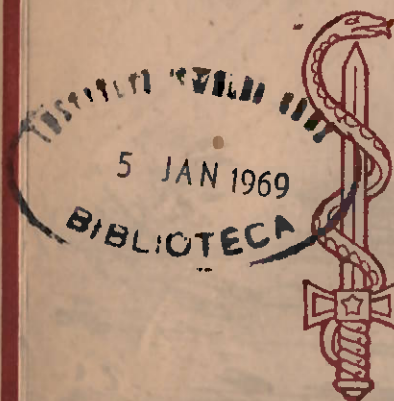


Anais

DO HOSPITAL
CENTRAL
DO EXÉRCITO

R 2140
4.3: F6 6

V. 11



N. 11

22-3-1890

77° da Criação

20-6-1902

65° da Instalação

1912

**RELAÇÃO DOS DIRETORES EFETIVOS DO HOSPITAL
CENTRAL DO EXÉRCITO DESDE 1890 (FUNDAÇÃO)
ATÉ A PRESENTE DATA**

1. — Cel Dr Antônio Pereira da Silva Guimarães — de 16-4-1890 a 3-9-1890;
2. — Cel Dr José Porfírio de Melo Matos — de 3-9-1890 a 19-9-1898;
3. — Ten Cel Dr Flávio Augusto Falcão — de 19-11-1898 a 20-5-1903;
4. — Ten Cel Dr Raimundo de Castro — de 27-5-1903 a 1-4-1904;
5. — Ten Cel Dr José de Miranda Cúrio — de 9-4-1904 a 26-12-1904;
6. — Ten Cel Dr Ismael da Rocha — de 26-12-1904 a 1-4-1908;
7. — Ten Cel Dr Antônio Ferreira do Amaral — de 10-5-1909 a 31-12-1914;
8. — Ten Cel Dr Manuel Pedro Vieira — de 2-1-1915 a 14-12-1918;
9. — Cel Dr Virgílio Tourinho Bitencourt — de 14-12-1918 a 15-7-1920;
10. — Cel Dr José de Araujo Aragão Bulcão — de 15-7-1920 a 16-11-1922;
11. — Cel Dr Antônio Nunes Bueno do Prado — de 16-12-1922 a 2-5-1923;
12. — Cel Dr Sebastião Ivo Soares — de 16-7-1923 a 15-10-1924;
13. — Cel Dr Alvaro Tourinho — de 15-10-1924 a 11-4-1929;

ANAI S DO H. C. E.

14. — Cel Dr Manuel Petrarca de Mesquita — de 11-4-1929 a 24-1-1935;
15. — Cel Dr Antônio Alves Cerqueira — de 11-2-1935 a 24-6-1936;
16. — Cel Dr José Acilino de Lima — de 29-6-1936 a 12-6-1941;
17. — Cel Dr Florêncio Carlos de Abreu Pereira — de 7-11-1941
18. — Cel Med Dr Humberto Martins de Mello — de 24-1-46 a 15-7-46;
19. — Gen Med Dr Alfredo Issler Vieira — de 15-7-46 a 18-11-49;
20. — Gen Med Dr Achilles Paulo Gallotti — de 30-11-49 a 11-11-51;
21. — Gen Med Dr Olarico Xavier Airoza — de 7-10-52 a 10-8-53;
22. — Gen Med Dr Arthur Luiz Augusto de Alcantra — de 12-11-51 a 30-9-52;
23. — Gen Med Dr Generoso de Oliveira Ponce — de 18-3-59 a 1-4-60;
24. — Gen Med Dr Olivio Vieira Filho — de 4-4-60 a 15-4-63;
25. — Gen Med Dr João Maliceski Junior — de 7-5-63 a 3-12-65;
26. — Gen Med Dr Alvaro Menezes Paes — de 20-1-66 a 12-4-66;
27. — Cel Med Dr Galeno da Penha Franco — de 7-7-1966 (atual diretor).

ANAI S DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

ANO XI	1967	N.º 11
--------	------	--------

SUMÁRIO

— HOMENAGENS	
— NOSSA EXPERIÊNCIA COM UM DERIVADO INRI- NOSBILÊNICO NAS MANIFESTAÇÕES CRÍTICAS E INTERCRÍTICAS DAS ALTERAÇÕES DO LOBO TEM- PORAL — Dr J. L. Campinho Pereira, Maj Med do Exército	7
— PSICOTERAPIA PROFUNDA E LIBERDADE — Dr J L Campinho Pereira, Maj Med do Exército	17
— OBSERVAÇÃO CLÍNICA COM UM NOVO ANTI TUS- SIGENO EM PEDIATRIA — Dr Humberto Maciel da Nóbrega — Cap Med do Exército	25
— PÉ TORTO VARO EQUÍNO SUPINADO CONGÊNI TO — Dr Luiz de Alencar, Maj Med do Exército	33
— ALIMENTAÇÃO NAS FÔRÇAS ARMADAS — Dr Ga- leno da Penha Franco, Cel Med do Exército	41
— COMENTÁRIOS ELEROCARDIOGRÁFICOS SOBRE UM INFARTO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM — Dr Nilson Nogueira da Silva, Cel Med do Exército	57
— SOBRE O RISCO CÁRDIO VASCULAR EM CIRURGIA E OBSTETRÍCIA — Dr Nilson Nogueira da Silva, Cel Med do Exército	61
— ESTATÍSTICA NO HCE - RELATÓRIO SUCINTO DO PERÍODO 1/12/66 a 31/2/67	65

— CENTRO DE ESTUDOS DO HCE	
— ATAS	99
— SESSÕES	169
— ESTÁGIO DE OFICIAL MÉDICO EQUATORIANO	107
— DIREÇÃO DO HCE — Cel Med Dr Galeno da Penha Franco	111
— HCE - 1966/1967 — MELHORAMENTOS EFETUADOS	113
— REAPARELHAMENTO ADMINISTRATIVO E TÉCNICO DO HCE — Ten Cel Art Sebastião Assis e Silva e Cap Rangel de Oliveira	117
— NEUROSIS DE CONVERSION — Dr Ricardo Freire Rivera	125
— SERVIÇO DE DOENÇAS VASCULARES — Dr Antonio Joaquim Monteiro da Silva	131
— NOTICIÁRIO	153
— DIVERSOS - HOMENAGEM DO HCE AO DIA DO SOLDADO	159
— 65º ANIVERSÁRIO DE INSTALAÇÃO DO HCE	161
— PESSOAL EM FUNÇÃO NO HCE	173
— SUMÁRIO DAS PUBLICAÇÕES FEITAS NOS ANAIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO	183



HOMENAGEM

Gen Div Med Dr OLÍVIO VIEIRA FILHO.

Ao serem reeditados os ANAIS do Hospital Central do Exército não poderia deixar de ser citada a personalidade máxima do atual Serviço de Saúde do Exército o Exmo Sr Gen Div Med Dr OLÍVIO VIEIRA FILHO, Diretor Geral de Saúde do Exército! Destacada figura da medicina brasileira e especialmente de medico-militar o Gen OLÍVIO firmou-se pela sua habilidade como otorinolaringologista e, principalmente, no meio militar onde há anos vem prestando seu serviço a essa vasta família. Entretanto é notório o conhecimento de sua pessoa não só pela atuação na especialidade como também pela simpatia que impõe a quantos dêle se aproximam e com êle mantêm relação. Tendo prestado relevantes serviços desde seu ingresso na vida militar, após um período marcante como médico de corpo de tropa, passou a atuar no Hospital Central do Exército onde galgou os últimos postos da hierarquia até chegar ao generalato de onde passou à Diretoria de Saúde até assumir a sua Direção Geral. Entretanto conservou sempre o contato com a sala de operações do serviço de otorinolaringologia do Hospital, além de sua atuação em entidades civis. Dessa maneira vamos encontrar o fato sui generis

e efetivamente raro da medicina militar, em que gerações se viram operadas pelo tenente, capitão, major, tenente coronel, coronel e finalmente o general de Saúde! A par dessa inédita demonstração de perseverança e dedicação à profissão, o Gen OLÍVIO vem desenvolvendo na Diretoria de Saúde, desde sua época como Diretor Técnico até a atual Direção Geral, uma série de medidas de transcendental valor para o Serviço de Saúde. O conceito firmado por êsse seu esforço vem merecendo das altas autoridades do Ministério do Exército e do Exmo Sr Ministro em particular o irrestrito apoio nos seus empreendimentos o que tem trazido nesses últimos anos um impulso de evidente destaque para os diversos setores de ação do Serviço de Saúde do Exército. Ao H C E distingue destacada atenção que muito tem contribuído para seu constante melhoramento que, em termos finais, proporciona aos militares e suas famílias a assistência médica aprimorada e atualizada que se coloca no alto grau dos demais congêneres de outras origens. É pois justo que ao reabrirmos essa nova fase dos Anais do HCE que nos dirijamos ao eminente chefe enaltecendo com razão sua atuação no mais alto cargo do Serviço e palavras de agradecimento do nosocômio onde prestou e continua a prestar relevantes serviços.

A black and white portrait of a middle-aged man with a receding hairline, wearing a military uniform with epaulettes and a tie. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a plain, light color.

Diretor Administrativo da Diretoria Geral de Saúde do Exército o Exmo Sr Gen Bda Med Dr JOÃO MALICESKI JUNIOR teve como última missão quando oficial superior a Direcção do Hospital Central do Exército.

Foi a coroação de uma preciosa bagagem de serviços prestados ao Serviço de Saúde do Exército desde o seu brilhante ingresso na Escola de Saúde. Desempenhou-se de maneira excepcional e em suas diversas missões fortificando com a sua atuação como instrutor de Es A O e seu desempenho na Força Expedicionária Brasileira. Hoje sendo um dos Diretores de Saúde, os Anais do HCE têm por obrigação dedicar-lhe estas linhas de agradecimento de quantos o tiveram como chefe e como exaltação de uma das mais destacadas figuras que têm ornado o Serviço de Saúde do Exército.

Ao Gen Dr Maliceski portanto, os nossos sinceros votos de perene felicidade.



HOMENAGEM

Gen Bda Med ALVARO MENEZES PAES.

É o atual Diretor Técnico de Saúde a quem o Hospital Central do Exército está diretamente subordinado.

É seu ex-diretor e sua passagem por este nosocômio foi mais uma de suas missões cumpridas com dedicação e operosidade que lhe caracterizaram a carreira como oficial subalterno e superior. Possuidor além do curso de Estado Maior, de cursos na América do Norte e na Escola Superior de Guerra, é também o Dr Menezes Paes um dos ex-combatentes da FEB a quem prestou preciosos serviços tal como demonstra as condecorações de recompensas de que é portador.

A frente da Diretoria Técnica de Saúde vem demonstrando ainda mais sua capacidade pela coordenação e orientação dos trabalhos que lhe são peculiares e que de certo elevarão bem alto a missão desse importante órgão diretor do Serviço de Saúde. Ao ensejo desta publicação de seus Anais, o H C E quer agradecer o incentivo de sua passagem pela Direção do Hospital e almejar-lhe os maiores votos de felicidades.

NOSSA EXPERIÊNCIA COM UM DERIVADO IMINOSTIL-
BÊNICO NAS MANIFESTAÇÕES CRÍTICAS E INTERCRÍ-
TICAS DAS ALTERAÇÕES DO LOBO TEMPORAL

J. L. Campinho Pereira (*)

★

RESUMO

O autor experimentou um derivado iminostilbênico em 64 pacientes com disritmia temporal, dos quais, 25 com crises psicomotoras, 17 com grande mal e 22 com anomalias focais temporais sem manifestações ictais definidas.

O novo preparado (Tegretol) determinou resultados excelentes em 18 dos 25 casos do primeiro grupo, em todos os 15 do segundo e em 13 do terceiro grupo.

★

A epilepsia temporal é, pela sua frequência e pelo polimorfismo dos seus aspectos clínicos, a mais discutida das variedades comiciais. Segundo H. Gastaut (1) representa mais da metade dos casos de epilepsia.

Descrita parcialmente em suas manifestações clínicas pelos mestres franceses da era pré-kraepeliana da psiquiatria, entre os quais assinala-se Herpin e Morel, antevista a localização do foco epileptógeno na face interna do lobo temporal pelo gênio de Hughings Jackson, teve nos méritos de Gibbs, Gibbs e Lennox a sua comprovação eletrencefalográfica, tão bem desenvolvida posteriormente pela escola canadense de Jasper e Penfield.

(*) Chefe do Gabinete de Eletrencefalografia e Supervisor Técnico do Serviço de Neuropsiquiatria do Exército — Professor de Psiquiatria e Higiene Mental da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Com H. Gastaut (2) dividimos as manifestações clínicas da epilepsia temporal em críticas e intercríticas. Denominamos com aquele mestre francês crises psicomotoras os paroxismos caracterizados por uma duração breve, não excedendo alguns minutos, com início e fim bruscos e constituídos por uma semiologia complexa comportando sintomas somáticos vegetativos e psíquicos associados a uma modificação da consciência e dos ritmos elétricos cerebrais. No que tange às crises psíquicas podem ser elas de três espécies, de acordo com Penfield (3): 1) — crises experienciais (alucinações psíquicas, "flash back"). — 2) crises interpretativas (ilusão psíquica, fenômeno de "déjà vu"). — 3) — crises amnésicas, automatismos (confusão psicomotora). Variedades imensas podemos ter de crises somáticas ou vegetativas. Os sintomas intercríticos podem ser contínuos ou transitórios, sobrevivendo no intervalo das crises de natureza somática, vegetativa ou psíquica. Excepcionalmente podem ser desordens neurológicas (hemiparesia, afasia, etc.); muito frequentemente temos transtornos vegetativos sensitivos (sensação de plenitude gástrica, dores abdominais, eretismo cardíaco, etc.), objeto de cogitações de clínicos diversos ou que, na atual febre psicanalista pregam o rótulo de neurótico ao paciente. — Mais importantes porém são os sintomas intercríticos psíquicos, ainda tão desprezados pelos psiquiatras como salienta o referido Gastaut (4) que nos informa terem 31% dos seus psicomotores sido rotulados como psicopatas não epiléticos. Entre esses sintomas psíquicos distinguimos uma hipoatividade e hipoexcitabilidade global tão bem evidenciadas à simples observação pela lentidão dos gestos, da palavra, da ideação, etc. e comprovadas inteiramente pelos testes psicológicos, particularmente pelo Rorschach. Essa lentidão e apatia é registrada por Gastaut (5) em 3/4 de pacientes com foco temporal e frequentemente associa-se à impulsividade, configurando a constituição gliscroide de Mme. Minkowska ou à enequética de Mauz.

Distúrbios do comportamento sexual são frequentíssimos, desde a insuficiência sexual global, observada por Gastaut e Collomb (6) em mais de 50% dos casos, às aberrações do instinto, salientando-se que em recente trabalho (7) encontramos anormalidades temporais em 60% de traçados realizados em um grupo de homossexuais. Não menos importantes são as distímias. A cólera é sintoma intercrítico encontrado em

50% de casos de Gastaut (8); frequentemente a ansiedade constitui o traço dominante intercrítico do epilético temporal. Estados paranóides, síndromes hipocondríacas, manifestações obsessivas não são incomuns.

Em crianças é freqüente a hiperatividade, com incidência muito grande de impulsividade, criando graves dificuldades escolares e domésticas.

As tentativas terapêuticas para a comicialidade temporal não oferecem até hoje resultados satisfatórios. Os barbituratos e as hidantoínas mostraram-se úteis em alguns casos de crises psicomotoras, mas na maioria dos comiciais com crises desse tipo foram totalmente ineficazes. A fenurona veio resolver o problema de alguns casos rebeldes àqueles medicamentos mas longe está ainda de ser um específico. Bons resultados temos obtido com a primidona; grandes esperanças trouxeram-nos as succinidas e mais recentemente a sultama. Restam-nos porém numerosos pacientes em que esses fármacos foram inúteis para debelar as crises e, de modo geral, podemos dizer que até agora praticamente encontra-se sem solução o problema das manifestações intercríticas. Tudo isso leva-nos a considerar como importante meta da neuropsiquiatria hodierna, o alargamento do arsenal terapêutico da comicialidade temporal.

Recentemente foi tentado, com êxito extraordinário como anti-comicial um derivado iminostilbênico. Trata-se do 5 — Carbamil 5H — Dibenzo (b, f) Azepina, aparentado quimicamente, portanto, com vários poderosos psiconaléticos. Ao contrário destes, de ação desincronizante cerebral, mostrou-se o novo derivado dizenzazepínico poderoso antiepilético, conforme demonstraram clinicamente, entre outros J. W. M. Jongmans nos Países Baixos; Tchicaloff e Pennetti, na Suíça; Hernandez-Peon, no México; Eric Davis, na Austrália, etc. Entre nós, Caruso Madalena (9) embora não aceitando que o novo medicamento tenha atingido as propriedades ideais da medicação anti-epiléptica e afirmando ser o mesmo de pouca ação sobre os estados intercríticos, particularmente nas distímias depressivas, conclui ser ele mais um poderoso agente a incorporar-se ao arsenal terapêutico medicamentoso do "morbus sacer". Tchicaloff e Pennetti (10) concluem por resultados muito bons da epilepsia temporal e

no grande mal, com ação psicotrópica excelente, manifestando-se por nítida melhora do comportamento afetivo e social. Jongmans (11) fala-nos no desaparecimento de PM em um caso, excelente ação anticonvulsiva e resultado muito favorável nas crises psicomotoras (10 em 24 casos) bem como da importância do efeito psicotrópico do medicamento. Em trabalho experimental, Hernandez-Peon (12) testou favoravelmente o medicamento nas manifestações produzidas por descargas induzidas por estimulação elétrica do complexo basolateral da amígdala, do hipocampo e da córtex motora. Davis (13) afirmou também o seu pronunciado efeito anticrítico e diz-nos que a sua principal propriedade é a ação extremamente favorável sobre a personalidade inter-crítica: disforia, irritabilidade excessiva, bradifrenia, salientando um resultado excelente obtido em uma criança retardada epilética. Todos os autores citados estão acordes sobre a excelente tolerância do medicamento, tanto em adultos como em crianças e a compatibilidade da associação do mesmo com os anticomiciais de uso corrente.

NOSSA EXPERIÊNCIA

Utilizamos o 5-Carbamil — 5H — dibenzo (b, f) Azepina sob a forma de comprimidos de 200 mg fornecidos pelo Laboratório Geigy com o nome comercial de Tegretol. A dose média por nós usada foi de 600 mg — 1 comprimido três vezes ao dia — dose habitualmente inicial igualmente para os pacientes hospitalizados. Em alguns casos chegamos a 800 mg e em um paciente a 1.200 mg (6 comprimidos diários). Nos pacientes ambulatorios particularmente na clínica infantil iniciamos com um máximo de 300 mg ($\frac{1}{2}$ comprimido 3 vezes ao dia) aumentando progressivamente até 600 mg. A dose mínima útil foi a de 200 mg usada em uma criança, dividida em duas doses de 100 mg ($\frac{1}{2}$ comprimido).

O critério de seleção utilizado por nós foi o eletrencefalográfico — existência de foco temporal, separando os nossos pacientes em três grupos:

A) — Pacientes com alterações temporais ao EEG e manifestações ictais de tipo psicomotor.

B) — Pacientes com alterações temporais em que crises generalizadas apresentam-se associadas às manifestações focais.

C) — Pacientes com EEG temporal sem manifestações ictais típicas, incluindo-se aqui no grupo de pacientes psiquiátricos rotulados como psicopatas ou neuróticos anteriormente, inclusive casos de distúrbios do comportamento infantil.

O número de pacientes observados foi de 64, dos quais 27 sob regime de hospitalização (Enfermaria B do S.N.P do Hospital Central do Exército) e os demais ambulatoriamente.

A distribuição por sexos foi a seguinte:

Homens: 49

Mulheres: 15

Em relação à idade:

0 — 8	4
9 — 16	9
17 — 24	31
25 — 32	10
33 — 40	4
41 — 48	3
49 — 56	2
57 — 64	1

O paciente mais jovem da série foi uma criança de 6 anos de idade e o mais velho uma paciente com 62;

No que tange aos grupos, os 64 pacientes distribuíram-se da seguinte forma:

Grupo A	25
Grupo B	17
Grupo C	22

Quanto à medicação anterior, 29 não haviam feito uso de qualquer terapêutica. Os 35 restantes estavam ou haviam feito uso sem êxito de drogas diversas. Todos os nossos pacientes usaram o Tegretol sem qualquer associação, fazendo-se a substituição gradativa do medicamento anterior pela nova droga em 18 pacientes que vinham em uso contínuo de anticomiciais. desses 18 pacientes 4 estavam em uso de barbitúrico isolado, 7 de associação hidantoína-barbitúrica, 3 de primidona, 2 de sultama, 1 de associação barbitúrico-hidantoína-fenurona e 1 de succinida. Outras drogas haviam sido testadas por esses pacientes e pelos restantes 17 que no momen-

to da experiência estavam sem qualquer terapêutica. Vários neurológicos e psicoanalíticos, bem como tranquilizantes menores haviam sido usados pelos pacientes sem resultados eficazes.

TOLERANCIA — EFEITOS COLATERAIS

Da nossa experiência concluímos pela tolerância excepcional da droga. Não tivemos nos 64 casos qualquer anormalidade ao hemograma; as funções renal e hepática ficaram inalteradas. Os efeitos colaterais observados foram raros e de importância reduzida. Em um único caso observamos após 15 dias de administração da droga em posologia de 600 mg (1 comprimido x 3) uma hipertrofia gengival idêntica à que observamos com as hidantoinas. Sensação vertiginosa foi referida por 3 pacientes nos primeiros dias de tratamento, cedendo com a continuação do mesmo. Sonolência e lassidão foram registradas por quatro pacientes, também transitórias, não exigindo redução da posologia. Náuseas no 2º dia de uso da droga foram registradas em um paciente, acarretando uma diminuição da dose, com o que não mais se repetiram. Um paciente apenas acusou secura da boca nas primeiras doses, também desaparecida com o prosseguimento do tratamento.

RESULTADOS TERAPÊUTICOS

Grupo A — O efeito sobre as crises psicomotoras foi surpreendente. Dos 25 pacientes com crises de diversos tipos, correspondentes às descargas temporais, obtivemos remissão total em 18, espaçamento das manifestações ictais em 4, fracasso em 3.

No que tange à personalidade intercrítica, a viscosidade, a estase afetiva, o bradipsiquismo e a perseveração sofreram melhoras acentuadas na quase totalidade dos pacientes, embora permanecesse em quase todos a impulsividade e a explosividade, exacerbações caracterológicas tão típicas da comicialidade temporal, distintas das verdadeiras crises pela não alteração da consciência. Em um dos pacientes sujeito a automatismos com relevante violência, remissas totalmente com a nova droga, esta modificou acentuadamente o psiquismo intercrítico gerando um quadro de matiz hipomaniaco, com aceleração notável do curso do pensamento, verborragia, hiperatividade geral e euforia, exigindo-nos redução da posologia e uso da clorpromazina.

Grupo B — Dos 17 pacientes com manifestações de GM associadas ao foco temporal foi excelente o resultado da nova droga. As crises generalizadas não se repetiram em 15 dos pacientes com a dose média de 600 mg diários de Tegretol. Dos dois fracassos, um deles com várias entradas em estado de Mal no Serviço, foi compensado com uso de primidona, o restante mostrou-se até agora rebelde a todas as tentativas terapêuticas.

Os 15 pacientes em que a ação anticonvulsivante da droga foi eficaz, tiveram melhorados alguns dos seus sintomas intercríticos. Como no grupo anterior, em grande maioria obtiveram melhora do bradipsiquismo, daquela hipoatividade característica, conseguindo-se em um paciente distímico, permanentemente angustiado, acentuada melhora das condições afetivas.

Grupo C — No presente grupo, no qual incluímos pacientes com alterações clínicas diversas sem manifestações ictais definidas e tendo em comum um traçado eletrencefalográfico com anomalias focais temporais, observamos 22 pacientes. Dêsses 22, registramos 5 casos de cefalalgia periódica, 3 de "neurose digestiva", 4 de "neurose cardíaca", uma síndrome paranóide e nove de condutopatias diversas, incluindo anormalidades do instinto sexual, distúrbios do comportamento escolar, toxicomanias, etc.

O Tegretol foi empregado isoladamente em todos os casos, na dose média de 600 mg, mínima de 200 mg e máxima de 800 mg. Obtivemos êxito extraordinário em dois casos de cefalalgia, fracasso em três. Três pacientes com manifestações digestivas crônicas beneficiaram-se com a droga, da mesma forma que os portadores de alterações circulatórias. Fracassou a tentativa no quadro paranóide. Um paciente com impotência informou-nos que normalizara totalmente a sua atividade sexual, êxito que não alcançamos em dois outros portadores de foco temporal com a mesma queixa. Não tivemos qualquer resultado em três homossexuais em que tentamos a droga, embora em um deles obtivéssemos notável melhora na adaptação social, com diminuição de uma agressividade relevante de que era portador. Um paciente rotulado como psicopata foi sujeito a diversos tratamentos anteriormente sem qualquer melhora de conduta. Tóxico dependente, agressivo, instável, mostrou acentuadas melhoras com o uso

de 600 mg de Tegretol. Em 2 pacientes infantis com alterações do comportamento escolar foi excelente o medicamento: um deles hiperativo, impulsivo, com inquietação permanente, levando os pais a mudá-lo de vários estabelecimentos escolares, mostrou-se acentuadamente bem ajustado com o uso da droga. O outro, bradipsíquico, pegajoso, deprimido, sujeito a explosões coléricas raras, apresenta-se hoje como excelente aluno, com o uso do medicamento, após fracassos sucessivos na escola.

CONTROLE ELETRECEFALOGRAFICO

— O controle eletrecefalográfico foi feito em 38 pacientes dos 64, registrando-se nos mesmos os seguintes resultados:

Grupo A: 16 pacientes.

Casos em que houve remissão das crises: 9 (nove).

Normalização do traçado: 1 (um)

Melhora do traçado: 6 (seis).

Traçado inalterado: 2 (dois).

Piora do traçado: 0 (zero).

Casos em que houve melhora das crises: 4 (quatro).

Normalização do traçado: 1 (um).

Melhora do traçado: 0 (zero).

Traçado inalterado: 2 (dois).

Piora do traçado: 1 (um).

Fracassos clínicos: 3 (três).

Normalização do traçado: 0 (zero).

Melhora do traçado: 1 (um).

Traçado inalterado: 2 (dois).

Piora do traçado: 0 (zero).

Grupo B — 14 pacientes

Remissão das crises 12 pacientes

Normalização do traçado 1

Melhora do traçado 6

Traçado inalterado 5

Piora do traçado 0

Fracassos 2 pacientes

Normalização do traçado 0

Melhora do traçado 0

Traçado inalterado 2

Piora do traçado 0

Grupo C — 8 pacientes

Melhora do paciente: 5 casos

Normalização do traçado 0

Melhora do traçado 2

Traçado inalterado 3

Piora do traçado 0

Fracassos 3 pacientes

Normalização do traçado 0

Melhora do traçado 1

Traçado inalterado 2

Piora do traçado 0

Consideramos como melhora do traçado a redução ou desaparecimento dos elementos tipicamente comiciais ou a diminuição do ritmo lento temporal.

Embora não tivéssemos uma correlação electro-clínica absoluta das melhoras e pioras dos pacientes, podemos dizer que houve nítida tendência à melhora eletrecefalográfica dos casos examinados.

CONCLUSÕES

1) — O Tegretol é valioso agente terapêutico na comicialidade temporal, com ação anticrítica indiscutível, melhorando a clínica e eletrecefalograficamente os portadores de crises psicomotoras mesmo os resistentes a outros medicamentos.

2) — Trata-se de droga extremamente bem tolerada nas doses terapêuticas, com efeitos colaterais muito mais raros e benignos do que os de qualquer outro anticomicial.

3) — A sua ação nas manifestações intercríticas da disritmia temporal parece não ser desprezível, tanto nos sintomas somáticos e vegetativos como na personalidade comicial, particularmente na hipoatividade e na perseveração, mas também nas alterações distímicas tão freqüentes nessa variedade comicial.

SUMMARY

64 patients with temporal epilepsy were treated with an iminostilbene derivative: "Tegretol". The subjects for the clinical trial were ambulatory (Thirty-seven) or hospitalized at Neuro-Psychiatric Service of "Hospital Central do Exército" (Twenty-seven).

The drug was administered as the only medicament. Thirty-five of the 64 patients were resistant to the usual anti-epileptic drugs. Adults were given as average starting dose of 200 mg (a tablet) three times daily. Initially, children were given half a tablet (100 mg) three times daily. The largest dose was 1,200 mg. Tegretol was well tolerated with minimal side effects.

Results were excellent in the psychomotor seizures (18 of the 25 patients in group B were completely controlled).

The importance of the unusual psychotropic effect is reported. The author reports the results obtained with Tegretol on the vegetative and somatic manifestations and on the personality status of the temporal patient. Bradyphrenia and perseveration were diminished in most cases. The psychotropic effects of the drug has important implications in dysphoric behaviour of many patients with temporal lobe focus and no psychomotor or total epileptic episodes (13 of the 22 patients in group C were benefited).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — GASTAUT, H. — Façamos o ponto a propósito da Epilepsia psicomotora — Triângulo III — 3: 98-104, 1958.
- 2 — GASTAUT, H. — A propos des symptomes cliniques rencontrés chez les épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises — in "Bases Physiologiques et aspects cliniques de l'Epilepsie" — sob a direção de Alajonanine — Masson — Paris, 1959 — pg. 139-140.
- 3 — PENFIELD, W. — Les crises temporales et la localisation de certaines fonctions psychiques, in "Bases physiologiques et aspects cliniques de l'Epilepsie" — Masson, Paris, 1958, pg. 133.
- 4 — GASTAUT, H. — Obra citada em 2 — pg. 151 (1958).
- 5 — GASTAUT, H., COLLOMB, H. — Annales Medico-Psychologiques — 112 — II, 657 (1954).
- 6 — CAMPINHO PEREIRA, J. L. — O EEG em um grupo de homossexuais — entregue para publicação à Rev. Bras. Med. (1965).
- 7 — GASTAUT, H. — Obra citada em 2 — pg. 149, (1958).
- 8 — CARUSO MADALENA, J. — Um novo psicotrope anticonvulsivante — G. 32883 — O Hospital — 67 — 4: 731 — 743, Abril/1965.
- 9 — TCHICALOFF, M., PENETTI, F. — Resultats therapeutiques d'un nouvel anti-épileptique: Le Tegretol — Journal Suisse de Medecine — 93 — (47): pg. 1664-1666, (1963).
- 10 — JONGMANS, J. W. M. — Report on the anti-epileptic action of Tegretol — Epilepsia, 5: 74, 82 — 1964.
- 11 — HERNANDEZ-PEON, R. — Anticonvulsive action of G. 32.883 — (separata fornecida pelos Lab. Geigy).
- 12 — DAVIS, E. — Clinical Evolution of a new anticonvulsant: G. 32.883. Med. Journ. Australian — 1,5: 150-152, 1964.

PSICOTERAPIA PROFUNDA E LIBERDADE (*)

J. L. CAMPINHO PEREIRA

"Devemos a Freud o princípio do determinismo psicológico, sem o qual seria fútil tentar compreender as atitudes humanas. A ele agradecemos ainda a profunda lição de humildade que foi o reconhecimento do inconsciente dinâmico, golpe de morte na teoria do livre arbítrio". Palavras são estas de uma ilustre psiquiatra patriciã, psicanalista neorotodoxa, em sua obra póstuma "Nosologia Psiquiátrica" ¹

Cremos que um pouco longe foi a saudosa colega quando atribuiu ao criador da Psicanálise a paternidade do determinismo, tão velho quanto a humanidade. Dos filósofos do Pórtico aos positivistas do século transato, passando pelo fatalismo do Islão, pelo mantecismo psicofísico de SPINOSA, por LEIBNIZ com sua tese da ação necessariamente dirigida para o melhor, pelos empiristas ingleses, pelo pessimismo de SCHOPENHAUER, são incontáveis as teorias contra aquela que foi chamada "la serrure embrouillée de le métaphysique". Incontáveis as inteligências fulgurantes que, pelo menos em vinte e quatro séculos, procuraram justificativa para uma posição que em última análise pouco difere daquela dos tolos de que nos fala o trágico inglês os quais admiravelmente se desculparam, dizendo-se necessariamente depravados: "imbecis por vontade do céu, espertos e ladrões por influência das esferas. beberões e mentirosos ou adúlteros em obediência aos planetas". ²

* Tese apresentada ao II Congresso Católico Brasileiro de Medicina, realizado em São Paulo, janeiro de 1967.

¹ Doyle, Iracy, Nosologia Psiquiátrica, Rio, 1961, pag. 16.

Mas, se o problema não é de hoje, magno interesse tem na atualidade. Parodiando LAERT, diríamos que “se é moléstia antiga, irrefragavelmente assume caráter agudo nos tristes tempos que atravessamos”. Para a reativação dessa enfermidade que deveria estar curada com os progressos da ciência hodierna que vieram abalar os próprios alicerces do fatalismo físico tão do agrado dos nossos velhos discípulos de COMTE, vêm colaborando de forma não desprezível certos cultores da chamada psicoterapia profunda. As sondas de FREUD foram as primeiras que penetraram nas profundezas do subsolo da alma. Desde a publicação de suas obras, foram obrigados à intimidade com a psicologia profunda todos aqueles que a seu cargo têm a educação, o julgamento ou a cura dos homens. Não nos cabe aqui indagar os motivos da inusitada penetração do fruto das elocubrações do sábio de Viena em todos os meios. Diz-nos ALCEU AMOROSO LIMA, que embora menos aparente do que a demográfica, não é menos típica dos tempos modernos, a explosão psíquica.³ Nesta época em que, no dizer de MARITAIN, se acha o espírito humano fragmentando, dividido entre o positivo e o irracionalismo,⁴ o pobre vivente, submetido às forças conjuntas do mundo interior e do meio circundante, viu na Psicanálise uma possibilidade de libertação. Desmandou-se, porém, FREUD e aquilo que era apenas um tratamento para as neuroses, transformou-se em uma teoria pretensamente científica sobre a natureza do homem e, indo mais além, como salienta FROMM, em um movimento, com uma organização internacional de linhas rigorosamente hierárquicas, regras estritas para a inscrição e uma direção por um comitê secreto, constituído de FREUD e mais seis outros.⁵ O fanatismo de alguns representantes desse movimento, a existência de uma “linha partidária” jamais vista em qualquer época dentro da ciência bem cedo provocaria dissidências. ADLER, JUNG e depois tantos outros tornavam-se cismáticos, deixando o Mestre inconformado com as deserções, pois, transcendendo à simples cura psi-

² Shakespeare, W., O Rei Lear, ato II.

³ Amoroso Lima, Alceu, *Diálogo da Igreja com o Mundo Moderno* — “Paz e Terra”, I, 1, 11-27, julho, 1966.

⁴ Maritains, Jacques, *Raison et Raisons* — Eggloff — Paris, 1947, pág. 167.

⁵ Fromm, Erich, *O Dogma de Cristo* — Zahar Edit. Rio, 1964, página 105

quátrica, desejava FREUD, como argumenta o já referido FROMM “ser um dos grandes líderes ético-culturais do século XX, conquistar o mundo com os seus dogmas”.⁶ Fala-nos em libertar o ser humano com o seu tratamento psicanalítico, espera combater os males da civilização com as suas associações livres, cria uma nova espécie de “salvation army”, como irônicamente admite em um dos seus trabalhos.⁷ Megalomania de um gênio que, lamentavelmente, possuía tão estreita “weltanschauung”, tão pobre e materialista cosmovisão que reduzia aos instintos o único material da vida mental. Megalomania de um gênio que, embora expoente do materialismo, libertou a humanidade, na expressão de ALLRES, da servidão do biologismo,⁸ permitiu o restabelecimento do domínio do espírito dentro da ciência mental em uma época em que esta caminhava pela perigosa estrada do determinismo fisiológico. Megalomania enfim de um gênio que, embora abrindo novos horizontes aos pesquisadores da alma humana, caiu no erro de tantos predecessores, estabelecendo nova forma de determinismo: O procedimento humano dominado por forças inconscientes. Dando a impressão de que “a vida do homem se desenvolve nele sem ele — como bem acentua NUTTIN,⁹ nefasta sem dúvida vem sendo a influência dos psicoterapeutas freudianos sobre os seus analisados, mudando radicalmente a atitude dos mesmos com relação à própria conduta. E, infelizmente, tal herança de FREUD vem acompanhando a maioria dos praticantes da psicoterapia profunda, mesmo aqueles que divergiram do mestre vienense. Das miríades de seitas em que se multiplicou, subdividiu-se, esboroou-se o pensamento psicanalítico, emanciparam-se algumas do dogma sexual, exageraram-no outras, inventaram todas novos esquemas, novos mitos, novas técnicas, mas muito poucas mudaram a sua atitude em face da liberdade. Praticamente, deterministas são todos os cultores da psicoterapia profunda. Assim são os seguidores de MELANIS KLEIN, os adlerianos, os discípulos de JUNG. Na babel culturalista não são poucos os que associam ao determinismo psicológico, o determinismo social.

⁶ Fromm, Erich, obra ref., pág. 114.

⁷ Freud, S., *Obras Completas* — Edit. Delta-Rio — vol. XVIII, pág. 220.

⁸ Allers, Rudolf-Freud, *Estudo crítico da psicanálise* — Livr. Tavares Martins — Porto — 3.^a ed., 1956, pág. 341.

⁹ Nuttin, Joseph, *Um ponto de vista cristão na psicanálise* — Service Social dans le Monde — 1952.

Louve-se o esforço de um FRANKL e da legião dos que o seguiram na "análise existencial", algo de monumental no dizer de GUSTAV VOGEL, devolvendo inclusive à psicologia profunda aquilo que a escolástica denomina de "anima rationalis", abandonando o termo estafado de "psique" que havia 50 anos parecia inseparável da psicanálise.¹⁰ Mas em que pèse o desejo profundo do reencontro do sentido do ser não cogitado pelos mais analistas, frustrados vêm os seus esforços os nossos existencialistas ao buscarem o êxtase ontológico, na palavra de MARITAIN, "*dans le brisement de la raison et l'expérience du Desespoir et du Néant, de l'Angoisse ou de l'Absurdité*".¹¹ Sem a realidade ontológica, sem a compreensão e convicção da existência do ser, como poderemos ter ordem e unidade na vida do homem?

Se, como vimos, a psicologia profunda parcela-se, fragmenta-se, multiplica-se, progressiva e indefinidamente em escolas que buscam, em sessões psicoterápicas, o aperfeiçoamento do homem e se, dêsse progressivo e indefinido afastamento dos dogmas freudianos dos seus primórdios, persiste quase exclusivamente o determinismo do inconsciente, cabe-nos perguntar com o Pe. RIQUET ao abrir um dos seus famosos sermões da Notre Dame: Cristãos, somos livres? Existirão realmente homens verdadeiramente livres? Existirá erro de fato na posição dos nossos psicanalistas, de hoje como na que tiveram no passado inúmeros filósofos, moralistas, historiadores, criminologistas, biólogos e sociólogos ao negarem a liberdade do homem e condicionarem a sua conduta à hereditariedade, ao meio geográfico, ao ambiente social, à educação, a uma série de circunstâncias oriundas do mundo circundante? Haverá mesmo uma força ativa da vontade pela qual, postas todas as circunstâncias requisitas para agir, possa a mesma agir ou não? Poderemos afirmar sem qualquer dúvida a nossa capacidade de dizermos "sim" ou "não" e decidirmos o nosso comportamento moral independentemente do nosso inconsciente dinâmico? Será que não passamos de simples cataventos como queria SPINOSA?

Não temos receio da afirmação de que a existência do livre arbítrio é um fato evidente. Difícil é arranjar-mos provas

¹⁰ Vogel, Gustav, *Que sabemos acerca da alma?* — Vozes — Petrópolis, 1963, pág. 151.

¹¹ Maritain, Jacques, *Obra ref.*, pág. 169.

para negá-lo. Só os hábeis sofismas de alguns ou o irracionalismo de muitos, encontraram obstáculos na abertura daquela fechadura que, como escreve o nosso mestre Pe. CERRUTI tão facilmente seria aberta com a chave de ouro da tradição escolástico-tomista.¹² Escrevem os nossos psicanalistas sobre o determinismo nos seus tratados, fazem largo uso do mesmo nos seus colóquios ao divã mas, na prática individual, humanos que são, como dizia JULES SIMON "falam, sentem e vivem como se acreditassem na liberdade. Não duvidam, mas se esforçam por duvidar".¹³ De que somos capazes de atos livres, dissemos, atesta-nos a consciência com a mesma clareza que nos dá conta da nossa existência. E êsse testemunho não poderá ser ilusório, pois para que houvesse ilusão de liberdade, necessária fôra a presença de um ato livre anterior. O consenso universal da existência do dever e da responsabilidade bastaria, por outro lado, para demonstrar a realidade do livre arbítrio. Que restaria da moral, do direito, da pedagogia, da nossa tão cara psiquiatria se não existisse a liberdade? Que faríamos nós, pobres psiquiatras obrigados à avaliação da responsabilidade em perícias forenses se não acreditássemos no livre arbítrio? Sem êste qualquer lei seria absurda, quer no ajustamento do "eu" ao universo e a seu princípio, lei natural e lei divina, quer nas relações do "eu" com os outros "eu" da mesma natureza, leis civis e sociais.

Incidem os discípulos de FREUD no mesmo erro de muitos deterministas anteriores, erro em que resvalou até a luminosa inteligência de LEIBNIZ: "A vontade segue necessariamente o motivo mais forte, como a balança se inclina necessariamente para o lado onde o peso é maior". O motivo seria o determinante do agir. Para êles, acentua CERRUTI, "a deliberação consiste exclusivamente em procurar qual é o melhor motivo, ficando indecisa enquanto não o acha",¹⁴ na situação atribuída classicamente ao asno de Buridan. Não é o que nos demonstra a experiência que nos evidencia a indecisão ocorrendo na presença de motivos desiguais, optando a vontade pelo motivo menor em muitos desses casos, podendo escolher um ou outro diante de dois iguais. A história uni-

¹² Cerruti, S. J., Pe. Pedro, *A Caminho da Verdade Suprema*, página 298.

¹³ Simon Jules —cit. por Cerruti P. *Obra ref.* pág. 306.

¹⁴ Cerruti, Pe. Pedro, *Obra ref.*, pág. 327.

versal está à disposição de todos para afirmar os triunfos da vontade humana: os grandes navegadores, os cientistas, os artistas, os fundadores dos impérios e religiões. Que prova maior de liberdade do que o episódio dos mártires cristãos, repetidos em tôdas as épocas, em tôdas as latitudes: "Possunt quia posse videntur", diria o imortal VIRGILIO.

Mas se a vontade é fruto de uma atividade autônoma, primária da vida psíquica, ensina-nos GEMELLI — por outro lado manifesta-se como expressão de tôda a personalidade humana.¹⁵ Dizia BERGSON que "a liberdade humana existe, mas é rara como o gênio e a santidade". E, realmente, jamais poderíamos admitir que o homem seja totalmente independente. Com humildade, não de deterministas, mas de cristãos, somos obrigados a reconhecer que, como salienta P. RIQUET, "nossa liberdade não pode ser nem a de um anjo, nem a de Deus".¹⁷ Devemos ter presentes as dimensões do nosso livre arbítrio. Espírito criado em uma condição carnal e gregária, o mundo circundante, físico e significativo, atua a todo instante sobre a personalidade do homem, da mesma forma que a explosão atômica das forças incôscias, dificultando em muitas circunstâncias o ato livre. Nosso agir, não podemos negar, acha-se condicionado por miríades de forças interiores, como pelo estado do universo ambiente e pelas pressões sociológicas que se exercem sobre nós, complexos "tissus de corps et d'âme". Em tôdas as escolas que praticam a psicoterapia das profundidades encontramos algo de verdadeiro que nós, não psicanalistas, criticamos apenas pelo fanatismo da exclusividade ou da generalização. Mas não podemos esquecer que no interior do homem há um "eu" pensante e voluntário capaz de modificar aquelas condições extra-conscientes que o impulsionam ou o impedem de agir.

Nossa consciência, imortal e celeste voz, como diria o controvertido JEAN JACQUES, "guide assuré d'un être ignorant

¹⁵ Gemelli, A., Zunini, G., *Introducción a la Psicología* — Luiz Miracle — Ed. Barcelona — 1953, pág. 334.

¹⁶ Bergson, H., apud. Pende, Nicola, *Biologia e Liberdade moral, Heresias do nosso tempo* — Tavares Martins — Porto, 1956, pág. 111.

¹⁷ Riquet S. J., Micrel, *L'Eglise liberté du monde* — Spes — Paris, 1955, pág. 28.

et borné, mais intelligent et libre",¹⁸ atesta-nos diàriamente que não podemos substituir os conceitos do "bem" e de "mal" pelos de "Normal" e "Patológico" como estão pretendendo alguns cultores da psicoterapia profunda. Escreve LOPEZ IBOR que, junto à tecnologia e à socialização, a psicologia completa a trindade que domina a medicina moderna.¹⁹ Iríamos mais longe e diríamos que essa trindade está presente em todos os setores de atividade do homem da era dos foguetes interplanetários. É preciso que esse homem que perdeu o sentido do amor e o sentido do ser, esse homem antropocêntrico dos nossos dias, encontre realmente a resposta às suas inquietações. Mas que essa resposta não seja uma psicoterapia mal orientada que procure, com artimanhas do espírito, destruir a milenar sabedoria e, principalmente, abafar o grito da consciência. Mesmo porque esta adormece, mas não morre. Como o autor do "Gênio do Cristianismo" poderíamos terminar interrogando: "Pourquoi y a-t-il une voix dans le sang, une parole dans la pierre?" O tigre dilacera a sua presa e dorme, mas é longa a vigília do homicida".²⁰

— * —

¹⁸ Rousseau, Jean-Jacques, *Émile* — Apud MM Noel et de La Place, Bruxelas, 1862, pág. 124.

¹⁹ López, Ibor, J. J. — *Le Monde attend l'Eglise* — Pleurus — Paris, 1957, pág. 196.

²⁰ Chateaubriand, *Génie du Christianisme*, apud. MM Noel — Bruxelles, 1862, pág. 124.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA COM UM NOVO ANTITUSSIGENO EM PEDIATRIA

Humberto Maciel Nobre (*)

RESUMO

O A. discute no presente um novo antitussígeno de ação central no tratamento da tosse em Pediatria.

