ANAIS

ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

VOLUME 5

JULHO 1983

SALVADOR-BAHIA

Capa:
Irmão Paulo Lachenmeyer O. S. B.

ANAIS

ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

VOLUME 5

JULHO 1983

SALVADOR-BAHIA

OS 25 ANOS DA ACADEMIA

As academias, cuja denominação, todos sabemos, encontra raízes na era pré-cristã, quando Academus doou a Platão o trato de terra onde o filósofo grego, discípulo de Sócrates, passou a difundir a doutrina de sua "escola", esparalharam-se, com o correr dos séculos, por toda parte. E foram surgindo, com objetivos vários, e em épocas diferentes, as de Arte, as de Letras, as de Ciência. . . e tantas outras consagradas aos múltiplos ramos da atividade humana.

No século XVII floresceriam, em maior número, as academias, dentre elas a Academia Francesa, de 1635, fundada pelo cardeal Richelieu, e a Academia das Ciências de França, de 1665, fundada por Colbert. A primeira serviria de modelo às academias de Letras, a segunda, às academias de Medicina que posteriormente foram criadas mundo afora.

Entre nós, no Brasil, sem falarmos nas sociedades científico-literárias que reuniram o intelectualismo da Colônia, de estilo arcádico e patrocinadas pelos Vice-Reis, cumpre-nos lembrar que a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada na Côrte em 1829, já no século XIX, foi a primeira entidade médico-cultural do País, uma vez que as anteriormente criadas tiveram cunho científico-literário, não especificamente médico.

Dobrados cinco anos sobre a fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, um decreto da Regência, de 1835, passa a denominá-la Academia Imperial de Medicina, assim existente até a proclamação da República, quando, seis dias depois desta consumada passa a denominar-se, a 21 de novembro de 1889, Academia Nacional de Medicina, cuja criação constituir-se-ia, já no regime republicano, num estímulo à fundação das congêneres estaduais.

Na Bahia, antiga capital do Brasil-Colônia, berço da cultura e da Medicina nacional, veio a fundar-se, tardiamente, a sua Academia de Medicina, no mesmo histórico ano em que se comemorava o sesquicentenário da fundação, na Cidade do Salvador, da primeira escola médica brasileira.

Nesses 25 anos da sua fundação, ocorrida a 10 de julho de 1958, a Academia de Medicina da Bahia soube impor-se à consideração do universo médico nacional, tendo realizado, em prol da cultura e da ciência médica baiana, um trabalho que a enobrece.

Durante esses cinco lustros de intensa atividade, comunicações, notas-prévias, conferências, simpósios, campanhas, cursos, discussões e debates deram vida à instituição, contribuiram para o esclarecimento e a atualização de temas médico-científico-sociais do maior interesse para a classe médica e a comunidade baiana.

E o vigor e préstimo da sua existência se deve ao valor dos que a integram,

desde a primeira hora. Cirurgiões preclaros, clínicos eminentes, sanitaristas ilustres, professores notáveis, de ambas as escolas de Medicina da Bahia contemporânea, compõem o quadro de seus Titulares, enriquecem o seu patrimônio intelectual, dão-lhe grandeza e brilho.

Assim armada, contando com tantos e tão altos valores, a Academia de Medicina da Bahia, nesses 25 anos de sua vida fecunda, esteve sempre atenta e interessada na solução dos mais sérios problemas médico-sociais dos nossos dias, "num mundo convulsionado e atônito, inseguro e perplexo, no qual há de caber às academias de Medicina um lugar relevante, tornando-se elas órgãos consultivos dos governos, que lhes devem estimar a colaboração insuspeita e competente, capaz de contribuir, cientificamente, para as soluções mais acertadas e úteis à coletividade", como já assinalamos nesta Casa.

Dentro nesse espírito, alto e ventilado, animada dos mais respeitáveis propósitos, consciente de sua destinação, a Academia de Medicina da Bahia vê, sensibilizada, transcorrer o seu vigésimo quinto aniversário, para cuja comemoração, além de dar a lume este número dos seus Anais, instituiu o "Prêmio Magalhães Neto", para o autor do melhor trabalho sobre Medicina Preventiva e Saúde Pública, e o "Prêmio Aristides Novis"(*), a ser concedido ao autor do melhor trabalho de pesquisa médica realizada na Bahia.

Cumprida a rigor, nesses 25 anos, a sua missão, que outra não é senão a de promover e estimular a cultura, atenta às conquistas da ciência e ao evolver do pensamento médico, sobre a Academia de Medicina da Bahia rolarão os anos, sem que jamais se deixe tomar do desânimo, que aniquila, sempre presa ao entusiasmo, que revigora e edifica.

Que a todos os percalços sobrepaire o idealismo, na incontrastável soberania do seu poder.

Salvador, 10 de julho de 1983.

Jayme de Sá Menezes
Presidente

(*) Custeado pelo governo do Estado, através da Fundação Cultural, de que é diretora a Professora Olívia Barradas. Valor de cada prêmio: trezentos mil cruzeiros.

DIRETORIA – 1980-1983

PRESIDENTE
Jayme de Sá Menezes
1º VICE-PRESIDENTE
Aristides Novis Filho
2º VICE-PRESIDENTE
Newton A. Guimarães
SECRETÁRIO-GERAL
Geraldo Leite
1º SECRETÁRIO
Heonir Rocha
2º SECRETÁRIO
Eliezer Audíface
BIBLIOTECÁRIO
Rodolfo Teixeira
TESOUREIRO
Luiz Carlos Calmon Teixeira

COMISSÕES

1. MEDICINA GERAL
   Renato Lobo, Jorge Leocádio de Oliveira, Adriano Pondé, Rodolfo Teixeira.

2. CIRURGIA GERAL
   Arisitides Novis Filho, Antônio Jesuíno Neto, José Queiroz, Renato Tourinho Dantas.
3. MEDICINA ESPECIALIZADA
   Hosannah Simões de Oliveira, Eliezer Audíface, Plínio Garcez Sena, Álvaro Rubim de Pinho.

4. CIRURGIA ESPECIALIZADA
   José Adeodato Filho, Rui Maltez, Orlando de Castro Lima, Geraldo Milton da Silveira.

5. MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA
   José Santiago da Mota, Fábio Nunes, Urcício Santiago, Newton Guimarães.

6. MEDICINA SOCIAL
   Estácio de Lima, Menando Novais, Zilton de Araújo Andrade, 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

Cadeira	Patrono	Ocupante Atual
01	Alberto Alves da Silva	Urcício Santiago
02	Alfredo Tomé de Brito	vaga
03	Alfredo Magalhães	Eliezer Audíface
04	Almir de Oliveira	Antonio Jesuíno dos Santos Neto
05	Álvaro 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 Pacífico Pereira	Vaga
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	Álvaro Rubim de Pinho
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	Jayne 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 Adeotado de Souza	José Adeodato Filho
27	José Correia Picanço	Humberto de Castro Lima
28	José da Silva Lima	Jorge Leocádio de Oliveira
29	Afrânio Peixoto	José Santiago da Mota
30	Juliano Moreira	Plínio 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 Filho	Raymundo Nonato de A. Gouveia
37	Oscar Freire	Estácio Valente de Lima
38	Otto Wucherer	Alberto Luiz Serravale
39	Raymundo Nina Rodrigues	Thales de Azevedo
40	Sabino Silva	Renato Marques Lobo

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 2 — Clarival do Prado Valadares
Cadeira nº 3 — Antônio Souza Lima Machado
Cadeira nº 6 — Clínio de Jesus
Cadeira nº 8 — Alexandre Leal Costa
Cadeira nº 10 — Antônio Simões da Silva Freitas
Cadeira nº 15 — Jorge Valente
Cadeira nº 17 — Adroaldo Soares de 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

MEMORIAL DA MEDICINA*

Luiz Fernando Macedo Costa

Ao inaugurar este Memorial a Universidade, a um tempo, reverencia a medicina nacional e homenageia a educação superior do Brasil: ambas nasceram aqui. Justifica-se, pois, o nosso regozijo pela honrosa presença de S.Exa. a Sra. Ministra da Educação e Cultura, Profa. Esther de Figueiredo Ferraz. Agradeço-lhe, preliminarmente, eminente Ministra, o prestigioso comparecimento, que valoriza esta cerimônia, destinada a assinalar o transcurso do sequicentenário de criação dos cursos médicos no país, a 3 de outubro de 1832.

Desde a sua fundação — e ao longo de toda a existência — a história e a vida desta Faculdade se enlaçam e até se confundem com a vida e a história da própria Bahia. Daí a satisfação em termos, na presidência desta sessão, o legítimo representante desta terra e do seu povo, o Exmº Sr. Governador, Dr. Antonio Carlos Magalhães, médico, aliás, formado por esta Faculdade e diplomado neste salão. Valho-me do ensejo para agradecer o valioso apoio afetivo e material do seu governo, decisivo para a concretização desta iniciativa.

Pela sua relevância e pelo seu próprio simbolismo, o evento que ora celebramos transcende os limites geográficos e culturais do Estado. Por essa razão convidamos duas destacadas personalidades de atuação na área federal e com assinaláveis serviços prestados à instituição: o ilustre presidente do Conselho Federal de Educação — Prof. Lafayette Pondé e o eminente Senador Dr. Lourival Batista, médico também e igualmente diplomado por esta Faculdade e neste salão.

Precisamente porque a medicina nacional e a educação superior do Brasil nasceram nesta Faculdade, é que a instituição pôde recolher, durante século e meio, opulento patrimônio de nossa cultura, constituído por teses, documentos, livros, peças e objetos de vária natureza, todos eles evocativos de nosso passado e muitos dos quais, patinados pelo tempo, já se começam a revestir da aura inefável das relíquias, merecendo, pois, um lugar condigno para abrigá-los. Daí a idéia de fazer simetria com a Catedral Basílica e Primaz de nossa religiosidade e criar, ao seu lado, este templo leigo da ciência, para a devoção e o culto dos altos valores de nossa historiografia médica.

A importância do acervo aqui reunido pode ser melhor estimada, considerando-se, em separado, a relevância dos principais segmentos que o compõem,

** Pronunciamento do Reitor Macedo Costa, por ocasião da inauguração do Memorial de Medicina — 5.XI.82, no velho edifício da primeira Escola Médica do país, no Terreiro de Jesus — Salvador-Bahia.*

notadamente o das teses, dos documentos, dos livros raros e o setor das obras de arte.

1º Teses. — A nossa coleção de teses começa em 1836, precisamente quatro anos após a implantação da reforma do ensino médico que instituiu a sua obrigatoriedade. Desde então foram assim divulgados os trabalhos de destacadas figuras desta Faculdade, os quais foram mais tarde também publicados na *Gazeta Médica da Bahia,* sobretudo as pesquisas oriundas da *Escola Tropicalista.*

Numerosos investigadores de renome nacional destacaram-se com esses estudos. Citam-se, por exemplo: Antonio José Alves — pai do poeta Castro Alves — integrante do núcleo inicial da Escola Tropicalista; Pirajá da Silva — descobridor do esquistossomo; os irmãos Pacífico Pereira e Manuel Vitorino Pereira (presidente interino da República); Juliano Moreira, Nina Rodrigues, Oscar Freire; Prado Valadares e Clementino Fraga; e, em continuidade ininterrupta, e mais próximo de nós, Armando Tavares, para chegar ao presente, quando a colenda Congregação da Faculdade prolonga dignamente aquele glorioso passado, com uma produtividade científica e competência acadêmica à altura dos maiores momentos da biografia desta instituição.

Se é verdade que o conteúdo científico dos trabalhos está atualmente ultrapassado pelo célere progresso científico e tecnológico, também é verdade que aquelas coleções representam um ilustrativo repositório, que documenta a extensa e profunda formação humanística dos nossos mestres do passado, a justificar a liderança intelectual por eles exercida na comunidade baiana. Justamente por essa razão é que a Faculdade de Medicina foi sempre, desde a sua origem, o fulcro de gravitação de todos os acontecimentos importantes do Estado. E não apenas em relação ao eventos de caráter médico, científico ou cultural, mas também quanto aos episódios de interesse social e político, conforme está exuberantemente documentado em nossos arquivos.

2º) Arquivo. — O arquivo possui documentos que perfazem 5.300.000 páginas. Esses documentos estão catalogados, à disposição dos pesquisadores, porque não se pretende que este Memorial seja um depósito inanimado de coisas velhas, mas um organismo vitalizado pelo trabalho e pelo estudo que o nosso passado inspira.

O arquivo tem atas, ilustrações e documentos que comprovam a participação da Faculdade nos grandes episódios e na vida política da Bahia, tais como a Guerra do Paraguai e as batalhas de Canudos. A respeito de Canudos, por exemplo, o Memorial possui uma vitrine de fotografias e documentos alusivos ao drama sertanejo, além de uma placa de mármore, oferecida pela comunidade baiana à Faculdade, em 1897, em reconhecimento aos serviços prestados por nossos acadêmicos nos campos de Monte Santo. Sobre esse acontecimento histórico o Memorial expõe, ainda, o estandarte que acompanhou os nossos *acadêmi-*

cos em sua partida para os combates contras os fanáticos de Antonio Conselheiro.

Aliás, no presente século, a Faculdade continuou a desempenhar o papel de protagonista central ou mesmo de cenário dos principais acontecimentos da vida de nossa coletividade. Assim, o palco do famoso 22 de Agosto de 1932 foi precisamente esta casa. E, quando as tropas que sitiavam a Faculdade, detiveram os idealistas rebeldes, aqui encontraram, além dos acadêmicos de Medicina, também os alunos de Direito e Engenharia e até os *ginasianos* de então, porque esta escola era o palco de atração para toda a juventude da época.

Por outro lado, por ocasião da II Grande Guerra Mundial, a nossa geração de estudantes de Medicina da década de 40, também participou dos grandes momentos populares, iniciados justamente neste local. Os comícios eram realizados neste salão e os oradores mais destacados foram os nossos próprios professores — mestre de ciência e de civismo — entre os quais distinguimos Pinto de Carvalho, Estácio de Lima e Magalhães Neto.

Todas essas circunstâncias explicam e justificam o nosso orgulho por esta Faculdade, que redigiu, com dignidade e desassombro, a sua admirável biografia.

3º) Livros raros. — Outro segmento expressivo do nosso acervo está representado pelo conjunto de livros raros. Expusemos 180 obras porque não havia espaço para maior número e, além disso, as exposições têm caráter temporário. Apresentamos livros dos séculos XIV, XV, XVI, XVII, XVIII e XIX, muitos escritos em latim, alguns sobre a alquimia e outras coleções completas, como a Flora Brasiliensis de Martius.

Cumpre ressaltar, porém, que a nossa biblioteca foi parcialmente destruída pelo incêndio, em 1905, e grande parte das nossas coleções foi posteriormente doada que se reproduziu, agora, no ensejo da implantação deste conjunto.

Com efeito, este Memorial foi criado sem recursos orçamentários da Universidade. A sua materialização se deve, exclusivamente, à doação de empresas e vultos idealistas, sensíveis à iniciativa, bem como á contribuição substancial do Governo do Estado. Cito, agradecido, a relação dos doadores:

- Comitê de Fomento Industrial de Camaçari — COFIC e Associadas.
- COPENE — Petroquímica do Nordeste S.A.
- Grupo Cresal
- Joanes Industrial S.A.
- Mamede Paes Mendonça
- Manoel Chaves
- Newton Vieira Rique
- Orlando Moscozo Barreto de Araújo
- Fundação Joaquim Barreto de Araújo.

À compreensão e ao idealismo desses homens e dessas empresas deve a Bahia o seu Memorial, construído com o entusiasmo da classe médica, o aplauso da comunidade e pelas mãos generosas desses doadores que amam a Bahia.

4º Obras de Arte. — Entre as obras de arte que integram nosso acervo destaca-se a galeria de retratos, com mais de 200 telas e que representa a maior coleção da Bahia, no gênero. A importância da galeria não está apenas no aspecto documental e artístico, pois ela reflete, ademais, a história da pintura baiana nos séculos XIX e XX, porquanto os artistas convidados para retratar os professores eram, precisamente, os pintores mais famosos da época. Por essa razão é que a galeria possui diversas telas de Franco Velasco, Vieira de Campos, Couto "pinto", Presciliano, Valença, Rescala e outros.

Por outro lado, o mobiliário, original e do século passado, tem igualmente expressão artística e, afinal, a arquitetura do próprio prédio da Faculdade é, também, de importância sob esse aspecto. Aliás, este mesmo salão nobre foi concebido e executado por um grande artista — Lopes Rodrigues — a cujo talento se devem a sua unidade e harmonia, da mesma maneira que a harmonia e a unidade da Capela Sixtina se devem à genialidade de Miguel Ângelo.

Eis aí, na descrição do acervo, em sumária apresentação, alguns segmentos do patrimônio que nos cumpria preservar. No entanto, a principal inspiração que induziu a construção do Memorial não se encontra apenas nesses bens materiais, mas, sobretudo, no espírito da instituição e na alma que a vitalizou no curso dos tempos. Procuramos reter aqui, o passado e a sua glória, a memória e o.mito que envolvem esta Faculdade.

Todos nós, os médicos baianos, temos pedaços inesquecíveis da nossa mocidade soltos e espalhados por esses amplos espaços e até parece que os vultos transparentes de nossos grandes mestres de outrora ainda vagueiam pelos nobres e vetustos corredores. Todos nós lembramos ainda — e não esqueceremos jamais — o primeiro dia em que aqui chegamos, assustados e perplexos, para enfrentar a saga do vestibular. Assim como recordamos, com limpidez irretocável, a data em que daqui partimos, na noite fasta da solenidade de formatura, com a mente trançada de esperanças e o coração pela beira de sonhos. E mais: rememoramos os concursos famosos, os notáveis debates, as conferências, os congressos. Toda essa vida da instituição merecia ser preservada, em respeito e em reverência à dignidade e à respeitabilidade da sua história.

Em verdade, porém, o que nos pediram que se fizesse, o que procuramos fazer e o que afinal está feito e hoje é entregue à Bahia, foi apenas materializar o sonho da turma de médicos de 1945, que em seu jubileu de prata afixou, no saguão deste prédio, uma placa de mármore, onde estão inscritas essas palavras simples e expressivas: "aqui nasceu a Medicina brasileira, aqui ela sobreviverá".

ENTREGA DO MEMORIAL DA MEDICINA À FACULDADE(*)

Newton A. Guimarães

Os homens, como as instituições, não escrevem a sua vida e não marcam a sua trajetória com traços uniformemente retilíneos nem por caminhos sempre harmoniosamente projetados.

Progridem em marcha que não se faz invariavelmente para o alto, mas também não descambam nem mesmo estacionam por mais tempo se não lhes falece o ideal, condição sem a qual nem homens, nem instituições, nem povos ou nações logram sobreviver.

Sem dúvida, os homens como as instituições escrevem a sua vida e marcam a sua trajetória através de uma inevitável alternância de sucessos e vicissitudes — momentos esplendorosos que representam acmes de fastígio e instantes de declínio que conduzem a pélagos de obscuridade, de onde parecerá, tantas vezes, não haver condição de emergência. Mas, a seguir, ainda uma vez, e outra, e tantas vezes mais, vencidos novos alcantis, reacendem-se as cintilações do seu prestígio, na segura indicação de que se não lhes estiolou o sopro vivicante, a chama interior que se alimenta, nos indivíduos, das virtudes do caráter e da nobreza de sentimentos — e, nas instituições, da vitalidade que através dos tempos lhe tenham legado, pela atuação e sobretudo pelo exemplo — que é a herança maior no inventário dos bens anímicos — os vultos que lhes garantiram a existência e possibilitaram a continuidade.

Nem outra, companheiros meus, bem o sabeis, tem sido a vida e a trajetória de nossa Escola. Se nos conforta a certeza de que os altibaixos de sua história se poderão nivelar em simbólica resultante nitidamente ascencional, força é reconhecer, entre tanto, que tem ela atravessado dias ou episódios dolorosos, bem como vivido instantes da mais angustiosa apreensão, sob ameaçadoras perspectivas que em relação ao seu futuro se alevantavam.

Daqueles, cite-se apenas o ainda não esquecido incêndio que sobre ela se abateu no ano de 1905, destruindo-a, em grande parte, e fazendo desaparecer o acervo cultural insubstituível que representava a sua rica biblioteca.

Dos últimos, se não tão graves os danos materiais, seguramente mais lesivos nas conseqüências remotas, caso não tivessem sido a tempos evitados — cite-

(*) Oração pronunciada pelo Diretor da Faculdade de Medicina, Prof. Newton A. Guimarães, ao ensejo da entrega a esta instituição, pelo Magnífico Reitor Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa, das dependências do Memorial da Medicina. Sala da Congregação, 28.09.82.

se o abandono recente destas dependências, a pretexto da aplicação da última reforma do ensino superior, tão levianamente praticado.

Hoje, quando atinge a história da Faculdade um novo zenite onde há-de manter-se, mercê de Deus, a espargir a iridescência de suas glórias sesquicentenárias, renovadas e robustecidas com propósitos que lhes garantem projeção em horizontes de mais dilatada abrangência — convém não esquecer o episódio insólito e desabonador, para que jamais possamos repetí-lo, os que no presente têm a responsabilidade de resguardar o seu patrimônio material e cultural e as gerações que, no futuro, hão de receber esse lagado nobilitante. Referimo-nos à retirada, deste prédio, das atividades da Faculdade de Medicina.

Assim o descreveu, um dos mestres hoje aqui presentes: "sem uma decisão da congregação, sem que ouvissem sequer os professores interessados, obedecendo ordens estranhas da Reitoria, à surdina, sobrepiciamente, fez-se a exdrúxula mudança. O pior é que se tratava de tanto valor histórico, para o templo tradicional, não havia nada, absolutamente nada. Nem um plano, nem um projeto em perspectiva. O que importava era sair, deixar morrer tudo que foi grandeza e dignidade de uma época. . . Gastas as esquadrias, abandonadas as dependências, decretado o descaso, logo tudo se transformaria numa ruína igual a tantas outras que enfeiam a cidade. . . Consagrada como "terra de ninguém" tudo lhe poderia ocorrer. . ."

Mas, ainda bem que o acicate da desdita, longe de estiolar as potencialidades criadoras da instituição, como que as mobilizava, mais intensamente, despertando sempre, nos seus responsáveis, contagiantes energias que transbordariam por toda a coletividade baiana, de cujo amor às causas culturais esta mesma Faculdade sempre foi símbolo expressivo, e jamais tardou a reparação dos danos materiais experimentados, com a retomada das alturas de onde acaso resvalaria.

Assim foi no passado, quando à frente Alfredo Brito, o incomparável Diretor, e José Joaquim Seabra, o baiano insígne, então Ministro do Interior e Educação, eloqüente movimento empolgou rapidamente não só os meios locais mas praticamente toda a nação, consternada com a ocorrência infausta, o incêndio que punha a perder um de seus mais expressivos monumentos — a primeira escola médica do país. Sobre esse movimento ouçamos o próprio Alfredo Brito em depoimento candente e autorizado: "rezam as crônicas da época os lances de extrema e corajosa dedicação com que acorriam pessoas de todas as classes, entre surpresas e contristadas, a prestar seu contingente desiteressado e patriótico, ao mesmo passo que altamente profícuo, ao salvamento da mor parte do belo e importante edifício, como ainda está na memória de todos a funda impressão dolorosa que numa vibração uníssona transpôs o seio de nossa sociedade para repercutir em todo país e no estrangeiro, e bem assim os generosos oferecimentos de local para laboratórios provisórios, por parte do Estado, da Faculdade de

Direito e vários institutos outros. . ." e ainda: mais desastrosa teriam sido as conseqüências do lamentável acontencimento se todas as vontades e todas as energias, num momento deveras memorável para a Diretoria e o Professorado se não houvessem congregado patrioticamente, num pensamento único: o de reagir pelo mais louvável esforço, elevado mesmo ao sacrifício, no sentido de atender tanto quanto possível, e desde logo, os entraves postos ao ensino prático".

E desse modo, no breve prazo de apenas quatro anos ressurgia, reconstruída, a sede da Escola veneranda.

E porque agora também foi assim, não se concretizou a ameaça que no relato fidelíssimo de José Silveira antes registramos. Aqui estamos todos, a testemunhar nesta manhã de transbordantes emoções, que ainda uma vez, da adversidade brotaram as intenções mais lúcidas e vivificaram-se os estímulos mais decisivos para a arrancada que, desta feita, sem dúvida, definitivamente, reintegra esta casa na pleniposse de suas mais legítimas e consagradoras glórias, já que a identificam com o monumento que será, doravante, o próprio escrínio de preservação de sua memória imarcessível.

E esta é uma realização de muitos.

"Cada dia, milhares de vezes, sinto minha vida — corpo e alma integralmente tributária do trabalho dos vivos e dos mortos". São palavras de Albert Einstein.

Os homens, como as instituições, têm sua história condicionada pelas circunstâncias que os envolvem, contemporaneamente, como por aquela força imponderável e indefinível, entretecida de vitórias e revezes — chame-se para aqueles, ideal, para estas, tradição — haurida e renovada sempre no conceito dos seus próceres e na influência que puderam exercer nas coletividades em que se inserem, as quais, por seu turno, em inevitável julgamento, as prestigiam mais ou menos, na medida em que mais ou menos se façam dignas de prestígio e reconhecimento.

Assim se conta a história desta festa, que é a história do prestígio, do conceito e dos merecimentos desta Casa, pelos que a trouxeram até aqui, durante 150 anos; pelos que não a desertaram nas dificuldades de um passado menos remoto. Esta é uma obra tributária do trabalho de muitos vivos e muitos mortos. Estes, os seus mortos gloriosos, pela chama que imperceptivelmente nos transfundiram, a transmitir-se de geração a geração e a inspirar o amor que lhe devotamos, todos os que a ela de algum modo estamos vinculados. Os vivos, pela luta inspirada e firme, decididamente fator insubstituível para a realização que hoje atingimos: A Academia de Medicina da Bahia, com José Silveira então seu Presidente, pioneiro da campanha meritória; Jaime de Sá Menezes, atual presidente da mesma entidade e redator do vibrante documento firmado pelas entidades médicas, pelos professores e alunos desta Escola, em que se pedia ao

Ministro da Educação e ao Presidente da República a criação, aqui, do Monumento Histórico da Medicina Nacional, justo o nosso Memorial de hoje; Almeida Gouveia e o Instituto Baiano de História da Medicina, a Sociedade de Escritores Médicos; todas as entidades médicas e científicas da Bahia e mais Aderbal Almeida, Carlos da Silva Lacaz, Edgard Cerqueira Falcão, Mangabeira Albernaz, e tantos outros soldados valiosos desta cruzada.

E a Vossa Magnificência, meu caro Reitor Luiz Fernando Macedo Costa, reservou o destino a suprema ventura de ser o arauto e instrumento desta inspiração e desses desígnios. E como a história dos homens ou das instituições não se constitue de fragmentos do acaso, assim aconteceu porque V., meu caro Reitor — permita-me que assim o trate — estaria à altura da missão. A sua sensibilidade e o seu talento privilegiado logo o informaram de que a causa não só era digna, mas estava a constituir-se responsabilidade prioritária do seu cargo; o seu prestígio pessoal — fruto de méritos incontestes — aliado à sua obstinação em realizar tarefas grandiosas lhe deram condições de materializar a realização esplêndida que estamos celebrando, ao contar, neste memorial, nossa história de 150 anos.

Receba, pois, meu caríssimo Reitor, como seu intérprete Magnífico, a gratidão de todos quantos, de qualquer maneira estão ou estiveram ligados aos destinos de nossa Escola — os seus mestres, os seus alunos, os seus funcionários — gratidão que desejo simbolizar na medalha comemorativa dos 150 anos da Faculdade, cujo primeiro exemplar faço chegar às suas mãos.

PRADO VALADARES (*)

José Silveira (* *)

Há precisamente um século, na pacatíssima cidade de Santo Amaro da Purificação, nascia de D. Mariana de Jesus Valladares — o ídolo maior de sua vida — e Miguel Archanjo Valladares, um menino, que se chamaria Antonio, numa invocação piedosa ao santo do dia. Consideraram-no morto, depois do nascimento. Só a bisbilhotice de uma amiga da casa o reanimaria. Contando e recontando o fato, nos dias das suas maiores angústias, lamentava que o tivessem despertado para sofrer tanto! . . .

Sob os cuidados do Vigário Manoel Alexandrino do Prado, seu padrinho de batismo, crescera o "Totonio", como todos os meninos da terra. Dos outros se distinguia, porém, pelo fulgor irradiante da sua inteligência precoce. Contava-se que Arlindo Fragoso, fundador da Academia de Letras da Bahia, um dos mais formosos talentos do seu tempo, sabendo-o muito preparado em humanidades, para experimentá-lo, abriu para ele, certa vez, a Eneida, pedindo que lesse e traduzisse um dos seus trechos. Sem o menor embaraço, o garoto de nove anos, atendeu o terrível desafio; e com facilidade e segurança muito bem dele se saiu. Confirmando o encontro, anos depois, dizia-me que isso fôra obra do acaso. Tivessem sido outras as páginas postas sob seus olhos, concluía, por terra iria todo o brilhareto. Expressão de modéstia, porque, em verdade, poucos sabiam tão bem a língua de Virgílio.

Seu preparo de ginasiano se iniciou no famoso colégio do Padre João Octavário, grande mestre que se notabilizou no Recôncavo; completou seus preparatórios no Ginásio da Bahia. Matriculou-se na Faculdade de Medicina em 1896 e recebeu o grau de doutor em 1902. Seu curso fôra tão brilhante, seus mestres tanto se entusiasmaram com o seu talento, que unanimemente, lhe conferiram a honraria máxima: prêmio de viagem à Europa. O fato era tanto mais de admirar quando se tratava de um jovem de família modesta e desconhecida, seus preparatórios, se tendo feito em grande parte, fora da Capital. Infelizmente, sua láurea não lhe permitiu a dedicação ao estudo que sonhava, no estrangeiro. Quase todo o tempo teve que gastar em sanatórios e hospitais, buscando tratamento para uma tuberculose, que se apresentara, exatamente, no seu último ano de

(*) Oração proferida no salão nobre da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, a 15-06-82, em nome da Universidade, Faculdade, Instituto Histórico, Conselho de Cultura, Academia de Medicina, Academia de Letras e Instituto Baiano de História da Medicina.

(**) Das Academias de Medicina e de Letras da Bahia.

estudo. O pior é que essa peregrinação, que o levou até os calores do Norte da África, nada lhe adiantara. Deprimido e desencantado resolvera, de volta, ficar pelas serras do Ceará, onde veio finalmente encontrar a sua cura definitiva.

* * *

Regressando à Bahia, não lhe foi difícil penetrar no famoso grupo de médicos, liderado por Alfredo Britto, mestre de quem dirá mais tarde: "mentalidade tão florida e tão fulgidia, que está a constituir-se, no culto imortalizante dos pósteros, o orgulho de uma raça".

Sua maior demonstração pública de competência e saber, só se deu porém, por ocasião de um memorável concurso, quando se defrontou com Clementino Fraga, também um expoente e cuja trajetória luminosa todo o Brasil veio a reconhecer e proclamar.

Classificado, em segundo lugar, carregado pelos estudantes, que não escondiam o seu entusiasmo, logo depois foi aproveitado, na Reforma Rivadavia, como docente de Patologia Interna, chegando depois às cátedras de Clínica e Propedêutica Médicas.

Daí por diante, ardorosamente se dedicou ao estudo, à investigação científica e ao ensino, na Velha Faculdade. Espírito inconformado e inquieto, não se amoldava, porém, à quietude e ao torpor reinantes. Não aceitava, indiferentemente, o fato consumado, o erro consentido, a imprevidência, o descaso, a indiferença. Muito cedo, começou a molestar a coorte dos ineptos e descuidados. Com isso iniciou a série interminável dos seus desafetos; ninguém, antes ou depois, terá tido tantos inimigos! ! . . . Fora dos conluios e concilábulos secretos longe dos grupos e das panelinhas, ultra-sensível, reagindo forte à menor provocação, cortando relações por "da cá aquela palha", afastava-se, cada vez mais, dos colegas e Associações Médicas, das reuniões científicas, até mesmo das Congregações, a que obrigatoriamente deveria comparecer.

Tanta antipatia era coisa de espantar, porque não se tratava de um indivíduo violento e brigão, provocante e irritadiço, senão de uma criatura simples e afável, homem de bem, educado e fidalgo, extremamente gentil, de trato ameno e agradável, apenas exageradamente sensível; analisando e avaliando as palavras e os gestos dos outros para consigo, ofendendo-se com tudo, desconfiado dos amigos e da sinceridade de todos.

Por isso ou por aquilo, a verdade é que poucos o estimavam, mesmo não o conhecendo; sem a menor razão aparente, provocava irritação e antipatia. Parecia até uma fatalidade do destino. Ele próprio me contou e disso tive idônea confirmação por José Calazans, cujo tio, Dr. Josafá Brandão, foi o defensor do agredido — que, um dia, num dos vastos corredores da Velha Escola, vira um

punhado de colegas contendo um estudante enfurecido, que queria agredí-lo fisicamente: colega que não conhecia, com quem jamais trocara uma palavra. Ia contra ele tão só e simplemente porque, sem razão e sem motivo, não o tolerava? ! . . .

Tais circunstâncias — e muitas outras difíceis de explicar — terão sido responsáveis pela imagem defeituosa e falsa, que nos deixou. Tanto assim que, quando se fala hoje em Prado Valladares, a idéia que se tem é de um homem de talento invulgar, inteligência rara e cultura excepcional, mas, complicado e difícil, pretensioso e distante, com o mau vêzo de criticar tudo, escrever em ordem inversa e trabalhada, usando e abusando de arcaismo e termos exdrúxulos; preocupado em lançar incríveis neologismos. Um teórico, autêntico nefelibata, fora da realidade; querelante e briguento, sem nenhum serviço prático e objetivo prestado à sua gente. Isso, assim mesmo, para os mais indulgentes e tolerantes; porque não foram poucos, herdeiros de velhas rixas, que tentavam sobre seu nome lançar a troça, o deboche e o ridículo.

* * *

Começando por analisar os desagrados por ele causados, voltemos logo as vistas para sua maneira própria e "sui generis" de escrever. Habituado à leitura dos clássicos, de Fernão Lopes à Vieira, forrado de inarredável impregnação greco-latina, muito cedo se habituou a redigir em estilo erudito, rebuscando frases, cuidando da forma e do sentido exato. Lendo-o, às carreiras, têm-se, na verdade, um choque. Não soam os vocábulos com a toada corrente; nem mesmo sua significação verdadeira é por nós logo apanhada. Atente-se, porém, um pouco mais: penetre-se com acuidade no que ele pretende exprimir, vença-se a primeira impressão e então se descobrirão a beleza da oração, a profundidade das idéias, a transparência dos conceitos. Não esconde ele a preocupação de "conversar em estilo terso, burilado e brunido na ânsia da energia tônica da frase e na beleza musical da alocução". Confessa mesmo que se trata de "um estilo torturado, que só há de sair de mim com muitíssimo suor e trabalheira"; "mas só acoimável de pedante no furor iconoclasta dos incapazes de imitá-lo".

Ademais, nos seus escritos, há, não raramente, laivos de finas e delicadas ironias, um sentido de humor, expresso com tanta propriedade e em linguagem tão asseiada, que é difícil encontrar similar. Melhor que minha assertiva são suas próprias palavras. Ouçamo-las, a propósito de uma iniciativa político-social, sob o cognome-cartaz de Frente Negra!

"Preto-preto que se eduque e aprimore; que escreva com acerto, fale com correção e converse com compostura; que receba bem a gente, ao humilde não deprima, ao rico não se agache, distribua justiça e entenda bem das nossas mais

prementes necessidades culturais — a esse concidadão, ainda que escurinho, eu sufragaria de bom grado para governador da minha terra, de preferência a qualquer candidato cor-de-jambo — bem que se ajeite, muito que se alinhe, em o qual, entretanto, a minha abelhudeza de com aqueles predicados pelo avesso".

E contra o uso e abuso dos banquetes aos políticos e governantes. "Banquetear-se é comer, no sentido concreto da expressão. E comer sem fome, que os festívoros já vão fartos: e nesse sobrecomer intemperança; e nesse insaciar-se cupidez. Ora, comer no sentido translato do abstrato, é a avançada no dinheiro alheio, é a advocacia só-rateira, é a querência do indevido, é a gratificação sem labor, é o peculato, é o crime. Como, pois, se vai referendar a conhecida honestidade do governante incapaz de "comer abstrato", fazendo-o comparticipe do "comer concreto" a que fora impolidez sua refusar-se: não é um contra-senso?"

Primores de ironia e de troça! Há melhor maneira de ridicularizar os pruridos raciais e o comensalismo reinante, em torno de gente pouco limpa de mãos e de caráter?

Mas, não era apenas no manejo da crítica e do deboche, que mostrava suas habilidades de escritor. Mais de uma vez, encontramos trechos de extrema delicadeza e poesia, como nesse, em que procura homenagear a figura imensa de Ruy Barbosa: "Conta-nos que Ruy, a quando visitava, nas manhãs-de-sol, o seu roseiral, expunha as mãos cheias de vitualhas aos passarinhos que acorriam, em rumorejos e revoada àquela divinal bondade dadivosa. E também se refere que, por então, os bentevis bicavam impiedosos, os outros comensais, como se foram donos sós de tudo, ou a quererem tudo para si sós".

Longe iríamos se tentássemos repetir frases tão puras, tãos castiças, tão sonoras e tão sábias, dispersas pelos seus escritos médicos ou profanos. Creio serem bastantes as citadas: para mostrar que Valladares jamais poderia ser confundido com um palrador pomposo e farfalhante, um beletrista enfatuado e vazio em que a forma fosse tudo. . . e o resto absolutamente nada. . .

* * *

Outro engano, em que muitos laboraram foi na crença de não ser ele um grande professor. Se bom professor fosse aquele que adota e repete toda vida um compêndio só: se é o simples repetidor de idéias e conceitos alheios, isso e tão somente isso, evidentemente não o era. Seu estilo diferia profundamente do docente primário, limitado à ocorrência do que se passava a seu redor. Era sim, um "scholar", no sentido rigoroso da palavra, um professor de ensino superior; que ensinava a observar, a duvidar, a discutir teses e doutrinas. Tinha idéias próprias, provocava as alheias, vivia a inteligência e a capacidade dos seus discípulos.

Suas aulas, pronunciadas em tom coloquial e espontâneo, de uma clareza ímpar, em estilo cristalino, bem diferente do seu modo de escrever, escutadas com o máximo de atenção e de interesse, faziam-se dentro do mais perfeito didatismo. Selecionada a matéria, fruto de seu estudo e excogitação, do momento, preocupava-se logo em sistematizá-la, em envolvê-la com chaves lógicas e definidas sob forma de esquemas simples e lúcidos. Célebres ficaram os que não só elaborava para suas próprias aulas, como serviam de guia e norma para teses de estudantes e professores.

Nenhuma palestra sua era improvisada, descurada, arranjada na hora e ao acaso. Antes fixava suas linhas gerais, respeitando-as do começo ao fim. De permeio, o comentário oportuno, a piada discreta, sem faltar o tom irônico e sarcástico do seu modo de ser. Não estávamos ainda no tempo das aulas interrompidas por perguntas de alunos; mas, nunca deixou de atendê-los, quando, depois da lição, punha-se à disposição deles.

* * *

Uma qualidade sua — das mais importantes — e que poucos a ela se referem era também a do seu extraordinário senso clínico: sua grande capacidade de acertar diagnóstico. Seu ouvido era de ouro — não porque tivesse sido ele um tísico — como assegurava a crendice popular; mas porque ouvia duplamente: atentava na história da doença e do doente, escutando-lhes as queixas e os padecimentos físicos e morais e ouvindo bem os sinais mórbidos, por ser um virtuose de auscultação, método propedêutico, ainda hoje, da maior valia. Erravam, ainda aqui, os que não lhe conferiam as virtudes e as artes de bom médico. A seu favor, no entanto, estava a clientela imensa, das maiores do seu tempo. Houve uma época, aqui na Bahia, que não teria a última palavra da Medicina quem não ouvisse. Valladares. Seus sucessos sempre se justificavam porque não era um especialista de visão estreita e ambiente limitado. Professor de Clínica Médica igualmente entendia de especialidades complexase delicadas como Dermatologia, Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, tendo sido mesmo um dos mais destacados colaboradores de Afrânio Peixoto e Oscar Freire. Seu segredo se devia também à maneira carinhosa, ao trato paternal dos enfermos e amigos, à responsabilidade com que exercia a profissão. Sensível ao sofrimento humano, não corria, não tinha pressa. Penetrava fundo nos distúrbios do corpo e nos problemas da alma. Era, a um só tempo, médico, amigo e diretor espiritual. A vida e o destino de muita gente foram decididos pela sábia e oportuna interferência desse clínico dedicado e fidalgo, que só nos seus doentes conseguia fazer amigos verdadeiros e constantes. Demais não será acrescentar que fugia da ganância. Ganhava bem, ganhava muito, pelo número excessivo dos que o procuravam. Jamais vi apresen-

tar uma conta que não fosse razoável. Raros não foram até os que se admiravam do pouco que tinham de pagar. Um houve até que lhe deu maior soma por achar demasiado mesquinho o pedido dos seus honorários.

Também nunca recusou uma consulta — mesmo no seu consultório particular — porque o paciente não estivesse em condição de lhe pafar. Na sua sala de espera, sempre repleta, ninguém distinguia os enfermos; pagassem ou não pagassem a consulta. . .

★ ★ ★

Impressão também a desfazer-se é a de que Valladares — porque vivia lendo a toda hora e em todos os lugares — era um simples erudito, um mero acumulador de conhecimentos indistintos, uma espécie de "doutor sabe tudo" de enciclopédia ambulante. Tão pouco era homem de grande memória, à semelhança de um Mario Andréa ou João Mangabeira, que para fixar um texto, um discurso, um livro que fosse, não precisavam mais que uma só leitura. . . Também jamais ouvi repetindo frases e pronunciamentos alheios, citações de clássicos e autores famosos, adredemente preparadas para criar efeito em determinadas circunstâncias. Selecionava o livro, o artigo, a obra, de acordo com as necessidades do seu espírito. Submetidos ao crivo da sua crítica; relacionava-os com os seus conhecimentos, daí surgindo a noção perfeita e a idéia nova. Para admirar é que com tão clara visão das coisas, dono de uma sensibilidade rara, não se inclinasse para as artes, na sua maior amplitude. Sua paixão artística se limitava ao trato carinhoso da palavra, à beleza da frase. Não se comovia com a música; não lhe falavam as grandes telas; insensível à escultura, à arquitetura, às artes plásticas. Seu divertimento, sua mania, era a leitura; dos seus clássicos, dos seus filósofos, dos seus médicos. . .

★ ★ ★

Numa coisa — por tão gritante e expansiva — fizeram-lhe justiça: reconhecimento do seu inexcedível poder dialético. Sua força de argumentação era tamanha que, muitas vezes, tornava difícil convencê-lo do seu erro, dos seus enganos. Nunca vi ninguém examinar uma tese com tanta segurança e perfeição. Senhor absoluto do tema — fosse a insuficiência cardíaca, a psicose maníaco-depressiva, a agonia, a dor ou a gagueira — cobria o candidato de tremendas críticas, armava tais ciladas, apontava as deficiências e contradições com tanta lógica, que era preciso se ter segurança e agilidade mental, senão para vencê-lo, o que era difícil — pelo menos para lhe responder a contento. Tudo provocava para apurar a autenticidade do próprio trabalho; numa época em que não eram

poucas as teses escritas por terceiros. Provado que a obra era mesmo do candidato, que seu valor era claro e insofismável, jamais lhe negou a nota máxima. Não argüia, com rigor, para diminuir ninguém, senão para exaltar as verdadeiras vocações.

Curioso era que esse empenho de oposição e de crítica sempre se fizessem em tom suave e educado, sem agressões ridículas, com respeito à condição de quem defronta gente de categoria, um colega seu. Só uma vez, deixou a serenidade e a calma; assim mesmo não contra o candidato, mas para revidar, à altura, uma alusão infeliz, que publicamente lhe fizera, ingenuamente, um companheiro de banca examinadora, em pleno concurso. A resposta veio cruel, terrível e venenosa. Na Faculdade de Medicina da Bahia, não se terá ouvido nunca, nem se ouvirá jamais tão séria diatribe, tão violenta contestação; e, tudo isso, em perfeito vernáculo, sem descer à descompostura comum, ao palavrão. Para ele as frases do seu agressor eram "simples e nauseantes coprolalias"; caracterizava-o de infeliz de nascimento; ridicularizava sua tartamudez, seu apoucamento intelectual, concluia pedindo para o desastrado colega "a blandicie terapêutica da nossa compaixão".

Enquanto falava, no salão repleto, podia-se ouvir uma mosca voar. Arrazado, pálido e sem balbuciar, aniquilava-se seu imprudente contendor. . .

* * *

Mas, nenhuma das qualidades espirituais de Valladares — por mais altas que fossem — se equiparava à sua fidelidade ética, à sua noção de cumprimento do dever, à sua palavra dada ou empenhada. Seus escrúpulos nessa área de ação — eram, não raro, exagerados. Dois exemplos o demonstrarão. . .

Com a mais absoluta lisura de ambas as partes, compramos, Heitor Marback, Rafael de Codes y Sandoval e eu, sua aparelhagem de Raios-X, a preço justo e pagamento suave. Um professor leviano achou de comentar, nos corredores do Hospital, que ele nos tinha lesado, vendendo por preço alto, "verdadeiro ferro velho". Não sei como a notícia lhe veio aos ouvidos. Só sei que ao chegar no consultório, encontrei uma carta sua, com quatro promissórias anuladas e a explicação sumária de que assim procedia para que ninguém o acoimasse de desonesto ou de ladrão. Difícil foi obrigá-lo a voltar atrás. . .

Uma outra atitude sua, não menos expressiva. Por motivos vários — foi perdendo sua clínica, da qual vivia, uma vez que o salário de professor sempre foi mesquinho. Um dia chegou praticamente a zero, nas suas condições financeiras. Precisava de três contos de resis (! !) para pagar o seguro dos seus filhos, atender às necessidades da esposa — que nunca desamparou — e das suas próprias

obrigações. Por economia, passara a dormir no seu próprio consultório; já não se vestia com elegância e o aprumo de dantes. Peregrinou pelos bancos sem que nenhum o socorresse; ele que, com a sua Medicina atendera à Bahia toda. Desesperado, lembrou-se que era sócio da Caixa de Beneficicência da Faculdade: a ela recorreria, Edgard Santos, seu discípulo e diretor da Escola, recebeu-o de braços abertos e logo autorizou o empréstimo. Enquanto andavam os papéis, descobriu Valladares que, pelos estatutos da Caixa, não poderia obter a quantia pedida, por exceder o justo e permitido... Sem pestanejar, corre para Edgard, que não o convence do contrário, aceitando a soma, no montante apenas ao que permitia o regulamento. Orgulhoso, dirão seus desafetos. Homem íntegro, repetiremos nós...

A um homem assim é que o destino cruel e atrozmente feriu e castigou. Não fosse a generosidade bemfazeja de Clementino Fraga, recolhendo-o ao Sanatório de Corrêas e teria morrido ao abandono. Com dignidade e respeito, longe da terra e da família, inteiramente só, veio a falecer. Para seu enterro foram convocadas pessoas estranhas. Seus restos mortais ficaram, por certo tempo, em Petrópolis, em cujo cemitério não era fácil descobrir a sua tumba. Dessa maneira, triste e melancólica, desapareceu uma figura humana das mais altas que a Bahia teve em todos os tempos...

Passaram-se os anos. Que homenagem pública lhe foi prestada? Dois retratos, um no Panteon, como primeiro aluno e outro na galeria dos professores, na Escola de Medicina, em obediência ao regulamento e à praxe; seu nome, numa ladeira retorcida, pelos lados do Cabral, numa praça e num Colégio em Santo Amaro, terra do seu berço? ! ! Não é isso estremamente pouco para quem nos deu muitíssimo? !...

Que essa homenagem de agora, estimulada e aplaudida pelo Magnífico Reitor Macedo Costa, iniciativa fidalga e oportuna de José Calazans — na Vice-Reitoria — levada a efeito para consagrar um dos nossos mais notáveis professores — num movimento de conjunto da Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, Conselho Estadual de Cultura, Academia de Letrras e Medicina da Bahia, Instituto de História da Medicina, seja o primeiro gesto de reparação, o início do pagamento da nossa grande dívida. Porque não são muitos os centros brasileiros, que podem se orgulhar de homens de estatura moral, da grandeza cultural e da capacidade científica de um Prado Valadares.

PATERSON: UM SÉCULO!

Geraldo Leite(*)

No momento em que a Academia de Medicina da Bahia comemora seus vinte e cinco anos de profícua vida científica e cultural, registram os anais da nossa terra outra efeméride igualmente grata a todos quantos vivem e fazem a medicina baiana. Refiro-me ao transcurso do primeiro CENTENÁRIO da morte de PATERSON ocorrida nesta cidade do Salvador, em 09 de dezembro de 1882.

O ilustre clínico e tropicalista serviu com desprendimento à terra que o recebeu nos idos de 1842 e a amou de modo impertubábel, com todas as forças do coração e da inteligência, por mais de quarenta anos.

O seu labor, tão árduo e brilhante quanto desinteressado, deu à Bahia projeção internacional e sedimentou as bases da tropicologia americana.

A Academia não poderia deixar passar despercebido fato tão extraordinário, motivo pelo qual resgistramos nestas páginas a efeméride que assinala o transcurso dos primeiros cem anos do passamento de um grande médico e — mais do que isto — um grande homem!

"A história da medicina em nossa terra" — disse Antonio Caldas Coni — "não se resume na história da sua instituição oficial, a por todos os títulos gloriosa Faculdade de Medicina. Dela escreveram páginas vivas e de inexorável brilho médicos que não tiveram cátedras, sobressaindo os da tríade fulgurante, passados já à História como verdadeiros fundadores da medicina experimental no Brasil". Referia-se Caldas Coni aos Drs. OTTO WUCHERER, PATERSON e SILVA LIMA, três clínicos e pesquisadores estrangeiros que transformaram a medicina brasileira. WUCHERER, seu patrono no Instituto Bahiano de História da Medicina; PATERSON, meu ilustre patrono naquele Instituto e SILVA LIMA, português pelo nascimento e brasileiro pelo coração, no mesmo Instituto representado pelo confrade Antonio Jesuíno dos Santos Neto. Três homens incomuns, três personagens ilustres, três iluminados que aqui, na Bahia, em plena época do animismo pré-pausteriano, professaram a mais pura, a mais científica e a mais nobre medicina, não somente do Brasil mas de toda a América Latina!

