica, de insofismável alcance quanto ao êxito.

Quando da nossa iniciação médica nos idos de 1941, assistíamos estarecidos a doença fazer a medicina captular a respeito de estudos exaustivos dos nossos avoengos — vermos ser zombados os seus esforços e criatividade — parecia-nos tarefa árdua, senão impossível, chegarmos um dia a assistir de vencida as encapuçadas artimanhas do mal.

Já sem a pátina do tempo, hoje, no balanço do progresso médico, a coluna de crédito cresce com vantagem apreciável. Assim, a estafilococcia da face com reação inflamatória intensa, seria temida pelo seu eventual alcance ao cérebro; era a conhecida "espinha carnal". A "febre de cano", que não era senão a salmonelose tífica, estava ceifando. O célebre "nó nas tripas" de ontem, a apendicite aguda, fazia da taxa cirúrgica um caudário de pouco sucesso. A varíola, a cólera, a malária, as blastomicoses, riquetsioses, esquistossomoses e outras dezenas de doenças parasitárias ou virióticas assomavam as estatísticas com percentual negativo altíssimo. Como dizia um colega de frazeologia arrevezada: atingia às vezes, o nonagésimo quinto percentil. O médico curava pouco embora fosse detentor de muito prestígio pessoal e vetustez. Ainda não haviam inventado a "máfia de branco" e a "máfia marrom" pautava-se ao noticiário crimonoso.

Era a "ingênu" blenorragia tornando-se artrite, orquite, abscesso prostático e septicemia. Uma chapa de tórax, exibindo um câncer de pulmão evoluía certo e sem delongas. Diagnosticado o riso sardônico, sua máscara era imutável até o final. A peste bubônica repetia, aqui e alhures, sua mortífera ceifa. As epidemias varriam em todas as latitudes. Na pneumonia, dizia-se, o órgão afetado é o pulmão, mas receia-se é pelo coração, e era ele que falhava. Porém nem tudo é assim reconhecido . . ., há quem viva catalogando nossos insucessos, nossos percalços, e os devolvendo ampliados, distorcidos e até em forma de livro. A propósito há um, cujo título é a "Expropriação da Saúde" de Ivan Illich. Nele há

um sub-título "Nêmesis da medicina" ou seja, a deusa que irá vingar a medicina. Logo de saída está escrito "a empresa médica anexa a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado". "Uma sexocracia de médicos, com a cooperação de clínicos, de professores e de laboratórios, laiciza e escolariza a sexualidade. E ao ortopedizar a consciência corporal, reproduz o **homem assistido** até nessa área íntima". Rotula a empresa médica como bloquadora geral das instituições. Usa freqüentemente o neologismo medicalização, como também admite que a medicina é quase sempre maligna. Apesar de reconhecer que a pneumonia hoje se cura com uma única dose de medicamento e a poliomielite ter desaparecido, bem como a malária pelo uso do DDT contra o anofelino transmissor, afirma que o cuidado médico é improfícuo, porém faz uma ironia: estamos na fase prenatal da medicina. Diz mais, que os atos médicos e programas de ação sanitária, criaram uma nova doença a iatrogenia que resulta em enfermidade, angústia e impotência ou seja, uma verdadeira epidemia. Afirma que os cuidados médicos faz bater em retirada a autonomia pessoal. É mais adiante "somente a ação política e jurídica pode deter essa **calamidade pública contagiosa** que é a invasão da medicina". Duvida da história da medicina e compara a ação dos médicos modernos com os sacerdotes de antanho, concluindo que não há diferença nos êxitos a não ser nos custos "epidemia vão e vêm".

Exalta que os jovens de hoje tendem não viver tanto quanto os seus ancestrais. As doenças infecciosas aumentaram com a era industrial e aí a medicina fez a sua reputação; dando dados diz que em N.Y. a taxa de mortalidade da tuberculose era de 700 para 100 mil em 1812, e baixou para 312 em 1882 antes de Kock. Depois da 2ª guerra mundial já havia baixado para 48 nos 100 mil, antes da estreptomicina. O mesmo foi alinhado para a cólera, desenteria e febre tifóide, que tiveram sua ascensão para em seguida declinar. Atribue isto a melhoria da nutrição. Enfatiza os progressos médicos como falsos. As técnicas sanitárias que diminuíram a mortalidade, independeram de ação médica, a não ser "o da tesoura para cortar as unhas das parteiras". O sabão e a fossa séptica foram invenções de não médicos. É eloqüente quando diz que com as novas técnicas, o número de leitos nos hospitais, e o número de médicos por habitantes não interfere sobre a mortalidade das doenças perniciosas. Comenta ser um belo progresso o ter eliminado a pólio, diminuído a difteria, coqueluche, tétano pelas vacinas, ao lado das infecções com os antibióticos tiveram algum êxito, mas conclue que as curas seriam mais eficazes na medida que fosse desprofissionalizada a medicina e passasse a fazer parte da cultura higiênica popular. É de lastimar que os epidemiologistas não concordam com os médicos, quanto estes dizem que o diagnóstico precoce aumenta a sobrevivida do canceroso. Acusa a

medicina de mais despesas e sofrimentos sem aumento de sobrevida. Cita autores ingleses (Mather e al) que afirmam não haver diferença entre enfarte do miocárdio tratado em hospital ou em domicílio. Chama as clínicas de: "oficina de lanternagem humana". "Infelizmente, diz, a inutilidade dos cuidados médicos é o menor dos danos que uma empresa médica proliferante pode infligir à sociedade". Compara estes danos aos veículos motorizados, ao trabalho e até mesmo às guerras. Traz a baila o termo iatrogênese e aí se ufana quando descobre que sua etimologia imputa o médico como gerador de doenças. Não satisfeito abrange como iatrogênese os medicamentos e as sociedades hospitalares. Arrola nos males os danos psicológicos e conclue: todo o contacto com a empresa médica expõe o paciente a danos psíquicos; e é textual: "estes danos não só se manifestam pela hipocondria ou organicidade, mas pode também conduzir ao suicídio. Sobre acidentes hospitalares diz, somente são menores que entre os trabalhadores em minas subterrâneas e na construção de edifícios altos. Enfatiza que o nível da saúde não melhora com as despesas médicas aumentadas e conclue, da ineficácia global crescente da empresa médica e que a sociedade se torna cada vez mais menos sadia. Tem a veleidade de querer demonstrar que é a empresa médica a responsável por tal assertiva. Discorrendo sobre a submissão do médico, diz, que é a mesma em todos os regimes políticos. Exalta a medicina na China e afirma que seu progresso deve-se aos médicos de pés nus. Escreve que os médicos não são malsãos pelas prescrições dos medicamentos que lesam os órgãos, , como também porque criam dependências; é o que ele chama de modesto saber profissional por pseudo saber farmacêutico. Pensa que o homem deve continuar a procurar no ervanário a razão de ser de sua medicação, como os astecas, e não ter vergonha de procurar aí, no ervanário, a cura para seus males. Aos 65 anos não adianta o uso de medicamentos pois os velhos continuam a morrer como outrora e é mistificação prescrever medicamentos. Apelida os hospitais como gaiola de ouro e o "check up" como engodo apesar de disseminado em todas as partes do globo e conclue que tal prática é ridícula, absurda, sem qualquer necessidade. Assegura que o inglês escolhe em cada 5 pacientes com insuficiência renal, um, para lhe ser aplicado o rim artificial ao qual lhe chama instrumento de tortura criado para se morrer em fogo brando. Igualmente as unidades de tratamento cardíacos não têm nenhum êxito estatístico na "medicina terminal". Falseia a estatística e diz que em 50 cateterismos cardíacos um morre de tal prática. Para complementar atos simbólicos e funções mágicas os médicos usam aventais brancos, assepsia, ambulâncias, sistemas de segurança. Considera um insulto ao feiticeiro de antanho ser comparado ao médico de hoje. Lembra Bernard Shaw e Dr. Knock e agora, palidamente, defende o médico lembrando a ausência da dicotomia entre este e os produtores de medicamentos, concluindo que a cupidez dos esculápios não se faz sentir nesse particular. Enu-

mera com Francis Bacon os deveres dos médicos e cita itens: a preservação da saúde, a cura das doenças, o prolongamento da vida ou como diz Montaigne deixar morrer de velhice. . . Némesis da Medicina. . . quanto cinismo livresco que expropria ao médico o direito precípuo à honradez.



Pois sim. É a medicina que tomou a si entre outras, a ingente tarefa de alertar à população e aos governos contra o hábito de fumar, embora isso tivesse de contrariar somente aqui no Brasil uma cifra de 25 milhões de fumantes, o 2º país consumidor de cigarros do mundo; alertar a quem de direito que as crianças nascidas de mães fumantes, pesam 200 grs. menos que normalmente das crianças de 0 a 1 ano; 17% têm doenças pulmonares e, quando um dos pais fumava a incidência da cifra passava para 34% e os 2 eram fumantes o percentual subia para 50%. Com outros dados convincentes publicou-se: dos 30 mil estudos sobre o fumar a conclusão foi em todas, sem exceção, malélicas. Somente em uma pesquisa americana entre 1963 a 1972 custou 15 milhões de dólares, diz ela; são cerca de 2 mil substâncias químicas que entram no organismo humano em cada tragada. Nos EE.UU. o custo que os inocentes contribuintes têm com a saúde abalada dos fumantes é de 27 bilhões de dólares ano. Numa estatística em homens fumantes americanos de 45 a 64 anos, dá os seguintes resultados para 100 mil habitantes; **doenças em geral** 1.329 para 708 entre os não fumantes; **todos os tipos de câncer** 267 para 175 dos não fumantes. Câncer do pulmão 87 para 11; **enfermidades cardíacas** incluindo enfarte, angina, doenças arteriais das extremidades: 1.417 para 726 entre os não fumantes. Experiências bem conduzidas inculcam o benzopireno como principal causador de câncer nos fumantes além das nitrosaminas, de um arsenal de alcalóides, do monóxido de carbono, e substâncias químicas (cerca de 20 metais).

De há muito quem lida com a saúde, exhibe uma ponderável parcela de razões para que as forças vivas da nação se mobilizem contra o hábito de fumar. No seu bojo não raro se encontram homens que desassombradamente se insurgem contra tal prática; no Brasil, mais precisamente na Bahia, neste belo hospital, nesta lúdica academia, sobressai-se com pionerismo e desassombro a figura marcante de um pesquisador, que, há muitos anos, pressentindo os malefícios do hábito de fumar, teve coragem cívica e profissional de se lançar decidida e denodadamente numa campanha médico-social, que já trouxe ponderáveis benefícios aos seus concidadãos. Trata-se da figura ímpar, como todos estão a prever, de mais um louro aos seus destacados méritos, nosso bom samaritano José Silveira.



Nos últimos anos o conceito de que todos os seres — a não ser os mais simples — tinham como escopo da função digestiva a tríade atividade: motora, secretora e absorptiva, foi sendo modificada e hoje, estamos na época da explosão dos hormônios digestivos. Baryless e Starling constataram que — mesmo que se seccionem todas as inervações do intestino — há secreção e quando o quimo ácido aporta ao duodeno, encontra um mensageiro no sangue que suscita a atividade e que por sua vez vai liberar a secretina do pâncreas. Foi o radioimunensaio que detectou vários peptídeos que desempenham um papel de relevo na fisiologia digestiva tais como gastrina, secretina e colecistocinina que possuem respectivamente atuação sobre a secreção gástrica, de água e bicarbonato do pâncreas, da contração da vesícula como também da secreção de enzimas pancreáticas. Há evidência que a liberação de insulina seja também por substâncias hormonais da mucosa gastrintestinal. Revolucionário ser o tubo gastrintestinal um órgão endócrino extremamente rico! Há uma verdadeira explosão dos hormônios e também de candidatos a hormônios, os putativos.

O conhecimento dos hormônios, da patogenia da úlcera péptica, dos resultados do tratamento dietético, do medicamentoso por meio dos antigos antiácidos e da moderna cimetidina e prostaglandinas, do psíquico, do cirúrgico pelas gastrectomias e secção vagal, fizeram diminuir de muito o tempo de cura da úlcera e também de sua incidência.



Dos males que mais afligem a humanidade desde priscas eras, é sem dúvida, o câncer que mais tem despertado a argúcia médica e o interesse social dos últimos anos, em virtude talvez do vislumbre de cura definitiva que se avizinha em meio a um ainda nebuloso progresso médico.

O estudo do mal em suas múltiplas facetas, tem suscitado trabalhos os mais variados e é no do Prof. Edmundo Blundi, de 1980, que documenta bem como se consegue deter, envolver, e tornar assintomático um caso de câncer de próstata com metástases pulmonares hematogênicas de nódulos densos e escavados. A propósito dessa imagem incomum para o câncer do pulmão, tida inicialmente pelo radiologista como criptococose, foi instituído, após o diagnóstico pela biópsia de próstata o tratamento hormonal pelo Honvon, havendo regressão total das imagens (cura radiológica), aspecto sem resíduo, que assim permaneceu por 3 curtos meses.

Eis uma pergunta que não se fazia antes: qual o tipo de alimentação que eu e minha família devemos ter para evitar o câncer? Publicações na imprensa leiga e médica têm despertado a atenção para o problema. De um modo geral a ingestão de calorias em excesso é tida como desencadeadora do mal. Experi-

mentos em ratos têm comprovado esta afirmação.

Próteses de silicone, de dura mater, cirurgia plástica, membros artificiais, psicoterapia, são recursos aplicáveis na terapia oncológica. Não devemos deixar de lado a assistência psicológica que, fortalecendo o espírito, permite ao paciente melhor desempenho no embate a que está submetido.

Drogas como a actinomicina D, adriomicina, pleomicina, as das siglas BCNU e CCNU, mitomicina C e outras, conseguem destruir o tumor. Em combinação elas atuam melhor nos 100 tipos de tumores.

Cura-se o Hodgkin em quase todos os estágios; algumas leucemias, o tumor de Wilms, o câncer do testículo são formas hoje curáveis.

É no entanto, na imunoterapia que reside a grande esperança da medicina. O uso do BCG, do levamisole, da vacina com a *Corynebacterium parvum* da hormonioterapia, têm tornado animoso o espírito dos pesquisadores e dos terapeutas no combate à velha doença: o câncer.

Reside porém no interferon a magna esperança: trata-se de uma substância protéica específica para cada espécie animal, que interfere na defesa do organismo contra as infecções viróticas descoberta por Isaacs e Linderman na Suíça. Age como anticorpo. De custo elevadíssimo e obtenção difícil foi dito acerca destas dificuldades por um pesquisador: "se a minha mãe necessitasse de doses para a cura do seu câncer não as teria para lhe dar". Há um vislumbre: o interferon obtido da *Escherichia coli*. Ele — o interferon — está para as infecções o que os antibióticos estão para as bacteremias. É uma grande esperança no tratamento de certas formas de câncer, inclusive o sarcoma osteogênico.



Antiga como o conceito de Areteu no século II o diabete "é uma afecção notável, constituindo em um derretimento da carne e dos membros em urina; os pacientes jamais param de urinar, sendo o fluxo incessante como pela abertura de aqueduto, o paciente tem vida curta porque a dissolução é rápida e a morte chega depressa". Diabete em grego quer dizer **passar através de**. Este conceito prevaleceu 18 séculos até a descoberta da insulina.

Odiernamente outro fator de avanço terapêutico foi a somatostatina substância reguladora das ilhotas A e B do pâncreas ou seja favorece a liberação de insulina. Ela é oriunda das células D do pâncreas. Na clínica diária, nos deparamos com indivíduos insulino-resistentes e é no hormônio somatostatina que reside a nossa esperança em aumentar a secreção de insulina e de diminuir um outro hormônio o glucagon inibidor da insulina.

A população mundial de diabéticos é de 50 a 60 milhões de pessoas. A insulina que uma pessoa necessita para um ano é oriunda de duas vacas ou

porcos; como cada dia o diabético vive mais, são precisos 100 milhões daqueles animais ano para o tratamento respectivo. Atualmente um tipo especial de *E. coli* foi transformada para se ter os componentes da insulina humana. Para obter insulina de bactérias cientistas na Califórnia produziram gens humanos capazes de induzir a obtenção de insulina; em seguida inseriram esses gens em bactérias, forçando assim o mecanismo fabricante de proteína das bactérias a produzir hormônio, à base de proteína, a insulina. Além das vantagens da produção em massa do hormônio pancreático, desaparecem as reações alérgicas das proteínas estranhas àquela dos animais que ora se obtém com a insulina.



Órgão de alcance reduzido, o pâncreas, tem sido vítima de abordagem as mais variadas, seja por meios químicos, seja pela engenharia eletrônica, seja pelos fios de fibra de vidro na endoscopia. O diagnóstico de pancreatite crônica e aguda além da inacessibilidade do órgão, da complexidade dos exames disponíveis e da falta de critérios padrões definidores da função pancreática normal, fazem-no uma glândula apoucada no antiato da abordagem. Os maiores progressos foram obtidos partindo da pancreatite crônica pelo que são usados: a duodenografia hipotônica para a qual se usam agentes farmacológicos anticolinérgicos e glicose que inibem a atividade peristáltica duodenal e a tonicidade do músculo liso, ao lado do contraste baritado; o rendimento deste procedimento é de 85% para a pancreatite crônica. A cintilografia pancreática pela selenometionina tem resultado desapontador. Angiografia pela cateterização da celíaca e mesentérica superior é bastante útil no câncer de pâncreas. A ultrassonografia é também útil nos cistos pancreáticos. Boa é a tomografia computadorizada para diagnóstico de tumores pancreáticos, embora nem sempre seja possível diferenciar processo inflamatório agudo das neoplasias. A colégio pancreatografia retrógrada endoscópica para a diferenciação entre carcinoma e pancreatite crônica nem sempre se alcançou êxito e num levantamento básico de 10 mil casos deu numa morbidez 3% e mortalidade de 0,2%. A biópsia pancreática percutânea após localização do tumor pelo ultrassom é prática relevante. Pelo laboratório: prova de secretina pancreozimina, medição das gorduras fecais, refeição de prova de Lundh, e a administração de um políptídeo sintético ácido benzoil-tirosil-paramino benzóico, alcançam bons dados. Para o diagnóstico precoce do câncer do pâncreas permanece o dilema. Atualmente ainda cerca de 85% dos casos diagnosticados têm metástases. Casos com evolução de 5 anos apenas 1%. A sobrevivência média é de 6 meses.



Passemos agora a miastenia grave. É uma doença auto imune do homem com exacerbação de sintomas, caracterizada por fraqueza e fadigabilidade musculares, resultantes de um defeito na transmissão neuromuscular. Embora alguns pontos da doença são considerados ainda nebulosos, sabe-se que são os receptores à acetilcolina e a imunidade são os fatores essenciais à gênese da doença em lide. O defeito na transmissão neuromuscular foi localizado na placa motora do músculo esquelético, alteração esta traduzida por anormalidades morfológicas, eletrofisiológicas e bioquímicas. Essas alterações são consideradas como oriundas de anticorpos humorais, que se fixam aos receptores nicóticos à acetilcolina e podem ser detectáveis no soro dos pacientes, como também à imunoglobulina correspondente pode ser individualizada na placa motora do músculo esquelético dos pacientes. Foi arrolada como doença "curariforme" pela semelhança com o envenamento pelo curare. A pista como doença auto-imune deveu-se à transmissão da mãe ao filho, de alteração do timo e à associação que há uma reação humoral e outra celular orientadas contra receptores acetilcolínicos na maioria dos pacientes, cuja obtenção laboratorial está na reprodução da doença em animais inoculados com dita imunoglobulina, reproduzindo a doença em animais por prova imuno-histoquímica. Além do mais, há uma corrida de elementos defensivos celulares (linfocitos) na junção no nervo com o músculo.

O tratamento tradicional são as anticolinesterases orais, que ao lado de reforçarem as concentrações de acetilcolina na placa motora, tornavam-se ineficientes a longo prazo. Era preciso no particular ao tratamento, interceptar o anticorpo, capaz de neutralizar a densidade de receptores à acetilcolina bem como a morfologia da junção neuromuscular. Foi então de um casamento feliz da timectomia e esteroides, que nasceu a base do tratamento atual para esta fatal doença.



Também nos últimos dois anos a tomografia computadorizada sofreu modificações de técnica — qual sejam: liberação de certos agentes de contraste e refinamentos de interpretação médica — que fizeram desse meio propedêutico um valioso auxiliar médico. Inicialmente a T.C. era apenas realizada no plano axial. As imagens obtidas era a seguir mostradas lado a lado para integração mental em uma representação tridimensional das estruturas. Entretanto a anatomia normal ou patológica são melhores demonstradas quando o corte da T.C. passa perpendicularmente através da área de interesse. Assim os meningiomas, hematomas subdurais e outras lesões encefálicas são localizadas mais precisamente em esquadriamentos por T.C. coronais ou sagitais.

Os meios de contraste usados para a arteriografia computadorizada fazem



deste método uma verdadeira varredura da área em estudo uma vez por exemplo, que a circulação arteriovenosa do cérebro é de 2,5 a 3 segundo e os novos aparelhos de T.C. fazem aquela varredura em 1 segundo apenas.



Um sem número de doenças eram fatais, pois a completarem sua fase cíclica encontravam o paciente em tal precário estado de desnutrição que além de mal se porem em pé, faltavam-lhes os elementos nutrientes capazes de manter o alento da vida. Os que mais sofriam eram aqueles com doenças do tubo digestivo, pancreatites, sepses, insuficiência péptica e renal, grandes queimados, traumatizados e câncer. Um cateter de silastina (e não de polivinil) na subclavia ou na jugular dão ao paciente uma nutrição parenteral onde glicose, aminoácidos, gorduras e oligominerais são administrados até por 1 ano desde que si há cuidado das infecções do cateter (tais como as nosocomiais e as da pele).



A calculose biliar é uma doença ubiqüitária; isto é, está em toda parte. Nos EE.UU. cerca de 16 a 20 milhões são portadores com 800 mil novos casos a mais, diagnosticados e 400 mil colecistectomias procedidas. Cerca de 30% dos cálculos são oriundos de pigmentos e 70% resultantes de colesterol; o tratamento dos primeiros é a cirurgia, enquanto os de colesterol entram em fase de dissolução clínica. Na década de 70 vários investigadores infundiram em um tubo em T o taurocolato de sódio e obtiveram 12 dissoluções de cálculos nos 16 casos perfundidos, e Gardner em 43 pacientes obteve êxito em 31 com a heparina. O ácido quenodesoxicólico oral tem sido usado com algum sucesso no desaparecimento radiológico da calculose biliar, ensaios de Iser e colaboradores atestam a saturação de ácidos biliares após a descontinuação da terapêutica com o quenodesoxicólico com retorno subsequente da litogênese. Mais promissor o ácido urosodesoxicólico para desensaturar a bile. A papitECTomia de Valter é mais uma sonda em T que se infla, orientável endoscopicamente, foi usada com sucesso para a retirada de cálculos, conseguindo-se uma verdadeira varredura do colédoco.

Talvez no futuro tenhamos várias opções ou a combinação de vários agentes para a dissolução e prevenção dos cálculos biliares.



Uma arma criada pela bioengenharia e que sua aplicação constitui êxito

médico é o raio laser em operações no sistema nervoso e atualmente foi usado para controlar hemorragia digestiva.



Sabe-se que o tópicio da década de 70 é a hepatite vírica. Foi identificada a hepatite sem icterícia graças às transaminases (hepatite anictérica).

Descoberto por Blumberg o antígeno Austrália — da hepatite B. Em seguida visualizou-se o vírus da hepatite A descoberto nas fezes de doentes, também graças ao microscópio eletrônico, havendo anticorpo no sangue detectado com antígeno do próprio vírus.

O vírus da hepatite B: foi identificado no laboratório pelos testes: radioimuniensaios e hemaglutinação o que permite a triagem dos doadores. Vários subtipos foram vistos pela sorologia do radioimunensaio podendo-se rastrear a infecção. Há uma nova descoberta a do antígeno da hepatite crônica. Ainda a verificação dos meios de transmissão da hepatite B afora a transfusão: agulhas comuns pelos viciados, pela vagina, saliva, leite materno, semem. Entre os homossexuais masculinos é maior o relevo dos contaminados. No pessoal técnico que lida com doentes tem sido imputada a contaminação. Na hemoterapia pratica-se como exame de rotina provas para excluir o soro A ou B positivos para hepatite.

A prevenção da hepatite aguda obtem-se pela proteção com a globulina — soro imune.



Em pesquisas sofisticadas com a cobra indiana "Naja" nos EE.UU. pesquisadores verificaram as possibilidades de sobrevivência dos queimados graves.

A substância, apenas designada como CVF, anula as reações físicas violentas das queimaduras que por sua vez iriam liberar o sistema complementar dos seres vivos os quais acarretariam um número excessivo de proteínas, desencadeando a formação de venenos fatais.



No particular de transplante de órgãos várias têm sido as tentativas para obtenção de êxito. A não ser um transplantado de coração que vive normalmente há cerca de 12 anos, as estatísticas são decepcionantes menos para o transplante de rim. Este é quase sempre precedido da hemodiálise. Segundo Franz Stuart 3 são os fatores que impedem os transplantes são corresponderem as expectativas:

escassez de rins de cadáver, a impressão de que a transplantação está "presa" a um platô no que se refere a resultados clínicos, enquanto a tecnologia de diálise. O tempo necessário para mobilizar a sala cirúrgica para remoção de órgãos, a hipotensão agônica e/ou a infecção associada com a causa mortis além do tempo de 30 minutos de isquemia "quente" tolerado pelo rim, são os fatores que comandam o espetáculo para que se obtenha êxito nos casos de transplante de acidentados ou em derrames cerebrais maciços. Não esquecer a legislação que separa a morte física da cerebral a qual, no caso específico, é a preferencial. A permissão familiar naquele país é factível. A sobrevida do transplante renal, está sendo mais de 80% em um ano, pelo menos temporariamente a taxa de mortalidade cirúrgica é alta. A despeito de maiores complicações cardiovasculares o diabete juvenil aceita melhor o transplante que a hemodiálise. O doador ideal é o parente vivo. A que se levar em conta a pré-sensibilização na diálise que leva à rejeição. Os pacientes em diálises tornam-se sensibilizados aos antígenos teciduais humanos por transfusões, gravidez e a exposição a certos antígenos bacterianos que vão dar reações cruzadas com os tecidos humanos. A transfusão de sangue é fator de sensibilização. Era comum na diálise ser transfundido sangue. O hematócrito pode ser mantido em 20% para se evitar as transfusões nas diálises a fim de não se sensibilizar o paciente a candidato à receptor. Está sendo avaliado mediante o "bolo" de hidrocortisona a reserva de medula óssea em granulócitos para efeito de tolerância à azatioprina-imunesupressor básico. O rim após o transplante funciona imediatamente em 75% das vezes. Caso contrário se inicia a hemodiálise. Os corticosteróides adquiriram uma condição de essencialidade nos regimes imunopressores. A irradiação no local do enxerto na dose de 150r em dias alternados retarda a rejeição. Há um artifício em misturar linfócitos do receptor e doador. Para evitar a rejeição a globulina antilinfocítica, de maior poder e menos toxicidade, são ensaiadas e serão postas no comércio em breve.



A cardiopatia coronariana ou seja a epidemia coronariana é a principal causa de morte nos EE.UU.: (750 mil mortes por ano), embora atualmente esteja diminuindo; é 2 vezes maior que todos os cânceres a (2ª principal causa mortis). A prevalência aí é o décuplo do Japão que é dos países industrializados o de mais baixa incidência. Se desejamos baixar estas cifras há que prevenir. A principal causa da coronariopatia é a arteriosclerose.

Sabe-se que o processo aterogênico é uma consequência da reação vascular a agentes injuriantes, atuando preferentemente sobre áreas vulneráveis, no sistema arterial (curvaturas, ostium, ramificações). Para que haja injúria das artérias

desempenham papel de destaque os agentes: traumáticos tipo hipertensão — os tóxicos (como monóxido de carbono) — metabólicos (os lipídios) endócrinos (as catecolaminas) — a adesividade plaquetária — o aumento da permeabilidade dos vasos — microtrombos — edema com deposição lipídica que por sua vez conduzem ao ateroma, trombose, ulceração, calcificações, hemorragias.

É medida de alto alcance não permitir as lipoproteínas, de baixa densidade dominar no quadro das lipidemias, enquanto as de alta densidade são consideradas benéficas, bem como a importância que se deve a trigliceridemia, a uricemia e a curva de tolerância a glicose. Há também um fato promissor no tocante às gorduras saturadas: partindo-se da premissa que os ruminantes alimentam-se exclusivamente de gramíneas alimentos ricos em polinsaturados, no entanto, aparecem no leite e na carne gorduras saturadas; a razão disto é que há um processo de hidrogenação naquelas gorduras, as polinsaturadas, graças a uma fermentação. Atualmente inibe-se essa fermentação pelo formaldeído e não há mais a temida conversão. Aguardamos conseguir também no homem tal recurso. A supressão do fumo no homem de meia idade e a prática de esportes deverão ser instituídas. Com medidas deste quilate e mais unidades coronarianas especializadas, transporte rápido de doentes, (incluindo o uso de helicópteros), aliviarão de muito o quadro atual enquanto, em verdade, outros milhões continuarão a infartar-se.

Dos estudos odiernos temos fatos novos: desenvolvimento de testes específicos que permitissem ainda na infância, selecionar os candidatos à doença coronariana. Descoberta de droga antiarteriogênica. Controle genético. Modificação da atmosfera social. A idealização seria através da enzimologia ou da biologia molecular. Pela complexidade da patologia da arteriosclerose não podemos prescindir de: antilipêmico perfeito, de um antiarrítmico absoluto, passando por um protetor de endotélio e por um ativador do sistema lipolítico intracelular da íntima arterial. Quanto aos fatores genéticos, homens com história familiar de coronariopatias ou com hiperlipidemia não se deveria casar com mulher que apresentasse tal história na família. Igualmente aqueles com genótipo A. O grande sonho inatingível no século XX poderá ser factível no próximo que é o controle da hereditariedade pelo código genético, buscando-se uma eugenia coronariana. É do meu conhecimento médico e afetivo de uma família onde de 6 jovens membros, 3 com menos de 40 anos tiveram morte súbita, e um faleceu de infarte.

Enquanto não se resolve geneticamente o problema, ou não se introduz no arsenal terapêutico uma medicação aterófila, vamos tentando modificações na "atmosfera social" fazendo com que o espírito competitivo do "struggle for life" seja atenuado e, as pessoas de comportamento compatível com as do grupo A na escala de Friedman e Roseman sejam submetidas a reparos psicológicos afas-

tando o estresse. "Na verdade os principais geradores de agressividade, competição, velocidade, indiretamente responsáveis pela atmosfera social negativa, parecem ser parâmetros e quase certamente imutáveis; alto crescimento demográfico, encurtamento das distâncias e ampla difusão dos meios de comunicação, o que está fazendo da terra um planeta cada vez menor".

De um modo geral está assente que como medidas preventivas de enfermidade das coronárias está indicado o seguinte decálogo: abolição do ato de fumar. Usar álcool com moderação (no máximo 2 medidas ao dia) — Substituir as gorduras saturadas pelas insaturadas. Vida ativa. Diminuir o peso nos obesos, bem como a hipertensão, a hiperglicemia, a hiperruicemia. Atenção com os carboidratos. Controle periódico pelo check up.

É preciso que o governo (especialmente os da área de saúde e educação) passem a pensar em termos de prevenção, deixando a presença da enfermidade para os clínicos, e fitando alto o binômio profilaxia antes do tratamento. Atingiremos um ideal semelhante àquele no tocante a profilaxia das doenças infecciosas dos países ocidentais. Não temos o dom da previsão, inegavelmente, mas o direito à esperança.

O cateterismo e a angiografia constituem sem favor, um avanço tecnológico de real monta, favorecendo o êxito no tratamento das coronariopatias. Trata-se de um método invasivo. Outros procedimentos constituídos da ecografia e os rádio-isótopos, que são métodos não invasivos, úteis no diagnóstico de males cardíacos, que vão das pericardites aos aneurismas, inclusive aqueles das paredes do miocárdio, e as doenças vasculares.

O recente declínio da mortalidade cardiovascular nos EE.UU. evidencia que a coronariopatia arteroclerótica não necessita ser encarada como acompanhamento inevitável do tipo de cultura que está sendo constituída, mas que pode ser influenciada por medidas terapêuticas e sociais.



Nós, como povo, somos obsecados pela saúde.

