

## DA RESPONSABILIDADE LEGAL E MORAL DO MÉDICO

ARNALDO AMADO FERREIRA \*

Em muitas faculdades de medicina de nosso país o estudo da deontologia, da jurisprudência médica e da medicina profissional não é versado com o carinho e com o cuidado devidos. Muitos jovens que se diplomam anualmente, sobretudo nas escolas médicas que não realizam o ensino obrigatório da Deontologia, só começam a interessar-se por essas questões quando iniciam a vida clínica, diante dos complexos problemas da vida profissional, que necessitam de pronta e acertada solução.

Em São Paulo, na Faculdade de Medicina da Universidade, desde 1918, primeiramente com o Prof. Oscar Freire e depois com seu sucessor, o Prof. Flamínio Fávero, realiza-se, sob o patrocínio do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, um curso de Deontologia Médica, no qual essas questões são estudadas com pormenores, recebendo os doutorandos os ensinamentos e as diretrizes que deverão orientar sua conduta na vida profissional. A finalidade desse curso é a de evitar que os médicos recém-formados cometam erros deontológicos, dando falsos passos que seriam de funestas conseqüências para sua reputação pessoal e para a da nobre profissão que exercem.

Nos dias que correm, quando se refere à responsabilidade legal e moral do médico, acode à mente da maioria, ainda, como antigamente, que os médicos gozam de imunidade absoluta, de irrestrita impunidade no exercício de sua profissão, podendo cometer tôda a sorte de erros, porque a ninguém, nem aos tribunais, devem prestar contas de sua atuação.

Em matéria de responsabilidade, muitos literatos antigos viam e muitos dos modernos ainda vêem os médicos como irresponsáveis, achando que êles podem praticar tôda sorte de erros, porque "o sol alumia os seus sucessos, porém a bondosa terra encobre a todos os seus erros e fracassos".

Entretanto, quem assim o afirma não se deu ao trabalho de manusear as legislações dos povos antigos, para verificar com que rigor, com que selvageria, muitas vêzes, por enganos cometidos no exercício da profissão, os médicos sofriam duros castigos e até a

---

\* Livre docente de Medicina Legal na Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

pena capital lhes era aplicada. Nas legislações pretéritas, os médicos sempre responderam por severa responsabilidade legal e moral.

Compulsem-se, por mera curiosidade, os mais antigos códigos de leis escritas, como o de Hammurabi, que data do XX século antes da era cristã, adotado pelos caldeus e babilônios, descoberto durante as escavações das ruínas de Susa, para se ver que estas asserções são verídicas; depois percorram-se as legislações dos antigos egípcios, as dos gregos e romanos e, na Idade Média, as leis godas, ostrogodas, francas e germânicas, etc., para certificar-se de que, desde aquêles distanciados tempos, jamais os médicos, no exercício de sua profissão, gozaram de irresponsabilidade absoluta.

Entre os dispositivos do Código de Hammurabi, existia o seguinte: "O médico que abrir um abscesso e matar o doente ou se a morte ocorrer mais tarde, terá as suas mãos decepadas". Deodoro de Sicília, grande historiador romano do século de Augusto, narra que os egípcios possuíam um código destinado a regular a conduta legal e moral dos médicos, estabelecendo preceitos para sua atuação nos atos de sua vida profissional: se não se afastassem das regras prescritas, morto o doente, nada lhes aconteceria; entanto, se modificassem o tratamento, consoante a experiência adquirida, eram condenados à morte, caso o doente perecesse. Conta Plutarco, que um médico de Éfeso deixara, por algumas horas, para ir ao teatro, o seu doente convalescente, e êste, aproveitando-se da ausência do médico, quebrou a dieta e morreu; Alexandre Magno condenou o pobre médico ao suplício da cruz. O mesmo fizera Dario III ao médico persa que lhe não conseguiu reduzir a luxação de um dos pés.

Entre os romanos, cuja legislação é o fundamento da nossa, a responsabilidade do médico era considerada na lei Aquília, a primeira que fala em *culpa gravis*. Segundo esta lei, se um médico, em tratando de um escravo, fôr causador de sua morte, pagará ao senhor uma indenização, de acôrdo com a importância do escravo; porém, se o doente fôr o senhor e êste falecer, o médico será também condenado à morte. Na Idade Média, entre os godos e os ostrogodos, quando o médico era julgado culpado pela morte de alguém, entregavam-no à família do falecido, família que assumia absoluto poder sôbre êle.

Os fatos aqui rememorados são suficientes para demonstrar que os médicos, no exercício de sua nobre profissão, jamais gozaram de irresponsabilidade absoluta.

#### E' NECESSÁRIA A EXISTÊNCIA DA RESPONSABILIDADE MÉDICA?

O médico deve ser responsabilizado pelas faltas legais e morais que cometer no exercício de sua profissão. Esta responsabilidade profissional não deve ser confundida com a que o médico está sujeito no seio da coletividade, como membro do agregado social em que vive e atua. De acôrdo com Lacassagne, podemos definir a res-

ponsabilidade médica como a “obrigação que os médicos têm de sofrer as conseqüências de faltas que cometeram no exercício de sua arte e ciência e que pode dar origem a dupla ação — civil e penal”.

Entretanto, houve tempo em que a doutrina da irresponsabilidade do médico foi defendida por uma plêiade de profissionais, tendo à frente o Dr. Double, em 1829, na Academia Francesa, que era de opinião que os médicos deviam ser civilmente responsáveis quando, “em virtude de uma culpável aplicação dos meios da arte, feita cientemente, com premeditação e com pérfidos desígnios ou intenções criminosas”, causassem prejuízos a outrem. Todavia, “a responsabilidade dos médicos, no exercício consciencioso de sua profissão, não devia ser alcançada pela lei; os erros involuntários, as faltas imprevisíveis, os resultados funestos inesperados não deviam afetar senão a opinião pública”. E, mais adiante: “A medicina é um mandato ilimitado junto à cabeceira dos doentes, aos quais só pode aproveitar com essa condição. Os médicos nunca deveriam ser legalmente punidos pelos erros que cometessem de boa fé, no exercício de suas funções; sua responsabilidade é toda moral, toda de consciência. Nenhuma ação jurídica lhes pode ser intentada senão em caso de captação, de dolo, de fraude e de prevaricação” (Souza Lima<sup>23</sup>).

Em 1834, convidada a discutir o projeto de lei sobre o exercício da medicina, a Academia Francesa propôs a inserção do seguinte artigo: “Os médicos e cirurgiões não são responsáveis pelos erros que puderem cometer de boa fé, no exercício consciencioso de sua arte”.

Os artigos 1.382 e 1.383 do Código Civil não lhes são aplicáveis nestes casos (Souza Lima<sup>23</sup>). O artigo 1.382 refere-se à obrigação da reparação do dano por quem lhe deu causa, e o segundo, 1.383, responsabiliza aquêle que produzir um dano por negligência ou imprudência.

O argumento que os seguidores dessa corrente de idéias aduziam para justificar seu ponto de vista “era a incompetência dos juizes para avaliar as faltas médicas e o prejuízo para o doente que traria a constante preocupação em que o médico se visse em face da justiça a restringir-lhe a ação e impedir-lhe o uso de práticas salvadoras de exceção” (Flamínio Fávero<sup>9</sup>). Souza Lima<sup>23</sup> diz que “os partidários da irresponsabilidade absoluta objetam que é difícil, senão, muitas vezes, impossível ao tribunal do júri verificar as faltas profissionais do médico e determinar se êle se conformou com as regras sempre variáveis da arte; que o juízo é incompetente; que o princípio da responsabilidade impede o exercício livre, consciencioso e progressivo da profissão; que, em definitivo prejudica o doente, paralisando a ação do médico, assim coagido na escolha do remédio ou dos processos cirúrgicos, com o justo receio de se comprometer”.

Os argumentos não têm a acolhida do bom senso, porque, como se sabe, “certas faltas são palpáveis e evidentes, mesmo aos olhos dos

leigos, tais como a administração por êrro ou por ignorância de um medicamento em dose excessiva, ou uma operação, manifestamente grosseira, brutal e desastrada, que produzam a morte do doente". E, depois, os juizes só exaram suas sentenças e agem, após consultar e ouvir a opinião dos próprios médicos, idôneos e competentes, que nomeam como peritos. Ademais, a justiça não pretende, e nem lhe interessa, obstar a ação benéfica do médico no exercício de sua profissão, porém, apenas o argüe quando da existência de imprudência, imperícia e negligência na efetivação de seus atos, de conseguinte, só nos casos de faltas graves que venham de cometer.

Entre nós, não há negar — como afirma Flamínio Fávero — tem-se muita condescendência para com os médicos e por isso não devem êles arreçar-se dessa atuação embaraçante da justiça à sua ação humanitária.

De outro lado, devemos convir com a necessidade de existir sanção legal para as faltas que os médicos venham de cometer na prática, porque gozam êles, no seio da coletividade, de verdadeiro privilégio que as leis do país lhes asseguram, punindo severamente a quem se entregue ao exercício da medicina sem a conveniente habilitação e registro de um diploma nas repartições competentes. Concedendo-lhes tais privilégios, é justo que a sociedade exija que sejam responsabilizados pelos danos que venham a ocasionar a seus componentes, punindo os médicos que os praticarem.

Como ensina Flamínio Fávero, "a noção da responsabilidade, estimulando a prudência, a perícia, a dedicação, é uma garantia para a própria medicina, que, assim, será extremamente beneficiada. A irresponsabilidade absoluta do médico, assegura Foderé (*apud* Afrânio Peixoto, *Medicina Legal*, Rio de Janeiro, 1922), entravaria o próprio progresso da medicina, que seria, então, temida como verdadeiro perigo social".

As legislações dos povos cultos admitem, sem restrições, a necessidade da responsabilidade médica. As prescrições legais de nossa legislação penal e civil, que interessam ao assunto, são as seguintes. O *Código Penal de 1940* estabelece:

*Art. 15* — "Diz-se o crime: 1) Doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo; 2) culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia".

*Art. 121* — "Se o homicídio é culposo: Pena — detenção, de 1 a 3 anos".

§ 4º — "No homicídio culposo, a pena é aumentada de um terço se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante".

*Art. 129* — "Ofender a integridade corporal ou saúde de outrem", em seu § 6º: "Se a lesão é culposa: Pena — detenção, de 2 meses a 1 ano".

O Código Civil consigna:

*Art. 159* — “Aquêle que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano”.

*Art. 1521* — “São também responsáveis pela reparação civil... III — O patrão, amo ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir ou por ocasião dêle”.

*Art. 1525* — “A responsabilidade civil é independente da criminal; não se poderá, porém, questionar mais sôbre a existência do fato, ou quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no crime”.

*Art. 1526* — “O direito de exigir reparação e a obrigação de prestá-la transmitem-se com a herança, exceto nos casos em que êste Código excluir”.

*Art. 1545* — “Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia em atos profissionais, resultar a morte, inabilitação de servir ou ferimento”.

#### ELEMENTOS QUE INTEGRAM A RESPONSABILIDADE LEGAL DO MÉDICO

Nério Rojas estabeleceu, em número de cinco, os elementos indispensáveis para integrar a figura da responsabilidade médica: a) o agente; b) o ato profissional; c) ausência de dolo; d) o dano; e) relação entre o dano e o ato. “Êsses elementos esclarecem perfeitamente bem o conceito da responsabilidade em nossa lei” (Flamínio Fávero).

a) *O agente* — No caso em estudo é indispensável que o acusado seja um profissional da medicina para ser “argüido de falta de responsabilidade”.

Também, não resta dúvida que os que exercem ilegalmente a medicina, quando ocasionem danos a outrem praticando a arte de curar, serão punidos não só pelo fato de exercerem ilegalmente a medicina, mas, ainda, pelos danos causados em suas vítimas.

A lei brasileira não omitiu a espécie. Tratando do exercício ilegal da medicina, do charlatanismo e do curandeirismo (arts. 282, 283 e 284), prescreve o legislador no art. 258 o seguinte: “Aplica-se o disposto no art. 258 aos crimes previstos neste capítulo, salvo quanto ao definido no art. 267”. E o art. 258 diz o seguinte, *in fine*: “...No caso de culpa, se do fato resulta lesão corporal, a pena aumenta-se de metade; se resulta morte, aplica-se a pena cominada ao homicídio culposo, aumentada de um terço” (Flamínio Fávero, Deontologia Médica, vol. 3, 3ª ed., pág. 63, 1945).

b) *O ato profissional* — “Espécie criminosa não pode deixar de ser oriunda senão de um ato estritamente profissional, para ser objeto dos dispositivos especiais da lei. Atos criminosos e de outra natureza praticados pelo médico, embora no exercício da profissão, ficam sujeitos à sanção de outros artigos do Código que se referem a todos em geral e ao médico em particular, quando se serve das

facilidades que a profissão lhe concede, como no caso de certas práticas de charlatanismo, prejudiciais à vida e à saúde das vítimas ou no de assumir a responsabilidade delas. E' o que acontece, por exemplo, com os crimes contra a saúde pública, quando seus autores são médicos".

"Vejam-se os arts. 268, 269, 281, por exemplo" (Flamínio Fávero, loc. cit., pág. 63):

*Art. 268* — "Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa. Pena — detenção, de 1 mês a 1 ano, e multa de Cr\$ 200,00 a Cr\$ 3.000,00".

§ *único* — "A pena é aumentada de um têtço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro".

*Art. 269* — "Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória. Pena — detenção, de 6 meses a 2 anos, e multa de Cr\$ 500,00 a Cr\$ 3.000,00".

*Art. 281* — "Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização legal ou regulamentar. Pena — reclusão de 1 a 5 anos, multa de Cr\$ 2.000,00 a Cr\$ 10.000,00", etc.

c) Ainda, no caso, o ato profissional não deve ter sido intencional, doloso, mas culposo, incluindo-se a culpa profissional na noção geral de culpa. Segundo Lima Drummond, em *stricto sensu*, culpa é a voluntária omissão de diligência em calcular as conseqüências possíveis e previsíveis do próprio ato", ou, ainda, conforme Alfredo de Araujo Lopes da Costa (Direito Profissional do Cirurgião-Dentista, São Paulo, 1928), tanto em direito penal como no civil, "é a violação de um direito por fato imputável, mas praticado sem intenção de prejudicar".

*Ausência de dolo* — Em *latu sensu*, afirma o mesmo tratadista, "em direito civil, a noção de culpa abrange a de dolo". No Digesto lê-se: "magna negligentia culpa est, magna culpa dolus est". Entretanto, o que diferencia, o que distingue o dolo da culpa, é a *previsibilidade* do resultado desejado pelo agente, como se sabe; ao passo que na culpa, as conseqüências danosas não são desejadas pelo autor, embora fôssem previsíveis.

Um médico, por exemplo, desejando eliminar um cliente, ministra-lhe o tóxico; há dolo, porque "o agente quis o resultado e assumiu o risco de produzi-lo", de acôrdo com o art. 15, item I, do nosso estatuto penal. "Outro vai realizar uma intervenção cirúrgica, porém não examina o aparelho circulatório de seu cliente, que possui uma lesão cardíaca e que morre; há culpa porque o agente deu causa ao resultado por negligência". E' culposo, item II do art. 15, "quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia".

No segundo caso apontado, o médico não tinha intenção de matar a quem quer que fôsse, mas foi negligente, podia prever que seu cliente pudesse ser portador de uma lesão do aparelho circulatório e saber que não deveria fazer uma anestesia sem prévio exame do doente.

d) *Existência de dano* — Para que o médico possa ser responsabilizado por falta que vem de cometer é mister que subsista a objetividade do fato, isto é, que, em virtude de sua atuação profissional, tenha havido a morte, ou lesão física ou funcional. É imprescindível a persistência de um dano real.

Flamínio Fávero e Nério Rojas são de parecer que “os danos morais ou econômicos são excluídos”,... “podendo ser considerados na avaliação” do total da indenização.

e) *Relação causal entre o ato e o dano* — Finalmente, para que se integre por completo a figura delituosa em estudo, deve haver, entre o ato e o resultado, relação de causa para efeito.

No avaliar esta relação, os peritos devem ser prudentes, por isso que, muitas vezes, o dano mencionado é continuação do estado mórbido “de conseqüências irreparáveis” ou conseqüência de uma “pré-existência mórbida” que passou despercebida, complicando o estado de saúde do paciente, embora a atuação do médico fôsse a mais acertada. No caso figurado, as conseqüências danosas ao doente foram mero acidente, que se daria com qualquer médico em idênticas condições, não tendo havido, por conseguinte, da parte do médico, nem imperícia, nem negligência ou imprudência.

Ao lado da responsabilidade legal, a que o médico está sujeito no exercício de sua profissão em virtude das faltas cometidas, acrescentem-se as de ordem moral; aqui também aplicam-se os mesmos critérios adotados para se aquilatar a responsabilidade legal.

Entretanto, as exigências do preceito moral são mais rigorosas, porque muita coisa que a moral condena a lei aprova.

“Muitas regras de conduta impostas pela moral não podem ser aceitas pelo quadro das prescrições jurídicas”. De outro lado, “grande número das regras consagradas pelas nossas lei tem caráter amoral, no sentido de que não é alicerçado na Moral, mas em razões de utilidade social e de interêsse geral, ou tem simplesmente por objeto determinar os efeitos de atos livremente pensados”. Como é do conhecimento de todos, a organização social não repousa somente no Direito, porém, se fundamenta igualmente na Moral.

Assim sendo, para se julgarem as faltas morais dos médicos, deve-se apelar, primeiramente, para a própria consciência desses profissionais que, perquirindo seus pensamentos e intenções, estarão aptos a dizer se os atos que praticaram ou pretendem praticar são ou não lícitos, certos ou errados.

Além dêsse juiz inexorável, que é a consciência de cada um, deve-se socorrer “das associações de classe, sobretudo os sindicatos profissionais, das câmaras e ordens médicas com plena jurisdição sobre êles”. Flamínio Fávero aponta que, “na eventualidade de surgir uma questão em que a conduta do médico seja argüida, aos seus colegas a quem competir o pronunciamento nunca lhes esqueça de seguir o conselho de Nério Rojas a respeito, “que não devem ter nem severidade intransigente, nem cumplicidade dissimulada e, sim, compreensão inteligente de tôda a situação em seus aspectos objetivo e subjetivo”. Semelhante conselho, acrescenta Flamínio Fávero, “aplica-se aos peritos médicos nas questões de ordem legal ou moral”.

#### FALTAS DOS MÉDICOS

Sob vários modos podem-se classificar as faltas cometidas por êles. Lacassagne divide-as em três grupos: pesadas, graves e voluntárias: a) *Faltas pesadas* correspondem à imperícia em virtude de ignorância crassa, grosseira, por erros científicos, pela falta de conhecimentos sobre princípios que o médico não pode e não deve ignorar; b) *Faltas graves* são devidas à negligência, à desatenção, à imprevidência e à inobservância dos regulamentos; c) *Faltas voluntárias* são as que se referem a experiências, quer especulativas, quer terapêuticas, que o médico venha a realizar em seus doentes e que acarretem dano aos mesmos.

Segundo Dubrac, as faltas dos médicos podem ser por comissão ou omissão. As primeiras se efetivam quando o médico age, diretamente, por imperícia ou imprudência, ocasionando o dano; por exemplo, um médico que fôsse reduzir uma luxação da articulação do cotovêlo e rompesse a artéria umeral ou a radial, ou, ao abrir um abscesso, incisasse um vaso calibroso subjacente. Nas faltas por omissão, o médico deixa de realizar certos atos indispensáveis, tendo como resultado conseqüências desastrosas para o doente; assim, esquece-se de ligar um vaso que sangra; deixa de atar o cordão umbilical do feto que nasceu; não faz uma traqueotomia em criança atacada de difteria, cujas vias respiratórias se encontram obstruídas pelas membranas diftéricas, etc.

Nossa lei penal, no art. 15, inciso II, fala em imprudência, negligência e imperícia; assim, consoante nosso estatuto penal, classificam-se em três grupos as faltas dos médicos: por imprudência, por negligência e por imperícia. Vejamos como Flamínio Fávero (Deontologia Médica, 3ª ed., 1945, pág. 66) conceitua estas três faltas:

a) “Na imprudência, o agente revela audácia na conduta e atitudes não justificadas nem reconhecidas pela experiência, como intervenções cirúrgicas arriscadas, doses exageradas de medicamentos”.

b) “A negligência implica na omissão de precauções e cuidados tidos como necessários, sem os quais devem ser previstos danos.



O emprêgo de medicamentos trocados, o esquecimento de instrumental cirúrgico no campo operatório, o abandono do doente, a propagação de doenças infectuosas pelo médico pouco cuidadoso, estão nesta categoria”.

c) “A imperícia traduz incapacidade técnica, falta de habilidade, ignorância grave na realização de atos profissionais, como sejam a perfuração do fundo do útero numa curetagem, o comprometimento da artéria braquial ao praticar uma sangria”.

De acôrdo com vários comentadores e conforme a jurisprudência firmada, as faltas dos médicos, para serem punidas, devem ser “*graves, pesadas, manifestas e evidentes*”. Para instruir o juiz e os tribunais, os peritos nomeados para êsses casos devem estudá-los bem, levando em consideração as condições várias e as circunstâncias como se apresentam.

Na prática, vários problemas de alta relevância devem ser focalizados, como sejam: erros de diagnóstico, erros de tratamento, erros na dosagem de medicamentos, a liberdade de atender, a escolha do tratamento, as experiências *in anima nobili*, o direito de curar, a cirurgia estética, a esterilização humana, o problema do abortamento e da sensibilização materna pelo fator Rh e a omissão de socorros.

1) *Erros de diagnóstico* — De acôrdo com Oscar Freire, os erros de diagnóstico podem dividir-se em inevitáveis e evitáveis.

Os primeiros independem do médico, estando ligados ao progresso, à evolução da própria medicina. Assim, por exemplo, o médico que, consoante os conhecimentos do momento e alicerçado em determinada sintomatologia apresentada pelo doente, faz um diagnóstico e recomenda uma terapêutica ou uma intervenção cirúrgica que se efetivam; e só mais tarde, na mesa de necroscopia, se verifica o êrro. Os erros inevitáveis não podem constituir falta grave, não empenham a responsabilidade do médico, porque independem dêle.

Os erros evitáveis, pelo contrário, dependem dos conhecimentos do médico e envolvem sua responsabilidade. Às vêzes, como sói acontecer, o médico toma uma gravidez por um fibroma, ou um cisto crescido do ovário e vice-versa. Pirogof, notável cirurgião russo, certa vez praticou uma litotricia sem que houvesse cálculo na bexiga do paciente; Billroth, outro cirurgião de renomê, desconhecendo que um de seus doentes apresentava fratura da extremidade superior do fêmur, submeteu o pé a uma distensão que redundou em gangrena do membro e morte do paciente.

2) *Erros de tratamento* — A aplicação de processos de tratamento inadequados, como seja a colocação de um aparelho de fratura de modo inconveniente e que acarrete graves conseqüências para o doente.

3) *Erros de dosagem de medicamentos* — Tais erros são frequentes, sendo devidos à falta de atenção do médico ao fazer uma

prescrição. Aqui, não só ao médico cabe a responsabilidade, como também ao farmacêutico, que não aviará as receitas e chamará a atenção do médico, quando verificar que as doses empregadas excedem às terapêuticas recomendadas.

4) *Liberdade de atender* — E' o médico obrigado a atender a todos os que se recorrem de seus serviços? Souza Lima, citando Lacassagne sôbre esta questão, diz: "Em princípio, é inteiramente livre o exercício da medicina. O médico pode recusar seu ministério e sua recusa perentória não tem necessidade de ser justificada por motivos graves e legítimos. Se o filósofo que tem as mãos cheias de verdades, como dizia Fontenelle, não é forçado a abri-las para espalhar êste tesouro sôbre o gênero humano, é evidente que o médico não poderia ser obrigado a prodigalizar seus cuidados. Além de que, seria arbitrário constringer para êste fim um médico, cuja profissão é independente, e que não exerça nenhuma função pública. Que valor teriam êsses cuidados impostos por autoridade? Demais, não pode acontecer que um prático consciencioso e escrupuloso, talvez desconfiado de sua capacidade e aptidões, recuse assumir a responsabilidade de um exame difícil ou de uma operação delicada? Quem ousaria censurá-lo por isso e, com mais forte razão, puni-lo, sobretudo considerando a responsabilidade que certas sentenças fariam, em caso de êrro, recair sôbre êle? A doutrina e a jurisprudência estão de acôrdo a êste respeito. O exercício da medicina é, em geral, puramente voluntário" (Tratado de Medicina Legal, edição de 1953, pág. 128).

Flamínio Fávero acha que "não há lei que possa obrigar o médico a atender ao doente necessitado de sua assistência, salvo se o profissional já se havia comprometido a isso, expressa ou tácitamente, começando uma prestação de serviços que implica em verdadeiro contrato. Então, tem a obrigação de atender, podendo, porém, rescindir êsse contrato por motivo de fôrça maior, por exemplo". Continuando, acrescenta que, "*diante da moral, o médico com mais dificuldade pode furtar-se a atender ao pedido de quem necessita de seus serviços*".

O médico que anuncia nos jornais, que tem placa à porta, que seja único na localidade, não pode recusar a atender os casos de urgência, os doentes pobres, sem recursos. O médico nunca se deve esquecer de que prometeu, no momento de receber o grau, *ser fiel aos deveres da honra e da caridade e de que exerce verdadeiro monopólio no seio da coletividade*.

Nos casos de urgência, os médicos que não clinicam, isto é, que se acham sob o regime de tempo integral, têm o dever e a obrigação de atender a quem solicitar seus serviços, pois, antes de tudo, são médicos e devem cumprir um dever de humanidade. Entanto, atendido o caso urgente, tratará de chamar um colega para entregar o doente aos seus cuidados.

Iniciado um tratamento, o médico não pode abandonar o cliente, *a menos que motivo de alta relevância o obrigue ou que seja despedido*. Nesse caso, providenciará para que o paciente não fique sem médico.

“A ética profissional tem exigências de que a dignidade da medicina não pode prescindir sem grave inconveniente”. Aliás, não há médico digno dêste nome que deixe de cumprir seu dever, atendendo sempre a quem lhe solicita os serviços profissionais. A dedicação com que os médicos sempre atendem a quem os procuram, é uma das ações mais nobres, elevadas e belas da profissão. Não só o público em geral deve merecer êste devotamento, mas também o colega que dêle necessite.

5) *Escolha do tratamento* — E’ o médico quem deve fazê-la, pois não há “medicina oficial”, mas medicina que a todos deve servir. O médico é livre em escolher o tratamento que melhor julgar, de acôrdo com as conveniências do doente e do caso mórbido em aprêço, com a probabilidade de melhor sucesso e com o progresso da medicina. Êle é o profissional, êle é quem tem autoridade para executar e aplicar os preceitos terapêuticos e as técnicas que julgar necessárias para o tratamento do doente. Na sua orientação terapêutica, jamais se esquecerá de que a regra que norteia a sua conduta deve ser *primum non nocere*.

Ocasões há, entretanto, em que o médico, para salvar a vida do doente, vê-se na contingência de sacrificar um órgão ou um membro. Esta sua atuação não deve ser condenada, pois, se o médico não se servisse dêsse recurso, por certo mal muito maior aconteceria, qual seja a perda de uma vida.

6) *Esterilização de mulheres e abortamento* — Nas questões que se ligam à esterilização das mulheres, ao abortamento médico ou terapêutico, o médico deve agir com a maior prudência, pesando as reais indicações de cada caso e nunca tomando atitudes a respeito dêsses problemas de alta relevância social, moral, religiosa e legal, senão depois de ouvidos colegas especialistas e competentes. As indicações da esterilização e do abortamento, perante o progresso crescente dos processos terapêuticos conservadores que a medicina hoje possui, acham-se cada vez mais reduzidas na prática. Os prejuízos sociais e morais que o abortamento traz para a coletividade são gravíssimos, e os médicos não devem prestar-se a tais práticas.

Nações há que foram grandes e hoje se abismam na decadência por ser o seu índice de natalidade cada vez menor. As estatísticas de freqüência do abortamento nos grandes centros urbanos é apavorante.

