

R 3140

7-3-FB6

Anais DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

INSTITUTO
CIVIL DO EXÉRCITO
14 AGO 1971
B.R. C.R.C.A.



N.º 12 ESPECIAL

DEDICADO A II REUNIÃO
DE MEDICINA DO EXÉRCITO

1968

Neste Número

EDITORIAIS

Preciosa Equipe Médica — Brig. Gerardo Majella Bijos	
Hospital Central do Exército — Gen. Dr. Galeno Penha Franco	
O Desenvolvimento Regional e suas Conotações com a Medicina — Gen. Div. Afonso Augusto de Albuquerque Lima	1
O Conceito das Epilepsias em Neurologia e Psiquiatria — Ten Cel Méd. Dr. César Goggi de Figueiredo Filho	25
Aspectos Electroencefalográficos da Epilepsia — Dr. José Luiz Campinho Pereira	29
O Problema Social das Epilepsias — Maj. Dr. Tong Ramos Vianna	32
Epilepsia — Maj. Méd. Dr. Enio Fabiano	36
Simpósio sobre Epilepsia - Aspectos Médicos Legais — Cap. Méd. Dr. José Areal	39
As Manifestações Neurológicas da Epilepsia — Cap. Méd. Dr. Antônio Ferreira Duarte Filho	42
Importância da Propedéutica Integrada na Terapêutica Ginecológica e Detenção Precoce do Câncer — Dr. Gil de Carvalho	45
Tratamento Clínico das Cirroses — Ten. Cel. Dr. Lucíolo Gondim	60
Cirroses Parásitárias — Ten. Cel. Méd. Dr. José Elias Monteiro Lopes	64
Radiologia na Cirrose Hepática — Maj. Méd. Bartholomeu Jorge Bur-lamaqui	67
Cirrose Hepática — Maj. Méd. Dr. Renato Costa de Abreu e Lima	71
Estudo Anatômico Patológico e Diagnóstico — Cap. Méd. Hargreaves Figueiredo Rocha	77
Papel do Endoscopista no Diagnóstico das Varizes Esofagianas — Cap. Méd. Dr. José Fontoura Machado	82
Cirrose Hepática — Exames Laboratoriais — Cap. Méd. Quirino Pereira Netto	85
Calculose Residual do Colôdoco — Ten. Cel. Méd. Gastão de Carvalho Souza	87
Variações Anatômicas das Vias Biliares Extra-Hepáticas — Maj. Méd. Antônio Tunes de Moura	91
Litíase Infra-Hepática — Cap. Méd. Joás Pinheiro da Fonseca	95
Reimplantação — Transplantação — Implantação — Cap. Dent. Ariel Coelho de Souza	98
Higiene e Fisioterapia Oral — Cap. Dent. José Antônio da Costa	101
O Poder das Realizações da Medicina Pátria — Gen. de Div. Dr. Olivio Vieira Filho	110
Universidade de Ciências da Saúde — Brig. Dr. Gerardo Majella Bijos	112
Metas de Todos os Povos do Mundo — Gen. de Div. Dr. Olivio Vieira Filho	115
Hora Marcada na História das Liberdades Humanas — Brig. Gerardo Majella Bijos	117
Em Favor da Gente Brasileira — Brig. Gerardo Majella Bijos	118
Um Lance de Ouro — Mal. Dr. Marques Pôrto	120
Um Esforço a mais por uma Pátria cada vez mais Poderosa, Engran-decida e Enobrecida — Cel. Méd. Dr. Hypparco Ferreira	121
Desenvolvimento Contínuo da Medicina Militar — Gen. de Div. Dr. Olivio Vieira Filho	134
Resumo do "Simpósio Sobre: Distopias Testiculares"	136
Associação Brasileira de Nutricionistas — Seminário Novos Rumos da Nutrição	138

PRECIOSA EQUIPE MÉDICA

Brig. Dr. GERARDO MAJELLA BIJOS

O aparecimento do número 12, dos Anais do Hospital Central do Exército, contendo alguns trabalhos apresentados à II Reunião de Medicina do Exército, realizada [naquele nosocomio, em agosto do corrente ano, enseja uma palavra de louvor ao seu atual Diretor Gen. Dr. Galeno da Penha Franco.

Coube ao eminente administrador e técnico de escol, restabelecer esta publicação cujos dez primeiros números surgiram, com nossa modesta cooperação cada ano, de 1936 a 1945, para reaparecer o número 11, em 1968, por sua iniciativa, de alto sentido cultural e científico.

Honra-me, sobremodo, enaltecer a obra da gestão atual do maior nosocomio militar do País, aquiele faltado a ser, pela excelência de suas modernas aparelhagens e instalações renovadas, uma verdadeira Escola de aperfeiçoamento médico, pela riqueza de seu esplêndido material, pelo conjunto de ensinamento técnico e pela rigeza ética com que são conduzidos os trabalhos de preciosa equipe médica.

Como Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar, entidade de largas tradições, fundada sob as bênçãos da Imaculada Conceição, em 8 de dezembro de 1941, no vetusto e magnífico Hospital Central do Exército, deixo nestas páginas uma palavra de saudade aos que já se foram, um anseio de progresso para os vindouros e um voto de aplauso pelo presente faustoso e digno que o Gen. Dr. Galeno da Penha Franco tem procurado construir e melhorar.



Aspectos da sessão solene da ABMM realizada para encerramento dos Cursos de Bromatologia, Endodontia, Prótese Total e Técnicas de Administração Hospitalar Militar dirigidos pelos Cel. Dr. Weaver Morais e Barros e Majs. Dr. Júlio Halfin e Welvul Cunha que são vistos, bem como parte da numerosa assistência. Em homenagem à turma de médicos de 1933 falaram pela ABMM o Prof. Jorge Marsillac, pelos homenageados o Prof. Dr. Aníbal Nogueira, vendo-se o Gen. Dr. Galeno da Penha Franco da turma, recebendo das mãos de seu colega Prof. Hélio Fraga o diploma de professor do curso da ABMM.

03 09
ESTADO DE S. PAULO
BIBLIOTECA

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Gen. Méd. Dr. GALENO DA PENHA FRANCO

Diretor do HCE e
Pres. do Centro de Estudos do HCE

EDICAÇÃO ESPECIAL

A atual direção do Hospital Central do Exército com o incentivo e a colaboração indispensáveis do corpo médico, farmacêutico, odontológico e administrativo do nosocomio, pôde reviver em 1967 a continuidade de publicação de seus Anais.

Editou-se, assim, seu número 11 cuja receptividade foi das mais aplaudidas o que muito reconfiou as tradições do HCE justamente merecedor dessas expressões de simpatia e solidariedade pelo volume de trabalho prestado à comunidade militar e mesmo, extrapolando do ambiente que, por lei dos homens seria lícito cumprir, mas que encontra justificativa pela lei de Deus do fazer o bem. Cumpria então seguir a estrada retomada e firmar a continuidade da vida dos Anais e, assim, o será feito com a publicação de número correspondente a 1968. Entretanto, a efetivação nesse citado ano, a 2.ª Jornada do Serviço de Saúde do Exército, realizar-se quase que totalmente no Centro de Estudos do HCE, com a apresentação de trabalhos no terreno da medicina, da farmácia e da odontologia, patrocinado pela Academia Brasileira de Medicina Militar enfeixando publicações de grande valor e merecedoras de constituir por si só um número extra dos Anais. Esta foi uma idéia do Brigadeiro Gerardo Majella Bijos, presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar e logo aceita pelo presidente do Centro de Estudos do HCE e diretor da mesma casa. Foi então editado este

número e como homenagem, outorgado ao Brigadeiro Bijos as primeiras páginas do mesmo. Não poderíamos, entretanto, deixar de dar estas explicações tanto mais se lembrarmos que foi o mesmo Brigadeiro, quando militante no serviço farmacêutico do HCE, um dos maiores elementos incentivadores na sustentação da vida dos Anais e é como um preito de homenagem vê-lo abrir um número especial quando nessa nova era do Hospital, procura-se reavivar e permanecer perenemente tal publicação que demonstra o que sejam as atividades dêste nosocomio revelando e animando assim os trabalhos de seus componentes, verdadeiros batalhadores pela manutenção da saúde de uma pleia de brasileiros que constroem o futuro de nossa pátria, pela preservação das instituições e de seus familiares, componentes indispensáveis pelo seu equilíbrio sentimental e consequente reflexo no âmbito de suas obrigações.

Portanto ao Brigadeiro Bijos o lugar que merece neste número especial, com os agradecimentos do Centro de Estudos do HCE.

Ao corpo médico, farmacêutico, odontológico e administrativo do HCE, os agradecimentos dos Anais que tiveram, oportunidade de oferecer a publicação dêste número mercê dos trabalhos apresentados aos quais juntamos os votos de continuarem a dar público as suas observações e seus estudos para a manutenção de seu porta-voz e mais lídimo representante de suas atividades técnicas, o "Anais do HCE".

O DESENVOLVIMENTO REGIONAL E SUAS CONOCTAÇÕES COM A MEDICINA

Gen. Div. AFONSO AUGUSTO DE ALBUQUERQUE LIMA
Ministro do Interior

INTRODUÇÃO

Dentre as honras e deferências que terei colhido em razão da minha condição de Ministro de Estado, impõe-se que mencione como das mais altas e desvanecedoras, a circunstância de me encontrar, aqui, na sede desta Egrégia Academia Brasileira de Medicina Militar, entidade que congrega ilustres profissionais e cientistas, que acrescentam aos seus deveres de servidores da Pátria, o devotamento em acudir e remediar as dores dos que sofrem.

Venho acompanhando, à distância, as atividades e os esforços fecundos, desenvolvidos por esta Academia, que, ao longo desses últimos cinco lustros, tem promovido congressos, simpósios, reuniões e jornadas científicos através dos quais se vem formando nova consciência em torno dos problemas da medicina, em suas várias especialidades, no interesse de nossas Forças Armadas, o que, em última análise, traduz-se em inestimável benefício para todo o povo brasileiro.

Trazido à carreira das armas por vocação irresistível despontada na juventude, o militar é, sobretudo, um homem consagrado aos seus deveres e que, sem disputar aos seus concidadãos o privilégio de servir a coletividade, tem a sua vida tocada, sem dúvida, mais de perto pela clama do idealismo, que se revigora através da disciplina peculiar aos quadros a que pertence, e das condições singulares que cercam o cumprimento dos seus encargos profissionais. Muitas vezes, ou quase freqüentemente, ao assimilar métodos de trabalho e de raciocínio no trato de problemas específicos, adquire, paralelamente, uma especial disciplina do espírito e uma experiência que se mede, em profundidade, pelo conhecimento próximo da realidade nacional, em seus mais diferentes matizes.

A essa formação psicológica, o exercício da medicina e atividades afins, traz indiscutível contribuição humanitária, que se reforça cada dia, em fontes do mais puro idealismo. Por outro lado, ao sacerdócio

Nota Redação: Conferência proferida na A.B.B.M.

de que se reveste a nobre profissão do médico, acrescenta-se, aqui, o voto de bem servir à Pátria, com o sacrifício da própria vida.

Contando em seus quadros, com profissionais civis e militares, não foge esta entidade ao destino, por assim dizer, ecumênico, de todas as Academias, onde se revivem as vocações e se reencontram por todos aquêles marcados das mesmas afinidades, dominados pelas mesmas inquietações e irmanados pelo mesmo interesse e pelo mesmo desvelo pela ciência.

Militares e civis aqui se confundem, e sob o signo da mesma profissão salvadora, debruçam-se sobre o leito do enfermo, porfiam em socorrer os aflitos, e se nivelam diante da dor alheia, do sofrimento que desconhece fronteiras sociais e ignora condições de fortuna, indiferente às normas e preceitos hierárquicos.

Rudemente experimentados na intimidade dos numerosos casos fatais e dos grandes traumas físicos e psíquicos, esquecem seu próprio drama pessoal, supera a limitação ou insuficiência dos meios disponíveis, reagem contra frustrações ocasionais e celebram, cada dia que passa, a vitória sobre a adversidade.

Batalhadores anônimos, cujas lutas são travadas em equipe, é com elas que contam, a cada instante, as comunidades civis e militares, muitas destas localizadas nas mais remotas regiões brasileiras onde o médico, o dentista, o enfermeiro, executam, devotadamente, suas tarefas, vivendo, constantemente, em clima de insuspeitado heroísmo.

Abertas as portas desta Casa, aos verdadeiros homens de boa vontade, unem-se aqui as armas de soldados, marinheiros e aviadores que, ensarilhadas, criam a atmosfera propícia ao ingresso de valores exponentially da medicina civil, para enriquecimento dos seus quadros acadêmicos, numa feliz demonstração de que os valores sociais verdadeiros e os méritos pessoais não se discriminam sob a invocação de condições meramente circunstanciais.

A valiosa contribuição desta Academia, em prol da solução de importantes problemas, com que se defronta a medicina em nossos dias, o estudo e o debate de casos, a apresentação de trabalho de elevado teor científico, como resultado da experiência clínica e das soluções cirúrgicas, colhidas nos Serviços de Saúde e nos órgãos hospitalares metropolitanos e naqueles disseminados pelas diferentes regiões do nosso País conferem a esta Casa a condição de lugar propício onde, mesmo em breve exposição, se divulgue o que se vem fazendo e o que se planeja realizar no sentido de promover-se a integração inter-regional das diversas áreas fisiográficas do território nacional, sobretudo no que tange ao estabelecimento de uma infra-estrutura que possibilite ao homem brasileiro desassistido libertar-se da fome e de condições da vida infra-humanas.

Se, sob muitos aspectos, o povoamento, para correção de nossa rafeção demográfica ou para ocupação dos espaços vazios, onde o pauperismo é o aspecto dominante, constituem problemas a serem resolvidos

por engenheiros, economistas e administradores, não temos dúvida em afirmar que, paralelamente às providências de ordem técnica e administrativa, precisamos promover, urgentemente, a recuperação do homem, e este é também um problema de medicina que, em nosso País, deve transpor os limites do seu exercício convencional, para assumir a legítima feição de medicina social.

Em outras palavras, ao empenho em promover o desenvolvimento regional, através do aproveitamento dos recursos, da implantação de indústrias de transformação, da modernização dos processos agrícolas, da melhoria dos padrões dos serviços públicos, da criação e aperfeiçoamento dos meios de transporte, da dinamização e distribuição equitativa das riquezas, — impõe-se dar ênfase ao fator humano, colocando o indivíduo a salvo das endemias e dos surtos epidêmicos, eliminando-se os fatores crônicos da mortalidade infantil, corrigindo-se percentual de óbitos por doenças transmissíveis e criando-se condições de sobrevivência que permitam elevar os índices da capacidade de trabalho, na ida de adulta.

E isto tudo é o desenvolvimento.

Dai, sem dúvida, a razão de minha presença nesta Casa, onde me permitirei, através de breve síntese para não exceder o limite de tempo a mim honrosamente concedido para abertura dos vossos trabalhos, traçar em linhas gerais o que é o Ministério do Interior, passando a fixar algumas de suas atividades, de modo a possibilitar a verificação do conceito de desenvolvimento regional, cuja significação reveste-se, em verdade, de conteúdo válido através de suas conotações com a medicina.

Cumpre-nos, entretanto, antes de tudo, concluir estas minhas palavras iniciais, agradecendo a honrosa oportunidade que me ofereceis de encontrar-me em vosso seleto convívio.

Agradeço, de modo especial, à Diretoria de Saúde do Exército, na pessoa de seu titular, e meu prezado amigo, o General de Divisão Dr. Olivio Vieira Filho e ao dinâmico Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar, o Brigadeiro Dr. Gerardo Majella Bijos, por me haverem distinguido com o convite para esta expressiva solenidade de abertura da «Segunda Reunião de Medicina do Exército».

II — O MINISTÉRIO DO INTERIOR

1 — Características

1.1 — De criação recente, institucionalizada que foi pelo Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, a Secretaria de Estado que me confiou Sua Excelência, o Senhor Presidente da República, constitui-se no mais novo Órgão do Governo Federal que vem sendo implantado tran-

quilmente, sem atropelos e a salvo de influências estranhas, mas com pertinácia e persistência.

1.2 — Assim, estamos procurando dar uma estrutura básica e coerente às atribuições do MINTER, visando também à racionalização dos processos de trabalho e adequação dos meios aos fins, para evitar os terríveis malefícios burocráticos, que emperram, ainda hoje, a vida administrativa do país. Realmente, para bem compreender o sentido de MINTER, segundo os preceitos da Reforma Administrativa, tornou-se indispensável proceder-se a cuidadosa análise das missões que lhe foram atribuídas para chegarmos a uma síntese que apresentamos sob a forma dos seguintes conceitos:

I) — conduzir o equacionamento dos problemas e suas soluções de modo a inspirar e estimular o Governo, no sentido de estabelecer um planejamento regional, não só abrangendo as regiões subdesenvolvidas, mas, também, as regiões mais desenvolvidas;

II) — dinamizar a capacidade de elaboração de um plano nacional de desenvolvimento regional, inclusive com a fixação de prioridades regionais, abrangendo um conjunto de planos setoriais harmônicos, por áreas geográficas;

III) — possibilitar o estabelecimento de uma filosofia de planejamento ascensional — de baixo para cima, dentro da realidade brasileira, com uma descentralização executiva que inclui a participação ativa dos escalões inferiores nas deliberações;

IV) — despertar a capacidade de criar uma "consciência de desenvolvimento regional", elaborando planos e projetos normativos, baseados em considerações sobre desenvolvimento regional, elaborando planos e projetos normativos, baseados em considerações sobre desenvolvimento, coordenando ações e participando de todas as deliberações sobre planejamento e orientação, em nível federal, que tenha repercussão regional,

V) — criar condições objetivas para o estabelecimento de relações diretas entre a União, os Estados e os Municípios, de maneira que possa haver uma compatibilização entre os planos federais, estaduais e municipais, para execução de obras de interesse comum, segundo uma política nacional de desenvolvimento regional;

VI) — colocar em evidência a importância crescente da urbanização, para que se reconheça a necessidade inadiável de inclui-la num amplo programa federal de desenvolvimento urbano, através da criação de um órgão especial, a esse fim destinado, e capaz de orientar, mediante a observância de planos integrados, a atuação das unidades estaduais e municipais;

VII) — cooperar com os grupos de planejamento setorial dos Ministérios, na formulação do dimensionamento regional dos planos setoriais.

1.3 — Em síntese

Resulta, do que dissemos acima, a importância primordial do MINTER, no processo de desenvolvimento e na conquista da integração nacional. E, por isso mesmo, sob uma ação dinâmica e criadora, com pessoal técnico qualificado, deverá ele estar apto a exercer suas atividades nas regiões geo-econômicas e segundo as necessidades de todas as áreas que reclamam a presença efetiva e eficiente da ação governamental em moldes renovados, e em consonância com uma política de desenvolvimento regional, que lhe incumbe assistir em sua formulação e em seu dimensionamento, dentro de um balizamento traçado pelo plano global, a cargo do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral.

2 — Atribuições

2.1 — O MINTER, segundo as suas características, aglutina, sob comando único, diversas agências de planejamento e coordenação regionais, preservando-lhes as características de ações descentralizadas, e, também, de instrumentos operacionais executivos. A cada agência de desenvolvimento deve ajuntar-se um Banco de Desenvolvimento Regional, tais como, o BNB, para a SUDENE, e o BASA, para a SUDAM.

Intimamente compatibilizado com o SETOR ECONÔMICO, tem as seguintes missões específicas a cumprir, dentro de vasto elenco de atribuições:

- Desenvolvimento Regional;
- Radicação de População e Ocupação do Território — Migrações Internas;
- Territórios Federais;
- Saneamento Básico;
- Beneficiamento de Áreas e Obras de Proteção Contra Secas e Inundações, Irrigação;
- Assistência às Populações Atingidas pelas Calamidades Públicas;
- Assistência ao Índio;
- Assistência aos Municípios;
- Programa Nacional de Habitação.

A própria seqüência dos assuntos, sua aparente heterogeneidade, sua alta complexidade, impõem-nos a formulação de diretrizes no sentido de posicioná-los numa linha de ação administrativa, que, em cada um desses estuários, materialize uma obra que seja a própria ordenação das forças políticas, sociais e econômicas, que se espalham por todo esse imenso território brasileiro, determinando tensões internas, muitas delas já no limiar da explosão que, no seu conjunto, são extremamente graves e precisam ser dominadas.

E tudo isto, num jôgo claro e de regras bem definidas, disputado dentro de fronteiras e relações de características irretratavelmente nacionalistas, entendido aqui o nacionalismo como aquilo que seja válido para os brasileiros, segundo as decisões que devem pertencer a nós e que preserve não só as nossas riquezas e seu uso, mas, também, os nossos costumes, as nossas tradições e as nossas crenças.

2.2 — Diante da diversidade dos problemas afetos ao MINTER, referimos, nesta palestra, apreciar apenas, e ainda assim, de maneira sucinta, as atribuições relativas ao Saneamento Básico e ao Programa Nacional de Habitação, que compõem campo propício à atuação do Engenheiro, do Urbanista e do especialista familiarizado com a formação de comunidades, e onde o Sanitarista aparece com a função primordial de preservar a Saúde Pública, elemento imprescindível à valorização do Homem, com reflexos sócio-económicos que se inserem, por inteiro, no contexto do desenvolvimento, entendido aqui como um complexo de causas e efeitos que se devem harmonizar e completar com vistas à elevação dos índices de produtividade, à elevação da renda «per capita», ao bem-estar geral.

2.3 — Não poderíamos, também, diante das preocupações que dominam a época em que vivemos, e, sobretudo, tendo em vista a natureza das atividades a que dedicais vossas vidas, deixar de fazer algumas digressões em torno dos problemas da alimentação, da agricultura e da saúde, tão de perto ligados aos esforços que vimos dispendendo em prol do nosso desenvolvimento integrado. Não poderíamos, pelas mesmas razões, deixar de fazer breve alusão ao «Projeto Rondon», iniciativa que nos tem trazido novos motivos de fé no futuro e momentos de grande emoção, diante do entusiasmo com que a juventude de nossa Pátria empunha essa nova bandeira e se empenha em ajudá-la a atingir seus mais altos destinos.

III — O DESENVOLVIMENTO REGIONAL

1 — A importância fundamental que demos a essa atribuição resulta do fato de que ela caracteriza a vontade precisa de uma coletividade que pensa na sua organização geral em função dos seus recursos territoriais próprios.

Por isso mesmo, atualmente, o desenvolvimento regional está procurando assumir maior ênfase no Governo, porquanto julgamos que as reuniões uma vez desenvolvidas são elementos de fixação das elites humanas e melhor aproveitamento do espírito empresarial.

2 — Uma das formas de intervenção do Estado que, nos dias atuais se reveste de uma importância capital é precisamente aquela que diz respeito a responsabilidade pela coerência dos investimentos de todos os agentes económicos.

Assim, entendemos que o desenvolvimento regional, na forma pela qual está sendo conduzido, tem características bem definidas:

— no sentido de estabelecer relações bem acentuadas com o fator tempo, considerando-se como pleno de informações sempre renovadas, de modificações várias.

— no sentido de uma dinamização constante, de vez que essa região está sempre em marcha e sofre as restrições de um passado sempre presente no cotidiano. Por isso mesmo, o desenvolvimento regional não acompanha só a época presente, deve avançar em relação a ela e projetar-se para o futuro.

3 — O desenvolvimento regional é, antes de tudo, um esforço de planejamento e de coordenação e de síntese de diversas operações para atingir os objetivos conjuntos de uma região determinada. Tais objetivos podem assim ser apreciados:

a) de ordem pública — no sentido de afirmar-se que os desequilíbrios regionais não devem acentuar-se perigosamente; em certas regiões o vazio seria questão de segurança nacional.

b) de ordem social: no sentido de observar que as diferenças de renda não sejam demasiadamente acentuadas de região para região. A procura da prioridade é cada vez mais exigida pela opinião pública, observados e atendidos certos limites: sem conduzir a uma política assistencial, de caráter paternalista, ou a intervenção anti-económicas, que desfigurariam a realidade e dissimulariam o mal, sem extinguí-lo.

c) de ordem cultural: o desenvolvimento regional conduziria a regionalização de centros culturais e de universidades, de rádio-difusão e da televisão.

d) de ordem económica: para aqueles que pensam em termos de desenvolvimento regional, é indispensável o exame preliminar regional, e indispensável o exame preliminar dos setores e das partes componentes, para fixação das ações possíveis, inclusive a consideração da repercussão do desenvolvimento regional no campo nacional, para evitar um desenvolvimento desordenado.

4. — O quadro geográfico do desenvolvimento regional exige uma certa homogeneidade económica, daí o reagrupamento geográfico de povoados, regiões de estados, configurando uma região, uma população com aspirações comuns, uma possibilidade material de comunicações rápidas e um centro mais importante de decisões, pela descentralização das medidas executivas de caráter nacional. Além disso, deve ser igualmente situada num contexto económico nacional e mesmo internacional.

IV — PROBLEMAS DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL LIGADOS COM A MEDICINA

1. — Alimentação — Agricultura — Irrigação — Saúde — Projeto Rondon
Nada mais interessante do que, nessa ocasião, mostrar o aspecto re-

levante de um assunto, dentre muitos outros relativos aos problemas de desenvolvimento, que diz respeito à alimentação, cujo "deficit" crescente atingirá seu máximo por volta de 1980. Realmente, o Mundo, dizia o Prof. René Dumont, numa Conferência realizada no "Institute Des Hautes Etudes de Defense Nationale", de Paris, tem um encontro marcado com a fome, antes de 1980, caso não sejam feitos esforços absolutamente excepcionais nos próximos anos, no sentido da elevação substancial da produção agrícola. Tal é a importância desse fato que François-Henri de Vivien escrevia que "seria pelo menos tão interessante para a França pertencer ao clube dos "Cinco Grandes" países exportadores de produtos alimentícios", porquanto a hegemonia alimentar não seria mais exclusiva, porém partilhada, e esta se tornaria tão ou mais importante que a hegemonia das "Cinco Potências Atómicas".

Ainda, recentemente, o Ministro Delfim Neto, na 7a. Conferência de Comércio Exterior, demonstrava que a recuperação industrial que se está fazendo no País pelo atual Governo, absorverndo mão-de-obra que temos e continuaremos a ter, excessivamente, nas próximas décadas, pode ser obstaculado pela limitação da nossa capacidade de importar equipamentos e matérias primas essenciais à nossa indústria que, por sua vez, está intimamente ligada, como é óbvio, à nossa capacidade de exportar.

Mas, exportar o que? Claro que devemos insistir em exportar produtos manufaturados e semi-manufaturados. O Mundo, entretanto, vai ávidamente necessitar, cada vez mais, de alimentos, e o Brasil tem as maiores possibilidades nesse campo, desde que tenha capacidade de bem utilizar a terra e o uso da água em benefício da produção.

Aqui, então, surge o problema que, no momento, considero prioritário no MINTER — a Irrigação — sem a qual nenhuma agricultura poderá ser considerada em termos de rentabilidade.

Impõe-se, portanto, o cumprimento do Plano Nacional de Irrigação, prioritariamente, e com ele estaremos participando do desenvolvimento auto-sustentável da indústria libertando-a da limitação de importar; dando empréstimo aos milhares de brasileiros, quer na indústria, quer na própria agricultura, dinamizada pela irrigação. Estaremos, também, com os nossos próprios recursos alimentares, nos defendendo do futuro espectro da fome, que poderá atingir o Mundo de maneira catastrófica, segundo a previsão de muitos estudiosos.

Assim, na medida das nossas limitações, estamos procurando dar toda ênfase ao mais importante problema da atualidade — a Irrigação — de cuja execução dependerá muito o futuro do nosso país. A fome ou a fartura, a estagnação ou o desenvolvimento, eis as pontas do dilema que se apresenta ao Governo, ao fixar ou não a prioridade para os problemas de irrigação, propostos pelo MINTER, quando considera de caráter estratégico a situação alimentar do mundo atual, como afirma o Professor René Dumont, no seu magnífico estudo "Sabotagem ao Desenvolvimento".

Não poderíamos também, ante tão seletivo auditório, deixar de mencionar o trabalho dos jovens estudantes que se incorporaram espontaneamente ao chamado "Projeto Rondon", cujos objetivos essenciais são:

- a) - dar oportunidade aos estudantes de participarem mais ativamente da vida brasileira, conhecendo de perto a realidade nacional, nos seus aspectos grandiosos e nas suas misérias;
- b) - dar possibilidade aos mesmos de prestarem serviços às populações do "hinterland" brasileiro, que necessitam de amparo;
- c) - mostrar aos estudantes as oportunidades de empréstimo e exercício de suas especialidades pelo Brasil afora;
- d) - levar aos nossos homens do interior uma mensagem nova, como prenúncio dos dias de amanhã.

O "Projeto Rondon", vai, dia a dia, consolidando-se. O Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Marechal Costa e Silva, profundamente sensibilizado com él, já baixou decreto institucionalizando-o e, assim, agora entregue aos próprios estudantes, com o apoio que lhes damos, tudo leva a crer que será uma nova força a serviço da verdadeira Democracia.

Sobre o "Projeto Rondon", hoje já desdobrado em "Projeto Rondon/1" e "Projeto Rondon/2", passaremos a breve comentário dos seus aspectos gerais.

a) - Projeto Rondon/1

Período: - Dezembro, janeiro e fevereiro

Participação: - dêle participaram estudante de todo o Brasil - principalmente do Rio, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará e Amazonas.

Lugar de atuação: - Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Natureza do PR/1: - Assistência médica, educação sanitária e levantamento das áreas visitadas (questionário)

Resultados do PR/1: - Consideramos nossos objetivos como plenamente atingidos, principalmente quanto à Assistência médica, educação sanitária e visualização do interior por parte dos estudantes.

b) - Projeto Rondon/2

Formas de atuação

1) - Regional

a) - de âmbito estadual

b) - coordenado pelas Coordenações regionais

Resolverão sobre:

1) - áreas de atuação

2) - forma de atuação

3) - constituição das equipes

c) - dela participarão os que restarem da seleção da Federal, se selecionados.

OBS. A disponibilidade de material técnico, na atuação regional dependerá da comunidade, desde que a Comunidade dê meios.

2) - Federal

a) - o objetivo é a busca de "know-how", é EDUCAÇÃO

- 1) - Operação: - Ginásio Agropecuário Augusto Tortolero de Araújo
Natureza do estágio: - Planejamento de um ginásio agropecuário em Rio Branco, Estado do Acre, com a ajuda material do INDA e do 5º BEC, o qual receberá o nome de Augusto Tortolero de Araújo, em memória do estudante morto no Acre durante o PR/1.
Lugar de atuação: - Rio Branco, Acre.
Para estudantes de: - Arquitetura, Veterinária, Engenharia Civil, Didática, Economia, Educação Técnica, Educação Familiar.
(Vinte e dois estudantes paulistas)
Período: - 5/7 a 25/7
Preparação dos universitários: - Esqueuma básico para o planejamento, fornecido pelo INDA.
- 2) - Operação: - Estágio Médico Odontológico
Natureza do estágio:
- estágio nos hospitais e clínicas da GB e de SP;
- prestação de serviços
- relatório
(36 estudantes do Norte e Nordeste)
Lugar de atuação: - SP: 24 estudantes; GB: 16 estudantes
Para estudantes de: Enfermagem, Medicina e Odontologia
Período: - 5/7 a 25/7
- 3) - Operação: - 5º BEC
Natureza do estágio:
- observação do trabalho, técnica e execução do planejamento, implantação e construção de rodovia na Amazônia;
- prestação de serviços
- relatórios, questionários e monografia do trabalho observado.
Lugar de atuação: - 5º BEC - Pôrto Velho
Para estudantes de: - Engenharia Civil, Mecânica e Florestal, Agronomia e Jornalismo
22 estudantes, entre gaúchos, catarinenses, paranaenses e paulistas).
Período: - 5/7 a 25/7
- 4) - Operação: - Agropecuária
Natureza do estágio:
- observação de técnicas, métodos de trabalho e normas de administração seguida em propriedades agropecuárias selecionadas;
- relatórios, questionários, monografias sobre o observado.
- comparação entre o observado e o que encontram em seus Estados.
Conclusões e sugestões.
Para estudantes de: - Aronomia, Veterinária, Economista e Engenheiro Florestal. Para estudantes da GB/RJ, N e NE, RGS, MG, SP, e PR. Em 53 fazendas já confirmadas. (208 universitários)
Período: - 5/7 a 25/7.
- 5) - Operação: - Universidade de Santa Maria

Natureza do estágio:
- observação e contatos com a Univ. de Santa Maria;
- participação no projeto regional da Univ. Santa Maria
Lugar de atuação - Univ. Santa Maria e Rio Grande Sul
Para estudantes de: - Medicina, Veterinária, Agronomia, Geografia Humana, Farmácia e Odontologia.
(22 estudantes da GB/RJ, SP, MG, N e NE)
Período: - 5/7 a 25/7.

Resultado Geral dos Trabalhos realizados durante o estágio de serviço dos Universitários no Projeto Rondon/1:

1) Atendimentos Médico-Enfermo-Odontológicos num total de 176.504 assim discriminados:

A — MEDICINA

componentes do grupo	174
pacientes atendidos	57.233
vacinações feitas	48.107
pequenas cirurgias	187
cirurgias hospitalares	45
partos	22

B — ODONTOLOGIA

componentes do grupo	71
pacientes atendidos	14.283
levantamentos de CPO	5.398
extrações	20.609
cirurgias dentárias	625

C — ENFERMAGEM

componentes do grupo	17
pacientes atendidos	2.047
visitas	815

- 4 estudantes de Farmácia fizeram 768 exames de laboratório.
- 19 acadêmicos de Serviço Social fizeram 12.883 atendimentos sócio-educacionais mais 311 palestras versando, em sua maioria, sobre noções de higiene.

2) Atendimentos Agropecuários num total de 12.785 assim discriminados:

A — AGRONOMIA E ENGENHARIA FLORESTAL

Componentes do grupo	67
consultas feitas	1.022
palestras realizadas	124
amostras de solo coletadas	320

fazendas visitadas	62
B — VETERINÁRIA	
componentes do grupo	42
atendimentos	538
vacinações	10.296
palestras realizadas	51
testes aplicados	108

3. Foram elaborados 28 projetos pelos 51 acadêmicos de Engenharia entre os quais:

- laboratório de solo (Cajcó)
- 8 km de estrada (BR-230)
- 10 km de estrada (BR-226)
- casas populares, geminadas e isoladas (140)
- hospital de São Paulo de Olivença (AM) a ser construído pela prefeitura do Alto Solimões
- plantas do Matadouro Municipal, açougue e armazém (Benjamin Constant)
- escolas rurais (12) — Benjamin Constant
- casas para o INDA (15) — Benjamin Constant
- praças de esporte (Benjamin Constant)
- estudo do problema de energia elétrica em Guajará-Mirim
- localizações topográficas para o ampliamento do aeroporto de Xapuri
- locação de ruas em Brasiléia
- cálculo da estrutura de concreto de uma escola a ser construída pela Prefeitura de Rio Branco
- projeto de uma ponte em Pôrto Murtinho
- planta plani-altimétrica de Anastácio (MT) para projeto de urbanização
- ajuda no problema da erosão urbana de Anastácio (MT)
- estudo da possibilidade de se trazer água à Colônia Indígena (G. Mirim) por meio de bombas e motores a óleo ou gasolina.

4. Atendimento geo-sócio-econômico em número de 64 nas regiões abaixo relacionadas:

- municípios paraibanos	4
- municípios piauienses e maranhenses	6
- municípios alagoanos	17
- municípios sergipanos	23
- localidades maranhenses	14
- localidades de Bragança	
- localidade de Japurá	

- localidades de Estirão do Equador
- centro-sul pernambucano, interiores alagoano e baiano
- eixo da Estrada de Ferro Serra do Navio-Santana (PA)
- margens do rio Amapari, Macapá Curiaú e Mazagão (PA)
- estrada Manáus (Careiro) — Humaitá
- centro-norte de Território de Roraima
- 6 localidades agrícolas e 13 seringais do Acre
- 8 localidades de Mato-Grosso
- estudo para a construção de uma usina hidrelétrica, no Rio Pacaé Novos
- estudo para a construção de uma rodovia
- composição de um quadro informativo das ligações e transportes entre a cidade de Guajará-Mirim e demais municípios
- croquis do poço de abastecimento de água a Guajará-Mirim
- confecção de um mapa hipsométrico de Guajará-Mirim
- composição de um mapa da rede distribuidora de água (G. Mirim).
- 5. Os acadêmicos de Geologia, em número de 15, percorreram uma área aproximada de 55.000 km². Fizeram 17 levantamentos geológicos e 20 coletas de amostras.
- 6. Quatro acadêmicos de Arquitetura fizeram um estudo sobre tipos de habitação na Amazônia e em plano piloto de uma cidade.
- 7. Dois acadêmicos de Teologia deram palestras para 1.270 pessoas e executaram um pequeno vocabulário indio.

2. SANEAMENTO BÁSICO

1. A aplicação desordenada e pulverizada dos escassos recursos públicos brasileiros é, sem dúvida, uma das principais causas do crescente "deficit" de infra-estrutura no país.

Também a inflação brasileira tem uma de suas raízes nos investimentos feitos em um sem número de obras interrompidas por falta de uma programação financeira adequada e que absorvem, sem nada produzir, os preciosos recursos públicos.

A criação do Fundo Rodoviário Nacional, há cerca de 20 anos, representou a primeira tentativa de concentrar e programar adequadamente a aplicação desses recursos.

Estimulados pelo êxito dessa primeira iniciativa, multiplicaram-se os fundos com as diversas finalidades.

A maior parte deles, no entanto, tinha por base a vinculação da receita orçamentária o que, levado ao exagero, passou a inflexibilizar a execução orçamentária. A Constituição de 1967, coibiu o abuso, vedando a vinculação da receita nos orçamentos públicos.

Os fundos passaram a ser alimentados com dotações consignadas em orçamentos-programa, anual e plurianual, sofrendo porém, quando aplicados, o fundo perdido, as inevitáveis flutuações das verbas orçamentárias.

Retornou-se, também, aos fundos alimentados em fontes extra-orçamentárias, umas fundadas em poupança compulsória — sobre-taxa de tarifas ou fôlhas de salário — outras em poupanças livres captadas por via de depósitos ou títulos. Esses fundos têm por principal característica o retorno e a remuneração obrigatórios já que são formados à base de operações de crédito.

A mais expressiva dessas iniciativas foi, sem dúvida, a criação do Sistema Financeiro da Habitação, sob a égide do B.N.H. e tendo como principal suporte financeiro o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

Problemas como os de estradas de rodagem, energia elétrica, portos, marinha mercante, habitação e outros estão sendo equacionados, com felicidade, dessa forma.

O saneamento básico no país, no entanto, apesar de sua importância para a saúde, o bem-estar e a economia brasileira não tinha, até agora, o apoio financeiro de que carece.

O Fundo Nacional de Saneamento teve existência efêmera. O Fundo Rotativo de Águas e Esgotos não chegou a contar com recursos que pudessem, siqueir, arranhar o problema.

Por outro lado, a política financeira nesse campo continuou a se caracterizar pela pulverização de recursos insuficientes e a fundo perdido, impedindo qualquer solução racional para o problema.

2. A Nova Política no Campo de Saneamento

Visando a corrigir tal situação, responsável pela perda de saúde e produtividade de mais da metade da população brasileira, houve por bem o Excelentíssimo Senhor Presidente da República tomar duas providências básicas:

enviou mensagem ao Congresso Nacional, que se transformou na Lei n.º 5.318/67, instituindo a Política Salarial de Saneamento e criando o Conselho Nacional de Saneamento; e

— expediu o Decreto n.º 61.160/67, que criou o Fundo de Financiamento para Saneamento — FISANE

Tanto o Conselho como o FISANE foram atribuídos ao Ministério do Interior, embora prevista a colaboração dos demais organismos que atuam no campo do saneamento e, em especial, do Ministério da Saúde.

Como providência imediata, o Ministro do Interior expediu a Portaria n.º 214/67 que regulamentou o FISANE e entregou sua gestão ao Banco Nacional de Habitação.

Posteriormente, através da Portaria n.º 333/67, foram também transferidos para o BNH, à conta do FISANE, os direitos e obrigações do acordo DNOS/USAID, de 26 de abril de 1965, sob gestão do Grupo Executivo do Fundo Nacional de Financiamento para Abastecimento d'água — GEF.

Em 29 de novembro de 1967, recebeu o BNH, como gestor do FINASE, o acervo do GEF, constituído de compromissos de financiamento no valor

adequado como pela soma dos esforços de todas as entidades que atuam nesse campo, garantindo de forma permanente a execução dos programas de NCr\$ 64,6 milhões, representando um investimento de NCr\$ 117,0 mi-

À conta de tais compromissos já haviam sido desembolsados NCr\$ 5,7 milhões, montando, portanto o passivo transferido a NCr\$ 58,9 milhões.

No mesmo ato foram creditados ao FISANE NCr\$ 6,6 milhões, além de créditos no valor de NCr\$ 27,8 milhões a serem integralizados em 1968, perfazendo, portanto um ativo de NCr\$ 34,4 milhões.