Analisa os antitussígenos narcóticos, codeína e morfina, sob o ponto de vista de efeitos colaterais.

Conclui que o efeito é rápido e que o produto age em todos os tipos etiológicos de tosse, com a alta incidência de 97% dos casos apresentando resultados excelentes na prática.

TOSSE: MECANISMO E PATOGENIA

Ainda que a tosse, em certas circunstâncias constitua um mecanismo valioso como auxiliar da drenagem e limpeza da árvore brônquica, ela representa, por vezes, um fator de agravamento, de complicações e até mesmo de acidentes de extrema gravidade na patologia pulmonar.

Assim uma lesão tuberculosa aberta ou outro foco infeccioso, inicialmente localizado, pode sofrer rápida disseminação pela ação da tosse não só para todo o parênquima pulmonar homolateral como para o tecido contralateral. Isso foi perfeitamente demonstrado através da radioscopia em pulmões contrastados com Lipiodol. Colocava-se dentro de um abscesso de um dos pulmões o contraste oleoso e desencadeava-se o reflexo tussígeno. Após alguns episódios de tosse o contraste era visualizado em ambos os campos pulmonares. Foi desse modo demonstrado o papel da tosse na difusão das infecções das vias respiratórias.

(*) Pediatra do Hospital Central do Exército; Pediatra do IAPFESP; Ex-Chefe do Berçário da Casa da Mãe Pobre — GB.

A tosse, muitas vezes, é causa direta da aspiração de material infectado de situação mais alta para as porções mais periféricas do trato respiratório. Isto foi também demonstrado colocando-se o meio de contraste em brônquios mais calibrosos. Provocada a tosse o contraste passava a ser visualizado em bronquíolos terminais e inclusive no tecido alveolar. Este fato pode ser explicado por um dos componentes da tosse: a broncoconstrição extrema que se segue à inspiração profunda e ao fechamento da glote. Neste momento como a glote encontra-se fechada o broncoespasmo acarreta uma elevação brusca da pressão na luz dos condutos respiratórios abaixo da glote, fazendo com que as secreções no seu interior sejam deslocadas nos dois sentidos, para fora e para dentro. E esse deslocamento será tanto mais facilitado quanto mais fluido, isto é, menor for a viscosidade do material no seu interior. Daí o caso de ao administrarmos um fluidificante do conteúdo brônquico tratar-se simultaneamente a tosse e contarmos para a higiene pulmonar apenas com o movimento ciliar, a drenagem postural e o peristalismo normal da mucosa respiratória.

Portanto a ação aspiradora pode produzir o comprometimento das porções mais periféricas dos brônquios segmentares e do parênquima respectivo pelo simples deslocamento do material da sua luz ao longo do trajeto dos ductos respiratórios. É a disseminação broncogênea da tuberculose, da pneumonia estafilocócica, dos abscessos brônquicos etc.

As infecções pulmonares repetidas sugerem de ordinário um foco primário localizado nas vias aéreas superiores entre os quais os dois seios da face. Mas a dinâmica respiratória na tosse pode inverter estas situações de tal modo que a infecção pulmonar pode ser a causa de uma pansinusite pela contaminação das cavidades paranasais pelo material expelido na tosse.

O aumento da pressão intratorácica ocasionado pela tosse agrava consideravelmente as descompensações cardíacas pela redução do débito na aurícula direita. Daí ser da máxima importância nas insuficiências cardíacas o tratamento da tosse já nas suas manifestações mais precoces.

As tosses que acompanham os estados congestivos da mucosa das vias aéreas superiores, como na coqueluche, sarampo e outras viroses próprias da infância, freqüentemente provocam vômitos pela tração do diafragma levando muitas crianças à distrofia e a desequilíbrios hidro-eletrolíticos severos, su-

perpondo a um quadro banal uma patologia muito mais complexa e, portanto, de mais difícil recuperação. Some-se a isto o fato de tratar-se geralmente de tosses secas, irritativas que perturbam o sono da criança criando fatores adicionais de irritabilidade, nervosismo etc.

As laringites e faringites que se associam com tanta freqüência às traqueobronquites pediátricas são particularmente agravadas pelo traumatismo que lhe impõe o ato de tossir. A primeira barreira que se antepõe ao impacto da coluna de ar, por ocasião da abertura da glote, no reflexo da tosse, é justamente a laringe e por contiguidade a faringe. E justamente este fator é o grande responsável pelo estabelecimento da tuberculose laringéa. Não fosse a perda da integridade da mucosa laringéa ocasionada pela irritação constante da laringe por esse mecanismo, dificilmente haveria condições de localização da tuberculose nas cordas vocais.

E por fim deve-se lembrar que nas crianças a tosse pode ser causa inclusive de convulsões e estados de inconsciência. Kerr e Derber observaram que a tosse seca, intensa e irritativa pode determinar essas lipotímias chamadas síncope tussígenas e que são ocasionadas por alterações hemoliquóricas como demonstraram McIntosh e col. (1).

A partir dessas considerações fica explícito que é de magna importância avaliar até que ponto o sintoma tosse pode prejudicar, complicar ou influir desfavoravelmente na patologia pediátrica. E a sua freqüência é tão grande entre as queixas da clínica infantil que exigem do médico o máximo de cuidado na sua avaliação. Inda mais que na maioria dos casos trata-se de tosse de caráter seco, irritativo.

É imprescindível, pois, que ao lado das medidas gerais e específicas no tratamento das afecções respiratórias, digestivas ou nervosas se dê também a importância devida a este importante sintoma (Model).

FARMACOLOGIA DO NOVO PREPARADO (*)

Trata-se de um antitussígeno de síntese sem nenhum parentesco químico com os antitussígenos convencionais, codeína e morfina, até agora de uso corrente entre nós.

(*) Silomat — Boehringer & Cia. Ltda. (Nome comercial do cloridrato de 1-p-clorofenil-2,3-dimetil-4-dimetilamino-2-hidroxibutano).

Segundo as experiências farmacodinâmicas de Engelhorn não se observaram com o novo preparado os efeitos colaterais de analgesia e depressão respiratória que sempre acompanham a codeína e morfina, respectivamente.

Age sobre o centro da tosse localizada no sistema nervoso central, produzindo efeito antitussígeno eficaz em qualquer tipo de tosse e por tempo satisfatoriamente prolongado.

A codeína e a morfina são alcalóides fenantrênicos do ópio que deprimindo o sistema nervoso central com todos os centros da atividade vegetativa, também deprimem o centro da tosse localizada na medula. Por ser sua atividade depressora inespecífica interfere em outros centros vitais como centro respiratório, centro do vômito, centro da saciedade determinando com isso efeitos secundários particularmente indesejáveis como anoxemia, anorexia, náuseas e vômitos e outras distonias gastrointestinais etc. o que limita muito sua dose, seu tempo de uso e campo de aplicação. Enfim tem todos os inconvenientes dos antitussígenos narcóticos. Na verdade o grande efeito terapêutico dessas drogas é no tratamento da dor pela sua ação central.

No caso dos compostos da morfina, particularmente, e em menor grau com os da codeína eles agem estimulando os músculos da parede da árvore brônquica, produzindo broncoespasmos acentuados com maior intensidade nos pacientes asmáticos, alérgicos e bronquitosos crônicos.

Aumentam ainda a viscosidade das secreções brônquicas pela inibição da atividade glândular; diminuem a peristalse, e o movimento ciliar do epitélio respiratório.

São, por outro lado, potencialmente habitudinários.

Outros agentes antitussígenos como os derivados da noscapine, homarylamine, caramiphem, carbetapentane; os de ação peritérica, os expectorantes, os antihistamínicos, têm evidentemente suas ações específicas e muito limitadas.

RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO CLÍNICA COM SILOMAT

Nosso estudo foi feito em 70 crianças de ambos os sexos, residentes no Rio de Janeiro, cuja idade oscilava entre 2 meses e 14 anos de idade. Todos eles apresentavam a tosse como uma das manifestações mais precoces da doença e também mais característico do quadro clínico.

Segundo a patologia, a casuística estava assim distribuída:

QUADRO 1 — NÚMERO DE CASOS, SEGUNDO A PATOLOGIA, TRATADOS COM O ANTITUSSÍGENO EXPERIMENTADO

Patologia	Número de Casos
Sarampo	11 Casos
Coqueluche	13 Casos
Broncopneumonia	2 Casos
Gripe	31 Casos
Laringotraqueobronquite Aguda	13 Casos

Posologia: Experimentou-se o preparado sob três formas de apresentação: gotas, drázeas e ampolas. Em lactentes e na maioria das crianças na primeira infância, pela facilidade de administração, preferiu-se a forma de gotas. Estas podem ser misturadas a chás, madeiras, sucos, por não não alterarem o preparado e por apresentarem ótima tolerância. Nas crianças um pouco maiores, 4 anos para cima, observamos, particularmente, as drázeas. Num menino de 14 anos portador de coqueluche e com sintomatologia muito severa, tosse seguida de vômitos e insônia, usamos a forma injetável intramuscular na dose de 1 ampola cada 24 horas.

Em qualquer das formas nosso critério baseou-se na seguinte dosificação:

QUADRO 2 — NESTE QUADRO ESQUEMATIZAMOS A POSOLOGIA MÉDIA USADA

Paciente	Dose
Lactentes	10 — 15mg/kg/dia
1ª Infância	20 — 30mg/kg/dia
2ª Infância	25 — 30mg/kg/dia
Maiores de 10 Anos	30 — 40mg/kg/dia

Na maioria dos casos distribuiu-se em 4 frações diárias, já que o efeito antitussígeno da droga se mantém razoavelmente eficaz durante 6 horas.

Não foi necessário que se mantivesse esta terapêutica por mais de 4-5 dias. em média o tratamento durou 5 dias.

Nos casos indicados foi feita a terapêutica etiológica específica concomitantemente com Silomat tais como antibióticos, gama-globulina, globulinas hiperimunes, vitaminas, sulfas etc.

RESULTADOS

Para avaliação dos resultados usou-se a seguinte classificação: bom para os casos com pronta e rápida remissão do sintoma tosse; regulares para aqueles casos nos quais o desaparecimento total da tosse foi necessário aumentar a posologia. Nulos para os casos em que a tosse não poderia ser controlada.

Dos 70 casos, 53 tiveram classificação bom. Ou seja, aproximadamente 76% dos pacientes responderam prontamente ao preparado, desaparecendo completamente a tosse após as primeiras doses. Quinze foram enquadrados como resultados regulares. Isto é, em 21% dos pacientes precisou-se aumentar a dose para que houvesse remissão total do sintoma. Nestes casos, além da tosse os pacientes apresentavam prostração, febre alta, dispnéia inspiratória, vômitos, cianose, tosse espasmódica, dores musculares. Seis tinham coqueluche; 4 laringotraqueobronquite; e 5 gripe.

Pelo menos 2 dos pacientes revelaram não terem feito a terapêutica prescrita adequadamente. Dois outros suspenderam o Silomat pelo fato da tosse ter passado de irritativa para produtiva.

Nulos, tivemos 2 casos. Um dos quais com diagnóstico inicial de laringotraqueobronquite que complicou com broncopneumonia sendo necessária sua internação e suspenso o antitussígeno. Não deverá, pois, ser levado em consideração. Quanto ao outro caso tratava-se inicialmente de uma gripe que posteriormente complicou com bronquite asmática, forçando a mudança do Silomat para a terapêutica específica.

QUADRO 3 — EIE O QUADRO DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS A QUE SE CHEGOU

	N.º de Casos	Resultados em %
Bom	53	76%
Regular	15	21%
Nulo	2	2,8%

Conclui-se daí que pelo menos em 97% dos casos obteve-se resultados altamente satisfatórios, havendo-se de levar em consideração que no restante houve uma série de imprevistos a mascarar os resultados.

EFEITOS COLATERAIS

Em alguns casos ultrapassou-se até o triplo a dose habitual sem inconveniente algum. Não se observaram efeitos colaterais de sonolência, abatimento, depressão respiratória, diminuição de rendimento, perda da capacidade reflexa, inapetência, náuseas e vômitos, toxicidade ou alteração do ritmo cardíaco.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados conseguidos na presente observação clínica permite-nos chegar às seguintes conclusões com respeito à utilidade e aplicabilidade do novo antitussígeno na clínica pediátrica:

- 1 — Sua ação é rápida, iniciando o efeito antitussígeno entre 15 e 25 minutos. Na forma injetável o efeito é evidentemente mais pronto (4).
- 2 — Tempo de ação prolongado; em média de 6 horas.
- 3 — Tolerância excepcional não havendo se registrado nenhum caso de intolerância quer sistêmica ou gastrointestinal.
- 4 — Age em todos os tipos etiológicos de tosse.

- 5 — Grande facilidade de administração em Pediatria, quer pelas formas de apresentação (gôtas, drágeas e ampolas), quer pela ausência de efeitos secundários indesejáveis, o que nos permite, antecipadamente, uma tranquilidade terapêutica excelente.

As gôtas podem ser misturadas a outros líquidos da alimentação da criança sem altera-lhes o sabor, já que Silomat líquido é inodoro.

- 6 — Por fim a grande eficácia da ação antitussígena do preparado, eliminando todos os tipos de tosse.

SUMMARY

The author studies, in his work, a new central action antitussive drug in the treatment of cough, in Pediatrics (vz. Silomat trade mark cefor 1-p-chlorophenyl-2,3-dimethyl-4-dimethylamine-2-hydroxybutane hydrochloride) and he analyses, under the aspect of possible side effects the narcotic antitussive substances codeine and morphine.

He concludes that this drug's effect is swift and that it acts upon all ethiological types of cough, with a high incidence of 97% of cases showing excellent results in daily practice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUBIN, E. H. e RUBIN, M. — Enfermedades del tórax — Toray, Barcelona (1965)
2. ENGELHORN, R. — Separata de: *Arzneimittelforsch.* 10, 785-794 (1960) (1960)
3. COOPE, R. — *Afecciones Respiratorias* — Salvat — Barcelona (1951)
4. RIEBEL, A. F. — Separata de: *Arzneimittelforsch.* 10, 794-796 (1960)
5. CONN, H. F. — *Terapêutica* — Guanabara — Koogan (1966)
6. PALITZCH, D. — Separata de *Dtsch. Med. J.* 13, 36 (1962)
7. HARRISON, T. R. — *Medicina Interna* — Ed. Guanabara — Rio de Janeiro (1960)
8. NAGORNY, S. — Separata de: *Medizinische Klinik* 55, 2254-2255 (1960)
9. MILLER, O. — *Terapêutica* — Atheneu (1962)
10. GERLAM, W. — Separata de: *Med. Welt* 49, 2611-2613 (1960).

PÉ TORTO VARO EQUINO SUPINADO CONGÊNITO

Palestra do Maj. Méd. Dr. Luiz Soares de Alencar, Chefe da 8ª Enf. do Serviço de Ortopedia do Hospital Central do Exército.

SUMÁRIO

- 1 — Generalidades
- 2 — Tipos de deformidades congênicas dos Pés
- 3 — PÉ TORTO VARO EQUINO SUPINADO CONGÊNITO
 - 3.1 — Frequência
 - 3.2 — Etiopatogenia
 - 3.3 — Formas Clínicas
 - 3.4 — Prognóstico
 - 3.5 — Tratamento
 - 3.5.1 — Conceito
 - 3.5.2 — Período de redutibilidade franca ou fácil
 - 3.5.3 — Período de redutibilidade relativa
 - 3.5.4 — Período de irredutibilidade relativa
 - 3.5.5 — Período de irredutibilidade absoluta

4 — Conclusões

1 — GENERALIDADES

Indicados que fomos pela Chefia da Clínica Ortopédica do HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO para proferirmos, em seu Centro de Estudos, uma despretençiosa palestra sobre a nossa especialidade desejamos inicialmente agradecer ao nosso digno Chefe, Dr. PAULO DE CARVALHO, a confiança em nós depositada.

O tema escolhido "Pé Torto Varo Equino Supinado Congênito" é por demais vasto para ser abordado de maneira ampla e com detalhes numa simples palestra de uma hora, entretanto, tendo em vista que a mesma não será proferida para especialistas e somente com o fito de levar aos demais colegas do Corpo Clínico do Hospital a conduta do Serviço de Ortopedia diante de tal deformidade, trataremos do assunto em apenas rápidas pinceladas, detendo-nos dando maior ênfase na parte referente a seu tratamento nas suas diversas formas clínicas ou períodos ectários.

Todavia, achamos por bem, antes de entrarmos no assunto propriamente dito, tecermos algumas considerações, para melhor compreensão da deformidade em tela, sobre os tipos fundamentais de Pé Torto.

2 — TIPOS FUNDAMENTAIS DE PÉ TORTO

Definição — Pé torto é uma denominação genérica que compreende uma gama de deformidade dos pés, quer seja em relação à sua orientação, aos seus eixos, aos seus arcos, aos seus pontos normais de apoio, etc., contanto que o mesmo adote uma "atitude viciosa permanente".

De acôrdo com a definição podemos apresentar os seguintes tipos fundamentais de pés tortos.

- a) — Pé Cavo — Caracteriza-se pelo exagêro da concavidade plantar com consequente acentuação da abóbada.
- b) — Pé Chato ou Plano — Inverso do precedente. Apagamento parcial ou total do arco transversal e dos arcos longitudinais.
- c) — Pé Varo — Desvio para dentro, caindo o prolongamento do eixo da perna para fora do 1º espaço metatarsiano.
- d) — Pé Valgo — Inverso do anterior. O eixo da perna cai para dentro do 1º espaço metatarsiano.
- e) — Pé — Equino — O apoio é feito pelo antepé, enquanto que o calcanhar se eleva do solo.
- f) — Pé Talo ou Calvanho — Inverso do precedente. O apoio é feito com o calcanhar enquanto o antepé se eleva.
- g) — Pé Supinado — O bordo interno se eleva do solo e a face plantar olha para dentro.
- h) — Pé Pronado — Inverso do anterior. O bordo externo se eleva do solo, olhando a face plantar para fora.

Estes tipos fundamentais raramente se encontram isolados estando mais frequentemente associados dois ou mais tipos. Assim podemos citar como mais frequentes: "Chato-valgo", "Chato-pronado", "Talo-varo", "Equino-cavo", "Varo-Equino-Supinado", "Varo-equino-Cavo-Supinado" etc.

3 — PÉ TORTO VARO EQUINO SUPINADO CONGÊNITO

Sendo este o assunto principal de nossa palestra é nele que nos vamos deter mais, entretanto, dado que aos presentes o que maior interesse apresenta são as formas de tratamento e, principalmente, a oportunidade das indicações, passaremos muito superficialmente

sobre sua frequência, etiopatogenia, diagnóstico, formas clínicas e prognóstico, reservando maior tempo para o tratamento.

Trata-se de uma associação de deformidades tendo como alterações fundamentais o varismo, a supinação e o equinismo.

A estes três elementos básicos, associam-se, às vezes, outras alterações ligadas, principalmente, à planta do pé que pode apresentar um exagêro de concavidade (cavo) e raramente o contrário formando na planta uma verdadeira convexidade.

3.1 — Frequência

É a deformidade congênita mais frequente. Corresponde a aproximadamente 3,7% de todas as deformidades congênitas do homem e 1,58 das mulheres. É mais comum na forma bilateral quando se apresenta como lesões simétricas e praticamente iguais.

3.2 — Etiopatogenia

Os fatores que interferem na formação desta deformidade acham-se ainda no campo das hipóteses havendo grande discordância entre os estudiosos do assunto. Passemos em revista algumas dessas hipóteses.

1º — *Atitude viciosa durante a vida intra-uterina* — Neste caso a deformidade resultaria de pressão, compressão ou torção em relação ao pé que assim ficaria definitivamente deformado. Teoria aceita por muitos mas rebatida veementemente por outros.

2º — *Desequilíbrio motor ou funcional dos músculos extrínsecos do pé* — Aqui, haveria, na vida intra-uterina, a predominância de grupos musculares ou mesmo de músculos isolados que levariam ao desvio do segmento, muitas vezes até com a perda das relações osteo-articulares normais.

Esta hipótese é corroborada com a observação na vida extra-uterina de retrações tendenciosas e posições defeituosas desfavoráveis à atividade de certos músculos, o que, por certo, contribui para a irredutibilidade da deformidade.

3º — *Parada do desenvolvimento* — No embrião humano os primeiros sinais das extremidades aparecem na primeira semana em forma de brotos que crescem do eixo embrionário. Na quarta semana já se fazem visíveis os rudimentos do pé e já na oitava semana se acham completamente diferenciados o pé e a perna. No terceiro mês o desenvolvimento já se acha completo, começando a unir-se os dedos que até então achavam-se separados, juntamente com início das mudanças posicionais porque passa o embrião.

Por esta época as côxas do embrião estão em abdução, flexão e rotação externa. Os pés estão em equino e adução, de maneira que as plantas se acham próximas ao seu abdômen. A partir de então tem início uma vagarosa rotação interna de todo o membro que é

acompanhado de gradual rotação dos pés para fora que vai assim seguindo um movimento de pronação e dorsiflexão até que as plantas dos pés se põem em contato com a parede uterina, posição em que o encontramos por ocasião do parto. Alguns autores são de opinião que uma interrupção, por qualquer fator, neste ciclo de mudanças de posição durante o último período da gravidez faz com que o pé permaneça em atitude correspondente a um estágio anterior da vida embrionária acarretando assim a deformidade.

4º — *Intervenção do Sistema nervoso central* — Após estudos de pesquisadores sobre as respostas elétricas dos músculos de portadores de Pé torto, Lombard, em 1952 atribuiu esta anomalia com "Uma síndrome neurológica de hipotonia dos músculos peroneiros e extensor comum dos dedos com hipertonia dos músculos da loja posterior do pé e do tibial anterior. Também Harris chegou à conclusão de que os últimos músculos da perna a receber inervação são os peroneiros o que vem corroborar a hipotonia dos mesmo.

Ainda em 1952, Cabanac, Petit e Maschas admitiam que as perturbações da atividade muscular são de "origem central encefálica" o que é corroborado através dos estudos de FAU que encontrou traçados eletro-encefalográficos alterados em 50% dos portadores desta deformidade.

Apesar das muitas hipóteses aventadas, de uma coisa, dada a observação unânime de todos os autores e por todos nós observada, pode-se ter certeza: a hereditariedade é de suma importância para o aparecimento deste tipo de deformidade, chegando a incidência familiar e hereditária a 25%. Há mesmo, na literatura, casos de famílias inteiras apresentando pé torto.

O diagnóstico não oferece dificuldade pois a deformidade é por demais evidente e pode ser observada logo após o parto. Entretanto, muitas vezes, tanto os parteiros quanto os pediatras têm dificuldade em diferenciar uma deformidade permanente de uma simples posição viciosa. Quando houver esta dúvida de diagnóstico logo após o parto aconselhamos que se faça a Prova de Privat que consiste em expôr os pés do recém-nato diante de um foco de certa intensidade. Os pés normais se agitam nos diferentes sentidos, passando porém pela posição correta, enquanto que os portadores de deformidades permanentes, exageram-na.

3.3 — Formas Clínicas

A idade e a evolução de deformidade comanda naturalmente o comportamento da má formação.

De acordo com a redutibilidade Ombredanne considera 3 períodos ou formas clínicas tendo em vista o tratamento.

1º — Período de redutibilidade franca e completa (até 3 semanas).

2º — Período de irredutibilidade relativa (2 a 8 anos)

3º — Período de irredutibilidade absoluta (mais de 8 anos).

Aos três Períodos de Ombredanne, de acordo com a observação que vem sendo feita na Clínica Ortopédica do Hospital Central do Exército podemos acrescentar um 4º Período que colocaríamos entre 1.º e 2º de Ombredanne e que chamaríamos de "Período de redutibilidade relativa" compreendendo as idades de 2 meses a 2 anos.

3.4 — Prognóstico

Esta deformidade jamais se cura espontaneamente. Não tratada vai se agravando progressivamente até a rigidez completa acompanhada de atrofia e uma série de outras perturbações funcionais e estéticas.

O prognóstico depende do período clínico em que se inicia o tratamento e é tanto mais favorável quanto mais cedo se tenha começado a correção. Jamais se pode esquecer que essa má formação é perigosamente sujeita a recidivas. Este é um doente do qual o ortopedista não se pode descuidar um momento sequer até a correção completa sob pena de ter o dissabor de um resultado decepcionante o que, muitas vezes temos, apesar de uma assistência permanente.

3.5 — Tratamento

3.5.1 — Conceito

Diz-se em medicina e cirurgia que riqueza de método é sinal de pobreza de resultados. Assim é o tratamento do Pé torto varo equino supinado congênito, muitos são os métodos empregados, mas a deformidade é tão complexa que para os diversos casos não há respostas iguais e uniformes embora sejam os mesmos métodos empregados, entretanto dois princípios básicos devem orientar o tratamento.

1º — Obtenção de hipercorreção

2º — Contenção da hipercorreção conseguida.

3.5.2 — Tratamento no Período de redutibilidade completa

Neste período em que recebemos o recém-nato dentro das três primeiras semanas de vida extra-uterina usamos inicialmente massagens, manipulação e mobilização passiva através manobras suaves e sem emprêgo de força. Procuramos com isso as correções sucessivas da adução da supinação e do equinismo. Com este tratamento, além de se conseguir, geralmente, a correção, tem também a finalidade de melhorar as condições tróficas da pele do recém-nato que seria por certo macerada se usássemos qualquer tipo de aparelho.

Ao verificarmos que a hipercorreção foi conseguida colocamos aparelho gessado até a raiz da coxa e com o joelho em flexão de 90º para melhor estabilidade do aparelho e repouso do triceps sural.

Após um período de 30 a 45 dias retiramos o aparelho gessado e mandamos confeccionar botas ortopédicas ou aparelho de Denis-Brown, voltando à imobilização com gesso até o apronto do aparelho

ou bota. Damos preferência ao aparelho de Denis-Brown, às botas até que a criança comece a andar, pois estas nos parece ter maior facilidade em deformar-se.

A bota ortopédica deve possuir as seguintes características:

- a) — Cano alto e resistente
- b) — Inversão da fôrma
- c) — Elevação da metade externa da palmilha (se a criança não anda) ou da sola e salto externos (a criança já anda)
- d) — Elevação da planta.

A criança assim permanece com as botas enquanto houver suspeita de recidiva, o que dura aproximadamente, um período de 4 anos que pode se estender, muitas vezes, até 8 anos.

3.5.3. — Tratamento no Período de redutibilidade relativa

Neste período que compreende o período ectário de 2 meses a 2 anos, também iniciamos o tratamento com massagens e mobilização passiva, embora saibamos que pouco conseguimos. Após alcançarmos o máximo de correção por este método então passamos a usar o método de Kite, ou seja o gessado nos moldes já descrito anteriormente onde faremos cunhas sucessivas que se repetem de 15 em 15 dias. Após conseguirmos a correção do varismo e da supinação com cunhas externas, tentamos conseguir a correção do equinismo com cunhas anteriores.

Descrevemos este período de redutibilidade relativa porque poucas vezes temos conseguido a correção total do equinismo, com o início do tratamento nesta idade. Geralmente a correção do equinismo nos tem exigido método cirúrgico o que conseguimos com o alongamento do tendão de Aquiles e capsulotomia posterior da tibio-társica. Conseguida a correção da deformidade, cruenta ou incruentamente, caímos no primeiro caso, passando ao uso das botas já descritas.

Não cabe aqui, em se tratando de palestra destinada a colegas não ortopedistas a descrição detalhada das técnicas cirúrgicas enumeradas.

3.5.4 — Tratamento no Período de irredutibilidade relativa

Neste período que compreende as crianças que nos são trazidas entre a idade de 2 a 8 anos devemos tentar o máximo de correção que o tratamento conservador nos possa oferecer usando preliminarmente o método de Kite. Algumas vezes temos conseguido uma perfeita correção (nos de menos idade) no que se refere ao varismo e à supinação, restando somente a correção do equinismo para a cirurgia. Entretanto, na maioria dos casos consegue-se apenas uma

ajuda para operação corretora que ainda neste período cinge-se somente às partes moles.

A intervenção cirúrgica neste período é de extraordinária vantagem para os portadores de pés tortos, principalmente porque, de um modo geral, não perturba o crescimento normal dos pés, não advindo portanto consequência de maior monta quanto à estética e principalmente de ordem psíquica.

Nestes casos usamos a sindesmostomia lateral interna e alongamento do tendão de Aquiles com capsulotomia posterior tibio-társica, conforme técnica usada no Serviço de Ortopedia do Hospital Jesus que é uma modificação da técnica de Brockman, à cirurgia segue-se aparelho gessado durante 45 dias quando é retirado o aparelho. Se a cicatrização é perfeita inicia-se imediatamente o uso das botas ortopédicas com as características já mencionadas, durante o tempo suficiente para garantirmos o resultado.

3.5.5. — Tratamentos no período de irredutibilidade absoluta

Quando se nos apresenta um paciente com mais de oito anos de idade não temos dúvida de seu tratamento vai atingir o esqueleto e portanto modificar completamente a estrutura óssea do tarso com consequentes modificações da estética. Neste casos já se cumpriu em toda a sua plenitude a Lei de Delpech Wolff "Os ossos aumentam de volume, anormalmente, ao nível dos pontos em que desaparecem as pressões normalmente exercidas". Aqui se faz mister o ataque direto às partes moles e ao esqueleto, com maior ou menor secção óssea até que se consiga a correção desejada.

No Serviço de Ortopedia do Hospital Central do Exército usamos, como na maioria dos hospitais, para a correção de pés tortos neste período da vida, a triplíce artrodese tipo Hoke que consiste na fusão das articulações astrágalo calcâneo, astrágalo-escafoide e calcâneo cuboide.

Em seguida a intervenção cirúrgica coloca-se aparelho gessado que permanece por um período nunca inferior a 8 semanas.

4 — CONCLUSÕES

Após estas despretenciosas considerações sobre "Pé Torto Varo Equino Supinado Congênito" que é o que lhes pode oferecer sobre o assunto o Serviço de Ortopedia do Hospital Central do Exército, podemos chegar as seguintes conclusões de interesse para todos e muito principalmente para aqueles que não fazendo e especialidade estão em contágio cotidianamente com pacientes quer de sua clínica particular quer hospitalar:

1º — O Pé Torto é uma deformidade complexa que jamais se cura espontaneamente;

2º — Não tratado, o Pé Torto se agrava progressivamente trazendo sérias perturbações funcionais e estéticas.

3º — O Pé Torto é perfeitamente corrigível, dependendo seu prognóstico do tempo decorrido até a procura de tratamento.

4º — A melhor época para o início do tratamento é logo após o nascimento ou imediatamente após o médico ter o primeiro contato com o paciente.

5º — Pode-se assegurar quase com certeza de que o Pé Torto tratado até os 8 anos de idade não prejudica o crescimento normal dos pés e não deixa sequelas deformantes.

6º — O tratamento de tal deformidade exige esforço continuado, não só do especialista, como também dos pais, até que fique garantida a correção.

ALIMENTAÇÃO NAS FÔRÇAS ARMADAS

DR GALENO DA PENHA FRANCO - Cel Med Ex
Diretor do Hospital Central do Exército

Palestra no curso sobre Alimentação do
Prof Anibal Nogueira Junior.

1 — PREOCUPAÇÃO HISTÓRICA DA ALIMENTAÇÃO NA FÔRÇAS ARMADAS —

Escolhemos justamente um motivo histórico para dar início ao estudo que devemos fazer sobre a alimentação nas Fôrças Armadas. Devemos dizer que o que caracteriza a diferenciação entre a alimentação no meio civil e aquela utilizada no meio militar, é a sua ordenação dentro de uma disciplina equânime com as demais medidas da mesma espécie disciplinadoras, das distintas atividades desenvolvidas neste conjunto de Marinha, Exército e Aeronáutica que compõem as Fôrças Armadas. As vantagens, perguntarão, que trazem tal ordenação — são além de enquadramento disciplinar, a unidade de ação que caracterizam o funcionamento da máquina militar e que se reflete em todo mecanismo de seu emprego composto e resumido em : aquisição, armazenamento e distribuição.

Dissemos acima, entretanto, que escolhêramos um motivo histórico para abertura do assunto e voltando a essa idéia passamos a relatar: sem ter até então alcançado uma aparência unificada da alimentação militar, no entanto os velhos combatentes já se preocuparam em dar à sua tropa uma "racional" maneira de alimentá-la; assim vamos encontrar na "História Médico-Cirúrgica da Esquadra Brasileira, nas campanhas do Uruguai e Paraguai" 1864 a 1869 pelo Dr Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo, cirurgião mór da Armada Nacional e Imperial, edição de 1870" que a preocupação alimentar, — como as condições de clima sempre foram motivo de estudo, embora sem dúvida, nessa época, era dada destacada importância às condições do clima como responsáveis pelas graves enfermidades que atingiam os marinheiros e, máximo ao pessoal do Exército, os soldados "em terreno árido, procurando o abrigo de fracas barracas, expostos a rigorosos ventos ou ao sol quente, eram continuamente transportados ao hospital de campanha, sofrendo enfermidades gravíssimas, que tinham por causas ocasionais, não só as brus-

cas mudanças de temperatura, como também a natureza do solo". Entretanto não deixaram de reconhecer a alimentação como causas próximas "desvios de regime, abusos de alimentação" mas, acima de tudo, classificava como predisponentes, a "influência do clima, variantes atmosféricas e a grande elevação de temperatura".

Calcados nessa idéia, não podendo influir nas causas climáticas, — voltaram-se então para a alimentação, "acertando no que não viam" embora considerassem mais o clima! Continua nosso distinto Cirurgião da Armada Imperial: "Os que se têm ocupado da alimentação do homem do mar, prestam grande importância aos elementos que entram na composição do alimento; a ração do marinheiro brasileiro, comparada com a dos marinheiros de outras nações, é boa, mas não variável, e a higiene vem ainda em auxílio acêrca dos animais, que servem ao sustento do homem do mar". Lutando com dificuldades de aquisição de carne fresca, o uso da salgada foi muito empregada e, nesse caso, lhe eram imputados distúrbios alimentares, tanto mais que a deficiência de verduras e legumes também e o abuso de frutas verdes ou mal amadurecidas. Surgiram por isso tabelas destinadas à disciplinar a alimentação que embora não julgada quantitativamente em relação às calorías fornecidas, qualitativamente satisfaziam ao paladar, mas que afirmavam "suficiente para provarmos sua superioridade em quantidade e qualidade". Compunha-se a refeição do marinheiro de:

REFEIÇÃO DO MARINHEIRO

ALMOÇO.

Café 1 libra para 18 praças
Açúcar 1 libra para 12 praças
Pão ou bolacha 1/2 libra por praça

JANTAR.

Gêneros variáveis

CEIA.

Gêneros variáveis

Valor atual das medidas

1 alqueire = 18,400 kg
1 onça = 28,35 grs
1 libra = 0,454 kg

GÊNEROS VARIÁVEIS:

— 1ª. Espécie

FEIJÃO — 1 alqueire para 184 praças — 18,400 kg
ARROZ — 4 onças por praça — 113,40 grs
CARNE FRESCA — 1 libra e 1/4 por praça — 567 grs

— 2ª. Espécie

FEIJÃO — CARNE SALGADA — TOUCINHO — AZEITE DOCE

— 3ª. Espécie

FEIJÃO OU ARROZ — CARNE SÊCA — TOUCINHO

— 4ª. Espécie

FEIJÃO — BACALHAU OU PEIXE — AZEITE

O uso da aguardente fazia-se ao jantar, substituída pelo vinho nos portos estrangeiros. Como substituto do café, usava-se o chá. Complementavam a alimentação a farinha ou a batata.

Por outro lado, são constantemente citados "higienistas" como os especialistas ou responsáveis pela alimentação e suas opiniões são acatadas, tais como: variedade quanto maior, melhor; distribuir alimentos frescos. Esta última determinação, durante a luta, tornou-se impossível, daí a imputação como causa de perturbações gastro-intestinais.

A água também foi objeto de cuidados para o seu uso e as imputações como causadora de doenças eram constantes mas, tôdas elas relacionadas com sua deficiência ou riqueza em elementos químicos e não por sua poluição. Dessa forma os exames constantes referenciavam-se sempre à composição química — tal como se deduz das palavras do autor citado" o exame do Sr Dr Joaquim Monteiro Caminhoá deu o seguinte resultado:

- 1º — Há alguns sais calcáreos solúveis
- 2º — Algumas substâncias tanadas
- 3º — Substâncias orgânicas em suspensão
- 4º — Poucos sulfatos solúveis
- 5º — Alguns carbonatos e ácido carbônico livre

Isso demonstrava ser uma água potável as dos rios do teatro de operações na Argentina e Uruguai. Mas à aproximação da do mar tornavam-se turvas, — desagradáveis ao sabor e determinantes de moléstias, principalmente para os recém chegados do Brasil. Outros exames, agora como dosagem dos sais existentes, completam as opiniões reinantes da influência da água dégerida e digressões filosóficas são feitas sem entretanto penetrarem no mundo dos micróbios ainda encoberto em penumbra. Este rebuscado sucinto serviu-nos de introdução como índice do valor dado ao alimento como histórica preocupação.

Passaram-se os anos e a preocupação permanece e toma corpo, chegando ao ponto atual de existir um órgão especificado para estudar o assunto, a CAFA.

A Comissão de Alimentação das Forças Armadas (C A F A), criada pelo Decreto n.º 52 950, de 26 Nov 1963, é um órgão integrante do E M F A. Tem por finalidade estudar os problemas relacionados com a alimentação nas Forças Armadas, tendo em vista fixar e padronizar os diversos tipos de rações de víveres para emprêgo na paz e em campanha.

Compete-lhe, especialmente, estudar, coordenar e propor medidas visando:

- a instituição de uma doutrina alimentar nas F A;
- a sistematização dos tipos e estudos da composição das rações para emprego pelas F A na paz e na guerra;
- a confecção, análise e experimentação dos protótipos necessários;
- a padronização das características dos tipos de rações adotados;
- a elaboração periódica das tabelas de fixação dos valores das etapas e dos complementos à ração comum para as F A, inclusive dos quantitativos destinados à fabricação das rações de reserva;
- ao aproveitamento da indústria civil e militar e de outros recursos nacionais, tendo em vista a produção, a montagem e a estocagem das rações operacionais.
- a execução do programa de produção de rações com base nas informações de cada Força e tendo em vista o preparo da mobilização das F A.

A C A F A está, atualmente, estudando a organização de:

- Manual de Nutrição para as F A
- Manual de Alimentação para as F A
- Manual de Dietas para a F A

Em princípio são os seguintes os tipos de ração presentemente adotada:

A — Na paz — Ração comum ou de guarnição.

B — Em operações, manobras, exercícios, etc:

- a) — Rações operacionais:
 - R1 — Ração normal
 - R2 — Ração de combate
 - R3 — Ração coletiva
 - R4 — Ração de vôo
 - R5 — Ração de abandono

- b) — Refeições
 - PA1 — Pacote de assalto
 - PA2 — Pacote de vôo

- c) — Suplementos
 - SH — Hospital
 - SS — Posto de Socorro
 - SD — Diversos

Já se acha organizada montada e experimentada a R2 — Ração de combate, e sua produção confiada ao Serviço de Subsistência do Exército.

Está em estudo a organização da R1 — Ração normal.

A R5 — Ração de abandono está em fase de experimentação na Marinha.

2 — ALIMENTAÇÃO EM TEMPO DE PAZ — ETAPAS NO ESTUDO DA ALIMENTAÇÃO EM TEMPO DE PAZ, TEM-SE A CONSIDERAR:

- a) SERVIÇO DE SAÚDE — valor calórico
- SERVIÇO DE VETERINÁRIA — Integridade
- SERVIÇO DE INTENDÊNCIA —

SUBSISTÊNCIA	aquisição
	Confecção
	Distribuição

b) ETAPAS (valor das)

Cabos e	Subsistência NCr\$	804
Soldados	Rancho O M NCr\$	268
NCr\$ 1.172	Complemento NCr\$	65
	" RM NCr\$	45

ETAPAS (valor das)

Oficiais e	Subsistência NCr\$	804
Sargentos	Rancho O M NCr\$	402
NCr\$ 1.316	Complemento NCr\$	65
	" RM NCr\$	45

c) REFEIÇÕES (tipos de)

REFEIÇÕES	Desjejum
	Almoço
	Jantar

e) Variedades de refeições por influências regionais.

Uma coisa é alimentar o militar em tempo de paz, outra é fazê-lo em campanha.

Naquela a aproximação com "a alimentação civil" é patente, diferindo apenas no estabelecimento de tabelas, cardápios que têm o papel de padronização para fins de facilitar a aquisição, armazenagem e distribuição. Com pequenas nuances em sua estrutura de trabalho a missão de alimentar quer no Exército, Marinha ou Aeronáutica distribui-se entre o Serviço de Saúde, Veterinária e de Intendência, esta geralmente representada por um órgão executivo denominado a Subsistência. Os elementos de saúde cuidam do valor alimentar e após a confecção a sua agradável apresentação para o uso; o Serviço de Veterinária cuida da integridade alimentar maximé as de origem animal; o Serviço de Subsistência cuida da aquisição, cumprimento da distribuição e confecção preconizados pelo Serviço de Saúde e, finalmente, sua distribuição. A fonte de renda que finan-

cia a aquisição denomina-se etapa e tem-na direito tôdas as praças em serviço e oficiais desde que permaneçam em seus quartéis impossibilitados de fazer suas refeições em casa.

A Unidade responsável obtém, então em espécie o dinheiro quantitativo necessário a dar a cada homem a refeição que preencha as calorias preconizadas pelo Serviço de Saúde. Digamos de passagem que esses são os pontos essenciais dos problemas, pois facções intermediárias existem mas que não citaremos para não sermos prolixos e não tornar complexo o conhecimento do mais necessário. Dessa maneira são servidas as principais refeições constantes de desjejum, almoço, jantar. Em termos de calorias como estariam dotadas essas refeições:

a) Alimentação Comum do Militar

Valor calórico total aproximadamente 2.500 a 3.200 calorias

HC — 300 grs
Prot — 94 grs
Gordura — 83 grs

Sais minerais — 1.086 g de Cálcio
16 mg de ferro
1.528 grs de fósforo

VITAMINAS — Vit. A — 13.000 U.I.
" B1 — 1,4 mg
" B2 — 1,6 mg
Miacina — 19,5 mg
Vit. C — 130 mg

EXEMPLO DE CARDÁPIO

Horário

7,30 h. — Café da manhã ou desjejum
Leite (de vaca ou integral) 200 cm³
Café, chá mate — quantidade suficiente
Pão (francês) 50 grs
Queijo prato 25 grs (eventual)
Açúcar 20 grs ou 15 grs

9,30 h. — Colação (eventual)
Suco de frutas (cajú, laranja, lima da Pérsia, limão) 50 cm³
água 100 cm³
açúcar 15 grs

12.00 h. — ALMOÇO
Salada crua (pepino, alface, agrião, tomates chicória, cebola, pimentão, rabanetes, etc) 100 grs
Carne de vaca 100 grs

Vegetal cozido (abóbora madura, cenoura, vagem, xuxú, beterraba, ervilha verde, maxixe, etc) 100 grs a 150 grs
Arroz 150 grs
Feijão 100 grs (preto)
Sobremesa — fruta (melancia 150 grs)
Café — à gosto — açúcar 5 grs

15.00 h. — Merenda (eventual)

Leite (vaca ou integral) 200 cm³
Chá, café ou mate — q.s.
Manteiga 5 grs
Açúcar 15 grs

18,30 h. — Jantar

Sopa de legumes — 200 cm³
Carnes — 100 grs
Legumes — 100 grs
Arroz — 150 grs
Sobremesa — frutas — 150 grs
Café — q.s.
Açúcar — 5 grs

Como sabemos que as condições locais determinam hábitos alimentares regionais, as Forças Armadas não se ausentam dessa imposição, e procuram substituir certos alimentos da tabela típica pelos similares em valor calórico e outras características que cercam a alimentação, pelos similares em cada região, assim sabemos que no Nordeste a carne do sol, no Centro Este a carne-verde e no Sul esta e mais o charque se substituem; a farinha no Norte e Nordeste indispensáveis são desprezadas no Centro Sul; o café, o chá, o mate se revesam quando no Norte ou no Sul procuramos alimentar nossos soldados, e assim tantos outros exemplos. O que urge cumprir, é que as Forças Armadas têm sobre si essa grande responsabilidade, e devem diminuir as áreas de insuficiências alimentares nas quais diversas modalidades dos elementos básicos que compõem e alimentação. Em recente inquérito a esse respeito, o Prof. Ten Cel Méd Dr. Geraldo Maldonato, um dos nossos mais eminentes estudiosos do assunto na área militar, dizia: "Torná-se, portanto, evidente o baixo consumo de alimentos, como deficiência marcada para os chamados protetores, gerando o aparecimento de doenças carenciais que infelicitam a população, reduzindo sua atividade e conseqüentemente sua produtividade".

b) — Alimentação em campanha — rações —

a) — Logística (Apoio Administrativo Z C
" " " Forças Transitórias
" " " F Naval F Aéreo

b) — T O (Z Administração (Z A)
(Z Combate (Z C)

c) — Alimentação em campanha, é efetuado a cargo de

(Sv. Int	(Instalações
(Sv. Saú	(
(Sv. Vet	(e
	(Unidades

d) — Rações Operacionais

- R-1 — Normal 2 800 c 24 hs grandes grupos
- R-2 — de Combate — 1 homem 24 hs valor da normal
- R-3 — Coletiva — 5 rações de combate
- R-4 — Vôo — Reserva longa duração vôo — 3.400 e (FAE)
- R-5 — Abandono 400 c — Naufragos — (Marinha)

Refeições

- PA1 — Pacote de Assalto — Emergência de assalto
- PA2 — Pacote de Vôo — Tripulação e Passageiros

Suplementos

- SH — Hospitalar
- SS — Posto de Socorro
- SD — Diversos (sobrevivência, outros)

O atendimento à alimentação em campanha se cerca de características próprias da situação de guerra. Ela constitui peças que se articulam com tantas outras missões de campanha no imenso tabuleiro do conflito.