OTTO WUCHERER foi, por todos os motivos, uma figura extraordinária. Ao longo de mais de vinte e cinco anos o grande clínico, pesquisador e higienista viveu entre nós. Inicialmente, ao lado de PATERSON e — a partir de 1852 —

(*) Professor da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica, Secretário-geral da Academia de Medicina da Bahia. Ex-Reitor da Universidade Estadual de Feira de Santana.

ao lado de PATERSON e SILVA LIMA, escreveu páginas gloriosas e emocionantes, páginas de incomensurável valor. Aqui enfrentou a epidemia da febre amarela, cujo diagnóstico esclareceu. Ditou normas, defendeu princípios, impôs argumentos e transformou sua própria casa em hospital. Lutou com tanto heroísmo que a muitos pareceu ser imune ao vírus amarílico. Certo dia disse, amargurado, a SILVA LIMA: "Fechei a minha casa, onde tinha enfermaria. Entraram lá vinte doentes de febre amarela e saíram vinte e um cadáveres, incluindo o da minha esposa!"

Precisarei recordar tais fatos? Precisarei relembrar outras passagens igualmente gloriosas da vida de OTTO WUCHERER, tais como a da batalha contra o *cólera morbus*, a do estudo dos ofídios brasileiros, a da etimologia da *hipoemia tropical*, e da descoberta das microfilarias e tantos outros? Certamente não, pois outros já o fizeram. Calar todavia, falar de PATERSON sem recordar WUCHERER e SILVA LIMA, é tarefa ingrata, deselegante.

Como — de igual modo — evitar, neste curto ensaio, a figura de SILVA LIMA? Daquele SILVA LIMA que deixou a nossa vetusta Faculdade trazendo na alma e no coração a essência mais pura do mais requintado ESPÍRITO BERTHEZIANO? O jovem médico era "um vitalista confesso, de cujas especulações metafísicas estão cheias as páginas brilhantes da sua tese de doutoramento" (CALDAS CONI). Recordo-me perfeitamente do carinho e do entusiasmo com que CALDAS CONI descrevia o trabalho inaugural de SILVA LIMA, por ele rebuscado na biblioteca da nossa tradicional casa de ensino. De fato, sofreu a velha Faculdade do Terreiro de Jesus profunda influência da doutrina de BARTHEZ e a transmitiu aos médicos nela graduados. WUCHERER e PATERSON, ao contrário, praticavam fora da Faculdade, porque ao seu corpo docente jamais pertenceram, uma medicina renovada, tendo por base o cadáver e por objetivo último e verdadeiro uma ciência nova, capaz de dirimir todas as dúvidas: a anatomia patológica! Bem cedo verificou SILVA LIMA quão frágil eram os princípios da escola oficial. Viu, por exemplo — dentre outras coisas — que os parasitos não eram conseqüências e sim causas das doenças mais comuns que castigavam — e ainda castigam — esta parte do mundo. E assim, de descoberta em descoberta, de convicção em convicção, baldeou do animismo para a ciência experimental, aderindo de corpo e alma às idéias de WUCHERER e PATERSON.

Unindo-se aos arautos do pensamento anglo-saxônico, eminentemente científico, SILVA LIMA "integra-lhe o grupo, para constituir, fora do âmbito oficial, naquela segunda metade do século dezenove, a famosa ESCOLA TROPICALISTA DA BAHIA, que mudou a face da medicina brasileira e fez descobertas de interesse mundial no campo da trópico-patologia" (IBIDEM).

Não é possível dissociar as vidas de PATERSON, WUCHERER e SILVA LIMA. Tentar fazer o estudo biográfico de um é deixar-se envolver pelas lutas

e atividades dos outros dois. Eles se entrosam e se completam, valendo cada um deles, no dizer de AFRÂNIO PEIXOTO, "uma Faculdade inteira!". CALDAS CONI, aqui tantas vezes citado, assim os definia: "Símbolos do movimento que criaram, encaramo-los como unidade histórica, porque qualquer deles é isoladamente um instrumento que fica inerte e sem valor. Dir-se-ia que nasceram para juntos viverem e trabalharem, no mais edificante exemplo do quanto vale o espírito da mais abnegada cooperação. Na fase por excelência produtiva de suas vidas, sempre atuaram sinérgica, sincrônica e simbioticamente!"

★ ★ ★

PATERSON nasceu em 14 de setembro de 1820, no condado de ADERBEEN, na Escócia. Desde cedo demonstrou profundo interesse pela língua e pela literatura latinas, as quais dominou muito bem. Os estudos subseqüentes, de natureza diversificada e humanística, possibilitaram sólida base para o seu curso médico, realizado na Universidade local. O grau de doutor foi-lhe outorgado em 29 de abril de 1841. Logo depois rumou para Londres levando no coração o desejo de ser membro do Real Colégio de Cirurgiões. Enquanto aguardava o exame necessário mas assim mesmo, ainda convalescente, enfrentou a banca examinadora e conquistou, com galhardia, o almejado título. Freqüentou hospitais, privou com os mais notáveis professores londrinos e quando se convenceu ter aprendido o bastante, foi a Paris com o objetivo de beber na fonte mais límpida, a medicina mais pura e atualizada. Na capital francesa tomou contato com grandesfiguras da profissão. Partiu depois para a Suiça, Itália e Áustria, procurando colegas ilustres e hospitais famosos, os quais, na sua opinião, "eram escolas vivas e permanentes de ensino prático e perenes fontes de conhecimento: Em 1842, depois de voltar à terra natal e desfrutar por certo tempo o alegre convívio paterno, tomou o primeiro navio e rumou para o Recife. Ali não encontrou ânimo para maior delonga, seguindo para a capital da Paraíba onde iniciou sua vida profissional.

Quando percebeu que a Clínica começava a se tornar estável e promissora, teve de renuciar e vir para a Bahia, a fim de socorrer seu colega e irmão mais velho, o Dr. ALEXANDER PATERSON, que estava incapacitado de continuar à frente de sua clínica, resolveu PATERSON permanecer ao seu lado. Submeteu-se ao exame de suficiência e de verificação de título, na Faculdade de Medicina sendo aprovado em 07 de novembro de 1842. Obtida a licença para o exercício legal da profissão, assumia os compromissos do Dr. ALEXANDER PATERSON, isto é, o de médico da colonia inglesa e de um pequeno hospital, com dispensário, que era ao mesmo tempo sua residência e no qual eram recebidos os tripulantes da marinha britânica. A manurenção do nosocômio era fruto das

contribuições dos súditos ingleses radicados na Bahia e do próprio Cônsul, bem como de taxa especial, paga pelos navios daquela bandeira que freqüentavam nosso porto.

Foi localizado de início no Garcia passando depois para o Campo Grande, mas por ocasião da chegada do Dr. JONHN PATERSON dito hospital funcionava na Rua da Alegria, nos Barris. Mais tarde PATERSON o adquiriu e nele residiu até a morte, sendo por isto conhecida, durante muito tempo, como a "Casa do doutor inglês".

À clientela dos seus compratioras somou PATERSON a da população em geral e de tal modo o fez que, segundo afirmação de SILVA LIMA, "com o andar do tempo chegou, em extensão e trabalho, a proporções verdadeiramente assombrosas e nunca vistas nesta cidade". No dizer do grande médico lusitano, "o Dr. PATERSON continuava aumentabdo a obra criativa começada pelo seu irmão, como seu sucessor, também na clínica dos pobres, que já então sabiam o caminho da casa do doutor inglês, onde afluíam em grande número todas as manhãs".

Bem cedo conquistou a estima e o respeito do povo e da classe médica, graças não somente à sua alta qualificação como também aos dotes pessoais de fino cavalheiro e de culto homem de letras.

Em 1849, quando a Cidade do Salvador foi invadida por notável epidemia, o governo provincial convocou ao palácio os facultativos mais qualificados, dentre eles incluindo WUCHERER e PATERSON. A contribuição de ambos foi decisiva. Para eles a epidemia era de febre amarela a tal afirmativa contrariava o parecer não só do Conselho de Salubridade como o da classe médica em geral e o da maioria dos professores da Faculdade de Medicina.

A repercussão foi muito grande e abalou de tal modo a opinião pública que o Presidente da Província convocou nova reunião. Nesta, como na primeira, PATERSON sustentou que a doença reinante era a febre amarela, afirmando com toda segurança: "A moléstia primeiro chegará a Pernambuco ou ao Rio de Janeiro, a alguns graus de distância, do que ao morro de São Paulo, a algumas léguas apenas". Em outras palavras queria dizer PATERSON que a epidemia "mais depressa haverá de seguir o caminho dos mais freqüentes e rápidas comunicações comerciais do que a corrente dos ventos". A profecia foi realizada, pois a 18 de dezembro a febre amarela chegou ao porto do Recife, e a 27 ao Rio de Janeiro. A partir de então a afirmativa de PATERSON e de WUCHERER ganhou adeptos e o combate pôde ser organizado. PATERSON escreveu páginas memoráveis de abnegação e desprendimento, atendendo — dentro e fora do seu pequeno hospital — incontável número de doentes, ao tempo em que dava conselhos sobre medidas higiênicas, de acordo com sua opinião pessoal, do seu irmão e de WUCHERER, bem como de outros colegas já filiadas às suas convicções.

Menos de seis anos depois, isto é, em 1855, quando a febre amarela ainda reinava de modo endêmico, surgiu nova epidemia na Cidade do Salvador. O Governo, tal como em 1849, convocou os principais médicos e professores de Faculdade, em busca de conselho. Mais uma vez PATERSON emitiu opinião contrária à da maioria, afirmando ser *cólera morbus* o mal reinante. Nova oportunidade teve a Bahia de se beneficiar com o espírito humanitário e caritativo do grande médico. O Imperador D. Pedro II tocado pela espontaneidade e pelo desprendimento do "médico inglês", agraciou-o com o título de Cavalheiro da Ordem da Rosa, ainda acrescido, posteriormente, com a promoção aos graus de Oficial e Comendador.

"Até 1857 — relata SILVA LIMA — o Dr. PATERSON não tinha família. Vivendo só, consagrava o seu tempo e a sua atividade aos seus doentes e aos seus estudos, em proveito próprio e deles. Raríssimas vezes era visto na sociedade, mesmo na dos seus compratiotas. Em público só era encontrado no trabalho, quase sempre a cavalo, de dia e de noite, a correr, ao sol e à chuva, em toda a parte, e a toda hora".

A sua faina começava cedo, quase sempre pela alta madrugada. "Depois de infalível banho frio de imersão começava a consulta matinal, quase sempre à luz do gás. Ao cabo de duas horas, ou pouco menos, interrompia o exame dos doentes, pela maior parte de pobres, e despedia os restantes até o dia seguinte". Prossegue SILVA LIMA: "Depois de uma refeição ligeira montava à cavalo, fazia as suas visitas até as duas horas da tarde; depois de um jantar frugal saía outra vez, e voltava à casa à hora incerta da noite, e às vezes tão tarde e tão fatigado que caía a dormir vestido, em uma cadeira de descanso,durante as três ou quatro horas que lhe restavam para repouso. Não raro era interrompido por chamadas de urgência· Houve tempo em que ele se viu obrigado a ocultar-se em outra casa, a alguma distância da sua, nas noites em que lhe era absolutamente necessário estudar ou dormir em liberdade. Algumas vezes notavam os colegas nas conferências, que afrouxando um pouco a conversação, ou não tendo ele de falar, caíam-lhe as pálpebras, irresistivelemente vencidas por uma sonolência inoportuna". Para atender atividade tão exaustiva e incomum, "era-lhe preciso ter prontos e à mão pelo menos três cavalos, para fazer as mudas necessárias ao serviço do dia e da noite".

Em meio a tão trepidante existência desposou PATERSON, em 1857, Miss Caroline Mary, nascida no Rio de Janeiro. Embora casado, em nada mudou seus hábitos, horários e costumes, contrariando a expectativa das pessoas mais íntimas. No dizer de SILVA LIMA, PATERSON "achara o meio de conciliar, sem prejuízo para nenhum deles, o amor da família e os novos encargos que ela lhe trazia, com o amor da sua profissão e os interesses da sua clientela". A única alteração que fez foi circunscrever a área de sua clínica, eliminando

alguns bairros mais afastados da cidade, situados à grande distância de sua residência, e isto por ser materialmente impossível desempenhar com assiduidade os deveres de médico assistente. Nunca se recusou, todavia, a levar aos colegas dos referidos bairros o seu auxílio, quando solicitado.

O pequeno hospital que ele dirigia começou por esse tempo a sofrer progressivo retraimento daqueles que o sustentavam mesmo porque súditos ingleses, Cônsul e capitães de navios contribuíam de modo espontâneo. Mesmo assim PATERSON o conservou até quando pôde, mantendo-o à sua custa. Até o final de sua vida sua casa foi um abrigo para os pobres; ele os atendia e medicava, fazia operaçẽos gratuitas, pagava medicamentos e os auxiliava dando dinheiro para o sustento.

Nos doze anos que se seguiram ao casamento permaneceu PATERSON nessa trepidante atividade, e a partir de 1865 instituiu amigáveis e interessantes palestras noturnas em que, duas vezes por mês, tomavam parte WUCHERER, ANTONIO JOSÉ ALVES, JANUÁRIO DE FARIAS, PIRES CALDAS, SILVA LIMA, PACíFICO PEREIRA, SILVA ARAÚJO, ALMEIDA COUTO, HALL, SANTOS PAIVA, VITORINO FREIRE, LUDUGERO FERREIRA, MAIA BITENCOURT e ALMEIDA MARQUES. Nestas conversações periódicas eram apresentados "casos clínicos ocorrentes, exames microscópicos e oftalmológicos, inspeção de algum doente afetado de moléstia importante ou questões e novidades científicas concernentes à profissão ou de algum modo relacionadas com ela". "Foi nestas palestras noturnas por diversas vezes interrompidas e recomeçadas — diz SILVA LIMA, "que apareceu e se fez por obra, em 1866, a idéia da publicação da nossa GAZETA MÉDICA, que tão bons serviços tem prestado à profissão e à literatura médica brasileira. Foi ali que sucessivamente foram objeto de conversação e de estudos micrográficos a hipoemia intertropical (opilação ou cansaço) e as suas relações com o *Anaylostona duodenal* e de Dubini, a hematoquilúria e a filaria aqui primeiro descoberta por WUCHERER nas urinas quilosas e depois, indepenentemente, em 1872, nas Índias Orientais, achado também no sangue humano por LEWIS, cujo representante adulto feminino foi alguns anos mais tarde, em 1876, encontrado por BANCROFT, na Austrália. Foi al1, finalmente, que por muitas vezes veio à tela da discussão a singular moléstia que desafiava a sagacidade dos médicos da Bahia, e que se achou ser, idêntico ao beribéri indiano, descoberto há mais de dois séculos por BONTIUS, e se ventilaram muitas outras questões de interesse geral, ou particularmente utilizáveis em suas aplicações práticas à medicina ou à cirurgia".

Ao fim de quase três decênios de tão inestimáveis serviços prestados à Bahia e ao Brasil, sentiu PATERSON necessidade de algum repouso que nenhuma outra terra poderia dar senão aquela em que ele nasceu. Resolveu partir para

a Escócia, deixando em seu lugar seu sobrinho, ALEXANDER PATERSON JÚNIOR, graduado recentemente pela Universidade de Edinburgo. Antes de seguir viagem para a Europa visitou algumas cidades do interior e de outras províncias. Relata seu biógrafo que tal excursão "foi extremamente penosa por causa das dificuldades de viajar à cavalo, por maus caminhos em uma estação excepcionalmente seca; além disso os seus movimentos eram retardados por uma multidão de enfermos que de toda a parte afluíam a consultá-lo, e aos quais ele não deixou de atender até o último momento". Visitou Alagoas, Pernambuco e o Rio de Janeiro e ao regressar foi homenageado pela colônia inglesa.

Fixou residência na Europa mas nunca esqueceu a Bahia e o Brasil. O Imperador D. Pedro II quando foi à Escócia o visitou, em Edimburgo e o tomou como guia. Em 1873 PATERSON voltou à Bahia para rever amigos e cuidar de negócios, permanecendo em Salvador alguns meses. Mais uma vez demandou à Europa, regressando à Bahia em 1876, quando reassumiu sua clínica, indo seu sobrinho, de muda, para o Rio de Janeiro. Três anos depois deixou o Dr. HALL em seu lugar e visitou novamente a Escócia. Aos 62 anos de idade era um aluno diligente que, com o mesmo interesse de um jovem, procurava os grandes mestres e os grandes centros do velho mundo para aprender a ciência mais pura e requintada. Foi assim, em plena velhice, discípulo de LISTER, SPENCER, DUNCAN, TURNER, CHINE e outros.

Finalmente, em 1882, sentiu mais uma vez saudades da Bahia e atravessou o Atlântico para voltar à sua clínica privada, "sempre a mesma atividade, os mesmos hábitos de vida, o mesmo vigor de inteligência, a mesma facilidade de compreensão diante dos casos clínicos ocorrentes, a mesma presteza em abranger num relance as indagações imperativas adequadas às emergências; memória pronta, segurança, destreza e impertubalidade nas operações cirúrgicas; era finalmente — diz SILVA LIMA — o mesmo homem que sempre conhecemos, nós todos que de perto lhe apreciávamos as aptidões e as qualidades, quer nas lides profissionais, quer nas relações calmas e íntimas da amizade".

Embora com a saúde abalada, não suspeitava o extraordinário médico quão próximo estava o seu fim. A 9 de dezembro de 1822 viveu a Bahia um dia muito triste para a medicina. SILVA LIMA relata assim: "Depois de jantar cedo, como costumava sempre, e de algum descanso, montou à cavalo à tarde, nas melhores disposições, e foi visitar um doente na povoação da Barra, em frente ao farol. Era um caso grave que ele via desde algum tempo. O doente estava sentado na cama e o Dr. PATERSON sentou-se também em uma cadeira, adiante e um pouco ao lado dele; depois de o ter examinado detidamente, conversava sobre o estado de sua moléstia, e sobre a conveniência de ouvir a opinião de outro colega; e nomeou para a conferência, no dia 11 de abril, aquele a quem agora cabe o triste encargo de narrar com os atos da sua vida, o melancólico epílogo

que a fechou para sempre. Neste ponto da conversação, o Dr. PATERSON calou-se de repente. Imóvel, com o rosto voltado para uma janela que dava para o mar, fixou a vista sobre o sol poente por pouco mais de um minuto, e caiu súbito para o lado da cama, com a cabeça entre os travesseiros. Colhera-o a morte de surpresa no seu posto de honra, e no meio da quase divina tarefa de servir e socorrer a humanidade!".

"O Dr. PATERSON morrera à grande distância de sua morada. Os habitantes da estrada da Vitória, que pela tarde o viram passar à cavalo, foram no começo da noite dolorosamente impressionados por um tristíssimo espetáculo. Ele passava outra vez para casa, mas inanimado, conduzido aos ombros de quatro homens, acompanhado por alguns poucos amigos, que pelo caminho iam sabendo da infausta nova. Atrás deste fúnebre cortejo ia a passo lento, o seu cavalo" (IBIDEM).

"A notícia do triste acontecimento espalhou-se com grande rapidez, surpreendendo penosamente os amigos do falecido e toda a população. Foi imenso o concurso de pessoas de todas as classes que nessa noite foram informar-se do inesperado sucesso, que ecorada por toda a cidade com a repercussão de um grande desastre" (SILVA LIMA).

"O funeral do Dr. PATERSON, no dia seguinte, foi o mais importante que tem visto a Bahia há longos anos. Tornou-se um funeral público. Os ofícios foram celebrados na capela inglesa, do Campo Grande, que estava literalmente coberta de povo.

Assistiram à cerimônia grande número de compatriotas, colegas, professores da Faculdade de Medicina, amigos, clientes e outros cidadãos de todas as classes e nacionalidades. Ao terminarem os ofícios, e no momento em que saía o féretro da capela para ser depositado no carro mortuário, a multidão que estava fora precipitou-se de súbito para a porta, e apoderou-se à força do ataúde para o levar, à mão, até o cemitério, à ladeira da Barra. Apesar da intervenção do Cônsul inglês e de outras pessoas, o povo não desistiu do seu intento, alegando que aos pobres que perdiam no Dr. PATERSON um amigo e um pai, ninguém teria a crueldade de impedir aquela homenagem de reconhecimento, a última e única que eles, como filhos e como pobres, lhe podiam prestar".

* * *

Quatro anos após tão infausto acontecimento, médicos, magistrados, negociantes e pessoas outras de diversas nacionalidades inauguraram, com o auxílio da população, um monumento à memória de PATERSON.

"A GAZETA MÉDICA DA BAHIA" relata assim: "No dia 13 do corrente (dezembro de 1886), realizou-se a inauguração do monumento erigido nesta

capital à memória do benemérito clínico Dr. J.L. PATERSON, por subscrição popular, promovida por alguns dos seus amigos, colegas e antigos clientes. O monumento é de granito da Escócia; o pedestal é uma fonte quadrangular, de água potável, sobre a qual assenta o busto do ilustre médico, em mármore de Carrara, debaixo de uma cúpula piramidal, sustentado sobre quatro elegantes colunas, por uma linda moldura com medalhões, em que se acham gravadas as inscrições que comemoram o preito de gratidão, rendido à memória do humanitário clínico, pela população da cidade".

"No dia marcado para a inauguração" — diz a GAZETA MÉDICA DA BAHIA — "o largo da Graça estava adornado de bandeiras e festões de flores e ao lado direito do monumento, coberto de flores e grinaldas, erguia-se um espaçoso pavilhão, no qual à hora comunicada para a cerimônia, foram recebidos pela comissão promotora da solenidade, S.Exa. o Sr. Conselheiro Presidente da Província, o General Comandante das Armas, o Monsenhor Provisor do Arcebispado, uma Comissão da Câmara Municipal com seu digno Presidente, diversas comissões representando a Faculdade de Medicina, a imprensa, o ensino superior e grande número de senhoras, médicos, magistrados e negociantes".

"A convite da Comissão. S.Exa. o Presidente da Província começou a cerimônia da inauguração, dando a palavra ao Dr. SILVA LIMA que, como presidente interino da comissão promotora, na ausência do Cônsul da S.M. britânica, agradeceu em eloqüentes frases a todos os que concorreram para a ereção do gracioso monumento, e entregando-o à municipalidade pediu que ela velasse pela sua conservação" (IBIDEM).

"Ao terminar a sua tarefa" — disse SILVA LIMA — "a Comissão renova os seus agradecimentos à ilustríssima Câmara Municipal, e, em seu próprio nome, e no de todos os cidadaos que conservam indeléveis às gratas recordações do benemérito PATERSON, pedè-lhe um favor: que aceite, e tome sob sua guarda e proteção o monumento consagrado aqui à memória daquele a quem os desvalidos desta terra chamaram de pai, e que, sendo o ornato de uma praça pública, é também a expressão do reconhecimento dos contemporâneos para com o homem que soube louvar o seu nome, a sua profissão, a classe médica da Bahia, e, ilustrou uma época memorável da história da medicina brasileira". "Em resposta o Presidente da Câmara, aplaudindo o ato de justiça promovido em homenagem à memória do ilustre facultativo, declarou que a Câmara Municipal, aderindo a este juramento não somente tinha em mira interpretar os sentimentos da cidade hospitaleira que se desvanece de honrar ao estrangeiro honesto e laborioso que se dedicou ao bem estar e progresso desta terra".

"Em seguida os Presidentes da Província e da Caâmara Municipal descerraram, ao som do hino brasileiro, o véu de gaze e flores que cobria o busto do Dr. PATERSON, e foi executado o himno inglês".

A solenidade teve prosseguimento com discursos proferidos por outros oradores. O Prof. VITORINO PEREIRA falou em nome da Congregação da Faculdade de Medicina. São do ilustre mestre as seguintes palavras: "A instituição que represento teve no Dr. PATERSON, além de um modelo de saber e de virtudes, um auxiliar intrépido e esforçado. As transformações que o ensino médico vai sofrendo, e que preparam-lhe, após as lutas de uma elaboração difícil e angustiosa, o advento auspicioso dos novos métodos, dos novos hábitos, da nova orientação; o renascimento científico, que malgrado as primeiras quedas ou vacilações, sentimos surgir com a firme crença de que caminhamos para um futuro mais vigoroso e fecundo; essa metamorfose, que é por ora um misto de ruínas e criações, foi também obra sua, porque o influxo do seu espírito exerceu-se sobre aqueles que o cercavam, e penetrou nas corporações docentes com o prestígio do seu exemplo, e com a força da sua natureza e lealdade".

"Dos fatos que documentam o auxílio prestado ao ensino" — continuou o Prof. VITORINO PEREIRA — "o empenho em coadjuvá-lo poucos sairão da intimidade profissional e da conveniência de amigos; desses, porém, há um que por si só estereotipa a fisionomia e a têmpera do emérito médico. Quando dentre as muitas arbitrariedades com que poderes públicos tem solapado a força moral e a dignidade do professorado, uma houve, no Império, que no seu desembaraço excedia a quantas eram então conhecidas; quando, em manifesta oposição à lei mandava-se em nome dela que a Faculdade aceitasse como legal um título fictício, fruto de um tráfego repulsivo, escrevia o Dr. PATERSON estas palavras memoráveis, que deviam estar sempre diante dos nossos olhos' "tendo eu passado no Brasil a maior parte de minha vida que já não é curta, e não tendo pedido a este país e ao seu governo coisa alguma que a Inglaterra não esteja pronta a conceder de boa vontade a qualquer homem, seja qual for a sua origem e nacionalidade, protesto em meu nome e no de outros facultativos ingleses legalmente habilitados que praticam no Brasil, contra a injustiça de ser lançado ao seio da nossa sociedade, e sob a responsabilidade e confirmação de um nome comum, um homem de educação e de estudos inteiramente diversos dos nossos". "Os homens vêm e vão" (disse ainda PATERSON); as instituições ficam e duram justamente pelo tempo que merecem durar, isto é, enquanto são fiéis à verdade para consigo mesmo e para com os fins que foram criadas. Não é pois, fora da razão dizer que nesta crítica situação do seu destino, a classe médica deste vasto Império tem fixas as suas vistas sobre a Faculdade de Medicina da Bahia, e espera que ela não há de trair a sagrada missão que tem a seu cargo".

Em nome da "Gazeta Médica da Bahia" fez uso da palavra o Dr. PACÍFICO PEREIRA o qual, dentre outros aspectos da personalidade do Dr. PATERSON, abordou o caráter ético-profissional, afirmando: "Para os colegas

todas as deferências de uma dedicação sem limites, lealdade exemplaríssima, qualidade imaculada, o tornavam simpático e venerando a toda classe médica, querido e estimado pelos companheiros, velhos e moços, que o consideravam um modelo das virtudes profissionais. Ninguém jamais zelou a honra e dignidade da profissão com sentimento mais apurado e numa prática mais rigorosa e constante, Nem nos clientes, nem nos colegas tolerava ele, sem protesto, uma infração da deontologia médica. Na imprensa médica o Dr. PATERSON pugnava sempre pela dignidade profissional, condenando as práticas abusivas, impróprias de facultativos regulares, com que se explora a credulidade pública deslustrando o caráter do elevado ministério que exerce o médico e fazendo-o baixar das alturas do seu nobre sacerdócio ao campo estreito dos interesses e especulações mercantes, como se fossem simples mercadores de remédios e de curas, aqueles que devem ser um exemplo vivo de caridade e abnegação".

A este propósito SILVA LIMA relata o exemplo que abaixo transcrevemos:

"Um distinto colega, médico de uma família abastada, chamou o Dr. PATERSON em seu auxílio para um caso gravíssimo, que veio a necessitar uma operação séria, como extremo recurso; praticou-a a pedido do colega, ajudado por ele e por outros, uma operação que infelizmente, não pôde salvar o enfermo. Um dos filhos do paciente perguntou em seguida ao Dr. PATERSON qual o honorário devido a cada um dos ajudantes, ao que lhe respondeu ele que isso era da competência do médico da família de acordo com ele, e que mais tarde lhe daria resposta.

Concordaram os dois assistentes que a cada ajudante se dessem duzentos mil réis e que o Dr. PATERSON teria ao todo seiscentos, de que em tempo daria conta".

"Aceitaram, ou pareceram aceitar este acordo os dois únicos filhos e herdeiros do falecido; mas em vez de o cumprirem à risca, deram a cada ajudante a metade da quantida estipulada, fato que o Dr. PATERSON só teve conhecimento semanas depois, e antes de dar a sua conta. Apressou-se em mandá-la imediatamente, acrescentando de propósito, como advertência, este *post-scriptum:* "a minha conta importa em seiscentos mil réis pela operação, conferência e visitas, no pressuposto de que a cada ajudante já terão sido pagos duzentos mil réis" — e esperou que o procurassem os interessados.

"Algum tempo depois encontrou na rua um dos dois irmãos, que lhe desculpou de não ter ainda pago a sua conta, mas que o faria brevemente, e acrescentou que a cada ajudante já tinha dado cem mil réis, e que eles ficaram plenamente satisfeito, mas que a ele pagaria por inteiro.

"Ao ouvir isto o Dr. PATERSON não se conteve que não prorrompesse ali mesmo num ímpeto de indignação, que se traduziu em termos enérgicos, acabando por dizer que não estava disposto a sofrer um tal insulto a ele e ao

médico da família, que "não receberia um Real até que aos colegas fosem pagas as contas integralmente; e que nunca mais ousaria mostrar a sua face à luz do dia, se consentisse em associar-se a tão baixa transação.

"Passaram-se os meses, e os dois irmãos, nas vésperas de retirarem-se do país, tiveram a infeliz lembrança de intimar o Dr. PATERSON, por um anúncio público, a ir ou mandar receber a importância que lhe deviam, em prazo e lugar determinados, a hora fixada, sob pena de ser aquela soma depositada por três meses na Secretaria da Santa Casa de Misericórdia, e depois aplicada — como donativo — a um futuro asilo de alienados".

"Ao ler tão estranha provocação, que o forçava a explicações públicas, o Dr. PATERSON lançou mão da pena, imediatamente, e no auge da indignação, respondeu no mesmo jornal do dia seguinte, aos anunciantes, com tal severidade e acrimônia, que causou profunda impressão no público; narrou os fatos e terminou seu protesto por estas palavras que traduzem seu caráter intransigente, e o estado do seu espírito: "Ainda quando os meus filhos chorassem por pão e eu não o tivsse para lh'o dar não tocaria num Real daquele dinheiro, muito bem ganho embora com dias de trabalho e noites de vigília, enquanto se não fizesse plena reparação aos meus colegas insultados. E se eu tenho prestado algum serviço aos estabelecimentos pios desta cidade, ou bem mereci alguma vez deste país, espero que eles, um e outro, lhe devolverão às faces a peita odiosa e torpe, como eu lhes devolvo, o seu grosseiro insulto".

"Escusado dizer" — acrescenta SILVA LIMA — "que o Provedor da Santa Casa de Misericórdia recusou aceitar o donativo".

★ ★ ★

Eis aí, em rápidas pinceladas, **JONHN LITERWWOD PATERSON,** sua vida — toda ela dedicada à Medicina e à Bahia, seu caráter e sua obra!

Contemplando-o ao longo dos cem anos que nos separam, esta Academia o reverencia e exclama: — PATERSON, obrigado. Muito obrigado, PATERSON!

REMINISCÊNCIAS

Aristides Novis Filho (*)

Não creio que nos derradeiros 30 anos, outra ciência tanto tenha evoluido, no campo técnico ou social, quanto a medicina.

Dir-se-ia melhor que uma revolução se operou, e está em curso. A medicina — favor, que a caridade, sentimento de amor ao próximo, sustentava a custa da espontânea generosidade de alguns, e do trabalho devoto e simbolicamente recompensado de muitos, cedeu lugar à medicina — direito, que a necessidade impõe e a razão endossa.

Da medicina — devoção, foram as Santas Casas o ninho secular.

E se tanto lhes não devesse a Nação, pela assistência prestada aos desvalidos da saúde e da fortuna, a seus créditos teriam a nossa enternecida gratidão, pela preciosa ajuda na formação profissional dos médicos brasileiros.

Só uma semente fecundada no coração de uma mulher possibilidades de vida teria, para transplantada das terras distantes de Portugal, atravessar sempre viçosa quatro séculos, indiferente a climas e preconceitos, raciais, politicos e religiosos. É que, santificada pelo amor, conduzia a mais bela e fraternal mensagem em que o divino e o humano se comprometem e se confundem, não apenas no pensamento que encerra, mas no colorido que lhe empresta o sentimento. A razão e a inteligência apenas, virtude tanta não possuem.

E para que constasse no curso dos tempos com o beneplácito da sorte, e maculada não fosse na pureza de suas intensões, a caridade encontrou o zêlo apostolar de suas irmãs, — irmãs da caridade, — flores da renúncia, que agraciadas da bondade buscam na devoção ao próximo, o amor de Deus. A elas, anjos da guarda ao sofrimento, o nosso sempre renovado reconhecimento.

Mas as diretrizes do mundo foram mudando. Criaram-se os orgãos de previdência concedendo apenas aos seus associados, quando inabilitados pela doença ou pelo tempo, pensões e aposentadoria.

O imediatismo e a necessidade porém, ajudados pela demagogia os fizeram ampliar a área de beneficios, convertida a assistência médica em direito, embora sem levar em conta que os recursos arrecadados não davam cobertura aos compromissos assumidos. E as faixas de serviço se foram expandindo e a doença desconhece limitações.

Com isso a medicina privada, dita liberal, viu cada vez mais reduzido seu

(*) Titular da Cadeira nº 13, de que é Patrono Aristides Novis, A. Novis Filho, professor da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica, é o 1º vice-presidente desta Academia.

campo de ação. E hoje, apenas justificam sua existência aqueles poucos doentes mais abastados que, embora associados, fogem de filas e matriculas e querem o médico de sua confiança.

Habituados ao sacrificio e à renúncia, os médicos não se deram conta do novo estado de coisas que se ia implantando, à custa de seu trabalho e á sua revelia, se contratos e credenciações várias se permitiam para amparo de seus orçamentos.

Ampliado assim o mercado de trabalho nas capitais, o processo de interiorização da medicina sofreu profundo colapso.

E agora, restringidas suas possibilidades pela especialização, as dos doentes em remumerá-los diante do custo elevado e crescente dos serviços médico — hospitalares, abolidos contratos e credenciações e proibidas as acumulações, vê-se a classe diante de graves problemas.

Não creio nenhuma voz se tenha levantado contra a assistência médica direito a todos estendida. Os médicos sempre por ela lutaram. O que não se compreende é que o gôverno retire os meios de sustento de uma classe e não lhe dê em troca uma remumeração que compense as vantagens perdidas. O sacrifício do médico com a morte dos estímulos é o sacrifício da medicina da qualidade.

Não fôsse a improvisação o sistema ainda dominante no País, talvez ditada pela pobreza que preocupada com o presente ignora o futuro, e certamente não seria concebivel se caminhasse para a socialização apenas da medicina, sem que o médico fôsse socializado e a nação socialista.

Os que não podem prover não conseguem prever.

Problema dos mais complexos, em que as opiniões divergem na dependência dos regimens politicos e dos ângulos encarados, tem determinado nos diversos paises estudos acurados e soluções variáveis de acôrdo com a tradição, possibilidades e circunstâncias.

Enquanto Thomson na Inglaterra, defendendo o seguro saúde em que o Estado e iniciativa privada se dão as mãos declara que, *" um departamento governamental pode ser a instituição adequada para organizar a produção de armamentos ou a construção de navios, porém a saúde de uma nação não se fomenta facilmente com protocolos e decretos governamentais";* Leriche, a cintilante figura da cirurgia francesa assim se expressava: *" a medicina arte liberal não resistirá à tirania dos cartões verdes. Funcionarisar de modo aberto ou mascarado é a solução fácil do problema da medicina coletiva. É entretando seguramente a pior. A arte da observação que é a base de todo ato médico é incompativel com um ato burocrático ".* A analise meditada de tais pronunciamentos permite entrever qua a interferência do Estado numa profissão, liberal por natureza, carece de cauteloso exame.

Os vínculos mais belos e indispensáveis que a confiança e amizade tecem nas relações doente-médico, em proveito da cura, e que repousam na livre escolha, não é de crer se sacrifiquem impunemente.

Doutra parte é a burocratização da medicina, compelindo o médico a satisfazer mais os interesses de quem o remunera do que os do doente, substituindo a medicina científica de qualidade por aquela demagógica, preocupada em números para alimentar estatísticas, que em regra não tem qualquer valor prático.

Em conseqüência já se percebe nítida, a diferença de atendimento dado a doentes da Previdência e da clínica privada. Dois tipos se vão criando.

Se a uns oferece o tempo e a assistência em razão das necessidades do caso, aos outros em filas acumulados, se dá aquela subordinada a horários que o sofrimento desconhece.

Mas não é só.

Os passos alargados da técnica médica e a interferência da sociedade neste encontro de uma consciência e de uma confiança, criaram sérias implicações no terreno da moral, que envolvem a ética e o segredo profissional, a responsabilidade e a liberdade de ação do médico. Não é o momento de abordá-los, se extensas considerações requerem.

Mas, se uma reformulação não se operar, calcada na prudência e no bom senso, e novos rumos não forem adotados, fixaremos distorções que acabarão por sacrificar a mais esplêndida das características da profissão, — o sentido profundamente humano que encerra. Em sua defesa devereis estar alertas e participar ativamente. E se assinardes ponto com o sofrimento e não abdicardes de vossas responsabilidades, alheios não ficareis à sua sorte.

Os problemas do médico porém estão estreitamente vinculados àqueles que sempre estiveram na direta dependência do Estado.

Não se compreende, por estranho e paradoxal, que os poderes públicos destinem em seus orçamentos à nutrição, à saúde e à instrução, esteios da vida, as mais minguadas de suas parcelas, esquecidos da sentença de Disraeli que a saúde considerava, *"o cimento do qual depende a felicidade do povo e toda a força do Estado"*. Entretanto, a miopia e o imediatismo levam para a área dos maus negócios a aplicação de recursos que não ofereçam vantagens a curto prazo. É o caso.

Sem dúvida a pobreza, acentuada pela extensão territorial, empresta ponderável parcela de colaboração na precariedade da nossa assistência médica. Não nos devemos esquecer entretanto que a erros e omissões crônicas se juntam, para agravá-la, os males de nossa política interferindo e sacrificando a política de nossos males.

Vejo-a qual orquestra desafinada, com sobra de maestros,excesso de reper-

tório e probreza de músicos, e onde cada integrante, alheio aos demais ou com eles por vezes estabelecendo competição, vai de ouvido, tocando como lhe permitem as circunstâncias, pela impossibilidade de anular dissonâncias. E para que mais acentuadas estas se tornem, não falta a interferência costumeira e estranha dos que, mais interessados pelos músicos do que pela música, a um só tempo, a ambos sacrifica.

Em conseqüência o que ocorre?

É a falta de sintonia de atitudes entre os responsável pelos diferentes serviços de saúde, agindo quase sempre isoladamente, por vezes num mesmo sector, e relegando outros ao descaso, satisfazendo vaidades, dispersando forças e anulando proveitos. São hospitais inexistentes ou particulares recebendo subvenções indevidas, com sacirfícios daqueles que prestam real e gratuita assistência. São auxílios que se concedem sem observância do percentual de leitos em funcionamento. São ajudas insignificantes a muitos, subvenções-consolo que, fazendo calar por pouco tempo os que pedem não alimentam os que necessitam, valendo apenas talvez pela intenção. São hospitais que se levantam sem que seu tipo e capacidade se orientem pelas condições locais e sim pelo prestígio e capricho dos homens, e que impossibilitados de funcionar servem para alimentar uma triste ilusão e destruir uma grata esperança. Seria aconselhável que o poder público, revistas as possibilidades que oferecem os convertesse em escolas, ao em vez de permitir ostentem sua inutilidade. São auxílios que pelo atraso com que se os recebe não alcançam o objetivo, esvaziadas suas possibilidades pela inflação ainda não contida.

Dispersados assim esforços, estímulos e recursos não se logra obter o possível rendimento.

Doutra parte, o alto preço que a medicina exige em troca dos progressos que alcançou e da segurança que oferece, a manutenção cada dia mais onerosa dos hospitais e a demanda crescente de leitos em função do aumento da população e do número de acidentes determinado pela multiplicação de estradas e veículos, solapam, ajudados pela inflação os minguados orçamentos, fazendo com que a política hospitalar tenha que mudar de rumos. Não é mais possível a assistência médica totalmente gratuita, a não ser para os credenciados pela indigência. Não pode o Estado, com a ajuda por vezes simbólica do Governo Federal, resgatar todos os compromissos com a doença.

É preciso pois que Prefeituras, Instituto de Previdência e particulares se compenetrem da participação que lhes cabe na solução de tais problemas. Da mesma sorte que a comunidade promove os meios para que abertos se mantenham clubes e cinemas, remédios do espírito, não se pode eximir de emprestar sua parcela de colaboração para que, vigilantes e equipados vivam seus hospitais, onde o corpo em horas imprevistas, assaltado pela doença, encontra o amparo

e a cura. Se contribuímos para distrair tristezas não podemos negar nossa ajuda para mitigar sofrimentos e conservar a vida.

Uma reação, porém é necessária.

Do mesmo modo que se não estimula pelo remédio um organismo combalido que já os brios perdeu, não se consegue arrancar da letargia nem transfundir ânimo aqueles que aliados à descrença conspiraram contra a fé. Não é o auxílio estranho que nos vai tirar dessa situação social e técnica e sim uma firme determinação nossa.

De nada adianta que mãos se ofereçam aos que timbram em manter as suas atrás das costas. Só a educação é capaz de modificar atitudes.

E a justiça manda se credite aos derradeiros governos, um acentuado esforço no incrementá-la.

Visa-se com isto aproveitar os extensos, férteis e abandonados campos da inteligência nacional para atender a um desenvolvimento que, com a ignorância não se concilia. Doutra parte porém, ainda consente atitudes inexplicáveis. De que servirá o instruir-se, e que estímulos podem valer aos que se instruem, se a ignorância *recomendada* continuar a com eles disputar cargos públicos, sem qualquer critério de aferição de conhecimentos?

Não sei como conciliar as duas atitudes.

Se quisermos sair da estagnação, temos que oferecer ao mérito que estimula, o lugar indevidamente ocupado pelo favor.

E as grandes falhas existentes nos serviços hospitalares dependem em grande parte do baixo teor de preparo de seus servidores.

Vivemos uma época em que o empirismo e a improvisação cederam lugar ao planejamento e a técnica. Os hospitais, que com abrigos e asilos se confundiam, sofreram profunda transformação.

Carecendo atender a uma população multiplicada e a dezenas de doenças para as quais a medicina não oferecia solução, passaram a funcionar como se as empresas fossem oficinas cujo rendimento se afere em termos de saúde. Nem outra poderia ser a meta do homem. Um bom atendimento só é possível quando se obedece à ordem, método, disciplina e continuidade. Duvidar dessas necessidades é negar a própria vida, o mais perfeito exemplo que aos serviços se deve transferir, como esplêndida resultante de harmonia e organização. Para atender a esses objetivos reformas se processam em todos os sectores.

Não me detenho nos motivos que as aconselham nem ponho dúvidas na capacidade técnica dos que as planejam.

A vivência dos problemas entretanto sugere-me que, enganam-se os que buscam nas próprias máquinas administrativas as causas de seu mau funcionamento. Os defeitos que apresentam ao meu ver, não são de tão grande monta e fáceis seriam de regulagem, se a fizessem sem perder de vista o precário regimen

de trabalho a que estão sujeitas. Os seus males estão no combustível de que se alimentam, de baixo teor dinamizante, porque utilizado sem a filtração devida para escoimá-lo das impurezas, que se traduzem no despreparo técnico e espiritual dos que a mobilizam. É inútil pretender substituir a qualidade em carência pela quantidade em excesso. Não é apenas atendendo ao órgão em *pane* que se ampara a função claudicante.

A reforma das máquinas começa pela reforma dos mecânicos e preparo do combustível. Pretender simplesmente aperfeiçoá-las é agravar problemas porquanto, a medida que maior complexidade adquirem mais exigentes se tornam. Nenhuma reforma atenderá aos nossos desejos se antes não reformarmos as nossas atitudes.

Felizmente já se divisa nos setores responsáveis uma mudança de orientação.

Mas, enquanto o Ministério de Saúde não se tornar órgão apenas coordenador e normativo; áreas de responsabilidade executiva não se fixarem para cada organismo de saúde nas esferas estadual, municipal e privada, evitando superposição de esforços; as escolas médicas e de enfermagem viverem sem atender com as prementes necessidades de profissionais para atender a uma população em galopante crescimento; escolas de nível médio para o preparo de auxiliares de enfermagem se não criarem; e o critério de seleção de pessoal não se estabelecer como norma, haveremos de viver com serviços claudicantes, confiando seu amparo apenas à boa vontade.

CENTENÁRIO DE ARTUR NEIVA (*)

Jayme de Sá Menezes

Guardamos de Artur Neiva uma forte impressão. Visitanto, no 3º ano do nosso Curso de Medicina, o Instituto Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, num de seus laboratórios deparamos com essa figura impressionantemente humana e simples, que nos recebeu com afeição, recordando a amizade que o ligara a meu pai, já morto. Apresentando-nos a Otávio Mangabeira Filho, que lá estava a seu lado, já de acreditado nome naquela instituição, disse, amavalmente, da satisfação de ali se reunirem, naquela hora, três baianos, dois dos quais filhos de amigos seus. Na postura própria dos grandes homens, afável e humilde, passa a mostrar-nos os demais departamentos do Instituto de Manguinhos, sempre a apontar-nos particularidades científicas do maior interesse médico. Despedimo-nos, por fim, agradecidos e comovidos pela lhaneza do trato que nos fora dispensado pelo sábio baiano de renome internacional.

Daí para cá, diplomado médico, podemos tomar conhecimento do vulto da obra desse insígne baiano, cujo centenário de nascimento hoje transcorre, e que soube, pelo mérito excepcional, inscrever o seu nome no opulento rol dos mais ilustres filhos desta terra.

De avita nobreza, a sua ascendência remonta ao Rio Neiva, em Portugal, que deu nome à sua família e em cujas margens viveram os primeiros deste apelido. Na Bahia, os seus avós ligar-se-iam a outro rio, o São Francisco, em cujas terras por ele banhadas nasceria, na Cidade de Barra do Rio Grande, o seu pai, o médico e ardoroso deputado João Augusto Neiva, por quem o filho sempre nutrira grande admiração.

De João Augusto Neiva e Ana Adelaide do Passo Neiva nasce, a 22 de março de 1880, Artur Neiva, afortunado filho de um casal modelar. De precoce inteligência, exibida na infância ditosa, já no curso de humanidades Artur Neiva punha a ver os caminhos que abriria na vida, para percorrê-los e iluminá-los com o seu espírito de eleição. Feito médico, a trajetória de sua vida profissional viria a propiciar-lhe os lauréis que tanto o nobilitaram.

ATIVIDADE CIENTÍFICA

Cedo ingressando no Instituto de Manguinhos, criado pelo gênio de Osval-

(*) Transcrito de "A TARDE" de 22-03-1980

do Cruz, torna-se Neiva dos mais ilustres discípulos do fundador da medicina experimental brasileira. Sob a influência do mestre incomparável, priva do convívio de Carlos Chagas, Ezequiel Dias, Carneiro de Mendonça, Sales Guerra, Rocha Lima, Fontes, Aragão, Lutz, e tantos outros que, como ele, constituíram a linhagem dos mais notáveis pesquisadores e cientistas brasileiros.

Nascido nas últimas décadas do século dezenove, desenvolve Artur Neiva a sua atividade científica sob o espírito predominantemente realista que, a partir do meado dessa centúria, se contrapôs ao romantismo iluminista no século anterior.

Em 1910, moço ainda, aos 30 anos de idade, realiza Neiva a sua primeira viagem ao exterior. Ruma aos Estados Unidos e dedica-se, em Washington, à pesquisa entomológica. No propósito de ampliar seus estudos sobre o Triatoma, visita várias regiões circunvizinhas.

De regresso ao Brasil, em 1912, percorre, com Belisário Pena, diversos estados do Brasil, de cuja excursão resulta a sua *viagem científica,* importante trabalho, sob múltiplos aspectos. Exausto, procura repouso na Argentina. Mas, irrequieto e ávido por continuar no seu labor, com Belarmino Barbará, faz pesquisas sobre leishmaniose, então de larga disseminação no país vizinho, sobretudo no norte.

No ano seguinte, já de nome aureolado, passa a lecionar Parasitologia na Faculdade de Medicina de São Paulo, e, em 1914, faz concurso de docente-livre na do Rio de Janeiro, defendendo tese sob o título *revisão do gênero.Triatoma Lap.* Mas, não o esquece a Argentina, cujo governo, em 1915, o incumbe de organizar e instalar a Seção de Zoologia e Parasitologia, no Instituto Bacteriológico de Buenos Aires, quando, inclusive, percorre boa parte daquele país. Nome assim já no exterior projetado, São Paulo o requisita novamente, agora para dirigir o Serviço Sanitário do Estado, o que o faz interromper as pesquisas que realizava e que tanto renome já lhe conferira entre nossos vizinhos do Prata. E acertado andou o governo bandeirante, porque lúcida ação desenvolve Artur Neiva em São Paulo, onde elabora o Código Sanitário, inicia a construção do Leprosário de Santo Ângelo, remodela os serviços de medicina pública e cuida de instalar numerosos hospitais de emergência, na capital e no interior, para atender à epidemia de gripe que então interessava o estado.

Eleito Rodrigues Alves presidente da República, pela segunda vez, Artur Neiva é convidado para dirigir os Serviços Federais de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, quando traça notável plano de medicina preventiva, que a morte do presidente não lhe permite executar. Chefe de serviço no Instituto Osvaldo Cruz, e já de nome firmado, o Instituto Kitasato, consagrado centro de pesquisas do Japão, convida-o, em 1920, para "introduzir a medicina e a higiene brasileiras" naquele país, o que faz com tal êxito que veio a merecer a comenda da Ordem

do Sol Nascente. Estende, então, a sua viagem a outros países do Extremo Oriente, a pesquisar e estudar a profilaxia da lepra. De volta, no ano seguinte, pronuncia conferência na Sociedade Nacional de Agricultura, sob o título *Cultura do Coqueiro no Oriente,* relatando o que observara sobre os coqueiros de Ceilão. Desta sua fala resulta a introdução do coqueiro anão, no Brasil, por decisão de Miguel Calmon, então ministro da Agricultura.

Em 1923, nomeado diretor do Museu Nacional, cria Artur Neiva o *Boletim* desse órgão e retoma as pesquisas de Lund, na Lagoa Santa. Deixa, em seguida, essa função, para assumir, em São Paulo, a chefia do combate à praga que destruía os cafezais, a denominada *broca do café*. E da capital bandeirante dirige-se, em 1926, para a Argentina, como delegado do Brasil à Conferência Preliminar de Proteção às Plantas, sob os auspícios da Argentina, do Uruguai e do Brasil.

A 10 de junho de 1929, em visita à terra natal, o Instituto Geográfico e Histórico da Bahia confere-lhe, em sessão solene, o título de sócio honorário. O grande cientista, no discurso que então profere, evoca a memória paterna, para ressaltar o entusiasmo e o ardor cívico de João Augusto Neiva, pelo Dois de Julho, dizendo-lhe parecer ser esta a melhorar maneira de agradecer a honraria recebida.