Existe, em verdade, uma ansiedade pública à respeito do progresso médico a qual se estende aos profissionais da medicina. Se se deve este fato à iminente necessidade de fruirmos desses benefícios há também, uma onda de amizade que nos aproxima bastante do próximo, que nos compele que ansiemos pelos amigos e clientes. Quem assim age e pensa, não deixa de margoar-se profundamente quando sua profissão é menosprezada ou assistimos a desídia do profissional. A flexa pode alvejar certos homens mas não os fere, diz Camilo. Nos nossos tempos de culpa penso em Montaigne: "Se não parecesse loucura falar sozinho, não passaria um dia sem que me ouvissem resmungar: maldito idiota".

O homem é o único ser vivo que se preocupa; preocupamo-nos com o futuro, o presente, a idéia de morte, e, mentalmente somos incapazes de ficar quietos. 140 bilhões de dólares gastou-se no EE.UU. com a assistência médica sanitária em 1978. Uma entidade americana que cuida da saúde — a Blue Cross — anuncia que poderemos aumentar em 11 anos a vida média do indivíduo que, em ambos os sexos, vive normalmente 72 anos; alcançará o homem a casa dos 83 anos se observar os 7 hábitos para uma vida sadia: tomando simplesmente o café da manhã — fazendo ginástica regularmente — mantendo o peso normal — admitindo-se 20% acima — não fumando — não bebendo em excesso — dormindo 8 horas todas as noites e não beliscando comida entre as refeições.

Atualmente temos conhecimento que existem 12 cadáveres em garrafas refrigeradas a espera da cura dos seus males para despertarem à nova vida.

Continuamos a envelhecer e a morrer pois é um determinismo biológico; porém é necessário envelhecer saudavelmente. Nos versos de Oliver Wendell Holmes fins do século XVIII: "A maravilhosa Charrete" encontramos a metáfora do envelhecer saudável, de terminar a vida dignamente, morrer honestamente sem uma doença. "Na construção de charretes, atente. Há sempre um ponto fraco à espreita; no eixo, na roda, aro ou varal. No painel, na barra, piso ou peitoril. Parafuso, correia de apoio ou cavilha. . . Essa é a razão porque, sem dúvida, uma charrete se quebra sem desgastar".

No seu tempo, Holmes ideou para a nova charrete, que deveria se acabar por inteiro a seguinte solução:

. . .construída de modo a não quebrar. . .  
O ponto mais fraco deve a tensão suportar  
E o modo de construí-la, afirmo,  
É transformá-la  
Em lugar tão forte como todo o montante.  
. . .Fizera-a de molde que em cada parte,  
Ela resistiria a qualquer embate, porém acabar-se-ia  
Por inteiro, de vez, como se a tivesse triturado  
Num moinho.

A velhice deve ser como um processo ordeiro de ressecamento tido como a mais natural das decorrências, não causando ruídos, chegando "pé ante pé", desprezenciosamente, e sem lamentações.

A morte é inerente ao sistema, de modo que pode ocorrer de repente, no extremo de um período de vida precronometrado, geneticamente determinado. Cessa a centralização, rompem-se as forças que uniam as células, elas deixam de reconhecer umas às outras, a sinalização química intracelular chega ao fim, os vasos são obstruídos por coágulos sanguíneos e rompem suas paredes, as

bactérias têm livre acesso a tecidos normalmente proibidos, os orgânulos, no interior das células, começam a se desunir e nada mais se sustenta; é a explosão de bilhões de bolhas, todas ao mesmo tempo.

Que jeito maravilhoso de partir. Daria para se encher o firmamento de exclamações, num avião fumaça, como diria Lewis Thomas, até acabar o meu dinheiro.



Tem a humanidade a seu favor um feito notável da natureza: o ácido desoxoribonucléico (A.D.N.); ele dá uma pequena guinada e vai formando a bactéria, o sapo, o macaco, o homem tudo isso na dependência de um "pequeno erro"; sem ele a "música não existia".

Enquanto isso os biólogos não param na faina de reproduzir um ser vivo partindo do ADN contido no núcleo de uma célula. Teoricamente é admissível obter-se uma planta oriunda de uma única célula de raiz. Uma única célula de intestino de rã tem instruções necessárias à uma nova rã idêntica. A reprodução clonal do ser humano constitui uma coisa preocupante da ciência, bem como o transplante de cabeças. A reprodução humana clonal é vexatória saber-se em evolução; como ficaria a afeição nascida do trato diário das criaturas, das boas maneiras surgidas da educação, ou de um velho agora com 15 anos com pinta de galã? aonde ficaria o amor filial? não o imaginamos senão um desolado órfão. Seria a reciclagem do refugio! Poderemos assistir o novo ser, prenhe de queixas contra o clone original, e inconformado em viver duas vezes, vá a procura daquele que lhe deu origem e parta para a desdita do assassinato. Será que a humanidade seria capaz de assistir a um ser clonal sem ansiedade ou preocupação, apanágio do homem. Perderia o estigma: "o homem é o animal que se preocupa". Em verdade as estatísticas provam que 98% das nossas preocupações são infundadas. Até mesmo com a hora da morte dizia Montaigne: "Quem não souber morrer não se preocupe. A natureza o instruirá plenamente num instante e o fará com exatidão. Não se preocupe".

Pelo que acrescentamos a secreção de hormônios pelo hipotálamo age como ópio. Não há dor. Num futuro próximo, face a legião de pesquisadores que ora trabalha espalhada pelo mundo, teremos males como os cardíacos, câncer, apoplexia, psicose senil, diabetes, esquizofrenia, enfisema, hipertensão, artrite, todos contornados, evitados e curados. Haverá luz no final do túnel.

Animador é o balanço da medicina nos 3 milhões de anos de existência do homem na face da terra. Até bem pouco, 1830 a medicina era pura tolice. Isto deu margem a sátiras, epigramas, sonetos depreciadores e gozações infundas. Eis senão algumas delas: de Catão o romano: "Roma não tinha piores inimigos que

os médicos. Enquanto os gregos nos abarrotarem com a sua literatura e especialmente com seus médicos, eles arruinarão tudo para nós". Marcial falando de um gladiador médico escreve: "Es agora gladiador, foste, antes, oculista, fizeste como médico o que agora fazes como gladiador". Petrarca escreve a Boccaccio sobre os médicos da época: "numa exibição indecente de vestuário impróprio, o escarlate misturado com outras cores, anéis cintilantes, esporas de ouro; fico diminuído diante de tanto esplendor". Ainda Petrarca escreve ao Papa Clemente VI: "Para conseguir fama por meio de alguma novidade eles negociam com nossas vidas. Aprendem sua arte à nossa custa, e mesmo a morte lhes traz experiência. Só o médico tem o direito de matar com impunidade. Ó Suavíssimo Pai olhai para esse bando como para um exército de inimigos. Lembrai do epitáfio esclarecedor que aquele infeliz mandou escrevessem sobre a lápide do seu túmulo: "Morri em consequência de muitos médicos".

Molière refere-se a um médico simpático e sisudo: "É gracioso' Gosto dele. Um doutor sério. Lembra logo cemitério". E ainda, "jamais ouvi nenhum defunto queixar-se do seu médico".

Boccage, o erótico, depois de grave enfermidade rebela-se contra seu médico e faz o discrime com o burro: "Doutor em nada o semelhas; ele foi besta nos pés, nas ancas, mãos e costado. Tu só na cabeça o és".

Médico de boa fama adoece, e seu filho o atende — escreve Boccage — "Um velho caiu na cama./Tinha um filho esculápio,/ Que para advinhações,/ Campava de ter bom tino./ O pulso paterno apalpa./ A receita depois vai./ Diz-lhe o velho suspirando:/ Repara que sou teu pai". Ainda de Boccage o célebre epitáfio — "Lê-se na sepultura,/ de antiguidade afonsiana:/ Aqui jaz quem não jazera se jazesse a medicina".

Sobre o curar com o semelhante Jules Dures escreve: "O fogo apaga com fogo./ São vista aos cegos cegando./ E até para coroar a obra./ Cura da morte. . . matando".

Vão três epigramas de Lafayette Spínola: "Esse moço extraordinário./ A profissão glorifica./ É médico humanitário, e por isso não clinica". — "Para provar no Instituto, que 30 anos clinicou o doutor, juntou, astuto, os óbitos que assinou". — "Esse doutor, sabidório, a profissão leva a sério./ Abriu seu consultório defronte do cemitério". . . De Roberto Correia: "De muitos doutores sei, que todos nós acatamos,/ Que quando nos diz cheguei,/ Retruca a morte: chegamos". Gracez Fróes a propósito de uma notícia de Paris em que conceituado Instituto manda um Wassermann positivo de sangue de um galo, termina assim seu soneto: "Embora contra mim mui doutos rifles/ Se revoltem, direi sem ar de crfítico: Pois não era o meu galo sifilítico? "





Ditoso é o homem que crê. Não houvessem fatos comprobatórios nos quais ele se estribasse, estaria a desnudo uma gama de conhecimentos oriundos do passado e do presente, para atestarem uma inabalável fé nos desígnios da medicina e da profissão médica. Como disse Claude Bernard: "o médico não é o médico dos seres vivos em geral tão pouco médico do gênero humano, mas médico do indivíduo humano".

Na pirâmide de Pende as facetas são formadas da morfologia, funcionalidade e psiquê, encimado o biótipo, porém, é o fundamental, tendo como base o patrimônio hereditário ou a carga genética. Que não iremos sobrepujar a morte é sedição. O velho sonho da humanidade, sabe-se, é quimérico. A mola mestra — o gene — tem carga pré-fixada. Isto é assente para animais, plantas, seres microscópicos, vírus e ultra-vírus. É pura veleidade pensar-se de outro modo. Fomos, somos, e seremos perecíveis e conservaremos nossa fragilidade através dos séculos. Sem ostentação, anunciam pressurosamente os feitos da medicina, ao tempo em que se presagiam louros que vão engalonar os progressos médicos.

Porém se a medicina é arte, cabe ao artista burilar e cinzelar sua criação. O escopro não dá vida e sim vem da vida. O juízo é difícil. A experiência é falha, a ocasião é curta, a arte é longa e a vida é breve, como diz um axioma latino. Se de um lado temos o progresso médico com todo o acervo tecnológico encimado pelos computadores, não é menos verdadeiro ser o médico a peça mestra — o seu émulo. Ele continua e continuará a ouvir, auscultar, apalpar, coligir dados sem empáfia, emitir seu conceito donde advirão luzes que irão iluminar o túnel da vida.

O continuado suceder de esculápios faz a medicina renovar a cada instante e, é nessa espiritualidade que a senectude bate em retirada, que sentimos a enxertia do novo sobre o velho, numa constante gemulação dos talentos que tanto engalanam, enobrecem e engrandecem a medicina.

Como disse o poeta: "Cantando espalharei por toda a parte, / Se a tanto me ajudar o engenho e a arte".

O prof. Lemos Torres na sua Academia de Medicina exara: "Há grandeza na medicina, pois ela estuda e trata uma unidade que encerra todas as leis da natureza, que vive, pensa, imagina, sente e sofre. Há beleza na medicina porque o mundo é artístico e o homem é em si um pequeno mundo. Há felicidade em ser médico, porque a vocação médica é fruto do amor à vida". Macedo Costa, dissertando sobre a medicina, justificou consubstancialmente, porque tinha orgulho de ser médico. Le Gendre sentenciou: "Se a curiosidade das moléstias pode fazer o sábio é o amor aos doentes que faz o médico".

Sá Menezes exara: "a medicina e os que por direito a exercitam, quanto mais apedrejados. . . mais queridos".

Aconselharíamos a quem pensar diferentemente a não empanar o brilho da

medicina, a não colocar jaça na ascensão brilhante dos progressos médicos.

No cômputo geral, em todos os parâmetros da medicina, há um saldo altamente positivo que a engrandece e a enaltece. Dominaremos com maestria e desenvoltura, como já disse, os encapuçados meandros dos males.

Porém, seremos perecíveis, subjugados e triturados como se "passassem os nossos corpos em um moinho", restando, entretanto, através o tempo a ciência médica que é arte imperecível, e, porque não dizer é um bálsamo para o corpo e um antídoto para as angústias.

## HOMENAGEM PÓSTUMA A GERSON PINTO (\*)

Newton Guimarães \*\*

“Uma existência individual é como um rio, pequeno em sua nascente, a correr estreitamente entre as margens, precipitando-se nos rochedos, recaindo em cascatas. Devagar, o rio se alarga, as margens desaparecem, as águas se acalmam e, no fim, sem rutura aparente, elas se confundem com o mar e perdem insensivelmente a existência própria. Aquele que, na velhice, pode encarar assim o seu destino, não temerá a morte, porquanto sua obra será continuada”.

São palavras de Bertrand Russell, num dos seus conhecidos ensaios, o ensaio sobre a “Arte de Envelhecer”.

E permitem estas palavras do eminente filósofo a inferência de uma tese segundo a qual não desaparece o homem, com a morte, tanto continua a existir, confundida a sua existência com a própria existência da humanidade.

Mas se a tese é irretorquível, as expressões com que está aqui enunciada poderiam merecer algum reparo — se me fosse permitida a suprema ousadia, modesto escriba eventual que sou — de fazer reparos a palavras do consagrado prêmio Nobel de literatura.

É que nem sempre as coisas se passam, na vida do homem, exatamente como descritas acima. Muitas vezes, do primitivo e estreito leito que sucede às suas nascentes segue o rio, cada vez mais pujante e caudaloso, a escavar indelevelmente o solo por onde se insinua, a impregnar as margens de sua ação fertilizante e benfazeja, e, por fim, a lançar-se ao mar, efetivamente, mas não com a placidez do remançoso estuário, antes com a afirmativa impetuosidade das pororocas ou a marcante individualidade que realiza a beleza amazônica do encontro das águas.

Doutra parte, analisando o último dos citados períodos do festejado escritor britânico não de concordar, todos, que não será atributo privativo da velhice o destemor da morte, se em verdade decorrente da certeza de que a obra realizada, por meritória e consistente, terá continuidade.

Em relação a ambos os pontos comentados mostra as razões do reparo sugerido um expressivo exemplo: Gerson Siqueira Pinto.

Senhores Acadêmicos:

Homenageando a Gerson Pinto como a um dos vossos — pois em verdade as condições e formalidades todas para isso exigidas ela já as preencheria, e assim já fora aceito em vossa companhia — quisestes, fugindo à praxe, que o vosso intérprete nesta sessão fosse um estranho, não a cada um de vós, pessoalmente,

( \*) Sessão de 18 de março de 1977.

( \*\*) Catedrático e Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

cujo conhecimento e amizade muito me desvanecem, mas de qualquer forma, estranho aos quadros desta Academia.

É que a vossa sensibilidade admitiu superadas as limitações do intérprete pelas condições que ele reúne para falar do homenageado, fruto da convivência quase ininterrupta de quatro lustros — desde o alvoroço com que, adolescentes estudantes do curso “pre-acadêmico” vivemos os nossos primeiros dias no ambiente sempre grandioso da Faculdade do Terreiro até bem recentemente, nos encontros freqüentes que nos impunha a condição de Diretor Interno, ele, do Hospital Prof. Edgard Santos, e eu membro do seu Conselho Deliberativo.

Uma constante, em nossas vidas, sempre nos manteve lado a lado: o ideal de ser professor da nossa Faculdade de Medicina.

Foram praticamente quarenta anos de uma convivência em que, se muitas vezes pontos de vista, concepções ou posições sobre temas ou problemas diversos nos colocavam em campos antagônicos, jamais, nem um momento sequer deixou de prevalecer entre nós a lealdade mais amistosa e o mais sincero apreço e consideração. Era Gerson Pinto, em verdade, desses em relação aos quais, mesmo divergindo, respeitava-se e admirava-se pela seriedade de propósitos, pela solidez de conhecimentos, pela compostura e elevação de atitudes. E assim foi desde estudante.

Não terão sido estranhos à formação de sua personalidade os influxos hauridos no ambiente onde nasceu, a terra dos Marechais. E sem dúvida, generosamente acrescidos das qualidades da inteligência de que também são pródigos os “manes” das Alagoas, como exemplifica esse mestre incomparável que desde cedo se constituiu o ídolo da juventude de nossa escola de Medicina e a quem disputamos, Gerson e eu, o galardão de uma amizade que afinal acolheu aos dois e a todos mais, e consolidou-se, para honra nossa, sem hiatos ou defecções. Refiro-me, já o percebestes, ao vosso companheiro nesta academia, o sempre jovem professor Estácio de Lima.

Transferida a família para a cidade de Aracaju, lá passou a infância o menino Gerson, e realizou os estudos primário e secundário, estes no conceituado Ateneu Pedro II onde, por certo, forjaram-se os alicerces e hábitos de estudo que lhe garantiriam adquirir sem dificuldades o sólido preparo que possuía. Em 1936, instituído o curso “pré-médico” em nossa Faculdade de Medicina, nele se inscreveu e ali fui encontrá-lo no segundo ano desse curso, pois fizera eu o primeiro no Colégio dos Maristas. Mas já lhe conhecia a fama, quando pela primeira vez o encontrei, à espera de uma aula, à porta do saudoso Anfiteatro Alfredo Braga.

Àquela época, bem menor o número dos postulantes ao ingresso nas faculdades, buscávamos saber quantos e quais os “cobras”, na expressão de hoje; queríamos conhecê-los, e, pelo deles aferir o nosso preparo e assim as nossas

possibilidades de sucesso no vestibular, então chamado "concurso de habilitação". Era o nome de Gerson citado como dos candidatos certo a um dos primeiros lugares. Juntamente com Suzette Mandarino Hipólito, colega tão querida e também tão precocemente desaparecida — cuja memória igualmente reverencio neste momento — compartia ele a primazia na dedicação ao estudo, na regularidade das notas distintas, na facilidade com que estavam sempre em dia com a matéria. Ela, jovial e extrovertida, vinda do Ginásio da Bahia, destacava-se no conhecimento da sociologia, — lecionada pelo pranteado mestre Álvaro Dórea — e na habilidade para o desenho, matérias também exigidas no vestibular daquele tempo e pouco conhecidas da maioria dos candidatos a medicina; por isso mesmo era considerada concorrente forte ao primeiro lugar. Gerson, mais circunspeto, dividia com José Ramos de Queiroz ou José Moreira Ferreira as honras de consultor para as nossas dificuldades em física ou química e com Jorge Novis — cuja vocação fortemente impregnada dos exemplos e influências do mestre Aristides já se fazia evidente, quando as dúvidas eram sobre biologia.

Junto a um punhado de moços da melhor formação moral e intelectual transpuzemos sem maiores dificuldades a barreira do vestibular e iniciamos, em 1938, o curso médico. Éramos 43 calouros que viriam a constituir — perdoem-me se falto à modéstia ao proclamá-lo — uma das mais preparadas e distinguidas turmas — egressas nos últimos decênios da nossa Faculdade.

Na impossibilidade de citá-los a todos, nominalmente, nesta oportunidade, a todos desejo envolver na mais carinhosa evocação.

Nessa turma sempre esteve Gerson entre os primeiros.

Em 1940, cursando ainda o 3º ano, juntamente com Augusto Freitas, Walter Guerra, José Carlos Vinhaes e José Ramos de Queiroz constituímos uma "embaixada" que sob a égide e o nome de Clementino Fraga nos permitiu visitar hospitais e serviços médicos outros no Rio, S. Paulo e Belo Horizonte. De volta, tarefa que acredito inédita em relação e embaixadas de estudantes, elaboramos minucioso relatório, acompanhado de numerosas fotografias que por intermédio do Sr. Secretário de Educação e Saúde foi entregue ao Sr. Governador, pois que a tanto nos achávamos obrigados em função do auxílio que do Governo receberemos. Grande parte desse relatório se deveu ao apuro, à regularidade com que Gerson anotava tudo que visitávamos ou conhecíamos.

Mas nem só de hospitais vivem os futuros médicos em embaixadas. . . E lá uma vez esquecemos a medicina e fomos ao Casino da Urca, a maravilha das noites cariocas dos idos de 1940 a 1950. E será difícil retratar fielmente a perplexidade e encantamento com que os moços provincianos se extasiaram em meio ao rodopio das roletas, o deslizar das cartas, e multicolorido das luzes e a beleza das mulheres e da indumentária nos "shows" que se sucediam, emoldurados na aconchegante música da época.

Ao regressarmos ao modesto hotel da rua do Catete, notou um de nós que até muito tempo depois de recolhidos permanecia acesa a luz do quarto que ocupava Gerson. E fomos todos os demais, satisfazer a curiosidade: estava ele toamando anotações, para o relatório, da noitada no Cassino da Urca. . .

Assim ele era: rigoroso a extremo no cumprimento do dever e das tarefas de que se achava incumbido. Sério, persistente, intransigente. E se essas qualidades lhe valeram algumas desafeições o que não importa, pois só os medíocres ou inautênticos conseguem agradar a todos — aliados à sua inteligência, amor ao estudo e sólida cultura médica lhe grangearam rapidamente a confiança dos mestres de quem se aproximou e de uma clientela que em pouco tempo era florescente e seleta.

Trabalhou com Fernando S. Paulo, cujo exemplo e cuja maneira de ser muito se ajustavam aos traços já bem definidos de sua personalidade: austero, exigente, metuculoso. Foi um dos discípuos mais diletos do saudoso mestre de Terapêutica e desde então despertaram os seus pendores por essa disciplina, na qual viria a galgar todos os degraus da sua carreira universitária.

Diplomada a turma de 1943 em cerimônia sem solenidade, pois falecera pouco antes o paraninfo — esse professor de Medicina e de fidalguia que foi Eduardo de Moraes — voltou a Aracaju por algum tempo, onde iniciou a clínica e onde recebeu de Augusto Leite, criador e chefe do excelente "Hospital de Cirurgia" as melhores demonstrações de confiança. Ali foi médico-residente e chefe do serviço de electrocardiografia, já então consolidada a inclinação para a cardiologia, especialidade em que alcançaria a mais alta expressão, inclusive a presidência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Continuava, entretanto, ligado a Salvador, além de outros motivos pelos sentimentos de fidelidade a quem, desde os tempos de estudante se constituiria a rainha dos seus sonhos: a sua querida Regina, esposa e companheira exemplar, suave e discreta, que foi, enquanto viva, sua constante inspiração e único amor.

Os rigores do seu caráter o puseram a salvo até mesmo dos pequenos pecados do coração que a indiscreção de colegas ou amigos mais chegados logra sempre descobrir, quando existem, ou ao menos suspeitar. Foi perfeito, realmente, o seu entendimento com Regina, a proporcionar-lhes a mais invejável felicidade conjugal, hoje, por certo, motivo também de felicidade e consolo para Rogério e Elza, herdeiros de suas virtudes e beneficiários dos exemplos e excelências do ambiente doméstico que lhes souberam proporcionar.

O convite de Fernando S. Paulo para integrar a sua equipe o devolveu definitivamente à Bahia e à Faculdade de Medicina. Iniciou então rápida e justa escalada às mais honrosas posições, quer no âmbito universitário quer no campo da cardiologia, onde se fez especialista consagrado.

À Faculdade serviu com empenho e correção modelares; na cadeira de

Terapêutica foi assistente, docente-livre, professor adjunto, titular interino. A seriedade e exatidão que imprimia ao desempenho das tarefas que lhe eram atribuídas levou-o a grangear a confiança de seus pares, que o indicaram repetidamente para cargos administrativos ou técnicos de relevância: foi membro do colegiado do curso de Medicina, Chefe da Divisão Médica do Hospital Prof. Edgard Santos e, ao falecer, era diretor desse Hospital; chefe do Departamento de Cardio-Angio-Pneumologia; representante dos professores adjuntos na congregação da Faculdade de Medicina e Vice-Diretor desta Faculdade, cargo que também exercia por ocasião de sua morte.

Numerosos foram os cursos de especialização que frequentou, no Brasil e nos Estados Unidos e na sua última estada neste foi professor visitante de Cardiologia no New York Hospital do renomado Cornell Medical Center.

Sua colaboração em reuniões ou congressos da especialidade foi também relevante. Neles sempre apresentou valiosos trabalhos, como participou de simpósios ou mesas-redondas nas quais figuravam personalidades do porte de Euríclides Zerbini, Cruz Lima, Luis Decourt, Adriano Pondé e tantos outros nomes de primeira linha na cardiologia brasileira, com os quais convivia e ombreava sem diferenças.

E não se limitava, Gerson, a repetir a ciência acumulada na simples leitura dos tratados ou na audiência a aulas, cursos ou conferências. Homem de aguçado espírito crítico — que não resistia, às vezes, à tentação de espicaçar com o comentário mordaz a ignorância enfatuada ou tangenciar com ironia causticante os que lhe pareciam obstinar-se no erro — trabalhou na investigação experimental de diversos assuntos, no âmbito da farmacologia, da histoquímica e da histofisiologia do miocárdio. Aí estão, publicados em revistas nacionais e estrangeiras, os trabalhos feitos em colaboração com Tulio Miraglia e a equipe de Histologia do Instituto de Ciências da Saúde, alguns com a participação de Rogério, o filho estudioso e já colaborador diligente que preparava com carinho e fundadas esperanças para lhe seguir as pegadas vitoriosas.

A noção do cumprimento do dever não lhe permitia refugir mesmo às tarefas que mais se anunciavam árduas, e de delicada execução. Assim a diretoria do Hospital Prof. Edgard Santos. Estando ele na Chefia da Divisão Médica achou-se obrigado a assumi-la, numa interinidade que por certo se prolongaria indefinidamente, pois as vicissitudes que atravessa o Hospital tornavam difícil encontrar quem o quisesse dirigir.

E ali pôs-se Gerson a trabalhar com invulgar alento, como a aceitar o desafio de fazer retornar o nosso hospital de ensino aos seus dias de melhor e mais eficiente funcionamento. Nesta luta o encontrou a enfermidade e o abateu a morte. Só ela, acredito, o abateria.

Em nosso último encontro no hospital discutimos longamente sobre o

ante-projeto das "normas para o pessoal docente em exercício no Hospital Prof. Edgard Santos" documento que considerávamos primordial para que se criassem novas condições de trabalho e melhor funcionamento na instituição. E ao visitá-lo depois, já enfermo, ele me dizia com autoridade e confiança, ao despedirmo-nos: "breve voltaremos àquela discussão".



A discussão continua, realmente, Na aparência, sem a presença de Gerson, mas de fato sob o comando que o seu exemplo aponta a todos os que têm responsabilidade para com a nossa Faculdade e seu hospital. Ao patrimônio da coletividade incorporaram-se definitivamente o seu nome e a sua obra. Desaparece a individualidade; nasce a sua marca na humanidade.



**TRABALHOS ORIGINAIS**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

## SÍNDROMES ISQUÊMICAS DAS PRINCIPAIS ARTÉRIAS ENCEFÁLICAS

Plínio Garcez de Sena (\*)

São assim denominadas as síndromes neurológicas oriundas da isquemia dos territórios irrigados por diferentes vasos do cérebro. A chegada de sangue arterial ao encéfalo processa-se através das artérias carótidas internas e das artérias vertebrais que formam o tronco basilar. Estes dois sistemas arteriais ligam-se por anastomose na base do cérebro, para constituir o denominado círculo de Wills. Apesar das variações individuais concernentes à distribuição e ao calibre das artérias encefálicas, os sinais clínicos permitem, no comum dos casos, determinar as regiões lesadas.

Serão discriminados tais sinais e meticolosamente considerados os elementos residuais correspondentes à topografia do processo, como passamos a desenvolver.

### a) A artéria carótida interna

A artéria carótida interna pode apresentar-se obstruída em qualquer ponto de sua extensão, porém as sedes preferenciais da oclusão encontram-se em sua origem, na bifurcação da carótida primitiva, ou em sua porção supra-clinoidea, na altura do sifão. Pode haver confusão com a sintomatologia da obstrução da artéria silviana, porque, na trombose da carótida interna a mais importante circulação colateral faz-se a expensas da comunicante anterior, cujo fluxo sanguíneo deriva particularmente em direção à artéria cerebral anterior do lado ocluído.

As manifestações prodrômicas têm sido muito destacadas na literatura médica: são cefaléias que costumam desaparecer no momento da instalação da hemiplegia, distúrbios visuais homolaterais à trombose, por insuficiência da circulação da artéria oftálmica, vertigens, mudança de comportamento e baixa do nível de inteligência. O sinal clínico mais comum na oclusão da artéria carótida interna é a hemiplegia flácida, com predomínio das manifestações no membro torácico, sobretudo na mão. Ela se acompanha de uma hemi-hipoestesia contralateral, de uma hemianopsia lateral homônica, com afasia em graus variáveis, nos casos de lesão do hemisfério dominante. A epilepsia seja generalizada, seja do tipo *bravais-jacksoniana*, está presente em cerca de 30%

(\*) *Professor Titular de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Titular da Cadeira nº 30 desta Academia.*

dos casos. A existência de uma miose no lado oposto à hemiplegia e a queda de pressão sistólica e diastólica têm sido registrados em muitos pacientes.

O EEG evidenciará a predominância de ondas lentas na região temporal e a angiografia mostrará uma trombose no ponto de origem da artéria, podendo ainda sediar-se a obstrução ao nível do sifão carotidiano. Na literatura internacional, entre os trabalhos que oferecem contribuição ao tema, deve ser destacado o de Lascelles e Burrows. Apresentam os autores em lide os resultados de suas investigações, assinalando que a diferenciação entre a oclusão das artérias carótida interna e silviana é, muitas vezes impossível de verificar-se do ponto de vista clínico, sendo a angiografia o único método indiscutível para o diagnóstico diferencial.

Algumas vezes, contudo, o diagnóstico angiográfico da trombose carotidiana é discutível. O estreitamento do vaso tanto pode ser orgânico ou funcional como transitório ou persistente. Pode haver ainda interpretação errônea, na dependência de deficiência da técnica. Também a oftalmodinamometria contribui para o diagnóstico de obstrução da carótida interna, pois, através deste exame, pode observar-se acentuada queda de pressão na artéria central da retina do vaso obliterado. Ademais, pela compressão da artéria carótida comum, não se observa alteração; ao revés disto, a compressão do lado oposto provoca diminuição bilateral da pressão da artéria central da retina, mais acentuada do lado trombosado. São consideradas expressivas apenas as diferenças de pressões entre um olho e outro que excedam de 20%

#### b) Artéria Cerebral Anterior

Irriga em condições fisiológicas toda a superfície dos lobos frontal e parietal, nutrindo a circunvolução frontal, a metade anterior da segunda circunvolução frontal, a porção mais superior das circunvoluções frontal ascendente e parietal descendente. No território profundo, irriga os núcleos caudado (cabeça) e lenticular (porção anterior), braço anterior da cápsula interna e hipotálamo anterior.

Cumpramos aqui descrever, resumidamente, os principais sinais neurológicos verificáveis na oclusão da artéria cerebral anterior. Na isquemia, situada logo após a sua origem, os elementos clínicos dependem particularmente do tamanho do trombo e das possibilidades de circulação garantidas a expensas da artéria comunicante anterior.

A síndrome é essencialmente representada por hemiplegia contralateral, proporcional, atingindo os membros e também o território facial central do lado oposto à oclusão. A verificação de apraxia é outro elemento comum nessas síndromes. Se a lesão se processa no lobo parietal esquerdo, haverá

apraxia bilateral, por agressão ao centro euprático. Distúrbios psíquicos e crises bravais-jacksonianas, traduzindo lesões frontais podem ocorrer.

Hipoestesia crural do lado oposto à lesão pode constituir parte do quadro clínico, devido à isquemia do prolongamento da circunvolução pós-central.

Nos casos de obstrução, além da artéria recorrente, poderia haver uma síndrome caracterizada por uma hemiplegia contralateral, acentuadamente desproporcional, com nítida predominância do membro pélvico. Observa-se eventualmente apraxia ideomotora unilateral esquerda.

### c) Artéria Coroidea anterior

A artéria coroidea anterior, embora de pequeno calibre, tem um território de distribuição comparável em importância àqueles das artérias cerebrais anterior, média e posterior. Irriga estruturas mesencefálicas, diencefálicas e telencefálicas.

Deve salientar-se a importância da artéria coroidea anterior por causa principalmente de alguns territórios encefálicos por ela irrigados: tracto óptico, base do pedúnculo cerebral, braço posterior da cápsula interna, globo pálido e plexo coroide.

Esta pequena artéria descrita inicialmente por Vicq d'Azur, pode iniciar-se na carótida interna, porém às vezes nasce na comunicante posterior, ou na artéria cerebral média.

As principais colaterais fornecidas pela coroidea anterior são:

- a. ramos perfurantes
- b. ramos para o uncus
- c. ramos para o pedúnculo cerebral
- d. ramo para o tracto óptico e corpo geniculado lateral e ramos terminais para o plexo coroide.