Para isso devemos viver a situação conhecendo sucintamente o terreno em que a alimentação vai ser satisfeita. Passamos a dar algumas noções para nos situarmos no assunto. Zona de guerra constitui o território em litígio, entretanto, zona de combate é onde se desenvolvem as operações em si e zona de administração aquela que constitui o apoio para consumação das funções de combate. Todas as medidas destinadas a prestar o apoio dentro da ZA e da ZC que não se relacione com a ação de combate em si, constitui a LOGÍSTICA, essa manifesta-se por intermédio das medidas administrativas por meio de serviços administrativos, outras exigem o emprego técnico de meios representados pelos serviços técnicos. É o caso do apoio à Saúde, à Veterinária, ao Suprimento de Munição, à Alimentação, esta feita pelo Serviço de Intendência. Entretanto nos diversos aspectos técnicos que a alimentação exige, contribui com seu apoio o Serviço de Saúde (ditando as normas de dosagem dos alimentos, calóricos, proteicos, lipídicos, vitamínicos etc) ou procurando verificar sua intertridade: o Serviço Veterinário. Finalmente para levar avante tais atividades são necessárias Instalações onde se estocam, confeccionam e distribuem e Unidades de operação dessas funções. Finalmente chega, assim, o alimento ao soldado. Estas chegam por meio das chamadas RAÇÕES que são

motivo de decisões prévias e estabelecidas com grande antecedência desde o tempo de paz pelo Estado Maior das Forças Armadas. No momento poderemos citar os seguintes tipos de rações que são consideradas como base de estudo para o emprego se necessário.

Os vários tipos de alimentos utilizados pelas Forças Armadas e adotados pelo Estado Maior das Forças Armadas classificam-se da seguinte maneira:

1 — **Ração Normal:** é uma ração de operações destinada à alimentação de grandes grupos, por 24 horas, durante tempo indeterminado, em campanha, quando a situação for instável, de modo que permita o funcionamento das cozinhas. Seu valor calórico total é de cerca de 3 800 calorias, com 126 gramas de protídeos, 700 miligramas de cálcio, 12 mg de ferro, 5000 UI de vitamina A, etc. Apresenta cinco cardápios básicos, confeccionados com alimentos pouco perecíveis, principalmente envasados, embutidos, salgados, desidratados e liofilizados.

2 — **Ração de Combate:** Ração de reserva, constituída por alimentos não perecíveis, muito estáveis, destinada à alimentação em campanha de um homem por 24 horas, quando a situação for instável, de modo a não permitir a instalação de cozinha. É o substituto da ração normal. Emprega-se em combate, deslocamentos a grande distância, manobras, exercícios de longa duração, podendo também ser consumida por tripulantes e passageiros de aviões de bombardeio e de reconhecimento estratégico, patrulhamento e transporte. Apresenta cinco cardápios, tendo o mesmo valor nutritivo que a ração normal.

3 — **Ração Coletiva** — É uma ração de reserva contendo 5 rações de combate, o que serve para alimentar cinco homens em um dia. É constituída de alimentos não perecíveis, usada por pequenos grupos de homens ou destacamentos que operam isoladamente e de guarnições de carros de combate e de patrulhas quando não for possível o emprego da ração normal. Os seus valores nutritivos são os mesmos que os da ração normal, multiplicados por cinco. Suas características de cardápios e de alimentos utilizados são também similares as da R 1.

- 4 — **Ração de Vôo** — É uma ração de reserva, constituída por alimentos semi-perecíveis destinados à alimentação dos aero-navegantes em vôos de longa duração. É peculiar à Força Aérea. Destina-se a aviões de bombardeio, patrulha, transporte, tropas aero-transportadas, unidades de paraquedistas, quando em missões superiores ou iguais a 24 horas. Apresenta cinco cardápios formados com alimentos conservados e tem valor calórico de 3 400 calorias, com 226 g de protídios, 200 g de glicídios e 185 de lipídios, em média com valores minerais e vitamínicos proporcionais.
- 5 — **Ração de Abandono** — Ração de reserva, composta de uma fração sólida e uma fração líquida constituída de água enlatada. São alimentos concentrados, estáveis, permitindo a sobrevivência de náufragos por tempo limitado, não sendo uma ração completa nem mesmo uma refeição, mas sim uma colação. Especificamente da Marinha, poderá ser usada por aero-navegantes ou passageiros de avião que estejam em situação de emergência em balsas ou baleeiras, unidades de paraquedistas ou tropas sujeitas a cercos. A parte sólida é formada por balas de goma e a parte líquida por água potável enlatada ou acessórios para dessalgamento da água do mar, tendo como complemento a goma de mascar. Tem cerca de 400 calorias, com 103g de glicídios, 0,20 de lipídios e 0,06 de protídios.
- 6 — **Pacote de Assalto** — É uma refeição incompleta, destinada ao uso de homem na fase de assalto de combate, constituída por um conjunto de alimentos de emergência. É constituída de enlatados de carne e derivados de vários tipos, simples ou associados, complementos como biscoitos, chocolates, doces cristalizados, caramelos, açúcar, café solúvel, goma de mascar e acessórios. Tem cerca de 1000 calorias, com perto de 50 g protídios. É utilizado durante um período muito limitado de tempo.
- 7 — **Pacote de Vôo** — É um pequeno quantitativo alimentar destinado a manter os tripulantes e passageiros de avião em um certo grau de eficiência fi-

sica, pela mitigação da fome, durante operações aéreas que excedam o horário das refeições. É especificamente destinado à Força Aérea, podendo entretanto ser usado por militar de outras Forças que estejam executando missão a bordo de aeronaves. Não chega mesmo a ser uma refeição, pois seu valor nutritivo é muito baixo, tendo cerca de 400 a 500 calorias, com taxas ínfimas de protídios e lipídios. É formado de doces cristalizados, chocolate, comprimidos de vitaminas e goma de mascar.

- 8 — **Tipos em Estudo** — A CAFA do EMFA estuda atualmente ainda uma ração de sobrevivência destinada não somente às Forças de mar e ar em casos excepcionais de abandono de aeronaves ou embarcações, mas também para Forças de terra, perdidas em operações nas selvas ou ainda para fracções isoladas de tropa em combate na guerra revolucionária.

— 4 — DIETAS HOSPITALARES —

Como vimos em nosso primeiro item, foi sempre motivo de estudo o estabelecimento de dieta típica para uso nas Forças Armadas. Citaremos uma de 1932, em traços rápidos que posteriormente foram sofrendo modificações para chegarmos a mais recente de 1984 que constitui um Regulamento Técnico em uso atualmente. Assim, em 1932 o Ministro da Guerra declarou aprovada a Tabela de Dietas destinada aos Estabelecimentos Sanitários do Exército. Vemos no quadro anexo a 1ª, 2ª e 5ª dieta para ter-se uma idéia de suas composições e notamos as calorias previstas para cada uma delas:

1932 — Aviso n.º 50 de 1-II-32. Bol Ex n.º 93 de 5-II-932.

TABELA GERAL DE DIETAS PARA USO DOS ESTABELECIMENTOS SANITÁRIOS DO EXÉRCITO.

CINCO DIETAS

1ª. Dieta	Quant.	Prot.	Lipi.	Glici.	Cal.
Caldo de cereais, de legumes ou frutos secos (Calculo para arroz)	200 grs	16,48	4	150	720
Mate, infuso	300 grs			1,35	5
Açúcar	120 grs			118,8	487
Soma		16,48	4	270,15	1.212

ANAIIS DO H. C. E.

2ª. Dieta	Quant.	Prot.	Lipi.	Glici.	Cal.
Leite	1.500 cc	52,5	52,5	67,5	980
Açúcar	100 grs	—	—	99	450
Mate, infuso	200 cc	—	—	0,8	3
Manteiga	10 grs	0,05	8,2	0,05	77
Maizena ou fubá de arroz	100 grs	3,1	1,3	81,3	356
Soma		55,65	62	248,65	1.821

3ª. DIETA 2.250

4ª. DIETA 2.442

5ª. Dieta	Quant.	Prot.	Lipi.	Glici.	Cal.
Açúcar	100 grs	—	—	99	406
Toucinho	20 grs	1,8	12,8	—	126
Banana	1 grs	1,1	0,1	10,8	50
Batata inglesa	200 grs	3,6	0,2	35,2	7
Café	10 grs	0,28	—	1,42	289
Carne verde	200 grs	41	13	—	205
Farinha	60 grs	0,72	0,04	49,1	23
Laranja	1	0,3	0,2	4,9	49
Legumes	200 grs	2,4	0,6	8,2	154
Manteiga	20 grs	0,3	16,4	0,3	3
Mate, infuso	200 grs	—	—	0,8	524
Pão fresco	200 grs	15	2,6	107	539
Sal	15 grs	—	—	—	5
Arroz	150 grs	12,3	3	102,5	1
Cebolas	2 grs	0,13	0,01	1	—
Limão	1/2 gr	0,03	—	0,1	—
Tempero verde	1 gr	—	—	—	—
Feijão	80 grs	19	1,68	40,2	256
Soma		97,76	50,63	470,32	2.792

Diabéticos — por kg de peso corporal/por dia

	Prot. 0,6 a 1	Lipi 9,5/total	Glici. —	Cal. 20 a 30
Tuberculosos —	1,75	1,50	4,50	40

ANAIIS DO H. C. E.

O novo manual de medicina:

T8-500 MANUAL TÉCNICO DE DIETAS HOSPITALARES

1962

DIETAS

Normal
1 — Gerais Branda
Pastosa
Líquida integral

Teor calórico
“ protídico Hiper e
“ glicídico Hipo
“ lipídico

2 — Gerais modificadas

Teor purínico — Hipo purínico
“ sódico —
hiper e hipo
“ potássico
“ residual — Resíduo ácido
“ básico

Líquida, restrita ou cirúrgica
cetogênica
alimentação por sondas

3 — Especiais Operados aparelho digestivo
para prova fisiológica
para alérgicos

Dieta	normal	3.854,6
“	branda	2.611,3
	Lig. integral	3.990,9
	hipocalórica	2.061,1
	Resíduo ácido	2.154,3

Outras — Febricitantes

Afecções ap. digestivo
cardio vasc
suprarenal e órgãos hematopoiéticos
alérgicas
S. nervoso e
distúrbios metabólicos
Gestantes e puérperas

- 1ª. — 1 212
 2ª. — 1 821
 3ª. — 2 250
 4ª. — 2 242
 5ª. — 2 798

Por outro lado, uma segunda tabela completa as trocas ou similares para os alimentos da 1ª. tabela. As refeições são distribuídas a 1ª. às 7, a 2ª. às 10, 1/2 e a 3ªs. às 16, 1/2.

Ainda o Aviso e suas Tabelas prevêem uma série de medidas, tais como: "Para um diabético o regime alimentar moderado aconselhável tem de obedecer aos dados seguintes: Mais ou menos de 20, 25 ou 30 calorias por quilograma de peso corporal por dia; 0,6, 0,9 a 1 grama de protídios nas mesmas condições; os lípidios constituindo elemento mais importante da nutrição do diabético, devem ser fornecidos em quantidade suficiente para completar o necessário em relação ao total de calorias; os glicídios requerendo atenção especial nestes casos não devem exceder de 30 a 40 gramas por dia sem contar o que entra em fração proporcional nas verduras utilizadas. Para um tuberculoso, outro exemplo, o regime de superalimentação exige média mais elevada por quilograma de peso corporal e por dia:

Calorias	40
Protídios	1,75
Lípidios	1,50
Glicídios	4,50

Várias retificações e emendas foram feitas no decorrer dos anos a partir de 1932. Após a segunda guerra com o advento das novas técnicas em todas as armas, em todos os serviços surgiram os novos regulamentos baseados na grande experiência da guerra. No setor da saúde, entre outros Regulamentos e Manuais, foi confeccionado o Manual Técnico de nº. 3-500 ou seja o T 8-500, dedicado a "Dietas Hospitalares" com sua primeira edição em 1962. Após as generalidades e dados sobre educação alimentar, fixa uma "Classificação geral das Dietas" em

Gerais
 Gerais modificadas
 Especiais

O quadro anexo detalha a melhor maneira.

Ainda o T.8-500 registra as dietas para febricitantes e diversas afecções como também vemos no quadro anexo.

5 — CONCLUSÕES —

Procuramos não apenas nos limitarmos ao estudo da "Dieta" e estendemos, por achar de interesse, sobretudo o que diz respeito às Forças Armadas no setor de administração e nas duas situações em que devemos considerar o militar: em paz e em guerra. Vimos que é assunto de estudo desde o século passado, em nossas Forças Armadas e nas campanhas do Uruguai e Paraguai. Daí a sua evolução às Tabelas culminadas com o Manual 1 T.8-500, nosso guia atual para orientação alimentar nos Estabelecimentos Sanitários.

Pensamos não ter cansado o seletor auditório ao trazermos alguns assuntos especializados das Forças Armadas pois julgo-a tão semelhante a da vida civil com apenas algumas características de nomenclatura e congratulo-me com o Prof. Anibal Nogueira Junior pelo êxito que vem tendo seu Curso, uma demonstração, que lhe é bem peculiar, de batalhador pela causa do ensino e, especialmente do ensino médico ao qual se dedica com o maior ânimo e servindo de ação exemplar à posterioridade. A todos, meu muito obrigado!

COMENTÁRIOS

ELETRCARDIOGRÁFICOS SÔBRE UM INFARTO DO MIOCÁRDIO EM JOVEM

Cel Méd. Dr. Nilson Nogueira da Silva, do HCE.

Não é mais surpresa a incidência do infarto cardíaco na terceira década da vida. A atenção dos clínicos deve estar voltada para essa eventualidade quando lidarem com clientes moços de sintomatologia suspeita. Apurem bem os sinais e sintomas; utilizem-se da semiótica armada especializada, e não se deixem levar pela conclusão "a priori", fácil, de que se trata de uma neurose dada à pouca idade do paciente.

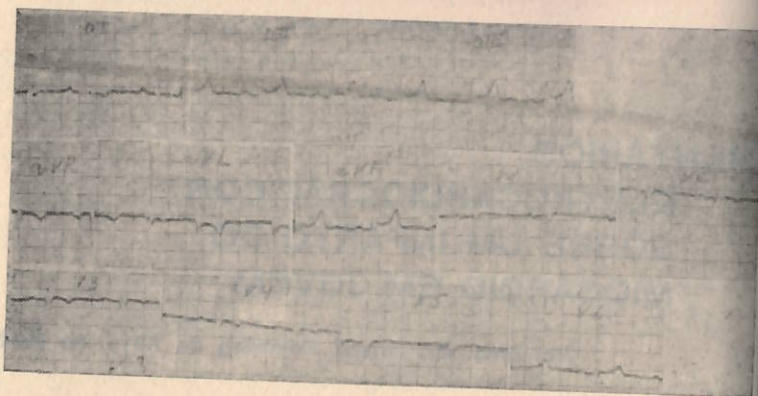
"Qual!... isso não é nada. É reumatismo ou distonia neuro-vegetativa produzidos pelo excesso de trabalho... Você fuma?... uma pleurodiniazinha sem importância... ou será uma hérnia hiatal?...".

K.D.S., de 22 anos de idade, brasileiro, solteiro, residente na Praça da Bandeira; de cor branca, biótipo brevilíneo, peso 93 quilos, altura 1m,60. Pais hipertensos. Um irmão cardiópata.

Doença atual: na segunda quinzena de abril, apareceram-lhe manchas brancas (sic) nas mãos (face dorsal). Atribuíram à intoxicação alimentar, embora já nesse momento apresentasse dor forte no meio do peito (sic). Essa dor não foi convenientemente analisada. Em 2-5-67 procurou a Clínica Médica, referindo dor no peito como se fôsse um "machado cravado no peito" (sic). Foram-lhe prescritos Cynaron e Complexo B, etc. A 9-5-67, após um aborrecimento, teve novamente a dor a ponto de ter que deitar-se.

Procurou-nos a 3-7-67 para consulta com medo de que voltasse a dor do peito.

Ao exame apresentava: ritmo cardíaco regular. Pulso-cheio e ritmado. Pressão arterial: Mx.:13 e Mn.:7. Estava assintomático de nada se queixava. Foram pedidas a dosagem da glicemia e a atividade protrombínica e foi feito o eletrocardiograma abaixo:



1º. Ecg (dia 3-7-67)

Trata-se de um traçado com o eixo elétrico no plano frontal a cerca de $+50^\circ$ e aponta, no espaço, para baixo, para a esquerda e para trás. O eixo de T está em redor de $+115^\circ$ e, no espaço, aponta para a direita, para baixo e para trás (transição se processando entre V4 e V5). Existe Q1, pequeno; não há Q2 e Q3 (o que contraria a Lei de Minthowen). ST2 e ST3, supradesnivelados e côncavos para cima; ST1, isoclétrico e convexo ligeiramente para cima. Então ST4 a cerca de $+90^\circ$. TaVR tendente à simetria; QRSaVL, tipo: QRS, tendo a onda Q 1/3 da R que se lhe segue e atingindo no tempo 0,04 de segundo. Espessado o ramo descendente de QaVL-TaVL, negativo, pontiagudo e de caráter isquêmico. A derivação aVL estaria captando potencial de átrio esquerdo? Não, e sim do ventrículo esquerdo; porque o eixo elétrico não está desviado para a esquerda; a onda P é positiva e de características normais. STaVF, supradesnivelado. QRSV1, tipo QS, esboçando R embrionário; TV, isoclétrico. QRSV2, tipo QrS, com T negativo e ST convexo para cima. QRSV3, tipo QrS com T negativo e ST convexo para cima. QRSV4, tipo qRS com T difásico "minus-plus". Não há QV5 e QV6.

Estas ondas Q precordiais até V4 poderiam indicar uma estenose tricuspídea ou um Ebstein, ou, ainda mais, um crescimento atrial direito? Não; a onda P tem todas as características normais. O AP está em redor de $+35^\circ$ e nas precordiais sua duração e morfologia são normais. Também não poderia ser um crescimento atrial direito porque teria repercussão no ventrículo direito e nas derivações precordiais de V1 e V3, pelo aspecto de QRS, não podemos fazer diagnóstico de sobrecarga quer sistólica, quer diastólica do ventrículo direito.

Diagnóstico eletrocardiográfico: infarto anterior do VE (ventrículo esquerdo) em fase de evolução. Lesão subepicárdica de parede diafragmática do VE.

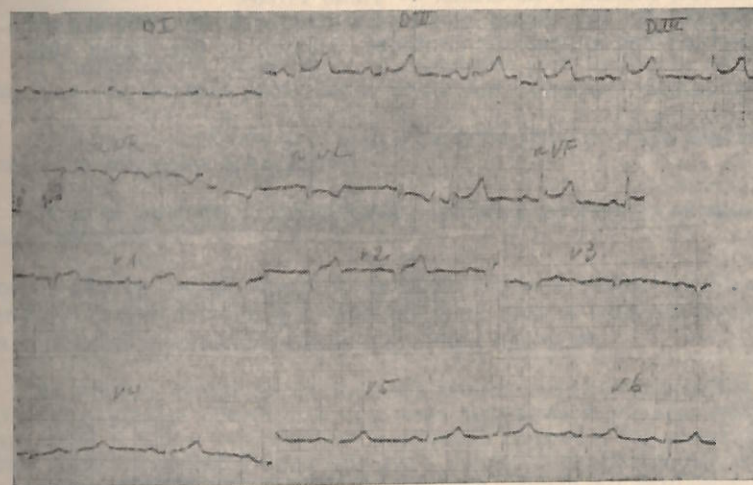
No dia 4-7-67, trouxe-nos um exame de sangue com o seguinte resultado:

glicose: 90mg%.

Atividade protrombínica: 21seg. (tempo) e atividade: 35%.

Medicação feita nesse período: digoxina, edecrin, tromexan, rebranger, valium e dieta de 800 calorias assódica.

Um segundo eletrocardiograma tomado aos 28-8-67, revelou:



2º. Ecg (28-8-67)

Onda T1, tendendo à positividade, mas com STT1 com o aspecto que Cabrera atribui à insuficiência coronária crônica. O ST2 e ST3 continuam supradesnivelados. No QRSaVL, a onda Q diminuiu de tamanho; a onda T perdeu seu caráter simétrico e pontiagudo e tornou-se assimétrica. O STaVF continua supradesnivelado. O QSV1, esboçando um R embrionário permanece, mas a onda T tornou-se positiva, esboçando ligeira negatividade terminal. A onda Q do QRSV2 aumentou sensivelmente de tamanho e a onda T positivou-se com pequena negatividade terminal. O QRSV3 apresenta pequena onda Q e onda T difásica tendente à positividade. Não há ondas Q em V4, V5 e V6.

Diagnóstico: infarto anterior do VE em período de evolução. lesão subepicárdica de parede diafragmática de VE. A persistência do supradesnivelamento de ST2, ST3 e STaVF fará com que mais tarde se pesquise a presença de possível aneurisma como seqüela infartica.

Conclusões. — A presente publicação visa a chamar a atenção dos clínicos para o possível acometimento infártico nos jovens da terceira década de vida. O caso descrito causou surpresa por se tratar de um paciente de 22 anos de idade. Apesar da sintomatologia clínica suspeita, levantou-se o problema do diagnóstico diferencial com o crescimento atrial direito, com a estenose trisúspídea, etc.

Referências bibliográficas

Eletrcardiografia Clínica. — Bernard S. Lippman e Massie. 1967.
Eletrcardiografia y Vectoeletrcardiografia Deductivas. — Soddi-Pallares, Bisteni e Medrano. — Tomo I-1964.
Cabrera, E: Les Bases électrophysiologiques de l'électrocardiographie. Ses applications cliniques. Masson et Cie. Paris. 1948.

— * —

SÔBRE O RISCO CÁRDIO-VASCULAR EM CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

Dr. Nilson Nogueira da Silva, Cel Méd, do HCE.

O Cardiologista, atualmente, é solicitado, com inusitada frequência, para dar parecer cardiológico antes das operações cirúrgicas.

Têm-se em conta de que, com o referido parecer, haja segurança contra os acidentes operatórios.

Como se trata de uma exigência pertinente ao sistema cárdio-vascular, pergunto:

porque não se pedem, também, os riscos clínicos, psiquiátrico e quejandos? O psiquiátrico, por exemplo, é de toda a valia na aquisição da confiança e tranqüillidade pelo paciente operando.

Há mesmo certos casos judiciais contra médicos cirurgiões que tiveram acidentes operatórios com seus pacientes e que não solicitaram antes o laudo cardiológico. A situação chegou a tal ponto que o risco cárdio-vascular é solicitado para operação de fimose em crianças. Outros ainda não contentes com isto, pedem ao cardiólogo que mande dizer-lhes se podem ou não operar e por escrito.

De duas, uma: ou se trata de confiança ilimitada no parecer cardiológico, ou, então, — que é mais provável — de uma diluição de responsabilidade no caso de evento infausto. Ora, o cardiólogo não é nenhum profeta; os seus juízos são relativos como todo e qualquer juízo, dada a impossibilidade de se ter disponível, num instante determinado, os fatores desencadeantes do acontecimento que se desejava prever. Além do mais, é preciso levar em consideração o conteúdo de incerteza inerente à toda predição. A meu ver, pedem muito ao cardiologista e quem fornece mais do que pode é desonesto.

Ademais, para dificultar o problema, carece-se de observações bem feitas sobre cardiópatas que se submeteram a intervenções sangrentas.

Um simples exemplo nos situa melhor no caso. Suponhamos que se deseje avaliar o risco cárdio-vascular de um insuficiente aórtico compensado numa intervenção cirúrgica-litíase biliar. Vários parâ-

metros teriam que ser considerados para se fazer um estudo estatístico que nos facilitaria fazer parecer cardiológico assinado. Teriam que levar em consideração o biótipo, a cor, o período etário, o sexo, fato de ser operado pelo mesmo cirurgião em idêntico ambiente, etc. Somente assim, e de um modo aproximado, poderíamos dizer e concluir que, nos indivíduos com insuficiência aórtica compensada e que se submetem a intervenções cirúrgicas por litíases biliares, o risco cirúrgico cardiológico é ótimo, bom, mau ou péssimo em tal ou qual porcentagem.

Como isto ainda não foi tentado por razões óbvias, as nossas opiniões sobre esse assunto são desconcertantes e, não raro, emitimos um parecer de risco mau: o doente é operado e nada sente; outra vez com risco bom, sucumbe na mesa de operações.

Temos ainda que focalizar a inexistência, atualmente, de método eficaz na avaliação da reserva cardíaca. Que é isso? Que se entende por reserva cardíaca. Capacidade maior ou menor do coração em se adaptar a um excesso de trabalho físico sem que o paciente apresente sinais e sintomas molestos. A essência dessa reserva situa-se na fibra contrátil, nas suas trocas químicas, em suma no seu metabolismo. Assim, o coração dilatado ou hipertrofiado, por esticamento ou aumento do diâmetro das fibras, dificulta as trocas químicas entre as membranas celulares. Metabolismo cardíaco alterado: diminuição da reserva cardíaca. Por isso esta sequência: coração dilatado-coração fraco. Coração fraco-má contração. Má contração-resíduo sanguíneo nas cavidades cardíacas. Resultado final sobrecarga, degeneração de fibras, insuficiência cardíaca ou crise cardíacas paroxísmicas.

Há cardiopatas valvulares com excelente reserva cardíaca; outros, não, e com a mesma lesão valvular. Com frequência observamos se mitro-aórticas que suportam bem o trabalho de parto, enquanto algumas estenóticas mitrales puras sucumbem ao edema agudo do pulmão.

Outros fatores importantíssimos influem na falha do parecer cardiológico. Entre eles a manipulação e tração das vísceras feitas arrepiadamente por um cirurgião brutal; a inalação e introdução de anestésicos e que tais.

Sabe-se que a anistoxia e a hipoistoxia produzem uma hipercapnia; a hipercapnia mobiliza o potássio. Há como que uma sideração do sistema neuro-vegetativo e conseqüentes paradas cardíaca ou respiratória.

A hipertensão arterial essencial com cifras tensionais elevadas tanto o sistólica como diastólica não importa em risco cirúrgico digno de nota se não estiver repercutindo seriamente nos rins, no cérebro, no miocárdio ou nas artérias periféricas. No entanto é comum ouvir-se falar: "Não... Com pressão alta, eu não opero"...

Apesar dos percalços e dificuldades acima expostos, o cardiólogo, ao emitir parecer, se atém ou a sua experiência própria, ou então a certos critérios e classificações de outros autores.

Eis alguns destes critérios:

Risco cirúrgico cardiológico.

Grau I (Ótimo).

OBS. — a) Conforme "Casa de Saúde São Miguel".

I — Ótimo: doente relativamente moço com aparelho cardíaco-vascular perfeito.

b) Conforme Mayrhofer: ausência de risco, com exceção da afecção cirúrgica.

Risco cirúrgico cardiológico.

Grau II (Bom).

OBS. — a) Conforme "Casa de Saúde São Miguel":

existe causa etiológica para cardiopatia, sem cardiopatia diagnosticável.

b) Conforme Mayrhofer: compreende pacientes com arteriosclerose ligeira, pequenas lesões miocárdicas hipertônicas ou hipotônicas moderadas. Pacientes com mais de 50 anos, em geral.

Risco cirúrgico cardiológico.

Grau III (Mau).

OBS. — a) Conforme "Casa de Saúde São Miguel": cardiopatia compensada.

b) Segundo Mayrhofer: pacientes com arteriosclerose generalizada, grave, esclerose coronária. Arritmias. Enfisema essencial. Pacientes com mais de 70 anos em geral.

Risco cirúrgico cardiológico

Grau IV (Péssimo)

OBS. — a) Conforme a "Casa de Saúde São Miguel": cardiopatia descompensada.

b) Segundo Mayrhofer: situação de emergência excepcional.

Uma outra classificação é a seguinte:

O risco cardíaco-vascular se classifica em (segundo Rodman e Leamen):

1) Bom risco: (cardiopatias da classe I, lesões oro-valvulares compensadas, não sífilíticas, e as doenças hipertensivas sem participação renal);

2) **Risco moderado** (insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência coronária, mostrando dispnéia de esforço, dores anginosas, fadiga e palpitação na atividade rotineira;

3) **Mau risco** (Cardiopatias com dispnéia de decúbito ou portadores de cardiopatias infecciosas em atividade; infarto do miocárdio recente com redução acentuada das reservas miocárdicas. Contraindica-se a cirurgia. Trata-se, com intuito de retorná-los às classes I e II).

Nas cardiopatias congênitas de tratamento operatório, operando-se ainda que em insuficiência cardíaca, de vez que a intervenção visa à cura da lesão e da insuficiência cardíaca. Assim acontece nas bicuspidíase, tetra e pentalogias de Fallot.

Também não se deve esquecer de que o parecer do cardiologista contrário à intervenção cirúrgica não a impede de ser executada. É conveniente que se reúnem o cirurgião, o anestesista, o cardiologista e os elementos da família do paciente para que, esmiuçando o referido caso nas múltiplas facetas visem apenas ao benefício do operando.

Conclui-se, pois, que o risco cirúrgico cardiológico emitido em forma de parecer está sujeito a muitas oscilações que não só devem ser analisadas com clareza, senão que submetidas ao bom senso de cada um, à sua experiência e a uma reunião com os médicos interessados no caso.

★

RELATÓRIO SUCINTO

(Período de 1º Dez 66 a 31 Jul 67)

ÍNDICE

Objetivos	1
Retrospecto das atividades durante o período	1
Movimento Técnico	1
Hospitalização	1
Serviços executados	1
Maternidade	1
P C P C (Pav Canrobert P Costa)	1
P N P (Pav Neuro Psiquiátrico)	2
P M H L (Pav Mal H. Lott)	2
P I (Pav de Isolamento)	2
Clínica Oftalmológica	2
Clínica Otorrinolaringológica	2
Clínica Pediátrica	2
Seção de Cardiologia	3
L A C (Lab Analises Clinicas)	3
Gabinete de Urologia	3
Gabinete de Protologia	3
Serviço de Fisioterapia	4
S A G T S (Serviço Transfusão Sangue)	4
Serviço Radiológico	4
Gabinete Odontológico	4
Movimento Geral de Curativos e Injeções	4
S M L (Serv Médico Legal)	5
J M I S C e J M S (Juntas)	5
Movimento Operatório	5 a 7
Movimento Geral de Entradas e Saídas	8
Serviço Farmacêutico	9 a 11
Mapa de Efetivo de Oficiais	12
Contingente	13
Serviço de Estatística	14
Serviço de Assistência Religiosa	14
Biblioteca Especializada	14
Ajudância	14
F A (Fisc Administrativa)	15
Tesouraria	16
Almoxarifado	19 e 20
Seção de Costura	20
Contadoria	21
Serviço de Aprovevisionamento	23 e 24
Lavandaria	25
Secretaria	26 e 27
Serviço de Viaturas	28 a 29
Oficinas Gerais	30 a 36

I — **OBJETIVOS** — Foram plenamente alcançados, principalmente no que se refere aos que recorrem à assistência, nada lhes faltando, dentro dos recursos em disponibilidade.

II — **RETROSPECTO DAS ATIVIDADES DURANTE O PERÍODO E LEVANTAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS EM FUNÇÃO DO PLANEJAMENTO PREVISTO**

Os trabalhos mandados realizar, deram bons resultados em suas diversas dependências, conforme se vê, através dos dados estatísticos que se seguem:

MOVIMENTO TÉCNICO

1 — **Hospitalização**

— Existente em 1 dezembro de 1966.....	1.219
— Entraram até 31 de julho de 1967.....	8.558
— Saíram até 31 de julho de 1966.....	8.643
— Existente em 31 de julho de 1967.....	1.105

2 — **Serviços executados**

MATERNIDADE

Abôrto inevitável	24
Cezariana	54
Curetagem uterina	25
Falso trabalho de parto	19
Parto Normais	367
Parto a forceps	14

PAVILHÃO CANROBERT PEREIRA DA COSTA

Aparelhos provisórios	114
Aparelhos gessados	460
Atendimentos	179
Clínica Cirúrgica	155
Clínica Médica	39
Ginecologia	427
Parecer J M S	66
Parecer J M I S C	113

SERVIÇO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Atendimentos	249
Eletroencefalograma	440
Eletroconvulsoterapia	183
Pareceres	710
Punções	34
Insulinoterapia	77
Impregnações	53
Teste de nível mental	98

PAVILHÃO MARECHAL HENRIQUE LOTT

Cobaltoterapia	256
Cancerologia	47
Ginecologia	84
Roengterapia	132

PAVILHÃO DE ISOLAMENTO

Atendimentos	1.093
Lavado Brônquico	58
Pareceres para J M S	1.957
Radioscopias	361

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Atendimentos	1.750
Betaterapia	199
Pareceres para J M S	179
Vaporizações	1.085

CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Atendimentos	766
Inhalações	369

CLÍNICA PEDIÁTRICA

Atendimentos	2.488
--------------------	-------

SEÇÃO DE CARDIOLOGIA

Atendimentos	2.626
Eletrocardiogramas	1.299
Fornecardiogramas	8
Pareceres J M S	1.005
Radioscopias	33

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Bioquímicos	2.160
Coagulação	1.291
Exames bacterioscópicos	392
Hematológicos	3.270
Imuno.hematológicos	1.299
Líquor	21
Parasitoscópicos	1.341
Urina	1.605

GABINETE DE UROLOGIA

Atendimentos	1.278
Cistoscopias	106

Cateterismo uretral	366
Cateterismo ureteral	281
Colheita de material	652
Radiografia simples	49
Dilatação uretral	1.184
Instilação vesical	437
Instilação uretral	24
Lavagem de sonda e bexiga	703
Massagem prostática	2.709
Nefrografia	29
Pielografia retrógrada	36
Pareceres J M S	63
Urografia excretora	32
Uretrografia	4

GABINETE DE PROTOLOGIA

Atendimentos	617
Anuscopias	260
Colheita de material	84
Dilatação retal	120
Pareceres J M S	32
Retosigmoidoscopias	22

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Atendimentos	8.778
Calor Úmido	1.419
Inira vermelho	64
Massagens	2.452
Ondas Curtas	1.385
Pantostat	1.143
Tração Cervical	624
Ultra Violeta	349

SERVIÇO DE ANESTESIA

Anestesias realizadas	1.404
Transfusões de sangue	657
Transfusões de plasma	258

SERVIÇO RADIOLÓGICO

Atendimentos	7.182
Abreugrafias	3.106
Radiografias	2.962

GABINETE ODONTOLÓGICO

Consultas	4.481
Extrações	1.130
Exames	200
Limpezas de tártaros	219
Obturação à silicato	854
Obturação à amalgama	555
Obturação de canais	37
Preparo de cavidades	553
Proteções pulpares	363
Pulpectomias	54
Tratamento de canais	69
Radiografias	1.416

MOVIMENTO GERAL DE CURATIVOS E INJEÇÕES

Curativos	21.417
Injeções	96.546

SERVIÇO MÉDICO LEGAL

Cópias de Exame de A C D (auto corpo de delito)	55
Cópias de Exame de Sanidade	33
Exame de A C D e Sanidade	948
Laudos de Necrópsias	19
Necrópsias	22
Óbitos ocorridos no H C E	156

JUNTA MILITAR DE INSPEÇÃO SERVIDORES CIVIS DO M G. (JMISL)

Aptos	912
Incapaz temporariamente	1.207
Invalidez	58
Def. Adm	6

JUNTA MILITAR DE SAÚDE (JMS)

Aptos	437
Incapaz temporariamente	518
Incapaz definitivamente	307

MOVIMENTO OPERATÓRIO

Apendicectomia	89
Arteriografia	7
Auto enxerto livre	1
Biopsia	23
Correção de orelha de abano	3
Confecção de tubo de Guilles	1
Colpoperineoplastia	57
Craneotomia	3
Curativo cirúrgico grande queimado	64
Cistotomia evacuadora	1
Cistotomia exploradora	1
Cistolitotomia supra pública	1
Criptorquidia	1
Correção plástica	23
Colecistectomia	18
Correção de lábio leporino	5
Cauterizações	31
Cura cirúrgica de varizes	7
Cura cirúrgica fissura anal	1
Cura cirúrgica de varicocele	28
Desarticulação de quirodactilo	1
Drenagem de abscesso	30
Duodenorrafia	1
Diverticulectomia	1
Dissecção venosa	5
Debridamento de escara	1
Ectomia testicular	3
Exerese de cisto sebáceo	40
Exerese de angioma	2

Exerese de unhas	4
Exerese de verrugas	4
Exerese de epiteloma	4
Exerese de nódulo parotidiano	7
Exerese de tumor de lábio	1
Exerese de blastoma	7
Exerese de lipoma	8
Exerese de cisto sacro coccigeo	3
Exploração urológica	2
Enxerto arterial	1
Enxerto de placenta	7
Exploração cirúrgica de nervo	1
Fistulectomia	34
Ginecomastia	5
Gastrectomia	15
Gastrostomia	2
Histerectomia	21
Herniorrafia	113
Hemorroidectomia	31
Instalação de diálise peritoneal	1
Ileostomia	1
Inversão da vaginal	18
Ligadura de trompas	5
Laparotomia exploradora	4
Laminectomia	1
Ligadura de artéria	1
Mastectomia	1
Miomectomia	3
Nefrectomia	3
Ooforectomia	6
Prostatectomia	6
Pielolitotomia	1
Pleurotomia	2
Postectomia	35
Retirada de corpo estranho	19
Recomposição de orifício urinário	1
Safenectomia	17
Simpatectomia	1
Salpingectomia	7
Sigmoidectomia	2
Sutura de ferida	13
Traqueotomia	1
Transversostomia	2
Tumorectomia	1
Tireoidectomia	11
Tumorectomia	2
Ureterolitotomia	1
Ureterostomia provisória	1
Ureteroplastia anterior	1

SERVIÇO FARMACÊUTICO

Aquisição de medicamentos

Laboratório Químico Farmacêutico Militar	NCr\$	1.890,10
Outras farmácias	NCr\$	3.736,43

Receituário Indenizável	Número de receitas	3.535
	Prescrições externas	5.242
	Prescrições internas	4.626

Receituário Gratis	Número de receitas	5.105
	Prescrições externas	9.869
	Prescrições internas	7.757

Receituário Enterpeccentes	Número de receitas	1.815
	Prescrições externas	2.107
	Prescrições internas	1.265

Receita Gratis	737
Indenizavel	2.072

Pagamentos a Vista	Receitas	7.207
	Prescrições Externas ..	9.817
	Prescrições Internas	8.320

Receituário Geral	Receitas	18.474
	Externas	25.291
	Internas	23.809

Total de prescrições..... 40.723

Número de pessoas atendidas

Oficiais Ativa	7.995
Oficiais Reserva	5.101
Civis	3.408

Em virtude das novas instalações da farmácia comercial, que pas-sará a funcionar no local onde antigamente funcionava a farmaco-técnica, e considerando que sob o ponto de vista industrial a secção de farmacotécnica não correspondia às suas reais finalidades, deixará então de existir, com exceção da sua parte material de penso cuja máquina, apesar de velha e bastante usada, ainda se apresenta em bom estado de conservação e dando um rendimento satisfatório.

M E S E S	ENTRADOS		S A I D O S							DOS TRANSFERIDOS								
	EXISTENTE	ENTRARAM	RECEBIDOS POR TRANSFERÊNCIA	CURADOS	TRANSFERIDOS	INCAPAZES	MORTOS	POR OUTRAS CAUSAS		FICA EXISTINDO	H C I	S M I	CASA DE SAUDE PARTICULAR	HOSPITAL CIVIL	HE P A M	H G J F	HE SOUZA AGUIAR	
DEZEMBRO (1966)	1219	844	-	356	83	28	15	538	-	-	63	18	1	1	-	-	-	
JANEIRO (1967)	-	1302	-	311	23	25	26	737	-	-	23	-	-	-	-	-	-	
FEVEREIRO	-	946	-	362	21	31	14	448	-	-	21	-	-	-	-	-	-	
MARÇO	-	1223	-	436	49	52	22	624	-	-	43	-	-	-	-	-	-	
ABRIL	-	998	-	401	12	63	15	541	-	-	12	-	-	-	-	-	-	
M A I O	-	1082	-	283	52	33	20	838	-	-	50	-	-	-	-	-	-	
JUNHO	-	980	-	329	81	44	20	566	-	-	75	5	-	-	-	-	1	
JULHO	-	1183	-	349	37	38	19	705	-	1.105	37	-	-	-	-	-	-	
SUB-SOMA.....	1.219	8558	-	2823	358	314	151	4997	-	1.105	330	23	1	1	1	1	1	
SOMA TOTAL.....	1.219	8.558		8.643							1.105	358						
9.777																		

ANAIIS DO H. C. E.

No período do presente Relatório a Secção de Farmacotécnica apresentou o seguinte movimento:

Produção	Atadura de gaze ...	rôlo	3.200
	Gaze	metro	10.056
	Solução	litro	657
	Comprimidos	quillo	22
	Pomadas	quillo	14
	Xarope tiocol	litro	335
Por aquisição:	Alcool	litro	3.426
	Benzina	litro	140
	Eter Sulfurico..	litro	1.000
	Formol	litro	140
	Periodrol	litro	40
Fornecimento às Dependências:	Alcool	litro	3.520,5
	Xarope de tiocol..	litro	348
	Água Oxigenada..	litro	585,5
	Acetona	litro	46
	Benzina	litro	146
	Eter Sulfurico	litro	1.073
	Formol	litro	157
	Líquido de Dakin..	litro	184

Apesar de não corresponder 100% no tocante à exigência industrial, a farmacotécnica produziu e atendeu, com os meios disponíveis, todos os setores deste Nosocômio, quer as Secções do Serviço Farmacêutico, quer pedidos das Enfermarias.

Produção da Secção de Farmacotécnica

Produto	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
			1.650 R	1.550R			
Atadura de Gaze			370,40	341,20			
		450 R	2.016 R	2.010R	4.480 R		1.100R
Gaze de metro		125,00	566,00	555,00	1.474,35		339,06
Solução	100 L	89 L		108 L	100 L	140 L	120 L
	47,90	58,10		74,00	65,32	89,70	73,53
Tintura							
	11 K				11 K		
Comprimido	143,50				107,20		
			14K				
Pomada			81,00				
	50 L	50 L	50 L	50 L		90 L	45 L
Xarope Tiocol	51,90	51,50	51,45	62,00		142,60	61,88
Total em NCr\$	243,30	234,60	1.068,85	1.032,20	1.646,87	232,30	474,47

Dentro de cada mês é concernente a cada artigo, a parte superior se refere a quantidade produzida;

Dentro de cada mês e concernente a cada artigo, o registro feito na parte inferior se refere ao valor total da produção em cruzeiros novos.

ANAIIS DO H. C. E.

Aquisição no Comércio:—

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Total
	416 L	430L	430L	860L	430L	430L	430L	3426 L
Alcool	125,44	116,46	116,46	232,90	116,46	137,95	137,95	983,62
			100 L				40 L	140 L
Benzina			124,80				50,64	175,44
	200 L		200 L	200 L		200 L	200 L	1.000L
Eter Sulfurico	117,00		129,60	129,60		135,00	156,00	667,20
			100 L				40 L	140 L
Formol			218,40				86,64	305,04
				40 L				40 L
Periodrol				149,76				149,76
	616 L	430 L	830 L	1.100L	430 L	630 L	710 L	4.746
Total	242,44	116,46	589,26	512,26	116,46	272,95	431,21	2.221,06

O registro feito na coluna superior é referente a cada artigo, refere-se a quantidade;

O registro feito na coluna inferior é referente a cada artigo, refere-se ao valor total em cruzeiros novos.

Fornecimento às Dependências:—

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
	468,5L	436 L	529 L	529 L	565 L	466 L	527 L
Alcool	154,60	130,80	158,70	158,70	169,50	163,10	184,45
	23 L	54 L	84 L	49 L	45 L	51 L	42 L
Xarope Tiocol	23,70	55,62	86,52	50,47	46,35	80,58	57,54
	80,5L	83 L	75 L	90 L	83 L	95 L	79 L
Água Oxigenada	80,50	54,20	48,98	58,50	61,42	70,30	48,19
	2 L	7 L	7 L	8 L	6 L	3 L	13 L
Acetona	5,50	19,25	19,25	22,00	16,50	8,25	37,75
	15 L	20 L	20 L	25 L	25 L	27 L	14 L
Benzina	14,02	18,17	27,44	34,25	34,25	36,99	19,18
	148 L	135 L	168 L	127 L	161 L	141 L	193 L
Eter Sulfurico	105,82	96,53	133,06	100,33	127,19	115,62	164,00
	22 L	16 L	19 L	29 L	32 L	19 L	20 L
Formol	17,03	13,65	45,79	69,89	77,12	45,79	48,20
	22 L	20 L	36 L	24 L	40 L	30 L	12 L
Liq. Dakin	13,20	12,00	21,60	14,40	22,80	17,10	6,84
	781 L	744 L	896 L	881 L	957 L	832 L	900 L
	414,39	372,94	498,08	508,54	555,13	537,83	564,15

Concernente a cada artigo, o registro da coluna superior se refere a quantidade do produto fornecido;

Na coluna inferior acha-se registrado o valor total do artigo em cruzeiros novos.

CONTINGENTE

— EFETIVO:

Discriminação	Previsto	Existente	Claros	Adidos c/se Efet. Fossem	Soma
SUBTENENTE	5	5	—	—	5
1º SARGENTO	26	17	9	7	24
2º SARGENTO	44	35	9	9	44
3º SARGENTO	58	49	9	6	55
CABOS	12	11	1	—	11
SOLDADOS	100	100	—	1	101
TOTAL	245	217	19	23	240

a) — Durante os 7 (sete) primeiros meses houve as seguintes alterações no N/B do Contingente:

— INCLUSÃO:

Incorporação de Conscritos	55, em 16 Jan 67; 38, em 16 Mai 67;
----------------------------	--

— Incluídos, vindo com transferência de outras Unidades:
20 (vinte) Praças.

— EXCLUSÃO:

— Por licenciamento: 32 Soldados;
1 Sargento.

— Por incapacidade Física: 4 Praças;

— Por ter sido promovido ao posto de
2º Tenente 3 Praças;

— Por terem sido transferidos para outras Unidades; 3 Praças;

— Por transferência para a Reserva Remunerada; 1 Praça;

— Por falecimento; 1 Praça;

MAPA DE EFETIVO DE OFICIAIS

[illegible]

RESERVAÇÃO: A) Existem no Mapa de Efetivo, 1 Ten Cel Med e 2 - 1ºs Tens Farmacº, excedentes; B) Existe um Ten Med Conv estagiário; C) Existe 1 Cap QOA, adido por se encontrar em LTS; D) Existe 2 1ºs Tens QOA, Excedentes; E) Existe ainda um Cap Capelão Padre, adido aguardando a Reforma; F) Existem 4 - 1ºs Tens Enf Covocadas, adidas como se efetivo fossem; G) - Os dois 1ºs Tens Farmacº, estão preenchendo vagas de Capitães, de acordo com a Legislação em vigor; H) - Existe ainda um Cel Dent Constando do Efetivo, à disposição da DGSE. I) - Existe um 2º Ten QOA, adido como se efetivo fosse.