HOMEM PÚBLICO

Mas, o cientista era também um patriota, um homem público de altas qualidades. Secretário do Interior do Estado de São Paulo, o governo revolucionário do Brasil, em fevereiro de 1931, o nomeia Interventor Federal na Bahia. Afeito ao ambiente puro e manso dos laboratórios, à vida tranqüila e sedutora de pesquisador, por certo estranha o ar nem sempre respirável da política. Curta lhe seria a permanência na chefia do estado. Mesmo assim, marca a sua presença no governo com medidas e providências reveladoras do seu descortino. Pelo decreto 7.430, de 8 de junho de 1931, cria o Instituto de Cacau da Bahia, importante ato que assina com Antônio Seabra e Inácio Tosta Filho, este secretário da Agricultura.

Chegara ao governo da Bahia, como confessa, preocupado com o problema do cacau, base da enconomia do estado: "Estudei a questão a bordo e entreguei-a depois à alta capacidade de Inácio Tosta Filho, que encontrou a solução perfeita e nova que hoje todos conhecem. Juntos lutamos contra os obstáculos da rotina, do misoneísmo e dos interesses feridos de gente poderosa que nos atacava, aqui na Bahia e no Rio de Janeiro, de viseira erguida por vezes, mas sinuosa e subterraneamente quase sempre", disse no discurso de inauguração do edifício-sede, a

21 de novembro de 1936, no governo Juraci Magalhães, em solenidade que contou com a presença do presidente Getúlio Vargas.

Apeado do poder, tragado nas ondas dos entrechoques políticos, deixara o governo do estado após cinco meses de elevada atuação. Presta-lhe, então, a Faculdade de Medicina da Bahia excepcional homenagem, que toma o sentido de um desagravo. Pela congregação docente da primaz escola, fala Eduardo de Morais, indômito e vibrante; pelos estudantes, Hélio Simões, dizendo que a mocidade "não tinha armas, tinha idéias".

Deputado pela Bahia à Assembléia Nacional Constituinte, em 1933, e deputado federal em 1934, seu mandato é interrompido em 1937, pela implantação do Estado Novo e dissolução do Congresso. Na Câmara, o cientista baiano revela-se senhor dos problemas nacionais, tendo ficado famoso o seu discurso de 8 de fevereiro de 1934, sobre a imigração, pronunciamento que suscitou de seus antagonistas a seguinte exclamação: "Na tribuna se encontra uma dessas autoridades notáveis!".

Fechado o Congresso, retoma Artur Neiva a sua atividade predileta. Volta a Manguinhos. Reintegra-se na pesquisa científica, ali iniciada e que lhe oferecera oportunidade à publicação de numerosos trabalhos científicos de reconhecidos e proclamados méritos, dentre os quais cumpre não esquecer os sobre hemípteros hematófagos na América Central e na América do Sul, descrevendo, inclusive, duas novas espécies; sobre a biologia da mosca do Berne; sobre o hematozoário resistente à quinina; sobre nova espécie de Anophelina brasileira; sobre a penetração do Trypanosoma Evanse através da conjuntiva da cobaia; sobre a transmissão do Trypanosoma Cruzi pelo Rhipicephalus, Sanguíneos; e também, o seu esboço histórico da Botânica e Zoologia do Brasil.

HUMANISTA

Mas, humanista ilustre, enche Neiva as horas de lazer com as preocupações vernáculas, e dá a lume *Estudos da Língua Nacional,* que figura na coleção *Brasiliana.* Bastaria este trabalho para o incluir entre os lingüistas brasileiros e conferir-lhe o título de homem de letras, que foi e de elegante estilo. Mas, Neiva escreve também esplêndidas e eruditas crônicas, enfeixadas no seu livro *Daqui e de Longe,* onde grafa as suas reminiscências d'aquém e d'além-fronteiras, reservando à sua estremecida terra natal, páginas de tocante sensibilidade, como o fizera, em 1931, quando interventor da Bahia, num capítulo dedicado a Afrânio Peixoto — *Sonhando Acordado* — onde descreve a viagem que fez, acompanhado de um irmão, à ilha de Bom Jesus dos Passos, onde passou parte da puerícia, na sua expressão "o lugar mais belo de todo o planeta".

Cientista de alto merecimento, que tanto soube fazer honra à escola de Manguinhos, vernaculista ilustre, homem de elevado espírito público, e requintado cavalheiro, Artur Neiva merece ser recordado no centenário do seu nascimento, porque soube servir e amar o Brasil, com o desinteresse dos abnegados, a visão superior dos grandes homens. E o desaparecimento do preclaro higienista, aos 63 anos de idade, a 6 de junho de 1943, desfalcou a cultura brasileira de um de seus expoentes, repercutindo a sua morte, sobretudo, nas sociedades doutas, onde sempre pontificou com a autoridade da sua palavra, a luz do seu talento. No Instituto Osvaldo Cruz a consternação foi profunda, prestando-lhe os seus colegas da venerável casa de pesquisa científica, múltiplas e sentidas homenagens, que também lhe foram tributadas na Academia Brasileira de Letras, onde Levi Carneiro, fazendo-lhe o elogio, expressou o seu imenso pesar "pelo desaparecimento do eminente sábio, que era igualmente um verdadeiro estilista e homem de letras".

DISCURSO DE POSSE (*)

Geraldo Milton da Silveira

Magnífico Reitor Prof. Luiz Fernando Seixas de Macêdo Costa, dileto colega e amigo desde os tempos de juventude. Quantas lembranças do Colégio Estadual da Bahia e da Faculdade de Medicina, a cada encontro, passam por nossas mentes, revivendo os longos anos, cerca de 40, com amizade sincera que tem consolidado com o passar desse tempo. A administração que V. Magnificência vem fazendo à frente da nossa Universidade merece todo o respeito dos seus conterrâneos.

Exmo. Sr. Prof. Jorge Augsuto Novis, digníssimo Secretário de Saúde do Estado, que sinto acompanhar o desenrolar da minha vida nesta Universidade com especial atenção e interesse, desde o meu encontro à Livre Docência. V.Exa. vem realizando admirável administração à frente da Secretaria da Saúde. Além da recuperação dos hospitais Couto Maia e Santa Terezinha, que nos evocam tantas lembranças gloriosas, está V.Exa. modernizando o atendimento ao doente psiquiátrico, construindo uma rede de ambulatórios nos bairros, reaparelhando os hospitais do Estado e criando uma estrutura administrativa que permitirá apreciável rendimento dos Serviços sob sua orientação.

Exmo. Sr. Prof. José Maria de Magalhães Neto, Diretor em exercício da Faculdade de Medicina, cujo equilíbrio e independência de atitudes merecem a nossa admiração e o nosso respeito.

Exmo. Sr. Prof. Emérito Rafael de Menezes e Silva, anatomista dos mais festejados, admirados e respeitados do nosso País.

Exmos. Srs. Professores Eméritos José Silveira e Estácio de Lima, cujos nomes ultrapassam as nossas fronteiras, graças ao trabalho profícuo, cultura e fulgurantes inteligências.

Exmo. Sr. Prof. Jayme de Sá Menezes, idealizador e um dos fundadores da Academia de Medicina da Bahia, seu atual Presidente, cujo nome está inscrito na galeria dos mais empreendedores que já orientaram os destinos daquela Casa.

Exmo. Sr. Prof. Dr. Arnaldo Silveira, querido amigo. Permita-me, neste instante, relembrar dois episódios que marcaram a nossa amizade. V.Exa. pagou a minha primeira inscrição como aluno desta Faculdade e ofertou-me o primeiro

(*) No cargo de professor Titular de Cirurgia da Universidade Federal da Bahia, pronunciado em Sessão Solene do Conselho Universitário da UFBA, presidida pelo Magnífico Reitor, a 14.8.81.

livro de medicina que possuo, a anatomia de Testut-Jacob, até hoje consultada com gratidão.

Exmo. Sr. Prof. Dr. Fernando Freire de Carvalho Luz, cujo salutar convívio nos últimos 28 anos tem sido uma fonte inesgotável de ensinamentos.

Exmo. Sr. Dr. Reginaldo Nunes Sarmento, o primeiro a confiar nas minhas qualidades como cirurgião, no início do 4º ano médico, auxiliando-me na intervenção cirúrgica em um seu paciente. Mantivemos, durante todo esse tempo, as mais estreitas relações de amizade, trabalhando juntos até a presente data.

Vejo, ainda, dentre os muitos e queridos amigos, o Dr. Raymundo Santos Abreu, eterno defensor dos médicos da Prefeitura do Salvador, Nair Guerra, Aloisio Viana Dias da Silva, José e Ariston Martinelli e José Cerqueira, bons amigos adquiridos desde os meus tempos de interno do Serviço Médico Municipal. Todos me dispensam o mesmo carinho e sinto em seus gestos, olhares, palavras e atitudes, orgulho e amizade que muito me envaidecem.

Caros colegas da famosa "Turma do Centenário".

Senhores Professores membros do Conselho Universitário

Senhores Professores

Minhas Senhoras

Caros colegas

Queridos amigos.

Meus Senhores,

É hábito a escolha de pensamento significativo de um filósofo, poeta, escritor ou cientista para figurar em destaque nas teses.

Muitos dos senhores viram que coloquei um pensamento próprio no meu trabalho. Nenhuma razão especial motivou a escolha, além daquela decorrente da vivência e do sofrimento dessa realidade. Esse pensamento brotou da alma em um dos momentos de angústia, de reflexão e de análise da vida. "Uns sofrem por atitudes dignas. Outros são exaltados por procedimentos vis". É o que vemos se repetir durante a nossa existência e cada qual de nós, pode, analisando de maneira impessoal, avaliar a freqüência com que ocorre. A sobriedade, a resignação e o reconhecimento sincero das potencialidades individuais, poderão mobilizar forças capazes de suportá-lo e a determinação, a caminhada em linha reta, sem aceitação das facilidades proporcionadas pelo desvio da rota traçada, levam sempre à vitória. Esta será tanto maior quanto mais sofrida, vitória na maioria das vezes, mais significativa que a realmente merecida, como se houvesse uma ação potencializadora entre as forças atuantes.

Este momento vem sendo preparado desde que fui admitido no corpo docente da Faculdade de Medicina, por julgar tal comportamento como uma das

obrigações funcionais e, se ele chegasse, como realmente ocorreu, deveria estar em condições de enfrentá-lo com segurança. A espera tornou-se mais vivida quando, há cerca de 8 anos, o Departamento de Cirurgia, por unanimidade, julgou chegada a ocasião de solicitar ao Magnífico Reitor, a abertura do concurso para a disciplina de Clínica Cirúrgica. Ao atingir objetivo, afloram à mente fatos quase cotidianos, que poderiam ter desviado quem vos fala, do caminho adredemente estabelecido, não fosse o espírito de luta e a pertinácia, capazes de multiplicar os esforços, sem diminuição da esperança. Cada obstáculo era um estímulo, cada dificuldade, um encorajamento. A oportunidade chegou e o objetivo foi atingido, pleno de alegrias.

Os últimos meses desta preparação foram repletos de vontade inabalável, pois, se assim não fosse, certamente estaria gozando as delícias da comodidade, embora recriminando-me pela amarga frustração. Certamente, alguns hão de inquirir. Um concurso para Professor Titular de uma Universidade, a ser realizado por quem fez toda a carreira universitária, pode acarretar tantos problemas? Dir-vos-ia que às vezes sim, porém, para mim, nos últimos oito meses, o concurso representou o terceiro lugar na minha escala de valores. Dependia quase exclusivamente de mim e, por isto mesmo, foi o menos preocupante. A resolução favorável me sorriu. Entretanto, se dificuldades foram relembradas, grandes alegrias não podem ser esquecidas. A primeira delas veio do Departamento de Cirurgia, não pelo comparecimento da grande maioria dos seus componentes, em período de férias, mas, também, pela emocionante unanimidade na votação das suas resoluções que ficarão eternamente gravadas em meu coração. Sim, porque o grande valor por mim emprestado ao comparecimento dos colegas possibilitando a realização das sessões, decorreu do grande interesse em submeter-me ao concurso no mais breve espaço de tempo permitido pelos Estatutos, a fim de poder retornar ao ritmo habitual de vida. Quanto a haver concorrência, julgo um fato normal e mesmo necessário ao atendimento do verdadeiro espírito universitário, desde quando ocorra entre pessoas igualmente credenciadas. Os mesmos agradecimentos podem ser repetidos em relação ao comparecimento e unânime votação dos presentes à reunião da nossa Congregação, lucidamente presidida pelo Prof. José Maria de Magalhães Neto. Também ao Conselho Universitário, em cuja sessão, a despeito de um voto contrário à resolução que havia sido aprovada pela nossa Congregação, teve sabor de unanimidade, permitindo imediata realização do concurso. Não poderia deixar de realçar a conduta de Vossa Magnificência, Senhor Professor Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa, pelo equilíbrio, eqüanimidade, coerência de atitudes, franqueza e lhaneza no trato, ao lado da enérgica tranqüilidade com que tem agido nos momentos necessários, qualidades estas que o fazem merecedor do apreço e do reconhecimento de todos os seus comandados.

Desta forma, estamos aqui comemorando múltiplos acontecimentos, centrados por uma vitória que é menos pessoal e mais da medicina bahiana, pela oportunidade de comprovação do seu alto índice de desenvolvimento.

Novas responsabilidades e novos desafios não me atemorizam. O tempo de espera e as lutas encetadas, proporcionaram maiores conhecimentos, maior vivência de problemas complexos e, conseqüentemente, maior serenidade para enfrentar situações vindouras. Objetivos tímida e dificilmente postos em prática poderão, sem dúvida, ganhar força e amplitude.

Aumenta a minha responsabilidade uma tradição de família, iniciada pelo meu avô materno, Dr. João Batista de Sá Oliveira, que desempenhou as funções de preparador de anatomia (cargo correspondente ao atual Professor Assistente), entre 1891 e 1899, quando faleceu em plena atividade. Continuado pelo Prof. Eduardo de Sá Oliveira, que ingressou na nossa Faculdade, em 1934, aposentando-se vinte e seis anos depois e pelo Prof. Augusto da Silveira Mascarenhas que, no período de 1950 a 1979 exerceu a cátedra e atingiu as posições de Vice- Reitor e de Reitor desta Universidade. Criado como fui, em íntimo contacto com médicos, pois são vinte os parentes próximos que abraçaram esta profissão, também a eles — os mais velhos — devo a execução do que me ensinaram e, aos mais jovens, o estímulo e o exemplo.

Além dessa tendência familiar para o estudo da medicina, mais uma responsabilidade se me afigura, a de haver pertencido a duas grandes "Escolas Cirúrgicas". A do Prof. Eduardo de Sá Oliveira, onde iniciei os primeiros passos, ao ser admitido como interno passando a Assistente Voluntário, função desempenhada gratuitamente durante dois anos, quando então fui indicado para as funções de Professor Assistente. O seu substituto, o Prof. Fernando Freire de Carvalho Luz, aperfeiçou e ampliou os meus conhecimentos e desenvolveu uma "Escola Cirúrgica" respeitada em todo o país. Tornou-se, nesses vinte e oito anos de convivência ininterrupta, em mestre, companheiro e amigo e a depender do momento, em pai, irmão e filho.

Agora, ao chegar à Congregação da veneranda Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, estarei sentado ao lado dos maiores e mais íntimos amigos, alguns dos quais foram meus professores, outros, colegas de turma, e, também, ex e atuais alunos. Estes amigos constituem a quase totalidade desse colegiado. Pelas profundas vinculações afetivas e profissionais que nos ligam, sabem eles que

— abomino a mentira
— repudio a omissão e a intromissão indébita
— desconheço o medo
— condeno o revanchismo e
— me emociono com a gratidão

A tolerância, a compreensão, o entendimento, o espírito de conciliação, a força da razão, o trabalho em equipe, o estímulo aos mais tímidos e a discreta contensão dos mais afoitos, o amor ao trabalho e a responsabilidade no cumprimento do dever comporão a tônica da minha atividade diária, por considerar que a liderança não deve ser imposta, porém sentida, não em razão do cargo ou função e sim da experiência, do conhecimento e das atitudes.

A nossa disciplina conta com um grupo jovem, cheio de sonhos e de esperanças como foram os meus ao ingressar nesta instituição. Dar-lhes-ei todo o incentivo e apoio nos seus anelos de progresso, desejando firmemente que cada qual em particular, e o grupo em geral, alcancem a justa e merecida evolução e ultrapassem quem vos fala com a franqueza e sinceridade indispensáveis a um perfeito entendimento entre homens com objetivos e anseios coincidentes,

Concretizando-se esta vontade, cumprirei, pelo menos, uma das obrigações de que me julgo devedor, qual seja a de manter a continuidade das "Escolas Cirúgicas" a que tive a honra de pertencer e, assim, concorrer para a manutenção do respeito e tradição desta, que foi a primeira escola médica do país e hoje é considerada como uma das melhores, pelo alto padrão científico e moral do seu corpo docente, padrão esse que se reflete no cenário médico nacional de forma muito destacada através os profissionais médicos da Bahia.

A Universidade não é e não pode ser um simples lugar onde procuramos meios complementares de subsistência. Ao contrário, deve representar o ponto de convergência do nosso interesse e, porque não dizê-lo, do nosso sacrifício.

A ciência não comporta atividades estanques. Estimularei, tanto quanto possível, o entrosamento da minha com as demais disciplinas e serviços. Ainda mais, procurarei a colaboração das demais unidades da UFBA e de outras universidades para a realização de atividades e aperfeiçoamento do pessoal docente. Só assim poderemos almejar um progresso amplo e impessoal.

Julgo que a pesquisa é indispensável ao desenvolvimento das potencialidades do corpo docente e um fator de agregação e de ativação, porquanto a rotina como desempenho exclusivo do magistério leva ao desinteresse e à evasão de valores, já que o estímulo pecuniário inexiste na universidade brasileira.

Julgo, também, que a Universidade deve ocupar um lugar de vanguarda na sua região de influência. Não concebo que os estudantes de medicina, no particular, possam completar o seu curso desconhecendo os progressos alcançados pela ciência médica, pela cibernética a seu serviço, pela engenharia aplicada, pela evolução da pedagogia e que não sejam aplicados os processos audio-visuais modernos, permitindo melhor aprendizado por maior número de jovens. Considero inaceitável que os recém-formados venham a tomar conhecimento desses progressos graças à iniciativa de organizações privadas ou às suas próprias custas, o que poderá determinar o surgimento de problemas da maior gravidade, prejudiciais

não só ao profissional mas, também, à classe médica em geral.

Idealista que dedicou a maior e melhor parte da sua existência à nossa querida Faculdade e, em conseqüência, a esta Universidade, sabem todos da firme disposição que me anima, não diferente daquele que vos estimula Magnífico Reitor, senhores professores, alunos e funcionários, qual seja a de defender a dignidade desta Instituição, da nossa querida Faculdade de Medicina, em particular, e das suas congêneres, que se corporificam como as mais genuínas fontes do saber.

E por isto mesmo,

Creio na Universidade sem personalismo

Creio na Universidade composta de homens com atitudes claras e definidas, sem tergiversações

Creio na Universidade que valoriza aqueles que bem a servem

Creio na Universidade que escolhe os melhores para se situar entre as melhores.

Creio na Universidade independente e livre

Creio na Universidade aberta a todos os valores humanos

Creio na Universidade que ensina pelo exemplo, o amor à ciência, às artes e à ética

Creio na Universidade de vanguarda que estimula o progresso

Creio na Universidade que atende aos anseios da comunidade

Creio na Universidade que serve à pátria digificando o saber!

Muito obrigado.

ASPECTOS NEUROFISIOLÓGICOS DA GLIA

Plinio Garcez de Sena*
Antonio de Souza Andrade Filho**

INTRODUÇÃO

Em 1846 Virchow denominou a substância existente entre os neurônios, de glia ou cola de nervo. Posteriormente Deiters identificou corpúsculos ou células na substância intersticial. Quarenta e sete anos mais tarde, precisamente em 1893, Andriezen descreveu, pela primeira vez, os astrócitos fibrosos e protoplasmáticos.

No início deste século, Cajal, utilizando o método da impregnação argêntica, aprofundou os conhecimentos sobre o astrócito, denominando-o "terceiro elemento". Este seria mais tarde subdividido pelo pesquisador Del Rio Hortega em Oligodendrócitos e micróglia.

Nos últimos cinquenta anos tem-se observado um crescente interesse pelo estudo da fisiologia da glia. Por outro lado, a conclusão das pesquisas relacionadas com as células de animais vertebrados e invertebrados "in vivo" e "in vitro" processadas mediante técnicas da microscópia eletrônica, da radioautografia, da histoquimica, da microquimica e da estimulação por microeletrodos, têm contribuido para o esclarecimento dos novos conceitos concernentes à glia. Todavia, apesar do recrudescimento das experiências com técnicas sofisticadas, os subsidos alusivos à glia ainda estão a merecer pesquisas mais acuradas.

ASPECTOS ANATOMOFISIOLÓGICOS

As células da glia constituem 50% do volume do cerébro, representando, consequentemente, tecido de ampla distribuição no sistema nervoso. Convém recordado serem as células gliais responsáveis pelas funções vegetativas dos neurônios.

De acordo com as conclusões a que chegaram Gomiroto e Hyden, tem-se hoje conhecimento da existência, na doença de Parkison, da alteração da estrutura do ácido ribonucleico, da glia, além do aumento da adenina e citosona. Sabe-se igualmente que a referida substância nervosa — a glia — tem origem no folheto embrionário do ectoderma.

De acordo ainda com a opinião de Del Rio Hortega, existem dois tipos de

* *Professor Titular de Neurologia da Faculdade de Medicina da UFBa.*
** *Professor Assistente de Neurologia da Faculdade de Medicina da UFBa.*

glia: a verdadeira e a falsa. O tipo verdadeiro diz respeito as células glioepiteliais do epéndima, sendo a macroglia uma variedade desta oligodendroglia. Registre-se, por sua vez, que a variedade falsa é denominada de microglia, em função de duas razões, a saber: a origem embrionária das células da macroglia e a idêntica significação dos elementos celulares do sistema reticulado endotelial. De outra parte, sabe-se qua a macroglia é formada por dois tipos de células, respectivamente conhecidas por astrócitos protoplasmáticos e astrócitos fibrosos.

No que tange ao termo astrócitos, trata-se de uma denominação devida a R. Virchow. Quanto as caracteristicas dos astrócitos protoplasmáticos valem assinalar as abaixo discriminadas: abundância da referida formação na substância cinzenta dos centros nervosos, seguida de prolongamentos curtos e ramificados: núcleo acentuadamente grande, rico em grânulos de cromatina, com aspecto ovalar ou irregular e citoplasma escasso e esponjoso, destituido de diferenciação fibrilar, constituido por numerosas mitocondrias, apresentando forma ovoide mais frequente nas proximidades do núcleo, embora também existindo nos prolongamentos celulares. É possivel distinguir-se de acordo com as suas relações, três tipos de astrócitos.

a) As células que estão em intimo contacto com a parede vascular (satélite vascular).

b) As células que se colocam em estreito contacto com a superficie do neurônio ao nível do corpo (satélites neuronais).

c) As células que se colocam a certa distância do corpo neuronal.

Quanto ao astrócito fibroso, sabe-se que é mais abundante na substância branca, embora também exista na substância cinzenta, porém, em menos proporção, concentrando-se abaixo da piamater. Diferenciam-se dos astrócitos protoplasmaticos por serem de maior tamanho, além de possuirem 20 a 40 prolongamentos muito longos, bem assim pouco ou nenhuma ramificação.

Tais prolongamentos, encerram, por sua vez fibrilas especiais — as denominadas gliofibrilas, as quais percorrem todo o soma celular.

Os astrócitos fibrosos possuem pés sugadores maiores do que os dos astrócitos protoplasmáticos, enquanto as células astrócitoriais são independentes e seus prolongamentos entrelaçam-se sob a forma de plexo.

As oligodendroglias identificadas por Del Rio Hortega são elementos gliais encontrados em todo o sistema nervoso, quer na substância branca, quanto na cinzenta.

ASPECTOS ELETROFISIOLÓGICOS

São atribuidas à glia inúmeras funçãoes, embora algumas delas ainda sejam

insuficientemente estudadas. Os astrócitos apresentam prologamentos semelhantes a pediculos, estabelecendo contacto tanto com os capilares quanto com os neurônios. Tal circunstância, permite a conclusão de que essas células são intermediarias e responsáveis pelo transporte de substância nutridoras dos vasos sanguineos para os neurônios.

Ademais disso têm uma função estrutural de suporte, um desempenho metabólico, além de uma atuação isolante visando a impedir interação entre os elementos neurais. Trata-se de prática da atividade neural, vez que os potenciais de repouso das células da glia pode ser influenciados pelos impulsos nervosos ocorrentes nas vizinhanças. Tais células apresentam potenciais de repouso elevado, comportando-se como perfeitos eletrodos de potássio.

Estas respondem de acordo com a equação de Nermst, quanto a concentração externa de K+ é alterada e sua permeabilidade a outros ions do K+ parece ser minima.

As pesquisas demonstram que o potencial de ação atua em fibras nervosas amielinicas de pequeno diâmetro. As do nervo óptico influenciam os potenciais da membrana das células da glia, situadas na vizinhança.

A ocorrência deste potencial de ação provoca uma liberação da fibra nervosa, oportunidade em que esse ion se acumula no lado externo da membrana das células da glia, depolarizando-a.

Tal efeito torna-se maior se a concentração de potássio no banho iônico estiver baixa, e menor se a concentração de potássio estiver elevada.

A suposta influencia glial sobre a regeneração do nervo tem sido objeto de vários estudos.

Observa-se que uma lesão nos sistemas nervosos central e periférico, provocando degeneração neural, propicia a ativação da glia, pois suas células e seus prolongamentos proliferam exuberantemente tendendo mesmo a ocuparem os espaços deixados pelos neurônios degenerados. Parece não existirem evidências fisiológicas consistentes capazes de explicar o desempenho nutricional das células gliais, apesar das investigações que se vêm desenvolvendo através dos tempos.

Um tipo de célula da glia — o oligodendrócito — parece ter um importante desempenho na formação da mielina. Durante o desenvolvimento embrionário, os oligodendrócitos se ligam aos axônios para a formação da mielina. Essa propriedade mantém-se durante o curso de toda a existência, comportando-se de modo semelhante à recuperação nas lesões da desmielinização.

Sintetisando, é possivel dezer-se que a função da glia na eletrogênese depende de três elementos, a saber:

a) O grande volume ocupado pelas células gliais aproximadamente igual a das células nervosas.

b) A intimidade da relação da superficie com as células nervosas (o espa-

ço é de 100-200 Å);

c) A propriedade elétrica destas células é a de manter possiveis resistências e capacitância (Wardell, 1966).

Este potencial de despolarização representa um equilibrio no valor igual a 25 mv, sendo que acima dele é devido a deferenciação de K+ entre o meio intracelular e extracelular das células nervosas. Se comparadas com o neurônio, as células gliais não mostram atividade intrinseca com tecnicas de exame de microeletrodos.

Por outro lado, a atividade elétrica extrinseca é influenciada pelo desempenho do neurônio com o qual ela esta em íntimo contacto, quando submetido ao tempo de despolarização, iniciado rapidamente (Orkand e Cols, 1966), embora com duração muito longa (1-2 segungos). A atividade neuronal é um fato muito importante na qual a despolarização é transmitida de "Degrán em Degran" próximo as células gliais.

Nestes diferentes fatores gliais são conectadas elétrica e tridimensionalmente, numa forma de rede, com numerosos contactos de baixa resistência elétrica. (Gray 1961,1964). O potencial extracelular da região é mais particularmente da superficie do cortex, sendo o resultado da soma algebrica das duas populações de células. O neurônio é responsável por variações rápidas de potenciais, com diferentes polaridades e formas de ondas; as células da glia despolarizaram sob a sua influência, suavizando os detalhes de integração.

RESUMO

Os autores fazem uma extensa revisão bibliográfica sobre a anatomia, a fisiologia e a elètrofisiologia da glia. Discutem os aspectos controvertidos do tema e assinalam que apesar das tecnicas sofisticadas já existentes, muitos conhecimentos sobre a glia ainda carecem de melhor elucidação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A. REMOND – Handbook of EEG and clinical neurophysiology 2B-44-28-60. vol. 2. 1974.

2. CASAS; A. P; GONZALEZ, M.E.B. El tejido nervioso, Morfología, estrutural y función de los centros nerviosos, capitulo 31 vol. 1 – 2ª edicion 354-366 (1975).

3. GROSSMAN, G.R. The glia – Scientific Foundations of Neurology. 9-18. (1972).

4. EYZAGUIRRE, C.; FIDONE S.J. – Elementos de suporte do Sistema nervoso central – vol. I. In: Fisiologia do Sistema Nervoso 2ª Edição – 370-373. Cap. 26. 1976.

5. HERNANDEZ, A.M. Glial Localization in Brain – Science, vol. 195, 1356-1358. (1977) March.

6. CREUTZFELDT, O. Handbook of EEG and clinical neurophysiology, 2A-5, 2A-25 vol. 2 (1976).

7. DONDEY, M. and Gaches, J. – The role of the glia in eletrogenesis. In: Handbook of EEG and Clinical Neurophysiology. 114-12A vol. 11, 1977.

8. SMITH, M. H; BEESLEY; A. R. Pratical Neuropathology, 24 (1974).

VASCULOPATIA DIABÉTICA

J. Leocádio (*)

Conforme ressaltou Knud Lunddbeck (22) inaugurando a 2ª Conferência de Capri, 1971, Marchcl Calvi, em 1964, em volumoso livro — *Les accidents diabétiques* — estabeleceu a relação entre o dismetabolismo e a vasculopatia. Desde então o assunto vem ganhando importância, a ponto de Bacch e Strandness (5) afirmarem que as mais relevantes causas de morbidade e mortalidade no *diabetes mellitus* estão relacionadas com a doença vascular.

Do ponto de vista estrutural a arteriopatia diabética (não consideramos aqui o sistema venoso) não difere da esclerose vascular dos não diabéticos, apenas as lesões são mais extensas e acentuadas naqueles, quando comparamos grupos comparáveis de indivíduos.

Do ponto de vista anatômico distinguimos nas

Complicações vasculares do diabete

A — Macrovasculares
1) Arteriosclerose
2) Esclerose de Monckeberg, medionecrose, calcificação da média
3) Arteriosclerose

B — Microvasculares (lesão capilar)

Três tipos de sesão são descritos na

Arteriosclerose
1) Hialinização da íntima
2) Hiperplasia endotelial
3) Hipertofria da média

Todos estes tipos de alteração vascular conduzem a um denominador comum — *a insuficiência circulatória* — que após um período assintomático derá lugar a uma sintomatologia correspondente ao órgão tributário do vaso lesado.

Nos membros inferiores foram descritos os seguintes estágios evolutivos por Fontaine (30).

(*) Professor da Escola de Medicina e Saúde Pública — Titular da Cadeira nº 28.

1) Assintomático
2) Claudicação intermitente
3) Dor de repouso (fase petrófica)
4) Fase trófica (necrobiose)

Diagnosticar precocemente a insufiência circulatória (IC) nos membros inferiores deve ser preocupação de angiologistas, nutrólogos e clínicos gerais, a fim de evitar ou retardar o surgimento da gangrena diabética.

A propedéutica física é aqui utilíssima, Já a *inspeção,* mediante as alterações de coloração da pele (palidez, cianose, trofismo, estado dos fâneros) nos permite rapidamente concluir preexistência de distúrbio circulatório. Dermatoangiopatia diabética e *necrobiosis lipodica diabeticorum* são facilmente diagnosticadas. A *palpação* das artérias (femoral poplítea, tibial posterior, pediosa), com verificiação de amplitude das pulsações e estado das paredes, nos fornece indicações preciosas. As alterações de *temperatura*, frieza, nos casos de acentuada redução do fluxo sanguíneo, ou hipertermia, quando sobrevem infecção complicando o processo obstrutivo, são também percebidas. A *escuta* dos troncos arteriais calibrosos, mediante percepção de sopro, permite localizar segmentos arteriais estreitados.

Provas desarmadas podem auxiliar o médico nesta pesquisa da insuficiência circulatória:

1) O aparecimento de palidez, frieza e formigamento nas mãos, quando o indivíduo levanta diversas vezes um peso — *sinal de Oehler* (2). Samuels, fazendo o paciente abrir e fechar a mão levantada, durante 30" a 1 minuto, ou executar movimentos de flexão e extensão do pé, o membro inferior fazendo ângulo de 45º com o plano horizontal, verificou que os portadores de arteriopatia obstrutivaapresentavam marcada e persistente palidez, ao contrário dos indivíduos normais onde era mantida a coloração das extremidades ou só se manifestava leve e fugaz palidez (2).

2) A determinação do *ângulo de suficiência circulatória* que se pesquisa nos membros inferiores, o paciente em decúbito dorsal, mediante elevação de um destes. Haverá palidez tanto mais extensa e acentua quanto mais cerrada for a obstrução. Abaixando-se o membro lentamente, determina-se em que altura se restabelece a coloração. A esta altura, o ângulo formado pelo membro e a vertical , chama-se *ângulo de suficiência circulatória,* de abertura tanto menor quanto mais acentuada a insufiência vascular.

3) *Rubor de declive*. A observação do paciente sentado, pernas pendentes, permite perceber, na vigência de remora circulatória, uma coloração cianótica (vermelho vinhosa).

4) *Tempo de recuperação da cor.* Qualquer membro que esteve levantado tarde a recuperar a coloração, quando posto pendente: 5" para os superiores;

10" para os inferiores. Aumenta o tempo de recuperação da cor, quando existe processo arterial obstrutivo.

5) *Prova de enchimento venoso de Collens.* Observar os membros inferiores do paciente ao passar rapidamente do decúbito dorsal para a posição sentada. O tempo decorrido entre o início desta e o começo do enchimento venoso não ultrapassa 10" nos indivíduos normais. Varizes prejudicam a prova.

A medida da tensão arterial nos membros inferiores com o Doppler (v. adiante) é recurso propedêutico valioso. Sua comparação com a dos membros superiores bem como entre ambos os membros inferiores pode nos trazer esclarecimentos de grande valor prático, mostrando tensão bem mais baixa do lado do processo obstrutivo.

A medida das tensões supramaleolar e braquial (normalmente aquele igual ou maior que esta) permite determinar o índice de pressão, igual ou superior à unidade (5,8), no indivíduo hígido.

Dispondo-se de 4 manguitos, dois na coxa e dois na perna e escutando-se, com o Doppler, pediosa ou retromaleolar, uma diferença tensional de até 20 mm Hg é considerada normal. Acima de 30 mm é fracamente patológica (8). Com esta técnica, da determinação do gradiente de pressão segmentar, localiza-se o processo arterial obstrutivo.

Outras técnicas baseadas na tensiometria são a determinação do *índice isquêmico* e do *quociente de amortecimento proximal* (8).

O emprego de termômetros cutâneos nos informa sobre a *temperatura* da pele nas regiões examidas: diminuída em comparação com as partes homólogas, quando insuficientemente irrigadas, aumentada de McClure Aldrich, da vasodilatação provocada por meio do calor aplicado à distância a ser estudado, da reação cutânea à histamina, da hiperemia reativa (14).

A dopplerometria, aplicação do ultrassom, é metodo incruento que permite medir a velocidade do fluxo arterial, as ondas sonoras refletidas pelos elementos figurados do sangue podendo ser registradas em gráfico. A interpretação destes permite localizar o processo obstrutivo e, em se tratando de método não invasivo, a repetição, num mesmo paciente, fornece importantíssimo informe quanto a evolução do processo (8).

A *oscilometria,* cujo índice é uma medida de quantidade de ssangue que entra no membro, a cada sístole cardíaca, de há muito é utilizada na propedêutica das vasculopatias. A elasticidade da parede arterial influencia decisivamente o referido índice.

A *arteriografia,* mediante opacificação do sangue aos raios-X, fornece um decalque da luz dos vasos, mostrando a localização e extensão do processo arteriosclerótico.

Toda a propedêutica acima é utilizada para o diagnóstico das lesões macrovasculares. As alterações microvasculares, da rede capilar, são apreciadas mediante a capilacrospia. No diabete, uma série de modificações têm sido descritas desde o início do mal (29). Além do espessamento da membrana basal, alterações morfológicas diversas são evidenciadas ao exame capilaroscópico. Em nosso meio, merece ciatação especial o Prof. Berardinelli (6) que, a propósito de um caso grave de diabete, em publicação de 1939, reproduziu alguma das imagens capilacroscópicas descritas mais modernamente.

De longa data é conhecido o espessamento da membrana basal capilar e se afirma a existência de uma correlação inversa entre este e a perfusão textrina. Esta alteração capilar já existe no prédiabete (29).

Antes de se aprofundarem os conhecimentos das alterações vasculares nos diabéticos, desde 1920 (15), têm-se enfatizado as relações entre diabete e aterosclerose. A grangrena diabética era dado especial relevo entre os tratadistas. Melhor compreensão do assunto levou os estudiosos a falarem da *vasculopatia diabética,* integrando esta, não a lesão de artérias e arteríolas, mas também a *complicação microvascular,* a lesão capilar.

O aprimoramento semiótico permitiu o diagnóstico precoce da insuficiência circulatória arterial, estabelecendo-se assim um *período assintomático* na história natural da vasculopatia diabética, nos membros inferiores. Numa segunda fase surge a dor após esforço, isto é, após marcha de maior ou menor extensão, conforme a redução do fluxo arterial, vale dizer, conforme o grau de insuficiência circulatória. O indivíduo é obrigado a interromper a marcha, com o conseqüente alívio do sofrimento que se repetirá ao retomar a caminhada. É a chamada *claudicação intermitente.* Agravadas as lesões, o paciente chega à chamada *fase prétrófica,* em que tem dor, mesmo em repouso, palidez, frieza, diminuição da força muscular, mesmo nas áreas insuficientes irrigadas.

Por fim, a *fase trófica,* com necrose dos tecidos. Esta tem início com o enegrecimento de pequena área cutânea que aumenta de extensão, mais ou menos rapidamente. Isto ocorre, nos pés, nas zonas de mais atrito com os calçados. Na ausência de infecção, vamos verificar o clássico quadro da *gangrena seca,* em que um pododáctilo, completamente negro, se mumifica. Aparecerá posteriormente um sulco de delimitação entre tecidos necróticos e sãos.

Ocorrendo infecção, seja desde o início ou após um período de *gangrena seca,* em torno da placa desta ou em toda a zona isquemiada, ter-se-á um edema inflamatório: calor, coloração vermelho vinhosa. Surgirão na zona comprometida placas azul-escuras, formação de bolhas, flictenas que darão a líquido amarelado ou sero-hemorrágico, após rotura, deixando perceber-se um fundo necrótico. Passa então a drenar líquido malcheiroso e mesmo pus em vista da formação de "verdadeiros fleimões plantares" (23).

Escudero (2) classificou os portadores de gangrena diabética em dois gurpos: 1) Com circulação arterial insuficiente, com ausência de pulsações da pediosa, tibial posterior e até da poplítea e ausência de oscilações ao pachon; 2) Com circulação arterial suficiente, em que se palpam os referidos pulsos e há francas oscilações ao Pachon. Neste grupo predominam as lesões dos vasos periféricos.

Com base em 50.184 cutópsias conculiu Bell (29), em 1957, ser a gangrena dos membros inferioes 53 vezes mais freqüentes emdiabéticos e 71 vezes em diabéticas que em indivíduos normoglicêmicos. Em estatísticas de admissões hospitalares a gangrena varia de 3,1 a 13%, segundo Joslin et al (16).

Investigações clínicas mostram, na população geral, ser a arteriosclerose obstrutiva dos membros inferiores mais freqüente nos homens que nas mulheres (29), sendo 7 vezes em homens diabéticos e 30 em mulheres que entre os não portadores de dismetabolismo glucídio. A diferença desaparece quando se determina a percentagem de casos de arteriosclerose obstrutivo em diabéticos de ambos os sexos (29).

Mais recentemente, Beach e Standness (5), com acurada propedêutica, estudaram 520 voluntários que haviam recebido o diagnóstico de *diabetes mellitus,* em conceituados centros médicos e conseguiram detectar a ASO dos membros inferiores em 34% dos casos de diabete não insulino-depenentes (NIDDM) e 18% dos casos de diabete insulino-dependentes (IDDM). A prevalência da ASO dos membros inferioes aumenta 7,5% por década, nesta casuística, em avaliação global. A prevalência foi maior de 1,5 a 3,3 vezes, entre os hipertensos. O tabagismo também se mostrou maléfico para a circulação dos diabéticos: prevalência de ASO em 38% dos fumantes em comparação com 19% dos não fumantes em comparação com 19% dos não fumantes; 28% das fumantes em contraposição a 15% das não fumantes (5).

Para Melton et al (29), num estudo em 1.073 diabéticos, no período de 1945-69, em Rochester, Minnesota, com uma incidência de 8% de vasculoparia, por ocasião do diagnóstico, ao termo de 10 anos de evolução da desregulação glicêmica, 15% dos pacientes apresentavam ASO periférica, cifra que subiu para 45% aos 20 anos de evolução do mal.

A lesão dos pequenos vasos da pele conduz ao quadro da dermatoangiopatia diabética, à formação de microescaras e à *necrobiosis lipodica diabetucorum.*

Como os vasos sangüíneos, a árvore coronária não é poupada no diabete. De há muito se sabe da maior incidência do enfarte do miocárdio entre os portadores desta enfermidade que na população geral. Enquanto nesta, a relação é de 1 mulher para 3 ou 4 homens, nos diabéticos a relação se modifica — 1:1 (10).

Há cerca de 30 anos, contando com a colaboração de 16 hospitais, o *Commitee on Anticolagulants* da *The American Heart Association* encontrou 11% de diabéticos em 1.014 casos de tormbose coronária estudados (35), enquanto em várias populações a freqüência tem sido estimada em 3 a 4%. Sabe-se que é entre os diabéticos com neuropatia autônoma que se encontra a maioria dos casos de enfarte do miocárdio sem dor (28).

Grande interesse vêm deseprtando os casos de insuficiência cardíaca em diabéticos sem lesão orovalvular ou coronáriopatia (mesmo em estudos post-mortem). Alguns pesquisadores têm explicado a falência miocárdia como conseqüente a lesão microvascular (5, 25), assinalada já na fase de *diabete químico,* em biópsias miocárdias, o material colhido no curso de intervenções cirúrgicas de revascularização (5). Outros admitem a possibilidade da disfunção miocárdia ser causada diretamente pelo dismetabolismo. Tratar-se-ia portanto de uma *miocardiopatia diabética* específica.

O problema da arteriosclerose tem conotações íntimas com o metabolismo das lípides, tanto assim que as hiperlipidemias figuram ao lado da obesidade, diabete, hiperpiese e tabagismo como fatores reversíveis maiores de risco coronário.

As lípides têm sido fracionadas por métodos diferentes de investigação. Foi a utilização destes métodos que permitiu a Fredrickson classificá-las, relacionando suas alterações e estados mórbidos verificados em clínica humana. É a *Classificação das Hiperlipidemias e Hiperlipoproteinemias* (34) amplamente conhecida há mais de um decênio. Utilizando a inspeção do soro, ultracentrifugação, electoforese das lipoproteinas, dosagem do colesterol e triglicérides, Frederickosn e colaboradores estabeleceram 6 tipos de alterações lipídicas do soro com correspondência em patologia humana:

Tipo I– Hiperquilomicronemia
IIa– Hiperbetclipoproteinemia
IIb– Hiperbeta e prébetalipoproteinemia
III– Betclipoproteínas flutuantes
IV– Hiperprébetalipoproteinemia
V– Hiperprébetalipoproteinemia e hiperquilomicronemia.

A ultracentrifugação se distinguem: quilomicrina, lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL), lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e lipoproteínas de alta densidade (HDL), frações cujo peso específico oscila entre 0,95 e 1,21.

O tipo II (com hipercolesterolemia) e o tipo IV da classificação de Fredrickson são os mais relacionados com a arteriosclerose (9). A hiperprébeta-

liproproteinemia (VLDL) se relaciona com uma tendência ao diabete, mesmo em se tratando de indivíduos com resposta normal à prova de sobrecarga hidrocarbonada (7). É evidente, portanto, que face ao um caso de vasculopatia diabética, deve o clínico investigar o metabolismo lipídico do mesmo.

Em qualquer fase da vasculopatia não se descuidará o clínico do controle da glicemia, o tratamento médico (dieta, drogas entidiabéticas) visando a manter o pacientes metabolicamente equilibrado. Todo empenho em evitar as doses excessivas, pois a hipoglicemia é nociva para estes pacientes.

Deve haver maior rigor na restrição de hidregos de carbono nos casos com padrão dislipidêmico dos tipos IIb, III e IV da classificação de Fredrickson (4).

Na dieta, entre as fontes de proteínas, nãoe esquecer o peixe, rico em ácido eicosapenicenóico, que baixa a viscosidade sanguínea. Os esquimós, que comem muito peixe, raramente têm acidentes trombóticos (17).

Recorrer às drogas hipocolesterolemiantes e hipertrigliceridemiantes: oxandrolona, heparina, clofibrate, ácido nicotínico, colestiramina probucol (4, 27).

Nas fases *prétrófica* e *trófica* recorrer aos analgésicos, e em qualquer fase de ASO aos vasodilatadores, seja aos de ação musculotrópica (tipo papaverina), seja aos bloqueadores alta (alcalóides do esporão de centeio), aos estimuladores dos receptores beta (bametan), às drogas não cutônomas (cincrizina), drogas de ação múltiplas (cetiedil) (3).

O tragamento de maior efeito vasodiladador, por nós conhecido, é o O^2 intraarterial. Foi objeto de uma comunicação de André Lemaire ao 2º Congresso Internacional de Medicina de Ostende (19). De 1 a 15 minutos após a injeção, verifica-se intensa vaso-constrição. O membro torna-se pálido e frio, após o que sobrevem intensa vaso-dilatação, que o torna vermelho, rubro, a temperatura cutânea se elevando de 3 e 4 graus. A hiperemia do membro injetado pode perdurar durante meses. Nos dias seguintes, regressão ou cessação dos sintomas de insufiência circulatória. A injeção intrafemural de O^2 (13, 19, 20, 23) deve ser feita no paciente em posição de Trendelemburg (para evitar embolia gasosa centrípeta) e precedida imediatamente da injeção de novocaína a 1%, na mesma artéria (para evitar a dor despertada pelo O^2).

Admite-se a possibilidade de aumentar a circulação abaixo de uma estenose arterial:

1) Diminuindo a viscosidade sangüínea mediante abaixamento da concentração de fibrogênio com ANCROD (11), fração purificada (glicoproteína) da peçonha de uma víbora malaia.

2) Lisando coágulos — ESTREPTOKINASE

3) Usando ANTICOAGULANTES.

Não esquecer a microcirculação, incrementendo-a, mediante o aumento intraceritrocitário de ATP, que determina maior flixibilidade das hemácias. É sabido ser o diâmetro destas superior ao dos capilares. É portanto necessário que elas se deformem para transitar através dos *vasa minuta,* transportando oxigênio para os tecidos. Pentoxifilina (11, 26) e benciclan (18) são drogas que aumenta a flexibilidade e portanto a filtabilidade dos eritrócitos.

Recorre-se também à fisioterapia para obter a vasodilatação:

Calor — câmaras de ar quente com termorregulador que mantenha a temperatura entre 33 e 35ºC.

Leito oscilante de Sanders que intermitentemente porá o indivíduo com a cabeça alta ou baixa.

Aparelhos de pressão ou oclusão venosa intermitentes.

Os exercícios de Bürger com os quais, sucessivamente, o indivíduo colocará o membro inferior formando um ângulo de 45 a 60º com o pleno do leito, na vertical e horizontal.

Exercícios dos músculos distais à obstrução, visando aumentar, nos mesmos, o fluxo sanguíneo.

O portador de ASO deve elevar de 15 a 20 cm à cabeceira do leito, onde, à noite, dormirá com escarpim.

Os tecidos insquêmicos perdem a capacidade defensiva e facilmente são presa de infecção. Na vigência desta, lançar mão de antibioticos e quimioterápicos, além do tratamento local. Grandes resultados são obtidos, nas infecções dos membros inferiores com a antibioticoterapia, via intraarterial. Logra-se então um alta concentração do medicamento nos tecidos doentes, onde o mesmo permanece por tempo prolongado.

Se todas estas medidas falharem ou se mostrarem insuficientes, recorrer à *revascularização cirúrgica,* assim esquematizada por Eimar Delly de Araújo (1):

A — **Indireta**

Medicamentosa	Ação perietal
	Ação sangüínea.
Simpatectomia	Perisvascular
	Ganglionar

B — Direta

Endarterectomia	Aberta Transluminal Gás
Manchão "patch"	Homólogo Aloplástico
Embolectomia	
Dilatação transluminal	

Acrescentem-se ao esquema os métodos cirúrgicos vasculares estraanatômicos, como as derivações fêmoro-femorais, (32).

A amputação é o último recurso de que se lançará mão.

Importantíssimos na profilaxia das infecções são os cuidados com os pés. Banhá-los com água morna; enxugá-los bem, por pressão e não esfregando nos mesmos a toalha. Cuidado ao cortar as unhas — não ferir a pele. Tratar e prevenir as epidermomicoses — pós antimicóticos. Usar sapatos macios, cômodos, sem saliência no interior. Não devem ser apertados. Habituar-se gradualmente aos sapatos novos, usando-os, no primeiro dia, durante meia hora, apenas. Aumentar, posteriormente, a duração do uso, de uma hora por dia (16).

RESUMO

O A. encara a vasculopatia diabética como enfermidade do sistema arterial, macro e microvascular. Considerações são feitas sobre a gangrena diabética, atribuída, desde o século passado, a lesão dos grandes vasos. O papel do diabete na determinação da coronariopatia é aqui apreciado. Conforme conhecimentos mais recentes o A. enfatiza a lesão capilar que tem início precoce no diabete e é capaz de explicar casos de insuficiência cardíaca no curso da enfermidade, em pacientes sem lesão orovalvular ou coronária.

BIBLIOGRAFIA

1. ARAÚJO, Eimair Delly – Cirurgia das obstruções corto-ilíacas. 1º Simpósio Internacional sobre Arteriopatias.

2. ARAYA, Emilio – Aparato Vascular Periférico – El Ateneo – Buenos Aires

3. AVIADO, Domingo M. – 1º Simpósio Internacional sobre Arteriopatias.

4. BARCELLINI, Adolfo – Tratamento dietético e medicamentoso das dislipidemias. II Simpósio Nacional sobre Arteriosclerose Coronária. Ed. J. E. M. R. Sousa.

5. BEACH, Kirk W & STRANDNESS, D. Eugene – Arteriosclerosis obliterans and associated risk factors in insulin-dependent and nos-insulin-dependet diabetes.