No conjunto a artéria coroidea anterior irriga os dois terços posteriores da cápsula interna, o globo pálido, o tracto óptico, a radiação óptica e a parte externa do corpo geniculado lateral. De acordo com variações individuais podem ser também irrigados pelo vaso o núcleo caudado, a cortex piriforme, o uncus, o corpo subtalâmico de Luys e a parte superficial do núcleo ventrolateral do tálamo. Em relação à substância negra, ao núcleo subtalâmico, como território de distribuição da coroidea anterior, as referências são escassas e vagas.

A síndrome clínica de oclusão da coroidea anterior compõe-se de três elementos essenciais: hemiplegia, hemianestesia e hemianopsia contralaterais à lesão. Destes elementos, a hemiplegia é o mais constante, comprometendo

globalmente o dimídio contralateral incluindo a hemiface. Esta hemiplegia subordina-se à lesão do braço posterior da cápsula interna e, talvez em alguns casos, o próprio pedúnculo cerebral. A hemianestesia afeta usualmente todas as formas de sensibilidade, entretanto, sempre de modo incompleto.

Finalmente, a hemianopsia é o fenômeno mais variável no quadro clínico em frequência. Assim entre os defeitos no campo visual heterônimo à lesão, pode ser incluída a visão macular. Em outros pacientes, ainda, a hemianopsia pode apresentar-se sob a forma em quadrante, evidenciando acometimento apenas parcial das radiações ópticas.

## **ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA**

O território de irrigação da artéria cerebral média, sujeito como se sabe a grandes variações individuais, compreende, superficialmente, à parte externa da face inferior do lóbulo frontal, a ínsula, a face superior do lóbulo temporal, as radiações ópticas e a substância branca subjacente.

Os ramos profundos do vaso nutrem a maior parte dos gânglios basais putamen (parte externa do palidum, cabeça e corpo do núcleo caudado) as cápsulas internas (parte superior dos braços anterior e posterior) e externa.

A obstrução da artéria cerebral, média ou silviana, pode condicionar desde as formas inteiramente assintomáticas, até distúrbios neurológicos completos.

Esta sintomatologia variada existe em função de uma série de fatores que passamos a considerar:

- a) Desgraçadamente anastomoses arteriais nem sempre são eficientes e os enfartes podem então comparecer com sintomatologia muitas vezes irreversível, em função de lesões do endotélio ou por arterioesclerose.
- b) Determinados doentes com obstrução total da artéria sílvica, que foram tratados cirurgicamente, em virtude de malformações vasculares cerebrais (ligadura arterial), podem apresentar prognóstico favorável.
- c) A situação topográfica da artéria sílvica, numa direção quase retilínea com a da artéria carótida interna, poderia propiciar a migração da placa ateromatosa, ensejando destarte emolecimento total do território subordinado à irrigação da cerebral média com sintomatologia raramente compatível com a vida. Os elementos clínicos, nesta condição migratória ou na agressão inicial à cerebral média, traduzem uma hemiplegia contralateral, com acentuado distúrbio de consciência, acompanhado de afasia, se é lesado o hemisfério dominante. Em casos, todavia, de isquemia do território superficial cortical pode haver revascularização, às custas da rede de anastomoses procedentes das artérias anterior e posterior.

As manifestações clínicas são oligosintomáticas: distúrbios do campo visual e, eventualmente, sintomas parietais do grupo das sensibilidades complexas (anosgnózia). No grande amolecimento silviano superficial posterior do hemisfério esquerdo, existe afasia de Wernick, hemianopsia e apraxia ideatória.

É a síndrome descrita por Foix, dependente da lesão da parte posterior do lóbulo têmporo parietal.

## ARTÉRIA CEREBRAL POSTERIOR

A artéria cerebral posterior tem os seguintes ramos profundos: artérias tálamo-perfurantes, tálamo-geniculadas, pedunculares Externas, quadrigênias e artéria posterior, que nutre os plexos coróides. Os ramos superficiais são os seguintes: têmporo anterior, têmporo inferior, têmporo posterior e as artérias calcarina e occipital. Em síntese: No território profundo, a artéria cerebral posterior irriga a maior parte do tálamo e grande porção do pedúnculo cerebral. No território superficial nutriria: o lóbulo têmporo occipital, parte da terceira circunvolução temporal, a porção posterior das três circunvoluções occipitais externas e corpo caloso.

Destacaremos a seguir algumas síndromes parciais da artéria cerebral posterior, únicas verificadas na prática médica, visto como a lesão de todo o território por ela irrigado seria incompatível com a vida.

## SÍNDROMES PARCIAIS ANTERIORES

### SÍNDROMES PEDUNCULARES

a) **Síndrome de Weber:** A lesão deve-se à isquemia do pé do pedúnculo cerebral, interessando as fibras do feixe piramidal e as fibras radiculares do terceiro nervo craneano.

Produz-se hemiplegia completa, incluindo a hemiface, do lado oposto à lesão associada à paralisia do motor ocular comum do mesmo lado da lesão. Havendo lesão esquerda, existirá hemiplegia direta associada à paralisia do terceiro nervo esquerdo. Em virtude desta síndrome situar-se no pé do pedúnculo, é conhecida como síndrome peduncular anterior, ou do pé peduncular.

b) **Síndrome de Benedikt:** As lesões atingem a calota peduncular o núcleo vermelho e as fibras cerebrais sediadas nesta região. Além da hemiplegia com acometimento do nervo óculo-motor associam-se hemitremor, hemi-assinergia e hemianestesia, no lado do déficit motor.

- c) **Síndrome de Claude:** As lesões assentam-se no núcleo rubro. Ocasionalmente ocasionam paralisia homolateral do nervo óculo-motor, associada a sinais cerebelares contralaterais.
- d) **Síndrome Talâmica:** Conhecida como síndrome de Dejerine-Roussy. É devida à lesão da parte externa do tálamo óptico, atacando o feixe piramidal, indiretamente, por contiguidade.

Caracteriza-se pelo aparecimento no lado oposto à lesão de:

- a) Hemiplegia fugaz, sem sinal de Babinski; o déficit motor é frequentemente reversível, sendo também a mão talâmica importante sinal clínico.
- b) Movimentos coreicos e atetóticos, que traduzem lesão dos núcleos estriado e lenticular.
- c) Hemiataxia sensitiva, devido aos distúrbios da sensibilidade profundo consciente.

## SÍNDROMES PARCIAIS POSTERIORES

Nas isquemias dos ramos corticais da artéria cerebral posterior surgem distúrbios visuais caracterizados pela presença de hemianopsia contralaterais à lesão. Quando a obstrução é sediada no hemisfério dominante aparecem perturbações de gnosia visual, particularmente representadas pela alexia verbal ou literal.

Em casos insólitos de obliteração bilateral de ramos das artérias cerebrais posteriores, pode comparecer a denominada cegueira cortical.

## SISTEMA VERTEBRO BASILAR

Cada artéria vertebral nasce da base do pescoço. Depois ascende pelas apofisas transversas das vértebras cervicais, contorna o atlas, atravessa o orifício occipital, para depois unir-se no crânio com sua homóloga e formar o tronco basilar.

A artéria vertebral envia ramos destinados aos nervos cervicais, às vértebras e aos grandes ramos musculares responsáveis pela nutrição dos músculos do pescoço. A artéria vertebral pode ser comprimida pela formação de osteófitos que fazem saliência no interior dos orifícios transversos.



No trajeto intracraniano dá a artéria espinhal anterior, ramos perforantes para o bulbo raquidiano e a artéria cerebelosa inferior. O tronco basilar dá artérias destinadas ao bulbo e protuberância; artérias cerebelosa média e cerebelosa superior.

No total, o território vértebrobasilar compreende:

- a) Parte superior da medula espinhal.
- b) Tronco cerebral e cerebelo
- c) Terços posteriores dos hemisférios.

### **ISQUEMIA DO TRONCO E DOS PRINCIPAIS RAMOS COLATERAIS DA ARTÉRIA VERTEBRAL**

#### **a) Síndrome da Artéria Espinhal Anterior**

Quando a síndrome é completa, observamos sinais piramidais contralaterais e alterações da sensibilidade profunda. Eventualmente, podem surgir fibrilações da língua, no lado da lesão.

#### **b) Síndrome da Artéria Cerebelar Posterior Inferior ou de WALLEMBERGER**

Traduz um amolecimento lateral do bulbo, e quando completa, está constituída dos seguintes sinais do lado da lesão: hemissíndrome cerebelar; paralisia velo-faringo-laríngea.

#### **c) Síndrome Oculossimpática de Claude Bernard-Horner**

Distúrbios da sensibilidade, sob a forma de hemianestesia alterna. Observa-se ainda dissociação siringomiélica à lesão e, no lado oposto, são acometidos: o tronco e os membros.

### **OCCLUSÃO DO TRONCO E DOS PRINCIPAIS RAMOS COLATERAIS DA ARTÉRIA BASILAR**

#### **a) Síndrome de Foville**

Observa-se hemiparesia contralateral e paralisia do olhar para o lado da lesão.

#### b) Síndrome de Millard-Gluber

O quadro é constituído por hemiplegia do lado oposto à lesão, sem agressão à face e paralisia facial periférica homolateral à lesão.

#### c) Síndrome da Artéria Cerebelar Média

Observamos do lado da lesão: assinergia cerebelar, paralisia facial periférica, síndrome de Claude-Bernard Horner e anestesia térmica e dolorosa da face. No lado oposto à lesão: distúrbios da sensibilidade térmica e dolorosa, com integridade da sensibilidade táctil no dimídio, com exceção da face.

#### d) Síndrome da Artéria Cerebelar Superior

No lado da lesão: movimentos córeo atetóticos, afetando particularmente o membro torácico, assinergia cerebelar e, insolitamente, síndrome de Claude-Bernard Horner.

No lado oposto: hemianestesia térmica e dolorosa, atingindo todo o hemicorpo, e algumas vezes, pode surgir hipoacusia e nistagno.

### **SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA INTERMITENTE DO SISTEMA ARTERIAL BASILAR**

Depende da diminuição abrupta e fugaz do débito circulatório, através do sistema vertebrobasilar, havendo sintomatologia instalada bruscamente; perda da consciência, tetraplegias às vezes precedidas de hemiplegias. Observam-se também disastrias, vertigens, zumbidos, estrabismo e ptose palpebral.

### **OCLUSÃO COMPLETA DA ARTÉRIA BASILAR**

Surgem as manifestações prodrômicas: cefaléias, vertigens e estados confusionais. Ao exame neurológico, observam-se distúrbios da consciência, hemiplegia ou tetraplegia, com sinal de Babinski bilateral, acometimento de nervos cranianos do lado da lesão, distúrbios dos movimentos oculares, hemianopsia bilateral (raramente) e paralisia facial.

## TERAPÊUTICA

O tratamento deve ser orientado no sentido das complicações imediatas, utilizando-se as capacidades funcionais restantes, além da tentativa profilática de novos acidentes.

Essas medidas incluem a hidratação, controle do equilíbrio eletrolítico, vigilância do aparelho respiratório e dos esfíncteres.

Tais providências visam prevenir a deficiência respiratória, infecções secundárias (pulmonares ou urinárias) escaras de decúbito, condições estas que podem levar o enfermo à morte.

Chamamos a atenção para os distúrbios metabólicos do sódio e potássio, respectivamente responsáveis pela hiper ou hiponatremia, e por graves complicações cardíacas correlatas.

O tratamento médico dos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos é bastante controverso.

De acordo com a época das investigações, certos fármacos têm tido uma grande eficácia, mas uma coisa é conhecida: torna-se difícil afirmar se o doente padece de um amolecimento ou de uma hemorragia, porque os dois processos se superpõem em certos casos.

Por esta razão medidas gerais são instituídas, evitando-se formular, pelo menos no período inicial da sintomatologia, o diagnóstico de processo isquêmico ou hemorrágico.

O tratamento geral do icto cerebral compreenderá pois:

- a) Cuidados gerais, que visarão particularmente à prevenção de escaras, perturbações pulmonares e ao tratamento dos distúrbios esfínterianos.
- b) Necessidade de ministrar-se ao menos, 15.000 calorias cada 24 horas, sob a forma de hidratos de carbono e proteínas, fornecidas ao paciente por sonda nasogástrica, ou por via parenteral, em virtude da existência de frequentes perturbações da deglutição, contraindicando destarte a via oral.
- c) Medicamentos vaso-reguladores, como, por exemplo, a vincamicina, pertencente à família das Apocynaceas.

O fármaco, administrado por via intramuscular (dez primeiros dias) e, posteriormente, por via oral, tem se mostrado eficiente no tratamento do AVC isquêmico.

Impediria, por outro lado, a perfusão luxuriante (vasodilatação global) e não determinaria a queda brusca da pressão arterial sistêmica, fatores estes

grandemente danosos no tratamento dos acidentes obstrutivos.

A dexametasona, na dose de 10 mg, intravenosa, de início, seguida de 4 mg de 6 em 6 horas, por via intramuscular, controlaria o edema cerebral, impedindo muitas vezes o agravamento da anoxia no foco isquêmico.

Também a melhora da irrigação no foco isquêmico tem sido obtida, a expensas de substâncias expansoras do plasma (dextran).

Feita a escolha entre os vários vaso-dilatadores cerebrais, a tensão arterial deve ser mantida durante todo o seu emprego.

No curso dos anos, os clínicos vêm utilizando as denominadas substâncias vaso-ativas cerebrais, que têm sido amplamente criticadas. A papaverina, para alguns pesquisadores aumentaria o fluxo sanguíneo cerebral; outros estudiosos (Olesen e Paulson), mostraram que a injeção intracarotídea do fármaco ora questionado, diminuiria o débito sanguíneo em pacientes com deficiência focal de irrigação. Com efeito, inexistem bases seguras para provar a eficácia de alguns medicamentos sobre a circulação cerebral humana, mesmo levando-se em consideração a validade da pesquisa experimental da patologia cerebrovascular.

## BIBLIOGRAFIA

- Burrows, E. H. & Marshall, J. (1965). Angiographic investigation of patients with transient ischaemic attacks. *J. Neurol Neurosurg Psychiat* **28**, 533.
- Fisher, C. M. & Curry, H. B. (1965). Pure motor hemiplegia of — of vascular origin. *Arch Neurol (Chicago)* **13**, 30.
- Fisher, C. M., Karnes, W.E. & Kubik, C. S. (1961) Lateral medullary infarction: The pattern of vascular occlusion.
- Lascelles, R.G. & Burrows, E. M. (1965). Occlusion of the middle cerebral artery. *Brain* **88**, 85.
- Rizzo, A. (1975) Aspectos Angiográficos dos Acidentes Vasculares Cerebrais isquêmicos. (Tese). UFBA, Salvador.
- Waddington, M.M. & Ring, B.A. (1968). Syndromes of occlusions of middle cerebral artery branches. Angiographic and clinical — correlations *Brain* **91**, 685.

# TRATAMENTO DO CÂNCER DO PULMÃO, UMA SÍNTESE DE ATUALIZAÇÃO

Luiz Carlos Calmon Teixeira (\*)

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a incidência e a mortalidade por câncer do pulmão vêm aumentando progressivamente nos países ou regiões mais desenvolvidos. Além de fatores de ordem ambiental e ocupacional, próprios das sociedades mais industrializadas e do uso abusivo do fumo, parece fora de dúvida a existência de uma predisposição individual a agravar a ação daqueles fatores.

As taxas de sobrevivência, entretanto, apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos, continuam baixas, evidenciando ser, ainda hoje, o câncer pulmonar, um grave problema médico-social, a desafiar o engenho e arte dos oncologistas. Até o momento, a melhor alternativa de cura consiste na vigilância dos chamados "grupos de alto risco", no intuito de se obter, através de exames periódicos, um diagnóstico suficientemente precoce de modo a justificar um melhor prognóstico.

## TRATAMENTO

No uso judicioso da cirurgia, radioterapia e quimioterapia, poucas vezes isoladas, mais comumente associadas, representam as melhores oportunidades de cura do câncer pulmonar. Julgamos que o papel da imunoterapia, em fase de avaliação através de inúmeros protocolos e ensaios terapêuticos, ainda está por ser efetivamente determinado. Qualquer que seja a opção terapêutica, entretanto, deverá ser ela sempre estabelecida em função da: histologia do tumor, de sua localização e extensão, e de fatores individuais, tais como estado geral, idade do paciente e doenças associadas.

## CIRURGIA

A cirurgia é o tratamento de escolha para os tumores operáveis e ressecáveis, exceção feita para o chamado carcinoma de pequenas células, cuja abordagem terapêutica será feita à parte.

(\*) – Titular da Cadeira nº 32

A operabilidade dependerá de fatores individuais, valendo ressaltar, entre estes, a existência de insuficiência respiratória por doença crônica pulmonar ou insuficiência cárdio-vascular. A ressecabilidade será determinada pela extensão e localização do tumor.

Pode-se dizer que 60% dos pacientes toracotomizados sofrem ressecações, variando de lobectomias a pneumectomias.

Pacientes com carcinoma epidemoide apresentam a melhor sobrevida, seguindo-se, em ordem decrescente, os adenocarcinomas e carcinomas de células grandes.

Recidiva local e metástase à distância são os principais problemas a serem enfrentados numa tentativa de cirurgia radical isolada, sendo que os carcinomas epidermóides têm maior tendência a recidivar localmente, enquanto os adenocarcinomas desenvolvem metástases à distância, por ordem de preferência, no fígado, pulmão contra-lateral, supra-renais, ossos, rins e cérebro.

A adição de radioterapia e quimioterapia à cirurgia veio oferecer maiores possibilidades de sobrevida por aumentar o controle local ( a radioterapia) e sistêmico (a quimioterapia), da doença.

## **RADIOTERAPIA**

A radioterapia pode ser utilizada pré ou pós-operatoriamente ou de maneira exclusiva. Uma das principais indicações de radioterapia pré-operatória está nos tumores originalmente irresssecáveis, com a intenção de, reduzindo-lhes o volume, torná-los operáveis, diminuindo, concomitantemente, seu potencial metastaticamente. Acrescenta, entretanto, um pouco mais de dificuldade ao ato cirúrgico.

O exame anátomo-patológico de peças cirúrgicas, tem permitido demonstrar a eficiência da radioterapia pré-operatória, uma vez que, em número razoável de casos, nenhum tumor é mais encontrado após a cirurgia, apesar das doses pré-operatórias serem em média apenas 2/3 da dose considerada tumoricida.

A cirurgia após irradiação deve ser, preferentemente, realizada entre 4 a 6 semanas após o término desta.

Embora podendo ser utilizada pré-operatoriamente, também, nos casos primariamente ressecáveis, com a intenção de reduzir a capacidade de metastatizar das células tumorais, não é radioterapia assim utilizada, habitualmente,

A radioterapia pós-operatória deve ser sempre indicada nos tumores incompletamente ressecados, nos anaplásicos, e nos estágios mais avançados da doença, em que maiores são as possibilidades de tumor residual.

A Radioterapia radical exclusiva ou associada à quimioterapia, fica reserva-

da para a recusa ou contra-indicação cirúrgicas de ordem clínica ou técnica, no caso de tumor irressecável ou que invada estruturas vitais. O tumor de Pancoast com destruição costal é uma das suas indicações formais.

Constituem contra indicações à radioterapia radical: os pacientes com mau estado geral, portadores de tuberculose em atividade ou outros processos cavitários na área a irradiar, os com todo o hemitórax comprometido, em presença de derrame pleural com citologia positiva, além obviamente, daqueles com metástases à distância para órgãos parenquimatosos.

Nos casos fora de possibilidade de cura radical, pode-se lançar mão da radioterapia paliativa visando aliviar ou suprimir os sintomas decorrentes do tumor primário ou de suas metástases. As doses totais e o tempo de tratamento serão, nestas circunstâncias, sensivelmente reduzidos. Deve-se, entretanto, evitar o emprego das radiações nos pacientes assintomáticos com metástases à distância, por não haver indícios de que essa conduta venha beneficiar esse tipo de paciente.

Os resultados da terapêutica pela irradiação irão depender de uma série de fatores de ordem técnica (tipo de radiação, modo de aplicação, dose, fracionamento) do tumor (volume, localização, tipo histológico) do paciente (estado geral, doença associada, sensibilidade às radiações). O emprego de supervoltagem (telecobalterapia ou aceleradores lineares) é imperativo, não mais se justificando a radioterapia convencional nesses casos.

Os benefícios da radioterapia são especialmente evidentes nas seguintes situações:

1. No tumor de Pancoast inicialmente inoperável.
2. Nos casos com síndrome de obstrução da veia cava superior.
3. Nas metástases cerebrais.
4. No controle da dor causada por metástases à distância.

A radioterapia, mesmo conduzida com propriedade, não é isenta de efeitos colaterais. Anorexia, disfagia e perda de peso são sintomas habituais que não levam à interrupção do tratamento. Doses maiores de radiação em determinadas localizações podem conduzir a pneumonite actínica severa com fibrose posterior, formação de fístulas broncoesofágicas, miocardite com fibrose miocárdica e mielite transversa.

## QUIMIOTERAPIA

Tanto a cirurgia como a Radioterapia são procedimentos loco-regionais. O advento da quimioterapia, nos anos de 1940, veio acrescentar ao armamentário do oncologista mais um recurso, de ação sistêmica, tornando, além disso, mais

eficiente a ação tumoricida das radiações. Ao uso inicial de drogas isoladas passou-se, logo após, para as associações terapêuticas, a chamada poliquimioterapia, muito mais eficiente, a ser regida pelos seguintes postulados:

1. cada componente das associação quimioterápica deve ser eficaz contra o tumor, se usado isoladamente.

2. as drogas devem ter mecanismo de ação distinto ou produzir potencialização no efeito das demais ou da radiação.

3. cada componente deve ser adequadamente utilizado, em termos de dose e fracionamento.

4. o tempo ótimo de utilização, se concomitante ou sequencial, deve ser estabelecido com base no mecanismo de ação e após ensaios terapêuticos.

Infelizmente, à expectativa otimista inicial, não têm correspondido, na mesma proporção, os resultados da quimioterapia, no câncer pulmonar, exceção feita para os tumores anaplásicos, especialmente o chamado "oat cell" carcinoma.

Os agentes alquilantes, parecem ser dos mais eficientes, em relação ao câncer do pulmão, mas as sobrevidas continuam baixas, à espera de novos esquemas ou novas drogas.

Com base em estatísticas americanas, estima-se que de 15 a 20% dos pacientes com câncer pulmonar sejam submetidos a quimioterapia, geralmente associada à Radioterapia e em casos com metástases à distância.

Queremos ressaltar aqui o descrédito a que pode ser conduzido o método pela má utilização de drogas e esquemas, por profissionais não afeitos à sua problemática e aos riscos e efeitos colaterais. A quimioterapia antineoplásica, nesta, como em todas as outras oportunidades, apesar da facilidade de aquisição e aplicação das drogas, é tarefa para profissional competente e devidamente habilitado.

## **"OAT CELL" CARCINOMA**

Por se constituir numa forma de câncer pulmonar distinta das demais deixamos propositadamente para abordar em separado o carcinoma anaplásico de pequenas células, mais comumente identificado como "oat cell" carcinoma, em virtude do aspecto de suas células tumorais ao microscópio. Em verdade, seu rápido desenvolvimento e tendência precoce à metastatizar por via hematogênica, fazem-no clínica e patologicamente distinto dos demais.

A maioria dos pacientes costuma apresentar-se com sintomas torácicos de doenças loco-regionalmente, avançada, sendo poucas, portanto, as possibilidades iniciais de ressecção cirúrgica. Cinquenta por cento dos pacientes têm compro-



metimento medular no momento do diagnóstico.

Do mesmo modo cerca de 10% têm comprometimento inicial do SNC, sendo que metade, em algum momento do diagnóstico.

Do mesmo modo cerca de 10%, têm comprometimento inicial do SNC, sendo que metade, em algum momento da evolução irá desenvolver metástases cerebrais.

Repete-se, pois, aqui, como nas leucemias linfocíticas agudas da criança, o problema dos santuários farmacológicos, sede frequente das recidivas. Aqui, também, repetem-se os esquemas de tratamento profilático no qual a irradiação do SNC, associado às drogas capazes de vencer a barreira céfalo-hemática, como as nitroso-uréias, vêm sendo utilizados, embora ainda não se tenha podido determinar, com exatidão, sua importância no aumento da sobrevida.

A grande tendência à generalização, torna obrigatória uma mais extensa rotina diagnóstica, com biópsia de medula óssea, cintilogramas ósseo, hepático e cerebral, mediastinoscopia, tomografia computadorizada do crânio e corpo inteiro e perfil bioquímico.

Apesar de todo seu comportamento agressivo, o carcinoma pulmonar de pequenas células costuma responder bem à rádio e quimioterapia.

A pedra basilar no tratamento desse tipo de câncer, é a quimioterapia agressiva. Infelizmente, nem sempre os pacientes se apresentam em condições de se submeter a esquemas agressivos de terapia, criando, às vezes, um impasse para o oncologista. No momento atual, uma série de protocolos estão em curso, em diversos países, com o intuito de determinar a relação risco/benefício adequada a esse grupo de pacientes.

À radioterapia é atribuído um papel de terapêutica de consolidação, irradiando áreas de maior envolvimento tumoral e as chamadas localizações "santuárias" da doença, na irradiação profilática.

Como terapêutica paliativa, especialmente nas lesões dolorosas, nas metástases cerebrais e nas síndromes de veia cava superior, sua eficácia é indiscutível.

Com relação ao emprego da cirurgia de rotina no "oat cell" carcinoma existe consenso em não recomendá-la. A sobrevida extremamente baixa do grupo submetido a cirurgia como tratamento básico, inferior mesmo à taxa de mortalidade cirúrgica prevista para o grupo, desaconselha o emprego desse recurso terapêutico, muito embora existam evidências de que, nos casos iniciais, com tumores menores de 6 cm e em pacientes assintomáticos a sobrevida possa ser idêntica, com tratamento cirúrgico, à dos outros tipos histológicos. São, entretanto, evidências oriundas de pacientes selecionados, submetidos a protocolos rígidos, que não autorizam a generalização do método.

A sobrevida, embora ainda baixa para esse grupo de pacientes é considerada, atualmente promissora advento da quimioterapia associada à Radioterapia

mormente se considerarmos ser essa uma enfermidade que, até há poucos anos atrás, apresentava uma sobrevida média de apenas 2 meses.

## REFERÊNCIAS

1. Cohen M.H: Signs and symptoms of bronchogenic carcinoma. *Semin Oncol* 1:183-189, 1974.
2. Cohen M H, Matthews MJ: Small cell bronchogenic carcinoma: a distinct clinico-pathologic entity. *Semin Oncol* 1:229-234, 1974.
3. Cooksey JA, et al: Small cell carcinoma of the lung: combined modality treatment with CAML (cyclophosphamide, adriamycin, methotrexate with leucovorin) and radiotherapy *European J of Cancer* 15:589-595, 1979.
4. Deeley, T.J: *Carcinoma of the bronchus*. London, Butter – worths.
5. Holand, JF. and Frei III, Emil – *Cancer Medicine* – Lea and Febiger, Philadelphia, 1973.
6. Straus MJ: *Lung Cancer: Clinical Diagnosis and treatment*. New York, Grune and Stratton, 1977.

## NUTRIÇÃO EM FOCO (\*)

J. Leocádio (\*\*)

É universal o interesse em torno dos problemas de Nutrição. Função fundamental à sobrevivência de nossa espécie, a nutrição não poderia deixar de despertar a curiosidade de muitos estudiosos, não poderia deixar de ser objeto de investigações as mais variadas por parte de profissionais de áreas as mais diversas.

É sabido que durante séculos, o homem ignorou completamente os fenômenos bioquímicos por que passam os alimentos deglutidos. O instinto representou papel importante na escolha das substâncias a ingerir. E, não obstante, empiricamente, pôde o homem traçar normas de alimentação aceitáveis.

Assim, por exemplo, a *ÂNCORA MEDICINAL PARA CONSERVAR A VIDA E SAÚDE*, publicada em 1749 por Francisco Fonseca Henriques, médico de D. João V de Portugal, é reputada por Peregrino Júnior (8) *UM ROTEIRO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR*, a primeira cartilha sobre o assunto editada em língua portuguesa, seu autor reputado "um autêntico professor de higiene alimentar". Recomendava o mesmo moderação na quantidade de alimentos, duas refeições ao dia (uma entre 11 ou 12 horas; a seguinte entre 21 e 22 horas). Os alimentos deveriam variar com a idade, temperamento e estações do ano.

O conhecimento científico dos processos metabólicos que ocorrem no organismo animal teve início com as célebres experiências de Lavoisier e Laplace, (10 em 1780, com o animal, pardal, coelho ou carvão em brasa, no calorímetro de gelo que idealizaram. Sem mais detalhes sobre estes trabalhos, lembro que os mesmos permitiam assimilar o calor animal ao calor de combustão, esta podendo ser avaliada pelas trocas respiratórias.

Liebig (1803-1873), (10) aplicando a análise elementar aos compostos orgânicos, pôde dividir os alimentos em albuminas, hidratos de carbono e gorduras e emitir o conceito, posteriormente confirmado por Voit, de que o nitrogênio urinário representa a medida das transformações por que passam as albuminas no organismo animal.

Posteriormente, as observações de fenômenos mórbidos, nas tripulações de navios em viagem de longo curso, abriram caminho para o conhecimento das vitaminas, e análise bioquímica fixando o papel dos sais minerais.

O suprimento alimentar às várias populações do globo é assunto da maior relevância e acarreta maior preocupação por parte dos governos e estudiosos. Esta preocupação foi despertada quando o reverendo Thomas Malthus, em 1824,

(\*) Trabalho apresentado em sessão de 10.06.80.

(\*\*) Docente da U.F.Ba.— Titular da Universidade Católica do Salvador — Titular da Cadeira n.º 28.

afirmou que a produção de alimentos cresce numa progressão aritmética, enquanto a população tem tendência a aumentar em progressão geométrica. (2)

O brusco aumento da população mundial neste século, a chamada "explosão populacional" de quanto se fala e teme, prevendo-se, para o ano 2.000, a existência de cerca de 6 bilhões de indivíduos em nosso planeta, forçou o recurso à limitação de prole e um grande progresso tecnológico na agricultura, pecuária e piscicultura. Desgraçadamente, apesar de todo este avanço, apesar da grande evolução dos meios de transporte, permitindo levar dos países com superprodução de alimentos os excedentes para aqueles com deficiente produção, segundo a ONU, metade da população mundial passa fome. E, apesar disto, registram-se os exemplos de destruição de alimentos, motivada pela desumana política econômico-financeira, absolutamente alheia ao sofrimento das populações famintas, mas visando exclusivamente a manter a alta de preços. Por isso, afirma Bandeira de Melo (2) que "a fome é artificial e criada", porque "ainda não há excesso de habitantes na terra" e sim "destruição propositada de alimentos". Com economia e finanças bem orientadas, uma política internacional bem conduzida, sobre bases humanas, na fase de desenvolvimento científico que atingimos, já poderia o homem ter varrido da superfície da terra os horrores da fome e da miséria, encontradas em certas áreas da América Latina, Ásia e África. É este um desafio a nossa civilização, que também deveria ter varrido do mundo a ignorância. A educação é fundamental para o uso de uma alimentação capaz de produzir povos fortes. É esta uma meta a ser atingida com a aplicação de vários ramos do conhecimento humano. O nutrólogo precisa, portanto, de grande bagagem científica e necessita do concurso de peritos de vários setores da sabedoria hodierna.

Na encarniçada competição que travam as nações mais desenvolvidas, vemos seus governos dispensarem cuidados especiais à educação e alimentação nacionais, visando à obtenção de um povo sadio, capaz de produção de alto nível. Vejamos o procedimento de um país de 449.793 km<sup>2</sup>, com uma população, em 1970, de 8.013.696 habitantes, reputado um país cuja "população goza do mais alto nível médio de vida da Europa". Refiro-me à Suécia.

Em maio de 1969, o CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E BEM ESTAR (7) nomeou uma comissão de peritos para examinar e fazer a revisão dos hábitos alimentares e atividades físicas do projetado PROGRAMA DE DIETA E EXERCÍCIO, DO CONSELHO, DE 10 ANOS.

Segundo o relatório do CONSELHO DE SAÚDE E BEM ESTAR, publicado em Estocolmo, em 1972, verificou-se, na Suécia, nas últimas décadas:

- Reduzido consumo de cereais e batatas.
- Aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras.
- Aumento do consumo de alimentos ricos em açúcar.