Verificando não só a necessidade de dar cobertura às obrigações transferidas ao FISANE mas, para dar a esse Fundo as dimensões que a solução ao problema requer, o Ministério do Interior propôs a consignação, no orçamento plurianual da União de recursos da ordem de NCr\$ 52,5 milhões. Recomendou, ao mesmo tempo, ao BNH que estudasse um esquema realista que ensejasse um suporte financeiro adequado à solução progressiva do problema.

Esse esquema, exposto a seguir, parece ter condições de equacionar, real e permanentemente, o problema de águas e esgotos nos núcleos urbanos brasileiros.

Entre suas principais características vale ressaltar:

a) — a programação global flexível e dinâmica, em níveis metropolitano, estadual, regional e nacional, visando à implantação progressiva de sistemas adequados de águas e esgotos;

b) — a viabilização do atendimento a qualquer município brasileiro, mesmo os de menor população ou poder econômico através da dosagem racional dos recursos originários de doação ou empréstimos;

c) — a mobilização de recursos, na escala requerida pelas dimensões do país e do problema, não só através da criação de um sistema financeiro aprovados; e,

d) — a alta aceleração no atendimento aos municípios, somente possível pelo ataque em massa ao problema, pela assistência permanente de recursos suficientes e pela completa descentralização no exame dos projetos; haverá limitação apenas na fase inicial, pela possível escassez de pessoal e material especializados.

3. — ESQUEMA GLOBAL

Proruraremos dar uma idéia resumida do esquema completo e que envolve todas as entidades com atuação nos campos do planejamento, financiamento e execução de projetos de águas e esgotos. Em seguida, tentaremos detalhar um pouco mais a parte do esquema a cargo do que doravante denominaremos — Sistema Financeiro do Saneamento.

3.1 — PROGRAMAÇÃO

a) — Estão sendo organizados programas de âmbito estadual, ouvidas as autoridades municipais, e visando a implantação progressiva de sistemas adequados de águas e esgotos nos núcleos urbanos desses estados;

b) — Esses programas serão consolidados em âmbito regional pelos organismos regionais;

c) — Os programas regionais e os estaduais, para os estados não incluídos nas áreas de competência de organismos regionais, serão compatibilizadas e consolidadas no Programa Nacional de Águas e Esgotos que deverá ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saneamento, através de sua Comissão Diretora, de acordo com o que estipula a Lei 5.318/67;

d) — O Programa Nacional de Águas e Esgotos será organizado de forma harmônica com o Plano Nacional de Saneamento, previsto na Lei n.º 5.318/67 e fará parte integrante do Programa Plurianual de investimento de que trata a Lei Complementar n.º 3/67;

e) — Deverão ser esclarecidos, entre outros, os seguintes pontos relativos aos municípios objeto do programa:

- Situação dos sistemas de águas e esgotos, apontando a repercussão de possíveis deficiências sobre a saúde pública e a economia municipais;

- Indicação e justificação, para os diversos municípios, das obras e serviços a executar e de seus prováveis custo e cronograma de desembolsos;

- Classificação dos municípios segundo sua capacidade de captar recursos através de empréstimos, tendo em vista a situação socioeconômica da comunidade;

- Proposição justificada de prioridades no atendimento aos diversos municípios;

- Programação financeira para o triênio, indicando a provável origem e o destino dos recursos.

f) — Os programas deverão sofrer revisão anual, eliminando-se a parcela executada no ano decorrido e acrescentando-se-lhes a parcela prevista para o outro ano.

3.2 — RECURSOS PARA O PROGRAMA

Os recursos para a realização do Programa deverão ser classificados em dois grandes grupos:

- a) — Recursos do Sistema Financeiro do Saneamento; e,
- b) — Recursos aplicados a Fundo Perdido.

Os recursos do Sistema Financeiro do Saneamento serão sempre aplicados sob a forma de empréstimo, à exceção da contrapartida municipal que será aplicada sem retorno.

No interesse da mais rápida solução do problema e, portanto, da melhoria da saúde, bem-estar e economia das comunidades, os recursos mobilizáveis devem ser aplicados através do Sistema. Somente nos casos de absoluta impossibilidade, para comunidades realmente incapazes de retribuir o benefício recebido, deveriam ser desviadas verbas para aplicação a fundo perdido e que representariam sempre um retardamento do atendimento às demais comunidades.

3.3 — EXECUÇÃO DO PROGRAMA

O programa será realizado através da execução dos projetos que o compõem.

Promoverão, via de regra, a execução de tais projetos, entidades regionais, estaduais e municipais.

Quando a execução for parcialmente financiada ou custeada com recursos federais, a entidade financiadora ou investidora promoverá a fiscalização da execução, através de órgão técnico local, de preferência de natureza federal ou regional.

3.4 — RESUMO DO ESQUEMA

A sequência de atos dentro do esquema proposto pode ser assim resumida:

- a) Elaboração dos Programas Estaduais com audiência dos municípios;
- b) Consolidação dos Programas Estaduais em Programas Regionais e destes em Programa Nacional;
- c) Desdobramento do programa global em dois outros:
 - 1 - Programa financiável pelo Sistema Financeiro do Saneamento;
 - 2 - Programa de assistência às pequenas comunidades.
- d) Convênios e contratos com o BNH para execução do programa a cargo do Sistema Financeiro do Saneamento;
- e) Consignação de verbas nos orçamentos federal, regional, estadual e municipal para o programa de assistência às pequenas comunidades;
- f) execução dos projetos em cada município.

4. — Sistema Financeiro do Saneamento

4.1 - Apresentação

O Sistema Financeiro do Saneamento será instituído para dar garantia e continuidade aos programas que visem à instalação progressiva de sistemas de água e esgotos em todos os núcleos urbanos do país e a sua futura expansão na medida do desenvolvimento desses núcleos.

Os recursos para o Sistema serão mobilizados em nível federal, regional, estadual e municipal.

No Âmbito federal os recursos serão mobilizados pelo Banco Nacional de Habitação e se constituirão essencialmente de:

- a) Recursos próprios do BNH;
- b) Recursos do FISANE originários principalmente de verbas orçamentárias da União; e,
- c) Empréstimos externos ao BNH ou ao FISANE.

Nos níveis regional e estadual êsses recursos serão mobilizados através dos Fundos de Financiamento para Águas e Esgotos, integralizados com recursos regionais e estaduais, na medida em que se realizem os programas.

No nível municipal, serão representados pelos investimentos dos municípios nos seus projetos de águas e esgotos ou através da formação de Fundos Intermunicipais.

A aplicação dos recursos do Sistema far-se-á, através de uma rede de Agentes Financeiros credenciados junto ao BNH, em projetos componentes de programas organizados e realizados por uma rede de Agentes Promotores.

O exame de projetos técnicos e a fiscalização de sua execução será, também, inteiramente descentralizada através da delegação de competência a órgãos técnicos locais.

4.2 - Fundos de Financiamento para Águas e Esgotos

Serão a base e a garantia do esquema propostos e o suporte do Sistema Financeiro do Saneamento.

O seu custo para os organismos regionais e para os estados e municípios será praticamente nulo, uma vez que serão integralizados com as verbas orçamentárias, normalmente aplicadas no setor.

O seu resultado, a curto prazo, será altamente rentável para municípios, estados e regiões, em vista dos estímulos concedidos pelo BNH e do alto efeito multiplicador do esquema.

Supondo que os estados e os organismos regionais participem, cada um, em partes iguais a 18,75% do investimento e os municípios com 25%, constataremos que cada cruzeiro investido pelos organismos regionais ou estados será multiplicado por 5,3 e por 4 no caso dos municípios.

A velocidade de implantação dos novos sistemas de águas e esgotos aumentará na mesma proporção. A médio prazo os resultados serão ainda mais sensíveis. O retorno ao Fundo dos recursos investidos, e que de outra forma estariam perdidos para novos investimentos, acrescidos dos juros e garantidos em seu valor real pela correção monetária, permitirão garantir a realização futura do programa.

A realização êsses programas tornar-se-á independente das oscilações orçamentárias e as obras e serviços iniciados terão seu término garantido no prazo mínimo.

Uma vez eliminado o "deficit" de serviços existentes bastará que a taxa de juros seja pelo igual à do crescimento demográfico da área para

que os recursos orçamentários se tornem desnecessários e possam ser liberados para outros empreendimentos.

Em consequência da maior velocidade e da segurança na realização dos programas de saneamento, estimular-se-á o desenvolvimento das atividades que garantirão o apoio logístico ao programa e representados pela formação de pessoal especializado e de escritórios de projeto e de obras, assim como pela ampliação e instalação de novas indústrias de material especializado.

O custo êsses benefícios será perfeitamente suportável e pago por quem os receber e quando os receber.

Assim, em troca de um abastecimento de água conveniente sob o ponto de vista da qualidade e da quantidade, ou seja em troca da melhoria da Saúde e do progresso econômico de sua comunidade, o usuário final terá um acréscimo médio entre 5 e 10 centavos de cruzeiro novo em cada mil litros de água fornecida, quantidade suficiente para abastecer uma família por um a dois dias.

Apesar de relativamente baixo, êsse custo poderá ainda ser distribuído de maneira desigual e ser reduzido ou anulado, para as populações de mais baixa renda, desde que compensado com tarifas um pouco mais altas para a população de maior renda e para o comércio e indústria.

Prevê-se que os recursos mobilizáveis para êsses fundos, somados aos investimentos próprios dos municípios e aos recursos em contrapartida do BNH e do FISANE, serão capazes de mobilizar no próximo triénio mais de 1 bilhão de cruzeiros novos.

Esse montante, se aplicado apenas na instalação de melhoria de sistemas de abastecimento dágua, seria capaz de beneficiar uma população superior a 20 milhões de pessoas, ou seja, quase a metade da população urbana brasileira, hoje, em cerca de 45 milhões.

Cumpre assinalar ainda que os Fundos ficarão sob gestão da entidade pública que o instituir, dando-lhe, portanto, plena garantia aos recursos ali investidos.

5. Trabalhos já Realizados

O programa foi oficialmente lançado no Rio Grande do Sul, em abril próximo passado, quando ali foi instalado o Governo Federal, na presença do Governador do Estado, ocasião em que tive o prazer de presidir a assinatura dos primeiros convênios para constituição de fundo estadual de financiamento de águas e esgotos, e de promessa de financiamento para abastecimento dágua naquele Estado.

O Fundo constituído pelo Governo Estadual, no valor de NCr\$ 37,5 milhões e a promessa de financiamento pelo BNH à Cia. Riograndense de Saneamento - CORSAN, em igual valor, permitirão a execução de um programa global no valor de NCr\$ 100 milhões. No prazo de 3 a 4 anos deverá êsse programa beneficiar com o abastecimento dágua mais 2 milhões de brasileiros, em cerca de 200 municípios gaúchos.

Hoje, três meses após, o programa está em plena execução com a assinatura ainda êste mês de contratos de financiamento entre o BNH e a CORSAN, permitindo o início das obras nos primeiros 53 municípios.

Logo após foram estabelecidos contactos com os demais estados e organismos regionais para extensão do benefício às demais áreas do país.

Já foram credenciados agentes nos estados do Amazonas, Pará, Mato Grosso, Goiás, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e constituiram fundos de financiamento a SUDAM e os estados do Amazonas, Pará, Goiás, Rio de Janeiro, além do Rio Grande do Sul.

Já estão em entendimentos com o BNH com vistas à sua integração no programa, além dos já mencionados, os Estados do Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Paraná, o Território de Roraima e a Cia. Vale do Rio Doce.

Esperamos que antes do fim dêste ano todo o país esteja em condições de começar a receber os benefícios da nova política adotada sob a égide do Ministério do Interior.

Os financiamentos então concedidos deverão se traduzir, num período de 3 a 4 anos, em obras de abastecimento d'água em valor superior a 1 bilhão de cruzeiros novos que garantirão a saúde e o bem-estar de mais de 20 milhões de brasileiros.

Mais importante, porém, que esse efeito a curto prazo, que por si só justificaria a nova política adotada, será a capitalização do Sistema Financeiro do Saneamento, através dos fundos federal, regionais e estaduais, que garantirá o permanente equacionamento do problema do saneamento básico, no futuro.

3. PROGRAMA NACIONAL DE HABITAÇÃO

1. - Esse é um dos mais importantes setores do Ministério do Interior, principalmente porque toca diretamente ao Homem — meta principal de qualquer plano governamental. A esse setor, pois temos dado a máxima atenção procurando remover os pontos de estrangulamento que surgem aqui e ali ao longo do processo em desenvolvimento. Lutamos, diuturnamente, para aperfeiçoar os instrumentos de ação, nesta parte, de modo a estabelecer, em bases sólidas, a montagem de um sistema que se torne irreversível no decurso, pelo menos, dos próximos dois anos.

No contexto do fenômeno da explosão demográfica e do que já se tem denominado de crise de crescimento; que tem caracterizado os últimos décadas, situam-se os grandes desafios do desenvolvimento, que se impõe sejam enfrentados com decisão e, dentro dêle, se inserem as razões mais profundas da crise de habitação. E, em contrapartida, a atuação significativa do Governo na solução do problema habitacional, ao mesmo tempo em que atacará um dos aspectos cruciais da vida brasileira, trará irrecusável e substancial contribuição de desenvolvimento econômico-social do país.

2. - As diretrizes da Política Nacional de Habitação, que devem nortear a ação pública, podem ser assim explicitadas:

2.1. - Os Programas Habitacionais constituírão componente decisivo da política de desenvolvimento econômico-social, devendo, por consequência, harmonizarem-se com os demais programas setoriais, dentro do Programa Estratégico do Governo.

2.2. - Os Programas Habitacionais serão, paralelamente, um instrumento de política de desenvolvimento regional e de ocupação do território — o que significa que os investimentos devem ser orientados em direção aos locais ou regiões onde já existam ou se projetam concentrações de atividades econômicas.

2.3. - Os Programas Habitacionais e de Planejamento Urbano atenderão às populações, dentro de adequados padrões de salubridade e segurança física e social, comparáveis com a capacidade de pagamento das famílias e em dimensões suportáveis pela comunidade.

2.4. - A correção monetária, em termos justos e humanos, deve ser considerada enquanto houver inflação, a fim de que os financiamentos sejam recuperados ao longo dos prazos estipulados, diferenciadas as taxas conforme a classe socio-econômica dos beneficiários.

2.5. - O Governo reconhece que poderá haver necessidade de uma política de subsídios, destinados às famílias de baixa renda, que não podem ser atendidas pelos programas normais de Sistema Financeiro de Habitação.

2.6. - As pesquisas técnicas e socio-econômicas serão conduzidas com o objetivo de reduzir os custos de construção.

2.7. - Os programas destinados aos grupos familiares deverão ser complementados mediante Programas Integrados de Desenvolvimento da Comunidade.

2.8. - Os Programas Habitacionais, estando intimamente ligados aos problemas do saneamento básico e abastecimento d'água, atenderão a tais itens, mediante o estabelecimento de um sistema de financiamento, com a participação conjunta dos Estados e Municípios.

2.9. - O Programa Nacional de Habitação, à semelhança do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, procurará criar um Fundo específico para atendimento dos militares, de modo geral, de maneira que, ao término da carreira militar, oficiais ou sargentos disponham de financiamento garantido para aquisição de casa própria e, no caso de morte do chefe do casal, a família receba o imóvel sem qualquer indenização. Assegura-se, assim, em última análise, a solução definitiva, em curto prazo, da constituição de casas funcionais em várias regiões do Brasil.

3. - O principal órgão de execução da política habitacional do Governo Federal é o BANCO NACIONAL DA HABITAÇÃO (BNH), vinculado ao Ministério do Interior e subordinado à orientação do Conselho Monetário Nacional, para que seja mantida a necessária unidade de atuação do Governo, no campo da política monetária e creditícia.

3.1. - Os principais sistemas adotados pelo BNH são:

- a) O sistema do FGTS, composto da rede bancária e do Conselho Curador, e que possibilita a captação de recursos para a execução do Plano Nacional de Habitação.
- b) O Sistema de Poupança e Empréstimo, constituído dos agentes financeiros, Associações de Poupança e Empréstimos, Caixas Econômicas e Sociedades de Crédito Imobiliário para captação de poupanças livres do público, através da colocação de Letras Imobiliárias, ou da obtenção de depósitos para aplicação no financiamento da construção e venda de habitações.
- c) O Sistema de Mercado de Hipotecas constituído dos Agentes, Financiadores e Trítiadiadores Privados, das Cédulas Hipotecárias que são adquiridas pelo BNH, ou por investidores institucionais, e que responde pelo atendimento das necessidades habitacionais de famílias de todas as faixas de renda urbana.
- d) O Sistema de Cooperativas Habitacionais dos Operários, constituído pelas cooperativas e pelos Institutos de Orientação Técnica, e que responde pelo atendimento das necessidades Habitacionais dos operários sindicalizados.
- e) O Sistema das Companhias de Habitação-COHABs, entidades regionais, podendo pertencer a mais de um Município, ou de âmbito estadual, obviamente de maior amplitude e capacidade ampliada, responsáveis pelo atendimento das necessidades habitacionais das famílias de baixa-renda.
- f) O Sistema de Agentes Financiadores de Habitações Rurais, ainda em montagem, responsável pelo atendimento das áreas rurais.
- g) O Sistema de Desenvolvimento Comunitário, responsável pela integração e educação social das famílias que já tenham obtido casa própria, dentro dos planos de atendimento das faixas de renda baixa.
- h) O Sistema de Financiamento de Materiais de Construção, constituído dos ajustes financeiros do FIMACO e das entidades de apoio logístico e técnico do Programa Nacional de Habitação, responsável pelo financiamento de todas as fases do processo de produção e comercialização de materiais de construção, pela melhoria de produtividade e pela diminuição das perdas em seu uso. A tal sistema se ligam os Subprogramas de Refinanciamento ou Financiamento do Consumidor de Materiais e Construção-RECON, e o de Financiamento ou Refinanciamento do Investimento do Ativo Fixo das Empresas Produtoras e Distribuidoras de Material de Construção-REINVEST.
- i) O Sistema de Planejamento Local Integrado, constituído pelo SERFHAU e por entidades privadas e públicas, a cargo das quais estará a tarefa do planejamento do crescimento das cidades brasileiras, em seus aspectos físicos, econômicos e sociais.
- j) O Sistema de Financiamento do Saneamento, constituído dos agentes do FISANE, destinado a financiar obras de abastecimento d'água.

4. - O Programa Nacional de Habitação, em sua fase de implantação, constitui-se, como se vê, de vários planos, destinados a diversas classes sociais, e cujas características de prazo, juros e condições foram determinadas em função das condições financeiras e dos recursos disponíveis dos adquirentes.

Resta-nos, agora, continuar aperfeiçoando o processo habitacional, em seu conjunto, eliminando as distorções e os pontos de estrangulamento que apareçam. Assim procedendo, temos a certeza de que, ainda no atual Governo, será montado um processo irreversível no campo habitacional, com as maiores repercussões na área social, inclusive abrangendo os aspectos mais próximos de nós — de interesse social enorme — o equacionamento, em bases amplas, do problema das favelas, no Grande Rio, para sua solução, em termos de continuidade, e a indispensável garantia do êxito na recuperação da paisagem urbana dos centros populosos e localização digna do vultoso contingente dos desabrigados.

V. CONCLUSÃO

Acreditamos haver fixado os pontos essenciais de convergência em que o desenvolvimento e a medicina situam-se como aliados.

Na cidade e nos campos, nas áreas metropolitanas e nos pequenos povoados, nas zonas densamente povoadas e nas regiões de população escassa e rarefeita, a meta do desenvolvimento encontra no homem a razão de sua própria conceituação através dos seus anseios de tranquilidade, do seu empenho em se libertar dos temores e das angústias, de sua permanente busca da felicidade.

Em nosso país, o sentido de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que se traduz na necessidade inadiável de possibilitar o aproveitamento de todas as nossas disponibilidades e a exploração de todos os nossos recursos, em grande parte ainda em forma potencial, assume as características de um desafio proposto a sucessivas gerações. Herdeiros de dilatadas fronteiras políticas, conquistadas e consolidadas no passado, impõe-se-nos, como dever inarredável, como sagrada missão, a dilatação de nossas fronteiras econômicas, através da arrancada para nosso desenvolvimento integrado.

Integração e desenvolvimento, aos quais a Revolução de Março tem dado ênfase especial e que se inscrevem por inteiro nas atribuições do Ministério do Interior, cujos órgãos de planejamento e execução já podem exibir à Nação - sobretudo as Superintendências de Desenvolvimento Regional - excelente e encorajador acervo de realizações.

Integração e desenvolvimento que sómente terá sentido enquanto significar segurança para nossa soberania sobre todas as parcelas do território nacional e, sobretudo, caminho através do qual se conquiste padrão de vida satisfatório para cada brasileiro, redenção para aqueles que ainda suportam condições de vida as mais primitivas, saúde e bem-estar para tantos, em cujo socorro deveremos levar com urgência o benefício da ciência e da técnica.

Dificilmente encontrariamos ambiente mais próprio para transmitir aos nossos concidadãos a mensagem que aqui vos entrego, de fé na adesão dos médicos e sanitários brasileiros aos objetivos que nos traçamos de corrigir as causas que reduzem a capacidade de trabalho de substancial parcela do nosso povo e revelam, aos olhos de todos, aspectos negativos que devem eliminar definitivamente.

Senhores Acadêmicos.

Conseguimos, sem dúvida, dar o sinal de partida. O trabalho a ser feito e a garantia de sua continuidade reclamam o esforço coletivo no seu mais elevado sentido. A saúde do homem brasileiro vale e justifica este alto preço.



Aspecto da magna sessão de abertura da II Reunião de Medicina do Exército, sob os auspícios da Academia Brasileira de Medicina Militar, em 20 de agosto de 1968, Rio, quando o Ministro do Interior, gen. Albuquerque Lima proferiu sua conferência

O CONCEITO DAS EPILEPSIAS EM NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Ten. Cel. Méd. Dr. CESAR GOGGI DE FIGUEIREDO FILHO

As epilepsias constituem-se, até hoje, numa "terra de ninguém", pal-milhada indiferentemente por psiquiatras e neurologistas, justo por searem lentes entre as duas especialidades, sendo o enquadramento numa ou noutra, feito ao sabor da primazia que cada autor concede aos seus aspectos psiquiátricos ou neurológicos.

É compreensível que assim aconteça, pois suscetível de uma definição fisiológica — «descarga em massa de um grupo de neurônios cerebrais, ou de sua totalidade, momentaneamente tomados de uma sincronia excessiva» — a sua sintomatologia clínica comporta, desde logo, um enfoque neurológico e outro psiquiátrico.

Segundo essa maneira de ver as coisas, com uma mentalidade predominantemente neurológica, esposada por Brisset, Bernard e Ey, não só as crises convulsivas, como também os seus equivalentes psicomotores, seriam manifestações do âmbito neurológico, uma vez que ambas resultariam daquela sincronia excessiva. No campo psiquiátrico caberiam, apenas, as desestruturas da consciência associadas às crises e acidentes comiciais e as modificações da personalidade eventualmente apresentadas pelos epilépticos.

Todavia, se com Noyes e Kolb, atribuirmos à epilepsia uma definição primacialmente psiquiátrica — «periodos de consciência alterada, episódios, recorrentes e limitados, com ou sem movimentos involuntários e que não se devem a distúrbios corporais como insuficiência circulatória, hipoglicemia, traumas emocionais ou uso de drogas intoxicantes» — os equivalentes psicomotores passam automaticamente a integrar a concepção psiquiátrica comicial.

Embora a conceituação de Ey, Bernard e Brisset seja rigorosamente científica, resulta pouco prática nos hospitais em que as duas especialidades são autônomas, pois coloca o paciente na indefinição do especialista que o cuidará. Assim, por exemplo, o portador de grande mal pertenceria ao neurologista por suas crises convulsivas e ao psiquiatra pela amnésia lacunar que as acompanha; um cleptomaniaco comicial caberia ao psiquiatra pela desestruturação de consciência do seu impulso e ao neurologista por ser essa disbulia a exteriorização da sua hipersincronia neuronal.

Parece mais lógico, só por ser o mais visível clinicamente, atribuir ao neurologista as epilepsias em que existam crises convulsivas (grande

Chefe de serviço no H.C.E.

Membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar

mal) e aquelas em que os fenômenos musculares — paroxismos atônicos e mioclonia bilateral — apareçam predominando sobre os distúrbios de consciência (pequeno mal), restando para o psiquiatra os outros quadros sintomáticos.

Essa, em linhas gerais, a orientação que seguimos aqui no H.C.E., após a dicotomização dos serviços de Psiquiatria e Neurologia.

Por tudo o que foi exposto, este simpósio de epilepsia reune neurologistas e psiquiatras. Os neurologistas abordarão o pequeno e o grande mal epiléptico, bem como os aspectos eletroencefalográficos da doença. Os psiquiatras terão a seu cargo: o caráter epiléptico, os equivalentes psicomotores, as psicoses agudas e sub-agudas, os distúrbios comiciais crônicos, os aspectos sociais e médico-legais das epilepsias.

I — O CARÁTER EPILEPTICO

Sob esse título devem ser considerados os aspectos da personalidade do epiléptico que se apresentar como características permanentes, não tendo qualquer ligação temporal com as crises convulsivas e não sendo substitutivas das mesmas.

É discutível até que ponto a agressividade, a irritabilidade, a hiper-sensibilidade, a timidez e outros distúrbios da conduta, tais como mentir, roubar etc., podem ser consignados como dados pessoais epilépticos, como fatalidades neurológicas desses doentes e até onde representam uma reação psicológicamente compreensível às frustrações de um ambiente social adverso, acarretando consequentemente insegurança, angústia e toda sorte de dificuldades emocionais.

A admissão da psicogênese desses traços da conduta comicial e corolária infirmação da especificidade dos mesmos, conduz-nos à doutrina psicanalítica de Kunkel, pela qual a evolução do psiquismo humano se processaria em três fases: a primeira em que, sem noção da própria individualidade, viveria o homem obscuramente «entre o mundo», reagindo apenas pela sua instintividade; a segunda em que, ciente da autonomia Eu-Tu, luta pelo predomínio individual, teleologicamente utilitário, egoista e solipsista, vivendo «contra o mundo»; a terceira em que realiza pelo amor a «nosificação», a formação do «nós», superando a divergência do «Ser» (sujeito e a do «Não Ser» (objeto), passando a viver «para o mundo». O epiléptico seria o indivíduo congelado no segundo estágio, vivendo «contra o mundo», reagindo à adversidade ambiental pelo «ressentimento negativo» niestchiano que faz sofrer à Sociedade ou por um estilo de vida neurótico que crucifica a si mesmo.

É mesmo muito provável que isso aconteça numa doença passível de experiência crepuscular de expansão mística e desespero, que Brissel Toyewski chama dramaticamente de «duplo abismo» e no qual

diz abrir-se ante o epiléptico o cataclisma da sua vida: «a vertigem do alto e a vertigem do baixo, a expansão mística e a culpabilidade abissal, o céu e o inferno».

Assim sendo, haveria uma explicação psicológica para grande parte da conduta comicial: a aderência viscosa, mórmamente com os superiores hierárquicos sociais, significaria uma ânsia de proteção; o servilismo-inerente à «minusvalia» do ferrete de uma enfermidade grave e crônica, a religiosidade busca de conformismo contra a ameaça a que estão sempre expostos; as crises afetivo-disfóricas o subproduto do rechaço social.

Resta, então, parecendo representar especificamente característica de uma personalidade epiléptica, a gliscroidia de Mme. Milkovska e que constitui a denominada «disposição afetivo-acumulativa». O epiléptico oscila entre dois polos: o da lentidão psíquica viscosa (bradpsiquia) — expresso pela palavra monótona, os circunlóquios constantes e a repetição de idéias — e o da explosividade afetiva. A sua afetividade não se exterioriza normalmente: acumula-se para uma explosão impulsiva.

II — EQUIVALENTES COMICIAIS

Sob esse nome ou o de automatismos psicomotores descrevem-se as condutas anômalas e sem motivação psicológica dos epilépticos e que, freqüentemente, apresentam-se como substitutivas das crises convulsivas. Alinhamp-se entre as imprópriamente cognominadas epilepsias psíquicas ou larvadas de Morel.

Os automatismos psicomotores podem comportar condutas relativamente complexas e intencionais, sem obnubilação completa da consciência tondo o doente conhecimento do ato que executa, mas sendo incapaz desustar a realização do mesmo. É possível a ocorrência de ações coordenadas, conscientes e eupráticas, de grande complexidade e com várias horas de duração.

Impressionam, pela dramaticidade de que se revestem, os equivalentes com as características de obsessão-impulsão, nos quais o indivíduo se sente invadido por uma força avassaladora, contra a qual luta deses peradamente, até ultrapassá-la descarregando a angústia num ato colérico ou submeter-se fazendo aquilo que seu super-ego condena. É a tragédia oculta de muitos suicídios, homicídios e exibicionismos, o lado desculpável e desconhecido de muitos furtos.

Os automatismos psicomotores assumem os mais variados aspectos, sendo denominados de acordo com a maneira porque se apresentam. Os impulsos incendiários constituem a piromania; os de furtar são a conhecidíssima kleptomania; os de ingerir álcool a dipsomania e os de beber água exageradamente a hidrodipsomania. Outras vezes aparece o impulso de correr e o paciente o executa, realizando as chamadas epilepsias cursivas, que os autores da língua inglesa denominam de «running fit».

A dissolução da consciência pode ser completa, ocorrendo, então, os automatismos inconscientes e amnésicos, nos quais a conduta se torna completamente absurda. Exemplo típico é a poromania sonambúlica epiléptica ou automatismo comicial ambulatório: sem qualquer preparativo prévio o paciente abandona a sua residência e põe-se a andar e, tornando à consciência, vê-se num local muito distante e até desconhecido. Nessas estados de dissolução completa da consciência os homicídios não são frequentes sendo mais comum atos risíveis em indivíduos circunspectos.

III — TERAPÉUTICA

Os medicamentos com ação sobre os equivalentes epilépticos são: os barbitúricos, as hidantoinas (fenitoinas e mefenitoinas), a primidona e a carbamónil dibenzo azepina. Um bom esquema parece ser a combinação dos barbitúricos (geralmente ao deitar), com a hidantoina parcialmente durante o dia. Modernamente alguns autores preferem o uso exclusivo da carbamónil dibenzo azepina.

A psicoterapia é válida, principalmente por sua atuação sobre o caráter epiléptico, devendo ser estendida inclusive aos que cercam o doente, visando um ambiente de melhor aceitação para o mesmo.

Finalmente, não é possível encerrar o tema, sem abordar a contribuição da neuro-cirurgia ao tratamento das epilepsias psicomotoras. A experiência de Brown, French, Ogle Johnson, indica duas condutas para o cap: 1.^a — abstinência total nas sintomatologias insuficientemente graves para justificar uma terapêutica radical; 2.^a — excisão completa do lobo temporal quando a doença mostra-se particularmente severa. O desaparecimento completo das crises psicomotoras pelo emprego da terapêutica cirúrgica, segundo aqueles autores, orça em 75%. A estatística foi realizada numa casistica de 25 operados, dos quais um faleceu e 19 obtiveram cura completa das crises psicomotoras.



Na sessão solene de 16-8-68, na Academia Brasileira de Medicina Militar, em homenagem aos integrantes da Missão Médica Militar Brasileira na II Guerra Mundial o acad. Geraldo Barroso proferiu a oração oficial e o Prof. Mario Kroeff agradeceu.

ASPECTOS ELECTROENCEFALOGRÁFICOS DA EPILEPSIA

Dr. JOSÉ LUIZ CAMPINHO PEREIRA
Major Méd.-Chefe da Clínica Neurológica do H.C.E.

A longa história da Epilepsia, talvez a mais longa das histórias de uma enfermidade, que tem seus dois mais importantes marcos, em 1870, com a publicação da magistral obra de JOHN HUGHLINGS JACKSON e, em 1935, com os trabalhos de GIBBS, DAVIS E LENNOX. Ao mestre inglês deve a Neurologia a noção de que o fenômeno epiléptico corresponde a uma descarga súbita e excessiva proveniente da substância cinzenta, base das definições atuais do *Morbus sacer*. A Escola de Harvard reverenciados como pioneira na comprovação laboratorial daquela noção, com a aplicação ao estudo da doença dos deuses do registro electrencefalográfico introduzido por BERGER em 1924. A verificação de sinais gráficos objetivos traduzindo manifestações comiciais (o complexo ponta-onda correspondendo ao petit mal) ligou de tal forma Epilepsia e Electrencefalografia que, hoje em dia, não podemos pensar em ambas separadamente e, não obstante a grande gama de indicações atuais da criação de Berger, o Electrencefógrafo é para o leigo e para o leigo e para muitos médicos um aparelho para o diagnóstico do mal sagrado. Cabendo-nos neste simpósio a missão de abordar os aspectos electrencefalográficos da Epilepsia, difícil parece-nos o encargo em face da extensão da matéria para tão reduzido tempo. Muito se tem escrito, muito se tem pesquisado nos últimos trinta anos. Dos Gibbs e de Lennox, da extraordinária Escola de Montreal com JASPER e PENFIELD, dos inestimáveis trabalhos de HENRI GASCTAUT e de tantos outros, enriqueceu-se de tal forma a literatura sobre o EEG dos estados comiciais que não é fácil sintetizarmos didáticamente, em dez minutos, o que de importante teríamos a dizer.

Consideramos Epilepsia como a tendência à repetição de crises epilépticas e estas como sendo a consequência de uma atividade explosiva, hipersincrônica, de tendência autorritmica e extensiva, de agregados neurônicos altamente organizados e apresentando normalmente uma atividade elétrica espontânea, podendo assumir os mais variados aspectos clínicos de acordo com o ponto de partida e a extensão da descarga neuronal excessiva. Assim sendo, ao tentarmos estabelecer as correlações eletro-clínicas, temos que dividir o nosso estudo em duas pearts: 1-EEG dos estados críticos. A crise epiléptica nas suas manifestações clínicas mais

comuns, 2-EEG dos epilépticos intercríticos — O diagnóstico da Epilepsia, de tanta importância clínica e médico-legal.

1-EEG DOS ESTADOS CRÍTICOS:

a) EEG da crise de «GRAND MAL»

O grande mal a Epilepsia-coma, forma mais conhecida da doença dos deuses e a única reconhecida pelo povo como tal, traduz-se eletroencefalograficamente por uma descarga ininterrupta de pontas de alta voltagem (fase tônica), intervaladas posteriormente por ondas lentas (fase clônica) a que se seguem ondas de baixa freqüência e reduzida amplitude indicando depressão da atividade elétrica (fase comatosa) Figuras 1 e 2.

É de se salientar que o grande mal, a forma convulsiva generalizada, em que pese ser a mais impressionante é a menos específica das manifestações comiciais, podendo ser observada em pessoas normais sob a ação de certos medicamentos ou da corrente elétrica. Com o cardiazol, por exemplo, obtemos traçados absolutamente idênticos aos anteriores da mesma forma que em nada se distingue o aspecto clínico. Slide 3.

Muitas vezes o grand mal aparece exclusivamente com convulsões tônicas, espasmos de longa duração, sendo comum nesses casos o traçado (geralmente de crianças) revelar longas descargas de pontas rápidas de baixa voltagem.

Em certas convulsões infantis, ao contrário, reduz-se a crise às manifestações crônicas e vamos ter no traçado pontas intercaladas de ondas lentas.

b) O Petit Mal.

A ausência clássica traduz-se eletrográficamente por uma descarga de alguns segundos de duração do denominado complexo ponta-onda. Inicia-se e termina bruscamente, sendo geralmente generalizada, bilateral, sincrona e simétrica. De amplitude elevada (podendo atingir 1 milivolt), tem a freqüência de 3c/s, constituindo-se de uma onda lenta, regular, inteiramente negativa, precedida de uma ponta, também negativa, de curtíssima duração. Embora possamos ter micro-ausências (dois ou três complexos apenas) ou pequeno mal de grande duração (até 1 minuto), geralmente a ausência clássica dura em torno de uma dezena de segundos. — Slides 4, 5 e 5.

c) Crises Mioclônicas

Traduzem-se ao EEG pela presença de polipontas e pelo complexo ponta-onda. — Slides 8 e 9.

d) Crises Parciais

Podem ser motoras, sensitivas, sensoriais, vegetativas, siquicas, etc.

Algumas generalizam-se secundariamente. O EEG vai dar alterações paroxísticas na área comprometida. Assim, na clássica crise bravais-jacksoniana vamos ter uma descarga rolândica, nas crises psico-

motoras e em diversas manifestações psíquicas e psico-sensitivas (dejà vu flash back, crises afetivas, etc.) vamos ter descargas de ondas agudas nas regiões temporais ou fronto-temporais, uni ou bilateralmente.

II — O EEG INTERCRÍTICO:

Aqui reside a nossa principal preocupação, a de estabelecer o diagnóstico de Morbus Sacer «fora das crises, na ausência da exteriorização do fenômeno epilético. Nos períodos intercríticos, o EEG do epiléptico pode ser NORMAL, ANORMAL INESPECÍFICO ou ANORMAL ESPECÍFICO. Os EEG normais representam uma minoria, se levarmos em conta as provas de ativação (particularmente a hiperpnéia e a foto-estimulação), não ultrapassando 5 a 10% dos comiciais. Os traçados anormais podem ser focais (que constituem a maioria), centrocefálicos ou difusos. Dizemos que são específicos quando surgem no mesmo elemento gráfico cuja natureza comicial está bem estabelecida, como a descarga difusa, bilateral e sincrona dos complexos ponta-onda ou poli-ponta-onda, traduzindo uma disfunção centrocefálica, de natureza idiopática, (Slides 7, 21 e 23); foco de pontas ou pontas-ondas, traduzindo a existência de um processo localizado (Slides 16 — rolândico D, 17 — parietal E, 13 — frundipul, 18 — temporal 1E); pontas, ondas agudas ou formas do complexo ponta-onda, difusas, traduzindo uma agressão encefálica macissa, (de 20). Merece referência especial aqui a chamada síndrome de Lennox, caracterizada pela ponta-onda lenta, de 2 c/s, difusa, geralmente conatal, acompanhada de manifestações comiciais diversas, deterioração mental, com péssimo prognóstico (Slides 10-11-25).

A doença de Unverricht (Epilepsia mioclônica progressiva) oferece aspectos eletroencefalográficos característicos, caracterizando-se pela presença de elementos gráficos paroxísticos extremamente numerosos, difusos (pontas, poli-pontas, complexo ponta-onda). Slides 12-22.

Sob o nome de HIPSSARRITIMIA descreveu GIBBS uma síndrome electroencefalográfica constituída por ondas lentas irregulares e de elevada amplitude associada a descargas de pontas, isoladas ou múltiplas, sem correlação entre áreas homólogas em verdadeira «catástrofe electroencefalográfica», anomalia essa que é contínua, presente no sono e na vigília, correspondendo clinicamente aos espasmos infantis, acompanhando-se sempre de déficit psicomotor, reagindo mal ao anticonvulsivantes, de sombrio prognóstico (mais de 10% morrem antes dos 3 anos). O seu achado ao exame leva ao uso do ACTH, com o qual se obtém notável sucesso (Slides 14-15).

Os traçados anormais não específicos são constituidos geralmente por anormalidades lentas que, embora frequentemente encontradas em epilepticos surgem também em outras entidades. Podem também ser focais (Slides 26), bissíncronos (Slide 19) ou difusos (slides 24).

O PROBLEMA SOCIAL DAS EPILEPSIAS

Major Dr. TONG RAMOS VIANNA

Representa o problema social das Epilepsias, um dos grandes capítulos da atualidade psiquiátrica

Conhecida desde os primórdios da civilização, descrita na Bíblia, assinalada nos papiros egípcios e já difundida por HIPÓCRATES, vem a epilepsia através dos anos, como que sorrateiramente, desafiando os estudiosos e teimando em permanecer misteriosa e incompreendida.

Já é tempo como assinala PUTNAM, que a luz do conhecimento moderno ilumine um assunto que tem estado muito obscuro no passado. Não é crível que uma enfermidade como esta, muito mais acessível ao tratamento do que na realidade se supõe, transforme vidas tão preciosas, num verdadeiro calvário de desilusões. Devemos estar lembrados que o problema social das epilepsias é de transcendental importância, uma vez que se encontra ligado ao problema econômico.

Se imaginarmos o número crescente de comiciais na população brasileira, a carência de leitos, a insuficiência de especialistas, a falta individual de meios financeiros para a aquisição de fármacos, concluimos ser uma desumanidade negar a tais enfermos o direito de trabalhar.

Por outro lado estariamos desprezando os benefícios advindos de tal labor e que em última análise representariam, também, u'a moderna terapêutica, a ocupacional, imprescindível à recuperação de qualquer tipo de paciente.