6. BERARDINELLI, W. – Semiologia pervivascular – Oficinas Gráficas "Alba", Rio de Janeiro, 1939.

7. BERTOLAMI, Vinício – Estudo dos lipídios pela ultracentrifugação: Análise crítica. II Simpósio Nacional sobre arteriosclerose coronária. Ed. J. Eduardo M.R. Sousa.

8. BRUM, Orlando F. et al. – O diagnóstico não invasivo através da dopplero metria ultra-sônica – Clínica e Terapêutica. Vol. IX (Ed. suplementar) junho, 1980.

9. CUNHA, Gastão Pedreira – Metabolismo lipídico normal e patológico. II Simpósio Nacional sobre arteriosclerose coronária. Ed. J. Eduardo M. R. Sousa.

10. DANOWSKI, T.S. – Diabetes Mellitus – The Wiiliams & Wilkins Company, 1957.

11. EHRLY, Albrecht M. Improvement of the flow properties of blood: A new therapeutical appraach in oclusive arterial disease. Angiology 27:3, 188-196.

12. ESCUDERO, Pedro – Tratado de la Diabetes. Editor: El Ateneo, Buenos Aires, 1933.

13. FIGUEIREDO, Fernando Vaz de — Novo e eficiente método para tratamento das angio e angiolopatias. Medicina Cirurgia e Farmácia, 256 — agosto, 1957.

14. GONZALEZ, José A. Lamelas — Transtornos Vasculares Periféricos — 2ª edicion — Salvat Editores, S.A. Barcelona — Buenos Aires, 1944.

15. JARRET, Richard J. — Diabetes, Hyperglycemia and arterial disease. Blood Vessel Disease in Diabetes Mellitus V Capri Conference 7-8 IV 1971. The Publishing House "Il Ponte" — Mileno

16. JOSLIN. Elliot P. — The treatment of Diabetes Mellitus Lea & Fabiger, Philadelphia, 1946.

17. KOBAYASHI et al. — Eicosapentaenoic Acid (EPA) Lancet 2:8. 239, 25.7.1982.

18. LEDEVEHAT, C. et al — Filtrabilidade e metabolismo dos eritrócitos sob o efeito de beciclan em doentes diabéticos com macroangiopatia. Folia Angiológica 7 : 42-58, 1981.

19. LEMAIRE ' André — Le traitemene des arterites des membres. 2º Congresso Internacional de Medicina de Ostende.

20. LEMAIRE, André et al — Noveaux résultats therapeutiques des inections intraarterielles d'oxygène dans les arterites des membres inférieurs les critérites des membres inférieurs. Presse Médicale 61:71, 7.11.1953.

21. LINDER, T. & WOLLMAR, J. — Tratamiento de las arteriosclerosis obliterante de las piernas. Progressos de Terapéutica Clínica. Vol. XIX, Fasc. 1: 123, 1965.

22. LUNDBAEK, Knud — Blood vessel disease in Diabetes Mellitus. Discurso inaugural da V Conferência de Capri.

23. MAYALL, Rubens Carlos — Pé diabético. Livraria Manole — Centro Médico Oswaldo Cruz. São Paulo, 1975.

24. MELTON III, L. Joseph et al. Incidence and Prevalence of Cliniccal periperal vascular disease in a population based cohort of diabetic patients. Diabetes Care 3 : 6, Nov.-dez, 1980.

25. MOLLER, W. Therapie der peripheren Durchblutungstorungen unter Berücksichtigung einer verbesserten Methodik der intraarteriellen Scuerstoffinsuflation. Die Therapiewoche 3: 9/10, 1952/53, fev./ 1953.

26. MULLER, R. et al. – Vasculopatia e microcirculación. Tribuna Médica da Colômbia 54 : 5, 295-299.

27. NOSEDA, Giorgio – Diet and drugs in atherosclerosis Raven Press – New York.

28. PAGE, M. McB & WATKINS, P.J. – The Heart in Diabets: autonomic neuropathy and cariomyopathy Climins in Endocrinology and Metabolism 6 : 2, 377-387, julho 1977.

29. REDISH, W et al – Progress on angiology. Proceeding of the VII international and IX brezilian congress of engiology, 1973.

30. RIBEIRO, Aurélio Pinto – Quadro clínico de insuficiência arterial dos membros inferioes. 1º Simpósio internacional sobre artetiospatias

31. TAKATS, G. de – La angiopatia diabética. Progressos de Terapêutica Clínica. Vol. XIX, fasc. 1º, 116-118, 1965.

32. THOMAZ, João Batista et al. – Hipoemia, isquemia e gangrena diabética Terapéuticas cirúrgicas. Ars Curandi 15 : 2, 73-112, abril 1982.

33. WINDNER, L.K. Tratamiento de la arteriosclerosis obliter ante periférica. Progressos de Terapêutica Clínica. Vol. XIX, fase 1: 118-123, 1965.

34. WORLD HEALTH ORGANIZATION – Clasification of Hyperlipidemias and hyperlipoproternemias. 43 : 891-915, 1970.

35. WRIGHT et al. – Myocardial infarction. The American Heart Association, 1954.

36. YODAIKEN, Ralph E. – The relationship between diabete capillaeopathy and myocardial infarction: a hypothesis Diabetes 25 : suplement 2, 928-93Ç

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGACOLON CHAGÁSICO PELA TÉCNICA DE SWENSON-CUTAIT. NOSSA EXPERIÊNCIA

Jayme S. Souza*, Oddone Braghirolli Netto, Alfredo Rogério C. Lopes**, Diógenes J. Vinhaes**, Wellington A. Cavalcante**, César Reis Filho**, Marzio Azaro***, José L. Coelho**, Humberto Gesteira Filho**, Fernando C. Luz****, Geraldo Milton da Silveira****

I – INTRODUÇÃO

O megacolon chagásico constitui-se em patologia de grande interesse entre nós, devido a sua elevada frequência e pelo caráter incapacitante que pode determinar . Analisando a literatura, podemos verificar que, para o tratamento cirúrgico do megacolon chagásico, já foram utilizadas várias técnicas cirúrgicas. A operação de Swenson-Cutait (2), a qual temos utilizado desde 1960, ao lado de determinar resultados funcionais muito bons, tem apresentado baixo índice de complicações sérias pós – operatórias, em relação à técnica de S. Hiatt, anteriormente utilizada.

II – CASUÍSTICA

Foram operados pela técnica Swenson-Cutait 110 pacientes portadores de megacolon chagásico no período compreendido entre abril de 1960 e março de 1983. Verificamos que 63 pacientes eram do sexo masculino e 47 do sexo feminino. Os portadores de megacolon eram, em sua maioria, habitantes da zona rural, residindo em casas de construção rudimentar, infestadas por triatomídeos. De acordo com a distribuição dos casos, podemos verificar que há predominância na 5ª década da vida, por ocasião da primeira consulta.

Como diagnósticos secundários, merecem destaque a presença de fecaloma em 92% dos casos e também a cardiopatia que pode ser comprovada em cerca de 85%, dos pacientes que se submeteram a eletrocardiograma. Dos pacientes submetidos a estudo radiológico do esófago, verificamos alterações compatíveis com esofagopatia chagásica em cerca de 75% dos casos.

Constitui-se a eosinofilia no achado mais frequente do hemograma. A presença de ovos viáveis de S. Mansoni foi evidenciada em cerca de 40% dos

(*) Médico estagiário
(**) Professor-assistente
(***) Médico-residente
(****) Professor titular de cirurgia
Trabalho realizado na 1ª Clínica Cirúrgica – UFBa.

casos. O diagnóstico etiológico foi feito em bases epidemiológicas, evolutivas e laboratoriais. A reação de Machado Guerreiro foi positiva em cerca de 90% dos pacientes que se submeteram ao exame. O eletrocardiograma foi realizado na grande maioria dos doentes, traduzindo, como era de se esperar, as alterações compatíveis com a cardiopatia chagásica. O tempo decorrido entre os primeiros sintomas e a primeira consulta variou de 8 meses a 20 anos, mostrando a tendência do chagásico de aguardar sempre a evolução dos sintomas antes de procurar uma solução para o problema. O período máximo de obstipação ultrapassa 10 dias em cerca de 85% dos casos, sendo que um dos nossos enfermos chegou a ficar 97 dias sem evacuar.

III – TÉCNICA CIRÚRGICA

Apresentamos a seguir a metodização cirúrgica empregada no tratamento de 110 pacientes portadores de megacolon chagásico na 1ª C.C. do H.P.E.S. da U.F.Ba. Todos estes paceientes foram operados pela retossigmoidectomia abdomino-perineal com anatomose retardada (Técnica de Swenson-Cutait) (1,2).

IIIa. – PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

O preparo pré-operatório baseia-se unicamente na limpeza mecânica com solução glicerinada, administração de óleo mineral, tendo sido utilizada, nos últimos 12 meses, a solução de MANITOL "PER OS" com resultados bastante satisfatórios. Há muito, já abandonamos a utilização de antibióticos e quimioterápicos como rotina pré-operatória (3). Depois da anestesia, será colocada uma sonda vesical. Não utilizamos sonda nosogástrica de rotina.

IIIb. – TEMPO ABDOMINAL

Iniciamos o tempo abdominal através de laparotomia paramediana esquerda, indo desde o púbis até mais ou menos 5,0 cms acima da cicatriz umbelical. Após a abertura da cavidade e o afastamento e contenção das alças delgadas com compressas, procede-se a exteriozação do sigmóide, identificação dos ureteres e incisão dos folhetos peritoneais, iniciando-se próximo ao ponto determinado no sigmóide a ser abaixado, continuando até atingir a reflexão peritoneal reto-vesical no homem ou reto-vaginal na mulher.

É realizado a seguir o deslocamento dos lábios peritoneais com tesoura e gaze montada. Pinçamento, secção e ligadura dos vasos mesocolícos, preservando-se a arcada marginal até o nível proposto do abaixamento, previamente demarcado. O descolamento do reto é iniciado por sua face posterior, rente ao intestino, chegando até o assoalho pélvico. Idêntico procedimento é realizado na sua face anterior. Nas faces laterais, o descolamento também é feito rente ao intestino com ligadura dos vasos hemorroidários médios.

IIIc. – FASE PERINEAL

Após dilatação digital do canal anal, introdução do mandril do retossigmoidoscópio ou de uma pinça de MESEAUX e fixação à parede retal. A seguir, é evertido o reto e seccionado em toda sua extensão, cerca de 6,0 cm da linha pectínea. Procede-se, então, o abaixamento do colonaté que o fio que delimita o nível a ser abaixado ultrapasse cerca de 5,0 cm a borda do cilindro externo seccionado. O colon é então pinçado e seccionado com tesoura, procedendo-se a fixação da camada muscular di cilindro externo à sero muscular do interno, por meio de pontos com fio de algodão. Dois pontos lateriais são aplicados do cilindro externo a pele perineal com a finalidade de evitar eventual retração do coto reto-cólico. Após o abaixamento do colon, a equipe abdominal procede o fechamento do assoalho pélvico e a drenagem extraperitoneal do espaço pré-sacro que é mantido sob irrigação contínua durante 48 horas. No dia seguinte, é seccionado o fio que oclui o cilindro interno.

IIId. – SEGUNDO TEMPO DA OPERAÇÃO

A partir do 8º dia do primeiro tempo cirúrgico, o paciente será submetido ao segundo tempo da operação que consiste na ressecção da colostomia perineal, realizando a anastomose com fio de algodão 4-0, em pontos separados, seguida de redução digital.

IV – ALTERAÇÕES ANATOMO-PATOLÓGICAS

As alterações histológicas encontradas nas peças estudadas caracterizam-se, basicamente pela presença de infiltrado inflamatório ás custas principalmente de mononucleares, hipertrofia acentuada da musculatura do colon e variados graus de destruição dos plexos de Meisner e Auerbach, chegando a ausência dos mes-

mos em 9 casos. Obtivemos também granulomas de ovos de S. Mansoni em cerca de 40% dos casos.

V – COMPLICAÇÕES

Como complicação mais frequente a infecção urinária e a disfunção vesical após a retirada da sonda mereceram destaque. A incontinência anal temporária fio observada em cerca de 85% dos casos, porém, de resolução expontânea ao cabo do primeiro mês de pós-operatório. Observamos que, quanto maior for o intervalo entre o 1º e o 2º tempo, mais longo será o período de incontinência (5). Em cerca de 7,3% dos casos, tivemos de reabaixar o colon devido a necrose do cilindro interno, sem advento de complicações. Em um caso, realizamos anastomose colorretal baixa devido a impossibilidade de reabaixar o colon. A colostomia do transverso foi realizada em três casos por complicações pós-operatórias. O único caso de fístula perianal desta série fechou espontaneamente ao cabo de 60 dias . A infecção do espaço pré-sacro ocorreu em cerca de 7,5% dos casos, porém, com a introdução da lavagem durante 48 horas do pós-operatório, esta complicação não tem sido observada há algum tempo. Estenose da anastomose foi observada em cerca de 4,0% dos casos da série analisada, não necessitando de dilatação. Não houve o aparecimento de impotência sexual após a cirurgia. O único óbito da série ora analisada ocorreu em um paciente após o o reabaixamento por complicações cardio-respiratórias.

VI – RESULTADOS

O acompanhamento ambulatorial de pacientes operados sempre tem sido a grande dificuldade enfretada por todos os médicos brasileiros, em particular os do Nordeste. Nos pacientes chagásicos, elas são maiores porquanto são pessoas que, na sua quase totalidade, moram em zona rural, em áreas inatingidas pelo correio, têm baixo poder econômico ou inexiste índice de alfabetização. Apesar do pequeno número de pacientes analisados, esta verificação mostra resultados bons e duradores (4).

VII – RESUMO

Os autores analisam a experiência com 110 casos de pacientes operados de megacolon chagásico na 1ª C.C. do H.P.E.S. da UFBa. no período de abril de

1960 a março de 1983. Dentre as diversas operações para o tratamento do megacolon, a retossigmoidectomia adbomino-perineal é a que melhores resultados proporciona, visto que age sobre a disfunção causadora dos sintomas.

BIBLIOGRAFIA

1. BRAGHIROLLI NETO, O.; SOUZA, J.S.; COELHO, J.L.; REIS, Filho,C.; CAVALCANTI, W.; SILVEIRA, C.M. – Metodização Cirúrgica para o tratamento do megacolon chagásico. XXXII Congresso Brasileiro de Colo-proctologia. Fortaleza, 1982.

2. CUTAIT, D. E. Nova técnica de retossigmoidectomia abdominoperineal sem colostomia. Anais do I Congresso Lat. Am., II Ontern. e X Brasileiro de Proct. São Paulo, **2** : 831, 1960.

3. SILVEIRA, G.M. Chagas disease of the colon. Br. J. Surg. **63** : 831, 1976.

4. SILVEIRA, G.M. Considerações sobre o tratamento cirúrgico do megacolon chagásico. J. Brasileiro Med. **18** (2) : 111, 1970.

5. SOUZA, J.S.; BRAGHIROLLI NETO, O.; COELHO, J.L.; REIS FILHO, C.; CAVALCANTI, W.; SILVEIRA, G.M. Tratamento cirrúgico do megacolon Cahgásico. XXXII Cong. Bras. Colo-proctologia. Fortaleza, 1982.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS

Alberto Serravalle(*)

Depois de Carlos Chagas, não pôde a Medicina acrescentar senão parcos conhecimentos à doença que tem o nome do insígne patrício. Há 50 anos, de quase nada foi enriquecida essa nosologia tropical.

Repousa nos ombros dos pesquisadores atuais a ingente tarefa de desenvolver um tratamento útil, bem como a extinção das casas de sopapo ou cafuas e a do inseto transmissor domiciliar. Em 1968, Amilcar Vianna Martins chama de vergonhosa as condições de existência de grande parte da população brasileira e dos países latino-americanos, achando que somente se reformulando a estrutura rural obsoleta, pode-se quebrar o ciclo barbeiro-homem.

Doença tida como do meio rural, é também urbana, como em Salvador, tendo Leal Costa (1955) pesquisado e encontrado, no Pelourinho, ratos naturalmente infectados pelo *T. cruzi*, ao lado de triatomídeos (Panstrongylus megistus) igualmente infectados em casas rebocadas.

Pesquisas provam ser a borrifação com B.H.C., seguida de vigilância, a forma ideal de profilaxia da doença, em virtude do extermínio do barbeiro (destriatomização); assim, em Babuí, Minas Gerais, Dias (1974), nos inquéritos sorológicos realizados em 278 pessoas de área com sorologia negativa (em 1963), apenas em um caso verificou conversão sorológica no período; ainda sobre 290 escolares da área resultaram. . . 0.0% de positividade em contraste com 6.4% para a mesma faixa em 1963 e 25% em 1951; já uma sorologia paralela, com 315 escolares da zona rural de municípios vizinhos, em 1973/1974, a positividade foi de 8.6%.

Em 1960, em Santo Amato da Purificação — Bahia — por designação do então Secretário de Saúde do Estado — Dr. Jayme de Sá Menezes — o autor realizou 1.603 reações de fixação do complemento, (Machado e Guerreiro), com 324 de positividade, ou seja, um índice de 20.21%; na mesma ocasião, concluía entre outros itens, que: 1 — o grupo etário mais atingido foi de 6-11 anos com 27.12% de positividade; 2 — as zonas expurgadas pelo DNERU apresentavam pequena incidência do inseto transmissor; 3 — há necessidade, urgente, das autoridades sanitárias desencadearem uma campanha séria para a erradicação da doença.

Mais recentemente, 1982, a Sucam publica dados do seu inquérito

(*) Titular da Cadeira nº 38 desta Academia. Professor-adjunto da Faculdade de Medicina da UFBa.

(1976/1978) em 336 municípios baianos, com uma positividade, entre os autóctones, de 58.5%, colhida em 4.563 amostras. Abaixo transcrevemos aqueles municípios onde a positividade foi de 80% ou mais (reação de fixação do complemento).

ANTÔNIO CARDOSO	86.7%	ITIÚBA	82,4%
BAIANÓPOLIS	82.4%	ITUAÇU	85.7%
BRUMADO	100.0%	LICÍNIO DE ALMEIDA	91.7%
CANDIBA	80.0%	MARAGOGIPE	81.3%
DOM BASÍLIO	84.8%	MUCUGÊ	100.0%
ENCRUZILHADA	85.7%	MURITIBA	86.1%
GENTIO DO OURO	87.5%	NAZARÉ	83.9%
GUANAMBI	81.5%	OLINDINA	88.9%
IIBICOARA	88.9%	PARIPIRANGA	80.0%
IGAPORÃ	86.4%	PIATÃ	100.0%
IPUPIARA	88.5%	PINDAÍ	80.9%
RIO DO ANTÔNIO	80.9%	SERRINHA	100.0%
S. DESIDÉRIO	81.8%	TERRA NOVA	80.0%
S. SEBASTIÃO PASSÉ	83.3%	VITÓRIA CONQUISTA	80.0%

Estatística calamitosa!

Segundo Lainson e cols. (1980), no Pará, nos últimos 10 anos, foram descritos, nos subúrbios de Belém, 8 casos autóctones, região onde antes não havia a doença, o que equivale a dizer, que o desmatamento e a colonização favorecem a migração dos "barbeiros" para as residências.

Tamanha incidência daria uma correspondente de casos agudos, com complexo oftalmoganglionar, presente ou evoluindo para a forma nervosa, fatal; no entanto, o que se observa é a forma oligossintomática, desafiando a argúcia do pesquisador, com um sinal de Romaña evanescente (2 a 3 dias) ou um bloqueio cardíaco sem jamais evoluir para a forma descompensada.

A virulência das cepas de tripanosomas é assunto polêmico, estando, segundo autores, a patologia da moléstia na sua dependência. Estudos de Andrade e Andrade (1966 e 1968) mostram que as cepas y colombiana têm tropismos distintos, sendo a primeira reticulotrópica, causando intensas reações inflamatórias e, a última, miotrópica, com eleição para as fibras cardíacas e pouco envolvimento da parede intestinal. A reação inflamatória que sofre o miocárdio na doença de Chagas, por vezes é tão intensa, que não se conhece patologia cardíaca oferecendo infiltrado celular desse porte.

As reações psicossociais que atingem o portador de uma sorologia positi-

va são dignas de preocupação. Figuremos o exemplo: o médico diante de um jovem candidato a emprego, com a reação de fixação positiva, que fazer? Simplesmente não aceitá-lo? Procedendo desta forma estaremos atirando o nosso examinando à idéia de morte iminente, à uma neurosa grave, ao desemprego? Quando sabemos que apenas uma reação dá margem de erro da ordem de 4 a 30%, resultando os "falsos positivos" ou "falsos negativos". É de boa norma solicitar-se além da RFC, a da hemaglutinação e a imunofluorescência. Como também se impõe distinguir a doença de Chagas da infecção chagásica, esta sendo chamada de *forma indeterminada* da doença; é a infecção chagásica a forma oligossintomática e para a qual já foram procedidos testes ergométricos com resultados normais, comparados com indivíduos sãos. As empresas privadas ou mesmo as estatais não deverão refutar um candidato que tem resultado positivo para a doença em lide; a todos é preciso assegurar o direito ao trabalho; mesmo aos portadores de miocardite leve ou visceropatia não se pode negar emprego; naturalmente evitar-se a função de condutores de veículos, trabalhos em alturas, ou misteres que lidem com a vida do próximo.

A esperança de cura da doença de Chagas tem sido desvanecida à medida que surgem novas substâncias curativas; fazendo parte de uma gama delas, o benzonidazol, (Rochagan) é promissor para o período agudo da doença, fazendo desaparecer a parasitemia, bem como para a fase inicial dos estados crônicos, sem contudo ter alguma ação sobre as formas cardíacas ou digestivas da doença.

Reside no complexo autoridades — sociológicos — sanitaristas, a reformulação da legislação obsoleta para o campo, da melhoria das condições de habitação, do esforço conjunto sanitaristas, — proprietários agrícolas, a fim de que, ao apagar das luzes deste século, não tenhamos decepcionado as gerações vindouras, mas honrado o respeitável nome de Carlos Chagas.

DISCURSO DE POSSE (*)

Newton A. Guimarães (**)

Este é em minha vida, Senhores Acadêmicos, um momento de grandeza. E porque m'o proporcionastes, eu vos sou sinceramente agradecido.

Este é, em verdade, em minha vida, um incomparável momento de grandeza. Como haveria de ser, igualmente, sem nenhuma dúvida, na vida de qualquer médico que lograsse atingir os alcantis onde sobrepaira o conceito dignificante do vosso sodalício. E porque assim é, e para que assim seja, realmente, deve ser, também, e sobretudo, um momento de absoluta sinceridade.

A uns mais profundamente, a outros menos, a depender da sensibilidade de cada, em momentos como este, a todos envolve uma gama de variados e complexos sentimentos, que até mesmo se antagonizam na medida em que permitem a fruição de justas alegrias pelo galardão obtido, ao lado de certa nostalgia pela idéia de que possam chegar os indivíduos às instituições como a vossa, através por certo, de méritos e de serviços prestados, mas, talvez, já um tanto menos prestantes.

Quanto a mim, apresso-me a dizer-vos que além desta, outra preocupação me alcança nesta hora, a despertar-me constrangimento inevitável: é que justo quando tão generosamente me recebeis — quer agora pela palavra bondosa e suspeita, porque fraternalmente amiga de José Silveira, quer na complacente apreciação do meu currículo por esse apóstolo das letras médicas na Bahia, que é Sá Menezes — pesa-me a certeza de que duplamente estou a incorrer em vossa crítica e desagrado; primeiro, ao confessar-vos, lealmente, ter relutado em bater à vossa porta; e ademais, por vir a utilizar expressões que se afastam, certamente, do formalismo que se impõe atendido nesta Casa.

É que outras não encontro que tão precisamente traduzam as circunstâncias que afinal me trouxeram à vossa Academia, como a sentença popular que diz que "água mole em pedra dura tanto bate até que fura"...

Em verdade, deveis o que de bom ou mal vos traga doravante, à insistência, à benevolente pertinácia, à envolvente tenacidade de Silveira, cujo idealismo a serviço das causas culturais da Bahia não admite defecções, quando, mesmo equivocadamente, como é o caso, julga que os amigos possam ter alguma valia

(*) Na Cadeira nº 20, em sessão solene de 12-10-78, saudado pelo Acadêmico José Silveira.

(**) Professor catedrático da Faculdade de Medicina da UFBa, ex-presidente da Associação Baiana de Medicina.

como soldados da sua cruzada. Perdoai-me a sinceridade de dizer-vos que à sua persistência devo, preponderantemente, ter-me decidido, ao cabo, a bater à vossa porta.

Com efeito, não o fiz com o açodamento dos que se julgam merecedores de todos os títulos ou à altura de todas as láureas. Também não tardei em procurar-vos porque não desejasse a vossa companhia ou nela imaginasse sentir-me de algum modo contrafeito. Acredito vos estar prestando a melhor das homenagens contando-vos, por inteiro e com toda a fidelidade, como e porque aqui cheguei, porque e como, a princípio, relutei. É que assim procedendo, estarei mostrando-me como sou, dando-vos desde já a oportunidade de melhor conhecer-me, convicto que estou de que às instituições, associações, entidades, sociedades quaisquer, mais importante que a observância ao preceito evangélico do "nosce te ipsum" é a prática de dar-se cada um a conhecer aos demais e procurar cada um conhecer a todos, porque assim se aperfeiçoa o conjunto assimilando cada qual as virtudes dos outros, e por estes sendo influenciado na correção de suas possíveis imperfeições. Parafraseando Ruy, para quem "a Pátria não é ninguém, são todos", direi que as instituições em si mesmas não existem; o que existem são os homens que as compõem e na feição em que as compõem. Conceito que redobra em autoridade ao encontrar paralelo em pensadores de diferente linhagem filosófica, haja vista a afirmativa de Unamuno ao discorrer sobre o patrotismo: "Aonde vai o homem vai a Pátria. O supremo produto histórico é o homem; é ele o grande fato da história". Donde, lícita a conclusão: sem ele a Pátria seria uma abstração. E ainda repetindo a nunca demasiadamente citada "Oração aos Moços" — "se a sociedade não pode igualar os que a natureza criou desiguais, cada um, nos limites de sua energia moral pode reagir as desigualdades nativas pela educação, atividade e perseverança".

Portanto, e, para tanto, urge praticar, como virtude capital na vida associativa, a sinceridade. E quero exercê-lo para convosco, sem circunlóquios ou vacilações, desde este nosso primeiro encontro.

É bem de ver que não se trata, aqui, da sinceridade piegas que só é exercida quando nada se arrisca ou da sinceridade rancorosa e ressentida que transuda das conhecidas expressões com que invectivou Byron ao seu grande inimigo, Napoleão: "detesto aquele Corso, mas junto dele toda glória se apaga", ou ainda, da que se pratica à falta de opção, quando irremediável a derrota: "venceste Galileu", como reconheceu Juliano.

Não, Senhores Acadêmicos. Trata-se aqui, muito ao revés, da sinceridade mais desinteressada e expontânea, que flui do amadurecimento e cristalização de idéias e princípios, e à qual se atinge com elevação espiritual e tranqüilidade de consciência, sinceridade a Machado de Assis, que, pessimista toda a existência, proclamava, ainda lúcido, nos seus últimos instantes: "como a vida é bela"

Trata-se aqui, pois, Srs. Acadêmicos, de reproduzir-vos com honestidade e para os fins a que facilmente alcança a vossa atilada percepção o processo anímico, gradativo e dinâmico, que, afinal, sem contradição ou incoerência, levou-me da confessada relutância inicial, ao júbilo e entusiasmo com que aqui me encontro ao vosso lado.

É que, Srs. da Academia, homem para quem "a vida não passou em brancas nuvens" e que jamais desejou "em plácido silêncio adormecer" — ao contrário, por contingências existenciais e talvez muito, também, por determinantes emocionais e genotípicas esteve sempre a pelejar — inconformado ou insatisfeito — por que não reconhecê-lo — em busca de uma inatingida realização; homem assim, afeito à atmosfera das inquietudes e avesso à comodidade das omissões — perdoai-me se porventura parecer indelicado vos dizer, ao meu desconhecimento do que realmente sois e de quanto efetivamente podeis, afigurava-se algo retórico e contemplativo — a vossa Academia, ou, pelo menos, um tanto anódino para o que imagino está a exigir a conjuntura que atravessamos de uma entidade de médicos.

Doutra parte, não me tem escapado quando comparada a vida de instituições culturais da Bahia com análogas entidades alhures existentes, o acerto do talentoso político e homem de letras que foi Otávio Mangabeira, ao falar-vos do "enigma baiano".

Aqui, com que dificuldade medram as sementes da vida associativa! E se vicejam, não o fazem com solidez por muito tempo, à mingua dos apropriados estímulos, que é mister sejam iterativos e renovados, e tanto faltam porque tão pouco são os como vós, e, ao contrário, tantas as urzes e malícias, as quais, por dispensarem o amanho, invariavelmente sobrepujam a sementeira.

Pareceu-me demasiado pretensioso sentar ao vosso lado somente por fazê-lo, sem estar realmente convencido dò que poderia eu fazer, em vosso meio; dourar-me com os reflexos dos ouropéis que vos emolduram, sem ter jutificado objetivamente a conquista que tal prêmio, e, uma vez aqui, ensarilhar as armas, já que em meu equivocado entendimento respirar-se-ia neste senáculo o morno e plácido clima da cultura pela cultura, do saber pelo saber, da ciência pela ciência. . .

Mas. . . "água mole em pedra dura tanto bate até que fura". . .

A insistência de Silveira não sofria desfalecimentos; antes, redobrava a ênfase com que me convocava e estimulava a filiar-me à vossa grei.

Diga-se, a bem da verdade, ganhava ele, na empreitada, alguns adeptos da maior preeminência: Macedo Costa, Sá Menezes, Plínio Garcez de Sena, Estácio de Lima, em encontros freqüentes procuravam no mesmo sentido influenciar-me. E não esgrimiam, todos, os argumentos, apenas, da razão; também era invocada uma circunstância muito especial: abrir-se-iam inscrições para a cadeira — que

pela primeira vez se preencheria, cujo patrono era exatamente o mestre a quem sucedera eu na cátedra de Dermatologia da nossa Faculdade de Medicina.

E, quem sabe, terá sido esse o elemento catalizador, o agente sensibilizante que potencializou a dialética dos insígnes catequistas. Como quer que fosse, de mim para mim passei a excogitar: afinal, se tantos nomes e vultos preclaros, homens de prol e reconhecidamente atuantes não se tinham furtado a pertencer à Academia, a ela servindo com tanto zelo e tão confessado amor, não estaria eu, sobretudo, a posicionar-me em indefensável contradição à tese que há pouco sustentava?

Não são os homens que fazem as instituições?

E aqui, que fazem eles? Como pensam? Que pretendem e que aspiram para a sua Academia? SEnti-me compelido a investigar.

Fui aprender então com o mesmo admirável José Silveira, ao ensejo da comemoração dos vinte anos de fundada esta casa, que muito lhe teriam inspirado a criação as responsabilidades de "não deixar morrer o riquíssimo acervo de tradição e cultura que representava a nossa Faculdade de Medicina" a qual uma deturpada concepção da reforma universitária praticamente fez desaparecer do escrínio das glórias maiores da Bahia.

De Sá Menezes, sempre culto e talentoso, recolhi o pensamento magistral: "aos sábios é possível a permanência no mundo onírico dos símbolos. Aos médicos, pelo contrário, cabe movimentar-se simultaneamente entre a realidade e as abstrações científicas" e ainda, perspicaz, ao analisar em discurso de recepção a Geraldo Milton a problemática que envolve, no momento, a classe médica e o exercício dessa profissão, tacitamente reconhecida que a esse debate não podem estar alheias as Academias. Ao contrário, sobram-lhes condições, meios e méritos para elevadamente nele interferir, doutrinando, esclarecendo, assessorando, reivindicando, sem timidez, o papel que desenganadamente lhes pode e deve caber de órgão participante das discussões e decisões que em qualquer plano envolvam a atividade médica.

Nem outro é o entendimento desse perdulário de inteligência e multifacetada cultura que é Almeida Gouveia. Ouçamo-lo, ao receber aqui o conspícuo Thales de Azevedo: "se alguém me perguntasse se o ingresso em Academia propícia a ociosidade mental, só contemplativa e prazeirosa, o gozo de um "status" honorífico, uma irônica imortalidade — replicaria de imediato que esta simbólica imortalidade exige o máximo de vitalidade intelectual e que somente esta o fará passar à posteridade cultural. Vida é ação, calor, trabalho, produção". E logo acrescenta: "a Academia deve funcionar como uma instituição ao serviço da comunidade não como corte de presumidos sábios".

E todo o discurso de posse de Macedo Costa, expressivo exemplar da elegância e propriedade que ornam os pronunciamentos do nosso Presidente/Reitor

não foi ele uma escorreita declaração de princípios em que situou o papel das Academias na atualidade sócio-econômica e política que vivemos?

Eia, pois! Srs. Acadêmicos. A evidência era sobremodo consistente e contundente, para a que ela, sensatamente, não me rendesse.

Eia, pois, que aqui me tendes, então, por inteiro e sem reservas de coração ou inteligência, a não ser as que a esta, as minhas naturais limitações impõem. Aqui me tendes, então, por inteiro e sem reservas, noviço orgulhoso de vossa confraria, devoto leal do vosso credo, vexilário intimorato de vossos ideais.

Aqui me tendes, afinal, para honra e gaudio meu, ciente e consciente de que não é esta Academia o pódio a que se atinge sem os azares da porfia, mas antes, a trincheira que se erige, alicerçada no estofo moral e intelectual dos que a ergueram e dos que a sustentam, para a preservação dos valores maiores da ciência e da profissão médica, numa tarefa enobrecedora e a qual inteiramente se ajusta a sentença de Ozanam — o celebrado pensador católico: "não trabalhais pelos louvores dos homens, mas unicamente pelo serviço de verdade". Por isso mesmo, podeis repetir a qualquer momento as palavras dignificantes do Apóstolo: "Combati o bom combate, terminei minha carreira, guardei a fé".

Minhas Senhoras,

Meus Senhores,

Senhores Acadêmicos,

Fosse exigência inarredável para a constituição desta Academia, o inscrever entre os seus patronos alguém que representasse o perfeito exemplo da exação no cumprimento do dever, do amor à investigação científica e do zelo e seriedade ao praticá-la, da lhaneza no trato e correção nas atitudes, da extrema modéstia a disfarçar invejável cabedal do conhecimento, nos domínios de sua especialidade e das áreas básicas da Medicina — e não teria mais integralmente sido atendida a exigência, do que com o nome de Flaviano Inocêncio da Silva.

Quis o destino que por duas vezes me viesse a relacionar, para honra minha, com esse Mestre por tantos títulos admirado: ao sucedê-lo, como disse, em nossa veneranda Faculdade, e agora, ao ser o primeiro ocupante da cadeira da qual é ele o Patrono.

Já vos disse também quanto pesou a circunstância para a decisão de candidatar-me a esta Academia; o que me propicia, desde já, muito grata emoção, ao fazer, como compete ao recipiendário, o perfil e elogio do Patrono.

E do Mestre Flaviano é fácil e é agradável fazê-lo porque tudo o que dele se disser, há de estar sublinhado pelos traços marcantes de sua personalidade: a bondade e a honestidade.

Nascido em 09 de setembro de 1880, nesta Cidade do Salvador, diplomado em Farmácia em 1897, no mesmo ano alistou-se como Interno do Hospital de Sangue instalado na Faculdade de Medicina durante a guerra de Canudos.

Ja ái dava demonstrações de seu acendrado patriotismo e espírito público.

Ainda como acadêmido foi interno da então Clínica de Dermatologia e Sifiliografia, sob a regência do seu primeiro ocupante, Alexandre Cerqueira.

Diplomou-se em Medicina em 1900, apresentando tese sobre "Profilaxia Pública da Sífilis" e logo após rumou para o sul da Estado, tendo clinicado em Ilhéus, Almada e Tabocas — hoje Itabuna — voltando a Salvador, onde contraiu núpcias.

Pouco tempo aqui permaneceu, retornando ao Interior: desta feita Jequié e novamente Almada.

Com pouco mais de dois anos de casado enviuvou, decidindo então deixar a Bahia, seguindo para o Rio, onde se submeteu a concurso para Inspetor Sanitário, em 1905. Tendo sabido que a nomeação iria demorar deixou de ler a prova escrita e dirigiu-se para o norte de Minas, onde adoeceu, retornando a Salvador.

Desta feita foi a Esplanada, aí instalando uma farmácia e clinicando durante dois anos. Mais uma vez partiu para o sul do País, agora para Ponta Grossa, no Paraná, onde pela segunda vez contraiu núpcias.

Foi então nomeado médico da Estrada de Ferro São Paulo-Rio Grande do Sul, na época em construção. Em 1911 veio a Salvador rever os familiares, sendo designado médica da Comissão de Estudos da Rede Ferroviária da Bahia. De volta a Ponta Grossa foi nomeado médico do Hospital de Caridade e trabalhou com êxito em cirurgia. Mas aí então começou a definir-se o seu pendor pela pesquisa e pela dermatologia: adquiriu às próprias custas um excelente microscópio Leitz, ainda hoje em perfeito estado, sob a guarda de seu filho — o nosso dileto colega Yves Silva — com o qual começou a estudar os parasitas causadores de afecções cutâneas.

Nessa oportunidade conseguiu consolidar uma rentável clínica, mas novamente transferiu-se para Salvador, e desta vez definitivamente, atendendo a apelos de sua genitora, já então viúva.

Vede aí, a excelência do seu caráter, a generosidade de seus sentimentos. Quando, afinal, depois de anos múltiplas andanças se instalara com sucesso financeiro, não vacilou em vir colocar-se ao lado de sua extremada mãe, proporcionando-lhe o amparo e companhia de que era ela carente.

Em setembro de 1920, já plenamente integrado na especialidade em que veio a pontificar, partiu Flaviano Silva para a Europa, matriculando-se no renomado Curso de Dermatologia e Venerologia do Hospital Saint Louis, onde conviveu com os grandes mestres de então. De volta, preparou-se para integrar o magistério da sua Faculdade, o que fez mediante concurso para Professor Substituto da cadeira de Dermatologia e Sifilografia, apresentando elogiada tese sobre "Nodosidades de Lutz-Jeanselme". A seguir, indicado pelo Governo do Estado,

trabalhou como assistente de Noguchi e, na mesma época, foi nomeado médico do Hospital Santa Isabel, onde exerceu, ininterruptamente, intensa atividade, de 1924 até a sua aposentadoria compulsória.

Flaviano Silva foi um pesquisador incansável, tendo publicado 170 trabalhos, muitos deles com inéditas e interessantíssimas contribuições à patologia dermatológica. É de sua autoria a descrição original, apresentado à Primeira Reunião dos Dermato-Sifilográfios Brasileiros, em 1948, da forma de leishmaniose hoje conhecida como "Leishmaniose difusa" ou leishmaniose hansenoide", que veio a assumir tão elevado interesse pelas implicações e pela contribuição que traz ao estudo da imuno-biologia da doença. Como tantas vezes acontece, talvez por ter sido publicado o seu trabalho em português passou despercebido, colhendo os louros da proriodade a escola venezuelana, com o relato, um ano depois, em revista americana, dos casos de Convit e colaboradores. Também é original a sua descrição da forma "melanodérmica do lupus eritematoso", que acomete os indivíduos de cor.

Além das leishmanioses, as blastomicoses, a esporotricose, a actinomicose, o granuloma ingüinal, a pinta, a bouba, a pelagra, o ainhum, enfim, praticamente não escapou à sua curiosidade científica e ao seu estudo interessado qualquer dos temas da dermatologia tropical. Este pendor para a investigação já quando estudante se manifestara, ao publicar, na Revista do Grêmio de Internos da Bahia o seu primeiro e interessantíssimo trabalho sobre "Hemiplegia Sifilítica Precoce".

Seu nome é um dos raros de autores brasileiros que figuram no clássico Atlas publicado em Budapeste quando do 1º Congresso Internacional de Dermatologia, o CORPUS ICONUM MORBORUM CUTANEORUM, de Nekan, bem como na primeira edição da bíblia da dermatologia alemã, o tratado de Jadassohn.

Foi o segundo especialista a receber a distinção de sócio honorário da Sociedade Brasileira de Dermatologia, tendo sido precedido, no particular, apenas pelo eminente cientista Adolfo Lutz. Recebeu a medalha Gaspar Viana, pelos seus estudos sobre leishmaniose; foi professor Emérito da Faculdade de Medicina, Membro Correspondente da Societé Française de Dermatologie et Syphilographie e de várias sociedades outras, assim nacionais como internacionais, correspondendo-se com colegas de vários países, aos quais enviava sempre, com solicitude, seus trabalhos ou esclarecimentos que lhe eram pedidos sobre assuntos de patologia regional, tarefa que lhe era facilitada por falar e escrever sem dificuldade em italiano, francês e alemão.

Entre nós, destacou-se como um dos esteios das sociedades médicas do seu tempo, notadamente a atuante Sociedade Médica dos Hospitais.

A aparente sisudez de sua fisionomia era abrandada pelo "charme" e sim-

patia que dela irradiava, mercê de basta e desde jovem inteiramente alva cabeleira, que rivalizava com a do seu grande amigo e companheiro de estudos e investigação, junto com o qual publicou vários trabalhos, o também saudoso e celebrado meste Eduardo Araújo. Essa aparente sisudez, em verdade, encobria um espírito sutil e jovial ao qual não eram infensas, na hora própria, a referência pilhérica ou a crítica algo mordaz.

Conta-se que abordado certa vez, em plena Rua Chile, por uma dessas matronas que estão sempre a sofrer exatamente daquele mal cujo especialista se lhes depara no momento, e que não titubeou em lhe solicitar a receita que imaginava indicada, gentilmente conduziu-a pelo braço, ao canto da vitrine de uma das lojas daquela movimentada rua e, todo solicitude e interesse profissional redarguiu-lhe: "minha senhora, por obséquio tire a roupa para que possa examiná-la".

Era o professor Flaviano — já o mencionei — fervoroso patriota. O seu amor à terra natal só seria igualado pelo amor à investigação e à sua querida dermatologia. É o que se pode inferir de episódio que vos dou a conhecer: em certo momento de agitação revolucionária, dos que não foram raros na década de 30, andava o mestre Flaviano interessado em aspectos da morfologia e biologia de parasitas do gênero "Tunga", os nossos prosaicos "bichos de pé". E, com um deles entre lâmina e lamínula chegara do hospital, logo colocando a preparação ao microscópio, estrategicamente situado, para aproveitar melhor a incidência da luz, em frente a uma das janelas do primeiro andar de sua residência, apenas alguns metros separada de oposta janela do vizinho, bom cidadão, mas dado a exaltação e exageros, a quem chamavam de Coronel — o Coronel Rosendo. Poucos instantes de observação microscópica, e eis que inopinadamente se abre a janela em frente, e assoma transtornado o Coronel, a bradar, intempestivo: "Prof. Flaviano! Prof. Flaviano! revoltosos estão invadindo a Cidade" e ante a impassibilidade que o surpreende, reitera: "Prof. Flaviano, os revoltosos"...; ao que Flaviano, calmo mas enérgico, peremptório, apenas erguida a mirada da ocular microscópica para dardejar ao imprudente vizinho um olhar de indisfarçada censura, retrucou: "Coronel Rosendo, o Sr. sabe o que estou vendo agora? um "bicho de pé", Coronel...

Cultivava, o nosso patrono, com lealdade e constância, suas amizades. Delas, sempre mereceu admiração pela reciprocidade e pelo perfeito entendimento entre ambos, em situação na qual as arestas da rivalidade são a regra, a que o unia ao Prof. Albino Leitão, seu antecessor na cátedra. Sendo este mais jovem que Flaviano, assim lhe permitiu o tempo de serviço aposentou-se voluntariamente, para ensejar ao último reger por alguns anos a cadeira, o que sem isso não ocorreria, já que atingiria ele, Flaviano, a compulsória, antes que o amigo. Belo exemplo, em verdade, de grandeza de caráter e solidez de amizade, ao qual

Flaviano sempre referia com emoção e irrestrita gratidão.

Do querido Mestre tive prolongadas, por muito tempo, efetiva e diuturnamente, as melhores reminiscências, na pessoa de seu filho, meu colega de turma e bom amigo, Yves Silva, por alguns anos companheiro de trabalho no serviço em cuja chefia sucedi ao seu pai, e nas mesmas condições de amigo e companheiro de trabalho, mas em verdade, pela sua larga experiência muitas vezes professor de todos nós — por esse primoroso colega que é Alfredo Bahia Monteiro. A ambos, que para satisfação de toda a família dermatológica baiana continuam em plena atividade, embora aposentados da militância universitária juntava-se Otávio Garcez de Aguiar, dedicado colega, infelizmente falecido compondo a representação da escola dermatológica do Prof. Flaviano Silva.

Acredito, Srs. Acadêmicos, já que muitos de vós alcançaram com ele conviver — que não será difícil, na intimidade da memória e dos sentimentos de cada um, fazer luzir, com o brilho que realmente possuia, a figura exponencial de Flaviano Silva, a qual por me faltarem "engenho e arte" só palidadmente acabo de retratar.

Dei, entretanto, o melhor que podia e que sabia, por acompanhar-vos na intenção que imagino presidir a este ritual, de telembrar, hoje, os próceres de ontem, celebrando-lhes as virtudes para que frutifique o exemplo, proclamando-lhes os méritos para que se lhes assimilem as lições.

É verdade que não estamos imunes — e agora já me permito falar como um de vós — não estamos imunes à crítica ou ao descrédito que emanam da postura irreverente que a título de consagrar o moderno ridiculariza todo o apreço à tradição e a tudo que se vincula ao passado; como também não é fácil estabelecer, frente à rapidez com que evolui o mundo, do ponto de vista técnico e material, os padrões ou modelos que a cada época devam ser apontados como paradigmas a seguir ou cultuar.

Lembro-me, neste passo, da estória que pretendia contar zelosa mãe aos seus filhos, de idade entre cinco e nove ou dez anos da "bota-de-sete-léguas". Apenas iniciada a estória, o de cinco anos interrompeu-a: "calçou a bota e voou?..." "Sim, quer dizer, cada passo que dava era mais ou menos sete léguas"... "Ah, interveio o de sete anos, era como o Capitão Marvel, ou a Mulher Biônica"... "Deixe a mamãe contar"... E ela prosseguiu: "ele podia ir muito depressa de um lugar para outro e... "Tinha asas na bota" interpelou mais um. "Não, disse o de nove anos, explicando definitivamente a questão: "ele descobriu uma bota a jato"...

É óbvio que a mamãe não tinha mais estímulo para continuar a estória.

Mas não há-de acontecer conosco a mesma coisa.

Continuaremos, mercê de Deus, a contar a história dos nossos vultos maiores porque ela é composta de fatos e os seus heróis são homens que deixa-

ram marcas fecundas em sua época. E somente os fatos, como ensinou Ramon y Cajal, "desafiam o passar dos tempos". "Na eterna mudança das coisas, somente eles se salvarão dos ultrajes do tempo e da indiferença ou da injustiça dos homens".

Haverá sempre os que se aproximarão de nós e nos escutarão; haverá sempre os que se mostrarão sensíveis à nossa pregação; haverá sempre os que reconheceraão que efetivamente o propósito que nos anima é trabalhar não pelos louvores dos homens, mas louvando aos que merecem, pelo serviço da verdade e, por isso mesmo, quando houver de ser contada aos pósteros a nossa própria história, ter-se-á que reconhecer — deixai-me repetir ainda uma vez — que "combatemos o bom combate e guardamos nossa fé".

Muito obrigado, colegas da Academia.

O HOMEM EM PÉ E O HOMEM DEITADO(*)

W. Berardinelli

A aquisição da atitude ereta, foi, sem dúvida, o fato dominante da antropogênese.

"Descido das árvores para o chão, o proto-homem, diz Darwin, não podia tornar-se quadrúpede, porque a vontade lhe requisitava as mãos para destino diverso do da locomoção. O peso inteiro do corpo, caindo sobre os pés, transformou-os e achatou-os, obliterando a faculdade apreensora. Da atitude vertical proveio também o alargamento dos ossos da bacia, a curvatura sigmóide da espinha, a colocação diversa da cabeça. chamando para o centro da base do crânio o orifício ocipital. Livres os braços e as mãos para o ataque e para a defesa, as presas de outro tempo atrofiaram por falta de exercício: os grande caninos ficaram inúteis desde que, em vez de lutar mordendo, o homem lutava armado de troncos de árvores (as primitivas clavas) ou despedindo pedras, as primeiras balas" (Oliveira Martins).

Livres as mãos, elas se tornaram, com a oponibilidade do polegar, o órgão humano por excelência, fonte de todas as artes e todas as realizações do homem. Anaxágoras dizia que o homem deve sua sabedoria e sua superioridade ao uso das mãos, e para Galeno a mão seria a origem da razão.

Antropologistas de grande renome, como Broca, Munro e Turner, vêem na atitude bípide uma das condições principais do desenvolvimento do cérebro, pois somente ela permite o uso das mãos e a visão de um horizonte mais vasto. É verdade que o Professor Ranke pensa justamente o contrário: o desenvolvimento do crânio cerebral no homem é que teria condicionado, por questões de equilíbrio, a atitude bípede. . .

Mas, a adaptação à atitude bípede parece não estar ainda absolutamente completa; a imperfeição se revela melhor em certos indivíduos, nos quais a incompleta adaptação é fonte de sofrimentos.

Devemos reconhecer, com Darwin, que o homem conserva ainda em sua organização corporal o cunho indelével de sua origem inferior.

Como a ontogenia reproduz a filogenia, recordemos com Deniker, que, ao nascer, o homem traz ainda resquícios da atitude quadrúpede: ao nascer ele não tem quase curvas na coluna vertebral, como acontece nos antropóides. A curvatura cervical só se desenha na época em que a criança começa a sustentar

(*) Capítulo de "Os tipos humanos na Vida e na Arte".

a cabeça na atitude sentada. Desde que a criança começa a andar, os músculos pré-vertebrais e os lombares agem sobre a região inferior da coluna vertebral e produzem a curvatura lombar. Aliás, a criança, em certo período, adota a atitude comum aos outros mamíferos: ela engatinha.

A passagem do homem à posição em pé exigiu a formação dos complexos mecanismos de adaptação. Para dar idéia da importância desses mecanismos de adaptação basta dizer, que, colocados na posição ortostática, todos os quadrúpedes sentem perturbações mais ou menos profundas e para muitas espécies a morte se dá em curto prazo. Miguel Osório colocou seis coelhos em posição ortostática e todos morreram variando o prazo entre 35 minutos e 4 hs. 28 minutos.

Da Antropologia À Medicina — Os médicos em geral não invocam os erros evolutivos, as paradas de desenvolvimento, etc., senão a propósito de monstruosidades ou de anomalias grosseiras de órgãos.

Para outras perturbações, menos materiais e visíveis, tem parecido absurdo buscar outra explicação que as ações externas, particularmente microbianas.

Esquecemo-nos freqüentemente do princípio enunciado de De Giovanni: "tudo que num indivíduo mostra uma desarmonia morfológica, ou uma anomalia no processo da evolução é, ou pode ser, fonte de morbilidade".

