

Gazeta Medica da Bahia

PUBLICAÇÃO MENSAL

VOL. XXXVI

JUNHO 1905

NUMERO 12

Das concausas: sua doutrina medico-legal

Pelo Prof. de Medicina Legal

Dr. Nina Rodrigues

(Continuação)

Filomusi-Guelfi illustra o caso com uma observação pessoal. Uma prostituta recebe n'uma altercação algumas bofetadas de um soldado que a ameaça de reprimenda mais grave. Em seguida a mulher sente-se afflicta, é conduzida ao leito e morre pouco depois. Na autopsia, Filomusi-Guelfi encontra endocardite chronica, degeneração gordurosa do coração, atheromasia, figado gorduroso, nephrite intersticial com degeneração kystica dos rins e nenhum vestigio da lesão soffrida. Concluiu o illustre professor que a morte foi devida exclusivamente á paralyisia cardiaca e que não se devia levar em conta a acção insignificante do traumatismo, como a do susto, simples occasião de uma morte já de si proxima e inevitavel.

Filomusi-Guelfi, para a admissão da concausa pre-existente, impõe duas condições fundamentais: 1.º que exista um estado *abnorme*, *accidental* do individuo lesado, desconhecido do agressor (caso fortuito); 2.º que um traumatismo incapaz, por si mesmo, de produzir o effeito lethal, só o produza com o concurso d'aquella condição anormal.

Tal a conclusão do mestre de Pavia a que adherimos e que vos propomos como a verdadeira.

B.— CONCAUSAS SUPERVENIENTES.— Porventura ainda mais controversas e debatidas são as questões relativas ás concausas supervenientes. Consistem estas concausas em ultima analyse na superveniencia de uma complicação, em parte independente do traumatismo, e capaz de tornar mortal uma lesão de sua natureza leve. E' o caso do tetano, da erysipela traumatica. No entanto, para logo se prevê que importa antes de tudo distinguir os casos em que uma complicação d'esta natureza é uma dependencia simples e immediata da lesão, inseparavel da sua terminação natural, d'aquelles outros casos em que ella é, de facto, uma circumstancia distincta e estranha ao acto do criminoso, a qual reunio os seus effeitos aos do traumatismo primitivo. Foi ainda Filomusi-Guelfi quem estudou de modo exaustivo e magistral as condições de dependencia entre o traumatismo e a circumstancia que o complica, admittindo as quatro categorias seguintes aqui figuradas com os seus proprios exemplos.

1.^a *Categoria: Independencia absoluta da superveniencia.*—A molestia que complica a lesão, d'esta é independente tanto na sua origem como no seu decurso e é ella a unica responsavel pela morte.

N'este caso, evidentemente não ha concausa, a molestia superveniente é tudo, a lesão nada. Exemplifica bem este caso uma febre typhoide sobrevindo a um ligeiro ferimento, sem hemorragia, sem enfraquecimento de forças, sem effeitos graves sobre o estado geral. O germen da febre typhoide penetra no organismo, não pela ferida, mas pelo intestino,— independencia de origem: o traumatismo não influe na marcha da molestia,— independencia de decurso.

2.^a *Categoria: Independencia de origem, decurso influenciado pelas consequencias da lesão.*—D'este caso seria exemplo uma febre typhoide, sobrevindo a uma lesão traumatica que, pela hemorrhagia produzida, creou um grave estado anemico, capaz de ter influencia na marcha da molestia. A' independencia de origem aqui não se segue uma independencia de decurso, pois o estado anemico resultante da hemorrhagia pode aggravar a marcha da febre typhoide. Podia admittir-se, pois, a concausa, isto é, o concurso confluyente das duas circumstancias distinctas, no desfecho fatal do caso.

Mas Filomusi-Guelfi exclue ainda aqui a existencia de uma concausa. Não padece duvida que a hemorrhagia traumatica, enfraquecendo as resistencias organicas, pode tornar mais graves as consequencias da infecção. Mas, na pratica, este accrescimento não passa de uma simples *possibilidade*, nem nós, medicos, temos elementos para affirmar que o estado anemico concorreo realmente para determinar a morte n'aquelle caso dado, pois que a febre typhoide por si só pode ter esse resultado. A influencia do estado anemico não passa de uma simples supposição hypothetica e não seria justo, sob base tão fragil e incerta, aggravar a responsabilidade do criminoso.

3.^a *Categoria: Dependencia de origem com independencia de decurso.*—Exemplificam esta categoria o tetano, a erysipela que complicam o ferimento. A dependencia da origem está em que a ferida foi a porta de entrada do germen; a independencia do decurso em que essas complicações têm a sua marcha independente da gravidade ou insignificancia da lesão.

E' este, para Filomusi-Guelfi, o verdadeiro caso da concausa juridica.

4.^a *Categoria: Dependencia absoluta, dependencia parcial de origem com dependencia da lesão no decurso da molestia.*—Estão n'este caso, as embolias gordurosas dos pulmões nas fracturas osseas, a peritonite que se segue a uma ferida penetrante do abdomen, a meningite nas lesões crancanas, etc.

Tal em suas linhas geraes a doutrina do eminente professor de Pavia e sem duvida a mais completa, a que reconhece bases solidas na observação directa dos casos clinicos.

Todavia, da doutrina de Filomusi-Guelfi divergem *in totum* ou apenas em parte alguns medicos legistas e juristas.

Borri, que a acceita, tambem limita o beneficio da concausa a 3.^a categoria de Filomusi-Guelfi, isto é, aos casos de *dependencia de origem com independencia de decurso*. Crea, porém, uma distincção particular. Si a complicação superveniente é obra, na sua producção, de um factor estranho, da intervenção de terceiro, elle não admite a concausa, e só a reconhece quando falha esse factor estranho. Servindo-se de uma observação de Tamassia, Borri illustra o seu modo de pensar com o seguinte exemplo. Um individuo recebe uma ligeira lesão na cabeça. Para estancar a hemorragia, uma pessoa conhecida vai tomar teia de aranha a uma estribaria e a applica sobre a ferida. A teia de aranha estava contaminada de germens teticos, sobrevem o tetano e o ferido morre.

N'este caso, pensa Borri, toda e qualquer dependencia causal entre o acto do aggressor e a complicação que matou a sua victima, está ropta pela intervenção de um terceiro e o criminoso só tem que responder da lesão pessoal que produzio. Si,

porém, não existe factor estranho, o tetano depende directamente da ferida, isto é, da obra do offensor e este torna-se responsavel da morte da sua victima, embora com a attenuante da concausa, representada pela superveniencia não querida do tetano.

Filomusi-Guelfi refutou com vantagem esta theoria.

Antes de tudo, pleitea contra ella a difficuldade sinão a impossibilidade pratica de demonstrar a existencia do factor estranho. De facto, no momento da producção de uma ferida, na confusão dos primeiros cuidados, prestados por pessoas ignorantes, grosseiras ou impossibilitadas de tomar precauções anti-septicas, é quasi impossivel affirmar-se si houve ou não contacto impuro ou septico e si portanto houve ou não factor estranho. Só em casos excepçionaes esta demonstração será possivel. E d'ahi resulta que, para casos que na pratica se podem suppor identicos, está theoria traria como consequencia situações juridicas differentes, uns criminosos respondendo apenas de lesão pessoal e outros de homicidio com beneficio de concausa.

Depois, Borri não attendeo convenientemente ás condições da intervenção do factor estranho. E aqui se impõe a distincção fundamental entre uma intervenção querida, intencional e a intervenção fortuita accidental.

Si a intervenção é accidental, não querida, o caso tem como factor estranho o mesmo character fortuito que deve ter sem factor estranho. De facto, a paridade das situações é absoluta, venha a contaminação tetanica de pessoa da propria familia que applicou sobre a ferida o que primeiro lhe cahio nas mãos; venha de um profano que deitou sobre ella teias de aranha

accidentalmente contaminadas de germens tetânicos; venha do medico que, pela urgencia do caso, não teve tempo de desinfecar as mãos e servir-se deapparelhos e pensos asepticos; venha do proprio doente que sobre a lesão applicou as mãos, o lenço, um objecto qualquer infectado, ou foi obrigado a pousar o pé ferido e descalso sobre a terra contaminada de germens do tetano. Sendo egualmente fortuita em todos estes casos a contaminação da ferida, não ha razão para admittir-se em um e rejeitar-se em outros a intervenção da concausa.