Como problemas sociais mais prementes focalizaremos em nossa exposição:

A -- Vida social e familiar do epiléptico

Naqueles pacientes bem controlados terapêuticamente, com raras crises ou muito raras, despídos de transtornos psíquicos de importância, isto é, aquêles que podem levar uma vida social normal ou quase normal, é necessário dar confiança aos mesmos, evitando que sejam considerados desde a infância como casos incuráveis, incapazes de levar uma vida familiar normal.

b — Vida escolar

O temor dos pais e professores, de que a criança sofra uma crise frente a seus companheiros não deve, jamais, representar uma limitação para a escolaridade normal. Principalmente as crianças que padecem de crises noturnas ou de pequeno mal que podem continuar na escola sem causar transtornos a seus colegas. Os meninos cujos ataques

estão sob controle, encontram-se em melhores condições na escola que em suas residências. Raramente a fadiga e a excitação da vida escolar provocam ataques. Caso não consigamos controlá-los poderemos:

a — manter a criança em sua residência, ministrando-lhes instrução especial;

b — colocá-la em escola dirigida;

c — no caso das crianças maiores organizar ao ar livre, alguma forma de vida de campo ou de granja ativa;

d — no tocante às crianças epilépticas com «deficit» intelectual, poderemos incorporá-las a um regime educativo juntos às crianças oligofrênicas.

c — Orientação profissional

Na orientação profissional do epiléptico devemos ser cuidadosos. Temos que evitar as profissões que representem riscos especiais tanto para o paciente, quanto para a sociedade.

E mais do que evidente que um epiléptico jamais poderá ser cirurgião, obstetra, piloto de avião, motorista de caminhão e ônibus, salva-vidas, maquinista de trem, sinaleiro, guarda-freios, manejador de máquinas automáticas, guindasteiro, linotipista, cozinheiro, motoreniro, escandrista, foguista, manejador de máquinas perigosas, trabalhos em locais altos, pescador, guarda-faróis, etc.

Com referência à carreira militar são contraindicadas: Aeronáutica, Marinha e Exército (carreira das armas).

Sobre a condução de automóveis falaremos separadamente, uma vez que se trata de «instrumento quase obrigatório da vida cotidiana».

Nos Estados Unidos o próprio enfermo é obrigado a denunciar sua doença, bem como seus familiares, sob pena de cometerem o crime de perjúrio. Em alguns Estado, quando as crises são controladas, sem a necessidade de anticonvulsivos, a permissão para dirigir é concedida, caso o enfermo não tenha nenhuma crise durante o período compreendido entre um e três anos. Noutros lugares os especialistas aconselham a proibição levantada após 2 anos de suspensão dos ataques, tendo-se o cuidado de preveni-los:

a — que evitem as distâncias longas;

b — que evitem as viagens noturnas;

c — que não corram demais ao volante;

d — que não façam uso de derivados alcoólicos.

d — Matrimônio

É um dos pontos mais causadores de inquietude entre o entérmo e seus familiares, bastante discutido entre os autores credenciados, havendo, no momento, certa uniformidade quanto à individualidade das soluções.

Consideramos a exemplo de CAMPINHO PEREIRA um erro científico e um crime social a proibição do casamento ou a esterilização dos epilépticos, como preconizam certas legislações, em defesa da eugenia.

Não se pode provar de sã consciência, que a prática sexual aumente o aparecimento das crises.

No entanto devemos observar algumas regras:

a — Nos epilépticos graves, com crises repetidas, mal controladas pelos fármacos e acompanhadas de transtornos psíquicos e que tornam o enfermo incapaz de assumir a responsabilidade moral e material da família, devemos contraindicar o casamento;

b — Nos epilépticos suscetíveis de levar uma vida social sensivelmente normal, devemos permitir o matrimônio;

c — Nas epilepsias adquiridas, accidentalmente por traumatismo banal da infância ou adolescência, dos traumas obstétricos, que tantas vezes produzem epilepsias temporais, que não apresentam nenhum risco de transmissão hereditária, devemos sem o menor temor autorizar o casamento;

d — Nas formas de epilepsia generalizada de tipos grande mal ou pequeno mal, puras ou combinadas entre si, e naquelas em que não nos é possível descobrir nenhuma etiologia exógena (epilepsia essencial ou enfermidade comicial), o fator hereditário é indiscutível e a solução não é tão fácil.

Devemos desaconselhar o matrimônio entre epilépticos. Por outro lado podemos permiti-lo entre um epiléptico e uma pessoa sã.

Manda a prudência que informemos ao futuro cônjuge da existência da enfermidade e da possibilidade do aparecimento de crises.

Lembramos aos colegas que o casamento antes estava proibido para os diabéticos e que, com o posterior progresso dos conhecimentos e da terapêutica, aquêle conceito sofreu modificação.

Certamente o mesmo ocorrerá futuramente com os epilépticos.

CONCLUSÕES

Precisamos firmar doutrina que:

a — O epiléptico pode ser curado por métodos modernos de tratamento e levar uma vida normal caso adote algumas precauções;

b — Os médicos precisam perder o ceticismo terapêutico, consagrando-se mais ao estudo dos detalhes essenciais da terapêutica;

c — As autoridades devem destinar maiores verbas para o combate desta enfermidade, da mesma forma que emprega nas lutas contra o câncer, a tuberculose, a lepra, o reumatismo, a poliomielite, etc.;

d — Os investigadores devem aprofundar as suas pesquisas, tendo em mira a solução do problema;

e — Os juriconsultos e legisladores necessitam rever, equacionar, sistematizar e atualizar as leis que restringem as atividades dos epilépticos, protegendo-os das injustiças de que são vítimas;

f — A sociedade deve propiciar atitudes mais realistas e consentâneas para o problema, permitindo a readaptação funcional dos que desejam trabalhar;

g — "É preciso amar e compreender o epiléptico, para ser digno e capaz de servi-lo".



O "Dia de Oswaldo Cruz", de 1968, comemorado sob os auspícios da Sociedade Brasileira de Higiene, em 5 de agosto, frente a sua herma. Participam da homenagem diversas entidades científicas entre elas a Academia Brasileira de Medicina Militar, cujo Presidente Majella Bijos discursou no ato.

EPILEPSIA

Maj. Méd. Dr. ENIO FABIANO

Distúrbios mentais crônicos — É muito raro que mesmo as epilepsias de evolução prolongada produzam distúrbios mentais crônicos. Todavia devemos sempre ter presente, sob essa denominação, o seguinte:

1 — distúrbios graves do caráter; 2 — delírios crônicos; 3 — demência.

1 — Distúrbios graves do caráter — São aqueles em que o paciente oscila constantemente entre os polos da explosividade e da viscosidade. Todavia essas formas pertencem mais ao domínio da neurologia, pois ocorrem nas epilepsias infantis e juvenis graves, que fogem a qualquer controle terapêutico, com lesões cerebrais muito severas e evolutivas e que determinam crises convulsivas muito freqüentes. Há um tal imbricamento entre as crises convulsivas e os distúrbios caracterológicos, que é difícil dizer quando eles antecedem ou sucedem à crise ou mesmo quando a substituem;

2 — Delírios crônicos — Os delírios epiléticos se caracterizam pela sua instalação lenta, progressiva e tardia, podendo ou não adquirir um aspecto esquizofrênico. Esses são os delírios crônicos com fabulações oníricas, alucinações visuais e tendências para o fantástico, intercaladas por surtos catatônicos e com evolução para um déficit intelectual notável e progressivo. Todavia essas formas são muito raras pois como é sabido, foi justamente no antagonismo entre a esquizofrenia e a epilepsia que Von Meduna baseou a sua cardiazoloterapia. O que comumente se encontram são os temas delirantes de fundo religioso e que se manifestam, segundo Mayer-Gross "pela tendência de introduzir na conversação frases de virtuosa religiosidade". Outros temas delirantes podem ser encontrados: perseguição, reivindicação e megalomania.

O delírio costuma apresentar-se em forma de estados que duram horas, dias e até semanas, com êxtase ou angústia violenta, alucinações muito vivas, principalmente visuais, em que predomina a visão da cor vermelha e de figuras aterradoras seguindo-se profundo torpor. As vezes durante o equivalente psíquico delirante pode surgir um impulso provocado pelas alucinações e um crime se seguir.

3 — Demência epilética — A demência como período terminal da epilepsia é de observação pouco freqüente. É calculada numa proporção de 5 a 10% dos doentes. Parece que dois fatos têm importância desfavo-

rável da doença para a demência: o internamento e as chamadas formas graduacionais. A observação registra que a inteligência nos epilépticos degrada precocemente, especialmente quando se amadumam os acidentes. Há o estreitamento progressivo dos horizontes mentais: a lenta deteriorização da compreensão e da memória, a tendência à perseveração nos pormenores e nas trivialidades, o egocentrismo ceremonioso, a torpeza de maneiras, o embatimento de afetividade e a exteriorização fisionômica da vacuidade.

A sua palavra torna-se lenta e monótona, finalmente acentua-se a tendência à pegajosidade, à prolixidade, aumenta a dificuldade de formar idéias e evocar nomes; atém-se os epilépticos a conceitos concretos e simples e adotam atitudes ordenadas e estereotipadas, religiosidade extremada e solícitos em ajudar. Enfim há acentuação do caráter epilético: lentidão psíquica (bradipsiquia), gliceralidia, religiosidade e explosividade emocional, tornando-se inoportuno pela sua viscosidade e perigoso em função de sua explosividade. Os distúrbios da memória, a habilidade afetiva, a rigidez do pensamento, a debilidade da crítica e do juízo determinam uma diminuição geral do nível mental. É considerada como pseudo-demência seja pela alteração do caráter seja como consequência dos excessos medicamentosos. Aliás, não se deve propriamente falar numa demência epilética específica, mas sim em estados demenciais decorrentes de processos cerebrais subjacentes produzindo sintomas correspondentes a sua localização, caráter evolutivo e idade em que se perturba o desenvolvimento. Assim, segundo Mignot e a Srta. Lamperiere, nos primeiros anos de vida, a demência confere ao epilético um aspecto de idiotia adquirida e que corre mais por conta de encefalopatia do que pela epilepsia. É a chamada idiotia por encefálica. O mesmo sucede na segunda infância em que, manifestando-se sob a forma pareto-espasmódica de Voisin, o aspecto demencial traduz claramente a ação predominante das lesões cerebrais orgânicas. Na adolescência a demência toma freqüentemente o aspecto de uma dissociação esquizofrênica. Na idade adulta o quadro é semelhante ao da paralisia geral ou das atrofias gerais progressivas. Na velhice em nada se distingue das demências senil e arterioescleróticas.

As relações entre os distúrbios mentais crônicos e a epilepsia só encontraram até agora uma explicação parcial. Não existem problemas quando se trata de epilepsia sintomática de lesões cerebrais grosseiras, mas o problema complica-se nos delírios crônicos ou naqueles 5 a 10% das deteriorações mentais simples e progressivas.

A influência etiológica das terapêuticas barbitúricas é negada pelos autores mais categorizados. Muito ao contrário, o controle da epilepsia por esses agentes terapêuticos parece exercer uma influência favorável. A tendência é associar a epilepsia com lesões cerebrais que produz. Se-

gundo Bertrand, a epilepsia depois de vários anos de evolução acarreta lesões gliais do corno de Ammon. Há também uma possível ação complementar do álcool. O mais aceito é que a freqüência das crises convulsivas origina lesões cerebrais de acordo com trabalhos de Jung (1949), Schrolz (1951) e Ruf (1952). Mas fica a explicação o fato porque lesões cerebrais mesmo extensas, raramente produzem distúrbios mentais crônicos.



O "Curso de Técnica de Administração Hospitalar Militar", ministrado por diversos oficiais do Exército, sob os auspícios da Academia Brasileira de Medicina Militar, teve mais de cinqüenta oficiais matriculados e realizou-se na sala de conferências da Diretoria de Saúde do Exército, sob a orientação do acadêmico Major Dr. Welvul Cunha, aqui visto com seus alunos.

SIMPÓSIO Sobre EPILEPSIA — ASPECTOS MÉDICOS LEGAIS

Cap. Méd. Dr. JOSÉ AREAL

Inicialmente desejamos agradecer ao organizador deste simpósio sobre epilepsia a lembrança do nosso nome para dêle tomar parte. Nossa colaboração dar-se-á trazendo à apreciação dos colegas aqui presentes, alguns dados sobre "Aspectos médico-legais da Epilepsia". Após a sucessiva apresentação de diversos aspectos da epilepsia, caminhamos para o encerramento deste simpósio, abordando seus aspectos médico-legais. É justamente com um enfoque médico legal que fechamos toda perícia psiquiátrica. Destina-se esta à avaliação da responsabilidade penal ou da capacidade civil de um indivíduo. Deve ser a mais precisa e segura possível para ajudar a justiça na aplicação das leis, tanto para a proteção da sociedade como do cidadão. Para a execução do que nos propomos, miser se faz uma minuciosa observação psiquiátrica, pois a epilepsia é muito enganosa e de difícil caracterização. Além de suas múltiplas formas de apresentação, oferece uma infundável graduação dentro destas formas e muito se assemelha a outros tipos de afecção mental. Sobre ela assim se expressou Frederic A. Gibbs (1964): "A epilepsia é tão comum, como a tuberculose e pode mascarar-se em tantas formas que qualquer doutor com muitos pacientes tratará dela, sabendo-a ou ignorando-a. Se consulta os livros encontrará um extraordinário conjunto de erros e falsos conceitos. A informação nova se desenvolveu tão rapidamente nos últimos anos que não houve tempo para que as opiniões mortas recebessem um enterro decente". Aqui diremos nós que opiniões errôneas e falsos conceitos sobre epilepsia não estão mortas e continuam a influenciar as vivências dos epilépticos e a dificultar sua integração no meio social.

Falsos conceitos formaram-se ao longo de nosso desenvolvimento cultural e ainda persistem. Destacam-se:

1 --- O conceito mágico derivado da própria origem da palavra epilepsia que significa "apossar-se", "cair sobre", ligando-a a um componente divino, sobrenatural ou metafísico.

2 — O conceito de incurabilidade.

3 — O conceito de invalidez.

Na nossa função de psiquiatras somos chamados a dar pareceres para os tribunais de justiça, varas de família, varas de fazenda pública, juntas de saúde e na emissão dos mesmos nem sempre conseguimos fugir da realidade cultural, embora esta não coincida com a realidade científica.

Pela sua multiplicidade de formas e graus, pelos falsos conceitos e pelas características psicológicas salientes (alterações de consciência e memória, impulsividade e agressividade) podemos considerar a epilepsia como a entidade médico-legal por excelência.

Está a epilepsia incluída no grupo criado por Krafft Ebing com o nome genérico de «estados de inconsciência patológica».

A delinqüência epiléptica tem como sinal característico a impulsividade com ou sem consciência.

O delito de sangue (agressão, homicídio) com extrema violência é o mais típico, porém outros existem: incêndio, exibicionismo, roubo, deserção e fuga.

Na perícia psiquiátrica realizada a fim de determinar a responsabilidade penal, isto é, excluir ou não a epilepsia como eximiente, devemos fazer um minucioso estudo das características e das circunstâncias do delito, o estado de consciência lúcida ou perturbada, ver nos antecedentes se há indicações de ataques epilépticos ou episódios psicomotores e fazer uma investigação psicológica e eletro-encefalográfica detalhadas. Na avaliação da capacidade civil, isto é, de adquirir direitos e contrair obrigações, levamos em consideração a influência da forma, da frequência dos ataques, associação com outra entidade mórbida, resultados obtidos com o tratamento, prognóstico e possibilidade de readaptação.

Como características psicológicas que dificultam a readaptação do epiléptico, principalmente quando se considera injustiçado, podemos citar: perseveração, obstinação, egoísmo, hipocondria, agressividade e instabilidade de humor.

E o psiquiatra interrogado: «Está o epiléptico apto ou incapaz para desempenhar determinado serviço, para contrair matrimônio, para procriar, etc.?»

Resposta: o parecer variará para cada caso, ressaltando-se a sua diversidade.

Quanto ao Serviço Militar, dentro da sua estrutura atual, consideramosmos o epiléptico, mesmo o latente, só revelado pelo eletroencefalograma

e inclusive o portador de alteração eletroencefalográfica no exame de rotina, como incapaz definitivamente para o ingresso. Se se trata de um militar já incorpulado a avaliação dependerá da forma clínica e da sua capacidade de adaptação. Poderá ser considerado compatível ou incapaz. Para tropas especializadas como o paraquedismo será sempre incapaz.

A avaliação da capacidade de prover os meios de subsistência obedece os mesmos critérios já citados, para a avaliação da capacidade civil de um modo geral. Para concluir sugerimos para estudo e debate a seguinte questão: «O que acontecerá com o grupo de portadores de alterações eletroencefalográficas em exames de rotina para admissão nos empregos civis, públicos ou privados? «E com as pessoas reprovadas nos chamados testes psicotécnicos?».



O Ministro Albuquerque Lima, profere na Academia Brasileira de Medicina Militar, em 20-8-68, conferência sobre "A Amazônia" e os problemas de medicina" tendo sido saudado pelo Presidente Majella Bijos.

AS MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DA EPILEPSIA

Cap. Méd. Dr. ANTONIO FERREIRA DUARTE FILHO

O ataque epiléptico constitui nada menos que uma descarga neuronal do S. N. C. que pode chegar à periferia através as conexões com o efetor periférico, seja este muscular ou secretar.

Essa mesma descarga pode aparecer como uma manifestação psíquica quando as conexões supramencionadas não se fazem diretamente com os efetores periféricos, perdendo-se em múltiplas associações.

Interessa-nos, únicamente, as descargas neuronais de conexão direta com a periferia, e que nos dão, consequentemente, quadros-neurológicos característicos tais como as crises tônico-elônicas, as mioelônicas, elônicas, tônicas, ausências breves, crises adversivas e distúrbios da fala.

No grupo das manifestações tônico-elônicas sobressai a epilepsia grande mal essencial, ou centro encefálico, pelo conceito mais moderno da Escola de Montreal. Inicia-se pela fase tônica em que chama a atenção a cianose que lhe é simultânea, seguindo-se a fase elônica, acompanhada do sinal de Babinsky bilateral, secreção salivar abundante saindo pela boca; são também comuns o relaxamento esfincteriano com emissão de fezes e urina e mordedura de língua. Em geral passam-se 3 minutos entre o início da crise e a fase de relaxamento. Pelo menos 75% de epilépticos tem mais de uma crise ao mês; podem as crises se repetir várias vezes num mesmo dia sem que o paciente recupere a consciência no intervalo das mesmas, entrando, dessa forma, no estado de mal epiléptico.

Convém lembrar que o grande mal pode aparecer como manifestação de epilepsia focal quando as crises desse se generalizam. Por isso, Gastaut salienta a importância de se saber se a crise foi ou não generalizada desde o seu começo.

Não menos importante é sabermos afastar da epilepsia grande mal essencial as diversas doenças que apresentam convulsão tônico elônica como sintoma, tais como: tumores, acessos e hematomas cerebrais; doenças sistêmicas como o lupus eritematoso, ou mesmo a cisticercose do S. N. C., etc., etc.

Afora os quadros já mencionados cabe ainda fazer o diagnóstico diferencial com a história, na qual predominam as atitudes espetaculares, movimentos arritmicos, tremor palpebral, etc.. O mais difícil é o diagnóstico com a síncope vaso-vagal, sobretudo quando a mesma seacom-

panha de clônios e emissão de urina. Em qualquer hipótese o EEG será sempre o nosso mais valioso auxiliar para o diagnóstico. A narcolepsia que constitui o aparecimento súbito e irresistível do sono, sem convulsões, cu a cataplexia, perda súbita da faculdade de movimentos, deve também ser lembrado para o diagnóstico diferencial.

O pequeno mal, outra forma de epilepsia essencial, pode se manifestar como ausências breves, constituído por perdas momentâneas da consciência, com a duração de 5 a 20 segundos, podendo se repetir de 5 a 200 vezes ao dia, havendo perda mais ou menos completa da consciência e nunca seguido de coma post-crítico.

Simultaneamente, aparecem contração rítmicas, na razão de 3 por segundo, das pálpebras, ombro e braço. Normalmente o paciente para momentaneamente a sua atividade, e algumas vezes, segundo Lennox o paciente pode continuar caminhando ou mesmo andando de bicicleta em plena crise.

O pequeno mal, forma mioelônica, caracteriza-se por sacudidas bruscas e violentas, durando fração de segundo, predominando na cabeça e extremidades superiores, podendo ser uni ou bilateral. Pode aparecer espontaneamente ou ser provocado por estímulos dolorosos ou luminosos.

O diagnóstico diferencial mais importante do pequeno mal ausência é feito com os excessos menores de crises psico-motores, também denominados pseudo-ausência temporal pela Escola de Marselha. Chamam atenção os distúrbios da conduta, a presença da aura e a confusão mental post-crítica, para não falar do EEG, todas características das alterações de origem temporo-limbica.

Entre as formas focais da manifestação epiléptica destaca-se a crise Jacksoniana, com ponto de partida em descargas das éreas prerrolândias. Apresenta-se sob a forma de clônias de um ou mais segmentos homolaterais do corpo, sem perda da consciência. Mais frequentemente, inicia-se pelo polegar, indicador, comissura labial ou grande artelho, e, na chamada "marcha Jacksoniana", espraia-se no sentido facio-Braquio erusal ou braquio-facial. Muitas vezes as crises terminam deixando como sequela uma monoplagia.

As crises hipertônicas ocorrem por descargas advindas do merencéfalo e se caracterizam clinicamente por rigidez de todo o tronco e extensão das extremidades.

A diminuição do tonus postural com a consequente queda ao solo constitui a crise acinética que Ramsey denominou epilepsia acinética.

As crises adversivas têm sido reproduzidas por Penfield por estimulação da arca 8 do lóbulo frontal e se caracteriza pelo desvio dos olhos ou da cabeça. O desvio de todo o corpo, que alguns autores denominam epi-

Epilepsia giratória tem sido obtido por Foersta estimulando áreas frontais, parietais, temporal médio e occipital anterior.

Por fim, e mais raramente, temos as crises caracterizadas por distúrbios de fala, que resultam sempre de descargas de áreas comprometidas com o mecanismo da linguagem, isto é, frontal inferior, parietal inferior e temporal superior, do hemisfério dominante.

TERAPÉUTICA

Segundo Gastaut, devemos a Jazn o fato de haver traçado para o tratamento da epilepsia grande mal o uso de barbitúricos para o paciente cujas crises cursam em vigília e as hidantoinas para as crises de sono, combinando-se ambos os produtos nas epilepsias difusas.

As doses de barbitúricos para os adultos variam de 100 a 250 mg ao dia. A difenil hidantoina é usada nas doses de 300 a 600 mg ao dia. Pode-se usar medicação adjuvante como as anfetaminas que diminui a sonolência provocada pelos barbitúricos. A acetazolamida é um adjuvante muito utilizado nas crises de período menstrual, ou então, na forma mioclônica. Os derivados bruzodiazepinos constituem, hoje, os adjuvantes mais empregados em associação aos anti-convulsivantes.

No pequeno mal é útil a trimetadionine (tridione), nas doses de 3 a 6 comprimidos de 0,3 ao dia para o adulto ou 2 comprimidos para as crianças. Mais modernadamente foi introduzido no tratamento do pequeno mal um derivado de succinamide — (o Zarontim) ministrado na dose de 250 a 500 mg. diárias.

No estado do mal temos utilizado no PNP, e com sucesso absoluto, o Hidantil injetável na razão de 1 ampola IM de 6/6 h. e 1 ampola no soro glicosado venoso ao dia. Secundariamente utilizamos os barbitúricos, só na fase inicial, nunca sendo demais lembrar a completa contra-indicação do uso do barbitúrico durante a coma ou na fase final da exaustão neuronal que se segue às crises convulsivas, erro que infelizmente ainda vemos praticado diariamente. No estado de mal infantil indica-se o clo-ral hidratado em clister nas doses de 2 a 6 gramas diárias.

IMPORTÂNCIA DA PROPEDÊUTICA INTEGRADA NA TERAPÉUTICA GINECOLÓGICA E DETENÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

Dr. GIL DE CARVALHO *

O presente trabalho objetiva despertar dentre os médicos, sobretudo os recém-formados, um maior interesse e melhor tirocínio no exercício da clínica ginecológica.

Desejamos que ele possa ser útil, senão mais adequado a todos que, menos afeitos aos conceitos atuais da propedéutica ginecológica integrada, deles possam valer-se, com maior segurança, para o tratamento de suas doentes e na detenção precoce do câncer genital feminino.

Inúmeras incompreensões e dificuldades motivaram ao ensino da ginecologia no Brasil um evolver moroso e cheio de percalços.

No Rio de Janeiro, por exemplo, a Ginecologia só tomou fôros de verdadeira especialidade, graças à tenacidade, dinamismo e inquebrável fé do saudoso e sempre pranteado Mestre o Professor Arnaldo de Moraes.

Revivendo os dias difíceis e os meios deficientes para o início da regência da Cadeira, Felício dos Santos (1) tão bem os soube retratar, por ocasião das comemorações do jubileu de Arnaldo de Moraes, através das palavras que se seguem: «Os povos anglo-saxões marchavam à distância enorme, enquanto era evidente o marasmo em que se encontrava a especialidade e nosso meio».

«A sua evolução exigiu em primeiro lugar a arrumação da casa. No antigo Hospital Estácio de Sá, de modo precário, num quarto de banho que servia de sala do Professor e assistentes e onde estes se reuniam em torno de uma banheira, formou-se então o núcleo do qual surgiu a Clínica Ginecológica, que hoje dá frutos no Hospital Moncorvo Filho».

A memorável obra de Arnaldo de Moraes, entretanto, vem sendo mantida e exaltada pelos seus antigos assistentes, amigos e colaboradores, sobretudo pelo atual detentor da Cátedra, a figura exponencial do Professor Victor Rodrigues.

- * Chefe da Clínica Ginecológica e do Ambulatório Preventivo de câncer, da Casa de Saúde Santa Therezinha, Rio — GB.
- * Ex-assistente militar do Instituto de Ginecologia, no Hospital Moncorvo Filho, Rio — GB.
- * Membro Emérito da Academia Brasileira de Medicina Militar.

Fora do âmbito universitário, contudo, parece-nos que a clínica ginecológica ainda está sendo exercida na Guanabara dentro de um certo empirismo como há anos passados.

Naturalmente esposamos aqui uma apreciação genérica, mas os números contidos em nossa casuística são por demais expressivos, na demonstração de dezenas e dezenas de casos examinados, em que a patologia cervical, por não ser devidamente perscrutada, constitui significativo motivo para que tais doentes fiquem mais afastados da cura e cada vez mais próximos do câncer.

E a que se poderá atribuir este fato?

Será por influxo de uma socialização imperfeita da medicina em nosso país, segundo reiterados pronunciamentos dos mais eminentes médicos, imputando as sua falhas à fomentação de conflitos de ética profissional, desvalorização do trabalho médico, confinado a salários insuficientes e sem motivação para realizar atendimentos em massa, de baixo padrão técnico, expressos mais em quantidade do que em qualidade?

Caberá a culpa a atual estrutura do ensino universitário, com a exigência de currículos demasiadamente longos, pouco objetivos, sem incentivos para melhor aprendizado dos alunos e muito menor interesse de professores não condignamente remunerados

Ou, talvez seja, uma decorrência da própria vida moderna em que comumente a pressa impede a reflexão, o impacto econômico por vezes suplanta com o seu corolário de apreensões e desequilíbrio social os conceitos éticos, morais e científicos?

São, certamente, apenas algumas especulações em torno de um assunto da mais alta importância, cujo grau de veracidade não nos cabe julgar, mas que nos mostra que algo errado existe no exercício hodierno da clínica ginecológica.

E que erros são esses?

E Vespasiano Ramos, A. (2) quem nos aponta o primeiro, o mais chocante e absurdo: «Chega a impressionar o número de senhoras que tomam hormônios estrogênicos para indicações as mais diversas e disparatadas». E, acrescenta ainda: «Não admira portanto, que os resultados da terapêutica sejam precários e até prejudicais. Os malefícios decorrem, em geral, porque o médico não se preocupa em fazer diagnóstico correto».

Além disso, são de observação corrente a indicação de pílulas anticoncepcionais sem exame prévio, de modo ininterrupto e demasiadamente longo; a instilação intra-uterina de substâncias cáusticas, visando impedir a fecundação; a prescrição de drogas de antisepsia vaginal (sobretudo as lavagens) como tratamento de corrimãos, cujas causas, entretanto, não chegaram a ser criteriosamente apuradas; cauterizações,

eletrocoagulações, amputações do colo uterino e histerectomias, com total ausência de propedéutica especializada; e por fim, alguns casos de mutilações desnecessárias, em decorrência de erros de tática, ou técnica cirúrgica.

Não mencionamos, propositadamente, uma das práticas mais lesivas ao organismo feminino, «o aborto provocado», porquanto, embora seja considerado crime previsto por lei, infelizmente ainda é livre e ostensivo no Rio de Janeiro.

O que importa enfatizar, entretanto, como escópô desse trabalho, é a conduta terapêutica imediatista, tão freqüente em nossos dias, calçada mais em um diagnóstico presuntivo, sintomático, postergando a segundo plano a valiosa contribuição dos meios propedêuticos.

Na ausência de um diagnóstico etiológico tornam-se mais freqüentes, portanto, os erros e desacertos. Alguns, ainda removíveis. Outros, entretanto, definitivos, imutáveis; fazendo com que a mulher pague involuntariamente à vida um tributo impiedoso e melancólico.

Julgamos necessário por isso, um pouco mais de reflexão em relação ao contexto desses problemas. Torna-se imprescindível uma conscientização pelos ginecologistas do inestimável valor da vida humana e da responsabilidade que os assiste em mantê-la, à custa de um crescente aperfeiçoamento técnico.

O organismo feminino, dentro da sua complexidade psíquica e orgânica, precisa ser esquadrinhado em todos os setores por uma propedéutica integrada, dando-se plena liberdade à paciente de relatar a sua história pregressa e as suas atuais queixas, mesmo que isto por vezes seja fastidioso, lento, ou inquietante.

Sintomas e sinais precisam ser computados sob uma perspectiva global, em relação aos distúrbios assinalados. Daí, porque afirma Aquino Salles: (3) «O conceito atual da ginecologia é o estudo da fisiologia e da patologia da mulher como um todo, ao contrário daquele dantano, em que se considerava o ginecologista como simples «uterologista».

Por outro lado, um dos fatores mais importantes para que um médico tenha sucesso e desperte a confiança de sua doente é a maneira respeitosa, cortês e arguta, com que procure conduzir o exame ginecológico.

A entrevista psicanalítica é, sem dúvida, o passo inicial para lograr este intento. A compreensão e o esclarecimento de fatos até então retidos no subconsciente da mulher, quando bem interpretados, libertam-na, a maioria das vezes, de distúrbios orgânicos, reconduzindo-a, gradativamente, a seu equilíbrio fisiológico.

Tensões emocionais causadas por desajustes educacionais, sexuais, familiares e inabilidade de adaptação ao meio ambiente, podem refletir-se no aparelho genital feminino, causando-lhe processos congestivos e maior labilidade neuro-vegetativa, a ponto de simularem em determinados casos verdadeiras doenças.

As neuroses são, de fato, a maior fonte dessas perturbações. Fenichel, O. e Dunbar, F. citados por Aurélio Monteiro procuram interpretação da seguinte maneira: (4) «O fenômeno básico da neurose é a angústia-mêdo sem objeto. Todos os demais sintomas são defesa contra a angústia. A mulher tem prurido, dismenorréia, frigidez, para não ter angústia, pois o Ego não a suporta».

Finalmente, Harris, G. H. (5) citando as interessantes pesquisas de Popa, G. T. analisa a regulação das funções endócrinas pelo sistema nervoso central e sua correlações psico-somáticas.

A par desse conceitos gerais, que demonstram a necessidade da condução do exame ginecológico de uma forma integrada, uma outra preocupação maior a luta contra o câncer genital feminino, veio trazer maiores subsídios semióticos no esclarecimento das ginecopatias.

A patologia do colo uterino cresceu em importância e passou a ser melhor observada pela prática sistemática da colposcopia, citologia e histologia. Esta onceituação se afasta de tal maneira da propedéutica primitiva, que permite a González Merlo afirmar: (6) «Lo que desde luego, es inadmissible es la selección con el simple tacto bimanual. En el estado actual de nuestros conocimientos es anacrónico omitir en una consulta de ginecología la inspección del cuello a toda enferma examinada».

Realmente, é inaceitável a formulação de um diagnóstico ginecológico em decorrência apenas de um exame especular ou dos informes colhidos pelo toque abdomino-vaginal ou retal.

E por que a cérvix precisa ser bem examinada, antes da instituição de qualquer terapêutica?

Porque, dentre os demais cânceres da mulher, com exceção dos carcinomas mamários, o colo do útero ainda é o local de maior incidência das neoplasias malignas.

O quadro abaixo de autoria de Graham, J. B. — Sotto, L. S. J. e Paloucek, F. P., contendo dados obtidos na Noruega e no Estado de Nova York (7), é bem elucidativo.

Incidence of cancer in 2 areas of compulsory reporting
(age-adjusted rates per 100.000 female population)

	Norwy 1953-54	New York State (exclusive of New York City) 1958
Cancer of		
Cervix	20	26
Corpus, uterine	8	16
Breast	47	63
All sites combined	237	278

A Dra. Stoltz, H. (8), analisando dados estatísticos do Instituto de ginecologia no Hosp. Moncorvo Filho, mostra que em 10.000 pacientes do ambulatório preventivo até fins de 1967, apenas 1.883 contavam mais de 50 anos. Destas 315 eram portadoras de carcinoma do útero; sendo 278 casos de carcinoma de colo e 37 carcinomas do corpo. Refere-se, ainda, a Dra. Stoltz a um fato digno de registro: «Concordamos com a afirmação de Heymann de que concomitância de carcinoma do corpo + do colo de útero será encontrada em número maior quando for investigada por meio da biópsia fracionada».

O grande interesse em descobrir-se de forma precoce, um carcinoma ainda em seu estádio inicial, catalogado como grau zero ou *in situ*, em lesões de colo uterino, aparentemente (macroscópicamente) de aspecto benigno, fez com que Hinselmann criasse a colposcopia (9).

O seu método, de excelente concepção, não teve, a princípio, a divulgação que merecia. Sofreu grandes resistências, sobretudo na Inglaterra e América do Norte. No Brasil, foi introduzido por Arnaldo de Moraes, que passou a empregá-lo de rotina no Ambulatório Preventivo de Câncer Ginecológico do Instituto de Ginecologia, onde em mãos de Rieper, J. P., verdadeiro *expert* em colposcopia, vem dando ótimos resultados na detecção precoce do câncer da cérvix, além de proporcionar a médicos e alunos valiosos ensinamentos pedagógicos.

Após longa experiência, catalogou Hinselmann várias imagens coloscópicas, partindo do epitélio normal, a que ele chamou de *originário*, até as formas caracterizadas pela ectopia, leucoplasia, mosaico, base de leucoplasia, erosão, zona de transformação típica, ou atípica, e as alterações vasculares melhor detalhadas pela interposição de um filtro verde ao sistema de iluminação do coloscópio. Da interpretação destas imagens e sua comparação às respectivas alterações histológicas criou a sua classificação das diversas atipias, chamando a atenção, principalmente, para as que configuravam o câncer *in situ*.

Da colposcopia simples Hinselmann passou à colposcopia alargada, usando a solução de ácido acético a 2% para dissolver o muco da cérvix, obtendo maiores detalhes de observação. Completamente o exame com o teste de Schiller, visualizando, assim, zonas de iodo negativo (atipias benignas ou malignas) e as de iodo positivo (estrutura normal).

Em relação ao valor da colposcopia é ainda o professor João Paulo Rieper quem nos presta o seu testemunho: «É evidente que a caracterização coloscópica possibilita uma orientação terapêutica melhor, individualizada para cada caso. Quem está habituado ao uso do médico confirmará esta experiência e nunca mais trabalhará em ginecologia sem o coloscópio à mão». Acrescenta ainda: «A orientação das biópsias, necessárias nos casos de epitélio atípico e antes das amputações do colo e de eletrocauterizações em caso de cervicite, é outro grande mérito da colposcopia. Só ela pode indicar o lugar da atipia e de maior suspeita. Quem não faz

colposcopia abre mão dessa grande vantagem e terá, às vezes, surpresas desagradáveis ao encontrar, na peça cirúrgica, o processo maligno que daria cuta indicação cirúrgica, se fosse descoberto antes da intervenção. O perigo das eletrocoagulações, em tais casos, é tão evidente que não precisa ser explicado".

Mais do que uma explicação, contudo, é a evidente documentação apresentada por Jakob, A. — Benevenia, M. — e Savransky, E. de Buenos Ayres, contida no trabalho intitulado «La electrocoagulation sin previo diagnóstico» (10) em que os autores relatam 26 casos de epitélio atípico após eletrocoagulação prévia a 3 casos especiais constituídos por 2 cânceres pré-invasivos diagnosticados após eletrocoagulações; um outro de atipia de colo, submetida em 20 meses a 18 eletrocoagulações, em que foi preciso depois amputar o colo e finalmente outra mulher submetida a 3 eletrocoagulações de colo em que mais tarde foi-lhe diagnosticado um câncer pré-invasor.

Relatam ainda os referidos autores a apresentação pelo professor Di Paola, em um Congresso na cidade de Rosário na Argentina, 15 mulheres portadoras de néo preinvasor, que haviam sido eletrocoaguladas anteriormente. Concluem, afirmando que é inteiramente falso o aforismo de que «um colo do útero uma vez eletrocoagulado não tem câncer».

Mais tarde, outras inovações procuraram dar ao método de Hinselmann uma maior amplitude de investigação, tais como a colpomicroscopia idealizada por Pick e modificada por Antoine, estando na ordem do dia o emprego das provas biológicas de que nos fala Rieper, J. P. (11). «No momento é de grande interesse científico as investigações que se fazem em relação à patologia do colo uterino através das "provas biológicas", pelo emprego da combinação do azul de toluidina, ou de metileno e solução de Schiller, com o emprego da luz fluorescente após aplicação de flucrocromos, ou pela captação do fósforo radioativo após a administração oral». E finaliza: «Sem dúvida, já existem distúrbios funcionais, metabólicos e outros nas células epiteliais em vias de se tornarem cancerosas, antes que apareça qualquer modificação morfológica».

A necessidade de uma documentação dos achados colposcópicos fez surgir o processo técnico do colpofotogramma.

Além dos vários trabalhos Wespi, Ganse, Mestwerdt, é justo salientar dentre nós os de Baiocchi, o (12) muito contribuindo para que as imagens colposcópicas fixadas em fotografias coloridas possam servir, ulteriormente, para estudos comparativos e excelente material pedagógico.

Paralelamente à colposcopia, merece destaque a Colpocitologia de Papanicolaou, tão difundida e sempre acrescida de valiosas contribuições, sobretudo as trazidas por Traut, Warren, Ayre, Gate, Limburg, Treite e muitos outros. No Brasil é amplamente aplicada, destacando-se os vários trabalhos de Clarice do Amaral Ferreira.

Mas a colpocitologia não presta valiosas informações apenas, ao que se refere ao cito-diagnóstico do câncer ginecológico. Ela contribui também para a interpretação dos distúrbios funcionais, de natureza endócrina, tão bem descritos nos trabalhos de Linhares, E. — Pundel, J. P. — Lencioni, L. J. (13), (14), (15).

Completando a propedéutica especializada ginecológica chegamos ao elemento decisivo para a confirmação do diagnóstico, qual seja, a Biópsia.

Realmente, quando se trata de decidir e confirmar a natureza exata das lesões cervicais encontradas e, sobretudo, se a suspeita levantada pela colposcopia e citologia é, verdadeiramente, um processo patológico de etiologia maligna, é a biópsia quem nos oferece esta oportunidade.

Botella Llusiá ao se referir à biópsia nos diz: (16) «Es el tribunal supremo del diagnóstico», acrescentando: «La biópsia permite afirmar la naturaleza de las lesiones con una precisión y autoridad que ningún de los métodos consigne».

Tanto a colposcopia, quanto a citologia e as biópsias da ecto e endocérvice e endométrio são elementos fundamentais para o diagnóstico do câncer incipiente. Arnaldo de Moraes e colaboradores ainda acrescentam mais um, possivelmente o de maior importância: (17) «Considerarmos a experiência pessoal do Ginecologista como fator mais importante para o bom êxito de qualquer dos métodos».

A colposcopia, a citologia e a histo-patologia, formam a triade fundamental da propedéutica ginecológica, máxime, quando é preciso ser perfeitamente esclarecida a patologia do colo do útero.

Não são métodos que se contrapõem, mas, pelo contrário, se complementam na formação de um conceito definido sobre a verdadeira natureza da lesão em apreço.

As objeções que se fazem à colposcopia são irrelevantes. As suas falhas, a nosso ver, quando existem, não invalidam o grande valor do método. O que é preciso ficar bem claro, é que os erros eventualmente perpetrados, estão, em grande parte, na decorrência de uma aprendizado insuficiente, como salienta Clóvis Salgado; (18) — «É indispensável um longo tirocínio para reconhecer as múltiplas imagens oferecidas pelo epitélio cervical, quando visto sob as lentes do colposcópio, em virtude de reta e factível de erros ou repetições».