Muitas doenças humanas encontrarão sua explicação na persistência de certos caracteres anteriores quer no sentido ontogenético quer no sentido filogênico.

Naturalmente, sendo esta uma via de pesquisas relativamente nova e sendo suas bases zoológicas e embriológicas ainda cheias de lacunas, os fatos bem claros e demonstrados são ainda relativamente poucos. Mas nem por isso esta orientação se mostra menos promissora para a explicação de certos fatos patológicos e mesmo para certas aplicações profiláticas (a ortogenia) ou terapêuticas, de que veremos exemplos no curso desta exposição.

Mas em nenhum terreno se patenteia tanto a inadaptação evolutiva como no da patologia postural isto é, certos sintomas que só aparecem quando o indivíduo está em pé

E isto talvez porque a postura erguida é na ordem filogenética a mais recente aquisição da espécie; e de acordo com as idéias de H. Jackson, Bremer e Monakow, as estruturas e as funções de formação recente são mais sensíveis às influências patogênicas, mostrando-se ao contrário mais resistentes as da formação mais remota.

★ ★ ★

Passando da posição deitada para a posição em pé, o homem descreve um ângulo de 90º. Nessa mudança de posição entra em jogo um complexo mecanis-

mo de adaptação em que tomam parte, normal ou anormalmente, todos os sistemas e aparelhos orgânicos, principalmente o circulatório.

Devemos sempre procurar analisar o indivíduo no momento em que se põe em pé e nos minutos ou horas sucessivas.

Sabe-se por exemplo (Robison, Deniker) que o homem mede 1 ou 2 centímetros mais pela manhã ao se levantar do que à noite, ao se deitar, quando os discos inter-vertebrais estão comprimidos, "amassados", e a coluna vertebral mais curvada. Assinala Deniker que os conscritos pouco escrupulosos, cuja estatura atinge quase o limite regulamentar, sabem perfeitamente que, carregando na véspera do exame fardos muitos pesados, podem comprimir seus discos intervertebrais de modo a diminuir o tamanho até de 3 centímetros.

Na posição em pé entram em ação uma série de músculos, sobretudo dorsais, e a atitude ereta prolongada cansa esses músculos e produz mal-estar e mesmo dor, tudo naturalmente com grandes variantes individuais, relacionadas com a constituição e o desenvolvimento dos músculos à custa da cultura física. É evidente que as variedades astênicas dos dois ectipos, mas sobretudo do longilíneo são as mais desfavoráveis nesta questão.

Novoa-Santos descreveu sob o nome de *polimialgosis múltipla,* casos de polialgias musculares acompanhadas de fenômenos vasomotores das extremidades inferiores, em indivíduos que permaneciam em pé muito tempo. Ninguém ignora também as dores musculares à distância, ocasionadas pelo pé chato.

É bem conhecida também a lumbalgia estática e aquilo que Roederer descreveu com o nome de "mal das costureiras". São geralmente moças que permanecem sentadas muito tempo e que se queixam de mal-estar e dores na região escapular, dorso e nuca, fenômenos que desaparecem com o deitar-se ou com o andar.

Esta última frase sugere a consideração de dois outros fatos: a posição sentada e o andar.

A posição sentada é uma espécie de ortostatismo atenuado, e tudo nela se comporta como na posição em pé, mas de maneira geralmente mitigada.

Quanto ao andar, o que se observa é que muitas perturbações que existem no indivíduo em pé, parado, desaparecem com a marcha. Toda gente sabe que cansa menos andar do que estar em pé, imóvel.

A posição em pé, imóvel, é atitude preparatória para a atividade.

A posição de repouso e do sono do homem é o decúbito, lateral direito em 52%, lateral esquerdo em 15%, direito ou esquerdo indistintamente 3%, dorsal 28%, ventral 2%, números obtidos por Novoa-Santos no exame de um milhar de casos e mais ou menos concordantes com o obtidos por Nosowitz.

A preferência para o decúbito direito é atribuída por Link à maior facilidade de esvaziamento de estômago nessa posição; há de influir um pouco também

o receio popular relativo ao coração.

As estatísticas de Novoa-Santos e Nosowitz devem ser entendidas como a posição inicial do sono, pois mesmo em pessoas que dormem "como uma pedra", Johnston registrou graficamente 20 a 35 mudanças de posição durante as 8 horas de sono noturno.

Admite-se que a posição normal no congresso sexual é a posição ventro-ventral tal como foi representada por Leonardo da Vinci na "Venus Obversa". Essa posição seria conseqüência da atitude ereta do homem. Não convenceram a Novoa-Santos os argumentos de Klotz no sentido de provar que os órgãos genitais estão conformados de acordo com a norma quadrupedal, isto é, com a posição "a tergo". Infelizmente não sobra lugar para discutirmos aqui este importante assunto, tratado até na Bíblia e no Alcorão, mas que o peso dos recalcamentos tem impedido de ser científica e convenientemente discutido, como procuram fazê-lo em suas excelentes obras o Professor Van Den Velde e a Sra. Stopes.

* * *

Muitos importantes são as perturbações nervosas e neurovegetativas ligadas ao ortostatismo.

Obnubilação, cefaléia, enxaqueca, vertigem, síncope, perturbações visuais, são todos sintomas que muitas vezes só aparecem quando o indivíduo está de pé.

Conta Rogier Parlier que durante os solenes funerais do imperador do Japão, aos quais assistia todo o corpo diplomático e que exigia cerca de seis horas de permanência em pé no interior de um templo, o ortostatismo causou tais desordens, sobretudo entre as mulheres dos embaixadores, que quase eram comprometidas as ordens sacras e criada uma espécie de incidente diplomático.

Não quero encerrar este capítulo sem expor uma hipótese a respeito das perturbações nervosas e digestivo-neuro-vegetativas que se observam no lactente por volta do sexto mês. Incriminava-se antigamente a erupção dentária; hoje os pediatras sorriem desta idéia. Depois, Pende as atribui à maré hormônica tireóidea que se observa naquele período helicibiológico.

Não parece desarrazoado ligar aqueles conhecidos distúrbios à inadaptação postural, É verdade que nessa idade a criança não se mantém em pé, mas senta-se; e a posição sentada é um ortostatismo atenuado.

Quem ignora que as crianças param de chorar e mostram-se alividadas no decúbito ventral? Interpreta-se geralmente o fato, ligando-o diretamente à esfera digestiva.

A orientação constitucional dos estudos médicos nos leva cada vez a buscar a explicação de certos estados mórbidos em profundas razões ontofilogenéticas.

O sofrimento da criança, para vencer ontogeneticamente a atitude quadru-

pedal, compara-se bem à luta do proto-homem para vencê-la filogeneticamente.

Essa luta descreveu-a magistralmente Oliveira Martins em uma página e terminaremos bem, lendo-a: "Já nas árvores o antropóide estava de pé, com a cabeça erguida, o olhar horizontal, o peito aparente; mas descendo ao chão tombava sobre as mãos dianteiras e o tronco tomava a posição horizontal comum aos quadrúpedes. Decerto o antropóide ou os antropóides (um ou muitos, o driopiteco fóssil, ou antepassados dos exemplares vivos) tentaram, ensaiaram por largos tempos, por vários modos, transferir da árvore para o chão a atitude necessária a uma desejada liberdade. A espécie que conseguiu vencer, muito lutou decerto e ninguém contou, nem poderá fazê-lo os trágicos episódios dessa empresa.

A ambição gerou sem dúvida alegrias de esperanças, desesperos e tristeza. O antropóide chora e ri; e as lágrimas e as gargalhadas infantis, sinais evidentes de elaboração psicológica ainda singular, acompanhariam o êxito ou a perda dos esforços praticados para obedecer às ordens de uma vontade clara, de uma ambição definida, de um instinto imperioso. De bruços, de rastros, como uma criança que se torce revolvendo-se no chão, raivoso, caía, mas tinha em toda à face a iluminação de uma alegria orgulhosa quando, apoiada a mão a algum rebento de árvore, conseguia, tateando-se, manter-se de pé, como a criança também quando segura a mão na borda de uma mesa, a aprender a dandar. . . Para ver, com duvidosa esperança, receando, atrevia-se a soltar-se e tombava sobre as mãos, cambaleando. Rugia então uma fúria, um choro, espojando-se no chão abanando as árvores que talvez já odiasse, e impassíveis largavam sobre o desgraçado um aguaceiro de flores.

Quem sabe se já nestes primeiros ensaios de vida humana aparecia, com o contraste da ambição e da fraqueza, de uma divindade sonhada e de uma fatalidade sentida, a blasfemia que é a doença do homem, icógnita aos brutos?

* * *

Dessa história para sempre perdida restam porém monumentos suficientes para a imaginar, para supor como procedeu. Que a batalha se ganhou, dize-mo-lo nós andando; e os antropóides vivos, tardios exemplares, representantes anacrônicos de outras idades, dizem na ridícula singularidade de sua locomoção, como foi esse combate de que eles restam ainda testemunhas ambulantes.

As torturas que as pernas sofreram são evidentes no orango que para se equilibrar as camba, para andar coxeia.

Os joelhos afastados, os bordos exteriores dos pés assentes no chão, fazem de cada perna um arco, e abrem entre ambas um pedaço oval. Nem assim, porém, o orango pode andar de pé: cai, tropeça e apoia-se nas bordas interiores das

mãos. O gibão, excelente acrobata, faz dos braços marombas: ergue-os e consegue estar de pé. O chimpanzé força a espinha à atitude vertical, cruzando os braços sobre a nuca. Um e outro, assim violentamente eretos, saltam mas não andam; vão aos pulos, a pés juntos, balouçando-se, dançando para não cair. As pernas, tocando-se nos joelhos, abrem-se em X e os pés são escoras.

A qualquer obstáculo, porém, uma pedra, uma folha escorregadia, ou um susto, provocando a necessidade de andar praticamente, precipitam-se logo na atitude horizontal, apoiando-se no chão sobre os nós dos dedos das mãos.

Assim nos sucede a todos nós homens, quando em crianças nossas mães nos ensinam a andar. A lição apreendida nos tempos miocenos repete-se ainda em nossos dias; e se o embrião humano reproduz, nas fases sucessivas por que passou a criação do animal até chegar a seu derradeiro tipo, também a vida de cada homem reproduz a história de toda a humanidade".

ORAÇÃO DE PARANINFO (*)

Newton A. Guimarães

MEMENTO, HOMO, QUIA PULVIS ES ET IN PULVEREM REVERTERIS. GENESIS, CAP. 3º, VERSÍCULO 19.

Estas graves palavras do Velho Testamento — meus diletos afilhados, médicos de 1962 — pronunciadas numa solenidade onde tudo devem ser flores, alegrias e esperanças, haveriam de ecoar como nota estranhamente dissonante, se eu não me apressasse a explicar-vos que entendo seja esta a última lição que vos transmite a vossa escola, da qual é intérprete o paraninfo, e, por isso mesmo, deve ela versar sobre o que de mais útil ele possa oferecer-vos e o lhe pareça representar a súmula de todos os conselhos, a síntese de todos os ensinamentos que a experiência na profissão lhe permitiu acumular.

Assim sendo, meus jovens paraninfados, devo confessar-lhes que nenhuma virtude me ensinou em maior grau a prática da medicina, e nenhuma outra me parece mais essencial e indispensável a essa mesma prática, que aquela sábia e profundamente cristalizada na sentença do GÊNESIS que vos repeti: a Humildade.

Norte e tema principal desta oração — dir-vos-ei, pois, da humildade, de sua transcendental importância e absoluta necessidade no exercício da medicina e na vida do médico.

* * *

Anunciando nesta tribuna de tantos resplendores, falar-vos de humildade, poderíeis arguir contra mim o pecado de infração à sentença imortalizada no templo de Delfos, deixando de praticar a virtude que vos estou aconselhando. A fim de que isso não ocorra, encontro-me obrigado, senão para convosco, que me conheceis, ao menos para com os outros que me ouvem, a uma palavra que justifique a decisão de aceitar tão honrosa posição, atendendo, orgulhoso, é bem de ver-se, ao vosso convite, mas interpretando com serena auto-crítica a vossa magnanimidade.

Bem sei que quisestes premiar exatamente aos dez anos de investidura na cátedra, a um mestre que outra virtude não teve, neste decênio de prática do magistério médico, senão a de advogar, com desenganada coerência, a necessi-

(*) *Proferida na solenidade de formatura dos médicos pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, em 15-12-62.*

dade de enterder-vos para ensinar-vos, de convosco dialogar para vos entender, e, de aprender sempre convosco, dialogando e entendendo hoje — para poder ensinar amanhã.

Se a medicina aprende-se com o enfermo — o ensiná-la aprende-se com o aluno. Sois vós o melhor juiz do professor e sois também a fonte melhor dos seus ensinamentos.

E ainda agora, na atitude desmedidamente generosa de vossa recompensa e no estímulo que através dela me proporcionais, estais a proporcionar também aos que de vós descreem, a lição bela e fecunda da grandeza de vossa alma, cujas vibrações nem sempre harmônicas na superfície, nascem, todavia, sempre, eu estou certo, dos mais nobres impulsos e puros sentimentos.

Aceitai, pois, meus queridos afilhados, como o que de melhor possa haver neste exórdio, o agradecimento profundo e comovido do paraninfo, e conservai, pela vida afora, que vos desejo longa e felicíssima, a segurança plena do seu maior afeto.

* * *

Apresentei-vos desde início, a humildade, como a virtude fundamental para a prática da medicina.

Poderíeis retrucar-me que a humildade dessimula e esconde as cintilações do triunfo: que o sucesso que se não apresenta como tal, que não brilha e não refulge, que discreto e humilde não aparece, não é sucesso. E eu vos lembraria então a palavra também evangélica e lapidar de S. Lucas: *"aqueles que se exaltam serão humilhiados, aqueles que se humilhiam serão exaltados"*.

Ademais, tudo depende do que considereis sucesso.

O êxito econômico; a conquista de láureas universitárias ou dignidades outras; a projeção social ou científica; o poder, tudo isso é sucesso.

Mas — e o médico? e a medicina?... que não existem, e não adquirem essência nem significação, se não estão vinculados a um elemento que até aqui não participou dessa constelação de sucessos: o homem que sofre, o objeto mesmo da medicina, o doente.

Aprendei desde este momento, e que não deserte jamais a vossa memória essa verdade indelével a iluminar constantemente a trajetória que hoje iniciais; só existe um sucesso, um êxito, um triunfo autêntico em medicina: aquele que se consegue através da vinculação perfeita e íntima, não só da atividade do médico, mas de sua personalidade integral, à personalidade do enfermo — e que esse triunfo só o é realmente, só é alcançado, sentido, vivido, em toda a sua plenitude e grandeza, por esse binômio que é a propria razão de ser da medicina: médico/enfermo.

Tão transcendente é a importância dessa integração que é possível atingir as culminâncias do saber ou os degraus mais elevados do conceito profissional e não lograr o sucesso de ser um verdadeiro médico.

Tal verdade, escreveu F. Escardó, autor de um dos melhores perfis da *"alma do médico"*, é determinada por um fato de ordem puramente espiritual, que é aquela compenetração anímica com a situação vital do enfermo, a identificação com o seu imediato padeciemento, a comunhão com o seu transe profundo, em suma, aquilo que se traduz pela palavra *"empatia"*.

E esse, meus amigos, que é o grande triunfo do médico, o de alcançar a ser verdadeiramente médico, esse esplêndido e eloquente sucesso é, paradoxalmente, silencioso e humilde; humilde sucesso cujas ressonâncias se circunscrevem ao cenário de duas almas que se irmanam na tarefa nobre e comum de vencer a enfermidade e a morte.

Houve quem comparasse o médico ao heroi, na medida em que tenta aquele, tantas vezes infatigável e obstinado, tarefa que não ignora estar além de suas limitações. *"Seu módulo"*, já se disse, *"é a desproporção entre os meios de que dispõe e o propósito que se lhe impõe. Teoricamente se compreende que não possa salvar todas as vidas que se lhe confia, mas como individualmente cada um espera que salve a quem lhe interessa, na prática se pretende que ele salve a todas as vidas, que cure a todos os enfermos e que conserte a tudo que está errado"*.

"Mas enquanto a empresa do herói corre parelha com sonora grandiosidade e ampliada irradiação, o heroísmo do médico deve ser escondido, silencioso, inadvertido, e de tal modo doméstico que comumente não alcança a história, porque o absorve o quotidiano".

Se entretanto, estais preparado para esse heroísmo, e se logrardes conquistar este sucesso, tereis abertas as portas a tòdos os demais. Se não o conseguirdes, podereis vencer na vida profissional, mas não sereis jamais um médico vitorioso.

Tanto mais se afaste a medicina do doente, tanto menos com ele se preocupe o médico, tanto mais se degradarão uma e outro.

Já vos disse e pareceria despropósito repeti-lo — se não desejasse firmemente converncer-vos do acerto da afirmativa — que os mais sábios nem sempre são os melhores médicos, porque estes, realmente, são os que aprendem cedo e sabem, humildemente, que há sempre muita coisa que não sabem.

Tentarei esclarecer-vos porque insisto em chamar a atenção para esse ponto, alertando-vos para a necessidade de resistir a essa distorção da medicina que afasta cada vez mais o médico do médico, porque sobretudo o afasta do enfermo.

Não faria justiça à vossa inteligência se pretendesse, nesta oportunidade, em plena época dos vôos espaciais e dos teleguiados, advogar como padrão de

vossa atividade profissional o exercício da medicina nos mais rígidos moldes hipocráticos, o que seria, positivamente, pretender sugerir-vos algo de essencialmente impraticável, porque alienado da realidade que vivemos.

Há que distinguir aqui entre a norma e o processo; a teoria e a prática, a letra do código e as imposições da evolução e do momento histórico.

O juramento que acabastes de pronunciar, elaborado cerca de 500 anos antes de Cristo, na época mais brilhante da Grécia antiga, pôde atravessar 25 séculos sem nada perder em atualidade no seu esplêndido simbolismo, conservando ainda hoje toda a sua riqueza de conteúdo, sobre o qual a medicina ocidental está moralmente estatuída.

Em verdade, do juramento como de todos os 60 volumes que formam o "Corpus Hippocraticum" provêm as mais fortes e válidas tradições de nossa medicina. Amalgamadas com influências diversas através dos tempos, entre elas muito decisivamente os postulados do cristianismo, conservam-se indiscutivelmente, sob o plano filosófico, ainda filiadas aqueles cânones que jurastes, invocando o testemunho dos deuses: "Apolo, Esculápio, Hygeia e Panacéia e todos os deuses e todas as deusas", e que se cumprirdes integralmente, "que vos seja dado gozar ditosamente todos os frutos da vida e de vossa arte e desfrutar perene glória entre os homens, mas se o violardes, que tudo ao contrário vos suceda".

Cabe, entretanto, observar que essas tradições têm origem e se aplicam fundamentalmente, ao exercício de uma medicina individual, que considera o médico e o enfermo, mas que não poderia ter previsto, nem levado em conta, a ação do conjunto dos médicos frente ao conjunto dos enfermos, isto é, o aspecto coletivo do exercício da medicina. Ora, a evolução social dos tempos acarretou, a esse respeito, os mais relevantes problemas. Desde o início do século XIX estamos vendo constituirem-se, no mundo inteiro, coletividades obreiras cuja homogeneidade se afirma cada dia mais, e "cujas necessidades sociais são imperiosas e legítimas exigências". "Essas massas trabalhadores demandam em particular a organização de uma medicina coleitva, e o estabelecimento de um regime de segurança que as coloque ao abrigo desse risco essencial que é, para todos os homens, a enfermidade". A medicina individual viu-se ultrapassada, e, se os avanços da técnica, que rapidamente se fizeram em todos os setores, permitiram que do ponto de vista material a medicina tivesse podido acompanhar essa evolução, muito ao revés disso, do ponto de vista psicológico e do ponto de vista moral, as novas condições de exercício da profissão criaram sobre o médico um impacto para o qual não estava ele convenientemente preparado, o que é, por sem dúvida, a origem de todos os males desse tipo de medicina, cuja conseqüência é o sacrifício daquele binômio médico/doente; o que implica, no dizer de Louis Portes, em atentar contra a "personalidade humana dos enfermos, contra sua individualidade e sua eminente dignidade".

Decorre daí o dilema frente ao qual se vê o médico situado: obrigado a pautar as suas atividades por diretrizes que se aplicam ao livre exercício profissional, à base do estabelecimento de relações que se alicerçam na confiança individual e preparado, através dos tempos, mercê da sedimentação de tradições e preconceitos, elementos de juízo e adaptação a esse tipo de atividade; e reconhecendo, doutra parte, como honestamente reconhecemos todos, que é imperioso ampliar, alargar, distender o campo de atuação e os benefícios da medicina e de seus progressos, de sorte a cobrir com eles as grandes áreas da coletividade cujas condições econômicas são um óbice intransponível a que possam utilizar-se da medicina clássica e individual.

Entre esses dois pólos em que se desdobram as possibilidades de sua atuação, originam-se e se entretêm as crises da medicina atual e as angústias do médico em nossos dias. Angústias e crises que não serão resolvidas com medidas de superfície, como essa utópica providência qu está na ordem do dia, conhecida como o sistema de "livre-escolha" na assistência médica previdenciária que não é escolha e muito menos livre, pois dele continuam à margem as massas indigentes, e, mesmo a população à qual se aplicaria, não tem a mínima condição de executá-la.

Mas, não estaria completo, diletos afilhados meus, o panorama sobre o qual se estende, e no qual se contém a medicina de hoje, se não vos lembrasse um terceiro aspecto, que constitui por assim dizer a cúpula do exercício da medicina, o aspecto aristocrático e "raffiné" da prática profissional, a medicina dos grandes centros universitários, e especialmente de certas instituições ditas de pesquisa, de investigação, de experimentação e outros tantos rótulos mais ou menos pomposos. São ambientes cuja freqüência é geralmente limitada a uns quantos eleitos, que se acreditam na posse exclusiva dos segredos que abrem todos os cofres da sabedoria, e onde se cultiva e feitichismo dos casos raros, das prioridades consagradoras, dos fatos transcendentais ou das brilhantes fórmulas estatísticas. E também onde medra freqüentemente esse vício que é a xenofilia científica, entronizada como supremo padrão da verdade, como se os esquemas e soluções importados, pudessem substituir a experiência calcada na observação cuidadosa, e na precisa avaliação de nossas peculiaríssimas condições regionais.

Dir-se-ia ser este o campo da atuação mais nobre, mais pura, mais autêntica, para a genuína vocação médica. Infelizmente, porém, muitas vezes constitui essa idéia um completo e radical engano; "engano d'alma ledo e cego", e que só não reconhecem os que se "deixam totalmente envolver pelas seduções da floresta, a ponto de não mais perceberem a beleza das árvores".

Acautelai-vos com a medicina em que os doentes passam a ser um mero número, alinhado com centenas, milhares de outros, num processo cuja resultan-

te há de ser muito mais a satisfação da vaidade do pesquisador do que a obtenção de algum alívio para os seus padecimentos; e com os grandes sábios, que de tanto ler e traduzir os livros e revistas da medicina alheia, esquecem-se como pesquisar e interpretar os sintomas do doente próprio.

Ouçamos, no particular, a Marañon, quando nos fala senão da medicina, especificamente, mas do cientifismo, de um modo gerla, em palavras que a ela, medicina, com maioria de razões se aplicam: "há, em torno da ciência atual, um complicado artifício de revistas, livros, bibliografias, esquemas, cinematografias, comunicações, conferências e congressos nacionais e internacionais. Tudo isto serve para expressar e propagar a ciência verdadeira. Mas o importante aparato há chegado a tal perfeição que pode por-se em marcha e fazer o seu estrondo sem necessidade de um conteúdo original, senão só com umas quantas idéias imaginadas ou emprestadas, ou, no melhor dos casos não passadas e repassadas, como deve ser, pelo crivo severo da crítica. Pode suceder, em suma, e com freqüência acontece assim, que exista na obra do cientifismo um núcleo de verdadeiro saber; porém desproporcionado, por sua modéstia, à magnitude e à ênfase do aparato expositivo... O que quer dizer que o cientifista é apenas um farsante a meias".

Diríamos, paralelamente, e de referência ao de que tratamos agora, que pode haver, nessa atividade, um núcleo de ciência médica, mas não haverá jamais verdadeira medicina.

Não se pretenda inferir daí que estou pregando a antinomia entre o médico e o cientista, ou entre o clínico e o investigador, maxime no âmbito universitário. Não seria digno de vossas homenagens o mestre que, em nossos dias, advogasse tão radical e obsoleta posição.

E como não desejo sequer aflorar, nesta oportunidade, o debate em torno desse velho tema, sintetizo o meu pensamento a respeito continuado com palavras de Marañon, com as quais ele se identifica plenamente: "para os espíritos bem dotados, e ademais generosos, a preparação experimental afina a aptidão contemplativa e interpretativa que caracteriza o verdadeiro médico: "Buscar as causas da dor e tentar diminuí-la há de ser o anhelo máximo e o prazer mais inefável do médico, que todavia, não se contrapõem antes, podem e devem identificar-se e completar-se com as suas investidas na busca da verdade".

O que tenho entretanto por estabelecido, e que acredito demonstrado aos meus queridos paraninfados, é que o perigo da distorção existe também aqui, nessa medicina que chamei de cúpula, que poderia parecer, à primeira vista, meta suprema a que deveriam aspirar os jovens médicos, como condição ideal para o exercício da profissão.

Em verdade eu vos digo: aqui talvez seja onde o perigo é maior. As competições, a emulação, as homenagens e todo o cortejo de circunstâncias que insu-

flam o orgulho e açulam a vaidade, conspiram contra a humildade, que é a só virtude que faz descer o médico ao leito do enfermo e aceitar com modéstia e compreensão, que a mesinha empírica administrada pelo charlatão com uma palavra de estímulo e solidariedade, com um gesto de amor e de bondade, possa curar os males que a terapêutica mais atualizada, baseada nas elocubrações da mais brilhante e correta ciência, aplicada pelo mais sábio e famoso dos médicos, não logrou vencer, e nem sequer atenuar.

É que — insisto em prevenir-vos, meus jovens formandos — "pode-se saber muito, alcançar uma suprema técnica e uma caudalosa erudição, e não ser um verdadeiro médico".

* * *

Mas, se neste instante vos estais sagrando médicos, não seria irreverência admitir-se que correis o risco de não o ser?

É que em realidade, e a rigor, neste momento apenas recebeis um diploma que vos habilitará a ser medico. Daqui por diante, e por vossas próprias experiências, das vosas alegrias e sofrimentos, vitórias ou desenganos é que havereis de chegar a sê-lo.

Não importa que o perigo vos espreite, como assinalei, em qualquer dos campos para onde vos leve a vossa inclinação. "A vaincre sans peril on triomphe sans gloire" escreveu La Rochefoucould. E a vossa glória será tanto maior quanto maiores forem os perigos que vencerdes.

Já vos indiquei a grande arma, a melhor arma que podereis utilizar nessa cruzada: a humildade. Com ela, que não vos deixará superestimar os vossos méritos ou exageradamente considerar o valor dos vossos serviços, estareis a salvo de exceder-vos no avaliar a justa retribuição ao vosso trabalho, no exercício da medicina liberal e da clínica privada.

Com ela também, há de sentir o médico assalariado das grandes instituições de assistência coletiva, que, se a sua atividade menos facilmente o projetará aos píncaros do êxito social ou econômico a que atingem os luminares da medicina liberal — muito mais perto, entretanto, estará daquele heroísmo de que vos falei, sobretudo porque distribuindo em muito maior escala os frutos de sua atividade, e mais diretamente colaborando na valorização do seu povo, através da recuperação do seu bem máximo, que é a saúde.

Com a humildade, enfim, e somente nela escudados, podereis percorrer os caminhos todos da investigação científica, da pesquisa clínica ou laboratorial sem definitivamente vos empolgardes com a importância dos vossos achados ou com a transcendência de vossas descobertas, a ponto de imaginardes que não tenham outro significado, senão o da coroa de louros que deve ornar a vossa

fronte, quando, na realidade, o único destino que os enobrece e a condição única que lhes confere merecimento, é poderem ser aplicados no combate à dor e ao sofrimento.

* * *

Creio, meus prezados companheiros de congregação, e muito especialmente meus ilustres colegas cuja companhia tanto me enaltece na galeria dos homenageados desta noite, que a esta altura é tempo de pedir-vos indulgência se não vos satisfiz na tarefa de proferir a última lição aos nossos afilhados. É que, pensando com Ruy "que todas as causas não valem mais que a do destino dos jovens" e repetindo ainda o mestre incomparável "quis ser aqui hoje, a mão do semeador, semeando algumas sementes de bem no torrão virgem do seio que me abriram", semente que hão de frutificar em dignidade e grandeza, com tanto mais exuberância quanto rico e generoso é o terreno onde lançadas. E feliz de mim, que neste caso, se projetará a semeadura para além mesmo de nossas fronteiras, pois, dentre os que se formam — que não falte o registro de tão significativa circunstância — alguns provêm das nações irmãs da Bolívia e do Peru.

Destaque-se o acontecimento auspicioso, que pela primeira vez na história de nossa Faculdade alguns jovens se diplomam, que aqui vieram representando a mocidade estudiosa de outras plagas. Para eles, portanto, que em breve demandarão os Andes altaneiros, cenário das campanhas gloriosas dos libertadores de suas pátrias, Bolívar e San Martin, para eles rogo-vos permitir uma palavra muito especial do paraninfo: aqui escrevestes, meus prezados afilhados do Peru e da Bolívia, deixando raízes mais fundas do que poderíeis supor, uma página belíssima — que espero não se encerre nesta festa, pois vos quero sempre vinculados aos vossos mestres e companheiros, uma página dessa obra de confraternização íbero-latino-americana que, exaltando os nossos sentimentos comuns de liberdade e real democracia, há de fazer desta América Meridional o reduto mais puro e inatacável da paz e fraternidade entre os povos.

* * *

De qualquer sorte, meus amigos, bem ou mal cumprida a tarefa, eis-nos chegados a esse momento agridoce da despedida, momento no qual somente deveriam falar os poetas. Um deles vos lembraria aqui os horizontes que nos fecham a vida: "um horizonte — a saudade, do que não há de voltar; outro horizonte — a esperança, dos tempos que hão de chegar".

Ide, pois, meus caríssimos afilhados; ide com Deus, e conservai bem nítida a imagem esplêndida desses dois horizontes da estrofe de Machado de

Assis: "a saudade dos que aqui permanecem convosco na lembrança e no coração; e a esperança, a verdadeira e sublime esperança das esmeraldas que recebestes, símbolo e penhor imarcescível dos vossos ideais, e que vos haverá de renovar constantemente o propósito e as inesgotáveis energias, para a sagrada missão de servir ao vosso povo, honrar a Pátria e dignificar a medicina."

DISCURSO DE POSSE (*)

Aloysio Augusto Novis

Contemplando o firmamento, o menino perguntou ao pai se o céu que admirava era o mesmo de sua cidade natal, lá no interior do Brasil. A resposta afirmativa deu ensejo a nova indagação: sem emenda? Bem sabemos, srs. Acadêmicos, que o céu que protege e cobre esta academia é igual ao do menino do interior, há um século e meio, sem interrupção e sem emenda. As estrelas não perdem a claridade, tais e tantas, a iluminarem esta Casa de Miguel Couto, — a casa da cultura médica, a ensinar que " não há trabalhos invencíveis onde a vontade é forte e longa a devoção".

Ao eleger-nos Membros Honorários, a vossa decisão nos conferiu alto prêmio, que enobrece e exalta. Com a palavra de reconhecimento, vivemos a expressão luminosa de uma tradição, confirmada na insígnia que recebemos das mãos do preclaro presidente José Leme Lopes e na saudação gentil, prestigiosa e brilhante de Walter Benevides.

* * *

Alcântara Machado notava nas Academias " o gosto bem feminino de variar". A idéia hoje se confirma, reunindo aos méritos que dignificam dois médicos ilustres a benevolência com que fui escolhido, de redobrado valor, pela lembrança de meus pais, íntimos da perfeição, que se devotaram para que os filhos alcançassem horas como esta, envolvendo o ato que prestigia, na humildade diante da honraria. Permitam-me recordar meu pai, que foi Membro Honorário desta Casa. Sua imagem era da sobriedade, a renascer cada dia na palavra de compreensão, de otimismo, de generosidade, de conciliação e de equilíbrio, pontilhada do senso de humor do cotidiano. Exemplo do mestre, — culto, erudito, de extrema sensibilidade, madrugador da leitura, sempre atualizada para a lição de fisiologia nervosa, proferida à hora exata, figurada no quadro negro, assistida e aplaudida de bom número de ex-alunos. Ao ausentar-me da Bahia, tive o previlégio de 20 anos de correspondência, cujo ritmo, de duas cartas por semana, fala da singular comunhão de idéias, zelosos pela pontualidade, o estilo, a inspiração, o senso poético do pai e a admiração consciente do filho. Recolho o exemplo de eleva-

(*) De Membro Honorário da Academia Nacional de Medicina — 16.08.1979 — em nome também dos recém-eleitos, Drs. Francisco Benedetti e Luiz Verene Décourt.

ção moral, na palavra de consolo que, certa vez, fez chegar a uma irmã, quando, de Mato Grosso, lhe anunciou a perda total da visão. Relembra, em resposta, a Imitação de Cristo e a grande verdade que ali está: "Quem me segue não anda em trevas", e diz: "Impregnada de Deus a alma nunca se satura de penas e nela há sempre uma fresta para a Grande Luz, mesmo quando se hajam cerrado os olhos do corpo para a claridade solar". No sentimento de Aristides Novis — o encontro da linha vertical de uma consciência com a linha horizontal da caridade, desenhando a cruz da redenção. Como é triste o silêncio de uma fonte que emudece!

★ ★ ★

Cumpro o dever de destacar a honra da companhia de Luiz Décourt, o devotamento sem reservas à clínica e ao magistério, figura eminente da medicina brasileira, mestre da Cardiologia, decifrador dos segredos do coração, com títulos e trabalhos a lhe assegurarem a admiração unânime, enriquecendo esta Casa e trazendo São Paulo para mais perto de nós. Como se não bastasse esta alegria, o exemplo de fidelidade ao ideal de Francisco Benedetti, a quem o destino deu berço humilde para que a modestia realçasse na longa perseverança e na merecida ascensão, o êxito que o esperava.

Vimos suceder a três insignes sanitaristas, cuja recordação nos leva a um desfilar de lembranças, entre saudades: Ernani Agrícola — a dedicação obsessiva à causa pública, no combate à lepra e à malária, Roberval Cordeiro de Faria, que deixou um traço de luz na dignidade com que marcou a passagem pela Saúde Pública, e Manoel José Ferreira, honra de uma classe, personalidade rara a definir a própria inteligência, ágil, lúcida, prestante, a serviço da ciência, a que transmitiu fervor religioso. Valores humanos assim engrandecem esta agremiação, laureados no Brasil e no estrangeiro, por governos e entidades científicas.

★ ★ ★

O meu confessado amor à medicina é bem de família, médicos, meus avós, pai e dois irmãos, patrimônio que transmiti ao filho, neurologista que me envaidece. O destino me envolveu de graças o nascimento. Meu pai, aluno premiado da Faculdade de Medicina da Bahia, mereceu viagem de estudo, a Paris. Ali, nasci. No apreço singular da amizade, de Aloysio de Castro adquiri o prenome. Cinco meses após o nascimento, o renascer na Bahia, onde renascem todos os que chegam, enlevados com a paisagem de presépio que a cidade de Salvador oferece, vista do mar, e presos à suave magia dos seus encantos.

Meu desejo de criança era trabalhar com Eduardo Rodrigues de Moraes, o Mestre da Otorrinolaringologia da minha Faculdade do Terreiro de Jesus. Membro Honorário desta Academia, foi-lhe criado prémio com o seu nome, por solicitação dos discípulos. Dele, se poderia repetir: " É-se médico como se é principe: por nascimento". Nobre representante de uma época, acumulava a realeza de qualidades e as virtudes do profissional. Era um himem elegante, e de quantas elegâncias! Tive a honra de pertencer à sua escola, colaborando no consutório e na clínica hospitalar, onde senti a presença da arte de curar, na escuta paciente, na palavra adivinhada, no meio sorriso, no olhar que sublinhava a esperança e no gesto, muito dele, da mão amiga sobre o ombro do doente, prolongando a confiança. Técnico invulgar, fez no Brasil a primeira laringectomia e no estrangeiro várias demonstrações de sua perícia. Guardo as lições de sua bondade, que sabia ver, nas coisas mínimas, razões que tanto ajudam a viver. Foi substituído pelo filho, Carlos Rodrigues de Moraes, personalidade marcante, recordado na saudade dos que lhe teetemunharam a arte, que era sabedoria de, falando pouco, dizer tudo.

Médico, transferi-me para o Rio de Janeiro, cidade que enfeitiça pela beleza e graça de seu espírito, e de tal maneira, que Cassiano Ricardo percebeu: "Quer-se ter saudade, mas o Rio não deixa", e Jorge de Lima descreveu: "Adoro esse Cristo turista / de braços abertos / que procura equilíbrio / na montanha brasileira".

Na realidade, o Rio merece a definição que Michelet deu à França, e assim, eu diria: O Rio é uma pessoa. Nele formei numeroso lar baiano, presidido por uma carioca que somou às suas virtudes as de antepassados, dividindo-as com os filhos.

* * *

Renato Machado, um dos vossos titulares, convidou-me para a sua companhia no Hospital da Cruz Vermelha Brasileira, cujo fechamento deixou amargura e perplexidade. Amigo cordial, esteta, da técnica esmerada se serviu para ampliar a especialidade, incluindo a correção de defeitos faciais, antes da cirugia plástica adquirir autonomia. Minucioso, seria entisiasta da micro-cirurgia, que retribui em segurança o rigor da execução. Enaltecendo a sua memória, lembro o artista do violino, esquivo e discreto, e presto justa homenagem a quem foi fiel ao pensamento de Fernando Pessoa: "Sê todo em cada coisa, põe quanto és no mínimo que fazes".

A clínica de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro tinha o hábito, que vinha de longe, de não ter casa própria. Mas, fiel ao Hospital São Francisco de Assis, da respeitável tradição de um João Marinho, para lá voltou. Foi aí que, Professor-Adjunto, vindo da Escola Ana Nery, reassisti no ato cirúrgico, como tantas outras vezes, à técnica, à leveza e elegância de gestos, ao bailado das mãos de Ermiro Lima.

Esta tribuna me permite o grato dever de uma referência especial a Deolindo Couto, com quem trabalhei no Instituto que traz seu nome. A personalidade multifacetada desperta no biógrafo um espanto inicial, crescente de entusiasmo, ao distinguir, na mesma personagem, o professor, o reitor, o clínico, o numeroso acadêmico, de quantas academias, o presidente, o orador, o coferêncista, o conselheiro, o médico de ética exemplar, o amigo, e mais, o temido argüidor de tese, cuja lucidez da crítica "metralha" o trabalho científico, para motivar os valores do candidato; e o mestre, a presidir sessão clínica, conhecida por "leilão de diagnóstico", desde Austregésilo, a completarem o mosaico de atributos. desenhado pela alta intelegência. No correr de célebre concurso, em Salvador, jornal leigo deu título: "Ontem, na Faculdade de Medicina funcionou a "metralhadora" de Deolindo Couto. Nas mais variadas oportunidades, o imprevisto realça-lhe o saber, o destilar da cultura, oriunda dos clássicos, a memória privilegiada e a agilidade do raciocínio. Disse Aloysio de Paula: "Sua prosa é um permanente fogo de artifício". O seu humor torna leve a companhia do homem de ciência, e o completa no segredo de fazer da amizade uma arte que comove.

Senhores Acadêmicos

No contexto cultural de uma época sob o signo do medo, temendo pela sobrevivência, como parte de uma sociedade em mudança, a medicina se encontra em hora crucial, no rumo dos acontecimentos. Ela busca, no tratamento de largos e humanos objetivos, a síntese harmoniosa da competência na arte, fundamentada em base erudita, Mas, apreensiva, vê o médico distraído desta norma, transformado em funcionário, homo burocraticus, com tempo exíguo para tratar a doença, sem tempo para atender o doente, não dispondo de tranqüilidade para escutar o íntimo da alma, que tantas vezes insinua o diagnóstico. A preocupação econômica leva ao erro da múltipla atividade que afasta a contemplação criadora. A realidade mostra a inquietação, o revoar de brancos uniformes pelos quadrantes da cidade, pousando ali e acolá, num esforço para evitar que o trabalho se converta em simples rotina do cumprimento do dever. Do turbilhão da coletividade cresceu, numerosa e impositiva, a afluência aos ambulatórios, motivada pela explosão demográfica e pela ansiedade dos que se refugiam da vida, na do-

ença. O homem, envolvido pelo excesso de ondas sonoras e luminosas, vive cercado de gente e interiormente só, distante de si mesmo, por ter "a vida se voltado para fora". A civilização, inclinada para o homem exterior, civilização do número mais que da pessoa, sacrificada pela urgência de viver, rica de poluição, distraída da biologia, perdeu o ritmo do equilíbrio humano. Nas grandes cidades é comum a insatisfação, habitual a insegurança, a explicar o freqüente estado de susto, que não consente o sono sem auxílio, porque, no dizer de Augusto Frederico Schmidt, "o sono é um ato de confiança". O segredo médico é ferido com freqüencia, objeto de surpreendente divulgação, indiferente ao pudor, rasgando o véu da privacidade familiar. Até o lema tão desejado de "viver devagar e morrer depressa", parece ter sido substituído pelo de viver depressa e morre devagar, prolongada a morte, tantas vezes, pelo instrumental da técnica, que a assiste além da esperança. A profissão não se ajusta à impersonalidade. A confiança do doente não pode ficar restrita à entidade que o protege, mas alcançar o médico, cujas qualidades todos reconhecemos nas do médico de família, raio de sol de tanta gente, que cura desde a presença e cuja volta, diligente e atualizado, está a caminho.

* * *

Em face do que presenciamos, num mundo mais de ação do que reflexão, é oportuna e salutar a apologia da temperança, a relembrar que "o tempo não respeita o que se faz sem ele". A palavra oracular de MIguel Couto está viva: " O mundo não se deixa adivinhar pelo primeiro, nem a natureza se entrega sem carícias", na esperança do "milagre das hipoteses fecundas". Não se perca de memória a luta do médico para decifrar a complexidade do homem, essa "unidade bio-psico-social e cósmica". São Francisco de Sales meditava: "Cada alma é uma arquidiocese". E o filósofo atual, reticente e irônico, comenta: "Já vi um frade fazer uma máquina, o que nunca vi foi uma máquina fazer um frade". Não esperava a meia-resposta do biologista, tendo nos lábios o sorriso e nas mãos a proveta do futuro bebê, sem todavia se comprometer, que do original método de fabricação possa nascer um religioso... O caminho é o da adaptação à coisa nova, mas adaptação inteligente, sensata, razoável, certo de que o rítmo do mundo não espera pelos que se atrasam. "O importante, disse sabiamente Jean Paul Sartre, não é o que fazem de nós, mas o que nós próprios fazemos do que fazem de nós". Tão freqüente o imprevisível, que se apela para "um suplemento de alma", em que o Papa João Paulo II — "o peregrino absoluto", situa a esperança. No universo criado pela ciência da informação é evidente "o predomínio da cultura visual sobre a cultura verbal" e sabemos com Horácio que o que vem pelos ouvidos comove menos que o que vem pelos olhos. A revolução eletrônica está concorrendo para a desumanização e para o desamor; e os métodos novos, permitindo uma

espécie de contabilidade do ser, ao médico dão autoridade diferente, que desvitaliza a instituição e restringe a autonomia.

* * *

Mas, srs. Acadêmicos, a verdade é que, em nossa profissão, no curso do tempo, nada poderá exceder em beleza o ato médico, escola de síntese. "colóquio singular" de Duhamel, o encontro com o doente, presidido pela ética, no diálogo de confiança com a doação de si mesmo. Preserva-lo como ideal, a fim de alcançar o mais alto de si mesmo, é dever do médico, atento ao regime de educação continuada para conhecer o fato novo, sempre renovada a competência. Paulo de Goes, fazendo o elogio da continuidade na aplicação do espírito, diz, com razão: parou, atrazou. Já Berardinelli ponderava que os médicos nunca formam. A técnica fascina o homem, o eleva e glorifica, se a domina e subjuga, mas recordemos a advertência de Aristides Novis: "Técnica sim, e apurada mas sem esquecermos uma nesga de céu através da qual se contemple o infinito", como a fazer um apelo à formação humanística, reunindo ciência e conciência, inteligência e senso estético, na busca perene do espiritual. Não diz o provérbio: "Se te sobrarem dois pães, vende um deles e compra um lírio"? E Mário Quintana não afirmou que "A última novidade é sempre uma rosa"? A própria indústria reconhece a significação do jardim junto à fábrica.

A arte médica encontra-se com a arte poética quando o artista percebe, nas malhas de uma ocorrência , o que só a sua sensibilidade pode atingir, "vendo o invisível e palpando o insondável". É quando se serve do olhar que ouve e da escuta que vê, na união integral dos sentidos, para captar no tempo íntimo do doente o âmago do essencial. À luz da eloqüência do caso clínico, identifica-se com a atitude, gesto ou palavra, procurando descobrir no indivíduo a pessoa, quantas vezes escondida na espaçosa realidade interior.

A condição essencial do médico é, pois, "aderir à sua tarefa"; mas como fazê-lo, se transformado, sob o domínio do atendimento de massa, em peça de um sistema, dente de engrenagem, corroído pela burocracia, esmagado pela rigidez do horário, com aparente liberdade? No afã do maior número tem olhos na estatística, por vezes amável com o autor, e sempre compelido ao dever de a todos despensar igual préstimo. Gustavo Corção, falando para médicos, se refere à democracia das vísceras e alude ao critério que nos manda honrar, igualmente, o soldado e o general. "De fato, diz ele, um general visto por dentro não se distingue do soldado raso. Seu fígado não o acompanha nas promoções, podendo até acontecer que um general intemperante tenha a espada na ativa e o fígado na compulsória".

Senhores Acadêmicos

Os flagrantes a que nos referimos, colhidos ao acaso diante da complexidade da estrutura social, estão a exigir, como recentemente estudou esta Academia, novos caminhos para o problema da saúde, reunindo nas diversas áreas, ao sistema formador, o sistema utilizador da comunidade, numa harmonia docente-assistencial.

O compromisso da espécie, pelo instinto de sobreviver, como pela evidência dos fatos, está integrado no espírito de renovação, antídoto do tédio da vida, o que não se opõe à sabedoria do ditado siciliano: "As coisas têm que mudar para ficar como estão". Não terá sido essa inspiração de Vitor Hugo ao dizer que "O dia sai da noite como de uma vitória"? Dizia Guimarães Rosa: "Mire, veja: o mais importante e bonito do mundo é isto que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas — mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou". Mudam os tempos, o físico, o social, o político, o tempo interior, porque mudar é o destino, menos quanto ao escolhido para não mudar. Mudar renovando, evoluindo, progredindo, mudar recolhendo em si a hora presente, escoimada de contigentes impurezas. alicerçadas na experiência do consagrado e no respeito aos motivos de permanência da tradição. Diante da influência poderosa dos elementos de informação preponderante, é outra, em nossos dias, a personalidade do jovem, que mais cedo se faz adulto. "Nada se isola do tudo", e o contexto da vida mudou. É virtude saber aceitar a evolução representada pelos valores de sua vanguarda. Ontem, a "arte era o esforço por criar beleza"; hoje, ela fixa o flagrante da inspiração, mesmo refugiando-se na própria arte. Da arte lógica passamos para a arte mágica. Novos conceitos movem o artista. A obra de Portinari está impregnada das amarguras do problema social, fiel à realidade, esta, distante do belo e carente de solução. Há em nossos dias um convite à mudança que floresce do conquistado. Procuremos compreendê-lo, a fim de sermos dignos do momento atual, podando excessos e mantendo a linha cristã de nossa origem, possuídos da verdade de Joaquim Nabuco: "Somos uma nação que tem o seu destino, o seu caráter distinto, e só pode ser dirigida por si mesma, desenvolvendo a sua originalidade com os recursos próprios, só aspirando a glória que lhe possa vir do seu gênio".

* * *

A Academia Nacional de Medicina se rejuvenesce com o tempo, como nos cursos, este ano, de mais de três mil alunos com que celebra o sesquicentenário. Representa, na comunidade médica brasileira, a voz da tradição e a palavra do

equilíbrio, a confirmar o asserto de André Malraux, vendo na cultura a ressurreição da nobreza do mundo. Por isso, permanece livre, soberana, independente e fiel à mensagem de seus ideais. Cumprindo a aspiração ética que seu prestígio reflete, ela é, no cenário nacional, centro de difusão do saber, serena no apostolado, para atingir a glória do amanhã, na marcha luminosa do seu destino.

MOCIDADE, MATURIDADE E VELHICE (*)

Jayme de Sá Menezes (* *)

Ao nascer, alheia aos mistérios da vida, a criança não suspeita que venha a conhecer o sofrimento, a alegria, o amor, a morte. Vai crescendo por entre brincos e curiosidade, para atingir, no futuro, aquilo que Aristóteles chamou **Força Motriz**. E já foi definida a infância como a "idade do brinquedo", que, aliás, persiste em tantos adultos. . . Instalada a puberdade, que literalmente é a idade dos pelos, o menino entra a dar curso ao pensamento, às inaugurais lucubrações; a menina passa a cobrir-se de adereços, feitiços com que pretende atrair a atenção do companheiro de escola. O rapaz preocupa-se com o alfaiate. A rapariga (na boa semâmtica lisboeta) aprimora a sedução e a beleza. E apela para o toucador e as vestes vaporosas. À consciência sexual desperta pela constelação das glândulas endócrinas, corresponde certo desenvolvimento intelectual. E os jovens, na inquietação própria da idade, opõem à ponderação e à passividade dos maduros e dos velhos, a ação ardente e impetuosa.