Si, ao contrario, é intencional e querida a intervenção do factor estranho, então realmente desaparece o beneficio da concausa para o aggressor, pois este não tem mais de responder sinão dos effeitos do acto que praticou, isto é, da lesão pessoal. Desappareceu o caso fortuito e em logar d'elle veio collocar-se a fraude, a culpa ou o dolo de terceiro responsavel pelo homicidio. Si é o proprio ferido que, com a intenção de aggravar a responsabilidade do agente, trata de irritar a ferida e d'ahi resulta a complicação que o mata, a morte representa a sua parte na expiação da fraude commettida. Si a morte provém de erro, impericia ou negligencia do medico que tratou o ferido, deve aquelle responder do seu crime culposo. Em todos estes casos, não resta ao criminoso senão a responsabilidade da lesão pessoal que produziu.

Outros, porém, vão além de Borri e Horacio Modica (1) recusa-se a admittir a concausa nos casos figurados na 3.^a categoria de Filomusi-Guelfi, entendendo

(1) Modica; *Causa e concause nella Medicina in rapporto al dirttio* Roma, 1899.

que em todas as infecções de uma ferida existe sempre uma consequência directa da lesão. Acha artificial a distincção entre independência de origem e dependência de decurso e entende que o direito exige a punição do acto criminoso, seja immediato, seja mediato e considera causa efficiente a que inicia o effeito e encerra em si todas as condições para completal-o.

Mas Filomusi-Guelfi mostra que em certos casos a ferida aseptica não pode conter todas as condições capazes de produzir a morte e que, na infecção com que esse resultado foi produzido, a adjuncção do germen septico representa sempre um caso fortuito e estranho á acção do aggressor que não pode, sem manifesta injustiça, ver por elle aggravada a sua acção.

* * *

Tal a doutrina de Filomusi-Guelfi que tende a ser geralmente accelta no seu paiz e que, de facto, merece a maxima consideração de todos os medicos legistas.

Acceitando-a em suas linhas geraes conservamos todavia a liberdade de dissentir d'ella em pontos secundarios ou de applicação.

O primeiro refere-se aos termos por demais absolutos da exclusão da concausa jurídica nos casos da 2.^a categoria. A circumstancia de ser a molestia superveniente capaz de por si só produzir a morte, não pode constituir um motivo para recusar-se ás consequencias do traumatismo quando serias, uma influencia concurrente, aggravando a marcha da molestia influido na producção da morte e portanto dando ao

caso os caracteres de uma verdadeira concausa. Reputo injusto recusar-se a qualidade de concausa ao estado de profundo depauperamento ou de anemia por traumatismo anterior, que tornou mortal por exemplo a infecção variolica que se havia manifestado sob uma das formas que a clinica se demonstra terminar ordinariamente pela cura, nas pessoas fortes e resistentes. E assim para o impaludismo, para a infecção amarillica, etc. Não podemos dar grande peso á circumstancia da impossibilidade em que fica o medico de exhibir uma prova material do seu juizo em casos d'estes, pois em grande numero de outros não são melhores em medicina legal os fundamentos do juizo do perito. Nem poder-se-ha dar sempre a prova material de que uma infecção tetanica sobrevinda a um ferimento ligeiro não podia ter tido outra porta de ingresso para o germen, differente da lesão produzida.

Em segundo logar, tenho que a consideração de independencia ou dependencia de origem e de decurso não é sempre sufficiente para a justa apreciação das condições de concausalidade jurídica.

De facto, nos termos da doutrina de Filomusi-Guelfi, as infecções que complicam as feridas traumaticas se devem distribuir em duas categorias distinctas: umas, o tetano, a erysipela, etc; que complicam os ferimentos, entram na terceira categoria, da *dependencia de origem com independencia de decurso*, e constituem as verdadeiras concausas juridicas; outras, a peritonite, a pleurisia, a meningite, etc; que complicam as feridas penetrantes do ventre, do thorax, do craneo, entram na 4.^a categoria, da *depen-*

dencia parcial de origem com dependencia de decurso e constituem simples consequencias directas da lesão.

Expressa em termos de dependencia de origem e de decurso, esta distincção se offerece muito atacavel.

Francamente não vemos em que, sob este aspecto, os dous grupos de infecções se possam distinguir. A dependencia de origem existe nos dous casos, pois, sobre ser função de germens vivos, a peritonite não é fatal nas feridas penetrantes do abdomen, antes segundo Kœning (1) falta na maioria dos casos.

Não é menos evidente a independencia de decurso nos dous casos. A manifestação e a intensidade da peritonite não dependem da extensão da lesão peritoneal, mas das condições septicæ da lesão e da receptividade morbida do paciente, pois uma vasta laparotomia aseptica cicatriza por primeira intenção, ao passo que uma simples ferida punctoria do peritoneo com instrumento septico pode produziz violenta peritonite.

N'estas condições, ou deveriamos estender o beneficio da concausa juridica a todas as infecções complicando os ferimentos, ou deveriamos recusal-o a todas. Não tem para nós o menor peso um argumento que Filomusi-Guelfi oppõe por mais de uma vez a Modica, a saber: que recusar-se a qualidade de concausa ás complicações infectuosas das feridas importaria em não admittir a existencia das concausas supervenientes, o que iria de encontro á disposição expressa do Codigo penal italiano que no art. 367

(1) Kœning: *Traité de pathologie criminale*. Paris; 1889—1890. T. II.

previo terminantemente a existencia de taes concausas. No terreno scientifico a objecção carece de valor; e a ella se podem oppôr justissimos conceitos do proprio Filomusi-Guelfi.

«E si o medico legista, escrevia elle (1), entende que a relação de concausalidade foi compromettida no principio juridico, não pode e não deve abster-se de fazer notar o dissidio: o qual, como pode ter nascido da nenhuma influencia que as relações de concausalidade, até aqui pouco illustradas, tiveram na dicção da lei, assim tambem pode ser composto, illustrando sempre mais aquellas relações e pondo-as ainda melhor ao alcance dos juristas que devem d'ellas utilizar-se».

Acreditamos, no emtanto, que a distincção de Filomusi-Guelfi deve ser mantida, mas sob outros fundamentos.

De facto, os ferimentos do ventre não podem ser considerados ferimentos leves; são ao contrario ferimentos muito graves ou mortaes, pois, independente da notoria frequencia das peritonites, a morte pode sobrevir n'elles seja por hemorrhagia interna, seja por lesão de visceras importantes, seja por *shock*, etc. Por consequente, a séde da lesão, qualquer que seja a sua relação de dependencia com a peritonite que a complique ou possa complicar, exclue o caso fortuito. E, como já o ensinou o proprio Filomusi-Guelfi para o caso de uma ferida penetrante do thorax e interessando um aneurisma alli existente, assim tambem aqui devemos recusar o beneficio juridico da

(1) Filomusi-Guelfi: *La independenza patogenetica nelle concause sopravvenute*. Pavia 1900.

concausa, não porque a peritonite, no seu decurso, seja dependente da lesão, mas porque na especie o caso fortuito não se constituiu. E o caso fortuito tanto é condição essencial da concausa preexistente como da concausa superveniente.

Supponhamos que n'um ferimento penetrante do abdomen, do thorax, etc., a morte se dá, não por peritonite ou plerisia, mas por tetano. Embora a independencia de decurso seja aqui a mesma que na 3.^a categoria de Filomusi-Guelfi, com certeza elle proprio recusaria admittir a concausa n'este exemplo, por faltar o caso fortuito.

De tudo isto se ha de concluir que, feita do ponto de vista exclusivamente scientifico e natural, a distribuição das relações de dependencia em que uma lesão traumatica se pode achar dos estados morbidos a ella supervenientes, ficou rigorosamente satisfeita na classificação de Filomusi-Guelfi, em quatro categorias distinctas. Mas, quando, deixando o ponto de vista estritamente medico ou scientifico, se tem de attender á applicação juridica d'essas relações de dependencia ao beneficio legal de uma attenuação da responsabilidade por concausa supervenientes, as bases d'aquella classificação tornam-se insufficientes porque é forçoso attender agora a um novo elemento e este essencial, o elemento intencional, a carencia de previsão, o caso fortuito que não se pode admittir nos ferimentos reconhecidamente mortaes, como são os das cavidades esplanchnicas, quaesquer que possam ser as condições de dependencia em que estejam d'essas lesões os processos infectuosos que as compliquem.