É indiscutível a colaboração que a colposcopia presta à prática da biópsia do colo uterino, orientando-a para o local onde as atipias epiteliais indicam a maior suspeita de câncer. É a «biópsia dirigida» e não aquela que se realiza freqüentemente, às cegas, por isso mesmo, incorreta e factível de erros ou repetições.

Desta maneira, a colposcopia evita, portanto, um número excessivo de biópsias, prejudiciais ao médico, pela perda de tempo e à doente, sacrificando-a física e econômicamente.

Mestwerdt mostra-nos, com clareza, este detalhe: (19)

Grupos	N.º de Doentes	Anos	BIÓPSIAS		
			Feitas	Susp. Clin. confirmada	Perc.
(1) - SEM colposcopia	3.275	1933	149	18	12,07%
(2) - COM colposcopia	4.258	1943	80	25	30,30%
Diferença de um Grupo a Outro - Diminuição de 10%					

Baruffi, I. — Nelson Augusto — Bighetti, S. e Marcolini, E. da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (20) em 1.000 exames colposcópicos realizados, de primeira vez, praticaram 62 biópsias (6,2%). Comentam depois em seu trabalho: «Se lembrarmos que destes exames de primeira vez, 956 colos eram portadores de lesões, torna-se evidente que o exame colposcópico reduz, sensivelmente, a prática da biópsia do colo uterino».

Em relação à colpocitologia, há necessidade também de serem tomados certos cuidados técnicos para que os seus resultados não sejam insuficientes ou falsos.

A colheita do material, por exemplo, para a confecção do esfregaço (ou distendido) nas lâminas de vidro, requer certa prática e depende, por vezes, a sua eficiência do instrumento que se utiliza para o determinado fim.

Montalvo Ruiz, L. (21) chama a atenção para que este importante ponto, relatando a sua própria experiência através de 500 casos de carcinomas uterinos observados em 20.000 colheitas feitas no Serviço do Prof. Botella Llusia. Apresenta o referido autor um estudo comparativo: do ano de 946 a 54 sendo o material colhido por «pipeta», obteve 18,3 de falsos negativos. Do ano de 954 até o presente, colhendo o material com uma «espátula» verificou apenas 6%. Cita depois Kulcsar que, na mesma doente, fez duas colheitas: uma por aspiração e outra por espátula. Procedendo assim em 100 doentes encontrou 45% de negativos no primeiro caso e somente 7% no segundo caso. Navratil apresenta resultados semelhantes, isto é, 21% de falsos negativos por aspiração e 6% com espátula.

Em algumas clínicas ainda se usa a alça de platina recomendada por Rauscher, o porta-algodão, ou a colheita direta com uma lâmina de vidro. A mais usada, entretanto, é a espátula de Ayre.

Damos preferência às espátulas de Horn e Asworth ou as de nosso modelo, por duas razões: primeiro, porque o orifício cervical do colo uterino nem sempre é do mesmo tamanho. Pode ser amplo (nas lacerações do colo) como puntiforme (nas atresias). Segundo, porque está provado que a Junção Escamocolunar (J. E. C.) onde os fenômenos metaplásticos são mais intensos, considerada por isso zona de eleição da gênese dos carcinomas do colo uterino não é fixa, mas mutável, ora mais na endocérvice, ora mais próxima da ectocérvice.

Fixemos, entretanto, um detalhe: em nossa clínica usamos comumente, não apenas uma espátula do nosso modelo, mas fazemos a colheita material com a que melhor se adapte à superfície da ectocérvice e bem se ajuste ao diâmetro do orifício cervical.

Desta maneira, não precisamos usar a escova de Boschnn para a colheita endocervical.

Barcellos, J. M. e Nahoum, J. C. (22) dizem o seguinte: «Não consideramos a endocérvice como mucosa «de tipo glandular», pois equivaleria supor que a dita mucosa se acha normalmente recobrindo o canal cervical, o que é falso. Há, como veremos, variação na distribuição das mucosas que recobrem o colo, de modo que, em condições normais, pode-se encontrar tanto mucosa de revestimento glandular na ectocérvice, como mucosa epidermíde na endocérvice. E acrescentam: «A imagem do colo uterino tida como «normal», isto é, com a junção escamocolunar (J. E. C.) ao nível do orifício externo, e amplamente divulgada nos textos de anatomia, de histologia e de ginecologia, é raramente observada, tanto nas meninas quanto na maturidade sexual, ou no climatério».

A histotopografia da J. E. C. também constitui motivo para magnífico trabalho de Aurélio Monteiro, chegando às seguintes conclusões: (23) «Observando 638 cérvices com processo inflamatório e mais particularmente 67 casos de cervicite crônica (analisados mais satisfatoriamente sob o aspecto histotopográfico), percebeu que o tipo de Junção mais freqüente foi a transição brusca que ocorreu em 24 casos; depois, a invasão escamocelular em 16 casos; depois, a transição gradual em 11 casos; e, por último, a faixa intermediária em 8 casos. O nível em que ocorreu a Junção: canal cervical, em 19 casos; orifício externo anatomico em 14 casos; na «portio vaginalis» em 9 casos.

Parece-nos agora oportuno, tecer alguns comentários sobre a Biópsia do colo uterino, focalizando alguns cuidados técnicos para que os seus resultados sejam, o quanto possível, afirmativos e corretos.

Inicialmente, julgamos da maior importância, que o histopatologista possua larga experiência para arcar com a responsabilidade de uma decisão diagnóstica, sobretudo quando o caso em apreço envolva sutilezas de patologia no discernimento de um carcinoma «in situ» da cérvixe.

Nem sempre, contudo, cabe ao patologista, a culpa de um diagnóstico errado. O insucesso decorre, em determinados casos, pela maneira incorreta com que foi feita a biópsia pelo cirurgião. Já nos reportamos, anteriormente, as biópsias feitas «às cegas», longe do local de maior suspeita.

Em relação à Biópsia da endocérvice, alguns ginecologistas usam o instrumento de Gusberg, ou a própria curetagem, tal como acontece na do endométrio.

No caso da ectocérvice, as biópsias são, comumente, praticadas com diversos modelos da primitiva pinça de Faure, também conhecida como pinça «saca bocado». É um processo muito rudimentar, quase um arranque abrupto do tecido, invalidando por isso uma investigação mais profunda da morfologia em relação às alterações patológicas.

A necessidade do estudo de cortes seriados para determinar a localização e o grau de propagação do carcinoma do colo uterino, fez com que surgisse o método da biópsia «por conização». Este processo granjeou muitos adeptos pelos seus resultados excelentes no estudo topográfico do carcinomas por vezes não identificados pela biópsia comum de superfície. Não conseguiu, entretanto, se impor como método de rotina em ambulatório, por exigir internação da doente, intervenção cirúrgica sob anestesia geral, além de determinar, às vezes, hemorragias no pós-operatório.

Desta maneira, permanecia ainda como questão aberta a solução definitiva do problema, isto é, conseguir-se um aparelho ideal para obter-se a biópsia perfeita.

Eis que, em 1960, Orlando Baiocchi traz a público seu interessante método de Biópsia rotativa da Cérvice. (24)

Sem tentar descrevê-lo, diremos, em síntese, que Baiocchi conseguiu com o seu aparelho a moldagem de um cone tecidual, podendo a broca perfurar a ectocérvice por dois sistemas: um elétrico e outro manual.

Alguns anos mais tarde, Monteiro Baliú, (25) valendo-se do trabalho original e de alto valor de Baiocchi, apresentou e comercializou um instrumento, a que denominou de «aparelho da Biópsia Rotativa tipo Baiocchi», talvez reconhecendo-o semelhante na forma e igual na função ao que já fôra inventado por aquêle eminente ginecologista, isto é, o seu modelo de funcionamento manual.

Nenhum dos dois, entretanto, conseguiu fazer a biópsia completa com «um só aparelho». A broca ao penetrar na ectocérvice «molda apenas» o cone tecidual. O desprendimento do mesmo só é conseguido, posteriormente, não à custa do referido aparelho, mas por rotação do pedículo (Baiocchi), ou seu seccionamento à tesoura (Baliú). Além disso para dar maior apoio ao ato de torcer, ou cortar o pedículo, fixam

a sua extremidade anterior com uma pinça de Allis, causando, assim, em parte, o seu esmagamento; o que não deixa de ser prejudicial, até certo ponto, à correta interpretação das alterações histo-patológicas encontradas.

Esperamos resolver a biópsia da cérvix em termos de maior perfeição, tão logo possamos lançar a nossa «Nova Pinça de Biópsia Rotativa», com a qual se consegue, de uma só vez e com o mesmo aparelho as três fases indispensáveis a uma biópsia perfeita, isto é: a moldagem do cone tecidual, o desprendimento do pedículo por seccionamento na sua base de implantação e sua ejeção de dentro da broca, sem esmagamento de sua extremidade anterior pela pinça de Allis.

Além desses meios propedêuticos de rotina, as dosagens hormonais e os métodos radiológicos são de grande valor no esclarecimento do diagnóstico diferencial. Os primeiros nem sempre podem ser utilizáveis, tal o seu elevado custo.

As radiografias simples ou contrastadas de abdômen, a persuflação tubária, a histerosalpingografia, a culdoscopy e a laparoscopia, são elementos decisivos entretanto para a orientação terapêutica, no esclarecimento de casos especiais.

Completando esta súmula de propedéutica ginecológica, torna-se necessário dar uma especial atenção ao exame mamário.

Mesmo quando não hajam queixas por parte da doente, este exame não deve deixar de ser feito, porquanto o câncer mamário é de alta incidência e também assintomático na sua fase inicial de evolução.

Aquino Salles (26) dentre 2.698 doentes matriculados no Ambulatório de patologia mamária no Instituto de Ginecologia, Hospital Moncorvo Filho, sob a direção do Dr. Zanotta, C. A. encontrou 220 casos de tumores malignos da mama.

É preciso, pois, procurar ajudar a paciente a recordar certos fatos da sua vida pregressa em relação a modificações de forma, aspecto, volume dos seios; tanto quanto, do aparecimento de pequena dor, manchas, rugosidades, circulação venosa sub-cutânea, endurecimentos (caroços), depressões, ou retracções da pele, modificações nas aréolas e papilas, além de traumatismos e infecções anteriores.

No decurso do exame, duas coisas são da máxima importância: Inspeção e palpação. Em relação à técnica para a execução de ambas, Haangensen e Veeronesi (27) enfatizaram as suas minúcias, no recente Simpósio sobre Câncer de Mama realizado recentemente no Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro. A mamografia simples ou a cortada, tanto quanto o cyto-diagnóstico, receberam deles palavras de pouco entusiasmo em relação ao diagnóstico precoce do câncer mamário.

Sampaio Góes Jr. (28), chama atenção para a sistematização do exame mamário e Pinotti, J. A. (29), mencionando a rotina seguida no Serviço do Prof. Bussamara Neme, ressalta o apuro que se deva ter pela propedéutica, para individualizar e diversificar terapêutica de carcinoma

mamário, citando como métodos de rotina naquele Serviço a linfografia do membro superior, a mamografia simples e contrastada; a flebografia da mamária interna e a deteção radiológica precoce das etástases nos locais de sua maior freqüência».

Finalmente, sobre a citologia mamária, Clarice Amaral Ferrreira e Zanotta, C A., condensando a opinião de vários autores que aconselham o estudo da secreção mamária como meio propedêutico para o diagnóstico precoce do câncer, citam uma frase de Brill e Koprowska, (30) qual seja: «Os esfregaços de material colhido da mama podem ser estudados para o diagnóstico de malignidade. Se forem negativos, nada foi perdido, se forem positivos o diagnóstico será estabelecido e as lesões retiradas antes que o clínico espere por um tumor palpável». Além dos métodos propedêuticos acima referidos, é preciso esclarecer, que é a biópsia (seja por congelação, ou inclusão), o elemento decisivo para o diagnóstico e o tratamento das mastopatias císticas e tumorais.

Encerrando o presente trabalho, passamos a analisar a nossa causística. Ainda não é grande, mas já é bem significativa, servindo para mostrar que, dentre 185 doentes examinadas pela 1^a vez, sendo a maioria oriunda de Empresas que mantém convênio de atendimento médico com a Casa de Saúde Santa Therezinha, através das normas do INPS, 76 (cerca de 41%) vinham fazendo tratamentos ginecológicos, os mais variados, com ausência de propedéutica e diagnóstico etiológico.

Dentre estas 76, registramos um número acentuado de abortos provocados, instilações de substâncias cáusticas intra-uterinas, uso excessivo de medicação tópica vaginal (lavagens, sobretudo) e intervenções cirúrgicas, além de eletrocoagulação de colo uterino, sem a menor indagação prévia quanto a possibilidade de um câncer cervical.

Encontramos ainda duas doentes portadoras de mastopatias, sendo uma cística e outra funcional; 2 casos de carcinoma do colo uterino, Estadio I (um deles exofítico). Estão sendo mantidas em observação duas doentes com colposcopia, mostrando atipias suspeitas de carcinoma e citologia graus III e IV, Papanicolaou, aguardando biópsia. Finalmente, 1 caso de sangramento de pequena área de cúpula vaginal, após histerectomia total sem propedéutica ginecológica prévia e papanicolaou grau III, que deixou de ser observado por não mais voltar ao follow-up.

Clinica Ginecológica da Casa de Saúde Santa Therezinha

1º Exame em 185 doentes (junho de 1966 a maio de 1968)

Ausência de Propedéutica e Diagnóstico Etiológico

Número de doentes	Câncer cervical	Mastopatias	Abortos	Tratamentos anteriores							
				Tópicos vaginais	Hormônios	Ondas curtas	Amputações de colo	Histerectomias	Eletrocoagulações	Instilações cáusticas	Doentes em observação
41%	2	2	73	54	22	3	6	4	22	8	2

Maiores detalhes encontram-se no Quadro abaixo:

A alta incidência encontrada em doentes examinadas pela primeira vez que vinham se submetendo aos mais variados tratamentos, sem o prévio diagnóstico etiológico, faz-nos meditar, um pouco, sobre a gravidade do problema e chegar às seguintes conclusões:

(1) — o exercício da Clínica Ginecológica, segundo a amostragem colhida no Rio de Janeiro, G. B., vem-se fazendo de uma maneira deficiente e incorreta.

(2) — Tal conduta errônea e extremamente perigosa precisa ser considerada com seriedade e proscrita, porquanto, cada vez mais afasta a mulher da cura e aproxima do câncer.

(3) — Consequentemente, nenhum tratamento ginecológico médico, ou cirúrgico deve ser feito, sem que previamente seja pesquisada e eliminada a possibilidade da existência de uma neoplasia maligna, ainda que incipiente, ou assintomática.

(4) — É necessário, pois enfatizar e divulgar-se o valor da propedéutica ginecológica integrada, como fator imprescindível à boa e segura conduta terapêutica.

(5) — Clínicos e cirurgiões gerais deveriam aconselhar as suas doentes a fazer o seu exame ginecológico periódico. Prestariam assim uma colaboração inestimável à campanha da deteção precoce do câncer genital feminino.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Felicio dos Santos, A. Anais Bras. Ginec. 50: 133, 1960.
- Vespasiano Ramos, A. Anais Bras. Ginec. 46: 275, 1958.
- 3 — Aquino Salles, A. Anais Bras. Ginec. 55: 56, 1963.
- 4 — Fenichel, O. e Dunbar, F. citados por Aurélio Monteiro — Anais Bras. Ginec. 56: 173, 1963.
- 5 — Harris, G. W. Triângulo, Vol. VI, nº 7 — 1963.
- 6 — González Merlo, J. — El Diagnóstico precoz del cancer uterino. Edit. Cient. Médica Española. Vol. I, 67: 83, 1961.
- 7 — Graham, J. B. W. B. Saunders Comp. pág. 5 — 1962.
- 8 — Stoltz, H. Anais Bras. Ginec. 44: 339, 1967
- 9 — Hinselmann, H. Anais Bras. Ginec. 44: 339, 1967.
- 10 — Jacob, A. — Benevia, M. e Savransky, E — Anais Bras. Ginec. Vol. 5 — pág. 235 — maio 1965.
- 11 — Rieper, J. P. — Marcondes Fonseca, N. Anais Bras. Ginec. 65. 207, 1968
- 12 — Baiocchi, O. — Anais Bras. Ginec. 55: 175, 1957.
- 13 — Linhares, E. Jornal Bras. Cirurgia. Vol. II: 55, 1963.
- 14 — Fundel, J. P. Colpocytologia Hormonal, Masson et Cie. 1966.
- 15 — Lencioni, L. P. El Colpocitograma — Edt. Méd. Panamericana Buenos Aires — Argentina.
- 16 — Botella Llusiá, J. El Diagnóstico precoz del Cancer Uterino. Edt. Cient. Médica Española. Vol. 13: 19-1961.
- 17 — Moraes, Arnaldo — Anais Bras. Ginec. 46: 61, 1958 e colaboradores.
- 18 — Salgado, Clóvis. Anais Bras. Ginec. 55: 17, 1963.
- 19 — Mestwerdt, G. citado por Gonzales Merlo-in El Diagnóstico Precoz del Cancer Uterino — pág. 67.
- 20 — Baruffi, I. e colaboradores. Anais Bras. Ginec. 56: 131, 1963.
- 21 — Montalvo Ruiz, L. El Diagnóstico Precoz del Cancer Uterino, página 31.
- 22 — Barcellos, J. M. e Nahoum, J. C. Revista G. O. Vol. II, Fev. 1968.
- 23 — Monteiro, A. Anais Bras. Ginec. 51: 117, 1962.
- 24 — Baiocchi, O. — Anais Bras. Ginec. 51: 187, 1961.
- 25 — Monteiro Baliú, M. Anais Bras. Ginec. 55: 287, 1963.
- 26 — Aquino Salles, A. Anais Bras. Ginec. 55: 62 1963.
- 27 — Haangensen e Verenesi — Simpósio Cancer de Mama — Jan 1968. Inst. Ncaional de Cáncer — Rio — GB.
- 28 — Sampaio, Goes Jr. Revista G. O. Nov. 6, 1967.
- 29 — Pinotti, J. A. Revista G. O. Nov. pág. 32, 1967.
- 30 — Amaral Ferreira, C. e Zanotta C. A. Anais Bras. Ginec. 44. 351, 1957.



A Academia Brasileira de Medicina Militar em sessão solene de 16-8-68 homenageou os integrantes da Missão Médica Militar Brasileira da Guerra 1914-1918, a cujo ato estiveram presentes altas autoridades.

TRATAMENTO CLÍNICO DAS CIRROSES

Ten. Cel. Med. Dr. LUCIOLLO GONDIM

No seu Tratado de Medicina Interna, assim se expressa Harrison: "Qualquer fibrose difusa que destrói a arquitetura lobular normal do fígado, pode ser classificada como uma forma de cirrose. E segundo J.P. Lopes Pontes, esta decorre de uma série de processos patológicos anatômicos do tipo: degeneração e destruição das células parenquimatosas do fígado, intensa proliferação do tecido conjuntivo e regeneração hepato-celular, tudo isto, como consequência da ação de variados fatores etiológicos tais como, tóxicos, metabólicos, circulatórios, inflamatórios, parasitários e obstrutivos biliares. Essa multiplicidade de fatores é responsável também por um número variado de formas clínicas de cirroses que conforme Harrison assim podemos enumerar: cirrose de Laenec, cirrose pós-necrótica, cirrose biliar, cirrose cardíaca, hemocromatose, degeneração hepato — lenticular ou Doença de Wilson, cirrose esquistosómica e finalmente tipos raros de cirrose. Portanto, podemos facilmente deduzir que o tratamento das cirroses não pode seguir um roteiro rígido e sim utilizando medidas gerais higiênicas, dietéticas e terapêuticas comuns a uma grande maioria das cirroses e medidas individuais aplicadas especificamente a cada tipo em separado, na dependência de suas manifestações clínicas, procurando, assim, corrigir se possível ou compensar as graves alterações hidroelectrolíticas, metabólicas, protéicas, lipídicas, degenerativas, hemorrágicas, a hipertensão porta, o coma hepático, etc.

Iniciaremos então, pelo tratamento da cirrose de Laenec, por se apresentar em muito maior número que as demais e cujas medidas terapêuticas se aplicam a todas as outras, acrescidas naturalmente de outras peculiares a cada caso:

1 REPOUSO

Este deve ser rigoroso no leito na fase da icterícia, da ascite e enquanto se apresentarem os sintomas de insuficiências da função hepática, pois, a célula hepática participando ativamente dos processos metabólicos da atividade muscular, muito sofrerá se este repouso não for atendido. Nos casos mais leves e tratados em ambulatório, esta atividade deve ser restringida e controlada de modo a evitar uma fadiga excessiva.

Clinico, Cardiologista e Chefe do Pavilhão de Oficiais do Hospital Central do Exército.

2. DIETA

É um fator de importância capital na recuperação dos cirróticos. Deve ser hipercalórica, rica em proteínas, em hidratos de carbono e pobre em lipídios, num total de 2.500 a 3.000 calorias. O álcool deve ser proibido, e o sal sódico restrito (500 mg. por dia), mais acentuadamente nos ascíticos. Em alguns cirróticos no entanto, não se deve fazer alimentação hiperproteica e sim, normoproteica, devido ao perigo de precipitar o coma hepático nos portadores de extensas comunicações porto-cavas.

3. SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS

A base de complexo E, vitamina B12 e vitamina K, são de grande valia principalmente nos casos de grande subnutrição e passado alcoólico, assim como a hidratação com sol. glicose a 10% na dose de 500 a 1500 ml., via venosa.

4. PREPARADOS A BASE DE PROTEÍNAS

São usados largamente tais como Caseissal B12, Delmor, Gevral-Proteína, Procasenol, etc, etc.

5. PREPARADOS LIPOTRÓPICOS

Têm indicação principalmente nos pacientes de fígado gorduroso, a fim de evitar ou diminuir o acúmulo de gorduras e colesterol na célula hepaticolínea, metionina na dose de 2 a 3 gramos diários e outros.

6. EMPREGO DE MEDIDAS TERAPEUTICAS

Para diminuir ou eliminar o excesso de amônio circulante no sangue, em face das múltiplas comunicações colaterais entre os sistemas venosos dos órgãos e da cava, canazes de levar o paciente ao coma ou mesmo à morte, quando irreversível. Para isto evitar, utilizar o ácido glutâmico, o ácido aspártico e a argentina. Esta última, a argentina é um aminoácido bi-básico que participa ativamente na urogênese realizada pelo fígado. A ação dela se desenvolve através do ciclo ureico de Krebs. Introduzida no organismo, a argentina desdobra-se em uréia (eliminada pela urina) e ornitina. A ornitina, conjugando-se com uma molécula de amônio, se transforma em citrulina, que absorvendo outra molécula de amônio se transforma em argentina, a qual, se desdobrando em uréia e ornitina, dá inicio a novo ciclo uréico. No mercado existe um preparado à base de argentina, muito empregado que é o Detoxargin — apresentado em ampolas de 10, 50 e 250 cm³, e drágeas de 25g.

ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO, como a neomicina 0,50 a 2 grs. 4 vezes ao dia, tetraciclina (dose inicial 2grs. e 0,50 de 6/6 horas),

cloranfenicol e aureomicina administrados por sonda de Levine, atuam sobre a flora microbiana intestinal, reduzindo a formação do amoníaco ente-rógeno, diminuindo assim o seu acúmulo na circulação e combatendo as freqüentes infecções endodigestivas que agravam o estado do paciente tanto pela infecção em si como pela diarréia freqüente e consequente desequilíbrio hidroeletrolítico.

7. O ACTH E OS GLUCOCORTICOIDES

São empregados para estimular o apetite e melhorar o bem estar do paciente, porém, devido ao perigo das ulcerações do tubo digestivo e dos acidentes hemorrágicos por varizes esofagianas, devem ser utilizados apenas em situações especiais, como no coma hepático e no caso de extensas lesões parenquimatosas. Nestes são de grande indicação, fazendo voltar à consciência e combatendo eficientemente a atuointoxicação provocada pela grave insuficiência do parênquima hepático. O ACTH é administrado por via venosa em soro ou I.M. na dose de 25 mg. até de 6/6 horas. A hidrocortisona (sob a forma de hemisuccinato) é feita via venosa com soro são usados em comprimidos nas doses de 40 a 60 ou 120 miligramos. na dose de 300 a 1000 ou mais miligramos; a prednisona e a prednisolona

Os anabólicos à base de testosterona são muito empregados para aumentar o apetite, a resistência orgânica e facilitar o armazenamento de proteínas.

8. ASCITE, EDEMA OU HIDROTÓRAX

Nestes casos, além da restrição salina, a fim de estimular a diurese, deve-se fazer uso de diuréticos, inicialmente os derivados de clorotiazida ou similares, em comprimidos de 50 a 500 miligramas, 1 a 2 ao dia ou mais; se necessário os mercuriais (Gortulina, Esidron), na dose de 20 a 40 miligramas (1 a 2 cm³) via I.V. ou I.M. de 3/3 dias e mesmo em intervalos menores. Podemos também usar a sol. a 20% de manitol, via venosa em ampolas de 10 ou 250 c.c.. Deve-se vigiar o perigo da depleção salina com grandes perdas de potássio, cálcio, etc.

Quando o derrame peritoneal ascítico ou pleural é de tal volume que provoca compressões, intensa dispneia ou dores, estão indicadas as paracenteses abdominal ou torácica; porém repeti-las o menos possível a fim de evitar exagerada espoliação protética. Neste caso então, lançamos mão das transfusões de plasma, albumina humana ou mesmo sangue total.

Nos transtornos hemorrágicos digestivos muito freqüentes, o tratamento abrange inicialmente a transfusão de sangue total, oxigenoterapia, vitamina K, substâncias antifibrinolíticas como o ácido epsilon-amino-caproico via venosa, enquanto as hemorragias macissas por ruturas de varizes esofagianas em face da grande hipertensão porta, exigem o tamponamento esofágiano com a sonda tripla e duplo balão de Sengstaken

e Blakemore ou o emprêgo de aparelhamento de hipotermia e congelação, alé do tratamento propriamente cirúrgico com a ligadura das artérias hepáticas e esplénica com esplenectomia, a anastomose porto-cava ou outras técnicas, com a finalidade de reduzir a hipertensão portal.

10. FATORES TOXICOS

Evitar terminantemente o emprêgo de substâncias alimentares ou medicamentosas que possuam ações hepatóxicas comprovadas, como: clorpromazinas, meprobamatos, fenilbutazonas, sulfamidas, hipoglicemiantes, hidrazide, ácido paraminosalicílico, os hipnóticos e sedativos em geral.

NA CIRROSE PÓS-NECRÓTICA

O tratamento segue tudo o que vimos no tipo anterior, porém aqui, o ACTH e os glucocorticoides têm emprêgo mais amplo em todos os casos de necrose e inflamação hepatocelular ativa.

NAS CIRROSES BILIARES

Além das medidas terapêuticas das cirroses em geral, exigem o emprêgo de vitaminas A e D, sais de cálcio, vitamina K, glucocorticoides e combate ativo ao intenso prurido provocado por irritação das terminações nervosas pelos sais biliares. Empregamos os esteroides anabólicos, como a metiltestosterona na dose de 25 mg. diárias apesar de alguns inconvenientes. O Dr. Jorge de Toledo, em um seu trabalho sobre cirrose biliar primária discorre sobre o emprêgo de uma resina de troca — a colistiramina que tem a capacidade de fixar os sais biliares formando compostos inertes e insolúveis no intestino que impede a sua absorção, evitando a irritação e consequentemente o prurido. Usa-se na dose de 10gr. diárias, via oral, assim como também as loções, os banhos calmantes e os antihistamínicos.

Na cirrose biliar extra-hepática o problema será resolvido cirurgicamente. Os demais tipos de cirroses apresentam também suas particularidades no tratamento.

AGOSTO 1968

FONTES DE CONSULTAS E CITAÇÕES

- Tratado de Medicina Interna — T.R. Harrison — Cirroses Hepáticas
- J.P. Lopes Pontes — Atualização Terapêutica — F. Cintra do Prado
- Jairo Ramos — J.R. Valle — Cirrose Biliar Primária — Jorge de Toledo (J.B.M.) — Literatura sobre Detoxargin (Baldacci) Guia Terapêutico do Brasil.
- Tratamientos atuales en Medicina Interna de C. Jimenes y A. Pedro Pons.

CIRROSES PARASITÁRIAS

Ten. Cel. Méd. Dr. JOSÉ ELIAS MONTEIRO LOPES

Esse tipo de cirrose constitui grave complicação de várias doenças parasitárias, como é o caso da esquistossomose e da malária, cuja incidência entre nós é bastante elevada. A esquistossomose, por exemplo, atinge cerca de dez milhões de brasileiros, apresenta índices de crescimento cada vez maiores e tem sido observada em quase todos os nossos estados enquanto que a malária é endêmica em vários municípios sendo alta a sua prevalência na faixa do litoral assim como nos vales dos grandes rios e seus afluentes. No vale do Paraíba, com a introdução do cultivo de arroz nos alagados, aumentaram os casos de esquistossomose que, também, têm sido assinalados em indivíduos que participaram de manobras militares permanecendo longo tempo nos cursos d'água.

Isso tudo bastaria para destacar a oportunidade de fazermos algumas considerações sobre as cirroses parasitárias nesta reunião de médicos militares, justamente aquelas que estão sempre ao lado da nossa população, atendendo-a, seja nas grandes cidades seja nos lugarejos mais afastados.

As cirroses parasitárias apresentam bastante semelhança com o tipo clássico de cirrose, ou seja, a cirrose atrófica de Laennec e o diagnóstico diferencial pode apresentar dificuldades apreciáveis principalmente quando se trata de identificar o agente etiológico, o parasito, exigindo a repetição de exames tais como a biópsia do reto, do fígado, ou do esterno e chegando até mesmo à laparotomia exploradora.

Do mesmo modo que na cirrose de Laennec, nas cirroses parasitárias podemos distinguir uma fase inicial em que o fígado se apresenta aumentado, sensível, e uma fase final, de descompensação, em que o órgão se retrai, surgem a circulação colateral e a ascite, aparecem os fenômenos hemorrágicos consequentes à hipertensão porta. Via de regra, nas parasitoses, a evolução é mais rápida, são atingidos, igualmente, indivíduos de ambos os sexos, de preferência adultos, jovens e adolescentes. A ocorrência de vários casos na mesma família leva a admitir a existência de um fator hereditário, predisponente.

O exame físico dos doentes, na fase inicial, quase sempre não fornece dados importantes acontecendo, entretanto, que na cirrose esquistossomática os clínicos principalmente os do nordeste tendem a frente o prof. Arnaldo Marques, dão grande valor aos chamados Sintomas Tegumentares que são,

no caso: as manchas escuras, as melanodermias da face, em máscara, e a presença de aranhas vasculares, formações telangiectásicas, com aspecto de aranha, constituídas por um ponto central, de tonalidade rosa, e do qual se irradiam minúsculos vasos. Essa formação desaparece quando a pele é distendida, ou pressionada. As aranhas vasculares, juntamente com a queda de pêlos e a ginecomastia, constituem sintomas de origem endocrina observados constantemente nas cirroses parasitárias. Estão relacionados à insuficiência hepática que não metaboliza, não destrói, os estrógenos circulantes.

A ocorrência simultânea de outras infecções costuma perturbar o quadro clínico, nas cirroses parasitárias, concorrendo também para agravar o estado de saúde do paciente ainda mais quando se acompanha de deficiência alimentar (carência protéica e vitamínica). A sintomatologia observada assemelha-se bastante, como vimos, o quadro clínico da cirrose de Laennec. Nas fases iniciais o diagnóstico pode apresentar dificuldades dada a escassez de sintomas. A sua evolução, tumultuada, pode levar precocemente conforme o comprometimento da circulação porta, à presença de ascite, à ocorrência de hemorragias de origem esofágiana. Havendo acentuada progressão do processo cirrótico é comum surgir icterícia franca.

A identificação do parasito, do agente etiológico, baseia-se na história clínica, na origem do paciente, nos exames laboratoriais.

Quanto ao tratamento, além da parte sintomática, das medidas de ordem geral, tem como principal objetivo, nas parasitoses, eliminar o agente etiológico.

No caso da esquistossomose, entretanto, muitos autores asseveram que com o tratamento específico seria levada ao fígado uma grande quantidade de vermes mortos produzindo lesões fibrosas extensas, definitivas, ou agravando as já existentes. Entretanto, como pondera Amaury Coutinho, a migração de vermes mortos, para o fígado, reconhecidamente indesejável, também ocorre no decorrer da doença, mesmo na ausência de tratamento.

Procura-se modernamente, no caso da esquistossomose, distinguir a doença propriamente dita, da infecção, como ocorre na tuberculose. Na esquistossomose infecção, geralmente assintomática, bem tolerada, o tratamento seria adiado. Este é o pensamento da equipe de Amaury Coutinho.

Quanto ao papel do parasito, na formação das cirroses, devemos considerar, de início, a existência de dois grupos de fatores: os mecânicos e os metabólicos.

Penetrando no organismo, os parasitos, como é o caso do schistosoma, atingem a circulação, alcançam o sistema porta e, em consequência do seu metabolismo elaboram proteínas estranhas, produtos tóxicos, de desintegração, capazes de lesar a célula hepática. (Tudo isso foi brilhantemente explanado, em detalhes, pelos conferencistas que nos antecederam). Ao mesmo tempo são eliminados ovos, juntamente com sangue e tecido necrótico. Muitos desses elementos ficam retidos nas estruturas perivas-

culares tornando-se focos de intensa infiltração celular. Maior número de ovos atinge o fígado e, nela vias mesentéricas, escapa para os tecidos peri portais dando inicio a lesões que, posteriormente, serão o ponto de partida do processo cirrótico.

As cirrose parasitárias constituem, como dissemos anteriormente, uma complicação de certas parasitoses. Entretanto elas mesmas podem sofrer um processo de evolução para a malignidade. Certamente o que digo não é novidade para os senhores que não desconhecem pesquisas feitas pelos médicos franceses e, entre nós, pelo prof. Bezerra Coutinho.

Ao finalizar, dentro das limitações de tempo a que devemos obedecer, gostaria de lembrar a ocorrência de cirrose em outras doenças parasitárias menos comuns entre nós como é o caso do calazar, uma leishmaniose, e da infestação pela *Fasciola hepatica*, agente causador das distomatoses.



Em sessão solene na Academia Brasileira de Medicina Militar toma posse o novo membro honorário nacional Dr. Atayde José da Fonseca, que é visto quando introduzido no recinto recebendo a medalha das mãos do Presidente

Bijos, sendo saudado pelo acad. Prof. Scorzelli e agradecendo perante seleta assistência.

RADIOLOGIA NA CIRROSE HEPÁTICA

Maj. Méd. BARTHOLOMEU JORGE BURLAMAQUI

O apoio radiológico junto ao clínico para confirmação e elucidação do diagnóstico e ao cirurgião para a técnica cirúrgica a ser adotada nos casos de cirrose hepática se baseia fundamentalmente em 2 tipos de exames que passamos a discorrer:

- 1) esofagografia
- 2) esplenoportografia

ESOFAGOGRAFIA

O estudo radiológico do esôfago na cirrose hepática visa a pesquisa de varizes, as quais habitualmente são encontradas no terço distal do órgão e dependendo naturalmente do grau de cirrose do paciente poderão ser mais extensas e de calibre variável. Este é um método que tem primordialmente, a seu favor o mínimo de desconforto ao paciente, pois consiste em última análise na ingestão pura e simples da papa baritada numa densidade um pouco maior do que a comum, e, em seguida, a tomada dos diversos instantâneos.

Chamo a atenção do mínimo de agressão ao paciente, porquanto, todos ou outros métodos, radiológicos, ou não, (exemplos: esofagoscopia e esplenoportografia) implicam em picadas de agulhas, introdução de tubos rígidos etc. Porém a esofagografia para ser efetuada de maneira eficiente, deverá obedecer a requisitos técnicos indispensáveis que passarei a resumir:

- 1 — Paciente em jejum absoluto.
- 2 — Incidências com o paciente em posições oblíquas; em pé e em posição de Trendelenbourg.
- 3 — Instantâneos nas manobras de Muller e Valsalva.
- 4 — Seriografia de porção terminal com duplo contraste.

Sómente obedecendo a esta sistemática radiológica feita em aparelho que permita tempo curto ou o ideal em cineradiografia ou em circuito fechado de TV poderemos negar a existência de varizes no esôfago.

É bom lembrar que essas varizes poderão ocorrer no estômago (região túnica), na sigmoide, etc.

ESPLENOPORTOGRAFIA

É o método de visualização radiográfica do sistema porta obtido por injeção direta do contraste no baço. O resultado obtido influenciará no planejamento do tratamento a ser seguido.

Histórico: Em 1950 Souza Pereira, em Portugal, iniciou o método logo seguido por Abeatici e Campi na Itália e Leger na França.

Técnico: O preparo do paciente consiste em limpeza intestinal rigorosa bem, como a administração de anti-histamínico. O contraste utilizado é o hidrosolúvel a 70% ou 50% (Hypaque) injetado através agulha longa tipo de punção de raque, polifenestrada na extremidade distal a fim de melhor difundir o contraste. Os autores portuguêses aconselham que a punção deverá ser feita no sentido do maior eixo do baço, após a injeção do contraste que é feita de forma rápida e progressiva através de seringa de 50 cm³ com intermediário flexível de polietileno. Em seguida, são feitos instantâneos seriados, desde que se disponha de material adequado (mesa cambiadora de chassis). Em nosso meio, de uma maneira geral, fazemos uma radiografia simples prévia ao exame e em seguida um instantâneo logo ao término do últimos 5 cm³ da injeção e posteriormente o final para visualizarmos a eliminação renal. Consequentemente não podemos retirar o proveito máximo do exame pois temos apenas um flagrante de uma cena longa. A necessidade de aparelho que permita tempo curto de exposição é fundamental pois o paciente embora se lhe peça que permaneça imóvel e em apnéa ele reage.

As complicações se fazem em torno de:

1) sangramento podendo chegar à necessidade de esplenectomia ou mais raramente;

2) a infecção. O estravazamento do contraste para cápsula ou cavidade peritoneal de uma maneira geral não importam em maiores problemas quais sejam: dor e reação febril.

Após a realização do exame passamos à interpretação do mesmo que no nosso meio predomina o problema da schistosmose.

Em seguida apresentaremos uma sequência de casos para ilustrar nosso diálogo.

Apresentação de 4 esplenoportografias (radiografias)

2.ª PALESTRA

COLANGIOGRAFIA OPERATÓRIA — ESTUDO CRÍTICO

Os métodos atuais de exploração radiológica às vias biliares consistem no seguinte:

diretos

- (1 — operatória
- (2 — pos — operatória
- (3 — percutânea ou trans-hepática

indiretos

- (1 — oral
- (2 — venoso ou biligrafina

COLANGIOGRAFIA OPERATÓRIA

Histórico — Em 1931 com os trabalhos do cirurgião argentino MIRIZZI iniciou-se a divulgação e a aceitação da técnica radiológica que permitia dar ao cirurgião maior segurança e meios de estudar a árvore biliar durante o ato cirúrgico. É desnecessário lembrar que a partir desta época com a melhoria da aparelhagem e dos meios auxiliares já conseguimos, hoje, nos centros mais desenvolvidos uma documentação altamente satisfatória. Ressalto este ponto do material a fim de enquadrar a necessidade da boa equipagem radiológica para a obtenção da melhor qualidade o que sobremodo ressaltará valor da colangiografia operatória como método de rotina na cirurgia das vias biliares.

Material — Necessitamos de aparelho com capacidade 250 mA o qual seja mobilizável, chassis e grada anti-difusora Lysholm. Atualmente já é possível fazer a colangiografia operatória com aparelhagem de raios X conectada à televisão de circuito fechado (até vídeo-tape) o que traz o máximo de conforto, rapidez e eficiência no método pois a visada será direta e imediata. O contraste utilizado deverá ser a solução iodada hidrosolúvel a 25%, ou 50%, comercialmente conhecida pelo nome de Hipaque na qualidade de 20 cm³ (em média) Seringa de 20 cm³ ou 50 cm³ com um tubo de poli-etenlo montado na agulha.

Técnica — Caberia ao radiologista efetuar a injeção do contraste na colangiografia operatória porém, no momento do ato cirúrgico não nos parece prático nem fundamental, mas a orientação, esta sim é indispensável que o radiologista imponha a fim de ressaltar detalhes de suma importância. O contraste deverá ser injetado lentamente sem hiperpressão no êmbolo (para evitar o refluxo hepático e o grande enchimento das vias biliares que pode esconder cálculos) em tempo lento e uniforme. A necessidade do tubo de polietileno montado na agulha visa proteger a mão do cirurgião da irradiação bem como tirá-la de cima do campo radiológico lentamente com a seringa. Evitar qualquer bolha gasosa para não confundir com a imagem de cálculos. No nosso meio por não dispormos ainda de televisão de circuito interno, aparelhos, de grande capacidade no centro cirúrgico usamos colocar o chassis e a grade Lysholm por baixo do paciente protegido por caixa de madeira com a fonte de raios X em direção AP.

Aqui quero ressaltar, o valor de uma rotina que se estabeleceda trará resultados práticos da maior valia pois no que tenho observado é que comumente se faz um ou dois instantâneos após a colecistectomia.