Usamos habitualmente 6 grupos de alimentos (hidratos de carbono, gordu-

ras, proteínas, minerais, vitaminas e água), cujas principais funções são:

– Suprir as necessidades energéticas do corpo.

– Suprir as necessidades materiais para formar ou manter os tecidos corpóreos.

– Formar substâncias reguladoras, enzimas e hormônios.

– Reparar as perdas que possam alterar a composição do corpo.

“Atualmente obtemos quase 60% de nossas necessidades energéticas das gorduras e açúcar em comparação com 30% na mudança do século. Quanto mais alto o teor de gordura ou açúcar de uma dieta ou de um alimento, mais baixo o conteúdo de nutrientes especiais como proteínas, minerais e vitaminas hidrossolúveis. A dieta de hoje contém menos nutrientes essenciais por unidade de energia”.

Ainda mais, atribue o CONSELHO uma tendência, nas sociedades ocidentais, a menos atividade física, para o que contribue o número crescente de veículos a motor e a aperfeiçoada comunicação. A mecanização de certas profissões diminui a necessidade de grande esforço físico. Certos inventos, como a televisão, diminuem a atividade física nas horas de lazer.

O alto consumo de açúcar explica a alta freqüência de cáries e outras doenças dentárias. O alto consumo de ácidos graxos saturados e pouca atividade física concorrem para a arteriosclerose e diabete, “especialmente em indivíduos idosos”.

Por tudo isto, recomendou a Comissão mudança dos hábitos alimentares, no sentido de:

a) Redução do consumo excessivo de gorduras e açúcar.

b) Aumento da atividade física.

Precisando melhor suas determinações, preconizou a COMISSÃO:

a) Redução do conteúdo de gorduras dos repastos de 42% de calorias, para, no máximo, 35%.

– O consumo de açúcar e de alimentos açucarados deve ser reduzido de 1/4 pelo menos.

– As gorduras saturadas devem, tanto quanto possível, ser substituídas, por gorduras poliinsaturadas.

– O consumo de verduras, frutas, batatas, laticínios com baixo teor de gorduras, peixe, carne magra, aves, pão e outros produtos de cereais devem ser proporcionalmente aumentados de acordo com a proposta do INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA.

A dieta deve ser distribuída em três repastos de composição aproximada e uma ou mais merendas.

A COMISSÃO encarou também a saúde dos dentes:

– Advertiu contra os alimentos ricos em açúcar.

- Recomendou repastos regulares e poucas merendas.
- Recomendou refeições que exijam mastigação e provoquem a secreção salivar.

- Recomendou a importância da higiene oral regular relacionada com os repastos.

b) A COMISSÃO atribuiu os seguintes efeitos a exercício físico regular

b-1) – Aumento da possibilidade de satisfazer as exigências de nutrientes essenciais.

- Combate a obesidade
- Facilita o tratamento da obesidade
- Pode evitar ou reduzir o efeito de coronariopatia.
- Pode reduzir a fadiga
- Melhora a circulação periférica

b-2) – Pode reduzir a tendência à formação de edemas das pernas.

- Aumenta a firmeza das inserções dos tendões e músculos.
- Pode reduzir o risco de lesões articulares
- Aumenta o poder contrátil dos músculos.
- Pode dar proteção contra lesões e perturbações lombares em geral.

É evidente a preocupação do governo pela higiene do povo sueco, denominando **básicos**, em suas propagandas de educação alimentar, os alimentos ingeridos quase diariamente: leite, queijo, gorduras comestíveis, batata, pão e cereais, segundo informa Hellstrom (11). São alimentos de baixo custo, o governo dando um subsídio que fez reduzir de 40% o preço do leite, conforme declaração de Eric Enlund, ministro da agricultura, na **Terceira Conferência Européia de Nutrição** (11). Além dos alimentos **básicos** deve a dieta ser suplementada dos **adicionais**: frutas, bagas, hortaliças, carne, peixe e ovos.

Uma sociedade privada pode desempenhar importante papel orientador na nutrição de um povo como a **Deutsche Gesellschaft für Ernährung** segundo Menden, (11) na Alemanha.

É possível utilizar alunos de curso primário para introduzir novos hábitos alimentares em suas famílias, ensinando às mães e aos alunos o plantio de hortaliças, aprendidos na escola. Assim se procedeu na Jugoslávia, logrando-se melhorar o estado nutricional da população, segundo R. Buzina (11)

Há, pois, entre as nações, uma generalizada preocupação em melhorar seus padrões alimentares, buscando a auto-suficiência na produção dos meios de subsistência, o que ainda não atingimos, apesar de sermos um país de dimensões continentais, possuidor de extensos vazios demográficos.

Em vista das razões já expostas, a atenção dos estudiosos se tem voltado para o problema da **subalimentação** ou **manutrição**. No XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO, (12) no Rio de Janeiro, ouvimos de um parti-

cipante a terrível afirmação do nascimento diário na Terra, de 300.000 crianças, das quais 100.000 serão destruídas pela fome. Compreende-se portanto que a **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE tenha dedicado, no ano de 1963, o Dia Mundial de Saúde** ao tema — FOME: DOENÇA DE MILHÕES (9). Compreende-se também o trabalho de organizações científicas que têm procurado obter misturas baratas de alimentos com sementes de oleaginosas (amendoim, soja, algodão, girassol e gergelim); Concentrados de proteínas marinhas (farinha de peixes); produção de peixes; produção de proteínas por ação de microrganismos sobre o petróleo e seus derivados.

O Instituto Nacional da América Central, no Panamá (INCAP), fabricou uma mistura de fubá de milho, levedo, gergelim, farinha de sementes de algodão e folhas de vários vegetais, enriquecida com vitamina A — a INCAPARINA (9). Em embalagens de 75 g do pó, equivalia a 3 copos de leite, custando 1/5 do preço. Mistura do mesmo tipo, para combater a carência proteica, foi feita em Uganda.

Entre as algas utilizadas na alimentação, há uma no Chad e no México, contendo 60% de proteínas — a **espirulina**. A procura de novas fontes de proteínas é recurso promissor, no combate à **desnutrição**.

O índola brasileiro habitava terras onde existiam milho e mandioca. Comia sementes e frutas. Pescava e caçava. Era onívoro portanto. Disponha de alimentação variada e abundante. Era sadio e robusto. (8) Assim tem sido descrito desde nossos descobridores.

Quando, após avistar o monte Paschoal, a esquerda de Cabral ancorou frente a um rio e, no dia seguinte, velejou em direção à costa, sua tripulação percebeu, em terra, 7 ou 8 homens. Nicolau Coelho foi enviado para ver o rio, em um batel. Ao chegar à desembocadura do rio, defrontou-se com 18 ou 20 homens, assim descritos por Pero Vaz de Caminha, na carta escrita para o rei de Portugal: **"Pardos, nós, sem coisa alguma que lhes cobrisse suas vergonhas. Traziam arcos nas mãos e suas setas. Vinham todos em direção ao batel."**

O capitão mandou Afonso López sondar porto a dentro. E este trouxe 2 dos homens da terra: "mancebos e de bons portes".

Referindo-se de um modo geral aos índios: **Nenhum deles era fanado, mas (antes) todos assim como nós**". E, ainda mais escreveu que **"seus corpos são tão gordos e tão formosos que não pode ser mais"**. E não comem senão deste **INHAME**, de que aqui há muito, e dessas sementes e frutos que a terra e as árvores de si deitam. E com isto andam tais e tão nédios que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes comemos.

Com a civilização viemos a ter, no interior, o **jeca acorçado**, indiferente a tudo (14) e, nas áreas urbanas, assalariados e biscateiros subalimentados.

Em publicação de 1968, afirmou Bandeira de Melo (2) que nosso consumo

diário, por pessoa, é de 2.600 calorias, enquanto a do Paraguai é de 3.500, e da Grã-Bretanha e Estados Unidos de 3.100, da Dinamarca 3.370. Apesar de nossa grande superfície territorial, de nossa extensa costa, o brasileiro comia apenas 65 g de proteínas, enquanto o argentino 83 g, o uruguaio 93 g. Na Dinamarca, Finlândia, Estados Unidos e Grã-Bretanha o consumo de proteínas era idêntico ao do Uruguai, enquanto na Nova Zelândia, 109 g. Nos dias que correm deve ser menor nosso consumo.

Afirma-se que 60 a 70% da população mundial tem um regime alimentar de 2.500 calorias ou menos, vale dizer, sobrevive em "fome crônica."

Em conseqüência das considerações acima, torna-se avidente que foi sábia a ênfase dada pela CONFERÊNCIA MUNDIAL DE ALIMENTO, em Roma, 1974, bem como pela ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE à recomendação a todos os países para adotarem uma política de alimento e nutrição, a que se referiu o rei Carl XVI Gustaf da Suécia, na erudita oração inaugural da Terceira Conferência Européia de Nutrição, reunida em Upsala, 1979.

O Brasil de há muito tem uma política alimentar. Com a **Merenda Escolar**, atendia à criança pobre.

Com o **Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)** atendia ao trabalhador, oferecendo-lhe refeição a baixo custo, proporcionando-lhe educação alimentar. Mediante sua **Comissão Técnica e Laboratório de Análise de Alimentos** fez investigações científicas utilíssimas que deram lugar ao aparecimento de excelentes monografias (1, 3, 4, 5, 6, 8). Concorreu assim para divulgar conhecimentos de Nutrologia em nosso meio. Foi extinto, a COBAL passou a exercer suas atividades, seu laboratório e pessoal técnico distribuídos pelos **Ministérios do Trabalho e Saúde**. Ao Ministério de Educação e Cultura está ligada, para fins de ensino, a **Escola Central de Nutrição**.

A 30 de novembro de 1972, foi criado, por decreto, O **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)**, autarquia pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, com atribuição de assistir ao Governo Federal na formulação da política de alimentação e nutrição.

Através o decreto nº 77.116, de 6 de fevereiro de 1976, foi aprovado o **PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição)**, elaborado pelo INAN e o **Instituto de Planejamento Econômico Social (IPEA)**, com vigência durante o quadriênio de 1976/1979.

"São as seguintes as diretrizes consubstanciadas no PRONAN:

I — a racionalização da assistência e da educação na área da alimentação e da nutrição;

II — estímulo à produção, armazenagem, transporte e comercialização de alimentos básicos necessários aos programas oficiais de suplementação alimentar,



mediante, especialmente, concessão de incentivos financeiros, fiscais e de mercado aos pequenos produtores cooperativados;

III – o combate a carência nutricionais, sobretudo através de medidas preventivas;

IV – o incentivo a estudos e pesquisas para melhoria dos padrões e das condições de alimentação e nutrição;

V – o apoio à capacitação de recursos humanos para os serviços técnicos referentes à alimentação e nutrição;

VI – a expansão do sistema de alimentação do trabalhador através de concessão de financiamentos e de incentivos às empresas e instituições civis de empregados e empregadores;

VII – a organização de sistema integrado de aquisição, armazenamento e distribuição de alimentos destinados aos programas de suplementação alimentar.

O PRONAN se propõe a atuar conjugada e simultaneamente em três grandes linhas de ação;

1 – SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR, que é oferecida a três camadas distintas da população, constituindo-se, no seu todo, em assistência familiar, através dos seguintes programas:

1.1 – Programa de Nutrição em Saúde (PNS) executado sob a responsabilidade direta do INAN mediante convênios celebrados com as Secretarias de Saúde estaduais. Contempla os grupos vulneráveis da população – gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos – os mesmos beneficiários das ações do Programa Materno-Infantil. Atua em todas as unidades da Federação;

1.1.1 – Programa de Complementação Alimentar – (PCA) executado pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), da Previdência Social, nas áreas metropolitanas, incluindo o Distrito Federal. Deste Programa foram excluídas as áreas do Norte e Nordeste;

1.2 – Programa de Alimentação ao Escolar, executado pela Campanha Nacional de Alimentação Escolar, do Ministério da Educação e Cultura. Constitui-se na "Merenda Escolar";

1.3 – Programa de Alimentação ao Trabalhador (PAT), executado pelo Ministério do Trabalho juntamente com as empresas que poderão deduzir até 5% do lucro tributável, para fins do imposto sobre a renda, o dobro das despesas realizadas para fornecimento de refeições aos seus trabalhadores.

2 – RACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE PRODUÇÃO DE ALIMENTOS, COM ENFASE NO ESTÍMULO AO PEQUENO PRODUTOR, consta de vários programas que têm em vista a melhoria do estado nutricional, o aumento da produtividade e a elevação da renda do homem do campo.

3 – ATIVIDADES DE COMPLEMENTAÇÃO E APOIO, englobando ações de:

3.1 – Combate às carências nutricionais específicas como as de ferro, vitamina A, fluor e iodo, através do enriquecimento de alimentos;

3.2 – Desenvolvimento de tecnologia de alimentos a baixo custo com adequado valor nutricional e incentivos à sua industrialização e consumo;

3.3 – Estudos e pesquisas em alimentação e nutrição;

3.4 – Capacitação de recursos humanos” (16).

O II PRONAN foi executado com êxito. O atendimento aos grupos mais vulneráveis da população, com renda inferior a 2 salários mínimos passou de 252.062 beneficiários em 1975, para 1.805.697 em 1977. O fornecimento de alimentos passou de 5.374,2 toneladas em 1975, para 74.259,7 em 1977. (17)

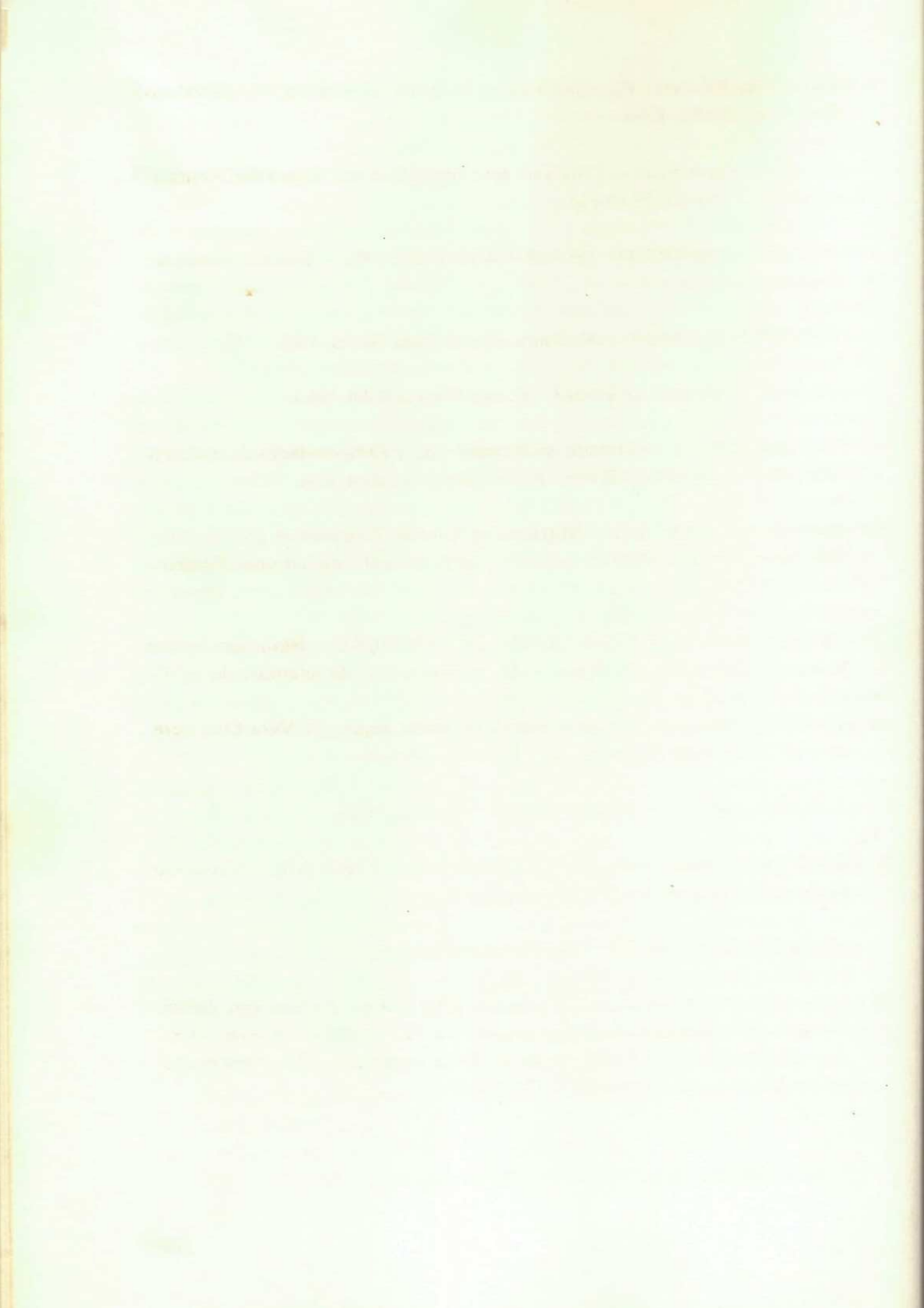
A **Campanha Nacional de Alimentação Escolar** foi criada pelo decreto nº 37.106 de 31 de março de 1955 e vem trabalhando no “intuito de inculcar na criança brasileira hábitos higiênicos e alimentares sadios”. (15). Tem estendido” seus programas de assistência e educação alimentar às instituições gratuitas de educação pré-primária, supletiva e de 1.º e 2.º graus.” (15) Em 1975 a **Campanha** (CNAE) distribuiu alimentos a 11.137.981 alunos em 87% dos municípios do País (15), enquanto em 1977, foram beneficiados 12.976.677 alunos (15,17).

O estado da Bahia é dividido em 26 setores regionais, cada um compreendendo alguns municípios. O setor metropolitano compreende Salvador, Candeias, Simões Filho, Itaparica. É coordenador da CNAE, neste Estado, o dinâmico administrador Dr. Antônio de Caldas Rolim. A CAMPANHA tem distribuído os seguintes alimentos: leite, carne de soja, chocolate, margarina, fubá de milho, sopa creme de legumes, sopa de feijão, farinha láctea (sabor coco, caramelo), rapadura com leite (refresco), paçoca (amendoim torrado, farinha e açúcar).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – AMARAL, Afrânio – **Soja e Alimentação Popular**. Biblioteca Brasileira de Nutrição. SAPS, 1952.
- 2 – BANDEIRA DE MELLO, Jorge Saldanha – **Epidemiologia da Fome**. 2ª edição. Rio de Janeiro de 1968.
- 3 – CAMPOS, F. A. Moura et alii – **Contribuição do Estudo do Valor de Alguns Óleos e Algumas Castanhas**. Biblioteca Brasileira de Nutrição. SAPS, 19553.
- 4 – COSTA, Dante – **Cálcio, Leite e Alimentação Humana**. SAPS, 1953.

- 5 – CRAMER, Edelweis Ramalho et alii – **Valor Vitamínico de Alimentos Brasileiros**. SAPS, 1954.
  
- 6 – FRANCO, Guilherme – **Tabela do teor vitamínico dos Alimentos**. Biblioteca Brasileira de Nutrição. 2ª edição.
  
- 7 – NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE – **Diet and Exercise**. Estocolmo, 1972.
  
- 8 – PEREGRINO JUNIOR – **Alimentação e Cultura**. SAPS, 1931
  
- 9 – Que é o Dia Mundial da Saúde? **Tribuna Médica**, 12.4.1963.
  
- 10 – TANNHAUSER, J. – **Tratado de Metabolismo y Enfermedades de la Nutrición**. Madrid- Barcelona-Buenos Aires. Editorial Labor, S.A. 1932.
  
- 11 – HAMBRAEUS, Leif Ed. – **Nutrition in Europe**. Proceedings of the Third European Nutrition Conference. Almqvist & Wiksell International. Estocolmo/Suécia.
  
- 12 – XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE NUTRIÇÃO – **Resumos. Temas Livres** – Rio de Janeiro, Brasil – 27 de agosto a 1.º de setembro de 1978.
  
- 13 – CAMINHA, Pero Vaz – **Carta escrita do porto seguro de Vera Cruz com data de 1.º de maio do ano 1.500 a El-Rei D. Manuel**.
  
- 14 – LOBATO, Monteiro – **Urupês**. Cia. Ed. Nacional, 1943.
  
- 15 – CAMPANHA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR – Ministério da Educação e Cultura – Relatório de 1975.
  
- 16 – MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Binômio Inan-Pronan**
  
- 17 – LIMA, Mozart de Abreu – **XI Congresso Internacional de Nutrição. Sessão Plenária: Planejamento e Implementação de Políticas e Programas Nacionais de Alimentação e Nutrição. Experiência do Brasil: O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição II PRONAN** :



## **BASES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ÚLCERAS ÁCIDO-PÉPTICAS GASTRO-DUODENAIS Atualização**

**Geraldo Milton da Silveira (\*)**

Os progressos da fisiologia e da bioquímica, ao lado de novas opções da técnica cirúrgica, proporcionaram grande avanço no tratamento das úlceras ácido-pépticas, com um acervo de dados experimentais e clínicos que fazem do assunto, um dos mais explorados e conhecidos em seus meandros na atualidade.

**Fisiologia da secreção gástrica** — Há uma série de fatores, estimulantes e inibidores da secreção gástrica, nos períodos digestivo e inter-digestivo.

No período digestivo podem ser referidas três fases: cefálica, gástrica e intestinal. A primeira é controlada pela ação vagal desencadeada por estímulos olfativos, gustativos, da mastigação e da deglutição, determinando secreção ácida por estímulo colinérgico direto ou através "agentes de segunda linha" sobre as células oxínticas e sobre as antrais com liberação de gastrina, existindo um sinergismo entre a ação vagal e a da gastrina.

A fase gástrica inclui os estímulos colinérgicos vago-vagais das células oxínticas e ação da gastrina antral. Atuam estímulos mecânicos por distensão e químicos diretos provindos de substâncias ingeridas.

A gastrina humana é um heptadecapeptídeo de peso molecular 2.114, produzida pelas células G encontradas no antro e no duodeno. Estas, são células endócrinas especializadas, com características citoquímicas e ultra-estruturais das células APUD (Pearse). Atualmente são conhecidas a gastrina 17 (G 17), biologicamente a mais ativa, com vida avaliada em 3'.

O seu maior pico é encontrado após excitação da mucosa antral e é supressa pela acidificação. Corresponde a 30% da gastrina sérica e é responsável por 70% da atividade ácido estimulante. Possui 17 resíduos de aminoácidos (GI), com uma variante (GII) que dela difere por possuir uma molécula de tirosina fosfatada na posição 12. A "Big" gastrina (G34), com vida estimada em 9', possui 34 resíduos de aminoácidos. É produzida pela mucosa antral e duodenal e é supressa pela acidificação. A "Mini" gastrina, (G13) que é o fragmento tridecapeptídeo com C terminal das formas maiores e a "Big-Big", com vida média de 90', produzida pela mucosa duodenal, tendo peso molecular maior que a G34. É a de menor atividade biológica.

(\*) — Titular da cadeira nº 15.

## MECANISMO DE LIBERAÇÃO DA GASTRINA

O estímulo natural é o alimento, por ação direta. As proteínas (casilan) e o aminoácido glicina são os mais potentes liberadores; a distensão mecânica do outro gástrico através reflexos locais e estímulos vagais cujo mecanismo foi anteriormente descrito. Há outros liberadores da gastrina, como a acetilcolina que age por contato direto com a mucosa antral e duodenal, o cálcio, quando ingerido ou por via sanguínea, daí encontrarmos hipergastrinemia nos pacientes portadores de hiperparatiroidismo e a epinefrina, cujo efeito pode ser supresso pelos alfa-bloqueadores nos portadores de feocromocitoma e pelos beta-bloqueadores em indivíduos normais. Há outras substâncias estimulantes de menor potência.

### A REGULAÇÃO DA LIBERAÇÃO DE GASTRINA SE DÁ:

1. Pela acidificação antral — A hipergastrinemia é observada na anemia perniciosa, na gastrite alcalina e após vagotomia super-seletiva, por ausência ou diminuição de ácido.

2. Regulação hormonal — Através ação dos polipeptídeos (secretina, glucagon, GIP e VIP).

**Papel fisiológico da gastrina** — Estimula as células ácido-secretoras, através complexa interação dos três principais receptores das células parietais, quais sejam o da gastrina, o da histamina e o da acetilcolina. O bloqueio de um deles também bloqueia os demais. A importância cirúrgica deste fato se traduz pelo efeito da vagotomia super-seletiva, quando há sensível redução da secreção ácida a despeito do aumento subsequente da liberação de gastrina, 2 a 3 vezes acima do normal, por falta ou diminuição do agente inibidor que é o ácido.

Estimula a secreção de pepsinogenio com conseqüente aumento de pepsina em presença da secreção ácida aumentada.

Possue ação trófica sobre a mucosa gastro-duodenal e estimula o fluxo sanguíneo da mucosa gástrica e visceral. Estas duas ações interferem no aumento da celularidade e da compactação da barreira mucosa.

Estimula a secreção de água e de eletrólitos pelo estômago, pâncreas, fígado e intestino delgado, assim como interfere na liberação de hormônios tais como insulina, calcitonina e VIP.

Age sobre o esfinceter pilórico e sobre os esfincteres esofagiano inferior e gástrico, razão pela qual não encontramos ou ocorre raramente a esofagite de reflexo em pacientes portadores da síndrome de Zollinger-Ellison.

**Metabolismo das gastrinas** — Os rins parecem desempenhar o principal

papel na desintegração da gastrina (hipergastrinemia na insuficiência renal).

**Fase intestinal** — A presença de algumas substâncias no intestino, tais como água, produtos de digestão das proteínas; do leite, histamina, epinefrina, álcool, ácido clorídrico, solução de glicerina a 10% e sulfato de magnésio, determinam estímulos para a secreção gástrica. Essas substâncias provocariam a liberação de gastrina intestinal ou entero-oxíntica, que, pelo dilatado tempo de duração parece ter vida superior à gastrina antral.

**Pepsinogênio** — Obedece os mesmos princípios observados para a secreção de ácido. Em meio ácido é ativado originando a pepsina.

**Muco** — É produzido pelo epitélio superficial e, também, pelas células mucosas do colo glandular. Atribue-se-lhe ação protetora da mucosa à auto-digestão clorido-péptica graças às suas propriedades de adesividade, coesividade e viscosidade e, também, impedindo a penetração de agente lesivo através perituito inter-celular.

**Motilidade gástrica** — A sua regulação se efetua pela ação vagal. O estômago assim como outros segmentos do tubo digestivo, apresenta as propriedades de relaxamento receptivo e acomodação à distensão. No estômago proximal encontramos contrações lentas e contínuas que impulsionam os alimentos para o antro. A acetilcolina despolariza as células da musculatura lisa e cria potenciais de ação e contração. A gastrina inibe as contrações do estômago inervado, no fundo e no corpo e retarda o seu esvaziamento.

O antro tem função de misturar e triturar os alimentos. "Um marca-passo existente no "orad corpus" regula a velocidade da peristalse e a direção da sua progressão". É atribuída à região antro-pilórica a seleção dos alimentos a serem injetados no duodeno.

**Etiopatogenia** — As úlceras gástricas e duodenais ocorrem na presença de secreção ácida. Em 85% dos casos de úlceras duodenais, pilóricas e pré-pilóricas e em cerca de 15% de úlceras gástricas há hiper-secreção ácido-péptica. Em 85% dos casos de úlceras gástricas e 15% de duodenais, há normo ou hipo secreção ácido-péptica. Deduz-se, pois, da necessidade de fator ou fatores coadjuvantes que expliquem o aparecimento de úlcera nas duas situações. Algumas teorias procuram elucidar o fato, quer seja por deficiência local de muco, por alteração local da micro-circulação, ambas facultando a autodigestão clorido-péptica e ação de agentes lesivos, tais como aspirina, bile, etanol e vinagre. Refere-se também, a preferência das úlceras para se instalarem nas zonas de transição mucosa. Assim apenas 3% das úlceras gástricas localizam-se em plena área ácido produtora. Sabendo-se que a mucosa antral tem extensão variável entre 4 e 16 cm, procura-se explicar as diferentes localizações.

Em condições normais, a barreira mucosa mantém grande gradiente de pressão entre os ions da mucosa e aqueles do lumen. Esta barreira previne a

difusão de ions sódio da mucosa para o lumen e dos ions hidrogênio do lumen para a mucosa. A lesão desta barreira inverte essa situação, resultando em suco gástrico com sódio alto e baixa concentração de hidrogênio que penetra através a lesão da barreira mucosa, causando lesão adicional com liberação de histamina. Substâncias ácidas tornam-se ionizadas e são retiradas da célula, exercendo ação tóxica.

Entende-se, pois, porque torna-se necessária a existência de secreção ácida e explica-se porque com normocloridria pode haver formação de úlcera em mucosa com defeito de compactação enquanto mucosa pouco compactada necessita de hipercloridria para o surgimento da lesão.

**Gastrectomias** — A Billroth I é mais fisiológica porquanto os alimentos ao saírem do estômago transitam pelo duodeno, entrando em contato com os sucos digestivos.

As suas limitações dizem respeito a ressecções mais econômicas em algumas circunstâncias por motivos de ordem anatômica e ao estado de fibrose e/ou edema do duodeno. As variações prendem-se a discussões relativas à anastomose do coto duodenal, se término-lateral, término-terminal na parte superior ou inferior da secção gástrica ou se na parede anterior ou na posterior do estômago.

A Billroth II faculta ressecções mais amplas, independe do grau de fibrose ou edema do duodeno, porém, usa alça jejunal cuja mucosa é menos apta ao recebimento direto do conteúdo gástrico, as substâncias alimentares entram tardiamente em contato com os sucos digestivos e o estômago é mais amplamente banhado pelo líquido duodenal alcalino, sobretudo pela bile e sais biliares. Grandes variações técnicas gerando discussões e preferências quanto a alça jejunal, se deve ser anastomosada em situação iso ou aniso-peristáltica, pré ou retro-cólica, alça curta ou longa, se deve ou não ser complementada com jejum-jejunostomia e se deve ou não ser usada alça jejunal excluída tipo Y de Roux.

**Indicações** — Até 1950, aproximadamente, as gastrectomias se constituíram no único tratamento cirúrgico para as úlceras pépticas e no método preferido para a maioria dos cirurgiões até 1960. Considerando-se a mortalidade entre 1,5 a 2,5%, a morbidade pós-operatória e os efeitos colaterais indesejáveis, as indicações cirúrgicas se limitavam às complicações tais como obstrução pilórica, perfuração em peritônio livre ou vísceras próximas, sangramento e à discutida intratabilidade.

**Complicações** — Os conhecimentos da fisiopatologia da úlcera ácido-péptica nos dizem, que quanto menor for a ressecção, maior será a incidência de recidivas e menor incidência de para-efeitos indesejáveis, enquanto que, as ressecções mais amplas determinam menor percentagem de recidivas e maior frequência de efeitos colaterais.

As complicações podem ser estudadas como resultantes da técnica operató-



ria, e dos efeitos que determinam.

**Billroth I** — Técnica operatória — As complicações podem advir com maior freqüência da necessidade de dissecação mais extensa do duodeno, tais como pancreatite, lesão das vias biliares, perda ou estenose da anastomose.

**Billroth II** — As mais freqüentes complicações na dependência da técnica operatória são a deiscência da sutura do coto duodenal e obstrução, sobretudo da alça aferente.

Funcionalmente, a B II apresenta esvaziamento gástrico mais rápido, maior incidência de "dumping", de gastrite alcalina devida a maior refluxo; a digestão e absorção de gorduras está mais prejudicada, assim como há maior freqüência de anemia ferropriva. Há maior perda da função de reservatório resultando em maior freqüência de plenitude gástrica, perda de peso ou incapacidade de recuperá-lo e maior incidência de incapacidade para o trabalho. Perda de apetite, vômitos, perda de proteínas e índice de absorção de vitamina B 12 ocorrem de forma semelhante com ambas as técnicas.

A mortalidade é maior nas gastrojejunostomias. (Billroth II).

Os progressos da endoscopia digestiva mostraram maior incidência de câncer do coto gástrico, principalmente após os 15 anos de pós-operatório, independentemente da técnica usada.

**Vagotomias** — Constituem-se valiosas opções para o tratamento cirúrgico das úlceras ácido-pépticas.

Os três tipos de vagotomias são igualmente eficazes na redução efetiva da secreção gástrica.

As vagotomias truncular e seletiva requerem sempre um processo complementar para o esvaziamento gástrico.