A necessidade de levar em conta este novo elemento, estranho ás bases de sua classificação, por duas vezes

foi sentida e reconhecida por Filomusi-Guelfi. Primeiro, quando teve necessidade de justificar a dependencia absoluta das peritonites, etc.

«Em geral, escreveo elle, uma peritonite por ferida do abdomen, uma pleurisia por ferida do peito, uma meningite por ferida da cabeça, embora reconheçam uma origem infectuosa, são manifestações de infecções que, nas suas localizações (peritoneo, pieura, meninges e portanto ainda nos seus decursos estão intimamente ligadas á séde da lesão e ás vezes ainda á profundidade d'ella e não se pode fallar em *independencia de decurso*. Por outro lado, ninguém descobre n'ellas uma mudança de scena, uma ferida leve aggravada de momento, um desvio nos factos inherentes á séde e á natureza da ferida, um accidente novo e n'ella não ordinario, qualquer cousa de *fortuito* no aggravar a lesão, já em relações intimas com órgãos vitaes. Portanto, onde não se reconhece a independência de decurso, nem tão pouco se pode reconhecer o caso fortuito, falta a concausa e podemos admittir a directa consequencia da lesão.»

Apezar de, á primeira vista, ter elle dado aqui *ao caso fortuito* um papel secundario de auxiliar, de reforço da *dependencia de decurso*, bem examinadas as cousas, só aquelle decidiu a questão. Que a séde da lesão crie a dependencia de origem, abrindo a porta á infecção, é indiscutivel: mas que influa no decurso da peritonite, não vemos bem em que. Sem duvida, se pode admittir que a gravidade das lesões abdominaes é proporcional á extensão das mesmas lesões, porém essa relação não se refere exclusivamente á peritonite, e sim a todos os outros elementos de gravidade, hemorrhagia, destruição de órgãos vitaes, *schock*, etc. D'onde

se vê que o que se elimina n'estes casos não é a *independencia do decurso*, é o *caso fortuito*.

Pela segunda vez, teve Filomusi-Guelfi de reconhecer a distincção necessaria entre dependencia de concausalidade no ponto de vista medico, e dependencia de concausalidade no ponto de vista juridico, quando foi obrigado a confessar que, no caso de intervenção fraudulenta de um factor estranho, a simples verificação medica da *dependencia de origem com independencia de decurso*, não é bastante para constituir uma concausa juridica, que mesmo n'esses casos pode ser excluida si lhe fallece o character juridico do *caso fortuito*.

«Em resumo, escreve elle, devemos reconhecer que aqui a contemplação de um elemento subjectivo da acção humana retira á infecção o character de caso fortuito e cancella a concausa. Mas na verdade é esta uma excepção; a qual poderá dizer que para a admissão ou exclusão da concausa não poderá bastar sempre a simples apreciação medico-legal e que ainda importa ás vezes a apreciação de um elemento subjectivo da acção humana, mas não quererá dizer que *em geral, do ponto de vista medico-legal, devam-se registar como concausas supervenientes aquellas infecções que, offerecendo o character de dependencia de origem e independencia de decurso, correspondem, de ordinario ao conceito juridico de caso fortuito, o que a nós importa pôr em relevo*».

Sim, mas a concessão de Filomusi-Guelfi inverte, de facto, os termos da questão e faz desaparecer o character de excepção que lhe deu o auctor.

E' claro que é a realisação do caso fortuito que caracteriza essencialmente o beneficio juridico da concausa superveniente.

A medicina legal se limita a constatar que, das condições de dependencia em que se podem achar entre si estados morbidos coexistentes n'um mesmo individuo, os que mais vezes realisam a condicção do caso fortuito são aquelles em que se verificam a *dependencia de origem e a independencia de decurso*, sendo que os dous conceitos o medico e o juridico não se correspondem exactamente. De facto, o conceito medico é mais amplo do que o juridico, pois mesmo realisadas as condições de *dependencia de origem e independencia de decurso*, o caso perde a qualidade juridica de concausa si a superveniencia é obra proveniente de terceiro ou si se addiciona a uma lesão de sua natureza mortal, circumstancias em que desaparece o caso fortuito.

* * *

Exposta a theoria medico-legal das concausas, corre-nos agora o dever, antes de passar além, de examinar o modo por que os medicos-legistas brasileiros têm entendido a influencia das concausas, pois naturalmente as suas opiniões hão de ter exercido decidida influencia na applicação da lei penal patria.

Acima, na exposição doutrinal, de perto busquei acompanhar o ensino da escola medico-legal italiana, como sendo a que mais largueza tem impresso ao estudo da questão, prevista no seo código penal com mais precisão e rigor do que em qualquer outro.

Outra era a orientação dos medicos legistas brasileiros que precederam á actual geração, directa e quasi exclusivamente inspirados na medicina legal franceza.

Não seria, porém, a deficiencia d'esta escola medica que haveria de justificar os desacertos dos que

a tivessem tomado por guia. Os médicos legistas francezes, do começo do seculo XIX, tinham, de facto, idéas muito seguras sobre a questão das concausas. A moderna distincção italiana das concausas em preexistentes e supervenientes não faz mais do que reproduzir a distincção já estabelecida desde Planquet, Mahon e sobretudo Orfila nas duas classes: 1.^a das circumstancias manifestas ou occultas existentes antes do momento em que foi praticada a violencia; 2.^a das circumstancias que sobrevêm depois do tempo em que foi feita a ferida.

Foderé fez mesmo uma distribuição até certo ponto justa e racional das condições em que se pode dar a complicação das feridas.

No emtanto, a verdade é que no tocante ás concausas os tratadistas brasileiros suffragaram doutrinas de todo o ponto inadmissíveis. Referimo-nos ao modo de pensar dos Drs. Soriano de Souza e Souza Lima, unicos que, supponho, deram publicidade ás suas opiniões.

Estes dous professores começam rejeitando as concausas preexistentes. Partem ambos do principio de Foderé: «Tudo quanto não depender propriamente da natureza da ferida não pôde ser imputado ao seo auctor», para chegar a uma conclusão diametralmente opposta a esse postulado. O Dr. Soriano de Souza (1) conclue: «O aggravarem-se as feridas n'aquellas condições (das concausas preexistentes) é uma necessidade e portanto ha inteira e directa relação entre a

(1) Soriano de Souza: *Ensaio medico-legal sobre os ferimentos e outras offensas physicas com applicação á legislação criminal patria*. Recife, 1872.

ferida e o resultado fatal que não se pode deixar de considerar como um effeito natural e directo da offensa; logo, quem deo logar a causa é responsavel pelo effeito».

Esta estranha conclusão é sancionada pelo Dr. Souza Lima (1) nos seguintes termos: «Em que peze á opinião sustentada por alguns medicos-legistas (Belloc, Mahon, Bohnius, Van Switten, etc.) que allegam em favor do criminoso a circumstancia de ignorar elle esse estado particular do offendido, que aggravou e tornou mortal uma offensa que seria de natureza leve em outras condições, acompanho antes o modo de pensar do illustrado medico-legista brasileiro, seguudo o qual elle entende que em taes casos a morte deve ser imputada ao auctor da lesão, porquanto, diz elle, o aggravarem-se as feridas n'essas condições é uma necessidade e portanto ha intima e directa relação entre a ferida e o resultado fatal, que não se pode deixar de considerar como um effeito natural e directo da offensa: logo, quem deo logar á causa é responsavel pelo effeito».

Mais tarde, o novo codigo penal brasileiro admittio o beneficio das concausas preexistentes, o Dr. Souza Lima inclinou-se deante da letra da lei, porém manteve a sua opinião pessoal contraria á doutrina.

Escreveo elle então (2): «Isto a (concausa preexistente), em rigor, não deveria prejudicar a clas-

(1) Souza Lima: *Traumatologia forense*. (Revista dos cursos da Faculdade de Medicina do Rio Janeiro 4^o Anno, 1887).