Gostaria de aproveitar o momento para solicitar aos colegas cirurgiões que estabelecessem em nosso hospital a rotina simples que consistiria em:

- 1) Injetar o contraste diretamente na vesícula, e, em seguida fazer o primeiro instantâneo, o qual seria analisado pelo radiologista e apresentado ao cirurgião com as possíveis anomalias de cístico e colédoco terminal.
- 2) após a colecistectomia, propriamente dita, fariam os 2.º e o 3.º instantâneos, com injeções diretas no côto cístico e no coléodo, respectivamente.

Creio que estabelecida a rotina dos 3 instantâneos o cirurgião terá elemento precioso de informação que, em muitos casos, trará alteração radical na tática cirúrgica a ser adotada.

Posteriormente esta documentação (3 instantâneos) servirá ao estudo comparativo que tanta elucidação traz na maioria dos casos.

SLIDES — 15

Mais uma vez, ressalto o valor da colangiografia operatória como método dos mais verdadeiros que visa exclusivamente facilitar e elucidar para o benefício do doente a melhor tática a adotar diante de cada caso, pois a documentação grafada e gradativa (3 instantâneos) diminuirá surpresas desagradáveis e esclarecimentos tão desejados no pós-operatório.



Na sessão solene de abertura da II Reunião de Medicina do Exército (20 a 22 de agosto) o Presidente Majella Bijos saúda o Exército na pessoa do Gen. Dr. Olivio Vieira Filha e faz o elogio do Ministro Albuquerque Lima.

CIRROSES HEPÁTICAS

Estudos Clínicos - Sintomas

Maj. Méd. Dr. RENATO COSTA DE ABREU E LIMA

I — CONSIDERAÇÕES GERAIS

A cirrose hepática é uma afecção crônica do fígado, caracterizada por processos fibróticos difusos, que deformam sua estrutura e afetam o seu funcionamento.

Ao clínico, interessa não esquecer que uma vez instalado o processo cirrótico do fígado há o ciclo:

- proliferação colágena
- destruição e
- regeneração do parênquima.

E o processo se torna irreversível.

Tanto isto é verdade, que os fundamentos da terapêutica consistentem fornecer as melhores condições para uma regeneração celular, que compense, com margem de reserva funcional, a destruição progressiva do parênquima hepático.

E visa também, a corrigir as alterações metabólicas resultantes da própria insuficiência hepática.

É um capítulo doloroso da medicina pelo seu caráter progressivo, e que mata o paciente em prazos variáveis de tempo, em regra 2 anos.

II — FORMAS DE CIRROSE

Dentre as cirroses, se destacam as seguintes:

- A) Cirrose porta (Laennec ou alcoólica)
- B) Cirrose biliar | Obstrutiva
| Infecciosa
- C) Cirrose post-neocrótica
- D) Cirrose cardíaca

III — ESTUDO CLÍNICO — SINTOMAS

No estudo clínico, e dos sintomas das cirroses, procuramos apresentar a sintomatologia comum à maioria delas, e destacamos na medida do possível a sintomatologia mais evidente nos diferentes tipos.

A) CIRROSE PORTA (LAENNEC OU ALCOÓLICA)

Nesta cirrose a desnutrição parece ser um fator predisponente, senão etiológico primário. E a sua relação com os alcoólatras, decorre da desnutrição (baixa de proteínas) que estes geralmente apresentam.

A cirrose moderada, às vezes é até assintomática.

Com a iniciação da insuficiência hepática, sobrevêm sintomas imprecisos. São então frequentes os transtornos gastro-intestinais: ANOREXIA, FLATULENCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ou HIPERESTESIA ABDOMINAL, PERDA DE PESO, DIARREIAS.

Numa fase mais avançada os sintomas vão se tornando mais evidentes: FEBRÍCULA, HALITO FÉTIDO, ICTERICIA, ESPLENOMEGLIA, HEPATOMEGALIA.

Com a oclusão da Veia Porta, surgem as circulações colaterais — VARIZES ESOFAGIANAS.

Depois: ASCITE, EDEMAS, TORPOR MENTAL, COMA.

Este, sob o ponto de vista sintomático é o quadro negro das cirroses em sua evolução. [Nestas cirroses, as provas de função hepática revelam sempre insuficiência. E a prova da flocação hepática é (-) positiva na maioria dos casos, sobretudo se há icterícia.]

B) CIRROSE BILIAR

Afeccão relativamente rara, que se caracteriza por ICTERICIA prolongada, devido à estase biliar, e podendo ser por obstrução ou infecção das vias biliares.

Por obstrução:

São devidas à oclusão do colédoce, por:

- timor,
- cálculo,
- tecido cicatricial pós operatório
- estreitamento congênito dos condutos biliares

Nestes casos a história é de icterícia intermitente ou crônica de meses ou anos.

Os sintomas, são os habituais: ANOREXIA, FLATULENCIA, PERDA DE PESO, DOR NA REGIÃO EPIGASTRICA.

Se houver colangitis, haverá febre.

Nestas cirroses o docente vai se debilitando gradativamente, falecendo por infecção intercorrente, hemorragia ou coma.

Por infecção

É a cirrose de Hanot ou colangiolítica.

Certos casos de hepatites e colangites infecções agudas, sem resolução, podem terminar numa hepatite crônica, com comprometimento dos canalículos biliares. (Dai a denominação por alguns de cirrose colangiolítica).

Também se assemelham a uma cirrose descrita pela primeira vez por Hanot, daí o nome para alguns de cirrose de Hanot.

O fígado se hipertrofia, e há uma reação inflamatória nos condutos biliares e ao redor deles. É mais comum nos jovens.

O início da doença é com FEBRE, ICTERICIA, PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS, DOR ABDOMINAL e HEPATOMEGALIA e ESPLENOMEGLIA.

Mais tarde, sinais de lesão do parênquima hepático, aparecem evoluindo lenta mas fatalmente.

Faz-se a diferenciação das hepatites infecções agudas, pois nessas a sintomatologia desaparece em poucos dias ou semanas ao contrário da Cirrose biliar colangiolítica que dura muitos meses.

[Nestas cirroses (biliar); tanto na forma obstrutiva, como por infecção, as provas de flocação são negativas e a fosfatase alcalina é alta.]

C) CIRROSE POST-NECRÓTICA

(Nodular, tóxica ou atrofia amarela).

Aparece como seqüela de hepatite infecções a vírus ou hepatites tóxicas agudas..

Esta cirrose tem origem na necrose celular quando esta processa com intensidade acentuada, difusamente e por tempo prolongado.; ocorrendo vários surtos de hepatite.

Na maior parte dos casos a hepatite a vírus ou tóxica se limita à lesões das células do parênquima, permanecendo intacta, a rede reticular. Nos casos em que se chega à cirrose, há destruição também da rede reticular.

Os sintomas são os gerais: — ICTERICIA, ASCITE, EDEMA, ESPLENOMEGLIA, VARIZES ESOFAGIANAS.

A incidência é maior entre 20 e 40 anos; e no homem é mais frequente na proporção de 3 para 1.

D) CIRROSES CARDIACAS

A congestão passiva crônica do fígado pode evoluir para a cirrose cardíaca se a insuficiência cardíaca congestiva dura mais de um ano.

Nestas cirroses o fígado fica atrófico e fibroso. Na metade dos casos há ascite e esplenomegalia.

IV — CAUSAS DE AGRAVAMENTO DAS CIRROSES OU COMPLICACOES

No capítulo das cirroses, em que, como já vimos, há uma sintomatologia variada, existem causas ou fatores que agravam sobremaneira o problema das cirroses, dando origem a sinais e sintomas às vezes alarmantes.

Vejamos sucintamente estas causas do agravamento.

São elas:

- a) as infecções
 - b) as ascites
 - c) as complicações hematológicas
 - d) as hemorragias
 - e) os fatores tóxicos
 - f) os fatores nutritivos
- a) As infecções

As infecções urinárias: Estas são comuns nas cirroses e toda a febre muitas vezes passam desapercebidas por não determinarem uma sintomatologia gritante (febre baixa). Apesar disto a repercussão geral é importante.

As infecções digestivas que se manifestam quase sempre por diarréias, também são comuns.

As infecções urinárias: Estas são comuns nas cirroses, e toda a febre em que se afaste a possibilidade pulmonar (pneumopatias agudas), deve-se pensar nesta possibilidade. (Faz-se exame do sedimento urinário, urinocultura, antibiograma, etc.).

Outra infecção é a tuberculosa.

Outras são as pile-flebites. (FLEBITE PORTAL).

São pouco freqüentes, mas quando se apresentam adquirem caráter de gravidade. Elas são favorecidas pela circulação porta muito lenta e podem se manifestar de duas formas:

1. Como acesso febril súbito, inexplicável, com ascite rápida, hemorragias intestinais e repercussão na função hepática.
2. a outra forma clinicamente ainda mais brusca, com dor intensa no HIPOCONDRIOS DIRETO, hemorragia intestinal e agravamento súbito do estado geral.

Ambas as formas são de difícil diagnóstico, tornando-se problema no que se refere a terapêutica e prognósticos.

Ante uma síndrome febril em cirrótico, se discute a existência de estados de colibacilemia e outras antero-bacteriemias. Essas infecções seriam favorecidas pelas lesões intestinais provocadas pela hipertensão porta e pela existência de "Shunts" porto-cava.

As encefalopatias porto-cavas também podem aparecer nos pacientes submetidos a derivação porto-cava terapêutica.

b) as ascites

As ascites com fenômenos compressivos é fator de agravamento do quadro das cirroses. (Dispneias — dor etc...).

c) complicações hematológicas

Uma série de transtornos hepáticos, afetam as séries eritrocíticas, leucocitárias e trombocitárias, agravando o quadro das cirroses.

Na série vermelha: — anemias megalobásticas — anemias hemolíticas e simples.

A anemia megaloblástica nas cirroses é grave, quase sempre com menos de 2.500.000 de hemácias. É hipercrônica e macrocitária. A patogênica é ligada à carência do ácido fólico. (Desconhece-se o mecanismo desta carência).

A anemia hemolítica dos cirróticos, aparece principalmente naqueles casos em que já houve uma hepatite anteriormente. Muitas vezes ela é tão dominante que no transcurso da sua investigação é que se descobre o processo causal cirrótico.

São pacientes com menos de 2.500.000 de hemácias e com hiperbilirrubinemia com predominância da indireta (2 a 6%).

O mecanismo da hiper-hemólise é desconhecido. (O baço parece intervir neste mecanismo).

d) — as hemorragias

São complicações graves, não só pela frequência (25 a 30%) como pela gravidade imediata, bem como pelas dificuldades terapêuticas.

São às vezes as grandes urgências médicas.

Causam a morte em 40 a 60% dos casos.

Dentre estas hemorragias temos as púrpuras, epistaxes, hematúrias e as hemorragias digestivas que são da mais alta importância e aparecem com hematemeses em 2/3 dos casos e com melenas no 1/3 restantes.

As hemorragias digestivas trazem perturbações sensoriais, chegando a um delírio agitado, que indica o pré-coma hepático; podendo evoluir a coma irreversível devido ao fracasso da função celular. A não ser que se atue com urgência, evitando-se a perda sanguínea, e o coma se instalará irreversivelmente.

Segundo alguns autores, os enfermos de cirrose, falecem no decorrer de um ano após a primeira hematemeses. E a recidiva é mortal em 70% dos casos.

O mecanismo de produção das hemorragias é complexa intervindo vários fatores:

- deficit dos fatores de coagulação (índice da protrombina).
- hipertensão porta (modificações circulatórias esôfago-gástricas com as varizes esofágianas).
- hiper-esplenismo (determinando a diminuição da cifra de plaquetas que atingem a menos de 50.000 em 15% dos casos).

Outros fatores:

- fragilidade capilar.
- úlceras duodenais.
- lesões vasculares vasomotrices paroxísticas.
- e) — Fator tóxico

São causas de agravamento os medicamentos de reconhecida ação tóxica. (meprobamato, sulfamídios, hipoglicemiantes, testosterona).

Os medicamentos sedativos e hipnóticos podem induzir ao pré-coma pela sua ação tóxica.

f) Fatores nutritivos

Os alimentos à base de hidratos de carbono e proteicos exercem ação benéfica sobre a regeneração hepática, além de contribuirem para o equilíbrio metabólico. Deve-se prescrever para isto dieta entre 2.500 e 3.000 calorias e proteinas de 80 a 100 gramas diárias no mínimo.

BIBLIOGRAFIA

HARRISON — (Clínica Médica)

TRATAMENTOS ACTUALES EN MEDICINA INTERNA (R. Bacardi Nogueira) ATUALIZAÇÃO TERAPEUTICA (F. Cintra do Prado — Jairo Ramos e J.R. Valle) SEMIOLOGIA (Vieira Romeiro).



Na Academia Brasileira de Medicina Militar tomaram posse como membros honorários os Professores Décio Pacheco Pedroso e Charles Leon, que foram recepcionados pelo acadêmico Dr. Renato Campos Martins que é visto proferindo sua oração. Ante o Presidente que apõe a medalha ao acadêmico Pedroso está prestando juramento o representante do Dr. Leon. Além da mesa estão fixados os instantes da entrada e da oração do Prof. Décio Pedroso.

ESTUDO ANATOMO POTOLÓGICO E DIAGNÓSTICO

Cap. Méd. HARGREAVES FIGUEIREDO ROCHA

Vamos abordar, agora, os aspectos anátomo, histo e fisiopatológicos das cirroses hepáticas. Objetiva este relatório, apenas a título de lembrança passar em revista, os detalhes que nos possam dar uma imagem real da tragédia por que passa a glândula hepática acometida por um processo cirrótico, além das repercussões que o órgão lesado exerce sobre o resto do organismo. Sob o ponto de vista anátomo patológico vamos encontrar na cirrose porta um fígado maior do que o tamanho normal, nos períodos iniciais e atrófico nos períodos tardios. Isso ocorre especialmente no caso de serem pronunciadas as alterações gordurosas devidas ao alcoolismo crônico e à sub-nutrição. A consistência é muito firme devido a grande quantidade de tecido fibroso sendo habitualmente resistente ao corte. A superfície hepática apresenta aspecto nodular difuso e a coloração é amarelada devido à grande infiltração gordurosa.

Na cirrose biliar o fígado, em geral, apresenta-se volumoso. Sua superfície é lisa e a coloração esverdeada.

A consistência aumentada e resistente ao corte. Na cirrose pós-necrótica o aspecto do fígado varia com o tipo em causa.

No tipo lobar desaparece a silhueta normal do fígado pelo crescimento de grandes nódulos regenerativos, alternados com extensas zonas cicatriciais. No tipo nodular o aspecto exterior da glândula é diferente observando-se nodulosidade mais regularmente difusa e as formações cicatriciais que separam os nódulos regenerativos são menos extensas.

No tipo granular os nódulos se apresentam uniformes e o tecido cicatricial internodular apresenta-se em feixes delgados e mais regularmente distribuídos. A superfície apresenta-se difusamente granular.

Na cirrose shistosomótica o fígado apresenta freqüentemente aspecto nodular grosseiro, de superfície irregular e cápsula espessada. Apresenta consistência muito aumentada e resistente ao corte.

Na cirrose cardíaca o fígado em geral é pequeno, de coloração vermelho-escura em "nóz-moscada" e apresenta-se finalmente granular de consistência firme e resistente ao corte.

Sob o ponto de vista histopatológico observamos três ordens de manifestações características da injúria ao parenquimá hepático: duas

agudas representadas pela esteatose e a necrose e outra crônica representada pela fibrose. Na cirrose nutricional, há inicialmente um acúmulo de gotículas de gordura nas células do parênquima hepático, representando a etapa inicial no caminho da fibrose porta. Com a persistência da causa do distúrbio metabólico essas gotículas intra-cellulares juntam-se umas a outras e aumentando sempre vão determinar a rutura dos septos intercelulares, condicionando a junção de várias gotículas oriundas de diversas células e libertadas por idêntico mecanismo. Numa primeira etapa temos uma infiltração gordurosa intra-cellular e numa segunda etapa um acúmulo extracelular. O acúmulo dessa gordura extravasada de várias células, vai constituir um cisto gorduroso que se apresenta envolvido por remanescentes celulares.

Esses cistos evoluem em dois sentidos: São reabsorvidos ou crescem progressivamente pelo aporte contínuo de novas gotículas de gordura e acabam por se romper, esvaziando seu conteúdo num capilar ou num sinusóide. Ao esvaziar-se o cisto gorduroso, suas paredes juntam-se umas as outras e dão lugar ao aparecimento das primeiras traves fibrosas, formadas de tecido colágeno que servia de sustentação às células do parênquima, dando início à cadeia de modificações estruturais que afinal vai terminar no quadro histopatológico da cirrose porta. As células cheias de gordura e distendidas causam pressão sobre as sinusoides, condicionando obstáculo à circulação intra-lobular do sangue. Em consequência desse distúrbio circulatório ocorrem graves alterações nutritivas no parênquima hepático, surgindo a necrose. Essa por sua vez desencadeia uma reação conjunta, precursora da fibrose. Temos, então, um mecanismo em três tempos: esteatose, necrose e fibrose. Uma vez desencadeado o processo anatômico; começam a aparecer os núcleos de tecido fibroso. Todos os lóbulos são envolvidos pelo processo formando verdadeiras "ilhas" que estabelecem comunicações entre si, por intermédio desse tecido fibroso. Os lóbulos assim septados, deixam isolados, uns dos outros, grupo de células, que entram em intensa regeneração, constituindo os nódulos de regeneração celular. Fenômenos importantes ocorrem no terreno vascular, com o desmoronamento dos sinusoides por necrose das células hepáticas e com o estabelecimento de amplas e diretas comunicações entre as terminações da veia porta e os primeiros tributários da hepática, constituindo anastomoses porta-cava intra-hepáticas. Na cirrose biliar vamos encontrar sob o ponto de vista histopatológico, num estudo comparativo com a cirrose porta, os seguintes aspectos diferenciais: Maior êstase de bile, maior pigmentação, trombos biliares mais extensos; mais acentuada multiplicação dos canais biliares; menos intensa proliferação fibrótica; reação inflamatória mais pronunciada; menos necrose e regeneração celular e ausência de esteatose. Na cirrose pós-necrótica observa-se quanto ao aspecto histológico, que as células do parenquíma hepático são sede de graves alterações entre as quais citam-se o aumento de tamanho, a presença de múltiplos núcleos gigantes, em formas bizarras, e necrose de coagulação. A infiltração do tipo

gorduroso é menos freqüente. Está sempre presente um infiltrado leucocitário, que se localiza na intimidade do tecido cicatricial que separa os nódulos. Na cirrose pós-necrótica o processo é focal ao contrário da cirrose porta, na qual o processo é difuso. Em consequência, em cortes diferentes e até no mesmo corte podemos encontrar diferenças de arquitetura. É possível notar áreas, onde a estrutura lobular está conservada. Há veias centrais e espaços porta inalterados. Percebe-se que o processo que determinou as alterações não agiu homogêneamente e ao mesmo tempo sobre todo o fígado.

Na cirrose shistosómica o exame da superfície de corte mostra o desaparecimento da lobulação normal com o tecido fibroso separando os lóbulos e apresentando-se, particularmente desenvolvido, em torno das terminações mais grossas da veia porta. Existe acordo quanto ao papel do óvo de shistosoma na histogénesis do processo reacional hepático que conduz a fibrose. Levado pela corrente sanguínea ou depositado no próprio fígado o óvo do shistosoma se localiza mais freqüentemente na parede dos ramos da veia porta ou no tecido que fica em torno desses ramos, dentro dos espaços porta. Menos freqüentemente é possível encontrá-lo na intimidade das células hepáticas, dentro dos próprios lóbulos. Em ambas localizações sua presença desencadeia característico processo inflamatório granulomatoso. Os espaços porta revelam um intensa neo-formação capilar, fenômeno característico da fibrose shistosómica e que serve de base para a diferenciação com a fibrose que ocorre na cirrose porta. Na cirrose cardíaca vamos observar um aspecto microscópico que varia com a etapa evolutiva do processo. No início as veias centro-lobulares e os sinusoides estão dilatados e engorgitados de sangue. As células da parte centro lobular ficam consequentemente com sua nutrição comprometida, ocorrendo degeneração e necrose que vão atingido áreas cada vez mais extensas do lóbulo, havendo finalmente condensação do retículo, dando início ao processo de fibrose.

Se as condições circulatórias intra-hepáticas são normalizadas pelo afastamento ou alívio temporário do obstáculo ao fluxo sanguíneo há regeneração celular e tendência para a recuperação anatômica. A repetição porém, dos episódios de êstase circulatória ou a persistência de uma tal condição por muito tempo conduz ao aparecimento de alterações irreversíveis com a extensão da fibrose que era centro-lobular, na direção da periferia, fazendo junção com os feixes fibrosos oriundos de outros lóbulos. Sob o ponto de vista fisiopatológico constata-se que a sinergia na desordem funcional hepática, só é encontrada nas alterações macissas do parênquima hepático. Quando essas alterações são parciais encontra-se assinergia funcional, isto é, alteração de algumas funções permanecendo outras intactas. No exame das duas fases observadas no curso das cirroses hepáticas verifica-se que na primeira fase ou fase compensada, não há praticamente exteriorização clínica.

A enorme reserva da capacidade funcional hepática supera o processo degenerativo e obstrutivo em evolução. Na segunda fase ou fase descompensada a cirrose se exibe com todo o seu cortejo sintomatológico. A capacidade de regeneração e de reserva do fígado é superada pela extensão das lesões degenerativas e o grau acentuado do comprometimento de sua estrutura que o processo cirrótico em uma fase adiantada determina.

No estudo de fisiopatologia das cirroses hepáticas vamos observar como aspectos essenciais: transtornos de natureza circulatória, biliar e parenquimatosa, com graves repercussões sobre o resto do organismo. Como transtorno de ordem circulatória observa-se o quadro de hipertensão porta consequente a fatores mecânicos, compressivos e obstrutivos que dificultam a circulação no sistema porta. O processo congestivo de toda a circulação aferente determina hipertensão nos ramos do sistema venoso porta, nas veias mesentéricas, nas veias esplênicas, etc. Disso resulta uma série de manifestações clínicas que constituem a síndrome de hipertensão porta. Manifesta-se o derrame peritoneal pela passagem de transudato através das veias mesentéricas e se estabelece um engorgitamento venoso na parede abdominal. Há acordo com respeito a teoria de que a hipertensão porta não atua no determinismo do derrame peritoneal de maneira exclusiva, mas, apenas, favorece secundariamente o derrame, servindo para localizá-lo no peritônio. O que determinaria o derrame em si, seria a hipoproteinemia resultante da diminuição da albumina sérica observada nos processos cirróticos, com a baixa consecutiva da pressão coloide-esmótica do plasma e o aumento da permeabilidade capilar. A hipertensão porta determina por compressão mecânica a dilatação das numerosas veias anastomóticas que ligam normalmente o sistema porta ao sistema cava. As veias gástricas e esofágianas superdistendidas pela hipertensão venosa formam no plexo venoso do baixo esôfago e do cardia, cordões varicosos que se rompem e dão lugar aos episódios hemorrágicos, observados no curso das cirroses hepáticas. No mecanismo das telangiectasias e dos angiomas estelares estaria em evidência uma incompatibilidade entre o conteúdo e o continente vascular. Nos transtornos de natureza biliar, vamos observar um obstáculo ao escoamento da bile de localização intra ou extra hepático: ao nível dos colangiolos ou ao longo do canal hepatocoledoco; acarretando a regurgitação da mesma para dentro dos canais biliares, ocorrendo o engorgitamento e a distensão desses canalículos, localizados na intimidade do parênquima hepático, que se rompem, provocando derrame de bile no interior dos lóbulos o que vai acarretar posteriormente a desintegração e a degeneração celular. Como consequência do processo obstrutivo ocorre retenção pigmentar, aumento dos níveis séricos desses pigmentos e depósito nas mucosas e nos tegumentos. Como transtorno de natureza parenquimatosa vamos observar um quadro de disfunção hepatocelular.

Em consequência da insuficiência hepato-cellular ocorrem alterações na variada atividade química reguladora que o fígado desempenha no or-

gânimo mediante suas funções metabólicas. No comprometimento funcional maciço de um órgão como o fígado que desempenha tão importante papel no metabolismo ocorrem perturbações de toda ordem. Há claudicação na capacidade de desaminação das proteínas, de fixação do glicogênio, de destruição do ácido úrico, de destruição dos ácidos graxos e formação de corpos cetônicos, de transformação de diversos esteróis, de inativação dos estrogênios e na capacidade de fixação, armazenamento, destruição e eliminação que o parênquima hepático possui através de sua função anti-tóxica. Há deficiência na formação da úreia, da albumina-sérica, do indicam urinário, dos combinados glicurônicos, do ácido hipúrico, fibrinogênio, da heparina e da protorombina. Os episódios hemorrágicos nas cirroses hepáticas estariam mais na dependência de fatores vasculares e humorais do que propriamente dos fatores mecânicos decorrentes da hipertensão no sistema porto-cava. Os processos cirróticos acometem o equilíbrio hemostático promovendo alterações apreciáveis nos fatores plasmáticos da coagulação, na capacidade contínente do sistema vascular e na formação das plaquetas ocorrendo: hipoprotrombinemia, trombocitopenia, aumento do tempo de coagulação, aumento da atividade fibrinolítica, aumento da quantidade de anticoagulantes, e discrasia capilar hepática, com aumento da fragilidade capilar por acometimento da camada íntima dos vasos.

Cabe lembrar ainda o transtorno sanguíneo que ocorre em consequência do hiperesplenismo secundário observado no curso das hepatoesplenopatias cirróticas, pelas graves repercussões exercidas pelo órgão lesado sobre o quadro hematológico.

Fazendo um estudo comparativo observamos que: É nas cirroses porta, shistosomótica cardíaca que se destacam os fenômenos ligados a hipertensão porta ao lado dos problemas de disfunção hepatocelular.

Na cirrose pós-necrótica são menos assíduos e de menor gravidade os problemas ligados a hipertensão porta. Nela destacam-se os fenômenos de disfunção hepatocelular. Finalmente, na cirrose biliar predominam os fenômenos relacionados a retenção pigmentar e consequente disfunção hepatocelular sendo que os problemas ligados à hipertensão porta não fazem parte do seu quadro clínico habitual a não ser nas etapas finais de sua evolução.

PAPEL DO ENDOSCOPISTA NO DIAGNÓSTICO DAS VARIZES ESOFAGIANAS

Cap. Méd. Dr. JOSÉ FONTOURA MACHADO

É de primordial importância o valor da esofagoscopia no diagnóstico das varizes esofagianas, pois afinal é o endoscopista quem as vê e as avalia. No curso da cirrose hepática elas ocorrem na extremidade inferior do esôfago em consequência de hipertensão portal e a incidência de hematemeses e melena é calculada entre 20 e 30% em consequência de erosão das varizes. Segundo Parver 10% desses doentes morrem de perdas sanguíneas cataclísmicas.

Os primeiros estudos sobre a aparência esofagoscópica das varizes esofagianas foram realizados por Chevalier Jackson em 1915. Ao exame esofagoscópico as varizes do esôfago surgem como cordões venosos abaixo da mucosa inflamada. Esta capa mucosa que cobre os vasos dilatados é muito fina e frágil o que leva o endoscopista a praticar o exame com o máximo de cautela, pois um trauma mínimo poderia dar lugar a uma grande hemorragia. Havendo mistura de sangue observa-se à esofagoscopia uma membrana purpúrea acima da lesão o que traz como consequência uma imagem pouco nítida. O esofagoscópio padrão, entretanto, com uma eficiente drenagem pela própria parede do tubo, mantém um campo claro permitindo melhor visualização. Este campo claro não poderia ser mantido pela inserção intermitente de um tubo de aspiração exigido em outras esofagoscopias, e assim sendo, nada pode ser visto além de sangue, considerando-se ainda que a inserção intermitente do tubo aumenta a hemorragia.

Alguns autores julgam preferível abster-se de praticar o exame em virtude do perigo que pode trazer a rutura da mucosa que cobre os vasos dilatados. Outros entretanto como o Dr. Flávio Aprigliano preferem praticar a esofagoscopia com os cuidados que obviamente se tornam necessários. Todavia há necessidade de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre a hematémesis produzida por varizes do esôfago e aquela que provém do estômago.

* Trabalho apresentado na 2.^a Reunião de Medicina do Exército — GB.

** Chefe do Serviço de Endoscopia Pessoal do Hospital Central do Exército.

A esofagoscopia dá percentualmente uma margem de positividade diagnóstica superior ao exame radiológico. Observa-se ao exame, em grande número de casos, uma hiperemia da extremidade distal do esôfago traduzindo esofagite de refluxo, responsável algumas vezes por erosão da mucosa esofágiana com consequente sangramento da mesma.

Autores como MOERSCH e CONFORT aproveitando a oportunidade da esofagoscopia se propuseram a tratar as varizes esofágianas por meio de injeções esclerosantes. Esta foi realmente a primeira das medidas aconselhadas para obliterar as varizes e tem sido ensaiada em diversos países. Usam-se vários agentes esclerosantes, em particular a quinina, cloridrato de uretano e o morruato de sódio, contudo, tal técnica é difícil em virtude de se trabalhar a grande distância e através de um tubo estreito. Além disso, este tratamento tem se mostrado desalentador porque o mesmo não visa a suprimir a causa fundamental, isto é, a hipertensão portal. Têm-se conseguido a supressão temporária das veias dilatadas, porém a percentagem de recorrência é elevada.

O primeiro socorro, isto é, aquêle que se impõe em presença de uma hemorragia grave do trato superior do tubo digestivo, deve ser realizado pelo endoscopista que dispõe de alguns processos que lhe permitem controlar prèviamente a hemorragia para posteriormente realizar a esofagoscopia. Entre êstes processos podemos citar:

1.^º) Lavagem do esôfago com água gelada: introduz-se pelo nariz uma sonda até a altura do terço distal do esôfago, introduzindo-se água gelada através da mesma e aspirando-se continuamente até que se consiga uma cõr da mesma.

2.^º) Tamponamento por meio do balão de Sangstaken-Blakemore: trata-se de um aparelho provido de 2 balões e com 3 tubos ou condutos interiores. Introduz-se a sonda pelo nariz até o ponto em que se supõe que o balão gástrico se encontre no estômago. Distende-se então este balão com ar injetado por seu conduto correspondente e puxa-se a sonda até ficar o balão firmemente apoiado contra o cardia. Esta manobra visa a perfeita colocação do balão esofágico bem como comprimir as veias dilatadas que pudesse existir na região do estômago em torno do cardia. Para tanto insufla-se o balão gástrico com 200 cc de ar aproximadamente. O balão esofágico é distendido com a quantidade de ar necessária para comprimir as varizes contra a parede muscular subjacente. A pressão requerida para este fim é de 20 a 25 mm de mercúrio sendo preciso injetar geralmente 40 a 60 cc de ar. Após ter sido debelada a hemorragia pode o paciente ser alimentado com líquidos por meio do tubo cuja extremidade comunica livremente com o estômago.

3.^º) Esfriamento esôfago-gástrico: segundo Wangensteen o sangramento por varizes esofágianas pode ser controlado com o uso do esfriamento local esôfago-gástrico. Este autor empregou uma técnica no Hospital Presbiteriano de Columbia que é a seguinte: idealizou um balão especial com

o bulbo terminal acolado na parte superior do fundo gástrico. O segmento proximal do balão é alongado permitindo o esfriamento de metade distal ou mais do esôfago. Após a introdução no estômago são usados 250 cc de solução a baixa temperatura para enchimento do mesmo. O balão é então puxado em direção ao esôfago até que o bulbo ocupe o cárda, e a porção alongada do balão ocupe a parte mais baixa do esôfago. Após obtenção da hipotermia adequada (5 a 10°C) são adicionados lentamente 100 a 150 cc de solução refrigerada.

Exames laboratoriais, tais como dosagem da hemoglobina, hematócrito, etc., permitem fazer uma perfeita avaliação do controle da hemorragia pelo emprego dos métodos acima.

SUMÁRIO

O autor precisa a importância da esofagoscopia como meio diagnóstico das varizes esofágianas, fazendo comentários sobre a possibilidade de seu tratamento por meio de injeções esclerosantes. Conclui pela importância do endoscopista no primeiro socorro prestado ao paciente em face de uma hemorragia alta do tubo digestivo e os processos usados com esta finalidade.

SUMMARY

The author determines the esophagoscopy's importance as a means of diagnosis of esophageal varices, commenting upon the possibility of their treatment by sclerosing solution. He gives emphasis to the importance of the endoscopist during the first aid to the patient in view of a high hemorrhage in the digestive tube and the procedures used for this purpose.

RÉSUMÉ

L'auteur établit l'importance de l'oesophagoscopie pour diagnostiquer des varices oesophagiennes en faisant des commentaires sur la possibilité thérapeutique avec des injection sclérosantes. Finallement l'auteur met en évidence le travail de l'endoscopiste aux premiers secours du malade en face d'une hemorragie haute du tube digestif et aux procès utilisés pour atteindre cette finalité.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Terracol — Sweet — Enfermedades del esofago — 1961
- 2 — Chevalier Jackson — Bronchoesophagology — 1958
- 3 — Owen H. Wangensteen — Local gastric hypothermia in the management of massive gastro intestinal hemorrhage
- 4 — Moersch — Treatment of oesophageal varices by injection of a sclerosing solution (J.A.M.A.) — 1947
- 5 — Patterson, Ronse — The esclerosing therapy of esophageal varices. Gastro-enterology — 1947
- 6 — Sangstaken — Blakemore — Ballon tamponage for the control of hemorrhage from esophageal varices.

CIRROSE HEPÁTICA — EXAMES LABORATORIAIS

Cap. Méd. QUIRINO PEREIRA NETTO

1) **HEMOGRAMA:** As anemias são muito freqüentes nos cirróticos, tendo LOEPER as classificado em: A) Anemias secundárias a hemorragias; B) Anemias secundárias a infecções intercurrentes; C) Anemias que dependem exclusivamente da cirrose. Estas últimas podem ser de todos os tipos: HIPO, NORMO, e HIPERCROMICAS, as quais, merecem por isso mesmo uma atenção especial. HOTZ se ocupou minuciosamente delas e distinguiu dois tipos fundamentais: A) Anemias hipercrônicas e macrocíticas sem alteração de outros elementos, chamadas também anemias pseudopernicosas e que parecem dever a sua origem à falta de complexo vitamínico B. Estas anemias são muito similares à produzida experimentalmente por falta de metionina. B) Anemias hipercrônicas e macrocíticas que se acompanham de outras alterações sanguíneas tais como leucopenia, trombopenia e megalocitose. Estas últimas são muito semelhantes à anemia perniciosa de BIERMER, significam um prognóstico muito sério, pois ao lado da sua gravidade intrínseca, quase nunca correspondem à HEPATOTERAPIA. Alguns autores pensam que talvez se trate da simples coincidência de anemia perniciosa com cirrose, mas HOTZ não admite este critério, pois encontra ácido clorídrico livre nas anemias dos cirróticos. Sua gênese pode dever-se à falta de acumulação do princípio anti-anêmico pernicioso no fígado.

2) **QUÍMICA DO SANGUE:** De tanto mais interesse que as alterações dos elementos citológicos, são as modificações do plasma, pois afetam as proteínas e aos íons. Há uma queda geral das proteínas plasmáticas, devido à incapacidade de parênquima para formar as substâncias albuminóides em geral, mas no inicio da moléstia não há alterações grosseiras. Mais interesse tem a determinação do quociente ou relação serina-globulina que se inverte cedo, cuja relação normal é de 2 a 1 (FILINSKI). Este transtorno que talvez se deva aos fenômenos próprios da Hepatite serosa e ao transtorno do metabolismo protéico, se observa em quase todas as insuficiências hepáticas, mas alcançam um grande máximo nas cirroses, especialmente na atrófica com ascite. Isto se deve porque passam ao líquido ascítico com mais facilidade, devido a sua menor molécula as serinas do que as globulinas. A diminuição das serinas se põem em evidência por sua dosagem direta no sangue ou com mais facilidade por meio da reação de TAKATA-ARA.

Os íons do plasma também se encontram alterados: pode haver um aumento do potássio e uma diminuição do sódio, o qual se fixa em troca

nos tecidos o que origina, às vezes, fenômenos de uremia por cloropenia. A fosfatase alcalina do soro procede principalmente dos ossos e também do fígado. A cifra média é de 1,5 a 5 unidades BODANSKY e 4 a 13 unidades KING — ARMSTRONG. Aumenta na cirrose hepática tipo LAENEC.

São positivos a prova de HONGER (CEFALINA-COLESTEROL) a de cádmio ou do timol (MAC LAGAN). A velocidade da hemossedimentação está acelerada. Normal: 3 a 10 mm na 1a. hora.

Porém se destaca por sua constância a positividade da reação de TAKATA-ARA, já assinalada, que pode ser dada como patognomônica da CIRROSE DE LAENEC. A colesterolemia é normal. Há aumento do tempo de protrombina. Nos cirróticos como em todos os insuficientes hepáticos se produzem hemorrágias na pele e mucosas (epistaxes, gengivorragias). Isto se dá pela insuficiente quantidade de protrombina existente no sangue, pois o hepatócito lesado é incapaz de transformar a vitamina K que se oferece pela alimentação em protrombina.

Há ligeiro aumento das transaminases glutâmico-oxolocética e glutâmico-pirúvica: Normal de 8 a 40 unidades.

3) URINA: UROBILINÚRIA POSITIVA na imensa maioria dos casos de escasso valor clínico. HEMATURIAS não raro abundantes e que se explicam pela hiperemia intensa do trato urinário ligada à hipertensão porta (fase descompensada).

CRITÉRIO PARA A CIRURGIA: para a anastomose porto-cava estará contra indicada esta intervenção se os exames do laboratório dão os seguintes resultados:

- A) ALBUMINA DO PLASMA: 3,5 por 100 cc ou menos.
- B) BILIRRUBINEMIA = 1,5 mg ou mais por 100 cc
- C) PROVA DA CEFALINA — COLESTEROL = ou
- D) BROMOSULFALEIMA: retenção de 35% ou mais aos 30 minutos, quer dizer em suma, sempre que exista uma insuficiência hepática grave.

CIRROSES BILIARES ou COLOSTÁTICAS

1) HEMOGRAMA: Anemia às vezes do tipo MACROCÍTICO. Pode haver leucocitose.

2) QUÍMICA HEMATICA: intenso aumento da BILIRRUBINEMIA com reação de VAN DER BERGH direta e indireta positivas. Reação de TAKATA-RA negativa. A fosfatase alcalina sérica está aumentada. Aumento discreto das transaminases. Há elevação da cifra de proteínas totais. Não há inversão do quociente serina-globulina. Há diminuição do fibrinogênio.

3) URINA: UROBILINOGENIO AUMENTADO.

CALCULOSE RESIDUAL DO COLEÓDOCOS

Ten. Cel. Méd. GASTÃO DE CARVALHO SOUZA

Os cálculos, que por ventura possam aparecer no coledoco, após as intervenções nas vias biliares, poderão ter duas origens. Ou são residuais, isto é, foram ali deixados durante a intervenção, ou são recidivantes, isto é, formaram-se depois da operação.

Uma pergunta surge: por que os cálculos tidos como residuais não foram retirados, em sua totalidade, durante o ato cirúrgico? Há apenas uma resposta: simplesmente em razão de não existir um processo seguro, 100% eficaz, para extraí-los todos.

Sua frequência, como complicação post-operatória, nas diversas estatísticas, varia em torno de 2 a 20%. Longmire e colaboradores estimam em 4% de cálculos residuais em pacientes coledocotomizados.

Pode-se supor a existência de calcrose coledociana, durante o ato cirúrgico, desde que: 1) a doença vesicular seja antiga; 2) haja cálculos pequenos em grande número na vesícula biliar, ou então na lama biliar ou areia biliar; 3) a vesícula seja escleroatrófica; 4) o paciente tenha na sua história clínica episódios de cólica biliar típica; 5) história de ictericia que se suponha seja obstrutiva; 6) cístico aumentado ou cístico espessado; 7) quando se palpa o coledoco percebam-se cálculos no seu interior; 8) o coledoco esteja com sua luz aumentada; 10) bile do coledoco escura caracterizando a estase ou então purulenta característica de estase com infecção; 10) nos casos de história de pancreatite anterior; 12) quando pela colangiografia haja evidência de calcrose coledociana.

Alguns desses sinais são de valor evidente.

Com relação à dilatação coledociana, por exemplo, à qual nós damos muito valor, alguns autores como Applemann, Priestley e Cage não lhe dão a mesma significação.

A palpação também nos dá informes preciosos de par com a colangiografia peroperatória, podendo contudo esta fornecer, em certas circunstâncias, segundo Mariano de Andrade e outros, falsa interpretação de calcrose coledociana. Há serviços cirúrgicos nos quais esse processo é de tanto valor que se constitui rotina. Vinhaes diz que a calcrose coledociana passou a ser evidenciada em 18% com a colangiografia-operatória, quando anteriormente era de 5,3%.