— **PROMOÇÕES:**

— Foram promovidos á graduação 20 praças;

— **SANÇÕES DISCIPLINARES:**

— 95 dias de prisão e detimento, applicados à praças dêste Contingente.

— **PRORROGAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO:**

— Foram concedidos 8 (oito) reengajamentos.

— **ESTABILIDADE DA LEI Nº 2852, de 25 Ago 56**

Completaram o tempo de estabilidade 10 (dez) sargentos.

SERVIÇO DE ESTATÍSTICA

Offícios expedidos	20
Documentos recebidos	113
Mapas nosográficos recebidos	163
Mapas nosográficos expedidos	4
Programa de Inquérito Estatísticos expedido	1
Relatório Sucinto	1
Relatório Anual	1
Movimento radiográfico e cadastro	7
Partes expedidas	50

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

Missas	377
Confissões	677
Comunhões	4.144
Sacramento Enfermos	319
Batisados	12
Crismas	8

BIBLIOTÉCA ESPECIALIZADA

Esta dependência acha-se instalada no Pavilhão Central, oferecendo aos que procuram para consultas, conforto, ótima iluminação e ambiente convidativo para leitura própria para a classe médica que necessita consultar quase que diariamente, os compêndios técnicos. As organizações civis, esporadicamente, remetem-nos publicações, revistas e boletins de outros órgãos congêneres, enriquecendo a Biblioteca do Hospital pela atualidade dos assuntos que abradam estes periódicos, algumas vêzes de origem estrangeira.

AJUDANCIA

Offícios	124
Encaminhamentos	58
Radiogramas	15
Partes	34
Sindicâncias	4
Deprecata	1

FISCALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Fiscal: Ten Cel Art — Sebastião de Assis Silva,

Movimento burocrático:

Térmo de Exame de Material	18
Térmo de Recebimento de Material	16
Térmo de Responsabilidade	18
Térmo de averiguação	1
Exame Técnico	1
Relação modelo 9	11
Guia de Recebimento	25
Offícios recebidos	85
Offícios expedidos	121
Partes expedidas	93
Rádios expedidos	12
Rádios recebidos	4
Telegramas recebidos	3
Partes recebidas	1.555

TESOURARIA

1ª PARTE (GENERALIDADE)

1. FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

Os serviços a cargo desta Tesouraria foram normalmente executados e conservados em dia, não obstante a sua crescente multiplicidade.

2. ESCRITURAÇÃO

A escrituração dos livros e fichas da Tesouraria foi rigorosamente mantida em dia e em ordem, dando-se integral cuprimento as exigências do Art. 35 do R A E.

3. PRESTAÇÃO DE CONTAS

Foram prestadas mensalmente dentro dos prazos regulamentares, tôdas as contas desta Unidade Administrativa, referentes a Pessoal e a outros encargos.

4. CARGA

Não ha falta no material distribuido a esta Tesouraria estando devidamente escriturado o respectivo livro.

5. EXPEDIENTE E CORRESPONDÊNCIA

Transitaram pelo protocolo desta Tesouraria estando devidamente anotados 255 documentos. Foram expedidos 74 Ofícios, 27 Partes e Informações, 147 Guias de Remessa e 7 Radiogramas.

2ª PARTE (MOVIMENTO FINANCEIRO)**6. ECONOMIAS ADMINISTRATIVAS**

O movimento de Receita e Despesa do título "ECONOMIAS ADMINISTRATIVAS", no período a que se refere o presente Relatório, foi o seguinte:

RECEITA.

a) Saldo do Exercício de 1966	NCr\$	164.800,10
b) Recebido de rendas internas	NCr\$	114.043,04
c) Idem Ind. Despesas Hospitalares	NCr\$	67.828,24
d) Idem de Diárias de Hospitalização	NCr\$	882.775,09
e) Idem de Descontos Internos	NCr\$	3.688,97
f) Das verbas orçamentárias ref. 85% soldos fim exercício	NCr\$	115,31
g) Saldo do Rancho	NCr\$	187.956,28
		1.421.207,03
DESPESAS realizadas até 31 de julho de 67	NCr\$	1.167.307,10
S A L D O	NCr\$	253.899,93

7. RANCHO

O título "Rancho" apresentou no período considerado o seguinte movimento:

RECEITA:

a) ETAPAS de hospitalização	NCr\$	910.439,87
b) Outras Receitas de Rancho (Reforço)	NCr\$	143.071,33
DESPESAS realizadas até 31 de julho	NCr\$	818.565,85
Saldo transferido para a COSEF	NCr\$	46.989,07
Saldo transferido para a Econ Adm	NCr\$	187.956,28

8. SERVIÇOS TÉCNICOS E GABINETE DE CLÍNICAS ESPECIALIZADAS

A soma das indenizações pelo tratamento ambulatorios nos diferentes serviços Técnicos e Gabinetes de Clínicas Especializadas deste HCE atingiu até 31 de julho de 1967, a importância de..... NCr\$ 114.043,04 a qual, incluída como rendas internas na aquisição de materiais em uso nos próprios Gabinetes e Serviços de que provieram.

9. VENCIMENTOS E VANTAGENS

Foi requisitada ao Estabelecimento Central de Finanças, de dezembro de 1966 a julho de 1967, a conta das respectivas dotações, a importância do NCr\$ 4.121.138,47 (quatro milhões, cento e um mil e cento e trinta e oito cruzeiros novos e quarenta e sete centavos), destinada ao pagamento de Vencimentos e Vantagens do Pessoal em serviço neste HCE, a ocorrer despesas com sepultamento do Pessoal, bem como a indenização de Diárias e Etapas de Hospitalização de Oficiais e Praças.

A importância total requisitada atendeu á seguinte especificação:

DEZEMBRO /66 — Ofício Requisatório nº 16	NCr\$	308.048,30
DEZEMBRO /66 — Ofício Requisatório nº 17	NCr\$	177.294,01
JANEIRO /67 — Ofício Requisatório nº 1	NCr\$	274.705,80
FEVEREIRO/67 — Ofício Requisatório nº 2	NCr\$	429.010,55
MARÇO — Ofício Requisatório nº 4	NCr\$	537.642,14
ABRIL — Ofício Requisatório nº 5	NCr\$	526.522,08
MAIO — Ofício Requisatório nº 6	NCr\$	738.739,79
JUNHO — Ofício Requisatório nº 7	NCr\$	563.305,10
JULHO — Ofício Requisatório nº 8	NCr\$	565.870,60

T O T A L

NCr\$ 4.121.138,47

Dêste total está incluído Consignações, Indenizações, Despesas a anular e Importância não relacionadas, a cargo do Estabelecimento Central de Finanças, Descontos Internos a cargo da Unidade, transferências para o Rancho e Economias Administrativas, a título de indenizações diversas.

Obs: Deixa de constar o Of. Req. nº 3 de 20/2/67 com a importância de NCr\$ 34.200,00, por ter a mesma sido recolhida com o Of.Req. nº 1, de 13/3/67.

10. QUANTITATIVOS DE MATERIAL

O Orçamento Analítico do Ministério do Exército, para o corrente exercício, atingiu a esta Unidade para atender aos seus encargos em relação a Material, dotações no total de NCr\$ 296.191,67 (duzentos e noventa e seis mil, cento e noventa e um cruzeiros novos e sessenta e sete centavos), sendo que neste montante não está incluído a verba para pagamento ás Irmãs de Caridade estando assim discriminados:

3.1.2.0 — MATERIAL DE CONSUMO

02.00 — Impressos, etc	NCr\$ 4.666,87
03.00 — Art. de higiene, etc	36.500,00
04.00 — Combustíveis, Lub. etc	25.000,00
05.00 — Mat. Acess. Máquinas, etc	1.600,00
10.00 — Mat. Primas, etc	12.000,00
13.00 — Vestuários, etc	10.000,00
15.00 — Lâmpadas, etc	6.000,00
3.1.3.0 — SERVIÇOS DE TERCEIRO	
04.00 — Iluminação etc	60.000,00
05.00 — Serviço, Asseio etc	8.000,00
06.00 — Reparos etc	28.000,00
06.00 — Reparos etc	10.000,00
09.00 — Serv. Comunicações, etc	4.000,00
3.1.4.0 — ENCARGOS DIVERSOS	
01.00 — Despesas Miúdas	100,00
05.03.1 — 1495 — REEQUIPAMENTO HOSPITALAR	
41.31 — Máquinas, etc	6.000,00
05.03.2 — 1496 — MANUTENÇÃO DE REDE HOSPITALAR	
3.1.2.0 — MATERIAL DE CONSUMO	
03.00 — Artigos de Higiene	3.500,00
04.00 — Combustíveis etc	975,00
05.00 — Mat. Acess.	4.850,00
10.00 — Mat. Primas	18.000,00
11.00 — Prod. Químicos etc	45.000,00
13.00 — Vestuários etc	12.000,00

296.191,67

11. SUPLEMENTAÇÕES

Recebemos até 31 de julho de 1967, Suplementações num total de NCr\$ 56.700,00 (cinquenta e seis mil, setecentos cruzeiros novos), assim discriminadas:

C.E. 13.03.2 — 1507 — DIREÇÃO COORDENAÇÃO E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

3.1.3.0 — 16.00 — OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS NCr\$... 56.700,00

ALMOXARIFADO

CHEFIA:

A Chefia do Almojarifado é exercida pelo Capitão I.E. PAULO ROBERTO QUEIROZ BOMFIM.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

S/C — 02.00.01 — Impressos Etc	NCr\$ 2.333,32
S/C — 03.00.01 — Art. de Higiene	18.250,00
S/C — 04.00.01 — Combustíveis, Etc	12.500,00
S/C — 05.00.01 — Mat. Acess. Etc.	800,00
S/C — 10.00.01 — Materias Primas, Etc. ..	6.000,00
S/C — 13.00.01 — Vestuários, Etc	5.000,00
S/C — 15.00.01 — Lâmpadas Etc.	3.000,00
S/C — 04.00.01 — Iluminação, Etc	30.000,00
S/C — 05.00.01 — Serv. Asseio, Etc.	4.000,00
S/C — 06.00.01 — Reparos, Etc.	14.000,00
S/C — 06.00.01 — Reparos, Etc. (Elevadores)	5.000,00
S/C — 09.00.01 — Serv. Comunicação	2.000,00
S/C — 01.00.01 — Despesas Miúdas	50,00
S/C — 4.1.31.03 — Máquinas. Etc	3.000,00
S/C — 03.00 — Art. Higiene, Etc	1.750,00
S/C — 04.00 — Combustíveis. Etc.	487,50
S/C — 05.00 — Mat. Acess. Etc.	2.435,00
S/C — 10.00 — Materias Primas, Etc ..	9.000,00
S/C — 11.00 — Produtos Químicos, Etc ..	22.500,00
S/C — 13.00 — Vestuários, Etc.	6.000,00

SUPLEMENTAÇÕES

De acordo com sub item 6.3 do item 6 das Normas para a Execução Orçamentária no Ministério do Exército, e face à situação econômica financeira do Hospital, após rigoroso levantamento feito pelo Almojarifado, a Seção Administrativa remeteu o Ofício 113 de 25/7/67 o pedido de reforço de dotações — S/C — 04.00 — Iluminação NCr\$ 19.000,00 e S/C — 09.00.01 — Serv. Comunicações NCr\$ 2.000,00.

APÓIO DE ÓRGÃOS PROVEDORES

No mês de julho o Hospital recebeu material proveniente do Estabelecimento Central de Material de Intendência, da Diretoria de Saúde do Exército e do Est de Material de Saúde. Após exame das Necessidades, o material foi entregue às diversas dependências, incluindo em carga, e os respectivos Termos de recebimento enviados, de acordo com o que prescreve o Regulamento de Administração do Exército.

SEÇÃO DE COSTURA:

Durante o período já citado, confeccionou:

Aventais de cirurgia	76
Calças	56
Casacos	12
Cortinas	3
Cortinados	3

Camisolas p/Oficiais	28
Capas de cretone	43
Campos de cretone	797
Envelopes de luvas	30
Fronhas de cretone	918
Gorros	30
Jalecos para padioleiros	
Lençois de cretone	1080
Mascaras de gaze	80
Pijamas	700
Panos de prato	20
Sacos de cretone	20
Suspensórios	280
Toalhas adamascado branco	152

CONTADORIA

Parte Administrativa:

A Contadoria de acôrdo com a nova Administração, sofreu modificações, assim discriminadas:

Sector 1 — Cobrança Geral — a) Balcão; b) Mecanografia; c) Conferência Geral; a) Caixa.

a) **Balcão** — Atendimento ao público; faturamento e recebimento de dívidas.

b) **Mecanografia** — Confecção de folhas em geral; officios; relação de depósitos Bancários e todo o serviço dactilográfico.

c) **Conferência Geral** — Tôda conferência do balcão e mecanografia.

d) **Caixa** — Recebimento de caixa com faturas de diversas clínicas.

Sector 2 — Contrôl — Movimento Geral de baixados; cobrança diária; fichário; lançamento de medicamentos dos serviços de ambulatório.

Sector 3 — Conta Corrente — Contabilidade geral; lançamento de débito e crédito de Oficiais; Sargentos; Pensionistas; Funcionários Civis e dependentes dos mesmos.

Sector 4 — Finanças — Contrôl geral de baixas e altas de Oficiais; Sargentos; Cabos e Soldados; confecção de folhas de diárias ao ECF; protocolo de entrada de baixas; etc.

Movimento de Expedição

Durante o período foram expedidos 1.215 officios assim discriminados.

Janeiro	163	no	valôr	de	NCr\$	9.680,02
Fevereiro	280	"	"	"	NCr\$	17.174,41
Março	214	"	"	"	NCr\$	16.082,46
Abril	267	"	"	"	NCr\$	25.031,78
Maio	76	"	"	"	NCr\$	4.441,97
Junho	210	"	"	"	NCr\$	25.263,02
Total	1215				NCr\$	97.673,66

Foram confeccionadas folhas relativas a cobrança de débito referentes a Oficiais; Sargentos; Funcionários; Praças Militares pertencentes ao Corpo Bombeiros; Policias; Aeronáutica; IPASE, além de partes, memorandos, encaminhamentos, informações e declarações.

Foi recebido grande número de officios; rádios; telegramas e guias de remessa de diversas Unidades, que após protocolados, foram solucionados, arquivados e enviados para a Seção de Encadernação do Hospital.

VALOR DAS ETAPAS:

O valor de Etapas Complementadas no período de 1-1-67 a 31-6-67, montou em NCr\$ 2,81, assim discriminada.

Quantitativo de Subsistência NCr\$ 1,28 + NCr\$ 1,28;

Quantitativo de Rancho NCr\$ 0,25

Saque feito de acôrdo com o Decreto 60.915 de 30-6-67.

Para as praças foram sacados diárias no mesmo valôr acima mencionado.

SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO

I — PESSOAL

APROVISIONAMENTO.

CAP. I.E. PAULO ROBERTO QUEIROZ BONFIM — Aprovevisionador

Auxiliares 3º Sgt. Antônio Pereira de Souza
Cabo José Carlos Pereira da Costa
Escrit. Wilson Pinheiro.

dispõe o Serviço de Aprovevisionamento de pessoal civil encarregado da execução de diferentes serviços especializados.

II — HOSPITAL

COZINHAS

O Hospital possui três cozinhas que estão assim discriminadas: a Cozinha Geral, destinada à confecção das dietas das praças hospitalizadas, outra instalada no Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral, destinada a confecção das dietas do pessoal baixado, confecção dos alimentos fornecidos aos sargentos, civis e acompanhantes: a terceira instalada no P.O., para confecção do pessoal baixado aquele Pavilhão.

DEPÓSITO DE GÊNEROS

O Hospital possui um depósito com capacidade para armazenar gêneros para um consumo de seis dias.

Neste depósito, existem duas divisões: uma para a guarda de todo o gênero alimentício e outro para a guarda de legumes.

RANCHO

O Hospital possui, atualmente tres refeitórios, estando assim instalados: um designado aos oficiais, localizado no Pavilhão Central, outro instalado no Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral, sendo este dividido em refeitório A. e B. O refeitório A, é destinado aos funcionários civis e aos acompanhantes e o refeitório B destinado aos Sargentos.

ALIMENTAÇÃO

O preparo da alimentação destinada aos enfermos e demais é confeccionado administrativamente, com gêneros de primeira qualidade, obedecendo-se rigorosamente, ao sistema dietético em vigor no Exército, de que trata a tabela publicada no Boletim do Exército nº 93 de 3 de fevereiro de 1932, com as alterações que introduzidas e julgadas necessárias.

Alimentação dos acompanhantes, sargentos e civis é feita com cardápio aprovado pela administração deste Nosocômio.

AQUISIÇÃO DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

A aquisição de gêneros é feita no Armazém Reembolsável do Estabelecimento Pandiá Calógeras e em firmas particulares, na conformidade de nº 2 do Art. 80 e 85 do R-3 (tomadas de preços) e art. 20 da Portaria nº 71 de 1955, e nas fontes produtoras de acordo com a letra B do Art. 246 do RGCCPU.

VALOR E NÚMERO DE RAÇÕES

A etapa para o corrente ano é a seguinte:

Mês de dezembro de 1936 ao mês de julho de 1967 é a
Mês de dezembro 66:

Oficiais e Sargentos	NCr\$ 1,55
Cabos e soldados	NCr\$ 1,39
De janeiro a julho de 67:	
Oficiais e Sargento	NCr\$ 1,56
Cabos e soldados	NCr\$ 1,40
Hospitalização de dezembro de 1966 a julho de 1967	
Oficiais e Sargentos	NCr\$ 2,81
Cabos e soldados	NCr\$ 2,81

O número de baixados durante os meses foram, inclusive oficiais, sargentos e familiares de 30.1870, Foram fornecidos 49.555 refeições completas ao pessoal. Foram fornecidos 39.800, almoços a oficiais e funcionários que servem neste Hospital.

MOVIMENTO FINANCEIRO

MÊS	RECEITA	DESPESA	SALDO
Dezembro de 66	47.230,62	86.366,25	—
Janeiro de 67	7.672,50	89.584,25	—
Fevereiro de 67	68.097,03	80.853,54	—
Março de 67	86.240,65	95.608,09	—
Abril de 67	94.574,28	92.040,11	2.534,17
Mai de 67	316.442,87	128.860,65	187.582,22
Junho de 67	147.512,66	132.685,03	14.827,63
Julho de 67	142.669,26	112.667,93	30.001,33

LAVANDARIA

Relação das peças de roupas lavadas durante o período:

AVENTAL PARA COZINHA	2.434
AVENTAL PARA MÉDICO	10.478
ATADURAS	5.817
CALÇA PARA MÉDICO	11.960
CALÇA PARA COZINHA	4.836
CAMISA PARA OPERADO	18.064
CAMPOS	18.753
COLCHAS	63.402
COMPRESSAS	20.218
ENVELOPE PARA LUVAS	15.638
FRONHAS	69.419
FAIXA	5.980
GÓRRO (DIVERSOS)	4.695
GUARDANAPOS	5.171
JALECO	14.526
MÁSCARAS	13.200
MACACÃO	6.298
PANO PARA LOUÇA	15.939

ANAIIS DO H. C. E.

LENÇOL	125.760
LENÇOL S.O. (operação)	44.127
PIJAMA PARA PRAÇAS	50.184
SACOS (DIVERSOS)	4.513
TOALHA PARA ROSTO	40.718
TOALHA PARA BANHO	27.767
TOALHA PARA AUSCULTAR	1.010
TOALHA PARA MESA	6.355
TOALHA ADAMASCADO PARA MESA	1.957
TOTAL DE PEÇAS LAVADAS	605.199

— SECRETARIA —

Expediente

Protocolo:

Documentos recebidos	6.362
Ofícios expedidos	5.347
Cópias autênticas extraídas	145
Certidões extraídas	94
Reservados expedidos	696
Reservados recebidos	136
Telegramas expedidos	740
Radiogramas expedidos	449

Justiça e Disciplina

IPM	0
Deprecatas	0
Referências elogiosas	256
Repreensões	11
Suspensões	8

Efetivo — Pessoal Civil

Artífice de Manutenção	6
Artífice Maquinista	5
Auxiliar de Cozinha	14
Auxiliar de Laboratório	4
Alfaiate	2
Auxiliar de Portaria	31
Auxiliar de Enfermagem	17
Atendente	34
Armazenista	7
Arquivista	1
Assistente Comercial	0
Bombeiro Hidráulico	3
Bibliotecário Auxiliar	1
Cozinheiro	13
Carpinteiro	4
Costureira	10
Chefe de Portaria	2
Correntista	3

ANAIIS DO H. C. E.

Datilógrafo	7
Dentista	1
Escriturário	22
Escrevente Datilógrafo	34
Eletricista Instalador	4
Eletricista Operador	1
Entelador e estofador	1
Encadernador	1
Enfermeira	14
Enfermeira Auxiliar	38
Funileiro	1
Garção	9
Guarda	9
Lustrador	2
Marceneiro	0
Mecânico de Máquinas	3
Motoculista	16
Mestre	1
Manipulador de Produtos Químicos	1
Nutricionista	3
Oficial de Administração	9
Operário Rural	4
Pedreiro	3
Pintor	7
Porteiro	13
Prático de Farmácia	1
Parteira Prática	1
Serviçal	28
Servente	236
Telefonista	4
Técnico de Contabilidade	1

Soma 631

Contratados

Auxiliar de Serviços Médicos	44
Auxiliar de Ambulatório	35
Amanuense	5
Ajudante de Cozinha	5
Faxineiro	59
Talfeiros	10
Médicos	
Ginecologista	1
Psiquiatra	1
Med Legista	1
Neuro Cirurgião	1
Cirurgião Vascular	1
Reumatologista	1
Quimioterapeuta	1

Soma 167

Total Geral 798

SERVIÇO DE VIATURAS**1) — EXERCÍCIO DE FUNÇÃO:**

Chefe: Capitão QOE Anézio Marques, todo o período.

2) — EFETIVO.**a) Militares:**

- 1 — Capitão QOE — Efetivo — pronto.
- 2 — 2º Sargentos Mecânicos de auto — Efetivos prontos.
- 1 — 2º Sargento Burocrata — Efetivo — Pronto.
- 1 — 3º Sargento Mecânico de auto — A disposição do contingente.
- 4 — Cabos Motoristas — Efetivos — Prontos.
- 3 — Soldados — Efetivos — Prontos.

b) CIVIS:**14 — Motoristas.**

- 1 — Pintor.
- 1 — Auxiliar de Pintor.
- 1 — Servente.

3) — VIATURAS:

- 14 — (quatorze) Viaturas, assim discriminadas: 3 (tres) Caminhões, 4 (quatro) Ambulâncias, 1 (um) Pick-UP, 2 (dois) Turismos, estando um indisponível e 3 (tres) ônibus rurais. em novembro.

4) — TRANSPORTE:

Para atender os serviços d'este Hospital, o Serviço de viaturas conta, atualmente, com 12 viaturas disponíveis para execução dos seguintes serviços.

Transporte de doentes, atendimentos médicos, aprovisionamento, almoxarifado, gasoterapia, transporte dos oficiais e religiosos, além de escoltas de presos.

Todas as Viaturas se encontram com bastante desgaste pelo seu constante uso, dado as necessidades do serviço. Tratam-se de Viaturas antigas, quasi todas com mais de 14 anos de ininterruptos serviços prestados.

5) — MANUTENÇÃO DE VIATURAS

No corrente ano, até a presente data, foram mantidas em funcionamento todas as viaturas d'este Hospital.

Nêsse período sem o apóio do Escalão superior foram realizados trabalhos de 3º e 4º Escalões.

6) — SEÇÃO DE PINTURA.

Além das pinturas das viaturas, a Seção de pintura realizou os seguintes trabalhos:

Pintura de uma ambulância do Posto Médico do Ministério do Exército.

Pinturas de camas, armários, cadeiras, aparelhos: etc, pertencentes a êste Hospital.

7) — EXPEDIENTE.

No que se refere a expediente, foram executados todos os trabalhos de rotina, tais como: contrôlê do consumo de combustível e lubrificantes, confecção de mapas, movimento de cargas e descargas de material com os respectivos têrmos, pedidos de material, partes, etc.

8) — COMBUSTÍVEL, LUBRIFICANTES E PRODUTOS AFINS:

Passagem do ano anterior	8.696 Lts.
Recebido da DMM (1º e 2º Trim. 67)	11.800 “
Adquirido pelo Hospital por economia	15.000 “

Soma 35.496 Lts.

OFICINAS GERAIS

- 1 — As Oficinas Gerais d'este Hospital funcionaram de forma intensa no que concerne á conservação dos bens imóveis, compreendendo, readaptações, reparos, pinturas gerais de imóveis e mobiliário, recuperação de equipamentos e acessórios, etc. Atendendo dentro de seus recursos ás inúmeras ordens de serviços em todos os setores do Hospital, se esforçando no sentido de dar a maior colaboração a orientação da administração dentro do melhor critério e método na aplicação das aquisições.

Sugestões:

Há necessidade de suprimento em pessoal, artífices das diversas especialidades, face ao crescimento e atualização dos vários órgãos do Hospital. O efetivo em servidores especializados deixa muito a desejar no que tange ao atendimento pronto ás exigências logísticas.

2 — Movimento de Obras :—

Durante o período dicertado no presente RELATÓRIO SUCINTO, o movimento de obras de conservação, reformas e adaptações, foram executadas em outras, as seguintes:

19ª Enfermaria:—

No antigo local da 19ª Enfermaria (demolida) teve prosseguimento as obras de construção, agora em fase de acabamento e

instalação, do pavilhão de três pavimentos destinado a centralização da clínica cirúrgica e que faz parte do plano de interligação dos pavilhões;

Serviço Médico Legal:—

Foi instalado no novo pavilhão as dependências destinadas à medicina legal (sala de autópsias, câmaras frigoríficas para conservação de cadáveres, etc) e o Serviço de Anatomia Patológica com todos os acessórios, material técnico, ar condicionado, persianas, etc, necessários ao seu funcionamento;

Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral:—

Foram concluídos os trabalhos de reparos das dependências do Pavilhão, constando de pintura geral interna e externa, restauração do piso com aplicação de PAVIPLEX, substituição das vidraças, instalação de aparelhos de ar condicionado;

Restauração das caldeiras de esterilização d'água do centro cirúrgico do 3º Pavimento e na Maternidade; instalação de um autoclave na Maternidade instalação do Berçário em funcionamento totalmente equipado;

Substituição do piso da cozinha (em andamento); instalação de uma rede de condensado para o conjunto de basculante e painéis, construção de uma caixa de espurgo de vapor;

Reforma de uma caldeira a vapor;

Pavilhão de Oficiais:— (14ª Enfermaria)

Prosseguimento dos trabalhos de restauração e pintura dos apartamentos; reforma da cozinha dietética e do 3º pavimento; instalação de fogões, equipamento, mobiliário, etc.; instalação de fogões, equipamento, mobiliário, etc.; instalação de um gabinete médico destinado ao S. de Endoscopia Peroral compreendendo, pintura, piso de vulcapiso, instalação de ar condicionado; reparos gerais nas instalações sanitárias e substituições nas instalações elétricas;

Pavilhão Marechal Henrique Lott

Prosseguimento da pintura e melhoria nos apartamentos e mobiliários; restauração das salas de curativos constando construção de barras de azulejos e armários embutidos; construção nos quartos de espurgo de caixas em alvenaria para roupas sujas; instalações de filtros de parede e reparos gerais nas instalações; recomposição do piso, etc.

Serviço Odontológico:—

Restauração das instalações, constando de aumento de uma sala para Raio X e outra de espera; construção de uma câmara escura; aplicação de vulcapiso em todas as dependências, gabinetes e corredores; aplicação de lambris de DURAPLAC no gabinete da chefia do serviço; conserto de quatro equipes; pintura geral;

Serviço Farmacêutico:—

Foram construídas uma loja para instalação da Farmácia comercial, uma sala para seção de manipulação, um gabinete para chefia e um depósito para inflamáveis;

4º Pavilhão:—

Restauração das dependências da 12ª Enfermaria, constando de pintura geral, revisão e substituições nas instalações sanitárias; reparos nas instalações sanitárias das 10ª e 11ª Enfermarias;

13ª Enfermaria — (Pavilhão de Presos)

Construção de piso de cerâmica e reparos nas instalações;

Contingente:—

Pintura geral interna e externa e reparos nas instalações;

Clínica Ortopédica:—

Recuperação de um autoclave transformando a instalação de gás para elétrica e instalações do mesmo; reparos gerais;

Casa das Irmãs:—

Pintura geral interna e externa, revisão e restauração da rede de abastecimento d'água e de distribuição interna, reparos nas instalações sanitárias, instalação de novo fogão, reparos na cobertura e substituição de vidraças;

Pavilhão Central de Administração:—

Pintura geral e aplicação de sinteko no piso nas seguintes dependências: Fiscalização Administrativa, Tesouraria, Aproveitamento, Centro de Estudos, Biblioteca, Secretaria, Aproveitamento, Centro de Estudos, Biblioteca, Secretaria, Ajudância, Estatística e hall do 3º pavimento e hall do 2º pavimento; instalação de um apartamento para hóspedes no 3º — pavimento; aplicação de sintético no piso dos gabinetes das Subdiretorias; restauração das instalações sanitárias do 2º pavimento (Diretoria e Subdiretoria); pintura do refeitório dos oficiais; reforma da copa do refeitório dos oficiais; pintura das áreas e escadarias de acesso do 1º para o terceiro pavimento;

Pavilhão de Isolamento:—

Instalação de 12 grades de ferro nos vãos das janelas; iniciada a construção de uma ala; reparos diversos nas instalações;

Serviço Radiológico e Laboratório de Análises Clínicas:—

Aplicação de vulcapiso na escada de acesso ao L A C; reparos diversos nas instalações;

Cozinha Geral:—

Substituição das cerâmicas do piso, reparos nas instalações e equipamentos; substituição da rede de vapor partindo da caldeira;

ra, instalação de nova rede de condensado, separadores de vapor e purgadores e todas as panelas, cafeteiras e basculantes, construção de rede de esgoto e caixa de esgoto;

Centro Social Marechal Ferreira do Amaral:—

Restauração das instalações no Pavilhão de Recreação com aumento de uma sala, pintura geral revisão das instalações.

Serviço de Neurologia e Psiquiatria: —

Pintura geral, revisão das instalações, reparos diversos; instalação na área de frente do pavilhão de um PLAY-GROUND cercado com grades de ferro; construção de um muro limitando a circulação interna do pavilhão com 23,5 de comprimento; construção de uma grade de ferro em torno da quadra de esportes;

Lavandaria:—

Foi reconstruída uma nova dependência para instalação da Lavandaria, abrangendo a parte demolida do antigo pavilhão e uma parte da área do pavimento térreo do novo pavilhão de cirurgia. Está na fase de instalação; foi instalada uma rede de condensado para as secadeiras, calandra e prensas, construída uma rede de esgoto, instalados espargos, separadores de vapor e purgadores;

Corpo da Guarda:—

Foi reconstruído o novo pavilhão destinado a instalação de Corpo da Guarda e J M S. estando em fase de acabamento;

Garagem:—

Construção de uma nova garagem em alvenaria e colunas de concreto, cobertura com telhas de eternit, com capacidade para dez viaturas, piso de cimento, com banheiro e vestiário para motoristas;

Oficinas Gerais:—

Foram construídos boxes com aproveitamento de antiga garagem instalando e centralizando as oficinas gerais de conservação e manutenção do Hospital, possibilitando a tarefa já iniciada de saneamento dos porões;

Central de Emergência:—

Foi feita manutenção do gerador, revisão de compressor e substituição das baterias; foi cercado o lago com grades de ferro;

Forno de Lixo:—

Foi restaurado tornando-o mais prático á sua utilidade;

Iluminação do Pátio:—

Foram instalados focos de luz de mercúrio nas áreas entre os pavilhões;

Serviço de Auto-Falante:—

Foi instalado um serviço de auto-falante dirigido da sala da Ajudância;

Estacionamento:—

Foram construídas áreas ajardinadas para estabelecimento de zonas de estacionamentos entre 1º, 2º 4º Pavilhões, Pavilhão Central e Pavilhão Canrobert;

Grades e Muros:—

Foram executados trabalhos de reparos e pintura no muro e grades que circundam a área do Hospital. Foi iniciada a construção de um acréscimo de 1,20 mt. de altura de murada vizinha á linha da Leopoldina e fundos do HCE, isto é, uma extensão de 350 metros;

Interligação dos Pavilhões:—

Foi concluída a construção do passadiço-galeria de comunicações ligando o novo Pavilhão de Cirurgia aos Pavilhões Lott, Ferreira do Amaral, de Oficiais e Central;

Calçadas e Calçamentos:—

Foi completado o calçamento da frente do Hospital e de toda a extensão da rua Abdalla Chamma; — no interior do HCE foram executados serviços de concretagem com acabamento de cimento com desenho hexagonal de uma área de cerca de 3.043 mts 2 compreendendo duas alamedas de entrada e mais a área desde a Portaria até o Pavilhão Canrobert; ainda junto as Capelas Mortuárias foi aterrada uma área de 400 mts2 por 0,80 cms, de altura, isto é ao nível da rua Abdalla Chamma e calçamento da mesma em concreto e cimento e construção de um muro limitando a zona do forno de lixo de 21 mts. de compr. por 3,20 mts de altura.

3 — Análise dos serviços e das Obras em Andamento:—

Quanto as obras constantes do nosso planejamento face as necessidades mínimas no que diz respeito a assistência aos militares e seus dependentes, se faz mister e prosseguimento das obras iniciadas, restauração dos antigos pavilhões e conservação e adaptações dos demais, cujas exigências visam alcançar um melhor padrão nos atendimentos na parte de aplicação técnicas como na assistência social.

4 — Esboço do Plano de Trabalho a ser cumprido em 1968 e Exercícios Seguintes:—

Faz parte do nosso plano de obras para o exercício de 1968 e exercícios seguintes, entre outros estudos do plano piloto do HCE em colaboração com a Diretoria de Obras, os seguintes itens:

Interligação dos Pavilhões:—

Prosseguimento da execução do plano de construções visando a interligação dos pavilhões;

Serviço Médico Legal:—

Conclusão das instalações dos equipamentos destinados aos serviços de medicina-legal; restauração das capelas mortuárias;

Lavandaria:—

Instalação e atualização dos serviços da Lavandaria face a demanda de suas tarefas, isto é ao atendimento decorrente de movimento de hospitalização de 1.250 leitos-dia, em média;

Serviço de Neurologia e Psiquiatria:—

Prosseguimento das obras de restauração das dependências internas e externas e substituições nas instalações elétricas e rede de esgoto;

13ª Enfermaria — (Pavilhão de Prêso) :—

Restauração das dependências internas e externas, compreendendo instalações sanitárias nas celas destinadas aos presos in-comunicáveis, substituições nas instalações elétricas rede de esgoto e pintura geral;

1º 2º e 4º Pavilhões:—

Restauração das dependências, instalações elétricas, hidráulica e rede de esgoto;

Pavilhão de Isolamento:—

Prosseguimento da construção da nova ala cujas acomodações permitirão em seguida a restauração do antigo pavilhão;

Serviço Radiológico:—

Transferência das instalações do antigo pavilhão sem condições para o movimento de ambulatório;

Pavilhão Central de Administração:—

Revisão geral da cobertura e restauração das instalações, compreendendo substituições e pintura geral;

Pavilhão do Corpo da Guarda:—

Instalação do novo pavilhão do Corpo da Guarda;

Rede Hidráulica:—

Serviços de redistribuição interna dos pavilhões;

Rede de Esgoto:—

Restauração total da rede de esgoto;

Iluminação:—

Conclusão das novas instalações e posteação de iluminação das áreas do parque do Hospital;

Pavilhão Canrobert Pereira da Costa:—

Após a transferência da cirurgia para o novo pavilhão, adaptação para centralização da clínica ortopédica;

7º Pavilhão (Clínicas Especializadas):—

Prosseguimento dos trabalhos de reparos e pintura geral;

Seção de Cardiologia:—

Mudança da Seção de Cardiologia para o pavimento térreo do P M F A.;

Refeitório:—

Construção de um refeitório para trabalhadores braçais;

Almoxarifado:—

Construção de um depósito de material para o almoxarifado; Prosseguimento dos trabalhos de restauração e construção de um depósito de gêneros e aumento das dependências;

Oficinas Gerais:—

Melhoramento dos boxes e recém construídos, constando de instalação de água e sanitários;

Calçamento:—

Prosseguimento dos serviços de calçamento de todo o parque do Hospital.

CENTRO DE ESTUDOS DO HCE

— ATAS —

Aos cinco dias do mês de abril de mil e novecentos e sessenta e sete realizou-se mais uma sessão ordinária do Centro de Estudos do HCE com a apresentação da conferência "Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil" pelo Prof. Dr Jurandyr Manfredini, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais. A sessão foi iniciada às dez horas presidida pelo Diretor do HCE Cel Méd Dr Galeno da Penha Franco que deu a palavra ao sub diretor técnico do Hospital Cel Méd Dr Nilson Nogueira da Silva que apresentou e exaltou as qualidades do conferencista como Professor e especialista em Psiquiatria. Fazia parte da mesa, além do Diretor, o conferencista o sub. diretor técnico do Hospital e presentantes médicos psiquiatras da Marinha e da Aeronáutica. A seguir, tomou a palavra o conferencista que fez uma rememoração de sua passagem pelo Exército como ex-médico deste Hospital, desempenhando suas funções no Pavilhão Neuro-psiquiátrico, de cujo prédio atual foi idealizador. Depois de apresentar o tema da conferência "Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil" produto de sua experiência como especialista, professor e como Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, passou a dar as características do doente mental e suas repercussões na assistência hospitalar psiquiátrica. Em seguida falou da importância das doenças mentais do ponto de vista na Medicina Pública devido ao seu alto nível nosográfico. Falou, também, da saúde mental e como tal da importância da prevenção das doenças mentais. Para tanto, baseado em dados estatísticos em 1965, do serviço que dirige, forneceu os números de: as internações, as altas, a incidência etária e número de hospitais psiquiátricos no Brasil, bem como o número de leitos psiquiátricos disponíveis. Citou depois as doenças de maior incidência na ordem: Esquizofrenias 28%, alcoolismo e neuroses e depois, sob o índice de curas 78%. Continuando discorreu sobre as suas realizações a frente do SNDM para melhoria das condições hospitalares, bem como criação do Pronto Socorro Psiquiátrico da Zona Sul, a nova sede da Escola Alfredo Pinto (Enfermagem), Hospital Pinel, Pavilhão de Adolescentes do Centro Psiquiátrico e Pavilhão para cursos e estágios de especialização e sobre os planos de criação do Departamento de Tisiologia para psicopatas e novos pavilhões no Manicômio Judiciário (Pavilhão Pericial e Pavilhão de Custódia). A seguir anunciou com êxito a aprovação da Campanha Nacional de Saúde Mental destinada a obter verbas extra-orçamentárias. Finalizando afirmou "A obra humana é um elo de gerações. Caberá às gerações seguintes melhorar, ampliar e continuar as que tiveram a iniciativa pela grandeza da Psiquiatria, da Saúde Mental e pelo progresso da nossa Pátria".

Aos dois dias do mês de junho de mil e novecentos e sessenta e sete, realizou-se a sessão extraordinária do Centro de Estudos do HCE, com a apresentação da conferência do Prof Dr Orlando Baiocchi versando sobre a "Integração clínica na patologia genital feminina" — Sua contribuição na prevenção do câncer genital". A sessão foi iniciada às 10,30 falando o Diretor do HCE Cel Méd Dr. Galeno da Penha Franco que teceu breve comentário sobre a fundação do HCE e instalação de sua sede atual. Agradeceu a presença do conferencista, enaltecendo as suas qualidades, passando a seguir a palavra ao conferencista. Faziam parte da mesa o Exmo Snr. Gen de Divisão Médico Dr. Olivio Vieira Filho, Diretor Geral do Serviço de Saúde do Exército, que presidiu a sessão; o Diretor do Serviço de Saúde da Armada, Vice-almirante Médico Dr. Geraldo Barroso; o Diretor Geral do Serviço de Saúde da Aeronáutica Ten Brigadeiro Geraldo Cezário Alvim; Gen Bda Méd Dr. João Maliceski Junior, diretor Adm da DGSE e o Cap Méd Dr. Henrique Acegulo do Serviço de Saúde do Perú. Com a palavra o conferencista revelou que o assunto da palestra data de mais ou menos um decênio e que visa o diagnóstico precoce do câncer genital feito na primeira consulta e revela sua experiência que já ultrapassou de 3.200 casos examinados sem falsos negativos. Encareceu a necessidade do exame ginecológico periódico pois 50% dos casos de câncer da mulher localiza-se no útero e na mama. Preconiza a adoção da "Integração clínica na profilaxia do câncer genital" que consiste na adoção de métodos já conhecidos, tais como a colpocitologia em contraste de fase e a corada (método de Papanicolaou), prova de Schiller e provas o emprego da Biánsia rotativa mecanizada, prova do hiposulfito, prova da Regeneração e cautério frio. Ar seco, como contribuição no estudo das áreas suspeitas e tratamento das cervicites. Conclui ainda pela inexistência de câncer em todas as pacientes submetidas a tratamento, o que lhe permitiu, mesmo como hipótese, incluir o tratamento como método preventivo. Exibiu vasta documentação e dados estatísticos realizados em colaboração com o IBGE, nos quais ficou demonstrado que em cada 5 mulheres examinadas 4 eram portadoras de cerviconatia: que as queixas principais, em mais de oitenta por cento dos casos, antes do tratamento com o cautério frio, eram: dor, corrimento e prurido. Que após o tratamento a percentagem de pacientes assintomáticas passou de um e meio por cento para setenta e dois por cento; que no exame colposcópico a percentagem de cinquenta e oito por cento foi constatada: que após o tratamento a Prova de Schiller revelou iodo positivo e iodo claro em setenta por cento. Para concluir, o conferencista falou do cautério frio como a grande esperança. Amadurece a terceira mucosa, fazendo a transformação da resistência do colo. Revelou que anteriormente se fazia o cautério a epitélio cilíndrico em pavimento, aumentado, consequentemente a resistência do colo. Revelou que anteriormente se fazia o cautério a oitocentos e cinquenta graus, o que ocasionava queimaduras e hemorragias. O cautério frio a sessenta e seis graus e com alca umedecida veio evitar este problema. De passagem falou de aplicação do jato de ar seco na mucosa com alta incidência de viros, encerrando-se aí a

conferência do Professor Baiocchi. Por fim tomou da palavra o presidente da sessão, Gen Médico Dr. Olivio Vieira Filho, Diretor Geral de Saúde do Exército, que elogiou o conferencista e deu por encerrada a sessão. Hospital Central do Exército, dois de junho de mil novecentos e sessenta e sete.

Ass. Dr. Antonio Ferreira Duarte Filho
Capitão Médico Secretário.

Sessão extraordinária — Ata. Aos nove dias do mês de junho do ano de mil novecentos e sessenta e sete realizou-se a sessão extraordinária do Centro de Estudos do Hospital Central do Exército, com a apresentação da conferência dos doutores José Wazen da Rocha, Robert Charles Marinho e Brenildo Meirelles versando sobre a "Atualização da Fisiopatologia e Terapêutica do Choque". A sessão foi iniciada às dez horas e trinta minutos, falando o Doutor Galeno da Penha Franco, Coronel Médico Diretor do Hospital Central do Exército, que na ocasião saudou os conferencistas e passou a palavra ao Capitão Médico Doutor Maury Machado Dias que em rápidas palavras fez a apresentação dos conferencistas. Faziam parte da mesa o Diretor da Assistência Médico Hospitalar da Armada, Contra-Almirante Médico Dr Gerson Coutinho, que presidiu a sessão; o Capitão de Mar e Guerra Doutor Emilio Mambireta Gonçalves, Diretor do Departamento Hospitalar da Assistência Médico Hospitalar da Armada; Doutor Galeno da Penha Franco, Cel Médico Diretor do Hospital do Exército; Cel Médico Washington Augusto de Almeida, Diretor da Policlínica Central do Exército; Cel Médico Doutor Fernando Mangia, Diretor do Hospital da Guarnição da Vila Militar; Cel Médico Doutor Rubens do Nascimento Paiva, Comandante da Escola de Saúde do Exército; Cel Médico Doutor Cláudio Vieira Cavalcanti de Albuquerque do Serviço de Saúde da primeira Região Militar. — Iniciando a conferência falou o Doutor Wazen. Revelou que ultimamente não se faz tratamento etiológico do choque, que foi substituído pela terapêutica. Por isso mesmo o choque que outrora era irreversível deixou de sê-lo nos dias atuais, a não ser que haja alteração intra-celular. Deu ênfase à falta de circulação e da queda ocorrida no choque o qual acarreta deficit de irrigação dos tecidos. Classificou o choque em três tipos: 1 choque de retorno ou hipovolêmico; 2 Falência da bomba ou choque cardiogênico; 3 Falência do Tonus vascular ou choque tóxico, podendo este último ser frio ou quente. Revelou que em todos aumenta a resistência periférica, o que acarreta, consequentemente os distúrbios metabólicos. Falou da experiência do tratamento do choque feitos pela Laborit em mil novecentos e cinquenta e quatro na guerra da Indochina, em que usou altas doses de clopro-mazine para impedir a atonia vascular. Em mil novecentos e sessenta e quatro o mesmo Laborit aumentou as doses. Referiu-se à utilização de hidrocortisona no choque tóxico e do uso de sangue e manitol em outras variedades. Fez referências aos trabalhos recentes de Laborit e concluiu afastando os três casos como demonstração prática. A seguir falou o Dr. Robert Charles Marinho sobre a Fisiopatologia pulmonar no choque. Revelou que o pulmão é cheio de fistulas artério-venosas, existindo zonas de pouca ventilação. Referiu que a insuficiência cardíaca e o cho-

que dão o mesmo quadro pulmonar post-mortem. Deu ênfase especial ao ritmo de ventilação do qual depende o espaço morto fisiológico raicu da medicação usada incluindo os analgênicos tipo Rameflin, os tônico-cardíacos, o bicarbonato, soro lactado, dextrose e oxigenio. Referiu também ser importante a tomada da pressão venosa central e concluiu apresentando um caso em que a PVC. O, o que revelava um deficit de O₂ central. Bastou a oxigenação para melhorar o paciente. Por último falou o Doutor Brenildo Meirelles sobre "Aspectos hemodinâmicos do tratamento do choque". Deu ênfase à ventilação e à circulação como elementos chaves do tratamento do choque. Fez referências à necessidade hidro-dinâmica, revelando que a mesma está relacionada ao volume sanguíneo circulante e o volume bombeado por minuto. Demonstrou que o volume sanguíneo pode não ser normal, porém o volume eretivo é normal para o paciente. Demonstrou, ainda, a importância do conhecimento da PVC na hemodinâmica do choque e apresentou alguns casos demonstrativos. Encerrando a conferência o doutor Brenildo propôs, com entusiasmo, a criação das unidades móveis de combate ao choque e que se destinariam a atender emergências em qualquer parte do país. Por fim tomou a palavra o presidente da sessão o contra-almirante médico Doutor Gerson Coutinho que deu a mesma por encerrada. Hospital Central do Exército, nove de junho de mil novecentos e sessenta e sete.