À mocidade agrada a exitação da aventura, com a qual consome os excessos de energia. Ama a novidade e o perigo. Desdenha da lei e da ordem. Menospreza a sobriedade e a prudência. Entrega-se às sensações violentas e aos intérminos desejos. Tudo em execesso. Exuberantemente. Com o sorriso franco nos lábios, o olhar esfusiante, a simpatia comunicativa, os jovens desconhecem os desvãos da alma humana onde se abrigam a insinceridade e o despeito. A saúde, que enfeita a mocidade e é sua constante companheira, ajuda os moços a esbanjarem as suas provisões de sonhos e audácias. Mas, com a escola, as leituras (hoje escassas), os programas de TV,as primeiras meditações lhes afloram à mente imatura. Entram, então, a indagar, por múltiplas e insistentes interrogações — curiosos e suspresos — o significado ou a origem das coisas. Crepitam-lhes no cérebro em ebulição as dúvidas e incertezas. O destino, a alma, o amor, Deus, as icógnitas da existência povoam as suas cabeças e os fazem pensar. E na alma e no coração dos jovens florescem os encantos da música e a sedução da arte. Já despertos para a beleza decepcionam-se com o meio que os cerca. Predispostos ao bem, chocam-se com a descoberta do mal e passam a conhecer a natureza humana. Vindos do conchego familiar, onde bens, afetos, apoio e sinceridade eram compartidos en-

(*) Publicado em "A Tarde" — 15.09.1972

(**) Da Academia de Letras da Bahia (1º Secretário), do INstituto Geográfico e Histórico da Bahia (1º Vice-Presidente), do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo (Membro Honorário).

tre pais e irmãos, repelem a hipocrisia social numa comunidade de pretensiosos e egoístas que, com toda a cortesia, entredevoram-se no melhor dos mundos, na mais perfeita sociedade de "inimigos cordiais". Revoltam-se, a princípio, contra essa brusca mudança, mas, a pouco e pouco, são envolvidos na trama individualista que os leva a se adaptarem às contigências sociais. È no amor, então, que encontram o refúgio para as suas frustações, presos às mais belas promessas de felicidade. E os desvios impulsivos e verdes os conduzem à estonteante festa do coração e da carne. Por fim, rapaz e moça se completam em doações recíprocas, que os levam às devoções mútuas e profundas . O jovem — viril, audaz, ansioso — desdobra-se em atenções e gentilezas. A moçoila — experimentando transformações profundas no espírito e no corpo — torna-se pensativa, assustada, inquieta; e envolve-se nos sonhos da criação. Por excelência confiantes e inovadores, os jovens são fortes e intimoratos. Não pensam na morte. Amam a vida. Confiam no futuro.

No homem maduro tudo é diferente. E psicólogos ilustres relacionam a "idade madura" com o casamento, pelas responsabilidades assumidas ou impostas pela nova ordem social, em contraposição à inteira liberdade do celibato. Assim, cada idade e estado civil têm suas obrigações e seus compromissos, seus prazeres e suas aflições. A maturidade é o período da prudência, da estabilidade, da realização.

Deixando para tráz as paixões, os arroubos e a euforia da mocidade, o homem maduro conduz a vida sob a experiência dos anos já passados que lhe abrem novas e mais seguras perspectivas. Há um reajustamento de propósitos e atitudes. Depois dos 40 anos, o homem é um conservador. O pessimismo entra a substituir o otimismo. A fonte das energias transbordantes já não se renova com a exuberância de outrora. Da verticalidade passa a horizontalidade, ainda que aspirando o poder e a riqueza, enganosas fórmulas compensatórias. E isto leva o homem maduro a maldizer a brevidade da vida, tão curta à realização de suas ambições. Encontra-se, nesse paso, a meio da jornada, quando começa a preocupar-se com o fim irrecorrível. Até então era-lhe a morte uma figura retórica, um tema acadêmico, cujo debate tocaria aos velhos empreender, Às subitas, vê que tudo está mudando, que a descida começa a operar-se. Seu pensamento volve ao passado, e recorda os dias de ascenção álacre e descuidosa. Compenetra-se das cãs que lhe começam a pratear os cabelos e no trabalho e na familia encontra a destinação da vida. As labaredas da juventude já lhe não aquecem o ânimo sereno e frio. Como Sancho Pança, é capaz de trocar um continente no reino da Utopia por uma ilha de paz e tranqüilidade em qualquer ponto do mundo. As novas idéias que empolgam a mocidade são friamente recebidas pelo meão descrente. A mocidade é idealista, comanda nas horas revolucionárias; a maturidade

é calculista, inclina-se para as acomodações e conveniências; a velhice é derrotista, fica estagnada na contemplação ou encastela-se na revolta. Daí dizer o filósofo que — "a mocidade propõe, a maturidade dispõe, a velhice se opõe".

A capacidade de aprender e apreender progressivamente decresse depois dos 60 anos. A memória de fixação sede lugar à memória retrógada ou de evocação. Endurecidas as artérias, dificultada a irrigação sanguínea, as células cerebrais do velho não mais admitem aquisições. Na criança, o crescimento é rápido até a adolescência. No velho, o declínio é tanto mais veloz quanto mais idoso ele é. E como os extremos se tocam, a insensibilidade geral revelada pela criança ao alvorecer, repete-se no ancião ao anoitecer da existência. O velho vai a pouco e pouco ficando insensível aos apelos do ambiente e às seduções da vida. Os sentimentos amortecem, o ânimo combale, a vontade fraqueja, a coordenação vacila; esvai-se-lhe a vitalidade, o indiferentismo o domina, como que tudo concorrendo para entorpecê-lo e assim aceitar, semi-anestesiado, a sentença inapelável da morte. E ao lado do ancião caminha, como dizia Vigny, "O cortejo de todos aqueles que ele poderia ter sido, de todas as suas potencialidades abortadas".

Mas já se disse que o homem "é velho como suas artérias e moço como suas idéias". Assim, quando o velho é um privilegiado, quando consegue, por sua fortaleza física e intelectual, manter vigoroso o espírito, o ânimo sereno, intacta a capacidade de sonhar, então envelhece sem envilecer nem quebrantar-se, e em torno de si giram os sentimentos e as idéias que lhe conferem toques de mocidade. E os velhos assim dotados não lamentam — como sugeriu Anatole — que a mocidade não se encontre no fim da existência humana. De espírito moço, suprem — como tão bem soube suprir o próprio autor de " La Vie Littéraire" — o cego ardor da imprudência juvenil com a luminosa moderação da sabedoria provecta, sabedoria que é o dom supremo da velhice culta e lúcida.

E através dessa sabedoria o velho como que supera a morte, consciente de que ela atinge vidas, mas não a Vida. Esta ele sente estender-se nos filhos que geriu, nos netos que lhe surgiram, forças novas e portadoras da vitalidade que se lhe esvai e renasce nos renovos do seu sangue, os quais, fechando o eterno círculo vicioso, palmilharão os mesmos caminhos de erros, acertos, desenganos e esperanças, até envelhecerem e transmitirem aos descendentes o legado contínuo das gerações.

CIRURGIA CONSERVADORA DO BAÇO

Renato Tourinho Dantas (*)

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Às primeiras referências históricas à cirurgia do baço, confirmam as observações de Aristóteles, que pacientes congenitamente asplênicos levavam uma vida normal e, portanto, baço não era essencial à vida.

Assim é que em Plínio e no Talmud encontram-se referências à esplenectomia para aumentar a resistência dos atletas.

No século XVI Fioravanti descreveu a extirpação do baço nos traumatismos, explanando de modo sistemático a técnica empregada.

Posteriormente Wren no século XVII e Morgangni no século XVIII reafirmaram as observações de Aristóteles, em trabalhos experimentais.

Os estudos de Malpighi e Wirchow no século XIX acerca das funções do baço estenderam as indicações da esplenectomia aos tumores esplênicos, aos linfosarcomas, leucemias e hemopatias outras.

Apesar de Parlavecchio haver realizado a primeira esplenorrafia em 1893, estes conceitos iniciais, aceitos como doutrina, mantiveram-se intocáveis até 1919 quando Morris e Bullock revendo o assunto, concluiram qua o corpo humano desprovido do baço poderia apresentar um aumento na incidência de infecções.

Este dado passou despercebido, devido não só ao fato da mortalidade em traumas do baço haver caído de 90 a 100% com o tratamento conservador do início do século, para 27% nos pacientes esplenectomizados na década de 30; bem como da ausência de consequências imediatas, clinicamente perceptíveis, da retirada total do órgão na maioria dos pacientes.

Somente em 1952 o assunto foi reconsiderado quando King e Shumacker relataram casos de septicemia em crianças esplenectomizadas.

A partir deste trabalho inúmeros relatos têm alertado acerca da sensibilidade dos asplênicos à infecções graves, independente da idade, demonstrando categoricamente que a esplenectomia total não é absolutamente inócua.

E a revisão da literatura mundial acerca dos traumatismos esplênicos revela que a esplenectomia total, independente do grau de lesão, acabou por se tornar o procedimento de escolha, não por causa do insucesso das medidas operatórias mais conservadoras, (tamponamentos, suturas, adesivos de superfície, esplenectomias parciais, entre outros), mas pelo fato de não se ter identificado nenhuma função importante para o baço.

(*) Titular da Cadeira 23, Professor da Faculdade de Medicina da UFBa.

O baço faz parte do sistema mononuclear fagocitário (S.M.F.) para o qual contribui com massa funcionante similar a do fígado. Apresenta uma arquitetura interna angiozonal disposta em planos transversais, perpendiculares ao grande eixo do órgão. O conhecimento não é novo, pois já em 1879, Sappey, ensinava que o baço representava uma reunião de 4 ou 5 órgãos idênticos, ligados pelo mesmo envoltório, mas, conservando sob a fusão aparente, completa independência e correspondendo aos ramos de divisão da artéria lienal, e Lootem, em 1910, aduzia que esta independência não se extendia ao retículo capilar da polpa, existindo anastomoses a nível capilar, nos segmentos.

De 1959 à 1963 Zappalá, no Brasil, estudou mais profundamente o assunto caracterizando bem a arquitetura angiozonal do baço em territórios isoláveis, por planos interzonais avasculares ou parcamente vascularizados.

Identificou plenamente a disposição intrazonal das artérias e veias, classificando 4 tipos de zonas vasculares esplênicas e concluiu que estes dados aliados ao fácil reconhecimento do pedículo esplênico pela configuração extra hilar, constituem fundamentos preciosos para a ressecção parcial do órgão quando necessário.

E, apesar de anatomista, não cirurgião, extranha que a esplenectomia regrada, como uma nova possibilidade cirúrgica tenha pouca divulgação e não conste dos tratados de técnica operatória.

Externamente é o tecido conjuntivo que constitui a capsula esplênica e que envia trabéculas para o centro do órgão.

Nos espaços limitados pelas trabéculas está situado o parênquima, dividido em polpa branca e polpa vermelha. A polpa branca é representada por uma série de folículos uniformemente distribuidos e visíveis mesmo a olho nú. São compostos por aglomerados de linfócitos e plasmócitos. A polpa vermelha localizada entre os folículos é constituida pelos sinusoides e pelos cordões sinusais entre eles.

O baço apresenta sistema vascular característico. O sangue pode passar pelo órgão através de duas vias e entrar em contacto mais ou menos demorado com as diferentes estruturas que compõem o parênquima esplênico. Animais estidados com CR 51, mostraram que o fluxo por uma das vias ocorre em alta velocidade enquanto pela outra é muito mais lento.

Na primeira, transita através do sistema vascular composto pela artéria esplênica, pelos seus ramos hilares e sucessivamente através de vasoos de menos calibre até os sinusoides esplênicos passando às venulas e vindo até a veia esplênica. Pela via de baixa velocidade o sangue circula pelo mesmo sistema salvo por uma diferença na polpa vermelha. A este nível verifica-se uma variante representada pela passagem sucessiva do sangue dos sinusoides para os espaços lacunares e vice-versa.

O aspecto ultra estrutural do baço foi estudado recentemente à microscopia eletrônica por Weis e Col. Os sinusoides com diâmetro de 30-40 u formam uma rede vascular de paredes muito finas, que apresentam pertuitos de cerca de 3 u que se comunicam com espaços lacunares vizinhos.

No conjunto esta modificação determina um trajeto sinuoso através dos pertuitos existentes na parede sinusoidal. O fluxo sanguíneo do baço representa cerca de 20% do fluxo portal. Grande parte deste volume segue pela via de alta velocidade, porém a cada sístole pequena quantidade de sangue segue aleatoriamente pela via lenta e neste trajeto depara-se com obstáculos e atritos determinados pela esponja lacunar.

FUNÇÕES DO BAÇO

Embora bastante evidenciada a ação protetora do baço contra as infecções, é o mesmo um dos órgãos menos conhecidos do ponto de vista fincional.

É um órgão linfoide correspondendo a 25% de todo o sistema mononuclear fagocitário (SMF), sendo maior a massa de tecido linfoide do corpo humano. Diferente de outros órgãos linfoides, o baço é um órgãos altamente vascular interposto na circulação geral. Esta localização o coloca em contacto direto com antígenos circulantes.

TEm um papel de filtro, depurando o sangue de antígenos particulados ao ritmo de 4% por minuto. Considerando-se o ritmo como constante o baço é capaz de depurar o sangue de antígenos particulados em 20 a 25 minutos. Além da função de síntese do fator VIII de coagulação, participa ativamente na formação de imunoglobinas M contra antígenos bacterianos capsulados ou não.

Produz properdinas e opsoninas, como a tuftsina, que recobre os leucócitos estimulando a fagocitose, além de ser responsável pela regulação dos linfócitos T e B. Tendo função na depuração do sangue e na produção de elementos de defesa imunológica, o papel protetor do baço parece ser essencial nas infecções disseminadas principalmente por via sanguínea.

ESPLENECTOMIA E INFECÇÕES – RISCOS DA ESPLENECTOMIA

A indicação de conservação do tecido esplênico tem aumentado nos últimos 20 anos devido a um crescente conhecimento das funções do baço, de sua hemodinâmica e do aumento das taxas de morbidade em pacientes asplênicos.

É clássica a referência de sepsias por pneumococo, provavelmente por ser o mesmo um dos micro organismos mais freguentes no organismo após o primeiro ano de vida e pelo fato de ser o baço o órgão primário de depuração bacteriana

na criança, particularmente naquelas com deficiente resposta de anticorpos, pois sabemos que na presença dos mesmos cabe ao fígado importante papel de depurador bacteriano.

Outros microsorganismos foram também encontrados, tais como, menigococus, estafilococus, estreptococus, enterobactérias e até microbactérias tuberculosis. O fato permite sugerir que umunizações específicas poderiam reduzir a maior susceptibilidade a infecções sérias e fatais em esplenectomizados. Os estudos disponíveis a respeito porém são pouco conclusivos. A utilização de antibioticoterapia profilática e vacina antipneumocócica polivalente é defendida por alguns, não havendo porém unanimidade de opiniões.

Além do mais, pensa-se, no momento, que a proteção esplênica estende-se também a parasitemias como a malária, as tripanosomíases e outras, possivelmente fatais ao paciente esplênico.

Crianças submetidas a esplenectomia total estão sujeitas a infecções graves e fulminantes com uma incidência variável com a patogenia, indo, segundo Singer, de 1,5% na rutura traumática, a 25% na talassemia maior apresentando uma média de 4,5%. Já Erakis, Aldrich e Ein apresentam 6, 8 e 12 por cento de incidência em mais de 1.500 pacientes todos com mortalidade em torno de 60%, sendo que a metade destes pacientes foi operado por trauma esplênico. Ein assegura que, na criança, as esplenectomias por talassemia e hipertensão portal condicionam um maior risco de septicemia pós esplenectomia qua nas demais indicações. Na maioria das vezes o episódio septicêmico ocorre nos primeiros 24 meses após a esplenectomia e 50% no primeiro ano.

Parece porem não haver limite além do qual o paciente estaria livre da infecção, e nem mesmo evidência que o risco residual decresça com o tempo.

Aos estudos iniciais em crianças esplenectomizadas foram aduzidos dados referentes a adultos, notadamente aqueles realizados em veteramos da 2ª guerra mundial, 30 anos após esplenectomias por trauma em campanha, onde verificou-se, segundo Robinette e Col, uma incidência 5 a 6 vezes maior da infecção pneumocócica que em veteranos eusplênicos submetidos a intervenções outras. As infecções são geralmente graves, fulminantes, mas não obrigatoriamente fatais, podendo atingir até 80% de mortalidade com uma média de 50 a 60%, o que significa 50 a 200 vezes mais óbitos por septicemia que na população em geral.

Dois fatores situam-se como de importância básica na evolução das infecções pós esplenectomia: a idade e os distúrbios hémato-oncológicos de base.

A septicemia após esplenectomia pode ocorrer em qualquer idade, e a qualquer tempo após a esplenectomia, porém o risco é bem maior antes dos cinco anos de idade.

Os indivíduos até então sadios, esplenectomizados por rotura do baço, parecem apresentar menor risco de infecção pós esplenectomia, que os portadores

de doenças hémato-oncológicas de base.

A esplenectomia total remove 1/4 de todo o tecido linfoide humano e a grande massa de macrófagos, desenvolvendo-se então uma série de anormalidades imunológicas.

Estas incluem uma diminuição da depuração de bactérias e outros antígenos particulados. Quando há uma baixa concentração de anticorpos circulantes baixa a concentração de Imunoglobulina M e em muitos casos há uma queda da quantidade de tuftsina circulante.

Estas mudanças imunológicas ajudam a explicar porque muitos pacientes particularmente crianças são mais susceptíveis a infecções, após a esplenectomia. O germe mais comum é o Diplococus pneumoniase e a coagulação intravascular disseminada é a complicação mais frequente.

A análise retrospectiva de relatos parece mostrar que a asplenia favorece uma condição de menor resistência ao desenvolvimento da infecção, com alta mortalidade e que seu aparecimento parece estar relacionado apenas à oportunidade da contaminação.

A permanência de 25% de tecido esplênico residual confere segundo Goldthorn e Col, proteção imunológica contra infecção experimental de pneumococo, ainda que significativamente menor que a obtida com o baço íntegro. O efeito protetor parece ser diretamente proporcional à massa de parênquima residual, após a esplenectomia parcial e a sua situação na corrente sanguínea.

ALTERNATIVAS PARA A ESPLENECTOMIA TOTAL

Em face destes recentes conhecimentos a respeito do papel do baço nas respostas imunológicas e defesa contra infecções, impõem-se uma mudança de atitude face a indicação das esplenectomias.

Todo esforço deve ser feito no sentido de resistir a tendência à esplenectomia total e o cirurgião está obrigado a familiarizar-se com as disposições e variações anatômicas e manobras técnicas necessárias a permitir a realização do reparo ou da ressecção parcial do baço, preservando o tecido esplênico — ou seja — realizando a cirurgia conservadora do baço.

O baço além de ser o órgão mais comumente lesado nos traumatismos fechados do abdomen, também é grandemente atingido nas lesões perfurantes dessa cavidade.

Acrescente-se ainda que em cada 200 laparotomias independente da indicação ocorre um caso de lesão acidental do baço, sendo realizada a esplenectomia, ou então é a massa realizada como manobra tática para a complementação técnica de determinadas intervenções em órgãos outros que não o baço. As lesões esplênicas traumáticas são díspares variando de hematomas subcapsulares a sim-

ples lesão capsular, laceramentos diversos, roturas através o hilo e até completa secção do órgão e seus vasos.

Existem inúmeras evidências demonstrando que o baço pode ser conservado frente a roturas traumáticas ou acidentais. A maioria das lesões são representadas por roturas transversais do órgão, sendo que a direção da rotura parece determinada pela arquitetura angiozonal interna do baço, disposta em planos transversos. Lesões através estes planos produzem um trauma vascular mínimo e usualmente não seccionam nenhuma das maiores artérias segmentares.

Quase nunca se surpreende um sangramento ativo do baço, à laparatomia por contusão abdominal, a não ser por lesão do pedículo. A Anatomia vascular do baço parece favorecer a parada espontânea da hemorragia pela regulação e direcionamento da circulação intrazonal através da abertura de anastomoses arteriovenosas de diversos calibres, que permitem o desvio de sangue da zona traumatizada.

Em crianças há grande tendência a uma vasoconstrição esplênica acentuada, fator de proteção adicional e coágulos sanguíneos são retidos nas malhas do tecido esplênico evitando hemorragias posteriores. Assim é que diversos autores americanos defendem uma conduta ultra conservadora, o tratamento não operatório com observação cintilográfica monitorizada. O risco dessa forma de tratamento, contra indicada em adultos, é a dificuldade em diagnosticar outras lesões associadas ao trauma. A sutura do parênquima esplênico é factível e tecnicamente simples exigindo apenas do cirurgião uma vivência experimental, conhecimento dos meios técnicos disponiveis e de manobras taticas auxiliares.

Está provado de longa data que a ligadura parcial e mesmo completa da artéria esplênica não leva a compromentimento grave do baço, sendo que esta última foi empregada durante anos nos casos de hipertensão portal com hiperesplenismo, então denominada de esplenectomia fisiológica. A artéria esplênica inúmeras vezes se bifurca fora do baço, permitindo facilmente a ligadura dos seus ramos.

Quando há sangramento intenso é sempre arterial e pode virtualmente ser controlado pela ligadura direta, temporária ou não, do ramo responsável, e, se necessário, mesmo da artéria esplênica. Estudos de Touloukian e Col. em 1978 confirmam a impressão clínica que ligaduras arteriais do baço causam apenas uma passageira diminuição funcional e anatômica do órgão. Malangoni e Col. demonstraram, que a ligadura da artéria esplênica em ratos não produziu diferença na mortalidade após infecção por pneumococus, por via venosa, daqueles cujo suprimento de sangue no baço era normal. Com a artéria esplênica ligada ainda há formação de imunoglobulina M, porém quando os vasos curtos foram ligados juntos com artéria esplênica, a mortalidade por pneumococus aumentou, iguaalando-se a de ratos esplenectomizados.

Isto sugere qua a filtração bacteriana pelo baço foi o maior fator no con-

trole da infecção. A relutância, no passado, de tentar-se o reparo das lacerações esplênicas devia-se a suposta incapacidade de se obter o controle da hemorragia. Porém o controle hemostático expontâneo intra sinusoidal pela redução do fluxo arterial e as ligaduras arteriais temporárias ou definitivas permitem, hoje, uma mais segura e simples sutura capsular, mormente em crianças, devido a maior relação capsula/polpa esplênica, nas mesmas.

Desde o início do século são conhecidas técnicas de esplenorrafias indicadas em casos de pequenas lacerações, e realizadas com fios inabsorvíveis ou não. Estudos experimentais demonstram, fora de dúvida, que mesmo extensas lacerações do baço podem ser suturadas e que em fragmentações do órgão podem ser realizadas esplenectomias totais.

Ainda os mais ativos sangramentos podem ser controlados por ligaduras, suturas ou ressecções parciais.

Este arsenal terapêutico foi enriquecido com o uso de adesivos hemostáticos de superfície, como o cianocrilato e hemostáticos colágenos microfibrilares utilizados só ou completando técnicas outras; além do emprego de raios laser de CO2. Existem diversos caminhos para selecionar o tipo de reparo do baço traumatizado, dependendo da lesão, da experiência do cirurgião e do estado do paciente. As contusões e lesões superficiais são usualmente de menor significado e tendem a cura expontânea pela simples cicatrização. Diferentes lesões ditam diferentes condutas, porém o desbridamento da lesão sutura de colchoeiro vertical ou horizontal com fios diversos, suplementadas por suturas capsulares, uso de suporte de adesivos hemostáticos e epiplon, ou medidas mais drásticas como as esplênectomias parciais controlam a maioria das lesões. E mais, ligadiras e embolizações de vasos arteriais podem ser usados quando necessário provisória ou definitivamente.

Unicamente no baço totalmente separado das suas fontes de suprimento sanguíneo a esplenectomia total está indicada. A estes métodos já bastante difundidos, Lynn em 1979, apresentou uma variante técnica utilizando profundas suturas de colchoeiro com dexon após mobilização suficiente do baço, baseado no uso prévio do método em lesões hepatícas.

A aversão dos cirurgiões à sutura do baço levou Buntan, em 1979, a idealizar um método, dito incruento, que consiste na confecção de uma rede de fios absorvíveis com o qual se reveste o baço comprimendo-o em todos os sentidos e permitindo hemostasia e cicatrização das feridas esplênicas sem suturas. Todas estas técnicas são certamente mais difícies e trabalhosas que a simples esplenectomia, mas certamente são as mais compensadoras, como já foi sobejamente demonstrado. Apenas quando estiver completamente desvascularizado é que o baço deve ser extirpado.

Existem trabalhos experimentais preconizando o implante de tecido esplênico na cavidade abdominal ou na massa dos músculos retos do abdomen. Há

crescimento celular e o tecido implantado é idêntico ao tecido normal do ponto de vista histológico. Porém, embora haja recuperação de várias funções do baço não há restabelecimento da efetiva proteção imunológica contra infecção experimental por pneumococo por via venosa.

Os auto implantes de tecido esplênico no peritôneo ou nos músculos retos do abdomen respondem bem com anti-corpos a antígenos subcutâneos, e mesmo intravenosos, desde que solúveis, porém não respondem aos particulados circulantes no sangue.

Os Alotransplantes do baço não obtiveram ainda sucessos clínicos e mesmo experimentalmente. Matas e Col. recentemente encontraram resultados inconclusivos, devido ao escasso tempo de sobrevivência dos mesmos. A permanência exclusiva de baços acessórios após esplenectomia leva a uma falsa sensação de segurança, pois estes órgãos são de tal ordem pequenos que geralmente são imunologicamente insuficientes para conferir eficiente efeito protetor.

FILOSOFIA ATUAL DO PROBLEMA – MUDANÇAS DE ENFOQUE

Com base em todas as informações disponíveis torna-se claro que se deve preservar o máximo possível de tecido esplênico viável, em sua localização normal, como a melhor solução que dispomos, no momento, para a prevenção da sepsia fulminante pós esplenectomia.

Esta nova filosofia de conduta fez com que várias intervenções cirurgicas anteriormente acompanhadas de esplenectomia tomassem hoje novos rumos.

Atualmente os cirurgiões estão conscientes e atentos ao problema e procuram recursos técnicos e táticos para evitar a esplenectomia total.

Ainda que os pacientes submetidos a esplenectomia por trauma apresentam um menor risco de contrair a infecção que os portadores de lesões primárias, a septicemia fulminante pode ocorrer em ambas as circunstâncias. Pearson e Col. creditam a menor incidência de infecção nos pacientes esplenectomizados por trauma ao implante no peritôneo de células provinientes da lesão esplênica, esta esplenose foi confirmada em diversos casos pela cintilografia que demonstrou a presença de nódulos esplênicos em diversos pacientes.

Downey e Col. investigaram a imunidade humoral e celular de 22 pacientes adultos, sem distúrbios linforreticulares, que foram submetidos a esplenectomia por trauma e notaram que a depressão a longo termo de imunocompetência após esplenectomia relatada em crianças ocorre também em adultos e que não tem relação com a idade. A imunoglobulina M permaneceu diminuida por 04 anos ou mais após a esplenectomia. Estes dados significaram um impacto na atualização do tratamento cirúrgico do trauma esplênico em adultos, indicando que o baço não deve absolutamente ser considerado como órgão dispensável, e que todo es-

forço deve ser feito visando a conservação do mesmo ou parte dele sempre que cirurgicamente viável.

Assim é que, em doenças hemolíticas nas crianças, a tendência dos hematologistas, além da pesquisa e uso de novos agentes terapêuticos, como corticoides e imunossupressores, é retardar ao máximo possível a esplenectomia, quando inevitável, até os 5 anos de idade, quando o paciente já apresentaria uma maturidade imunológica mais acentuada, com transferência de muitos problemas imunologicos ao fígado; além da antecipação das vacinações destes pacientes mormente de referência ao pneumococo, ou o uso profilático de antibióticos.

Não se têm descuidado os pesquisadores da possibilidade das esplenectomias subtotais em crianças e adultos portadores de doenças hemolíticas, baseados em que a uma menor massa de baço correspondesse uma menor ação hemolítica ou sequestradora, desde quando na maioria destas afecções o baço é normal; sendo a alteração básica dos elementos figurados, incapazes de filtrarem-se através os pertuitos da circulação por via lenta do baço.

Na doença de Hodgkin a esplenectomia para estadiamento da afecção tende a ser revista, pois se em 11% de casos a esplenectomia revela processos invasivos do baço não suspeitados em 10% dos mesmos casos há mortalidade por septicemia no primeiro ano de operação.

No momento a tendência seria uma esplenectomia parcial como meio diagnóstico, atitude similar a conduta com o fígado onde são praticadas, com a mesma finalidade, biopsias amplas de ambos os lobos hepáticos.

No tratamento cirúrgico do refluxo esôfago-gástrico, passou a liberar o fundo gástrico apenas com a ligadura dos primeiros vasos curtos, poupando-se assim o baço, e o New York Hospital constatando que a maioria de lesões incidentais do baço ocorreram em operações sobre o estômago e esôfago com o uso de incisão nediana, passou a indicar o uso de incisão para mediana esquerda nestas intervenções.

A pancreatectomia total ou subtotal nos casos de hiperinsulinismo infantil passou a ser realizada sem esplenectomia, e a ligadura e ressecção dos vasos do pedículo esplênico, para facilitar a intervenção, pode ser realizada desde que mamantenha-se a circulação esplênica pelos vasos curtos e artérias gastroepiloicas.

Por outro lado diversos centros de transplantes de órgãos que indicavam esplenectomias antes, durante ou depois dos transplantes, agora retrairam-se nestas recomendações. E até na cirurgia da hipertensão portal onde a esplenectomia era considerada essencial, evolue-se para a anastomose esplenorenal distal seletiva também conhecida como a cirurgia de Warrem e na qual mantem-se perfusão venosa portal do fígado ao lado de uma eficiente e seletiva descompressão do território potencial sangrante das varizes esofagianas, sem sacrifício do baço.

Maksoud foi dos primeiros a usar a técnica de Warren em crianças visando

poupar o baço. E em adultos a mesma pode ser realizada com hemiesplenectomia nos baços grandes e nos pacientes com hiperesplenismo acentuado, visando evitar o hiperperesplenismo dito residual ou laboratorial; tendo-se porém o cuidado, como manobra tática, de realizar a hemiesplenectomia após a anastomose e ligadura da artéria polar inferior, como sugerido por Campos Cristo, para que a sutura do baço por pontos transfixantes, mantenha-se tensa ao final da intervensão.

CONCLUSÕES

Os riscos de infecções graves pós esplenectomia, hoje universalmente difundidos e categoricamente aceitos como verdadeiros bem como os conhecimentos das possibilidades técnicas visando a conservação do baço, têm mudado substancialmente a atitude dos cirurgiões frente a inúmeras indicações operatórias, traumáticas ou não.

Já não é lícito ignorar a latência da infecção grave que ameaça o esplenectomizado com risco específico, talvez vitalício, manifesto sobretudo na infância, sem lhe ser todavia exclusivo, ainda mais quando sabemos que a septicemia pós esplenectomia é uma infecção por imunodeficiência.

Extirpar um órgão cujo sacrifício não constava do plano operatório, equivale a assumir sem razão um onus iatrogênico ponderável e 25% das esplenectomias, em estatísticas diversas, são decorrentes de lesões intra operatórias por afecções outras que não originárias do baço. Persistir ainda assim em remover o baço a despeito das alternativas à mão é abdicar da técnica operatória mais requintada, baseada em requisitos fisiológicos por uma conduta simplesmente tradicional, pois excluindo-se a preservação esplênica, no momento, não dispomos de outros métodos confiáveis para a prevenção da sepsia pós esplenectomia.

BILBIOGRAFIA

BOLEST, E.T.; HAASE, C.M.; HAMOUDI, A.B. Partial splenectomy in stanging laparotomy for Hodgkin's disease: an alternative approach. *J. Pediatr. Surg., 13* : 581-6, 1978.

BUNTAIN, W.L. & LYNN, H.B. Splenorrhaphy: changing concepts for the traumatized spleen. *Surgery, 86* : 748-60, 1969.

CAMPOS-CHRISTO, M. Esplenectomias parciais. *O Hospital,* Rio de Janeiro, *56:* 93-8, 1959

DANFORTH, JR., D.N. & THORBJARNARSON, B. Incidental splenectomy: a review of the literature and The New York Hospital experience. *Ann Surg., 183* : 124-9, 1976.

DOUGLAS, G. J. & SIMPSON, J.C. The covservatite management of splenic trauma. *J. Pediatr. Surg., 6* : 565-70, 1971.

EIN, S.H.; SHANDLING, B; Simpson. S. The morbidity and motality of splenectomy in childhood. *Ann surg., 185* : 307, 19777.

FRAKIS, A.J.; FILLER, R.M. – Splenectomy in childhood. A review of 1413 cases. *J. Pediatr. Surg., 7* : 382 – 1972.

FLEMING, C.R.; DICKSON, E.R.; HARRISON J.R., E.G. Splenosis: autotransplantation of splenic tissue. *Amer. J. Med., 61* : 414-9, 1976.

FRANCKE, E.L. & NEU, H.C. Infecção pós-esplenectomia. *Clin. Cir. América do Norte:* 135-55, fev. 1981.

GOLDTHORN, J.F.; SCHWARTZ, A.D.; SWIFT, A.J.; WINKELSTEIN, J.A. Protective effect of residual splenic tissue after subtotal splenectomy. *J. Pediatr. Surg., 13* : 587-90, 1978.

HENRICI, C.E.; ONOFRE, A.F.; MONTEIRO DE CAMPOS, E.; TABOADA, G.; QUEIROZ, C.; KAISER, S. Cirurgia conservadora do baço. *Med. Hoje, 6* : (68) : 514-21, nov.-dez. 1980.

MAKSOUD, J.D. Esplenectomia e infecções. In: FORUM SOBRE INFECÇÕES EM CIRURGIA, São Paulo, ago. 1980. Rio de Janeiro, Produtos Roche, 1980. P. 12-4.

MORRIS, D.H.; Bullok, F.D. – The importance of the spleen in resistence to infection *Ann Surg. 70* : 513, 1919.

MALAGONI, M.A.; WEST, K.; Grosfeld, J.L. Response to pneumococcal challenge after ligation of the splenic artery *Sur. Forum 54* : 14 – 1980.

PEARSON, H. A.; JOHNSTON, D.; Smit–. KA et al. The born againa spleen. Return of splenic function after splenectomy for trauma. *N. Engl J. Med. 298* : 1389 – 1978.

ROBINETTE, C.D. Splenectomy and subsequent mortality in veterans of the 1939-45 war. *Lancet, 2* : 127-9, jul. 1977.

SCHWARTZ, M.D. Esplenectomia para doença hematológica. *Clin. Cir. América do Norte* : 117-25. fev. 1981.

SHERMAN, R. Base lógica e métodos de preservação esplênica após traumatismos. *Clin. Cir. América do Norte* : 127-34, fev. 1981.

SINGER, D.B. – Postsplenectomy sepsis. Perspect. *Pediatr. Pathol. 1* : 285 – 1973.

TOULOUKIAN, R.J.; DANG. C.V.; CARIDE, V.J. Splenic function following experimental deaterializarion injury in the suckling rat. *J. Pediatr. Surg., 13* : 131-5, 1978.

VILAS, V.L. Immunological ipairment an-susceptibility to infection after splenectomy. *J. Amer. Med. Assoc. 236* : 1376-7, 1973.

ZAPPALA, A. Estudo anatçomico da divisão terminal de A. Lienalis: zonas arteriais do baço. *An. Fac. Med. Univ. Recife, 23* (2) : 7-62, 1963.

SUBLIMAÇÃO INTELECTUAL E INCIDÊNCIA MÓRBIDA

Clementino Fraga

O problema da doença, em suas linhas gerais, envolve corpo e espírito, em atuação combinada, no relevo da unidade psicossomática. Se aguda e grave, a preocupação do corpo sobreleva a quaisquer atividades, que não sejam as relativas às funções orgânicas atingidas ou ameaçadas. Nas doenças crônicas, a situação moral se modifica, compondo, entre temores e esperanças, o quadro de repercussão afetiva, debuxado pela modificação psicológica, à conta do mal físico e por ela colorido em intensidade variável, conforme as circunstâncias pessoais.

Tratando-se de doença nervosa, principalmente de estados psicopáticos, as reações são mais complexas, foreiras da *emotividade,* que é o poder de reação psicofisiológica aos sentimentos. São emotivos os artistas, os entusiastas, os missionários, os amorosos, os ideológicos, os patriotas e reformadores sociais, os poetas. . . São de Scévole estes dois versos redentores:

"Je confesse bien avec vous
Que tous le poètes sont fous. . ."

Em verdade os poetas deliram, mas deliram *"secundum artem",* Mesmo a malícia poética é graciosa e inocente. Já não é pouco que, à sua conta, fique "o préstimo de ajudarem a amar".

A motividade está em relações estreitas com a efetividade e a ansiedade. Os inquietos e vibrantes são emotivos ansiosos, bem como os fanáticos, impulsivos, criminosos passionais, etc. Entre estes e os chamados *originais* de temperamento, considerados sãos, infinitos cambiantes individuais desafiam a curiosidade psicológica. E, sem dúvida, os problemas mentais, pesquisados desde as taras e estados constitucionais, são hoje entendidos à luz da psicologia, que indaga em profundeza e senhoreia domínios bilógicos, ainda misteriosos, como soem ser os de fronteira entre o normal e o patológico. Sua repercussão e ascendência nos incidentes da vida social são evidentes e conhecidos.

A superioridade intelectual tem sido considerada uma neuropatia, tais e tantas são as manifestações sintomáticas que a acompanham ou com ela coincidem: *Nullum magnum ingenium sine mixtura dementiae"*, dizia Aristóteles, pouco mais de 300 anos antes de Cristo.

Para André Gide, um pequeno mistério fisiológico, uma anomalia ou outro motivo mórbido da inquietação se encontra vinculado à origem de grandes fatos intelectuais. Em abono desta opinião comenta: "É natural que toda grande

reforma moral, o que Nietzsche chamaria toda transmutação de valores, seja devida a um desequilíbrio fisiológico. Em situação de bem-estar o pensamento repousa, e, dado que o estado de coisas o satisfaça, o espírito não tenta transformá-lo, isto é o estado interior, porque era o exterior ou social, é todo diverso o móvel de reformador; um é de natureza química, outro mecânica. À origem de uma reforma, há sempre mal-estar; o mal-estar do reformador é conseqüência do desequilíbrio interior. As densidades, as posições, os valores morais lhe são propostos diferentemente, e o reformador trabalha no sentido de definí-los: aspira a novo equilíbrio; seu trabalho não é senão um ensaio da reorganização, da desordem íntima, segundo sua razão, sua lógica; porque o estado de incoordenação lhe é intolerável. Naturalmente, não afirmo que basta ser desequilibrado para ser reformador, mas sem dúvida todo reformador é originarialemte um desequilibrado". E cita: "Mahomet era epilético, epiléticos os profetas de Israel,, Lutero e Dostoiewsky. Sócrates tinha seu demônio, São Paulo o misterioso "espinho na carne". Pascal seu abismo, Nietzsche e Rousseau sua loucura".

A inteligência superior é considerada anômala, e como tal conseqüência ou sintoma de neurose. De longe a identificação entre o gênio e a loucura. Idéias sublimes, outras vezes destravadas de senso, relevam ou afeiçoam os desequilíbrios mentais. Moreau de Tours restringe o conceito psicológico, no gênio, à exaltação itelectual. Para Lombroso epilepsia e gênio se confundem, sendo este o equivalente de fenômeno conculviso. Reveillé-Parise acredita a neurose efeito e não causa da exaltação. Ao radicalismo de tais opiniões, contrapõe Grasset que a neurose pode coincidir com a superioridade intelectual, sem que esta lhe seja tributária, com sintoma ou manifestação: "a neurose é antes o resgate do gênio". O estado constitucional nevropático, de comum se encontra nos indivíduos inteligentes, superiormente cultos, cuja atividade cerebral, incandescente e descontínua, desabotoa em criações do gênio literário. São os *ciclóides* e *esquizóides*, da atual e enfática terminologia científica, incluídos entre os tipos psíquicos de fronteira, ou, dentro da plenitude patológica, os *circulares e esquizofrênicos.* Alguns casos se inscrevem entre os de compensação consoladora de Claparède, esgueirados na fantasia ou submersos na psico-neurose. Outro aspecto da mentalidade mórbida é o *bovarismo* delirante, quimérico ou de compensação.

Um desses tais, Baudelaire, glorioso doente, disse admiravelmente:

"Et les vagues tensives de ces affreuses nuits
que compriment le coeur comme un papier qu'on froise".

Aqueles que, com penetração psicológica, considerarem a vida e obra de Marcel Proust, concordam na influência mórbida que dominou sua atividade literária, exaltando-lhe a imaginação e a fantasia. A tal respeito disse Gide: "s'il

n'etait malade, il n'aurait point cherché à resoudre ce problème, que lui proposait son anomalie, à retrouver une harmonie qui n'exclut pas sa dissonance".

Proust tinha seus males por "companheiros queridos". Pierre Mauriac cita uma frade de Polignac de muito sabor para Proust: "Un tel? *Il ne peut être intelligent,* il n'est pa malade". A solidão lhe foi estímulo às qualidades percucientes da análise, às luzes da introspecção e aos acordes da sonoridade interior. Mauriac, que apreciou sua obra do ponto de vista médico, conclui: "A la verité, tout, dans Mercel Proust, fut e'exception: ses capacités, son oeuvre exceptionelle; ce serait folie et injustice de n'y pas songer".

* * *

Seria longo miudear casos em que coexistem a doença e o gênio literário. Limito-me pois, a algu,mas referências nominais. Morreram loucos Nietzsche, Maupassant, Zuimermann, Donizetti; *epiléticos* foram Mahomet, Júlio César, Petrarca, Swift, Richelieu, Paganini, Schiller, Machado de Assis; *neuropatas,* ciclóides ou esquizóides —Voltaire, Diderot, Byron, Zola, os Goncourt, Tourgueniev, Villiers de L'Isle Adam, Bourdaloue, Amiel, Barbey d'Aurevilly; *gagos,* Moysés, Alcibiades, Manzzoni, Esopo, Vergílio, Demóstenes, Darwin, Malherbe, Catão, Turenne; *roedores de unhas* — Lammennais, Depuytren, Condorcet, Berthier; *tuberculosos* — Chopin. Castro Alves, Manoel Bandeira entre muitos. Foram doentes e morreram jovens, isto é, menores de 40 anos, Schelley, Keats, e, entre os grandes músicos, Mendelshon, Mozart, Schubert, Weber. Entre os nervosos inteligentes contam-se os *desarmônicos,* de Regis, ou sejam os esquizotímicos — indivíduos caprichosos, egoístas, imaginosos, teóricos, utopistas, sentimentais, sonhadores; outros são originais e excêntricos, e se denunciam nos gestos, hábitos, tiques, vestes; uns que são irônicos, outrs sarcásticos; tantos que são frios, inflexíveis, misantropos, idealistas, místicos. Jean Richepin, talvez pessoalmente com razão, disse em belos versos:

"C'est pourquoi, dans ce monde imbécile et méchant,
Il est bon que parfois un geste de démence
Vienne en renouveler l'immortelle semence.
Vous insultez ce fou. Vous lui cracher au front.
Qu'importe! Il a semé. Les fleurs refleuriront.

Leon Tolstói em quem a tara nervosa ateou a chama da genialidade, chegou a dizer que a moléstia conduz à perfeição, e por isto considerava ímpio o papel da medicina. Em sua opinião os males físicos são necessários e a dor é salutar, porque lembra ao homem a humildade. E rematava: a ciência é um diver-

timento perigoso para a salvação da alma.

Não somente a doença nervosa projeta reflexos secretos sobre as faculdades mais altas do cérebro humano; sem dúvida os fenômenos patológicos de jurisdição nervosa são os que mais de comum exercem tal influência, na conformidade da apóstrofe de Cabanis: "les nerfs – voilá l'homme!"

Através da moléstia devemos estudar os grandes incompreendidos. Dizia Blake que nem uma grande obra de arte nasce sem a colaboração do demônio. Não participará esse *quid* desconhecido do império secreto da molésta? Não entrará no mistério de tal repercussão o problema biológico da simbiose bacterio-celular? A um amigo que notou nas suas personagens muitos doentes, Duhamel, respondeu: "au regard du praticien je pense que Clytemnèstre a Otelo, de Julien Sorel a Roskolnikof, toutes les grandes figures de l'art appellent un diagnostic". A herança luética pode exaltar a inteligência até o gênio: "o treponema é o mordente do engenho, do heroísmo e da inteligência", dizia Leon Daudet.

Austregésilo, sábio professor de medicina e psicólogo, debuxou numa *paisagem psicológica* o quadro mórbido de doentes mentais, supreendido também em grandes artistas, heróis e gênios literários. Vale a pena reproduzir alguns traços as idéias vesânicas e as comparava com as que tinham curso no mundo, ficava surpreso de não encontrar entre elas grandes diferenças. As idéias de satisfação, de grandeza, de riqueza, de humildade, de desespero, de ruína, de culpabilidade, de perseguição, hipocondríacas, místicas, eróticas, de metamorfoses corporais, de transformação sociais, de querelas, ambiciosas, de predomínio, de ódios e de vingança deparam-se-nos em almas sãs e em almas doentes. Temperamentos tímidos, desconfiados, emotivos, ciumentos, fantasiosos, mentideiros, sonhadores, torturados, ambivalentes, cheios de dúvidas e escrúpulos, supersensíveis aos conceitos da consciência, são encontradiços nos enfermos e nos hígidos; às vezes entre os artistas, os grandes místicos, os gênios e os heróis computam-se anomalias que nos obrigam a dúvidas, se são indivíduos perfeitos ou desarmônicos, normais ou anômalos, semiloucos ou íntegros de razão e de consciência. Há tanto mistério nas funções psíquicas que a psicologia será sempre ciência sem limites e sem base sólida, porque as mutações do pensamento e dos sentimentos, dos caracteres e dos temperamentos variam em elastério infinito. Ilusões e alucinações constroem, completam e caracterizam os estados delirantes de certas psicoses".

São de observação corrente os fatos que associam a superioridade intelectual à doença: "il y a des souffrances glorieuses!" disse Lamemnais.

Orfeu não cantava senão vencido pela dor. O rouxinol cego canta melhor, "não por tristeza, senão por entusiasmo". Alguém observou que Esparta, tendo criado uma raça forte com o sacrifício dos fracos e doentes, eliminou a semente dos grandes homens".

Grandes doentes foram São Paulo e São João.

Referindo-se a Jospeh Conrad que, por doente, trocou a vida do mar pela profissão das letras, disse Mourois que "a moléstia é a fada cruel e poderosa que decide da vida dos escritores".

Estudada em profundidade, como hoje se diz, a psicologia ensina que a forte afirmação da mentalidade, pelo resvalar na tragédia da vida, tem seu segredo no domínio cerebral subconsciente. Reflexos intelectuais e sensações exprimem a resultante de milagrosa elaboração no determinismo da inquietação e da angústia. Chesterton disse que "louco não é o que perde a razão, mas o que perde tudo, menos a razão". Valery compreende ressonâncias viscerais nas idéias. E como no soberbo quadro de Miguel Ângelo, a *Aurora* vê a luz, sob a névoa discreta de uma lágrima, o engenho humano, aos estímulos dolorosos do sofrimento, logra a ascenção e o domínio do ritmo da beleza e da paisagem do sonho. . .

Rio, 1943

O EXAME NEUROLÓGICO OBJETIVO

Plínio Garcez de Sena (*)

O exame do sistema nervoso necessita de sistematização para que seja produtivo e dele se possa obter o máximo de informação. Além disso, o médico deve aderir a um esquema e repetí-lo tão amiúde quanto possível, para que obtenha automatização das diversas etapas.

O conhecimento das estruturas anatômicas do sistema nervoso central e das diversas vias neurais é requesito indispensável para a interpretação relativa aos achados do exame.

Neste guia, procuramos ater-nos ao básico. Para maiores detalhes, consultem-se as referências do roteiro.

INSPEÇÃO GERAL

Ao clínico experimentado as impressões iniciais podem proporcionar elementos importantes para a interpretação diagnóstica, mas a solução final há de sair depois do exame completo do doente.

A simples inspeção do crânio e face, da coluna, ou dos nervos periféricos, pode sugerir, algumas vezes, o diagnóstico.

A expressão fisionômica muita vez assume grande significação.

Na *paralisia facial periférica* unilateral, verificamos assimetria patológica, caracterizada pela impossibilidade de o doente enrugar a fronte, de realizar a oclusão da pálpebra, além do repuxamento da boca para o lado sadio com o apagamento do sulco nasolabial correspondente.

Na *doença de Parkinson* a face é inexpressiva, hipo ou amimica, dando a impressão de que perdeu a sua mobilidade e flexibilidade.

Outros doentes podem apresentar faces típicas: os coréicos, os mongólicos, os tetânicos, os acromegálicos, os miastênicos, os sofredores de distrofia muscular progressiva.

A observação da atitude é de grande valia, podendo ser apreciada na posição deitada, sentada ou de pé. Entre as neuropatias periféricas, encontramos a mão pêndula, na paralisia radial e a mão em garra, na paralisia do nervo ulnar.

Nas lesões dos cordões posteriores (*tabes dorsalis*) os doentes locomovem-

(*) Professor Titular e Chefe do Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

se com os olhos fixos no chão, e apresentam a denominada marcha atáxica-calcaneante.

Nas síndromes meníngeas ocorre a rigidez da nuca e às vezes, opistótono.

A presença de movimentos involuntários patológicos (coréicos, atetóticos, mioclônicos, convulsivos) deve ser observada cuidadosamente.

EQUILÍBRIO E MARCHA

O equilíbrio deve ser examinado primeiro com o paciente em posição normal, isto é, com os pés algo afastados, de olhos abertos e depois fechados. Depois, faz-se o mesmo com os pés aproximados. Caso o paciente se mantenha equilibrado com os pés próximos e de olhos abertos mas perca o equilíbrio ao fechar os olhos, está presente o sinal de Romberg. Este sinal indica lesão de fibras proprioceptivas ou patologia vestibular. Os pacientes cerebelares não exibem acentuação do desequilíbrio com o fechar dos olhos, e, normalmente, requerem ampla base de sustentação para se manterem em pé.

O exame de marcha deve ser feito estando o paciente despido ou com vestes sumárias, a fim de que a deambulação possa ser apreciada em todos os seus pormenores.

Devem ser conhecidos os principais tipos de marcha patológica.

Marcha espástica — O paciente locomove-se com dificuldade, arrastando os pés.

Marcha ceifante — O membro inferior comprometido movimenta-se em semicírculo, mantendo o pé correspondente contacto com o solo através da borda lateral e da ponta.

Marcha atáxica-calcaneante — O doente caminha com o auxílio da visão, realizando movimentos incoordenados, levantando demasiadamente as pernas para levá-las fortemente sobre o chão, tocando-o com o calcanhar.

Existem vários outros tipos de marcha, como a atáxica cerebelar, a miopática, a parquinsoniana, a coréica, e as de tipo misto.

CRÂNIO

O exame do arcabouço craniano, importante setor, destinado a resguardar o encéfalo, deve realizar-se de acordo com a seguinte orientação:

a) Inspeção

Como é sabido, existem variantes fisiológicas quanto à forma e tamanho

do crânio (dilicocefalia, branquicefalia). Tais ocorrências tendem a exagerar-se, particularmente em condições mórbidas, nas formas que passamos a enumerar:

1. Craniossinostose ou Cranioestenose

Consiste na soldadura precoce de uma ou várias suturas cranianas, resultando em deformidade óssea e sofrimento cerebral pela impossibilidade do seu crescimento.

2. Escafocefalia

Verifica-se quando a sutura sagital consolida-se precocemente, determinando o crescimento do crânio no sentido antero-posterior, a partir das bordas da sutura coronal, conferindo-lhe aspecto alongado (crânio em quilha).