Naturalmente que a abertura do coledoco para sua exploração terá de ser procedida após avaliação segura com dados os mais variados, sendo preferível que se prolongue a intervenção num exame mais minudente,

um estudo aprofundado chegando-se a abrir o canal, do que não se efetuar a coledocotomia e ser quase certa uma cirurgia posterior a ser realizada em piores condições para erradicação de calcúlo residual.

Certamente que o equilíbrio do cirurgião dará a medida exata, judiciosa, para a concretização dessa medida.

Sabemos que na Oxhey Clinic a coledocotomia é uma complementação comum da colecistecotomia e, pelas estatísticas, encontraram os seus cirurgiões calcúlo coledociana em apenas 13%.

No serviço cirúrgico de Mariano de Andrade, os colédocos foram abertos em apenas 11% da cirurgia biliar, sendo encontrados cálculos do canal em 72%. O próprio Mariano de Andrade recomenda que a exploração coledociana se iniciará pelo cístico e somente com impossibilidade de retirada dos cálculos através do mesmo se procederá então à abertura do colédo-

Algumas outras clínicas americanas:

	colecirt	Coled. exp.	Colardes	% do total
Gleun e Bael (1964)	—	5.640	14,6%	62,1
Colcock e Perry . . . (1964)	—	4.948	22,8	42,6
Priestley e col (1954)	—	1.754	28,6	27,6
Univ. de Illinois (1963)	—	460	19,0	61,0
				9,0

Sempre que abrimos o colédoço, no nosso serviço, deixamos um dreno de Kehr, havendo contudo cirurgiões como Vasconcelos, Chaib, Rienhoff etc., que defendem a sutura imediata da ferida coledociana, desde que haja boa drenagem pela papila. Achamos que realmente seria ideal não drenar, mas a segurança sempre nos faz deixar o dreno, com ramo inferior do T que não ultrapasse a papila, pelo temor de acontecer pancreatite no pós-operatório. Também cortamos longitudinalmente o tubo colocado dentro do colédoço, ficando um retalho que dê apenas para sustentá-lo. Este dreno irá servir-nos também para a colangiografia pos-operatória.

Achamos muito interessante o que faz Silva Telles com relação à colangiografia, que poderíamos chamar de seletiva, da porção terminal do colédoço. Coloca a chapa nitroabdominalmente, atrás do duodeno-pâncreas, a qual proporciona minúcias que não podem ser conseguidas com a colangiografia comum. Pretendemos, no futuro, tentar realizar essa técnica, sobretudo quando se suspeitar de néo.

Observado o que foi dito, com certeza diminuirá de muito a possibilidade de calcúlo residual.

Com todos os cuidados nas intervenções, Silvio de Marco e Juan José Fontana afirmam que a incidência de calcúlo residual nos seus operados atinge 2,57%. Ferris e Hodgson, sobre o assunto, dizem que a exploração cirúrgica do colédoço, em mãos experimentadas, ainda proporciona calcúlo residual entre 8 e 27%.

Afirmam Ferris e Sterling que têm tido muitas colangiografias operatórias negativas ou falsas com persistência de calcúlo coledociana. Só

a coledoscopia em mãos hábeis tem demonstrado calcúlo coledociana após explorações negativas por outros métodos. Não temos experiência no assunto.

Não há dúvida que, por ser afecção realmente séria e por vezes muito grave, constitui-se um problema da cirurgia biliar. Tamanho é o problema que deve ser evitado, por todos os meios e modos. Muitas vezes um pouco de perda de tempo na cirurgia é tempo ganho, porquanto não se vai dessa forma arriscar a vida do paciente em um segundo tempo, verdadeiramente difícil na sua execução.

É preciso contudo trazer à baila que há recidivas que não são propriamente decorrentes de cálculos deixados nos canais, mas sim de néo-formação calcúlo independente da primeira, verdadeira "litiasi recidivante" que Cattel chamou de *enfermidade maligna*. Os mestres aconselham a realização da papilotomia quando os dilatadores empregados não ultrapassem seis milímetros para que na recidiva os cálculos possam ultrapassar a papila.

Quais os sintomas e sinais de calcúlo residual? Cólicas, febre, emagrecimento, dores de cabeça e icterícia. Desde que a calcúlo residual ocasiona obstrução parcial, a sintomatologia naturalmente é flutuante, chegando mesmo a passar despercebida. O laboratório, de conformidade com o tipo de obstrução nos fornecerá dados que vão desde modificações no leucograma com leucocitose moderada e predominância de neutrófilos, lemosedimentação aumentada, bilirrubina alta, vômitos em 85% dos casos; icterícia intermitente conforme a obstaculização; a bilirrubinemia, durante e após as crises dolorosas, indicando, quando aumenta, obstáculo orgânico, contrapondo-se às cólicas funcionais quando não há obstáculo. A sondagem duodenal poderá revelar cristais cálcidos, colesterolicos. A sondagem duodenal poderá revelar cristais cálcios, colesterolicos, piocitos, de acordo com a natureza do obstáculo.

Quando presente o dreno de Kehr, a colangiografia através do mesmo poderá evidenciar cálculos no canal principal.

Algumas vezes poderá existir calcúlo não visualizada pela colangiografia pos-operatória endovenosa, sempre que exista estase biliar.

Existindo o tubo em T, a calcúlo residual poderá ser suspeitada desde que a quantidade de bile saindo pelo tubo seja superior a 600 cc. Poderá ser, por outro lado, neoplasia do colédoço terminal. Há certos aspectos que poderão, pela colangiografia, orientar com toda certeza para um diagnóstico

Se, fechado o tubo de Kehr, acontecem dores é um sinal provável de de completa ausência do líquido através do tubo, provavelmente se trata de um cálculo que não obstrui totalmente o canal e neste caso a colangiografia poderá fornecer dados preciosos.

Se, fechado o tubo de Kehr, acontecem dôres é um sinal provável de calculose do colédoco que deverá ser confirmada pela colangiografia e neste caso poder-se apelar para meios inicialmente inerentos como o Pribram. Temos em nossa casuística um doente que se beneficiou com esse tratamento, após 23 sessões de aplicação de éter e óleo, antiespasmódico e trinitrinico como manda a técnica.

Best teve um método de lavagem biliar utilizando solubilizantes de cálculos e relaxantes espinterianos enquanto conserva pinçado o tubo em T, extraíndo até 40% dos cálculos retidos no colédoco.

Ferris e Sterling usam clorofórmio aquecido instillado no tubo em T. Usam também anestésico local com manobras complementares.

Caso não desapareça o cálculo e, ao fechamento do tubo, haja dôres e outras manifestações de obstrução tubular, não há como não se optar por operar o paciente.

Seria interessante lembrar neste momento que em 1957 vários estudiosos ligaram a existência de depósitos lipóides na mucosa hepatocolédociana à calculose residual e outras alterações.

Não temos prática alguma da coledoscopia e manometria operatórias.

Estamos tentando introduzir na rotina cirúrgica das vias biliares, do nosso serviço a colangiografia operatória, seguindo o que diz Hicken: "A colangiografia operatória tem transformado a cirurgia das vias biliares de um casual ou fortuito procedimento em uma ciência exata".

Tão pouco temos experiência da cinefluoroscopia do colédoco que Welck e seus colaboradores tanto valorizam, considerando superior aos demais. A nossa conduta é a de drenar o colédoco quando o abrimos, empregando o dreno de Kehr com ramo intracolédociano inferior curto e mais retirando parte do tubo que apenas passa a existir apenas para sustentar o ramo que se exterioriza.

Não temos experiência com o dreno de Molowitz.

O dreno de Kehr, poderá, segundo alguns entendidos, provocar a neoformação de cálculos, daí a conduta de não deixá-lo por tempo demasiado. É irritante num canal irritado, doente. Pode-se ir pinçando o tubo com intervalos cada vez maiores e extraí-lo em torno do 12º dia.

Curtis e Hardy dizem que só pode supor que exista obstrução colédociana quando o diâmetro do canal está acima de 12 mm. O mesmo autor afirma que a existência de icterícia crescente é uma indicação para reoperar.

Com todos os recursos que temos atualmente constitui-se ainda em problema difícil a profilaxia da calculose residual. Contudo seria interessante que nos lembássemos das palavras de Mirizzi: "A corrente atual se alista com entusiasmo na cruzada do tratamento das sequelas da colecistectomia. Seria de desejar que igual empenho ou mais se puzesse na profilaxia. A realidade nos ensina que o trágico epílogo das sequelas graves tem seu prólogo no ato operatório. Este é um fato incontrovertido.

VARIACOES ANATOMICAS DAS VIAS BILIARES EXTRA-HEPATICAS

Maj. Méd. ANTONIO TUNES DE MOURA

Preferimos usar a expressão "variações anatômicas" à de anomalias, porque nas diversas formações encontradas, divergentes da habitualmente descrita, não apresentam a causa patológica que comumente leva o paciente ao ato cirúrgico.

Ao se falar de anomalia ter-se-ia a impressão de algo que fisiologicamente causasse certas perturbações ao organismo. Na maioria das variações anatômicas das vias biliares tal não acontece. São, em muitas delas, "achados" no decorrer de intervenções cirúrgicas ou exames radiológicos.

Com relação às variações anatômicas da vesícula biliar, algumas, na realidade, produzem certos transtornos do ponto de vista funcional. É, por exemplo, o caso da vesícula septada, quando o septo se localiza à altura do colo, funcionando como mecanismo valvular, dificultando o esvaziamento da mesma.

Para melhor compreendermos as variações anatômicas das vias biliares, passemos em revista, rapidamente, como o tempo o exige, a formação do pedículo hepático normal, isto é, comum, no que diz respeito às suas relações com os órgãos vizinhos.

Sabemos que o pedículo do fígado (veia porta, artéria hepática e hépatocolédoco) está contido na espessura do pequeno epíplio ou ligamento gastro-hepático. Corresponde ao bordo livre desse ligamento, que se estende do bordo superior da primeira porção do duodeno até o hilo hepático, formando o lábio anterior do hiato de Winslow.

Estes elementos estão dispostos com a veia porta à esquerda e um pouco para a frente, nesta ordem.

Em 1907, Budd descreveu um ângulo de vértice superior formado pelos condutos cístico e hepático e com a face inferior do fígado transformando-o em triângulo, a que deu o nome de "Triângulo das Vias Biliares". Segundo ainda o mesmo autor, a forma e extensão do triângulo variam em relação à posição que se dá ao indivíduo e o fígado e a vesícula se encontram separados ou não. A área correspondente ao ramo terminal direito da veia porta e ao ramo direito da artéria hepática. A artéria cística, que comumente nasce neste ponto do ramo direito da artéria hepática, atravessa esta área da esquerda para a direita, na grande maioria dos casos. Habitualmente, o colo da vesícula e a porção inicial do canal cístico põem-se em contato com estes elementos, porém deixam-se separar facil-

mente dêles no decurso da colecistectomia, por simples tração. Em determinados casos, porém, esta manobra se torna difícil em consequência de aderências provocadas por colecistites crônicas e periviscerites.

VESICULA BILIAR

Dos tipos de variações da vesícula biliar, citados nos tratados de anatomia cirúrgica e trabalhos consultados, temos:

- 1 — Agenesia vesicular — alguns casos relatados como agenesia, referiam-se à vesícula escleroatrófica com processo retrátil de tal monta que faziam supor a ausência congênita da vesícula.
 - 2 — Vesicula Septada e Vesicula Trabecuada — a vesícula septada, como anteriormente nos referimos, pode, em certos casos, provocar perturbações funcionais e condicionar uma indicação cirúrgica.
 - 3 — Duplicidade de Vesícula — encontrada na proporção de 1/4.000 de cirurgia biliar.
 - 4 — Divertículos — os verdadeiros são raríssimos, ao contrário dos chamados pseudo-divertículos, ou seios de Rokitansky-Aschoff hipertrófiados.
 - 5 — Vesícula em anzol — bastante frequente, sem contudo causar perturbações.
 - 6 — Micro e macro Vesicula — de natureza congênita, são muito raras. A vesícula periforme constitui um tipo de micro-vesicula. Seu esvaziamento está prejudicado, sendo indicada a coloscistectomia.
 - 7 — Vesícula Biliar Intra-Hepática — Nos casos de indicação cirúrgica por discinesia ou litiasi, o problema mais sério se refere à hemostasia do parênquima hepático.
 - 8 — Vesícula Pendular — aqui, há o perigo de volvo, levando o órgão à gangrena. É encontrada em cinco por cento dos casos de patologia biliar.
 - 9 — Citus Inversus,
 - 10 — Heterotopia Pancreática,
 - 11 — Vesícula retro-duodenal,
 - 12 — Atresia de Vesícula,
 - 13 — Morfologia bizarra,
- são ainda casos citados, embora raros, de variações da vesícula.

CÍSTICO E HEPÁTICO

As variações do canal cístico são de suma importância em cirurgia, por levar muitas vezes o cirurgião a cometer erros na ligadura do mesmo.

Dos trabalhos de Hicken, White e Coray, reproduzidos no Tratado de Tática Cirúrgica de Alfredo Monteiro, retiramos as ilustrações que se seguem.

A — o canal cístico caminha paralelamente ao colédoco, ao qual está aderente. Neste caso, a separação dos dois se torna difícil e com perigo de lesão do canal comum. Além disso, podem existir cálculos no cístico que passam desapercebidos na exploração do colédoco.

B — o colo e o vestíbulo da vesícula estão fortemente aderentes ao colédoco, havendo dificuldade no reconhecimento das estruturas, com perigo de lesão do colédoco.

C — existe um canal hepático suplementar que pode ser confundido com o cístico e também na ligadura da artéria cística.

D — canal cístico largo e curto de diâmetro superior ao hepatocolédoco.

E — canal cístico sinuoso, cruzando o hepático e desaguando na parte interna do colédoco. Aqui vemos também um duto hepático aberrante que deságua na vesícula e que pode acarretar uma coleperitôneo, se não for ligado quando se pratica a colecistectomia.

F — canal hepático acessório que se une ao cístico de tal sorte que pode ser ligado juntamente com este quando se passa o fio rente ao colédoco.

Nas ilustrações seguintes apresentaremos variedades de canais císticos que permitem erros de ligadura, ora deixando um longo côto, ora um fragmento de vesícula:

A — canal cístico curto condicionando uma ligadura na vesícula, deixando o colo e o vestíbulo.

B — longo cístico aderente ao colédoco. A ligadura é igualmente feita na vesícula, deixando parte deste órgão.

C — Bólsa de Hartmann dilatada com ligadura feita na vesícula, deixando a referida bólsa.

D — longo cístico passando pela frente do hepático, com a ligadura deixando parte da vesícula.

E — longo cístico passado por trás do hepático, ligadura deixando que o colo e o vestíbulo permaneçam.

ARTÉRIA CÍSTICA

Se as variações do canal cístico podem acarretar consequências desagradáveis por acidente cirúrgico quando não surpreendidas durante o ato, as variações da artéria cística produzem, de imediato, as consequências de um erro técnico e podem provocar, ainda, complicações tardias, por propiciar a ligadura do ramo direito da artéria hepática quando confundida com ela.

Como antes, valho-me dos autores citados para apresentar-lhes as ilustrações seguintes:

em A — vemos três artérias císticas, sendo duas curtas, provenientes do ramo direito da artéria hepática e um longo, passando por trás do colédoco, originando-se da artéria hepática comum. Aqui podemos ser levados a deixar de ligar uma delas.

em B — vemos o ramo direito da artéria hepática sinuoso, seguindo a face anterior do canal hepático e depois contornando o lado interno, para passar, posteriormente. Há neste caso possibilidade de confundi-lo com a artéria cística e ligá-lo inadvertidamente.

em C — vemos duas artérias císticas: uma do ramo direito da artéria hepática, a outra proveniente da artéria hepática comum. O perigo aqui decorre de ligarmos só uma, ou, ao ligar o ramo longo, lesarmos o colédoco.

em E — vemos uma artéria cística muito curta, podendo provocar a ligadura do ramo direito da artéria hepática.

em F — vemos duas artérias císticas, sendo uma proveniente do ramo direito da artéria hepática, e a outra longa origina-se da artéria gastro-duodenal. Neste caso, a incisão do colédoco para sua exploração, pode acarretar a lesão deste ramo.



O Presidente da A. B. M.M. outorga ao Exmo. Senhor Ministro da Marinha o diploma de Vice-Presidente de Honra da II Reunião de Medicina do Exército.



O Exmo Sr. Ministro da Marinha recebe o diploma de Vice-Presidente de Honra da II Reunião de Medicina do Exército.

LITÍASE INFRA-HEPÁTICA

Cap. Méd. JOÁS PINHEIRO DA FONSECA

É uma afecção rara. Caracteriza-se pela presença de cálculos nos ductos hepáticos, não decorrendo, como se pensava, de uma calcose múltipla que ocupasse grande parte do conduto hepato-colédoco. As observações dessa doença também são raras. O termo intra-hepático generaliza as manifestações calculosas encontradas nos ramos principais e secundários dos canais hepáticos.

Hoje admite-se tratar-se de uma entidade clínica especial diferente da litíase comum. Pode apresentar-se associada ou não à litíase vesicular.

Existem vários mecanismos para explicar o aparecimento dos cálculos nos canais hepáticos: estase biliar, inflamação, anormalidades anatômicas, alterações estruturais ou bioquímicos dos ductos.

Estudos modernos procuram identificar a origem da litíase com base em testes físico-químicos dos agregados coloidais ou formação de micelas na bile. A inflamação, aguda ou crônica, dos canais talvez seja a mais verdadeira dessas hipóteses. Pode-se afirmar que existe precipitação calcosa primária nos ductos intra-hepáticos, acreditando-se que elas sempre se produzem ali, e migrem para o colédoco.

As recidivas são encontradas frequentemente na litíase intra-hepática. Deve-se estabelecer diferença entre a litíase do colédoco, que é geralmente de origem vesicular e a litíase intra-hepática, que tem outra origem. Segundo esta, os cálculos são de tamanho, consistência, forma, e constituição diferentes.

A passagem de cálculos da vesícula para o colédoco pode provocar inflamação aguda ou crônica dos condutos, com manifestações secundárias de febre, dor, icterícia dando margens a interpretações errôneas.

A parede vesicular sofre transformações estruturais mais acentuadas do que a dos condutos pela ação mecânica dos cálculos.

A bile sofre transformações de consistência e aspeto, podendo tornar-se purulenta ou perder parte dos pigmentos. Os condutos hepáticos sofrem dilatações, erosões podendo até transformar-se em abcessos hepáticos. A litíase do canal hepático, dentro e fora do fígado, é a menos frequente de todas as localizações. Ela predispõe a inflamação, infecção bacteriana ascendente e a icterícia. O mecanismo desta é caracterizado pela presença de cálculos na altura da confluência dos canais hepáticos principais (direito e esquerdo) ou na própria papila de Vater depois de ter migrado — nisto reside o ponto principal da patogenia desta doença.

A litíase localizada em um dos ramos, não produz ictericia, embora haja aumento da fosfatase alcalina e do colesterol. A obstrução das vias biliares pode ser completa ou incompleta. Neste caso, a intermitência é causada por cálculos provavelmente. A obstrução completa é motivada por tumores, geralmente malignos que acometem os condutos biliares, câncer dos condutos biliares e câncer da papila de Vater. A doença de Hodgin, o linfossarcoma e a leucemia, raramente produzem ictericia.

A estase hepática persistente provoca alterações em toda a árvore biliar, dando consequência final, pelos episódios repetidos de inflamação e infecção, a cirrose biliar. Esta calcose manifesta-se em todas as idades quando evoluí sem diagnóstico e o devido tratamento, apresenta aquela cotejo sintomatológico tendo como consequências maléficas e indesejáveis a degeneração e insuficiências hepáticas.

Sintomatologia variada, podendo entretanto ser assintomática. Os pontos principais são: dor, febre e ictericia. Esta quase sempre de caráter intermitente, podendo às vezes ser permanente. O diagnóstico não é fácil.

A história, o quadro clínico e os exames complementares, não são às vezes suficientes para uma conclusão definitiva de uma ictericia obstrutiva, ficando em última instância a cirurgia como elemento de confirmação.

As colangiografias e as provas de função hepática são elementos valiosos na orientação diagnóstica. As provas de função hepática nos orientam no sentido de descartar as ictericias hepato-celulares, hepatite a vírus, etc... principalmente nas fases iniciais da doença. Os raios X nos dão ideia objetiva da localização dos cálculos no pré-operatório e durante o ato cirúrgico.

É de maior interesse estabelecermos o diagnóstico pois a metade dos pacientes que apresentam no seu todo a mesma sintomatologia, 50% são suscetíveis de cura clínica e os demais demandam solução cirúrgica. Deve-se evitar que os pacientes que possam ser tratados clinicamente sejam pela cirurgia, pois a causa mortis desses pacientes é grande, principalmente dos que estão acometidos de hepatite a vírus.

O tratamento da litíase intra-hepática é cirúrgico e deve ser o mais precoce possível para prevenir as lesões hepáticas; este tratamento visa não só a retirada de todos os cálculos, que às vezes não é possível pela sua localização difícil, friabilidade dos tecidos etc., mas também e principalmente, sustar as causas da permanência de outros cálculos. Quando esses se localizem em grande quantidade no canal hepático esquerdo, acompanhado de atraofida desse lobo, está indicada a heptectomia parcial ou lobotomia esquerda, que nesses casos não se torna intervenção de grande envergadura.

A cirurgia de eleição, é a anastomose bilo-digestiva que vai proporcionar a passagem permanente para intestino de todos os cálculos que venham a se formar nos condutos hepáticos e migrem pelo hepatocodéodo. É a técnica mais racional e que deve ser empregada em todos os casos em

que ficar diagnosticado tratar-se de litíase intra-hepática. Existem nuances que devem ser obedecidas segundo os casos se apresentem e as tendências do cirurgião.

Foi nossa intenção, neste SIMPÓSIO, realçar a frequência e a variedade das complicações da cirurgia da litíase biliar e dar-lhes a devida projeção. Ora, quem bem conhece as complicações possíveis, está bem apto a evitá-las e foi esta a nossa principal finalidade.

A começar pelo estudo das variedades anatômicas com que ele se apresenta, alertando o cirurgião para uma dissecação meticulosa do pedículo hepático, só praticando ligaduras e seccionando aquilo que esteja identificado com toda a segurança.

Vimos a seguir, a anestesia na cirurgia da litíase biliar, em que é necessário um profundo relaxamento muscular ao lado de um mínimo de impregnação por drogas, tendo em vista a possibilidade de longa duração de alguns tipos de intervenção, em pacientes com danos hepáticos latentes ou francamente manifesto.

O estudo das colangiografias feito a seguir, teve a finalidade de ressaltar o valor deste importante recurso propedêutico na indicação e condução de intervenções sobre as vias biliares e na prevenção e tratamento de suas complicações.

Passamos para a conduta nas colecistites agudas, objeto, durante muito tempo, de discussões e controvérsias e cujo tratamento ideal, a colecistectomia, pode ser realizada com certo perigo para as estruturas vitais no nível do pedículo hepático e cujo tratamento paliativo, a colecistostomia, é em certas ocasiões, perfeitamente válido, como o único capaz de dar proteção à vida do paciente.

Foram passadas em revista, a seguir, as complicações da cirurgia da vesícula biliar e da coledocolitíase, com um estudo detalhado de cada uma delas, permitindo-nos tirar conclusões sobre a maneira mais segura de evitá-las. Foi dada ênfase especial à coledocolitíase residual, complicação nas mais frequentes e que requer recursos e técnicas adequadas para sua detecção e seu tratamento.

Por fim, incluída litíase intra-hepática, afecção rara, mas que a medida que se torna mais conhecida e pesquisada, começa a surgir nas estatísticas. De etiologia e patogênese ainda discutidas, seu tratamento consiste na realização de uma ampla anastomose bilo-digestiva, sem o que a recorrência será obrigatória.

REIMPLANTAÇÃO — TRANSPLANTAÇÃO — IMPLANTACÃO

Cap. Dent. ARIEL COELHO DE SOUZA

HISTÓRICO — HÍPOCRATES, aconselhava a reimplantação e a transplantação; Ambroise Paré em 1510 — 1590 já praticava estas intervenções; FAUCHARD em 1728 descreveu casos de reimplantação e transplantação; segundo MAHE, essa operações eram mais freqüentes no século XVIII; MAGITOT (1833 — 1897) empregava a reimplantação para o tratamento das enfermidades periapicais, cistos radiculares, fistulas, etc...; TOMBEUR cita um trabalho de ANGELO CHIAVARO, publicado no "DENTAL-COSMOS" em 1919, no qual narra três casos de reimplantação dentária. Nesse trabalho CHIAVARO deduzia: 1) A reimplantação nos dentes monoradiculares dá bom resultado; 2) Há possibilidade de êxito na reimplantação de um dente unirradicular mesmo que o tecido alveolar correspondente não exista; 3) Havendo resistência para a reorientação própria do dente com múltiplas raízes, pode se obter êxito por meio de uma forte oclusão das arcadas dentárias.

Desta época para cá, a Odontologia progrediu enormemente e tem sido muitos os casos de reimplantação operados com sucesso. Já a implantação é muito mais recente e o primeiro a praticá-la foi o Dr. W. J. YOUNGER de S. Francisco, Califórnia, em 1885. O tratamento para o transplante modernamente empregado tem tido 80% de sucesso. **DEFINIÇAO** — Passemos a definir REIMPLANTAÇÃO que consiste em recolocar no seu próprio alvéolo um dente extraído propositalmente ou por acidente; TRANSPLANTAÇÃO, consiste em implantar num alvéolo natural um dente extraído de um outro alvéolo; pode pertencer ao próprio paciente ou a um outro; no primeiro caso é a AUTOPLASTIA e no segundo HETEROPLASTIA; IMPLANTACÃO, consiste em colocar um dente ou uma raiz natural em um alvéolo artificial previamente escavado no processo alveolar.

Nas três operações os dentes perdem a sua membrana peridentária, uma vez que ela é destruída, não sendo unidos ao alvéolo; o que se dá é uma anquise da parede alveolar, sendo isso que retém o dente. A anquise foi comprovada experimentalmente por AXHAUSEN e por HAMMER em 1937. Este processo tem sido admiravelmente explicado por R. ERAUSQUIN, e pode sintetizar-se assim: o organismo prefixa o dente reimplantado; porém havendo sido destruído o periodonto pelo menos em alguns lugares, ali a medula óssea se põe diretamente em contato com o dente, calcificando o osso sobre o cimento, o dente se anquilosa. Sua

solidez é extraordinária. Porém deste momento começa a formar parte do processo de remoção geral do esqueleto e as reabsorções e recalcificações sucessivas vão destruindo pouco a pouco a raiz modificando-a por osso nôvo.

Os êxitos definitivos só podem produzir-se por "restitutio ad integrum" e tem sido comprovado por AXHAUSEN (loc. cit.) e por HAMMER (loc. cit.) em experiências feitas em crianças soldando-se as fibras principais do periodonto. KELLS cita um caso de um dente reimplantado que durou dezenove anos.

A técnica usada por nós para o transplante é a mesma usada pelo professor Dr. MOACIR BAPTISTA PEREIRA, da PUC, que consiste em manter o dente doador conservado em uma solução de MERTIOLATE incolor a 1/1000 sem o tratamento do conduto radicular. Nos implantes e reimplantos, procedemos da mesma maneira quanto ao conduto radicular. Observamos que dias após o transplante, implante ou o reimplantante, haverá formação de uma rede de vascularização e inervação, organizando-se uma nova polpa dentária. Por estudos feitos em transplantes e em enxertos de órgãos verificou-se que há uma formação na vizinhança dos tecidos e dos órgãos transplantados, de uma rede chamada de RÉDE ADMIRÁVEL, que irá alimentar os tecidos, dando formação a sua vascularização e ineração. O objetivo principal sob o ponto de vista biológico no transplante, é a revitalização da polpa em 80% dos casos.

INDICAÇÕES — A principal indicação dessas operações, são os casos acidentais, nos quais os dentes são expulsos do alvéolo por um traumatismo violento, nas fraturas dos maxilares, em intervenções exodonticas, quando é extraído acidentalmente um dente só. Indicado para se evitar a apicectomia nos tratamentos das enfermidades periapicais dos cistos, etc... Nos prémolares e principalmente nos molares, de tratamento radicular impossível (condutos muito estreitos, dilaceração, calcificação polpar ou nos tratamentos fracassados). Outra indicação para o reimplantante são os casos de MIGRAÇÃO PARODONTÓSICA, pelo menos em dentes anteriores, para levar o dente novamente até a sua posição correta. De preferência em indivíduos jovens, de peças dentárias cuja extração e reinserção em seu alvéolo se apresenta fácil e que possuam suficiente osso alveolar e os tecidos periodontais normalizados para retê-las firmemente quando o dente se consolidar. Nas gengivites temos que normalizar primeiro o estado. Experiências com dentes parodontósicos, realizados por GIETZ e CARRANZA, foram ótimas. Sempre foi precedida pelo tratamento das lesões parodontósicas. Foram feitas sólamente em dentes unirradiculares e colocados em todos casos aparelhos de fixação interdental. Em vinte dentes parodontósicos que GIETZ e FERMIN A CARRANZA, têm reimplantados, ao cabo de um ano se conservam os vinte em boas condições.

CONTRAINDICAÇAO — O importante é o estado geral do paciente, a idade avançada, a insuficiência das paredes alveolares e o estado infla-

lutorio agudo as coroas de jaquetas em acrilico, que em contato com os tecidos periodontais, causam irritação, produzindo as doenças periodontais.

INTERVENÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NOS TRANSPLANTES: — O primeiro ato consiste na tomada do molde de ambas as arcadas; passagem para o modelo, donde removemos o dente fazendo-se falso alvéolo a fim de escolhermos o tamanho adequado do dente que será transplantado. Caso seja necessário confeccionamos coroas de jaqueta em porcelana, com a cor desejada. Receitamos antibióticos em larga escala a fim de evitar as infecções pós-operatória.

TÉCNICA OPERATÓRIA — Falaremos da técnica do transplante; usamos da mesma precaução que toda a cirurgia bucal, pois é fator primordial do êxito nesta classe de intervenção a assepsia com que se pode operar. A anestesia é a troncular. A sindesmotomia profunda, cuidadosa em todo o contorno do dente, o importante é evitar todo desgarramento da gengiva. Devemos ter o máximo cuidado para lastimar o menos possível os tecidos circunvizinhos, evitando-se deste modo não lesar o anel gengival, evitamos ainda toda violência exagerada e os movimentos ampollos de luxação. Feita a extração, procedemos a curetagem do alvéolo, lavando-se com sôro fisiológico e cauterizando com cloreto de zinco a 10%; Finalizamos a limpeza do alvéolo, injetando-se penicilina com sôro fisiológico. Transplante-se o dente procurando a posição que mais se acomode; lava-se em seguida o dente com sôro e faz-se a ancoragem de acrílico autopolimerizante, a fim de proteger o transplante dos choques, durante uns vinte dias.

POS-OPERATÓRIO — Utilização dos CORTICOSTEROÍDE (Predinisolona — Fluopredinisolona, etc...), em doses adequadas; 4 mg de 4 em 4hs — 24 mgs Diários. Usar até quatro dias seguidos. Receitamos BEPANTOL solução para a gengiva duas vezes ao dia. STEROGYL e 1.200.000 U de penicilina. Prescreve-se regime líquido durante as primeiras vinte e quatro horas, bolsa de gelo, a fim de combater o edema possivel; analgésicos para combater a dor se é que se apresenta. Em nossa experiência os dentes se acham reintegrados em suas funções aos vinte dias mais ou menos após a intervenção.

HIGIENE E FISIOTERAPIA ORAL

Cap. Dent. JOSÉ ANTONIO DA COSTA

I — HISTÓRICO

II — DEFINIÇÃO

III — OBJETIVOS

IV — ETIOLOGIA

a) FATORES LOCAIS

TARTARO OU CÁLCULO

PLACA BACTERIANA

MATÉRIA ALBA

OUTROS DEPÓSITOS

b) FATORES GERAIS

DIETÉTICO

ENDÓCRINO

CONSTITUCIONAIS

HEREDITARIOS

IDADE E SEXO

V — PREVENÇÃO DA FORMAÇÃO DO CÁLCULO

VI — EFEITOS BENÉFICOS DOS ALIMENTOS
DETERGENTES

VII — DIAGNÓSTICO DA MÁ HIGIENE ORAL
SONDA EXPLORADORA
SUBSTÂNCIAS REVELADORAS

VIII — OBTENÇÃO DA HIGIENE ORAL

a) ESCOVAS | MANUAIS
| AUTOMÁTICAS

b) MEIOS AUXILIARES

ESTIMULADOR INTERDENTAL

PALITOS

BOCHECHOS

LIMPADOR DE CACHIMBO

TIRAS DE GASE

FIO DENTAL

DENTIFRÍCIOS

IX — TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO

1. STILLMAN
2. STILLMAN MODIFICADA
3. CHARTERS
4. FONES
5. MÉTODO FISIOLÓGICO — SMITH E BELL

X — CONSIDERAÇÕES GERAIS

I — HISTÓRICO

Os cuidados de higiene oral foram praticados em épocas remotas; assim temos notícia de que os Sumerianos a (3.000A.C.) já o executavam.

Palitos de ouro bem trabalhados, foram encontrados nas escavações de Ur, na Mesopotâmia.

Também os Babilônios e Assírios depois da primeira civilização sumeriana sofreram de doenças periodontais. Uma tábua de argila da época conta que o tratamento empregado era massagem gengival combinada com diversos medicamentos a base de ervas. Foram encontradas receitas de pastas oleosas para limpeza dos dentes, esta era feita com o dedo indicador, seguida da lavagem com água. Os dedos seriam assim, a primeira escova de dentes.

Segundo os historiadores, foram os chinezes os precursores do uso de palitos ou escovas para a higiene dos dentes e massagem da gengiva.

Também entre os judeus, os palitos de ouro e de prata, eram considerados pelas classes privilegiadas, como objeto de toalete indispensável. Assim como o sal para branquear os dentes.

Escribonio Largo, refere-se ao uso de chifres de veado, calcinado, como um dos ingredientes dos pós dentífricos de Messalina, esposa do imperador Cláudio.

Grande parte do que se sabe atualmente da medicina egípcia, provém dos papiros de Ebers e do papiro cirúrgico de Edwin-Smith.

O papiro de Ebers, contém muitas referências às enfermidades gengivais.

Entre os gregos, Hipócrates, (460-335 A.C.) Pai da Medicina Moderna, acreditava que a inflamação da gengiva era devido ao acúmulo de tártaro com a consequente hemorragia gengival nos casos persistentes.

Entre os romanos, Aulus Cornelius Celsus, que se interessou com o estudo das doenças das partes moles da boca, disse: "Quando as gengivas se separam dos dentes, é bom mastigar maçãs ou pêras verdes, retendo o suco na boca".

Muitos poetas romanos mencionaram em suas obras, o uso da escova de dentes.

Foram os árabes que introduziram ou generalizaram o uso de ferros para limpeza e ablação de tártaros.

Entre eles Albucasis, refere-se ao tratamento periodontal aconselhando a remoção das escamas ásperas, nas superfícies dos dentes, de feio aspecto e de cor amarelada, verde ou negra.

O mesmo pesquisador que viveu de 1050 a 1122, no seu livro sobre cirurgia, fez desenhos de uma coleção de 14 instrumentos e sua utilização. Esses instrumentos eram muito rudimentares, mas é evidente seu papel de antecessor do moderno instrumental periodontal.

Entretanto, no princípio do século XVIII, Pierre Fauchard (1678-1761), o Pai da Odontologia Moderna, surgiu com as primeiras idéias de curiosidade científica. Recomendava um cuidado especial com a limpeza dos dentes, eliminando os tártaros. Indicou também o uso de dentífricos, bochechos e fixação dos dentes abalados. Criou muitos instrumentos com este objetivo.

Os dentífricos eram os mais variados; faziam pastas com ingredientes tais como: mel, óleos, chifres de veado calcinado, sal marinho, sal gema, carvão moido, conchas do mar calcinadas, osso da tíbia calcinado, alumínio, casca de ovos, etc.

Ainda hoje, o pessoal humilde do México, limpa os dentes com pó de carvão.

Luis de Camões, em "Os Lusíadas", descrevendo a visita que Vasco da Gama fez ao Rei de Calcutá, disse: "De vez em quando um velho reverente de joelhos no chão, dava ao rei, folhas verdes que ele mascava para combater o mau hálito".

Alais, este hábito foi usado no Oriente pelas classes abastadas, como imposição de etiqueta social e perdura ainda nos dias de hoje entre as camadas populares o uso de plantas odoríferas.

Nos séculos XVII e XVIII já estava em uso na Europa a escova de dentes e era objeto de grande luxo.

Um inquérito feito em 1950 em França, na Espanha, nos informa de que 92% das famílias numerosas, tinham uma escova para toda a família.

Do século XVIII-XIX e primeira metade do século XX apareceram diversos nomes da Odontologia, todos eles interessados nos problemas da fisioterapia e higiene oral.

II — DEFINIÇÃO

Entende-se por higiene oral o meio profilático eficiente contra aparecimento da enfermidade periodontal e da cárie dentária.

III — OBJETIVOS

Segundo Orban, os cuidados principais no lar são:

- 1) — Reduzir os microorganismos, retirando todos os detritos, matéria alba e placa bacteriana, principalmente dos espaços interproximais, para eliminar a irritação da gengiva e combater a halitose.
- 2) — Estimular a circulação sanguínea.
- 3) — Estimular a queratinização dos tecidos gengivais.

IV — ETIOLOGIA

Como causas da má higiene oral, temos:

a) Fatores locais	Placa bacteriana Tártaro Máteria alba Outros depósitos Dietético Endócrino
b) Fatores gerais	Constitucionais Hereditários Idade e Sexo

TÁRTARO

Os fatores locais são aqueles situados nas proximidades das gengivas e dos tecidos de sustentação.

Os fatores gerais são os estados sistêmicos que afetam de forma várias dos tecidos de sustentação.

Entre os fatores irritativos locais temos o tártaro, o mais comum, que é uma massa aderente calcificada ou em calcificação que se forma sobre as superfícies dentárias.

O cálculo pode ser classificado de acordo com a sua localização em: supra e sub gengival.

O tártaro supra gengival, aparece com mais constância nas faces vestibulares dos molares superiores e linguais dos dentes ântero — inferiores.

Poderá em casos avançados, cobrir totalmente a coroa dos dentes.

O tártaro sub-gengival não é visível; segundo Glikman, com uma sonda exploradora, podemos determinar sua existência e extensão.

A sua cor do branco ao negro.

PLACA BACTERIANA

Elementos de principal importância integrando a placa, são as bactérias. Estas segundo Mitchell (1956) ocupam pelo menos 70% do volume da placa e os tipos filamentosos são predominantes. São constituintes também da placa os seguintes elementos: células epiteliais descamadas, leucócitos, restos de alimentos moles (carboidratos, proteínas, gorduras). Ainda foi observada a presença de pigmentos e atividades enzimática variável.

MÁTERIA ALBA

É uma massa branca mole de restos e elementos teciduais mortos, que está aderida na região da gengiva marginal.

É facilmente eliminada por uma ação abrasiva.

É um excelente meio de cultura para os microorganismos.

Há a possibilidade de que os produtos tóxicos da matéria alba, sejam absorvidos pelo epitélio gengival, resultando assim em uma inflamação localizada.

O certo é que pessoas com boa higiene oral, apresentam um baixo índice de doenças periodontais e ao contrário, um alto índice da mesma doença.

Pesquisas nesse sentido, confirmam a prevenção da doença periodontal por uma correta higiene oral.

V — PREVENÇÃO DA FORMAÇÃO DE CÁLCULO

A prevenção do acúmulo de placa bacteriana é obtida por meio da escovação e meios auxiliares de limpeza, evitando consequentemente a formação de cálculo.

VI — EFEITOS BENÉFICOS DOS ALIMENTOS DETERGENTES

Com relação às bactérias, verificamos que os alimentos cozidos, massas, pastas, doces, causam uma hipo-função dos órgãos da mastigação, faltando assim, massagem gengival e auto-limpeza.

King-Glover verificou que em animais com dieta não detergente, tais como: pão, leite, carne cozida além de vitaminas e suplementos minerais apareceram dentro de 8 a 10 semanas, gengivites, tártaro e abalamento dos dentes.

Os animais que se alimentavam com a mesma dieta, mas acrescida de pedaços de ossos e carne que requeriam uma mastigação vigorosa, não contrairam doença periodontal.

VII — DIAGNÓSTICO DA MÁ HIGIENE ORAL

A) A sonda exploradora é um meio para evidenciar a presença de cálculo no sulco gengival.

B) As substâncias evidenciadoras ou reveladoras, são meios eficientes para o diagnóstico da má higiene oral, pois, corando as placas bacterianas revelam sua presença ao profissional e ao paciente.

Diversas são as fórmulas de obtenção dessas substâncias. Adotamos a seguinte:

Fucsina básica 6 grs

Álcool etílico 100 c.c.