Ass. Dr. Antonio Ferreira Duarte Filho.
Capitão Médico Secretário.

Aos dezesseis dias do mês de junho de hum mil novecentos e sessenta e sete, realizou-se a sessão extraordinária do Centro de Estudos do Hospital Central do Exército, com a apresentação da conferência do Professor Doutor Newton Bethlem, versando sobre "Câncer Brônquico". A sessão foi iniciada às onze horas falando inicialmente o Cel Médico Doutor Galeno da Penha Franco que presidiu a sessão e fez a apresentação do ilustre conferencista ao qual passou a palavra. Faziam parte da mesa, além do Diretor do Hospital Central do Exército e presidente do Centro de Estudos, o Coronel Médico Dr. Geraldo Augusto D'Abreu, comandante do 1º Batalhão de Saúde; o Diretor do Laboratório Químico Farmacêutico do Exército, coronel farmacêutico Aylton Prado Reys. Iniciada a conferência o Professor Doutor Newton Bethlem — teceu comentários gerais sobre a patologia do "Câncer Brônquico" na metabologia básica acompanhando a palestra com dados estatísticos. Deu ênfase ao diagnóstico precoce do "Câncer Brônquico" como sendo de terapêutica capital para tratamento e vida de pacientes. Desde o início da palestra projetou um grande número de "slides" a tornando-a prática e objetiva. O Coronel Médico Diretor do Hospital Central do Exército, Dr. Galeno da Penha Franco após a palestra tomou a palavra e deu por encerrada a sessão. — Hospital Central do Exército, dezesseis de junho de mil novecentos e sessenta e sete.

Aos vinte e três dias do mês de junho de mil novecentos e sessenta e sete realizou-se a sessão extraordinária do Centro de Estudos do Hospital Central do Exército para a apresentação da conferência do

Professor Dr. Manoel Carlos de Mello Motta versando sobre "Pancreatites Crônicas". Faziam parte da mesa o Cel Médico Dr. Galeno da Penha Franco; o Ten Cel Médico Dr. Geraldo Fonseca, Diretor da Policlínica da Vila Militar; o Ten Cel Farm Mario Vasconcellos, Diretor da Farmácia Central do Exército e Ten Cel Médico chefe do Serviço de Saúde da Polícia Militar do Estado da Guanabara. Iniciada a palestra falou o Cel Médico Dr. Galeno da Penha Franco, presidente da sessão, que agradeceu a presença do conferencista, e passou a palavra ao Capitão Médico Dr. Maury Machado, que fez então a apresentação do mesmo. Tomando a palavra o Professor Mello Motta, fez inicialmente, a classificação das pancreatites de acordo com o Congresso de Marselha (1963) em agudas recorrentes, crônicas recorrentes e crônicas sem exacerbação aguda. Teceu em seguida comentários sobre a etiologia com predominância nítida das doenças biliares (50%) e alcoolismo (25%). Citou a seguir a vasta gama de sintomas da pancreatite, entrando a seguir no problema diagnóstico das pancreatites crônicas, dando ênfase à semiologia clínica e biológica com suas provas laboratoriais. Fez comentários sobre a radiologia no diagnóstico da pancreatite com seus sinais diretos e indiretos. Por fim falou sobre o tratamento das pancreatites crônicas, dividindo-o em terapêutica clínica e cirúrgica. Deu ênfase ao uso da aspirina no combate a dor e às medidas dietéticas. Encerrou a conferência citando os diversos procedimentos cirúrgicos utilizados no tratamento da pancreatite. Encerrando a sessão, tomou a palavra o Coronel Médico Doutor Galeno da Penha Franco que elogiou e agradeceu ao conferencista. Fez menção e agradeceu ao esforço desenvolvido pelo corpo clínico do HCE que tudo fez para abrilhantar os festejos do 65º aniversário de instalação do Hospital Central do Exército na atual sede em que pesassem o grande número de funções que cada um desempenha.

Ass. Dr. Antônio Ferreira Duarte Filho.
Capitão Médico Secretário.

Sessão ordinária realizada no dia quatro de agosto de mil novecentos e sessenta e sete. Estava a mesa constituída do diretor e sub-diretores do Hospital Central do Exército, Major Médico da Aeronáutica Dr. Luiz Fernando Studart e Capitão Médico Dr. Ricardo Freire do Equador. A sessão foi aberta às dez horas e trinta minutos pelo presidente do Centro de Estudos que falou sobre o seu funcionamento, encareceu a necessidade de publicar seus Anais, — fez a comunicação sobre o contrato dos médicos civis e apresentou o Capitão Médico Dr. Ricardo Freire do Equador que veio fazer um estágio de seis meses na Clínica Médica. Nesta sessão foi posto em ação o conjunto de gravadores. O secretário fez a proposta de que os colegas que comparecerem aos congressos apresentem no Centro de Estudos um resumo do que observar. O presidente deu a palavra ao conferencista às dez horas e cinquenta minutos sendo ele o Tenente Coronel Dr. Cesar Poggi de Figueiredo Filho, chefe do Pavilhão de Neuro-Psiquiatria, discorrendo sobre o tema "Aspectos psiquiátricos da Biotipologia de Sheldon Stevens". Apresentou a evolução da escola biotipológicas até chegar à Escola de Sheldon Stevens. Mostrou o valor da classificação

de Sheldon que explica o aparecimento das características psicológicas. Desenvolveu os conceitos de ginandromorfia, displasias, hirsutismo e textura. Referiu que ainda não foi feita a classificação das mulheres. Admitiu o conferencista que sua aplicação psiquiátrica é pouco favorável devido a exagerada esquematização. Mostrou a sua contribuição no terreno das neuroses. Terminada a conferência a palavra foi dada aos que desejassem esclarecimento, dela fazendo uso o Tenente Coronel Dr. José Luiz Campinho Pereira, Capitão Médico Dr. Tong Ramos Viana e Cap Méd Dr. Ricardo Freire. Tornou-se acalorado o debate seguido com muita atenção por todos. Esgotado o tempo o presidente do Centro de Estudos encerrou a sessão.

Ass. Dr. José Areal — Cap. Médico Sec.

Sessão ordinária realizada no dia onze de agosto de mil novecentos e sessenta e sete. Realizou-se esta sessão sob a presidência do Tenente Coronel Dr. Dorival Lessa de Carvalho devidamente autorizado pelo presidente efetivo do Centro de Estudos. Aberta a sessão pelo presidente a palavra foi dada inicialmente ao secretário que fez a leitura do ofício recebido da Diretoria Técnica de Saúde autorizando o funcionamento de cursos de formação ou de aperfeiçoamento sob o auspício do Centro de Estudos. A seguir o conferencista Dr. Tong Ramos Viana falou sobre os malefícios causados pelo uso da maconha, sendo bastante aplaudido, embora fosse pouco concorrida a sessão. As doze horas e dez minutos foi encerrada.

Sessão ordinária realizada no dia dezoito de agosto de mil novecentos e sessenta e sete, para a palestra do major médico Dr. José Luiz Campinho Pereira sobre o tema "O eletroencefalograma em Psiquiatria". A sessão foi aberta às onze horas e vinte minutos pelo Tenente Coronel Médico Dr. Cezar Poggi de Figueiredo devidamente autorizado pelo presidente do Centro de Estudos. A palavra foi dada ao Major Médico Dr. José Luiz Campinho Pereira que iniciou sua palestra fazendo um resumo do histórico da eletroencefalografia. Referiu a seguir a possibilidade de verificar o grau de maturidade pela eletrogenese cerebral mencionou o encontro de pequenas alterações temporais nos homossexuais. Apresentou os resultados das pesquisas feitas em relação à esquizofrenia. O conferencista deixou de estender-se mais devido ao adiantado da hora. Após rápidos comentários de alguns dos presentes a sessão foi encerrada.

Ass. José Areal — Cap. Méd. Sec.

Sessão ordinária realizado no dia quatorze de setembro de mil novecentos e sessenta e sete para a palestra do Major Médico Dr. Mário Carvalho de Oliveira, membro da equipe de Ortopedistas e traumatologistas do Hospital Central do Exército, sobre o tema "Prótese metabólica em traumatologia". Estava a mesa constituída pelos Cel M.d. Dr. Galeno da Penha Franco, presidente do Centro de Estudos, Cel Méd Dr. Nilson Nogueira da Silva, subdiretor administra-

tivo, Cel Méd. Dr. Luiz Antonio Dutra Neves, subdiretor técnico e Vice-Presidente do Centro de Estudos e Cel Méd. Dr. Paulo de Carvalho, Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Central do Exército. A sessão foi aberta às dez horas e cinquenta minutos pelo presidente do Centro de Estudos que teceu alguns comentários sobre o funcionamento do referido centro e que o mês em curso se destinava a apresentação de palestras pelos componentes do serviço de ortopedia e traumatologia. Passou a seguir a palavra ao Major Médico Dr. Mário Carvalho de Oliveira que iniciou sua dissertação sobre "Prótese Metálica em Traumatologia". Como tópicos principais da palestra registramos.

- 1) — Distinção entre processos cruentos e incruentos.
- 2) — Objetivos a alcançar no tratamento das fraturas.
- 3) — Insucessos das reduções incruentas: causas.
- 4) — Objetivos das reduções cruentas: promover a união, reduzir a mortalidade e a morbidade, obter redução compatível, prevenir deformidades, corrigir falhas de reduções fechadas.
- 5) — Desvantagens das reduções cruentas.
- 6) — Apresentação de vários tipos de prótese metálica.
- 7) — Mostra de radiografias de fraturas reduzidas por prótese metálica.
- 8) — Conclusão.

A seguir a palavra foi considerada livre aos presentes. Dela fizeram uso Dr. Paulo de Carvalho para felicitar o conferencista; Dr. Humberto Oswaldo Maciel Nobre que perguntou: "Qual a orientação para saber que prótese usar" Dr. Augusto dos Santos Lima: "O que leva a decidir por um tipo de prótese" Dr. Luiz Antonio Dutra Neves: "Pode a prótese ser mantida indefinidamente" Diretor do Hospital Central do Exército: "Está o serviço de ortopedia e traumatologia em condições de atender qualquer caso Resposta do chefe do serviço: Sim, mas com a ressalva quanto ao cimento inglês de fixação da prótese de Thompson que abrevia a imobilização no leito, que foi pedido e ainda não conseguido. Teceu considerações sobre a montagem do setor de recuperação e fisioterapia. A seguir o presidente do Centro de Estudos encerrou a sessão.

Ass. Dr. José Areal — Cap. Méd. Sec.

Funcionou o Centro de Estudos hoje, vinte e um de setembro de mil novecentos e sessenta e sete, para a apresentação dos filmes "Exame Físico das Articulações Periféricas e tratamento afecções reumáticas pela Indometacina" sobre o patrocínio do Laboratório Merck Sharpe e Dohme.

Ass. Dr. José Areal — Cap. Méd. Sec.

Funcionou o Centro de Estudos do Hospital Central do Exército — hoje doze de outubro de mil novecentos e sessenta e sete para as pa-

lestras do Ten Coronel Médico Dr. Gastão de Carvalho Souza, sobre o tratamento cirúrgico das varicoceles e do Capitão Médico Dr. José Pinheiro da Fonseca versando sobre "Tratamento de emergência das queimaduras" Presidiu a sessão o Cel Médico Dr. Nilson Nogueira da Silva, Subdiretor Administrativo, estando presentes numerosos médicos do corpo clínico do Hospital Central do Exército, vivamente interessados nos temas apresentados. Falou o Dr. Gastão de Carvalho Souza, sobre as técnicas aplicadas nos setores de cirurgia do Pavilhão Caronbert Pereira da Costa e do Arsenal Cirurgico. O tema abordado pelo Dr. Joás Pinheiro da Fonseca, teve o motivo de mostrar o que se deve fazer ao atender pela primeira vez o queimado, dizendo que é preferível não fazer nada, a fazer algo errado. Rio de Janeiro, vinte e seis de outubro de mil novecentos e sessenta e sete.

Ass. Dr. José Areal — Cap. Méd. Sec.

ESTÁGIO DE OFICIAL MÉDICO EQUATORIANO

ESTÁGIO DE OFICIAIS MÉDICOS DA REPÚBLICA DO EQUADOR NO H C E

Estágio concedido pelo Exmo Sr Ministro do Exército Gen Ex Aurélio de Lyra Tavares, conforme proposta do Exmo Sr Chefe do Estado Maior do Exército Gen Ex Orlando Geisel, por solicitação do Presidente da Academia Brasileira de Medicina Militar, Brigadeiro Farm R/1 GERARDO MAGELA BIJOS, em atenção ao pedido de concessão do Sr Diretor Geral de Saúde das Forças Armadas da Nação amiga.

LOCAL:— H C E

DURAÇÃO:— 6 meses

INÍCIO:— Dia D

HORÁRIOS:— 0800 às 1200 diariamente, de segunda-feira a sábado

SUPERVISÃO:— Diretor do H C E

DIREÇÃO:— Chefes de clínicas

INSTRUTORES: Chefes de Enfermaria.

Em consequência ficam tomadas as seguintes providências:

NOTA DE SERVIÇO Nº 7/67

- 1 — Destina-se esta Nota aos componentes da lista abaixo.
- 2 — Em Ofício 280 S/3.2, do Exmo Sr Gen Chefe do EME participa que o HCE, receberá para estágio nas Clínicas médica, pediátrica e psiquiátrica, três Oficiais Médicos das Forças Armadas da República do Equador.
- 3 — Caberá ao HCE: instalar e alimentar gratuitamente, devendo para esse fim ser solicitado à autoridade competente o saque de 3 (três) etapas de baixados com os respectivos complementos.
- 4 — Os dados sobre o estágio são:
 - Local: — H C E
 - Duração: — 6 (seis) meses
 - Horário: — 0800 às 1200 diariamente de 2a feira a sábado.
 - Início: — Dia D
 - Supervisão: — Diretor do HCE

- Direção: — Chefes das Clínicas Médicas — Pediátrica e Psiquiátrica.
 — Instrutores: — Chefes das Enfermarias.

5 — Em consequência:

- a) O Ten Cel Chefe da Seção Administrativa tome as medidas necessárias para o contido no nº 3 desta Nota.
 b) Os Chefes das Clínicas providenciem os programas que cubram o período de duração distribuindo o estágio pelas Enfermarias e Serviços correspondentes.
 c) O Oficial encarregado dos serviços gerais, não só providenciará o alojamento para os Oficiais, como também, diariamente deve inteirar-se das necessidades dos Oficiais estagiários passando, portanto, a disposição dos mesmos para esse fim.

Lista de Destinatários:

Diretor	1
Subdiretores	1 cada
Chefes de Clínicas	1
Chefe Sec Adm	1
Instrutores	1 cada
Ajudante	1 Para arquivo.

INFORMAÇÕES SOBRE DIREÇÃO E INTRUTORES

Diretor do HCE:— Cel Méd Dr Galeno da Penha Franco
 Subdiretor Administrativo:— Cel Méd Dr Nilson Nogueira da Silva
 Subdiretor Técnico:— Cel Méd Dr Antonino Dutra Neves
 Chefe da Clínica Pediátrica:— Cel Méd Dr Silênio Barbosa Soares
 Chefe da Clínica Médica:— Ten Cel Méd Dr Rubem Tavares
 Chefe da Clínica Psiquiátrica:— Ten Cel Méd Dr Cesar Poggi de Figueiredo Filho

Auxiliares do Serviço de Pediatria

Maj Méd Dr Ivanir Martins de Mello
 Cap Méd Dr Jorge Coelho de Sá
 Cap Méd Dr Humberto Oswaldo Maciel Nobre
 Cap Méd Dr Hugo Batista Pellegrini

Auxiliares do Serviço de Clínica Médica

Maj Méd Dr Sebastião de Souza Monjardim
 Cap Méd Dr Nielsen Lauria
 Cap Méd Dr Newton Pereira Mattos
 Cap Méd Dr Quirino Pereira Netto

Clínica Médica do Pavilhão de Oficiais

Ten Cel Méd Dr Lucio de Gondim
 Maj Méd Dr Renato Costa de Abreu Lima
 Cap Méd Dr Maury Machado Dias
 Cap Méd Dr José Fontoura Machado

Auxiliares do Serviço de Psiquiatria

Maj Méd Aer Dr Luiz Fernando Ferreira Studart
 Maj Méd Dr Tong Ramos Vianna
 Cap Méd Dr José Areal
 2º Ten Méd Dr Luiz Lerner

HORÁRIO DAS REFEIÇÕES

ALMOÇO:— 1145 às 1330
 LANCHE:— 1500
 JANTAR:— 1700 às 1830
 CEIA:— 2100

TELEFONES DO HCE

MESA GERAL 54-2147
 GAB DIRETOR 28-3482
 GAB RAIO X 34-0832
 FARMÁCIA 28-0719
 APROVISIONAMENTO 48-9924

RELAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS

Estagiário da Clínica Médica Cap Médico do Exército do Equador
 Dr Ricardo Ramon Freire Riveros
 Até a presente data não compareceram os demais.

PROGRAMAÇÃO GERAL DE CLÍNICA MÉDICA

- 1º MES:— Distribuição da Clínica Médica no HCE
 2º MES:— Uso da Nomenclatura Nosológica, Triagem da Clínica Médica no Exército, Ambulatório da Clínica Médica no H C E
 3º MES:— Clínica Médica de Cabos e Soldados
 a — 1a Enfermaria
 b — 4a Enfermaria
 c — 5a Enfermaria
 4º MES:— Clínica Médica de Sargentos
 a — 7a Enfermaria, no PCPC
 b — Apartamentos do PCPC

- 5º MÊS:— Clínica Médica de Oficiais
 a — 2º andar do PO
 b — 3º andar do PO
 c — Endoscopia e Gastroenterologia
- 6º MÊS:— Apresentação de 2 (dois) casos clínicos
 Apresentação de Relatório Geral.

OBSERVAÇÃO

PCPC — PAVILHÃO CANROBERT PEREIRA DA COSTA
 PO — PAVILHÃO DE OFICIAIS.

PROGRAMAÇÃO GERAL DA CLÍNICA PEDIÁTRICA

- 1º MÊS:— Distribuição das Clínicas Pediátricas do HCE
- 2º MÊS:— Funcionamento dos Ambulatórios
- 3º MÊS:— Funcionamento do Berçário
- 4º MÊS:— Rematologia infantil
 Ortopedia infantil
 Cirurgia infantil
- 5º MÊS:— Estágios em serviços-padrão do Est da Guanabara
- 6º MÊS:— Apresentação escrita de 3 (três) casos clínicos
 Apresentação de Relatório Geral

O Diretor de Estágio distribuirá as missões pelos diversos auxiliares das clínicas, que confeccionarão os Quadros de Trabalho Semanais segundo modelo anexo.

PROGRAMAÇÃO GERAL DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

- 1º MÊS:— Distribuição do Serviço no Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria
- 2º MÊS:— Funcionamento do Serviço de Psiquiatria no Exército
 Atendimento Ambulatório no HCE
- 3º MÊS:— Enfermaria:
 Psiquiatria de Cabos e Soldados
- 4º MÊS:— Enfermaria:
 Psiquiatria de Sargentos
- 5º MÊS:— Clínica Psiquiátrica de Oficiais
- 6º MÊS:— Apresentação de 2 (dois) casos clínicos
 Apresentação de Relatório Geral.

DIREÇÃO DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

CEL MED DR GALENO DA PENHA FRANCO

Diretor do Hospital Central do Exército.
 Curso da Escola de Comando e Estado Maior do Exército.
 Membro da Academia Brasileira de Medicina Militar.

Tendo assumido a 7 de julho de 1966 a Diretoria do HCE confesso não ter vindo munido de qualquer idéia preconcebida em modificar ou criar uma nova face para este nosocômio. Nada quiz trazer tirando do desconhecido e preferi partir da certeza de que as necessidades surgiriam, os meios seriam uma consequência dessas e todo apoio obteria de acordo com a oportunidade. Apenas um planejamento me guiava: o otimismo sedimentado no fato de que seria mais um condutor a receber um acervo até então bem orientado pelas iminentes figuras do nosso Serviço de Saúde e que sempre souberam honrar a tradição do Exército de nossa Pátria e que me antecederam com destaque. Encontrei um ambiente de trabalho sóbrio mercê da qualidade do pessoal empenhado. Destacava-se sobremaneira o corpo clínico composto de médicos, farmacêuticos e dentistas de escol! Seguiu-o de perto o pessoal auxiliar imediato enfermeiras, auxiliares de enfermagem e demais auxiliares do serviço médico quer militares como civis, além de serventes, faxineiros, tafeiros, operários, etc. O mérito deles residia e reside na desproporção existente entre o seu efetivo e o trabalho a executar ou seja entre o seu efetivo e o de baixados. O problema de falta de médicos, farmacêuticos e dentistas é antigo, arrastado durante os anos e cuja solução difícil de ser alcançada mercê de causas diversas que não atraem ao Serviço de Saúde do Exército, como das Forças Armadas em geral, pessoal técnico. Quanto ao pessoal auxiliar, outras razões impediram até agora de obter-se o efetivo desejado embora a procura destes ao emprego no Hospital seja mais solicitada. A situação financeira não constituiu problema para a atual administração pois, ao assumir a direção tive a sorte de colher os louros de trabalhos de direções anteriores e da Diretoria Geral de Saúde que nos proporcionaram fonte de rendas compatíveis com a manutenção do Hospital. Apraz-me também declarar que, decisivamente fui beneficiado pelo labor de meus antecessores pois, agora, no terreno das adaptações e modificações necessárias e planejadas, fui surpreendido pelo

seu desencadeamento e a pleno fogo, de obras de extrema utilidade para o funcionamento do Hospital. Entretanto diversos melhoramentos não programados anteriormente e elaborados pelos serviços especializados, foram então planejados e executados a custa dos recursos econômicos de nosso nosocômio. Para estas não contei com as verbas distribuídas nem com suplementos de qualquer origem, mas apenas, com aqueles recursos administrativos próprios. As verbas orçamentárias utilizei em seus destinos embora deficientemente exigindo assim auxílio das economias administrativas. Suplementos fornecidos apenas coube cerca de alguns milhões para cobertura de dívidas de elementos baixados e falecidos e de compra de livros para o serviço de Anatomia Patológica. Espero ainda, a montagem da enfermaria de cirurgia de praças que está em vias de terminar. Com o concurso de todos os setores, seus chefes e auxiliares, melhoraram e contornaram-se inúmeros problemas que em curso de solução pelas direções anteriores, ainda agora me foi dado chegar a termo final.

Muito trabalho, muita luta têm sido dispendidos para trazer o HCE em situação tal que se desempenhe de sua função tanto mais que o volume da clientela vem gradativamente aumentando, principalmente no terreno médico-social em que a assistência a dependentes, pessoal da reserva, funcionários, cada vez mais se avulta e já merece estudo decisivo na criação ou não de serviço à parte para essa assistência, mas que se defina. No setor técnico, não deixei de concretizar diversos problemas em pauta e outras apresentadas foram solucionadas de modo que as diversas clínicas acham-se em boas condições de atendimento, com o material necessário e não constituindo obstáculo para a Direção o atendimento aos pedidos e propostas dos respectivos chefes de clínica. Conclue-se, assim, um ano de atividades profícuas em que a colaboração foi geral e massiva, poucos se apercebendo assim porque a área a ser coberta e o trabalho a ser cumprido é de enorme vastidão. Parece-me ter o Hospital melhorado em sua visão geral mas é-me forçoso confessar que importantes pontos ainda merecem reformulação. O que valhe é este ano de experiência já passado que muito me animará em prosseguir na rota de melhoramentos ajudado por esta plêiade de dedicados auxiliares que compõem os diversos quadros do efetivo de pessoal. A ele o meu agradecimento e em homenagem a eles como que numa prestação de contas enumerarei em trabalhos anexos as obras efetuadas com sua cooperação, orientação e mesmo suor, neste número de Anais do HCE que ressurgem como homenagem também aos que mouejaram pelos corredores deste nosso Hospital Central do Exército.

HCE, 1966/1967 — MELHORAMENTOS ADMINISTRATIVOS E TÉCNICOS

Cel Med Dr Galeno da Penha Franco.
Diretor do Hospital Central do Exército

Folheando o número 10 dos Anais do HCE, publicado em 1945, em suas primeiras páginas fui encontrar o seguinte plano de melhoramentos efetuados e por efetuar naquela época já longínqua.

Vou reproduzi-la e compará-la com o que foi efetuado e os novos planos previstos para melhoria do HCE.

- 1 — O "novo Pavilhão de Oficiais" - tornou-se inteiramente para casos clínicos e a maternidade e a cirurgia ocuparam outro Pavilhão o Pavilhão Marechal Ferreira do Amaral; o material primitivo já se modificou e novas instalações surgiram tais como o serviço de endoscopia, dietética, refeitório e novos apartamentos no 2º pavimento antes, constituído ele, apenas de quartos. O mobiliário, cortinas e móveis de serviço de copa foram totalmente modificados.
- 2 — Iniciado em 1943 esse pavilhão continua a receber os dependentes dos militares.
- 3 — O "serviço de oftalmologia" - muito melhorou em material e instalações e atualmente fazendo parte do conjunto das especialidades passa por completas reformas onde se encontra o Pavilhão que abriga ainda, as clínicas odontológicas, otorrinolaringológica, ortopédica, urológica e protológica.
- 4 — O "Pavilhão de Neuropsiquiatria," - amplamente modificado, o crescimento de novas alas e enfermarias está desdobrado nos "serviços de neurologia e psiquiatria" com instalações moderníssimas, eletroencefalógrafo já existente e mais um aparelho já adquirido e em vias de se incorporar ao serviço, os consultórios possuem o maior conforto em instalações mobiliárias de aço e estofados com ar refrigerado e intercomunicação eletrônica de suas diversas dependências.
- 5 — O "serviço de cardiologia" - aumentou em aparelhagem e já está projetado e em próxima execução nas novas instalações não só como unidade de tratamento como de "prontocor" e orientação cirúrgica.

- 6 — O "serviço de Radiologia" - possui nova aparelhagem e suas instalações sofreram algumas reformas enquanto aguarda as novas instalações de unidades de diagnóstico a serem edificadas em terreno do Hospital junto aos futuros ambulatórios.
- 7 — A "Fisioterapia" - sofreu modificações em suas instalações: equipamento de móveis, sua tendência é juntar-se ao "serviço de recuperação e reabilitação" a ser criada e dependendo de sua estruturação após pronunciamento da comissão que irá aos Estados Unidos estudar o assunto.
- 8 — A "Farmácia" - foi totalmente modificada com a criação do serviço reembolsável no andar térreo e ocupação do 2º pavimento, que lhe corresponde, pelos serviços de hipodermia e depósito, desocupado o 3º pavimento que será ocupado pelo "serviço de estatística e arquivo médico".
- 9 — O "Laboratório de Análises Clínicas" foi melhorado em mobiliário e equipamento técnico; suas instalações estão ainda dependendo de estudo do Plano de Redistribuição das unidades do Hospital a cargo da Diretoria Geral de Saúde do Exército.
- 10 — O "Serviço Médico Legal" e de "Anatomia Patológica" - foram completamente remodelado e possui hoje um Pavilhão moderno e bem equipado pouco faltando para ombrear-se com os melhores congêneres.
- 11 — O "Pavilhão de Isolamento" - teve melhoramentos de sustentação de suas velhas unidades mas, já surge em seu terreno uma nova e moderna edificação com instalações bem delineadas possuindo modernas acomodações para oficiais. Ao término dessas instalações, que possuirá também gerador de luz, o velho casarão será todo remodelado aumentando capacidade técnica do Isolamento.
- 12 — Todas as "dependências administrativas" e "Pavilhão Central" - que em 1945 constam como "melhoradas em seu mobiliário", sofreram as adaptações modernas da troca daquele mobiliário de madeira por mobiliário de aço nos moldes das modernas instalações, assim a Seção Administrativa, tesouraria, secretaria, ajudância, biblioteca, com um aspecto atualizado e convidativo ao trabalho, bem como o Centro de Estudos.
- 13 — O "Almoxarifado" - terá escritório junto ao depósito de material de pequeno porte; o material volumoso e grandes estoques em breve estarão em armazém moderno a ser construído em 1968, mesmo assim sua estocagem é das mais satisfatórias e atende a todas as repartições em material administrativo e técnico.
- 14 — Os "serviços de Caldeiras" - foram ampliados, tanto mais com a criação de mais três grandes Pavilhões: o Mal Ferreira do Amaral, o Mal Lott e o de Cirurgia de Praças.

- 15 — O "abastecimento d'água" - sofreu modificações, face a criação de novos pavilhões e, no decorrer desses anos 66/67, várias canalizações foram trocadas e instalações novas foram feitas visando a abastecer a lavanderia e aqueles novos pavilhões.
- 16 — As "oficinas" - foram todas localizadas na "área de serviço" e retiradas das porões das enfermarias e pavilhões.
- 17 — O "serviço de transporte" - foi ampliado com nova garagem e novas instalações inclusive bomba de gasolina, estando prevista aquisição de mais uma bomba destinada ao serviço social.
- 18 — O "serviço funerário" e a área que o cerca - foi todo remodelado e dotado de novas instalações similares às capelas modernas.
- 19 — Ainda no "Pavilhão Central" - serão procedidas pinturas e meios de conservação de sua antiga apresentação, tendo aí sido instalado também um apartamento com capacidade para três oficiais em trânsito, no 3º andar, o vestiário de Oficiais que deixa o pavimento térreo. Os gabinetes do Diretor e Subdiretores foram remodelados e providos de instalações modernas, sem entretanto tirar a suntuosidade e tradicional aspecto do Salão-Nobre da Diretoria.
- 20 — O "Centro de Estudos do HCE" foi todo reequipado inclusive com aparelho de transmissão e gravação dos conferencistas; mobiliário moderno substituiu os móveis antigos e já envelhecidos.

Vejamos agora o que em 1945 o então Diretor chamava de "Programa de Obras a executar".

- I — "Melhoramentos no Pavilhão de Isolamento", - um total de 300.000.000 cruzeiros antigos. Já em execução e orçado em 190.000.000.000 (antigos). (ou 300 novos e 190.000 novos).
- II — "Construção de um novo Pavilhão para o Bloco Cirúrgico" - já em término de execução orçado em 6.000.000 de cruzeiros antigos e agora 563.000.000 (antigos). (ou 6.000 novos e 563.000 novos).
- III — "Construção de um segundo pavimento no 3º Pavilhão que será o Pavilhão de Sargentos e suas famílias". - orçado em 1.400.000 cruzeiros antigos. Foi construído e há muito tempo em funcionamento; é o chamado Pavilhão General Canrobert Pereira da Costa e custou cerca de 50.000.000 (cruzeiros antigos). (1.400 novos e 50.000).
- IV — "Construção de um segundo pavimento no 2º Pavilhão, orçado em 800.000 cruzeiros antigos." - Não construído, é reivindicado também da atual Diretoria em contraposição à construção de um Pavilhão único para as unidades ambulatoriais.
- V — "Construção de um 2º pavimento no 2º Pavilhão" - Idem, idem. Mais 800.000 cruzeiros antigos. Também é reivindicação atual e ainda não conseguida.

- VI — Idem, 4º Pavilhão.
- VII — “Adaptação do atual (então) Gabinete de Via Urinárias” para “Centro de tratamento de sífilis”. Orçada em 150.000 cruzeiros antigos. Foi efetuado, com a criação no 1º Pavilhão de uma enfermaria para venéris e o serviço de Urologia no 5º pavilhão; Com despesas mínimas, pois material e locais foram adaptados.
- VIII — “Construção de um 2º pavimento no Pavilhão do Corpo da Guarda”. Orçado em 400.000 cruzeiros antigos. Não só foi feito como transformado em arquivo e apartamento do adjunto de dia, no 2º pavimento e Portaria no 1º pavimento. Custou 45.000.000. cruzeiros antigos. Outrossim no lado oposto do portão de entrada foi construído um novo pavilhão para vestiário, no 2º piso e Juntas de Saúde e Corpo da Guarda no 1º pavimento. Custou 45.000.000 cruzeiros antigos e foi entregue em novembro de 67.
- IX — “Construção de um segundo pavimento no Pavilhão da Portaria - orçado em 350.000 cruzeiros velhos já citado anteriormente, e gastos 45.000.000 de cruzeiros antigos (350 novos e 45.000 novos).
- X — “Ampliação de oficinas e garage, orçado em 400.000 cruzeiros antigos.” Foi gasto 4.000.000 cruzeiros antigos na localização de todas oficinas e 45.000.000 na construção de uma garage.
- XI — “Calçamento e melhoramentos do Parque do Hospital.” - Orçados em 100.000 cruzeiros. Está sendo feito e já foram gastos 20.000.000 em área pavimentada. (ou 20.000 novos).
- XII — “Pintura geral interna e externa de todo o Hospital e reaparelhamento de Serviços antigos” — 1.000.000 de cruzeiros antigos, está sendo procedido parceladamente:

Foram feitas as benfeitorias administrativas e técnicas que constam do Relatório apresentado pelo Chefe do Serviço de Oficinas e que transcreve-se em páginas a seguir e que muito ultrapassaram ao orçamento de 1.000.000,00 de cruzeiros novos de então, das quais muitas já foram assinaladas nas linhas anteriores.

Esta é uma apresentação comprimida do quanto têm-se feito pela conservação desse precioso patrimônio que é o HCE. Seria uma injustiça flagrante e imcompreensível que ligássemos essa obra apenas ao nome do Diretor que nesse período de 66-67 vê-se honradamente à frente do HCE pela deferência e confiança que as altas autoridades do Exército e Diretoria de Saúde lhe concederam. A obra é de coêsa equipe que percebeu e melhor proporcionou ambiente e mesmo executou reivindicações necessárias ao cumprimento de seu dever depositária que é, no momento, dos destinos do maior estabelecimento da Diretoria Geral de Saúde do Exército.

REAPARELHAMENTO ADMINISTRATIVO E TÉCNICO DO HCE

Ten Cel Art Sebastião Assis e Silva, Chefe da Sec Adm e Cap Rangel de Oliveira Chefe das Oficinas.

Apresentamos os dados relativos às atividades das Oficinas Gerais deste Hospital e do movimento de obras, referentes ao exercício de 1967, para confecção do RELATÓRIO ANUAL, de conformidade com a ordem publicada no Boletim Interno deste Hospital.

- A) **OFICINAS** — As Oficinas Gerais deste Hospital funcionaram de forma intensa no que concerne à conservação dos bens imóveis, compreendendo: readaptações, reparos, pinturas gerais de imóveis e mobiliário, recuperação de equipamentos e acessórios, etc. atendendo dentro de seus recursos às inúmeras ordens de serviços em todos os setores do Hospital, se esforçando no sentido de dar a maior colaboração à orientação da administração dentro do melhor critério e método na aplicação das aquisições.

1 — MOVIMENTO ESTATÍSTICO:

Partes recebidas	550
Ordens de serviços executadas	1950
Atendimentos de emergência (S/partes)	850
Partes expedidas	95
Mapas mod. 11 remetidos	12

2 — SUGESTÕES:

Há necessidade de suprimento em pessoal, isto é, de artífices das diversas especialidades, face ao crescimento e atualização dos vários órgãos deste Hospital. O número de servidores especializados deixa muito a desejar no que tange ao atendimento pronto às exigências logísticas.

B) — MOVIMENTO DE OBRAS —

Durante o período dicertado no presente RELATÓRIO, o movimento de obras, reformas e adaptações, foram executadas entre outras as seguintes:

1 — 19ª ENFERMARIA:

No antigo local da 19ª Enfermaria (demolida) foi concluída a construção do Pavilhão de cirurgia com três pavimentos, destinado à centralização da clínica cirúrgica e que faz parte do plano de interligação dos pavilhões. Está na fase de conclusão de instalação.

2 — SERVIÇO MEDICO-LEGAL: Foi instalado no 1º Pavimento do novo pavilhão as dependências destinadas à medicina legal (sala de autópsias, câmaras frigoríficas para conservação de cadáveres, gabinete de chefa, salas auxiliares, sanitários, etc, no 2º pavimento, o Serviço de Anatomia Patológica com todas as dependências, acessórios, material técnico, ar condicionado, mobiliário, persianas, etc. necessários ao seu funcionamento;

Restauração da Capela Mortuária de Oficiais, constando de construção de sanitários, bar, reforma geral, pintura geral interna e externa, substituição do piso, instalação de sala de repouso, aplicação de barra de lambris com formioplac, revisão e substituição das instalações de água, esgoto e elétrica.

Reforma e pintura geral interna e externa da Capela mortuária de praças, inclusive revisão das instalações elétricas, de água e esgoto e restauração da cobertura.

5 — PAVILHÃO MAL FERREIRA DO AMARAL

Foram concluídos os trabalhos de reparos das dependências do Pavilhão constando de pintura geral interna e externa, restauração do piso dos apartamentos com aplicação de PAVIPLEX, substituição das vidraças, instalação de aparelhos de ar condicionado;

Restauração das caldeiras de esterilização d'água do centro cirúrgico do 3º pavimento e da maternidade; instalação de um autoclave e de uma máquina de lavar roupas, na maternidade; instalação do Berçário em funcionamento, totalmente reequipado;

Substituição do piso da cozinha, instalação de uma rede de condensado para o conjunto de basculantes e painéis, construção de uma calha de esgoto de vapor;

Reforma das caldeiras a vapor;

Reforço de abastecimento d'água;

Substituição da iluminação incandescente por fluorescente.

4 — PAVILHÃO DE OFICIAIS.

Prosseguimento dos serviços de restauração e pintura dos apartamentos; reforma das cozinhas dietética e do 3º pavimento; instalação de fogões, equipamentos, mobiliário, etc. reforma do gabinete da chefia do pavilhão e instalação de um gabinete destinado ao serviço

de endoscopia peroral; aplicação de vulcapiso; instalações de aparelhos de ar condicionado, reparos gerais nas instalações sanitárias, substituições nas instalações elétricas;

5 — PAVILHÃO LOTT:

Prosseguimento da pintura e melhorias nos apartamentos e mobiliário; restauração das salas de curativos constando de construção de barras de azulejos e armários embutidos; construção de caixas em alvenaria para roupas usadas nos quartos de espargos; instalações de filtro de parede e reparos gerais nas instalações; recomposição de piso de cerâmica, etc.

6 — SERVIÇO ODONTOLÓGICO:

Restauração das instalações, constando de aumento de uma sala para Raios X e outra de espera para oficiais, construção de uma câmara escura; aplicação de vulcapiso em todas as dependências, gabinetes e corredores; aplicação de lambris de DURAPLAC no gabinete da Chefia do Serviço; conserto de quatro equipos; pintura geral.

7 — SERVIÇO FARMACÊUTICO:

Foram construídas uma loja para instalação da Farmácia comercial e uma sala para instalação da seção de manipulação, um gabinete para Chefia e um depósito para inflamáveis, no andar térreo; foram iniciados os trabalhos de restauração e pintura geral do 2º pavimento para instalação do Depósito de Medicamentos;

8 — 4ª PAVILHÃO:

Restauração das dependências da 12ª Enfermaria, constando de pintura geral, revisão e substituições nas instalações sanitárias e elétricas; revisão na cobertura; reparos nas instalações sanitárias das 10ª e 11ª Enfermarias;

9 — 13ª ENFERMARIA — XADREZ:

Construção de piso de cerâmica na sala da guarda, pintura e reparos nas instalações, reforço das grades de ferro dos vãos das janelas;

10 — CONTINGENTE:

Pintura geral interna e externa e reparos nas instalações; reequipamento com armários de aço;

11 — CLÍNICA ORTOPÉDICA:

Recuperação de um autoclave transformando a instalação de gás para elétrica e instalação do mesmo; reparos gerais;

CASA DAS IRMÃS:

Pintura geral interna e externa, revisão e restauração da rede de abastecimento d'água e de distribuição interna, reparos nas instalações sanitárias, instalação de novo fogão, reparos na cobertura e substituição das vidraças; sinteko nos assoalhos e outras melhorias;

12 — PAVILHÃO CENTRAL DE ADMINISTRAÇÃO:

Pintura geral e aplicação de sinteko no piso nas seguintes dependências: Fiscalização Administrativa, Tesouraria, Aproveitamento, Centro de Estudos, Biblioteca, Secretaria, Ajudância e hall do 3º Pavimento e hall do 2º Pavimento; instalação de um apartamento para hóspedes no 3º Pavimento; aplicação de sinteko no piso dos gabinetes das Subdiretorias; restauração das instalações sanitárias do 2º Pavimento (Diretoria e Subdiretorias); pintura geral do refeitório dos Oficiais; reforma da copa do refeitório dos Oficiais; pintura das áreas e escadarias de acesso do 1º para o 3º pavimento; Instalação de um vestiário para os Oficiais no 3º Pavimento, com capacidade para todo o efetivo do Hospital, constando de um amplo salão com armários de aço, assoalho com aplicação de sinteko e passadeiras, uma sala de estar, um banheiro com lavabos de louça de côr tipo papoula, três boxes com vasos sanitários, dois boxes com chuveiros elétricos, portas e armações de alumínio e acrílio, instalação de luz fluorescente.

13 — PAVILHÃO DE ISOLAMENTO:

Instalação de doze grades de ferro nos vãos das janelas; iniciada a construção de uma nova ala; reparos diversos nas instalações;

14 — RX e LAC:

Aplicação de vulcapiso na escada de acesso ao LAC; reparos diversos nas instalações; início de remodelação geral;

15 — COZINHA GERAL:

Substituição das cerâmicas do piso, reparos nas instalações e equipamentos; substituição da rede de vapor partindo da caldeira, instalação de nova rede de condensado, separadores de vapor e purgadores e todas as panelas, cafeteiras e basculantes, construção de rede de esgoto e caixa de esgoto; expectativa de readaptação pela DOFE;

16 — CENTRO SOCIAL MARECHAL FERREIRA DO AMARAL:

Restauração das instalações do Pavilhão de Recreação e Cantina com aumento de uma sala, pintura geral, revisão e substituição das instalações elétricas;

17 — P.N.P.:

Pintura geral, revisão das instalações, reparos diversos; instalação na área de frente do pavilhão de um PLAY-GROUND cercado com grades de ferro, construção de um muro limitando a circulação em torno do Pavilhão com 28,5 mts de compr. por 3,45 mts. de altura; construção de uma grade de ferro em torno da quadra de esportes;

20 — LAVANDARIA:

Foi reconstruída uma nova dependência para instalação da Lavandaria, abrangendo a parte demolida do antigo Pavilhão e uma parte da área do pavimento térreo do novo pavilhão de cirurgia. Está na fase de instalação; Foi instalada uma rede de condensado para as secadeiras, calandra e prensas, construída uma rede de esgoto, instalados espargos, separadores de vapor e purgadores;

21 — CORPO DA GUARDA:

Foi reconstruído o novo Pavilhão destinado ao Corpo da Guarda. Vestiário de Sargentos e funcionários e JMS, já instalada em suas dependências;

Foi reconstruído o novo Pavilhão destinado ao Corpo da Guarda, Vestiário de Sargentos e funcionários e JMS, já instalada em suas dependências;

22 — GARAGE:

Construção de uma nova garagem em alvenaria e colunas de concreto com cobertura de telhas Eternit, com capacidade para dez viaturas, piso de cimento, com banheiro e vestiário para motoristas;

23 — OFICINAS GERAIS

Foram construídos boxes com aproveitamento da antiga garagem instalando e centralizando as Oficinas de Serviços Gerais e conservação e manutenção, possibilitando o saneamento dos antigos porões;

24 — CENTRAL DE EMERGÊNCIA:

Foi feita manutenção do gerador, revisão do compressor e substituição das baterias; foi cercado o lago com grades de ferro;

25 — FORNO DE LIXO:

Foi restaurado tornando-o mais prático e econômico o seu funcionamento; foi construído um muro de alvenaria entre a área do forno e as Capelas Mortuárias, concretagem e cimentado o piso;

26 — ILUMINAÇÃO DO PÁTIO:

Foram instalados focos de luz de mercúrio nas áreas entre os diversos Pavilhões;

27 — SERVIÇO DE AUTO-FALANTE:

Foi instalado um serviço de auto-falante dirigido da sala da Ajudância;

28 — ESTACIONAMENTOS:

Foram construídas áreas ajardinadas para estabelecimento de zonas de estacionamento entre os Pavilhões;

29 — GRADES E MUROS:

Foram executados trabalhos de reparos e pintura no muro e grades que circundam a área do Hospital; foi construído um acréscimo de 1,20 e 1,40 mt de altura na murada vizinha a linha da Leopoldina e fundos do HCE, isto é uma extensão de 350 metros;

30 — INTERLIGAÇÃO DOS PAVILHÕES:

Foram concluídas a construção do passadiço — galeria de comunicações ligando o novo Pavilhão de Cirurgia aos Pavilhões Lott, Ferreira do Amaral, de Oficiais e Central;

31 — CALÇADAS E CALÇAMENTOS:

Foi completado o calçamento da frente do Hospital a Rua Licínio Cardoso e de toda a extensão da rua Abdalla Chamma, no interior do HCE foram executados serviços de concretagem com acabamento de cimento com desenho hexagonal de uma área de cerca de 3,843 mts² compreendendo alamêdas, ligações entre Pavilhões e Centro Social; terraplanagem e ajardinamento com grama, contornados com vigas de concreto, dos canteiros no parque.