Chamo a atenção para uma nova espécie de abortamento terapêutico — o abortamento por estupro — mencionado no item II do art. 128 do nosso estatuto penal de 1940, contra o qual deve o médico se precaver. Inovação infeliz do legislador de 1940, que per-

mite à mulher engravidada por estupro provocá-lo; quando a paciente fôr incapaz, o consentimento para a realização de abortamento é dado pelo seu representante legal. Alguns tratadistas chamam-no, por eufemismo, abortamento sentimental. Mas, “como pô-lo em prática? Poderá o médico, quando procurado para tal fim, fiar-se apenas nas alegações da mulher grávida? nas de terceiros? Creio que é imprudência, e o médico que o faça corre o risco de ser, logo depois, chamado a contas pela Justiça” (Almeida Júnior — Comentários ao novo Código Penal).

Nessas questões os médicos devem agir com a máxima prudência, pois, além dos deslises deontológicos de que podem ser acusados, estão os de ordem legal, pelos quais serão severamente punidos pelos tribunais, concorrendo para seu desprestígio pessoal e para o da profissão que exercem.

7) *Experiências in anima nobili* — Pode o médico realizar experiências *in anima nobili*? A medicina tem por escopo precípua a saúde individual e coletiva, o bem-estar da humanidade sofredora, cuidando e protegendo a vida, o maior bem que se possui. A vida do médico e a própria medicina são constante e ininterrupta experiência para o bem.

Por uma questão de moral e de humanidade, de respeito à criatura humana, repugna-lhe servir-se de seus semelhantes em experiências de caráter especulativo, que não visem o bem-estar e a saúde do doente. As experiências especulativas têm por escopo mera curiosidade científica, são destituídas de proveito para os doentes e muitas vêzes dúbias em seus resultados. Tais experiências devem ser repudiadas da prática médica por desumanas, ilegais e amorais.

Todavia, não se pode negar que, sob o ponto de vista científico, têm trazido valiosos ensinamentos à medicina. Inúmeras questões sobre a sífilis, a blenorragia, o câncer, a febre amarela, etc., foram por elas esclarecidas. Muitos foram os cientistas que as praticaram e com resultado, porém, foram condenados pelos tribunais, visto que “as leis e os tribunais se insurgem” contra elas. “Serão lícitas e aconselháveis por serem úteis? Não, por certo, em que pese a autoridade respeitável dos que as têm realizado”, no entender de Flaminio Fávero. Mesmo que sejam praticadas com o consentimento do paciente, pois êste, em geral, é pessoa leiga, não estando em condições de avaliar o alcance e resultado, nocivo ou não, da experiência.

Também não são permitidas, mesmo em se tratando de condenado à morte, de indivíduo prêsa de mal incurável, de moribundo. As experiências especulativas, quando não visem interêsse dos que sofrem, são proscritas da prática médica. O médico, o experimentador, tem tão somente o direito de realizar tais experiências em si mesmo; como escreve Lacassagne, “o médico apenas tem um direito, e é o de operar sobre si mesmo”. O médico não deve fazer a seu doente o que não deseja para si e para os seus, pois o mesmo não é animal de laboratório.

Quanto às experiências de caráter terapêutico, visando a saúde do doente, “quando os resultados previsíveis sejam benéficos ou, pelo menos, não prejudiciais, são as únicas permitidas. Entretanto, se algum dano à saúde do paciente sobrevier, o médico não se esqueça do art. 132 do Código Penal, que diz: “Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente. Pena — detenção de 3 meses a 1 ano se o fato não constitui crime mais grave”.

Finalmente, em virtude das atrocidades praticadas pelos médicos alemães no correr da última guerra mundial, Charles Richet, no I Congresso da Associação Médica Mundial, reunido em Paris, em setembro de 1947, propôs — o que foi aceito por unanimidade — que, ao juramento de Hipócrates, se acrescentasse a seguinte declaração: “Meu dever, superior a qualquer outro, escrito ou não escrito, será cuidar o melhor possível de quem me fôr confiado ou que se confiar em mim, respeitar sua liberdade moral, opor-me a toda sevícia que queiram praticar nêle e recusar meu concurso a qualquer autoridade que, para êsse fim, me pedir que atue. Quer êsse doente seja meu amigo ou meu inimigo, mesmo em tempo de guerra ou de perturbações internas, sejam quais fôrem suas opiniões, sua raça, seu partido, sua classe social, sua pátria, sua religião, meus cuidados e minha preocupação pela sua dignidade humana serão os mesmos”.

8) *O direito de curar* — Tem o médico o direito de intentar uma ação terapêutica contra a vontade do doente, ou de sua família, para salvá-lo da morte ou para aplicar-lhe um tratamento indispensável?

Diz Rogerio Romanese “que, na vida profissional, há casos em que o ilícito jurídico contrasta com o lícito moral ou com os ditames da arte médica”.

Naturalmente, o médico, antes de realizar qualquer tentativa de tratamento, deve procurar convencer o doente ou sua família, apontando-lhes os inconvenientes e o perigo que corre o doente se não seguir seus conselhos. Entretanto, em caso de recusa, o médico deve intervir contra a vontade dos interessados. Diz Flamínio Fávero que, nesses casos, “seria êsse mais do que um direito, um dever profissional, salvando a vida que iria extinguir-se por culpa exclusiva de quem, às vêzes, não tem o discernimento suficiente para medir a gravidade de um mal que ainda podia estar agindo como causa determinante da recusa a vencer. Sem dúvida, o médico assumirá a responsabilidade plena, legal e moral dos males conseqüentes ao seu ato”. Leonídio Ribeiro cita dois casos pessoais em que teve de tomar essa atitude, perante a recusa dos doentes e a de suas famílias: um dos casos referia-se a um advogado com apendicite aguda e com sintomas de peritonite e outro a um doente atacado de hérnia ingüinal estrangulada, ambos operados com pleno êxito.

“Às vêzes”, diz Tanner de Abreu<sup>1</sup>, “deve ser lembrada a possibilidade de ser explorada, com fim criminoso, a situação delicada e

de iminente perigo de vida do paciente, quando haja de ser solicitado o consentimento de terceira pessoa — marido, pai, tutor, etc. A êsse propósito, refere Vieira dos Santos fato muito suspeito, que lhe foi comunicado por professor da Faculdade de Medicina de São Paulo. O aludido professor, à cabeceira de senhora em iminente perigo de vida, insistia junto ao marido, a quem expôs a gravidade da situação, solicitando autorização para intervir cirurgicamente; o marido opôs formal recusa, sendo depois verificado que êle estava já de casamento tratado com outra mulher”.

Nossa lei penal, no art. 146, alínea I, preceitua: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça ou depois de lhe haver reduzido por qualquer outro meio a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou fazer o que ela não manda. Pena — detenção de 3 meses a 1 ano ou multa de Cr\$ 500,00 a Cr\$ 5.000,00”.

“§ 3º — Não se compreendem nas disposições dêste artigo: 1 — a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”.

Assim, pois, a lei dirime as dificuldades e a atitude do médico nesses casos se justifica.

9) *Cirurgia estética* — Outro aspecto interessante da responsabilidade médica é o fornecido pela cirurgia estética ou plástica. É lícito e permitido ao médico realizar intervenções cirúrgicas para corrigir os defeitos estéticos de seus clientes? Hoje, não há dúvida que a lei e a moral médica o permitem. Entretanto, o especialista deve ser profissional competente, conhecedor da arte e ater-se às justas indicações éticas em que atuará.

Insucessos inúmeros ocorrem na prática cirúrgica e, sobretudo, no que tange à cirurgia estética, que visa corrigir defeitos somáticos, aspectos repugnantes dos interessados, permitindo-lhes viver no seio da coletividade sem constrangimento. A cirurgia estética, com o progresso a que chegou em nossos dias, tem realizado verdadeiros prodígios, devido à habilidade e técnica dos cirurgiões, conseguindo restituir aspecto humano aos indivíduos portadores de defeitos congênitos ou adquiridos, como ocorre, por exemplo, nos feridos de guerra por estilhaços de obuses e granadas.

Entretanto, se hoje a lei e a moral não lhe embaraçam a ação, não assim, no seu início, em que era condenada na sua atuação. Haja vista o que se passou em França, em 1929, com uma jovem que achava que suas pernas eram um tanto grossas e, para torná-las mais graciosas, procurou um cirurgião que as tornasse mais finas e harmoniosas, pois ia casar-se e pensava que a grossura das mesmas pudesse influir na sua felicidade conjugal; operada, houve gangrena de um dos pés e a perna operada teve de ser amputada. Viva discussão nos jornais e nas sociedades sábias levantou-se contra o infeliz médico. De uma parte se colocaram os que defendiam a sua atuação, achando que agiu bem, embora infeliz no resultado; de ou-

tra, os que o atacavam, achando que operou sem indicação precisa, devendo, portanto, apurar-se a existência da falta que cometera.

“Parece”, disse Flamínio Fávero comentando êsse caso, “que houve excesso de ambas as partes. Se é bem verdade, de um lado, que o simples insucesso numa intervenção não implica na existência de falta médica, uma vez que, na própria medicina curativa, tudo é meramente conjectural, não podendo haver nunca certeza absoluta, de outro lado, a indicação rigorosa precisa ser analisada à luz do preceito da responsabilidade diante da lei escrita. Uma intervenção pode ser bem indicada e redundar em fracasso, mau grado o rigor da técnica; outra, que não tenha lícito propósito, vai surtir esplêndido resultado. Há falta punível no segundo exemplo e não no primeiro” (Deontologia Médica, 3ª ed., 1945, pág. 72).

Alegaram os que defendiam o cirurgião que a operação fôra realizada com o consentimento da interessada, de modo que não lhe cabia culpa alguma. O argumento não procede, seja perante a lei e em face da moral, porque a vítima, pessoa leiga, não tinha noção exata do perigo que corria.

Casos há, entanto, como êsse, no direito de curar ou de tratar, em que o médico pode intervir, contrariando a vontade do paciente ou de sua família, desde que exista evidente perigo de vida. A êsse respeito, veja-se o art. 146, § 3º, item I do Código Penal.

De tudo conclui-se que o médico deve guiar-se pela segura indicação terapêutica ou estética. Esta última, consoante Flamínio Fávero, “não deve surgir apenas de uma solicitação nem sempre justa ou lícita do interessado. Forçoso é atender a correções de danos que impliquem em vexame, em sofrimento, em ridículo, em perturbação da saúde dos seus portadores. Então, não é simples estética que a vaidade estimula, mas real terapêutica, somática e até psíquica”.

Supondo uma mulher que receba grave ferimento no rosto, que lhe deixe extenso golvaz, que lhe altere a estética fisionômica e a deforme; imaginai seu estado psíquico, a obsessão do mal irremediável, com dano de tamanho porte a lhe causar constante vexame e constrangimento; não há dúvida que há, aqui, indicação cabal, moral e legal da intervenção.

Naturalmente, também, nesses casos, o réu se beneficiará com as conseqüências da operação, tendo seu delito desclassificado de grave para leve. Êste, ainda, “é mais um aspecto legal, interessante, que a cirurgia estética” nos apresenta.

Acrescenta o notável deontologista brasileiro: “Assim, pois, inicialmente, deve o cirurgião atender para as indicações que a lei e a ética traçam para a intervenção”. “Mas, quem será o juiz dessa indicação? Evidentemente, o profissional, que, para isso, tem consciência e senso moral, sabendo, ainda, que os tribunais podem chamá-lo à razão se tiver deslises nessa preliminar ou no decorrer de sua ação, por imperícia, imprudência ou negligência. Isso é de to-

dos os códigos, da lei comum e da ética médica” (Deontologia Médica, 3ª ed., 1945, pág. 73).

Flamínio Fávero e eu, em 1947, examinamos uma moça que procurou um cirurgião numa cidade do Interior de nosso Estado, para lhe diminuir o tamanho dos seios, pois ela se julgava homem e eles, os seios, a incomodavam. Outro caso, muito comentado pelos jornais, foi o daquela moça automobilista que, para ter mais liberdade para guiar seu automóvel, mandou o cirurgião amputar-lhe os seios.

Como se vê, essas intervenções foram praticadas para atenderem a simples vaidade dos interessados e, por isso, não há dúvida, os respectivos cirurgiões deveriam ser chamados à barra dos tribunais.

10) *Esterilização humana* — No que tange à esterilização humana, intervenções podem ser solicitadas e destinadas àqueles casos em que haja imprescindíveis indicações, observando-se os preceitos da ética. Serão admitidas as intervenções estritamente terapêuticas, que visem diretamente o bem-estar do doente, sendo proscritas as intervenções para outras finalidades. Entanto, há outras espécies de intervenções havidas como de caráter profilático, eugênico e estético, praticadas, sobretudo, na mulher, não para preservar a saúde e a vida de quem as solicitou, mas para fins menos justificáveis.

Nos casos de tumores no aparelho reprodutor, de certas afecções graves que fazem periclitar a vida do doente, justifica-se a intervenção. Mas, o médico, quanto possível, deve preservar a função, sacrificando-a só quando houver exata indicação.

As perturbações funcionais e psíquicas decorrentes de operações no aparelho reprodutor humano são de graves conseqüências; além disso, não teria qualificativo uma ação dolosa da cirurgia dissimulada na capa insinuante de uma prática terapêutica, profilática, eugênica, etc. “Tais operações, realizadas sem a indicação exata, consoante mandam a Moral, a Ciência Médica e a Religião, empenham a responsabilidade do profissional. Em nossa legislação penal não há dispositivos atinentes ao delito contra a procriação, como sói dar-se com a legislação italiana. Existe, entretanto, um esboço de legislação futura, pois o decreto federal 20.931, de 11 de janeiro de 1932, no art. 16, letra f, condena as práticas que venham impedir a concepção.

Há nações cultas, como os Estados Unidos, a Alemanha, etc., que prescrevem as práticas anticoncepcionais, com finalidade eugênica e de profilaxia criminal, verdadeiros atentados contra a criatura humana.

11) *Fator Rh e responsabilidade médica* — Com a descoberta do fator Rh apareceram novos problemas ligados à responsabilidade médica; o médico necessita conhecê-los para bem solucioná-los. Esses problemas se referem à esterilidade, ao abortamento terapêutico, ao parto prematuro e à transfusão de sangue.



Que orientação ou conduta deve tomar o médico perante um casal em que a mulher é Rh negativo e o marido Rh positivo?

Tratando-se de uma primigesta nada há a temer o médico, pois as mulheres Rh negativo, com fetos Rh positivo, vão ao fim da gravidez sem que nada lhes aconteça. Provado está que as primigestas, desde que não hajam sido sensibilizadas anteriormente com transfusões, não terão filhos prêsas de eritroblastose fetal. Mesmo que nas gravidezes progressas hajam elas tido abortamentos ou natimortos, as prenhezês posteriores podem ocorrer normais, porque assim o tem demonstrado a prática, isto é, "mulheres Rh negativo, sensibilizadas, com anticorpos anti-Rh no sôro sangüíneo, têm tido suas gestações normais, completas, quando portadoras de fetos Rh positivo".

A esterilização de mulheres Rh negativo casadas com homens Rh positivo não deve ser indicada senão depois de cuidadoso exame obstétrico, quando se verificar que há sofrimento fetal, visto que 95% das mulheres, mesmo que sensibilizadas, levam suas gravidezes a termo e sem maiores novidades. Isso, como bem pondera Carlos da Silva Lacaz, porque pode tratar-se de maridos heterozigotos (Rh<sub>o</sub>rh), havendo 50% de probabilidade dos nascituros serem Rh negativos.

De outro lado, também pode acontecer que os anticorpos anti-Rh verificados no sangue materno não sejam de origem fetal, mas devidos a transfusões que sofreram as gestantes e que não afetem a vida do feto. Nesses casos, além da dosagem dos anticorpos no sangue materno, a atuação do profissional de medicina deve ser expectante, somente intervindo quando houver sofrimento fetal verificado por cuidadoso exame obstétrico. Dêste modo, evitar-se-ão intervenções extemporâneas, tais como o abortamento terapêutico, a realização da operação cesariana e do parto prematuro, intervenções que devem praticar-se, quando necessário, obedecendo a suas indispensáveis e exatas indicações.

Kending Jr. e Waller (cit. por Carlos da Silva Lacaz) relatam a interrupção da gravidez em dois casos, motivada pelo aparecimento de aglutininas anti-Rh no sôro sangüíneo das gestantes, com fetos, verificados depois, Rh negativo. Carlos S. Lacaz e Sylla O. de Mattos tiveram um caso em que, apesar da gestante apresentar aglutininas anti-Rh no sôro, a gravidez fêz-se a termo, sem que durante a gestação houvesse sofrimento fetal, por isso que o marido da gestante era heterozigoto. Com o fator Rh, êsses casos de heterozigotia podem ser determinados, visto haver soros para essa finalidade, permitindo ao médico o conhecimento exato do genótipo do marido e da mulher.

De acôrdo com estas considerações, o abortamento terapêutico deve ser contra-indicado porque pode estar-se diante de mulheres Rh negativo e que não foram sensibilizadas, em cuja vida progressa nada indique a prática do abortamento.

De outro lado, no dizer de Edith Potter, o abortamento por meio de curetagem é um dos causadores da sensibilização das gestantes ao fator Rh. Com a descoberta do "hapteno Rh", mesmo nas mulhe-

res Rh negativo sensibilizadas, a prática do abortamento é contraindicada, pois, com o emprêgo daquele, evitam-se os maléficos efeitos das aglutininas anti-Rh sôbre o organismo fetal.

Carlos da Silva Lacaz diz que, de 27 crianças portadoras de eritroblastose, tratadas com o hapteno Rh, 20 salvaram-se e viveram normalmente, ao passo que 7 morreram; entretanto, em 5 destas últimas a causa mortis não foi a eritroblastose. A descoberta, portanto, do hapteno Rh vem abrir novos horizontes ao tratamento da eritroblastose, aliado à exsangüino-transfusão, ao emprêgo da vitamina C e das transfusões sangüíneas.

Nem sempre, como se sabe, os abortamentos espontâneos, os natimortos e neonatimortos em mulheres Rh negativo correm por conta da sensibilização pelo fator Rh, podendo entrar em jôgo outras causas, como a lues, distúrbios hormonais ou outros. Para se falar em atuação nociva das aglutininas anti-Rh é necessário que se verifiquem os seguintes fatos: 1) pai Rh positivo, mãe Rh negativa e feto Rh positivo; 2) no sangue materno deve demonstrar-se a existência de anticorpos Rh e anticorpos bloqueantes; 3) nos fetos mortos devem ser examinados o fígado e o baço, assinalando focos de eritropoiese e ninhos de eritroblastos; 4) quando se tratar de recém-nascidos com vida, serão feitos o exame hematológico e o teste de Coombs.

Fato interessante e ainda discutido é saber se há relação direta entre a gravidade da eritroblastose e o teor de anticorpos Rh no sôro materno, a fim de se praticar o parto prematuro ou a operação cesariana para salvar a vida do feto. Só pelo aumento do teor de anticorpos no sangue materno não se justificam semelhantes intervenções, visto que o aumento de anticorpos pode correr por conta de fatores inespecíficos.

O parto prematuro ou a operação cesariana só se justificam quando o exame obstétrico cuidadoso demonstrar a existência de sofrimento fetal e quando se tratar de marido Rh positivo e de mulher Rh negativo sensibilizada.

Cuidado deve ter o médico ao realizar transfusões de sangue em mulheres Rh negativas, pois, na maioria das vêzes, a sensibilização é possível, sendo os maridos freqüentemente os doadores de sangue Rh positivo e sensibilizadores de suas espôsas. Daí o cuidado de se determinar prèviamente o Rh no sangue das mulheres Rh negativo, pois as novas gestações e as condições de sensibilização do feto dependerão dessas transfusões anteriores, que poderão ser de graves conseqüências para o feto.

De outro lado, também, não "exclui totalmente a possibilidade de anemia hemolítica no produto conceptual, o fato da mulher ser Rh positivo, contrário do que ocorre na enorme maioria dos casos de eritroblastose fetal". "Casos de eritroblastose fetal em mulheres Rh positivo podem ocorrer por sensibilização do fator Hr e mesmo pelos próprios aglutinógenos A e B".

Também o médico não se deve esquecer da espécie e tipo do sôro que empregará na determinação do fator Rh, assim como deverá prestar atenção aos erros que podem ocorrer na determinação do fator Rh em recém-nascidos portadores de eritroblastose fetal, como sejam o bloqueio das hemácias, determinações do fator logo após transfusão com sangue Rh positivo, etc.

Finalmente, como se sabe, a eritroblastose do feto é rara no primeiro filho, a menos que a primigesta haja recebido transfusões anteriores que a sensibilizaram. Ainda é interessante saber que os anticorpos bloqueantes, segundo Diamond, podem ser encontrados anos após o nascimento do feto natimorto.

12) *Omissão de socorro* — Cabe ao médico, nas várias contingências do exercício profissional, não deixar de atender quem necessitar de seus serviços, sobretudo nos casos de urgência.

São, justamente, os casos que atingem a integridade física de alguém vítima de acidentes ou de males súbitos, aquêles em que os socorros não devem ser omitidos, principalmente pelo médico. O Código Penal de 1940, no art. 135, diz: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública. Pena — detenção, de 1 a 6 meses, ou multa de 300 a 2.000 cruzeiros”.

Se pessoa estranha, à luz da lei, não pode e não deve excusar-se a prestar socorro a quem lho solicite, maior dever, em caso de acidentes, ferimentos e doenças súbitas, cabe ao médico, que deve atender a êsses casos com a solicitude que sempre caracteriza o profissional da medicina.

#### TRABALHOS CONSULTADOS

1. Abreu, T. — *Jurisprudência Médica*. Tip. América, Rio de Janeiro, 1938.
2. Bayón, G. — *Medicina y Moral*. Edit. Poblet, 1941.
3. Benzo, E. — *La Responsabilidad Profesional del Médico*. Excelicer, Madrid, 1944.
4. Bon, H. — *Medicina Católica*. Ed. espanhola, Madrid, 1940.
5. Casanova, E. A. — *La Responsabilité Médicale et le Droit Commun de la Responsabilité Civile*. Lib. du Recueil Sirey, Paris, 1946.
6. Costa Pinto, M. — *Código Penal Brasileiro de 1940*. Livraria Jacinto, 1951.
7. Dereymaeker, A. — *L'Ictère Nucléaire du Nouveau-Né*. Masson et Cie., Paris, 1949.
8. Etcheverry, M. A. — *Aplicaciones Medicas del Factor Rh y otros grupos sanguíneos*. Emeci Ed., Buenos Aires, 1952.
9. Fávero, F. — *Medicina Legal*, vol. 3 (Deontologia), ed. 4. Liv. Martins Editora S.A., São Paulo, 1951.
10. Gtaven, A. — *Les Médecins et le Droit Civil. Étude de Jurisprudence*. Librairie Dalloz, Paris, 1925.
11. Heger e Gilbert — *Déontologie Médicale*. Paris-Bruxelas, 1937.

12. Keynes, G. — Blood Transfusion. John Wright a. Sons, Londres, 1949.
13. Lacaz, C. S. — Alguns aspectos práticos da sensibilidade materna ao fator Rh. Res. Clín.-Cient., 18, setembro, 1949.
14. Laffitte, G. — Le Médecin, sa Formation et son Rôle dans la Société Moderne. Ed. Delmas, Paris, 1936.
15. Lull e Kimbrough — Clinical Obstetrics. J. B. Lippincott Co., Filadélfia, 1953.
16. Madia, E. — Trattato de Medicina Legale. Lib. Detken e Rocholl, Nápoles, 1924.
17. Martin, E. — Précis de Déontologie et de Médecine Professionnelle. Masson et Cie., Paris, 1923.
18. Muñozverro, L. A. — a) Código de Deontologia Médica. Ed. Fax, Madrid, 1950; b) Moral Médica en los Sacramentos de la Iglesia. Ed. Fax, Madrid, 1951.
19. Payen, G. — Déontologie Médicale. Imprimerie de la Mission Catholique. Zi-Ka-Wei, Ed. Delmas, Paris, 1936.
20. Perió, F. — Deontologia Médica. Trad. portuguesa. Livraria Cruz, Braga (Portugal), 1951.
21. Pickless, M. M. e Blackwell, D. M. — Haemolytic Disease of Newborn. Oxford, 1949.
22. Potter, E. L. — Rh and its Relation to Congenital Hemolytic Disease and to Intragroup Transfusion Reactions. The Year Book Publishers, 1949.
23. Souza Lima, A. J. — Tratado de Medicina Legal. E. L. Ribeiro, Rio de Janeiro, 1924.
24. Verger, H. — Précis de Déontologie Médicale. Collection Testut, 1921.
25. Wall, R. L. — Practical Blood Grouping Method. Manual of Immuno-Hematology. Ch. C. Thomas, Springfield, 1952.
26. Wiener, A. S. — a) Rh Factor. Selected Reprints, 1949; b) Blood Groups and Transfusion. Ch. C. Thomas, Springfield, 1943.

*Instituto Médico Legal "Oscar Freire" — Rua Teodoro Sampaio, 115 — São Paulo.*

\* \* \* \*

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SÔBRE AS NEFRITES TIPO I E TIPO II

CÉSAR FRANCISCO RIBEIRO JÚNIOR \*

O termo nefrite é usado para descrever uma afecção bilateral dos rins, não supurativa, não existindo atualmente absoluta certeza se nesse conceito se incluem doenças renais distintas ou estádios diversos de uma única moléstia. Na prática, as diversas formas de nefrite podem ser ajustadas em uma das três entidades clínicas características que se descrevem sob os títulos de Nefrite tipo I, Nefrite tipo II e Nefrite crônica.

Há grande dificuldade em correlacionar os achados histopatológicos com os achados clínicos. Na forma aguda da Nefrite tipo I, de evolução rapidamente fatal (5% dos casos), não existe discordância entre os diversos autores sôbre os característicos clínicos e patológicos. Já com a Nefrite aguda, que evolui para formas em que não há recuperação completa e com as síndromes clínicas de nefrite subaguda e crônica, o patologista está lidando com afecções de evolução progressiva em período de meses ou anos e a histopatologia dependerá do grau de progressão e duração da moléstia em cada caso particular. O fato de que a hipertensão arterial pode acompanhar alguns estádios de qualquer dessas complicadas síndromes dificulta mais ainda o quadro patológico por alterações determinadas pela arteriosclerose.

Conseqüentemente, existem diversas classificações de nefrites baseadas em achados clínicos e patológicos e muitas estão em uso corrente. A terminologia usada faz pensar que cada uma destas condições está relacionada com a outra, porém, não se sabe quando esta relação é verdadeira. Os termos usados comumente por outras classificações são colocados, debaixo dos títulos adotados, como sinônimos, sinonímia essa que algumas vezes não é total, isto é, se refere a parte da moléstia, a característicos clínicos ou patológicos que apenas fazem parte do quadro<sup>1</sup>.

De início, vamos caracterizar sumariamente duas síndromes: a síndrome nefrítica e a síndrome nefrótica. O característico principal da síndrome nefrítica é o predomínio da hipertensão e da hematuria; comumente existem edema e albuminúria, porém, êsses sinais são discretos. Por outro lado, o característico principal da síndro-

---

\* Doutorando da Fac. Med. da Univ. de São Paulo. Estagiário do Hospital da Penitenciária do Estado de São Paulo. Adjunto do Departamento Científico da S.A. Institutos Terapêuticos Reunidos "Labofarma".

me nefrótica é o predomínio de edema generalizado e proteinúria. A síndrome nefrítica é encontrada na Nefrite tipo I e a síndrome nefrótica é encontrada comumente na Nefrite tipo II.

A síndrome nefrótica em crianças é descrita como nefrose lipóidica, mas o estudo desses casos não oferece esclarecimentos quanto à natureza exata da lesão renal. Pode ser encontrada em muitos adultos, representando uma fase no decorrer de uma Nefrite crônica. As outras entidades que podem apresentar síndrome nefrótica são a glomerulosclerose intercapilar (Kimmelsteil-Wilson), amiloidose renal, lupus eritematoso disseminado e ocasionalmente durante a sífilis e a trombose das veias renais<sup>2</sup>.

Antes de expor as duas formas de nefrites que dão título a este trabalho, é conveniente uma ligeira explicação a respeito das nefroses. Essas são nefropatias que resultam primariamente de lesão tubular de natureza degenerativa (necrótica). Exclui-se desse conceito a nefrose crônica lipóidica ou nefrose genuína (Volhard), que não é uma nefropatia primariamente tubular; é uma forma de nefrite na qual existe predominância de lesão glomerular. As nefroses são nefropatias agudas que não se tornam crônicas. Resolvem-se na fase aguda, ou por morte, ou por cura com recuperação completa das alterações histológicas e funcionais.