A técnica de sua aplicação pode ser assim resumida: Colocar 6 a 8 gotas da substância reveladora em um pote dappen e com uma bolinha de algodão embebida, fazer pinceladas nas superfícies dos dentes que se deseja evidenciar a existência das placas bacterianas. Retiramos o excesso com jatos de água. Por meio de um espelho de mão, mostraremos ao paciente as razões daquelas manchas e a necessidade de sua remoção. Isto pode ser obtido, usando-se pasta profilática, pedra pomes em pó, tijelas de borracha, escovas de Robinson, etc.

Logo após a limpeza, faremos nova aplicação da substância evidenciadora e mostraremos ao paciente que os dentes não ficaram mais corados, devido a ausência da placa.

VIII — OBTENÇÃO DA HIGIENE ORAL

Para a obtenção de uma higiene oral, devemos estar de posse:

A) Escovas	Manuais Automáticas
	Estimulador interdental
	Palitos
B) Meios Auxiliares	Bochechos
	Limpador de cachimbos
	Tiras de gaze
	Fio dental
	Dentífricos —Carbonato de
	Sódio
	—Abrasivos
	—Detergentes
	(sabão)
	—Aromáticos

A) ESCOVA

Formato que permita o máximo acesso a todas as zonas da boca.

Segundo Glikman — o cabo deve ser reto, com duas fileiras de cerdas e todas da mesma altura sintéticas ou naturais. Quanto a sua consistência as cerdas podem ser ainda:

duras
médias
macias

Após as raspagens e curetagens é aconselhável uma escova de cerdas macias.

A escovação deverá ser feita após às refeições e à noite antes do deitar.

Orban aconselha o uso de escova com uma fileira de cerdas, para o caso de apinhamento dentário.

A escova deverá ficar bem limpa e seca em lugar ventilado, a fim de evitar uma proliferação microbiana.

A escova deverá ser substituída em média, cada três meses.

ESCOVA automática

Foram lançadas no mercado em 1959 as escovas elétricas. Existem de diversas marcas e agem com movimento horizontal ou vertical e algumas trazem o estimulador interdental.

B) MEIOS AUXILIARES

Estimulador interdental tem a finalidade de limpar e massagear a papila interdental (espaço interdental).

Eles podem ser: plásticos, de madeira ou de borracha. O mais recomendado é o de borracha que é colocado na extremidade do cabo das escovas.

É utilizado com um ângulo de 45° no sentido da deflexão da papila interdental. A ponta é aplicada, fazendo-se um movimento vibratório para melhor estímulo da papila interdental.

Palitos

São utilizados com a finalidade de estimular a papila interdental. É usado da mesma maneira que o estimulador interdental. Nas regiões linguais e palatinas para melhor acesso, o palito poderá ser quebrado ao meio.

Bochechos

Os bochechos fortes, ajudam desalojar dos intertícios dentários, corpos estranhos.

Limpador de cachimbo

Utilizado para a limpeza das bifurcações e trifurcações das raízes dentárias.

Tiras de gaze

Utilizadas para limpeza das faces proximais, quando existe diastema.

Fio dental

Utilizado para eliminar restos interproximais que não puderam ser removidos pela escova e pelo estimulador interdental.

Deverá ser introduzido até o sulco gengival, sem lesar a papila interdental, afim de remover substâncias estranhas ali depositadas facilitando assim ao que parece, a função do líquido tissular ou líquido de Brill.

Dentífricos

A maioria dos dentífricos são compostos de:

Carbonato de sódio
Abrasivos
Detergentes (sabão)
Aromáticos

É aconselhado o rodízio das pastas dentífricas.

IX — TÉCNICAS DE ESCOVADAÇÃO

1. — Stillman
2. — Stillman modificada
3. — Charters
4. — Fones
5. — Método fisiológico — Smith e Bell

Técnica de Stillman

As pontas das cerdas deverão ser dirigidas apicalmente de modo que as cerdas toquem parte da gengiva inserida e parte da região cervical dos dentes. Faremos pressão lateral e a gengiva ficará isquemizada, fazendo-se

em seguida um ligeiro movimento rotatório na escova no sentido incisal ou oclusal.

Repetiremos essas operações de 6 a 8 vezes em cada grupo de dentes. Para esta operação dividiremos as arcadas em 6 regiões: dos molares, premolares e dos incisivos-caninos.

Faremos estas operações nas faces vestibulares e linguais de todos os dentes. A face oclusal faremos em movimento de vai e vem.

Não deveremos esquecer as faces distais dos últimos dentes, bem como pela manhã escovarmos a língua.

Orban aconselha o uso de escovas com uma fileira de cerdas para os casos de apinhamento de dentes, como já vimos.

Técnica de Stillman modificada

É idêntica a técnica de Stillman, apenas as cerdas em um ângulo de 45° faremos vibratório no sentido mésio-distal.

Técnica de Charters

A escova é colocada com as cerdas em um ângulo de 45°, com as pontas dirigidas no sentido incisal ou oclusal, entre os espaços interdentais de modo que fiquem parte nas superfícies dentárias e parte na gengiva inserida. Com movimentos vibratórios em número de três ou quatro, remove-se a escova e se coloca na mesma região. Isto se repete 3 a 4 vezes. Em seguida se coloca a escova em outros espaços interdentais e se repete a operação em todos os dentes. Não se fará movimentos no sentido apical ou oclusal.

Técnica de Fones

Pressiona-se firmemente a escova contra os dentes e gengivas, com o cabo paralelo a linha de oclusão e as cerdas perpendiculares a face vestibular dos dentes. Se movimenta a escova em sentido rotatório com os dentes em oclusão. As faces linguais se faz com as arcadas abertas.

Método Fisiológico — Smith e Bell

Reproduz-se a trajetória dos alimentos durante a mastigação. Este método consiste em suaves movimentos de varrer que começa nos dentes e termina na gengiva inserida.

X — CONSIDERAÇÕES GERAIS

Qualquer que seja o método empregado, deve-se ter cuidados especiais com as superfícies vestibulares dos molares superiores e as faces linguais dos molares inferiores, isto devido muitas vezes, não serem bem cuidados pelos pacientes.

O acesso a face vestibular dos molares superiores, poderá ser obstruído pelo ramo ascendente da mandíbula e pelos músculos durante o movimento de abrir a boca.

As faces linguais dos dentes inferiores posteriores ficam muitas vezes protegidas pela língua. Estas zonas deverão ser escovadas com a boca semi-aberta.

A técnica deverá ser demonstrada e explicada com ajuda de modelos, espelhos, escova, fotografias e fio dental.

Após a demonstração nos modelos, escovaremos os dentes do paciente diante do espelho, chamando-se atenção para as zonas irregulares. Em seguida manda-se o paciente repetir a técnica demonstrada.

O paciente deverá ser reexaminado após uma semana, onde testaremos a eficiência da técnica empregada, fazendo-se as devidas correções, se necessário.

O paciente poderá praticar excessos ou manobras incorretas e produzir lesões, o que deve ser evitado.

BIBLIOGRAFIA

GLIKMAN, Irving. Periodontologia clínica. Traducción de Fermín A. Carranza. 3.^a ed., Buenos Aires, 1967, 789 p., Editorial Mundial.

GOLDMAN, Henry M.. Periodoncia, Parodontologia. Traducción del Dr Rafael Lozano, 1.^a ed. México, 1960, 342 p., Editorial Interamericana.

ORBAN, Balin Periodoncia, Parontología, Traducción de 1 Dr Rafael Lozano, 1.^a ed. México, 1960, 519 p.

BOLEC, José de Faiva. A higiene da boca através dos tempos até a época presente. Anais do IX Congresso Odontológico Brasileiro e II Congresso Internacional de Odontologia, II volume pág. 163 a 186.

Revista Brasileira de Odontologia, vol. 25 n.^o 139 — 1966.

Revista Brasileira de Odontologia vol. 25 n.^o 141 — 1966.



A Marinha e a Aeronáutica saúdam o Exército no "Dia do Soldado". Em nome da Marinha e da Aeronáutica discursou o Marechal Mário de Souza e Mello, Ministro da Aeronáutica que é visto quando pronunciou sua oração frente ao Ministro do Exército, General Aurélio de Lyra Tavares.

O PODER DAS REALIZAÇÕES DA MEDICINA PÁTRIA

Gen. de Div. Dr. OLIVIO VIEIRA FILHO

Instala-se esta noite, promovida pela Diretoria Geral de Saúde do Exército e sob o patrocínio da Academia Brasileira de Medicina Militar, a "Segunda Reunião de Medicina do Exército".

É uma honra e um privilégio presidi-la e preliminarmente, quero expressar ao Presidente desta douta Academia, Brigadeiro Majella Bijos, homem de elevado espírito associativo sempre voltado para as nobres causas, os nossos agradecimentos pela extraordinária contribuição à organização d'este Conclave.

Creio que não há necessidade de alinhar aqui argumentos, fatos ou razões com a finalidade de justificar este empreendimento. A presença desta seleta assembléia, onde se destacam elevadas expressões das atividades científicas em nosso meio, diz mais alto do que qualquer outra motivação que pudesse ser invocada nesse momento.

Encontramos um melhor estímulo à vocação imperiosa que nos impeliu para este encontro com a presença de V. Excia. Sr. Gen. Afonso de Albuquerque Lima, muito digno Ministro do Interior, cujo comparecimento a esta sessão tanto nos honra.

É ainda nosso dever assinalar o prestígio e o brilho emprestados a esta Reunião, com a participação nos nossos trabalhos dos Exmos. Srs. Almirante Dr. Geraldo Barroso e Brigadeiro Dr. Cesário Alvim, Diretores de Saúde da Armada e Aeronáutica, respectivamente, bem como ilustres membros dos Serviços de Saúde das Forças Armadas, exponenciais personalidades civis, lídimas figuras da Medicina, da Farmácia e da Odontologia, bem como demais pessoas gradas.

A realização d'este Conclave, nasceu da necessidade naturalmente revelada pela evolução da cultura médico-militar de nosso país e como imperativo social ineludível.

Em uma Reunião como esta, deve sair não sólamente novas idéias e técnicas, como também, o que é mais importante, uma melhor compreensão.

Todo Congresso, na feliz expressão de grande pensador de nosso tempo, "é uma modalidade de política do espírito, uma forma superior da

tendência social do homem culto, posto que, a associação de homens não é uma improvisação, nem fruto do acaso, mas deriva de poderosos fatores genéticos e evolutivos.

Senhores:

Este certame tem por finalidade estreitar, ainda mais, os altos elos que unem e, deverá unir cada vez mais, os representantes da cultura médico-militar e civil, propiciando o intercâmbio espiritual entre elites, a aproximação mais íntima entre brasileiros de escol. Assim se apertam mais os laços de mútua compreensão, de cordial entendimento e eficaz cooperação em favor do aprimoramento da cultura nacional, fator propício do trabalho promissor que nos aguarda.

E é sob esse objetivo que aqui estamos reunidos e, de sua simplicidade humana, haveremos de extrair grandes verdades e enaltecer o poder das realizações da medicina Pátria.



Os Exmos. Srs. Almte-de-Esq. Rade-maker, Ministro da Marinha, Cnotra Almte. Dr. Renato Martins, diretor do H. C. M. e Vice-Almte. Dr. Geraldo Barroso, Diretor de Saúde Naval, nos atos patrocinados pela A.B.M.M. em 18-10-1968.

UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Brig. Dr. GERARDO MAJELLA BIJOS

A ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR continua seu programa como entidade científica normativa e como órgão de consulta dos Fodéres Publicos.

A realização da I Reunião de Medicina do Exército, no Hospital Central do Exército em agosto de 1966 ensejou um série de debates de real interesse para a medicina das coletividades militares.

Convocou, ainda, em dezembro, a ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR sob a égide de Primeira Jornada Médica do Corpo de Saúde da Marinha os profissionais do Serviço de Saúde da Marinha para um encontro de alto sentido nacional assim como fizera em outubro com a Terceira Jornada do Serviço de Saúde da Aeronáutica.

Em todos os certames as tópicas dos assuntos foram o incentivo à pesquisa científica aplicada à medicina, o aprimoramento do ensino e a manutenção das melhores condições da assistência médica.

Este ano estão programados para outubro e novembro, respectivamente, a Quarta Jornada do Serviço de Saúde da Aeronáutica e a Segunda Jornada de Medicina do Corpo de Saúde da Marinha.

A Jornada da Aeronáutica estará reunida em São José dos Campos, Estado de São Paulo, no magnífico Centro Técnico da Aeronáutica a corroborar a capacidade realizadora e muita vez pioneira das Forças Armadas no aprimoramento técnico e a do Corpo de Saúde da Marinha realizar-se-a nos seus reputados Hospital Central de Marinha, Hospital N.S. da Glória e Hospital Naval Marcílio Dias numa afirmação de que o ensino médico e a assistência médico-social são tarefas intrínsecas da medicina militar.

Hoje, nesta Escola de Saúde do Exército, de largas tradições e que, com descontínio e empenho, com obediência aos novos moldes de reforma universitária em vias de ser concretizada, bem poderá ser reestruturada como Universidade de Ciências da Saúde a formar médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares técnicos de saúde, instala-se a II Reunião de Medicina do Exército, sob o patrocínio da Academia Brasileira de Medicina Militar e presidência de S. Exa. o General de Divisão Dr. Olivio Vieira Filho, Diretor-Geral de Saúde do Exército, 1º Vice Presidente da Casa e Presidente da Comissão de Diretores de Saúde do EMFA.

De S. Exa., principalmente, nesta última função, a Academia Brasileira de Medicina Militar recebeu o estímulo e o apoio ao projeto de criação de uma Escola de Medicina para formação e aperfeiçoamento de

médicos, ante os convênios já assinados com os Ministérios da Aeronáutica e da Marinha para aproveitamento de leitos hospitalares destinados ao ensino.

São abertas, agora, as discussões e nos dias subsequentes sob a forma de simpósios serão debatidos temas de alta relevância para a medicina nacional.

O ponto alto, no entanto, desta II Reunião de Medicina do Exército é a presença na tribuna de S. Exa. o General Afonso Augusto de Albuquerque Lima, Digno Ministro do Interior do Governo presidido por S. Exa. o Marechal Arthur da Costa e Silva, convidado da Academia.

Soldado de raras virtudes e de bravura cívica comprovada, o General de Divisão Afonso Augusto de Albuquerque Lima possui todos os cursos de formação, aperfeiçoamento e estado-maior do Brasil e diversos de pós-graduação nos Estados Unidos e na Europa.

Nas lutas internas se houve sempre com rara força combativa assegurando na nossa terra os mesmos ideais pelos quais se bateu denodadamente nos Campos da Itália, subcmandando o 9º Batalhão de Engenharia de Combate, no Vale do Rio Reno, no maciço Belvedere Castelo, no Vale do Rio Marano e Castelnuovo, em Montese e na captura da 148.º DI Alemã.

Oficial executivo portou-se com excepcional eficiência, elevado destemor, enorme capacidade de ação, metódica iniciativa, aliando-se, a tudo isso, aprimoradas qualidades de caráter envoltas em modéstia e forrados de fina educação, franqueza ilimitada e lealdade indiscutível.

Ornam-lhe sua figura, de cidadão prestante, entre outras, as condecorações que significaram o relevo de sua figura militar; Cruz de Comendador de 2ª Classe, Cruz de Campanha da FEB, Comendador da OMM, Medalha de Ouro de Serviços, Medalha de Guerra, Medalha do Pacificador e Medalha de Aplicação do Colégio Militar.

S. Exa. sempre foi o chefe sereno e seguro quer nos comandos que lhe foram atribuídos, quer nas comissões civis que desempenhou em todas demonstrando seu real interesse pelas condições de segurança nacional, que se confundem quase sempre com a situação econômica e financeira.

Convicta do valor ímpar de um seu pronunciamento, a Academia Brasileira de Medicina Militar foi pedir a S. Exa. um depoimento honesto sobre a situação brasileira, ante o anseio de dirigentes e dirigidos, pela evolução constante da Nação para os grandes estágios a que tem direito.

Esta Academia quebrou as tradições acadêmicas quando procurou equacionar os problemas de produção, de estocagem e distribuição de alimentos sob as égides do I e II Congressos Brasileiros de Problemas de Alimentação, realizados nesta Escola em 1964 e em São Paulo, em 1966, enfrentando os primeiros debates de desenvolvimento numa entidade médica, por entender que só é válido o homem num meio econômicamente estável, porque só este equilíbrio pode conduzi-lo aos objetivos e recuperação total.

O mundo tem fome e este problema universal merece toda atenção do administrador vigilante e arguto.

Focou, ainda, a Academia Brasileira de Medicina Militar, problemas de Saúde da Amazônia, os quais só poderão ser resolvidos pelo Ministério da Saúde, em conexão completa com as Forças Armadas e correlação com os demais Ministérios.

Estudou, também, em particular os angustiosos aspectos da Assistência Médico-Social das Forças Armadas, procurando soluções adequadas.

Acolheu, em sessão especial, o ilustre Ministro da Saúde para exposição da "Política de Saúde Pública", do atual Governo, aqui relatada como a ser dirigida para niteriorização, intensificando assim o que esparsa e abnegadamente tem realizado, sem pompa e sem alardes, os Serviços de Saúde das Forças Armadas.

O nosso eminente Ministro, vem pois hoje a esta Casa, para nos dar mais um incentivo e propiciar pelo seu exemplo, o prosseguimento dos nossos anseios de 27 anos, pelos ideais do desenvolvimento e consequentemente, bem-estar.

Sua conferência será comprovação de amplas realizações do Marechal Costa e Silva, será programa de ação realista, que nos impregnará do espírito construtivo que anima sua esplêndida vocação de homem público, admirado e realizador incontestável.

A Nação deve a S. Exa. agradecimentos pela sua ininterrupta dedicação: a Academia Brasileira de Medicina Militar deve ao ilustre Chefe Militar e Ministro de Estado a felicidade em juntar-se a nós nesta incessante luta pela valorização humana. Eis porque, todos ansiamos pela palavra erudita, serena, real e proveitosa que nos vai ser transmitida e antecipamos que os aplausos coroarão os elevados conceitos que serão emitidos e que traduzirão a excelência de sua ação vigorosa, reta e planejada como administrador evolvido e consciente da hora que vivemos, misto de angústia e de esperanças.



O Exmo. Sr. Ministro da Marinha presidia, com sua presença as comemorações do «Dia do Médico»



O Prof. Sylvio Fraga descreve com inusitado brilho seu tema no Simpósio realizado no H. C. M. em 18-10-1968.

METAS DE TODOS OS POVOS DO MUNDO

Gen. Div. Dr. OLIVIO VIEIRA FILHO

Senhores: Acabamos de ouvir a magnífica exposição do Exmo. Sr. Ministro do Interior.

Será desnecessário afirmar que na paisagem atual do Brasil, o porte do conferencista sobreleva pela operosidade, dinamismo, capacidade realizadora e excelência original de contribuição ao progresso do País.

É um digno representante de sua época e de sua geração. A ajuda que o seu Ministério está prestando à Nação no desenvolvimento econômico social, principalmente em áreas remotas, onde esse desenvolvimento está atrasado, é do conhecimento de todos. Por infelicidade, estas regiões são como sabemos, bem grandes, em números e extensão de quilômetros quadrados.

Não creio, Sr. Ministro, que haja melhor arma que a Medicina (nos seus aspectos de medicina preventiva e educação sanitária) que possa ser empregada com melhor êxito, não só para eliminar o germe inimigo causador de tantos males às populações, como também para eliminar causas mesológicas ambientais de doenças, tornando os habitantes das regiões conscientes dos riscos a que se submetem. Não é necessário ir a muitas dessas regiões para saber qual o seu problema médico. Todas têm, como é sabido, um denominador comum de: má nutrição, anemia, parasitose, enfermidades crônicas e degenerativas, traduzindo para o indivíduo, escassa produtividade, curta longevidade e pobreza.

Em seu estudo sobre o custo da doença e o preço da saúde, o professor Winslow, observa que a pobreza e a doença formam um círculo vicioso: "as pessoas são doentes porque são pobres; empobrecem ainda mais porque são doentes, e mais a pobreza se acentua, mais produz doença". Existe pois, um processo cumulativo agindo no sentido de uma diminuição contínua de níveis, no qual o fator negativo é, ao mesmo tempo causa e efeito de todos os outros fatores negativos.

A organização que represento tem plena consciência do importante papel que os serviços médico-militares desempenham dentro do panorama geral de saúde do Brasil. Este papel no momento atual, está intimamente vinculado com os problemas gerais de desenvolvimento econômico social e impõe a integração de esforços e a coordenação entre os diversos setores da coletividade nacional o que vem V. Excia. realizando.

Ao encerrar esta sessão ocorre-me as palavras, pronunciadas por grande sociólogo em uma conferência internacional de nutrição, realizada no Panamá: "Não há melhor luta em que podemos tomar parte do que aquela que livra o homem das misérias da fome."

A vida e a boa saúde sempre têm sido valores supremos do indivíduo e da família. São as metas de todos os povos do mundo. O respeito e o interesse pelo indivíduo, pelo seu bem estar, por seu direito à saúde e à felicidade, que identificam uma sociedade livre, não é senão uma extensão de nosso conceito básico da Medicina Militar.



O Exmo. Sr. Ministro da Marinha, com palavras de elevado conceito, encerra os trabalhos do Simpósio realizado no H. C. M. pela A. B. M. M.

HORA MARCADA NA HISTÓRIA DAS LIBERDADES HUMANAS

Brig. Dr. GERARDO MAJELLA BIJOS

A cadeira N.º 9, Seção de Especialidades, destinada ao Serviço de Saúde do Exército, patrocinado por Rocha Faria, tendo como ocupantes anteriores Vilas Boas e Tito Ascoli, ambos vivos, vem de ser ocupada por V. Excia., após memorável julgamento de seus pares, numa hora nascida na História das liberdades humanas, quando Nações perdem sua soberania e o Papa clama pela religião dividida.

O juramento que V. Excia. prestou, de há muito tem sido religiosamente respeitado, pois o acadêmico Hypparco Ferreira tem frequência inusitada nos trabalhos desta Casa, ora fazendo conferências, ora promovendo sumpósios, e, sempre arauto da estreita ligação entre os seus pares.

Os humerais da Academia Brasileira de Medicina Militar foram hoje atravessados por um experiente especialista, médico por vocação, médico do Exército por redobrado gosto de servir à Pátria e à humanidade, sanitário e mestre, Hypparco Ferreira é uma das vigas mestras do Inst. de Biologia do Exército que ele ama e adora como aquela casa grande que possui na Rua Conde de Bonfim impregnada de saúde dos ensinamentos de seu pai, da grandiosidade do espírito de sua mãe amantíssima, da pureza de sentimentos de sua esposa, da dedicação imensa de seus filhos e da claridade dos brincos infantis de sua neto.

Chega Hypparco Ferreira esta Casa alicerçado pela cultura básica de seus inúmeros cursos de formação e aperfeiçoamento, pela extensão de conhecimentos adquiridos e por aqueles outros transferidos através as cátedras que professa, repleto de experiência e de bondade. Experiência que é constante e bondade que é refletida nesta seleta assistência onde chefes, colegas, amigos tributam-lhe, neste aconchego de objetivo colimado, a expressão de aplauso que anima, que estimula, que exterioriza acerto de decisão do plenário que realizou julgamento justo e excepcional.

A Presidência desta Casa sente-se inibida para dizer outras palavras mais apropriadas e mais valorizadas na ausência de seu intérprete, a figura símbolo de medicina militar brasileira, este admirável Marechal Marques Pôrto, que acanulado, tem, ainda, a acabrunhar-lhe a alma, a impossibilidade de dizer de público aquilo que alguns sabem e muitos ignoram que Hypparco Ferreira é um seu amigo com a certeza de que esta amizade atinge as culminâncias de paternal estima antes as excelsas qualidades de inteireza moral e profissional que ornam a figura do renomado microbiologista e imunologista brasileiro, agora, em definitivo um dos nossos nascões incessantes para que possamos, todos nós, concretizar as palavras proféticas pelo Gen. Dr. Olívio Vieira Filho, ao abrir os trabalhos, deste certame que hoje se encerra, de, nesta Casa, ou em qualquer parte, "enaltecendo o poder das realizações da Medicina Pátria".

EM FAVOR DA GENTE BRASILEIRA

Brig. Dr. GERARDO MAJELLA BIJOS

A Academia Brasileira de Medicina Militar cumpre mais uma etapa de sua programação do corrente ano. Está sendo encerrada sob a presidência do nosso confrade Dr. Olivio Vieira Filho, a II Reunião de Medicina do Exército, que foi, sem contestação promissora semente lançada em terreno profundamente adubado de ricos ensinamentos de técnica, de tradição, de renúncia.

As palavras de abertura e encerramento da sessão solene de instalação proferidas pelo eminentíssimo Diretor Geral de Saúde do Exército constituíram a normativa da execução planejada.

A conferência pronunciada pelo Ministro do Interior, Gen. Afonso Augusto de Albuquerque Lima, traduzindo as preocupações do seu Ministério para os problemas brasileiros relacionados com a valorização do homem, deixaram no nosso espírito a certeza de que durante 27 anos de sua existência a Academia não tem feito outra coisa senão cuidar de atender aos reclamos técnicos e científicos, para que o homem possa desfrutar dos bens dadivosos da saúde. O que bem caracterizou, no entanto, o mérito da II Reunião de Medicina do Exército, foram os debates científicos travados nos simpósios que realizou.

Focalizando os problemas da epilepsia, do câncer do útero, das cirroses, da litíase biliar e do Serviço de Odontologia, os simposiastas e seus moradores deram aos trabalhos um cunho de objetividade dignos do maior e mais alto louvor. Clínicos, cirurgiões, especialistas, civis e militares, formando uma equipe homogênea, deram nestes dias de intensificado labor, lição de saber, de didática, de operosidade e conhecimentos aprimorados.

A publicação dos temas apresentados, e discutidos vai constituir uma insofismável demonstração de cultura e testemunhar, ainda, que a "a associação de homens não é uma improvisação", mesmo quando agrupados sem demorado programa.

O final desta II Reunião de Medicina do Exército será a palavra de seu Presidente que por certo, como na abertura da mesma, salientará, novamente, a importância que desempenha na vida nacional, a nossa Academia, que sem ajuda ou auxílio financeiro do Estado, tem cumprido os seus altos objetivos, possibilitando o aprimoramento sempre crescente da medicina militar cuidando e procurando colaborar com o Brasil no melhor aproveitamento da experiência dos abnegados mentores da Medicina a serviço das coletividades militares.

Esta noite, contudo, está impregnada de uma grande ausência física do Marechal Marques Porto, que, acamado, entre dôres, sua maior dor e a de não ter podido acompanhar os trabalhos da II Reunião de Medicina do Exército e a de não poder pelo menos escrever as palavras que lhe vão à alma de homem puro e que traduziriam, com justeza, o perfil que tentei bosquejar, do nosso confrade Hypparco Ferreira. Sua ausência no entanto, traduz uma presença permanente pelos sábios ensinamentos sempre proporcionados, pela serenidade de suas atitudes incentivadoras, pela consciência de excelentes atributos de médico, de amigo, de conselheiro, pelo seu alto idealismo profissional e de classe, símbolo que é da medicina militar brasileira. Nesta hora, portanto, que recebemos Hypparco Ferreira numa sessão solene sob a presidência do Diretor Geral de Saúde do Exército, estamos a manter aqui a integração dos Serviços de Saúde das Forças Armadas e das figuras preeminentes de medicina civil em torno da elegância moral de Marques Porto, cujos cabelos brancos e porte ereto, dizem muito afirmativamente da constante liderança exercida na nossa geração.

Ao terminar estas minhas palavras de exaltação aos que mourem-se na medicina pátria, de alegria em sentir no nosso convívio o afilhado de Marques Porto, o Cel. Dr. Hypparco Ferreira, queremos consignar, também, a esperança de que os nossos próximos encontros de 8 a 11 de outubro em São José dos Campos sob a presidência do Major Brig. Geral Cesário Alvim, nos trabalhos da 4.^a Jornada de Serviço de Saúde da Aeronáutica e de 4 a 7 de novembro, nesta cidade, durante a II Jornada do Serviço de Saúde da Marinha, a ser presidida pelo Vice Almte. Dr. Geraldo Barroso, teremos contado com a solidariedade dos Serviços de Saúde das Forças Armadas e da Medicina Civil a tônica da integração e da unidade doutrinárias indispensáveis aos grandes cometimentos sonhados em favor da gente brasileira.



Participantes dos atos realizados no H. C. M. no dia 18 de outubro de 1968, vendo-se oficiais dos S. S. do Exército e da Aeronáutica.

UM LANCE DE OURO

Marechal Dr. MARQUES PORTO

Rio de Janeiro, 22 de agosto de 1968.

Meu caro amigo Coronel Médico Hypparco Ferreira

A mensagem de afeto que agora lhe envio, no momento em que você, na escalada de sucessos que tem sido o desdobramento de sua vida profissional, completa um lance de ouro ingressando como membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar, transmite, em intenção e em espírito, tudo aquilo que eu teria dito em minha oração de parabenizá-lo.

Não será, entretanto, com tão pouco que me sinto desobrigado do compromisso de recebê-lo nesta nossa casa, porque não é pela lente de um microscópio que se poderia apreciar a grandeza e a formosura do panorama de sua vida.

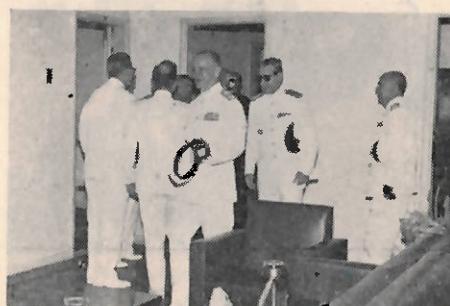
Você merece a consagração de hoje. Se você não tivesse procurado a Academia, nós iríamos buscá-lo para integrá-lo no nosso grupo profissional. De um ou de outro modo a Academia lhe pertenceria, porque os homens de ação, de coragem, de determinação, têm o direito de formular e construir seu próprio destino.

Não estou ausente nesta hora feliz, nesta festa de inteligência e de saber, participo de sua alegria e do entusiasmo dos meus pares em tê-lo em nossa companhia.

Receba minha afetuosa saudação e a segurança de minha crescente estima.

Marques Porto.

Nota: Carta dirigida ao Dr. Hypparco Ferreira, pelo Marechal Dr Marques Porto.



Visita às novas instalações do velusto H.C.M. pelo Exmo. Sr. Min. da Marinha.

"UM ESFORÇO A MAIS POR UMA PÁTRIA CADA VEZ MAIS PODEROSA, ENGRANDECIDA E ENOBRECIDA

Cel. Méd. Dr. HYPPARCO FERREIRA

Excelentíssimo Senhor General Doutor Olivio Vieira Filho, Presidente da Segunda Reunião de Medicina do Exército.

Excelentíssimo Senhor Brigadeiro Doutor Gerardo Majjela Bijos, Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar.

Excelentíssimos Senhores Membros da mesa, demais Autoridades presentes ou representadas, demais Pessoas gradas.

Excelentíssimo Senhor Marechal Doutor Emmanuel Marques Pôrto, meu parabenizado, ausente por motivos superiores à sua vontade, mas que considero como se aqui estivesse presente.

Senhores Acadêmicos.

Minhas Senhoras.

Meus Senhores.

Sejam as minhas primeiras palavras para dizer que devo, em grande parte minha aceitação por esta egrégia Academia a quatro eventos que me cumpre ressaltar.

O primeiro: o ter cursado a tradicional Faculdade de Medicina da Bahia, onde sábios e ilustres mestres me iniciaram no culto a Hipócrates.

Nesse templo sagrado, eternamente presente em minha lembrança, proferi o solene e célebre juramento, a que fiquei preso para sempre e tenho procurado respeitar e honrar.

Na sedutora e inesquecível cidade do Salvador, de tão emocionantes recordações, tornei-me médico e, desde então até hoje, venho amando a Medicina e a ela servindo com dedicação.

Esta Medicina que proporciona, a cada instante, ao indivíduo que a exerce, a satisfação íntima decorrente da exata noção de sua mais sublime utilidade e relevante responsabilidade.

Esta, ao mesmo tempo ciência e arte, que enseja aos que terminam seu curso médico lhes sejam ditas estas tão significativas e conhecidas palavras:

"Os Srs. agora são homens que estão legalmente qualificados para praticar a medicina e em condições de proporcionar ao público um serviço sem supervisão ou controle. Pertencem os Srs. a uma profissão em que

Nota da Redação: Oração proferida quando recebeu o título de membro titular da Academia Brasileira de Medicina Militar.

se trabalha com total independência e na qual é grande a responsabilidade para com a vida, a felicidade e o bem estar humanos. Exceto no caso de alguma notória negligência em relação a seus deveres, os Srs. só terão que prestar contas a Deus."

Perscrutando os longos anos em que estou formado e fazendo um exame de consciência, nada encontro que a Ele tenha de prestar contas.

Só percebo o desejo de continuar exercendo minha profissão com honestidade, dedicação, eficiência e, especialmente com amor aos meus semelhantes.

Assim, se hoje me perguntassem a respeito de qual das profissões gostaria de abraçar, embora reconhecendo a importância de todas as outras e tendo por elas grande admiração, responderia prontamente: a Medicina.

O segundo: o ter cursado a Escola de Saúde do Exército, templo de ensino médico militar, onde dedicados e competentes professores, perfeitamente cônscios de sua missão e deveres, me iniciaram nas matérias militares, reavivaram meus conhecimentos de Higiene e Epidemiologia e, principalmente, despertaram meu interesse por este tipo de medicina que, ao invés de tratar da cura das doenças, orienta especialmente no sentido da preservação da saúde.

Por essa Escola, tão cara para nós, médicos militares, ingresssei no Serviço de Saúde do Exército, ao qual até hoje venho dedicando toda a minha arte e engenho.

Serviço de Saúde que se constitui em parte essencial do Exército, pois, em tempo de paz, ou quando este é chamado a intervir em defesa dos elevados interesses da Pátria, de que é fídimo fiador, seja dentro ou fora do território nacional, em lutas internas ou externas, é a ele — o Serviço — que compete manter os efetivos militares no mais alto grau de eficiência física e mental.

Serviço cuja missão adquire transcendental importância, porque atende precisamente o elemento mais nobre do Exército e da Nação — o homem.

Para mim é uma honra e motivo de orgulho ser médico do glorioso Exército de Caxias.

Por esta razão se, hoje me interrogassem sobre a instituição a que gostaria de servir, embora reconhecendo a nobreza das outras, não vacilaria na resposta: servir ao Exército, pertencer ao Serviço de Saúde, de tradições tão belas e grandiosas, cuja história, tão rica de épicos episódios, remonta aos tempos do Brasil-colônia.

O terceiro: o ter realizado o Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz, e o de Saúde Pública, do Departamento Nacional de Saúde, onde outros tantos sábios e ilustres mestres orientaram meus primeiros passos, ainda incertos e inseguros, pelos extensos e complexos domínios das Ciências Biológicas e da Saúde Pública.

Um e outro teriam uma ação marcante e decisiva sobre minha vida profissional.

Em ambos, encontrei professores que aliaram, ao grande saber e à mais atualizada técnica de ensino, a boa vontade, o interesse, a dedicação e a noção do dever, qualidades estas que são peculiares àqueles que ensinam ressés dois cursos.

Por isto, neste momento, numa justa homenagem a eles (quase todos aqui presentes), cumpro o dever de exaltar seus elevados méritos e reafirmar-lhes minha imperecível gratidão pelo muito que me transmitiram e ensinaram.

O quarto e último evento: o ter sido classificado e estar servindo há muitos anos no Instituto de Biologia do Exército, o que representa uma grande honra para mim.

Instituto de Biologia e sua diversificada organização, no qual encontramos um conjunto de grandes laboratórios, com suas dependências, instalações e uma aparelhagem das mais completas e modernas, onde devemos assinalar a existência do que há de mais avançado em matéria de laboratório: um sistema automático de análises bioquímicas, a indicar que o Instituto, lado a lado das mais importantes organizações congêneres nacionais e estrangeiras, já atingiu a fase de automação.

Estabelecimento onde, praticamente, podem ser realizados quaisquer tipos de exames de laboratório clínico, com um movimento de várias centenas de exames em média por dia, um provimento constante de sangue e seus derivados, especialmente para o nosso maior e mais importante hospital, o Hospital Central do Exército; e um fornecimento de produtos biológicos profiláticos para todo o Exército, inclusive, em menor escala, para as outras Forças Armadas e por vezes também para aquelas de países amigos.

Casa que — convém destacar, pelo significado e importância da missão — é também um centro de especialização e aperfeiçoamento, por onde tem passado grande número de médicos, farmacêuticos e técnicos, tanto militares como civis.

Organização militar constituída de homens dedicados, acostumados ao trabalho no silêncio dos laboratórios, cujo lema é "trabalhar buscando sempre a perfeição" e para os quais a maior recompensa está na satisfação pelo valor do serviço prestado, na consciência da importância do papel desempenhado, na convicção do dever cumprido, na certeza de não estar desmerecendo a tradição legada pelos que a ela serviram e se dedicaram, ou seja, o elevado padrão que desfruta a Organização nos meios científicos civil e militar.

— — —

Na verdade, se não tivesse cursado a Faculdade de Medicina da Bahia, não seria médico e, em razão de minha vocação, se não o fosse, não estaria sendo aqui recebido; se não viesse a cursar a Escola de Saúde do Exército, não teria ingressado no Quadro de Médicos do Serviço de Saúde do Exército e, então, não viria na qualidade de médico militar; se não houvesse

realizado os cursos do Instituto Oswaldo Cruz e de Saúde Pública, e se não estivesse servindo no Instituto de Biologia do Exército há tão longos anos, não teria recebido a base, adquirido a experiência e encontrado o amplo campo que me permitiram elaborar os trabalhos com os quais obtive acesso à cadeira que hoje me cabe ocupar; e a douta comissão, que foi encarregada de julgá-los e à qual sou tão agradecido, composta dos ilustres acadêmicos, Gen. Dr. Arthur Luiz Augusto de Alcantara e Profs. Drs. Jorge Bandeira de Mello e Achilles Scorzelli Junior, não se teria deixado influenciar por êsses aspectos favoráveis na apreciação de meu "curriculum" e trabalhos.

O dia de hoje passa a representar, sem dúvida alguma, um marco de ouro em minha existência.

Sinto-me honrado e, porque não dizer, orgulhoso e envaidecido por dois gratos motivos.

O primeiro — um sonho que sempre acalentei e se torna realidade: o de vir a fazer parte desta já famosa e tão desejada Academia.

Sodalício que nasceu sob os bons augúrios de Nossa Senhora da Conceição, num dia oito de dezembro do ano de mil novecentos e quarenta e um, destinado a estabelecer uma feliz associação e a fomentar um profícuo intercâmbio cultural entre médicos, farmacêuticos e dentistas, militares e civis, tendo em vista o culto à Medicina, à Farmácia e à Odontologia, à Pátria e à Humanidade.

Casa que adquiriu tal vulto e prestígio que hoje estão irmanadas, a serviço da Medicina de nosso País, ela, a mais jovem, e a veneranda Academia Nacional de Medicina, em cuja presidência se destaca, pela segunda vez, esse fidalgo e renomado mestre que é o Prof. Dr. Inaldo de Lyra Neves Manta, também ele e vários dos seus ilustres pares fazendo parte nôste Silogeu, com isto se estreitando ainda mais os laços culturais e fraternos que unem as duas grandes Academias.

Academia que foi fundada por homens insignes como João Afonso de Souza Ferreira, Jesuíno Carlos de Albuquerque, Florêncio Carlos de Abreu Pereira, Emmanuel Marques Pôrto, Arnaldo Nunes de Serqueira, Guilherme Machado Hautz, Carlos de Paiva Gonçalves; e que tem hoje, a presidir seus destinos, o eminentíssimo Brigadeiro Gerardo Majella Bijos, ele igualmente fundador e em quem se associam, na mais completa harmonia, uma fulgente inteligência, uma esplêndida cultura e um dinamismo sem par, sempre a ela servindo e, a serviço dela, constantemente batalhando pelas belas causas e os grandes empreendimentos, como é, entre outros, o da Escola Médica da Fundação Dr. João Severiano da Fonseca; justo anseio, nobre idéia, causa nacional, que Deus o permita, em breve há de tornar-se realidade.

E, neste particular, não me perdoaria se deixasse de ressaltar que esta Academia muito deve ao Presidente ao Acadêmico Majella Bijos, este homem desprendido e idealista, de tal maneira ligado a ela que não se pode nela pensar sem dele se lembrar; cujo dinamismo e, acima de tudo, sua dedicação e arraigado amor por ela lhe valeram o reconhecimento de seus pares, numa reeleição por unanimidade e das mais acertadas.

A ele, de quem sou, com muita honra, um admirador e amigo, agradeço as palavras formosas, corteses e afetuosaas com que há pouco me brindou ao apor-me a dignificante medalha acadêmica.

O segundo motivo — com o qual o destino se mostrou pródigo para comigo: o de tomar posse na semana do Exército.

Exército que tem como patrono Luiz Alves de Lima e Silva, o inclito Duque de Caxias.