CAPELA N.S. DAS GRAÇAS:

Pintura geral externa, aplicação de vulcapiso, substituição das instalações elétricas e revisão da cobertura.

Vê-se, assim, que a atividade dos serviços gerais, foi intensa tendo contribuído para dar nova feição ao Hospital, dentro do espírito de serem mantidas as condições indispensáveis de trabalho para quantos labutam neste nosocômio e para cumprir o Hospital a sua função de atendimento técnico.

E esse atendimento não se viu menos apoiado diretamente pois sua aparelhagem foi melhorada e a título de informação transcreve-se a relação resumida do material adquirido pelo Hospital, além de outros fornecidos pela DGSEX, bem como de outras utilidades que compõem as instalações das diversas dependências.

As informações aqui relatadas reforçam as já apresentadas pelo "Serviços Gerais" e é um reencontro com elas.

RELAÇÃO DOS APARELHOS CIRÚRGICOS COMPRADOS NO PERÍODO DE JULHO DE 1966 a DEZ DE 1967

Ten Cel Assis

Quant.	Nomenclatura	Custo	
		p/unid.	Total
4	Esterilizador elétrico 700w — 35x15x8 com torneira	90,90	363,20
3	Esterilizador elétrico 700w — 35x15x8 com torneira	90,80	272,40
3	Esterilizador elétrico 700w — 35x15x8 com torneira	90,80	272,40
1	Aparelho, para leitura de tubos Micro Hematócritos, org, INTERNATIONAL EQUIPO CO, mod. C.R. completo com escala graduada e ajustável, lente e aumento para facilidade de leitura. Lâmpada fluorescente para iluminação do campo interruptor e fio de ligação com tomada para 115 volts A c — 60C	por por	605,00 130,00
1	Aparelho DYMO-M-10	por	437,25
1	Adicional para onda de pulsação (Pulse Nave Attachment) mod. 374, fab. original SANBORN" procedência USA, destinado ao registro simultâneo ou em separado do pulso arterial e cardiograma apexiano. Para uso em conexão com o aparelho fonocardiográfico TWIN-BEAM 62.	por	196,00
1	ESPIGNOMANÔMETRO B K A.	55,00	110,00
2	Estetoscópio B D. original		
1	Aspirador cirúrgico Sorensen ref. 334, de duplo, efeito, com duas aspirações independentes seguro a explosão Prod. de "SORENSEN USA, com 2 recipientes de vidro 110 volts 50/60 ciclos n.º 24.065	por	2.475,00
1	Aspirador intermitente Sorensen 2.0, completo com 1 recipiente de 3785 lts. 110 volts 50/60 ciclos, Prod. "SORENSEN USA.	por	825,00
2	Aparelhos para raquimoterapia B-D Spiral Fluid Manometres	165,00	330,00
200	Termômetros Clínicos	0,93	186,00
1	Aparelho de Diafonoscopia com duas lâmpadas sobressalente completo Origibla Sklar	por	198,00
1	Aparelho de pressão alemão para criança	por	120,00
1	Negatoscópio luz fria 110 volts para chapas radiográficas, vidro inquebrável, tipo mesa ou parede	por	90,00

Quant.	Nomenclatura	Custo	
		p/unid.	Total
1 —	Colorimetro Matronio mod. M. e fonte transistorizada c/estante de lucile e 6 tubos de 13x100mm	por	870,00
1 —	Aparelho de pressão alemão Exata	por	160,00
12 —	Aparelhos Radical R 12 de purificação de ar	160,00	1.920,00
1 —	Aspirador Sorensen ref. 334 para aspirações cirurgicas e bronquicas simultaneamente, tipo gabinete com 2 recipientes 110 volts 50/60 ciclos n.º 25.394	por	3.150,00
1 —	Aspirador intermitente Sorensen ref. 2110 especialmente, para aspiração suave líquidos do estômago e aspirações de sucções digestivas com recipientes de 2,785 litros — 110 volts 50/60 ciclos n.º 30569 — Produtos da Sorensen — USA. (dois modos de uso).	por	1.050,00

RELAÇÃO DE ROUPAS

500 —	Colchas de solteiro	3,23	1.615,00
200 —	Toalhas de rosto	0,95	195,00
200 —	Toalhas de banho	1,78	356,00
300 —	Lençóis ROYAL solteiro	3,90	1.194,00
200 —	Cobertores de lã tipo 1	13,00	2.600,00
100 —	Lençóis PALADIO solteiro	4,19	419,00
150 —	Lençóis PALADIO solteiro	3,89	584,00
400 —	Colchas brancas solteira xadrez	3,22	1.288,00

OUTROS

5 —	Aparelho de ar condicionado à NCr\$	1.150,00	5.750,00
1 —	Cama rotativa à NCr\$	9.800,00	9.800,00
8 —	Enceradeiras elétricas à NCr\$	72,00	576,00
6 —	Aspiradores de pó à NCr\$	980,00	5.880,00
1 —	Máquina para tirar cópia fotostática à NCr\$	6.000,00	6.000,00
2 —	Eças mortuárias à NCr\$	2.000,00	4.000,00

NEUROSIS DE CONVERSION

Dr. Ricardo Freire Rivera
Cap. Méd. do Exército Equatoriano
Estágio promovido pela Academia
Brasileira de Medicina Militar e
aprovado pelo EME e pela DGSE.

Identificação: C.S.
Estado Civil : Casada
Ocupación : Prendas domésticas
Procedencia : Jacarepaguá
Nascimento : Santa Maria — Estado de Rio Grande do Sul
Internada : 1º-XII-67

OBSERVACION CLINICA:

Q.P. Parálisis de los miembros inferiores.

H.D.A. — Refiere la paciente que el 28 de noviembre, después de un fuerte disgusto con el marido, sintió falta de aire, angustia, precordialgia, "tontura", obnubilación, adormecimiento de las piernas, aura crepuscular, llegando a caer con pérdida del conocimiento. Durante la noche continuó semi-inconiente y los familiares anotan estado febril, desvario, agitación, convulsiones tónicas y clónicas. Al día siguiente despertó sintiendo "tonteira", intenso dolor en la columna dorso-lumbar e inmovilidad absoluta. Recibió atención médica sin obtener mejoría hasta el día 1º de diciembre que fué internada en este Hospital.

A.M.P. Ha padecido las enfermedades de la infancia y hace 3 meses tuvo parotiditis que fué atendida por facultativo. Padece tífus a los 7 años, siendo amigdalectomizada a los 8 y apendicectomizada a los 13 años. Hace 9 años realizó coloperecistomía y hace 10 meses se sometió a intervención quirúrgica habiendo realizado colecistectomía por litiasis biliar y extirpación de fibroma uterino.

Su primera menstruación tuvo hacia los 10 años de edad, apareciendo luego normalmente con un ritmo de 25/3 y con algunas manifestaciones de cambios de carácter.

Tiene dos hijos y el último parto hace 9 años fué gemelar con fallecimiento de uno de los hijos, probablemente por insuficiencia cardíaca (sic).

Padece con frecuencia "crisis nerviosas" caracterizadas por desmayos, melancolía y "aborrecimiento".

En el aspecto psicológico refiere tener conocimiento que durante la gravidez de su madre se presentaron alteraciones de la gestación inclusive con peligro de aborto en dos ocasiones.

A los 6 años tuvo una experiencia dolorosa intensa por la muerte de su abuela incrementándose con el matrimonio de su abuelo 4 años después. Recuerda también haber manifestado sentimientos hostiles, compulsivos cuando el nacimiento de su hermana menor, por considerar que perdería el cariño paterno.

A.M.F. Madre viva y sana. El padre adolece de bronquitis asmática crónica. Tiene 3 hermanos y uno de ellos manifiesta carácter sumamente nervioso, violento e irascible. (sic)

Examen físico general:— Normosómica, leucoderma, facies apática. manchas cloásmicas, eufasia, buen estado de nutrición, mucosas visibles normales, piel y fáneras normales, decúbito supino obligado y doloroso al movimiento pasivo, piernas rígidas, inmóviles en extensión forzada.

Aparato Circulatorio: P.A. 12/8 — Frecuencia cardíaca: 100/min. en concordancia con el pulso medianamente tenso. Ruidos cardíacos normofonéticos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular normal. Frecuencia 20/min.

Aparato Digestivo: Ritmo intestinal normal. Abdomen flácido, depresible, presencia de viviceps, cicatrices quirúrgicas mediana subumbilical, infracostal derecha y de Mac-Burney. A la palpación profunda presenta puntos medianamente dolorosos de Murphy, Mac-Burney y ovárico izquierdo.

Aparato Génito Urinario: Clínicamente normal.

Sistema músculo-esquelético: Intenso dolor a la palpación superficial en la columna lumbo sacra a nivel de VL y IS que se incrementa con los movimientos pasivos. Paraplegia de los miembros inferiores.

Sistema Nervioso: Reflejos rotuliano, de Gordon, Oppenheim, aquiliano y Babinsky presentes pero disminuídos, abolición de la sensibilidad hasta el 1/3 superior del muslo.

Funciones psíquicas: Paciente, tranquila, apática, se diría conforme, coopera al examen, responde con precisión y tiene funciones intelectivas conservadas.

Exámenes complementarios. De sangre, orina y heces sin nada importante. Rx. de columna normal.

De especialidad psiquiátrica y neurológica: No consta ninguna observación en su papeleta.

Evolución y Tratamiento:— Diazepan: 1 cáps. por día.

Hipnoterapia en 8 sesiones de planos sucesivos con recuperación desde la tercera sesión.

Diagnóstico Diferencial: Con las entidades nosológicas capaces de producir paraplegia, pero tornando en cuenta la similitud con otros casos, la ausencia de lesiones orgánicas y de datos de laboratorio patológicos y especialmente las circunstancias en que se produjo la parálisis así como la recuperación mediante la hipnoterapia, podemos emitir el.

Diagnóstico definitivo: CONVERSION HISTERICA o NEUROSIS DE CONVERSION.

COMENTARIO

El caso presentado tiene interés en la Clínica general porque con mucha frecuencia nos encontramos con pacientes cuyas manifestaciones somáticas no guardan relación con los signos clínicos que esperamos encontrar y porque generalmente tenemos la costumbre de juzgar al enfermo y su enfermedad por las lesiones orgánicas manifestadas, de modo que el diagnóstico clínico tiende a aproximarse lo más posible al diagnóstico de autopsia.

Por otro lado, presentamos la natural y honesta resistencia de interesarnos por pacientes que necesitan del especialista pero que en un momento determinado pueden y deben ser influenciados por el médico práctico. Esta la razón por la que presentamos este caso, con la esperanza de interesar a los colegas en el conocimiento de una terapéutica sugestiva y siempre actual, para el tratamiento de una enfermedad que posiblemente nació con el ser humano, en los albores de la humanidad.

En efecto, desde Hipócrates hasta nuestros días se han propuesto diversas teorías para explicar las neurosis, sin que se haya llegado a una conclusión definitiva.

Dentro del gran capítulo de las psiconeurosis, el problema del Histerismo sería definido con Scheneider como "los trastornos corporales, reaccionales de la función, nacidos de la psiquis y mantenidos por ella".

Sintomatología: Las reacciones histéricas son de una variedad enorme en sus manifestaciones a tal punto que se ha propuesto simplemente bajo el epígrafe de Síndrome H a todo el conjunto de síntomas que pueden encontrarse y que escapan a cualquier clasificación.

En efecto, desde Charcot, cuyos estudios indujeron a Freud a profundizar el conocimiento del histerismo creando luego el Psicoanálisis; se quiso encontrar en estos enfermos ciertos signos clínicos que los llamo estigmas y que en la mayoría de casos resultaron su-

geridos por el investigador. El principal mérito de Charcot reside en haber destruido la creencia de que la etiología de la Histeria debía encontrarse en el aparato genital femenino de donde proviene su nombre — porque sus manifestaciones se encuentran también en el hombre y son capaces de reproducirse o atenuarse por sugestión.

Talvez, sirva como orientación agrupar los diversos síntomas según los trastornos funcionales que se manifiestan como dependientes del Sistema Nervioso cerebro espinal o del Sistema nervioso vegetativo.

Así, en el S.N.C.E. encontramos: a) alteraciones de la sensibilidad como anestesia, hipoestesia o hiperestesia de la piel y mucosas; aumento o disminución de las sensaciones de calor, frío, peso, etc. que se distribuyen arbitrariamente sin la elección que identifican a las lesiones orgánicas; lo mismo que los trastornos de los demás sentidos que no tienen una regla anatómica o fisiológica en su manifestación.

b) Trastornos motores como parálisis de toda clase y hasta abasias completas que tampoco tienen relación con alguna organización anatómica, lo mismo que las contracturas, espasmos, rigideces, tics, etc. que se distinguen perfectamente de los estados epilépticos, paralíticos, tentánicos y muchas veces hacen creer en su producción deliberada por el enfermo o efectos de simulación.

En el sistema nervioso vegetativo los síntomas se manifiestan por estados de contracción y espasmo de la musculatura lisa, aumento o disminución de las secreciones corporales, con todas las consecuencias fisiológicas de estos fenómenos. De este modo encontramos múltiples síntomas que se manifiestan en uno o varios aparatos y sistemas como el digestivo, circulatorio, respiratorio, génito-urinario, etc.

Añadamos que en el campo psicológico, los trastornos del conocimiento y los estados de excepción, lipotimias, desmayos, abstracciones, estados estuporosos, ensueños y hasta catatonias son manifestaciones frecuentes de la Histeria.

Mecanismo de producción: Pero el reconocimiento de los síntomas no permite comprenderlos en relación con mecanismos psicógenos y cuando más es posible establecer algo provisional si prestamos atención a la génesis de los síntomas y a las circunstancias que intervienen en ellos encontrando en los trastornos somáticos la relación inequívoca con el factor psíquico que los motiva. Pudieran encontrarse entonces relaciones causales, como se en la reacción somática corporal de los traumatismo psíquicos que tienen manifestaciones corporales como las palpitaciones, sudores, palidez, etc. que se producen en el terror. Solamente que estos síntomas desaparecen al cesar la causa o poco después. Pero cuando persisten aunque no existe ya el traumatismo psíquico que los originó o cuando aparecen posteriormente inclusive con un estímulo mucho menor se puede ha-

blar ya de fijación histórica. Es decir, se trata de manifestaciones corporales automáticas cuya fácil aparición o fijación las transforma en patológicas. De este modo, los fenómenos paralíticos, lipotimias, etc. consecuencias de un traumatismo psíquico violento, sobre un terreno predispuesto puede dar origen a un Histerismo Reflejo puesto que como un fenómeno corporal que acompaña a un estado de ánimo tiene como base un reflejo preformado desde el punto de vista filoge nético.

Ahora bien, si el shock afectivo se manifiesta en forma somática visible: rubor, palidez, lágrimas, etc. y también en el interior del cuerpo, en órganos, vasos, glándulas, etc. lógico es averiguar por qué se produce un trastorno aislado de un órgano o de un miembro y por qué éste es elegido.

A este respecto la hipótesis más antigua de Freud y Adler nos habla de la Inferioridad orgánica constitucional, aceptándose luego una inferioridad orgánica circunstancial o de regresión adquirida en un órgano debilitado, enfermo o exaltado. Posteriormente se añaden la llamadas Reacciones comprensibles que existen cuando el contenido del factor psicológico, permite comprender el trastorno somático: a) el órgano que después enferma, como consecuencia orgánica fijada por la psiquis, figuraba de algún modo en la influencia psíquica; b) la enfermedad psicógena es un movimiento medio o inmediata de expresión.

Talvez los vacíos que dejan entrever estas teorías hayan sido llenados y a por la Psicología Parasimbólica que inspirada en Yong, tiene su más entusiasta y humana realización en el Profesor Alheiro da Silva, según la cual nuestra personalidad está definida por la existencia de parasímbolos que aguardan la fecundación del estímulo afectivo para convertirse en símbolos en el Inconciente superficial, permitiéndonos aperebirmos del mundo. Según esta teoría, la conversión no es sino un fenómeno psicósomático en el cual el potencial psicodinámico recibido de los estímulos se descarga sobre el soma, en procura de una vía somática o intelectual de expresión al no encontrar la receptividad intelectual correspondiente y que siendo universal, se convierte en patológica cuando hay evidente agresión somática en conversiones absolutas. En otros términos, el fenómeno conversivo es la descarga de la tensión emocional es decir potencial afectivo resultante de estímulos sobre cualquier parte del soma o componentes de la personalidad, en forma anormal. Pues, normalmente, el potencial afectivo que resulta de la estimulación sobre los símbolos intelectivos se refleja en la conciencia o se acumula en el inconciente profundo.

De todos modos, podemos concluir que en la producción de las conversiones intervienen una personalidad de rasgos inmaduros con estigmas de una psiquis no desarrollada por completo y todavía no independiente; una forma inadecuada de comportamiento frente a los estímulos ambientales y un trastorno de la descarga normal del

afecto que al ser estrangulado o enclavado en su transporte es utilizado para engendrar y sostener el sintoma mediante una transformación energética, en inervaciones somáticas patológicas en definitiva, es la conversión.

Tratamiento:— En lo posible debe ser causal, utilizándose generalmente el Psicoanálisis. los métodos catárticos y la hipnosis en ocasiones logran esta finalidad. El shock elétrico o de cualquier naturaleza debieran restringirse al menos por su significado violento y agresivo. La Psicoterapia es lo más indicado, mediante la hábil utilización de la persuasión, interpretación de sueños, terapia ocupacional, realizaciones simbólicas varias o el psicodrama buscando en todo caso, la descarga de la afectividad no expresada normalmente.

SERVIÇO DE DOENÇAS VASCULARES

APRESENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

Dr Antonio Joaquim Monteiro da Silva

A criação de um Serviço de Doenças Vasculares (ANGIOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA) no Hospital Central do Exército, é medida que se impõe nos dias atuais pois, é uma especialidade médica que universalmente está se desenvolvendo a ponto de salvar vidas preciosas, de recuperar para a atividade humana indivíduos que até há pouco tempo ficavam inválidos e impedidos de servir convenientemente à sociedade. Todos sabem que, quantos membros não foram amputados devido a lesões traumáticas violentas ou não, por projéteis de arma de fogo, que quase sempre cruzam trajetos de vasos, indispensáveis à manutenção vital de um segmento do corpo humano, ou por acidentes da vida diária, como atropelamentos, quedas, compressões, em que as fraturas ósseas levam por seus desvios, a lesões vasculares importantes, por vezes, incapacitantes quando não tratadas e corrigidas devidamente e em tempo útil.

A luta da vida quotidiana na época atual, assim como, as novas aquisições de máquinas, levam os indivíduos a sofrerem os mais variados traumas, que por sua extensão trazem consigo, na maioria das vezes, as lesões vasculares de tão graves repercussões locais e até mesmo gerais, no organismo humano.

Na última década, devido ao avanço das técnicas cirúrgicas, assim como, às descobertas de material capaz de substituir os vasos lesados através a sua enxertia na continuidade vascular, tem-se realmente conseguido verdadeiros milagres de recuperação orgânica e funcional. Foi a guerra da Coréia o principal palco deste desenvolvimento, pois graças a ela, que se iniciou exatamente na época dessas descobertas, conseguiu-se oferecer aos pacientes com feridas vasculares, o tratamento cirúrgico direto através suturas arteriais e venosas e a implantação de enxertos. Podemos repetir a título comparativo que, de acordo com a experiência da II Guerra Mundial, a amputação foi indicada em 49,6% dos feridos tratados com ligaduras arteriais, enquanto que, na Guerra da Coréia, nos pacientes em que se aplicaram métodos reconstrutivos arteriais ou venosos a percentagem das amputações desceu a 10,8% e a mortalidade que era na II Guerra Mundial de 8,1%, caiu na Guerra da Coréia a 1,87%. (Hughes e Cohen "The repair of the blood vessels" Surgery, Gynecology and Obstetric, 99:91-100, 1954; e Goldsmith, E. — Clínicas Cirúrgicas Norte Americanas, Abril, 1961).

Em vista destas estatísticas mostradas por médicos cirurgiões que participaram ativamente das guerras, concluímos que na prática militar seja de guerra ou de paz, os combatentes nos campos de batalha e os soldados nos seus campos de manobras e exercícios de treinamentos, estão expostos aos mais variados tipos de lesões traumáticas que atingindo o sistema vascular lhe trará resultados funestos se não forem adequadamente tratados. Portanto, compete ao Serviço de Saúde das Forças Armadas, e no caso presente, do Exército, a criação, desenvolvimento e estímulo de um Serviço Médico-Cirúrgico especializado, destinado aos tratamentos vasculares, não só para os militares que venham a precisar do tratamento especializado, como também para o preparo e treinamento de médicos militares, que em um serviço modelar, poderão tornar-se médicos capazes de saberem conduzir-se na urgência vascular, ou mesmo tornarem-se especialistas Clínicos ou Cirúrgicos que em grandes centros ou mesmo nas unidades militares do interior do país, poderão resolver a contento, as lesões que porventura existam e assim poderão devolver às suas atividades normais os traumatizados. Além da utilidade ao Exército e às Forças Armadas, ainda terá a grande e valiosa cooperação nas populações civis do interior, que como sabemos, não possuem a devida cobertura médica, muito menos especializada, por parte dos médicos civis em número tão restrito em nosso imenso país.

Em nosso meio civil, no Rio de Janeiro, encontramos o Hospital Estadual Souza Aguiar, antigo Hospital de Pronto Socorro, como o exemplo de atendimento aos pacientes vasculares, em seus traumatismos, com uma estatística de 436 lesões vasculares reparadas cirurgicamente através a cirurgia direta com enxertos ou anastomoses, podendo deste modo, fazer retornar à produção do país, o acidentado vascular.

Mas, não só nos traumatismos, vamos encontrar a verdadeira missão do especialista em doenças vasculares, também, nas doenças agudas ou crônicas que acometem o sistema vascular, vamos ver a atuação brilhante do angiologista ou cirurgião vascular.

Com os meios atuais de profilaxia das doenças e dos tratamentos específicos a que chegaram a medicina e cirurgia atual, conseguimos dilatar o prazo médio da vida humana, e em nosso meio, que não poderia fugir à regra, já temos o limite de sobrevida acima de 50 anos de idade, e com isso as doenças degenerativas, principalmente vasculares começam a surgir em nosso meio, requerendo o tratamento adequado na sua profilaxia e principalmente na resolução terapêutica da lesão instalada. Já temos a arteriosclerose nas suas mais variadas formas de instalação periférica (vasos dos membros), centrais (grossos vasos arteriais, abdominais, torácicos, e os extracranianos e até craneanos). São as doenças trombóticas arteriais que na idade senil trazem complicações as mais graves possíveis, não só de caráter local (gangrenas, amputações) como gerais (acidentes vasculares, infartos e óbitos).

É, nesta altura, que mais uma vez se encontra o Angiologista e o Cirurgião vascular imbuídos da responsabilidade de resolver as condições clínicas apresentadas, podendo deste modo prolongar por mais tempo a vida e a função daqueles que em sua juventude e na sua época de maior produtividade tudo deram pela coletividade e pela sua Pátria. E o prolongamento dessa vida preciosa que dará ao país e às gerações mais novas, a experiência adquirida durante as suas vidas de lutas, será também uma obrigação de nossa parte, como prêmio justo e absoluto, devido pela nação, ao trabalho profícuo de seus filhos durante os longos anos de suas atividades. Por conseguinte, é o Angiologista e o Cirurgião vascular, que no momento, têm a grande responsabilidade do diagnóstico e tratamento das doenças vasculares que acometem a humanidade pela atividade extensa e intensa a que a vida atual nos obriga.

Em vista de tudo isto, podemos então concluir pela grande necessidade de todas as coletividades possuírem um Serviço especializado em doenças vasculares, mas com muito mais razão, as coletividades militares que por sua própria atividade de guerra e exercícios que normalmente produzem acidentes, como também para o amparo médico das pessoas idosas e que serviram à Pátria através às Forças Armadas. É, pois, o Serviço de Doenças Vasculares útil ao Exército, às Forças Armadas, como entidade de tratamento dos próprios militares e suas famílias, como também no preparo e treinamento do Corpo Clínico, em doenças vasculares, que no interior do país, em suas unidades ou mesmo na atividade civil, poderá trazer benefícios especializados às populações civis, tão carentes de médicos e distantes dos grandes centros onde esta especialidade é exercida.

Por tudo isto é que nos propomos a oferecer à Diretoria Geral de Saúde do Exército, por intermédio do Hospital Central do Exército o plano de organização de um Serviço de Doenças Vasculares (ANGIOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA) a ser instalado aí onde irá atender na especialidade todos os militares e suas famílias, oriundos de todo o país além de promover cursos, treinamentos, desenvolvimento da especialidade entre o Corpo Clínico do Exército. Este plano, que segue em anexo, nos foi solicitado pelo ilustre Diretor do Hospital Central do Exército, Cel Dr. Galeno da Penha Franco, já que, desde 1964 estamos colaborando no Hospital examinando e operando os doentes que necessitam de tratamento especializado de terapêutica vascular, convidados que fomos, naquela época, pelo então Diretor, Cel Dr. João Maliceski Jr., hoje General de Brigada, Diretor Administrativo de Saúde do Exército.

Com este plano de organização acredito que possamos estabelecer no H.C.Ex. um núcleo especializado de alta relevância para o Exército, para a coletividade e para o próprio país, necessitando que seja criado oficialmente o Serviço de Doenças Vasculares do Hospital Central do Exército e receba de V.S. as instruções para o início da instalação e as condições essenciais para o seu funcionamento.

**ORGANIZAÇÃO
E
REGULAMENTOS
DO**

SERVIÇO DE DOENÇAS VASCULARES NO H.C.E.

QUADRO SINÓTICO

1 — FINALIDADE:

- 1.1 — Gerais
- 1.2 — Especiais

2 — ORGANIZAÇÃO:

2.1 — Setores:

- 2.11 — Clínico ou de Angiologia
 - 2.11.1 — Seção de Ambulatório
 - 2.11.2 — Seção de Enfermaria
- 2.12 — Cirúrgico ou Cirurgia Vascular Periférica
 - 2.12.1 — Seção de Ambulatório
 - 2.12.2 — Seção de Enfermaria
- 2.13 — Técnico — Científico
 - 2.13.1 — Seção de Estudos ou Reuniões Científicas
 - 2.13.2 — Documentação
 - 2.13.3 — Arquivo
 - 2.13.4 — Seção de Trabalhos, Relatórios e Publicações Científicas
 - 2.13.5 — Seção de Cirurgia Experimental
- 2.14 — Métodos de Diagnóstico
 - 2.14.1 — Gráficos
 - 2.14.2 — Outros Especiais

2.2 — Pessoal:

- 2.21 — Chefe do Serviço
- 2.22 — Substituto Automático ou 1º Assistente
- 2.23 — Assistente Angiologista
- 2.24 — Assistente de Cirurgia
- 2.25 — Residentes

3 — ATRIBUIÇÕES:

3.1 — Setores:

- 3.11 — Clínico ou Angiologia
 - 3.11.1 — Ambulatório
 - 3.11.2 — Enfermaria
- 3.12 — Cirúrgico ou Cirurgia Vascular Periférica
 - 3.12.1 — Ambulatório
 - 3.12.2 — Enfermaria

- 3.13 — Técnico-científico:
 - 3.13.1 — Função
 - 3.13.2 — Organização
 - 3.13.3 — Atribuições

3.2 — Pessoal:

- 3.21 — Chefe
- 3.22 — Substituto Automático ou 1º Assistente
- 3.23 — Assistentes
- 3.24 — Residentes

4 — FUNCIONAMENTO:

4.1 — Do Serviço em Geral:

4.2 — Setores:

- 4.21 — Clínico ou Angiologia
 - 4.21.1 — Unidade de Pacientes Externos ou Ambulatório (U.P.E.)
 - 4.21.2 — Enfermarias
- 4.22 — Cirúrgico:
 - 4.22.1 — Unidade de Pacientes Externos ou Ambulatórios (U.P.E.)
 - 4.22.2 — Enfermarias
- 4.23 — Técnico-Científico:
 - 4.23.1 — Seção de Estudos e Reuniões Científicas
 - 4.23.2 — Seção de Trabalhos, Relatórios e Publicações Científicas
 - 4.23.3 — Seção de Cirurgia Experimental

1 — FINALIDADE

1.1 — Gerais:

- 1.11 — Estar apto para atender com a eficiência máxima aos militares que necessitem de tratamento clínico ou cirúrgico, cardio-vascular ou vascular periférico desde que enviados pela Portaria ou Triagem do Hospital.
- 1.12 — Promover dentro do possível a rápida recuperação funcional do militar;
- 1.13 — Cooperar com as demais clínicas do Hospital na execução dos itens 1.11 e 1.12;
- 1.14 — Elevar o conceito técnico e científico da doença-vascular e do Hospital, no meio médico e militar do país.

1.2 — Especiais:

- 1.2i — Prestar cuidados cirúrgicos especializados e atualizados, de modo que, o militar se compenetre da eficiência e qualidade dos serviços técnicos que lhe são ministrados;

- 1.22 — Atender aos militares enviados pelas outras unidades militares e àqueles que procurarem diretamente este Hospital;
- 1.23 — Encaminhar para os Serviços Clínicos especializados os pacientes, após firmado o diagnóstico; ou solicitar colaboração dos mesmos Serviços, para elucidarem o diagnóstico e tratamento;
- 1.24 — Fazer o tratamento clínico-cirúrgico dos pacientes que procurarem ou sejam encaminhados ao Serviço;
- 1.25 — Acompanhar o pós-operatório imediato e tardio a fim de que a recuperação do militar seja a mais completa possível.

2 — ORGANIZAÇÃO

2.1 — Setores:

O Serviço de Doenças Vasculares constará de três setores distintos, exercidos pelos mesmos Assistentes e Residentes;

- 2.11 — Setor Clínico ou de Angiologia:
 - 2.11.1 — Seção de Ambulatório
 - 2.11.2 — Seção de Enfermaria
- 2.12 — Setor Cirúrgico ou Cirurgia Vascular Periférica:
 - 2.12.1 — Seção de Ambulatório
 - 2.12.2 — Seção de Enfermaria
- 2.13 — Setor Técnico-Científico:
 - 2.13.1 — Seção de Estudos e Reuniões Científicas
 - 2.13.2 — Seção de Documentação
 - 2.13.3 — Seção de Arquivo
 - 2.13.4 — Seção de Trabalhos, Relatórios e Publicações Científicas
 - 2.13.5 — Seção de Cirurgia Experimental
- 2.14 — Setor de Métodos de Diagnóstico:
 - 2.14.1 — Gráficos
 - 2.14.2 — Outros especiais

2.2 — Pessoal:

2.21 — Chefe do Serviço	1
2.22 — Substituto Automático	1
2.23 — Assistentes Angiologista	1
2.24 — Assistente de Cirurgia	4
2.25 — Residentes	

3 — ATRIBUIÇÕES:

3.1 — Dos Setores:

- 3.11 — Clínico ou Angiologia
 - 3.11.1 — Ambulatório
 - 3.11.2 — Enfermaria

Atender, examinar, diagnosticar, tratar e recuperar, os pacientes que procurarem o Serviço através da Seção de Ambulatório ou Enfermaria. Encaminhar ao Setor de Cirurgia os casos que requeiram parecer ou tratamento cirúrgico.

- 3.12 — O setor de Cirurgia Vascular Periférica compreende a cirurgia das artérias, das veias, linfáticos dos membros, cirurgia dos hemangiomas, cirurgia da hipertensão portal e da hipertensão arterial.

- 3.12.1 — Seção Ambulatório — atender o paciente cirúrgico.

3.13 — Técnico-científico:

3.13.1 — Função:

- I — manter sempre atualizados os conhecimentos técnicos e científicos dos setores e seções do Serviço visando a elevação qualificativa no rendimento do trabalho.
- II — facilitar por todos os meios e modos o aprendizado para os Assistentes e Enfermarias e pessoas que procurarem o Serviço com essa finalidade.
- III — colaborar intensamente com o Centro de Estudos do Hospital para o renome técnico-científico do serviço e do Hospital.

3.13.2 — Organização

Será dirigido e orientado pelo Chefe de Serviço.

- I — constará inicialmente de 5 seções desdobráveis de acordo com as necessidades.
 - a) Seção de Estudos e Reuniões Científicas.
 - b) Seção de Documentação
 - c) Seção de Arquivo
 - d) Seção de Trabalhos, Relatórios e Publicações Científicas
 - e) Seção de Cirurgia Experimental
- II — cada seção ficará a cargo de uma equipe designada pelo Chefe do Serviço sob a responsabilidade direta de um dos assistentes

III — os mesmos assistentes poderão fazer parte de mais de uma seção técnico-científica.

3.13.3 — Atribuições

3.13.4 — Seção de Estudos e Reuniões Científicas

I — promover uma reunião semanal ou quinzenal do serviço para apresentação e descrição de casos clínicos internados e estabelecer a conduta terapêutica

II — promover uma reunião mensal com finalidade de serem discutidas e estabelecidas:

a) normas e rotinas de tratamento

b) leituras de resumos da semana

c) estrutura e evolução dos trabalhos científicos

d) apresentação e discussão de problemas administrativos

III — controlar e fiscalizar a frequência obrigatória dos assistentes e estagiários nessas reuniões

IV — promover de 2 em 2 meses uma palestra científica por técnico de fora do Hospital para apresentação de temas escolhidos em reuniões anteriores

V — programar uma vez por ano um curso de atualização em angiologia ou Cirurgia vascular, com aulas ministradas pela equipe e por convidados especiais bem como apresentação de casos clínicos e operações.

3.13.5 — Documentação

I — Promover tôdas as rotinas e orientação para a documentação técnico-científica.

3.13.6 — Arquivo

I — Organizar o arquivo de tôdas as atividades relacionadas com o serviço e sua clientela.

II — elaborar e publicar mensalmente um relatório das atividades técnicas, cirúrgicas e culturais do serviço

III — receber os trabalhos científicos e providenciar a publicação, revisão, clichêria, etc.

IV — encarregar-se das atas das sessões do serviço

V — designar a equipe encarregada de cada trabalho, que constará pelo menos de 1 assistente responsável, 1 assistente auxiliar e 2 residentes (se assim por possível).

VI — marcar a data da entrega dos trabalhos e controlar o desenvolvimento dos mesmos a fim de serem cumpridos os prazos

VII — comunicar ao chefe do serviço os atrasos nos desenvolvimentos dos trabalhos e sugerir soluções

VIII — providenciar fotografias, dispositivos, fotocópias, gráficos e desenhos para os trabalhos e reuniões

IX — analisar e selecionar os trabalhos dos assistentes que serão publicados em nome do Serviço

X — providenciar a cópia à máquina dos trabalhos

XI — entrosamento com a seção de documentação e de arquivo para o bom andamento de suas atribuições.

35 — Seção de Cirurgia Experimental

Função

I — permitir que a equipe solucione os problemas clínicos surgidos, realizando experiências e adquirindo prática, de maneira a realizar intervenções e processos cirúrgicos em seres humanos, com a segurança, conhecimento e experiência necessárias para cumprir com consciência a responsabilidade, a função para a qual foi designada

- II — a Seção de Cirurgia Experimental deverá ser instalada em dependência anexa ao Hospital Central do Exército
- III — ficará incorporado ao Serviço e sob a direção e orientação do Chefe do mesmo, embora possa colaborar com os demais serviços que desejem proceder a experimentos, com material, planos e pessoal sempre que possível, até que a Direção do Hospital a torne autónoma.

3.2 — Do pessoal

3.2.1 — Chefe

3.2.1.1 — Funções

É o responsável pela organização e administração do Serviço, tanto técnico como administrativamente.

3.2.1.2 — Atribuições

- I — planejar, organizar, dirigir, supervisionar todas as atividades clínicas, cirúrgicas e técnico-científicas, a fim de garantir um completo e eficiente tratamento aos pacientes entregues aos cuidados do Serviço.
- II — manter a fiscalização constante de todos os serviços e atividades que contribuam diretamente ou indiretamente para a execução dos objetivos visados no item I
- III — elaborar e propor o quadro de pessoal necessário ao bom funcionamento do Serviço de acordo com as habilitações de cada um.
- IV — indicar o substituto automático ou 1º assistente.
- V — designar, indicar, transferir funcionários dentro do Serviço, bem como sugerir elogio, punição ou transferência de funcionários sob sua responsabilidade, a quem de direito
- VI — distribuir aos seus auxiliares as responsabilidades de cada um, considerando sua capacidade técnica e pessoal, determinando o número de leitos que ficarão sob a responsabilidade direta de cada assistente.
- VII — assinar ou modificar o boletim da marcação de operações a serem efetuadas no dia seguinte, entregues pelos assistentes responsáveis pelos pacientes, já com o nome, leito, diagnóstico e operação proposta.

- VIII — determinar o número de leitos que ficarão diretamente sob seus cuidados e assumir, com referência aos mesmos, os encargos e deveres atribuídos aos assistentes.
- IX — fazer uma visita geral de inspeção, juntamente com todo o grupo em todas as enfermarias e leitos, pelo menos uma vez por dia
- X — manter a análise a avaliação continuadas atribuições de cada um, a fim de poder corrigir imediatamente as causas que possam, por ventura estar determinando a deficiência de um funcionário ou setor
- XI — providenciar facilidades físicas, técnicas, científicas e culturais a seus subordinados para a perfeita execução dos serviços sob sua responsabilidade, através das autoridades superiores.
- XII — convocar e presidir reuniões administrativas com os elementos de sua equipe, a fim de discutir, estabelecer ou modificar métodos de execução de trabalhos
- XIII — convocar, presidir e estimular reuniões técnico-científicas com sua equipe ou com convidados especiais de outras clínicas, ou de fora, a fim de manter sempre atualizado o conhecimento cultural do grupo.
- XIV — instituir e participar de programas educacionais e cursos técnico-culturais para os elementos mais novos do serviço, ou de fora, que dele queiram participar
- XV — promover e manter harmoniosamente e eficientes as relações entre os diversos membros do seu grupo solucionando, prevendo e evitando divergências
- XVI — manter o Diretor do Hospital, através de seus prepostos ou diretamente, informando das atividades do Serviço apresentando-lhe os progressos e deficiências do mesmo, bem como, o equacionamento das soluções rápidas objetivas dos problemas existentes
- XVII — encorajar e facilitar o progresso profissional dos membros do Serviço concedendo-lhes oportunidades para futuros estudos e experiências, através das autoridades superiores
- XVIII — participar e fazer com que os elementos do Serviço participem de congressos e reuniões científicas visando sempre a elevação do conceito e bom nome do Serviço do Hospital ou Diretoria de Saúde

XIX — procurar aperfeiçoar-se ou seus assistentes através de cursos, estágios no país ou no exterior, sempre que possível sob patrocínio do próprio Hospital ou Diretoria de Saúde

3.22 — Do substituto automático

3.22.1 — Função

3.22.2 — Atribuições

- I — substituir o Chefe do Serviço na sua ausência e impedimentos
- II — responsabilizar-se pelo funcionamento geral e harmonioso dos setores administrativos, clínico e técnico-científico, fazendo executar as Ordens de Serviço e seguindo a orientação do Chefe do Serviço
- III — procurar solucionar os problemas que impeçam o bom funcionamento dos setores
- IV — apresentar ao Chefe do Serviço os problemas de ordem geral que não dependem de soluções internas, sugerindo e equacionando as soluções
- V — passar diariamente visita em tôdas as enfermarias
- VI — apresentar diariamente ao Chefe do Serviço a relação de doentes internados, bem como a orientação do tratamento adotado
- VII — sugerir convocação de reunião extraordinária do setor clínico a fim de discutir os casos urgentes
- VIII — receber diariamente dos assistentes o relatório dos pacientes internados em seus leitos, no qual deverá constar o nome do paciente, leito estado, se já foi operado ou não, alta ou óbito, diagnóstico e operação feita
- IX — receber dos assistentes e transmitir ao Chefe do Serviço na véspera dos dias de operação, a marcação das operações dos doentes internados em seus leitos, com o nome, leito, diagnóstico e operação proposta
- X — verificar os prontuários médicos, observando se a visita diária foi feita com anotação da medicação, evolução clínica e relatório da enfermagem
- XI — assinar as admissões de doentes, indicando a seção e o leito no qual o paciente vai ser internado e as alterações, as orientações, respondendo a todos os itens da papeleta
- XII — estabelecer escalas de serviço entre os assistentes e estagiários para visitas médicas aos domingos e

feriados; atendimentos de urgência; atendimento de "follow up", rodizio no setor técnico-científico; escalas de férias, etc.

XIII — apresentar a relação dos materiais e equipamentos necessários para execução das funções dos diversos setores

XIV — chamar a atenção, elogiar os funcionários do serviço ou solicitar punições aos reincidentes

XV — participar das reuniões administrativas e técnicas-científicas do serviço

XVI — encaminhar ao Chefe do Serviço as queixas, pretensões, sugestões, e reclamações dos elementos da equipe, desde que não possam ser solucionados pelas suas próprias atribuições

XVII — atender os doentes internados em seus leitos, assumindo para com os mesmos, os encargos e deveres atribuídos aos assistentes

3.23 — Dos Assistentes

3.23.1 — Função

Prestar assistência médico-cirúrgica aos pacientes que procurarem ou foram entregues ao Serviço

3.23.2 — Atribuições

- I — passar visita médica diária em todos os pacientes internados em seus leitos
- II — preencher a papeleta médica, anotando a evolução clínica e prescrevendo a medicação e dieta para 24 horas
- III — manter em perfeita ordem todos os serviços pertinentes às enfermarias sob sua responsabilidade, verificando especificamente:
 - a) se estão sendo rigidamente cumpridas suas prescrições médicas pelo serviço de enfermagem
 - b) se o serviço de auxiliar de enfermagem e atendentes vem cumprindo a contento suas funções
 - c) se os serventes já procederam à limpeza das enfermarias e banheiros
 - d) se o estagiário ou residente sob suas ordens vem cumprindo suas funções
- IV — apresentar diariamente ao Chefe do Serviço um relatório escrito, sucinto, sobre os casos sob sua responsabilidade, bem como respectivo diagnóstico e operação proposta

ANAIS DO H. C. E.

- V — encaminhar os pacientes admitidos fazer a anamnese, solicitar exames, visando estabelecer o diagnóstico e o risco operatório
- VI — operar os doentes internados de acordo com a designação da Chefia do Serviço
- VII — auxiliar os demais assistentes nas operações
- VIII — fiscalizar, analisar, auxiliar e orientar o residente sob seu encargo
- IX — dar alta aos pacientes em condições com conhecimento do Chefe do Serviço
- X — colaborar no setor técnico-científico, cumprindo as funções que lhe cabem em cada setor
- XI — participar obrigatoriamente das reuniões técnico-administrativas do Serviço e das do Hospital, apresentando trabalhos, estudos e casos científicos, em concordância com a Seção de Estudos e Reuniões Científicas
- XII — apresentar obrigatoriamente à Seção de Trabalhos, Relatórios e Publicações Científicas pelo menos um trabalho por ano, elaborado em equipe e sob a coordenação e orientação do Chefe do Serviço para ser publicado como trabalho do Serviço de Doenças Vasculares do Hospital Central do Exército
- XIII — participar de congressos, simpósios e reuniões científicas fora do Hospital, nos Estados ou no Exterior, como representantes do Serviço providendo divulgação dos trabalhos nele executados e elevando seu nome e conceito
- XIV — apresentar semanalmente à Seção de Reuniões Científicas, o resumo de, pelo menos, dois artigos científicos, para serem selecionados, lidos em reuniões e fichados
- XV — participar das atividades da Seção de Cirurgia Experimental

3.24 — Do Residente

3.24.1 — Função

Auxiliar o assistente no cumprimento de suas atribuições no setor clínico e técnico-científico

3.24.2 — Atribuições

- I — é o responsável, perante o assistente, pelo fiel cumprimento do regulamento da enfermaria
- II — deverá examinar diariamente os pacientes, fazer a observação clínica e apresentar ao assistente um relatório oral dos casos

ANAIS DO H. C. E.

- III — ouvir as queixas e reclamações dos pacientes, procurando solucioná-las quando possível, ou transmiti-las ao Assistente
- IV — verificar se foram cumpridas as ordens médicas, determinados os sinais vitais (T.P.R.) pelo serviço de enfermagem
- V — verificar se as auxiliares e atendentes fizeram a toilette e preparo higiênico de cada paciente
- VI — verificar se o pessoal do serviço de limpeza está cumprindo a contento suas funções na enfermaria
- VII — verificar se os pacientes vêm observando o regulamento da enfermaria e se a ordem e respeito vêm sendo mantidos
- VIII — providenciar o encaminhamento dos exames pedidos, a recepção dos mesmos e a colocação nas papeletas
- IX — acompanhar os pacientes nos exames especiais: endoscopias, radiografias com contraste, exames clínicos especializados etc
- X — fazer curativos e tirar os pontos dos pacientes
- XI — auxiliar as operações dos doentes internados
- XII — atender aos chamados de urgência, mantendo-se ao lado do paciente o tempo necessário e comunicando-se com o assistente
- XIII — participar das reuniões e trabalhos científicos do serviço
- XIV — prestar toda colaboração a seu assistente no setor técnico-científico do qual está encarregado
- XV — zelar por todo equipamento e material entregue à responsabilidade das enfermarias

4 — FUNCIONAMENTO

4.1 — Do Serviço em geral. Obedecerá à orientação geral do Hospital, procurando-se sempre adotar critério que não prejudique os membros do serviço e possam dar ao serviço melhor produtividade

- I — os pacientes que forem internados de urgência, fora do expediente normal, serão atendidos pelo médico escalado para o dia, sob a denominação de "Plantonista"
- II — as operações serão realizadas de acordo com as conveniências do centro cirúrgico e do próprio serviço.
- III — no setor técnico-científico a cirurgia experimental funcionará de acordo com as conveniências do Serviço do Hospital.