(2) Souza Lima: *O novo questionario do processo criminal*. O Direito, 1895.

sificação científica e racional de uma lesão que, interessando, por exemplo, uma grossa veia, uma arteria calibrosa ou o proprio coração deslocado de sua situação normal, acarretasse a morte do individuo. A ser, porém, de outro modo, não ha razão para não se estender e applicar a mesma doutrina aos estados morbidos que podem tornar irremediavelmente mortal uma lesão aliás curavel ou mesmo sem gravidade em outras condições».

N'aquella implacavel conclusão dos dous medicos brasileiros de que «quem deo logar á causa é responsavel pelo effeito», ha uma deploravel e perigosa confusão de causa com occasião de um acto.

Qualquer pessoa pode praticar voluntaria ou involuntariamente um acto que, dando origem a um accidente qualquer, a torne causadora desse successo que ella não desejaria se desse e se não daria de certo, si o pudesse ter previsto como consequencia do acto praticado.

E' o que se dá no homicidio com concausa e melhor no homicidio preterintencional, que a theoria dos Drs. Souza Lima e Soriano de Souza excluem por igual.

N'este ultimo caso, o individuo é causa do ferimento leve e naturalmente deve responder do dolo que tenha posto em pratical-o; mas foi apenas occasião da morte de sua victima, pois, sendo esta portadora de uma condição de gravidade especial dos ferimentos, desconhecida do aggressor, só esta ponde ser causa directa e immediata da morte. D'este homicidio, o agente apenas podia ter sido causa involuntaria ou culposa, por ter sido occasião d'elle. E seria altamente injusto respon-

desse por elle como responderia por um homicidio que, rido ou intencional.

Menos consequente do que o Dr. Soriano de Souza, que, assim como negava as concausas preexistentes, negava egualmente as concausas supervenientes, apenas consentindo em attenuar a responsabilidade do aggressor no caso da intervenção dolosa de terceiro, fosse este o proprio doente ou os seus assistentes, o Dr. Souza Lima recua deante da conclusão logica da sua doutrina e admite o beneficio attenuante da concausa tanto no caso da contaminnação accidental da ferida, como no da aggravação por falta de cuidado do offendido. Mas, n'um e n'outro caso, as suas idéas resentem-se da falta de uma analyse completa das situações.

O Dr. Souza Lima confunde no mesmo grupo as molestias absolutamente independentes da lesão, com infecções que são d'ella parcialmente dependentes; um caso de peste que Zachias já tinha mostrado nada ter que ver com o ferimento, é equiparado á erysipela que complica uma ferida leve. Ora, é evidente que, no primeiro caso, se tratará apenas de um crime de lesão pessoal; a peste (1) mata o ferido como mataria uma pessoa não ferida; ao passo que, no outro caso, se tratará do crime de homicidio com concausa ou do homicidio preterintencional, segundo se puder provar que tinha havido ou não o *animus noecandi*, pois n'esse caso a invasão da erysipela dependeo da ferida.

Do mesmo modo no caso da intervenção de estranho.

O illustre mestre não distingue a contaminnação for-

(1) Aliás melhor serviria ao caso o exemplo da infecção variolica ou typhoide, pois em rigor o ferimento podia ter sido a porta de entrada do germen pestoso.

tuita, accidental e imprevisível, da contaminação ou aggravação querida e procurada, nem da resultante da culpa por imprudencia, impericia ou negligencia do assistente, e parece admittir para todos esses tres casos o mesmo beneficio da concausa.

Ora, é evidente que, si a morte resultou das duas ultimas hypotheses, isto é, de se ter aggravado a lesão primitiva por culpa ou por dóllo de terceiro, o aggressor só deve responder do que praticou, portanto da lesão pessoal, e é o outro réo quem deve responder pela complicação e pela morte por elle produzida malevola ou culposamente. Aqui não ha homicidio com concausa, mas apenas dous crimes distinctos: o de lesão pessoal praticado pelo aggressor e o de homicidio doloso ou culposo resultante de uma intervenção criminosa n'um caso, ou da falta de pericia ou da negligencia no outro. Si quem procura e provoca a aggravação da ferida é o proprio doente, a morte é a parte por que elle expia a sua coparticipação malevola no acto delictuoso e ainda ahi só resta ao aggressor a responsabilidade da lesão pessoal que praticou. Ao contrario, si a contaminação infectuosa foi accidental e impossivel de ser evitada, partisse das condições da occasião, do descuido do proprio doente, ou do medico que não teve tempo nem meios de fazer um curativo aseptico, em todos esses casos apenas deve existir o beneficio da attenuante por concausa superveniente.

Mais recentemente, um joven e distincto medico-legista brasileiro, Afranio Peixoto, defendeo entre nós a sdou trinas italianas de Filomusi-Guelfi que eu tenho sempre professado n'esta Faculdade com as restricções acima expostas. No emtanto, Afranio Peixoto esposou a opinião de Borri que dá ás concausas preexistentes o caracteristico morbido ou pathologico ao em vez do

caso fortuito, em que justamente se tinha fundado Filomusi-Guelfi. Já vimos quanto é insustentavel a opinião de Borri. Nas concausas supervenientes, Afranio Peixoto parecia ter adoptado, na sua definição, a característica da dependencia completa advogada por Modica, mas acabou acceitando a theoria da independencia relativa de Filomusi-Guelfi. Não se referio, porém, ao papel e influencia do factor estranho que tanto preoccupou a Borri e aos tratadistas brasileiros.

Peste na Bahia

Extracto do Relatorio sobre o Serviço temporario de isolamento dos pestilentos

Apresentado pelo

DR. GONÇALO MONIZ

Ex-Director do dito serviço

(Continuação da pag. 393)

Quanto ao tratamento dos doentes, fizemos applicação systematica da serotherapie especifica. Deixamos, porem, de empregar-a em alguns, quaes por haverem entrado para o hospital depois de passada a phase aguda da molestia, não havendo mais indicação para administrar-se o sôro, ou apresentando apenas uma forma muito benigna do mal, com simples engorgitamentos ganglionares; quaes por não termos ainda á disposição o remedio logo nos primeiros dias da inauguração do serviço; quaes por chegarem já em agonia, expirando minutos depois, o que evidentemente faria importar em pura perda o sôro gasto.

A' estatistica que atraz apresentamos, encarada agora sob o ponto de vista dos resultados do tratamento serotherapico, cabe algumas considerações.

Vimos que dos 114 pestilentos recolhidos ao hospital, 65 curaram-se e 49 falleceram, o que dá a mortalidade de 42, 98 %.

Importa, porém, observar que nem todos receberam sôro; pelos varios motivos acima expostos, não o administramos em 16, dos quaes 11 se restabeleceram e 5 morreram. Tratados pelo sôro temos então 98, com 54 curas e 44 obitos.

Devemos, entretanto, dos 44 que morreram separar 3, que em rigor se não podem contar como insuccessos da serotherapie, porquanto o fallecimento foi devido a complicações tardias, já em convalescença ou começo desta.

Um delles, menino de 7 annos, que esteve muito mal, veio a perecer de cachexia, com amyotrophias, bem pronunciadas sobretudo nos membros inferiores, muito tempo depois de terminado o periodo agudo da molestia e de cicatrizado o bubão, que suppurara e fôra aberto. Entrou a 11 de Setembro de 1904 e morreu a 1.º de Janeiro de 1905, após 3 mezes e 20 dias.

Outro, um rapaz de 21 annos, depois de bastante melhorado do estado geral, de declinada a febre, de incisado o bubão, que suppurava, foi inesperadamente acommettido de accessos febris anormais, dois assaz intensos, com calafrio, rapida ascensão thermica a 41º, forte delirio, etc. sem que o exame mais cuidadoso revelasse nenhuma localisação nova da infecção, nem para o systema lymphatico, nem para o pulmão, etc. Continuou ao depois a febre, com oscillações entre 38º e 39º, cahindo o doente em profunda adynamia, seguida de progressivo definhamento e marasmo, e afinal expirando 35 dias após a entrada, já estando cicatrizado o bubão. Examinamos o sangue deste do-

ente sem encontrar nelle nenhum microorganismo, nem nomeadamente o coccobacillo de Yersin, nem o hematozoario de Laveran. Nos pulmões, no aparelho digestivo, não se percebia affecção alguma.

Para os centros nervosos, apenas depressão intellectual e leve sub-delirio, de vez em quando. Julgamos, no embarço em que nos achamos para explicar essa grave complicação febril, aparentemente sem substracto anatomo-pathologico, que poderá ella ser considerada como um dos casos capitulados de *febre cryptogenetica*.