A troncular denerva as vísceras abdominais, determinando modificações dependentes da ação vagal, umas de caráter transitório e outras definitivo. Referem-se alterações do fluxo sanguíneo aos órgãos esplancnicos, abertura de fístulas atério-venosas sub-mucosas, diminuição da motilidade gástrica resultando em atonia e estase transitórias. Estase e distensão da vesícula biliar nos períodos inter-digestivos.

No pâncreas tem sido mencionada perda de resposta à insulina, acentuada diminuição da produção de suco pancreático aos alimentos e nas 24 horas e diminuição da resposta secretina.

No intestino delgado há diminuição das vilosidades, dilatação das alças e estagnação que somadas às alterações do tônus vascular facilitam aumento da flora bacteriana.

Refere-se a aumento fecal da ácidos biliares e rápido esvaziamento gástrico de líquidos hipertônicos para o intestino, resultando em aumento da incidência diarreia e de "dumping".

A vagotomia seletiva limita ao estômago os efeitos da interrupção dos estímulos para-simpáticos enquanto que a super-seletiva o faz, apenas, ao fundo e corpo gástricos, preservando a inervação antral e, por isso mesmo, dispensando complementação que modificaria a complexa fisiologia antro-pilórica.

A vagotomia super-seletiva, 1) reduz, imediatamente, o débito ácido basal em 75 a 85% e o débito ácido máximo em resposta à protaglandina ou a extratos alimentares em 55 a 70%; 2) o débito ácido máximo em resposta à insulina, de 33mEq por hora no pré-operatório, cai a 0,5mEq por hora, uma semana após a vagotomia; 3) reduz a produção ácida em resposta à distensão gástrica, diminui o débito de pepsinogênio em resposta a vários estímulos e aumenta a concentração de gastrina no soro.

## RESULTADOS

Há amplas variações nas estatísticas, não só pelas diferenças de enfoque como pelas diversidade de parâmetros e de critérios de avaliação, de tal sorte que preferimos apresentar os resultados globais de minuciosa e exaustiva análise de grande e variado número de autores. Esta análise expressa em números seria inócua e fastidiosa, pelo que será feita sob a forma de vantagens, desvantagens e preferência da utilização da técnica.

No período de 1965/75 as "gastrectomias sub-totais" para tratamento da úlcera duodenal foram utilizadas por número cada vez menor de cirurgiões devido a incidência de para-efeitos.

Na úlcera gástrica ainda é usada por alguns cirurgiões, pelas dificuldades na realização da vagotomias seletiva e super-seletiva nas úlceras de pequena curvatura, pela menor incidência de hiper-secreção gástrica e pelas causas de erro relativas a componente maligno, a despeito das grandes vantagens oferecidas pela endoscopia. Entretanto, as hemi-gastrectomias ou antrectomias com vagotomia troncular, conquistaram maior número de adeptos em consequência da menor incidência de para-efeitos e melhores resultados quanto a mortalidade e morbidade. A reconstituição do trânsito alimentar pelas gastrojejunostomias levam referência em relação às gastroduodenostomias.

A vagotomia troncular associada à hemi-gastrectomia ou à antrectomia reduz em cerca de 90% a secreção ácido-péptica e a gastrina a níveis mínimos apresentando alto índice de diarreia e "dumping". O advento das vagotomias seletiva e super-seletiva têm reduzido a sua utilização, por ser operação de maior vulto e interferir mais agressivamente na fisiologia gastro-duodenal. A vagotomia troncular associada à piloroplastia ou à gastrojejunostomia é cirurgia de menor vulto que deve ser reservada para casos especiais, na dependência de complicações lo-

cais e estado geral do paciente, sendo os seus resultados globais discretamente inferiores a aqueles obtidos com a secção dos troncos vagais e gastrectomia parcial distal. Quando realizamos a piloroplastia damos preferência à sutura em um só plano usando pontos de Gambie.

A vagotomia gástrica ou seletiva apresenta as mesmas vantagens da vagotomia troncular quanto a redução da secreção ácido-péptica, com menor incidência

de para-efeitos, pela manutenção da inervação parassimpática dos órgãos esplâncnicos. As suas desvantagens prendem-se à exigência de proceder complementar que permita esvaziamento gástrico satisfatório e a desnervação do antro gástrico.

Desvantagens da denervação, ausência ou lesão antro-pilórica:

1. Esvaziamento gástrico acelerado
2. Inexistência da mistura e trituração gástrica dos alimentos que se procesam, sobretudo, nos 4 cm distais ao antro.
3. Atividade antral retrocedendo material sólido para o estômago fica prejudicada ou anulada.
4. A incontinência esfíncteriana para líquidos poderá ser a causa do "Dumping" e da diarreia (Kelvey).
5. O esfíncter pilórico que atua em equilíbrio com o antro e o duodeno, regulando o esvaziamento gástrico e, na dependência da secretina circulante prevenindo o refluxo duodenal de substâncias lesivas para o estômago deixa de ser exercido.

A vagotomia super-seletiva tem demonstrado que os seus efeitos digestivos não a diferenciam da população em geral, excetuando-se discreta flatulência e retardo de esvaziamento gástrico de sólidos, temporariamente.

Estudo prospectivo de Johnston cobrindo 5.539 casos com acompanhamento de 94% em 7 anos mostrou a incidência de disfagia transitória em 2%, necrose da pequena curvatura em 0,2% e mortalidade de 0,1%. A recidiva de sintomas sugestivos de úlcera foi de 3%, com regressão espontânea ou após tratamento clínico e 1% de recidiva. Os sintomas dispépticos referidos com outras técnicas são nulos. Estes são, evidentemente, os melhores resultados conseguidos com o tratamento cirúrgico das úlceras ácido-pépticas, graças à preservação da fisiologia gastro-duodenal.

Vantagens do trânsito gastro-piloro-duodenal normal:

1. Conserva a fisiologia do esvaziamento gástrico.
2. Previne refluxo do conteúdo duodenal para o estômago.
3. A mucosa duodenal é mais apta a resistir à química do conteúdo gástrico.
4. O alimento entra em contato com a bile e com o suco pancreático em condições normais.

5. O alimento ao atingir o jejuno está quimicamente em condições ideais.
6. Refere-se que a mal absorção pós-operatória depende da falência do sincronismo entre esvaziamento gástrico, função vesicular e secreção pancreática.

Vantagens da vagotomia super-seletiva.

1. Efetiva e significativa redução ácido-péptica.
2. Preservação da integridade do reservatório gástrico
3. Preservação da integridade funcional antro-pilórica.
4. Não abertura do tubo digestivo.
5. Baixa mortalidade de 0,1%
6. Ausência de queixas dispépticas e metabólicas definitivas.

Vantagens da hipergastrinemia

1. Não determina aumento da secreção gástrica, por falta da interação dos receptores acetilcolina-gastrina-histamina.
2. Estimula o fluxo sanguíneo da mucosa gástrica e visceral.
3. Exerce ação trófica sobre a mucosa gástrica aumentando a sua compactação.

Possíveis vantagens da hipergastrinemia:

1. Estimula o esfíncter esofágico inferior e gástrico, prevenindo o refluxo gastro-esofágico.
2. Age sobre o esfíncter pilórico facilitando o esvaziamento gástrico.

## RESUMO

A vagotomia super-seletiva tem se revelado como a técnica cirúrgica mais fisiológica, com os mais baixos índices de mortalidade e morbidade e sua eficácia vem resistindo a prova do tempo. Tecnicamente fácil, exige porém delicadeza e minúcia.

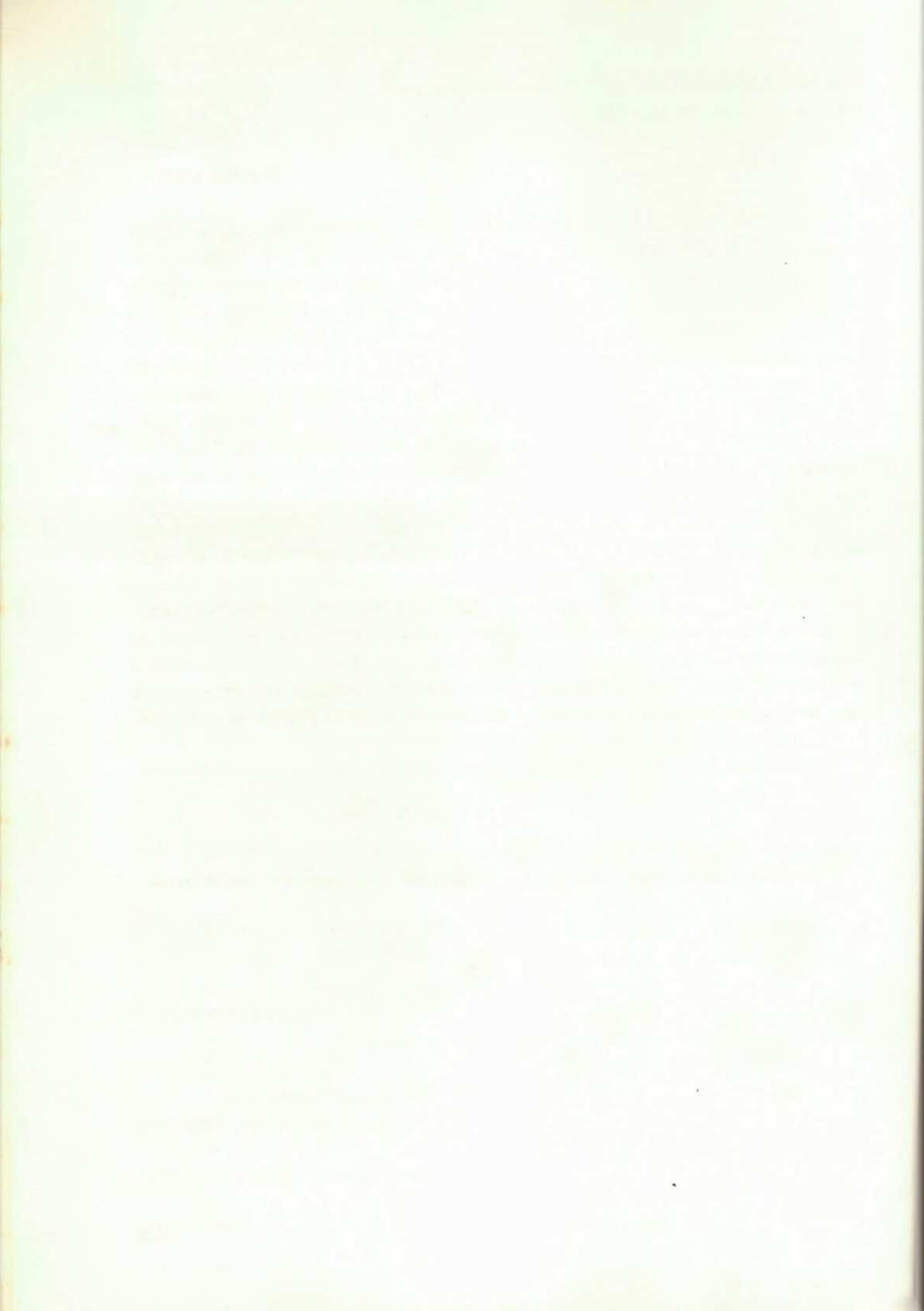
Embora sua utilização sofra algumas limitações — obesos, úlceras gástricas, perfuração e hemorragia, vem sendo provada nessas situações, de forma promissora. Por outro lado, os seus resultados altamente satisfatórios têm influenciado os cirurgiões especializados a se entecerem ao aparecimento das complicações ou a longas esperas de tratamento clínico, com sólidas bases científicas e éticas.

A nossa experiência pessoal cobre os períodos das gastrectomias e vagotomias.

Introduzimos e divulgamos as técnicas de vagotomia seletiva e super-seletiva em nosso Estado. Os resultados obtidos com a vagotomia super-seletiva nos autorizam a considerá-la como a melhor opção técnica ora disponível, em consonância com a opinião daqueles que têm ampla experiência com o proceder.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COOPERMAN, A.M. Doença ulcerosa peptica. **Clín. Cir. América do Norte**, Rio de Janeiro, (6) dez. 1976.
2. GOLIGHER, J.C. A technique for highly selective (parietal cell or proximal gastric) vagotomy for duodenal ulcer. **Brit. J. Surg.**, **61**: 337, 1974.
3. GRASSI, G.; ORICCHIA, C.; SBUELZ, B.; GRASSI JR., G. Early results of the treatment of duodenal ulcer by ultraselective vagotomy without drainage. **Surg. Gynecol. Obstet.**, **136**: 726, 1973.
4. GROSSMAN, M.I.; ISEMBERG, J.I.; PASSARD, E.P.; ROTH, B.E.; STURDEVANT, R.A.L.; WALSH, J.H. New look at peptic ulcer. **Ann. Int. Med.**, **84**: 57, 1976.
5. HARKINS, H.N.; STAVNEY L.S.; GRIFFITH, C.A.; SAVAGE, L.E.; KATO, T.; NYHUS, L.M. Selective gastric vagotomy. **Ann. Surg.**, **158**: 448, 1963.
6. ; ; ; ; NYHUS, L.M. Selective gastric vagotomy: scientific exhibit. **Postgrad. Med.**, **35**: 289, mar. 1964.
7. JOHNSTON, D. Physiological and clinical significance of highly selective vagotomy without a drainage procedure. **Digestion**, **11**: 275, 1974.
8. MEDEIROS, A.C. & BARRETO, H. Estado atual da vagotomia super-seletiva. **R. CBC**, **7** (1): 35, 1980.
9. MELLO, J.B.; MORAES, I.N.; NAHAS, P.; ARRUDA, R.; ABRÃO, N. **Progressos na cirurgia**. São Paulo, Imprensa Ipsis, s.d. v. 1, cap. 10-14.
10. NYHUS, L.M.; MORAES, M.F.; DONAHUE, P.E. Tratamento cirúrgico da úlcera péptica. **R. Bras. Cir.**, **67** (4): 62, 1977.
11. ROSEMBERG, D. Complicações pós-cirurgia gástrica. **Arq. Gastroenterol.**, **7** (4): 227, 1979.
12. SLEISENGER, M.H. & FORDAN, J.S. **Gastrointestinal disease**. 2 ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1978. cap. 6, 11, 15, 34-36, 46, 49, 51-56.
13. VARCO, R.L. & DELANEY, J.P. **Controversy in surgery**. Philadelphia, W.B. Saunders, 1976.



## POLIHelmINTÍASE INTESTINAL EM CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS DE IDADE.

Geraldo Leite (\*)

Em 1957 realizamos um estudo sobre geohelmintíases intestinais em crianças de 0 a 3 anos de idade e, de modo especial, em lactentes (14). Fizemos ovoidoscópias em 164 pacientes, selecionados ao acaso dentre os que foram levados ao Centro de Saúde do Estado, na Cidade de Feira de Santana. O estudo revelou a existência de ascaridíase, tricocefalíase e ancilostomíase em 86% dos casos sendo 68% em lactentes, 93% em crianças de 1 a 2 anos e 95% na faixa de 2 a 3 anos. Chamamos a atenção para a gravidade do problema e apresentamos um caso de infestação múltipla em um recém-nascido com 30 dias de idade.

Decorridos 22 anos resolvemos repetir a pesquisa, agora na Cidade do Salvador, em uma área distante em cerca de 100 quilômetros da localidade anterior, utilizando o mesmo tipo de amostragem e os mesmos método e processo.

As coprocópias foram realizadas pelo processo da sedimentação espontânea (HOFFMANN, PONS & JANNER), em 300 crianças de 0 a 3 anos de idade, residentes na área metropolitana da capital, sendo 58 com 0 a 1 anos, 136 com 1 a 2 anos e 97 com 2 a 3 anos de idade. Tais pacientes foram levados ao Centro de Saúde Prof. Adriano Gordilho (localizado na Avenida Bonfim, bairro de Itapagipe) por motivos diversos. Tal como ocorreu em 1957, na Cidade de Feira de Santana, alguns eram portadores de anemia e distúrbios gastro-intestinais e pulmonares de intensidade diversa. Outros exibiam saúde aparentemente normal. Os resultados estão sumariados no QUADRO Nº 1.

### QUADRO I

| Idade (Anos) | Amostras Examinadas | Época | POSITIVIDADE |                |                |                 |
|--------------|---------------------|-------|--------------|----------------|----------------|-----------------|
|              |                     |       | Ascaridíase  | Tricocefalíase | Ancilostomíase | Polihelmintíase |
| 0 - 1        | 47                  | 1957  | 63%          | 11%            | 02%            | 68%             |
|              | 58                  | 1979  | 50%          | 37%            | 04%            | 75%             |
| 1 - 2        | 68                  | 1957  | 73%          | 25%            | 10%            | 93%             |
|              | 136                 | 1979  | 60%          | 57%            | 02%            | 89%             |
| 2 - 3        | 49                  | 1957  | 79%          | 47%            | 25%            | 95%             |
|              | 97                  | 1979  | 56%          | 57%            | 03%            | 91%             |
| 0 - 3        | 164                 | 1957  | 72%          | 28%            | 12%            | 86%             |
|              | 300                 | 1979  | 55%          | 50%            | 03%            | 85%             |

(\*) - Titular da Cadeira nº 6.

Resultados dos exames de fezes realizados em crianças de 0 a 3 anos de idade, nos anos de 1957 e 1979, pelo processo da sedimentação espontânea (HOFFMAN, PONS & JANNER).

Entre 1957 e 1979 a incidência de *T. trichiurus* quase duplicou. A de *A. lumbricoides* manteve-se alta e a de ancilostomídeos elevou-se de 2% para 4%, na faixa de 0 a 1 anos de idade. Sob o ponto de vista quantitativo o material por nós examinados não representa amostra significativa da população infantil, servindo porém como ponto de partida para uma série de considerações de ordem epidemiológica.



Desnecessário se torna realçar uma vez mais a gravidade da helmintíases intestinais em crianças de 0 a 3 anos de idade e, de modo especial, a da ancilostomíase. Vários AA. vêm chamando a atenção para o assunto, destacando-se dentre todos PESSOA (18, 20), FIGUEIREDO (11), CARVALHO (3) FREUDENTHEL (12), MAUZÉ (16), REZENDE (23) e outros. PESSOA demonstrou que as geohelmintíases intestinais constituem um dos maiores flagelos do nordeste do Brasil (17, 18, 19, 20, 21 e 22). Êste A., examinado de mil pacientes em Aracaju, encontrou apenas três lactentes com resultado negativo. Deixou lâminas de microscopia recobertas com óleo de cedro em locais centrais da cidade, encontrado, alguns dias depois, numerosos ovos de *A. lumbricoides* nelas depositados juntamente com a poeira (21). Fizemos a mesma experiência em setembro e outubro de 1979, na periferia da Cidade do Salvador, utilizando lâminas untadas com óleo de cedro e/ou vaselina, encontrando — depois de 2 a 5 dias — ovos de *A. lumbricoides*. Deixamos cair lâminas assim preparadas sobre terrenos baldios, obtendo idêntico resultado.

COURA (7) afirmou textualmente: "os ovos de *A. lumbricoides* são muito adesivos, de modo que se prendem a qualquer objeto com que entram em contato. CRAIG & FAUST (8) observaram que há provas abundantes de que a ascariíase é por excelência uma infestação de pátios e residências, propagada sobretudo pela "semeadura" do sólo, imediatamente em volta das casas". Estas "semeaduras", em condições favoráveis, podem constituir fontes de infestação durante meses e, possivelmente, anos (Ibidem). HEADLE, citado por FAUST E CRAIG (10), faz referência ao que ele denomina "sítios de *Áscaris*".

A situação vem se perpetuando ano após anos. COURA (7) tem insistido nesta particularidade. Durante o período de 1960 a 1969 a referida A. realizou cerca de setenta mil exames de fezes em treze mil pacientes, nos ambulatórios e enfermarias da Clínica de Doenças Tropicais e Parasitárias da Faculdade de Me-



dicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. "A análise do material — afirma COURA — não permite reconhecer oscilações na incidência das geohelmintíase de acordo com as variações estacionais mas permite-nos garantir que não se observou, ao longo dos dez anos, diminuição significativa na prevalência de tais parasitoses".

A falta de saneamento básico, a falta de educação sanitária e os níveis de alimentação são as causas determinantes. A simples análise do QUADRO I revela que ao longo dos vinte e dois anos últimos o hábito cada vez mais difundido do uso do calçado por parte das crianças cujas mães foram assistidas pelos Centros de Saúde, reduziu de modo apreciável a prevalência da ancilostomíase na faixa de 1 a 3 anos de idade.

A dieta é de grande importância na epidemiologia destas helmintíases. A ração alimentar carente de proteínas facilita a implantação de helmintos e certos hábitos alimentares propagam ovos e larvas. A pobreza em proteínas animais é mais grave do que a carência de proteínas vegetais. Segundo PESSOA (20), mais especificamente parece ser a deficiência de **lisina** a que diminui em maior intensidade a resistência do organismo, devido a sua interferência na síntese da gama-globulina, isto é, de anticorpos. Os vermes interferem direta ou indiretamente no metabolismo do hospedeiro.. "Estabelece-se assim, um verdadeiro ciclo vicioso: a subnutrição diminui a resistência orgânica do paciente, permite a fixação de grande número de parasitos e estes não só absorvem proteínas como dificultam a difusão delas, desviam de sua economia os hidratos de carbono e os sais minerais, enfraquecendo cada vez mais as suas vítimas" (20). O assunto foi amplamente estudado por CHAVES (6), CASTRO (4, 5) e WALTER OSWALDO CRUZ (9). Nossos pacientes apresentavam nítida deficiência protéica. Cerca de 24% estavam com peso e altura inferiores à média prevista para a idade e o sexo, sendo tais deficiências maiores entre os meninos do que entre as meninas. (QUADRO II).

## QUADRO II

| Idade (Anos) | Anormais       |               |       |
|--------------|----------------|---------------|-------|
|              | Sexo Masculino | Sexo Feminino | Total |
| 0 — 3        | 32%            | 16%           | 24%   |

Polihelmintíase em crianças de 0 a 3 anos de idade. Estudo Antropométrico, segundo as Tabelas de Marcondes & Cols. Salvador, Bahia — Setembro, Outubro de 1979.

Somente com a universalização dos serviços de água e de esgotos conseguiremos o tratamento adequado da matéria fecal. Não é possível, com os atuais níveis de educação sanitária, a fixação dos bons costumes de higiene nem dos bons hábitos alimentares. As terras e as águas continuarão poluídas com dejectos humanos, ricos em ovos de nematelmintos. Estes ovos, sobretudo os de **A. lumbricoides** e os de **T. trichiurus**, são muito resistentes ao meio externo, continuando infestantes durante 5 a 7 anos (1,2). Os depositados no barro se desenvolvem melhor do que os encontrados na areia e os que ficam nas cinzas não evoluem (10). "Sendo o solo poluído anos seguidos, os ovos destes helmintos vão se concentrando de modo que, no fim de certo tempo, toda a região se torna altamente contaminada. Durante o tempo seco, o vento levanta nuvens de poeira misturadas com os ovos, que caem sobre as cidades e determinam o parasitismo universal, atingindo inclusive os moradores dos bairros já saneados (20).

## RESUMO E CONCLUSÕES

O A. realizou em 1957, em área endêmica do nordeste do Brasil, exames de fezes em 164 crianças de 0 a 3 anos de idade, encontrando polihelmintíase em 86% delas (68% em lactentes, 93% na faixa de 1 a 2 anos e 95% na faixa de 2 a 3 anos). Um dos pacientes, com 30 dias de idade, apresentou múltiplo parasitismo por **A. lumbricoides**, **T. trichiurus** e ancilostomídeos.

Impressionado com a gravidade do problema, resolveu repetir a pesquisa vinte e dois anos depois, na mesma região (a 100 km. da localidade inicial), utilizando idêntica amostragem e os mesmos método e processo.

Os resultados obtidos no novo estudo, o qual inclui exames de fezes em 300 crianças de 0 a 3 anos de idade, demonstram que há polihelmintíase em 85% delas (75% em lactentes, 89% na faixa de 1 a 2 anos e 91% na faixa de 2 a 3 anos). A situação permaneceu praticamente estacionária, apesar das sensíveis mudanças de ordem política, econômica e social. Depois de tecer considerações sobre o assunto, conclui o A. que o fato é devido à falta de saneamento básico, educação sanitária e bons hábitos alimentares, chamando a atenção para os pontos seguintes:

1 – A incidência das geohelmintíases intestinais na primeira infância é muito alta, na área em estudo.

2 – Tal incidência vem permanecendo inalterada há mais de vinte e dois anos.

3 – O problema é grave e determina implicações no desenvolvimento físico e mental das crianças infestadas.

Há deficiência no peso e na altura de 24% delas.

4 – O solo desempenha papel da mais alta importância, como repositório de ovos e larvas.

5 – A poeira é um elemento veiculador, propagando ovos, especialmente de *A. lumbricoide*.

6 – Os ovos, altamente resistentes ao meio externo, permanecem vivos e infectantes durante 5 a 7 anos e se concentram de tal modo que lâminas de vidro untadas com óleo de cedro e/ou vaselina, expostas à ação do tempo, ficam positivas ao cabo de 2 a 5 dias.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 – BROWN, H. & BELDING, D.L. — Parasitologia Clínica. 2ª Edição. Editorial Interamericana S.A. — México, D. F., 1965.
- 2 – BRUMPT, E. — Précis de Parasitologie (2 vols.). 6ª Edição. Masson et Cie. Ed. — Paris, 1949.
- 3 – CARVALHO, A. de A. & Cols. — Anemia Ancilostomótica na Criança. Arq. de Clínica, 12: 216. Rio, 1951.
- 4 – CASTRO, J. — Geografia da Fome. Ed. Cruzeiro. Rio, 1948.
- 5 – CASTRO, J. — Geopolítica da Fome. 2ª Edição. Editora Casa do Estudante do Brasil. Rio, 1953.
- 6 – CHAVES, N. — Problema Alimentar do Nordeste Brasileiro. Liv. Ed. Médico-Científica. Recife, 1946.
- 7 – COURA, L.C. — Contribuição ao Estudo das Geohelminthíases — Tese à Docência Livre na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ed. Americana. Rio, 1970.
- 8 – CRAIG, C.F. & FAUST, E.C. — Parasitologia Clínica. 4ª Edição. Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio, 1970.
- 9 – CRUZ, W.O. — Patogenia da Anemia na Ancilostomose. Memória do Inst. Oswaldo Cruz, 28: 391. Rio, 1934.
- 10 – FAUST, E.C., RUSSEL, F.R. & JUNG, R.C. — Parasitologia Clínica. Salvat Editores S.A. Barcelona, 1974.

- 11 – FIGUEIREDO, J. – Verminoses e Suas Conseqüências. Anais da Soc. de Med. da Bahia, 1 e 2, VII: 37. Bahia, 1942.
- 12 – FREUDENTHEL, F. – Ascariasis of the abdominal cavity – Med. Clin. 19: 521.
- 13 – IACAZ, C. da S., BARUZZI, R. & SIQUEIRA JÚNIOR, W. – Introdução à Geografia Médica do Brasil. Ed. Edgard Bencher Ltda. – Ed. Univ. S. Paulo, 1972.
- 14 – LEITE, G. – Polihelminíase em Lactente de 30 Dias de Idade. Rev. Bras. de Medicina, XIV, 9: 625-628. Rio, 1957.
- 15 – MARTINS, J. – Inquérito Alimentar entre 2.000 convocados. Medicina, 22 (12): 20. João Pessoa,
- 16 – MAUZÉ, J. – Un cas d'ankylostomiase du nourrisson. Bulletin de la Societé de Pathologie Exotique et de ses Filiales. 47,3: 411.
- 17 – PESSOA, S.B. – Parasitose Intestinais, a Alimentação e a Saúde do Sertanejo da Paraíba. Patologia Geral, 16: 94 – Rio, 1955.
- 18 – PESSOA, S.B. – Parasitoses Intestinais dos Dois Primeiros Anos de Vida – Brasil Médico, 71: 351. Rio, 1957.
- 19 – PESSOA, S.B. – Subnutrição e Verminoses Intestinais. Rio, 1958.
- 20 – PESSOA, S.B. – Ensaio Médico-Sociais. Ed. Guanabara Koogan S. A. Rio, 1960.
- 21 – PESSOA, S.B. – Endemias Parasitárias na Zona Rural Brasileira. S. Paulo, 1963.
- 22 – PESSOA, S.B. & VIANA MARTINS S.A. – Parasitologia Médica. 8ª Edição. Ed. Guanabara Koogan S.A. S. Paulo, 1976.
- 23 – REZENDE, J.M. de – As Verminoses no Município de Bela Vista. Rev. Bras. Med. XIII, 1: 25 – Rio, 1956.
- 24 – SMITH, D. – Parasitic Infection and Nutrition – Vitamines and Hormones, 13: 239.

## O IDOSO NA SOCIEDADE MODERNA

José Ramos de Queiroz (\*)

A transformação social é inevitável, no decorrer do tempo, lenta e gradual ou brusca e rápida, acarretando alterações na estrutura das formas sociais, que por sua vez, proporcionam modificações da ação social, externada no inter-relacionamento dos grupos e indivíduos.

A ação social pode se orientar no sentido de cooperação, em que a interação é direta e positiva; de competição, cuja interação é negativa e indireta, mas em rumo aos mesmos objetivos; de conflito, envolvendo uma interação direta e negativa, com "a eliminação da estrutura proponente, para a conquista dos objetivos".

A dinâmica social, nos últimos lustros, tem sido acelerada, constituindo preocupação constante de cientistas e pesquisadores, técnicos e artistas, administradores e políticos, sejam civis ou militares, leigos ou religiosos, enfim, todos aqueles que têm participação ativa no processo de transformação social.

Inúmeros congressos, como a XVI Conferência Internacional de Serviço Social, realizada em Haia (1972), reuniões periódicas de experts da ONU, OMS, UNESCO e outros organismos internacionais, procuram encontrar soluções adequadas para sucessivos problemas decorrentes dessa rápida mudança, de modo às vezes imprevisível, num mundo ameaçado constantemente pela fome, o terror, a violência e a dúvida do amanhã.

A tecnologia que se expande e se torna cada vez mais complexa, materiais e equipamentos que se modificam, ideologias e valores que se opõem e se degladiam, provocam reações em cadeia, com modificação e substituição de bens materiais e alteração nas idéias e nas relações sociais, inclusive no aparecimento de novos direitos de grupos e classes, sem que haja tempo suficiente para reflexão mais demorada e, conseqüentemente, o restabelecimento do equilíbrio relativo e do controle social, trazendo maior tranquilidade e segurança.

Nesta sociedade moderna, pluralista e de consumo, a família, unidade social, teria de sofrer profundas alterações, não só do ponto de vista legal, mas sobretudo do afetivo e ético.

A família é um agrupamento de pessoas unido por vínculo de sangue ou adoção. O conceito de família tem sofrido algumas modificações, não só quanto à sua constituição, como em relação à sua formação, embora possamos definí-la como "uma aliança de amor para perpetuar a vida".

(\*) *Professor da Universidade Católica do Salvador — Geriatra e gerontologista — Titular da Cadeira nº 19 desta Academia.*

A família é constituída pela união de um homem e uma mulher através a cerimônia do casamento, de natureza civil, religiosa ou de ambas.

Com a família, pelo casamento, há anuência da sociedade para o relacionamento sexual, com o fim implícito da procriação. Entretanto, os casais sem filhos biológicos; com ou sem os adotados legalmente; o par não casado, com ou sem filhos; um dos pais com seus filhos, após a dissolução da união; o homem com várias esposas ou a mulher com vários maridos, são também formas de família.

No mundo ocidental, a família monogâmica, abrangente, poligeracional, constituída de pai, mãe, filhos, ascendentes e colaterais, deu lugar, atualmente, à família nuclear — pai, mãe e filhos.

Mas, a sociedade procura amparar e controlar a família, qualquer que seja sua forma, embora sua principal atenção se concentre na família nuclear, a ela atribuindo funções definidas:

- biológica-básica, de perpetuidade da espécie; de sustento — prover a família do indispensável à sobrevivência-habitação, alimentação, vestuário; de socialização — dar aos filhos condições de vida atuante e produtiva, dentro dos padrões estabelecidos de transmissão cultural — apresentação de idéias crenças e valores para assegurar a continuidade; transmissão de bens — legar aqueles que foram herdados ou adquiridos dentro da legislação estabelecida, mormente no que se refere à propriedade e ao uso da terra.

Enfim, a família estabelece o comportamento de cada um de seus membros, suas relações entre si, o status social, muitas vezes originado pelo nome tradicional, pelo conhecimento, pela riqueza, pela manifestação cultural.

Vários fatores influenciaram as transformações da família convencional e clássica. O primeiro deles foi a industrialização, terminando a unidade de trabalho dentro da família e emancipando a mulher, como componente da renda familiar.