Dentro do conceito acima consideram-se: 1) Nefrose febril, que se manifesta nas infecções e é benigna; há inchaço turva dos túbulos e albuminúria. 2) Nefroses necróticas, que se apresentam em duas condições: a) as que se observam por ação de agentes químicos, por exemplo, nefrose mercurial; b) por agentes diversos que conduzem à isquemia renal. Neste segundo grupo descreveram-se várias formas segundo o agente ou fator que a desencadeia: síndrome de "Crush", observada por Bywaters (Londres), síndrome do "néfron inferior", descrita por Lucke (E.U.A.N.). Atualmente, está sendo divulgada com o nome de "síndrome de anóxia renal", pois acredita-se que as manifestações renais decorrem de uma anóxia. Outros nomes encontrados são: rim de queimadura, rim de choque, rim de alcalose, nefrose hemoglobínica (crises de hemólise).

#### NEFRITE TIPO I

Nefrite aguda tipo I (Ellis); glomerulonefrite difusa aguda (Volhard e Fahr); doença de Bright hemorrágica<sup>1</sup>.

*Etiopatogenia* — O fator causal mais importante é o antecedente infeccioso por *Streptococcus hemolyticus* (como tonsilite aguda) ou por escarlatina. Geralmente, há um período de latência de uma a três semanas após o desaparecimento da infecção. Esse dado anamnóstico se obtém com mais frequência em crianças do que em adultos. Mais raramente, a Nefrite tipo I segue-se a outros tipos de infecção, como a pneumonia. A probabilidade do aparecimento da nefrite não tem relação com a gravidade ou benignidade

do processo infeccioso prévio. Como fatores predisponentes citam-se o frio e a umidade. Uma exacerbação aguda pode ocorrer durante o curso de uma nefrite crônica. O intervalo entre a infecção e o início da nefrite aguda e a ausência de bactérias nas lesões renais e na urina sugerem que a moléstia é devida a uma reação alérgica. O edema é explicado pela retenção de líquidos. O aparecimento precoce de edemas generalizados, especialmente na face, deu lugar a uma teoria de que nessa nefrite existe lesão generalizada nos capilares de todo o organismo, baseada no fato de que o edema tem o caráter de um exsudato. Esta explicação não tem sido satisfatória, e acredita-se atualmente que o edema é causado por diminuição da filtração em virtude de lesão glomerular e retenção de água e sal pelos túbulos. O edema é mais evidente nas áreas onde a pressão dos tecidos é menor, como nos tecidos frouxos das pálpebras, e é influenciado pela ação da gravidade, isto é, localiza-se ao redor dos tornozelos quando o paciente caminha<sup>1</sup>.

*Anatomia patológica* — A lesão mais precoce é a inflamação difusa dos capilares glomerulares, com aumento e proliferação do endotélio e acúmulo dos produtos inflamatórios no tufo e no espaço glomerular. Esses casos de nefrite na fase aguda raramente são vistos na mesa de autópsia.

Nas formas “rapidamente progressivas”, numa fase inicial, há proliferação do epitélio da cápsula de Bowman e formação de crescentes epiteliais; aparecem também fibrose intersticial e atrofia tubular (fig. 1, A e B). Acredita-se que os crescentes resultam da organização das áreas hemorrágicas da cápsula de Bowman.

Posteriormente, numa fase tardia, ocorre uma proliferação fibroblástica progressiva dos capilares glomerulares, que se tornam obstruídos; há aumento da fibrose intersticial, dilatação e hipertrofia dos túbulos remanescentes (fig. 1 C). Finalmente, muitos néfrons podem ser substituídos por tecido fibroso; entretanto, é regra haver aumento macroscópico do rim, nessas formas “rapidamente progressivas”.

Nas formas “lentamente progressivas”, a contração do rim é a regra. Há redução do número de glomérulos, a fibrose intersticial é acentuada, com áreas entremeadas de túbulos grandemente dilatados (fig. 1 D). Pode-se encontrar necrose fibrinóide dos glomérulos e arteríolas, como também vários graus de contração e fibrose dos glomérulos. Nas artérias intralobulares notam-se arteriosclerose e endarterite fibrosa. Para o lado do coração há hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (o peso correspondente do coração varia de 380 a 600 g).

*Quadro clínico* — O início da nefrite tipo I, na maioria das vezes, é brusco, porém, em raras ocasiões, pode ser insidioso. Os sintomas são semelhantes a uma infecção aguda: enfraquecimento, febre, taquicardia. Muitas vezes, ocorre bradicardia. Náuseas, vô-

mitos, cefaléias são encontrados comumente nas crianças; raramente existe dor lombar. Pode aparecer dispnéia, muitas vezes grave, por edema pulmonar. Pode ocorrer epistaxe.

Coincidindo com o início do edema aparecem hipertensão e modificações urinárias. O edema usualmente se traduz por inchaço e palidez das pálpebras e da face, com entumescimento ao redor dos tornozelos. A distribuição generalizada é mais evidente quando as formas são graves e raramente pode atingir as serosas. A hipertensão nas formas benignas pode passar despercebida ou ser passageira; quando ela existe, é geralmente de grau moderado.

Pode haver dilatação do ventrículo esquerdo; a segunda bulha aórtica é acentuada. Em casos graves é possível o aparecimento ocasional de modificações retinianas: edema de papila, hemorragias e sinais de exsudato.

*Urina* — No início, encontramos oligúria, 300 a 700 ml diários. Pode haver anúria nos casos graves. A urina é concentrada e se apresenta de cor escura, acastanhada. A densidade urinária é alta, pelo menos nas fases iniciais, quando a função tubular ainda está preservada. Há proteinúria de grau moderado, raramente ultrapassando 4 g por litro. O exame microscópico da urina revela hemácias, alguns leucócitos, cilindros hemáticos, epiteliais e granuloso. A retenção de substâncias azotadas no sangue é comum; a uréia atinge 60 a 80 mg/100 ml. Em casos graves essas cifras são mais altas.

Nos casos com hipertensão acentuada ocorrem sintomas nervosos de encefalopatia hipertensiva, caracterizada por enxaquecas, insônia, inquietação, cegueira transitória, ou então, paresias, vômitos e convulsões epileptiformes. Este quadro é conhecido como uremia aguda, porém, o termo é impróprio, dado que não existe correlação entre os ataques e o grau de retenção de azoto no sangue.

*Diagnóstico diferencial* — 1) *Pielite aguda e pielonefrite*: aí encontramos dor e alquebramento na região lombar, micções frequentes, ausência de hipertensão e edema e presença de microrganismos e piócitos na urina, com ausência de cilindros. 2) *Exacerbação de nefrite crônica*: a anamnese revela nefrite aguda ou então existem alterações retinianas e hipertrofia cardíaca, ou a hipertensão persiste após a regressão das características da fase aguda. 3) *Outras causas de proteinúria*, como: nefrite tipo II, nefrite crônica, doenças febris, insuficiência cardíaca congestiva, toxemia da gravidez e proteinúria benigna. 4) *Hematúrias* por tuberculose ou tumores do rim ou do tracto urinário. 5) *Nefrite embólica*: ocorre na endocardite bacteriana subaguda, cuja única manifestação é a hematúria microscópica por enfarte e hemorragias petequiais, e ocorre também na piemia com múltiplos enfartes supurativos. A *nefrite focal aguda* deve ser diagnosticada quando a hematúria, sem outros sinais de nefrite aguda, ocorre no apogeu de uma infecção, especialmente amig-



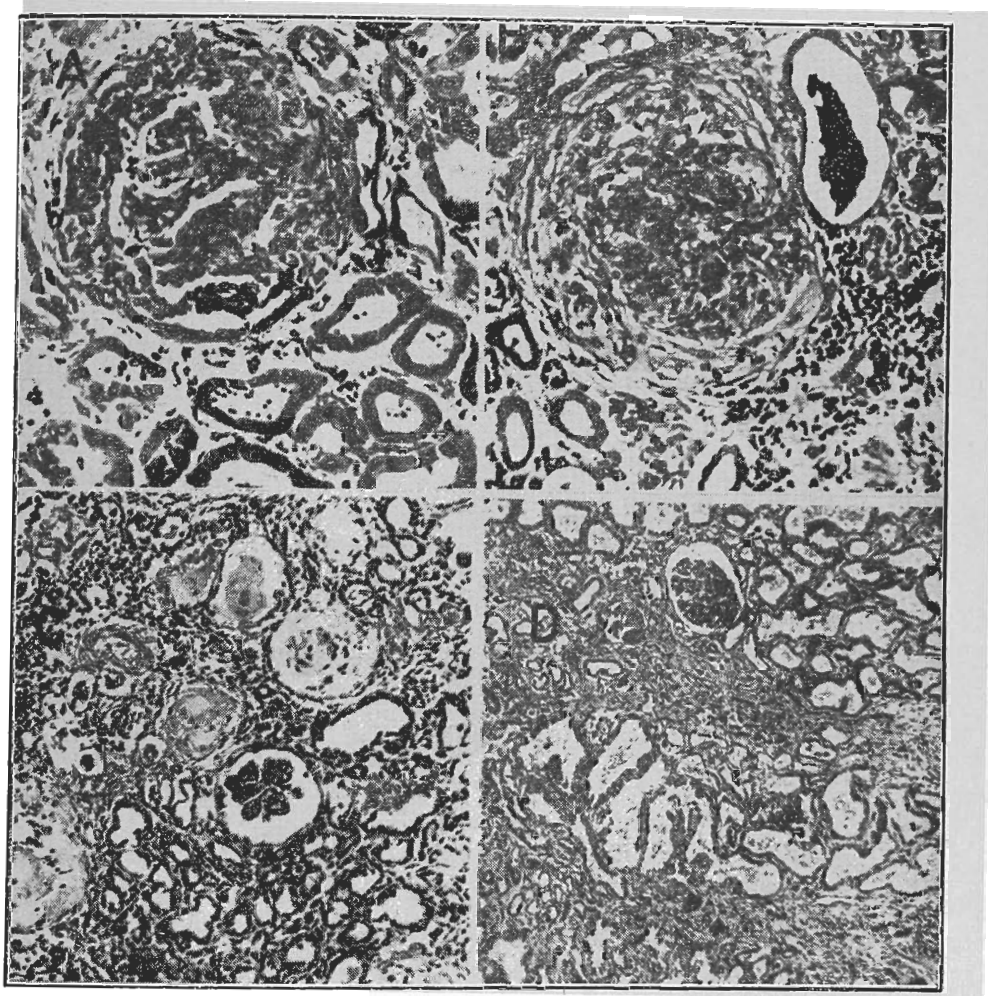


Fig. I — Nefrite tipo I. Em A, forma rapidamente progressiva na “fase inicial”; crescentes epiteliais na cápsula de Bowman. Em B, forma rapidamente progressiva ainda na “fase inicial”: fibrose intersticial, atrofia tubular e organização de crescentes. Em C, forma rapidamente progressiva na “fase tardia”: obliteração dos glomérulos, aumento da fibrose intersticial, dilatação e hipertrofia dos túbulos restantes. Em D, forma lentamente progressiva: redução do número de glomérulos, fibrose intersticial pronunciada com áreas entremeadas de túbulos dilatados; necrose fibrinóide do glomérulo e arteríolas e fibrose dos glomérulos; note-se a arteriosclerose e a endoarterite fibrosa das artérias interlobulares (figura reproduzida do trabalho de Dawson e Platt — *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 18, new series, nº 70, outubro, 1949).

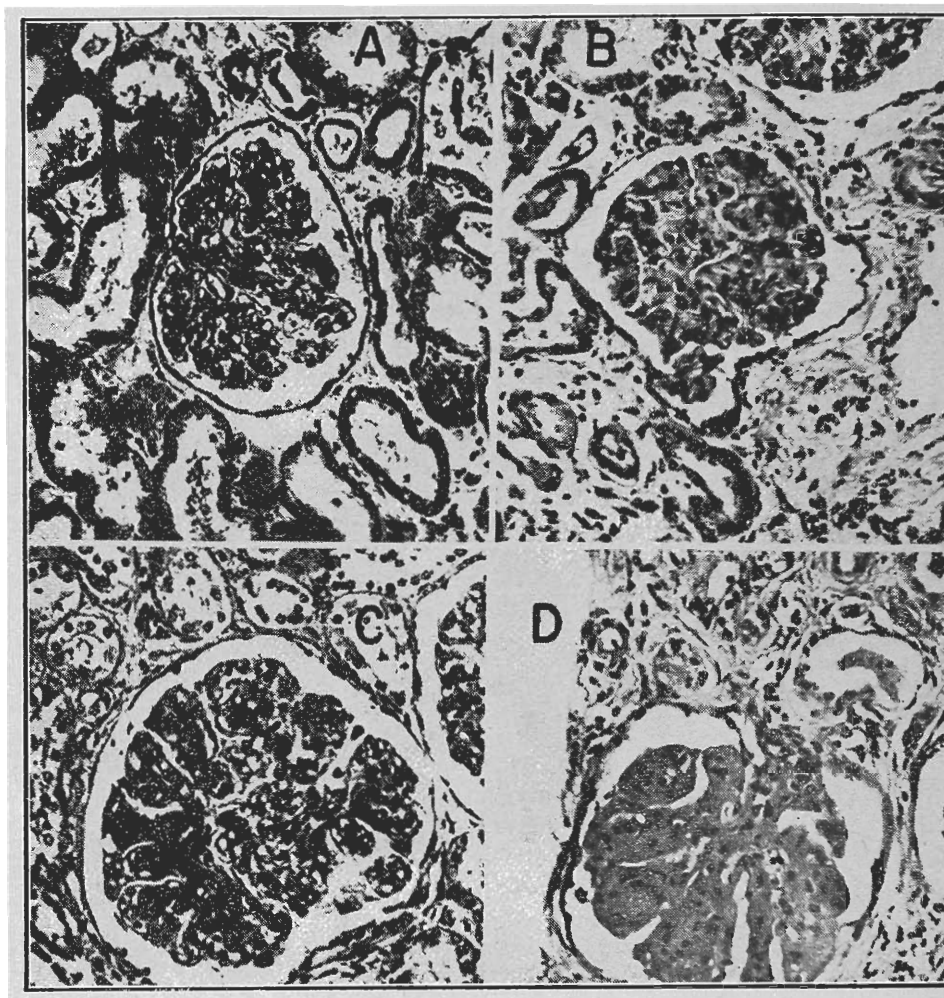


Fig. 2 — Nefrite tipo II. Em A, “fase inicial”: alterações glomerulares discretas. Em B, “fase intermediária”: aumento difuso do material hialino intercapilar sem lobulação excessiva ou alargamento dos glomérulos. Em C, “fase intermediária” mais avançada: deposição focal de substância hialina e excessiva lobulação dos glomérulos que estão aumentados de volume. Em D, “fase tardia”: hialinização maciça dos glomérulos com fibrose avançada (figura reproduzida do trabalho de Dawson e Platt — *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 18, new series, nº 70, outubro, 1949).

dalite estreptocócica. Tem-se afirmado que seu prognóstico é bom, porém, um prolongado seguimento de casos de nefrite focal demonstrou que o prognóstico é similar à nefrite aguda tipo I, surgindo daí as dúvidas quanto à separação dessas duas entidades.

*Evolução e prognóstico* — 1) *Cura completa* se houver tratamento precoce, em 85% dos casos. Isto se processa em 3 a 4 dias. Pequena quantidade de sangue pode existir na urina durante 10 a 14 dias.

2) *Morte na fase aguda*. Ocorre raras vezes nos casos muito graves, com hipertensão acentuada, oligúria extrema e comprometimento cerebral. Isto se processa em poucos dias e a causa mortis é insuficiência cardíaca aguda e edema pulmonar, broncopneumonia ou uremia.

3) *Formas “rapidamente progressivas”* (glomerulonefrite subaguda de Volhard). É a evolução subaguda, em que os sintomas e sinais persistem por semanas ou meses e o paciente morre por insuficiência renal (uremia) devido a progressiva destruição dos rins.

4) *Formas “lentamente progressivas”*. Em 10% dos casos a hipertensão e a hematúria desaparecem e o paciente goza parcialmente saúde normal, desaparece inteiramente o edema, porém a proteinúria persiste e, após muitos anos, desenvolve a nefrite crônica, com hipertensão e insuficiência renal, entrando o paciente na “fase terminal”.

*Tratamento* — 1) *Repouso e aquecimento*. O repouso deve ser mantido até o desaparecimento dos sintomas e sinais clínicos, variando de duas semanas até alguns meses. O paciente deve estar aquecido e protegido contra o frio, evitando também bebidas geladas.

2) O *tratamento dietético* varia; uns advogam absoluta restrição de líquidos e alimentos (jejum), enquanto outros permitem ao paciente alimentar-se e beber o que desejar. De modo geral, a dieta consiste na restrição de líquidos, no máximo de meio a um litro por dia; proibição de sal, redução das proteínas (20 a 40 g por dia). Os alimentos devem ser de preferência carboidratos e gorduras, para fornecer calorias em quantidade adequada. Volhard aconselha tratamento dietético que consiste no jejum completo por 3 dias e posteriormente seguir administrando a dieta acima. Os autores alemães aconselham o “golpe d’água” (“Wassertoss”), que consiste na administração, após os três dias do jejum, de um litro e meio de água sob a forma de chá ou laranjada, quantidade essa ingerida num período de meia hora. Esse tratamento tem por objetivo a resolução do espasmo das arteríolas renais e a garantia da circulação nos glomérulos. Os autores americanos não chegam ao extremo da dieta de fome e sede (jejum completo), aconselhando a dieta mitigada,

que corresponde mais ou menos à dieta de arroz: diariamente administram-se 300 g de arroz cozido sem sal, 150 a 200 g de mel, chá e frutas; esta dieta fornece 25 a 30 g de proteínas. O "choque aquoso" é contra-indicado se houver hipertensão acentuada. A dieta de fome e sede se faz até o máximo de 8 dias e sua duração depende da normalização da pressão arterial e do desaparecimento do edema.

Volhard é de opinião que o estado agudo dura no máximo 6 semanas. Quaisquer lesões renais restantes devem ser tratadas como nefrite crônica. O tratamento das convulsões é sintomático. A remoção de focos infecciosos deve ser feita após a convalescença, devido ao perigo de exacerbação; casos há, no entanto, em que essa remoção é aconselhada, pois só com essa medida pode-se melhorar alguns pacientes que apresentam recorrência e persistência dos sintomas e sinais.

#### NEFRITE TIPO II

Glomerulonefrite membranosa (Bell), nefrite crônica parenquimatosa, nefrite hidrêmica, síndrome nefrótica, nefrose<sup>1</sup>.

*Generalidades* — A nefrite tipo II caracteriza-se por edema maciço de início insidioso associado a grande proteinúria. É moléstia crônica desde o início e evolui para a morte por insuficiência renal em 95% dos casos. É preciso esclarecer que a nefrite tipo II não corresponde a uma das formas de evolução para a cronicidade da nefrite tipo I e não é também uma nefrite crônica, tanto que French<sup>1</sup> a coloca sob o título de nefrite subaguda. Ellis enfeixa nesse grupo "todos os casos de moléstia renal de início insidioso, que evoluem através de um curso subagudo prolongado, e na qual o edema é persistente e muitas vezes extremo". A cronificação da nefrite tipo I se faz através de um processo patogênico caracterizado por alterações necróticas das arteríolas aferentes, acompanhado de oclusão ou obstrução glomerular: há uma necrose fibrinóide arteríolo-glomerular. Secundariamente aparece hialinização glomerular e atrofia tubular, resultando o verdadeiro *rim contraído secundário*, conforme Ellis. A nefrite tipo II caracteriza-se, apenas e fundamentalmente, pela progressiva hialinização intercapilar, que se faz lentamente e consiste no espessamento e subdivisão nas camadas internas da membrana basal dos capilares e do tecido intersticial, dando origem a fibras hialinas que no conjunto formam massa sólida no centro do glomérulo. A hialinização intercapilar não se encontra jamais na nefrite tipo I e constitui lesão altamente característica da nefrite tipo II (Dawson e Platt<sup>3</sup>).

Numa fase final da nefrite tipo II pode-se originar fibrose fina do rim e, dado que a hipertensão arterial é tardia, são também tardias as alterações hipertensivas das arteríolas aferentes (arteriolonecrose); quando elas surgem, os glomérulos já não sofrem conseqüên-

cias e não se produz o rim contraído secundário. Do ponto de vista clínico, o principal característico da nefrite tipo II é a associação com a síndrome nefrótica.

*Etiologia e fisiopatologia* — A etiologia da nefrite tipo II é desconhecida. Raramente ela aparece após ataque de nefrite aguda ou de alguma infecção precedente. Tem mais larga distribuição de idade do que a nefrite tipo I, aparecendo com menor freqüência na primeira década da vida.

A proteinúria maciça que ocorre nessa forma de nefrite leva à diminuição das proteínas do sôro, especialmente da fração albumina. A queda do nível dessas albuminas (responsáveis em grande parte pela pressão osmótica que retém os fluidos dentro dos capilares) é, portanto, um fator da produção de edema. Existem também evidências do aumento da excreção de substâncias antidiuréticas pela urina, que podem ter papel no fenômeno de retenção de água<sup>4</sup>.

*Anatomia patológica* — Macroscòpicamente, os rins são grandes e pálidos (grande rim branco) se o paciente morrer nas fases iniciais da moléstia. Após alguns anos de doença, se a hipertensão e a uremia sobrevierem, desenvolvem-se, no entanto, pequenos rins, granulosos, semelhantes aos encontrados na nefrite crônica.

De acôrdo com Ellis, a fase inicial da nefrite tipo II se traduz por aderências na cápsula de Bowman e, ocasionalmente, necroses focais incipientes; os túbulos mostram degeneração gordurosa (fig. 2 A). Numa “fase intermediária” há acentuada lobulação dos tufo e glomerulite proliferativa (fig. 2 B). Posteriormente, ainda nessa “fase intermediária”, porém, mais avançada, os glomérulos se mostram alargados, revelando deposição em focos de substância hialina nos interstícios do conjuntivo intercapilar ou uma deposição hialina mais difusa por tôda a membrana basal dos capilares do tufo glomerular (fig. 2 C). Finalmente, na “fase tardia”, há hialinização avançada de todo o tufo glomerular, porém “não há diminuição do número total de glomérulos<sup>3</sup>”, ao contrário do que se nota na fase final (evolução lentamente progressiva) de nefrite tipo I (fig. 2 D).

Dawson e Platt<sup>3</sup> encontram variações nessa seqüência, podendo haver concomitância ou presença de lesões descritas numa das fases, no quadro histológico de outra. Alguns característicos anormais foram descritos por Dawson e Platt, porém não invalidam a classificação e nunca são predominantes, podendo ser desprezados, como, por exemplo, crescentes epiteliais, fibrose parcial do glomérulo (3 casos em 22 casos descritos).

*Quadro clínico* — Os achados predominantes são a grande proteinúria e o edema maciço; êste é generalizado, atingindo primeiro o tecido subcutâneo e posteriormente as serosas e os pulmões. O edema pode persistir até o final ou pode desaparecer, levando a uma “condição que não se diferencia clinicamente da forma latente ou terminal (evolução lentamente progressiva) da nefrite tipo I a não

ser pela anamnese<sup>32</sup>. A face é inchada e pálida. O estado geral é cada vez mais precário, aumentando a suscetibilidade às infecções. Pode haver anemia hipocrômica. Hipertensão arterial e lesões retinianas não aparecem durante muitos anos.

*Urina* — Volume normal ou reduzido. Densidade normal. Proteinúria maciça, ultrapassando 30 g por dia, presença de cilindros hialinos e granulados, lipóides birrefringentes e, habitualmente, algumas células sangüíneas são encontradas no sedimento. As provas de função renal demonstram capacidade de concentração normal. Dados bioquímicos do sangue não demonstram aumento dos produtos azotados, ou se demonstram o aumento é muito pequeno. O colesterol está aumentado (300 a 500 mg/100 ml). As proteínas totais do sôro estão muito reduzidas (3 a 4 g/100 ml); a maior redução ocorre na fração albumina; a relação albumina-globulina é baixa ou está invertida; há aumento absoluto da soroglobulina.

*Diagnóstico diferencial* — 1) *Insuficiência cardíaca congestiva com edema acentuado*: existe dispnéia, aumento da pressão venosa e sinais de comprometimento cardíaco; o edema não aparece na face e a proteinúria é discreta. 2) *Nefrite crônica e nefrosclerose*: o edema é resultante de insuficiência cardíaca congestiva por hipertensão e existe também diminuição da capacidade de concentração renal. 3) *Outras causas de grande proteinúria*, como a glomerulosclerose renal do diabético (Kimmelsteil-Wilson) e amiloidose: o diagnóstico diferencial se faz pela anamnese. 4) *Edema carencial*: existe hipoproteinemia, porém a proteinúria é pequena ou não existe e a anamnese mostra deficiências nutritivas. 5) *Edema hepático*: a ascite predomina sobre o edema de outros sítios e a proteinúria é pequena ou não existe.

*Evolução* — 1) Há cura aparente em cerca de 5% dos casos. Tais casos corresponderiam a uma evolução benigna, que os autores antigos classificavam de “nefroze lipóica” e que até hoje os pediatras admitem.

2) Em 95% dos casos o edema persiste por meses e anos e a evolução progride para a insuficiência renal. Usualmente, a morte se dá por uremia: corresponde histologicamente à fase intermediária (entre 5 meses e 3 anos). Ocasionalmente, há remissão espontânea, porém, ela é temporária. Com a progressiva destruição renal há redução da filtração glomerular e da quantidade de proteínas no filtrado; portanto, a proteinúria diminui, as proteínas do sôro aumentam e o edema torna-se menor. A função renal piora gradualmente, traduzindo-se por diminuição na densidade máxima de urina (hipostenúria) e, posteriormente, desenvolvem-se a hipertensão e a retenção nitrogenada (corresponde às fases intermediária avançada e à fase tardia da descrição histopatológica; morte de 5 meses a 1 ano, ou, para a fase tardia, de 2 a 5 anos).

3) Alguns pacientes morrem na fase edematosa por infecções intercorrentes, às quais são particularmente suscetíveis, como, por exemplo, a brontopneumonia.

*Tratamento* — O tratamento na Nefrite tipo II está relacionado intimamente com o tratamento de síndrome nefrótica. Nessa questão, a avaliação dos resultados e a preferência dos especialistas divergem bastante. Seegal e Wertheim, em recente revisão sobre o tratamento da síndrome nefrótica, chegaram às seguintes conclusões: 1) Administração intravenosa de albumina do soro humano, pobre em sal (47% com diurese satisfatória em 81 pacientes). 2) Goma de acácia: administra-se durante três dias alternados, num total de 90 g; utilizam-se 500 ml de uma solução contendo 6% de goma de acácia em uma solução de cloreto de sódio a 0,06%. A acácia aliviou o edema da síndrome nefrótica em 81,5% dos pacientes de um grupo de 81 indivíduos<sup>2</sup>. 3) Janeway e outros utilizaram a instilação nasal de lavagens do faringe em pacientes com manchas de Koplik, para provocar artificialmente o sarampo nos indivíduos com síndrome nefrótica. Na nefrose lipídica o resultado foi de 100% (em 5 pacientes), produzindo uma diurese prolongada<sup>8</sup>. Últimamente relatou-se<sup>6</sup> também efeito semelhante à custa da malária produzida artificialmente, no tratamento do edema na nefrite tipo II.

Embora saibamos que hoje o assunto não está suficientemente esclarecido, expomos um tipo de esquema para tratamento. O *repouso* no leito é necessário quando o edema é grave, porém, quando é discreto, o paciente deve ser encorajado a manter vida normal, proibindo-se apenas o exercício excessivo e a exposição ao frio e à umidade. De resto, o tratamento é sintomático, visando o *tratamento do edema* (*dieta protéica* — cerca de 150 g de proteína por dia; *restrição de líquidos* — conforme o grau do edema e a diurese; em geral, a ingestão não deve ultrapassar um litro diário; *restrição de sal*; *uso de diuréticos* — estes são contra-indicados na presença de hematúria; *transfusão* de plasma, sangue, dextran intravenoso são aconselhados por alguns autores, porém o efeito é temporário) e *manutenção da resistência dos pacientes às infecções* (assegurar a introdução adequada de vitaminas e ferro, remover os focos sépticos, tratar eficientemente as infecções intercorrentes).

São utilizados também no tratamento da síndrome nefrótica o ACTH e a cortisona, com os cuidados rotineiros de sua administração. Quanto à dieta, devemos citar que alguns autores aconselham o uso da dieta de arroz, semelhante ao que se faz para o tratamento da hipertensão.