4.2 — Dos Setores

4.21 — Do Setor clínico ou cirúrgico

4.21.1 — Ambulatório

- I — os doentes encaminhados pelas Unidades militares ao Hospital e os doentes vindos diretamente, se dirigirão a Portaria ou Triagem e daí encaminhados ao Serviço de Doenças Vasculares que irá a seção de documentação, que verificará se se trata de paciente já atendido no serviço. Neste caso anexará a papeleta antiga ao novo registro e o encaminhará ao Ambulatório
- II — no ambulatório será atendido pelo assistente que solicitará exames complementares ou de clínicas associadas ou enviará direto à internação se achar necessário
- III — caso se trate de paciente não cirúrgico, ao ser internado ficará sob orientação da Angiologia e logo que o seja, passará para o setor de cirurgia, caso se trate de paciente cirúrgico ou transferido para esse setor
 - a) caso de urgência — será fornecido imediatamente a autorização de internação e feita a comunicação ao chefe do Serviço
 - b) casos de rotina — serão analisados e estudados cuidadosamente, solicitando-se todos os exames necessários para o estabelecimento do diagnóstico definitivo, bem como da avaliação do risco operatório
- IV — Uma vez estabelecido o diagnóstico, completados os exames (especificando, principalmente a determinação do grupo sanguíneo e abreuografia) e feito o preparo pré-operatório, é fornecida a autorização da internação
- V — O paciente será, então, encaminhado novamente à Seção de Arquivo e Documentação, que completará o prontuário clínico e o encaminhará ao Serviço Social e daí para a enfermaria ou Pavilhão onde será entregue à enfermeira-chefe dos mesmos.

4.21.2 — Das enfermeiras

- I — chegando à enfermaria ou Pavilhão o paciente é encaminhado à enfermeira do

- mesmo, que recolhe a documentação e a apresenta ao assistente que fará a indicação da seção e do leito que o paciente ocupará
- II — a enfermeira tomará as providências de rotina (fazer com que o paciente leia o regulamento interno, relacionamento de bens, banho barba e cabelo obrigatório, tricotomia, etc). e comunicará ao assistente responsável ou seu residente
- III — o paciente será, então, minuciosamente examinado, fazendo-se a observação e solicitando-se os demais exames necessários para a elucidação do diagnóstico
- IV — a hipótese diagnóstica deverá ser feita das primeiras horas de internação do paciente
- V — o médico do setor deverá apresentar o caso clínico, bem como todos os exames complementares realizados e fazer exposições sucintas do caso ao Chefe do Serviço e demais médicos da equipe na visita diária às enfermarias
- VI — estabelecidos diagnósticos e conduta terapêutica, o paciente entrará para a escala de operações tão logo suas condições o permitam
- VII — tratando-se de casos que necessitem de colaboração de outras clínicas, será o pedido de consulta feito e julgado por toda a equipe, podendo-se transferir o paciente para outra clínica, se necessário
- VIII — os pacientes deverão ser escalados para as intervenções com 24 horas de antecedência, exceto os casos de urgência
- IX — após a intervenção, o paciente será encaminhado para a sala de recuperação, somente levado para a enfermaria após a recuperação anestésica total; os casos graves serão levados e mantidos em dependências de tratamento intensivo
- X — o cirurgião, imediatamente após o ato operatório deverá preencher a ficha de operação e fazer a descrição do ato operatório, que deverá ser o mais completo possível descrevendo com minúcias
- XI — a) via de acesso
b) técnica e tática cirúrgica
c) exploração da cavidade
d) síntese e drenagem
e) perdas sanguíneas aproximadas
Obs: é terminantemente proibida a expressão "técnica habitual"

- XII — a prescrição médica e cuidados pós-operatórios deverão ser feitos por itens com explicações detalhadas de todos os cuidados que deverão ser dispensados ao paciente, evitando um eventual engano ou omissão por parte da enfermagem
- XIII — os curativos, retirada de pontos e de drenos, serão feitos sempre que necessário pelo Assistente ou pelo Residente, que solicitarão o material à enfermeira, especificando o tipo de curativo que será feito

4.22 — Do Setor Técnico-Científico

4.22.1 — Seção de Estudo e Reuniões o responsável pela seção fará a comunicação das reuniões científicas em data e hora previamente combinadas com o chefe do Serviço e a colocará em lugar visível na Clínica e nas demais dependências do Hospital

- 1 — haverá 3 tipos de sessões
- I — Sessão de estudos, realizada de 15 em 15 dias, em que serão lidos resumos, comentados artigos, analisada a evolução do trabalho científico estabelecidas rotinas de ordem técnicas ou de fora
- II — Sessão semanal de apresentação de casos em que serão comentados e discutidos todos os casos que mereçam análise conjunta e estabelecimento de conduta terapêutica
- III — Sessão Administrativa, convocada, quando necessário, pelo Chefe do Serviço, em que serão comentados ordens e normas de serviço e analisados assuntos de interesse da equipe
- IV — As sessões começarão impreterivelmente no horário marcado, com qualquer número, e terão a duração aproximada de 1 hora
- V — as sessões serão presididas pelo Chefe do Serviço e, na falta deste, pelo responsável pela Seção
- VI — as sessões serão secretariadas por um dos Assistentes ou Residentes da Seção de Trabalhos, Relatórios e Reuniões

4.22.2 — Seção de Trabalhos, Relatórios e Reuniões

- I — as reuniões de estudos determinarão os temas dos trabalhos e a equipe que irá executá-lo
- II — os assistentes responsáveis entregarão ao Chefe de Seção os pedidos de material necessários (dispositivos, fotografias, bibliografias, etc.) que providenciará sua rápida entrega
- III — o assistente responsável pela Seção marcará as datas de entrega e coordenará as diversas partes dos trabalhos

- IV — uma vez pronto o trabalho, o Assistente responsável pela Seção se incumbirá de mandar batê-lo à máquina e o entregará em sessões de estudo ao Chefe do Serviço
- V — o trabalho será lido e analisado pela equipe que decidirá sobre a conveniência ou não, de sua aplicação
- VI — em caso afirmativo, voltará à seção para que seja providenciado a aplicação
- VII — uma vez por mês a seção fará publicar internamente, um relatório das atividades clínicas, cirúrgicas e estatísticas da clínica, do qual constarão:
 - a) número de pacientes atendidos na U.P.E.
 - b) número de pacientes internados
 - c) número de pacientes operados
 - d) relação estatística das operações realizadas
 - e) altas
 - f) óbitos
 - g) transferências de clínicas

4.22.3 — Seção de Cirurgia Experimental

- I — funcionará anexa ao Serviço e em dias que não sejam os de operações
- II — nas reuniões de estudo serão decididas as experiências a serem efetuadas, e designada a equipe que as executará, bem como o assistente sob cuja responsabilidade serão realizadas
- III — o assistente responsável pela experiência reunirá o grupo, e o responsável pela seção traçará os planos de toda a evolução da experiência, tornando claro, por escrito e em minúcias, os objetivos visados: gerais, específicos e complementares
- IV — o responsável pela seção fornecerá o material e equipamento necessário
- V — depois de cada experiência o grupo fará um relatório escrito e o entregará pessoalmente
- VI — os resultados parciais e totais deverão ser comunicados à equipe e em sessão de estudo
- VII — caberá ao Chefe do Serviço decidir ou dar prioridade aos experimentos bem como, suspender, modificar ou substituir um trabalho experimental

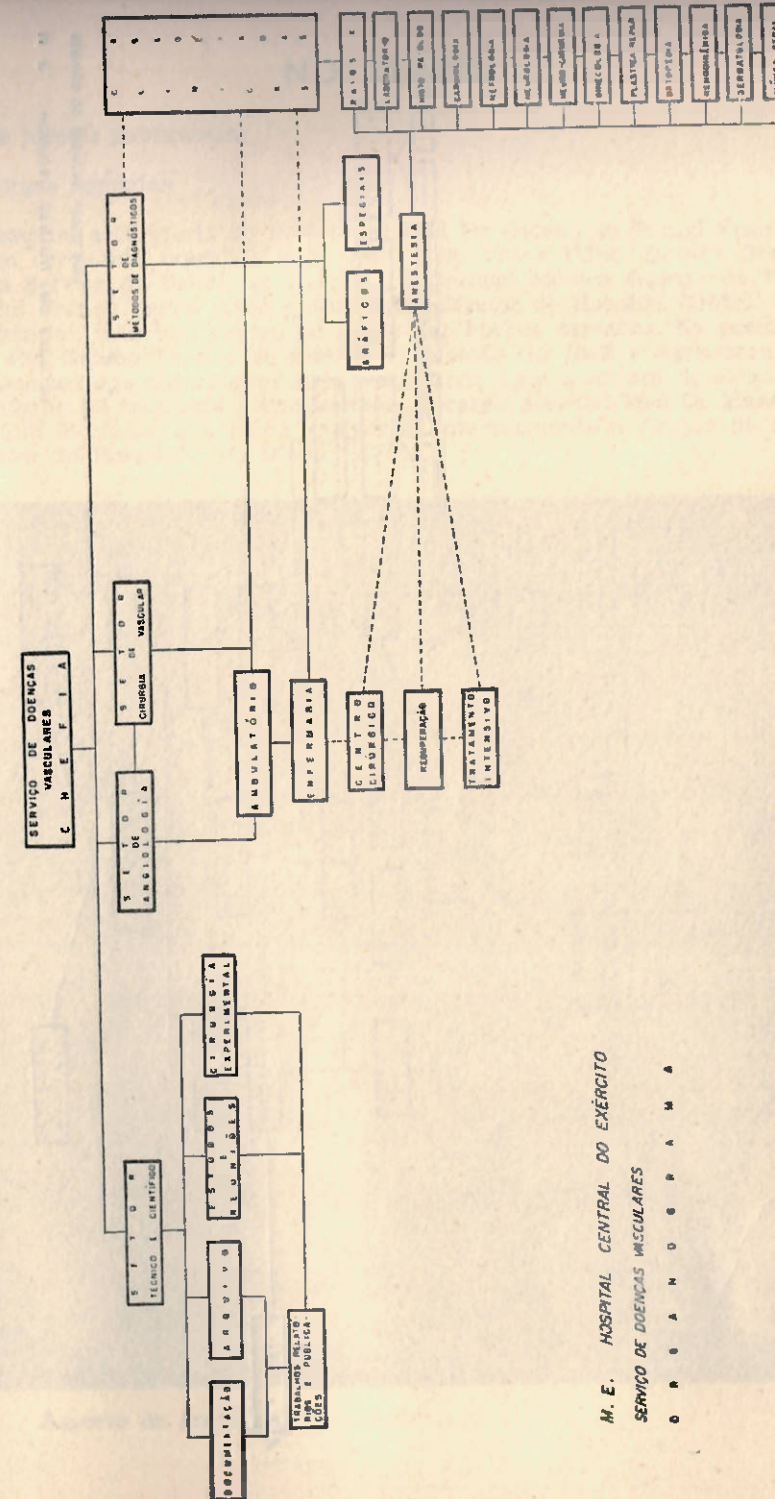
Disposições Finais e Transitórias:

- 1) O Serviço de Doenças Vasculares, de início, terá como atividade principal o tratamento clínico (angiologia) e cirúrgico, de doenças vasculares periféricas, podendo de futuro iniciar também a cirurgia cardíaca com circulação extra corpórea

2) Necessitará para funcionamento de início:

- a) Enfermarias com dez leitos de homens e cinco leitos de mulheres
- b) apartamentos ou quartos para dois doentes (casos especiais)
- c) Sala de curativos própria
- d) Sala de Operação
- e) Ambulatório

De futuro, de acordo com o crescimento e necessidade de ampliação, far-se-ão novos planejamentos das instalações do Serviço para melhor produtividade do mesmo.



NOTICIÁRIO

Os jornais publicaram:

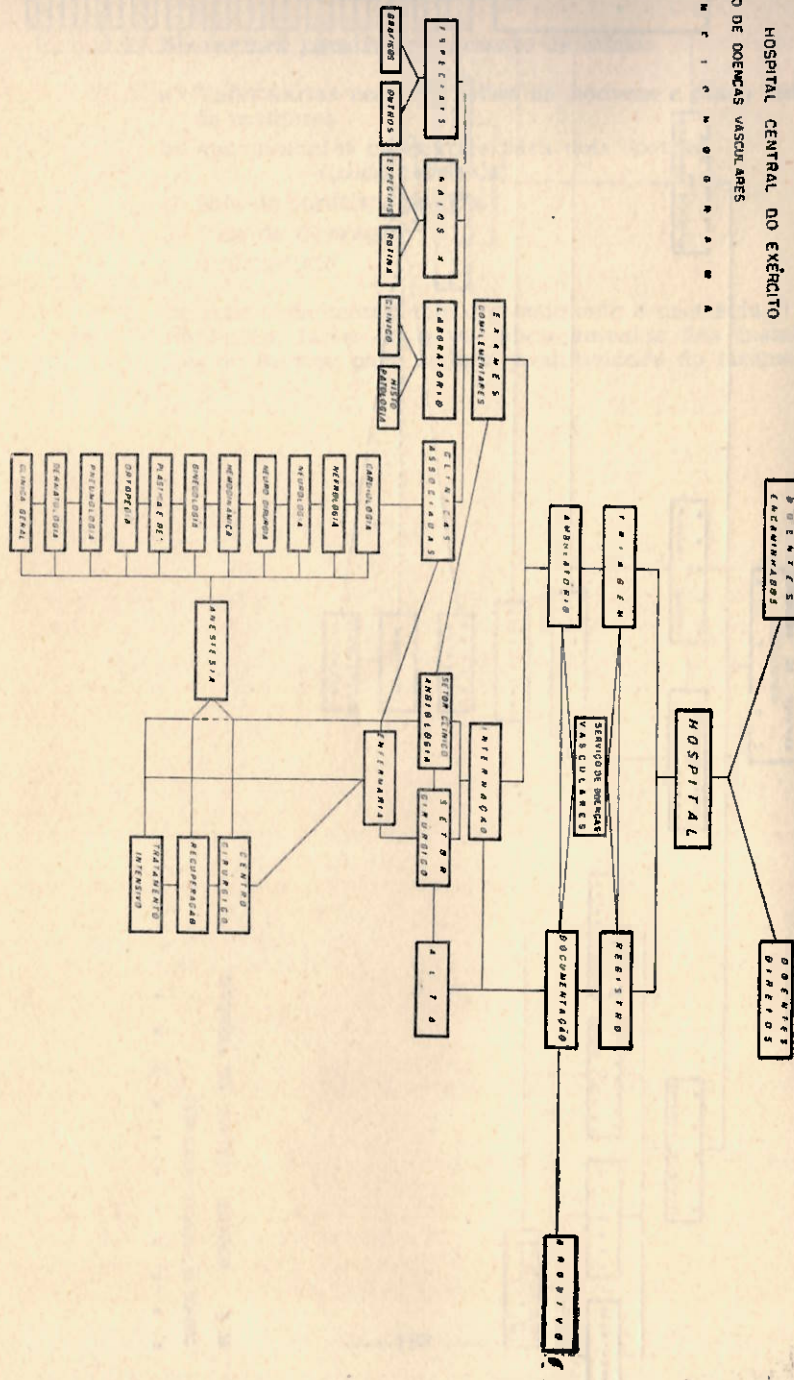
Forças Armadas.

Assumiu a Diretoria do HCE o Cel Med Dr Galeno da Penha Franco. Em cerimônia presidida pelo Gen Olivio Vieira Filho, Diretor Geral do Serviço de Saúde do Exército, o Coronel Médico Galeno da Penha Franco tomou posse ontem como Diretor do Hospital Central do Exército, principal centro de saúde das Forças Armadas. Na ocasião o Cel Galeno Franco se referiu à tradição do HCE e agradeceu a presença das autoridades civis e militares. Após a leitura do Boletim Interno foi realizada a transmissão de cargo pelo Cel Med Dr Manoel Baliú Monteiro que vinha exercendo interinamente a função de diretor do Hospital. (O Globo 7-7-66).



Aspecto da transmissão

M E. HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO
SERVÇO DE DOENÇAS VASCULARES
P U B L I C A T O R I A



Tomou posse em 23-9-66 da cadeira 31 da Academia Brasileira de Medicina Militar o Cel Med Dr Galeno da Penha Franco diretor do HCE e este ano de 1967 foi eleito e em breve se empossará o Ten Med Dr Cesar Poggi de Figueiredo Filho. (Correio da Manhã 2-3-966).

Centro de Estudos

Hoje no HCE, "Cirurgia Plástica e Conservadora", falará no Centro de Estudos do HCE o Professor Ivo Pitanguy, em atenção ao convite que lhe foi endereçado pelo diretor daquele Hospital, que designou comissão para receber o conferencista". (Correio da Manhã 25-9-66).

"Terapêutica Celular"

Especialmente convidado pelas autoridades médicas do Exército, o Professor Karl Kahlen pronunciará dia 17 próximo às 10:00 horas no Centro de Estudos do HCE uma interessante palestra sobre "Terapêutica Celular". O conferencista será apresentado ao auditório pelo Cel Galeno da Penha Franco diretor do Hospital, que dirá da técnica de recuperação celular que vem sendo aplicada na Alemanha (Diário de Notícias — 12-10-66).

"Conferência no HCE — Amanhã primeiro de dezembro, às 11.00 horas haverá uma reunião do Centro de Estudos do HCE, sendo conferencista Dr Romulo Pereira Macambira, chefe do setor de Nefrologia da 2ª cadeira de Clínica Médica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, sobre Moderno Tratamento da Anemia crônica — Diétise Peritoneal" seguida de 15 minutos de debates. (Correio da Manhã de 30-11-66).

"Conferência no HCE — sobre os temas "Etiopatogenia das Neuroses" e "Organização do Serviço de Neuropsiquiatria do HCE", falarão hoje às 11:00 horas no Centro de Estudos do HCE o Tenente Coronel Cesar Poggi de Figueiredo Filho e o Maj José Luiz Campinho Pereira, respectivamente. A sessão será presidida pelo Cel Med Dr Galeno da Penha Franco que fará a apresentação dos conferencistas. (Diário de Notícias de 2-3-67).

"Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil"

Falará hoje às 10:00 horas no Centro de Estudos do HCE o professor Dr JURANDYR MANFREDINI. (Correio da Manhã de 5-4-67).

"Conferência no HCE". — O Centro de Estudos do Hospital Central do Exército esteve reunido dia 4 do corrente para a conferência do Ten Cel Med Dr Cesar Poggi de Figueiredo Filho cujo tema versou sobre — "Aspectos psiquiátricos da Biotipologia de SHELTON STEVENS". Essa conferência ensejou demorados e animados debates em que se destacou o Cap Med Ricardo Frire Rivera do Exército Equatoriano atualmente estagiando ali. (Diário de Notícias de 8-8-67).

"HCE homenageou a Bandeira".

O Cel Med Dr Galeno da Penha Franco diretor do Hospital Central do Exército festejou o dia 19 hasteando a bandeira nacional ao som do hino da bandeira cantado pelos oficiais, praças, servidores civis e doentes baixados àquele nosocômio. O ato foi antecipado do compromisso à bandeira prestado pelos recrutas do contingente do HCE que, sob o comando do Cap Hermogênio Felix de Moraes, completaram o contraternização, com suas famílias (Correio da Manhã 16-12-66).

"CONFRATERNIZAÇÃO". — Os Oficiais dos corpos médico e administrativo do HCE reunir-se-ão no dia 18 em Teresópolis em almôço de confraternização, com suas famílias (Correio da Manhã 16-12-66).

"FESTA NATALINA"

Foi realizada ontem a festa natalina do Hospital Central do Exército com a presença de autoridades civis e militares. Na oportunidade falaram o Cel Med Dr Galeno da Penha Franco, diretor do Hospital e o Sr Walter Batista Melo em nome dos funcionários do HCE. (O Globo 24-12-66).

"INAUGURAÇÃO DE RETRATO". — O Hospital Central do Exército inaugurará em dia e hora a serem marcados, na Galeria de Retratos do seu Salão de Honra, o retrato do seu ex-diretor hoje Gen Med Dr Alvaro Menezes Paes. (Correio da Manhã 31-3-67).



"XXV SEMANA DE ENFERMAGEM"

O HCE comemorou a XXV semana de enfermagem com sessão solene, aberta pelo diretor Cel Méd Dr Galeno da Penha Franco. Falou a enfermeira Regina Gomes do Espírito Santo. (Correio da Manhã 27-5-67).

"MELHORAMENTOS NO HCE".

Instalações do serviço de Neuropsiquiatria e Play-ground na área desse serviço. Quando das comemorações do 65º aniversário de instalação do HCE na Rua Licínio Cardoso o Serviço de Neuropsiquiatria sob a chefia do Ten Cel Med Dr Cesar Poggi de Figueiredo, inaugurou melhoramentos em suas instalações e o Play-ground para familiares dos pacientes internados nesse importante setor do HCE.



"Melhoramentos na Cardiologia do HCE"

Atacando diversas frentes de atividade do Hospital Central do Exército, no que se refere a obra e reaparelhamento de suas diversas clínicas, a direção do HCE volta-se agora para a Clínica Cardiológica em cuja chefia encontra-se o Major Med Dr Americo Morão. Isto porque sendo a Cardiologia uma das clínicas mais movimentadas do HCE, por força de grande número de exames solicitados, sobretudo para fins de promoção de militares; também porque sobem a centenas, a quantidade de civis igualmente ali atendidos. O Cel Med Dr Galeno da Penha Franco, diretor do Hospital já está ultimando uma série de providências para reaparelhar aquela clínica assim como transferir suas dependências para melhor atender à demanda dos serviços especializados. (Diário de Notícias 1-8-67).

"Bercário do HCE"

Ainda dentro do plano de reaparelhamento técnico do HCE, hoje às 10:00 horas, serão inaugurados melhoramentos no bercário construído na gestão do Gen Med Dr Generoso Ponce. O atendimento a essa dependência a cargo do serviço de Pediatria do Hospital, sob a chefia do Cel Med Dr Silênio Barbosa Soares será dirigido pelo Major Med Dr Ivanir Martins de Mello, tendo como auxiliares os Capitães Médicos Humberto Oswaldo Maciel Nobre, Jorge Coelho de Sá e Hugo Batista Pelegrini. (Diário de Notícias 18-8-67).

"Maternidade do HCE"

Inauguraram-se os melhoramentos dia 10 último no bercário anexo à Maternidade do HCE. Essa Maternidade, ponto alto do Hospital Central do Exército remonta-se a gestão do Gen Med Dr Florêncio Carlos de Abreu Ferreira e é atualmente dirigida pelo Ten Cel Med Dr Ruy da Costa Freitas e auxiliado pelo Maj Med Dr Oswaldo Valente de Almeida Silva e Capitães Médicos Drs Paulo Vieira Cavalcante, Xenocrates Miranda Calmon de Aguiar, Wladimir D'Avila Bittencourt Dionísio Octacílio de Souza e José de Souza. (O Dia 23-8-67).

"Melhoramentos importantes movimentaram o Hospital Central" (Diário de Notícias de 27-8-66).

A movimentação em material, pessoal, obras, etc., que vem sendo observada no Hospital Central do Exército anuncia como um dos anos mais promissores daquele estabelecimento, visto que os melhoramentos hora em curso objetivam dar a família civil e militar melhores meios e recursos assistenciais. Para tanto, a Diretoria Geral de Saúde e a Direção do Hospital vêm coordenando uma série de providências nos mais diversos setores de atividades do HCE. Da programação de obras destaca-se a interligação dos pavilhões, por meio de galerias cobertas e iluminadas que permitirão a circulação protegida dos doentes em toda a área do hospital. E mais: dentro em breve será inaugurado um novo pavilhão de cirurgia com três pavilhões, sendo dois destinados a praças e um de apartamentos para familiares. Em construção, também, novo pavilhão de Anatomia Patológica, com salas de autópsias, laboratórios, e repartições administrativas. Em outros pavilhões serão empregados os mais modernos requisitos técnicos. Paralelamente às providências que a Diretoria Geral de Saúde do Exército vem ultimando, para que aquelas novas dependências do HCE entrem em funcionamento o mais breve possível, o Gen Med Dr Olívio Vieira Filho já determinou e está em curso um programa de reaparelhamento dos demais órgãos de saúde do Exército. Ainda no HCE, em cuja direção está o Cel Med Dr Galeno da Penha Franco será criado um pavilhão de clínicas onde serão centralizados todos ambulatorios, evitando assim a circulação desnecessária nas dependências do Hospital. No plano de melhoramentos: Centros clínicos, ortopédico, oftalmológico, cirúrgico e um pronto-socorro, para tratamento intensivo, estão na meta do novo HCE.

DIVERSOS

HOMENAGEM DO HCE AO DIA DO SOLDADO

Comemora-se a 25 de agosto o dia do soldado data em que é lembrada a figura máxima do Exército Brasileiro, o seu patrono Marechal Duque de Caxias.

Não poderia o HCE eximir-se de se manifestar nessa oportunidade uma vez que contribui para a manutenção do potencial humano constituído pelos soldados do Brasil, trazendo a público dados elucidativos de sua origem e sua atuação, menos como exteriorização do que representa para si e sim, mais, como peça dessa valorosa organização nacional que é o Exército de nossa Pátria.

Nasceu o HCE, como Hospital da Corte, na fase colonial do Brasil localizando-se no então Morro do Castelo, hoje aquela esplanada de edifícios modernos e centro de atividades de destaque da Cidade Maravilhosa. Mais outros dois centros de tratamento de militares existirão nessa fase e também no Rio de Janeiro: um "depósito de convalescentes" que se sediava em dependência da Fortaleza de S. João (1857), transferindo posteriormente como "enfermaria militar" para o Andaraí e transformado em "hospital militar provisório independente". Foi entretanto o Hospital do Castelo o precursor do HCE pois aí se concentrava o maior número de enfermos militares e motivou o estudo dos poderes públicos no sentido da criação de um Hospital tipo. Em 22-3-1890 sob o Decreto n. 277 é reorganizado o Corpo de Saúde e o Serviço Hospitalar do Exército e logo em seguida prevista e iniciada a construção do HCE nos terrenos localizados à Rua Joquei Clube hoje Licínio Cardoso, onde veio se instalar em 1902. Com a instalação do HCE em junho de 1902 na atual sede, desaparecem o Hospital do Castelo e o Hospital do Andaraí cujos doentes foram para lá transferidos.

Foi o Hospital Militar da Corte o depositário das mais eminentes figuras da medicina brasileira e sua tradição de fornecedora de capacidade da vida médica de nosso país estendeu-se ao Hospital Central do Exército. De seu meio brotaram as figuras criadoras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e de lá também se originaram o Laboratório Químico Farmacêutico Militar e a Academia Brasileira de Medicina Militar, agora já em sua sede em Triagem. Os maiores vultos da medicina Pátria por lá passaram e na era contemporânea, nesta em que se estabeleceu em Triagem, nomes de destaque sobressaem não só como diretores mas também como cirurgiões, clínicos, e diver-

sas especialidades, numa avalanche de dedicados protetores da saúde do militar no afã, destituído de vaidades pessoais, em procurar minorar a dor e recuperar higidez física e mental. Estendeu-se entretanto a ação do HCE e no crescendo de sua missão houve por bem chegar ao atendimento de familiares e dependentes, não esperando que a solução lógica fôsse dada e antecedendo-se à ela. Ainda hoje, enquanto são estudados os modos e maneiras de solucionar o problema de assistência aos dependentes de militares o HCE acolhe em seus braços esses familiares ligados aos militares de cujo bem-estar depende sua eficiência tanto quanto como do atendimento próprio. Ao comemorarmos a data do patrono do Exército que já o conhecemos como o militar, o Estadista, o administrador, bem sabemos que sua vida deve ter sido ligada também aos esforços de minorar a dor de seus comandados e de melhorar os meios de minorar essa dor. Quando Ministro o Duque de Caxias não se olvidou em apoiar o Serviço de Saúde cujo conhecimento de causa foi selado nos cruciantes gritos dos feridos de guerra e nos lamentos tristes dos que padeceram de enfermidades nas campanhas gloriosas mas árduas de quem foi comandante e chefe magnânimo!

Assim vêmo-lo em 1877 desmenbrando do Hospital da Córte para a rua dos Barbons n. 95, hoje Evaristo da Veiga, o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército; o primeiro regulamento do Serviço de Saúde já levava sua assinatura como Marquês e datado de março de 1857.

Devemos pois nesta festa de homenagem e respeito à tradição militar rende os nossos votos de satisfação por pertencerem ao Exército de Caxias e combate-mos "não peito a peito" e sim "ombro a ombro" no seu dizer com nossos irmãos de armas e serviços para enaltecermos cada vez mais o nome dessa nação que possui a configuração geográfica tão semelhante a um coração forjado pelas mãos de Deus!



REALIZAÇÕES DAS SESSÕES NO CENTRO DE ESTUDOS DO HCE, NAS COMEMORAÇÕES DO 65º ANIVERSÁRIO DE INSTALAÇÃO.

Orações do diretor do Hospital na oportunidade da abertura das reuniões.

1ª SESSÃO

65º Aniversário da instalação do HCE na atual sede

1 — Oração do Cel Med Dr Galeno da Penha Franco: 2-6-67

* Meus senhores
Minhas senhoras
Srs Oficiais dêste Hospital!

A Diretoria do HCE em seu nome e no de todos que prestam seus serviços neste nosocômio, na alta intenção de elevar o nome de um dos mais conceituados estabelecimentos hospitalares do país, resolveu comemorar o sexagésimo aniversário de instalação da atual sede. Neste local onde hoje nos encontramos: à rua Licínio Cardoso 126 em Triagem.

E um preito de homenagem que se presta a estes velhos casarões agora salpicados pelas modernas estruturas dos novos pavilhões que em constante necessidade de expansão os fez brotar em seu faustoso parque! É sobretudo, um preito de homenagem, àqueles que por aqui passaram, não apenas os que com a honra devida engalanaram a galeria de seu salão nobre, mas ainda os que são sentidos e pressentidos nos velhos corredores, nas vestutas enfermarias, nas salas de cirurgia, nos refeitórios e nos recônditos rincões dessa área pluripavilhonar!

É, por fim, um preito de homenagem, com as honrarias merecidas a quem serviu de berço à nossa Faculdade de Medicina e de tantas atividades pioneiras no terreno da ciência médica de nossa Pátria, aportando finalmente a esta sede com a valiosa carga de serviços prestados.

Pois, assim transcorreu no ano de 1902 a sua instalação no mês de junho, após percorrer o Castelo e o Andaraí.

— Sua construção fôra mandada efetuar pelo Marechal Floriano Peixoto, quando Ministro de Guerra o Gen Francisco Antonio de Moura, sendo lançada a pedra fundamental a vinte de agosto de 1892 e em cumprimento à reorganização do Corpo de Saúde e do Serviço Hospitalar do Exército, feita pelo Decreto n. 277 de 22 de março de 1890 onde aparece pela primeira vez a denominação de Hospital Central do Exército. Instalado então nesse mês de junho de 1902 somente em 1905 foi dado início, ao seu cercado de gradil, até hoje existente, já no governo do Sr Dr Rodrigues Alves e sendo Ministro de Guerra o Mal Argolo.

Ao festejar êsse sexagésimo quinto aniversário de instalação, a diretoria do HCE planejou e hoje dá início à execução de despretenhiosa homenagem, porém sincera e amiga, aos seus congêneres do Serviço de Saúde do Exército, sediados no Estado da Guanabara dedicando cada semana a um grupo dêles, quando se oferece a ser visitado pelo efetivo de seus irmãos de luta, sem aparatos, dentro da faina cotidiana de seus afazeres e de braços abertos e ávido de intercâmbio para a constante consolidação de harmoniosa cooperação de todos os serviços, mostrando a felicidade de nossos dias alegres e sabendo o amargo consólio das horas tristes infelizmente sempre marcantes e inevitáveis de quantos lutam pela conservação da vida! Procurou, também, ver-se cercada de seus chefes diretos e dos chefes de Diretorias e principais estabelecimentos de Saúde de outras Fôrças, como homenageados de honra.

Benvidos diletos chefes, amigos e caros colegas ao HCE que os recebe neste mês em que envelhece mais um ano mas que cada vez mais remoja em suas atividades de miligar a dôr e cumprir o seu dever para com o Serviço de Saúde do Exército.

2ª SESSÃO

2ª Semana do 65º aniversário de instalação do Hospital Central do Exército.

6ª feira 9-VI-967

A Diretoria do HCE tem o grato prazer de efetuar a sua segunda conferência nos atos de comemoração do 65º aniversário de sua instalação neste local!

Iremos em breves minutos ouvir as eruditas palavras sobre assunto de relevância extraordinária dos ilustres professores que nos dignaram com sua aquiescência em colaborar nessa jornada científica em que homenageamos nossas organizações congêneres do Serviço de Saúde do Exército a Policlínica Central do Exército, Hospital de Guarnição da Vila Militar, Escola de Saúde do Exército bem como a chefia do SSR/1 que é o crivo de nossa clientela no âmbito do I Exército e 1ª Região Militar.

É, como já consignamos várias vezes, uma singela homenagem que o HCE lhes presta e com isso mais aproxima os elos de nossa amizade e a integração de nossos destinos comuns. Estamos em uma fase que exige de cada setor o esforço comum de convergência ao levantamento das finalidades sãs e construtivas de nossa Pátria. Dêste nosso ambiente de trabalho em que procuramos recuperar e manter os efetivos, nossa contribuição consiste justamente em proporcionarmos a manutenção da tradicional flama do HCE para que façamos jús ao trabalho de quantos desde 1902, neste local vem elevando bem alto o nome do Serviço de Saúde do Exército.

Para que não tomemos mais o precioso tempo aos dignos conferencistas, encerramos aqui nossas palavras que o são também de agradecimento pela honra que nos proporcionaram os Exmos Srs Oficiais Generais Médicos da Marinha e Aeronáutica com suas presenças.

3ª SESSÃO

3ª Semana do 65º aniversário de instalação do HCE — 6ª feira 16-6-67

É com excepcional prazer que a Diretoria do HCE vê no recinto de seu Centro de Estudos, o ilustre professor Newton Belhlem que em breves minutos brindará os presentes com uma conferência para a qual acedeu de imediato à nosso convite.

É pois mais uma vitoriosa jornada dessa série de conferências em que, o HCE comemora a sua instalação neste precioso local para onde trouxe as tradições da medicina nacional forjadas no Castelo e no Andaraí.

É preciso que repitamos sempre para que os mais jovens que aqui ingressaram e os que ainda ingressarão se compenetrem do alto sentido que merece referência quando procurarmos prestar tais homenagens. Não pensem entretanto que nos iludimos em devermos fazê-lo como foi feito no século passado e início deste, pois em cada lustro, pelo menos, os costumes, o avanço dos recursos, as influências ambientais refletem sobre as idades a mudarem o raciocínio e a apreciação dos fatos. Portanto quando cultuamos as tradições devemos fazê-lo de maneira autêntica sem as características que causariam humor aos mais novos e devemos despertar nestes o culto sadio e puro sobre as tradições básicas, no nosso caso, da nossa medicina que despertou em nosso velho hospital e que portanto não deve ser considerado como um saudosismo inexpressivo mas sim como merecedor inequívoco e perene que nunca ferirá o modo ou costume da época.

Aos homenageados de hoje, diretores do Instituto de Biologia do Exército, Estabelecimento de Material de Saúde do Exército, Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército, quizemos traduzir a nossa amizade e a oportunidade de agradecimento do HCE pelos serviços que nos têm prestado com seu apoio e a manutenção do entrelaçamento de trabalho e idéias que devem existir entre todos

Finalmente muito nos honram também com sua presença o Exmo Sr C T Med Dr Coutinho e Sr Bgd Med Dr Thomaz Gerwood, convidados de honra e representantes das nossas Fôrças irmãs de mar e aeronáutica, os nossos agradecimentos.

4ª SESSÃO

4ª Semana do 65º aniversário de instalação do HCE — 6ª feira 23-VI-67.

Ficamos inteiramente sensibilizados pela aceitação do professor Mello Motta em proferir uma conferência no Centro de Estudos do Hospital Central do Exército, cooperando nas comemorações do 65º aniversário da instalação do HCE neste local. E sejam nossas palavras iniciais de sincero agradecimento.

Meus senhores esta será a última conferência que foi programada para este mês de comemorações e, sabemos, que será um fêcho de ouro que encerrará esta série de tão brilhantes palestras.

Homenageamos hoje, tal como o fizemos em outras reuniões, os Exmos Srs diretores da Policlínica da Vila Militar, Policlínica da Praia Vermelha e Farmácia Central do Exército, elementos de destaque dentro do número de estabelecimentos do Serviço de Saúde do Exército, que conosco efetuam o atendimento a vasta família militar e que portanto se entrelaçam conosco vastas vezes mantendo um intercâmbio constante o que neste momento é ressaltado com a finalidade de aceitar de nossa parte o agradecimento sincero de quantas vezes nos têm prestado sua colaboração e também que neste momento pedimos que aceitem os nossos préstimos no que nos for possível.

Temos também o grato prazer e a imensa honra de termos entre nós varios auxiliares daquele estabelecimento, que também se entrelaçam com o HCE na missão de sanar a dor e as quais prestamos nossa homenagem.

Sem mais, passaremos a apresentação do conferencista que, posteriormente, dissertará sobre seu trabalho.

ENCERRAMENTO —

Acabamos de ouvir a brilhante conferência do professor Dr Mello Motta e, como dissemos, constituiu um fêcho de ouro na série de conferências do mês de junho.

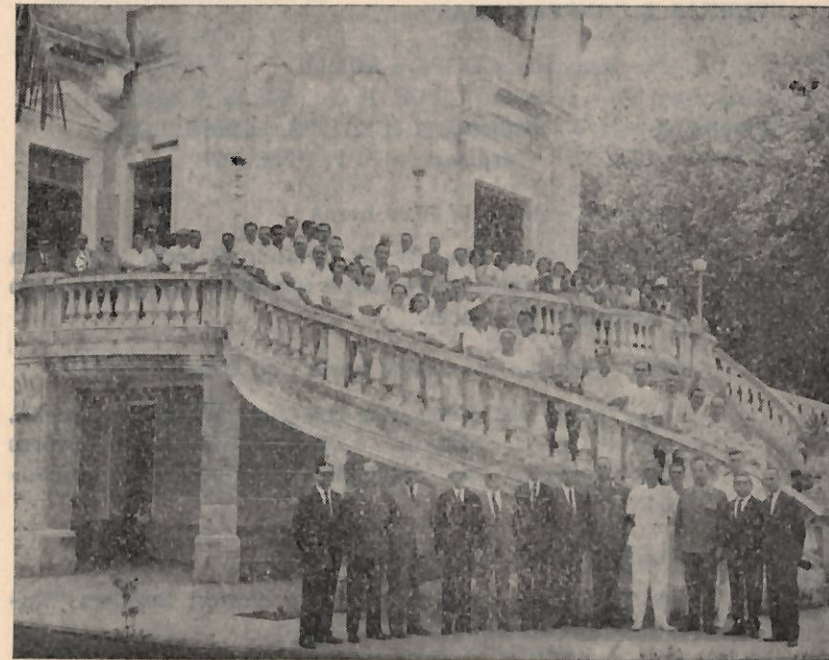
A todos que colaboraram com suas presenças particularmente hoje no último dia de encerramento das palestras, nossos agradecimentos mas devemos ressaltar os seguintes colaboradores nessa jornada que, hoje confesso, considero ter sido uma verdadeira "Manobra Científica" para os quadros de oficiais que trabalham nesta casa. Estes colaboradores são:

Cel Med Dr Nilson Nogueira	Ten Cel de Art Sebastião Assis
Cel Med Dr Antonio D. Neves	Cap IE Queiroz Bonfim
Cel Med Dr Silênio B. Soares	Cap QOE Rangel de Oliveira
Cel Med Dr Maury Medeiros	Cap QOE Zacarias Viana
Cel Med Dr Antonio Duarte Filho	Ten QOA Raimundo Viana
	Ten QOE Murilo G. Montani

que cooperaram desde a seleção de conferencistas até a preparação e reforma do Centro de Estudos, meios materiais, organização de programas, serviço de propaganda e diversas medidas administrativas.

Finalmente a 30 de junho realizou-se o encerramento da comemoração do 65º aniversário de instalação com a homenagem prestada aos ex-diretores efetivos e interinos, constante de recepção entrega de placas de prata simbólicas do agradecimento pelos serviços prestados, seguida de visita ao hospital e almoço.

Em nome dos homenageados falou o Gen Ex Med Dr Florencio Carlos de Abreu Ferreira que com sua inteligência e garbo de expressão foi uma nota alta nas festividades. Ainda usaram da palavra o Gen Med Dr Olarico Airoso e, no Almoço, o Gen Med Dr Humberto de Melo. O desenrolar das festividades seguiu o programa seguinte:



PROGRAMAÇÃO GERAL DAS COMEMORAÇÕES DO 65º ANIVERSÁRIO DE INSTALAÇÃO DO H C E

CRIAÇÃO DO HCE
22 de Março de 1890

INSTALAÇÃO DA SEDE ATUAL
20 de Junho de 1902

A DIRETORIA do HCE tem o grande prazer de divulgar a seguinte programação em que dedica uma singela homenagem aos estabelecimentos co-irmãos sediados no Estado da Guanabara, onde cada semana estará a disposição de ser por eles visitados e oferecendo às 6ª. feiras uma sessão científica no Centro de Estudos seguida de almôço festivo: além disso o Centro Social Marechal Ferreira do Amaral contribuiu com um programa social e recreativo conforme segue:

"VISITAS E CONFERÊNCIAS"

Semana 1 a 4/6 - dedicado a DGSE e ABMM

Semana 5 a 11/6 - dedicado a PCE, H Gu VM, Es S E, SSR/1

Semana 12 a 18/6 - dedicado a IBE, 19BS, ECMSE, LQFE

Semana 19 a 25/6 - dedicado a PPV, PVM, FCE

Sexta feira dia 2 às 10,30 horas

Conferência do Ilmo Sr Dr Orlando Balochi "Valor da Integração Clínica na Patologia feminina" sua colaboração a Profilaxia do câncer.

Sexta feira dia 9 às 11,00 horas "do Câncer genital"

Conferência dos Ilmos Srs Drs José Wazen da Rocha, Robert Charles Marinho e Brenildo Meirelles Tavares "Atualização da Físio patología e da Terapeutica do choque"

Sexta feira dia 16 às 11,00 horas

Conferência do Ilmo Sr Prof Dr Newton Bethlem "Tumores do Pulmão"

Sexta feira dia 23 às 10,30 horas

Conferência do Ilmo Sr Prof Manoel Carlos de Mello Motta "Pancreatites crônicas.

"SOCIAL"

SABADO DIA 17

Festa oferecida pelo Clube dos Sub Tenentes e Sargentos do Exército ao pessoal auxiliar do HCE (militares e civis)

Traje passeio completo

SABADO DIA 24

Confraternização dos Chefes e auxiliares do H C E no Circulo Militar da Vila na

"Festa Junina"

traje típico

QUARTA-FEIRA DIA 21

CARNAVAL NO GÊLO
Maracanazinho

Oficiais e família.

CENTRO DE ESTUDOS DO HCE

Sessões: efetuadas no biênio 966-967

30-6-966

Sessão conjunta do Centro de Estudos realizada a 30 de junho de 1966 com a apresentação dos seguintes assuntos: a) Artério-trombose Humeral com apresentação de um caso operado; b) Fístula Artério-venosa Traumática Servical com apresentação de um caso operado, pelos Drs. Rubens C. Mayall, A. Vieira de Mello, Carlos Barbosa e Carlos José Britto.

24-8-966

Sessão extraordinária realizada em 24 de agosto de 1966 com apresentação de uma palestra sobre "Traumatismo Vasculares" pelo Dr Antonio J. Monteiro Filho.

17-10-966

Sessão extraordinária realizada a 17 de outubro de 1966. Apresentação de uma conferência sobre "Terapêutica Celular" proferida pelo professor alemão Carl Kahlen de Hamburgo.

3-11-966

Sessão ordinária realizada em 3 de novembro de 1966. Assunto: "Alguns aspectos terapêuticos de leucemia aguda infantil" Conferência do Cap Med Dr Jorge Coelho de Sá (HCE).

25-11-966

Sessão extraordinária realizada a 25 de novembro de 1966. Tema de conferência: "Cirurgia Plástica e sua importância no tratamento das deformidades da face". Conferentes: Professor Ivo Pitanguy.

Sessão ordinária realizada em 1º de dezembro de 1966.

Tema da conferência: "Moderno tratamento da Azotemia Crônica e Dialise Peritoneal". Conferencista Dr Romulo Pereira Macambira.

22- 3-967

Sessão ordinária realizada a 22 de março de 1967. "Etiopatogenia das Neuroses".

Conferencistas: Ten Cel Med Dr Cesar Poggi de Figueiredo Filho.

5- 4-967

Sessão ordinária realizada a cinco de abril de 1967.

Tema da Conferência: "Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil". Conferencista Professor Dr Jurandyr Manfredini.

4- 5-967

Sessão ordinária realizada a 4 de março de 1967 para exibição do filme científico "Cirurgia Cardíaca sob visão direta com circulação extra corpórea" sob auspícios do Laboratório Carlos Erba.

2- 6-967

Sessão extraordinária realizada em 2 de junho de 1967 para a conferência do professor Orlando Baiocchi sobre: "Integração Clínica na Patologia genital feminina — Sua contribuição na prevenção do câncer genital".

9- 6-967

Sessão extraordinária realizada a 9 de Junho de 1967 para conferência dos professores Drs José Wazen da Rocha, Robert Charles Marinho e Brenildo Meirelles Tavares, versando sobre a "Atualização da Fisiopatologia e Terapêutica do Choque".

16-6 967

Sessão extraordinária realizada a 16 de junho de 1967 para a conferência do professor Newton Bethlem versando sobre "Câncer pulmonar".

23- 6-967

Sessão extraordinária realizada em 23 de junho de 1967 para a conferência do professor Dr Manoel Carlos de Mello Motta versando sobre "Pancreatites Crônicas".

4- 8-67

Sessão ordinária de 4 de agosto de 1967 para a palestra do Ten Cel Med Dr Cesar Poggi de Figueiredo Filho versando sobre "Aspectos Psiquiátricos de Biotipologia de Sheldon".

11- 8-967

Sessão ordinária realizada a 11 de agosto de 1967 para a palestra do Maj Med Dr Tong Ramos Vienna sobre "Malefícios causados pelo uso da Maconha".

18- 8-967

Sessão ordinária realizada a 18 de agosto de 1967 para a palestra do Maj Med Dr Luiz José Campinho Pereira sobre o seguinte tema "O Eletroencefalograma na prática psiquiátrica".

14- 9-967

Sessão ordinária realizada no dia 14 de setembro de 1967 para a projeção dos filmes "Exame Físico das articulações periféricas" e "Tratamento das Afecções Reumáticas"; contribuição do Laboratório Merck Sharp Dohme.