A urbanização constituiu-se na segunda forma de dissociação da família, trazendo a impessoalidade e o anonimato dos grandes centros urbanos, homogeneizando valores e fazendo desaparecer padrões e normas símbolos. Uma terceira causa reside nas modificações de ordem política e religiosa, quer restringindo, quer alargando princípios tidos como irredutíveis e inamovíveis. A quarta influência sobre a família resulta da introdução de técnicas revolucionárias de relacionamento sexual e procriação — controle da natalidade, inseminação artificial, “bebê de proveta”, além da permissividade de comportamento hetero e homossexual.

A crise econômica mundial, progressivamente agravada com as profundas

alterações verificadas ultimamente, completou a dissociação da família, muitas vezes congregada num só ramo de atividade, transmitindo com orgulho a sucessivas gerações.

O êxodo rural, as migrações internas, o imperativo do emprego diferente para cada membro da família, muitas vezes fora da profissão escolhida ou pretendida, transforma pais, filhos e irmãos em quase estranhos, todos entregues aos seus próprios pensamentos, atribulações e interesses. Há um clima indisfarçável de tensão, o silêncio rompido pela explosão brusca e agressiva de palavras pouco amáveis, quando alguém tenta o diálogo.

É um "entra e sai" constante, sem hora certa para refeições ou repouso ou isolamento, quando possível, no quarto, na garagem, na vizinhança. O equilíbrio conjugal, no sentido da divisão de trabalho — o de fora do lar para o marido e o de dentro para a esposa está bem modificado. Pesquisa feita com 1.000 casais da classe média dos Estados Unidos da América, pretendendo projetar "a imagem do americano típico dos anos 80", demonstrou que o homem daquele país vai se tornando cada vez mais doméstico, com afazeres anteriormente ligados à dona de casa: cozinha, compras de supermercados, limpeza de casa, lavagem de pratos, etc. A mulher, como expressiva força de trabalho, não consegue, nem pode, muitas vezes, ao se tornar esposa, transformar-se no componente servil do lar. Divide, então, com o marido, as "atividades caseiras" do cotidiano.

No Brasil, se se fizesse idêntica verificação, talvez os resultados fossem surpreendentes, mormente ao se considerar o machismo brasileiro, no momento que atravessamos bem mais de conversa que de ação, mais aparência que realidade. Casais jovens, geralmente sem filhos ou apenas um, ainda estudantes, mas trabalhando, ou residem com os pais, que os ajudam na medida do possível ou vivem independentes, mas sem aquelas vantagens de alguns lustros passados, mormente a presença de auxiliares domésticos, solícitas e devotadas, até consideradas, algumas delas, membros da família.

A realidade a enfrentar é bem diferente e de modo geral, homem e mulher passam a ser "unissex" no serviço realizado dentro e fora do lar, no vestuário, nas atitudes, hábitos, costumes e vícios. Somente a biologia os diferencia, na função reprodutora, assim mesmo quando o transexualismo não impõe a inversão dos sexos... Não há espírito crítico nem contrário a essa situação, praticamente aceita pela maioria, dentro da realidade do nosso final de século. Apenas, enfatizamos o assunto para compor o quadro familiar moderno onde o indivíduo de outra época, de geração anterior, envolvido em seus próprios conflitos, com idéias pré-formadas pela educação recebida ou sem ela, vai ser obrigado, por força de determinismo econômico financeiro, social ou de outra natureza, a permanecer, vivendo e convivendo num ambiente que lhe parece hostil, ou pelo menos, antagônico.

Assim, imaginemos a presença de um idoso — pai, mãe, avô, avó, quem quer que seja o parente, nessa confusão doméstica em que, às vezes, pelos horários diferentes, há apenas pequena margem para um rápido “oi” no encontro fortuito, à saída ou entrada em casa: ou ele se transforma num elemento ranzinza, resmungão, temido e evitado ou se anula, encolhe-se, silencia, desespera e deseja a morte como o melhor lenitivo para sua solidão.

Não podemos, entretanto, afirmar não haver compreensão, solidariedade, respeito ou mesmo amor na atribulada família moderna. Apenas não há tempo para demonstrar tais sentimentos, deixou de existir o momento em que todos se reuniam em torno à mesa, no final do dia, ou, em domingos e feriados, estavam juntos para o lazer, a convivência, a participação.

Felizmente, há salutar a esse procedimento e a família conjugal, imperativo da época, procura inter-ligar-se a outras, relacionadas por diversos graus de parentesco, para reviver a família consanguínea ou a “família prolongada”, pela adição de amigos mais próximos.

Mesmo assim, o idoso pode sofrer rejeição da família, mormente se, de origem humilde, os seus filhos alcançaram poder e riqueza, colocando-os em classes sociais distintas. Seu internamento, em instituição existente em outra localidade, discreto e conveniente, afasta a presença incômoda a lembrar um passado sepulto e esquecido.

Outras vezes, esse abandono é devido aos próprios problemas familiares, que podem se revestir de várias modalidades. Há o casal, na terceira idade, que se volta para si mesmo, com as mudanças fisiológicas e estruturais o climatério feminino, onde se insere a menopausa; o denominado climatério masculino, a aposentadoria do marido e sua “domesticidade”; a inconformidade da mulher com a acomodação do esposo, sempre indisposto em sair de casa para a convivência social, etc.

Outras vezes, a presença constante dos genros, noras e netos traz ao idoso novos problemas, com o encontro, nem sempre pacífico, de 4 gerações, pais, filhos, netos e bisnetos. Junte-se ainda, às vezes, uma tia solteira ou viúva.

A posição do idoso pode variar, não só em relação àqueles que com ele convivem mas também de acordo com seu próprio comportamento — a personalidade do idoso reflete sua maneira de ser quando mais jovem, porquanto “tal como vivemos”, assim envelhecemos” (Felix Post). O diálogo e a compreensão mútua, a concordância em ceder aqui e ali, em vez da exacerbação de ânimos que radicaliza e desune, mantêm o equilíbrio familiar, ficando o idoso, na posição apropriada à sua idade e condição física, no mesmo nível que os outros componentes da família. Quando o idoso atinge a senectude, com suas inconveniências ou é atingido por um acidente vascular cerebral, aí o quadro se agrava, pela necessidade constante da enfermagem, nem sempre possível pela incapacidade



financeira do grupo familiar. Este é o ponto crítico, que leva à conclusão imperativa da necessidade de internar o idoso, num hospital, se possível, ou num abrigo, aí para o resto da vida.

Há, na família atual, ameaça mais freqüente de desintegração, pelo abandono, desquite e divórcio: o individualismo; a concepção errônea de emancipação da mulher ou da submissão do homem; a incapacidade de adaptação e ajustamento recíprocos; as dificuldades financeiras; a intromissão dos pais; profundas diferenças de educação, religião e status social; graves defeitos pessoais, lesões orgânicas ou psíquicas; vícios e manias; perversões sexuais; decepção no próprio casamento ou união como forma de vida, como realização plena e total.

Não só o idoso por acaso viva com um casal que se afasta, mas os próprios cônjuges enfrentam situações diferentes, se a separação se processa antes ou após a emancipação dos filhos. De qualquer forma, há uma rejeição inicial por parte da sociedade, de ambos, mormente da mulher, embora não se possa negar certa razão a Escardó, quando diz que "é melhor estar bem separado que mal unido".

Se não houver composição de novo lar, ambos se arriscam a envelhecer sozinhos, mesmo que, satisfaçam, aqui e ali, de modo mais ou menos discreto, a necessidade biológica de estar "a dois" ou aparentem uma autosuficiência para gratificar a vaidade e o amor próprio, ou o respeito aos filhos e ao meio em que vivem.

Não há porque negar o direito de nova união para ex-cônjuges, bem assim a dos que perdem, pela morte, o companheiro. Também aí a mulher sofre indistigável e injusta discriminação, compelindo-a a uma vida por vezes incompatível com o seu temperamento e formação, mesmo porque "uma viúva não é uma mulher casada com um morto, mas a mulher cuja perda do marido a obriga a dar um novo sentido à sua vida". Aceitar e mesmo estimular a união entre idosos é salutar e evita o mais pungente drama do velho — a solidão.

Ridicularizar a aproximação entre gerontes, seu namoro e casamento, confundindo afeto, ternura e amor com aquelas manifestações libidinosas da esclerose, é insistir em tornar sinônimos envelhecimento e doença.

O casamento, ratificação da sociedade, leiga ou religiosa, de vínculo duradouro ou assim suposto, entre um homem e uma mulher, como afirmamos anteriormente, permite o relacionamento íntimo com a finalidade da procriação, alicerçado por um sentimento que se aprofunda à medida que o ajustamento se estabelece — o amor. Esta é a idéia de união tacitamente entendida pelo casal jovem, em idade reprodutiva. Para o idoso, o casamento está assente em base primordialmente afetiva e é, além de carinho, entendimento e amparo mútuo, também sexo, porém, tão verdadeiro no seu sentimento — o amor — quanto o do jovem. Não há mais o intuito de perpetuação da linhagem, mas tão somente o de completar seu ciclo vital ao lado de alguém que neutralize as naturais restrições

da marcha inexorável do tempo, tornando-o mais suave e ameno, menos perceptível inquietante.

Não há romantismo demasiado em nossas palavras — e que mal há se houver um pouco? — pois sabemos do aspecto prosáico do casamento entre pessoas de mais idade, que a lei procura proteger contra a sordidez e a cobiça; da reação dos parentes, temendo a pulverização da herança; da incompreensão dos filhos, a julgar comprometido seu nível social com a escolha do futuro padrasto ou madrasta, a quem devotam aversão e repulsa, sentindo-se diminuídos perante os amigos. Mas, nada disso importa; o que está em jogo é o sentimento de alguém, talvez a continuidade da sua própria vida, que deve ser respeitado e acatado. Claro que as manifestações patológicas, as manias, a incapacidade de decidir, obrigam à providências no sentido de defender o idoso de um mal maior, tanto possível efetuadas de modo suasório, embora firme e determinado.

Mas todos sabem que o problema do idoso não é só da família e sim de toda a comunidade. Não instituições particulares e o Estado, mas também o voluntário deve estar pronto a colaborar em campanhas e serviços. Pela amplitude e complexidade do assunto, cabe ao Estado traçar as linhas gerais e as diretrizes básicas do conjunto de medidas, conhecidas com o nome genérico de Política Social do Idoso. Essa política inclui, como não poderia deixar de ser, a assistência médica, porquanto o conceito de saúde, tornado bem mais abrangente pela Organização Mundial de Saúde, insere outras variáveis, além da prevenção e tratamento da doença. A promoção da saúde é o fundamental da atual política sanitária, objetivando o bem estar físico, mental e social do indivíduo. Daí porque esses outros cuidados são indispensáveis, mormente se tratando da faixa etária além dos 60 anos — habitação; alimentação, atividade laborativa, lazer, etc.

Podemos dispor, de modo esquemático, a política social do idoso, elaborada pelo Estado (Governo Federal), em três segmentos, que se interrelacionam e se ajustam:

a) Previdenciário — INPS

Aposentadoria por Velhice — de 60 anos em diante

Renda Mensal Vitalícia — mais de 70 anos

b) Médico — INAMPS

- Atendimento Ambulatorial
- Atendimento de emergência
- Atendimento hospitalar
- Atendimento Odontológico
- Atendimento farmacêutico

c) Assistencial — LBA

- Atendimento direto:
- tratamento social individualizado
- formação e dinamização de grupo
- mobilização comunitária
- auxílios complementares

Atendimento indireto: através terceiros, (convênios e contratos)

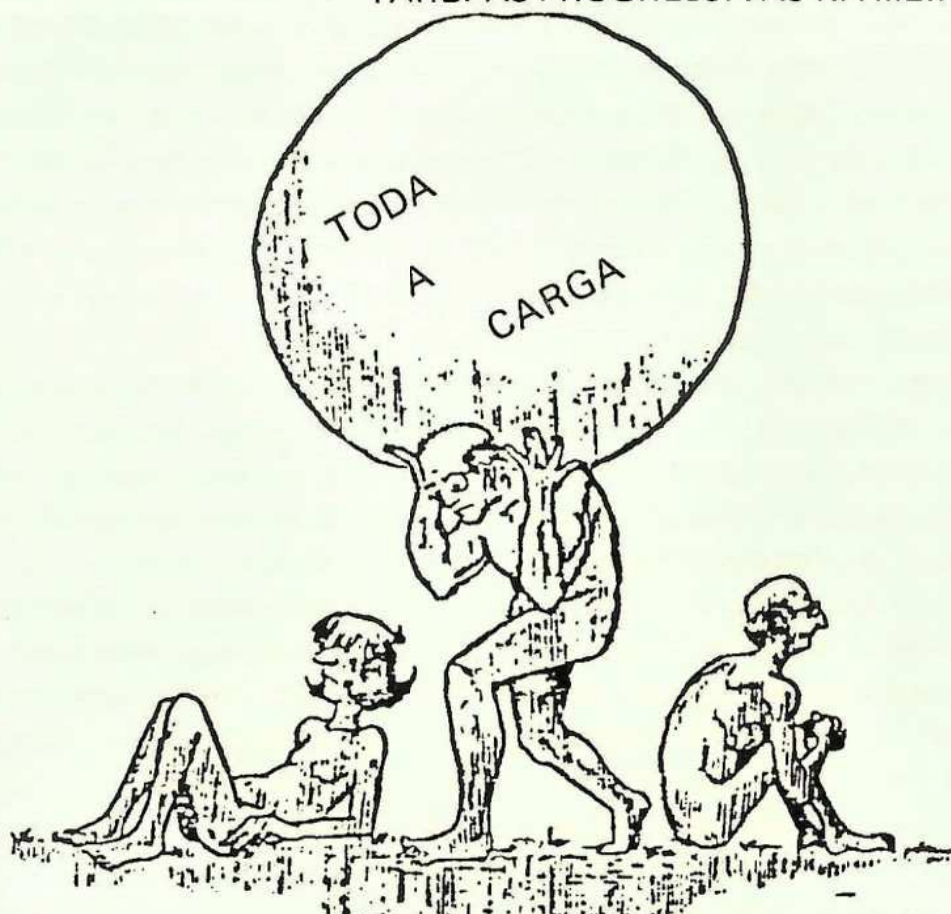
Os dois primeiros são dever do Estado, embora a complementação dos proventos, na aposentadoria e da assistência médica, em determinados casos, estejam incluídos na sistemática da administração empresarial privada ou pública. Quanto ao terceiro — assistencial, deverá contar com a ajuda de toda a comunidade, mobilizada pelas instituições já existentes e pelos órgãos oficiais, inclusive os de comunicação, através campanhas sistemáticas e de fácil penetração nas diversas camadas populacionais.

No Brasil, bem assim em outros países, velhice é sinônimo de doença, incapacidade e inutilidade. Apesar da Organização Mundial de Saúde definí-la como "uma etapa da vida, nem melhor nem pior que as demais, porém tendo seus caracteres próprios, seus sistemas de valores e suas possibilidades particulares de afirmação da personalidade", ainda transcorrerá bastante tempo até que os tabus sobre o envelhecimento e suas manifestações sejam destruídos. Compreendemos a pouca importância emprestada ao problema do idoso: ele constitui ao lado do infante, o setor improdutivo da sociedade, cujo desenvolvimento repousa sobre a capacidade laborativa do adulto. Há uma caricatura bem expressiva que retrata essa situação (fig. 1). E mais: entre esses dois extremos da existência, a criança preocupa muito mais por ser a futura força de trabalho, enquanto o velho se torna cada vez mais dependente de tudo e de todos. Por isso mesmo, convencionou-se que a sociedade deve proporcionar educação ao jovem, trabalho ao adulto e amparo ao idoso. Entretanto, e esta nos parece a diferença primordial, o envelhecimento pode se processar de modo saudável, com as limitações naturais do processo involutivo (como na infância, na fase evolutiva), sem que isto implique em impossibilidade de ser útil e produtivo. Claro que aos idosos portadores de doença ou afecções serão dispensados cuidados especiais e restringida a atividade funcional ao possível. Estamos, em colaboração com a LBA, realizando trabalho de pesquisa para verificar a percentagem de idoso realmente atingidos por manifestações mórbidas e suas decorrentes limitações, numa tentativa de dar maior ênfase ao princípio que defendemos e consideramos fundamental na execução de uma política em prol da reabilitação do idoso, como um grupo social tão importante e necessário quanto os outros: ensinar o indivíduo a envelhecer com saúde e manter-se ativo e eficiente na comunidade, vivendo em

toda a plenitude os atos e procedimentos próprios e compatíveis com sua idade. Assim teremos, em prazo não muito dilatado, um contingente de reforço ao trabalho do adulto, reduzindo a uma (a infância) a fase improdutiva do homem. O Professor François Bourliere no 1º Encontro Brasiliense de Geriatria e Gerontologia, em setembro último, concluiu que o envelhecimento não é doença, mas um processo normal que atinge, embora de modo desigual, todas as células orgânicas. Há, entretanto, um envelhecimento patológico, em que doenças se associam ao processo. O importante é impedir o aparecimento dessas doenças, procurando seguir algumas regras fundamentais, naturalmente adaptadas a cada indivíduo, segundo o professor Mário Rigatto: dormir o suficiente, alimentar-se de modo racional e ter atividade contínua, tanto física quanto mental. Assim, o próprio envelhecimento será mais demorado, além de evitar o processo patológico.

Não há como pretender campanha permanente e vitoriosa para atingir qualquer finalidade de caráter sócio-político, sem a participação afetiva da comunidade. Em relação à saúde, esse entendimento é indispensável, porquanto a meta colimada é dar oportunidade, senão a todos, pelo menos à grande maioria, de vida mais longa e saudável.

#### TAREFAS PROGRESSIVAS NA MEIA IDADE



*O adolescente, o adulto de meia idade e o senil (desenho de Joe Pierre).*

Para isso, é preciso cuidar e melhorar a saúde enquanto a doença não aparece, dando ao indivíduo aquele conjunto de condições indispensáveis, entre as quais convém não esquecer o aprendizado paulatino de noções essenciais sobre saúde, desde a escola primária.

Nos países de população estável e com expectativa de vida acima dos 70 anos, a geriatria e a gerontologia estão em pleno desenvolvimento, cuidando-se de aperfeiçoar a política assistencial aos gerontes. O Brasil, de população predominantemente jovem e com a vida média em torno de 60 anos, iniciou, através o Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio do então INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1977, sua política social para o idoso, incluindo entre suas diretrizes básicas:

- 1 – implantação do sistema de mobilização comunitária
- 2 – atendimento institucionalizado
- 3 – atendimento médico-social
- 4 – programa de pré-aposentadoria
- 5 – treinamento de recursos humanos
- 6 – dados e informações sobre a situação do idoso.

Considerou o Ministério "fator decisivo a permanência do idoso na família, para prevenir sua marginalização", embora reconhecesse a insuficiência de recursos financeiros dos parentes, em geral e, por isso, o "encaminhamento maciço dos velhos aos abrigos". Recomendou, na época, diversas medidas visando um trabalho médico-social integrado, distinguindo-se a utilização e/ou instalação de Unidades Médico-Sociais em entidades que abrigam o idoso e o atendimento médico-social domiciliar. Ainda incluiu, em caráter experimental, para os que estivessem prestes à aposentadoria compulsória, programa de pré-aposentadoria, com a elaboração de um novo plano de vida e a redução gradativa da jornada de trabalho até sua cessação definitiva.

Convém lembrar que o Programa de Assistência aos Idosos foi implantado no Centro de Serviço Social da Secretaria Regional de Bem Estar do INPS, neste Estado, 4 anos antes, isto é, em 1973, obtendo significativo êxito, comprovado e proclamado durante o "I Seminário sobre a problemática do Idoso", realizado em Salvador, de 20 a 23 de janeiro de 1976.

Com as novas transformações do MPAS e a criação do SINPAS, passou para a Legião Brasileira de Assistência (LBA) a responsabilidade da execução da política governamental para o idoso, embora a assistência médico-hospitalar ficasse com o INAMPS, englobada à dos demais previdenciários e os benefícios com o "novo" INPS.

Não houve, entretanto, implementação de todas aquelas atividades previstas, desenvolvendo-se, especificamente, alguns itens da programação social.

Na área da assistência médica, não houve progressão das medidas precon-

zadas. Assim, o idoso continua a ser atendido como segurado ou dependente do sistema previdenciário, não havendo distinção nem prioridade.

A LBA envia ao INAMPS os previdenciários e carentes incluídos em seu programa sem discriminação, para o tratamento devido, nas mesmas bases de qualquer segurado. Também não há clínica geriátrica reconhecida e diferenciada, embora o INAMPS possa credenciar o especialista para o atendimento clínico geral, assim como este (o generalista) examina e receita o idoso. Em relação às duas Instituições, a LBA cuida da promoção da saúde, enquanto o INAMPS se encarrega de sua recuperação. O Prev-saúde, programa médico-assistencial a ser implantado em 1981, pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, deveria incluir o geriatra entre os facultativos que serão designados para acioná-lo. Estaria assim completado o atendimento básico ao indivíduo, nos 3 estágios fundamentais de sua existência (criança, adulto, idoso) — pediatria, generalista e geriatra, além do toco-ginecológico e do odontológico.

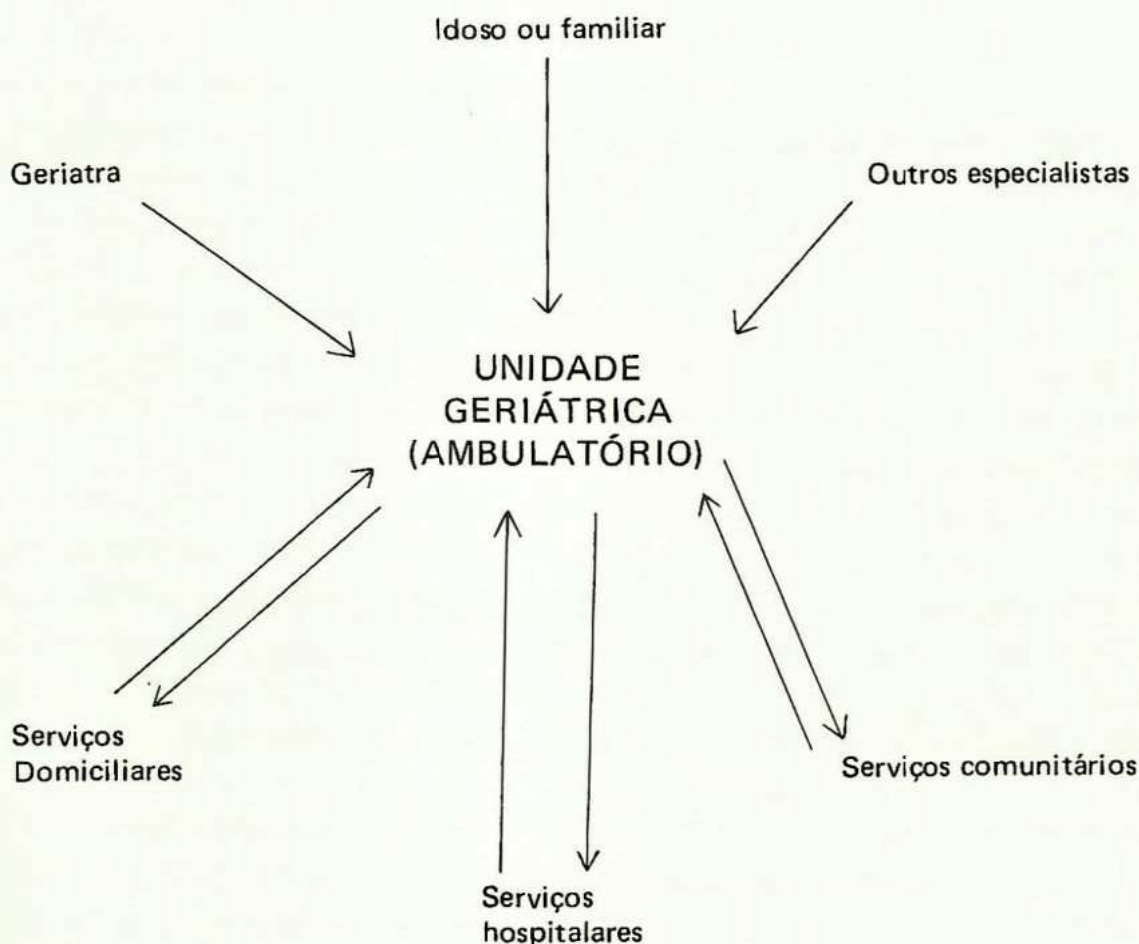
A acriação de unidade ambulatorial de serviços geriátricos, para prestação de assistência preventiva, curativa e de reabilitação, preconizada por Antônio Carlos Silva Santos, durante o Seminário Nacional de Idosos (Brasília, 1976), não encontrou, até o momento, maior ressonância na área governamental e na própria comunidade. Igualmente, a especialidade de geriatria e gerontologia não foi reconhecida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social nem incluída entre aquelas consideradas como assistência médica básica, ou seja, clínica médica, obstetrícia, ginecologia, (toco-ginecologia), pediatria e odontologia. Também as Faculdades de Medicina, salvo uma ou outra, não inseriram a disciplina no seu curriculum, ou pelo menos, dão destaque aos problemas do envelhecimento nos programas de clínica geral.

A implantação de um sistema de assistência comunitária de saúde ao idoso em nosso País deve ser precedida de uma valiação dos recursos humanos existentes para a execução das diversas tarefas atinentes ao programa a ser estabelecido. Ao que nos consta, só há médicos especializados em geriatria e gerontologia e, nos dias atuais, sem equipe de saúde treinada e atuante, não se pode antecipar êxito em campanha encetada. Assim, não só os profissionais de medicina, mas enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas e auxiliares de nível médio precisam estar habilitados a desempenhar sua missão junto ao idoso. Mas onde treinar esse pessoal? Algumas cidades dispõem de hospital ou unidade de internação e ambulatório destinados aos idosos, embora sem as características encontradas em outros países. Com as dificuldades econômico-financeiras do Brasil seria utopia pensar na construção de hospitais geriátricos ou “casas de enfermagem” (nursing homes) ou mesmos unidades geriátricas ambulatoriais. Podemos, sim, aproveitar, melhorar e ampliar o já existente, oficial ou particular, adaptando pavilhões, alas ou unidades de internação para construir núcleos de atendimento e aprendizado

especializados, ao mesmo tempo que se cuidaria de pelo mesmo processo, implantar os centros geriátricos, modestos mas eficientes, com o essencial, sem a grandiosidade ociosa e megalomana, tão encontradiça em projetos e obras suntuárias.

Dentro da assistência médica social comunitária ao idoso podemos distinguir 4 tipos, desenvolvidos em vários estágios, que poderiam ser iniciados gradativamente, à medida das possibilidades orçamentárias e dos recursos humanos existentes, globalizando a política social para o idoso, inclusive dentro das chamadas "diretrizes básicas" do Governo Federal:

### ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL COMUNITÁRIA AO IDOSO



(Adaptado de publicação da OMS-1973)

## **ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL COMUNITÁRIA AO IDOSO**

### **A – Atendimento ambulatorial**

- consultas
- exames complementares
- curativos
- injeções
- fisioterapia

### **B – Atendimento hospitalar**

- tratamento médico-cirúrgico
- reabilitação
- visitas a domicílio

### **C – Serviços domiciliares**

- assistência da enfermeira
- assistência da assistente social
- assistência da visitadora sanitária
- assistência da auxiliar doméstica
- assistência noturna (night sitter in)
- assistência por telefone
- visita social

### **D – Serviços comunitários**

- Habitação
  - com familiares
  - sozinho em casa ou apartamento (alugado ou próprio)
  - em conjunto habitacional (pagando ou não aluguel)
  - em abrigos
- Alimentação
  - distribuição de refeições
    - a domicílio
    - em refeitórios de entidades
  - distribuição de gêneros alimentícios
- Centro Geriátrico
  - Transporte
  - atividade laborativa (artesanato, culinária, ofícios)
  - lazer (música, dança, cinema, TV, leitura, jogos, festividades, etc)
  - tratamento (fisioterapia)



- alimentação
- cuidados especiais (banheiros apropriados, salão de beleza, barbearia, pedicure, manicure).
- lavagem de roupa
- cursos diversos (Escolas para Terceira Idade)
- serviço social (individual, de grupo e de comunidade)
- excursões
- palestras
- preparo para a aposentadoria
- day center ou day nursing care (tratamento de dia)
- publicação de boletim informativo mensal

Nota: O Centro Geriátrico poderá ser designado também Clube de Idosos ou Centro de Convivência.

O Centro Geriátrico funcionaria como um “Clube do Idoso”, podendo dispor de alguns apartamentos para o ancião poder ficar durante as ausências da família com quem morasse (férias, fins de semana, etc).

De todas as atividades previstas, destacaremos, pela sua indiscutível importância, o preparo para a aposentadoria, que deve começar em torno dos 50 anos, como recomenda a Divisão de Assuntos Sociais das Nações Unidas, com o auxílio de empregadores, sindicatos, associações de idosos, enfatizando que a aposentadoria não é o fim da vida ativa. Apesar disso, os programas nos diversos países, ainda são incipientes. Vejamos alguns deles: na Suíça, em 1968, a Pro Senectute organizou 95 cursos de capacitação para aposentadoria, com 5 anos de antecedência; na Noruega, onde há um Conselho Nacional de Preparação para a Aposentadoria e ela é concedida aos 67 anos, a partir dos 60 já o empregado pode tomar uma semana a mais de férias, para ir se adaptando; na França a empresa Gillete reduz o horário de trabalho dos empregados com a idade entre 60 e 65 anos, além das férias habituais, sem diminuição do salário, obedecendo a uma escala decrescente.

O levantamento inicial, ou seja, o inquérito preliminar das disponibilidades materiais e humanas existentes para implantação da assistência médico-social comunitária do idoso, poderia ser iniciado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, através suas Regionais. Em seguida, o diálogo com as instituições interessadas em constituir o seu núcleo pioneiro para sua implantação paulatina, dentro de uma orientação geral uniforme, mas atendendo às particularidades regionais e locais. Esse seria o ponto de partida de mobilização de toda a comunidade, de base para o vértice, até a apresentação posterior às autoridades governa-

mentais de resultado concreto, de opções viáveis, dentro da nossa realidade sócio-econômica, o que as levaria, certamente, a adotar medidas no sentido de tornar efetivo o programa oficial estabelecido e não executado, até o momento, em todos os seus itens, da política social do idoso.

Parece-nos seria esse um bom começo, pois todos sabem que por mais longa seja a caminhada, ela sempre se inicia pelo primeiro passo. Que a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia dê o primeiro passo, e temos certeza, toda a sociedade responderá com sua colaboração, em trabalho, inclusive voluntário, a fim de evitar o agravamento do problema do idoso, no Brasil, com o crescimento de sua população de mais de 60 anos, para que ele não se transforme, como tantos outros, em "calamidade nacional", aí então, de lenta e difícil solução, num desafio crescente ao aperfeiçoamento da estrutura brasileira.

## REFERÊNCIAS

- Anderson, W. A. e Parker F. B – Introdução à Sociologia – Zahar Ed – 1974.
- Burnside, Irene Mortenson – Enfermagem e os idosos – Andrei Editora – 1979.
- Conhen Nathan E, – O papel do voluntário na sociedade – Ed. Fundo de Cultura – 1974.
- Cooper, D. – Muerte de la Familia – Paidos – 1974.
- Escardó, Florêncio – Anatomia de la Familia – El Ateneo – 1974.
- Gusmão, P. Dourado – Manual de Sociologia – Forense – 1973.
- Huenefeld, John – o voluntário a serviço da sociedade – Agir Editora – 1973.
- Newwell, Keneth W, – La Salud por el Pueblo – OMS – Genebra – 1975.
- Silva Santos, Antônio Carlos – Planificação de Saúde Comunitária em Geriatria no Brasil – Anais de Ger. e Gerontologia – Vol 1 - no 1.º nov/79.
- Salgado, Marcelo Antônio – Velhice, uma nova questão social – Biblioteca Científica – SESC – 1980.

## SÍNDROME DA CRIANÇA BATIDA

Eliezer Audíface (\*)

Um dos capítulos estudados da Higiene Mental e Medicina Social é o das crianças escoraçadas. Através dos romances, biografias e confissões de homens ilustres, e até de santos, as obras primas de Dickens, os admiráveis livros "Vipère au poing", de Hervé Bazin, "Noeud de Vipères" e "Capitães de Areia" de Jorge Amado "Poil de carotte", de J. Renard "Chiens perdus sans collier" de Cesbron, documentos vivos, vamos colher um valioso registro dos sofrimentos, humilhações e revoltas porque passaram na infância. Todavia, diz Artur Ramos: "não é preciso recorrer a essas fontes. Se desejarmos conhecer bem de perto o que é a vida da criança escoraçada, indaguemos de uma dessas muitas que se acotovelam pelas ruas de nossas cidades — crianças abandonadas".