#### RESUMO

O autor, após caracterizar, resumidamente, o conceito de síndrome nefrítica e síndrome nefrótica, faz considerações gerais, de ordem didática, sobre Nefrite tipo I e Nefrite tipo II, descrevendo as duas



entidades separadamente, com as respectivas sinonímias, etiopatogenia, quadros anátomo-patológicos e clínicos, diagnóstico diferencial e tratamento, baseando-se nos conhecimentos atuais sobre o assunto e no conceito moderno de nefrites, de acôrdo com a escola inglêsa.

## SUMMARY

The author summarizes the generally accepted points of views about the nephritic and nephrotic syndromes. He refers to the type I and type II nephritis, entering in details about these two forms of the affection with respect to their synonymous, pathogenesis and etiology, besides their anatomical, pathological and clinical features, differential diagnosis and treatment, in accordance with the teachings and experiences of modern English authors.

## BIBLIOGRAFIA

1. French, E. B. e Robson, J. S. — Nephritis, *in* Davidson, L. S. P.: The Principles and Practice of Medicine. E. a. S. Livingstone, Londres, 1952, págs. 256-291.
2. Seegal, D. e Wertheimer, A. — Recent advances in our knowledge concerning nephrotic syndrome. Bull. New York Acad. Med., 25:605-624 (outubro) 1949.
3. Dawson, J. e Platt, R. — Clinical and pathological study of renal disease: nephritis. Quart. J. Med., 18:149-171 (abril) 1949.
4. Robinson Jr., F. H. e Farr, L. E. — The relations between clinical edema and the excretion of an antidiuretic substance in the urine. Ann. Int. Med., 14:42-54 (julho) 1940.
5. Addis, T. — Glomerular Nephritis, Diagnosis and Treatment. The Macmillan Co., Nova York, 1948.
6. Gairdner, D. — Nephrosis treated by malaria. Lancet, 2:842-844 (26 abril) 1952.
7. Chiaverini, R. — O conceito da glomerulonefrite difusa segundo a escola inglêsa. Rev. de Med., 36:203-209 (novembro) 1952.
8. Janeway, C. A., Moll, G. H., Armstrong Jr., S. H., Wallace, W. M., Halman, N. e Barness, L. A. — Diureses in children with nephrosis: Comparison of response to injection. Tr. A. Am. Physicians, 61:108, 1948. Cit. por Seegal<sup>2</sup>.
9. Ramos Jr., J. — Diagnóstico e tratamento da glomerulonefrite difusa aguda. Rev. de Med. e Cir. São Paulo, 8:569-601 (novembro) 1948.

Rua Piracuama, 161 — São Paulo — Brasil.

\* \* \* \*



## EXAME DO RECÉM-NASCIDO: SEMIOLOGIA CLÍNICA

JOSÉ DE ARAUJO \*

Para se estabelecer o conceito de recém-nascido, vários fatores têm sido lembrados, como o induto sebáceo, a queda do coto umbilical e as modificações que se apresentam nos primeiros dias, entre as quais a descamação e a icterícia fisiológicas. De acôrdo com a Academia Americana de Pediatria, êste conceito foi arbitrariamente estabelecido, considerando-se recém-nascida tôda criança até o 30º dia de vida.

No exame clínico do recém-nascido, certos preceitos fundamentais devem ser observados: 1) Nenhum recém-nascido será retirado do berçário, para ser submetido a exame médico; êste será realizado em dependência apropriada do mesmo, nas melhores condições ambientais possíveis, em sala aquecida se necessário, evitando-se ruídos e vibrações, bem como a luz direta e intensa, que agiriam como excitantes para a criança. 2) O exame clínico será realizado somente depois de decorridas 10 horas do nascimento, tempo necessário para a estabilização da temperatura e respiração; antes dêsse prazo, serão examinados apenas os recém-nascidos que apresentarem condições patológicas evidentes, necessitando de medicação urgente. 3) As condições de assepsia devem ser as melhores possíveis, estando o examinador provido de avental, máscara e gôrro; lavagem das mãos com água e sabão, na passagem de um recém-nascido para outro. 4) O exame clínico obedecerá a certa ordenação, do segmento cefálico para o pélvico, em virtude de ser êste último considerado infetado.

### MATURIDADE FETAL

E' importante que faça, de imediato, o diagnóstico de viabilidade e maturidade fetais, pois dêle depende a orientação a ser dada, no berçário, ao recém-nascido. Na maioria das vêzes, é muito difícil dizer-se quando um feto é viável ou inviável, e muito mais difícil ainda traçar uma linha que separe essas duas condições.

Nesse sentido, vários elementos devem ser considerados (embora nenhum dêles tenha valor absoluto, devendo-se observá-los em conjunto): tempo de gestação; pêso do recém-nascido; comprimento crânio-caudal; proporcionalidade entre as circunferências craniana,

---

\* Médico do Berçário da Clínica Obstétrica e Puericultura Neonatal (Serviço do Prof. Raul Briquet) da Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

torácica e abdominal; diâmetros biparietal e occípito-frontal; presença de determinados centros de ossificação; comprimento do pé. Em relação ao tempo de gestação, teríamos: a) gestação de 28 semanas ou menos — recém-nascido inviável; b) gestação de 28 a 38 semanas — recém-nascido prematuro; c) gestação de 38 a 40 semanas — recém-nascido maduro.

Em virtude da comodidade, e com finalidade didática, adotamos, no diagnóstico da maturidade fetal, um critério convencional, admitido pela escola americana e baseado no peso do produto conceptual: 600 g ou menos, aborto; 601 a 1.250 g, imaturo; 1.251 a 2.500 g, prematuro; 2.501 a 2.999 g, hipotrófico; 3.000 a 3.999 g, eutrófico; 4.000 g ou mais, hipertrófico.

#### EXAME FISICO GERAL

*Medidas fetais* — É conveniente que o médico, ao iniciar o exame físico, já tenha as medidas fetais, que são tomadas com pelvímeter, régua e fita métrica, por enfermagem especializada. São elas, além do peso: comprimento crânio-caudal; circunferências craniana, torácica e abdominal; diâmetros occípito-frontal e biparietal.

Embora seja extremamente difícil saber-se quais são os valores médios normais, obtivemos os seguintes, em medidas feitas no berçário da Clínica Obstétrica: peso médio, 3.175 g; estatura média, 508 mm; diâmetro biparietal 92 mm, occípito-frontal 114,5 mm; circunferência craniana 340 mm, torácica 324 mm, abdominal 310 mm. Já dissemos que o número isolado não oferece importância alguma, apenas o conjunto é que dará idéia da normalidade de um recém-nascido. Assim, quanto ao peso, verificou-se que a maioria dos recém-nascidos normais nasce com um peso entre 2.750 e 3.500 g e, desta, 70% está entre 3.000 e 3.500 g; que o peso de nascimento é maior nas crianças masculinas e maior nas de raça branca que nas de raças negra e amarela.

A estatura é um valor muito constante, verificando-se que o recém-nascido masculino apresenta 10 mm mais que o feminino. As outras medidas possuem certo valor, pois podem fazer suspeitar de um crescimento anormal do tronco ou membros, macro ou microcefalia, etc.

*Posição* — O recém-nascido deve estar em decúbito dorsal e o examinador de pé ou sentado, olhando para o segmento pélvico.

*Atitude* — Quando o ambiente é confortável, a criança se mantém em decúbito dorsal, cabeça rodada de 90° para a direita ou esquerda, membros superiores e inferiores semifletidos, rotação ligeira da coxa para fora. Quando estimulada, chora, apresentando movimentos incoordenados da cabeça e dos membros.

Variações anormais da atitude podem ser encontradas, nos seguintes casos: 1) Trauma obstétrico — Hipotonia geral ou localizada, paresia ou paralisia de membros, hemiplegias, mono ou diplegias, convulsões tônicas ou clônicas, fraturas de membros. 2) Infecções intra-úterinas — Meningite purulenta, peritonites, etc. 3) Infecções natais e neonatais — Otites, meningites, meningoencefalites, tétano, septicemias. 4) Malformações congênitas — Bócio congênito, meningoceles, aplasia das paratireóides, etc.

*Fácies* — A fácies do recém-nascido normal nada tem de característico. Nos distróficos, desidratados e prematuros, encontra-se uma fácies senil (ausência de panículo adiposo, desaparecimento da bola de Bichat, rugas transversais na fronte, sulcos profundos na face). No trauma obstétrico, pode verificar-se assimetria facial, nítida durante o choro, por paresia ou paralisia facial, com desvio da commissura bucal e imobilidade da hemiface atingida. No mixedematoso, por atresia da tireóide, a fácies é balôfa, o recém-nascido mantém a boca aberta, com a língua de fora, como também se verifica no mongolismo. A fácies tetânica é caracterizada pelo riso sardônico e contraturas dos masseteres.

*Pele* — A pele do recém-nascido normal é rósea, fina e transparente, em virtude da rede capilar abundante, sendo vermelho-escuro na raça negra. Nos distróficos e desidratados, várias alterações são encontradas, desde a diminuição da elasticidade, até as dobras, que se encontram quando o turgor é pastoso.

Em condições normais, vários elementos se encontram na pele do recém-nascido: 1) *Induto sebáceo* — É a vérnix caseosa, substância gordurosa branco-amarelada que recobre a pele do recém-nascido, principalmente nas dobras de flexão. Tem como função proteger o recém-nascido contra a maceração, bem como facilitar a descida do feto no canal de parto. Após o nascimento, é parcialmente retirada, de modo que, no segundo dia, só se encontram vestígios da mesma. 2) *Mancha mongólica* — Mancha azulada, única ou múltipla, localizada no dorso ou membros, mais comumente nas regiões sacra ou glútea, mais comum nos negros e amarelos que nos brancos; não tem significação clínica, parecendo constituir um caráter atávico. 3) *Descamação fisiológica* — Devida principalmente à desidratação, se inicia do 1º ao 3º dia de vida, desaparecendo no fim da primeira ou segunda semana. Apresenta-se sob a forma de pequenas lâminas, às vezes como poeira furfurácea, generalizada. O diagnóstico diferencial deve ser feito com a dermatite esfoliativa de Ritter. Na eritrodermia descamativa de Leiner, ao lado das áreas de descamação, se encontram zonas extensas de eritema. 4) *Eritema tóxico* — Sem significação patológica, apresenta-se sob a forma de pequenas áreas de eritema generalizadas, semelhantes às do sarampo, devidas a reações alérgicas do feto a substâncias maternas. 5) *Milio sebáceo* — Constituído por pequeninos pontos brancos, salientes, ao

nível do nariz, regiões malares e mento, devidos à obstrução dos folículos sebáceos pela descamação epitelial. Parece ter alguma relação com a crise puberal do recém-nascido, desaparecendo entre o 1º e 2º mês. 6) *Icterícia fisiológica* — De intensidade variável, mais freqüente nos prematuros, surge em tôrno do 2º ou 3º dia, desaparecendo no fim da 1ª semana. É periférica, devida à intensa hemólise e fragilidade dos eritrócitos. Nos prematuros, a imaturidade da célula hepática contribui para agravar a icterícia.

A complicação mais comum e temível é o kernicterus, devido à impregnação dos núcleos da base do encéfalo pelas bilirrubinas, de prognóstico sempre severo. O diagnóstico diferencial deve ser feito com: a) *Doença hemolítica do recém-nascido* — Mãe múltipara, Rh negativo, pai Rh positivo, prova de Coombs positiva, elevado título de anticorpos anti-Rh no sangue materno; b) *Sífilis congênita* — Hepatosplenomegalia, presença de lesões luéticas cutâneas ou mucosas, roséolas ou penfigóides, gomosas, reação de Wassermann positiva no sangue materno e cordão; c) *Atresia das vias biliares* — Progressiva, com fezes acólicas; d) *Septicemias*, nos processos infecciosos agudos; e) *Hepatite a vírus*, rara no recém-nascido; f) *Hepatoses tóxicas*; g) *Telangiectasias* — Áreas avermelhadas, de tamanho variável, únicas ou múltiplas, encontradas ao nível da raiz do nariz, lábio superior, pálpebras, porção alta da nuca, devidas a persistência da rêde capilar embrionária, que irriga as fendas branquiais; h) *Nevo pigmentar* — Em qualquer parte do corpo, não tem significado patológico, desaparecendo com o crescimento.

Em condições anormais, várias lesões podem ser encontradas: a) *Descamação da doença de Ritter* — Descamação em grandes lâminas, deixando o córrio visível, sob a forma de áreas irregulares, avermelhadas. A pressão e o deslização digital são suficientes para retirar grandes fragmentos de pele, na qual parece haver um defeito de arquitetura. O prognóstico é sempre grave. b) *Palidez* — Na forma anêmica da doença hemolítica do recém-nascido, colapso, intoxicações. c) *Cianose* — Só tem significado patológico quando generalizada e intensa, pois é comum a cianose das extremidades, por irrigação deficiente dessas áreas. A cianose pode ser *central* (devida a perturbações nervosas, por depressão dos centros respiratórios, como no trauma obstétrico; devida a perturbações pulmonares, com hematose deficiente, como na aplasia pulmonar, aspiração de mucosidades, pneumopatias; devida a perturbações circulatórias, em que há mistura do sangue venoso e arterial, como nas fístulas arteriovenosas do circuito pulmonar, vícios cardíacos com comunicação entre cavidades) e *periféricas* (nas anormalidades da rêde arterial e na estase circulatória). d) *Exantemas* — Na lues congênita, erisipela. e) *Pênfigo* — Lesões bolhosas, localizadas ou generalizadas, como no pênfigo foliáceo, impetigo e sífilis congênita. f) *Ragádias*, principalmente ao nível dos lábios, como na sífilis congênita. g) *Gomas* — Na face, em tôrno dos lábios ou nariz, devidas a sífilis congê-

nita, forma gomosa. h) *Intertrigo* — Nas dobras, na face de flexão, sob a forma de eritema extenso, podendo evoluir para escara. i) *Angiomas* planos ou verrucosos, de extensão variável, sob a forma de manchas vinhosas, planas ou salientes, mais comumente na face ou tronco, de bom prognóstico na maioria das vêzes. j) *Outras lesões cutâneas*, como as que se verificam na dermatite seborrêica, eczema, micoses superficiais, etc.

*Pêlos* — No recém-nascido normal, encontra-se uma lanugem distribuída pelo dorso, região sacra e membros, mais intensa nos prematuros; cai na primeira semana de vida. Os cabelos são mais ou menos abundantes, sendo substituídos nos primeiros meses de vida.

*Unhas* — Na maioria das vêzes, as unhas atingem as extremidades digitais, sendo mais longas nos dedos que nos artelhos. Malformações ou atresias das unhas podem ser encontradas.

*Mucosas* — As mucosas do recém-nascido são intensamente vermelhas, em virtude da transparência e abundante rēde vascular. Podem apresentar-se pálidas nas anemias do recém-nascido e amareladas na icterícia. As lesões mais comuns são encontradas nas micoses superficiais e gomas sífilíticas.

*Tecido subcutâneo* — Mais ou menos abundante no recém-nascido normal, é escasso ou ausente nos prematuros e distróficos. Suas alterações mais comuns são: a) *Edema* — Um edema ligeiro, embora generalizado, não tem valor patológico, sendo devido à estase circulatória que se processa durante o parto. É intenso, generalizado, grave, chegando à anasarca, na forma hidrópica da eritroblastose fetal. b) *Escleredema* — Alteração do subcutâneo, mais frequentemente localizada ao nível dos membros, é constituída por uma área endurecida, com edema. c) *Esclerema* — Áreas endurecidas do subcutâneo, localizadas no início, generalizando-se depois, são devidas à solidificação da gordura subcutânea, principalmente da oleína. São quase característicos dos prematuros, iniciando-se ao nível dos membros, e generalizando-se posteriormente. O prognóstico é sempre grave. d) *Escleroderma* — Localizada sempre, é a adiponecrose, constituída por áreas endurecidas devidas a necrose da gordura subcutânea. Pode ser acompanhada por soluções de continuidade da epiderme e hemorragias periféricas com reação inflamatória. Quando pura, se confunde com o esclerema, diferindo dēste pelo prognóstico, que em geral é bom.

#### EXAME FÍSICO ESPECIAL

*Cabeça* — O exame será feito pela inspeção, percussão e palpação, sendo as duas últimas complementos da primeira, podendo lan-

çar-se mão de outros métodos, como a transiluminação. À inspeção, vários elementos podem ser identificados, como a assimetria cefálica por fenômenos plásticos muito acentuados, bossa sero-sangüínea, cefalematoma, hérnias do encéfalo e das meninges.

1) *Suturas cranianas*: Podem ser ajustadas, separadas ou cavalgadas (frontal sôbre os parietais, êstes sôbre o occipital), devido aos fenômenos plásticos da cabeça, na passagem pelo canal de parto. É freqüente a separação dos parietais na sutura sagital, em condições normais. À palpação, os bordos das suturas podem apresentar-se irregulares, quando a ossificação é deficiente.

2) *Fontanelas*: Das fontanelas presentes no recém-nascido, as mais importantes são a anterior ou bregmática, e a posterior ou lambdóide. A primeira é losângica, plana, com 5 a 60 mm em condições normais, podendo apresentar-se deprimida nos desidratados, tensa ou abaulada nos traumatismos encefálicos; os bordos são regulares; torna-se tensa durante o choro. A fontanela posterior é triangular, geralmente fechada no recém-nascido; pode, no entanto, apresentar 5 a 15 mm nos dois diâmetros.

3) *Bossa sero-sangüínea*: Resultante da infiltração do subcutâneo, sob a forma de edema localizado, aparece na zona de apresentação. Ocupa um ou mais ossos, não respeita as suturas, tem todos os caracteres do edema, sem flutuação. Devida à compressão vascular na passagem pelo canal de parto. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cefalematoma e hérnia do encéfalo; esta última é pulsátil e aumenta com o choro. Ausente nos partos por via alta, regride até o fim da segunda semana.

4) *Cefalematoma*: Coleção sangüínea subperiostal, ocupando um único osso, limitado pelas suturas. Assestado sôbre os parietais mais comumente, surge no trauma obstétrico, no parto operatório por fórcepe. A evolução é lenta, por calcificação, iniciando-se na periferia, dando, à palpação, a impressão de cratera. Na zona do cefalematoma, freqüentemente se encontra fratura do osso correspondente.

5) *Craneotabes*: É constituído por ossificação incompleta dos ossos do crânio, mais comumente dos parietais e temporais, mais nítida próxima das suturas. À palpação, os ossos são depressíveis, dando a sensação de consistência de celulóide. Na maioria das vezes, é um sinal comum de raquitismo em evolução.

6) *Fraturas*: Comuns nos partos operatórios, principalmente por fórcepe, podem ser lineares ou irregulares, com afundamento do osso, principalmente nos parietais e frontal. Pode-se encontrar um quadro neurológico, com convulsões ou paralisias, dependente da compressão do encéfalo pelo osso.

7) *Micro e macrocefalia*: Suspeitadas já pela inspeção, são confirmadas pela palpação e medidas cranianas. Podemos falar de microcefalia quando a circunferência craniana acusar valores inferiores a 30 cm; freqüentemente vem associada a anencefalia; o crânio é achatado, dando a impressão de cabeça de rã; pode aparecer na toxoplasmose. Falamos de macrocefalia, quando a circunferência craniana fôr superior a 40 cm; o diagnóstico diferencial deve ser feito com a hidrocefalia.

8) *Hidrocefalia*: Macrocefalia, bossas frontais salientes, olhos deslocados para baixo. As suturas são separadas em extensão variável, aumentando progressivamente com o evoluir do processo. As fontanelas se tornam tensas, cada vez maiores, podendo tornar-se abauladas. Podem surgir convulsões. A hidrocefalia se encontra na toxoplasmose, meningocelose, lues congênita, etc.

*Olhos* — Nas primeiras 24 horas que se seguem ao nascimento, as pálpebras superiores se apresentam edemaciadas, voltando à normalidade no fim do primeiro ou segundo dia; podem apresentar áreas de telangiectasias, que desaparecem logo. Os cílios são bem formados. Freqüentemente se encontra uma secreção devida a instilação de nitrato de prata na conjuntiva.

A conjuntiva bulbar, branco-azulada, pode ser amarelada na icterícia do recém-nascido. As pupilas, isocóricas, reagem prontamente à luz. Há fotofobia muito acentuada nas primeiras 24 horas de vida. Pequenas hemorragias subconjuntivais podem ser encontradas, sem significado patológico.

Conjuntivites catarrais ou purulentas podem ser encontradas. Das anomalias do aparelho da visão, tôdas raras, podemos ter malformações das pálpebras, canais nasolacrimais, pupilas, cristalino, retina, bem como atresia do próprio bulbo ocular.

O exame da pupila é importante. Lesões encefálicas poderão traduzir-se por alterações pupilares. Nos prematuros, é relativamente comum a fibroplasia retrolental. Nos partos operatórios, por fórcepe, podemos encontrar um embaçamento do cristalino, de evolução benigna, que regride nos primeiros 30 a 60 dias. Luxações ou mesmo arrancamento do globo ocular podem ser encontrados nos partos por fórcepe.

*Nariz* — Tem pouca importância patológica; verificar a permeabilidade das fossas nasais, anomalias do septo e dos ossos do nariz.

*Ouvidos* — Bem formados no recém-nascido. Observar anomalias do conduto auditivo externo e do pavilhão. Na face anterior do trágus, freqüentemente se encontra pequenos papilomas. O exame do pavilhão pode revelar o grau de anemia do recém-nascido.

*Bôca e garganta* — Os lábios são normalmente corados, simétricos, apresentando coxins de sucção quando a alimentação se faz

ao seio materno; do 2º dia em diante, pode aparecer uma descamação, devida ao trauma da sucção; fendas labiais, uni ou bilaterais, podem ser encontradas, constituindo o lábio leporino. As gengivas, bem formadas, podem apresentar tubérculos, cistos alveolares ou mesmo dentes; a prega de Robin-Magentot, situada nas gengivas, tem função desconhecida. No palato, ao nível da linha mediana, se encontram pontos esbranquiçados, que correspondem à soldadura do maxilar superior; a conformação do palato é variável, podendo observar-se fendas palatinas uni ou bilaterais (palatosquise). O exame do cavo deve ser feito com boa iluminação, observando-se a conformação da úvula, pilares, amígdalas e parede posterior da faringe.

São comuns infecções da bôca por cogumelos, como a moniliose, que se apresenta sob a forma de pequenas áreas brancas sôbre a língua ("sapinho"), bochechas e palato, semelhantes a coágulos de leite.

*Pescoço* — Cilíndrico e simétrico. A tireóide e os gânglios cervicais anteriores e supraclaviculares não são palpáveis. Os músculos são bem conformados, podendo haver assimetria do pescoço, na elevação congênita do omoplata.

A palpação das clavículas deve ser sistemática, encontrando-se, comumente, ao nível dos terços médio e lateral, fraturas, com crepitação e edema das partes moles.

Hematomas dos músculos do pescoço são comuns, principalmente do esternocleidomastóideo, sendo devidos a distensão exagerada e conseqüente rotura das fibras com hemorragia. No local, palpa-se um tumor duro, sem flutuação. O diagnóstico diferencial deve ser feito com bócio congênito, cisto branquial e adenite cervical. O bócio congênito é raro e resulta do aumento global da glândula, que se torna bem palpável. O cisto branquial e a adenite são localizados; nesta última está interessada a pele, vindo a supurar 4 ou 5 dias depois do seu aparecimento.

*Tórax* — À *inspeção*, deve observar-se a forma do tórax, respiração e simetria das espáduas. A respiração, costo-abdominal no recém-nascido, é arritmica, em virtude da imaturidade do centro respiratório. Tiragem é observada na asfixia neonatal e atelectasia pulmonar. A cornagem é observada no estridor congênito do laringe. À *palpação*, o frêmito tóraco-vocal é palpável durante o choro. As glândulas mamárias podem estar aumentadas de volume, constituindo a tumefação mamária e representando um dos elementos da crise pubertária do recém-nascido. A expressão da glândula deve ser evitada, pois, pode ser ponto de partida de mastites agudas ou crônicas. À *ausculta*, a expiração é prolongada no recém-nascido, podendo observar-se respiração rude na asfixia aspirativa. Zonas mudas pulmonares são encontradas nas áreas de atelectasia, bem como sopros e estertôres, nas pneumopatias.

A *dispnéia*, acompanhada ou não de cianose, é um dado de grande valor no recém-nascido patológico, podendo ser devida a pertur-



bações do sistema nervoso central (disgenesia cerebral, trauma obstétrico, infecções), do aparelho respiratório (infecções, aplasia pulmonar, paralisia da glote, atresia do esôfago com fístula tráqueo-esofágica, hérnia diafragmática, atelectasia pulmonar extensa) ou do aparelho circulatório (vícios cardíacos).

Ao exame do aparelho circulatório, a área cardíaca é ligeiramente aumentada, o ictô não visível, localizado no 3º ou 4º intercosto. As bulhas são bem audíveis, de intensidade idêntica. Um sopro holossistólico funcional pode ser encontrado nos focos da ponta.

*Abdome* — À inspeção, notamos a presença do *côto umbilical* até o 5º ou 6º dia de vida. Em condições fisiológicas, a queda do côto pode dar-se mais tardiamente, entre o 10º e o 15º dias. Dentre os vários processos que se estabelecem no côto umbilical, são mais comuns: a) granulomas, pediculados ou não, exigindo, freqüentemente a intervenção com termocautério; b) gangrena séptica; c) onfalites supuradas ou não, podendo constituir o ponto de partida de septicemia; destas infecções, tem maior gravidade o tétano neonatorum; d) onfalocelos com abertura variável do anel umbilical; o saco herniário pode conter epíploon ou alças intestinais; a rotura da cicatriz umbilical pode, em certos casos, provocar evisceração das alças intestinais; e) malformações congênitas.

À palpação do abdome, podemos observar agenesia dos músculos da parede abdominal, freqüentemente associada a disgenesia renal. O baço e fígado são, freqüentemente, palpáveis, até um dedo abaixo do rebordo costal, em condições normais. A hépato e esplenomegalia no recém-nascido só deve ser considerada patológica, quando exagerada e acompanhada de outros sinais, como icterícia, anemia intensa, lesões luéticas da pele. As alças intestinais e os rins são palpáveis com relativa facilidade.

A distensão abdominal é sempre patológica, constituindo um sinal importante de várias afecções, como: a) meteorismo, com timpanismo generalizado; b) íleo paralítico, infeccioso ou não; c) peritonites; d) megacólon congênito; e) tumores abdominais, geralmente císticos; f) atresia do intestino e reto. Essa distensão acarreta elevação do diafragma, compressão das bases pulmonares, dando dispnéia e predispondo a pneumopatias.

*Coluna vertebral* — Seu exame tem importância em virtude das malformações congênitas, como as meningoceles. No recém-nascido, a coluna é reta, pois suas curvaturas fisiológicas só aparecem mais tarde, com a posição erecta.

*Aparêlho gênito-urinário* — O exame dos órgãos genitais do recém-nascido mostra comumente, nos dois primeiros dias de vida, edema do escroto ou dos grandes lábios, extrofia dos pequenos lábios, presença de corrimento vaginal esbranquiçado. A pseudo-meus-

truação, com perdas sangüíneas vaginais, é um dos elementos da crise pubertária do recém-nascido.

Os processos mais comumente encontrados ao exame dos órgãos genitais do recém-nascido são as malformações congênitas, como: hipospádia, epispádia, pênis incluso, fimose e parafimose, agenesia do pênis, ectopia testicular, pseudo-hermafroditismo, extrofia da bexiga, imperfuração anal, fístulas reto-vaginais e uretro-vaginais.

*Sistema osteomuscular* — O exame do esqueleto, embora precário, deve ser feito cuidadosamente, com o objetivo de se surpreenderem fraturas (do crânio, úmero, fêmur), luxações (coxofemural, escápulo-umeral) ou malformações congênitas (osteogênese imperfeita). O escorbuto do recém-nascido pode ser acompanhado de manifestações ósseas e das partes moles, principalmente ao nível dos membros.

O exame do sistema muscular é precário, em virtude da imaturidade do sistema nervoso, sendo difícil julgar da sua normalidade, a não ser nos casos de agenesia de grupos musculares superficiais, grandes hipertrofias ou hipotonias. As moléstias do sistema muscular dão sintomatologia tardia ao se instalarem os movimentos voluntários.