A autopsia talvez nos esclarecesse sobre a natureza dessa toxi-infecção de causa occulta, mas não estavamos preparados para fazer autopsias, não havendo no hospital, nem local adequado, nem meza, etc.; por isso não fizemos nenhuma, sendo evidentemente perigosa imprudencia abrir-se e dissecar-se o cadaver de um pestilento, sem se estar cercado de todos os meios capazes de impedir a dispersão do virus.

O terceiro caso, enfim, foi o de uma menina de 10 annos, que tambem entrou em estado muito grave, com dois bubões, um axilliar e o outro cervical, ambos do lado esquerdo, que suppuraram abundantemente, a qual, no emtanto, já parecia entrar em convalescença, havendo fundadas esperanças de um desenlace feliz, quando, inopinadamente, lhe sobreveiu violento ataque de convulsões eclampticas, em accessos successivos, subintrantes, constituindo-se verdadeiro estado de mal, com perda completa da fala e dos sentidos. A intensidade dos accessos convulsivos diminuiu após a primeira crise, mas persistiram elles com alternativas de remissões e exacerbações, e a paciente nunca mais voltou a si, finando-se alguns

• dias depois. Só a um comprometimento das meninges cerebro-espinhaes ou dos proprios centros nervosos, por septicemia secundaria, provavelmente estaphylococcia ou estreptococcica, pudemos attribuir essa complicação tardia (30 dias após a entrada). Os bubões, com effeito, suppuraram copiosamente e ainda suppuravam na occasião do episodio fatal, encontrando-se no pús os microbios pyogenicos communs, sem se acharem mais os bacillos da peste. O passamento deu-se no 39º dia de estada da doente no hospital.

• Façamos abstracção desses 3 casos, não os contando, nem pró, nem contra a proficuidade da serotherapie antipestilenta.

Subtrahindo agora, conforme a praxe adoptada, dos restantes doentes que receberam sôro (95), 19 que entraram moribundos ou duraram no hospital menos de 24 horas, teremos 54 curas e 22 obitos em 76 pestilentos tratados pela serotherapie em condições aparentemente não ainda desesperadoras, o que dá a mortalidade depurada de 28, 94 %.

Si deduzirmos ainda 8 doentes que só sobreviveram no hospital de 24 a 42 horas, alguns dos quaes pareciam, na occasião da entrada, em peores condições do que outros que succumbiram mais depressa, obteremos um coefficiente de mortalidade igual a 20, 58 %.

A nossa estatistica guarda, pois, o meio termo entre as mais favoraveis e as mais adversas.

• Não encareçamos, porém, o valor das estatisticas. Os algarismos que nellas figuram são para o leitor quantidades, por assim dizer, abstractas, e questões complexas como a de que nos occupamos, releva concretamente encaradas.

Os diversos casos que entram no activo e no passivo

de estatísticas desta ordem valem muito mais qualitativamente do que quantitativamente estimados.

Os algarismos em mathematicas puras tudo demonstram com certeza absoluta, porque lá tudo é abstracto. Mas quando se trata de factos concretos não ha nada mais docil e condescendente do que os algarismos. Jogando com os mesmos dados, dois pleiteadores pódem provar ao mesmo tempo theses contrarias: os numeros são exactamente os mesmos de cada lado, mas a maneira por que são utilizados, o modo por que são apreciados e interpretados os factos correspondentes, o aspecto por que são contemplados, o que é tudo, varia inteiramente de parte a parte.

Muito mais significativos e probantes a favor ou contra a efficacia do tratamento em questão, são alguns casos individualmente estudados e criteriosamente criticados, do que uma avultada congerie delles só numericamente conhecidos, mas cujas particularidades são ignoradas, de cujo respectivo grau de gravidade ou benignidade não se fala, nem do modo por que foi em cada um applicada a medicação, nem da epoca em que foi iniciada, etc.

Assim é que, em a nossa estatística, entre os doentes curados, figuram alguns cuja infecção era tão benigna que estamos convencidos se restabeleceriam sem o auxilio do sôro, ao passo que dentre os que falleceram, mesmo dentre os que duraram no hospital mais de 48 horas, muitos já se achavam tão profundamente atacados, já contavam tantos dias de molestia sem tratamento, que não era mais possivel esperar-se um desfecho feliz. Tanto provam estes contra a efficacia da serotherapie antipestilenta quanto aquelles

a favor da mesma. Qualquer que seja a eficiencia desta medicação, não é ella absoluta. Não possuímos no sôro um remedio infallivel sejam quaes forem as circumstancias, cousa que aliás não pôde existir. Quando o organismo já está seriamente minado pelos fundamentos, a substancia viva das suas cellulas intimamente corrompida e deteriorada pelas toxinas pestilentas, não ha mais restauração possivel. Em analogas condições os melhores agentes therapeuticos falham necessariamente, pois nenhum tem o poder de operar resurreições. Não se deve, pois, julgar do valor curativo do sôro antipestilento pela quantidade bruta de doentes por elle tratados com ou sem successo, sinão que pelos seus effectos, logicamente analysados, em certo numero de casos acompanhados de perto e bem estudados. Procedendo desta maneira foi que chegamos á convicção de que temos no sôro em questão preciosa arma contra o terrivel morbo, e não hesitamos em attestar a sua efficacia.

Em muitos empestados, gravemente acommettidos, que tivemos occasião de tratar com exito feliz, as modificações favoraveis na marcha da molestia, a mitigação ou debellação dos principaes symptomas, que se seguiam ás injeccões do sôro, fizeram-nos crer que foi este o principal factor da cura.

Manda, entretanto, a imparcialidade confessar que em casos aparentemente ainda em momento opportuno para o tratamento serotherapico, pode este mallograr-se, já em consequencia de uma exaggerada virulencia do microbio ou de falta de resistencia por parte do organismo assaltado, já por causa da localisação ou forma da infecção (bubão retro-maxillar, pneumonia, septicemia), a qual, aliás, pode

considerar-se em parte função das duas primeiras condições ou da via de penetração do virus ou do *locus minoris resistentiæ*.

Mas não queremos, como deixamos dito, fazer do sôro antipestilento um remedio infallivel, affirmando, comtudo, que convenientemente empregado é capaz de salvar muitas existencias, que findariam sem o seu soccorro.

Convém, demais, ponderar que diversas circumstancias influem consideravelmente no resultado do tratamento pelo sôro. Uma dellas é o momento da evolução morbida em que se principia a administração. Quanto mais cêdo começada, tanto mais efficiente, *ceteris paribus*, será a medicação, facto este que não é mais do que uma confirmação especial do conhecido aphorismo—*principiis obsta*.

Ora a tal respeito fomos, em regra geral, o mais desfavorecido possível. Rarissimamente eram os doentes recolhidos ao hospital antes do 3.º dia de molestia; a mór parte já se achavam atacados ha 4, 5, 6 e mais dias. Isso devido á aversão que, com mui poucas excepções, mostravam as victimas do mal em ir para o isolamento, ou os seus parentes em consentil-o, lançando mão de todos os meios para evital-o.

Os pestilentos eram, por esse motivo, frequentemente occultos, a notificação dos casos suspeitos não era feita em tempo, e quando conseguiam os autoridades competentes haver conhecimento delles, já a molestia datava de muitos dias, já havia passado a occasião mais opportuna para o tratamento especifico.

Para mostrar a influencia da precocidade da inter-

venção, basta-nos citar a seguinte estatística de YERSIN relativa a doentes por elle tratados em Bombaim.

17	inoculados	no 1.º dia	{ 15 curas 2 mortes }	{ 12 % de obitos
17	"	" 2.º dia	{ 11 curas 6 mortes }	{ 35 % " "
12	"	" 3.º dia	{ 6 curas 6 mortes }	{ 50 % " "
3	"	" 4.º dia	{ 1 cura 2 mortes }	{ 66 % " "
1	"	" 5.º dia	{ 1 morte }	{ 100 % " "

Não podemos fazer estatística semelhante a esta, porque a respeito de muitos doentes não tivemos indicação alguma quanto ao dia em que adoeceram.