28- 9-967

Sessão ordinária realizada no dia 28 de setembro de 1967 para a palestra do Maj Med Dr Luiz Soares de Alencar do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HCE sobre o seguinte tema: "Pé torto varo aquilino supinado congênito".

12-10-967

Sessão ordinária realizada no dia 12 de outubro de 1967 para a palestra do Ten Cel Med Dr Gastão de Carvalho Souza versando sobre o tratamento Cirúrgico das Varicoceles e Cap Med Dr Joás Pinheiro da Fonseca versando sobre "Tratamento de Emergência dos queimados".

20-10-967

Sessão ordinária realizada no dia 20 de outubro de 1967. Tema "Apreciações sobre o VIII Congresso nacional da Neurologia, psiquiatria Higiene Mental" realizada em Porto Alegre de 1º a 7 de outubro de 1967.

Relatores: Maj Med Dr José Luiz Campinho Pereira e Cap Med Dr José Areal.

26-10-967

Sessão ordinária realizada no dia 26 de outubro de 1967. Tema: "Toxemias Gravídicas". Relator: Ten Cel Med Dr Ruy da Costa Freitas.

RELAÇÃO DOS OFICIAIS DESTES NOSOCÔMIO, COM AS SUAS RESPECTIVAS FUNÇÕES DE CHEFIA:

Diretoria	Cel	Med Dr Galeno da Penha Franco de 30-11-66 a 30-11-67
Subdiretoria Administrativa	Cel	Med Dr Nilson Nogueira da Silva de 30-11-66 a 30-11-67
Subdiretoria Técnica	Cel	Med Dr Luiz Antonino Dutra Neves de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do 1º Pavilhão ..	Maj	Med Dr José Rabinovits de 30-11-66 a 28-8-67 Maj Med Dr David Luigi Farini de 28-8-67 a 3-10-67 Maj Med Dr José Rabinovits de 4-10-67 a 30-11-67
Chefia do 2º Pavilhão	Ten	Cel Med Dr Rubem Tavares de 30-11-66 a 5-5-67 Ten Cel Med Dr José Elias Monteiro Lopes de 5-5-67 a 30-11-67
Chefia do 3º Pavilhão	Cel	Med Dr Paulo Carvalho de 30-11-66 a 30-11-67 (PCPC)
Chefia do 4º Pavilhão	Cap	Med Dr Joás Pinheiro da Fonsêca de 30-11-66 a 9-2-67 Maj Med Dr Floriano Escobar Filho de 9-2-67 a 31-10-67 Cap Med Dr Joás Pinheiro da Fonsêca de 31-10-67 a 30-11-67
Chefia do 6º Pavilhão	Ten	Cel Med Dr Luciole Gondim de 30-11-66 a 30-11-67 (PO)
Chefia do 7º Pavilhão	Ten	Cel Med Dr Álvaro dos Santos Pereira Cel Med Dr José Milton de Aguiar de 10-5-67 a 30-11-67
Chefia do 8º Pavilhão	Cel	Med Dr Fernando Garriga de Menezes de 30-11-66 a 30-11-67 (PMFA)

ANAIS DO H. C. E.

Chefia do 9º Pavilhão (SNP)	Ten	Cel Med Dr Cesar Poggi de Figueiredo Filho	de 20-2-67 a 30-11-67
	Maj	Med Dr José Luiz Campinho Pereira	de 30-11-66 a 20-2-67
Chefia da Clínica Cirúrgica do PCPC	Ten	Cel Med Dr Gastão de Carvalho Souza	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do 11º Pavilhão (PI)	Ten	Cel Med Dr Ayrton Caminha Gonçalves	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Clínica Cirúrgica do H C E	Cel	Med Dr Fernando Garriga de Menezes	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Traumatologia e Ortopedia	Cel	Med Dr Paulo Carvalho	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Clínica Especializada	Ten	Cel Med Dr Alvaro dos Santos Pereira	de 30-11-66 a 10-5-67
	Cel	Med Dr José Milton de Aguiar	de 10-5-67 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Radiologia	Maj	Med Dr Renato da Silva Santos	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Obstetria (Maternidade) PMFA	Ten	Cel Med Dr Ruy da Costa Freitas	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do SATS	Ten	Cel Med Dr Augusto dos Santos Lima	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Ginecologia do PCPC	Ten	Cel Med Dr Gastão de Carvalho Souza	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Clínica Médica (do HCE)	Ten	Cel Med Dr Rubem Tavares	de 30-11-66 a 12-10-67
	Cel	Med Dr Mauricio Inácio Marcondes de Souza Bandeira	de 12-10-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Pediátrica	Cel	Med Dr Silênio Barbosa Soares	de 30-11-66 a 30-11-67

ANAIS DO H. C. E.

Chefia do Serviço de Fisioterapia	Cap	Med Dr Alfredo Carlos Bello Lisboa	de 30-11-66 a 17-4-67
	Maj	Med Dr Floriano Escobar Filho	de 18-4-67 a 27-6-67
	Cap	Med Dr Alfredo Carlos Bello Lisboa	de 27-6-67 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Cardiologia	Cel	Med Dr Nilson Nogueira da Silva	de 30-11-66 a 25-4-67
	Maj	Med Dr Américo Soverchi Mourão	de 25-4-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Urológica	Cap	Med Dr Ramez Felix Nimer	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço Dermatovenereológica	Maj	Med Dr José Rabinovits	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Clínica Protológica	Cap	Med Dr Ramez Felix Nimer	de 28-6-66 a 1-3-67
	Cap	Med Dr Jório de Mattos Moreira	de 1-3-67 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Oftalmologia	Cap	Med Dr João Crisóstomo de Andrade	de 30-11-66 a 27-2-67
	Cel	Med Dr José Milton de Aguiar	de 28-2-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica de Otorrino-Laringologia	Ten	Cel Med Dr Alvaro dos Santos Pereira	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Pavilhão Marechal Henrique Lott	Maj	Med Dr Ivo Franco Bittencourt	de 30-11-66 a 20-2-67
	Ten	Cel Med Dr Dorival Lessa de Carvalho	de 20-2-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Cirúrgica do PMFA	Ten	Cel Med Dr Antonio Fernandes Lomba	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço Médico Legal	Maj	Med Dr Oswaldo Caymi Ferreira	de 30-11-66 a 9-2-67
	Cap	Med Dr Humberto Oswaldo Maciel Nobre	de 9-2-67 a 17-4-67

	Maj	Med Dr Oswaldo Caymi Ferreira	de 17-4-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Médica do PCPC	Ten	Cel Med Dr Cezar Poggi de Figueiredo Filho	de 30-11-66 a 20-2-67
	Maj	Med Dr Sebastião de Souza Monjardim	de 20-2-67 a 5-5-67
	Ten	Cel Dr Rubem Tavares	de 5-5-67 a 30-11-67
Chefia do Arsenal Cirúrgico	Maj	Med Dr Múcio Guerra da Cunha	de 30-11-66 a 3-1-67
	Cap	Med Dr Joás Pinheiro da Fonsêca	de 3-1-67 a 24-4-67
	Maj	Med Dr Antonio Tunes de Moura	de 24-4-67 a 30-11-67
Chefia da 1ª Enfermaria	Maj	Med Dr Renato Costa de Abreu Lima	de 30-11-66 a 12-12-67
	Cap	Med Dr Nielsen Lauria	de 12-12-66 a 30-11-67
Chefia da 2ª Enfermaria	Maj	Med Dr José Rabinovits	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da 3ª Enfermaria	Maj	Med Dr José Rabinovits	de 30-11-66 a 28-8-67
	Maj	Med Dr David Luigi Farini	de 28-8-67 a 3-10-67
	Maj	Med Dr José Rabinovits	de 3-10-67 a 30-11-67
Chefia da 4ª Enfermaria	Maj	Med Dr Sebastião de Souza Monjardim	de 30-11-66 a 20-2-67
	Cap	Med Dr Quirino Pereira Netto	de 20-2-67 a 30-11-67
Chefia da 5ª Enfermaria	Ten	Cel Med Dr Dorival Lessa de Carvalho	de 30-11-66 a 20-2-67
	Cap	Med Dr Newton Pereira Mattos	de 20-2-67 a 30-11-67
Chefia da 6ª Enfermaria	Ten	Cel Med Dr Rubem Tavares	de 30-11-66 a 5-5-67
	Ten	Cel Med Dr Ayrton Caminha Gonçalves	de 5-5-67 a 31-7-67

	Ten	Cel Med Dr José Elias Monteiro Lopes	de 31-7-67 a 30-11-67
Chefia da 7ª Enfermaria	Ten	Cel Med Dr Cezar Poggi de Figueiredo Filho	de 30-11-66 a 20-2-67
	Maj	Med Dr Sebastião de Souza Monjardim	de 20-2-67 a 30-11-67
Chefia da 8ª Enfermaria	Ten	Cel Med Dr Bergson Maciel Pinheiro	de 30-11-66 a 24-4-67
	Maj	Med Dr Luiz Soares de Alencar	de 24-4-67 a 30-11-67
Chefia da 10ª Enfermaria	Cap	Med Dr Joás Pinheiro da Fonsêca	de 30-11-66 a 9-2-67
	Cap	Med Dr Célio de Carvalho Bastos	de 9-2-67 a 30-11-67
Chefia da 11ª Enfermaria	Cap	Med Dr Alfredo Carlos Bello Lisboa	de 30-11-66 a 17-2-67
	Maj	Med Dr Floriano Escobar Filho	de 17-2-67 a 30-11-67
Chefia da 13ª Enfermaria	Maj	Med Dr Carlos Roberto Witzig	de 30-11-66 a 17-3-67
	Cap	Med Dr José Areal	de 17-3-67 a 4-11-67
	Maj	Med Dr Enio Fabiano	de 4-11-67 a 30-11-67
Chefia da 15ª Enfermaria	Maj	Med Dr Alexandre André Duarte	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da 16ª Enfermaria	Cap	Med Dr João Crisóstomo de Andrade	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da 17ª Enfermaria	Maj	Med Dr Antonio de Queiróz Figueiredo	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da 20ª Enfermaria	Ten	Cel Med Dr Ayrton Caminha Gonçalves	de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da 21ª Enfermaria	Ten	Cel Med Dr José Elias Monteiro Lopes	de 30-11-66 a 31-7-67
	Maj	Med Dr Antonio Marques	de 31-7-67 a 30-11-67

ANAIS DO H. C. E.

Chefia da 22ª Enfermaria	Maj	Med Dr Antonio Marques de 30-11-66 a 31-7-67
	Cap	Med Dr Lindemberg Dias de Carvalho de 31-7-67 a 30-11-67
Chefia da Enfermaria "A e E" do SNP	Maj	Med Dr Tong Ramos Viana de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Enfermaria "B e F" do SNP	Maj	Med Dr Enio Fabiano de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Enfermaria "I e J" do SNP	Maj	Med Dr José Luiz Campinho Pereira de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Enfermaria "D e H" do SNP	Maj	Med Dr Luiz Fernando Fer- reira Studart de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Enfermaria "C e G" do SNP	Cap	Med Dr José Areal de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia de Eletroencefalografia e Terapêutica Ocupacional	Maj	Med Dr José Luiz Campinho Pereira de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Neurologia do PMHL	Cap	Med Dr Guilherme Achilles de Faria de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Cirurgia To- rácica	Maj	Med Dr Ivo Franco Bitten- court de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Clínica Neurológica do H C E	Maj	Med Dr José Luiz Campinho Pereira de 20-2-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Cirúrgica Plásti- ca e Reconstructora do H C E	Ten	Cel Med Dr Bergson Maciel Pinheiro de 24-4-67 a 30-11-67
Chefia do Berçário do H C E	Maj	Med Dr Ivanir Martins de Mello de 16-8-67 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Endoscopia Peroral	Cap	Med Dr José Fontoura Ma- chado de 21-2-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Psiquiátrica	Ten	Cel Cezar Poggi de Figueire- do Filho de 20-2-67 a 30-11-67

ANAIS DO H. C. E.

Chefia do Serviço de Anatomia Pa- tológica	Maj	Med Dr Oswaldo Caymi Fer- reira de 30-11-66 a 9-2-67
	Cap	Med Dr Humberto Oswaldo Maciel Nobre
	Maj	Med Dr Oswaldo Caymi Fer- reira de 17-4-67 a 16-6-67
	Cap	Med Dr Arildo da Silva de 16-6-67 a 30-11-67
Chefia da Clínica Ginecológica do H C E	Ten	Cel Med Dr Antonio Fernan- des Lomba de 16-8-67 a 30-11-67
Chefia do Serviço Farmacotécnica do Serv. Farmº	Cap	Farm João Conceição Filho de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço Farmacêutico ..	Ten	Cel Farm Licínio Pereira Gonçalves de 30-11-66 a 31-12-66
	Maj	Farm Manoel Jaime Dias de 31-12-66 a 26-4-67
	Cel	Farm Antonio Luiz Peixoto Guimarães de 26-4-67 a 30-11-67
Chefia do L A C	Ten	Cel Farm Joseph de Almei- da Reis de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serviço Odontológico ...	Cel	Dent Walter Pereira Gonçal- ves de 30-11-66 a 4-1-67
	Ten	Cel Dent Roberto Batista da Silva de 4-1-67 a 30-11-67
Chefia da Farmácia	Maj	Farm Manoel Jaime Dias de 1-1-67 a 30-11-67
Chefia do Depósito Farmacêutico .	Cap	Farm João Conceição Filho de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Clínica Cirúrgica Trau- mato-Buco Facial	Maj	Dent Luiz Carlos Hypólito da Silva de 18-9-67 a 30-11-67
Chefia do Gabinete Odontológico do PI	Cap	Dent Ariel Coelho de Souza de 30-11-66 a 30-11-67
Fiscalização Administrativa	Ten	Cel Art Sebastião de Assis Silva de 30-11-66 a 30-11-67
Tesoureiro	Maj	IE Aroldo Pereira da Silva de 30-11-66 a 11-1-67

	Cap IE Sôstenes Pernambuco Pi- res de Barros de 12-1-67 a 3-4-67
	Cap IE Walter Galvão da Cunha de 4-4-67 a 30-11-67
Almoxarife	Cap IE Sôstenes Pernambuco Pi- res de Barros de 30-11-66 a 31-12-66
	Cap IE Paulo Roberto Queiróz Bonfim de 1-1-67 a 30-11-67
Aprovisionador	Cap IE Paulo Roberto Queiróz Bonfim de 30-11-66 a 30-11-67
Ajudância	1º Ten QOA Raimundo Teixeira Viana de 30-11-66 a 31-8-67
	Cap QOE Arlindo Hemerly de 1-9-67 a 30-11-67
Secretário	Cap QOE Antonio Zacarias Viana de 30-11-66 a 30-11-67
Comando do Contingente	Cap QOA Hermogênio Felix Mo- raes de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia das Oficinas	Cap QOE Rangel de Oliveira de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Serv. de Viaturas	Cap QOE Manut Anêzio Marques de 30-11-66 a 30-11-67
Centro de Estudos	Cap Med Dr Márcio Costa de 30-11-66 a 28-3-67
	Cap Med Dr José Areal de 28-3-67 a 30-11-67
Chefia da Biblioteca	Cap Dent José Antonio Gomes da Costa de 30-11-66 a 30-11-67
Secretário do Centro Social	Cap Dent José Pereira Mattos de 30-11-66 a 30-11-67
Chefe do Serv. de Triagem	2º Ten QOE Jair Lopes do Amaral de 30-11-66 a 1-9-67
	Cap QOE José Carmello de 1-9-67 a 30-11-67
Chefia da Lavanderia	1º Ten QOA José Alaôr de Brito de 30-11-66 a 19-1-67
	Cap QOA Fernando Martins de 19-1-67 a 24-2-67
	1º Ten QOA José Alaôr de Brito de 16-8-67 a 30-11-67
Chefia do Serviço de Estatística ..	Cap QOE Arildo Hemerly de 30-11-66 a 31-8-67
	1º Ten QOA Raimundo Teixeira Viana de 1-9-67 a 30-11-67

Chefia da Clínica de Ortopedia do PCPC	Maj Med Dr Mário Carvalho de Oliveira de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia do Gabinete Odontológico do SNP	Maj Dent Eyder Simonetti de 30-11-66 a 30-11-67
Chefia da Secção de Quimioterapia e Hematologia do PMHL ...	Cap Med Dr Jorge Coelho de Sa de 30-11-66 a 30-11-67
Enfermeiro Chefe	1º Ten QOE Lúcio Guimarães Du- boc de 30-11-66 a 20-5-67
	Sub Ten QOE Euclides de 20-5-67 a 30-11-67
Representante do EGCF	1º Ten QOE Murilo Gonçalves Mon- tani de 30-11-66 a 30-11-67

Oficial Convocado:

2º Ten R/2 Estag. Dr Luiz Lerner — de 29-5-67.

Médicos Civis Contratados:

Med Dr Sebastião Moreira Barbosa — Quimioterapeuta 1-7-67
Med Dr Rubens Pedro Macuco Janini — Legista 1-7-67
Med Dr Juvenal Dias dos Santos — Neuro-psiquita 1-7-67
Med Dr Ideal Perez — Reumatologista 1-7-67
Med Dr Antonio Joaquim Monteiro da Silva — Cirurgião vascular
1-7-67
Med Dr Newton Guimarães de Souza — Cirurgia nervosa 1-7-67
Med Dra Edna Rangel — Ginecologista 1-7-67.

Observações:

PCPC — Pavilhão Canrobert Pereira da Costa.
PO — Pavilhão de Oficiais.
PMFA — Pavilhão Mal Ferreira do Amaral.
PMHL — Pavilhão Marechal Henrique Lott.
PI — Pavilhão de Isolamento.
SNP — Serviço de Neurologia e Psiquiatria.
SATS — Serviço de Anestesia e Transusão de Sangue.
LAC — Laboratório de Análises Clínicas.
EGCF — Estabelecimento Gen Cordeiro de Faria.

**SUMÁRIO DAS PUBLICAÇÕES FEITAS NOS ANAIS DO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO**

SUMÁRIO

ANO I — 1936

- "HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Histórico" — Alves
Cerqueira.
- "MENINGO-TYPHUS" — Dr. F. Leitão.
- "MOMENTOS MÉDICO-LEGAIS" — Dr. Arídio Martins.
- "INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA CIRURGIA DE GUERRA"
— Dr. Marques Porto.
- "BARREIRA HEMATO-ENCEFÁLICA E NEURO-LUES" —
Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
- "UM CASO DE DOLICOCOLON ILEO-PÉLVICO" — Dr. Er-
nestino de Oliveira.
- "EM TÓRNO DE UM CASO DE NEURO-PSIQUIATRIA" —
Dr. Henrique Chaves.
- "EM TÓRNO DE TRÊS COLECISTECTOMIAS" — Dr. Câma-
ra Leal.
- "FERIMENTOS DA PELVE" — Dr. Gilberto Peixoto.
- "ASSOCIAÇÕES SINDRÔMICAS EM PATOLOGIA NERVOSA
E MENTAL" — Dr. Jurandir Manfredini.
- "TRATAMENTO DA ESQUISTOSOMOSE PELOS CLITERES
DE EMÉTICO" — Dr. Cândido Ribeiro.
- "PARALISIAS DO MOTOR OCULAR EXTERNO E SUA SIG-
NIFICAÇÃO CLÍNICA" — Dr. Paiva Gonçalves.
- "DERMATITE HERPETIFORME DE DUHRING, GENERALI-
ZADA" — Dr. Luiz Cesar de Andrade.
- "AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA E PORTADORES
DE BACILOS DIFTÉRICOS" — Dr. Otávio Amaral.
- "O QUE SE FAZ NO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO
EM TERAPEÚTICA BLENORRÁGICA" — Dr. Augusto
Rosadas.

- "ESPONDILITE SIFILÍTICA E PNEUMOCÓCICA" — Dr. Gen-
neroso de Oliveira Ponce.
"O MOSQUITTEIRO NACIONAL" — Dr. Euclides Goulart Bue-
no.
"O HOSPITAL E SUA SECRETARIA" — Aristarco Ramos.
"A AÇÃO CONSTRUTORA DA COMUNIDADE DE S. VICEN-
TE DE PAULA, NOS HOSPITAIS DO EXÉRCITO NA-
CIONAL" — Dr. Plínio Faelante.

ANO II — 1937

- "HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS ATIVIDA-
DES" — J. Acylino de Lima.
"HEMOSSEDIMENTAÇÃO E CLÍNICA" — Dr. Ismar Tavares
Mutel.
"EM TÓRNO DE UM CASO DE TERÇA MALIGNA" — Dr.
Josefi Nunes Ribeiro.
"ANEURISMA ARTERIO-VENOSO FEMURAL" — Dr. Ernes-
tino de Oliveira.
"NOVA TÉCNICA PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA
VARICOCÉLE" — Dr. Guilherme Hautz.
"FERIDA PENETRANTE DO ABDOME COM LESÕES MUL-
TIVISCERAIS" — Dr. José Fadigas de Souza.
"EM TÓRNO DAS PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS" —
Dr. Henrique Ferreira Chaves.
"CONCAUSAS" — Dr. Arídio Martins.
"PROBLEMA MÉDICO-MILITAR DAS PSICONEUROSES" —
Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
"O PROGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NO EXÉRCITO" (a pro-
pósito de um caso de esquizofrenia, incapacitado há qua-
tro anos e posteriormente readaptado à atividade militar)
— Dr. Jurandir Manfredini.
"DA ARTE DOS CRIMINOSOS" (nota prévia) — Dr. Ubira-
jara da Rocha.
"A AUTO-UROTERAPIA NO TRATAMENTO DAS COMPLI-
CAÇÕES BLENORRÁGICAS" — Dr. Olarico Xavier Ai-
rosa.
"OTITE MÉDIA PURULENTA AGUDA, MASTOIDITE, AB-
CESSO EXTRA-DURAL E ABCESSO DO CÉREBRO" —
Dr. Otávio Amaral.
"CLÍNICA DE OLHOS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉR-
CITO" — Dr. Paiva Gonçalves.

- "EM TÓRNO DA SÍFILIS CUTÂNEA" — Dr. Euclides Gou-
lart Bueno.
"FINALIDADES DO CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFI-
LIS DO H. C. E." — Dr. Luiz Cesar de Andrade.
"O QUE JULGAMOS MELHOR NO TRATAMENTO DE VE-
NÉREOS" — Dr. Alcebiades Schneider.
"REALIZAÇÕES DA FARMÁCIA. SEU EVOLUIR. FORMU-
LÁRIO FARMACÊUTICO MILITAR" — Primeiros-tenen-
tes farmacêuticos Oscar Tavares Gomes, Ismael Ribeiro
da Silveira Pinto e Arnaldo de Almeida Pontes.
"FARMACOTÉCNICA DOS COLÍRIOS" — Gerardo Majella
Bijos, 2º. Tenente-Farmacêutico.
"SEPSIA BUCAL" (INFEÇÕES EM FOCO) — Cap. Dr. Al-
berto da Fonseca.
"A ESTATÍSTICA DO H. C. E. DURANTE OS ANOS DE 1935-
1936" — Major Dr. Reinaldo Ramos da Costa.

ANO III — 1938

- O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS RECENTES
REALIZAÇÕES — Coronel Dr. J. Acylino de Lima.
SÔBRE UM CASO DE BLASTOMICOSE — Major Dr. Luiz
Cesar de Andrade.
LUXAÇÃO HABITUAL DA RÓTULA — Major Dr. Gilberto
Peixoto.
CONCEITO ATUAL DA DOENÇA DE VOLKMANN — Ma-
jor Dr. E. Marques Porto.
TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICOS FECHADOS —
(Conduta terapêutica) — Capitão Dr. Ernestino de Oli-
veira.
A PROPÓSITO DE UM CASO DE ÓSTEO ARTRITE CRÔNI-
CA DO COTOVELO — Capitão, Dr. Guilherme Hautz,
DILATAÇÃO AGUDA DO ESTÔMAGO POR HEMORRAGIA
ULCEROSA INTRA-GÁSTRICA — Capitão Dr. Oswaldo
Monteiro.
HIDRONEFROSE E TUMOR DA FOSSA ILÍACA ESQUERDA
— 1º. Tenente Dr. José Fadigas de Souza Junior.
PULMONAPITE — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.
AS IDEIAS BÁSICAS SÔBRE O CALOR ANIMAL — 1º Te-
nente Dr. Talino Botelho.
NECESSIDADES E VANTAGENS DO TRATAMENTO CI-
RÚRGICO DO ESTRABISMO — Capitão Dr. Carlos de
Paiva Gonçalves.

PETROSITES — Capitão Dr. Otávio Amaral.
 EM TÓRNO DA QUESTÃO SEXUAL — Major Dr. Henrique
 Ferreira Chaves.
 DA NATUREZA DOS FENÔMENOS NEURO E PSICOPATO-
 LÓGICOS — Capitão Dr. Gabriel Duarte Ribeiro.
 COREIA TRAUMÁTICA — 1º. Tenente Dr. Jurandir Manfre-
 dini.
 SUICÍDIO — Major Dr. Aridio Martins.
 TREPONEMOSCOPIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutel.
 A HORMONOTERAPIA NAS AFECÇÕES PROSTATICAS —
 Capitão Dr. A. Calmon de Oliveira e 1º. Tenente Dr. João
 Ellentt.
 CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA MARCONITERAPIA —
 Major Dr. Euclides Goulart Bueno.
 ALGUMAS NOTAS SOBRE O DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO
 DO CANCER — 2º. Tenente farmacêutico Gerardo Majella
 Bijos.
 NOTAS GERAIS SOBRE A SECÇÃO DE HIPODERMIA DA
 FARMÁCIA DO H. C. E. — 1º Tenente farmacêutico, Dr.
 J. C. do Rêgo Barros e 2º. Tenente farmacêutico Gerardo
 Majella Bijos.
 FORMULÁRIO FARMACÊUTICO MILITAR — 1º. Tenente
 farmacêutico Oscar Tavares Gomes.
 EM TÓRNO DE UM CASO DE ANOMALIA DENTARIA —
 Capitão Cirurgião dentista Alberto da Fonseca e Souza.
 ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO EM
 1937 — Major Dr. Reinaldo Ramos da Costa.
 CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE — Capitão Dr. Er-
 nestino de Oliveira.
 CENTRO DE ESTUDOS — Trabalhos de 1937 — Capitão Dr.
 Ernestino de Oliveira.

ANO IV — 1939

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO NO PERÍODO DE
 20-VI 1938 A 20-VI-1939 — Cel Dr. J. Acylino de Lima.
 PLEURISIAS — Capitão Dr. João Gonçalves Tourinho.
 O PROGNÓSTICO DOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS
 PELO HEMOGRAMA — Cap. Dr. Francisco Leitão.
 LIGEIRA NOTA SOBRE O PAVILHÃO DE CIRURGIA A SER
 CONSTRUÍDO NO HOSPITAL CENTRAL — Major Dr.
 Humberto de Mello.

CAUSALGIA POST-TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Ernestino de
 Oliveira.
 APENDICITE AGUDA COMUM E INFECÇÃO TIFO-PARATÍ-
 FICA SIMULTÂNEAS — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.
 O SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL CENTRAL DO
 EXÉRCITO, ESTUDO DA NOSSA ESTATÍSTICA DE
 FRATURAS DO FÊMUR — Cap. Dr. Guilherme Hautz.
 DO CARÁTER NA EPILEPSIA — Cap. Dr. Gabriel Duarte
 Ribeiro.
 ASPECTOS MÉDICOS-LEGAIS DA EPILEPSIA — Cap. Dr.
 Francisco de Paula Rodrigues Leivas.
 A PROVA DO CARDIAZOL NO DIAGNÓSTICO DA EPILEP-
 SIA — 1º. Tenente Dr. Nelson Bandeira de Mello.
 A PSIQUIATRIA TRAUMÁTICA — Cap. Dr. Jurandir Man-
 fredini.
 MANIFESTAÇÕES OCULARES DOS TUMORES HIPOFISÁ-
 RIOS — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.
 DUAS OBSERVAÇÕES DO SERVIÇO DE OTO-RINO LARIN-
 GOLOGIA (SÍFILIS CEREBRAL SIMULANDO MENIN-
 GITE SÉPTICA E ABCESSO DO CEREBRO) — Cap. Dr.
 Otávio Amaral.
 ESBÔÇO PARA A PROFILAXIA DA SÍFILIS NO EXÉRCITO
 — Maj. Dr. Luiz Cesar de Andrade.
 GONOCOCCIAS E A MODERNA TERAPEÚTICA PELOS DE-
 RIVADOS ORGÂNICOS DO ENXOFRE — Cap. Dr. A.
 Calmon de Oliveira e 1º. Ten. Dr. João Ellentt.
 O SERVIÇO MILITAR E A TUBERCULOSE — Major Dr.
 Francisco Rodrigues de Oliveira.
 LÍQUOR — SUA ORIGEM — Cap. Dr. Ismar Tavares Mutel.
 CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PROTIDIMIA E LIPIDI-
 MIA NOS MEIOS MILITARES — 1º. Ten. fco. Gerardo
 Majella Bijos.
 AS ATIVIDADES DO SERVIÇO FARMACÊUTICO DO H. C. E.
 O SERVIÇO ODONTOLÓGICO NO HOSPITAL CENTRAL DO
 EXÉRCITO E SUAS NOVAS INSTALAÇÕES.
 CENTRO DE ESTUDOS.
 ESTATÍSTICA MÉDICA DO HOSPITAL CENTRAL DO
 EXÉRCITO REFERENTE AO ANO DE 1938 — Major Dr.
 Euclides Goularte Bueno.

Direção

MAIS UM ANO DE ATIVIDADE DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Coronel Dr. José Acylino de Lima.

Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

METABOLISMO BASAL E GLUTATIONEMIA — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutel.

SÍNDROME DE BANTI — Capitão Dr. Generoso de Oliveira Ponce.

HEMI-INTERSEXUALIDADE — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.

A PROPÓSITO DAS CONCREÇÕES URINÁRIAS — 1º Tenente Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pilar.

IDÉIAS ATUAIS SOBRE TENSÃO ARTERIAL — 1º Tenente Dr. Abelardo Lobo.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO DE ESTERES DE AMINO-ÁCIDOS — 1º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos.

Clínica Cirúrgica e Uro-proctológica

GÊNESE E DOCTRINA DA CONCUSSÃO CEREBRAL — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro.

ADERÊNCIAS PERITONIAIS — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

EPIDIMITES E ARTRITES BLENORRÁGICAS E SEU TRATAMENTO — Capitão Dr. João Ellentt.

FÍGADO APENDICULAR — Capitão Dr. Godofredo de Freitas

Clínica de Doenças Infecto contagiosas

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS DISENTÉRIAS — Capitão Dr. Francisco Leitão.

Clínica de Oficiais

ABCESSO HEPÁTICO DE ORIGEM DUVIDOSA — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.

Clínicas de Neurologia e Psiquiatria

PSEUDO-SÍNDROME DE CHARCOT — Capitão Dr. Gabriel Duarte.

HEMIPARKINSONISMO LUÉTICO DE FORMA APOPLÉTICA — Cap. Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.

O EXAME DOS DOENTES MENTAIS NA ENFERMARIA E DO SERVIÇO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA — Capitão Dr. Jurandir Manfredini.

A PROVA DE RETENÇÃO DE ÁGUA NO DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringologia

BREVES CONSIDERAÇÕES EM TÓRNO DE DOIS CASOS DE OTO-ANTRITES EM LACTENTES — Capitães Drs. Otávio Amaral e Olívio Vieira Filho.

DOIS CASOS DE PERIFLEBITE TUBERCULOSA DA RETINA — Capitão Dr. Paiva Gonçalves.

Medicina Legal

SEGRÊDO MÉDICO — REVELAÇÃO PERMITIDA — Major Dr. Arídio Martinns.

Clínica Dermatológica

O FOGO SELVAGEM — Capitão Dr. Santayana de Castro.

Serviço Químico-farmacêutico

SÔBRE O PREPARO DE INJETÁVEIS DE GLICOSE — Capitão Farmacêutico Dr. João Clemente do Rêgo Barros.

O PREPARO DE CERTAS TINTURAS — 1º Tenente Farmacêutico Leobaldo Rodrigues de Carvalho.

Notas e Estatísticas

SERVIÇO FARMACÊUTICO DO H. C. E.

SERVIÇO ODONTOLÓGICO.

ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO REFERENTE AO ANO DE 1939 — Capitão Médico Dr. Nelson Bandeira de Mello.

CENTRO DE ESTUDOS.

PAVILHÃO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA — Capitães
Dr. Gabriel Duarte e F. R. P. Leivas.

ANO VI — 1941

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — General Dr. José
Acyliño de Lima.

Clínica Médica e Pesquisas Clínicas

POLISEROSITE E DISSEMINAÇÃO POLI-VISCERAL TUBER-
CULOSAS — Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e
Diocleciano Pegado Junior.

ATELECTASIA PULMONAR — Capitães Drs. Generoso de Oli-
veira Ponce e Juarez Pereira Gomes.

CARCINOMA PRIMITIVO DA CABEÇA DO PÂNCREAS —
Capitães Drs. Generoso de Oliveira Ponce e Diocleciano Pe-
gado Junior.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA ELIMINAÇÃO E CONCEN-
TRAÇÃO DA SULFANILAMIDA EM MEIOS BIOLÓGICOS
— Primeiros Tenentes Farmacêuticos Drs. Olyntho Luna
Freire do Pillar e Gerardo Majella Bijos.

A AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO ÁCIDO NICOTÍNICO E
SUA AMIDA NOS MEIOS BIOLÓGICOS — Primeiro Te-
nente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

Clínicas Cirúrgica e Uro-proctológica

VACINOTERAPIA SEGMENTÁRIA INTRA-ARTERIAL —
Capitão Dr. Otávio Salema.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS LITÍASES RENAIIS — Ca-
pitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

PERITONITES TUBERCULOSAS — Capitão Dr. Oswaldo Mon-
teiro.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTREITAMENTO DA URE-
TRA — Capitão Dr. João Ellentt.

Secção de Radiologia, Electrologia e Fisioterapia

A INCIDÊNCIA DE MAYER NO ESTUDO RADIOLÓGICO DA
MASTÓIDE — Capitão Dr. Juarez Pereira Gomes.

Clínica de Oficiais

LEPRA — Major Dr. Euclides Goulart Bueno.

ASPECTOS ATUAIS DA PATOLOGIA ESPLÊNICA — Capitão
Dr. Francisco Corrêa Leitão.

Clínicas de Neurologia e Psiquiatria

CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS — ACERCA DAS
GAGUEIRAS — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues
Leivas.

ANÁLISE FUNCIONAL PSICOPATOLÓGICA — Capitão Dr.
Jurandir Manfredini.

CONFUSÃO MENTAL POR INFECÇÃO FOCAL DENTÁRIA —
Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.

UM ANO DE FUNCIONAMENTO DAS ENFERMARIAS DE
PSIQUIATRIA DE OFICIAIS E SARGENTOS — Primeiro
Tenente Dr. Nelson Soares Pires.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringológica

CASO DE AMBULATÓRIO — Capitão Dr. Otávio Amaral.

SÍNTESE BIOTIPOPOLÓGICA — Capitão Dr. Carlos Paiva Gon-
çalves.

Medicina Legal

PRESIDIÁRIOS — PRESÍDIOS — CONSELHO PENITENCIA-
RIO E MEMBROS MÉDICOS — Major Dr. Arídio Fernan-
des Martins.

Notas e Estatísticas

O SERVIÇO QUÍMICO-FARMACÊUTICO DO H. C. E.

O SERVIÇO ODONTOLÓGICO.

ESTATÍSTICA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO, RE-
FERENTE AO ANO DE 1940 — Capitão Dr. Nelson Bandei-
ra de Mello.

CENTRO DE ESTUDOS.

Direção

O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

DISCURSO PRONUNCIADO NO DIA 7 DE NOVEMBRO DE 1941 POR OCASIÃO DA POSSE DO CARGO DE DIRETOR DO H. C. E. — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-militares

CONSTITUIÇÃO INDIVIDUAL E RECRUTAMENTO MILITAR — Prof. Rocha Vaz.

CRIAÇÕES BRASILEIRAS NO SERVIÇO DE SAÚDE EM CAMPANHA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

A TUBERCULOSE E A SUA TERAPÊUTICA SANATORIAL ATUAL — Coronel Dr. Ernesto de Oliveira.

POSSÍVEL CONVOCAÇÃO DE INCAPAZES RELATIVOS — Ten. Cel. Dr. Câmara Leal.

Clínica Cirúrgica

CANCER PRIMITIVO DO CÓLON — Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.

EM TÓRNO DO GESSADO OCLUSIVO — 1º Tenente Dr. Breno Cunha.

Clínica Médica

ESTUDO CLÍNICO DO SEIO CAROTIDIANO — Cap. Dr. Francisco Leitão.

REUMATISMO CARDIO-ARTICULAR — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro.

Clínica Neuro-psiquiátrica

IDÉIAS GERAIS EM PSIQUIATRIA — Tenente Coronel Dr. Henrique Ferreira Chaves.

ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DOS DISTÚRBIOS DA PALAVRA — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas.

SURDEZ E MUTISMO HISTÉRICOS APÓS TRAUMATISMO CRANIANO — Capitão Dr. Meneleu Paiva Alves Cunha e Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello.

ESTUDOS DOS DELÍRIOS — Capitão Dr. Nelson Soares Pires.

Clínica Oftalmo-otorino-laringológica

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PRIMEIROS CUIDADOS AOS TRAUMATIZADOS DE FACE — Capitão Dr. Otávio Amaral e Cap. Dr. Olívio Vieira Filho.

ESTUDO CLÍNICO DAS HEMIANOPSIAS HOMÔNIMAS — Capitão Dr. Paiva Gonnçalves.

Bioquímica

ANTICOAGULANTE DE APLICAÇÃO GERAL — Capitão Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA NATREMIA NOS MEIOS MILITARES — 1º Ten. Dr. Gerardo Majella Bijos.

Estatística

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA EM 1941 DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Notícias

INAUGURAÇÃO DO RETRATO DO SR. GENERAL DR. ACYLINO DE LIMA NA GALERIA DOS ANTIGOS DIRETORES DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Discurso pronunciado em 16 de Abril de 1942 pelo Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR — A inauguração de seus trabalhos.

CENTRO DE ESTUDOS DO H. C. E. — Resumo dos trabalhos do ano de 1941.

A MEDICINA MILITAR — Discurso pronunciado pelo Cel. Dr. Florêncio de Abreu por ocasião de sua posse como membro da Academia Nacional de Medicina.

REVISTA MÉDICA BRASILEIRA — Seus números consagrados ao Hospital Central do Exército.

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-militares

A BIOTIPOLOGIA E OS ACIDENTADOS — Ten. Cel. Dr. Luiz de Castro Vaz Lobo da Câmara Leal.

Biologia

NOVOS ASPECTOS DA BIOLOGIA — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Clínica Médica

BLOQUEIO DE RAMOS — Cap. Dr. Francisco Leitão.
ÚLCERA DUODENAL — Cap. Dr. Adhemar Bandeira.

Clínica Cirúrgica

TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS DE GUERRA — Major Dr. Azais de Freitas Duarte.
IDÉIAS MODERNAS EM TRAUMATO-ORTOPEDIA — Cap. Dr. Guilherme Machado Hartz.
PSICOCIRURGIA — Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.
METABOLISMO GASOSO NAS QUEIMADURAS GRAVES — Cap. Dr. Oscar Nicholson Taves.

Clínica Dermato-sífilo-venereológica

EM TÓRNO DA PADRONIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA SÍFILIS RECENTE — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim.

Clínica oftalmo-oto-rino-laringológica

FERIDAS DE GUERRA DA LARINGE — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho.
TRECHOS E CONCLUSÕES DE UM RELATÓRIO — Cap. Dr. Paiva Gonçalves.

Clínica Neuro-psiquiátrica

SÔBRE UM CASO DE PERSONALIDADE PSICOPÁTICA PARANÓICA COM REAÇÃO CARCERÁRIA — Ten. Cel. Dr. Henrique Ferreira Chaves e Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

UM CASO DE MIOAGENESIA PEITORAL — Cap. Dr. Francisco P. R. Leivas.

A PSIQUIATRIA EM TEMPO DE PAZ E EM CAMPANHA — Cap. Dr. Nelson Bandeira de Mello.

Laboratório

AGENTES QUÍMICOS NA TRANSFUSÃO DE SANGUE — Cap. Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pillar.

A ROTINA DO EXAME DO SEDIMENTO URINÁRIO — 1º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

INDOXILÚRIA E INDOXINEMIA — 2º Ten. Farmacêutico Paulo da Mota Lira.

Farmácia

A SECÇÃO DE PRODUTOS OFICINAIS DO H. C. E. — 1º Ten. Farmacêutico Rubens Antunes Leitão.

Estatística

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1942.

Centro de Estudos

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS.
RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULADORES DO H. C. E.

Noticiário

A POSSE DO CEL. DR. FLORENCIO DE ABREU NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E O QUINQUÊNIO DO ESTADO NACIONAL.
O DIRETOR DO H. C. E. PARANINFA AS VOLUNTARIAS SOCORRISTAS DAS ASSOCIAÇÕES CRISTÃ DE MOÇOS E BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO.

A ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR.
SOCIEDADE DE BIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO.
SUMÁRIO DOS NÚMEROS ANTERIORES.
QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1943.

ANO IX — 1944

Direção

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Assuntos Médico-militares

A SELEÇÃO MENTAL DO COMBATENTE — Cel. Dr. Florêncio de Abreu.

Clínica Médica

FORMA HÉPATO-LIENAL DA ESQUITOSOME — Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce.

SÍNDROME ICTÉRICA — Cap. Dr. André de Albuquerque Filho.

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO POR VÍRUS — Cap. Dr. F. Correia Leitão.

Clínica Cirúrgica

CONTUSÕES DO ABDOME — Cap. Dr. Hermilio Gomes Ferreira.

MENINGIOMAS DA DURA — Cap. Dr. Godofredo da Costa Freitas.

BASES PARA O EMPREGO DA CINESITERAPIA NAS FRACTURAS — 1º Ten. Dr. Walter Santos.

Clínica Dermato-sifilo-venereológica

DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DA SÍFILIS — Major Dr. Álvaro de Souza Jobim.

ÚLCERA FAGEDÊNICA TROPICAL — Cap. Dr. Luís Felipe Santayana de Castro.

Clínica Oftalmo-oto-rino-laringológica

SINUSITE FRONTO ETMOIDAL-CELULITE ORBITARIA — Capitães Drs. Otávio José do Amaral e Olívio Vieira Filho.

Clínica Neuro-psiquiátrica

APTIDÃO PARA O SERVIÇO MILITAR E RESPONSABILIDADE PENAL — Cap. Nelson Bandeira de Mello.

Laboratório

MÉTODOS DE DOSEAMENTO DAS SULFAS E SULFONAS NOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS — 1º Ten. Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

PROTÍDEOS E CROMOPROTÍDEOS NA URINA — 1º Ten. Farmacêutico Paulo da Mota Lira.

Farmácia

CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DA EMETINOTERAPIA — Cap. Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar.

Estatística

ESTATÍSTICA NOSOLÓGICA REFERENTE A 1943.

Centro de Estudos

RELATÓRIO DO CENTRO DE ESTUDOS.
RELATÓRIO DO CENTRO DE ENFERMEIROS E MANIPULADORES.

Noticiário

NOTA HISTÓRICA.

2º ANIVERSÁRIO DA GESTÃO DO CEL FLORENCIO DE ABREU.

ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR — RELATÓRIO DO SEU PRESIDENTE.

ABERTURA DOS CURSOS DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA.

SUMÁRIOS DOS NÚMEROS ANTERIORES.

QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1944.

ANO X — 1945

TRÊS ANOS DE ADMINISTRAÇÃO — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.

ASSUNTOS MÉDICO-MILITARES

- A MEDICINA MILITAR NO BRASIL — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.
REFLEXÕES SOBRE O AMPARO AO SOLDADO ACIDENTADO — Tenente Coronel Dr. Luís de Castro Vaz Lobo da Camara Leal.
O HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO E SUAS ATIVIDADES — Major Dr. Azais de Freitas Duarte.
O ENSINO MÉDICO-MILITAR NO BRASIL — Capitão Dr. Francisco C. Leitão.

CLÍNICA MÉDICA

- CÂNCER NODULAR PRIMITIVO DO FÍGADO — Capitão Dr. André de Albuquerque Filho.
UM CASO DE BLOQUEIO SINO-AURICULAR — Capitão Dr. Francisco C. Leitão.

CLÍNICA CIRÚRGICA E URO-PROCTOLÓGICA

- PERIURETRITES — Capitão Dr. João Ellentt.

CLÍNICA DERMATO-SÍFILO-VEREOLÓGICA

- A SÍFILIS E O APARELHO CARDIO-VASCULAR — Major Dr. Alvaro de Souza Jobim.

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

- PEDRAS SEMI-PRECIOSAS — Capitão Dr. Paulo Veloso.
FATURA DO TEMPORAL DIREITO — PARALISIA FACIAL — COMOÇÃO DA CÓCLEA — Capitão Dr. Olívio Vieira Filho.

CLÍNICA NEURO-PSIQUIÁTRICA

- SÔBRE UM CASO DE AFASIA TOTAL — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.
SÍNDROME DE BROWN-SEQUARD TRAUMÁTICA — Major Dr. F. P. Rodrigues Leivas e Segundo Tenente da Reserva Convocado Dr. Almir Guimarães.

LABORATÓRIO

- ÍNDICE BIOQUÍMICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL — Major Farmacêutico Dr. Saturnino de Oliveira Filho.
PROVAS FUNCIONAIS DO FÍGADO — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.
BIOQUÍMICA DOS PEPTÍDEOS — Primeiro Tenente Farmacêutico Paulo da Mota Lira.

FARMÁCIA

- EMULSO-CÁPSULA — Capitão Farmacêutico Olyntho Luna Freire do Pillar.

ESTATÍSTICA.

NOTICIÁRIO.

ACADEMIA BRASILEIRA DE MEDICINA MILITAR

- A CASA DO MILITAR — Coronel Dr. Florêncio de Abreu.
RELATÓRIO DO ANO SOCIAL 1943-1944.
ATIVIDADES DA ACADEMIA — Primeiro Tenente Farmacêutico Gerardo Majella Bijos.

ATAS.

SUMÁRIOS DOS "ANAIIS" ANTERIORES.

QUADRO DO PESSOAL DO H. C. E. EM MARÇO DE 1945.