*Sistema nervoso* — O sistema nervoso do recém-nascido está incompletamente desenvolvido, sendo maior essa imaturidade no prematuro. A função coordenada dos centros corticais ou bulbares vai sendo estabelecida com o crescimento; daí as várias crises de cianose e dispnéia, devidas à imaturidade dos centros respiratórios, mais frequentes e intensas nos prematuros.

As sensibilidades tátil, térmica e dolorosa estão presentes no recém-nascido. A audição e olfação são discutíveis; os sentidos da gustação e da visão estão presentes, pois o recém-nascido pode ver a luz. A motricidade voluntária está presente, mas os movimentos são incoordenados. É fisiológica uma hipertonia do recém-nascido, principalmente dos membros; a hipotonia deve ser sempre considerada patológica.

A motricidade reflexa, mais antiga, já se encontra no recém-nascido, no qual observamos reflexos que desaparecem ou se modificam com o crescimento. Os reflexos que mais interessam, do ponto de vista clínico, e que, por isso mesmo, devem sempre ser pesquisados, são: 1) *Reflexo de preensão*, das mãos e pés. A pesquisa é feita colocando-se o dedo indicador nas faces palmar e plantar, perpendicularmente às bases dos dedos ou artelhos; a reação consiste na preensão do dedo do examinador. 2) *Reflexo de sucção*, pesquisado colocando-se um bico, a mão do recém-nascido ou o dedo do examinador, envolvido em gaze estéril, na bôca do mesmo; o objeto é prêso entre os lábios e sugado com maior ou menor intensidade; ao exagero da sucção, chama-se "voracidade". Este reflexo, freqüentemente

ausente nos prematuros, como a deglutição pode estar ausente no recém-nascido normal, no 1º dia de vida e presente nos seguintes, ou vice-versa. A ausência prolongada do reflexo de sucção verifica-se nos processos centrais, como a disgenesia cerebral e o trauma obstétrico. 3) *Reflexo de Moro*, um dos mais antigos, consiste numa resposta a um estímulo mecânico. A pesquisa é feita com o recém-nascido em decúbito dorsal, na mesa de exame ou no próprio berço, produzindo-se uma vibração ou deslocando o recém-nascido de sua posição. A resposta consiste num movimento de abraço, extensão da mão e abertura dos dedos, seguindo-se a flexão e adução dos membros, em movimento inverso. A resposta a este reflexo pode estar abolida nas lesões encefálicas, esboçada ou exaltada mesmo em condições normais, pode ser parcial ou assimétrica na fratura da clavícula, paralisias branquiais, monoplegias. 4) *Reflexos dos pontos cardiais* — Tocando-se, com um bico ou outro objeto, as comissuras labiais ou o bordo inferior do lábio inferior, desperta-se o reflexo de sucção. A criança procura o objeto para sugar. 5) *Sinal de Babinski*, presente no recém-nascido normal, torna-se ausente com o crescimento; seu desaparecimento pode verificar-se nos traumas centrais. 6) *Reflexos osteotendinosos*, presentes na maioria dos casos, às vezes se mostram exaltados, mesmo em condições normais. 7) *Reflexos cutâneos*; o cremasterino está presente no recém-nascido. 8) *Reflexos pupilares*; o reflexo pupilar à luz está presente, encontrando-se ausente o da acomodação.

O sistema autônomo, imaturo como os outros, dá ao recém-nascido uma labilidade neurovegetativa bem característica, evidenciada por taquicardia, sudorese, crises freqüentes de diarréia e vômitos.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Brennemann, J. — Practice of Pediatrics. W. F. Prior, Hagerstown. Vol. 1, 1951, págs. 1-111.
2. Castañeda, H. V. — Padecimientos Congénitos Infantiles. México, D.F., 1951.
3. Eckstein, A. — Tratado de Pediatría, ed. 2. Labor, Buenos Aires, 1936, págs. 36-55.
4. Evans, P. e Mac Keith, R. — Infant Feeding and Feeding Difficulties. Ed. Churchill, Londres, 1951, págs. 8-45 e 168-208.
5. Fanconi, G. e Walgreen, A. — Tratado de Pediatría. Trad. de J. Boschi Marin e J. Guijosa Pernús. Edit. Morata, Madrid, 1953, págs. 243-288.
6. Garrahan, J. P. — Medicina Infantil. Ed. 7. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1951, págs. 393-470.
7. Gesell, A. e Amatruda, C. — Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1945.

8. Glanzmann, E. — *Leciones de Pediatria*. Ed. Labor, Barcelona, 1942.
9. Hess e Lundeen — *The Premature Infant*, ed. 2. Lippincott, Londres, 1949.
10. Holt, L. E. e Howland, J. — *Diseases of Infancy and Childhood*, ed. 10. Appleton-Century, Nova York, 1940.
11. Lacaz, C. S., Mellone, O. e Yahn, O. — *Diagnóstico, Profilaxia e Tratamento da Doença Hemolítica do Recém-nascido*. Edição do Instituto Pinheiros. São Paulo, 1951, págs. 13-34.
12. Rimbaud, P. — *Dermatologie Infantile*. G. Doin, Paris, 1952.
13. Rittes, J. A. — *Compêndio de Clínica Propedêutica da Primeira Infância*. Santos, 1951.
14. Sheldon, W. — *Diseases of Infancy and Childhood*, ed. 3. Churchill, Londres, 1940.
15. Slobody, L. B. — *Survey of Clinical Pediatrics*. McGraw-Hill, Nova York, 1952.
16. Smith, C. A. — *The Physiology of Newborn Infant*. Ch. C. Thomas, Illinois, 1945.

*Clínica Obstétrica — Hospital das Clínicas — São Paulo.*

\* \* \* \*

## PSICANÁLISE DA CRIANÇA

J. CARVALHAL RIBAS \*

Em 1905, Freud<sup>7a</sup> publicou a primeira notícia acêrca das possibilidades do tratamento psicanalítico na infância, relatando o caso do pequeno Hans, criança de 5 anos de idade, vítima de fobias de cavalos; Freud acompanhou o caso à distância, pois viu a criança uma única vez; o pai do menino vinha contar-lhe o que se passava e, orientado por Freud, revelava à criança as interpretações dos seus atos, reagindo bem o menino ao tratamento. Em 1913, Freud<sup>7b</sup> assinalou a contribuição da psicanálise para a pedagogia, lançando advertências acêrca das manifestações da sexualidade infantil, das conseqüências do recalçamento excessivo, do papel da sublimação na vida dos jovens, etc. Em 1916, Oscar Pfister<sup>17</sup> tornou-se o líder da psicanálise aplicada à educação, cognominada de *pedanálise*.

Foi salientado, então, que tôda a criança — um *perverso polimorfo* no conceito de Freud — estaria condenada a atravessar uma fase de neurose que, na personalidade infantil, seria um *despertar de demônios*, consoante a expressão de Pfister. Competiria aos pais, advertidos por uma educação em moldes psicanalíticos, assegurar à criança o desenvolvimento regular e harmônico dos componentes do instinto sexual infantil, evitando as *fixações* e as *regressões da libido* às fases anteriores da sua evolução<sup>12</sup>. Para se evitar o cultivo excessivo do erotismo oral, foram contra-indicadas chupetas, mamadeiras, sucções digitais; para salvaguardar o indivíduo contra os perigos do erotismo anal, foi preconizada a abstenção do brinquedo de balanço, dos purgantes repetidos e dos enteroclismas; foram traçadas normas de educação das crianças na intimidade dos lares, advertindo os pais acêrca dos dramas que aguardam os indivíduos quando demasiado mimados ou escorraçados na infância<sup>26</sup>; foram delineadas orientações geralmente audaciosas de *educação sexual*, no objetivo de prevenir traumatismos emocionais nocivos nos jovens às voltas com as solicitações do sexo. Nos casos de problemas de conduta e de caráter neurótico, foram propostas normas de assistência e tratamento de cunho psicanalítico. Em vista das atitudes dos adultos exercerem intensas repercussões na personalidade e no comportamento das crianças, foi preconizado que muitos pais, em prol da

---

\* Assistente de Clínica Psiquiátrica na Fac. Med. da Univ. de São Paulo. Professor de Psiquiatria na Escola de Enfermagem de São Paulo e na da Cruz Vermelha Brasileira (Filial de São Paulo).

saúde psíquica dos filhos, se submetessem a exames e a tratamentos médicos, inclusive de orientação analítica<sup>16</sup>.

Na escola, uma reconstituição do lar, tôda a criança, de acôrdo com a psicanálise, debater-se-ia com problemas afetivos mais ou menos semelhantes aos do ambiente doméstico, vindo, no professor, o seu pai, e, nos companheiros de classe, os seus irmãos. Em obediência à orientação pedagógica de fundo psicanalítico, compete à tôda criança, na escola, liberar-se das tensões emocionais reprimidas e, ao mesmo tempo, aprender a frená-las de acôrdo com o *princípio da realidade*, de modo a tornar-se elemento adaptado e útil à sociedade. Como medida capital na educação das crianças e adolescentes, incentivou-se a *sublimação*, consistindo na canalização dos impulsos em sentidos sadios, sociais e úteis. Nos escolares, certas dificuldades de aprendizagem e outros problemas de conduta estariam subordinados a conflitos afetivos e inconscientes, muitas vêzes sômente suscetíveis de correção através da terapêutica psicanalítica. Para haver verdadeira obra educativa, seria indispensável o estabelecimento de estreitos laços afetivos entre os professores e alunos, o *transfert* na condição freudiana. Como certas atitudes errôneas ou mesmo neuróticas dos educadores às vêzes repercutem desastrosamente nos alunos, já se tem cogitado mesmo da necessidade da psicanálise dos professores, a exemplo do que se preconiza no tocante a muitos pais<sup>23b</sup>. Com o advento da psicanálise na infância, encareceu-se imenso a importância da orientação psicológica nos primeiros tempos da vida extra-uterina, admitindo-se que a personalidade humana se desenvolve principalmente à custa das experiências ocorridas nos cinco primeiros anos da existência e tudo quanto depois lhe sucede acarreta repercussões menos profundas e relevantes.

No entanto, a técnica psicanalítica infantil não se desenvolveu logo nos primeiros tempos porque tropeçou diante de um obstáculo: os métodos de análise do adulto, preconizados por Freud e seus continuadores, não se mostraram suscetíveis de aplicação à criança. Felizmente, em 1913, a Dra. Herminia Hugh-Hellmuth já descobria o principal método de investigação do psiquismo infantil: visitava as crianças nos lares, punha-se a brincar com elas e, por meio da interpretação das suas reações nos brinquedos, fazia a análise das suas personalidades. As crianças, incapazes de exprimirem os conflitos por meio de palavras, iam denunciá-los eloqüentemente nos brinquedos<sup>15</sup>. Desde então, desenvolveu-se a psicanálise da criança, com a mesma essência da psicanálise do adulto, mas diferente nas suas técnicas de trabalho. Na atualidade, a psicanálise da criança é feita de acôrdo com duas orientações opostas, a de Ana Freud ou a de Melânia Klein.

Na concepção de Ana Freud<sup>6b</sup>, sômente as crianças neuróticas devem ser submetidas à psicanálise. Em regra, o adulto neurótico tem consciência do seu estado mórbido e, em busca de alívio dos seus conflitos, consulta voluntariamente o médico, submetendo-se, por

sua própria decisão, ao tratamento. A criança neurótica, ao contrário, não tem noção da sua doença, mais suscetível de ser percebida pela sua família do que por ela própria. Eis porque a criança vai ao encontro do médico geralmente a contragosto, conduzida pela família. Em vista disso, a criança, antes de encetar o tratamento psicanalítico, precisa receber preparação prévia, consoante a orientação de Ana Freud. Como preliminar, o analista busca esclarecer a criança de que ela não pode sentir-se bem em virtude do seu comportamento nocivo a si própria e ao meio ambiente; encontra-se doente e, por isso, necessita submeter-se a tratamento. A noção da própria doença e o reconhecimento da necessidade do tratamento estão bem definidos na criança quando ela já experimentou os sintomas da neurose como algo estranho ao seu próprio corpo e exigindo ser retirado. Para encetar o tratamento, importa que a criança já se sinta atraída e confiante na direção do analista, em via da aquisição do *transfert*. Nessas condições, a criança, na expressão de Ana Freud, já se tornou *analizável*.

Desde o início do tratamento, Ana Freud exerce intensa observação sobre a criança, pois os menores detalhes do seu comportamento já constituem muitas vezes material valioso para a análise. Para melhor investigação dos casos, Ana Freud também colhe informações acerca da vida da criança no lar e na escola, das atitudes dos adultos circundantes e do ambiente doméstico, embora reconheça quanto os informes das famílias são deturpados por pudores, catatímias, corujismos e outros fatores afetivos. Em seguida, Ana Freud busca muitas vezes aplicar, na criança, os meios de análise dos adultos, sem deixar de reconhecer que não são bastante eficazes e, de acôrdo com os casos, necessitem de modificações, dentro de normas elásticas e nem sempre científicas. O *método da narração das lembranças*, adotado na análise dos adultos, no qual o paciente é convidado a dizer tudo quanto se lembra do seu passado, não proporciona informações de grande valor: em geral, a criança não sabe contar bem sua vida, vivendo sempre preocupada com o instante atual, sem noção precisa do passado ou do futuro. Para favorecer a evocação do passado, Bela Szekely recorre à *sugestão ambiental*, proposta por Pototzky: descreve à criança uma situação em que ela se encontrou outrora e, sugestionando-a de que está de novo nas mesmas circunstâncias, suscita a narração do que então ocorreu. O *método da associação livre* ou *condicionada das idéias*, tão utilizado na exploração do inconsciente do adulto, não proporciona resultados muito animadores na análise infantil: em regra, a criança não dispõe de suficiente maturidade para associar as idéias, de modo espontâneo ou sob o estímulo das palavras de outrem. Para favorecer a *associação das idéias*, Ana Freud convida a criança a fechar as pálpebras e dizer tudo quanto estiver imaginando ver diante dos olhos, como se fôssem quadros. Mas, por êsse processo, a criança, em vez de idéias, expõe meras fantasias, na maioria dos casos; quando, assim, desata a relatar os seus devaneios, a criança já ofe-

rece material mais valioso à análise. Na infância, as fantasias diurnas, além de exuberantes e numerosas, são relatadas com uma desenvoltura jamais observada nos adultos. Eis porque, por intermédio da interpretação de tais castelos no ar, se torna possível a melhor análise da personalidade das crianças. Trata-se geralmente de fantasias de defesa contra agressões e perigos, fantasias de vingança contra os adultos, fantasias de exaltação heróica das próprias crianças, etc.

Quando a criança relata os sonhos que a assaltaram durante sono, fornece material ainda mais precioso. Em virtude da *censura* se tornar menos vigilante no curso do sono, o indivíduo adormecido encontra uma oportunidade para exteriorizar os impulsos recalçados, através dos *sonhos*. Como a *censura* ainda é débil na infância, os fatos reprimidos expandem mais cìnicamente no sono da criança e, por isso, os seus sonhos são nítidos, coerentes, simples e curtos, suscetíveis de interpretações mais fáceis; as crianças os relatam geralmente com prazer e divertem-se com as interpretações propostas para os mesmos; muitas até se empenham na interpretação dos seus próprios sonhos. Em conexão com os acontecimentos da véspera, os sonhos infantis, muitas vezes, exprimem, de modo direto e preciso, a realização imaginária dos desejos não satisfeitos na vigília, pondo em jôgo o mêdo, o ciúme, a cólera e outras emoções elementares.

No adulto, os *sonhos* são geralmente obscuros, não parecendo corresponder à realização de desejos recalçados<sup>7c</sup>. Isso acontece porque a *censura*, mais desenvolvida do que na criança, permanece mais vigilante durante o sono. Para se manifestarem no sono, os fatos reprimidos precisam burlar a fiscalização da *censura* à custa de disfarces, de deformações, ou melhor, de *símbolos*. Atrás do *simbolismo* do sonho, ou melhor, do seu *conteúdo manifesto*, incoerente e absurdo, esconde-se o seu *conteúdo latente*, de que o próprio indivíduo não tem consciência e por onde, não obstante, se liberta o desejo recalçado. Como o inconsciente está repleto de fatos sexuais, os sonhos e, por conseguinte, os *símbolos*, referem-se a acontecimentos eróticos.

Nos adultos, os sonhos tornam-se confusos, não só porque as imagens estão camufladas em *símbolos*, mas ainda porque se apresentam condensadas, como fotografias superpostas, com tonalidades emocionais astutamente deslocadas, assistidas como cenas dramáticas, logo deformadas ao despertar do indivíduo, graças a um trabalho de elaboração secundária. A interpretação de tais sonhos, e daí a exploração do inconsciente, consegue-se, não só graças ao conhecimento do significado do *simbolismo*, mas ainda à custa da *associação das idéias*: o indivíduo, a propósito de um resto de sonho, diz tudo quanto lhe acode à mente, sem o mínimo contrôlo, de modo a facilitar a exteriorização do inconsciente. Nas crianças, em vista da falta de maturidade para a associação ideativa, torna-se difícil ou impossível a interpretação dos sonhos à custa desse método.



Se a criança não consegue exprimir bem os seus conflitos através da linguagem falada, consegue transmiti-los admiravelmente quando se põe a rabiscar no papel, desenhando com tanta naturalidade quanto os adultos conversam. Daí o desenho se tornar excelente recurso de exploração da mente infantil<sup>24</sup>. Nas clínicas pedopsiquiátricas, os médicos muitas vezes entregam lápis e papel às crianças e lhes pedem que desenhem qualquer coisa, com a recomendação de que não devem copiar<sup>25</sup>. Na maioria das vezes, as crianças, nos desenhos espontâneos, buscam fazer a figura humana, o boneco, que, de acôrdo com a maior ou menor maturidade dos jovens desenhistas, será feito com detalhes mais ou menos precisos, muitas vezes já com órgãos sexuais. Depois do boneco, o motivo preponderante, nos desenhos, são as casas, desenhadas com maior ou menor riqueza de pormenores de acôrdo com a idade da criança.

Até a idade de 3 anos, mais ou menos, o desenho infantil não passa de um amontoado de traços sem sentido: é a *garatuja* feita em obediência a um simples impulso de atividade motora e sem a intenção de representar coisa alguma. No entanto, desde cedo, as crianças já começam a ter a preocupação de interpretar o que rabiscam e, diante de traços ininteligíveis, afirmam: é um homem, é um bicho, é uma flor... Mais tarde, os desenhos infantis adquirem contornos mais precisos e tornam-se mais reconhecíveis, representando as coisas de modo esquemático. Em seguida, as crianças, na fase do *realismo lógico*, buscam fazer desenhos parecidos com os temas, contendo todos os elementos reais do objeto, mesmo os invisíveis, do ponto de vista de onde é contemplado. Enfim, na puberdade, os desenhos entram em fase de regressão: os adolescentes, com autocrítica suficiente para não atribuírem valor estético aos seus desenhos, desinteressam-se dos mesmos, na maioria das vezes<sup>18</sup>.

Durante longo tempo, o desenho infantil apenas mereceu a atenção dos educadores como uma disciplina a ser lecionada na escola, sem maiores conseqüências. Sòmente era tomado em conta o lado técnico do desenho. Estudos de vários autores estabeleceram que os desenhos das crianças, realizados espontaneamente, sem os freios da técnica aprendida nas escolas, são excelentes processos de investigação da psicologia infantil. Assim, por meio do célebre teste de Florence Goodenough, tem-se a possibilidade de avaliar o grau de desenvolvimento intelectual das crianças através dos seus desenhos de figuras humanas. No entanto, os desenhos infantis, mais do que isso, proporcionam uma visão panorâmica da personalidade da criança, inclusive do seu inconsciente. Daí constituírem material precioso de interpretação na psicanálise infantil.

De acôrdo com a técnica estabelecida, costuma-se pedir à criança a imediata interpretação dos desenhos, logo depois de feitos, fazendo que ela descreva as pessoas, as casas e os demais temas representados, como se estivéssemos analisando um sonho à custa da associação de idéias. Com freqüência, a criança objetiva, nos dese-

nhos, os seus devaneios, os seus sonhos despertados, sempre ricos em material suscetível de análise. Não há dúvida de que os desenhos, interpretados à luz da psicanálise, encerram esclarecimentos acerca do inconsciente da criança; no entanto, não se cometam exageros nas interpretações psicanalíticas dos desenhos, tais como nos seguintes exemplos: se a criança desenhou a casa sem chaminé, deve ser vítima do *complexo de castração*; se fez a casa com janelas abertas ou fechadas, deve ser um tipo extrovertido ou introvertido; se, na casa desenhada, as janelas estão todas fechadas ou abertas, deve ser um espírito metódico e ordeiro; se a criança sempre pinta os seus desenhos em marrão, deve ser dotada de um *caráter anal*; se, no desenho, a criança se representou entre o pai e a mãe, isso denuncia que ela está interessada em separar os pais um do outro; se, no desenho, a criança se figurou sem dar a mão ao pai, isso revela a sua relutância em identificar-se com o progenitor, etc.

Outro grande recurso de análise da criança consiste na interpretação do seu brinquedo<sup>21</sup>. A criança é introduzida num aposento onde, para seu prazer, encontra os mais diversos brinquedos. A criança, na convicção de estar sòzinha, sem saber que está sendo observada de uma cabine, escolhe um brinquedo e se põe a brincar à vontade; durante quinze minutos a meia hora, nesses folguedos a sós, a criança proporciona excelentes dados acerca do seu estado psíquico e do seu comportamento. Em seguida, colocando-se a criança no meio das outras, observa-se também a sua conduta nos folguedos em grupo, apreciando-se sobretudo a sua sociabilidade. Para melhor investigação da sua mentalidade, importa deixar à criança a iniciativa e a direção dos jogos<sup>5</sup>.

A criança, no jôgo, toma as coisas a sério, objetivando as suas fantasias e problemas nos brinquedos; ela *anima* os seus brinquedos, estabelecendo *identificações* dos mesmos com pessoas na vida real. Assim, os brinquedos desempenham papéis em situações nas quais a criança é o principal interessado. A criança brinca com os bonecos, atribuindo-lhes os significados de determinados personagens, falando-lhes e procedendo como se realmente fôsem as pessoas que representam. Então, começa a comportar-se, em face dos bonecos, como se fôsem as pessoas do seu ambiente familiar e social; dessa maneira, suas reações em relação aos brinquedos denunciam quais as suas atitudes em face das pessoas do seu meio.

Nessas circunstâncias, a criança revela impulsos que jamais confessaria por meio de palavras, aventurando-se a desempenhar papéis que, na vida real, seriam inibidos pela educação imposta pelos adultos circundantes. Durante a brincadeira, o pai bate no irmão, ou bate nela própria, ou acaricia a mãe, a criança intervém derrubando a progenitora, o irmão leva uma surra da criança, etc. Empolgada por essa dramatização, a criança desata a rir, saboreando as dificuldades, os ridículos, os sustos de certos personagens... Nessas condições, o analista, assistindo o desenrolar do brinquedo, observa

o desfile das reações de amor, ciúme, inveja, despeito, cólera, agressão, etc., da criança em relação aos pais, irmãos, professores e outras pessoas do seu convívio diário<sup>3</sup>. Dessa maneira, o jogo fornece excelente material para a compreensão do comportamento da criança. Por seu intermédio, o analista estabelece um diagnóstico do caso<sup>10</sup>.

O modo pelo qual a criança escolhe o brinquedo, como ela brinca ou se abstém de brincar, sòzinha ou no grupo, constituem dados suscetíveis de revelar a existência de neuroses. Para Schneershon, a neurose infantil seria a conseqüência da falta de jogo e, para se curar a neurose, bastaria fazer a criança aprender a brincar<sup>22</sup>. Na opinião de Bela Szekely, a nosso ver mais exata, a criança, quando não brinca, já seria uma neurótica e a indiferença pelo jogo seria um sintoma do seu quadro mórbido<sup>23a</sup>.

No tratamento psicanalítico, o adulto, por meio do *transfert* ou *transferência*, converge para o médico os afetos e ódios reprimidos, revelando-se carinhoso na *transferência positiva* e irritado na *transferência negativa*. Dessa maneira, faz sentir ao psicoterapeuta todos os seus sentimentos no tocante aos pais, aos irmãos e a todo o ambiente. Diante do analista, manifesta as reações que caracterizam a chamada *neurose de transferência*. Em face dessas reações da *transferência*, o médico esquiva-se de intervir, recolhendo-se a uma atitude neutra. Observa simplesmente as reações, pois constituem excelente material para a análise do caso. O analista, identificado com o pai pelo paciente, faz êste reviver as situações traumáticas da infância responsáveis pelos distúrbios psíquicos e, pela repetição dos episódios do passado, pela volta do material reprimido à consciência e pela descarga emocional então sobrevinda, o indivíduo recobra o bem-estar e o equilíbrio psíquico. Enfim, a neurose do indivíduo resolve-se à custa da *neurose de transferência*.

Ora, de acôrdo com Ana Freud, a criança, em virtude da sua pouca idade, ainda não teve tempo para reprimir um passado no inconsciente e, junto ao analista, está impossibilitada de reviver situações traumáticas antigas. Consegue tão sòmente exteriorizar conflitos e situações atuais, ainda em marcha no ambiente onde se está desenvolvendo. Como os seus pais ainda interferem poderosamente na sua personalidade e na sua vida, a criança está muito fixada aos mesmos e, por conseguinte, o analista tem maior dificuldade para se fazer identificado como o pai aos olhos da criança. Em geral, a criança limita-se a considerar o analista como uma nova pessoa com quem deve partilhar a sua afeição, mas sem chegar a considerá-la como um substituto do pai. Eis porque, na concepção de Ana Freud, as relações da criança e do analista não chegam a constituir uma *neurose de transferência* e, por isso, na criança, jamais se realizaria um tratamento psicanalítico realmente idêntico ao do adulto. No entanto, compete ao analista esforçar-se para receber as emoções da criança e, o mais possível, as emoções ternas peculiares à *transferência positiva*. Em vez de se manter na atitude passiva preconizada

no tratamento dos adultos, cabe-lhe intervir ativamente para atenuar as reações de ódio, de cólera, de agressão da criança, e incentivar-lhe as manifestações de carinho, à custa de todos os expedientes, inclusive falando mal da conduta dos pais no tocante ao jovem paciente. De um lado, o analista, para se fazer compreendido e amado, busca descer a um nível infantil, brincando com a criança de igual para igual; de outro lado, a criança, hábilmente conduzida pelo psicoterapeuta, busca elevar-se ao nível adulto do analista; aprendendo a cumprir sadiamente as suas tarefas com uma seriedade que já deve existir na vida infantil e, ainda em maior grau, na vida do adulto.

Em virtude da sua pouca idade, a criança ainda não dispõe de *super-ego* perfeitamente formado e, por isso, diante dos impulsos instintivos libertados e descarregados pela análise, não consegue dominá-los. O médico, na função de analista, favorece a descarga emocional reprimida, pois só assim se realiza a análise da criança. Entretanto, logo a seguir, precisa ensinar à criança os meios de frenar as tendências libertadas, fazendo-a aprender a assumir uma conduta subordinada ao *princípio da realidade* e adaptada ao meio social. Nesse objetivo, o médico favorece, na criança, o cultivo da sua energia, do seu contróle consciente, o fortalecimento do seu *ego*, ao mesmo tempo que orienta a criança no sentido de derivar, ou melhor, de *sublimar* as suas tendências inconfessáveis através de atividades superiores e úteis à sociedade. Dessa maneira, o médico, na concepção de Ana Freud, ensina à criança como deve comportar-se diante das exigências instintivas e, ao mesmo tempo, diante das exigências do mundo exterior. Assim, assume dois papéis: o de analista e o de educador. Na tarefa de análise, favorece, na criança, a liberação dos impulsos instintivos e, na tarefa de educação, ensina-lhe a frenagem dos mesmos impulsos. Em suma, o médico exerce a função de permitir e, ao mesmo tempo, proibir; de soltar e, ao mesmo tempo, prender. Ao encerrar-se o tratamento, o analista torna-se mais um educador do que um terapeuta, pois a psicanálise infantil, no esquema de Ana Freud, culmina numa pedagogia de base psicanalítica <sup>6a</sup>.