Com relação á pratica do tratamento, usamos das injecções sub-cutaneas, intra-venosas e raramente intra-peritoneaes. Inoculavamos de cada vez, nas crianças, 20 c. c., 30 c. c. de sôro e mais conforme a idade e a gravidade do caso. Nos adultos as doses eram de 40 c. c. para cima, e nos casos graves injectavamos nas veias 60 c. c., 80 c. c. de cada vez, repetidamente em dias successivos, e por vezes fazíamos mais de uma injecção no mesmo dia, havendo doentes que chegaram a tomar, no correr da molestia, mais de 500 c. c. de sôro.

Empregamos principalmente o sôro do Instituto serotherapico federal de Manguinhos, e tambem, nas poucas vezes, o do Instituto de Butantan, de S. Paulo.

Em poucos doentes observamos a forte reacção, mui assustadora para quem não a conhece, que ás vezes succede ás injecções intravenosas. Todos elles, porém, curaram-se, o que parece confirmar a asserção de

alguns experimentadores de que tal reacção é de bom presagio.

Os accidentes serotherapicos tardios foram muito frequentes, consistindo em erythemas diversos, eczematosos, urticariformes, escarlatiniformes, circinados, etc. em myalgias, arthralgias, com inchação das juntas em alguns casos acompanhados de hyperthermia, ás vezes alta, mas que não produziam grande abalo no estado geral do enfermo, e se dissipavam em poucos dias.

Além do tratamento especifico, empregavamos, quando havia precisão, algumas medicações symptomaticas, contra, por exemplo, vomitos, constipação ou diarrhéa, dôres, etc. e na convalescença, tonicos e reconstituintes.

O sôro especifico, pelo que observamos, não exerce influencia directa apreciavel sobre os caracteres e a marcha do bubão, posto que, ordinariamente, nos exsudatos deste, não se encontram mais após o seu uso, o microbio da peste.

Nos casos que terminam pela cura, o bubão, ora suppura, ora desaparece pela resolução.

No primeiro evento, convém abrir o abcesso para dar sahida ao pús, mas é bom não o fazer sinão quando já está bem maduro, depois que ha franca suppuração, e a incisão deve ser pequena.

Depois de aberto, o bubão fica, em geral suppurando muito tempo. Muitas vezes dá-se a necrose dos tecidos que o compunham, sendo eliminados com o pús fragmentos esphacelados; a cicatrização é então muito demorada. Não raro formam-se tardiamente, ao lado do primitivo fóco suppuração, novos fôcos, que serão incisados, retardando-se dest'arte a cura completa do

paciente. Tivemos alguns que permaneceram assim no hospital, passado o periodo agudo da molestia, somente em tratamento local do bubão ou dos bubões, durante largo espaço, 3, 4, 5 mezes. Os bubões que não suppuram tambem custam a reabsorver-se, conservam se duros, vão diminuindo pouco a pouco de volume, mas gastam muito tempo em desapparecer de todo.

Ordinariamente nos casos fataes o bubão não chega a suppurar. Depois que já se mostra bem amollecido, que o processo suppurativo já se acha em plena actividade, raro é que o doente falleça. Si isso acontece, é quasi sempre em consequencia de alguma complicação serodia, muitas vezes especifica. Só contamos 3 obitos depois que o bubão já havia suppurado, todos tres em epoca afastada do começo da doença e devidos justamente a complicações. Concernem elles aos tres casos de que atraz demos rapida noticia.

Como complicações da convalescença occorreram paresias, paralytias e amyotrophias dos membros inferiores, que impediam por longo prazo os pacientes de levantarem-se do leito e caminharem.

A convalescença da peste é pois, em regra geral, dilatada. Só nos casos muito benignos é que o restabelecimento se opera com alguma rapidez.

Preservação escolar contra a tuberculose

«Traducção de um artigo do professor GRANCHER»

A primeira parte deste trabalho foi objecto de uma communicação á Academia de Paris em 21 de Junho de 1904.

O que se segue é a exposição do methodo de exame

que eu ensino e que meus alumnos e eu applicamos ás creanças das escolas de Paris.

Descoberto o tronco da creança, é esta apresentada ao medico, que pela inspecção aprecia seu estado geral de nutrição, a cor de sua pelle e sua vitalidade, o estado do esqueleto, a conformação do thorax etc. Em geral o thorax das creanças que um exame ulterior fará classificar de *suspeitos* ou *enfermos*, como tambem sua estatura, tem um desenvolvimento inferior ao dos meninos normaes; entretanto não nos achamos auctorisados ainda a apresentar cifras de comparação.

Em seguida a creança é pesada e medida, Estatura e peso inscrevem-se em uma *ficha*, bem como o indice thoracico e as dimensões do lado direito e do esquerdo da curva thoracica, medida por meio de uma cinta metrica, cujo zero se colloca sobre a apoplyse espinhosa correspondente aos mammillos, encontrando-se suas extremidades no esterno. As relações entre os diversos numeros encontrados serão estabelecidas posteriormente em relação a cada examinando.

Recolhidos estes dados, o medico examina successivamente: a) a garganta, b) os ganglios do pescoço, da axilla e da vírilha, c) os pulmões.

a) A *garganta*: O estado das mucosas, o volume das amigdalas, a presença ou ausencia de vegetações adenoides e de glanglios submaxillares são os pontos a precisar, pois que cada um tem seu valor proprio e quando se reúnem, apresentam maior importancia e significação. No caso de coexistirem todos estes symptomas de um estado lymphatico, o que não é raro, classificamos o paciente entre os *suspeitos*, medicando-o e esperando os resultados de um segundo exame, depois de decorridos 6 ou 12 mezes.

b) Os *glanglios do pescoço* isolados ou agrupados em rosario, indolentes, pequenos, mobilisando-se sob os

dedos e duros têm, a nosso ver, uma importancia maior, maxime existindo simultaneamente ganglios semelhantes nas axillas e nas virilhas; o paciente é desde logo considerado suspeito, ainda que intacto esteja o pulmão, o que não é frequente com as adenopathias do pescoço ou com o ingurgitamento ganglionar generalizado.

Para o reconhecimento destas adenopathias é necessario muito cuidado. Frequentemente os ganglios subtrahem-se a um exame superficial ou rapido, principalmente os que colleiam a borda anterior ou posterior dos musculos esterno-cleido-mastoideos. Importa insistir sobre tal investigação, tendo o cuidado de fazer variar a posição do pescoço da creança, inclinando-o para a direita, para a esquerda, para diante e para trás. E' bastante delicado o exame da axilla, mas facil o da virilha,

c) *Os pulmões.* E' o ponto capital de nosso exame.

O medico deve, antes de tudo, recommendar ao paciente que respire amplamente, com a bocca entreaberta, caracterisando o seu typo respiratorio, que deve ser *medio*, com um ligeiro suspiro respiratorio. Antes de applicar o ouvido ao thorax é de summa importancia observar como respira a creança, ensinando-lhe a fazel-o bem, si não sabe, porque é cousa que muitos ignoram o respirar como convém para a escutação,

A inspiração deve ser prolongada, ampla e suave, não ruidosa; a expiração mais rapida e acompanhada de um suspiro profundo com o fim de ser completa. Depois de certo tempo de repouso far-se-a de novo outra inspiração e assim successivamente.

Feita a escutação de modo satisfactorio, applica o medico as mãos sobre as regiões claviculares, enquanto a creança respira, para apreciar si é igual a amplitude

respiratoria de ambos os lados do thorax. A confirmação manual dos dados fornecidos pela inspecção é preciosa e passa-se então á percussão que fornece os dados conhecidos por todos—resistencia maior ou menor aos dedos, modificação da tonalidade do som, macidez, submacidez. Quero insistir somente sobre um ponto—a inferioridade da percussão relativamente á escuta, que é muito mais precisa e delicada na maior parte dos casos.

É raro, com effeito, que os signaes de uma escutação bem feita não procedam de muito tempo os da percussão, Quando esta é perceptivel a qualquer ouvido, isto é, quando facilmente se percebe a submacidez, revela uma densificação do tecido pulmonar que corresponde á conglomeração dos turberculos ou a uma grande adenopathia.

Pelo contrario a escuta, feita pelo methodo que vou indicar revela as lesões, por menores que sejam, e até os turberculos disseminados discretamente no parenchyma pulmonar.

Isso, bem o sei, está em desaccordo com a opinião classica, a de LAENNEC: "Os pequenos tuberculos, separados entre si por tecido pulmonar são, não podem ser reconhecidos."