Infelizmente, se a Higiene Mental e a literatura universal há tanto já estudaram o problema e a sua projeção na vida adulta, e já afirmava Adler: "Essas crianças sentem a ausência do amor e viverão depois sob a impressão de serem perseguidas e escoraçadas pela vida toda", só agora é que o assunto é atual — capítulo importante da Pediatria Social.

É bem velha a história da agressão de crianças pelos pais, pelos mestres, pela sociedade.

E a história da infância através das civilizações tem capítulos bem tristes e desumanos.

Nas velhas civilizações, e é a própria Bíblia que registra o quase sacrifício de Isaac, por Abraão, imposto por Jeová; o morticínio de crianças decretado por Herodes; a civilização greco-romana: o sacrifício de crianças defeituosas, em Sparta; o reconhecimento da paternidade em Roma: ao nascer o filho, o pai se não o segurasse entre os braços e dissesse "Suscipero liberos" reconhecendo-lhe os direitos de filho, ele seria abandonado nas estradas para ser devorado pelos lobos. E os costumes bárbaros do México, imolando crianças aos deuses e espargindo-lhes o sangue pelos campos para beneficiar as colheitas. As atitudes selvagens entre os papuas, da Nova Guiné, de Madagascar, da antiga China e das tribos da África que sacrificavam os filhos, também em cultos aos deuses cruéis, os ilegítimos, deformados, débeis ou que nasciam em dias aziagos, ou, em alguns povos, os gêmeos por suspeita de infidelidade conjugal.

Entre os hebreus: o castigo corporal praticado pelos pais e mestres era uma regra pedagógica: "Qui bene amat, bene castigat". E, por incrível que pareça, espíritos admiráveis, como Platão, Aristóteles preconizavam o castigo e o próprio

filósofo Atistófanos desejava que a escola se chamasse "phrontistério", lugar de tormento!

Também na velha Inglaterra, Alemanha e Irlanda, costumes severíssimos de punição de crianças pelos pais e pela lei, inclusive até a pena de morte, tingem de negro a lembrança da infância infeliz naquelas épocas remotas.

Era difícil erradicar hábitos tão inveterados do sadismo dos pais e dos professores. E, infelizmente, os castigos corporais não desapareceram do nosso meio. Em certos lares desajustados, eles ainda continuam a ser o remédio heróico como meio de correção.

O maltrato da criança pelos pais, durante longo tempo, foi socialmente aceito. Os pais eram senhores de vida e de morte de seus filhos.

Despertou interesse, e foi o início de compreensão do assunto, em fins do século XIX, nos Estados Unidos, o caso de uma menina, chamada Mary Ellen, maltratada continuamente pelos pais adotivos e que, doente, foi conhecida sua situação no lar pelas assistentes sociais que tentaram uma ação legal contra sua família. Não foi possível, porque o direito dos pais de castigar os filhos era sagrado e não havia lei que pudesse ser invocada para proteger a criança. Lembra-ram-se, então, de recorrer à "Sociedade de Prevenção contra a crueldade para com os animais" justificando ser o homem um animal. Só assim obtiveram a negação do pátrio-poder; e, em 1871, após este fato rumoroso, criou-se a "Sociedade contra a crueldade para com as crianças". "Society for Prevention of Cruelty to Children". Também na França, foi assinalado o problema por Tardieu, em 1879, e depois Parisot, 1929, por ocasião do XIV Congresso de Medicina Legal.

Quais as conseqüências pedagógicas dos castigos corporais, em casa e na escola? Existem importantes livros, como o de Hement, "Petit traité des punitions et de réglements", onde ele estuda o mecanismo físico-psicológico da correção corporal sob os aspectos médicos e o de O. Followell, no livro "Des punitions chez les enfants", onde acentua: "Quando se fustiga uma criança, na região glútea, irrita-se uma região rica em vasos e nervos dos órgãos genitais. Quando um afluxo de sangue considerável faz aumentar a pressão que existe nos vasos da região glútea, a quantidade de sangue contida nos vasos dos órgãos genitais aumenta, igualmente, seguindo-se uma excitação destes órgãos, e esta é tanto mais nociva quanto se acham em via de desenvolvimento".

E que pode resultar disto — o aparecimento de masoquismo, misto de dor e de sensualidade, ao experimentar a correção.

Acentua Erich Stern: "Anormalidades mentais e educabilidade difícil de meninos e jovens. Para os meninos, especialmente para os sensíveis e de grande pudor, o castigo corporal é uma desonra, sobretudo na idade púbere em que ele pode ser origem de tirania e conflitos capazes de prejudicar seu desenvolvimento.

Poderá suceder que apareçam sintomas graves, não só de origem física nos meninos pequenos, como neuroses de angústia, exaltação de imaginação e um sentimento de ser ameaçados por toda a existência”.

A punição, diz O. Neill, “é sempre um ato de ódio” e acentua Artur Ramos: “Os sentimentos de inferioridade vão aumentando e se intensificando, produzindo, com o tempo, graves transtornos caracteriológicos e despertando sentimentos de revolta e de vingança na alma infantil, que se refletem nas suas associações e fantasias, de morte e de agressão, dirigidas contra o pai, o “perceptor furiosus”, e a sociedade que o punem”.

Se a repercussão das punições, castigos físicos e psíquicos, a pancada, a indiferença, a falta de amor, o abandono que caracterizam o maltrato da criança repercutem tão gravemente no comportamento da criança, os malefícios físicos podem levá-la à doença, à incapacidade e à morte.

São as lesões dos tegumentos, as fraturas, as hemorragias subdurais, a desnutrição e a morte.

Coube, a atualização do tema, em 1946, à publicação nos E.U.A., de um trabalho de um radiologista, J. Caffey, sobre 6 casos, observados em lactentes e crianças pequenas que apresentavam hematomas sub-durais e fraturas múltiplas dos ossos longos, 23 fraturas ao todo, em várias fases de recuperação, cujos pais foram suspeitos de determiná-los com castigos físicos. Depois novas publicações foram feitas nos E.U. do próprio Caffey, em 1957, de C.H. Kampe e F.N. Silverman, sendo denominado por Silverman “The battered child syndrome”. Ao todo, 749 casos, num ano nos E.U., dos quais faleceram 78 (10%) e, entre os sobreviventes, lesões cerebrais definidas em 114 casos (15%).

Como fonte de informações, muitos outros trabalhos impressionantes nos E.U.: de Altman e Smith, de Levin, Fontana; na Inglaterra: Griffiths, Moynihan, Fairburn, Simpson, Cameron; na França: de F. Matoteaux, Fessar, Aron, Lamy; na Suécia: de Selander e na Dinamarca, H. Gormsen e J. Vesterdal e no Brasil, conferências de Azarias de Carvalho, de S. Paulo de Amoedo, de Guanabara, e de Celso L.F. Barros, de Pelotas R.G.S.

Outro estudo minucioso foi o realizado por um Comitê, criado pelo governo sueco, presidido pelo prof. R. Zelterstrom, concernente a 119 crianças, de menos de 3 anos de idade, de 106 família (só foram considerados os casos em que as sevícias foram praticadas no quadro familiar ou no grupo). Dessas crianças, 15 morreram e 44 ficaram gravemente feridas, inclusive 22 com múltiplas fraturas. Algumas das sobreviventes apresentavam distúrbios psíquicos, como depressão e pseudo retardos mentais.

No estudo de Zetterstrom, foram divididos em cinco grupos as famílias que maltratam os filhos, considerando como “família de alto risco”. Três grupos tinham características semelhantes, envolvendo pobreza, alcoolismo e psicose e

os dois grupos ostentavam características diversas: os filhos, à primeira impressão, eram bem cuidados, asseados, freqüentadores de consultórios pediátricos, vacinados, porém apresentavam sinais físicos de agressão. Num destes dois grupos, as crianças eram mais velhas e as lesões não tinham grande gravidade. As punições eram aplicadas pelos pais com o fim educativo, justificando os pais terem sido castigados também na infância; no outro grupo, os maltratos apresentavam extrema violência e houve seis casos de morte. Os pais, a um exame superficial não apresentavam perturbações psicológicas aparentes: a inteligência normal e comportamento social bem adaptados; mas, numa observação mais profunda, demonstravam grande imaturidades emocional, dificuldades conjugais e um passado de infância infeliz e atormentado no lar. E o mais interessante é que acreditavam amar muito os filhos.

Zetterstrom: 30 a 60% dos pais apenas se queixam de terem sido maltratados na infância; Concepção pré-matrimonial; Idade precoce de casamento; Matrimônio obrigado; Gravidezes não desejadas; Ilegítimos; Afastamento social e familiar; Problemas econômicos no matrimônio; Escassez de recursos financeiros; Idade média do pai: 30 anos; Mãe 26 anos; Traumas mais graves ocasionados pelas mães.

— Elementos de diagnóstico: Idade — menos de três anos, sendo os meninos as maiores vítimas.

Pensa-se, atualmente, que muitos hematomas subdurais são devidos a sevícias e não a traumatismos obstétricos. Quanto às fraturas do esqueleto, seu aspecto radiológico é, muitas vezes, patognomônico, caracterizando a denominada "síndrome de Silverman. Diz F. Baumatter, o diagnóstico é freqüentemente difícil, pois é evidente que os pais raramente admitem sua culpabilidade ou negligência.

As sevícias nas crianças portadoras de encefalopatias e nos retardos mentais representam um problema extremamente complexo. A total dependência destas crianças e a incapacidade de se defenderem são uma carga constante para os pais, e, freqüentemente o estímulo que desencadeará as sevícias.

A morte sobrevém não somente em razão das lesões cerebrais, mas também ocasionada por lesões de órgãos intra-abdominais atingidos pelo traumatismo, tais como ruptura do fígado, rim, mesentério e intestinos.

Na sua excelente conferência, pronunciada no I Congresso Gaúcho de Pediatria Social, o Prof. Fernando Celso Ramos apresentou dois esquemas muito elucidativos: um dos Profs. Manciaux e Rabouille (les enfants Victimes de Sévices — Pediatria Social — C.I.E. Paris) sobre "Dados que o médico suspeitar de maltrato familiar" e o outro sobre a "Dinâmica Familiar" de Litterstron sobre as causas psicológicas e sociais dos maltratos na criança.

## DADOS QUE O MÉDICO DEVE SUSPEITAR DE MALTRATO FAMILIAR:

Prof. FERNANDO CELSO RAMOS  
(I CONGRESSO GAÚCHO DE  
PEDIATRIA SOCIAL)

Profs. MANCIAUX E RABOUILLE  
(LES ENFANTS VICTIMES DE  
SÉVICES PEDIATRIE SOCIALE)

### PRESUNÇÃO

- História contada pelos pais não concorda com os achados clínicos
- Relutância dos pais em fornecer informações
- Dificuldades financeiras
- Alcoolismo
- Psicose
- Uso de drogas
- Internação Hospitalar durante a noite
- História de agressão prévia à hospitalização atual
- Reação dos pais em desacordo com a severidade do trauma

### SUSPEITA

- Sinais de negligência, má higiene da pele
- Personalidade reprimida – medo dos adultos
- Hematomas, esquimoses, queimaduras, arranhões, cicatrizes
- Evidência de descolamento e/ou fraturas de extremidades
- Ferimento das gengivas
- Regiões de alopecia no couro cabeludo
- Ruptura de vísceras abdominais
- Hemorragias subdurais. Convulsões, coma
- Manifestações radiológicas:  
Hemorragias subperiosteais (fraturas negligenciadas, não imobilizadas, com deslocamento do perióstio, separação epifiseal, fraturas em diferentes estágios de recuperação).

Certos pais agressores espancam o filho julgando fazê-lo para o seu próprio bem; outros, por julgá-la preguiçosa e desobediente; outras, porque é chorona e irritante; alguns por julgarem-no filho indesejável.

Mães existem que responsabilizam os filhos pelas suas angústias e decepções no lar, pelas deformações dos seios, quadris deformados, obesidade e varizes.

Outras mães só demonstram amor quando o filho adocece e, por isso,

batem-no para que ele sofra e necessite de muitos cuidados e carinhos.

Outros, um dos filhos é o bode-expiatório de todas as frustrações e decepções que eles sofrem. Alguns, portadores de psicose de transferência, vêem a criança como se fora um perseguidor. Estes pais, geralmente sádicos e psicopatas, sentem grande alívio e prazer com o sofrimento do filho.

**COMPORTAMENTO DA CRIANÇA:** A criança maltratada apresenta um comportamento anormal. Isto pode ser anterior às sevícias, contribuindo ainda mais para provocá-las e entretê-las. Na maioria das vezes, é o maltrato que perturba o caráter da criança e a debilidade mental aparente, neuroses e psicoses, perturbações do sono e da alimentação enurese, negativismo, tics são sintomas muito característicos de tais crianças.

A criança tem o aspecto triste, indiferente, descuidada. A pele tem equimose, arranhões, feridas, mostra-se na maioria suja e descuidada. Não sorri, nem chora. Temerosa, esboça gestos de defesa quando alguém se aproxima. A voz é de baixa tonalidade, quase cochichada, ou apresenta mudez. Olhar rápido, sempre voltado para os lados, como aguardando uma agressão.

Quando hospitalizada, amedronta-se e assusta-se no momento em que o médico, o interno ou a enfermeira dela se aproxima, porque aguarda ser batida.

**A Atitude do Médico:**

Ao examinar a criança suspeita de maltrato, não deve atribuir somente as lesões corporais a uma doença dermatológica, um acidente ou uma perturbação da crise sanguínea. Deve estar atento e esmiuçar as condições da criança no lar, quando houver suspeita.

Infelizmente, é muito delicada a situação do médico para dar oficialmente uma queixa contra os genitores agressores pelas conseqüências legais que daí podem advir.

Na França, motivada por uma carta do Ministro dos Negócios Sociais": A fim de conciliar as disposições do Artigo 378 e 63 do Código Penal, penso que será de grande interesse recomendar aos membros do corpo médico que, constatadas sevícias cometidas nas crianças, comuniquem sem demora, ao médico encarregado da proteção maternal e infantil da circunscrição da Direção Departamental de Ação Sanitária e Social, sob segredo profissional, onde serão tomadas todas as providências para "salvaguardar a saúde e a vida da criança". A Ordem dos Médicos emitiu uma circular a todos os médicos: "O médico tem o dever do segredo profissional no que concerne ao seu doente, mas não ao que concerne ao crime, e isto é incontestável nos casos de crianças mártires. Nesses casos, tão dolorosos, ele não pode invocar o segredo profissional para não denunciar o culpado: ele deve proteção ao seu doente".

Entre nós, pela lei brasileira, será necessário encaminhar a criança a um médico legista, que, após exame médico-legal, fornecerá um laudo a ser encami-



nhado à Delegacia de Polícia competente. Os pais ou adultos agressores estarão incurso no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, que se refere à agressão.

A Academia Americana de Pediatria apresentou as seguintes recomendações do "COMMITTEE ON INFANT AND PRE-SCHOOL CHILD" A RESPEITO DE MAUS TRATOS INFLIGIDOS ÀS CRIANÇAS (PEDIATRICS, 1966, 37, 377):

01. OS MÉDICOS DEVEM DENUNCIAR IMEDIATAMENTE OS CASOS SUSPEITOS DE SEVÍCIAS AO SERVIÇO LOCAL DE SAÚDE;
02. OS SERVIÇOS ENCARRREGADOS DE CONDUZIR AS PESQUISAS DEVEM DISPOR DE PESSOAL SUFICIENTE E DE RECURSOS PARA AGIR SEM DEMORA;
03. OS CASOS DENUNCIADOS DEVEM SER EXAMINADOS RAPIDAMENTE E DEVEM SER TOMADAS AS MEDIDAS NECESSÁRIAS EM BENEFÍCIOS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA;
04. TANTO A HOSPITALIZAÇÃO QUANTO OS CONTROLES DOMICILIARES, OU A DOÇÃO, CONFEREM PROTEÇÃO À CRIANÇA;
05. OS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO DEVERÃO MANTER UM REGISTRO CENTRAL DE TODOS OS CASOS DENUNCIADOS, REGISTRO QUE DEVERÁ SER CONSTANTEMENTE ATUALIZADO;
06. O MÉDICO QUE FAZ A DENÚNCIA E O HOSPITAL DEVEM TER O BENEFÍCIO DE IMUNIDADE JURÍDICA;

#### LIVROS CONSULTADOS

Arthur Ramos — A Criança Problema. Editora Manoel, 1939.

Bamatter, F. — L'enfant martyr (sa signification en pediatrie) *Médecine et Hygiène* 27: 245-6 — 1969.

Caffey, J. apud Veterdal J. A Síndrome da Criança Espancada *Anaes Nestlé* 88:6 — 1972.

C.H. Kempe — Pediatric Implications of the Battered Baby Syndrome Archives of Disease in Childhood, 1971 46 e 28-37.

Dulce Marcondes — Comentário Anaes Nestlé 88: 1972.

Fernando Celso Ramos — A Criança Maltratada — Conferência proferida no I Congresso Gaucho de Pediatria Social.

Helfer, R.E.; Kempe, C.H. apud Vesterdal, J. — A Síndrome da Criança Espancada Anaes Nestlé 88: 6, 1972.

Isabel Adrados — Orientação Infantil Ed. Vozes 1971.

Jorgen Vesterdal (Copenhague) A Síndrome da Criança Espancada Anaes Nestlé 88: 1972.

Pedro José Castro Filho e Armando Amoedo — Síndrome da Criança Batida Jornal de Pediatria Vol. 40 Fasc. 1 Jan. Fev. 1975.

Rascovisky, A. — Filicídio — Ed. Arte Nova S.A. 1974.

Y. Saint-Jours — Le Médecin devant l'enfant maltraité — Revue de Pédiatrie, 1968, 4, 479-436.

## CRIANÇA BATIDA

Jayme de Sá Menezes

Há poucos dias, participamos de uma sessão interessante e objetiva na Academia de Medicina da Bahia, sob a presidência do acadêmico Professor José Silveira. Além da comunicação dos médicos Alfredo Quiroga e João Carlos Coelho, especialmente convidados, que falaram sobre "Aspectos da Aspergilose Pulmonar", com apresentação de "slides" e grande proficiência técnica, tivemos a satisfação de ouvir outra comunicação interessantíssima e de grande atualidade. Foi realizada pelo acadêmico Elieser Audfface, que ventilou o tema "A síndrome da criança batida".

Confirmando o que momentos antes havíamos ressaltado naquela Academia, isto é, o subsídio da cultura humanística na formação profissional do médico, capaz de oferecer-lhe larga e profunda visão da problemática clínica, dos agentes patogênicos da orientação terapêutica, tais e tantas as ligações com a cultura médica geral, que facilita o entendimento da correlação funcional dos órgãos, da solidariedade sômato-psíquica, evitando que o especialista se torne um profissional de vista estreita e raciocínio curto, o Professor Elieser Audfface, mais uma vez, como costuma fazer nos seus excelentes trabalhos, precedeu o que então produziu, de uma introdução onde a cultura humanística abriu caminho à perfeita compreensão do assunto por ele exposto, oferecendo aos presentes a clareza indispensável às comunicações científicas.

Numa linguagem apurada e elegante, o Professor Elieser Audfface, dos mais destacados pediatras baianos, discorreu com elogiável precisão sobre o palpitante tema da criança "batida", vale dizer, assinalou, com mestria e em termos de nível acadêmico, a importância da matéria por ele levada à apresentação da Academia.

Comprovados como já foram os graves danos causados no futuro do ser humano pelos pais, parentes, curadores, padrastos e madrastas, padrinhos e madrinhas que, desavisada ou perversamente, por ignorância ou sadismo, maltratam a criança pequena e o pré-escolar, a conferência do Prof. Audfface despertou o maior interesse, e é da maior atualidade, devendo mesmo, ser amplamente divulgada, para conhecimento de quantos, bem ou mal intencionados, cuidam do ser humano nessa quadra indefesa da existência, quando a criancinha, apavorada pelos maltratos, pode vir a pagar no futuro, altos e já insanáveis juros às agressões que lhes marcaram para sempre o espírito, gerando recalques, complexos, revoltas e indignações capazes de produzir imprevisíveis reações psico-sociais, que acarretam toda sorte de perigos pessoais e comunitários, desde a melancolia, a tristeza, a frustração, a insegurança, até o recalque, o ódio, a vingança, o crime.

Pensem nisso os responsáveis pelo destino desses pequeninos seres, tenham para com eles aquele carinho, cuja carência traz reflexos mais danosos do que a própria carência alimentar, esta mais fácil de corrigir e logo entrevista nas manifestações orgânicas, aquele, insubstituível, para sempre marcando a alma infantil, e, às vezes, de modo irrecuperável.

E não esqueçam, os que nos lerem, aquelas palavras de Victor Hugo, carregadas de verdade: — Quem viu apenas o sofrimento do homem, nada viu; precisa ver o sofrimento da mulher; e quem já viu o sofrimento da mulher, ainda não viu tudo: — precisa ver o sofrimento da criança!”

*Artigo publicado no jornal "A TARDE", de Salvador, a 04.08.75, e reproduzido a pedido do Prof. Audíface.*

## ATIVIDADES E OCORRÊNCIAS NO BIÊNIO 1979 – 1981

REMINISCÊNCIAS DE 56 ANOS DE PRÁTICA CIRÚRGICA, palestra do Acadêmico Manuel Pereira.

GUMERCINDO SAYAGO – UM MÉDICO ARGENTINO QUE VIVEU A MEDICINA BRASILEIRA, palestra do Acadêmico José Silveira.

CIPRIANO BETÂMIO – A PURIFICAÇÃO DE UM APÓSTOLO, MÁRTIR E HERÓI, palestra do Acadêmico Menandro Novaes.

A SEXOLOGIA E A ÉTICA MÉDICA, palestra da Profª Dra. Maria Tereza de Medeiros Pacheco.

TERAPIA DOS DISTÚRBIOS DA CONDUTA SEXUAL, palestra do Dr. Antônio Nery Alves Filho.

A SEXUALIDADE HUMANA: SUAS VICISSITUDES, palestra do Dr. Aurélio Souza.

A SEXUALIDADE: ESTÁGIO ATUAL, palestra do Dr. Bernardino Horne.

HISTÓRIA DA PEDIATRIA, palestra do Acadêmico Elieser Audíface

NUTRIÇÃO – TEMA DE ESTUDO, palestra do Acadêmico Jorge Leocádio de Oliveira.

VAGOTOMIA SUPERSELETIVA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PÉPTICA, palestra do Acadêmico Geraldo de Sá Milton da Silveira.

PLANEJAMENTO FAMILIAR, palestra do Prof. Dr. José Maria de Magalhães Neto.

PROBLEMAS DO MEDIASTINO, palestra do Prof. Álvaro Rebelo.

EDUCAÇÃO MÉDICA NA BAHIA, palestra do Acadêmico Luiz Fernando de Macedo Costa, atual reitor da UFBA.

O IDOSO NA SOCIEDADE MODERNA, palestra do Acadêmico José Ramos de Queiroz.

VELA ACESA, livro de memórias lançado pelo acadêmico José Silveira.

VELA SEMPRE ACESA, artigo do acadêmico Sá Menezes no jornal "A Tarde", sobre o livro do acadêmico José Silveira.

ELEIÇÃO do acadêmico Jorge Novis para a Cadeira nº 22.

MEDALHA ANA NERY, concedida ao acadêmico Sá Menezes pela Sociedade Brasileira de Educação (São Paulo).

FALECIMENTO do acadêmico Adroaldo Soares de Albergaria, titular da Cadeira nº 17.

ARTIGO do acadêmico Sá Menezes, no jornal "A Tarde", sobre o acadêmico Adroaldo Albergaria.

ORAÇÃO do acadêmico Rodolfo Teixeira, em sessão da Academia em homenagem póstuma ao acadêmico Adroaldo Albergaria.

PARTICIPAÇÃO da Academia nas comemorações do centenário do nascimento do prof. Clementino Fraga, integrando a Comissão Coordenadora o Presidente Sá Menezes.

NOMEAÇÃO do acadêmico Luiz Fernando Macedo Costa, reitor da Universidade Federal da Bahia.

POSSE do acadêmico Jorge Novis, saudado pelo acadêmico Macedo Costa.

POSSE do acadêmico Macedo Costa na Academia de Letras da Bahia, saudado pelo acadêmico Sá Menezes.

SÍNDROME DA CRIANÇA BATIDA, palestra do Prof. Elieser Audíface.

O acadêmico Prof. Elieser Audíface participa de Congresso de Pediatria em Belo Horizonte – Minas Gerais.

SÍNDROMES ISQUÊMICAS DAS PRINCIPAIS ARTÉRIAS ENCEFÁLICAS – acadêmico Prof. Plínio Garcez de Sena.

TRATAMENTO DO CÂNCER DO PULMÃO – acadêmico Prof. Luiz Carlos Calmon Teixeira.

**COMISSÕES, PARECERES, ATESTADOS, OFÍCIOS,  
REGULAMENTO DE PRÊMIOS, ATA DA FUNDAÇÃO**





## DESIGNAÇÃO DE COMISSÃO

Senhores Acadêmicos,

O presidente da ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, no uso de suas atribuições, e cumprindo a letra regimental, resolve designar a Comissão abaixo nomeada, para dar Parecer sobre o trabalho "EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM ÁREA RURAL", de autoria do Professor JORGE AUGUSTO NOVIS, candidato inscrito à Cadeira 22, de que é patrono FRANCISCO DOS SANTOS PEREIRA:

LUIZ FERNANDO SEIXAS DE MACEDO COSTA  
NEWTON ALVES GUIMARÃES  
RODOLFO TEIXEIRA

Nesta oportunidade, renovo aos caros confrades os meus protestos de estima e elevada consideração.

Salvador, 25 de março de 1980

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

Aos Acadêmicos Professores  
Luis Fernando Seixas de Macedo Costa  
Newton Alves Guimarães  
Rodolfo dos Santos Teixeira

## PARECER SOBRE O TRABALHO DO PROF. JORGE NOVIS

Antes de tudo, a análise realizada pela Comissão, do Trabalho "Extensão das ações de saúde em área rural", justifica, seguramente, a pretensão do candidato Prof. Jorge Augusto Novis.

Trata-se de um estudo equilibrado e correto, de um tema de plena atualidade e interesse.

Em linguagem clara, o autor expõe, com precisão, suas idéias, calcadas em experiências pessoais e em avaliação feita em alguns documentos importantes, pertinentes ao assunto.

Acresce, sobretudo, o sentido objetivo das conclusões e das recomendações apresentadas, através das quais são sugeridas diretrizes em um campo, que reclama imediatas definições.

Salvador, 10 de abril de 1980.

ass.) Rodolfo Teixeira, relator  
Newton Guimarães  
L. F. Macedo Costa

**O DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFBA.  
DESIGNA COMISSÃO**

Salvador, 11 de junho de 1980

Ilmo. Sr.  
Prof. Jaime de Sá Menezes  
DD. Presidente da Academia de Medicina da Bahia  
Nesta

Estimado Professor:

Considerando a destacada atuação da entidade presidida por V.Sa. na meritória campanha que possibilitou a recente devolução à Faculdade de Medicina da área nobre do seu antigo prédio, no Terreiro de Jesus, venho convidá-lo para integrar a Comissão destinada a assessorar esta Diretoria para decidir quanto aos destinos daquela área. Farão parte dessa Comissão os Professores Estácio de Lima, José Silveira e Plínio Garcez de Sena e mais os Presidentes da Academia de Medicina da Bahia, da Sociedade de Escritores Médicos e do Instituto de História da Medicina.

Certo da colaboração de V.Sa., que antecipadamente agradeço, renovo-lhe as expressões do melhor apreço e subscrevo-me,

Muito Cordialmente

Prof. Newton Alves Guimarães  
Diretor

**A ACADEMIA VOLTA A FUNCIONAR NA ANTIGA FACULDADE DE MEDICINA – ONDE FICA DEFINITIVAMENTE INSTALADA A SUA SEDE. – TROCA DE OFÍCIOS ENTRE O PRESIDENTE DA ACADEMIA E O DIRETOR DA FACULDADE**

Salvador, 20 de maio de 1981

Senhor Diretor,

Sabe V. Exa., membro ilustre que é desta instituição, que a ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, durante vários anos, teve como sede a “Sala da Congregação” da antiga Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, no Terreiro de Jesus, e que, com as obras nela realizadas, teve esta academia que se abrigar no Hospital do Tórax, onde vem realizando as suas sessões.

Agora, já restaurado o edifício da escola primaz da Medicina Brasileira, venho solicitar de V. Exa. — ao encontro, aliás, do seu pensamento e do pensamento do Magnífico Reitor Macedo Costa, também membro ilustre desta casa — as necessárias providências para que esta academia volte a funcionar na aludida sala da referida faculdade, hoje sob sua brilhante direção.

Estou certo, e certo estão todos os nossos confrades, que o lúcido atendimento a esta justa solicitação fará com que, já amanhã, 21 de maio, possa tomar posse, no salão-nobre da vetusta e amada faculdade, o Professor Jorge Augusto Novis, eleito membro titular desta academia, e que será saudado pelo reitor Macedo Costa, ex-presidente deste sodalício.

Nesta oportunidade, faço chegar ao preclaro Diretor, no meu nome e em nome de todos os titulares desta casa, os protestos da mais elevada e distinta consideração.

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

Exm<sup>o</sup> Sr. Acadêmico  
PROF. DR. NEWTON GUIMARÃES  
DD. Diretor da Faculdade de Medicina  
da Universidade Federal da Bahia  
Vale do Canela — Salvador

Salvador, 21 de maio de 1981

Ilm<sup>o</sup> Sr. Dr.  
JAYME DE SÁ MENEZES  
D.D. Presidente da Academia de Medicina  
da Bahia

Senhor Presidente:

Em atenção ao ofício de V.Sa. datado de 20 do corrente mês, apraz-me comunicar-lhe que o assunto foi levado, em sessão hoje realizada, à consideração da Congregação da Faculdade de Medicina, sendo, por unanimidade, decidido atender-se à solicitação de V.Sa.

Cumpré acrescentar que, assim de parte do signatário como de todos os membros daquele colegiado, foi enfatizado que a pretensão dessa Academia, como bem frisa o seu ofício, vem ao encontro das aspirações de quantos se sentem responsáveis pelo destino do prédio do Terreiro de Jesus, o qual, assim vem retomando a posição que sempre ocupou, de fórum das atividades não só científicas e culturais, como também cívicas, da Bahia.

Renovo-lhe neste ensejo, as expressões do melhor apreço e admiração, subscrevendo-me,

muito cordialmente,

Prof. Newton A. Guimarães  
Diretor

**O SENADOR LOURIVAL BAPTISTA CONGRATULA-SE  
COM O PRESIDENTE DA A.M.B.**

TELEGRAMA  
Prof. Jayme de Sá Menezes  
Rua Visconde de Itaboraá, 99  
Salvador – Bahia

Associo-me alegria prezado amigo e estimado colega entrega predio velha

faculdade para fins determinados para o qual muito concorreu sua campanha que contou apoio classe medica baiana. Como ex-aluno tive tambem muita satisfacao com a solucao dada. Cordial abraço.

Lourival Baptista

**SÁ MENEZES PASSA A PRESIDÊNCIA,  
AUSENTANDO-SE DA BAHIA POR 12 DIAS**

Salvador, 23 de julho de 1980

Exmo. Sr. Acadêmico  
Prof. Dr. Aristides Novis Filho,  
DD. 1.º Vice-Presidente da  
Academia de Medicina da Bahia.

Senhor 1.º Vice-Presidente,

Ao dar cumprimento a dispositivo regimental desta instituição, tenho o prazer de comunicar a V.Exa. que lhe passo o exercício da presidência da ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, a partir de 23 de julho corrente, por ter que me ausentar do Estado, ainda que por curto prazo.

Certo do alto desempenho que V.Exa. imprimirá às funções do cargo, subscrevo-me,

confrade, colega, amigo e admirador,

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

**ATESTADOS SOLICITADOS E EXPEDIDOS**

ATESTO que o Professor Doutor GERALDO DE SÁ MILTON DA SILVEIRA, Membro Titular desta Academia de Medicina da Bahia, proferiu, em sessão ordinária do dia 12 de maio de 1980, realizada na sua sede, uma conferência subordinada ao título "VAGOTOMIA SUPERSELETIVA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PÉPTICA", trabalho comentado, discutido e elogiado por diversos acadêmicos presentes à sessão.