Em casos mais graves, a criança não só dispõe de *super-ego* pouco desenvolvido, mas ainda malformado, em consequência do ambiente doméstico desfavorável. A personalidade da criança não se encontra bem estruturada por causa das atitudes ansiosas, instáveis, inseguras, neuróticas, em suma, desfavoráveis da família. Nessas circunstâncias, de acôrdo com as normas de Ana Freud, sejam os pais aconselhados no sentido de corrigirem as suas atitudes e todo o ambiente do lar. Se fôr necessário, sejam os pais tratados e mesmo psicanalisados, conforme aconselha Meng. Em alguns casos, a personalidade da criança não se está desenvolvendo satisfatoriamente em virtude das atitudes desfavoráveis dos professores nas escolas. Educadores vítimas de problemas ligados à insatisfação sexual, nervosismos, instabilidades psicomotoras, impulsos agressivos não sublimados, tendências sádicas, etc., exercem desastrosa repercussão na

personalidade e no comportamento dos alunos; por isso já se tem cogitado da necessidade da psicanálise dos educadores<sup>19a</sup>. Em alguns casos, torna-se imprescindível separar a criança dos pais, professores e demais circunstantes reconhecidamente nocivos. Ao mesmo tempo, compete ao médico, mais do que nunca, no curso da análise, esforçar-se para estabelecer a maior *transferência* da criança na direção da sua pessoa, a ponto da criança identificar o seu próprio pai na pessoa do analista. Nessas condições, compete ao analista, da melhor maneira possível, arvorar-se em modelo digno de ser identificado pela criança, inspirando-lhe normas de conduta sadia, adaptada ao meio social e útil à comunidade.

Em contraposição às idéias de Ana Freud, Melânia Klein<sup>14a</sup> afirma que tôdas as crianças, mesmo a partir de 10 meses de vida extra-uterina, normais ou neuróticas, devem ser submetidas à psicanálise, inclusive a título profilático. Na sua opinião, a psicanálise deve ser um complemento indispensável a tôda a educação. Em vista do tratamento psicanalítico ser eficaz somente quando bem remunerado, de acôrdo com as concepções freudianas, Bela Székely<sup>23a</sup>, adversário das idéias de Melânia Klein, comenta, em tom satírico: "Sim, tôdas as crianças devem ser analisadas, mas desde que paguem...".

Melânia Klein considera que a criança já dispõe de muitas possibilidades análogas às do adulto e, por isso, o médico, no trato da infância, já pode recorrer muitas vêzes ao comportamento adotado na análise dos adultos. Enquanto Ana Freud não admite a possibilidade da *neurose de transferência* na criança e, por isso, a análise infantil terá de restringir-se a uma ação educativa, Melânia Klein afirma que, na análise, a criança é vítima de *neurose de transferência* semelhante à do adulto e, por conseguinte, torna-se suscetível à terapêutica analítica nos moldes clássicos destinados ao adulto. Então, Melânia Klein, a exemplo do que se passa na análise do adulto, permanece em atitude passiva no curso do tratamento da criança, enquanto se processa a *transferência* do jovem paciente na direção da sua pessoa, suscetível de traduzir-se através das reações carinhosas próprias da *transferência positiva* e das reações agressivas peculiares à *transferência negativa*. Para a exploração psicológica do caso<sup>14b</sup>, Melânia Klein, na sua atitude passiva e esquiva, faz a criança brincar à vontade, observa as suas reações no jôgo e, imediatamente, comunica à criança quais os motivos inconscientes que a fazem brincar desta ou daquela maneira. Na interpretação de Melânia Klein, os jogos infantis sempre exprimiriam, através de certos simbolismos, os impulsos e cogitações sexuais das crianças, exacerbados por sensações do próprio corpo ou pelo espetáculo das relações amorosas dos pais, assistido na intimidade dos lares<sup>14a</sup>.

Melânia Klein propõe-se a descobrir os impulsos inconscientes das crianças através dos seus jogos, a exemplo do que se faz na interpretação dos sonhos, onde se desvendam os *conteúdos latentes* dos mesmos à custa da análise dos seus *conteúdos manifestos*. E' inú-

til assinalar quanto de exagêro existe na interpretação do jôgo de acôrdo com a célebre técnica de Melânia Klein. A medida que a criança se entrega ao brinquedo, Melânia Klein logo lhe comunica o significado sexual das suas atividades lúdicas. Conforme criticam os adversários do método, a interpretação imediata revelada por Melânia Klein à criança, a propósito dos seus folguedos, não está de acôrdo com a regra básica da análise: no tratamento psicanalítico, compete ao próprio doente, orientado pelo analista, chegar a decifrar o *conteúdo latente* dos sonhos, dos devaneios, dos atos falhados, etc.; na técnica de Melânia Klein, as interpretações dadas aos brinquedos denunciarão mais os conflitos do analista do que os da criança... E' também indiscutível que as crianças, bombardeadas pelas interpretações sexuais atribuídas aos seus brinquedos, arriscam-se a sofrer traumatismos emocionais nocivos, de sorte que o método de Melânia Klein se torna um atentado à personalidade infantil, um crime de lesa-higiene mental.

Mas Melânia Klein não cogita dêsses perigos. Na sua opinião, o *super-ego* da criança já estaria bastante desenvolvido para dominar os impulsos libertados pela análise. Por isso, Melânia Klein, como se fôsse no tratamento de um adulto, se mantém em atitude passiva, sem socorrer a criança. Em geral, não cogita de modificar as atitudes dos adultos e as condições do ambiente doméstico da criança. Inabalável nas suas convicções, prossegue nos tratamentos durante tempos extremamente longos, conforme assinala nos seus livros (caso Inge, 375 horas; Kenneth, 225 horas; Werner, 210 horas; Ruth, 190 horas, etc.). No comentário dos adversários do método, o tratamento é prolongado e dificilmente se encerra porque está na contingência de debelar uma neurose deflagrada e entretida pelo próprio tratamento...

As concepções psicanalíticas não só chocaram a massa, mas suscitaram desconfiança entre muitos discípulos de Freud, que, então, construíram teorias dissidentes. Para Adler, o impulso básico não seria a *libido* freudiana, mas o impulso do indivíduo para se afirmar no mundo, a *vontade de poder*<sup>1a</sup>. Logo depois de nascer, o indivíduo elaboraria um *estilo de vida* no qual se tornaria vitorioso na existência. Entretanto, desde o nascimento, o indivíduo se sentiria fraco e deficiente, mórmente se fôsse vítima de alguma *inferioridade de órgãos*; por isso, tornar-se-ia prêsas de um *complexo de inferioridade*<sup>1b</sup>. Para vencer as suas deficiências, desenvolveria grandes esforços, culminando às vêzes por ultrapassá-los e sair vitorioso na luta. Por um fenômeno de supercompensação psíquica, o indivíduo chegaria mesmo a alimentar um *complexo de superioridade*.

O neurótico seria incapaz de compensar as suas deficiências num plano real e sadio e buscaria compensá-las numa ficção consoladora, na qual se figuraria instalado num mundo seguro e tranqüilo, sem qualquer necessidade de luta. Dessa maneira, o neurótico, todo voltado para seu mundo imaginário e descabido, tornar-se-ia um inadaptado na vida social, destituído do *sentimento da comunidade*<sup>1c</sup>. Nes-

sas condições, a terapêutica do caso consistiria em desmascarar a neurose aos olhos do próprio paciente, demonstrar-lhe quanto é artificial o seu *estilo de vida*, desmanchar a trama que êle forjou em busca de ideais utópicos, reconduzê-lo à realidade das coisas, adaptá-lo ao meio ambiente e reavivar-lhe o *sentimento de comunidade*. Com a interpretação das reações da criança como tentativas para compensar os seus *complexos de inferioridade* e realizar, num plano real ou fictício, os seus *estilos de vida*, Adler contribuiu preciosamente para a compreensão da personalidade infantil. Com justiça, celebrizaram-se seus estudos acêrca das crianças inválidas, mimadas, escorraçadas, delinqüentes e outras, suscetíveis de correção à custa da análise que as faça voltarem-se para a realidade e lhes suscite o *sentimento da comunidade*<sup>8</sup>.

Para Jung, criador da *psicossíntese*, o homem seria dirigido, não pela *libido*, na concepção freudiana, mas por uma *energia vital* de sentido mais amplo. Comportar-se-ia, não só em função de *complexos individuais*, mas ainda de *complexos superindividuais* ou *coletivos*, depositários das imagens arcaicas ou *arquétipos*, representantes dos pensamentos mais velhos, mais gerais e mais profundos da espécie humana<sup>13a</sup>. De acôrdo com a *psicossíntese* ou *psicologia complexa* de Jung, o homem às vêzes constitui um *tipo introvertido*, com a energia psíquica voltada para dentro, e, outras vêzes, um *tipo extrovertido*, com a energia vital orientada para fora<sup>13b</sup>. Em consequência de conflitos atuais, sobrevindos ao indivíduo no momento presente, e jamais de traumatismos de infância, deflagrariam as neuroses. A terapêutica implicaria na análise dos complexos individuais e coletivos, mórmente à custa da interpretação dos sonhos, e num trabalho de reeducação, de psicologia, com o intuito de dirigir o indivíduo ao encontro da religião e, mediante o desenvolvimento de uma capacidade extática, fazê-lo aproximar-se de Deus<sup>11</sup>.

Jung, como pastor protestante, culminou em conclusões bastante místicas. Embora haja cogitado de normas educacionais e terapêuticas da infância, as suas concepções não trouxeram contribuições à altura das de Adler, no domínio da psicologia da criança e do adolescente, em condições normais e patológicas.

Em concepção de escassa repercussão na atualidade, Otto Rank admitiu que as condições psíquicas do homem normal, neurótico ou psicopata, estariam filiadas ao *traumatismo do nascimento*<sup>15</sup>.

Stekel, célebre pela sua intuição dos conflitos mentais dos neuróticos, imprimiu um cunho mais clínico à psicanálise, estabelecendo concepções baseadas na rigorosa realidade da casuística e propondo métodos terapêuticos mais curtos e práticos, próprios da chamada *psicanálise ativa* ou *abreviada*. Com sutileza genial, analisou a influência do ambiente doméstico sôbre a criança, traçou normas magistrais de educação e de higiene mental da infância e da adolescência, interpretou, sempre de modo pessoal, as alterações da vida instintiva e afetiva. No setor das neuroses sexuais, demonstrou que

ao contrário da opinião de Freud, a masturbação só seria nociva por causa dos conflitos morais suscitados pelos preconceitos acerca do vício.

Para Austregésilo<sup>2</sup>, a personalidade humana não se subordinaria somente à *libido*, mas também ao instinto de nutrição, à *fames*, e ao controle individual e social, o *ego*, suscetíveis de serem deslindados no indivíduo sadio ou doente à custa da análise mental.

Nos tempos atuais, a maior contribuição para a psicanálise tem partido dos Estados Unidos, onde foi introduzida por Adolf Meyer, Franz Alexander, Brill e outros<sup>4</sup>. Karen Horney, Erich Fromm e Harry Stack Sullivan criaram um *neofreudismo*, pondo em relêvo, na estruturação da personalidade humana, o papel dos fatores culturais. Assim, imprimiram um cunho mais sociológico à psicanálise<sup>9</sup>. Conforme o novo movimento, as fases descritas por Freud na evolução da sexualidade infantil seriam principalmente dependentes das influências culturais do meio.

Na *fase anal*, a criança preocupar-se-ia demais com as fezes, porque os seus pais, obedecendo aos ditames da cultura ocidental, insistem em ensinar-lhe as normas de higiene. Os *complexos de Édipo* e de *Electra* seriam cultivados pelas atitudes dos pais; quando a mãe mima demais o filho, este, assim cortejado, tenderia a amá-la de modo mais particular; o mesmo sucederia quando o pai se põe a mimar demasiado a filha. Se ambos os pais tratarem igualmente os filhos, não se formariam os complexos de Édipo e de Electra. O *complexo de castração* estabelecer-se-ia por causa dos comentários, brincadeiras e ameaças dos adultos no tocante aos órgãos sexuais do menino. Na menina, o desejo de ser homem, o *complexo de castração*, seria condicionado pelo fato do sexo masculino dispor de maiores regalias na sociedade moderna. Entretanto, nos Estados Unidos, por exemplo, de acordo com a observação de Laretta Bender, as meninas já não denunciam muito freqüentemente tal desejo, pois gozam de direitos iguais aos homens, com a vantagem de que não estão obrigadas à convocação para lutar nas linhas de frente; por isso, os meninos já denunciam, com maior freqüência, o desejo de serem mulheres... A *fase de latência* seria determinada apenas pela norma cultural de se fazer silêncio em matéria sexual entre os jovens. A *fase fálica* resultaria do prazer que a criança experimenta com a manipulação dos órgãos sexuais, em obediência a um erotismo realmente existente no indivíduo. À luz das concepções da *sociopsicanálise*, o neurótico seria principalmente uma vítima da civilização ocidental, propícia à criação da angústia em virtude da sua repressão à agressividade.

A psicanálise já constitui uma especialidade dentro da psiquiatria e, por sua vez, a psicanálise da criança já representa uma especialidade dentro da psicanálise. Infelizmente, as concepções psicanalíticas, em período de transição, ainda não estão bem consolidadas, conforme se conclui diante das divergências desencadeadas no



seio do movimento freudiano. Quando os psicoterapeutas desejam seguir uma orientação psicanalítica, necessitam evidentemente de rigorosa preparação especializada. Na opinião de alguns, é indispensável a *análise didática* e, na opinião de outros, isso não é necessário. Na concepção de alguns, somente o médico deve fazer a psicanálise e, na concepção de outros, não é preciso ser médico para fazer o tratamento psicanalítico; na opinião destes últimos, os profanos da medicina podem exercer a psicanálise, assim como pessoas não médicas fazem massagens e injeções. A exploração do inconsciente humano encerraria tanta responsabilidade quanto uma massagem ou uma injeção.

Nos grandes centros psiquiátricos do mundo continuam as controvérsias no tocante aos múltiplos aspectos da psicanálise. Em meio de tantas polêmicas, os psicanalistas, organizados em escolas às vezes herméticas, arriscam-se a resvalar para um dogmatismo anticientífico, já de certo colorido místico. Enfim, os métodos de tratamento psicanalítico, apesar dos esforços geniais de Stekel e de outros, ainda persistem de manêjo difícil: exigem, muitas vezes, uma duração muito prolongada, de alguns anos, e tornam-se extremamente onerosos, em vista dos êxitos terapêuticos só se verificarem quando as sessões fôrem bem remuneradas, consoante a advertência do próprio Freud. No entanto, seja como fôr, a psicanálise trouxe preciosa contribuição para a psiquiatria contemporânea, principalmente no setor da criança e, em todos os serviços de medicina mental da infância, deve haver uma secção de psicoterapia psicanalítica, destinada à análise e tratamento dos casos indicados.

## BIBLIOGRAFIA

1. Adler, A. — a) A Ciência da Natureza Humana. Trad. brasileira. Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1945; b) A Ciência de Viver. Trad. brasileira, ed. 2, Liv. José Olympio Edit., Rio de Janeiro; c) Le Tempérament Nerveux. Trad. francesa. Ed. Payot, Paris, 1926.
2. Austregésilo, A. — Fames, Libido, Ego. Edit. Guanabara, Rio de Janeiro, 1938.
3. Cameron, W. M. — The treatment of children in psychiatric clinics with particular reference to the use of play techniques. Bull. Menninger Clin., 4 (novembro) 1940.
4. Doyle, I. — O sentido do movimento psicanalítico. Liv. Edit. da Casa do Estudante do Brasil, Rio de Janeiro, 1950.
5. Évart-Chimielski, E. — Traitement du caractère par le jeu chez l'enfant. Enfance (Paris), 1 (janeiro-fevereiro) 1951.
6. Freud, A. — a) Introducción al Psicoanálisis para Educadores. Trad. castelhana. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1948; b) Introdução à Técnica da Análise Infantil. Trad. brasileira. Marisa Edit., Rio de Janeiro, 1934.
7. Freud, S. — a) Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. Trad. castelhana. Edit. Americana, Buenos Aires, 1943; b) El múltiplo Interés de la Psicoanálisis. Trad. castelhana. Edit. Americana, Buenos Aires, 1943; c) La Interpretación de los Sueños. Trad. castelhana. Edit. Americana, Buenos Aires, 1943.

8. Ganz, M. — La Psicología de Alfredo Adler y el Desarrollo del Niño. Trad. castelhana. Espasa-Calpe S.A., Madrid, 1938.
9. Horney, K. — El Nuevo Psicoanálisis. Trad. castelhana. Fondo de Cultura Económica, México, 1943.
10. Jackson, L. e Kathleen, M. T. — Child Treatment and the Therapy of Play, ed. 2. Methuen & Co. Ltd., Londres, 1948.
11. Jacobi, J. — La Psicología de Jung. Trad. castelhana. Espasa-Calpe S.A., Madrid, 1947.
12. Jardim, R. — Psychanalyse e Educação. Cia. Melhoramentos, São Paulo.
13. Jung, C. G. — a) Lo Inconsciente. Trad. castelhana. Edit. Losada S.A., Buenos Aires, 1938; b) Tipos Psicológicos. Trad. castelhana. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, 1943.
14. Klein, M. — a) El Psicoanálisis de Niños. Trad. castelhana. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1948; b) O Raiar da Consciência na Criança. A Moderna Psicanálise. Trad. brasileira. Edit. Gertum Carneiro, Rio de Janeiro.
15. Kris, M. — Análise da criança. In A Moderna Psicanálise. Trad. brasileira. Edit. Gertum Carneiro, Rio de Janeiro.
16. Lebovici, S. — L'action du psychiatre d'enfants auprès des parents: problèmes posés par la psychothérapie infantile. Sauvegarde de l'Enfance (Paris), 6 (junho-agosto) 1951.
17. Pfister, O. — El Psicoanálisis y la Educación. Trad. castelhana. Edit. Losada S.A., Buenos Aires, 1943.
18. Rabello, S. — Psicologia do Desenho Infantil. Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1935.
19. Ramos, A. — a) Educação e Psychanalyse. Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1934; b) Freud, Adler, Jung. Edit. Guanabara, Rio de Janeiro.
20. Rank, O. — O Traumatismo do Nascimento. Trad. brasileira. Marisa Edit., Rio de Janeiro, 1934.
21. Ribas, J. C. — Origens, funções e normas de recreação infantil. Neurônio (São Paulo) 7, 1946.
22. Schneersohn, F. — La Neurosis Infantil, su Tratamiento Psico-pedagógico. Trad. castelhana. Ediciones Iman, Buenos Aires, 1940.
23. Székely, B. — a) El Niño Neurótico. Introducción a su Re-educación y Psicoterapia. El Ateneo, Buenos Aires, 1934; b) Psicoanálisis y Educación. Colégio Libre de Estudios Superiores, Buenos Aires, 1940.
24. Vasconcelos, F. — O Desenho e a Criança. Liv. Clássica Edit., Lisboa, 1939.
25. Wallon, Naville e Zazzo — Le Dessin chez l'Enfant. Enfance (Paris), número especial (maio-outubro) 1950.
26. Zullinger, H. — Les Enfants Difficiles. Trad. francesa. L'Arche Edit., Paris, 1950.

*Clínica Psiquiátrica — Faculdade de Medicina — São Paulo.*

\* \* \* \*

## ANEURISMAS ESPONTÂNEOS COM LOCALIZAÇÃO RARA. A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

OTÁVIO MARTINS DE TOLEDO \*  
JOAQUIM BUENO NETO \*\*

ALBRECHT HENEL \*\*\*  
MIGUEL ZUPPO \*\*\*\*

Os aneurismas arteriais das extremidades, tanto os espontâneos ou secundários, como os de origem traumática, constituem ocorrências relativamente raras; em períodos de guerras a casuística dos aneurismas traumáticos aumenta muito. No Serviço Cirúrgico em que trabalhamos, em 16 anos, foram observados apenas 23 casos de aneurismas arteriais das extremidades, dos quais, 16 espontâneos e 7 traumáticos. Dos 13 casos de aneurismas espontâneos, quase todos, a julgar pelas reações sorológicas positivas, eram de natureza luética; dentre êles, dois apresentavam localização rara, um na artéria pediosa, e outro em ramo da artéria isquiática.

### OBSERVAÇÕES

J. J. N., homem com 40 anos de idade, brasileiro, pardo, solteiro, carvoeiro, foi admitido no Hospital das Clínicas, em 28-8-1951, com uma queixa intestinal baixa, ignorando completamente a existência da tumoração pulsátil que apresentava no dorso do pé esquerdo. Os exames procedidos mostravam que o paciente apresentava retite estenosante por linfogranulomatose, tratada por amputação perineal do reto, com transversostomia prévia.

Com relação aos membros inferiores, o paciente relatava apenas inchaço nos pés, principalmente no esquerdo, quando andava muito e quando o calor era excessivo. Nunca notara a existência de qualquer tumor no dorso do pé esquerdo, não sabendo, portanto, informar quando êle apareceu e qual sua causa, negando ter traumatizado essa região. Como antecedentes pessoais refere reumatismo, hemorragia, cancro e adenite supurada. É etilista e tabagista moderado. No exame físico dos diversos aparelhos, excluído o gastrointestinal, há apenas a notar, na área cardíaca, um sopro sistólico na ponta e um sopro aórtico. Pressão arterial, 120-80 mm Hg. Discreto edema no pé e região tibiotársica à direita.

*Membro inferior esquerdo* — A côxa e perna esquerdas nada apresentam de anormal. O pé esquerdo (fig. 1) está mais edemaciado, principalmente no dorso, sendo mais quente que o pé direito. No dorso do pé, a 6 cm abaixo da articulação tibiotársica, no trajeto da artéria pediosa, palpa-se pequeno tumor, difuso, de limites pouco nítidos, de consistência clá-

---

Trabalho da 1ª Clínica Cirúrgica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Alípio Correia Neto).

\* Médico assistente.

\*\* Médico auxiliar.

\*\*\* Médico interno.

\*\*\*\* Doutorando de Medicina.

tica, que apresenta pulsação síncrona com o pulso radial e frêmito de pouca intensidade. A ausculta do tumor revela sôpro intermitente, sistólico e curto. À compressão da pediosa, acima do tumor, desaparecem o frêmito e o sôpro, e o tumor diminui de volume. As artérias periféricas, inclusive a tibial posterior e a pediosa, são igualmente palpáveis nos dois membros.

*Exames complementares — Reações sorológicas para sífilis (2-7-1951):* R. Wassermann anticomplementar; R. Kline positiva. Após tratamento com penicilina (17-8-1951): R. Wassermann negativa; R. Kahn negativa; R. Kline positiva. *Termometria:* A termometria comparativa dos dois pés acusou temperatura mais elevada no dorso do pé esquerdo, como já fora notado pela palpação. *Oscilometria:* índice oscilométrico igual em ambos os membros.

*Arteriografia,* feita com Cilatrast, por punção direta da artéria pediosa previamente dissecada, mostrou uma formação sacular, do tamanho de uma avelã, no trajeto da artéria referida. Após a arteriografia, a pediosa foi seccionada, acima do tumor, entre duas ligaduras.

*Diagnóstico clínico —* Aneurisma espontâneo, provavelmente sífilítico, da artéria pediosa esquerda.

*Tratamento —* A ligadura dupla e secção do segmento proximal da artéria pediosa, feita imediatamente após a arteriografia, já havia constituído um tratamento. Realmente, nos dias seguintes a essa ligadura, a pulsação, o frêmito e o sôpro desapareceram e o tumor se tornou endurecido. Após a ligadura, o tumor, como era de se esperar, continuou a fazer saliência no dorso do pé; com a finalidade de melhor esclarecer a etiologia, resolvemos proceder à sua extirpação. A *aneurismectomia* foi realizada em 16-8-1951, sob anestesia local; colocado o garrote, por prevenção, sem ser apertado, no têrço inferior da perna, foi feita a incisão da pele, do subcutâneo e da aponeurose do dorso do pé, numa extensão aproximada de 5 cm; depois de ligeira dissecção, foi encontrada, entre os tendões dos extensores, uma tumoração arredondada, dura, do tamanho de uma azeitona, apresentando aderências com os tecidos vizinhos; desfeitas essas aderências, dissecados e ligados os segmentos proximal e distal da pediosa, o aneurisma foi facilmente extirpado.

*Exame anátomo-patológico —* Aneurisma da artéria pediosa; arteriosclerose. Os cortes da parede do aneurisma mostram tecido colágeno acompanhado de feixes musculares em algumas áreas e de fibras elásticas em outras. Não foram encontrados infiltrados inflamatórios que sugerissem a etiologia do processo. Os cortes transversos do aneurisma mostravam a limitante elástica interna desdobrada (Dra. Maria Luísa Mercadante).

*Pós-operatório —* Transcurso normal. A aneurismectomia, como se esperava, não acarretou qualquer deficiência circulatória no pé e o doente recebeu alta, curado do aneurisma, em 10-10-1951, não tendo mais voltado ao Serviço, nem enviado notícias.

*Comentários —* Em face do exame físico, que mostrou tratar-se de um tumor de consistência elástica, com pulsação, frêmito e sôpro sistólicos, que desaparecia pela compressão proximal da artéria, em cujo trajeto se localizava e, à vista da imagem arteriográfica, não houve dificuldade diagnóstica. Como não havia referência a traumatismo da região e não existisse qualquer cicatriz na área do tumor, o aneurisma não podia ser traumático e sim espontâneo.

Muitas vezes é difícil estabelecer a natureza etiológica dos aneurismas espontâneos. As causas mais comuns são a sífilis e a arte-

riosclerose, não sendo sempre fácil o diagnóstico etiológico diferencial, principalmente nos casos de aneurismas de pequenas artérias periféricas; mesmo nos casos com sinais clínicos evidentes de sífilis e reações sorológicas positivas, nem sempre o exame anátomo-pato-

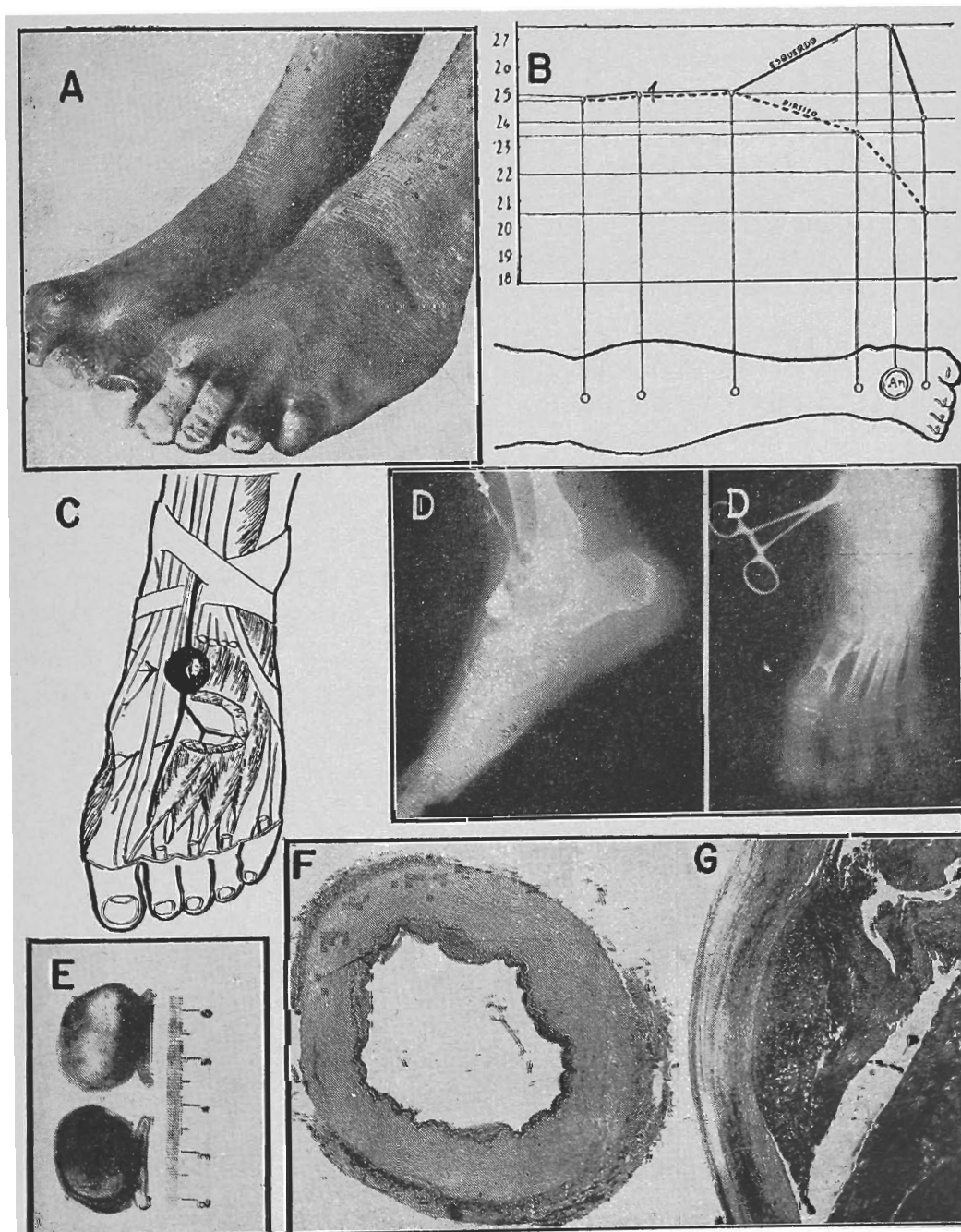


Fig. 1 — Caso J. J. N. Em A, aneurisma da artéria pediosa antes de operado; em B, termometria cutânea dos membros inferiores a partir do joelho; em C, esquema mostrando as relações topográficas do aneurisma; em D, arteriografias mostrando o aneurisma sacciforme no trajeto da artéria pediosa esquerda; em E, aspecto macroscópico do aneurisma estirpado, cortado ao meio; em F, corte microscópico da artéria aneurismática; em G, corte da parede do aneurisma.

lógico encontra elementos que autorizem o diagnóstico de lues. Acresce ainda, para dificultar ainda mais a diferenciação, que a sífilis e a arteriosclerose podem coexistir no mesmo indivíduo.