Considero esta affirmação erronea e tanto mais grave quanto nella se têm baseado os successores de LAENNEC para firmar os termos do diagnostico do primeiro gráo da tuberculose pulmonar—submacidez, respiração rude e prolongada, estertores!

Tal é ainda hoje o ensino official.

Quando, porém, se conhece o modo de desenvolvimento do tuberculo no pulmão—e não é permittido ignorar-lo—sabe-se que o folliculo tuberculoso nasce no vestibulo do acino, onde produz necessaria e fatalmente uma diminuição do murmurio vesicular, com

ou sem rudeza, ao estreitar o conducto que dá entrada ao ar atmosphérico. Mais frequentemente percebe o ouvido, com essa debilitação do murmúrio normal, uma diminuição de sua tonalidade, e a *inspiração* se debilita e torna-se baixa ou rude, mas principalmente *enfraquecida*.

Ha mais de 20 annos que eu ensino que este enfraquecimento do murmúrio inspiratorio, quando é *fixo*, unilateral e não depende de circumstancia outra qualquer superajuntada — pleurisia anterior, atrophia muscular etc.—acompanhando-se de diminuição da saude e das forças, de dyspepsia e de instabilidade thermica, é *synonymo de tuberculose pulmonar incipiente*.

Isto se observa mezes, annos ás vezes antes da submacidez e das expirações prolongadas com ou sem estertores, que são signaes de uma tuberculose já antiga, de tuberculos conglomerados.

Ora, esperar esse momento para reconhecer a presença de tuberculos pulmonares é condemnar o enfermo a um diagnostico tardio e, portanto, a uma therapeutica inefficaz ou mui pouco efficaz e em todo caso extensa e difficil; quando, ao contrario, a tuberculose é descoberta cedo, quando precoce—é o diagnostico, tendo sido feito no periodo germinativo—não existe, repito, molestia mais docil á therapeutica.

Como então fazer esse diagnostico ?

Eis-nos de novo volvidos ás escolas, onde a creança ligeiramente atacada ignora tanto quanto seus paes a existencia de um mal, que se revelará mais tarde na officina ou no quartel, porquanto mui frequentemente o apparecimento da tuberculose pulmonar em um adolescente ou em um adulto foi precedido de um longo periodo silencioso originario da infancia. E', então, que, devido a um esfalfamento (*surménage*)

physico ou intellectual, a uma contrariedade moral ou á convalescença de uma molestia grave ou como consequencia de um resfriamento, apparece a tuberculose até esse momento latente aos olhos do medico.

Julgo poder affirmar que tal se não daria si um exame attento, minucioso da creança, feito durante sua vida escolar, houvesse permittido estabelecer sua *ficha* de saúde e segui-la anno a anno durante seu desenvolvimento physico. Nesse periodo da existencia facil é reconhecer as ligeiras alterações produzidas pelo bacillo tuberculoso e interromper seu desenvolvimento ou cural-as. *E si quizermos atacar em sua expansão a tuberculose, molestia social, é primeiramente na creança que devemos observal-a e combatel-a.*

Já vimos como se devem investigar as lesões bacillares da garganta, dos ganglios e do tecido pulmonar pela inspecção e pela apalpação. O estudo das vibrações rara vez dá indicações serias por causa da debilidade natural da voz infantil.

Completamente diverso é o que se dá com a escutação, que é o meio por excellencia revelador das lesões ligeiras, germinativas ou curaveis; mas, nesse momento em que silenciosa está a tuberculose no pulmão, deve-se escutar a creança ou o adulto de uma maneira determinada, da qual depende o exito de um bom exame. *Deve-se escutar a inspiração e somente a inspiração.*

A expiração e os ruidos adventicios devem ser systematicamente afastados do ouvido do medico. Sua vez chegará depois, quando se tiver fixado o ponto capital, isto é, si a *inspiração* é normal ou suave, branda, abundante em todos os pontos similares dos pulmões de um e outro lado. Sem que tal succeda não poderá ser ella normal.

Eis o ponto capital, direi quasi unico. Porque?

Porque a *inspiração* é função do lobulo pulmonar e proporciona por isso dados importantes sobre seu estado hygido ou pathologico, enquanto a expiração só nos pode esclarecer sobre o estado dos canaes bronchicos em particular.

Quando o lobulo pulmonar se desdobra ampla e livremente pela entrada do ar, achando-se a superficie dos acinos e as vesiculas pulmonares lisas, a *inspiração* é ampla e suave *em todas as partes*, pois o lobulo pulmonar é o mesmo em toda a superficie dos 2 pulmões; apenas o murmurio inspiratorio é mais longinquo e mais debil em as regiões supra e infra-espinhosas, eis tudo; mas é e deve ser identico a si proprio em ambos os lados, á direita e á esquerda, principalmente debaixo das claviculas.

Para bem perceber as qualidades physicas da *inspiração*, é necessario escutar-a unicamente, supprimindo tudo mais ou, melhor, depois de escutar um movimento inspiratorio, afastar o ouvido do thorax para reapplicar o novamente no começo da *inspiração* seguinte.

Este processo tem dupla vantagem: 1.^o — a de afastar com exactidão tudo o que não for *inspiração*, 2.^o — a de descansar o ouvido, pois este orgão é mui delicado e cansa-se depressa, tanto que, após o exame de 20 ou 25 creanças, meu ouvido fica insensivel, quasi doloroso.

O exame interrompido da inspiração é, pois, duplamente util. — Quando o medico, assim procedendo sob a clavicula esquerda, por exemplo, tiver recolhido a sensação respiratoria do pulmão esquerdo que quero suppôr são, deve approximar rapidamente o ouvido da região sub-clavicular direita, aproveitando para essa manobra o tempo da expiração e do repouso.

Que succede então? O seguinte: seu ouvido ainda impressionado pela sensação inspiratoria do pulmão

esquerdo, superpondo, por assim dizer, as duas sensações, á direita e á esquerda, percebe as menores diferenças.

Si o exame, renovado duas ou tres vezes, der sempre as mesmas diferenças de percepção auditiva, pode o medico ter plena certeza de que ha uma lesão, porque a *inspiração*, para uma amplitude igual da expansão thoracica, é symmetricamente *a mesma á direita e á esquerda* no estado physiologico.

Ordinariamente é facil dizer qual o lado são e qual o doente logo no começo; succede, entretanto, que, um pouco mais tarde quando atacados os dous pulmões, ainda que ligeiramente, dão ao ouvido a sensação de duas inspirações pathologicas, embora diversas, isto é, uma mais fraca á direita outra mais rude á esquerda do que a inspiração physiologica.

E', então, difficil, quasi impossivel dizer qual o pulmão mais atacado ou o primeiro atacado. Pouco importa isso, no entanto, porque nesse momento o que procuramos é separar as creanças sans das enfermas.

Assim, quando encontramos *inspirações dissemelhantes* em uma creança não vacillamos em classificar-a na categoria das creanças doentes.

Quasi sempre, porém, o exame escolar, que tem por objecto reconhecer a tuberculose pulmonar em seu inicio, chega á conclusão de que um só dos pulmões, uma só das inspirações é pathologica—é fraca ou rude e baixa ou tudo isto ao mesmo tempo. O lado são é facil de reconhecer si se levar em conta, como convem, a idade da creança e a maneira como respira.

De creança a creança ha amiude grandes diferenças de sensações inspiratorias, diferenças devidas á idade, mas principalmente á sua maneira lenta ou

rapida de respirar. Antes de escutar deve o medico observar o modo respiratorio da creança, procurando regularisal-o ou modifica]-o si fôr necessario, o que se consegue nos individuos de menos de cinco annos, com um pouco de paciencia e de geito.

Feito o estudo da inspiração, deve ser a creança classificada em uma das tres categorias seguintes — creança sã, creança doente, creança suspeita.

Serão suspeitos aquelles individuos que tiverem a respiração alterada por uma molestia intercurrente (uma bronchite por exemplo) ou os que apresentarem um *defeito respiratorio* discutivel, porque só devemos classificar como enfermos os atacados de uma lesão que *qualquer ouvido* possa perceber.

Os suspeitos serão novamente examinados tres mezes ou um anno depois, sendo então feita definitivamente sua classificação.