3. Acrobraquicefalia

Como a sindactilia, caracteriza uma síndrome congênita, descrita por APERT, a qual, mui justificadamente, leva o seu nome.

4. Oxicefalia (crânio pontudo)

Condicionado pelo fechamento de todas as suturas.

5. Turricefalia

Determinada pela oclusão parcial de algumas suturas, dando lugar ao aparecimento da vulgarmente chamada "cabeça em torre".

6. Plagiocefalia

Resultante do fechamento assimétrico das suturas, ensejando o aparecimento do crânio de aspecto oblíquo.

À inspeção clínica, cumpre-nos salientar, podem notar-se ainda excrescências ósseas no crânio — *exostoses* ou mesmo *projeções de massa encefálica*, através de pertuitos na tábua óssea (*meningo-encefaloceles*). A análise do aspecto exterior do crânio deve completar-se com a observação de suas dimensões, máxime na infância, quando a presença de macro ou microcefalia pode constituir-se num dos elementos mais importantes para o procedimento diagnóstico. No caso da hidrocefalia infantil, em que há um bloqueio da circulação normal do líquido céfalo-raquidiano, a cabeça tende a crescer, devido à não-soldadura das suturas. O crânio, então, expande-se, alterando a proporção crânio-facial, e reprimindo as órbitas para baixo, o que empresta ao paciente aspecto de olhar de sol poente. A avaliação do perímetro craniano deve ser sempre feita com auxílio da fita métrica, conferindo-se os resultados com o do padrão normal da respectiva faixa etária.

Registrem-se a existência de gráficos que orientam a verificação de tais mensurações, como se encontra descrito à página 11 do livro "Pediatric Neurology", editado por Thomas Farber (Harper & Row, 1964).

b) Palpação

Este método propedêutico pode fornecer informações a respeito de exostoses, hiperostoses, ocorrentes em meningiomas, irregularidades da tábua óssea, craniossinostoses e fraturas com afundamento.

c) Percussão

Através desta técnica é possível observar o clássico sinal "do pote rachado", descrito por Mac Ewen, encontrado nas hidrocefalias.

d) Ausculta

Os conhecidos sopros intracranianos podem resultar da presença de fístula carótico-carvenosa, más formações arteriovenosas e, ocasionalmente, de tumores muito vascularizados. Urgem auscultadas as regiões parietais, frontais, temporais e orbitais. Estas últimas revestem-se de maior importância, não somente pela sua proximidade com os seios cavernosos, como por sua forma piramidal, vez que funcionam como possíveis amplificadores de sons de origem intracraniana.

Convém destacar a importância da *transiluminação*, ocorrente em crianças sofredoras de hidranencefalias e hidrocefalias avançadas, de acordo com a seguinte técnica: conduzir o paciente a um recinto escuro, ao tempo em que uma laterna de grande luminosidade é posta pelo médico sobre um dos lados do seu crânio, utilizando-se um arco de borracha para impedir a dispersão da luz. Nos casos de hidrocefalia e hidranencefalia observa-se a presença de um halo de luz na cabeça da criança, o que não ocorre num crânio normal.

COLUNA

De referência ao exame de coluna, cumpre destacar a necessidade de proceder a severa inspeção, desde a junção crânio-cervical até o cóccix. É necessário observar se o pescoço apresenta dimensões normais, se a cabeça é bem implantada, se ocorre pescoço curto, e presença de "cabeça enterrada nos ombros" e ainda se existe a linha de implantação baixa dos cabelos.

Tais alterações, vale frisado, coexistem em várias deformidades craniovertebrais, (hipo-platibasia, invaginação basilar, síndrome de KLIPPEL-FEIL (soldadura de vértebras cervicais).

Em algumas situações clínicas observam-se alterações da curvatura normal da coluna, com cifose torácica exagerada, ou aspecto de gibosidade, sendo esta

última condição evidenciável no Mal de Pott. Em muitos casos de hérnia discal lombar, verifica-se postura antálgica, com escoliose e, como sequela de poliomielite, pode ocorrer desnivelamento das cristas ilíacas.

A presença de meningoceles e meningomioloceles pode ser perfeitamente verificável ao nascimento, aparecendo a deformidade sobre a região lombossacra e, mais raramente, em área occipito cervical do recém-nato. Pequenos pertuitos congênitos na região coccígena podem também comunicar-se com o canal medular, condicionando risco de infecção de meninges sendo, por vezes, indicativos de estados disrráficos. Ainda a presença de hemangiomas cutâneos na região paravertebral pode estar associada a más formações arteriovenosas medulares.

Finalmente, ainda a palpação fornece eventualmente outros elementos de interesse clínico, principalmente no que tange à identificação de espamos da musculatura para-vertebral. A percussão de apófises espinhais e das regiões paravertebrais, por sua vez, propicia ocasionalmente o conhecimento de outro elemento esclarecedor do comprometimento de alguma vértebra ou pode assinalar a presença de compressão radicular.

Merecem especial atenção as manobras que provocam dor, como costuma ocorrer, de maneira difusa, nas meningites e hemorragias subaracnídeas e, de modo localizado, nas compressões radiculares. Dentre tais manobras, lembraremos:

a) Pesquisa de Rigidez na Nuca

Fletir passivamente a cabeça do paciente, tentando tocar-lhe o esterno com o queixo, pedindo-lhe que relaxe os músculos. Tal movimento é impossível de ser realizado porque produz dor ao estiramento das raízes sensitivas nos casos de meningites, hemorragias e subaracnoideias e, ocasionalmente, em pacientes com tumores de fossa posterior, apresentando herniação amigdaliana. Não se observa, concomitantemente, dificuldade nos movimentos de rotação da cabeça.

b) Pesquisa do Sinal de LASÈGUE

O Paciente, colocado em decúbito dorsal, tem o seu membro pélvico gradativamente levantado, em toda a sua amplitude, pelo examinador. Objetiva-se, com tal procedimento, pesquisar-lhe as raízes sensitivas. Observa-se no indivíduo normal a possibilidade de extensão do membro inferior, com ausência de processo doloroso até aproximadamente 90 graus. Verifica-se, nas hérnias lombares, manifestação dolorosa unilateral, no lado da herniação.

c) Pesquisa do Sinal de KERNIG

Tem o mesmo objetivo do acima descrito. Colocado o paciente em decúbito dorsal, flete-se-lhe a coxa sobre a bacia e, em seguida, procura-se estirar a perna sobre a coxa, surgindo dor quando há irritação radicular.

d) Sinal de Brudzinski

A tentativa de flexão passiva da nuca enseja a aparecimento da flexão involuntária das pernas e coxas.

a) Estado de consciência – Descrever o grau de consciência, mediante a observação do modo pelo qual o indivíduo reage aos estímulos ambientais; o tipo de estímulo também é importante na avaliação (sonoro, doloroso). Podemos ter toda uma gradação, passando do nível normal de consciência pela sonolência, torpor, estupor e coma.

b) Orientação espaço-temporal – Testa-se perguntando ao paciente o local onde se encontra (nome, localização aproximada), a data (dia, mês, ano).

c) Memória – A memória de evocação (fatos remotos) pode ser testada durante a própria anamnese, pela maneira como o paciente relata os fatos anteriores. A memória de fixação (recente) pode ser avaliada pedindo ao paciente para lembrar-se de três objetos não relacionados que o examinador nomeará no momento (um livro, uma cadeira, uma árvore). Daí a 10 minutos, pede-se ao paciente que repita os objetos nomeados, podendo-se reduzir o intervalo de tempo, caso o paciente não se tenha desempenhado bem. Um achado normal médio é o de o paciente recordar-se de 2 dentre 3 objetos, após 10 minutos.

d) Abstração – Pode ser testada mediante um provérbio em que se pede ao paciente para explicar em suas próprias palavras (ex.: "Quem tem telhado de vidro não joga pedra no do vizinho"). Para indivíduo de nível escolar inferior, usam-se as semelhanças e diferenças (ex.: Qual a semelhança entre uma lagoa e uma poça? Qual a diferença?).

e) Pensamento – Observar o fluxo e o conteúdo do pensamento, buscando idéias delirantes, obsessivas, fóbicas, bem como verificar se há curso lógico na exposição de idéias pelo paciente.

f) Humor – Observar se o paciente apresenta estado de humor normal, se está deprimido ou com humor exaltado.

g) Linguagem – É a capacidade de o indivíduo comunicar-se mediante símbolos. Para fins de exames neurológicos, limitamo-nos a avaliar o entendimento verbal (auditivo ou visual) e a expressão oral ou escrita. Os distúrbios dessa função constituem a afasia que, de um modo geral, pode ser de tipo fluente (lesões retro-rolândicas) e não-fluente (lesões pré-rolândicas). (Traduzem disfunção do hemisfério esquerdo em 97,5% dos indivíduos). Durante a anamnese, há oportunidade de avaliar a função da linguagem e no exame neurológico pode aprofundar-se a investigação, mediante testes de repetição de nomes e frases, identificação de objetos no meio ambiente, etc. Normalmente, na vigência de um insulto vascular hemisférico esquerdo, encontram-se graus variáveis de comprometimento das funções de recepção e expressão (afasias mistas), com predomínio de uma ou de outra modalidade.

h) Praxia – É a capacidade de executar atos motores com fim determinado. Chama-se apraxia o distúrbio de tal função. Testa-se pedindo ao paciente que

execute ordens simples, por exemplo, levantar-se de uma cadeira e abrir a porta. Atos complexos, como bater a máquina, devem ser solicitados. (O paciente deve apenas fingir que está desempenhando a ação solicitada, isto é, imitar os movimentos necessários para bater a máquina, toca piano, etc.)

Dentre as formas clínicas de apraxias, devem ser lembradas as ideomotoras e ideativas.

NERVOS CRANIANOS

I — Nervo olfativo

Testa-se cada narina separadamente, usando-se substância não irritante (café, um tubo de pasta dentifrícia, cravo-da-índia, fumo).

II — Nervo óptico

a) Acuidade visual — Rotineiramente, testa-se usando um jornal (tipos menores, médios e manchetes) ou, se acuidade está suficientemente comprometida, procura-se ver se o paciente consegue contar os dedos apresentados pelo examinador, testando-se os olhos separadamente.

b) Campo sivual — O método da confrontação consiste em o paciente cobrir um dos olhos com a mão, enquanto o olho a ser testado é fixado no correspondente do examinador (olho esquerdo do paciente — olho direito do examinador e vice-versa). O médico apresenta, então, o seu dedo indicador ou um lápis, partindo da periferia do campo visual. O paciente é instruído para avisar tão logo veja o objeto e o procedimento se repete para os quadrantes temporal e nasal. superior e inferior. O examinador compara o campo visual com o seu e repete o exame para o outro olho do paciente.

O exame simultâneo com dois objetos, para os dois olhos, pode ser feito para testar inatenção visual em um dos campos.

Detalhamento maior pode ser conseguido mediante perimetria tangencial.

III, IV, VI — Nervos oculomotor, troclear e abducente

O nervo oculomotor inerva os seguintes músculos oculares: reto superior, elevador da pálpebra, reto inferior, redo medial e pequeno oblíquo.

Além disso, a inervação das fibras circulares da íris (pupilo-constrictoras) é feita através do oculomotor (fibras parassimpáticas oriundas do núcleo de Edinger-Westphal).

O exame rotineiro dos movimentos oculares consiste em fazer o paciente acompanhar, com os olhos apenas, o dedo do examinador, que é movimentado de um lado para o outro e de cima para baixo, a cerca de 1 metro dos olhos do

paciente. Não só a amplitude dos movimentos é observada, como também a possível existência de nistagmo.

Quanto às pupilas, deverão ser examinadas na penumbra, mediante estimulação direta com lanterna de pilhas e observação da resposta direta e da contralateral. Normalmente, a incidência do raio luminoso na pupila leva à sua constricção em exame (reflexo fotomotor) e da contralateral (reflexo consensual). A acomodação é testada mediante a mudança de fixação de um ponto distante para um bem próximo aos olhos (dedo do examinador colocado a cerca de 2 cm do nariz do paciente).

V, VII — Nervos trigêmeo e facial

A sensibilidade da face é função conduzida através das fibras do trigêmeo, em suas divisões oftálmica, maxilar e mandibular. Também a motricidade da mandíbula é função do trigêmio (div. mandibular).

A motricidade da mímica e o sentido do gosto dos 2/3 anteriores da língua fazem-se respectivamente através do facial (porção motora) e do intermediário de Wrisberg (porção sensitiva visceral).

Testa-se a sensibilidade da face mediante estimulação táctil (algodão) e dolorosa (alfinete), comparando-se áreas simétricas. A motricidade é examinada mandando-se o paciente franzir a testa, fechar os olhos com força, mostrar os dentes, abrir a boca contra resistência, observando-se a existência de possíveis assimetrias. A palpação do masseter e dos músculos temporais durante a oclusão forçada das maxilas também é útil, bem assim a observação de desvios quando o paciente abre a boca.

O paladar, embora não examinado de rotina, pode ser testado mediante a aplicação de um cotonete embebido em solução de açúcar e de sal, à porta da língua, primeiro de um lado e depois do outro, com o cuidado de evitar que o paciente feche a boca ou toque no palato com a ponta da língua.

Quanto aos reflexos, são os seguintes:

a) Nasopalpebral — À percussão da glabela com o martelo de Babinski (aferente = V. eferente = VII), há piscamento ocular bilateral.

b) Córneo-conjuntival — Estimulação da córnea com felpa de algodão leva a piscamento ocular (aferente = V, eferente = VII).

c) Mentoniano — Percussão leve do queixo, estando o paciente com a boca entreaberta, leva ao fechamento súbito da mandíbula (aferente = V, eferente = V).

VIII — Nervo estato acústico

A porção auditiva do VIII Nervo, chamada divisão coclear, é a única testada de rotina. A prova de Rinne consiste em colocar a haste de um diapasão de 256 vibrações, ou preferentemente de 512, vibrando, na apófise mastóide e soli-

citar ao paciente que informe quando cessar de ouvir o som. Quando isso acontecer, coloca-se o mesmo diapasão com os ramos voltados para o conduto auditivo externo homolateral e o indivíduo deve, agora, voltar a ouvir o som, uma vez que a condução aérea é melhor que a óssea. Caso o inverso ocorra, há déficit de condução aérea, que pode ser devido a um problema neurogênico ou otogênico.

Faz-se, então, a prova de Weber, na qual a haste vibrante do diapasão é colocada no topo da cabeça. Normalmente, não há lateralização. Na lesão neurogênica, lateraliza-se para o ouvido são e na otogênica, para o ouvido acometido.

Testes calóricos, para a exploração da divisão vestibular, são melhor executados em condições ideais, em laboratórios de Neurootologia, para onde devem ser encaminhados os pacientes com queixas de tonteiras e vertigens.

IX, X — O glossofaringeu e o vago

São examinados ao mesmo tempo, mediante várias manobras: a) reflexo do vômito — obtido mediante estimulação das paredes da faringe; b) observação da simetria de elevação do palato mole, quando o paciente diz "ah"; c) reflexo palatal — tocando-se a mucosa da úvula, o palato deve contrair-se; d) observação de como o paciente deglute sólidos e líquidos, como fala (presença de rouquidão). Pode ser necessária visualização direta das cordas vocais para compravação de uma suspeita de paralisia.

XI — Nervo acessório

Examine as massas dos esterno-cleidos, e verifique se existe atrofia, queda dos membros ou modificação do contorno externo do pescoço.

Observe a motilidade do externo-cleido-mastoideu: com uma mão colocada sobre o queixo do paciente, oponha-se ao seu movimento, e com a outra palpe as massas dos edternos-cleidos.

Para a exploração da porção superior do trapézio solicite ao enfermo que encolha os ombros contra resistência.

XII — Nervo Hipoglosso

Examine a língua no interior da boca e verifique se existe desvio, atrofia ou fasciculações e, observando, a seguir a execução dos seus diversos movimentos.

MOTRICIDADE

O exame consta de:

a) Inspeção — buscar a existência de atrofias musculares, distúrbios trófi-

cos da pele (escaras de decúbito), bem como analisar detalhadamente movimentos involuntários porventura existentes.

b) Avaliação dos movimentos voluntários. Observe-os em relação a cabeça e pescoço, tronco, membros superiores e inferiores (analise a velocidade, intensidade e amplitude dos diversos segmentos).

c) Tônus muscular — avaliar, mediante movimentação passiva do segmento do membro, o grau de contração básica dos músculos (tonus), buscando *hipotonia* ou *hipertonia.* A primeira disfunção faz-se presente nas lesões periféricas e na fase aguda das agressões ao sistema nervoso central (hemiplegias, choque medular). Já a hipertonia é característica das doenças centrais, podendo ser de dois tipos básicos: *espasticidade* (seletiva, própria das lesões ditas piramidais) e *rigidez* (global, própria das lesões extrapiramidais).

Membros superiores

Determine ao paciente manter os braços estirados em frente ao corpo, de olhos abertos ou vendados, e observe se existe queda ou desvio de um deles ou de ambos.

Membros inferiores

Coloque o doente em decúbito dorsal, com as pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre a bacia e observe a capacidade que o enfermo tem de manter tal postura, ou a eventual queda de uma das pernas (Prova de Mingazini).

Observe também, estando o paciente em decúbito ventral, com as pernas fletidas e formando ângulo reto com as coxas, a presença de oscilações ou queda de uma ou de ambas as pernas (Prova de Barré).

O exame muscular individualizado (teste de cada músculo de per si), é realizado caso se notem paresias ou paralisias de grupos musculares. A força muscular pode ser graduada da seguinte maneira: 5 = força muscular normal; 4 = capaz de se opor a alguma resistência; 3 = capaz de executar o movimento contra a gravidade; 2 = capaz de executar o movimento se se anular a gravidade; 1 = esboço de contração muscular; 0 = ausência de contração.

SENSIBILIDADE

Preliminarmente deve ser referida a importância do exame feito em ambiente tranquilo e a conveniência de o doente ser informado da inocuidade das técnicas que adotaremos, explicando-se-lhe a significação das mesmas e garantindo-nos da sua melhor cooperação.

As usualmente testadas são: a) *Superficiais-táctil, térmica* e *dolorosa; b) Profundas-dolorosa, postural* e *vibratória.* Tais modalidades são ditas primárias. As modalidades complexas abrangem: a) *estereognose;* b) *grafestesia;* c) *discriminação cutânea de dois pontos;* d) *estimulação dupla simultânea.* Deve-se notar, no particular do exame das sensibilidades, que a boa informação do paciente é extremamente importante. O indivíduo deve saber o que será feito (estímulo táctil com algodão, doloroso com agulha, térmico com provetes de água em temperaturas diferentes, vibratório com o diapasão) e o que dele se espera. É necessário estimular e comparar áreas simétricas do corpo, bem como comparar segmentos proximais e distais.

Para o exame da sensibilidade postural, estando o paciente com os olhos fechados, move-se o polegar e depois o halux, de cada lado, para que ele informe, sem o auxílio da visão, se "o dedo está para baixo ou para cima". A sensibilidade vibratória é pesquisada, prerentemente com diapasão de 128 vibrações por segundo. A dor profunda é testada, mediante compressão do tendão de Aquiles, de cada lado.

As sensibilidades complexas envolvem a participação da córtex parietal do lado oposto ao testado e, para terem valor, é necessário que as modalidades primárias (tato, dor, pressão) estejam conservadas. Indicam, quando alteradas, disfunção parietal contralateral.

A estereognose consiste na identificação de um objeto, com uma das mãos, pela sua textura e forma, sem a participação da visão. Usam-se, por exemplo, tesouras, moedas, pente de cabelo, colher (objetos familiares). A grafestasia é a discriminação cutânea de escrita; com os olhos fechados, o paciente identificará uma letra (A, O, S) traçada na sua mão ou face anterior da perna. A discriminação cutânea de dois pontos é testada com um compasso ou duas agulhas que estimulam a pele, simultaneamente, a distâncias mínimas; cumpre ao paciente dizer se são duas ou uma ponta que o estimulam. Na polpa digital e na ponta da língua é possível diferençar dois pontos a uma distância de 1,5mm. Finalmente, a estimulação dupla simultânea visa a identificar extinção cortical (disfunção parietal) em paciente cuja sensibilidade táctil está íntegra, mediante estímulo executados em áreas simétricas à direita e à esquerda, com o paciente de olhos fechados.

REFLEXOS

A pesquisa dos reflexos constitui-se numa das mais importantes etapas do exame neurológico, sendo suas alterações de grande interesse semiológico.

Ressalte-se por mais importante a pesquisa dos reflexos superficiais e profundos.

a) Reflexos profundos ou tendinosos — são obtidos mediante a percussão dos tendões dos músculos dos membros, quando estes estão relaxados.

São os seguintes os reflexos profundos rotineiramente testados, com os seus centros neurais responsáveis:

Bicipital	C_5	—	C_6		
Tricipital	C_6	—	C_7	—	C_8
Braquiorradial	C_5	—	C_6		
Cubitopronador	C_6	—	T_1		
Flexor dos dedos	C_6	—	C_7	—	C_8
Patelar	L_2	—	L_3	—	L_4
Aquileu	S_1	—	S_2		

Os reflexos são normalmente graduados em cruzes, de uma a quatro. Uma e duas cruzes são respostas normais, desde que simétricas. Três cruzes correspondem a um reflexo vivo que pode ser patológico ou não, a depender de simetria. Quatro cruzes correspondem a um reflexo policinético, sendo em si só patológico.

SEMIOTÉCNICA DOS REFLEXOS PROFUNDOS

Bicipital:

Percuta com um martelo de borracha o tendão de inserção do bíceps e observe a flexão do antebraço.

Tricipital:

Percuta o tendão de inserção do tríceps, estando o braço do paciente em adução e apoiado sobre a mão do examinador, e observe a extensão do antebraço.

Braquiorradial:

Percuta a apófise estilóide do rádio, e observe a flexão do antebraço.

Cubitopronador:

Percuta a apófise estilóide do cúbito e verifique a pronação da mão.

Patelar:

Percuta o tendão de inserção da rótula e observe a extensão da perna.

Aquiliano:

Percuta, estando o paciente de joelhos ou deitado, o tendão de Aquiles e observe a flexão plantar do pé sobre a perna.

b) Reflexos superficiais — Obtidos mediante estimulação cutânea com uma chave ou outro objeto não cortante nem perfurante (ex.: um alfinete não deve ser usado).

São eles:

Cutâneo abdominais superiores	T_7	—	T_8
Cutâneo abdominais médios	T_9	—	T_{10}
Cutâneo abdominais inferiores	T_{11}	—	T_{12}

A cicatriz umbilical move-se na direção do estímulo cutâneo, que deve ser de fora para dentro, na parede abdominal.

Cremasteriano	T_{12}	—	L_1

(O saco escrotal eleva-se pela estimulação cutânea da face interna da coxa).

Cutâneo plantar	S_1	—	S_2

Há flexão plantar dos dedos do pé pela estimulação cutânea de borda lateral do pé, em direção do 3º pododáctilo. A inversão desta resposta, com dorsiflexão ou extensão do hálux, constitui o sinal de Babinski.

COORDENAÇÃO

Os distúrbios de coordenação muscular representam, grosso modo, disfunção cerebelar.

Os testes a serem realizados são:

a) Teste dedo-nariz — O paciente é convidado a, partindo de uma posição de abdução do braço, tocar seu próprio nariz, primeiro com os olhos abertos, depois, dechados. O teste é realizado em ambos os braços.

b) Teste dedo-nariz-dedo — O paciente é convidado a, de olhos abertos, tocar o próprio nariz e o dedo do examinador, sucessivamente, à medida em que o examinador muda a posição do próprio dedo.

c) Teste calcanhar-joelho — O paciente deve tocar com o calcanhar o joelho do membro oposto e deslizar o calcanhar ao longo da tíbia até o pé.

Nestas provas, notam-se a regularidade e sinergia dos movimentos. A presença de ataxia (incoordenação motora) e dismetria (perda de medida dos movimentos) deverá ser assinalada.

Além disso, a diadococinesia (capacidade de realizar movimentos rápidos alternados, por ex.: pronação e supinação das mãos) deve ser testada.

SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

Embora a análise detalhada dos distúrbios autônomos não seja ponto de rotina do exame, convém chamar à atenção para a existência de *bexiga neurogênica; da síndrome de Horner* (enoftalmia, miose e ptose palpebral); do *reflexo de massa* (flexão tríplice dos membros inferiores acompanhada de micção e defecação involuntárias, em doentes medulares, quando se estimula setor corporal abaixo do nível da lesão); dos riso e choro espasmódicos (síndrome pseudobulbar).

Ao fim do exame neurológico, o estudante deverá, tentativamente, delinear *diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico.* Lembrar que mais de 70% dos diagnósticos em Neurologia são obtidos após cuidadosa anamnese e exame físico completo, cabendo aos exames laboratorias o papel de complemento da clínica.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
HOSPITAL PROFESSOR EDGAR SANTOS
CLÍNICA NEUROLÓGICA

SERVIÇO DO PROFESSOR PLÍNIO GARCEZ DE SENA

MODELO DE OBSERVAÇÃO

DATA_____ REGISTRO Nº_____

NOME_____ EST. CIVIL_____

SEXO____ IDADE_____ COR_____ PROFISSÃO_____ RESIDÊNCIA_____

NATURALIDADE_____ PROCEDÊNCIA____ MÉDICO_____

ADMISSÃO_____ ALTA_____

ANAMNESE

Queixa principal e período de enfermidade
História da enfermidade atual
Interrogatório sobre os diversos aparelhos
História social e hábitos
Antecedentes pessoais e familiares: fisiológicos e patológicos

EXAME FÍSICO

Geral e em relação aos diversos aparelhos.

EXAME NEUROLÓGICO

1) INSPEÇÃO

Inspeção Geral (incluíndo fácies, atitude, equilíbrio e marcha).

2) FUNÇÕES MENTAIS SUPERIORES

Nível de Consciência
Orientação
Memória
Capacidade de Abstração
Pensamento
Humor
Linguagem
Praxia

3) CRÂNIO E COLUNA

Inspeção
Palpação
Percussão
Ausculta
Rigidez da Nuca
Sinal de LASÈGUE
Sinal de KERNIG
Sinal de BRUDZINSKI

4) NERVOS CRANIANOS

I) Olfatório

Pesquisa de olfação, isoladamente, em cada narina

II) Óptico

Acuidade visual

Campos visuais

Ofalmoscopia

III) IV e VI)

Oculomotor, troclear e abducente

Exame de fenda palpebral

Exploração dos movimentos oculares extrínsecos

Pesquisa de estrabismos

Exame das pupilas

V e VII) Trigêmeo e Facial

Trigêmeo

Sensibilidade geral da face

Exame da função motora: músculos de mastigação

Facial

Motricidade da mímica

Exame da sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua.

VIII) Estato — Acústico ou Vestíbulo-Coclear

Acústico

Hipocusia

Anacusia (unilateral, bilateral)

Provas de RINNE e de WEBER

Provas audiométricas liminares e supraliminares.

Vestibular

Nistagmo

Prova dos braços estendidos

Sinal de ROMBERG

Provas posturais

Provas calóricas.

IX, X e XI – Glossofaríngeo, Vago e Accessório

Glossofaríngeo e Vago

Motilidade: véu do paladar, úvula, deglutição, fonação;

Sensibilidade: reflexo do vômito.

Accessório

Motilidade: esternocleido-mastoideu e trapézio.

XII) Hipoglosso

Atrofias
Fasciculações
Postura da língua (dentro e fora da cavidade bucal)
Motricidade da língua

5. SENSIBILIDADES

a) Primárias (superficiais e profundas)

Superficiais	Táctil Térmica (frio e calor) Dolorosa
Profundas	Dolorosa Postural Vibratória

b) Complexas
Estereognose
Grafestesia
Discriminação cutânea de dois pontos e estimulação dupla simultânea

6) MOTRICIDADE VOLUNTÁRIA E EXAME DA FORÇA MUSCULAR

Semiotécnica dos movimentos voluntários
Exame da força muscular
Manobras deficitárias
Prova dos braços estendidos
Prova de MINGAZZINI
Prova de BARRÉ

MOTRICIDADE INVOLUNTÁRIA

Convulsões
Tremores
Distonia de torção
Miocloniais
Fasciculação
Miocimias
Tiques

MOTRICIDADE PASSIVA – TONO MUSCULAR

Inspeção
Palpação
Realização dos movimentos passivos.

7) REFLEXOS

a) Reflexos profundos (proprioceptivos)
Braquiorradial
Cúbito-pronador
Bicipital
Tricipital
Patelar
Aquiliano

b) Reflexos superficiais (exteroceptivos)
Cutâneos-abdominais
Cremastérico
Cutâneo-plantar

c) Reflexos de significado patológico
Reflexo de sucção
Reflexo de preensão
Sinal de HOFFMANN
Reflexo palmo-mentoniano
Sinal de MENDEL-BECHTEREW
Sinal de ROSSOLIMO
Sinal de BABINSKI

8) COORDENAÇÃO MOTORA

Prova dedo-nariz e suas variantes: dedo-orelha, dedo-dedo, dedo-nariz-dedo
Prova calcanhar-joelho
Prova hálux-dedo do examinador
Diadococinesia
Prova de STEWART-HOLMES

9) TROFICIDADE E SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

Presença de escaras, alterações de fâneros
Anidrose
Atrofias musculares
Alterações articulares e ósseas
Bexiga neurogênica
Reflexo bulbocavernoso
Reflexo anal
Síndrome de CLAUDE-BERNARD-HORNER

10) RESUMO DOS ACHADOS POSITIVOS E FORMULAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

a) Sindrômico
b) Topográfico
c) Etiológico

OBRAS CONSULTADAS

1. AUSTREGÉSILO; A. (1917) *Clínica Neurológica.* Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

2. BACKER, A.B. & BAKER, L.H. (1975). *Clinical Neurology* Hagerstown: Harper & Row, Publishers.

3. BICKERSTAFF, E.R. (1968). *Neurological Examination in Clinical Practice,* Oxford: Blackwell.

4. CASTRO, A. (1935). *Semiótica Nervosa*, F. Briguiet & Cia. Editores, Rio de Janeiro.

5. COUTO, B.H.N. (1960). *A Síndrome Parkinsoniana causada pela Clorpromazina.* Tese – Fac. Flum. Med.

6. COUTO, D.A.N. (1945). *O Tremor Parkinsoniano e a Via Piramidal.* Tese Fac. Nac. Med.

7. DE JONG, D. (1968) *The Neurological Examination.* Hagerstown: Haper & Row, Publisher.

8. GARCEZ DE SENA, P; OLIVEIRA RIZZO, A. *A Iniciação ao Exame Neurológico* (1976). Artes Gráficas – Salvador, Bahia.

9. DÉJÈRINE, J. (1926). *Séméiologie des Affections du Système Nerveux.* Paris: Masson.

10. HARRINGTON, D.O. (1917). *The Visual Fields.* Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

11. HAYMAKER, W. (1969). *Bing's Local Diagnosis in Leurological Diseases.* Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

12. HUBER, A. (1917). *Eye Symptoms in Brain Tumors.* Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

13. JULIÃO, O.F. (1966). *O Exame Neurológico.* São Paulo: Serviço de Documentação R.U.S.P.

14. MONRAD-KROHN, G.H. (1964). *Exploración Clínica del Sistema Nervioso.* Barcelona: Labor.

15. PLUM, F. & POSNER, J.B. (1972). *The Diagnosis of Stupor and Coma.* Philadelphia: F.A. Davis Company.

16. SANVITO, W.L. (1972). *Propedêutica Neurológica Básica.* São Paulo.

17. SPILLANE, J.D. (1975). *An Atlas of Clinical Neurology.* London: Oxford University Press.

18. SIMPSON, J.F. & MAGEE, K.R. (1973). *Clinical Evaluation of the Nervous System.* Boston: Little, Brown & Company.

19. TOLOSA, A.P.M. & CANELLAS, H.M. (1969). *Propedêutica Neurológica.* São Paulo: Fundo Editorial Procienx.

ASPECTOS HISTORIOGRÁFICOS DA NUTRIÇÃO LUSO-BRASILEIRA (*)

Menandro Novais

INTRODUÇÃO

Conferindo ao Instituto Brasileiro de História da Medicina a merecida consagração e destacado louvor pela efetivação da anunciada "confraternização histórica, científica, médica e cultural" entre Portugal e Brasil, com a realização simultânea do I Congresso Luso-Brasileiro e VI Congresso Brasileiro de História da Medicina, desejamos oferecer uma contribuição laudatória a este importante evento, através de reflexões científicas compatíveis com o nosso culto literário à historiografia, bem como pela nossa vinculação à nutrologia, especialidade restrita ao profissionalismo médico, abrangendo a vastidão e complexidade dos problemas da nutrição, que envolvem imensa variedade conceitual, exigindo análise, pesquisa, unificação científica dos fatores econômicos, sociais, clínicos, administrativos, culturais, geográficos e políticos que facultam uma visão realista dos problemas da nutrição no mundo.

A preferência metodológica pela historiografia, como processo de observação interpretativa dos fatos, imporia uma digressão introdutória em torno da visão conceitual, envolvendo a crônica, a história e a metahistória, conjugadas a três processos de integração histórica, que se completam e se agregam, facultando a filosofia da história um poder globalista e universalizante — a historiografia, a historiologia e a historiosofia, métodos de elaboração histórica que se integram, conferindo objetividade, valor intrínseco e realismo aos fatos analisados.

O eruditismo da expressão historiografia adquiriu relevo na península ibérica no século XVI, figurando anteriormente em outras línguas com variações etimológicas e conceituais que ampliam, transcedem e reformulam, o termo consagrado como aquilo que caracteriza o passado através das tradições históricas registradas por escrito, ou gravadas em depoimentos, informações ou testemunhos, abrangendo aspectos sociais e humanísticos. O requinte semântico da expressão figura em diferentes definições, com relevo para a que caracteriza a historiografia como a "história da história", com fontes discriminativas primárias e secundárias, de acordo com a origem dos fatos referidos e a sua universalização, formalizada pelos limites geográficos das unidades sócio-culturais exami-

(*) Palestra realizada no I Congresso Luso-Brasileiro de História da Medicina — Rio, dezembro de 1982.

nadas, a extensão e validez dos documentos apreciados, a expressão literária e o valor historicista das obras que servem de base e incentivo ao delineamento correto e adequado dos temas examinados. O relevo do conhecimento histórico pelos europeus, iniciado na segunda metade do século XIX, confere uma decisiva significação à metodologia histórica, facultando a expansão internacional da disciplina, com a marginalização da cronologia que, no passado mantinha prioridade na análise da evolução histórica, condensada em períodos predeterminados que no Brasil conquistou relevo com a fase colonia, o império e a república.

Uma segunda expressão, incluída no título da nossa exposição, inclui a palavra Nutrição, que demandaria uma alongada digressão, englobando variadas definições conceituais que induziram René Derache[1] a considerá-la uma "ciência confluente", perfilando, pela vastidão e complexidade, o "ecumenismo nutricional". Oriunda do Latim, quando, no século IV, o gramático Prisciano registrou o vocábulo, a nutrição foi consagrada nas línguas européas, a partir do século XIV, sendo de salientar que, em português, somente no século XVI foi introduzida.

Definida como o conjunto de processos através dos quais o organismo recebe, utiliza e transforma os alimentos, a nutrição engloba a dieta, a ingestão, a assimilação, o metabolismo e a excreção e difere, em termos conceituais, da alimentação, considerada como o processo de escolha de alimentos subordinada à variedade de mercado, ao nível de venda, aos hábitos e à higidez dos alimentos, à culinária e valores nutritivos. Limitada a alimentação à dieta ou seleção dos alimentos e à ingestão e chegada ao meio interno, a nutrição engloba a alimentação, considerada como etapa pre-oral, escolha do alimento e sua ingestão, bem como os demais processos que caracterizam a utilização e transformação da matéria ingerida, facultando um desdobramento da alimentação como ato voluntário e consciente e a nutrição, como processo involuntário e inconsciente, englobando as diferentes etapas em que o organismo vivo recebe, utiliza e transforma as substâncias necessárias à preservação e desenvolvimento orgânico. Esta discriminação conceitual foi consagrada pela FAO-OMS[2] em 1976, no Informe bibliográfico "Terminologia sobre alimentos e nutrição", que "condensa termos e expressões de uso corrente".

A história da nutrição poderá ser analisada sob diferentes aspectos, conquistando maior nitidez científica o desdobramento patrocinado por Schneider[3], que indicou a era naturalista, no período de 400 a.C. a 1750 d.C., a químico-analítica, de 1750 a 1900, a biológica de 1900 até o presente e, na última etapa, foi acrescentada a era celular ou molecular. Na fase naturalista, Hipócrates, Galeno, Leonardo da Vinci, consagraram o empirismo, os tabus e a magia, conferindo prioridade ao calor e à água como fontes de equilíbrio dos humores. Na fase químico-analítica, Lavoisier, considerado Pai da Nutrição, confere prioridade à

energia alimentar, relacionando a oxidação, a respiração e a calometria. Na etapa biológico-celular, as vitaminas, a estrutura química dos nutrientes, os requisitos da dieta com ênfase ao valor calórico, às técnicas microquímicas, facultam a identificação das necessidades energéticas, azotadas e minerais que delineiam o perfil bioenergético dos alimentos.

A multiplicidade de áreas de indagação científica, que constituem o perfil da nutrição humana impõe, de maneira óbvia e transparente, a forma interdisciplinar do seu estudo, com participação de métodos, parâmetros e critérios que, definindo os limites das áreas envolvidas, não impedem a sua fusão, o trabalho ordenado da equipe, que esboçam a funcionalidade das estruturas capazes de integrarem os setores de pesquisa e aprendizagem.

A indagação histórica da nutrição confere essência e realce ao problema da fome, cuja história coincide com a própria história da humanidade. Buda afirmava que a "fome e o amor constituem o germe de toda a história humana", Litré simplificava ao afirmar que seria "a simples necessidade de comer", John Boyd Orr, o criador da economia alimentar, vinculava a fome à falta dos elementos nutritivos indispensáveis à preservação da saúde e Josué de Castro, o consagrado Mestre, pioneiro de instituições e obras vinculadas ao setor nutricional, definiu e divulgou lições exemplares, conferindo à geopolítica, à história, à economia e à sociologia, a singular e relevante prioridade na definição dos parâmetros e perspectivas que geram e superam o Drama Universal da Fome. Tristão de Athayde, em recente artigo sobre "A Gula", com a sua visão literária fasciante, afirmou que "a fome foi sempre a maior inimiga do homem" "como a comida, em comum, uma festa". O avanço do passado inculto para a civilização contemporânea legítima o "contraste entre viver para comer ou comer para viver". A escolha de Cristo, transformando uma refeição na "suprema mensagem do Pai à humanidade", a Ceia como o "momento supremo da perpetuação eucarística entre os homens", enquanto o "código moral do cristianismo incluiu a gula como um dos sinais típicos da iniqüidade", "saber comer e saber beber não é apenas um direito" mas "um dever", constituindo vícios quando descumpridos, são todas afirmações primorosas, que incentivariam um desdobramento de longa e valiosa elaboração historiográfica.

As guerras, as epidemias e a fome constituem o estigma insondável gerador da morte no curso da história e figuram em todos os estudos processados pelos grandes vultos que cultuam o passado científico.

O luso-brasileirismo da nutrição exige uma análise histórica, definindo aspectos que englobem as tradições, os hábitos, os instintos, o desenvolvimento econômico, o perfil geográfico das áreas estudadas. Uma visão integrada luso-brasileira da problemática alimentar induz à pesquisa das afinidades culturais entre Portugal e Brasil, bem como das diversidades, origens, expressões geográficas e históricas que definem o perfil unitarista das duas unidades. Portugal foi sempre

consagrado, pelos sentimentalismo do seu povo, gerando vitalidade ao seu poder de criação que teve em Camões e Gil Vicente os pregoeiros da sua grandeza ecumênica. O Brasil não renegou no passado o sentimentalismo português, mas se empenhou em associar a lógica, a intuição e o realismo visando a assegurar o êxito dos seus sonhos, anseios e projetos. Esta diversidade acumulativa de esquemas vivenciais justifica a discriminação nominativa de "lusos" aos "portugueses da época da expansão da estirpe" e "luso-descendentes" a nós brasileiros que "somos da progênie desses mesmos lusos", bem como os colonos africanos, os grupos eurupeus e asiáticos que adotaram o idioma português. O luso-brasileirismo teria perdido assim sua identidade e característica discriminatória, conferindo ênfase e prioridade à descendência e origem históricas. Todavia, em relação à nutrição, prevaleceu uma "diversidade nítida", uma divergência a condessar", "um ponto de desencontro" "uma disjunção nos tecidos da nossa semelhança" como proclamou sabiamente Dante Costa no seu "Ensaio de psicologia alimentar" em magnífica conferência, em 1952, sobre o "Sensualismo alimentar em Portugual e no Brasil"[4]

PERFIL DUALISTA DA NUTRIÇÃO LUSO-BRASILEIRA

Habitado primitivamente pelos íberos atraindo gregos e fenícios e, mais tarde, pelos celtas, em cujos grupos figuravam os lusitanos, a Península Ibérica, incluindo Portugal, tornou-se o centro de contendas políticas e militares, envolvendo cartagineses e romanos, visigodos e muçulmanos, cuja invasão introduziu espécies vegetais como o arroz, cana-de-açúcar e atividades agropecuárias variadas. O condado Portucalense se tornou, pelo Tratado de Samora, em 1143, um reino independente, tendo Afonso Henriques como primeiro soberano, que expandiu a área de Portugal, com auxílio dos cruzados, expulsando muçulmanos e sarracenos, conquistando Lisboa, que se tornou a consagrada Capital. O feudalismo, vinculado ao direito de propriedade e a burguesia, formada pelos grupos comerciais, marcaram a economia européia nos séculos XV e XVI. A bússola, facilitando a navegação e a pólvora, modificando a construção naval, possibilitaram a expansão marítima, permitindo aos portugueses os descobrimentos marítimos em busca do ouro e da escravidão na África e das especiarias na Índia, que Portugal já recebera por intermédio de mercadores árabes e italianos, vindos pelo Mediterrâneo. Portugal e Espanha, através de Vasco da Gama e Colombo, disputavam as rotas marítimas percorridas, tendo sido fixado um meridiano, definidor de horizontes, pelo Tratado de Tordesilhas, em junho de 1494, o qual incentivou os portugueses a rebuscarem a área oceânica que lhes fora reservada. A 9 de março de 1500, a armada de Cabral zarpou de Lisboa

com 13 navios e 1500 tripulantes e na semana da Páscoa, a 23 de abril, Cabral avistou uma região costeira que ostentava um monte elevado, que recebeu o nome de Monte Pascoal, assinalando a descoberta do Brasil. A 2 de maio, Cabral rumava para a Índia e Gaspar de Lemos retornava a Lisboa para levar ao Rei D. Manoel presentes e cartas, incluindo o documento arguto e requintado de Pero Vaz Caminha, onde se identificam dados históricos e etnográficos expressivos e valiosos, incluindo a área alimentar, comprovando que os índios acolhiam o papagaio e o carneiro, temiam a galinha e recusavam o pão, o peixe cozido, o bolo, o mel, os figos, o vinho e a água. A identificação dos costumes indígenas assinala o interesse pelo asseio pessoal, comprovado pela freqüência dos banhos corporais, destacando-se a relevante contribuição feminina que condensava o plantio e preparação de alimentos e os cuidados com a prole, enquanto os homens fabricavam armas, presentes, adornos e instrumentos musicais.

Os colonos portugueses consagraram preferências pela mandioca que os indígenas brasileiros utilizavam, preterindo o trigo que consideravam menos sadio e de digestão mais difícil. O beijú, a tapioca, o carimã, a canjica de milho, a pamonha assinalavam a essência culinária do índio que se excedia no uso da pimenta, conferindo sabor picante ao cardápio brasileiro. Os legumes eram relegados e da variedade de frutas brasileiras somente o cajú, a goiaba e o mamão eram aceitos pelos indígenas.

A antropofagia, gerada por fatores econômicos e escassez de alimentos em diversas regiões do mundo, era motivada na população indígena brasileira, por simples vingança na disputa entre grupos e pelo culto aos antepassados, considerando homenagem aos mortos a ingestão dos seus corpos. A trágica cerimônia do extermínio do prisioneiro, devorado pelos famintos que cultuavam suas virtudes, constituía um festival macabro e desumano, revestido de aspectos singulares, incluindo o direito de procriar filhos a serem também sacrificados. Elevado índice dos 4 milhões de indígenas brasileiros foi dizimado pelos colonos portugueses de grupos plebeus em Portugal, mas ansiosos de riqueza, através da exploração do ouro, do cultivo do açúcar e do comércio de produtos que os faziam retornarem à pátria sem desprezarem o desejo de extermínio dos índios cujas vidas foram preservadas pela salvadora interferência dos jesuítas.

Em junho de 1950, realizou-se na Biblioteca Nacional, a Primeira Semana Nacional da Alimentação, com trabalhos publicados pelo SAPS, na coleção de ensaios que oferece um amplo horizonte para avaliação do desdobramento temporal que facultaria a medida da significação histórica da nutrição na fase colonial. Expressivo relevo merece a Conferência de Joaquim Ribeiro[5] sobre "A história da alimentação no período colonial", que condensa referências que mereceriam uma análise científica de amplo interesse para a apreciação do passado.

A periodização da economia alimentar indica a precedência da alimentação ameríndia, cujo vegetarianismo consagrou prioridade às plantas e aos animais da

terra e do mar, induzindo ao nomandismo, imposto pela busca de terras férteis. Os índios validavam o açúcar, utilizando o mel de abelhas e depois a cana trazida pelos colonizadores que também recorriam ao sal, obtido da cinza das madeiras quaimdas e, posteriormente, recolhido da água do mar pelos colonos. O panorama culinário indicava uma discriminação, com os homens se dedicando à assadura dos churrascos e as mulheres à cocção, utilizando equipamentos caseiros por elas próprias fabricados com base na cerâmica. Atribuindo-se à cocção um valor especial, para preservação da saúde, as índias foram consideradas "as nossas primeiras higienistas".

A preferência pela mandioca, que precedeu a introdução do trigo europeu, foi consagrada pelo jesuíta Manoel da Nóbrega que a designou "o mantimento comum da terra" e José de Anchieta a chamou de "farinha de pau". O milho, legumes, favas e ervas cozinhas, bem como as carnes de animais selvagens e os peixes, constituem outras fontes de alimentos para os nosso aborígenes.

O ritualismo, o cerimonial e a feitiçaria consagraram a antropofagia, o canibalismo, o gosto pela carne humana como um dos hábitos tenebrosos do índio. As bebidas, com destaque para os vinhos de frutas preparados pelas mulheres era ingeridas em dias de festa abolindo as comidas e incentivando os cânticos festivos, as agressões recíprocas e a libidinagem sexual.

Os colonos europeus, afeiçoados a outras preferências culinárias, foram a princípio obrigados a cederem às contingências, disponibilidades e hábitos alimentares do indígena, encontrado no território descoberto. De Portugal vieram bois, porcos, galinhas, perus e patos, legumes e cereais, mas a expansão das reservas alimentares se modificou pelo aumento da população, com imigração acentuada e a monocultura da cana-de-açúcar, considerada a fonte de riqueza para os colonos e com a devastação dos aborígenes pela cachaça, cuja saúde foi comprometida pela expansão do vício do alcoolismo, instalando-se a tragédia da fome em nosso país que se acentuou com o ciclo do ouro. O custo de vida subiu, os alimentos passaram a ser adquiridos com "oitavas de ouro em pó que era a moeda corrente em Minas Gerais", considerada área de mineração, enquanto a cana-de-açúcar se concentrava no litoral.

O ouro e a cana-de-açúcar assinalaram a mudança da enconomia alimentar e o advento da fome na colônia, mas constituiram a fonte da civilização e da riqueza, motivando conflitos pela "excessiva expoliação tributária" no Rio de Janeiro (1660), no Maranhão (1684), onde os jesuítas defendiam os índios, acusados pela escassez de braços e mão-de-obra e em Salvador (1711), onde os colonos exigiam a abolição de impostos sobre artigos importados e diminuição do preço do sal, em um movimento liderado por João Figueiredo Costa, comerciante ativo, conhecido pelo apelido de o "Maneta", cuja disputa foi solucionada pelo Arcebispo que, em procissão, desfila com o Santíssimo Sacramento e faz o povo retornar à serenidade e ao perdão.

A clarividência científica de Dante Costa indica como estígma do problema alimentar o desinteresse "anímico" do povo brasileiro pelos alimentos, enquanto demonstrava vigor e requinte no português de idêntica situação cultural. Herdamos de Portugual a língua, a religião, padrões culturais, mas nos mostramos indiferentes aos hábitos sensoriais do gosto, aos requintes culinários, gerando a "desnutrição histórica", atenuada e corrigida com as transformações econômicas e culturais das duas áreas geográficas. Diversos escritores portugueses e brasileiros consagram em suas obras o sensorialismo alimentar, considerando "entre os melhores prazeres da vida", em Portugal, onde a literatura cultuava a "fidelidade portuguesa à mesa". Fialho de Almeida, Eça de Queiroz que incluiu a cozinha como instrumento revelador do "gênio de uma raça" e Ramalho Ortigão que, na véspera do Natal, assegurou que "uma indigestão nacional se prepara e o estômago de Lisboa vai rebentar de fartura amanhã", constituem uma tríade de famosos escritores versados no problema alimentar.

O panorama mudou no decurso da história. A atitude instintiva e sensual do português no passado, divergindo do comportamento do brasileiro, constituiu apenas uma atitude anímica, uma opção sensorial que contrasta com a situação contemporânea, com a escassez de alimentos, comprometendo vastas extensões geográficas em todo o mundo. O baixo poder aquisitivo do português, na era atual, parece ter sido atenuado pelo tradicionalismo da sedução pelo "valor dos pratos" e por haver a alimentação ocupado na alma do português, "um vasto, importante e sedutor espaço".

O anseio do lucro, o padrão cultural, a extensão geográfica, a variação do clima, a estrutura econômica, o nível de renda, o delírio inflacionário, expõem o brasileiro aos sofrimentos físicos e sociais que o induzem a desprezar os prazeres da mesa, optando pelo futebol, o carnaval, a simulação de recursos pela indumentária, a opção pelo fumo e o álcool. A unidade cultural de Brasil e Portugal diverfe da disjunção alimentar, caracterizada pela "diversidade dos alimentos e suscetibilidade biológica", que a ciência deveria aprovar "sob o olhar malicioso do instinto satisfeito".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vastidão, complexidade, interesse científico, envolvendo a multiplicidade de conceitos, diversidade geográfica, cronologia historiográfica, disponibilidade de dados estatísticos e sociais que facultem uma visão integrada da nutrição vinculada a Portugal e ao Brasil, exigiram análises científicas que envolvam e definam o panorama esboçado. Os aspectos ecológicos, culturais e econômicos, a população a ser alimentada, a produção comercializada, o nível de produtividade, a estrutura da dieta, o nível de renda familiar, a expressão calórica dos ali-

mentos consumidos, envolvendo soluções tecnológicas de difícil análise conclusiva, conferem ao tema inatingíveis conclusões.