Em nosso caso, em virtude da idade do paciente (40 anos), da positividade das reações sorológicas para sífilis e da ausência de sinais clínicos de arteriosclerose, a etiologia luética se impunha, embora seja sabido que pode haver arteriosclerose precoce. Todavia, ao exame anátomo-patológico do aneurisma não foram encontrados sinais de arterite sífilítica e sim de arteriosclerose. Não sabemos se, diante da disparidade entre o exame clínico e o exame anátomo-patológico, deveríamos, neste caso, excluir inteiramente a sífilis como fator etiológico adjuvante, ou admiti-lo ao lado da arteriosclerose, e considerar o aneurisma como de natureza arteriosclerótico-sifilítica, o que nos parece ser mais razoável.

O tratamento de escolha dos aneurismas das pequenas artérias periféricas é, em geral, a aneurismectomia, precedida da ligadura dupla, extra-sacular, da artéria. A extirpação do aneurisma, geralmente fácil nesses casos, pode ser realizada sem dano à circulação colateral e aos tecidos vizinhos, sem perigo, pois, de gangrena das partes distais. Nos casos em que houver alguma dificuldade na extirpação do aneurisma, pode ser feita a ligadura do segmento proximal da artéria, rente à bolsa, método que, nos pequenos aneurismas de artérias periféricas, geralmente dá bons resultados. O aneu-

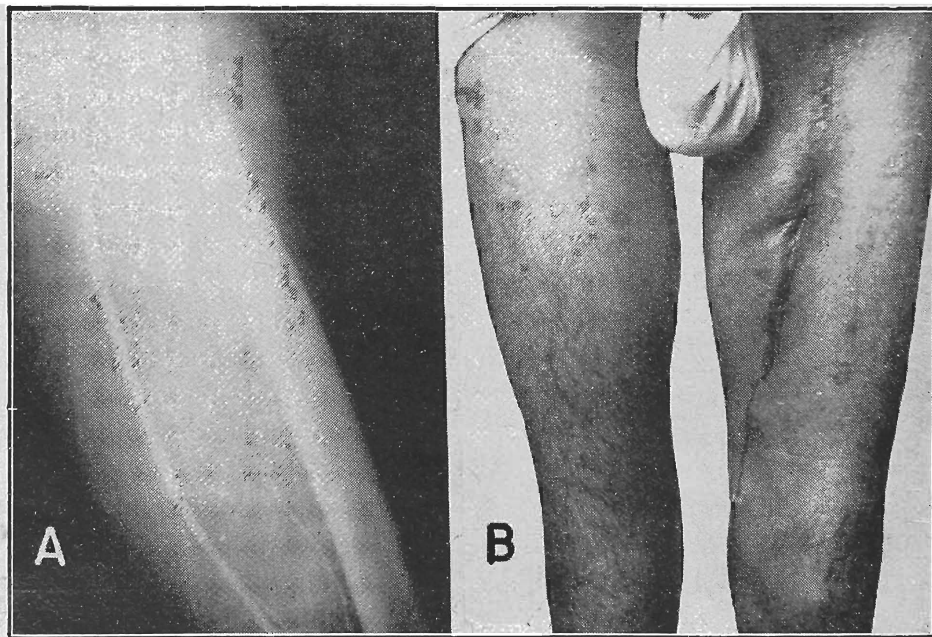


Fig. 2 — Caso E. C. Em A, arteriografia feita por punção direta da femoral, abaixo da arcada, mostrando a integridade dessa artéria; não está visualizada a femoral profunda, cuja ausência foi comprovada no ato operatório. Em B, incisão operatória ainda não inteiramente cicatrizada.

risma obliterado por coagulação, após a ligadura, tende a desaparecer com o tempo, por reabsorção do coágulo; entretanto, sua permanência durante certo período, sob forma de tumor duro, pode, conforme seu tamanho e localização, acarretar alguns inconvenientes, razão pela qual, a extirpação deve ser sempre preferida. Os aneurismas das pequenas artérias periféricas não comportam o emprêgo de métodos intra-saculares, e a pouca importância e reduzido calibre dessas artérias, não aconselham a tentativa de restauração de sua continuidade.

No caso ora apresentado, a ligadura proximal da artéria pediosa, feita a alguma distância da bôlsa (ligadura de Hunter), ocasionou a obliteração do aneurisma, por coagulação intra-sacular. Esta ligadura, por si só, certamente teria sido suficiente para a cura do paciente. Pelas razões já expostas, foi ela, no entanto, complementada pela aneurismectomia, realizada não ao mesmo tempo que a primeira ligadura, porém, num segundo tempo, por motivos de somenos importância.

E. C., homem com 22 anos de idade, brasileiro, branco, solteiro, trabalhador rural, internado em 7-5-1952 no Hospital das Clínicas. Refere o paciente que, há 4 meses, depois de forte dor em pontada na côxa esquerda, notou nessa região o aparecimento de um tumor difuso, às vezes doloroso. Na mesma ocasião teve dôres articulares, principalmente na articulação metacarpo-falangiana do anular direito e no cotovêlo do mesmo lado. Nos antecedentes pessoais relata infecção sifilítica. O paciente já estivera internado em outro Serviço, onde fôra feita uma incisão ao nível do tumor, para a colheita de material de biópsia, na suposição de se tratar de neoplasia. Entretanto, depois de incisos os planos superficiais, foi verificado que a tumoração era constituída por massa de coágulos; o tecido subcutâneo e a pele foram fechados com dois pontos separados de fio de sêda. Após essa pequena intervenção, o paciente teve, nos dias que se seguiram, duas hemorragias através da incisão, uma das quais tão intensa que o levou a estado de choque.

Pelo exame local verificou-se que a côxa esquerda estava muito aumentada de volume nos seus dois terços superiores, em consequência da presença de um tumor, pouco doloroso à pressão. À palpação notou-se um frêmito sistólico, de pouca intensidade, na parte mais saliente do tumor e, pela ausculta, ouviu-se sôpro sistólico, intermitente; artérias tibial posterior e pediosa palpáveis em ambos os lados. Pressão arterial: mx. 120; mn. não mensurável. Pulso com 134 bat./min. Temperatura 39°C. *Reações sorológicas para a lues*: R. Wassermann anticomplementar; R. Kahn e Kline positivas.

*Diagnóstico clínico* — Aneurisma espontâneo rôto (provavelmente sifilítico) da artéria femural esquerda.

*Operação* (13-5-1952) — Anestesia geral por inalação endotraqueal de ciclopropano e oxigênio. Foram colocados dois garrotes no membro, um na raiz da côxa, outro no seu terço inferior, os quais ficaram dentro do campo esterilizado, prontos para serem apertados a qualquer momento; incisão longitudinal da pele e subcutâneo, iniciada no meio da prega ingüinal e dirigida distalmente, no trajeto dos vasos femurais, numa extensão de 12 cm; incisão da aponeurose e dissecação da artéria femural, a qual foi, a seguir, enlaçada por um garrote de borracha, como preparação à hemostasia preventiva. Neste momento foi feita a *arteriografia* por punção direta da artéria femural, verificando-se que esta, bem visualizada, não apre-



sentava nenhuma solução de continuidade (fig. 1), o que afastou a possibilidade de estar o aneurisma localizado em seu curso; a artéria femural profunda não foi visualizada, embora o contraste tenha sido injetado na artéria femural em nível alto, junto da arcada. Com os informes fornecidos pela arteriografia foi iniciada a intervenção sobre o aneurisma propriamente dito, sendo comprimido o garrote colocado na raiz da coxa, assim como o que circundava a artéria; incisão da tumoração na face anterior da coxa em toda a extensão da ferida operatória, mostrando a existência de grande bolsa cheia de sangue coagulado e fibrina, que foram retirados manualmente. Esta bolsa, numa parte mínima, era revestida por uma membrana com aspecto de endotélio e, na maior parte, delimitada pelos tecidos da região. Após vistoria cuidadosa dessa loja pseudo-aneurismática, foi encontrada, em seu polo superior, uma membrana esbranquiçada e lisa, com aspecto de fragmento de endotélio, na superfície da qual se abriam dois pequenos orifícios dos quais jorrava sangue, à maneira de artéria, separados um do outro por uma distância de uns 3 cm. Esses dois orifícios apresentavam contornos regulares, dando a impressão de serem correspondentes aos segmentos proximal e distal da artéria, abrindo-se numa bolsa aneurismática rôta; ambos foram suturados com dois pontos separados de fio de seda. Os garrotes da raiz e do terço inferior da coxa foram afrouxados, só permanecendo apertado o que restringia diretamente a artéria femural, verificando-se, então, não haver sangramento no campo operatório. Em seguida, foi feita inspeção cuidadosa de todo o campo operatório, com o fim de identificar a artéria responsável pelo hematoma; a artéria femural foi dissecada até o ligamento ingüinal, não tendo sido encontrada a artéria femural profunda, nem qualquer outro vaso que correspondesse aos orifícios suturados. Esta pesquisa confirmou, pois, a ausência, neste caso, da artéria femural profunda, já indicada pela arteriografia; pela inspeção feita no campo operatório, chegou-se à conclusão de que a artéria rôta deveria ser, provavelmente, um ramo da artéria isquiática e que, realmente, o que se romperá, fôra um aneurisma dessa artéria. Após o tamponamento da cavidade, a ferida operatória foi diminuída na sua extensão pela sutura parcial dos diferentes planos com pontos separados.

*Diagnóstico pós-operatório* — Aneurisma espontâneo, rôto, de ramo da artéria isquiática.

*Pós-operatório* — No pós-operatório prosseguiram o tratamento antiséptico e a administração de antibióticos. Foram feitos curativos diários da ferida operatória com água oxigenada. O doente melhorou progressivamente e a cicatrização da ferida decorreu normalmente. Os pulsos das artérias poplítea, tibial posterior e tibiosa continuaram palpáveis depois da operação. Em 6-6-1952 o paciente teve alta, com a incisão prestes a cicatrizar-se, em boas condições. O paciente voltou ao Serviço um mês após a operação, completamente restabelecido. Examinado 3 meses depois, continuava passando bem, sem deficiência circulatória no membro operado.

*Comentários* — Esta observação mostra como pode passar despercebido um aneurisma arterial, verdadeiro ou falso, ao exame menos cuidadoso, quando não se tem em mente a possibilidade de sua ocorrência. Põe também em relêvo o perigo a que estão expostos o paciente e o cirurgião, em casos em que o aneurisma é tomado por outra afecção; a abertura inadvertida de um aneurisma, sem os preparativos indispensáveis para tal operação, atormenta qualquer cirurgião e pode acarretar conseqüências funestas ao doente.

A arteriografia pré-operatória foi muito útil neste caso. Ela mostrou que o tronco da artéria femural estava íntegro e que, portanto, o aneurisma não era dessa artéria, como se supunha, mas de



uma outra qualquer, o que, sem dúvida, melhorava muito o prognóstico. Na arteriografia, não aparecia a femural profunda; a ausência de visualização desta artéria foi interpretada como devida ao fato de a injeção de contraste na artéria femural ter sido feita, inadvertidamente, em nível distal à emergência da femural profunda, como às vezes acontece. Em face dessa interpretação, foi admitido que o aneurisma, dado o grande volume do hematoma, não sendo do tronco da femural, deveria ser da femural profunda, seu maior tributário. Pela operação, no entanto, verificou-se a não existência da femural profunda neste caso e que o aneurisma, a despeito do grande volume do hematoma, era de uma outra artéria, de pequeno calibre, provavelmente um ramo da isquiática.

## RESUMO

Os autores relatam dois casos de aneurisma arterial espontâneo, com localização relativamente rara: um da pediosa, e outro de ramo da artéria isquiática. Os dois casos foram documentados por arteriografia e ambos foram operados com pleno êxito. O aneurisma da pediosa foi extirpado e o de ramo da isquiática foi tratado por endoaneurismorrafia obliterante de Matas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ayres Netto, J. — Falso aneurisma da artéria radial. Operação. An. Paulistas de Med. e Cir., 4:57-61, 1915.
2. Bressnan, P. — Tratamento dos aneurismas pelo emprêgo do celofane. Bol. Sanat. São Lucas, 12:179-185, 1951.
3. Chaves, J. A. — a) Aneurisma artério-venoso traumático da humeral. Rev. Paulista de Med., 6:81-85, 1935; b) Aneurisma da artéria poplítea. Rev. Paulista de Med., 6:211-216, 1935.
4. Elkin, D. — Traumatic Aneurysm. Surg., Gynec. a. Obst., 32:1-12, 1946.
5. Gage, M. — Traumatic arterial aneurysms of the peripheral arteries. Am. J. Surg., 59:210-231, 1943.
6. Hermeto Jr., S. — Aneurisma espontâneo da artéria poplítea em portador de uma arteriopatia obliterante: rotura do saco com formação de grande hematoma peri-aneurismal. Aneurismectomia. Arq. Cir. Clín. e Exper., 9:77-85, 1945.
7. Kampmeier, R. H. — Sacular aneurysm of the thoracic aorta; a clinical study of 633 cases. Ann. Int. Med., 12:624, 1938.
8. Kirshbaum, J. D. e Kraft, G. L. — Traumatic arterioesclerotic aneurysm of the tibial artery simulating an osteogenic sarcoma of the fibula. Ann. Surg., 117:793-797, 1943.
9. Kroeff, M. — Aneurismas. Tratamento operatório. Hospital, 1:81-98, 211-230 e 2:91-110, 1937.
10. Lilly, G. — The management of aneurysms of the lower extremities. Ann. Surg., 123:601-609, 1946.
11. Lima, P. — a) Aneurisma da artéria cubital direita, de origem reumatismal. Rev. Paulista de Med., 2:84-91, 1933; b) Aneurisma de origem reumatismal. An. Paulistas de Med. e Cir., 31:633-663, 1936.

12. McSwain, B. e Diveley, W. — Arterial aneurysms. *Ann. Surg.*, **132**: 214-224, 1950.
13. Matas, R. — Aneurysms. *In Keen: Surgery*. Saunders Co., Filadélfia, 1916.
14. Musa, F. — Aneurisma traumático. *Rev. Cir. São Paulo*, **12**:11-21, 1946.
15. Paulino Filho, A. — Tratamento cirúrgico dos aneurismas. *Rev. Bras. de Cir.*, **5**:25-40, 1936.
16. Paulino Filho, A. e Rosa, J. V. — Arteriografia dos membros. *Rev. Med. Municipal (Rio de Janeiro)*, **1**:9-36, 1941.
17. Paulino Filho, A. e col. — Diagnóstico radiológico e tratamento cirúrgico dos aneurismas. *Rev. Bras. de Cir.*, **1**:543-554, 1932.
18. Pratt, G. H. — Traumatic aneurysms of the extremities. *Am. J. Surg.*, **71**:743-747, 1946.
19. Reid, M. R. — Aneurysms in the Johns Hopkins Hospital. *Arch. Surg.*, **12**:1, 1926.
20. Schumacker Jr., H. B. e Carter, K. L. — Arteriovenous fistulas and arterial aneurysms in military personnel. *Surgery*, **20**:9-25, 1946.
21. Theis, F. V. — Peripheral arterial aneurysms: diagnosis, prognosis and treatment. *Internat. Clin.*, **2**:205-216, 1940.
22. Toledo, O. M. — Diagnóstico e tratamento dos aneurismas das artérias periféricas. *Rev. Paulista de Med.*, **22**:379-380, 1943.
23. Zuckermann, C. e Proctor, E. — Traumatic palmar aneurysm. *Am. J. Surg.*, **72**:52-56, 1946.

*1ª. Clínica Cirúrgica — Hospital das Clínicas — São Paulo.*

\* \* \* \*

## DERMATOSES PROFISSIONAIS

HELÁDIO FRANCISCO CAPISANO \*

As estatísticas de freqüência mostram a importância médico-social das dermatoses do trabalho.

Na Inglaterra, segundo publicação do International Labor Office<sup>1</sup>, no período compreendido entre 1921 e 1929, havia média anual de 769 casos de dermatoses ocupacionais, cêrca de 56% de tôdas as moléstias profissionais; já no período de 1930-1932 a média anual atingiu a 1.368 casos de dermatoses ocupacionais, cêrca de 72% de tôdas as moléstias ocupacionais; em 1936 a média anual chegou a 1.771 casos, com adição de 142 casos de epitelomas ocupacionais e 84 casos de ulcerações crônicas. White<sup>2</sup>, em Londres, entre 300.000 enfermos de pele, relata 25.000 dermatoses profissionais; êste autor estima entre 18.000 a 19.000 o número de casos ocorridos anualmente na Inglaterra. Overton<sup>3</sup> acentua que, entre 1.395 casos de indenizações por enfermidades profissionais durante um ano, 879 o foram por afecção dermatológica, ou seja, em proporção superior a 60%.

Na Alemanha, Letter<sup>4</sup>, em 1935, entre 2.601 casos de moléstias ocupacionais, distingue 1.137 afecções dermatológicas. Na Itália, Levi<sup>5</sup>, em 1937, em um período de 6 meses, encontrou 50 casos de dermatoses profissionais entre 1.156 trabalhadores. Na França, Gross<sup>6</sup> assinalou 55% de dermatoses entre as moléstias profissionais. Nos Estados Unidos, Schwartz<sup>7</sup> demonstrou, entre 8.875 casos de moléstias profissionais, a presença de 5.787 dermatoses ocupacionais (cêrca de 66%); nos Estados de Connecticut, Massachusetts, Nova Jersey, Ohio e Nova York a freqüência das dermatoses profissionais aumenta, chegando, em 1934, a 70% do total das moléstias ocupacionais.

Bernard<sup>8</sup> apresenta várias estatísticas, entre as quais a de Mac Cornel, que encontrou 25% de dermatoses profissionais entre 20.000 trabalhadores doentes; a de Mac Cord, com 36% de dermatoses ocupacionais entre todos os operários de uma fábrica de inseticida; a de Knowler, onde são registrados 5% de dermatoses profissionais em 37.000 trabalhadores; a de Gardiner, que encontrou 7,2% em 12.000 enfermos de pele. Oppenheim<sup>9</sup>, em 13 anos de trabalho, re-

---

\* Assistente extranumerário da 3ª Clínica Médica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Dr. Otávio Augusto Rodovalho). Médico do Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho da Secretaria do Trabalho do Estado de São Paulo.

gistrou, entre 27.500 casos de moléstias da pele, 5.334 casos de eczemas profissionais.

No Brasil, Peixoto<sup>10</sup>, estudando a elaioconiose folicular entre trabalhadores de garages de ônibus, no Distrito Federal, encontrou índices de morbidade que chegaram a 43,7%.

#### LOCALIZAÇÃO E FORMAS CLÍNICAS

Característica mais sugestiva das dermatoses profissionais vem a ser a localização nas partes descobertas, pois o agente causal nocivo, com grande freqüência, entra em contacto direto com a pele desprotegida. Quando as dermatoses se localizam em zonas abrigadas é porque as vestimentas ficam envolvidas pelas substâncias responsáveis.

As regiões particularmente expostas são: mãos, antebraços, braços, face e pescoço; em proporção menor, os membros inferiores. A distribuição da localização, segundo Eiris<sup>11</sup>, pode ser assim esquematizada: a) *mãos* (dorso, dedos, unhas e mão integralmente); b) *punhos e antebraços*, com lesões do mesmo tipo que nas mãos, podendo estender-se aos braços, ou pela lesão em si, ou pelas características do agente causal, ou através da vestimenta; c) *face e pescoço*, que são atingidos, particularmente, nos trabalhadores que manipulam com substâncias voláteis ou com produtos que irradiam calor; d) *membros inferiores*, sendo afetados os operários que labutam com os pés e pernas sem qualquer proteção; e) *tronco e escrôto*, regiões atingidas em geral secundariamente por extensão das lesões primitivas.

Didaticamente, o estudo da localização das dermatoses profissionais pode obedecer à seguinte orientação: membros superiores, membros inferiores, face e tronco.

*Membros superiores* — Sendo a atividade profissional exercida com predomínio dos membros superiores, serão êstes os mais atingidos na ordem de freqüência. É tão grande a importância da localização das dermatoses profissionais nos membros superiores, que, na Inglaterra, são consideradas como indenizáveis.

Na ordem de freqüência, as partes atingidas nos membros superiores, são: mão, punho, antebraço e braço. Segundo Petri<sup>12</sup>, as dermatoses profissionais, em dois terços dos casos, têm sua sede nas mãos.

Os trabalhadores que lidam com cimento apresentam lesões que se iniciam nos dedos, passando a seguir para os espaços interdigitais, atingindo, depois, as faces palmar e dorsal das mãos, acompanhadas de prurido intenso, que se agrava particularmente com o calor da cama. Entre as lavadeiras, o início das lesões ocorre na região carpometacarpiana, sendo produzida pela soda e sabão em combinação com a água. Os trabalhadores que manipulam petróleo apresentam lesões que se iniciam no dorso das mãos (*dermatite psoriasi-*

forme). Operários que labutam com o cromo e seus compostos apresentam lesões de caráter ulcerativo nos dedos das mãos.

Confeiteiros e trabalhadores em fábricas de açúcar apresentam lesões nas mãos pela ação de fatores físicos, mecânicos, químicos e vegetais; entre os agentes físicos destaca-se a ação do calor dos fornos ou o contacto com utensílios de trabalho aquecidos; os efeitos mecânicos podem ser ocasionados pelo uso repetido do instrumental de trabalho e pela freqüência dos ferimentos; entre as substâncias químicas nocivas, destacamos o ácido cítrico, óleos e sucos de frutas; entre os elementos vegetais, as farinhas de naturezas diversas. A enumeração desses fatores justifica a referência especial que se deve fazer ao *eczema dos confeiteiros*; Turner e Tackeray relacionaram, pela primeira vez, em 1832, essa afecção com o açúcar. Existe outra forma de *dermatite eczematosa*, aliás não muito freqüente, entre operários que têm contacto com massas úmidas. Trata-se de tipo especial de *eczema numular*.

Todavia, as mais típicas lesões apresentadas pelos confeiteiros são encontradas nas unhas e tão grande é sua importância que a escola francesa designa como moléstia dos confeiteiros, aquela cujas lesões fundamentais são constituídas por *onixie* e *perionixie*. Inicialmente, surgem erosões e fissuras periungüeais, que sofrem processo inflamatório agudo, seguido de infecção secundária, ocorrendo, depois, *ulcerações vegetantes* por onde tem emissão enorme quantidade de pus; em consequência, as unhas se desprendem ou se destroem; após a queda da unha, a extremidade distal dos dedos toma aspecto de espátula, o que persiste por muito tempo; os dedos mais atingidos são o médio e o anular, embora todos possam ser envolvidos pelo processo, cuja evolução é crônica, com surtos agudos e subagudos.

Os trabalhadores que preparam doces manipulando canela são vítimas de *dermatites* com lesões localizadas preferencialmente na face palmar da mão e dos dedos. Os trabalhadores que descascam e cortam frutas, especialmente as cítricas (laranja, limão e tangerina), podem apresentar lesões nas unhas (*paroníquia*), com pequenos focos supurados e erosões periungüeais com *ulcerações secundárias* de evolução muito tórpida.

Entre os cabeleireiros é encontrada uma *dermatite eczematosa*, sem caracteres próprios, produzida lentamente; no entanto, alguns autores referem casos de aprendizes que apresentaram lesões cutâneas nos primeiros dias de trabalho. A precisão do agente causal é difícil. Uma anamnese cuidadosa, a localização das lesões na face palmar das mãos e dedos, as deduções do interrogatório e a utilização de testes cutâneos permitirão ao dermatologista a elucidação causal.

Os profissionais de salão de beleza podem apresentar *dermatites* provocadas pelo quinino, que entra na composição de tônicos capilares, perfumes e loções. Os cosméticos<sup>14</sup>, pela composição variada

que possuem, podem acarretar *dermatites*. Ingrediente comum da maioria das tinturas de cabelo, dos esmaltes de unhas, de cremes perfumados e de removedores de esmalte é a parafenilendiamina, causadora de dermatites entre profissionais que lidam com êsses preparados.

As *radiodermatites* profissionais são observadas com maior freqüência com os raios X que com o rádio e substâncias radiativas; as lesões dos trabalhadores de rádio são idênticas às lesões dos manipuladores de raios X. As primeiras são encontradas com maior freqüência na face palmar dos dedos, enquanto as lesões determinadas pelos raios X ocorrem com maior predomínio no dorso das mãos, principalmente no dorso da mão esquerda. Devemos chamar a atenção para um fato curioso: as lesões determinadas pelos raios X respeitam particularmente o polegar.

Os médicos são sujeitos, devido ao contacto com os doentes, a moléstias infecto-contagiosas e aos inconvenientes dos materiais de tratamento e desinfecção. Schwartz e Tulipan<sup>15</sup> fazem referência à contaminação acidental pela blastomicose quando um médico realizava uma autópsia.

E' alta a incidência de moléstias da pele entre médicos, apesar do uso de luvas de borracha e outras medidas de proteção. Entre oculistas e dentistas não são excepcionais as *dermatites* determinadas pela novocaína e pantocaína; Costa<sup>16a</sup> tem estudado bastante as dermatites por contacto em dentistas, determinadas pelo formol, tricresol e piocidina. Anatomistas e patologistas manipulam e mantêm contacto prolongado com formalina, disso advindo *oníquia* ou autêntica *dermatite*.

Os enfermeiros freqüentemente mantêm contacto com soluções diversas contendo mercúrio, sais de arsênico, cromatos, formaldeído, etc., podendo ser vítimas de *dermatites* profissionais.

O giz utilizado nas escolas pode, pelo seu uso prolongado, determinar dermatites. A êsse propósito, é interessante a observação de Foerster e Wieder sôbre um professor que, utilizando continuamente giz colorido, acabou sendo vítima de dermatite na face dorsal das mãos e dedos.

Nos maquinistas que mantêm contacto diário e contínuo com substâncias utilizadas para lubrificação de máquinas, podemos encontrar lesões atingindo de modo particular a face palmar das mãos e dedos, caracterizando uma dermatite ocupacional por graxa e óleo. Segundo Peixoto<sup>10b</sup>, a *elaioconiose folicular* ou botão de óleo é a dermatopatia ocupacional mais freqüente em nosso meio, figurando em primeiro lugar em estatística por êle elaborada na Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho, no Distrito Federal; ela acomete profissionais que manipulam óleos lubrificantes, particularmente os já servidos cheios de poeiras metálicas. Essa ergodermatose parece ser determinada pelas palhetas metálicas contidas no óleo ou nas vestes, raramente lavadas e atingidas por óleo sujo; contribuem tam-

bém estopas, panos e fios oleosos, cheios de poeira. Entre as ocorrências predisponentes são referidos o acne, a seborréia e a hipertricose; são atingidos, particularmente, os membros superiores, sobretudo antebraços e braços; podem ser encontradas lesões nas mãos, côxas, pernas, tórax, nádegas e, mais raramente, no pescoço e na face. Peixoto estudou 85 casos de *elaioconiose folicular*, a maioria dos quais em garages de ônibus, assinalando o índice de morbidade de 43,71%, sendo a profissão de mecânico a mais atingida.