(*Continua*)

Revistas e analyses

Estudo experimental da localisação do arsenico DENIGÉS intoxicou lentamente pelo acido arsenioso dous coelhos, começando por uma dose diaria de 5 milligrammas e augmentando 1 milligramma e meio por dia; morreram os dous animaes ao cabo de nove dias, como tambem um cão, em que se manifestou uma intoxicação aguda.

Em um e outro caso o exame chimico das visceras demonstrou a existencia de pequena quantidade de arsenico nos centros nervosos e quantidade consideravel no figado, com ligeira differença em favor do lobo direito do figado na intoxicação aguda.

Ora, este facto infirma a lei de SCOLOSUBOFF, segundo

a qual o arsenico se localisaria de preferencia nos centros nervosos, o que se deve ter em mente na pratica, para evitar conclusões erroneas.

(Do *Journal de médecine de Bordeaux*).

Urologia

DOSAGEM COLORIMETRICA DO ASSUCAR NA URINA

O DR. RUDECK acaba de publicar no *Apotheker Zeitung* (pag. 653, anno de 1904) um processo colorimetrico de dosagem do assucar urinario, que prestará, serviços extraordinarios aos clinicos pela possibilidade da execução á cabeceira dos doentes, se bem não sejam rigorosos seus resultados.

Funda-se na coloração que toma um liquido contendo assucar aquecido com potassa.

Em tubo especial com muitas divisões, introduz-se volume determinado de urina até um ponto de referencia; derrama-se depois solução de potassa pura a 10% até outra divisão assignalada por traço circular e leva-se o liquido á ebulição: manifesta-se a côr amarella, se houver assucar, com intensidade variando do amarello pallido ao escuro. Compara-se a côr com uma das 8 placas de vidro colorido que acompanha o aparelho e que têm marcado a percentagem de assucar. Se esta é superior a 3%, dilue-se a urina de modo a ficar comprehendida neste limite, multiplicando após o resultado achado pelo titulo da diluição.

Bibliographia

DRA. ALICE MAEFFER. — *Hematologia da dysenteria amebica na infancia*. These inaugural da Faculdade de Medicina de Porto Alegre—1904.

Interna da clinica pediátrica, sob a direcção do illustrado Prof. DR. OLINTO DE OLIVEIRA, acceitou de bom

grado a A. a suggestão do douto Mestre no sentido de estabelecer a formula hematologica da dysenteria amebica, assumpto que sob outros pontos de vista preocupava a attenção do pediatra brasileiro.

A somma de esforço e de paciencia dispendidos pela A, na obtenção das 40 observações, em que baseia as conclusões de sua importante these, podem comprehender unicamente aquelles que uma vez se occupam de trabalhos praticos de hematologia, exigentes de assiduo labor intellectual e physico, para não falar na enormidade do tempo consummido em taes pesquisas.

Antes de fornecer aos leitores da *Gazeta Medica* ensejo de meditarem sobre as conclusões a que chegou a A. permitta-nos a joven collega as rapidas considerações que nos suggeriram as formulas hemo-leucocytarias obtidas em seus doentes, de confronto com sua 6.^a conclusão:

Affirma a A. que é a *eosinophilia* a reacção leucocytaria constante na dysenteria amebica o que é corroborado actualmente por estudos recentes do Dr. BILLET; entretanto a analyse das formulas leucocytarias illustrativas de seus casos clinicos demonstra a existencia concumitante de mononucleose em 37 casos, exceptuando-se apenas a observação no XVII e tambem as de n. XIV e XV, em que 5 % de mononucleares poderão talvez ser considerados normaes, embora o maximo dessa proporção admittida actualmente seja o de 4 % dessa variedade leucocytaria. E quer a A. uma prova da veracidade de nosso ligeiro reparo? Tem-na á pag. 46 de sua bem elaborada these, em que se refere (letra d. ao augmento do numero dos grandes mononucleares)

Seria justo, pois, que da 6.^a conclusão de seu bello

trabalho constasse a existencia concumitante de *hypereosinophilia* e de *hypermononucleose*, bem que nos pareça que o facto dominante e talvez caracteristico da formula hemoleucocytaria na dysenteria amebica seja antes a mononucleose do que a eosinophilia, não contradizendo essa maneira de ver as proprias observações da A.

Destas consta muitas vezes a existencia de vermes intestinaes, capazes de explicar a eosinophilia encontrada, ao passo que se não encontram referencias ás molestias que produzem frequentemente a verdadeira mononucleose. Verdade é que a observação XII refere-se a um caso em que os oxyphilos augmentaram após a expulsão das ascarides, o que se explicaria talvez admittindo a denominada crise eosinopholica da convalescença, nesse caso da dysenteria amebica, pois que com o augmento progressivo dos acidophilos decrescem os mononucleares.

Si é um facto averiguado o predominio dos *polynucleares neutrophilos* em quasi todas as infecções de tendencia phlegmasica ou suppurativa, a *hyperlymphocytose* nas infecções mais ou menos torpidas sem superveniencia de qualquer processo suppurativo e a *hypereosinophilia* em certas affecções da pelle, na asthma e principalmente na verminose intestinal ou não, não nos parece illogico admittir que a *hypermononucleose* possa ser o apanagio do parasitismo humano pelos protozoarios, do mesmo modo que a eosinophilia representa até certo ponto a caracterisação hematica do parasitismo metazoarico.

Não é verdade que são affecções mononucleosicas o *impaludismo* e a *trypanosomiasis*? Não será logico, diante das observações da A., incluir neste grupo a

dysenteria amebica, com ou sem concumitancia de eosinophilia?

Demais não consta do trabalho analysado qual a phase da molestia, em que foi feita a colheita do sangue em cada um dos doentinhos, o que não é para desprezar, uma vez que está firmado que, em um mesmo estado pathologico, conforme a sua phase, póde haver successivamente polynucleose, lymphocytose e eosinophilia, como no sarampão (Platenga), na febre typhica (Courmont, Stiénon e Barbarcux) etc.

Este ligeiro estudo critico de seu trabalho inaugural deve levar a distincta collega á convicção verdadeira da importancia do assumpto elucidando, como ainda do modo digno e superior com que se desempenhou da tarefa, revelando-se um espirito culto e bem orientado na rota scientifica, que, almejamos, a conduza ao escôpo de suas justas aspirações na esphera vastissima da Medicina.

Eil-as as conclusões da excellente these, que tanto honra a Faculdade de Porto-Alegre como destaca o ensino da Pediatria professado pelo illustrado Dr. OLINTO DE OLIVEIRA, constituindo um titulo digno de apresentação para a A, a quem endereça a *Gazeta Medica* a animação devida de seus prolfasas:

I—Uma certa pallidez, aggravada pelo abatimento, dá aos doentinhos de dysenteria amebica uma apparencia de ane nia principalmente nos casos chronicos.

II—Nesta molestia, porem, as hemacias conservam-se habitualmente normaes, quer quanto á forma, numero consistencia, viscosidade e valor globular.

III—A quantidade de hemoglobina conserva-se com a media habitual ou mesmo ligeiramente augmentada.

IV—A densidade não apresenta modificações sensíveis.

V—As alterações observadas dizem respeito principalmente aos leucocytos, que, não só apresentam-se em numero superior ao normal, como também com predominancia de uma variedade á custa das outras.

VI—A variedade predominante no sangue dessa entidade morbida é a dos leucocytos eosinophilos, podendo-se dizer que uma leucocytose eosinophila, ou *eosinophilia*, é a reacção hematica observada constantemente na molestia de que tratamos.

VII.—Os parasitas banaes do intestino, como a ascaride, o tricocephalo, o oxyuro e outros, produzem igualmente a eosinophilia, porém esta parece, segundo nossas observações, não ter o character de intensidade e constancia que se observa na dysenteria amebica.

VIII—Quando no sangue de um doente de dysenteria amebica notar-se a ausencia dos oxyphilos, deve-se logo suspeitar de uma outra infecção capaz de aniquillar a reacção hematica da primeira.

J. P.

INDICE
DO VOLUME XXXVI
1904 a 1905

A

Afranio Peixoto, Dr.—A loucura maniaca depressiva—337.

Alice Maeffer, Dra.—Dysenteria amebica na infancia, 566.

Alfredo Britto, Dr.—Faculdade de Medicina da Bahia, seus melhoramentos e progressos, 469.