A previsão de que a fome venha tornar-se no futuro próximo uma questão obsoleta, com alongamento da longevidade e mudança dos caracteres hereditários, a abundância de alimentos disponíveis, a importância dos sistemas políticos, o papel da educação na área nutricional, a composição da dieta comparada à disponibilidade do mercado, as exigências alimentares, o apetite e a saciedade, vinculados aos fatores ambientais, a adaptação e comportamento subordinados ao fator nutricional compondo a psico-dietética, o alimento como ritual comparado aos prazeres da mente, das artes e da gastronomia, os ingredientes básicos e a geopolítica da nutrição, uma reavaliação das necessidades e os limites da tecnologia básica, são alguns dos tópicos que conferem à história da nutrição características de refinada complexidade.

A despeito dos progressos tecnológicos, facultando crescimento da produção alimentar e a variedade geográfica na disponibilidade de riquezas, o papel monopolista das multinacionais, que absorvem o mercado e as matérias-primas essenciais, desprezando a propriedade das terras, retendo os processos tecnológicos e dominando a economia e a sociedade, proscreve o protecionismo e impõe a fixação de programas que assegurem a justiça, o desenvolvimento e a igualdade entre os países diversificados pelo nível de renda e disponibilidade tecnológica. Josué de Castro considerou, no Prefácio da Geografia da Fome, o assunto "bastante delicado e perigoso" a ponto de se constituir em um dos "tabus da civilização". Ao consagrar a era do "homem social", citada por Huxley, como preferência sobre o "homem econômico", ele conferiu relevo aos problemas biológicos como prioritários e destacou, em relação ao Brasil, que "nenhum país no mundo se prestaria tanto quando o nosso, para funcionar como um verdadeiro laboratório de pesquisa social deste problema"[6].

A Organização Mundial de Saúde, em outubro de 1980, reuniu em Genebra um Comitê de Peritos que destacou em um informe[7] valioso as Funções do Setor Saúde em Matéria de Alimentação e Nutrição. Considerando a saúde um "objetivo para o ser humano e um meio para a sociedade", a saúde foi definida como "um processo contínuo, dinâmico e multinacional", simbolizando as aspirações populares e o objetivo da sociedade e dos governos. As expectativas do povo em torno da saúde se modificaram com a "descolonização, a industrialização e urbanização", deixando de ser um "ato de caridade ou um privilégio das minorias" para se tornar um "direito de todo o mundo". O estudo da herança, ambiente, comportamento, serviços sanitários permitiu "justificar a necessidade de programas sinérgicos para melhorar a saúde e a nutrição".

"A história da humanidade é, em grande parte, a história de uma luta por obter alimentos" que define o panorama da nutrição no mundo apresentando

conceito "vago, impreciso e de delimitação difícil", em face à variedade de fatores que condicionam a produção e consumo de alimentos. A produção agrícola e o comércio de alimentos não estão voltados para o suprimento das necessidades da população, figurando os grupos de baixa renda como sobreviventes no curso de um processo de adaptação à crise alimentar, disseminada pelas áreas de pobreza de todo o mundo. A OMS reconhece que a nutrição é "responsabilidade fundamental do setor saúde, determinando que ela seja incluída "entre os componentes básicos da atenção primária de saúde".

O panorama multidisciplinar e multisetorial do problema nutricional envolve incertezas, dúvidas e perplexidaades que precisam ser enfrentadas como uma estratégia que confira preferência ao setor saúde com prioridade para as medidas preventivas envolvendo a participação comunitária. Estas são as coordenadas que envolvem projetos, programas, métodos, objetivos e áreas de planificação, conferindo-se ao setor saúde relevo na elaboração de estratégias adequadas ao atendimento das necessidades básicas.

A complexidade e magnitude do problema alimentar, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sanitários, biológicos, agrícolas, comerciais, demográficos, sociais, educacionais, administrativos, éticos, religiosos, estatísticos, tecnológicos, personalistas, místicos, geográficos, facultam o delineamento de um programa de difícil estruturação, que precisa ser cultuado por todos nós, que conferimos à nutrição a condição básica de preservação da saúde e da vida do homem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DERACHE, René – Onde vai a nutrição na França – Cahier de nutrition – 1978.

2. Terminologia sobre alimentos e nutrição – Informe Técnico da OMS – 1976.

3. SCHNEIDER – Apud – CHAVES, Nelson – Nutrição Básica e Aplicada – 1977.

4. COSTA, Dante – O sensualismo alimentar em Portugal e no Brasil. Serviço de Documentação do Ministério da Educação e Saúde – 1952.

5. RIBEIRO, Joaquim – A história da alimentação no período colonial – SAPS – 1952.

6. CASTRO, Josué de – Geografia da Fome – 1946.

7. Funções do Setor saúde em matéria de alimentação e nutrição – Informe Técnico da OMS – 1981.

MODIFICAÇÃO DOS QUADROS PSIQUIÁTRICOS EM FACE DA TERAPÊUTICA MODERNA

Álvaro Rubim de Pinho (*)

A mania, a melancolia, os delírios esquizofrênicos, as agitações epilépticas, as psicoses tóxicas e infecciosas devem ter existido em toda a história da humanidade. E apesar da individualidade de cada quadro mórbido, mudanças poderão ter ocorrido na precipitação, na sintomatologia e em seu curso, possíveis de serem percebidas através dos depoimentos contidos na literatura de todos os tempos.

As modificações transitóricas dos distúrbios mentais ocorrem por conta de causas múltiplas, umas atuando marcadamente, de modo insólito ou predominante, outras agindo mescladas, dificultando sua identificação. Ora são condições relacionáveis às mudanças culturais que se operam na evolução dos povos. Ora são fatores biológicos, surgidos autonomamente ou pelos progressos da medicina. Ora, enfim, o que ocorreu nas últimas décadas, a influência dos tratamentos biológicos sobre a expressão sintomática e o tipo evolutivo de muitos transtornos psíquicos.

Ressalvados momentos e lugares de exceção, as loucuras religiosas no molde contemporâneo de Cristo e as coreomanias epidêmicas da época medieval não se repetem; os casos assemelháveis ou são abortados na eclosão ou revelam-se pobres na fisionomia clínica ou, pelo menos, fracassam nas conseqüências sociais: a paralisia geral, doença definidamente orgânica, já mostrava mudanças na incidência de suas formas clínicas, bem antes da penicilinoterapia; a forma expansiva, antes a mais freqüente, decrescia, enquanto a demencial simples ascendia. Quando as comunidades vêm a aceitar como compreensíveis idéias antes consideradas absurdas e a acolher como corretos comportamentos antes vistos comos disparatados, compreende-se que os critérios de remissão social passem por trocas mais ou menos profundas. A reflexão sobre esses fatos acentua a dificuldade para depurar-se o que é realmente fruto das terapêuticas, nas transformações mais ou menos nítidas que, nos últimos anos, se têm verificado, quanto à sintomatologia e ao curso dos distúrbios mentais.

Foi, primeiro, o tempo dos chamados métodos biológicos: a narcose prolongada de Klaesi, a convulsoterapia por meio químico ou elétrico, a insulinoterapia, a psicocirurgia. Muitas depressões passaram a ser, com rapidez, interrrom-

(*) Professor Titular de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Titular da Cadeira 17 da Academia de Medicina da Bahia, de que é patrono Climério de Oliveira.

pidas. Para as catatonias acinéticas, surgiram remédios de eficácia antes imprevisível. Com balanço de direções variáveis, as leucotomias, nuns casos, venceram sofrimentos de melancólicos e obsessivos mas, noutros, instalaram síndromes deficitárias marcantes, no plano do rendimento cognitivo, como no do comportamento moral. Porém foi nítido, nos anos 30 e 40, na apreciação global dos hospitais, que mudanças ocorreram: o declínio dos suicídios; o controle de grande parte das agitações; a melhor adaptação dos pacientes, tornando-os mais susceptíveis de beneficiar-se das técnicas sócioterápicas; a remissão mais precoce das psicoses agudas, encurtando o tempo dos internamentos.

Foi, depois, a síntese da Clorpromazina e sua introdução na Psiquiatria, ora como ingrediente das misturas propostas para por em prática os tratamentos de sono, ora como elemento axial das técnicas de impregnação. A influência terapêutica da nova droga logo se revelou patente em muitas psicoses comportando agitação e em certos estados paranóides. Entretanto, como acontecera com o eletrochoque e o coma insulínico, a Clorpromazina foi, até certa época, aplicada nos mais diversos quadros psiquiátricos. A multiplicação dos neurolépticos e, simultâneos, o surgimento e a diversificação de ansiolíticos e antidepressivos viriam definir e adequar o uso das atuais drogas psicoterápicas, administradas isoladas ou em associação.

Capítulo central do estudo das psicoses, o das esquizofrenias merece, sobre o tema em debate, abrir a discussão. Ainda mais porque a precedência histórica do uso dos neurolépticos permite, nele, ao psiquiatra clínico, a visão retrospectiva mais extensa sobre a modificação dos quadros psiquiátricos em face da moderna terapêutica.

A respeito da matéria, escrevi, noutra oportunidade, o trecho que se segue: "Pelo menos para as culturas ocidentais, as noções basilares dos critérios de Kraépelin e de Bleuler permanecem válidas como elementos dos diagnóstico clínico, desde que, além do registro dos sintomas e do curso, se possa intuit uma forma esquizofrênica de estar-no-mundo. E, quanto a isto, a verdadeira esquizofrenia que eu vi não mudou". A manutenção dessa crença não exclui o reconhecimento de que as terapêuticas modificaram apreciavelmente muito da fisionomia sintomática, do tipo evolutivo, da conduta e do relacionamento social dos pacientes.

Em matéria de esquizofrenia, uma grande diferença de condições operacionais ocorreu ao passar-se da era dos tratamentos de choque para a dos quimioterápicos. Na primeira, havia instrumentos disponíveis para lutar contra os estados agudos, interrompendo-se o cuidado médico quando da remissão. Na segunda, o plano terapêutico passou a incluir momentos diversos: o do quadro agudo, o do crônico e, mesmo, o do residual.

Um fato em que coincidem os levantamentos estatísticos e a prática psiquiátrica não parece depender das terapêuticas: o começo da moléstia em idade

precoce vem sendo relativamente menor que no passado. Mas o início da sintomatologia aguda, a motivar hospitalização, é agora mais raro, pelo menos em pacientes bem assistidos, para os quais há condições de diagnóstico preciso e de tratamento instalado ambulatorialmente. E os episódios de aguçamento dos sintomas, impondo internamento, passaram a acontecer sobretudo no curso da doença, não sempre, porém freqüentemente, em coincidência com a interrupção dos tratamentos.

A identificação das 4 formas clínicas da sistemática bleuleriana torna-se mais difícil, após iniciado o paciente na quimioterapia. No começo, ainda é possível encontrar os quadros fiéis àqueles modelos. Instalada a terapêutica, a apresentação sintomática perde, quase sempre, sua pureza, comparecendo, em algum momento, o matiz catatônico ou o paranóide.

As formas ditas catastróficas, de início brusco e rápida chegada ao estado terminal, deixaram de apresentar-se, ao ponto de que os psiquiatras jovens não as conhecerem. Obviamente, com elas, a "catatonia letal", que Stauder descrevera. Quando a esta, dúvidas seriam levantadas sobre a justeza de seu cabimento entre as esquizofrenias. Mas as formas catastróficas não letais, em geral com sintomatologia aguda hipercinética de moldes catatônicos, nunca suscitaram incredulidade quanto a sua ocorrência no passado e em sua correta inclusão entre as psicoses esquizofrênicas, das quais eram consideradas exemplares dos mais representativos.

Em grande número de pacientes devidamente tratados, as reativações sintomáticas e as descompensações graves parecem, agora rarear; a atuação psicoterápica torna-se mais viável; a integração na família e, até, em certos casos, o pragmatismo na atividade profissional, mostram-se possíveis. E, indiretamente em função das drogas, exxluiu-se progressivamente da fisionomia clínica muito do que dependia do hospitalismo.

As psicoses periódicas de sintomatologia mista constituíram, desde Kraepelin, um capítulo para debates. E a individualização das formas esquizo-afetivas, há tanto vulgarizada na literatura psiquiátrica norte-americana, encontrara sempre fortes resistências nos especialistas europeus, alguns a atribuírem ao conceito um fundamento na insuficiência semiológica. É real que motivos de ordem teórica têm surgido, a reforçar a justeza do conceito. Mas resulta da vivência de muitos psquiatras o pensamento de que, nos últimos anos, têm-se multiplicado as psicoses cujo conteúdo inclui sintomas ditos fundamentais da esquizofrenia e cujo curso é entrecortado por períodos de remissão completa. Que papel estará desempenhando a quimioterapia entre os elementos geradores desse fato é algo digni de meditação.

O reconhecimento da existência de casos em que, independentemente da terapêutica neuroléptica contínua, sucedem intervalos de remissão completa, não se opõe ao outro de que, na maioria esmagadora dos esquizofrênicos, a

manutenção da remissões está subordinada à da quimioterapia. A aplicação tenaz e criteriosa das drogas é, seguramente, responsável por aspectos de fundamental importância das transformações que, nos últimos anos, se observaram nas esquizofrenias: as referentes ao controle dos sintomas, nos quadros crônicos e residuais. Perderam, por isso, muito de gravidade, de uma parte, os delírios crônicos, que se disfarçam, minimizam ou, mesmo, dissimulam doutra parte os grandes esvaziamentos afetivos, outrora referidos como defeitos ou demências, agora possíveis de serem reduzidos ou compensados e, até, substituídos por uma disposição para razoável relacionamento social.

O controle dos paranóides pela medicação contínua chega, em casos excepcionais, a ser perfeito. Um cliente nosso é o único médico da pequena cidade em que mora e exerce a profissão. Outro é professor universitário e já tinha mais que 10 anos de moléstia e mais que 5 de tratamento contínuo quando se submeteu a concurso exitoso, que assegurou a ascensão acadêmica.

Um fato aconteceu com senhora viúva e sem filhos, inimizada com todos os parentes, porque todos figurando em seu sistema delirante. Acionado um processo de interdição, submeteu-se à perícia sob o efeito de neurolépticos, o que, ante supeitas, foi por ela negado. Indeferida a interdição, a paciente interrompeu, poucos dias após, o uso dos remédios. O comportamento de perseguidora logo se revelaria e partiu dos condôminos do edifício de residência a iniciativa de queixa policial, a que se seguiu novo processo, dele resultando a curatela.

O registro desses casos de supressão total dos sintomas ou de redução a níveis que podem escapar à semiologia dos mais experientes não implica no desconhecimento doque, mais freqüentemente, é o possível de ser obtido: a traquilização, a estimulabilidade, a retomada da comunicações. Raro, podem se evitarm de todo, as inadequações de comportamento. E deve-se ter em conta, nos últimos anos, a possibilidade de uma superestrutura psicopatológica resultante da quimioterapia neuroléptica prolongada: a ocorrência episódica ou contínua do humor depressivo. Cabe, em tais casos, a adição farmacoterápica apropriada.

Certo, a esquizofrenia não é, agora, curável. Mas, seguramente, muitos de seus sintomas, dos quadros agudos como dos crônicos, mostraram-se influenciáveis pela terapêutica, tornando relativo e às vezes transitório o comprometimento da validez por ela imposto, até há alguns anos visto como absoluto e irreversível.

A prevenção e a cura dos distúrbios mentais de causas tóxicas, infecciosas, vasculares e degenerativas beneficiaram-se muito, nas últimas décadas, de todo o enriquecimento semiológico e terapêutico atingido pela Medicina Geral. Mas a realidade é que quadros confusionais e paranóides continuam a ocorrer em doenças internas agudas, prologando-se, às vezes, mesmo após cessada a evidência do acometimento somático. As psicoses exotóxicas mantêm sua pre-

sença nas tabelas de epidemiologia psiquiátrica, variando com as modas ocasionais o agente morbígeno dominante. A ampliação da sobrevida nas populações aumenta, cada vez mais, as taxas de doenças cerebrais degenerativas. E, em todos esses casos, o uso de neurolépticos e ansiolíticos ou antecipa a interrupção dos transtornos psicopatológicos ou facilita, de muito, o manejo dos pacientes, sejam os agitados, os ansiosos e os delirantes.

Foi, entretanto, a dos estados depressivos uma das áreas em que, com mais evidência, se sucederam transformações nos últimos 40 anos. Coube ao eletrochoque o 1º grande sucesso, ao revelar sua eficácia na interrupção de grande número de episódios de melancolia. Surgiram, depois a Iproniazida e os outros inibidores da MAO; A Imipramina, seguida dos demais tricíclicos; por fim os quadricíclicos. Uns e outros, isoladamente, associados entre si ou acompanhados de ansiolíticos. E as influências aparecem em série. no domínio da tristeza; na estimulação das apetências; no controle da inibição e da ansiedade; na vitória sobre os conteúdos ideativos hipocondríacos, de culpa, de perseguição, de ciúme. Embora longo o tempo de latência para efetividade de alguns timolépticos, ninguém põe em dúvida que seu uso correto antecipa o término das depressões definidamente endógenas, sobretudo as bipolares, e que influi apreciavelmente, diminuindo as vivências de sofrimento, na maioria dos deprimidos neuróticos e nos da idade involutiva. Os casos resistentes a qualquer método terapêutico são, agora, bem raros, se ecluídos aqueles em que causas somáticas ou sociais intransponíveis prolongam, a longo prazo, as condições desfavoráveis.

Ao iniciante de Psiquiatria dos anos 40, ensinava-se que todo deprimido deveria ser internado. E, dentro do hospital, deveria ser continuamente acompanhado. A queda dessa ênfase no cuidado de prevenção do suicídio, em relação à clientela nosocomial, constitui uma das mais flagrantes transformações operadas na assistência aos deprimidos e ela ocorreu, seguranmente, em função das drogas.

Outro lado digno de atenção tem a ver com o relacionamento e a produtividade, que antes se interrompiam inteiramente, por todo o tempo do episódio. Agora, reduzida a síndrome pela terapêutica a um nível sub-clínico, obtém-se, não raro, que se mantenha uma relativa adaptação social, senão desde o começo, pelo menos a partir de certo momento da seqüência do quadro.

Se a convulsoterapia mostrara, desde cedo, tantos êxitos no encurtamento dos episódios melancólicos, não revelou a mesma eficácia em relação aos estados maníacos. Funcionou, nele, quase só como meio auxiliar para conter as agitações. Os neurolépticos, particularmente os ditos incisivos, além de atuarem como hipno-indutores, constituíram a 1ª grande arma para influir na evolução da fase, antecipando-lhe o fim. O uso simultâneo dos sais de lítio reforçaria, nos casos sensíveis, tal efeito. Essas, sem dúvida, grandes mudanças: há episódios que remitem no tempo de 3 a 6 semanas, o que no passado, seria inacreditável; e, mais a

depender de certas condições, há os que podem ser tratados em domicílio, o que, também, seria antes imprevisível.

Algo deve ser dito sobre as formas mistas e as circulares da psicose maníaco depressiva. A aplicação de neurolépticos e anti-depressivos motivou soluções precárias ou transitórias, às vezes dando margem a agravamentos iatrogênicos. A litioterapia abriu, aí, novas perspectivas. E, presentemente, pelo menos em pacientes ob uso de lítio, praticamente, inexistem os casos de evolução circular em sentido estrito (alternância de fases, sem intervalos de normalidade).

Sobre os efeitos preventivos do lítio nos doentes de forma bipolar, o reconhecimento encontra-se, já, vulgarizado. Vale porém o registro de um caso clínico particular: agricultor de bons recursos financeiros, em que a seqüência de 8 episódios maníacos (média de 1 por semestre) conduziu a interdição. Às custas de aplicação de Carbonato de lítio, encontra-se há 6 anos sem psicose e já há 4 anos que a interdição foi levantada.

A abordagem do tema "Modificações dos quadros psiquiátricos face à terapêutica moderna" convida à reflexão sobre algo abrangente, no que se refere a mudanças havidas no pensamento psiquiátrico, em decorrência mais ou menos nítida da evolução dos métodos terapêuticos.

À medida em que outros fatores, sobretudo os sociais, contribuíram para o alargamento do âmbito da Psiquiatria, alguns de seus capítulos se acresceram de novos tópicos, como aconteceu com o das psicoses esquizofrênicas. "Episódio esquizofrênico agudo" e "esquizofrenia latente ou pseudo-neurótica", títulos contidos na 9ª Revisão da CID, são conceitos aos quais podem ser conferidas justificações psicopatológicas e epidemiológicas mas, seguramente, fortificados pela sensibilidade dos sintomas clínicos às drogas anti-psicóticas eficazes no tratamento das esquizofrenias.

As noções de "equivalente afetivo" e "depressão mascarada" brotaram de investigações genéticas e psicológicas, porém ganharam em credibilidade, na prática clínica, à medida dos êxitos dos fármacos timolépticos.

Se a Psicopatologia aprofundou a caracterização das diferenças entre neurose e psicose, isso se deve, entretanto, conciliar, cada vez mais, com a apreciação integrativa do homem e a polidimensionalidade do diagnóstico psiquiátrico. Há trinta anos, para o especialista considerado de formação eclética, a divisão era feita com os critérios: a única via de tratamento para as neuroses seria a psicoterapia e a única para as psicoses a biológica. Ainda que respeitada como predominante essa linha de pensamento, sabe-se agora que drogas podem atuar com vantagem para diminuir os sofrimentos de muitos neuróticos, como há psicóticos que realmente se beneficiam das psicoterapias. Para que os radicalismos dessas posições se suavizassem, contribuiu, significativamente, a série de sucessos da Psicofarmacologia. Modificando pensamentos e atitudes dos técnicos. Alterando, profundamente, os planos terapêuticos e, em conseqüência, também por isso, a sintomatologia e a evolução dos quadros psiquiátricos.

RESUMO

O Autor, depois de afirmar que as modificações transistóricas das síndromes mentais decorrem de causas múltiplas, comenta particularmente aquelas dependentes das terapêuticas modernas. À base de reminiscências pessoais, relaciona as alterações havidas nos anos 40 e 50, a partir das terapêuticas de choque. Depois, rememora, as mudanças que têm ocorrido, nos sintomas e na evolução das doenças, após o uso da psicofarmacoterapia. E conclui expressando a idéia de que tais obsservações têm contribuído para alterar o pensamento psiquiátrico, propiciando o surgimento de novos conceitos clínicos e a integração melhor entre as psicoterapias e as quimioterapias.

CONVITE DO DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA AO PRESIDENTE DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA.

Of. 252/82 Salvador, 24 de setembro de 1982

Ilmo. Sr. Prof.
JAYME DE SÁ MENEZES
DD. Presidente da Academia de Medicina da Bahia
Rua Teixeira Leal, 125/101
Ed. Vera Cruz

Senhor Presidente:

No próximo dia 29, às 10:30 horas, será realizada uma sessão extraordinária de Congregação, na Sala de Congregação do Terreiro de Jesus, quando, oficialmente, fará o Magnífico Reitor a apresentação do "Memorial da Medicina" à administração e professores desta Faculdade.

Tendo a Instituição que V.Sa. preside, participado decisivamente do movimento que empolgou todas as entidades culturais da Bahia, no sentido de preservar a dignidade e o acervo que representa a sede da escola médica primaz do Brasil, reintegrando-a nas suas respeitáveis tradições, apraz-me convidá-lo a comparecer à referida reunião, como representante dessa meritória Instituição.

Sem mais no momento, reafirmo-lhe as expressões do melhor apreço, subscrevendo-me,

Muito cordialmente,

Prof. Newton A. Guimarães
Diretor

"PRÊMIO MAGALHÃES NETO"

REGULAMENTO

Art. 1º – O "Prêmio Magalhães Neto", comemorativo dos 25 anos de fundação da Academia de Medicina da Bahia, será concedido, mediante concurso, a profissionais da Medicina que apresentarem trabalhos originais de real valor sobre Medicina Preventica e Saúde Pública.

Art. 2º – O prêmio é do valor de Cr$ 300.000,00 (trezentos mil cruzeiros), custeado pela Academia, e será pago em cheque nominal ao vencedor.

Art. 3º – O julgamento do prêmio será realizado por uma comissão de 5 (cinco) membros, composta pelo presidente da academia, que será o presidente da comissão, por um professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, por um professor titular da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica do Salvador e pelos secretários de Saúde do Estado e do Município do Salvador.

§ 1º – A comissão julgadora poderá solicitar pareceres de especialistas, cujas opiniões se tornem necessárias à perfeita avaliação dos trabalhos apresentados.

§ 2º – Só poderão ser agraciados com este prêmio, ou a ele candidatar-se, médicos que exerçam a profissão neste Estado, residentes na Bahia há pelo menos 5 (cinco) anos, podendo ser brasileiros natos ou naturalizados, ou mesmo estrangeiros.

Art. 4º – Os candidatos a este prêmio deverão requerer ao presidente da academia a sua inscrição, juntando à petição o trabalho, o currículo profissional, a escolaridade e os principais dados biográficos.

§ 1º – Os candidatos deverão fornecer à academia 5 (cinco) exemplares de seus trabalhos, com o mínimo de 20 (vinte) laudas de papel ofício, datilografadas em espaço 2 (dois).

§ 2º – Os candidatos só poderão concorrer sob pseudônimo, constanto o nome verdadeiro de cada candidato em cartão colocado em sobrecarta lacrada, que tomará o número igual ao atribuído ao trabalho.

§ 3º – 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 resoectivo.

§ 4º – Os trabalhos apresentados por equipes de médicos serão julgados como rezam este Artigo e os demais deste Regulamento, e o prêmio dividido pelo número de seus autores.

§ 5º – Concluído o trabalho da comissão julgadora, esta proclamará o

resultado do julgamento, devendo o presidente da academia comunicar a decisão ao candidato vitorioso.

§ 5º – O julgamento da comissão terá caráter irrecorrível.

Art. 5o – As inscrições dos candidatos a este concurso ficam abertas de 08 de maio a 07 de julho de 1983, na sede da academia, no antigo prédio da Faculdade de Medicina da UFBa., no Terreiro de Jesus, hoje Memorial da Medicina.

Art. 6º – O prêmio será entregue ao vencedor na sessão solene comemorativa do jubileu de prata da academia, a 10 de julho de 1983.

Jayme de Sá Menezes
Presidente

"PRÊMIO ARISTIDES NOVIS"

REGULAMENTO

Art. 1º – O "Prêmio Aristides Novis", comemorativo dos 25 anos de fundação da Academia de Medicina da Bahia, será concedido, mediante concurso, a profissionais da Medicina que apresentarem trabalhos originais de real valor sobre pesquisa médica realizada na Bahia.

Art. 2º – O prêmio é do valor de Cr$ 300.000,00 (trezentos mil cruzeiros), financiado pela Fundação Cultural do Estado da Bahia e será pago em cheque nominal ao vencedor.

Art. 3º – O julgamento do prêmio será realizado por uma comissão de 5 (cinco) membros, composta pelo presidente da Academia, que será o presidente da comissão, por um professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, por um professor titular da Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica do Salvador, e pelos secretários de Saúde do Estado e do Município do Salvador.

§ 1º – A comissão julgadora, conforme a natureza do trabalho de pesquisa apresentado, poderá solicitar pareceres de especialistas, cujas opiniões se tornem necessárias à perfeita avaliação do mesmo.

§ 2º – Só poderão ser agraciados com este prêmio, ou a ele candidatar-se, médicos que exerçam a profissão neste Estado, residentes na Bahia há pelo menos 5 (cinco) anos, podendo ser brasileiros natos ou naturalizados, ou mesmo estrangeiros, contanto que a pesquisa médica tenha sido realizada na Bahia.

Art. 4º – Os candidatos a este prêmio deverão requerer ao presidente da academia a sua inscrição, juntando à petição, o trabalho, o currículo profissional, a escolaridade e os principais dados biográficos.

§ 1º – Os candidatos deverão fornecer à academia 5 (cinco) exemplares de seus trabalhos, com o mínimo de 20 (vinte) laudas de papel ofício, datilografadas em espaço 2 (dois).

§ 2º – Os canditados só poderão concorrer sob pseudônimo, constando o nome verdadeiro de cada candidato em cartão colocado em sobrecarta lacrada, que tomará número igual ao atribuído ao trabalho.

§ 3º – 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.

§ 4º – Os trabalhos apresentados por equipes de pesquisadores serão julgados como rezam este Artigo e os demais deste Regulamento, e o prêmio dividido pelo número de seus autores.

§ 5º – Concluído o trabalho da Comissão julgadora, esta proclamará o resultado do julgamento, devendo o presidente da academia comunicar a decisão ao candidato vitorioso.

§ 6º – O julgamento da comissão terá caráter irrecorrível.

Zrt. 5º – As inscrições dos candidatos a este concurso ficam abertas de 28 de abril a 29 de junho de 1983, na sede da academia, no antigo prédio da Faculdade de Medicina da UFBa., no Terreiro de Jesus, hoje Memorial da Medicina.

Art. 6º – O prêmio será entregue ao vencedor na sessão solene comemorativa do jubileu de prata da academia, a 10 de julho de 1983.

Jayme de Sá Menezes
Presidente

RESUMO DAS ATIVIDADES DA ACADEMIA NO SEGUNDO SEMESTRE DE 1982 E NO PRIMEIRO SEMESTRES DE 1983

Publicação dos Volumes 4 e 5 dos Anais.

Conferência do Acadêmico Plínio Garcez de Sena, sobre "Aspectos Médico-Sociais da Epilepsia".

Conferência do Acadêmico Zilton Andrade, sobre "Pesquisa Científica na Universidade".

Conferência do Acadêmico Jayme de Sá Menezes, sobre "A Saúde Pública na Bahia e no Brasil", proferida no Curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia da Universidade Federal da Bahia.

Conferência do Acadêmico Jayme de Sá Menezes, sobre "A Contribuição da Faculdade de Medicina à Cultura Baiana", realizada na Universidade Federal da Bahia, no "Curso de Extensão sobre Cultura Baiana".

Conferência do Acadêmico Jayme de Sá Menezes sobre "A intelectualidade baiana oitocentista", realizada no "Curso sobre Revisão Histórica do Século XIX", promovido pelo Instituto Geográfico e Histórico da Bahia.

Conferência do Acadêmico Heonir Rocha, sobre "Farmacologia Clínica-Perspectivas.

Conferência do Prof. Nelson Barros, da Faculdade de Medicina da UFBa, sobre "Plano de Ação em Saúde Pública".

Conferência do Prof. Antônio Carlos Aleixo Sepúlveda, sobre "Conceito e História da Cirurgia Plástica".

Simpósio sobre Pesquisa Médica na Bahia, coordenado pelo Acadêmico Zilton Andrade, sendo expositores: Dra. Eliene Azevedo e os acadêmicos Heonir Rocha e José Silveira.

Os Acadêmicos Antônio Simões e Aristides Novis Filho foram homenageados pelo Cremeb, pelos serviços prestados à Saúde Pública na Bahia.

O Acadêmico Antônio Simões lançou o seu livro de memórias: "Caminhos Percorridos".

O Acadêmico José Santiago da Mota foi distinguido com a Medalha do Cremeb.

O Acadêmico Luís Fernando Macedo Costa, reitor da Universidade Federal da Bahia, inaugurou, a 3 de outubro de 1982, o MEMORIAL DA MEDICINA, dando cabal utilização ao antigo edifício da Faculdade de Medicina Primaz do Brasil. O ato foi presidido pelo Governador do Estado, Antônio Carlos Magalhães, com a presença da Ministra da Educação e Cultura, Ester Figueiredo Ferraz.

* * *

O FALECIMENTO DO ACADÊMICO ANTÔNIO SIMÕES

A Cadeira nº 10, sob o patrocínio de Pacífico Pereira, encontra-se vaga, pelo falecimento do saudoso e ilustre confrade Prof. Antônio Simões, seu titular.

Aos funerais do eminente acadêmico compareceram o presidente da academia (que enviou flores em nome desta) e vários acadêmicos, tendo falado à beira do túmulo o Acadêmico Almeida Gouveia.

O DESAPARECIMENTO DO ACADÊMICO CLARIVAL VALADARES

Poucos meses decorridos do falecimento, em Salvador, do Acadêmico Antônio Simões, morre, no Rio de Janeiro, o Acadêmico Clarival do Prado Valadares, titular da Cadeira Nº 2, patrocinada por Alfredo Brito, abrindo nova vaga no quadro dos titulares desta Academia.

Um dos fundadores, como Antônio Simões, em 1958, desta instituição, Clarival Valadares foi dos confrades mais entusiastas e dedicados à Academia, e, tanto quanto o Simões, a ela prestou os melhores serviços.

A Academia viu-se, assim, em pouco tempo, desfalcada de dois de seus autênticos valores.

REALIZAÇÕES DA PRESIDÊNCIA SÁ MENEZES

As principais realizações do Presidente Jayme de Sá Menezes, na sua primeira (1979-1981) e na sua segunda (1981-1983) gestão, foram as seguintes: publicação dos Volumes 3, 4 e 5 dos ANAIS da Academia; impressão dos Estatu-

tos e do Regimento Interno; promoção e realização de cursos, conferências, simpósios, entre outros assuntos, sobre Sexologia, Câncer do Pulmão, Pesquisa Médica, Medicina Social, Pneumologia, Pediatria Social, Educação Médica; instituição do "Prêmio Magalhães Neto" (Medicina Preventiva) e do "Prêmio Aristides Novis" (Pesquisa Médica), do valor de Cr$ 300.000,00 (trezentos mil cruzeuris) cada um, ambos comemorativas dos 25 anos da fundação da Academia.

RESUMO DE ATAS DAS SESSÕES DA ACADEMIA

Resumo da Ata de eleição do Acadêmico Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa, para a presidência da Academia. Presentes numerosos acadêmicos, foi eleito, a 30 de novembro, por unanimidade, presidente da Academia de Medicina da Bahia, para o biênio 1979-1981, o Acadêmico Luiz Fernando Macedo Costa, que na sua posse proferiu eloqüente discurso. Nomeado reitor da Universidade Federal da Bahia, renunciou três meses depois ao cargo.

* * *

Resumo da Ata de eleição do Acadêmico Jayme de Sá Menezes para a presidência da Academia. Com a renúncia do Acadêmico Macedo Costa, foi eleito, por unanimidade, presidente da Academia de Medicina da Bahia, o Acadêmico Sá Menezes, para o biênio 1979-1981. O novo presidente proferiu no ato de sua posse o discurso de praxe, tendo o Acadêmico José Silveira, antigo presidente, que também falou, dito, entre outras palavras no seu discurso: "A Academia tinha uma velha dívida com o Prof. Sá Menezes, que a idealizou e sempre procurou ficar no anonimato, e que agora pagava-a elegendo-o seu presidente, pelo mérito de suas qualiddes pessoais e pelos serviços prestados à instituição, durante mais de vinte anos".

A Diretoria ficou assim composta:

Presidente, Jayme de Sá Menezes; 1º Vice-Presidente, Aristides Novis Filho; 2º Vice, Manuel Pereira; Secretário Geral, Geraldo Leite; 1º Secretário, Rodolfo Teixeira; 2º Secretário, Elieser Audíface; Bibliotecário, Heonir Rocha; Tesoureiro, Luiz Carlos Calmon Teixeira.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 25-10-79: palestra do Acadêmico Menando Novaes sobre "Cipriano Betâmio — Herói da Medicina". Abertura das inscrições, por sessenta dias, à cadeira nº 22, da qual é patrono Francisco dos Santos Pereira, e candidato o Prof. Jorge Novis.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 29-11-79: palestra do Acadêmico Manuel Pereira sobre "56 anos de cirurgia". Congratulações do presidente Jayme de Sá Menezes pelo restabelecimento do Acadêmico Aristides Novis Filho. Feito o registro dos 35 anos de formados, a ocorrer a 13 de dezembro, dos Acadêmicos Antônio Jesuíno dos Santos Neto e Jayme de Sá Menezes.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 06-03-1980: palestra do Acadêmico José Silveira sobre "Gumercindo Sayago", catedrático demitido na Argentina pelo Presidente Perón. Voto de congratulações do presidente Sá Menezes pela nomeação do Acadêmico Newton Guimarães para diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. O presidente anunciou os cursos sobre "Violência, Tóxicos e Criminalidade", a cargo da Profa. Dra. Maria Tereza Pacheco e do Acadêmico Estácio de Lima. O acadêmico Almeida Gouveia fez o registro do centenário de Artur Neiva. O Acadêmico Manuel Pereira distribuiu a segunda edição do seu livro "Vivências". Estiveram presentes os Acadêmicos Antônio Simões, José Silveira, Newton Guimarães, Antônio Jesuíno dos Santos Neto, Santiago da Mota, Jorge Leocádio de Oliveira, José Ramos Queiroz, Alberto Serravale, Elieser Audíface, Zilton Andrade, Luiz Carlos Calmon, Manuel Pereira, Raimundo Nonato de Almeida Gouveia, Geraldo Milton da Silveira, Renato Tourinho Dantas, estudantes e convidados.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 02-04-1980: palestra do Acadêmico Elieser Audíface Carvalhal Freire sobre "História da Pediatria", comentada pelos acadêmicos Humberto e Orlando Castro Lima e pelo Prof. Nelson Barros.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 18-04-1980: o Acadêmico eleito Jorge Novis comparece à Academia para agradecer a eleição e é saudado pelo Presidente Jayme de Sá Menezes.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 08-05-1980: registro do curso sobre "Sexologia", realizado, com grande êxito, no auditório do Hospital do Tórax, com mais de 150 inscritos, entre médicos, advogados, promotores públicos, estudantes, sacerdotes, irmãs de caridade e militares. O curso foi ministrado pela Profa. Dra. Maria Tereza Pachco e pelos Drs. Bernardo Horme, Aurélio Souza, Antônio Nery Alves Filho. Obtiveram Certificado os que atingiram a freqüência necessária. Ao encerrar o curso, o Acadêmico Sá Menezes agradeceu o valioso concurso dos palestrantes, a comparência de tantos e diversos participantes, e a gentileza do Prof. José Silveira, Diretor do Hospital do Tórax.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 04-06-1980: palestra do Acadêmico Jorge Leocádio de Oliveira sobre "Nutrição Humana", comentado pelos Acadêmicos José Santiago da Mota, José Silveira, Sá Menezes, Antônio Simões, Thales de Azevedo, Alberto Serravalle, Adroaldo Albergaria, Heonir Rocha, Geraldo Milton da Silveira, Luiz Carlos Calmon Teixeira. O presidente Sá Menezes registrou o cinqüentenário da Sociedade de Pediatria da Bahia, apresentou voto de pesar pelo falecimento do médico Luiz Pedreira Torres. O Acadêmico eleito, Jorge Novis, pediu prorrogação da data da sua posse.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 10-07-80: palestra do Professor José Maria de Magalhães Neto, vice-diretor da Faculdade de Medicina da UFBa, sobre "Planejamento Familiar", comentada pelos Acadêmicos Elieser Audíface, Luiz Calmon, Newton Guimarães, Sá Menezes, Jesuíno Neto, Adroaldo Albergaria.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 22-07-80: palestra do professor Álvaro Rabelo sobre "Problemas do Mediastino", comentada pelos Acadêmicos José Silveira e Sá Menezes.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 02-10-80: consígna a visita da Academia ao Acadêmico, ex-Presidente, Reitor Luiz Fernando Macedo Costa, na sede da Reitoria da UFBa, falando o presidente Jayme de Sá Menezes, dizendo que "o reitor da esperança" já era "o reitor da realidade". Compareceram os Acadêmicos Estácio de Lima, José Santiago da Mota, Aristides Novis Filho, José Silveira, Adroaldo Albergaria, Elieser Audíface, Geraldo Leite, Luiz Carlos Calmon, Tales Azevedo, Jesuíno Neto, Antônio Simões, Maria Tereza de Medeiros Pacheco, Adriano de Azevedo Pondé.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 16-10-1980: palestra do Magnífico Reitor da Universidade Federal da Bahia, Acadêmico L.F. Macedo Costa, sobre "Educação Médica na Bahia", comentada pelos acadêmicos José Silveira, Neston

Guimarães, Plínio Garcez de Sena, Álvaro Rubim de Pinho, Geraldo Leite, Jesuíno Neto, Jorge Leocádio e Sá Menezes, que ao encerrar a sessão agradeceu a excelente colaboração trazida à Academia.

★ ★ ★

Resumo da Ata da sessão de 05-01-1981: registro da concessão da Insígnia e Medalha Ana Nery, da Sociedade Brasileira de Educação, ao Acadêmico Jayme de Sá Menezes, ex-secretário de saúde do Estado, pelos serviços prestados à Saúde Pública na Bahia. O Acadêmico-eleito Jorge Novis será recebido pelo Acadêmico Macedo Costa.

★ ★ ★

Resumo da Ata da sessão de 21-05-1981: posse do Professor Jorge Augusto Novis na Cadeira 22, patrocinada por Francisco dos Santos Pereira, sucedendo ao Acadêmico Colombo Moreira Spínola. O novo acadêmico foi saudado pelo Acadêmico Luiz Fernando Macedo Costa. Numerosa assistência aplaudiu ambos os excelentes discursos.

★ ★ ★

Resumo da Ata da sessão de 30-05-1981: palestra do Professor Ruy Noronha Miranda, da Universidade do Paraná, sobre "O Prazer e a Dor". Saudado pelo Presidente Sá Menezes, comentaram o seu trabalho os acadêmicos Jesuíno Neto e Almeida Gouveia, e o Prof. Galeno Magalhães.

★ ★ ★

Resumo da Ata da sessão de 10-06-1981, da eleição da nova Diretoria. Presentes numerosos acadêmicos, procedeu-se, na forma regimental, a eleição da Diretoria, para o biênio1981/1983, tendo sido eleitos por unanimidade os seguintes acadêmicos: Jayme de Sá Menezes, presidente (reeleito); Aristides Novis Filho, vice-presidente (reeleito); Newton Alves Guimarães, 2º vice-presidente; Geraldo Leite, secretário-geral (reeleito); Heonir Rocha; 1º secretário; Elieser Audíface, 2º secretário (reeleito); Rodolfo Teixeira, bibliotecário; Luiz Carlos Calmon Teixeira, tesoureiro (reeleito).

★ ★ ★

Resumo da Ata da sessão de 10-07-1981: registrou a posse da nova Diretoria, para o biênio 1981-1983, eleita, por unanimidade, tendo o presidente reeleito, Jayme de Sá Menezes, lido Discurso-Relatório descrevendo todas as atividades do biênio anterior, e dado posse aos demais membros da Diretoria.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 15-09-1981: registro da palestra do Acadêmico Jorge Novis, Secretário de Saúde do Estado, sobre "Aspectos do Momento Atual da Saúde Pública na Bahia", comentada pelos acadêmicos Zilton Andrade, Sá Menezes, Humberto Castro Lima, Aristides Novis Filho, Heonir Rocha, Rodolfo Teixeira e Newton Guimarães.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 10-03-1982: palestra do Acadêmico Luiz Carlos Calmon Teixeira sobre "Progressos da Radiologia", comentada pelos acadçemicos José Silveira, Geraldo Leite, Plínio Garcez de Sena, Itazil Benício Santos, Sá Menezes, Tales Azevedo. O presidente leu o Relatório da entidade, relativo a 1981, onde foi destacado o "Curso de Atualização em Pneumologia", "O Simpósio sobre Câncer do Pulmão" e o "Painel sobre Adolescência". O Presidente apresentou voto de pesar pelo falecimento dos médicos Horácio Alban, Ubaldino Barbosa e Menandro de Faria e falou sobre os centenários dos Profs. Prado Valadares e Clementino Fraga.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 15-04-1982: registrada a posse do Professor Álvaro Rubim de Pinho na Cadeira nº 17, sob o patrocínio de Climério de Oliveira, sucedendo ao Acadêmico Adroaldo Albergaria. O novo acadêmico, professor da Faculdade de Medicina, foi saudado pelo Acadêmico Luiz Fernando Macedo Costa, reitor da UFBa, ambas as orações muito aplaudidas.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 28-05-1982: palestra do Superintendente do INAMPS na Bahia, Dr. Cézar Vaz de Carvalho, sobre "Evolução e Perspectivas da Medicina Social no Brasil", comentada pelos acadêmicos José Silveira, Geraldo Milton da Silveira, Sá Menezes e Jorge Leocádio de Oliveira.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 10-09-1982: palestra do Acadêmico Heonir Rocha sobre "Farmacologia Clínica – Perspectivas", comentada pelos acadêmicos Plínio Garcez de Sena, Jesuíno dos Santos Neto, Geraldo Leite, Aristides Novis e Sntiago da Mota. O presidente Sá Menezes distribuiu o Número 4 dos Anais da entidade, onde há trabalhos do reitor Macedo Costa, Geraldo Leite, Rubim de Pinho, Aristides Novis Filho, Sá Menezes, César Vaz, Renato Tourinho Dantas, José Silveira, Jorge Leocádio, José Santiago da Mota, José Queiroz, Geraldo Milton da Silveira.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 25-09-1982: palestra do Acadêmico Plínio Garcez de Sena sobre "Aspectos Médicio-Sociais da Epilepsia", comentada pelos acadêmicos Geraldo Leite, Rubim de Pinho, Sá Menezes, Luiz Carlos Calmon. O presidente apresentou moção de aplauso ao reitor Macedo Costa pela inauguração que fará do "Memorial da Medicina", e publicou em "A Tarde" o artigo "Templo Reaberto".

* * *

Resumo da Ata da sessão de 12-10-1982: discussão de vários temas médicos, pelos acadêmicos, e de assuntos da economia interna da Academia. Foi registrado os 70 anos de fundação do Jornal "A Tarde", tendo o presidente Jayme de Sá Menezes enviado ofício à Diretora-Presidente da empresa, D. Regina Simões de Melo Leitão, extendendo as felicitações aos jornalistas Jorge Calmon, Diretor-Redator-Chefe, e Cruz Rios, Diretor-Secretário.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 22-10-1982: palestra do Acadêmico Zilton de Araújo Andrade sobre "Pesquisa Científica na Universidade", numa excelente exposição comentada pelos acadêmicos Jorge Leocádio, José Silveira, Geraldo Leite, Renato Tourinho Dantas, Luiz Carlos Calmon, Santiago da Mota e Sá Menezes, presidente, que sugeriu a realização de um simpósio sobre pesquisa médica, coordenado por Zilton Andrade e com a participação de Heonir Rocha, José Silveira, Geraldo Leite e Álvaro Rabelo. O presidente Sá Menezes disse da infraestrutura já existente na Bahia para a pesquisa biomédica, preparada na UFBa pelo reitor Macedo Costa, e na secretaria de Saúde (Fundação Gonçalo Muniz), pelo Secretário Jorge Novis e acadêmicos Rodolfo Teixeira, Heonir Rocha e Zilton Andrade.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 02-03-83: debates sobre o problema do maconismo, uso da maconha, tendo o Acadêmico Álvaro Rubim de Pinho realizado uma conferência sobre "Aspectos do Maconismo no Brasil". A sessão foi dirigida pelo presidente da AMB, Jayme de Sá Menezes, tomando parte nas discussões os professores Newton Guimarães, Jesuíno Neto, Plínio Garcez de Sena, Eliezer Audíface e Sá Menezes. O Prof. Rubim de Pinho fez um estudo paralelo da maconha com outros tóxicos, como o álcool, a cocaína, o LSD, assinalando a maior ou menor incidência desses tóxicos nos crimes contra a pessoa e a propriedade. Estendeu, também, a sua apreciação às escolas, presídios, manicômios e penitenciárias. Na mesma sessão, foram distribuídos os estatutos e o regimento da entidade e o acadêmico Manuel Pereira fez a doação dos dois volumes das "Idéias Políticas de Vitorino Pereira", publicados pelo Senado, com apresentação do senador Luís Viana Filho.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 05-04-1983: registro da pelstra do Prof. Nelson Barros, secretário de Saúde do Estado, sobre "Planos de Ação em Saúde Pública", tendo dispertado grande interesse a sua exposição, comentada pelos acadêmicos Sá Menezes, Jorge Leocádio, Jesuíno Neto, Elieser Audíface, Geraldo Leite, Zilton Andrade, José Santiago da Mota.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 15-05-1983: palestra do Dr. Antônio Carlos Aleixo Sepúlveda, cirurgião plástico, convidado, que falou sobre "Conceito e História da Cirurgia Plástica", muito aplaudido e o seu trabalho, comentado pelos acadêmicos Geraldo Leite, Jesuíno Neto, Sá Menezes, Luiz Calmon, Jorge Leocádio, Rubim de Pinho e Garcez de Sena. O presidente Jayme de Sá Menezes anunciou a criação dos prêmios "Magalhães Neto" e "Aristides Novis", este financiado pela Fundação Cultural do Estado, de que é diretora a Profa. Olívia Barradas. Ambos os prêmioss são comemorativos dos 25 anos de fundação da Academia, que ocorrerá a 10 de julho de 1983. O "Prêmio Magalhães Neto" será concecido com recursos da própria Academia. O presidente Sá Menezes registrou, com palavras de justiça e repassadas de saudade, o falecimento do Acadêmico Antônio Simões, no que foi seguido pelos acadêmicos Antônio Jesuíno dos Santos Neto e Luiz Carlos Calmon Teixeira. Em seguida, foi declarada vaga a Cadeira Nº 10 e abertas por sessenta dias as inscrições dos candida-

tos. O presidente oficiou à família do Prof. Antônio Simões, comunicando as homenagens ao ilustre acadêmico.

* * *

Resumo da Ata da sessão de 25-05-1983: homenagem póstuma ao Acadêmico Clarival do Prado Valadares, falecido no Rio de Janeido, sendo a sua memória exaltada pelo presidente Jayme de Sá Menezes e pelos acadêmicos Plício Garcez de Sena, Álvaro Rubim de Pinho, Zilton Andrade, Jorge Leocádio e Luiz Calmon. Declarada vaga a Cadeira Nº 2, foram abertas as inscrições dos candidatos. O presidente oficou à família enlutada. O Dr. Edson Barbosa, secretário de Saúde, convidado, falou sobre "O Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Saúde", comentando o seu trabalho os acadêmicos Rubim de Plnho, Zilton Andrade, Plínio Garcez de Sena e Sá Menezes. O presidente comunicou à Casa que, na forma regimental, no dia 10 de junho de 1983 serão realizadas as eleições para a nova Diretoria, biênio 1983-1985, cuja posse, como manda o Regimento, será a 10 de julho de 1983, ocasião em que deverão ser conferidos aos vencedores os prêmios "Magalhães Neto" e "Aristides Novis", e distribuído o Nº 5 dos Anais da Academia, já em impressão na Bureau Gráfica e Editora Ltda.

ÍNDICE

Composição e Impressão
Bureau Gráfica e Editora Ltda.
Rua Direita da Piedade, 24 Tel. 241-4933
Salvador-Bahia-Brasil

Custeio:
Fundação Cultural do Estado
Nas gestões dos Diretores:
Drª Olívia Barradas
Dr. Geraldo Machado