Este homem de um valor extraordinário, de cujos componentes sobressaem as qualidades que o tornaram o perfeito soldado e político de rara habilidade, fadado pelo destino a afirmar-se no desempenho de árduas mas sublimes tarefas em prol da unidade e integridade pátrias.

Na verdade, por várias razões e em muitas oportunidades, estêve ele servindo à Pátria, a que tanto se devotou e prestou os mais assinalados serviços.

Assim foi Caxias.

Assim é o seu Exército — sempre vitorioso em todas as suas ações e de tradições democráticas jamais desmentidas — que, para nossa tranquilidade e felicidade, ao lado das outras forças armadas irmãs, a Marinha e a Aeronáutica, está constantemente vigilante, intransigente e atuante, tanto na manutenção da ordem interna como na defesa da soberania nacional.

Através, reverente, os umbrais dêste majestoso palácio do saber e da cultura, recebido pelo ilustre Marechal Médico Dr. Emmanuel Marques Pôrto, seu presidente emérito.

Mesmo quando ainda não existia um convite de minha parte, nem uma aquiescência da parte dele, como os que se costumam estabelecer em tais ocasiões, estava implícito, por um desses sentimentos resultantes de uma sólida e duradoura amizade, que o insigne chefe seria meu parninfo e eu me sentiria honrado e muito agradecido em ser por ele aqui acolhido.

No atendimento desta parte das orações que são proferidas ao ensejo de um ato como este, ao contrário do meu caso, em que a dificuldade para ele resultou da escassez de dados a meu respeito, só suplantada por sua competência e habilidade, no caso dele, a dificuldade que encontrei foi motivada pela abundância de elementos em relação à sua pessoa, tantos em qualidade e quantidade, que se tornou cometimento difícil, embora tão agradável para mim, esboçar seu majestoso perfil.

Aliás, não seria eu quem estaria em condições de focalizar a menor parcela dos aspectos todos êles preciosos da figura ímpar daquele que se dignou receber-me, por mais que o quisesse, nem haveria tempo numa solenidade destas, se alguém mais qualificado a tanto se dispusesse.

Pensando dêste modo, julguei que poderia, nesta oportunidade e dentro de minhas limitações, reportar-me a uma passagem de sua vida que, trazendo-lhe gratas recordações, muito seria de seu agrado e que me competia apreciá-lo ao menos por duas de suas marcantes qualificações: a de médico e a de chefe, com as quais ele — o médico militar por excelência — tanto se distinguiu a serviço do Exército e da Pátria.

A passagem a que me refiro corresponde ao inicio de sua brilhante carreira profissional, assinalado por um episódio que seria de extraordinárias consequências: êle, o filho atencioso e amoroso, ainda tão jovem, mas já assegurado pela posse de um cargo civil, dêste abriu mão e inclinou-se ante a inabalável vontade e firme insistência de seu pai, o ilustre Marechal José Agostinho Marques Pôrto, de torná-lo um médico militar.

Benditas vontade e insistência estas de um homem bem formado e digno: o chefe militar por vocação e pai amantíssimo previra que seu filho chegaria às culminâncias da carreira, mas não só isto, o preclaro Marechal Agostinho Marques Pôrto, impelindo aquêle que herdou seu honrado nome a ingressar no Quadro de Médicos do Serviço de Saúde do Exército, haveria de proporcionar à Instituição o médico militar que se tornaria um símbolo de perfeição, não apenas para o seu Quadro, mas para todo um Serviço que só se comprehende em seu conjunto harmônico, isto é, constituído de médicos, farmacêuticos e dentistas, de toda uma legião de homens des temidos e altaneiros, abnegados e dignos, competentes e ilustres, em todos os tempos, na paz ou na guerra.

Quanto ao médico, muito se tem dito de sua habilidade como cirurgião experimentado e competente, com largo exercício da especialidade, prestado com dedicação e eficiência nos Hospitais Cirúrgicos de Campo, em três revoluções, e no Hospital Central do Exército; membro de inúmeras sociedades médicas nacionais e estrangeiras, entre as quais se destacam o Colégio Internacional de Cirurgiões, a Associação de Cirurgiões Militares dos Estados Unidos e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Devo, então, salientar os profundos conhecimentos, o espírito arguto e o invulgar pendor que sempre demonstrou em relação aos assuntos de Higiene e Medicina Preventiva, qualidade estas que êle, como grande médico militar, jamais poderiam faltar.

Possuo exemplificar com a ordem de serviço número quatro, expedida em plena campanha da Fôrça Expedicionária Brasileira na Itália, segundo a qual a profilaxia específica do tétano, em relação aos soldados vacinados com o toxóide tetânico, deveria ser assegurada apenas pela dose de reforço inoculada por ocasião do ferimento, sem necessidade da aplicação de sôro antitetânico — uma prova inequívoca de que, já naquela época, êle estava

entre os que confiavam na imunização ativa contra a toxi-infecção pelo bacilo do tétano.

Esta sua sagaz percepção da singular importância do toxóide tetânico sobressai de significado se considerarmos que êle, logo após terminado o conflito, a defendeu, com absoluta segurança, em seu trabalho intitulado "Problemas Sanitários em Campanha", apresentado ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, no ano de mil novecentos e quarenta e quatro, ou seja, há quase vinte e cinco anos, quando o sôro antitetânico era ainda um tabu, só agora, precisamente no ano passado, reduzido ao seu justo valor, por normas publicadas pela Organização Mundial de Saúde, eximindo de responsabilidade o médico que a êle não quiser recorrer.

Quanto ao chefe, muito se tem falado de sua brilhante atuação à frente do Serviço de Saúde da Fôrça Expedicionária Brasileira e de seu admirável e sempre lembrado desempenho quando na direção do Serviço de Saúde do Exército.

Cumpre-me, pois, ressaltar a nobreza de seus sentimentos e seu acendrado amor pela Instituição a que tanto se dedicou e serviu com tão grande eficiência e devoção, os quais claramente transparecem no final de sua oração de despedida, proferida ao deixar o serviço ativo de Exército, cercado da admiração, respeito e carinho de seus concidadãos.

Na realidade, o Chefe — que ao Serviço de Saúde do Exército tanto engrandeceu, dignificou e enobreceu — não obstante os relevantes serviços prestados e depois de dar tudo de si, ainda encontrou razões para dizer estas palavras:

"Neste momento em que mais se exaltam e consagram o sentimento e a emoção com que me afasto do Serviço, não tenho contas a ajustar, nem me considero quite com o Exéricto. A êle servi com devotamento durante mais de quarenta anos, perlustrando as mais variadas funções que podem ser dadas ao desempenho de um médico militar — na paz, nas condições intestinas, na guerra — e, ao término dessa longa carreira, não me invade nenhuma emoção de triunfo e de grandeza; antes confesso minha dívida permanente à Instituição, a que poderia ter dado meu sangue e minha vida."

E nesta hora que rendo graças ao Todo-Poderoso por me haver concedido o alto privilégio de ter nesse homem, digno e ilustre, sob todos os ângulos em que se venha encarar sua marcente personalidade, não apenas um chefe, mas um exemplo a seguir e em especial, um conselheiro e dileto amigo.

Agradeço-lhe comovido as belas palavras e as elevadas expressões de sua mensagem com as quais se dignou enaltecer-me perante tão seleta assistência, mas não deixo de reconhecer que elas são, principalmente, o fruto de sua fina sensibilidade e fértil imaginação ao apreciar, sob a influência da amizade, aquêle que sempre lhe dedicou admiração, respeito e estima.

Cabe-me, para honra e satisfação minha, embora do fato decorram grandes responsabilidades, ocupar a cadeira número nove, que tem como patrono o Prof. Benjamim da Rocha Faria e cujos ocupantes anteriores foram os Gen. Drs. Jayme de Azevedo Villas Boas e Tito Ascoli de Oliva Maya.

De Benjamim da Rocha Faria, direi que foi uma vida inteira consagrada à ciência e ao ensino.

A seu respeito, lembrei apenas que seu jubileu profissional foi assinalado por dois atos que dizem bem do elevado apreço em que era tido: um — a inauguração de uma placa comemorativa da data, levada a efeito na Segunda Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, e o outro — uma solenidade especial em sua homenagem, realizada na Academia Nacional de Medicina, os quais constituíram uma verdadeira glorificação ao eminente médico patrício.

Mestre dos mestres, teve dois dêstes a exaltar-lhe a veneranda personalidade: na Santa Casa — o Prof. Dr. Agenor Porto, e na Academia de Medicina — o Prof. Dr. Garfield de Almeida.

Do que a él se referiu o primeiro, basta ater-me a estas palavras:

“Sob a bandeira de vosso apostolado, aclamam-vos, neste momento, os vossos discípulos e os discípulos de vossos discípulos, — filhos e netos de vossa escola.”

Do que dêle disse o segundo, selecionei o seguinte:

“Cincoenta anos de vida profissional partida das ilusões e dos sonhos e culminada nesta consagração; cincoenta anos de sacerdócio medico a que se juntaram os mais altos postos administrativos e os esplendores de um duplo professorado; ascensão glorirosa a desafiar as urzes e os sobressaltos da pedregosa estrada; invariavelmente nobre, imperturbavelmente altivo, sempre o mesmo ao tempo em que o scenario, na indefectível mutação de cada dia, se ia alterando e transformando.”

Eis, nestes trechos, um pouco do patrono da cadeira, visto por aqueles que, sendo homens de grande talento e tendo privado de sua intimidade, sómente o poderiam apreciar com perfeição e autenticidade.

Quanto ao primeiro ocupante da cadeira, — Gen. Dr. Jayme de Azevedo Villas Boas — compete-me salientar sua marcante condição de grande dermatologista, segundo o atestam as comissões que desempenhou, entre as quais se destacam as de Chefe interino do Serviço de Sífilis e Doenças de Pele da Cruz Vermelha Brasileira e de Assistente extranumerário da Clínica Dermatológica e Sifiligráfica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; e conforme o demonstram seus inúmeros trabalhos publicados, que tratam das mais variadas doenças dermatológicas, entre êles a avultar os que se referem ao estudo da sífilis, apreciada esta em quase todos os seus aspectos: clínico, epidemiológico, profilático e terapêutico.

Estêve durante muito tempo na Direção do Hospital Geral de Porto Alegre.

Foi relevante sua colaboração prestada a esta Academia, na qual ocupou o cargo de primeiro-secretário.

A respeito do segundo ocupante — Gen. Tito Ascoli de Oliva Maya — incumbe-me ressaltar seu dinamismo, sua sagacidade e sua lúcida inteligência, que sempre concorreram para destacá-lo nas mais variadas comissões que lhe foram atribuídas ou nas mais importantes funções por ele desempenhadas.

Deve-se à sua larga visão a criação do atual Pósto Médico do Ministério do Exército, onde tive a satisfação de com él servir e apreciar suas inúmeras qualidades.

Exerceu durante muitos anos o cargo de Diretor do Hospital Geral de São Paulo.

Foi também de realce sua cooperação para esta Academia, na qual funcionou como membro de sua Comissão de Anais.

Assim se explica o motivo de minha satisfação e responsabilidade e, frente a tais valores, só me resta manifestar um desejo: que eu tenha alento para, ocupando a cadeira cujo fulgor se deve a um Rocha Faria, não venha embaçar o grande brilho que a ela acrescentaram seus ocupantes anteriores.

— — —
Na condição de oficial-médico do Exército, julgo que não poderia deixar de dirigir-me de maneira toda especial ao Chefe do Serviço a que pertenço, pelo que él representa para todos nós, médicos, farmacêuticos e dentistas do Exército — o Exmo. Sr. Gen. Div. Médico Dr. Olivio Vieira Filho — este notável médico militar e renomado especialista, que com tanto acerto e dedicação vem dirigindo os altos destinos do Serviço de Saúde do Exército, para dizer o quanto agradeço a Sua Excel. por ter vindo honrar e dar prazer, trazendo, com sua presença, o prestígio do Chefe insigne e o afeto do amigo ilustre.

Nesta noite para mim tão significativa, creio poder contar também com vossa benevolência, de sorte a deixar-me levar pelo sentimento e pela emoção e volver meu pensamento para aqueles que tanto representam em minha vida: os meus entes queridos.

Meu pai!

Levado há anos de nosso convívio.

Engenheiro civil, professor de matemática de vários estabelecimentos, entre êles o Ginásio Amazonense Pedro II e a Escola Normal, Diretor do Serviço de Águas e Esgotos, do Serviço de Telefones e dos Serviços Técnicos da Cidade de Manaus, meu torrão natal, uma pérola engastada no meio do fabuloso Inferno Verde.

Cresci vendo nêle, não apenas o homem bem situado e influente, de quem todos procuravam aproximar-se ou ficar amigos, mas o ser humano que, acima de tudo, amava seus semelhantes.

Acostumei-me a ver, desde pequenino, os pobres e necessitados baterem à nossa porta pedindo sua interferência para que não lhes cortassem

e água ou mesmo solicitando seu auxílio e influência para a solução de seus problemas e dificuldades.

Jamais o vi humilhar alguém. A todos atendia com paciência e atenção e não foram poucas as vezes em que o encontrei com lágrimas nos olhos, sensibilizado pelo infortúnio alheio.

Era a bondade personificada.

Sempre se manteve com sua capacidade de trabalho, sua eficiência e dedicação, e com sua dignidade.

Para os amigos sempre foi o mesmo, quer eles estivessem em evidência ou no ostracismo.

Por causa disso tudo, embora tenha visto passarem muitos governos, sempre permaneceu à frente dos Serviços que ocupava.

Com exemplos ou conselhos despertou minha atenção para o que há de belo na vida, ou sejam, as forças morais, que só criam e edificam: a vontade e a energia, o entusiasmo e o trabalho, a simpatia, a solidariedade e a bondade, a justiça e o dever, a dignidade e o mérito, a verdade, a moral e a fé, o patriotismo...

Para ele foi motivo de imenso júbilo o saber que eu estava formado em Medicina e uma honra quando me viu envergando a farda de oficial médico do Exército.

Jamais deixou de acreditar em Deus e sempre amou à Pátria com todas as forças de seu coração.

Eramos dois grandes amigos, firmemente ligados pelo sentimento, tão grande o amor paterno e não menor o amor filial.

Infelizmente, um dia veio a adoecer gravemente e apesar de todos os esforços e da dedicação do mais experiente e competente dos clínicos da cidade, o Dr. Adriano Jorge, a quem todos respeitavam por seu saber e sua solicitude, de seus assistentes e de mim, seu filho e também médico, a morte sobrepujou a vida.

Nesse dia, tão doloroso para nós, encerrou-se o expediente em todas as repartições públicas e foi decretado luto oficial.

As exéquias ficaram a cargo do Governo e a elas compareceu o que havia de mais representativo em meu Estado, mas, do que guardo como viva lembrança até hoje, foi da multidão de humildes que esteve presente para prestar-lhe a derradeira homenagem e apresentar-lhe o último agradecimento, a ele, que em tempo algum lhes faltou, não apenas com a caridade, mas também com o respeito que é devido às criaturas humanas.

Não deixou bens materiais. Pensava mais nos outros, que nêle próprio e, quanto a nós, nunca pensou em nos deixar tão cedo, como jamais imaginamos um dia ficar sem ele. A sua felicidade era a nossa, como a nossa era a dele. Contudo, legou-nos seus exemplos, que são um precioso tesouro para nós.

Mas não só isto, ao despedir-se de mim, minha mãe, minha esposa e minha filha, prometeu que não nos abandonaria e, na verdade, sempre

o senti desde então a compartilhar de minhas dúvidas e certezas, de minhas tristezas e alegrias, de minhas derrotas e vitórias...

E hoje, neste dia de festas, neste justo momento, decorridos cerca de vinte e cinco anos, posso sentir sua respiração e o bater de seu coração tão junto a mim, vibrando de satisfação e alegria, que transfiro para ele, numa prova de veneração e num preito de gratidão e saudade, a riqueza das glórias desta noite sublime e majestosa.

Minha mãe e minha esposa!

Jamais encontrarei palavras capazes de permitir avaliar o quanto lhes devo e traduzir o quanto representam para mim.

Para elas minha gratidão, meu afeto e meu amor. E para elas também a outra metade das glórias desta noite.

Minha filha e meu filho!

Duas razões de ser de minha existência.

Para um e outro desejo um mundo de felicidades.

Meu genro e minha netinha!

Respectivamente, minha nova amizade e meu mais recente amor.

Para ambos também o mesmo mundo de felicidades que para os meus filhos eu desejo.

Senhores.

Honra-me, significa-me e apraz-me sobremaneira a vossa amizade.

Sois, indiscutivelmente, os principais responsáveis pela imponência e grandiosidade desta noite.

Fôstes generosos vindo emprestar magnificência a esta solenidade.

Senhoras.

Sem a vossa presença esta festa seria como uma noite na qual não brilhassem as estréllas que embelezam o firmamento ou um jardim desprovido do encanto e fragrância das flores.

Destes uma prova de nímia gentileza vindo adorná-la com beleza, graça e distinção.

Srs. Acadêmicos.

Encontra-se aqui presente um cavaleiro que, tendo chegado há certo tempo e depois de algum falar, entretanto ainda não vos disse ao que veio.

Diante de todos vós, que estais protegidos por tão brilhantes e poderosas armaduras, quais sejam as de vossa fulgurante inteligência e vasta cultura, e que apresentais tão imponentes e majestosas insignias, a assinalar a posição de real destaque que pelos vossos méritos e vitórias justamente desfrutais em nosso meio científico e na nossa sociedade, devo declarar que, mesmo não trazendo aquelas tão brilhantes e poderosas, nem estas tão imponentes e majestosas, me tranquiliza a convicção de vir imbuído do firme propósito e da decidida vontade de convosco pelejar em prol do constante progresso e engrandecimento desta cada vez mais conceituada Academia.

As minhas armas são as de um cavaleiro a serviço da Microbiologia e da Saúde Pública.

Microbiologia, que sempre me atraiu, porque cuida de um mundo de plantas e animais tão pequeninos que milhões deles podem ser encontrados numa gota d'água e milhares cabem numa cabeça de alfinete, um mundo de minúsculas mas poderosas criaturas, tão poderosas que podem aniquilar o homem, corroer suas forças e despojá-lo de seu potencial económico, enfim, ocasionar incalculáveis prejuízos e sofrimentos para a humanidade.

Esta ciência de um singular universo onde, afortunadamente, ao lado dos prejudiciais, sempre existiram os microorganismos úteis e indispensáveis: os que nos beneficiam tomando parte preponderante em inúmeros processos industriais e, destacadamente, aquelas bactérias tão despercebidas quanto imprescindíveis, que atacam a matéria orgânica das plantas e animais mortos, a qual se acumulando nos afogaria, se elas, com seus incríveis sistemas enzimáticos, decompondo substâncias complexas, como os carboidratos, proteínas e gorduras, não as transformassem em compostos simples ou elementos químicos, a servir de novo alimento para novas plantas e, consequentemente, para outros animais.

Este ramo dos conhecimentos humanos, de uma multidão de seres vivos microscópicos, dotados de um poderio imenso, mas que, eles mesmos, para felicidade nossa, nos têm fornecido muitas das armas com que temos podido controlá-los ou destruí-los, tais como antibióticos, deles extraídos, os soros e vacinas, com eles produzidos, e vários outros produtos biológicos.

Saúde Pública, que sempre me apaixonou, porque trata da saúde das coletividades humanas, encarada esta, hoje, no seu mais amplo e acertado conceito de "completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença."

Esta ciência de assuntos tão complexos e campo tão vasto, em relação à qual me permito, neste momento, ressaltar apenas um aspecto de magna significação e atualidade: refiro-me ao crescente reconhecimento da importância das inversões em saúde para o desenvolvimento económico.

Propositadamente o escolhi, porque ele denota uma evolução sumamente auspíciosa para todos aqueles que se preocupam com a solução dos problemas de saúde das coletividades, pois, sem o concurso do capital, aquela arrastaria ou estes dificilmente poderiam ser resolvidos.

É fato indiscutível que, até muito recentemente, não se dava maior importância ao valor da contribuição da saúde pública para o desenvolvimento.

Muitas fábricas tiveram perdas económicas devido a acidentes de trabalho, casos de invalidez e mortes prematuras, as quais, em sua quase totalidade, poderiam ser sido evitadas mediante programas eficientes de Higiene e de Medicina Preventiva, Social e do Trabalho, com vantagens económicas evidentes para as empresas.

São inúmeros os exemplos de amplos empreendimentos que resultaram em grandes prejuízos, senão fracassos totais, por não terem sido apoiados no conhecimento da importância da saúde para o progresso.

Hoje, no entanto, embora ainda persistam, de certo modo, dúvidas quanto à grandeza de seus efeitos económicos, já não é mais possível negar o papel das inversões em saúde em benefício da produção.

A queda da mortalidade, que desfalca a mão de obra, e, especialmente, o decréscimo da morbidade, que reduz as horas de trabalho, são efeitos indiscutíveis dos investimentos em saúde pública, que concorrem para o aumento da produtividade.

Em nossos dias, tanto no âmbito privado ou público, como no nacional ou internacional, é cada vez maior o reconhecimento da necessidade de se aplicarem maiores recursos em favor da saúde, pois as inversões que a atendem melhoram os recursos humanos, que constituem, juntamente com os recursos naturais e o capital, os três principais fatores do desenvolvimento.

A saúde, agora mais do que antes, é considerada uma variável do sistema económico.

Na qualidade de cavaleiro a serviço destas duas ciências, idealizei uma Academia Brasileira de Medicina Militar cada vez mais atuante, a aproveitar ainda mais os exponenciais valores que a compõem, a promover a organização de comissões de estudos sobre assuntos do mais alto interesse em Microbiologia e Saúde Pública, de sorte que venham a ser estabelecidas diretrizes, normas e regras de ação e conduta em relação àqueles, numa indiscutível, proveitosa e efetiva colaboração com as autoridades sanitárias e públicas de nosso País.

Lembro, desde logo, o assunto das vacinações que não se constituem na principal medida de profilaxia, como é o caso da vacinação antitifóidica, a exigir normas orientadoras e controladoras de sua indicação, a fim de que sua prática indiscriminada, especialmente nas campanhas em massa, não venha ocasionar resultados discutíveis e anti-económicos.

Eis como concebo a guerra santa que devemos encetar, num exemplo de luta contra a inércia e o desânimo, a indiferença e o comodismo, a descrença e o ceticismo,, num esforço a mais por uma Pátria cada vez mais poderosa, engrandecida e enobrecida perante as outras nações.

— — —

Minhas Senhoras.

Meus Senhores.

Não seria justo exigir mais de vossa bondade e atenção.

Gostaria, neste final, de compor um hino para expressar-vos todo o meu reconhecimento.

Faltam-me, contudo, qualidades para tanto.

Aceitai, então, com os meus melhores agradecimentos, o que vos devo oferecer: o penhor de minha eterna gratidão.

DESENVOLVIMENTO CONTÍNUO DA MEDICINA MILITAR

Gen. Div. Dr. OLIVIO VIEIRA FILHO

Grata foi a incumbência de presidir a 2.^a Reunião de Medicina do Exército e é motivo de grande satisfação dirigir a palavra a um auditório tão seletivo no seu encerramento.

Esta reunião foi grandemente estimulada pela ativa participação e eficiente contribuição dos Snrs. Conferencistas, com temas construtivos e de grande valor profissional.

Tenho a certeza de que falo em nome de todos, como também em meu próprio, manifestando nosso profundo agradecimento ao Brigadeiro Majella Bijos e aos que colaboraram em planejar, organizar e conduzir tão acertada e proveitosa reunião.

Este conclave, pelo valor moral e intelectual de seus participantes, figuras exponenciais da vida pública e científica do País, pelo alcance doutrinário e social das teses ventiladas em função, naturalmente, dos novos e angustiantes problemas propostos, culminou pela objetividade, cumprindo, assim, todos os seus desígnios.

Os assuntos apresentados, sem exceção, vieram trazer à Medicina Militar uma contribuição de alto valor e representarão para os Serviços de Saúde um repositório de ensinamentos, uma contribuição ao desenvolvimento cultural e social dos mesmos.

Sem dúvida, a realização dessas reuniões constituem momento de maior importância nos anais desta Academia, principalmente pela troca de idéias e de experiência entre profissionais de elite, estabelecendo uma base segura para o progresso e desenvolvimento contínuo da Medicina Militar.

Deve-se, ainda, levar a conta de seu ativo os benefícios que de sua organização decorrem para o estreitamento dos elos que unem, e devem unir cada vez mais, os profissionais da medicina no Brasil.

No ritual de consagrações que, nesta semana do Exército, confraterniza os brasileiros, o sugestivo programa que a Academia elaborou assinala, ainda, a investidura, na condição de Membro Titular da mesma, do Cel. Hypparco Ferreira, destacada figura do Quadro de Oficiais Médicos do Exército, uma dos melhores exemplos que conheço de integração na pro-

fissão médico-militar, de atributos e virtudes raras, justamente louvado nesta noite.

Esta sessão fecha, pois, com chave de ouro um acontecimento bem sucedido na História da Medicina Militar do Brasil.

Honrado pela distinção que me foi conferida, de encerrar esta sugestiva reunião, quero expressar os agradecimentos:

Aos Snrs. Acadêmicos e a todos que com sua presença vieram abrillantar esta solenidade, trazendo-nos valioso estímulo e o calor de seus aplausos: Muito obrigado!

Está encerrada a sessão.



O Presidente da A. B. M. M. saúda o Exmo. Sr. Ministro da Marinha, no momento em que lhe entrega o diploma da II Reunião Médica do Exército.



A mesa que preside os trabalhos do Simpósio realizado no HCM, vendo-se os Brig. Bijos, Prof. Antonio Padilha e Contra-Almte. Dr. Renato Martins Antar.

RESUMO DO "SIMPÓSIO SÔBRE: DISTOPIAS TESTICULARES

DISTOPIA TESTICULAR

1) Conceito, Etiologia, Semiologia — Dr. RUBEM DE ANDRADE ARRUDA. Distopia testicular significa a situação anômala do testículo, englobando:

- a) Criptorquia — situação anômala do testículo, por detenção em sua migração normal;
- b) Ectopia testicular — situação anômala do testículo, fora do trajeto normal de sua migração; e
- c) Testículo migratório — é o testículo que sai de sua posição normal na bôlha escrotal, por ações fisiológicas, podendo ser reconduzido por manipulação adequada.

A etiologia não é muito clara, admitindo-se: a) causas homolomais; b) por defeitos da gônada; e c) por causas mecânicas.

A semiologia depende essencialmente do exame físico, encontrando-se dados locais, endócrinos e psicológicos.

2) Anatomia Patológica — Dr. GERALDO MOACYR FORTES DE AZEVEDO. O testículo normalmente situado e o distópico não apresentam alterações anátomo-histológicas que os diferenciam. Após esta idade os testículos situados fora da bôlha escrotal passam a apresentar lesões progressivas das células espermatoxênicas, com irreparável fibrose e atrofia. Admite-se que na puberdade estas lesões já determinam a esterilidade destes testículos.

3) Tratamento clínico — Dr. EDUARDO DE MENDONÇA E SILVA. O tratamento hormonal pode ser empregado sob a forma de gonadotropina coriônica, em séries de 500 UI, 3 vezes por semana, não ultrapassando 15.000 UI no total. Provoca o aumento de volume do testículo e seu cordão, o que facilitaria a cirurgia, e faria descer os testículos migratórios. Doses elevadas podem lesar o testículo distópico e também o normalmente situado.

4) Tratamento cirúrgico — Dr. STEPHENSON MATTOES. O tratamento cirúrgico, com técnica adequada, é indicado nas ectopias tes-

ticulares, e nas criptorquias, na idade de 5 anos, antes disso se houver outra ocorrência que indique a cirurgia, como hérnia, por exemplo, depois de 5 anos na época em que foram apresentados ao médico.

Utiliza-se da técnica de Bevan, com variações ditadas pela tática cirúrgica, cuidado especial para não lesar os vasos do cordão e o canal deferente.

5) Resultados terapêuticos — Dr. EDWARD KANÔ.

A avaliação dos resultados do tratamento são difíceis, pois sómente após vários anos se pode avaliar se o testículo é de função normal quanto à fertilidade, e os pacientes, se encontrados, não cooperam em se submeter ao espermograma e biópsia do testículo. Entretanto a experiência tem mostrado que os testículos distópicos operados precocemente, por técnica adequada, atingem desenvolvimento normal em percentagem elevada. O tratamento hormonal só faz descer aqueles que desceriam independentemente deste tratamento.

A malignização é rara, mas deve ser considerada, por ser mais frequente nos testículos distópicos.

6) Conclusões: — Dr. MIGUEL DE SIERVI

A — A distopia testicular após os 5 anos do paciente leva a progressiva e irreversível lesão em suas células espermatoxênicas com esterilidade consequente.

B — Todos os pacientes portadores de distopia testicular devem ser encaminhados à cirurgia.

C — O tratamento hormonal não será utilizado.

D — Os pacientes portadores de ectopia testicular e criptorquia, serão operados aos 5 anos, ou qualquer idade, se depois dos 5 anos. Os pacientes portadores de outra afecção que indique cirurgia, hérnia por exemplo, serão operados antes dos 5 anos, quando necessário. Os portadores de testículo migratório serão operados se estes testículos permanecerem a maior parte do tempo fora da bôlha escrotal.

F — A cirurgia será efetuada por cirurgião experiente, conhecendo a anatomia, a fisiologia e a técnica para a orquiopexia.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRICIONISTAS **Seminário Novos Rumos da Nutrição**

26 a 31 de agosto de 1968
Rio de Janeiro — GB

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O grupo de trabalho, responsável pelas conclusões e recomendações do Seminário, NOVOS RUMOS DA NUTRIÇÃO, promovida pela Associação Brasileira de Nutricionistas e realizado de 26 a 31 de agosto de 1968, chegou às seguintes

CONCLUSÕES

1. — As Escolas de Nutrição devem atender aos anseios dos Nutricionistas, alunos e maioria dos seus professores, reformulando a sua orientação didática, procurando acompanhar a reforma universitária que ora se realiza no país e adaptando os seus programas à sua função básica — ensino e pesquisa — para a melhor formação de profissionais aptos a exercerem papel de destaque na comunidade.

2. — O hospital integrado, bem como outros serviços de saúde, para melhor servirem à comunidade a que pertencem, deverão ter os seguintes objetivos básicos já preconizados: promoção, proteção específica, diagnóstico e tratamento oportunos, e, reabilitação da saúde.

3. — As instituições oficiais e particulares que mantêm Serviços de Alimentação devem aprimorar o contrôle técnico-econômico deste setor, fator indispensável para a melhor aplicação do capital empregado no suprimento da própria instituição.

4. — O Código de Ética Profissional de Nutricionistas é o instrumento ideal para conservar a segura formação moral do Nutricionista nas suas atividades profissionais.

5. — Há vários fatores que influem sobre a qualidade dos alimentos e preparações culinárias conservadas pelo método de supergelados, tendo em vista a sua aplicabilidade em situações diversas.

RECOMENDAÇÕES — ENSINO E PESQUISA

1. — Que as Escolas de Nutrição reconheçam a necessidade da reformulação dos seus currículos, sem a qual estará comprometida a adequada formação profissional do nutricionista, para atender as peculiaridades do seu campo de atividades, já delineados pela Lei n.º 5.276/67, referente a regulamentação da profissão.

2. — Que as Escolas de Nutrição orientem os seus alunos para os trabalhos de pesquisa em laboratórios e na avaliação do estado nutricional, em todas as suas modalidades, cumprindo sua função básica que é o desenvolvimento do ensino, através da pesquisa, fator preponderante na formação de profissionais aptos para exercerem um papel de destaque na comunidade.

3. — Que as Escolas de Nutrição promovam e realizem, justamente com as Associações de Nutricionistas, um intercâmbio cultural e científico, através de seminários e outros tipos de reuniões, com a finalidade de atenderem às necessidades cada vez mais crescentes na formação do nutricionista, que nos seus cursos de graduação como nos de pós-graduação, em diferentes especializações, a fim de que as unidades docentes contém com pessoal próprio especializado.

4. — Que as Escolas de Nutrição reconheçam a necessidade da participação efetiva do nutricionista no seu corpo docente, ministrando as disciplinas comprovadamente profissionais (item IV, art. 5, da Lei 5.276/67) ou sejam: Administração de Serviços de Alimentação, Dietética, Técnica Dietética e Culinária Aplicada, Pedagogia Aplicada e Inquéritos de Nutrição.

EDUCAÇÃO

1. — Que o governo intensifique os programas de nutrição aplicada para a melhoria dos níveis de saúde da população, através da correta integração dos órgãos dos Ministérios da Saúde, da Educação e Cultura, da Agricultura, e participação dos Institutos de Nutrição.

2. — Que os Programas Integrados de Nutrição Aplicada (PINA), sejam coordenados e supervisionados por uma equipe especializada, reunindo os esforços de técnicos de diversos assuntos para o combate ao problema da desnutrição, onde o nutricionista deve desempenhar papel fundamental nas atividades de nutrição e alimentação, seja a nível nacional, regional e/ou local.

3. — Que a Educação Nutricional seja progressiva e permanente, para todos os grupos da comunidade, através dos serviços de saúde, educação e extensão rural pelos órgãos comunais.

4. — Que se considere de primordial importância no desenvolvimento dos programas de educação nutricional, a interrelação que deve existir

entre os objetivos, métodos e meios educativos, participação da comunidade, avaliação dos programas e adestramento do pessoal auxiliar.

5. — Que o Ministério da Educação e Cultura reconheça a importância do ensino da nutrição, integrando os seus conceitos nos currículos das escolas primárias, secundárias e normais.

SAÚDE

1. — Que o Ministério da Saúde, o INPS, e as Secretarias de Saúde Estaduais, nos seus planos de saúde, reconheçam que a nutrição é indispensável para a melhoria do bem estar da população, seja ela urbana ou rural.

2. — Que a Comissão Nacional de Alimentação juntamente com a Associação Brasileira de Nutricionistas, realizem um estudo dos recursos da demanda real e potencial de nutricionistas para os programas integrados tanto nos serviços de saúde como no de outras instituições.

3. — Que a formação do nutricionista através das Escolas de Nutrição, face ao desenvolvimento da política nacional de saúde, uma das vidas mestras de infra-estrutura nacional, seja orientada no sentido de atender à execução dos programas de saúde.

4. — Que a Escola Nacional de Saúde Pública considere a sua orientação fazendo incluir, para o ano de 1969, entre os profissionais com direito a ingressar no seu curso de Mestrado em Saúde Pública, o nutricionista, preparando-o assim, para execução dos programas de Saúde Pública, ao lado dos demais profissionais que com ele já militam nesse campo eminentemente social.

HOSPITAIS

1. — Que NUTRIÇÃO e DIETÉTICA seja a denominação do serviço que, por sua complexidade e importância, tem por finalidade não sómente o preparo dos alimentos, mas a sua ação terapêutica na patologia humana e a responsabilidade de ensino e pesquisa nos seus diferentes ângulos.

2. — Que as instituições governamentais e particulares, reconheçam as vantagens da instalação do serviço de alimentação, e mantenham, na sua chefia, um nutricionista para planejar e orientar técnico-cientificamente o serviço, resultando, daí, uma melhor promoção da instituição, através de adequada e econômica alimentação de seus funcionários, ora orientada por leigos.

3. — Que o hospital integrado e Institutos de Puericultura, para bem cumprirem a sua função social, devem alcançar, além dos seus pacientes e equipe de trabalho, a própria comunidade a que pertencem promovendo

e preservando a saúde dos grupos humanos, através de suas atividades de educação nutricional.

4. — Que o Ministério de Saúde, o INPS, as Secretarias de Saúde e as Universidades Federais, façam cumprir a Lei 5.276/67, no item II do art. 5, que dispõe ser "atividade a ser exercida privativamente pelos nutricionistas", a organização e chefia dos serviços de alimentação.

GERAIS

1. — Que a Associação Brasileira de Nutricionistas continue divulgando o Código de Ética Profissional do Nutricionista, não sómente entre esses profissionais, mas também, no seio das Escolas de Nutrição, para conscientizar os alunos dos seus futuros deveres com a pessoa humana, a comunidade, a instituição onde trabalha e com a classe profissional.

2. — Que a introdução dos alimentos supergelados nos Serviços de Alimentação de coletividades deve ser gradativa, e, na medida em que houver indicação exata de seu uso, especialmente, no delicado campo da Dietoterapia.



Aspecto parcial da assistência aos atos de comemorações do «Dia do Médico» no Hospital Central da Marinha quando ali estava o Diretor do H. C. E. Gen. Galeno Penha Franco.



A sessão de encerramento da II Reunião de Medicina do Exército, presidida pelo Gen. de Div. Dr. Olivio Vieira Filho que discursou teve inusitada frequência. — No mesmo ato tomou posse o novo titular Acad. Dr. Hyparco Ferreira que é visto prestando o juramento, recebendo a medalha acadêmica, proferindo sua oração de agradecimento às palavras do seu paraninfo, Marechal Dr. Marques Porto, por motivo de doença representado pelo Brigadeiro Majella Bijos, e, ante a numerosa assistência parcialmente vista sob aplausos muitos das mãos da senhora Dr. Renato Cortes, filha do Marechal Marques Porto, recebe seu diploma.



Na Embaixada da Espanha o Ten. Brig. Martinho Cândido dos Santos e o



Brig. Gerardo Majella Bijos recebem condecorações do governo Espanhol.



Aspecto do I Congresso Brasileiro de Medicina Legal vendo-se o Brig. Ge-



rardo Majella Bijos, discursando no ato inaugural e parte da seleta assistência



Estão nas fotos, em sequência o Embaixador da Espanha entre os agraciados Brigadeiros Bijos e Martinho Cândido dos Santos, Senhor Vilarino e um Padre espanhol. Atos de condecoração. O condecorado ladeado pelo Presidente do

Conselho Federal de Medicina e pelo Marquês de Vilaverde, cirurgião espanhol. Em conversa com a senhorita Marquês de Vilaverde, neta do generalíssimo Franco.

PODERES DA ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR (1967-1969)

DIRETORIA

PRESIDENTE: Brigadeiro Gerardo Majella Bijos
1º VICE-PRESIDENTE: Gen. o/ Div. Dr. Olivio Vieira Filho
2º VICE-PRESIDENTE: Vice-Alm. Dr. Geraldo Barroso
SECRETARIO-GERAL: Ten. Brig. Dr. Oriovaldo Benites de Carvalho Lima.
1º SECRETARIO: Gen. de Brig. Dr. João Maliceski Junior
2º SECRETARIO: Contra-Alm. Dr. Renato Campos Martins
1º TESOUREIRO: Major Dr. Welvul Cunha
2º TESOUREIRO: Ten. Cel. Dr. Rubem Romar Fernandes
ORADOR: Gen. de Div. Dr. Luiz Paulino de Mello
BIBLIOTECARIO: Cap. de Frag. Dr. Ernani Victorino Aboim Silva

PRESIDENTES DE SEÇÕES: —

MEDICINA: Gen. de Brig. Dr. Alvaro Menezes Paes
CIRURGIA: Prof. Dr. Savino Gasparini Filho
ESPECIALIDADES: Prof. Dr. Jorge Sampaio de Marsillac Motta
FARMACIA: Ten. Cel. Dr. Weaver Morais e Barros
ODONTOLOGIA: Maj. Dr. Antonio Alex Marques Osthoff

TOMISSAO DE INTERCAMBIO CULTURAL: Professor Doutor Alberto de Souza Oliveira General de Exército Dr. Arthur Luiz Augusto de Alcântara, Gen. de Div. Dr. Carlos de Paiva Gonçalves, Prof. Dr. Cristovão Xavier Lopes, Brig. Dr. Georges Guimarães, Brig. Dr. Harvey Ribeiro de Souza, Cap. de Frag. Dr. João Batista Telles do Aragão, Prof. Dr. Moacyr Alves Santos Silva, Capitão de Fragata Doutor Murillo Côrtes Drummond, Coronel Doutor Nilson Nogueira da Silva General de Divisão Doutor Olyntho Luna Freire do Pilar, e Cel. Dr. Ruben do Nascimento Paiva.

CONSELHO CONSULTIVO

PRESIDENTE: Mr. Dr. Emmanuel Marques Pôrto

MEMBROS: Maj. Brig. Dr. Geraldo Cesário Alvim, Gen. de Div. Dr. Américo Pereira, Gen. de Div. Dr. Epaminondas Vieira Peixoto, Cel. Dr. Galeno da Penha Franco, Cel. Dr. Geraldo Francisco Maldonado, Prof. Dr. I. de Lyra Neves Manta, Prof. Dr. Jorge Saldanha Bandeira de Mello, Alm. Dr. Moacyr Mirabeau de Carvalho Soares, Prof. Dr. Rubem da Costa Leite Amarante.

II REUNIÃO DE MEDICINA DO EXÉRCITO

PRESIDENTE: Gen. de Div. Dr. Olivio Vieira Filho

COORDENADOR: Gen. Dr. Galeno Penha Franco e Cel. Dr. Nilson Nogueira da Silva

Entrada principal do Hospital Central do Exército (1870-1968), onde em 8-12-1941 foi fundada a Academia Brasileira de Medicina Militar e sede das "I e II Reuniões de Medicina do Exército (agosto de 1966 e 1968)