Costa<sup>16b</sup>, em Belo Horizonte, teve oportunidade de apresentar um caso de *elaioconiose folicular* em empregado de serviço de lubrificação de ônibus, mostrando lesões nas pernas, nas côxas e no joelho esquerdo. Silva<sup>17</sup> refere o caso de um jovem de 23 anos de idade, lubrificador de automóveis, que apresentou, no início, *lesões acneiformes* no antebraço e braço, difundindo-se as lesões ulteriormente para a parte anterior do tórax, pernas e côxas.

*Membros inferiores* — Menos freqüente, a localização nos membros inferiores ocorre entre trabalhadores que efetuam suas atividades profissionais com pés e pernas descobertos, sem qualquer proteção.

O cimento em ação sobre a pele determina lesões de aspecto diverso e com características evolutivas também diferentes. Bona<sup>18</sup> descreve a ocorrência de úlceras localizadas na planta e no dorso dos pés determinadas pelo cimento em operários que trabalham com os pés descalços.

As estatísticas das comissões de trabalho de Ohio e Nova York revelam que, em 1934, de 1.600 casos de *dermatites* ocupacionais, 45 eram devidos a manipulação exercida em fábricas de substâncias corantes. Nas indústrias de tinturas têm sido observados casos de *dermatites* nos operários que trabalham com vestidos, meias, colares de seda, algodão, rayon, lã, etc. Simon e Rackermann<sup>19</sup> fazem referências, em trabalho publicado em 1934, à dermatite devida a tinturas empregadas na lã, especialmente por aquelas nas quais entram cromatos, antraceno e alizarina. Bonnevie e Genner<sup>20</sup> publicaram 15 casos de dermatites entre manipuladores de tinturas de tecidos. Sugestiva é a observação de Clark, relativa a um paciente com dermatite nos pés devida ao contacto das meias, procurando esse autor explicar que a dermatose fôra causada, não pela tintura das meias, mas simplesmente pelo contacto destas.

Do ponto de vista médico, a profissão de vidraceiro é perigosa. A síndrome do golpe de calor, febre reumática, saturnismo, intoxicações pelo arsênico e magnésio, catarata, etc., constituem os perigos a que estão sujeitos os profissionais que manipulam vidros. Os efeitos perniciosos da fabricação e manêjo profissional do vidro sobre o tegumento são vários: lesões traumáticas, queimaduras, *hiperidroses* e *hiperemia com pigmentação*, *eritemas*, *distrofias cutâneas*, *ulcerações*, *dermatites da palma das mãos*. Schwartz e Tulipan<sup>15</sup> publicaram o caso de um operário encarregado da fabricação de vidros de se-

gurança apresentando foliculite devido ao contacto com vestimentas sujas de óleo.

Entre os que trabalham com borracha podemos encontrar dermatites nos membros inferiores, particularmente nos operários que pouco cuidam de sua higiene pessoal.

As *dermatites* determinadas pelo arsênico são, como diz Eiris<sup>11</sup>, de incubação curta e sua frequência tende a aumentar pelo emprêgo cada vez mais corrente dêste metalóide na indústria téxtil. O arsênico pode ocasionar o câncer profissional, de diagnóstico difícil em virtude de suas características clínicas complexas. As lesões podem-se localizar no dorso dos pés, pernas, órgãos genitais, tórax, braços, axilas, pescoço e face. O arsênico pode ocasionar verdadeiras ulcerações nos pés e nas pernas.

Dos sais de zinco, provávelmente o mais irritante é o cloreto de zinco, o qual, entre produtos manufaturados<sup>15</sup>, foi causador de 49 casos entre 152 *dermatites* registradas; em 16 casos de queimaduras dos olhos, foi responsável por 6; é causador de úlceras no septo nasal, na bôca, no estômago e no duodeno, segundo observações de Cord e col.<sup>21</sup>.

*Face* — As dermatoses profissionais localizadas na face são, via de regra, devidas ao calor ou ao uso de substâncias voláteis.

O cloro, elemento muito tóxico, exerce ação direta ou indireta sobre o tegumento, ocasionando desintegração da epiderme com formação de produtos clorados. A manifestação dermatológica mais importante é o *acne clórico*, descrito pela primeira vez por Herxheimer, em operários de fábricas de cloro eletrolítico; inicia-se, habitualmente, de modo brusco, dando origem a tumefação difusa da pele; o aspecto conjunto das lesões no rosto dá impressão de tatuagem provocada pela explosão de cartucho de pólvora. O *acne clórico* é acompanhado de manifestações tóxicas gerais com cefaléia intensa e palidez exagerada da pele e mucosas. O prognóstico é grave, embora raramente mortal; um caso que culminou com a morte foi publicado por Lehmann.

A terebentina é causa freqüente de *dermatites*, sendo responsável por cêrca de 1% de todos os casos de dermatites ocupacionais; ocorre entre operários e pintores que a manuseiam<sup>14</sup>.

Entre os solventes orgânicos, o tetracloreto de carbono e o dicloretileno merecem certo destaque. O tetracloreto de carbono, além de ser usado como solvente de borracha, é utilizado na limpeza de tecidos a sêco; quando inalado por longo tempo é tóxico, mesmo na concentração de 1/10.000, determinando cefaléia, náuseas, irritação gastrintestinal, icterícia e distúrbios visuais; causa *dermatites* quando em contacto prolongado. O dicloretileno é líquido volátil menos inflamável que o álcool, sendo, por essa razão, usado freqüentemente na extração de perfumes; é também solvente de resinas; para operários com hipersensibilidade é irritante da pele.



A parafenilenodiamina é substância altamente irritante, muito empregada para tintura de cabelos e de cílios; se não fôr completamente oxidada produz extensa e persistente *dermatite* acompanhada de edema em tórno dos olhos; os manipuladores de preparados contendo essa substância também estão sujeitos a *dermatites*.

*Tronco* — As lesões no tronco são, via de regra, de caráter secundário, por extensão de lesões primitivas situadas em partes descobertas.

As enfermidades profissionais produzidas pelo cimento despertam a atenção de clínicos e investigadores em tôdas as partes do mundo, sendo tão grande sua importância que os distúrbios por êle ocasionados constituíram um dos temas do VI Congresso Internacional de Acidentes e Enfermidades do Trabalho, realizado em 1932.

O cimento pode ocasionar rinites com exsudação abundante, otites, bronquites, faringites, lesões oculares e, particularmente, *manifestações cutâneas*. Michenine e Sweinek<sup>22</sup> observaram, em operários que manipulam o cimento, um aumento do cálcio sangüíneo, aumento que pode atingir em certas ocasiões até 18,8 mg/100 ml. É enorme a freqüência das manifestações tegumentárias produzidas pelo cimento; na Suíça, elas representam a quarta parte no conjunto das dermatoses profissionais.

Feil<sup>23</sup> fêz interessante estudo sôbre os efeitos do cimento em vultoso grupo de operários encarregados de estabelecer as qualidades dêsse importante material de construção. Ao iniciar-se a investigação todos se encontravam em perfeitas condições de saúde e trabalhavam nas melhores condições higiênicas possíveis; 20% dos operários acabaram apresentando lesões cutâneas localizadas nas partes descobertas devido ao contacto direto com êsse material; 80% dos observados se queixava de tosse passageira não muito intensa, que desaparecia quando deixavam o trabalho.

O cimento produz, na pele, lesões de aspecto e características evolutivas distintas; entre as modalidades clínicas lesionais mais interessantes devemos destacar a *sarna do cimento*, as *formas ulcerosas* e as *formas foliculares*.

Muito sugestiva é a observação de Eiris<sup>11</sup>, referênte a um pedreiro de 31 anos de idade, no qual, durante o trabalho, o cimento salpicava sôbre quase tôda a superfície cutânea; após alguns meses surgiram lesões disseminadas na pele, respeitando o couro cabeludo, o rosto, e palma das mãos e a planta dos pés; acompanhadas de intenso prurido.

A forma crônica de intoxicação pelo cloro é a mais freqüente e a de maior interêsse dermatológico. O *acne clórico* se localiza na face, no pescoço, na espádua, no escrôto e nos membros. Quanto a sua etiopatogenia<sup>18</sup>, é provável que seja devida à ação própria do cloro e seus compostos. O início ocorre com brusca tumefação di-

fusa da pele, sôbre a qual se instala verdadeiro acne, com aspecto clínico polimorfo.

O clorodifenil é usado em conjunto com o cloronaftaleno como isolante de condensadores e de fios elétricos; a fumaça dêsses compostos, bem como o contacto direto com essas substâncias, determina o aparecimento de um acne típico.

#### MEDIDAS DE PROTEÇÃO

A incidência das dermatoses profissionais pode ser controlada por um conjunto de normas que devem ser difundidas entre operários expostos a essas moléstias ocupacionais.

As dermatoses profissionais são verdadeiros "acidentes do trabalho", nos quais a atuação da legislação trabalhista se fêz a posteriori, ocupando-se da enfermidade depois de exteriorizada, fornecendo-lhe medicação paliativa, indenizando o doente, mas não estabelecendo a obrigação de precauções para prevenir futuras enfermidades dêsse tipo, não suprimindo do meio de trabalho os fatôres que a causam.

Há necessidade de conhecimento exato do valor físico e psíquico de uma dermatose profissional no presente e no futuro. E' preciso valorizar as diferentes medidas de proteção, empregando-as com tôda regularidade. E' necessária a colaboração estreita e harmônica entre operário, patrão, médico, perito e juiz. Impõe-se a educação dos trabalhadores para os mesmos tenham conhecimento dos perigos a que estão expostos, bem como compreendam as vantagens dos diferentes meios de proteção. Essa ilustração de Higiene e Segurança do Trabalho deve ser feita através de palestras com projeção de filmes, diapositivos, figuras de livros, difusão de folhetos e de cartazes, etc.

Eiris<sup>11</sup> estima que, quanto aos responsáveis, as enfermidades profissionais e acidentes do trabalho guardam a seguinte proporção: 25% dos casos se dão por culpa dos patrões, 25% por culpa dos operários, classificando-se os 50% restantes entre casos fortuitos, de fôrça maior ou de ocorrências ainda desconhecidas. Estas percentagens mostram a importância fundamental da cultura eficiente sôbre profilaxia dos acidentes e moléstias decorrentes do trabalho.

Médicos e peritos devem intensificar cada vez mais o estudo dêstes problemas, a fim de elucidar as relações entre causa e efeito, para dar normas ao trabalhador, ao empregador, ao legislador e ao juiz. As autoridades sanitárias, com a aplicação conscienciosa das leis e regulamentações, estarão prestando serviços inestimáveis, contribuindo de modo precioso para a redução considerável da frequência das dermatoses ocupacionais. Nathan<sup>24</sup> e Eiris<sup>11</sup> muito têm cooperado para a difusão de medidas gerais e individuais de proteção aos trabalhadores que podem ser atingidos por dermatoses profissionais.

De maneira geral, a incidência e gravidade das dermatoses ocupacionais pode ser controlada com aplicação das seguintes medidas: 1) cuidadosa seleção de operários cujas atividades impliquem em exposição à ação de substâncias químicas; 2) eliminação dos portadores de doenças cutâneas ativas ou potenciais; 3) revisão médica periódica para determinar e afastar trabalhadores que apresentem lesões iniciais de dermatose ocupacional; 4) assistência médica quando a tolerância da pele fôr ultrapassada; 5) aprimoramento do diagnóstico de lesões pré-cancerosas; 6) retirada de todos os nevos situados em regiões aptas para serem irritadas; 7) tratamento dos focos infecciosos; 8) cuidados imediatos às menores lesões (ferimentos, fissuras e queimaduras) que podem ser porta de entrada de infecções, facilitando a ação de diferentes substâncias químicas; 9) transferência de função para os operários que apresentem lesões recidivantes; 10) análise de compostos químicos em relação às suas propriedades irritantes e antigênicas, testando-as em animais de laboratório; 11) substituição dos compostos químicos dotados de grande poder antigênico, sempre que fôr possível, por outros de menor potencialidade; 12) educação dos operários expostos à ação de substâncias químicas sobre acidentes de sensibilização, aconselhando-os quanto aos perigos das exposições prolongadas ou indevidas; 13) instruções sobre as vantagens do uso de cremes protetores, de máscaras, de uniformes defensivos, de luvas de borracha e de higiene corporal, que deve ser feita com substâncias que não constituam fatores desencadeantes ou determinantes de dermatoses.

Para que este conjunto de medidas de proteção seja eficiente é necessário apóio legal que obrigue: a) à prevenção da enfermidade; b) ao contróle das alterações orgânicas do trabalhador; c) à facilitação das investigações científicas por parte do empregador; d) ao empregador, prestar conhecimentos e fatos técnicos relativos ao ambiente de trabalho dos operários; e) ao médico, ter preparação profissional suficiente sobre o tema; f) à justiça, ter conceito e noções fundamentais sobre o assunto, a fim de julgar sem incorreções.

## BIBLIOGRAFIA

1. International Labor Office — Occupation and Health, 2:861, 1934.
2. White, R. P. — The Dermatogoses, ed. 3. Lewis and Co. Ltd., Londres, 1928.
3. Overton, S. — Cit. por Bona<sup>18</sup>.
4. Letter — J.A.M.A., 108:741-742 (fevereiro) 1937.
5. Levi, I. — Considerazioni sugli eczemi professionali. *Dermatosifilografico*, 12:1-37 (janeiro) 1937.
6. Gross — Cit. por Bona<sup>18</sup>.
7. Schwartz, L. — Industrial Dermatoses. Simpósio apresentado no Congresso da American Medical Association and American Dermatological Association, junho, 1938.
8. Bernard -- *Dermatoses Professionnelles*. Bruxelas, 1933.

9. Oppenheim — Cit. por Oller, A.: Medicina do Trabalho, 1934.
10. Peixoto, G. P. — a) Ergodermatoses no Distrito Federal. An. Bras. Dermatol. e Sif., 21:51 (março) 1946; b) Elaioconiose folicular. An. Bras. Dermatol. e Sif., 23:1 (março) 1948.
11. Eiris, E. — Dermatoses Profesionales. Rosário (Argentina), 1943.
12. Petri, J. — Cit. por Fontana, A.: Dermatologia, Collezione Manuali di Medicina, 1936.
13. Hunter, D. — Occupational Diseases, 1935.
14. Johnstone, R. — Occupational Diseases. Diagnosis, Medico-Legal Aspects and Treatment, 1941.
15. Schwartz e Tulipan — Occupational Diseases of the Skin, 1939.
16. Costa, O. G. — a) Dermatite profissional por contacto. Brasil-Méd., 1943, pág. 474; b) Elaioconiose folicular. An. Bras. Dermatol. e Sif., 18:107, 1943.
17. Silva, I. — Acne dos hidrocarburetos. An. Bras. Dermatol. e Sif., 23:225, 1948.
18. Bona, J. M. T. — Dermatologia de las Profesionales. Madrid, 1948.
19. Simon, F. A. e Rackermann, F. M. — Contact eczema due to clothing. J.A.M.A., 102:127-128 (janeiro) 1934.
20. Bonnevie, P. e Genner, V. — Eczema due to clothing. Arch. Dermat. a. Syph., 34:220-227 (agosto) 1936.
21. McCord, C. P. e Kilker, C. — Zinc chloride poisoning. J.A.M.A., 76:442, 1921.
22. Michenine e Sweinek — Médecine du Travail, 1934.
23. Feil — Progrès Méd., pág. 1169 (junho) 1931.
24. Nathan, F. — Industrial dermatites control. Ann. Allergy, 7:374 (maio-junho) 1949.

3ª Clínica Médica — Hospital das Clínicas — São Paulo.

\* \* \* \*

## NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS

### **CONGRESSOS MÉDICOS EM COMEMORAÇÃO AO IV CENTENÁRIO DA CIDADE DE SÃO PAULO**

Durante o ano de 1954, como parte das comemorações do IV Centenário da Cidade de São Paulo, serão realizados, nesta cidade, cerca de cinquenta congressos culturais e científicos, de caráter nacional, pan-americano ou internacional.

No que se refere à Medicina, estão marcados, entre outros, dez congressos, cuja realização está a cargo da Associação Paulista de Medicina. Esses certames, que se realizarão entre 11 de junho e 15 de agosto de 1954, obedecerão à seguinte ordem:

O *III Congresso Interim da Associação Pan-Americana de Oftalmologia*, conjuntamente com o *VIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia*, será realizado entre 11 e 17 de junho. O primeiro tratará de dois temas: "Prevenção à cegueira" e "Progresso da terapêutica ocular". Para o segundo a escolha de temas oficiais ainda depende da deliberação da Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Pedidos de informações e inscrições com o Prof. Moacir Alvaro, Serviço de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

O *XIX Congresso Internacional de Oto-Neuro-Oftalmologia* também será realizado entre 11 e 17 de junho. Este congresso terá dois temas: "Perturbações metabólicas e avitaminóticas do sistema oto-neuro-ocular" e "Patogênese e terapêutica das paralisias faciais". Pedidos de informações e inscrições com o Prof. Ciro de Rezende, Serviço de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

O *XII Congresso Brasileiro de Cardiologia* será realizado entre 9 e 14 de julho. A agenda desse certame ainda depende da deliberação da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Pedidos de informações e inscrições com o Dr. Reinaldo Marcondes, rua Araujo, 165, 7º andar, São Paulo.

O *II Congresso Latino-Americano de Ginecologia e Obstetricia*, conjuntamente com o *IV Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia*, será realizado entre 10 e 15 de julho. Esse congresso terá três temas: "Fisiopatologia da contração uterina e suas aplicações à clínica"; "Bases fisiológicas e resultados da cirurgia conservadora em ginecologia"; "Estado atual da hormonologia placentária". Pedidos de informações e inscrições com o Prof. José Medina, Serviço de Ginecologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

O *IV Congresso Pan-Americano de Puericultura e Pediatria*, conjuntamente com o *IV Congresso Sul-Americano* e com a *VIII Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria*, será realizado entre 15 e 21 de julho. O primeiro terá três temas: "Neuroviroses e complicações encefálicas das doenças infecciosas"; "O problema do bócio endêmico"; "O problema da desnutrição nos países latino-americanos. O segundo terá também três temas: "Mortalidade infantil na América do Sul"; "Fatores que determinam o baixo índice pondo-estatural da criança americana"; "Cirrose hepática na criança". A terceira terá apenas um tema: "Mortalidade infantil". Pedidos de informações e inscrições com o Dr. Carlos Buller Souto, rua Quintino Bocaiuva, 176, 2º andar, São Paulo.

O *I Congresso Latino-Americano de Saúde Mental* será realizado entre 15 e 20 de julho. Os temas serão quatro: "Aspectos psiquiátricos nos ini-

grados"; "Psicogênese das úlceras pépticas"; "Estado mental dos leucotomizados"; "O psicodinamismo do processo analítico". Pedidos de informações e inscrições com o Prof. A. C. Pacheco e Silva, Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo.

O *V Congresso Pan-Americano de Gastrenterologia* será realizado entre 19 e 24 de julho. Os temas oficiais serão determinados pela "Société Internationale de Gastroenterologie (Bruxelas) e pela Associação Inter-Americana de Gastroenterologia (Buenos Aires). Pedidos de informações e inscrições com o Prof. Felício Cintra do Prado, rua Quintino Bocaiúva, 176, 2º andar, São Paulo.

O *VI Congresso Internacional de Câncer* será realizado entre 22 e 28 de julho. A agenda oficial depende da deliberação da Union Internationale contre le Cancer (Paris) e da Comissão Internacional de Pesquisas sobre o Câncer. Pedidos de informações e inscrições com o Prof. Antonio Prudente, Instituto do Câncer, rua José Getúlio, 211, São Paulo.

A *III Reunião da Sociedade Brasileira de Crenologia e Climatologia* será realizada entre 24 e 29 de julho. A agenda do certame está sendo organizada. Pedidos de informações e inscrições com o Prof. J. Aguiar Pupo, Serviço de Dermatologia, Faculdade de Medicina de São Paulo.

O *I Congresso Brasileiro de Antropologia Física* será realizado entre 26 e 30 de julho. O temário está sendo organizado. Pedidos de informações e inscrições com o Prof. Renato Locchi, Departamento de Anatomia, Faculdade de Medicina de São Paulo.

\* \* \* \*

#### FUNDAÇÃO INTERAMERICANA PARA ESTUDOS MÉDICOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Com o nome de Interamerican Foundation for Postgraduate Medical Education se constituiu, nos Estados Unidos da América do Norte, uma organização particular sem propósitos de lucro, que terá entre seus fins fundamentais o intercâmbio entre a América Latina e os EE. UU., de docentes e investigadores no campo da medicina e ciências afins. Prestam sua colaboração as mais importantes sociedades médicas norte-americanas e o apóio econômico de companhias interessadas nas relações amistosas do hemisfério permitiu a organização inicial e a incorporação legal desta nova Fundação.

Várias firmas industriais e comerciais norte-americanas mantinham, independentemente, um programa de bôlsas médicas para latino-americanos que desejassem ampliar seus conhecimentos nos EE. UU. A nova Fundação tem o propósito de coordenar e ampliar estas oportunidades, atuando como organismo central e complementando o trabalho eficaz realizado até agora por outras instituições privadas e oficiais interessadas nos programas de intercâmbio científico.

Comitês locais representarão, em cada país, o Diretório da Fundação Interamericana, em colaboração eficaz com as escolas e sociedades médicas, assim como com os centros hospitalares ou de investigação. Isto permitirá uma seleção dos candidatos que desejem ampliar seus conhecimentos e que reúnam as condições necessárias.

A primeira Diretoria está assim constituída: *Presidente*, Dr. George M. Guest (Cincinnati, Ohio); *Vice-Presidente*, Dr. James T. Case (Santa Bárbara, Califórnia); *Tesoureiro*, Mr. Harold D. Arneson (Chicago, Illinois). Foi nomeado Diretor Executivo desta Fundação Médica o Dr. Alberto Chattás (Córdoba, Argentina) e a sede atual da mesma é a seguinte: 112 East Chestnut Street, Chicago 11, Illinois, U.S.A.

\* \* \* \*

**DEVERES E RESPONSABILIDADES DOS MÉDICOS**

EXTRATOS DO CÓDIGO DE ÉTICA APROVADO PELA ASSOCIAÇÃO MÉDICA  
BRASILEIRA

*Capítulo II — Relações com os colegas*

Art. 7 — O médico deve ter para com seus colegas a consideração, o apreço e a solidariedade que refletem a harmonia da classe e lhe aumentam o conceito público.

Art. 8 — O espírito de solidariedade não pode, entretanto, induzir o médico a ser conivente com o erro, ou a deixar de combater os atos que infringem os postulados éticos ou as disposições legais que regem o exercício da profissão; a crítica de tais erros ou atos não deverá, porém, ser feita de público ou na presença do doente ou de sua família, salvo por força de determinação judicial; mas em reuniões de associações de classe e em debates apropriados, na presença do criticado, respeitando-se sempre a honra e a dignidade do colega.

Art. 9 — O médico, afora impossibilidade absoluta, não recusará seus serviços profissionais a outro médico que deles necessite, nem negará sua colaboração a colega que a solicite, a não ser por motivo superior.

Art. 10 — Comete grave infração de ética o profissional que desvia, por qualquer modo, cliente de outro médico.

Art. 11 — O médico não atenderá a doente que esteja em tratamento com um colega, salvo: a) a pedido deste, evitando, entretanto, fazer prescrições e limitando-se a transmitir sua opinião ao assistente, salvo determinação expressa deste, ou em caso de urgência, do que dará ciência ao colega, ao devolver-lhe a incumbência do caso; b) no próprio consultório quando ali procurado espontaneamente pelo paciente, e observados rigorosamente os preceitos de ética; c) em caso de indubitável urgência; d) quando o paciente informar haver cessado a assistência de outro médico, devendo, neste caso, comunicar-se com o colega; e) quando o caso lhe for encaminhado por um colega, para diagnóstico, tratamento especializado ou intervenção cirúrgica, após o que o paciente estará livre de retornar ao seu médico assistente.

§ 1º — Quando se tratar de doença crônica, com surtos agudos, é lícito a qualquer médico atender ao doente, uma vez que haja cessado o tratamento de cada surto, pois com êle expirou o contrato tácito de prestação de serviços.

§ 2º — A alegação de que os serviços a serem prestados o serão a título gratuito, não é escusa para o médico atender paciente que esteja sob cuidados de um colega e, bem assim, o fato de não receber êste remuneração pelo seu trabalho no caso.

Art. 12 — O médico deve abster-se de visitar doente que esteja sob os cuidados de um colega e, se o tiver de fazer, deve evitar qualquer comentário profissional.

Art. 13 — Se dois ou mais médicos fôrem chamados simultaneamente para atender a vítima de acidente ou mal súbito, o paciente ficará sob os cuidados do que chegar primeiro, salvo se um deles é o médico habitual da família, ou se o doente, ou quem por êle decidir, expressar sua preferência.

Art. 14 — O especialista, solicitado por um colega para esclarecer um diagnóstico ou orientar um tratamento, tem de considerar o paciente como permanecendo sob os cuidados do primeiro, cumprindo-lhe dar a êste os informes concernentes ao caso.

§ único — O médico que solicita para seu cliente os serviços especializados de outro, não deve determinar a este ou ao cliente a especificação de tais serviços.

Art. 15 — Quando, por impedimento seu, um médico confiar um cliente aos cuidados de colega, deve este, cessado o impedimento, reencaminhá-lo ao primitivo assistente, salvo recusa formal do paciente.

Art. 16 — Os médicos de estações de cura, casas de saúde e estabelecimentos congêneres, abster-se-ão de alterar o tratamento de doentes que tragam prescrições de seus médicos assistentes, sob cujos cuidados ainda estejam, a não ser em casos de indiscutível conveniência para o paciente, o que será comunicado ao médico assistente.

Art. 17 — Não deve o médico aceitar emprêgo deixado por colega que tenha sido exonerado sem justa causa ou haja pedido demissão para preservar a dignidade ou os interesses da profissão e da classe médica.

Art. 18 — Constitui prática atentatória da moral profissional procurar um médico conseguir para si emprêgo que esteja sendo exercido por um colega.

\* \* \* \*

### ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO BRASIL

Em outubro de 1952 realizou-se, em São Paulo, promovida pela Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo e sob o patrocínio da Federação Brasileira de Gastroenterologia, uma reunião dedicada ao estudo da Esquistossomose Mansonii em nosso País. Nela tomaram parte as maiores autoridades no assunto, o qual foi abordado em todos os seus principais aspectos, visando principalmente a profilaxia e o tratamento da helmintose.

Graças ao apóio que os patrocinadores dessa reunião receberam do Governo Estadual, puderam ser publicados os relatórios apresentados no conclave, bem como os debates ali travados. Esse livro, primorosamente impresso, é de suma importância para o conhecimento atualizado de tão momentoso problema nacional. Nêle são discutidos os seguintes temas: 1 — *Plano de pesquisas aplicado ao combate da esquistossomose mansonii* (Frederico Simões Barbosa); 2 — *A esquistossomose e o saneamento do meio* (Ernani Braga); 3 — *A esquistossomose mansonii no negro* (Walter Cardoso); 4 — *Formas clínicas da esquistossomose* (Hoel Sette); 5 — *A síndrome hepatoplênica na esquistossomose mansonii* (Caio Benjamim Dias); 6 — *Determinações ectópicas da esquistossomose mansonii* (Clarival do Prado Valadares); 7 — *Biópsia retal no diagnóstico da esquistossomose mansonii* (O. Arantes Pereira); 8 — *Provas biológicas para o diagnóstico da esquistossomose mansonii* (J. O. Coutinho); 9 — *Crítica dos métodos diagnósticos da esquistossomose mansonii* (João Alves Meira); 10 — *Biologia dos planorbídeos* (W. Lobato Paraense); 11 — *Esquistossomose experimental* (Flávio da Fonseca); 12 — *Anatomia patológica da esquistossomose mansonii* (Aggeu Magalhães Filho); 13 — *Objecções à prática do chamado "tratamento específico" da esquistossomose mansonii* (Aluizio Bezerra Coutinho); 14 — *Plano de tratamento em massa* (Amilcar Vianna Martins); 15 — *Resultados tardios no tratamento específico da esquistossomose mansonii* (Aluísio Prata); 16 — *Estado atual da terapêutica específica da esquistossomose mansonii* (J. Rodrigues da Silva); 17 — *Plano de profilaxia da esquistossomose mansonii* (Samuel B. Pessoa).

\* \* \* \*



## ORIENTAÇÕES PARA O USO

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

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

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

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