Salvador, 30 de maio de 1980

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

Atestamos que o Prof. Dr. RENATO TOURINHO DANTAS é Membro Titular da ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, em cuja instituição ocupa a Cadeira 23, sob o patrocínio de FREDERICO DE CASTRO REBELO.

Salvador, 14 de outubro de 1980

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

**A ACADEMIA SOLICITA AUXÍLIO  
PARA PUBLICAÇÃO DOS ANAIS**

Ilmo. Sr.

Dr. GERALDO MACHADO

DD. Diretor da FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO

Senhor Diretor,

A ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, órgão cultural da Classe Médica baiana, fundada em 1958 e funcionando regularmente nesta capital, vem solicitar da FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO um auxílio financeiro da ordem de duzentos e cinquenta mil cruzeiros, para a publicação do Volume III dos seus ANAIS, onde são arquivados os trabalhos científicos da Academia e distribuída, a publicação, pelas academias de Medicina do país e pelas instituições médicas nacionais.

Junto a esta vai o Volume II dos ANAIS e o orçamento para o Volume III, fornecido pela gráfica Bureau, com previsão para, aproximadamente, 230 páginas.

Nesta oportunidade, renovamos a V.Sa. protestos da mais elevada consideração.

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

## O PRESIDENTE AUTORIZA RECEBIMENTO DE AUXÍLIO DA FUNDAÇÃO CULTURAL DO ESTADO

Salvador, 29 de dezembro de 1980

Ilmo. Sr.

Gerente da Agência-Centro do Baneb  
Banco do Estado da Bahia, S.A.

Senhor Gerente,

Pelo presente, comunico a V.Sa. que são credenciados para receber, nessa Agência-Centro do Baneb, a importância de duzentos mil cruzeiros (Cr\$200.000,00), destinada pela Fundação Cultural do Estado à ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA – pelo cheque nº 021785, de 23.12.80, assinado pelo Diretor da Fundação Cultural, Dr. Geraldo Machado – o Dr. JAYME DE SÁ MENEZES, Presidente da Academia, e o Dr. LUIZ CARLOS CALMON TEIXEIRA, Tesoureiro da entidade.

No ensejo, apresentamos a V.Sa. protestos de elevada consideração.

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

## VOTOS DE PESAR

Salvador, 16 de junho de 1980

Ilustre Confrade,

Cumpro o dever de comunicar-lhe que esta Academia, por proposta do acadêmico Sá Menezes, registrou na Ata de seus trabalhos, em sessão de 10.06.80, um voto de profundo pesar pelo passamento de sua distinta filha, D. Mônica Jesuino de Almeida.

Nesta oportunidade, renovo ao prezadíssimo confrade, e a sua digna família, o sentimento desta intuição.

Cordial e atenciosamente,

JAYME DE SÁ MENEZES  
Presidente

Ilmo. Sr.  
Acadêmico ANTÔNIO JESUINO DOS SANTOS NETO  
Av. Visconde de Itaboaraí, 109 – Amaralina – Nesta

Salvador, 16 de junho de 1980

Exma. Senhora  
Viúva Dr. Luiz Pedreira Torres,

Cumpre-me comunicar-lhe, e a toda a família, que esta Academia, por proposta do seu presidente, acadêmico Jayme de Sá Menezes, consignou na Ata de seus trabalhos, em sessão de 10.06.80, um voto de profundo pesar pelo falecimento do Dr. Luiz Pedreira Torres, tendo o proponente exaltado as altas qualidades do homenageado.

Respeitosamente,

Rodolfo dos Santos Teixeira  
1.º Secretário

#### **PARECER SOBRE O TRABALHO DO PROF. NEWTON GUIMARÃES, PARA INGRESSO NA ACADEMIA**

“Farmacologia Dermatológica” — é o título do trabalho com que o eminente Professor Doutor Newton Alves Guimarães se candidata à Academia de Medicina da Bahia.

Capítulo inédito da obra “Compêndio de Farmacologia”, do Professor Penildon Silva, a ser futuramente publicada, o estudo do Professor Newton Guimarães é daqueles que — por sua precisão, clareza, segurança e profusão de conhecimentos, erudição científica e elegância de linguagem, transparência de exposição e agudeza didática — reafirmam, nas lúcidas páginas em que se desdobra, as qualidades superiores de um professor notável, cujo talento transparece a cada passo, no desenrolar do texto magistralmente elaborado.



E outra coisa não era para esperar de quem, desde os verdes anos, pôs a ver, entre discípulos e mestres, a excelência de suas qualidades intelectuais, sempre convisinhas da sua dedicação ao estudo sério e ineditado, atributos que lhe alicerçam a carreira brilhante que veio a realizar no curso da vida profissional, pontilhada de legítimos triunfos.

Catedrático, por brilhante concurso, de Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, ex-vice-diretor da mesma Faculdade, fundador e diretor do Instituto de Dermatologia e Alergia da Bahia (IDAB), Newton Guimarães, por seu desempenho na cátedra, na clínica civil, em congressos científicos da especialidade em que se fez mestre admirado, nos simpósios e painéis de que tem participado, nas lições e conferências que tem ministrado ou proferido, não tem feito senão reafirmar, em todas essas oportunidades, a larga provisão dos seus conhecimentos, a elegância vernacular no demonstrá-los, e correção do profissional irrepreensível.

A um médico e professor desse tomo, de renome nacional, de valor autêntico, já tardava o ingresso nos quadros da nossa Academia. Não que há muito não lhe chegassem os nossos calorosos apelos, sempre infrutíferos. Mas a sua modéstia e desprendimento é que determinaram esse adiamento, afinal e felizmente agora encerrado.

E, obediente à nossa letra regimental, brinda-nos o professor conspícuo com um trabalho à altura dos seus méritos, e dos créditos já reconhecidos da nossa instituição.

Nele, o professor Guimarães, expoente da especialidade em que se fizeram corifeus, entre outros Alibert, Willan, Bielt, Hebra, Kaposi, Pick, Newmann, não fez senão ventilar, com as qualidades já assinaladas, os temas mais importantes da especialidade vinculados à Farmacologia. E nos oferece, numa síntese admirável, o mais nítido painel, onde se entremostam as correlações medicamentosas responsáveis pelas manifestações cutâneas mais encontradiças no dia-a-dia da clínica dermatológica. Estendendo-se nas formas farmacêuticas mais usuais na especialidade, aponta de umas as conveniências, de outras, os danos e perigos. E a esse desfile comparecem, inclusive, os unguentos e as suspensões, as emulsões e os linimentos. Referindo-se, ainda, às superdosagens dos medicamentos, a seus efeitos colaterais e secundários, e às interações medicamentosas, que tanto preocuparam a Miguel Couto, indica todos os seus danosos efeitos, e fala da intolerância, da indiosincrasias, da hipersensibilidade. Referindo-se, ademais, às reações alérgicas e imunológicas, tantas vezes responsáveis pelas farmacodermias, expressão consagrada às reações adversas aos medicamentos ao nível da pele, não lhe escapa o registro dos fenômenos de fotossensibilidade, surpreendidos nas erupções fototóxicas e fotoalérgicas, devidas à concentração de substâncias fotosensibilizantes, e à quantidade e qualidade da luz incidente.

Serve esta súmula, apenas, para comprovar a segurança e minuciosidade do tema exposto, com a máxima clareza e profundidade, pelo Professor Newton Guimarães, no seu excelente trabalho, ora apreciado, que, como retroafirmamos, está à altura do merecimento do seu autor, e do renome desta instituição.

Assim, o nosso Parecer é no sentido de acolher, no seio da Academia de Medicina da Bahia, o Professor Newton Guimarães, que, por seus reconhecidos e proclamados méritos, engrandecerá o nosso quadro de Titulares.

Salvador, 11 de junho de 1979

JAYME DE SÁ MENEZES, Relator

MANUEL DA SILVA LIMA PEREIRA

ELIESER AUDÍFACE CARVALHAL FREIRE

**DISCURSO DO DEPUTADO DJALMA BESSA, NA  
CÂMARA DOS DEPUTADOS FEDERAIS, PRONUNCIADO  
EM SESSÃO DE 18.10.1972**

Senhor Presidente!  
Senhores Deputados!

Há bem pouco, a Bancada da Bahia passou às mãos do Ministro Jarbas Passarinho, memorial, assinado pelo Governador Antônio Carlos Magalhães e por todas as entidades médicas da Bahia, pleiteando seja declarada MONUMENTO HISTÓRICO DA MEDICINA NACIONAL, a primeira escola de Medicina no Brasil, instalada em Salvador.

Está o Memorial redigido em estilo primoroso e relaciona, em vários considerandos, os justos e razoáveis motivos da solicitação, indicando a que se deve destinar o prédio da vetusta escola, que não ficará vazio nem ocioso, será sede de todas as Sociedades Médicas da Bahia, Gabinetes de Pesquisa, Biblioteca, Arquivo, Museu; onde funcionem cursos, simpósios conferências e congressos médicos.

A Bancada Baiana ao entregar o Memorial ao Senhor Ministro da Educação e Cultura, ficou ainda mais convencida do acerto da reivindicação e espera contar com o apoio e a solidariedade de Sua Excelência e do Senhor Presidente da República – EMÍLIO GARRASTAZU MÉDICI para que, ainda no Ano do Ses-

quicentenário, seja decretado o reconhecimento da Faculdade de Medicina Primaz do Brasil, como MONUMENTO HISTÓRICO DA MEDICINA NACIONAL.

Leio, para o conhecimento da Casa e de todos os ex-alunos da veneranda escola, que por certo lhe hipotecam inteiro aplauso, o importante documento:

O Deputado Djalma Bessa leu na íntegra o Memorial, que foi redigido pelo Sr. Jayme de Sá Menezes.



## ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

### Regulamento de prêmios anuais

A ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, dando cumprimento à resolução de 7 de agosto de 1979, de sua Diretoria, que instituiu prêmios anuais a profissionais da Medicina que se hajam distinguido no campo da pesquisa ou apresentem trabalhos originais de real mérito, e considerando o alcance da concessão de tais prêmios, que venham a contribuir para o estímulo e o desenvolvimento da pesquisa médica na Bahia, estabelece o seguinte REGULAMENTO, contidos nos artigos e parágrafos abaixo:

Art. 1.º — Os prêmios anuais da ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, ora instituídos, serão do valor mínimo de cem mil cruzeiros (Cr\$100.000,00).

Art. 2.º — Esses prêmios serão conferidos mediante parecer da Comissão Julgadora.

§ 1.º — A Comissão Julgadora será composta pelo presidente da Academia, que será também o presidente da Comissão, pelos diretores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica do Salvador, pelo presidente da Associação Baiana de Medicina, ou pelo presidente do Conselho Regional de Medicina, ou pelo Presidente do Sindicato dos Médicos da Bahia, estes três em sucessivos rodízios anuais, um de cada vez, e ainda por um representante do órgão patrocinador dos prêmios, num total de cinco (5) membros.

§ 2.º — A Comissão Julgadora, conforme a natureza do trabalho de pesquisa médica apresentado, poderá solicitar pareceres de especialistas, cujas opiniões se tornem necessárias à perfeita avaliação do mesmo.

§ 3.º — A Comissão Julgadora terá o prazo de quinze (15) dias para emitir o seu parecer.

Art. 3.º — Os prêmios serão conferidos a profissionais da Medicina que apresentarem trabalhos originais de real valor, unicamente no campo da pesquisa médica, realizada na Bahia, e que para tal fim requererem inscrição ao presidente da Academia.

§ 1.º — Poderá a Academia, excepcionalmente, conceder esses prêmios a profissionais da Medicina que tenham contribuído, por notável, notório e persistente trabalho, para o desenvolvimento da pesquisa médica na Bahia, caso assim delibere, por unanimidade, a Comissão Julgadora, que no seu parecer encarecerá as razões dessa excepcionalidade.

§ 2.º — Só poderão ser agraciados por estes prêmios, ou a eles candidatar-se, médicos que exerçam a profissão neste Estado, com residência na Bahia há pelo menos cinco (5) anos, podendo ser brasileiros natos ou naturalizados, ou mesmo estrangeiros, contanto que a pesquisa médica tenha sido realizada na Bahia.

Art. 4.º — A Academia divulgará, amplamente, pela imprensa, a data da abertura das inscrições dos candidatos e o prazo de duração das mesmas, nunca menor de trinta (30) dias nem maior de sessenta (60) dias.

Art. 5.º — No caso previsto no § 1.º do Art. 3.º, à Comissão Julgadora incumbe justificar e divulgar a sua inânime decisão.

Art. 6.º — Os candidatos aos prêmios da Academia deverão requerer ao Presidente a sua inscrição, juntando trabalho original de pesquisa médica realizada na Bahia, currículo profissional, escolaridade, e principais dados biográficos.

§ 1.º — Os candidatos deverão fornecer à Academia cinco (5) exemplares de seus trabalhos, com o mínimo de vinte (20) páginas datilografadas em espaço dois (2).

§ 2.º — O Presidente encaminhará ao secretário-geral da Academia o requerimento e a documentação do ou dos candidatos, que fará ou farão a sua inscrição em livro a esse fim destinado, a cargo do secretário-geral.

Art. 7.º — Encerradas as inscrições, o secretário-geral encaminhará ao presidente o trabalho ou os trabalhos do ou dos candidatos, juntamente com os demais documentos, cumprindo então ao presidente convocar a Comissão Julgadora, constituída de acordo com o § 1.º do Art. 2.º.

Art. 8.º — Os trabalhos originais do ou dos candidatos, e também os demais documentos exigidos, serão encaminhados à Academia, junto ao requerimento, sob pseudônimo, constando o nome verdadeiro de cada candidato em cartão colocado em sobrecarta fechada, que tomará número igual ao atribuído ao trabalho.

§ 1.º — A sobrecarta só poderá ser aberta, pela Comissão Julgadora, para identificação do autor de cada trabalho, depois de concluído o julgamento e elaborado o parecer respectivo, quando será lavrada u'a Ata da conclusão do trabalho da Comissão.

§ 2.º — Os trabalhos apresentados por equipes de pesquisadores serão julgados como rezam este Art. e os demais deste Regulamento, e o prêmio dividido pelo número de seus autores.

Art. 9.º — Concluído o trabalho da Comissão Julgadora, esta proclamará e divulgará o resultado do julgamento, devendo o presidente comunicar essa decisão ao candidato vitorioso.

§ Único — o presidente marcará dia, local e hora para entrega do Prêmio ao vencedor, em sessão solene da Academia.

Art. 10 — Quando, porventura, a Comissão Julgadora concluir, no seu parecer, que nenhum dos trabalhos apresentados merece o prêmio anual desta Academia, de que trata este Regulamento, a importância a ele destinada reverterá ao órgão patrocinador.

Art. 11 – Este Regulamento entra em vigor a partir da data de sua aprovação.

Aprovado em sessão de 04 de outubro de 1979.

Salvador, 04 de outubro de 1979

A DIRETORIA:

LUIZ FERNANDO DE MACEDO COSTA, presidente  
JAYME DE SÁ MENEZES, 1.º vice-presidente (Redator)  
MANUEL DA SILVA LIMA PEREIRA, 2.º vice-presidente  
GERALDO LEITE, secretário-geral  
RODOLFO TEIXEIRA, 1.º secretário  
ELIESER AUDÍFACE, 2.º secretário  
HEONIR ROCHA, diretor da Biblioteca  
LUIZ CARLOS CALMON TEIXEIRA, tesoureiro





## ATA DA FUNDAÇÃO DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, EM SESSÃO DE 10 DE JULHO DE 1958

“Aos dez dias do mês de julho de mil novecentos e cinquenta e oito, na sala “Clementino Fraga” do Hospital Santa Isabel, da casa da Santa Misericórdia, nesta cidade do Salvador, gentilmente cedida pela sua direção, reuniu-se um grupo de médicos, às dez horas da manhã, com o fim especial de fundar a Academia de Medicina da Bahia. Dando início à sessão, o Dr. Jayme de Sá Menezes convida para tomarem parte da mesa que iria presidir aos trabalhos os doutores João Américo Garcêz Fróes, professor emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Antônio Simões da Silva Freitas, presidente da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Medicina, e Aristides Novis Filho, diretor do Hospital Santa Isabel, deixando de tomar parte da mesa o Dr. Jorge Valente, diretor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, por ter chegado ao recinto minutos após o início da magna sessão. Continuando com a palavra, o Dr. Jayme de Sá Menezes expõe as razões dessa reunião, onde se encontravam figuras tão representativas da medicina bahiana, dizendo que, de há muito devera ter sido fundada nesta terra, berço da medicina nacional. Fazendo o histórico da fundação das Academias do tipo da que dentro em breve seria fundada, o Dr. Sá Menezes refere-se à Academia Francesa, fundada pelo cardeal Richilieu, em 1635 e à Academia de Ciências de França, fundada, trinta anos depois, por Colbert, em 1665, para assinalar a coincidência de que a Academia de Medicina da Bahia seria fundada quarenta e um anos depois da Academia de Letras da Bahia, com uma década assim a mais da distância que separou no tempo uma da outra as referidas academias francesas. Continuando a sua exposição, o orador diz que a Bahia não podia continuar a carecer da sua Academia de Medicina, por isso que nesta terra foi fundado, em 1808, o ensino médico nacional, século e meio há pouco completado. Sendo a Bahia, assim berço da medicina nacional, era justo que a Bahia aspirasse, e há muito devera ter feito, à fundação da sua Academia. Em seguida, o Dr. Sá Menezes, dizendo desejar para a Academia a maior garantia do seu êxito, do futuro esplendente que para a mesma augurava, soliciita que os presentes, por aclamação, elejam para presidir a sua primeira Diretoria o nome a tantos títulos respeitável do professor emérito Dr. João Américo Garcêz Fróes, homem de ciência e de letras membro da Academia Nacional de Medicina, ex-presidente da Academia de Letras da Bahia, professor notável, homem erudito, bahiano insígne, sendo as últimas palavras do orador abafadas por prolongada salva de palmas, tendo sido assim eleito, por aclamação, o primeiro presidente da Academia de Medicina da Bahia, Dr. Garcêz Fróes. Usa então da palavra o venerando mestre Gracêz Fróes, que agradece

sensibilizado, em belo e eloqüente discurso, a prova de aprêço que lhe dava tão brilhante representação da classe médica bahiana, ali reunida para a fundação de uma Academia de Medicina, para a qual formulava votos sinceros de pleno êxito, fazendo ver a conveniência de que a Academia, como seu primeiro passo, tomasse a deliberação de fazer reviver a famosa "Gasêta Médica da Bahia", órgão de tão nobre e justificada tradição na cultura médica bahiana. O Dr. Manoel Pereira, seguindo-se com a palavra, diz que, na qualidade de parente de Pacífico Pereira e Manuel Victorino, só poderia ver com a maior simpatia aquela idéia, mas que os direitos da "Gazeta Médica" pertenciam, hoje, à família Novis, ficando o assunto para posterior estudo por parte dos fundadores da Academia. Também manifestou-se favoravelmente a essa idéia o Dr. José Silveira. Em seguida, o Dr. Sá Menezes lê a lista dos que previamente se comprometeram a fundar a Academia de Medicina da Bahia, deixando na referida lista a sua assinatura os quais foram considerados fundadores da Academia, e que são os que se seguem: João Américo Garcêz Fróes, Urcício Santiago, José Ramos de Queiroz, Jorge Valente, Ruy de Lima Maltez, José Santiago da Mota, Jayme de Sá Menezes, Antônio Simões da Silva Freitas, Aristides Novis Filho, Manoel Pereira, Antônio Souza Lima Machado, Jorge Leocádio de Oliveira, José Silveira, Octavio Torres, Fábio Nunes, Menandro da Rocha Novaes, Luiz Fernando Macedo Costa, Hosannah de Oliveira, Francisco Peixoto de Magalhães Neto, Clarival do Prado Valadares, Clínio de Jesus, Luiz Pinto de Carvalho, Orlando de Castro Lima, Alexandre Leal Costa, Luiz Ramos de Queiroz e Renato Lôbo. Usa então da palavra o professor José Silveira, que pede, se possível, a inclusão do nome do Dr. Colômbio Spínola, ausente por motivo superior, entre os fundadores da recém fundada Academia, pois o mesmo era dos que mais se entusiasmavam por essa idéia, há muito acalentada nos seus espíritos. O Dr. Sá Menezes pede, a seguir, que o plenário aprove a justa sugestão do Dr. José Silveira, e que, por extensão, o mesmo se aplique ao Dr. Estácio de Lima, que também por motivos superiores não se encontrava presente. Ambas as propostas foram aprovadas por unanimidade, figurando os resferidos facultativos entre os fundadores da Academia. Levanta-se, então, o Dr. José Santiago da Mota, que pede serem eleitos, por aclamação, os seguintes nomes, para completar a Diretoria: Urcício Santiago, primeiro vice-presidente, Jorge Valente, segundo vice-presidente, Jayme de Sá Menezes, secretário-geral, Antônio Simões da Silva Freitas, primeiro secretário, Ruy de Lima Maltez, segundo secretário, José Ramos de Queiroz, tesoureiro, e Aristides Novis Filho, bibliotecário, propondo ainda os seguintes nomes para as diversas sessões: Medicina-Geral: Jorge Leocádio de Oliveira, presidente, Luiz Fernando de Macêdo Costa, Renato Lôbo, Clarival do Prado Valadares, Medicina digo Cirurgia Geral: Manoel Pereira, presidente, José Ramos de Queiroz, Aristides Novis Filho — Medicina Especializada: José Silveira, presidente, Alexandre Leal Costa, Ho-

sannah de Oliveira, Octávio Torres, Antônio Souza Lima Machado – Cirurgia Especializada: Orlando de Castro Lima, presidente, Jorge Valente, Ruy de Lima Maltez – Medicina Preventiva e Saúde Pública: Francisco Peixoto de Magalhães Neto, Presidente, Urcício Santiago, Fábio Nunes – Medicina Social: Menandro Novaes, presidente, Jayme de Sá Menezes, Luiz Ramos de Queiroz. Todos os nomes da Diretoria e das diversas sessões foram eleitos por aclamação. Segue-se na tribuna o Dr. José Ramos de Queiroz, que pede a inclusão do nome do Dr. José Santiago da Mota na secção de Medicina Preventiva e Saúde Pública, pois o mesmo, num natural escrúpulo, lembrará tantos nomes e esquecera o próprio, que não poderia deixar de figurar ao lado de quantos integravam as diferentes secções da Academia. A proposta do Dr. Queiroz foi aprovada por unanimidade e o Dr. Santiago da Mota eleito por aclamação. Usando então da palavra, o Dr. Urcício Santiago lê, para sugestão à Academia, uma lista de nomes eminentes da medicina, para servirem de patronos às quarenta cadeiras da Academia. Entre outros, foram sugeridos os seguintes nomes: Antônio Luiz de Barros Barreto, Aristides Novis, Antônio Borja, Aristides Maltez, Fernando Luz, Alvaro de Carvalho, Alberto Silva, Gonçalo Moniz, Prado Valadares, Francisco de Castro, Afrânio Peixoto, Antônio Ferreira França, Cipriano Barbosa Betânio, Anísio Circundes de Carvalho, Alfredo Tomé de Brito, José Correia Picanço, Manoel José Estrêla, Pacífico Pereira, Manuel Vitorino, José Francisco da Silva Lima, Osvaldo Cruz, Carlos Chagas, Climérico de Oliveira, Nina Rodrigues, Almir de Oliveira, Juliano Moreira, Eduardo de Moraes, Martagão Gesteira e muitos e muitos outros. Dividiram-se, então, as oponições, achando uns deverem ser bahianos natos os patronos, outros que apenas tivessem relações com a medicina bahiana ou que na Bahia tivessem exercido a profissão, ficando o assunto para posterior deliberação, devendo o Dr. Urcício Santiago fornecer a lista para estudo e sugestões. O Dr. Jorge Leocádio interroga então se não seria melhor ficar logo estabelecida a preliminar se seriam ou não bahianos natos, não chegando a ser votada essa oportuna sugestão que tanto iria facilitar a escolha dos patronos. O Dr. Jorge Valente fala a seguir, dizendo pensar ser melhor o estudo demorado da questão. O Dr. Clarival do Prado Valadares pronuncia-se a respeito da "Gazeta Médica da Bahia", sugerindo passar a ser o órgão oficial de publicações da Academia, no que é apoiado pelo professor José Silveira, ficando este assunto também para ulterior deliberação e a depender de autorização da família Novis, tendo falado o Dr. Aristides Novis Filho, dando explicações. O Dr. Antônio Simões usou da palavra para renunciar a sua eleição de primeiro secretário, agradecendo e alegando as suas múltiplas ocupações, tendo o Dr. Sá Menezes pedido que o plenário reiterasse a sua prova de aprêço ao Dr. Simões, que assim teve que declinar da sua intenção, continuando primeiro secretário da Academia. Pede a palavra, a seguir, o Dr. Alexandre Leal Costa, que disse estranhar já estarem eleitos os

dirigentes e as comissões e os Estatutos não terem sido lidos, como também achou que deveria ter sido anunciada a fundação da Academia para que comparecesse maior número de colegas. Fala o Dr. Sá Menezes, que disse estar com a razão o Dr. Leal Costa, pois por uma inversão na ordem dos trabalhos, pelos diversos oradores que se seguiram com a palavra, os Estatutos ainda não tinham sido lidos, mas estavam sobre a mesa dos trabalhos, discordando, porém, o Dr. Sá Menezes do Dr. Leal Costa quanto ao número de colegas presentes à fundação, pois na sua opinião era do feitio das Academias o limite de membros, como ocorria em todas elas, desde as Academias francesas já citadas até à Academia de Letras da Bahia, fundada por Arlindo Fragoso, e que o ideal seria que tivesse sido possível congregar, de logo os quarenta membros, mas que as vagas existentes seriam, posteriormente, devidamente preenchidas na forma dos Estatutos, que, afinal, pelo adiantado da hora e por sugestão de José Silveira e Aristides Novis, ficaram para ser apresentados e discutidos na próxima quinta-feira 17 de julho, tendo a secretaria providenciado, como fora sugerido, mimeografá-los para distribuição a todos os confrades, que assim poderão estudá-los detidamente para as sugestões e emendas que julgarem convenientes. Finalmente, o Dr. João Américo Garcez Fróes, renovando os agradecimentos pela honra que lhe conferiram de ser o primeiro presidente da Academia de Medicina da Bahia, deu por encerrada a sessão, tendo ficado, assim, fundada, a dez de julho de mil novecentos e cinquenta e oito, a Academia de Medicina da Bahia, com sede e fôro nesta Capital, e eu, Jayme de Sá Menezes, que secretariei a sessão lavrei a presente ata, que depois de lida, discutida e aprovada será assinada por todos os fundadores desta Academia. Jayme de Sá Menezes (secretário). Em tempo, o prof. José Silveira, depois de posta em discussão a ata, pede a palavra para dizer que, quanto ao Dr. Colombo Spínola, ele tivera mesmo, com o orador, a idéia de fundar a Academia de Medicina da Bahia, que por motivos vários não chegou a ser concretizada. Em seguida, o Dr. Antônio Simões lembra que opinou no sentido de que os patronos tivessem a sua vida profissional na Bahia. Falando, a seguir, o Dr. Clarival Valadares disse que na próxima sessão trará o esquema de organização da Biblioteca e registro bibliográfico. O Dr. Urcício Santiago, com a palavra, pede para registrar que, igualmente como o Dr. Sá Menezes, insistiu para que o Dr. Antônio Simões, permanecesse no cargo de 1.º Secretário. Feitos esses adendos, e posta novamente em discussão e votação esta ata, foi a mesma aprovada por unanimidade, e eu, Jayme de Sá Menezes, a encerro, na qualidade de secretário geral que a lavrei. Bahia, Cidade do Salvador, 17 de julho de 1958. (ass) Jayme de Sá Menezes, Secretário Geral, João Américo Garcez Fróes, Presidente, Urcício Santiago, Jorge Valente, Octávio Torres, Clífnio de Jesus, José Ramos de Queiroz, José Silveira, Luiz Ramos de Queiroz, Ruy de Lima Maltez, A. Novis Filho, Alexandre Leal Costa, Clarival do Prado Valadares, Antônio Simões, Jorge Leocádio de Oliveira,

Renato Marques Lôbo, Hosannah de Oliveira, Estácio de Lima, Pinto de Carvalho, Antônio de Souza Lima Machado, José Santiago da Mota, Manoel Pereira, Orlando Castro Lima, Fábio Nunes, Magalhães Neto, Colombo Spínola.



## ÍNDICE

|  | Página     |
|--|------------|
| <b>Quadro Atual da Academia . . . . .</b>  | <b>7</b>   |
| <b>CONFERÊNCIAS E DISCURSOS</b>  |            |
| <b>Discurso de Posse na Presidência . . . . .</b>  | <b>11</b>  |
| Luís Fernando Macedo Costa   |            |
| <b>Alocução de Posse na Presidência . . . . .</b>  | <b>17</b>  |
| Jayme de Sá Menezes  |            |
| <b>Gumercindo Sayago – Um Médico Argentino<br/>Que Viveu a Medicina Brasileira . . . . .</b> | <b>21</b>  |
| José Silveira  |            |
| <b>Mestre do Civismo e da Bondade: Miguel Couto . . . . .</b>                                | <b>35</b>  |
| Jayme de Sá Menezes  |            |
| <b>Palavras do Prof. Fernando São Paulo . . . . .</b>  | <b>59</b>  |
| <b>Cipriano Barbosa Betâmio – Mártir e Herói . . . . .</b>                                   | <b>61</b>  |
| Menandro Novaes  |            |
| <b>Cardoso Fontes . . . . .</b>  | <b>71</b>  |
| José Silveira  |            |
| <b>Discurso de Posse . . . . .</b>   | <b>79</b>  |
| Jorge Novis  |            |
| <b>Discurso de Saudação a Jorge Augusto Novis . . . . .</b>                                  | <b>87</b>  |
| Luís Fernando de Macedo Costa  |            |
| <b>Para Onde Vai a Medicina? . . . . .</b>   | <b>95</b>  |
| Alberto Serravalle   |            |
| <b>Homenagem Póstuma a Gerson Pinto . . . . .</b>  | <b>113</b> |
| Newton Guimarães   |            |
| <b>TRABALHOS ORIGINAIS</b>   |            |
| <b>Síndromes Isquêmicas das Principais Artérias Encefálicas . . . . .</b>                    | <b>119</b> |
| Plínio Garcez de Sena  |            |
| <b>Tratamento do Câncer do Pulmão, Uma Síntese de Atualização . . . . .</b>                  | <b>129</b> |
| Luís Carlos Calmon Teixeira  |            |
| <b>Nutrição Em Foco . . . . .</b>  | <b>135</b> |
| J. Leocádio  |            |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Bases do Tratamento Cirúrgico das Úlceras</b>                           |            |
| <b>Ácido-Pépticas Gastro-Duodenais . . . . .</b>                           | <b>145</b> |
| Geraldo Milton da Silveira   |            |
| <b>Polihelmintíase Intestinal em Crianças . . . . .</b>                    | <b>155</b> |
| Geraldo Leite  |            |
| <b>O Idoso na Sociedade Moderna . . . . .</b>                              | <b>161</b> |
| José Ramos Queiroz   |            |
| <b>Síndrome da Criança Batida . . . . .</b>                                | <b>175</b> |
| Elieser Audíface   |            |
| <b>Criança Batida . . . . .</b>  | <b>183</b> |
| Sá Menezes   |            |
| <br>   |            |
| <b>ATIVIDADES E OCORRÊNCIAS NO BIÊNIO 1979—1981 . . . . .</b>              | <b>185</b> |
| <br>   |            |
| <b>COMISSÕES, PARECERES, Etc . . . . .</b>                                 | <b>187</b> |
| <br>   |            |
| <b>Retorno da Academia ao Terreiro de Jesus . . . . .</b>                  | <b>191</b> |
| <b>Congratulação do Senador Lourival Batista . . . . .</b>                 | <b>192</b> |
| <b>Discurso do Deputado Djalma Bessa na Câmara dos Deputados . . . . .</b> | <b>198</b> |
| <b>Regulamento de Prêmios . . . . .</b>                                    | <b>201</b> |
| <b>Ata da Fundação da Academia . . . . .</b>                               | <b>205</b> |





Impresso na Bureau Gráfica e Editora Ltda.  
Rua Direita da Piedade, 24  
Tel 241-4933



Custeio: Fundação Cultural do Estado  
Diretor: Dr. Geraldo Machado

